



ESCUELA POLITÉCNICA DEL EJÉRCITO
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y VINCULACIÓN CON LA
COLECTIVIDAD
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ECONÓMICAS ADMINISTRATIVAS Y DE
COMERCIO

UNIDAD DE GESTIÓN DE POSGRADOS

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN GERENCIAL HOSPITALARIA
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGISTER EN GERENCIA HOSPITALARIA

TEMA: EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD, DISEÑO,
DOCUMENTACIÓN Y MEDICIÓN DE PROCESOS DEL ÁREA DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS.

ELABORAN: Merlin Dennis Orellana Espinoza
Verónica Marisol Morocho Chalco
Oscar Mauricio Puente Valdivia

Septiembre, 2012

ESCUELA POLITÉCNICA DEL EJÉRCITO
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ECONÓMICAS ADMINISTRATIVAS Y DE
COMERCIO

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR

Que el trabajo titulado: “Evaluación de la atención en salud, diseño, documentación y medición de procesos del área de emergencia del Hospital General Enrique Garcés”, elaborado por Merlin Dennis Orellana Espinoza, Verónica Marisol Morocho Chalco y Oscar Mauricio Puente Valdivia ha sido guiado y revisado periódicamente y cumple normas estatutarias establecidas por la ESPE, en el Reglamento de Estudiantes de la Escuela Politécnica del Ejército. Debido a la alta afluencia de pacientes al área de emergencia del Hospital General Enrique Garcés y a la ausencia de procesos, se ha visto la necesidad de evaluar, diseñar, documentar y medir los procesos que permitan a la institución mejorar sus niveles de eficiencia y eficacia encaminados a una administración pública en salud moderna, por lo cual recomendamos su publicación. El mencionado trabajo consta de dos documentos empastados y un CD con la información en formato portátil de acrobat (tipo pdf).

Sangolquí, Septiembre del 2012

Dr. Pablo Votruba - DIRECTOR

ESCUELA POLITÉCNICA DEL EJÉRCITO
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ECONÓMICAS ADMINISTRATIVAS Y DE
COMERCIO

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, Merlin Dennis Orellana Espinoza,

Verónica Marisol Morocho Chalco,

Oscar Mauricio Puente Valdivia

El proyecto de grado denominado:” Evaluación de la atención en salud, diseño, documentación y medición de procesos del área de emergencia del Hospital General Enrique Garcés”, ha sido desarrollado con base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía; consecuentemente este trabajo es de nuestra autoría. En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance científico del proyecto de grado en mención.

Sangolquí, Septiembre del 2012

Merlin Dennis Orellana

Verónica Marisol Morocho

Oscar Mauricio Puente

ESCUELA POLITÉCNICA DEL EJÉRCITO
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ECONÓMICAS ADMINISTRATIVAS Y DE
COMERCIO

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN

Nosotros, Merlin Dennis Orellana Espinoza,

Verónica Marisol Morocho Chalco,

Oscar Mauricio Puente Valdivia

Autorizamos a la Escuela Politécnica del Ejército la publicación, en la biblioteca virtual de la Institución del trabajo “Evaluación de la atención en salud, diseño, documentación y medición de procesos del área de emergencia del Hospital General Enrique Garcés”, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y autoría.

Sangolquí, Septiembre del 2012

Merlin Dennis Orellana

Verónica Marisol Morocho

Oscar Mauricio Puente

ESCUELA POLITÉCNICA DEL EJÉRCITO
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ECONÓMICAS ADMINISTRATIVAS Y
DE COMERCIO

AGRADECIMIENTO

Nuestro grupo de trabajo, quiere reconocer el tiempo, trabajo y guía brindada por el Dr. Pablo Votruba, quien supo organizar nuestras ideas que nos llevaron a concluir con satisfacción nuestro proyecto.

Adicionalmente, queremos agradecer la apertura del Hospital General Enrique Garcés y en particular a las personas que laboran en el área de emergencia, las cuales estuvieron dispuestas a brindarnos la información necesaria para el desarrollo de nuestro proyecto de tesis.

Merlin Dennis Orellana Espinoza
Verónica Marisol Morocho Chalco
Oscar Mauricio Puente Valdivia

ESCUELA POLITÉCNICA DEL EJÉRCITO
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ECONOMICAS ADMINISTRATIVAS Y
DE COMERCIO
DEDICATORIA

Agradezco a mi esposo y a mis hijos, quienes fueron un apoyo importante para culminar esta meta.

Merlin Dennis Orellana Espinoza

Agradezco a Dios por bendecirme cada día. A mis padres Fernando y Elena, quienes han sido un pilar muy importante en mi vida profesional. A mis compañeros y amigos de maestría, quiero agradecer a mi amigo y compañero de tesis Oscar por encaminarnos y sabernos guiar durante la realización de este proyecto.

Verónica Marisol Morocho Chalco

Agradezco a Dios; a mi esposa e hijos, que con su apoyo ha sido posible dedicar tiempo y esfuerzo para concluir con esta etapa de mi vida. A mis padres y hermanos que de igual forma me han brindado el soporte necesario. A mis compañeros de maestría, quienes han sido un pilar invaluable durante todo este tiempo.

Oscar Mauricio Puente Valdivia

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR	i
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD	ii
AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA	v
RESUMEN	15
ABSTRACT	18

CAPÍTULO I

CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN	20
1.1. Título del proyecto de grado	20
1.2. Antecedentes del Hospital General Enrique Garcés	20
1.3. Planteamiento del problema	26
1.3.1. Antecedentes del problema	26
1.3.2. Formulación del problema	30
1.4. Objetivo General	41
1.5. Objetivos Específicos	41
1.6. Justificación e Importancia	41
1.6.1. Justificación	41
1.6.2. Importancia	42

CAPÍTULO II

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA - MARCO TEÓRICO	44
2.1. Marco legal vigente	44
2.1.1 Del fomento de la salud	44

2.1.2De la atención por emergencia _____	45
2.1.3Del uso del CIE-10 _____	50
2.1.4Del uso de procesos _____	50
2.2 Fundamentación teórica _____	53
2.2.1Urgencias médicas _____	53
2.2.2Sistema de triaje estructurado _____	56

CAPITULO III

DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA _____	69
3.1. Método e instrumentos de investigación _____	69
3.1.1. Método de investigación _____	69
3.1.2. Instrumentos de la investigación _____	69
3.2. Población y Muestra _____	74
3.2.1. Población _____	74
3.2.2. Muestra _____	75
3.2.2.1.De pacientes _____	75
3.2.2.2.Del personal del área de emergencia _____	76
3.3. Resultados de la investigación _____	77
3.3.1. Resultados de encuesta a pacientes _____	77
3.3.2. Resultados de encuestas a personal médico de emergencia _____	88
3.4. Análisis de la situación actual _____	94
3.5. Conclusión de los resultados obtenidos _____	100

CAPITULO IV

SITUACIÓN ACTUAL DE PROCESOS _____	102
------------------------------------	-----

4.1. Definición del mapa de procesos _____	102
4.2. Levantamiento de información de los procesos actuales _____	104
4.3. Diseño de procesos _____	107
4.4. Mejoras en los procesos _____	110
4.5. Formulación de indicadores _____	111

CAPITULO V

PROPUESTA _____	113
5.1. Manual de procesos _____	113
5.3. Monitoreo de los indicadores _____	138
5.4. Plan de implementación _____	139
5.5. Capacitación al personal de la documentación e indicadores por procesos _____	140

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES _____	142
6.1. Conclusiones _____	142
6.2. Recomendaciones _____	144
BIBLIOGRAFÍA _____	146
ANEXOS _____	150
ESTADÍSTICAS DEL HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS 2011	152
FUNDAMENTO LEGAL _____	203
ARTÍCULO CIENTÍFICO _____	230

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Panorámica Hospital General Enrique Garcés _____	21
<i>Figura 2.</i> Inauguración del área de emergencia 2011 _____	22
<i>Figura 3.</i> Oferta de servicios del área de emergencia _____	23
<i>Figura 4.</i> Ingreso ambulatorio Hospital General Enrique Garcés _____	24
<i>Figura 5.</i> Diseño arquitectónico área de triaje _____	25
<i>Figura 6.</i> Ingreso emergencia Hospital General Enrique Garcés _____	26
<i>Figura 7.</i> Red sur de salud de Quito _____	27
<i>Figura 8.</i> Cadena de valor Ministerio de Salud Pública 2011 _____	52
<i>Figura 9.</i> Tipos de urgencias médicas _____	55
<i>Figura 10.</i> Proceso Triage simplificado/Factores influyentes _____	64
<i>Figura 11.</i> Mapa de procesos del Hospital General Enrique Garcés _____	108
<i>Figura 12.</i> Inventario de procesos área de emergencia _____	109
<i>Figura 13.</i> Cadena de valor del Hospital General Enrique Garcés _____	118
<i>Figura 14.</i> Mapa de procesos del Hospital General Enrique Garcés _____	119
<i>Figura 15.</i> Mapa de procesos del área de emergencia _____	120

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Áreas de Salud con influencia en el Hospital General Enrique Garcés</i> ____	28
Tabla 2. <i>Lista de personal que labora en el área de emergencia</i> _____	29
Tabla 3. <i>Distribución de horario personal médico 2012</i> _____	30
Tabla 4. <i>Morbilidad en emergencia del Hospital General Enrique Garcés 2011</i> ____	32
Tabla 5. <i>Morbilidad área de emergencia según CIE-10 2011</i> _____	33
Tabla 6. <i>Tipologías de atención en el área de emergencia 2011</i> _____	34
Tabla 7. <i>Morbilidad por área de emergencia Enero a Abril 2012</i> _____	38
Tabla 8. <i>Morbilidad área de emergencia según CIE-10 Enero a Abril 2012</i> ____	39
Tabla 9. <i>Procesos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador</i> _____	51
Tabla 10. <i>Características Sistema de triaje estructurado</i> _____	57
Tabla 11. <i>Modelos de triaje estructurado</i> _____	59
Tabla 12. <i>Comparación de los Sistemas de triaje estructurado</i> _____	60
Tabla 13. <i>Características estándares para un Sistema de triaje</i> _____	61
Tabla 14. <i>Categorías del Sistema de triaje estructurado</i> _____	62
Tabla 15. <i>Factores fisiológicos importantes para triaje de adultos</i> _____	65
Tabla 16. <i>Factores fisiológicos importantes para triaje pediátrico</i> _____	67
Tabla 17. <i>Descripción sobre la evaluación encuesta al personal</i> _____	71
Tabla 18. <i>Descripción sobre la evaluación encuestas a pacientes/familiares</i> ____	72
Tabla 19. <i>Símbolos usados para diagramas de flujo</i> _____	103
Tabla 20. <i>Procesos de admisión y prestación de servicios ambulatorios</i> ____	109
Tabla 21. <i>Indicadores de estructura y funcionamiento</i> _____	136
Tabla 22. <i>Indicadores de calidad de servicio</i> _____	137

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Causas morbilidad por emergencia 2011 _____	35
Gráfico 2. Porcentaje de internación anual en emergencia 2011 _____	35
Gráfico 3. Internación por emergencia según especialidad 2011 _____	37
Gráfico 4. Causas de morbilidad en área de emergencia Enero a Abril 2012 _____	40
Gráfico 5. Procedencia de pacientes al área de emergencia _____	78
Gráfico 6. Conocimientos área de salud cercana _____	79
Gráfico 7. Uso servicios área de emergencia _____	80
Gráfico 8. Primera persona de contacto _____	81
Gráfico 9. Percepción global tiempo de espera _____	82
Gráfico 10. Tiempo de espera antes de triaje _____	83
Gráfico 11. Tiempo de espera antes de la atención médica _____	84
Gráfico 12. Calidad de atención de los médicos _____	85
Gráfico 13. Calidad de atención personal administrativo _____	86
Gráfico 14. Indicaciones claras y precisas para el tratamiento _____	87
Gráfico 15. Valoración infraestructura área de emergencia _____	88
Gráfico 16. Evaluación proceso triaje por personal _____	89
Gráfico 17. Infraestructura consultorios y triaje _____	90
Gráfico 18. Disminución de pacientes con sistema de referencia _____	91
Gráfico 19. Uso del CIE-10 _____	92
Gráfico 20. Uso de protocolos y procesos en el área de emergencia _____	93
Gráfico 21. Disponibilidad insumos médicos _____	94
Gráfico 22. Organigrama del área de emergencia _____	117

PRÓLOGO

La gratuidad de los servicios públicos en el sector salud desde el 2008 con la nueva constitución, ha generado un aumento considerable de las consultas en todo el Sistema Nacional de Salud (SNS). Dicho aumento ha provocado que los hospitales de nivel II y nivel III de complejidad traten de cubrir a toda la demanda que busca atención médica, originando problemas para la obtención de turnos en consulta externa haciendo que la población ecuatoriana busque otras puertas de entrada al sistema de salud para obtener dicha atención.

El Hospital General Enrique Garcés (HGEG), conocido como “Hospital del Sur” ha buscado cubrir esta demanda desmedida de atenciones médicas, razón por la cual, el área de emergencia ha realizado ampliaciones, remodelaciones y ha optado por un modelo de atención que supera los conceptos de urgencias y emergencias médicas.

Debemos puntualizar la diferencia entre urgencia médica versus emergencia médica, siendo esta última la razón de ser de un servicio de emergencia. Las capacidades tecnológicas, humanas y estructurales deben garantizar controlar el riesgo de los pacientes al presentarse en el área de emergencia, evitando gastos innecesarios de recursos o tiempo de atención de los facultativos que laboran en el área.

Nuestro país, que registra a los accidentes de transporte terrestre como su cuarta causa de muerte (INEC, 2010) debería tener servicios de emergencia listo para estabilizar a pacientes en categorías 1 y 2, y tener la

capacidad de evitar o referir a pacientes de categorías 4 y 5 que no presentan riesgo de muerte, usando recursos que muchas veces son escasos.

En el capítulo 1 detallamos el estado actual del área de emergencia, hacemos referencia a datos estadísticos importantes, como las causas de morbilidad reportadas en el año 2011 y en el 1er. cuatrimestre del 2012 donde se refleja la realidad por la cual está atravesando el área; también describimos su oferta de servicios.

En el capítulo 2, detallamos el soporte legal existente en el Ecuador en referencia a la atención médica por emergencia, algunos artículos del reglamento a la Ley orgánica del SNS y la Ley de Derechos y Amparo al paciente; hacemos hincapié en las características que posee un sistema de triaje estructurado basado en la información internacional existente.

Para el capítulo 3 explicamos la metodología usada, la población estudiada y la manera que usamos para obtener la información; tabulamos las encuestas realizadas y detallamos las conclusiones dándonos una descripción de la situación actual del área de emergencia del hospital.

En el capítulo 4 organizamos, describimos y diseñamos los procesos con la información recogida mediante entrevistas estructuradas; proponemos indicadores de estructura y funcionamiento así como de calidad para mejorar la situación actual.

Finalmente, en los capítulos 5 y 6 presentamos la propuesta del manual de procesos para el área de emergencia, el monitoreo de los indicadores con su plan de implementación así como nuestras conclusiones y recomendaciones finales en búsqueda de mejorar la atención brindada por el área de emergencia.

RESUMEN

El HGEG brinda el servicio de atención por emergencia a los ciudadanos durante los 365 días del año, las 24 horas del día. Dicho hospital es considerado de referencia en la red sur del Distrito Metropolitano de Quito (DMQ) razón por la cual presenta una saturación de sus servicios y una necesidad continua de insumos médicos y de otros recursos tecnológicos que no están disponibles en esta área geográfica.

El área de emergencia cuenta con 113 profesionales que cubren en turnos rotativos la atención médica continua; tiene 49 camas de observación y brinda los servicios de pediatría, gineco – obstetricia, cirugía, yesos y suturas, cuidados críticos y una atención para observación y tratamientos de pacientes adultos.

Su área de triaje es deficiente, no se clasifican a los pacientes en base a su valoración clínica, y no se consideran criterios como: riesgo vital, dolor, hemorragia, agudeza del cuadro clínico, nivel de conciencia y temperatura para jerarquizar la atención. En el área de triaje solo se toman signos vitales y se derivan a los pacientes a los diferentes consultorios en función de la especialidad médica requerida.

Las causas de morbilidad reportadas por el HGEG en el año 2011 reflejan atenciones por enfermedades infecciosas, pasando del 24% de sus atenciones (2011) al 26% (1er. cuatrimestre 2012), registrando un promedio de 241 atenciones/día en el 2011 y 259 atenciones/día en el 1er.

cuatrimestre del 2012. Estas causas de morbilidad registradas no corresponden a un hospital de nivel II de complejidad, reflejando que la red sur del DMQ no acoge a los pacientes y no existe solvencia con la atención primaria en salud.

Los casos de emergencia médica en el año 2011 fueron sólo el 1% del total de atenciones registradas, para el año 2012, no se pudo obtener la cifra del área de estadística; sin embargo, esto refleja la alta presencia de pacientes del tipo ambulatorio atendidos por emergencia.

Con información recabada, identificamos 4 procesos: el ingreso, la atención, la observación y el alta de paciente. La interacción entre cada proceso es deficiente, burocrático e insatisfactoria para el paciente; los servicios de imagenología y laboratorio clínico no están presentes físicamente en emergencia, las muestras biológicas y los pacientes son movilizados al servicio que necesiten y no son tratadas como procedimientos urgentes, alargando así, los tiempos de espera para obtener un diagnóstico.

Los pacientes pediátricos y ginecológicos no emergentes deben atravesar las áreas de observación y tratamientos para llegar a sus consultorios respectivos, reflejando un mal diseño arquitectónico; adicionalmente se atienden a dos pacientes en un mismo consultorio.

Los pacientes son semi hospitalizados en emergencia, permaneciendo por más de 24 horas en las camas de observación,

posiblemente todo esto se genera por el alto porcentaje de ocupación del hospital o por la falta de coordinación entre servicios de enfermería del hospital.

Se elabora el Manual de Procesos del área de emergencia con 2 procesos: el ingreso y la valoración en emergencia. Acentuamos la necesidad de establecer un sistema de triaje estructurado con una escala de 5 niveles de categorización de atención y la decisión de referir a los pacientes de categoría 5 a consulta externa; establecer tiempos máximos de atención en función de la categorización de cada paciente y mejorar la interacción con los servicios de imagenología y laboratorio clínico.

Se proponen dos tipos de indicadores: de estructura y funcionalidad que podrán reflejar de mejor manera la realidad del servicio y servirán para tomar decisiones radicales, en función de garantizar la atención de emergencia a pacientes que sí lo requieran; e indicadores de de calidad que permitirán afianzar al sistema de triaje estructurado que ayudará a descongestionar de manera ágil la atención no urgente del área.

ABSTRACT

The HGEG provides the emergency services to citizens for 365 days a year, 24 hours a day. It is considered the main hospital in the network south of Distrito Metropolitano de Quito (DMQ) reason why has a saturation of their services with an increment in the use of medical devices. Also, it needs another technological resource that is not available in the area.

Emergency services have 113 professional, all of them covering rotating schedules in the ongoing medical care. There are 49 beds for patients in observation and provides services in paediatric, obstetrics and gynecology, surgical services, traumatic injuries, critical care and observation's and treatment's room. The triage area is deficient. The nurse did not select patients in accordance on their clinical state and do not consider discriminators criteria as life threat, pain, haemorrhage, acuteness of onset, consciousness level and temperature. Nowadays, the nurse takes signs of life and refers patients to the specialist needed.

In 2011, the most important cause of morbidity in emergency services was infectious diseases from 24% to 26% in the first quarter of 2012. So, it reflects the defective coverage of network south and the requirement to deliver comprehensive and preventive primary care in health to patients. Also, in the 2011 were met an average 241 care/day reaching 259 care/day in first quarter in 2012. Emergency cases were 1% of all registered care. In 2012, we could not get the statistical data, but this reflects the high prevalence of patients treated like an outpatient services.

After put together the information obtained, we identified 4 processes: admission, care, observation and discharged. The interaction between each process is flawed, bureaucratic and unsatisfactory for the patient. There is not staff for Rx and clinical laboratory in emergency service; biological samples and patients are moved to the service where it will not treat as urgent; this issue causes long waiting times to obtain a diagnosis.

There is an architectural design wrong; pediatric and gynecological outpatients pass near the observation and treatment areas to reach the doctor's offices. Often the physician receives two patients at a time.

Patients stay more than 24 hours in observation area due to the delay in obtain a definitive diagnostic or due to the high occupancy rate in the inpatient beds. We prepare the manual of processes for emergency service with 2 processes: admission and clinical assessment. To suggest the implementation of triage system with five-tier scale and to refer patient classified in category five to outpatients service; it necessary establish the ideal maximum time for each patient can safety wait for medical assessment and treatment. Also it is imperative to improve the relationship with Rx and clinical laboratory services. The manual contain 2 kinds of indicators: structure and functionality that will be used for expose the reality of the emergency service in order to assure the care of patients. The indicators of quality will be used for achieve a triage system with five-tier scale in order to differentiate between an urgency and an emergency.

CAPÍTULO I

CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Título del proyecto de grado

Evaluación de la atención en salud, diseño, documentación y medición de procesos del área de emergencia del Hospital General Enrique Garcés.

1.2. Antecedentes del Hospital General Enrique Garcés

El Hospital General Dr. Enrique Garcés (HGEG) nace con el apoyo gubernamental en la presidencia del Gral. Dr. Rodríguez Lara quien, a través de su ministro de salud Dr. Raúl Maldonado Mejía auspician la colocación de la primera piedra, iniciando su construcción en el año de 1972. Diez años más tarde, el 22 de mayo de 1982, en la gestión del Dr. Francisco Huerta Montalvo como ministro de la cartera de salud se abren las puertas del hospital, con la oferta en las especialidades: pediatría, gineco – obstetricia, medicina interna y cirugía; paralelamente, se brinda atención en las sub especialidades de Dermatología, Neumología, Cardiología, Hematología, Nefrología y Odontología; los servicios complementarios de Laboratorio clínico y Rayos X también inician sus funciones. El hospital se complementa con las actividades de las áreas de mantenimiento, trabajo social, almacén, estadística, enfermería, servicio técnico y recursos humanos. Los servicios de Terapia Intensiva, Neonatología, Quirófanos y área de Emergencia son inaugurados el 23 de

diciembre de 1983, iniciando así, sus actividades de hospitalización. Otros servicios complementarios como lavandería, alimentación y rehabilitación se inauguraron a la par.

Figura 1. Panorámica Hospital General Enrique Garcés



Fuente: Hospital General Enrique Garcés
Realizan: Autores

El HGEG, geográficamente se encuentra en la zona Sur del DMQ, es parte de la Administración zonal Eloy Alfaro, y está ubicado en la calle Chilibulo s/n y Enrique Garcés, ciudadela 4 de Diciembre. Tiene una superficie de 36000 mtrs² con un área hospitalaria de 3000 mtrs², distribuida en 9 pisos y con una dotación de camas de 340 de las cuales 320 están disponibles; el área de emergencia presenta un ingreso exclusivo con capacidad para 4 ambulancias (2 propias del hospital y 2 externas), helipuerto, parqueadero para personal, policías y visitantes.

Para el año 2010, su administración amplía y remodela las áreas de Quirófano, Neonatología y Emergencia, ejecutando también una fuerte inversión en equipamiento, adquiriendo un tomógrafo, ecosonógrafo y mamógrafo; debido a esta remodelación, la nueva área de emergencia se inaugura el 25 de octubre del año 2011 con la presencia de la Directora General de Salud, Dra. Carmen Laspina Arrellano comenzando así, una nueva etapa en la atención por emergencia, brindando sus servicios en la planta baja del hospital, con 49 camas de observación.

Figura 2. Inauguración del área de emergencia 2011



Fuente: Hospital General Enrique Garcés
Realizan: Autores

Barquín (2003) refiere que para un hospital de 300 camas, el área de urgencias debería tener un área de construcción de 210 mt²". El área física del área de emergencia del hospital abarca un área de 800 mts², ampliando su oferta actual de servicios de la siguiente manera:

Figura 3. Oferta de servicios del área de emergencia

ÁREA ADMINISTRATIVA



- Jefatura del servicio
- Jefatura de enfermería
- Oficina trabajo social
- Oficina SOAT
- Oficina secretaría
- Bodega de materiales e insumos
- Oficina de Salud Mental
- Cuarto de estadística

ÁREA ATENCIÓN MÉDICA



- Cuarto de triaje
- Cuarto de hidratación
- Cuarto de tratamientos
- Cuarto de suturas y yesos
- Cuarto de quirúrgicos
- Cuarto de pacientes críticos
- Cuarto de observación hombres y mujeres
- Cuarto de procedimientos de ginecología
- Cuarto de imagenología
- Cuarto de procedimientos de pediatría
- Cuarto de procedimientos especiales
- Cuarto de observación pediatría

ÁREA FÍSICA



- Acceso para pacientes ambulatorios
- Acceso para pacientes críticos
- Sala de espera pacientes adultos y familiares
- Sala de espera pacientes gineco - obstetricia
- Sala de espera pacientes pediatría
- Sala de espera pacientes evaluación pie diabético
- Consultorio para adultos (2)
- Consultorio para gineco - obtetricia (1)
- Consultorio para pediatría (1)
- Cuarto para sillas de ruedas y tablas de inmovilización
- Cuarto ropa limpia y cuarto ropa sucia
- Cuarto de manejo intermedio de desechos hospitalarios
- Cuarto de utileria limpia y utileria sucia
- Vestidores, cancelas y residencia médica con baño
- Cafetería para el personal
- Cuarto de limpieza
- Baños: familiares, adultos y pediatría.

Fuente: Hospital General Enrique Garcés
Realizan: Autores

Figura 4. Ingreso ambulatorio Hospital General Enrique Garcés

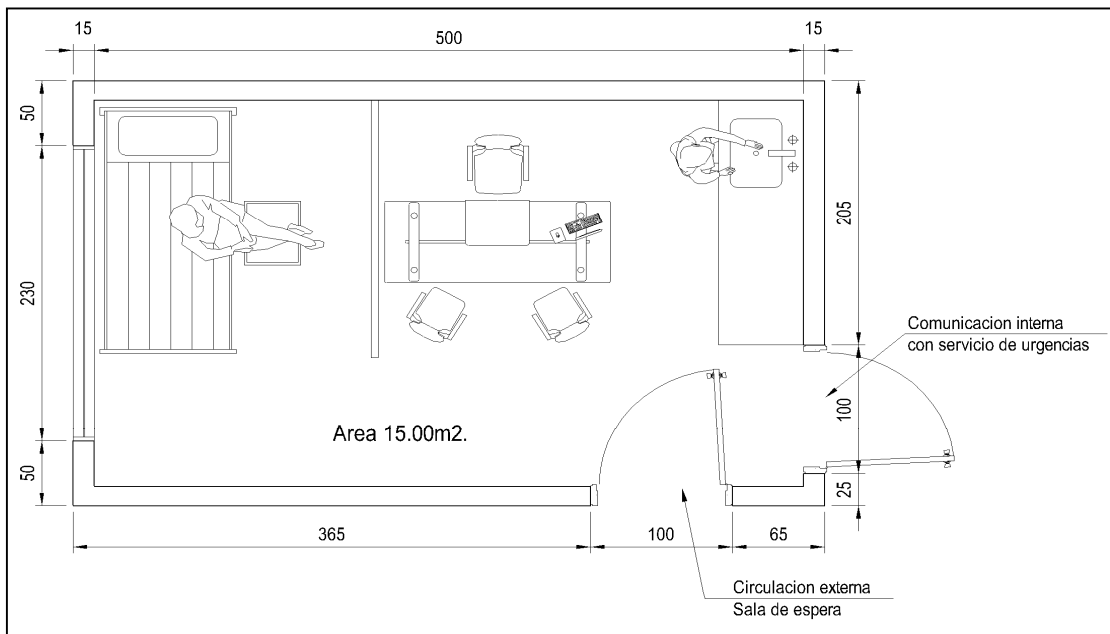


Fuente: Hospital General Enrique Garcés
Realizan: Autores

El área de emergencia del HGEG, físicamente presenta 2 ingresos, los mismos que usa para diferenciar las urgencias de las emergencias médicas. El acceso para pacientes ambulatorios, está destinado para aquellos que acuden al HGEG y que su nivel de complejidad médica no es considerado una emergencia médica o a su vez son remitidos por el sistema de referencia del Ministerio de Salud Pública (MSP). Presenta una sala de espera para familiares con capacidad para 24 usuarios y una sala de espera para los pacientes en evaluación de úlceras de pie diabético con capacidad para 8 usuarios. Al interior, cuenta con el área de estadística; 1 consultorio para adultos, 1 consultorio para Gineco – Obstetricia, 1 consultorio para pediatría y 1 cuarto para atención traumatológica; 1 cuarto de triaje, con una sala de espera con una capacidad para 16 usuarios, misma que es compartida con los pacientes valorados por el triaje y los que esperan por atención médica.

La Secretaria Distrital de Salud de Colombia (2010), afirma en referencia al consultorio de triaje que: “Es un consultorio destinado a la valoración inicial del paciente, es un sistema de clasificación y pre-valoración del paciente, donde se obtienen los datos necesarios para la identificación del usuario y se determina si se remite a los consultorios de valoración de urgencias. Debe contar con comunicación directa al área de consultorios del servicio” (p.17)

Figura 5. Diseño arquitectónico área de triaje



Fuente: Manual guía para el diseño arquitectónico del servicio de urgencias, Secretaría Nacional
Realizan: Autores

La segunda puerta de entrada, está destinada para el acceso de pacientes críticos que necesitan atención de emergencia o aquellos pacientes que vienen en ambulancia.

Figura 6. Ingreso emergencia Hospital General Enrique Garcés



Fuente: Hospital General Enrique Garcés
Realizan: Autores

1.3. Planteamiento del problema

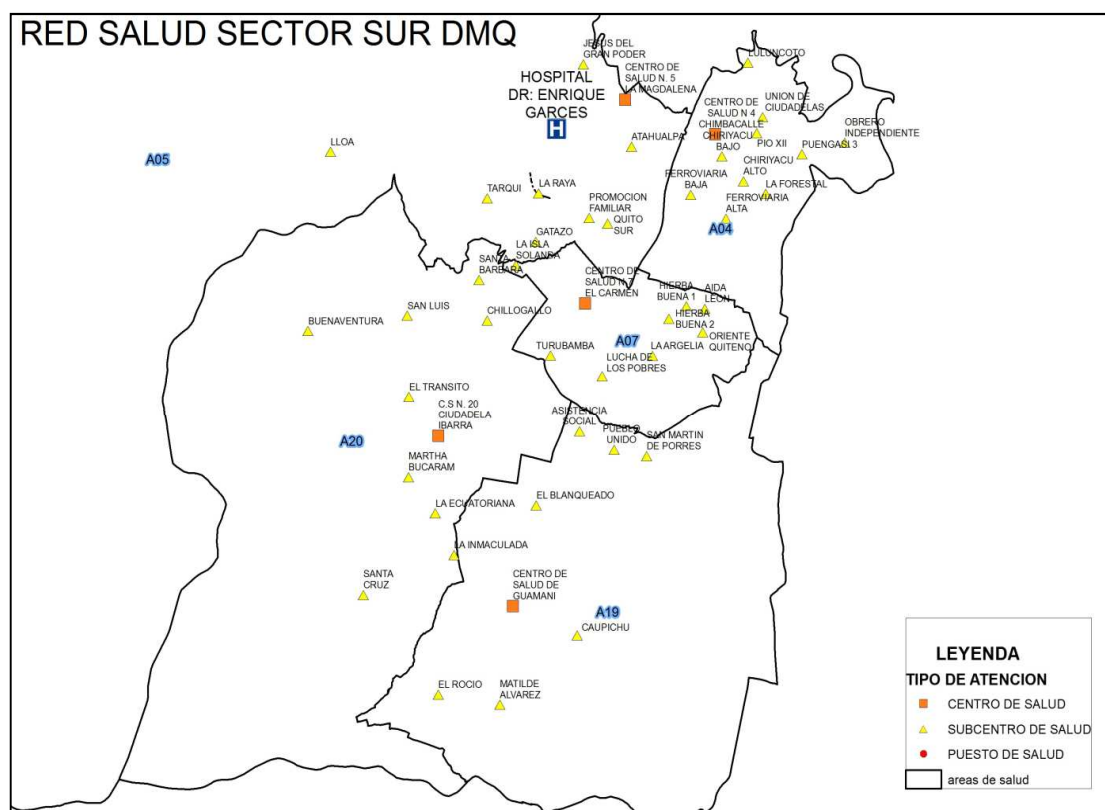
1.3.1. Antecedentes del problema

La red de salud sur del DMQ presenta una capacidad resolutive limitada y la complejidad de las unidades operativas de primer nivel de atención no satisfacen las necesidades de los usuarios.

Del gasto en salud en el sector público, tan solo el 18,8% se destina a la atención preventiva en salud. Por otro lado, en el primer nivel de atención se gasta el 34,1%, en el segundo nivel 29,9% y en el tercer nivel un 36%. (OPS, 2008, p.22)

Dicha distribución claramente refleja un sistema de salud curativo, razón por la cual la atención primaria en salud (APS) que deben brindar las áreas de salud, no cubren la demanda de los usuarios.

Figura 7. Red sur de salud de Quito



Fuente: Dirección Provincial Salud Pichincha-Directorio de establecimientos de Salud Pichincha
Realizan: Autores

El HGEG es considerado como un hospital de referencia para la zona sur del DMQ, bajo su área de influencia geográfica existen 11 áreas de salud pertenecientes a la red de salud pública y las mismas constituyen la macro red del sur, con un total de 96 unidades operativas entre puestos de salud y centros de salud.

Tabla 1. Áreas de Salud con influencia en el Hospital General Enrique Garcés

Área de salud	Nombre	No. unidades operativas
No. 1	Área de Salud Centro Histórico	6
No. 3	Área de Salud La Tola-Vicentina	7
No. 4	Área de Salud Chimbacalle	14
No. 5	Área de Salud La Magdalena	9
No. 6	Área de Salud la Libertad	4
No. 7	Área de Salud Eplicachima	7
No. 15	Área de Salud de Sangolquí	10
No. 16	Área de Salud de Machachi	8
No. 19	Área de Salud de Guamaní	9
No. 20	Área de Salud de Chillogallo	12
No. 24	Área de Salud de Conocoto	9

Fuente: Directorio de establecimientos Dirección Provincial Salud Pichincha
Realizan: Autores

Cada área de salud, usando el sistema de referencia y contrarreferencia que impulsa el MSP, envía los pacientes para su atención al hospital para las diferentes especialidades que disponen. En el área de emergencia existen 113 recursos humanos, entre personal médico (tratantes, posgradistas, residentes y enfermeras) y personal administrativo, así como trabajadoras sociales; todos ellos desempeñan sus funciones exclusivamente para el área de emergencia, organizados en turnos rotativos para cubrir las 24 horas de funcionamiento; distribuidos de la siguiente manera:

Tabla 2. Lista de personal que labora en el área de emergencia

RRHH	Categoría	Cantidad
Líder servicio	Médico administrativo	1
Médicos	Emergenciólogos	4
	Residentes	5
	Pediatra	1
	Medicina Interna	2
	Cirujanos	3
	Traumatólogo	1
	Médico General	2
	Psicóloga	1
	Ginecólogo	2
	Posgradistas	10
	Legistas	2
Enfermeras cuidado directo		31
Líder de enfermería		1
Auxiliares	Enfermería	28
	Administrativos (limpieza)	6
Camilleros		10
Trabajadoras sociales		2
Secretaria servicio		1

Fuente: Secretaría área de emergencia del Hospital General Enrique Garcés
Realizan: Autores

Tabla 3. *Distribución de horario personal médico 2012*

Categoría	Recurso asignado	Turnos de trabajo	Horas trabajadas	Días asignados
Médico líder	1	06H00 – 14H00	8 horas	L – S
Médico pediatría	1	08h00 – 12h00	4 horas	L – V
Médico ginecología	1	08h00 – 12h00	4 horas	L – V
Médicos contrato	29	14h00 – 20h00 20h00 – 08h00 08h00 – 08h00	6 horas turnos de 24 h cada 4 día	Turnos rotativos
Enfermeras de cuidado directo	32	07h30 – 13h30 13h30 – 19h30 19h30 – 07h30	6 horas	Turnos rotativos
Auxiliares de enfermería	28	07h30 – 14h00 13h30 – 20h00 19h30 – 08h00	6 horas	Turnos rotativos
Camilleros	10	07h30 – 20h00 19h30 – 08h00	12 horas	Turnos rotativos
Secretaria	1	08h00 – 16h30	8 horas	L – V
Auxiliares administrativos	6	08h00 – 16h30	8 horas	L - V
Trabajadora social	2	08h00 – 16h30	8 horas	L - V

L-S: lunes a sábado; L-V: lunes a viernes

Fuente: Secretaría área emergencias Hospital General Enrique Garcés
Realizan: Autores

1.3.2. Formulación del problema

Un factor socio económico que influye directamente en el nivel de salud de una población es tener cobertura en los servicios básicos y una red de alcantarillado; a los ojos de nuestra realidad, la población rural en el Ecuador representa el 44% (Organización Mundial de la Salud, 2011), el mismo que al compararlo con la población rural del DMQ que representa el 24% de la población (Unidad de Estudios e Investigación; DMPT-MDMQ, 2001),

demuestran que existe una realidad latente que afecta las condiciones de vida de los ecuatorianos, consecuentemente afectando su estado de salud.

El porcentaje de viviendas con acceso a agua entubada por red pública a nivel país dentro de la vivienda paso del 40% (1999) al 48% (2006) (Organización Mundial de la Salud, 2011). Para el DMQ, dicho indicador alcanza el 94,4% (Unidad de Estudios e Investigación; DMPT-MDMQ, 2001) demostrando que se pueden mejorar las condiciones de vida de los ciudadanos y controlar las enfermedades transmisibles que originan problemas de salud pública.

Así mismo, a nivel país, la proporción de viviendas con servicios de eliminación de excretas ha pasado del 84% (1995) al 90% (2006) (Organización Panamericana de la Salud, 2008). Para el DMQ, se alcanzó la cobertura del 88,4% (Unidad de Estudios e Investigación; DMPT-MDMQ, 2001), controlando de mejor forma las posibles fuentes de transmisión de enfermedades que impactan al sistema de salud.

En la provincia de Pichincha, las infecciones respiratorias agudas y enfermedad diarreica aguda hasta el 2009 fueron las principales causas de morbilidad reportadas en el EPI-2 (Dirección Provincial de Salud de Pichincha, DPSP, 2009); pacientes que acudían en su mayoría a las áreas de emergencia de las unidades operativas de salud, originando así la “auto derivación” de los pacientes, excluyendo de esta manera la participación activa de las unidades del primer nivel, lo que genera pérdidas reflejadas en falta de continuidad,

integración y concepción holística tanto del sistema de salud como del paciente. El área de emergencia del HGEG, durante el 2011 registró un total de 87948 atenciones (ver Anexo 1 al 12) en sus diferentes especialidades: pediatría, gineco – obstetricia, medicina interna (denominado como triaje), traumatología (denominada como yesos y suturas), con un promedio de 241 atenciones al día. Para el año 2011, los motivos de atención registrados en el área de emergencia reflejan patologías que pudieron ser atendidas en las unidades de atención primaria de salud, manteniendo el comportamiento ya descrito por la DPSP en el 2009.

Tabla 4. *Morbilidad en emergencia del Hospital General Enrique Garcés 2011*

No.	Patología	Número de atenciones
1	Infección de vías urinarias	3647
2	Gastroenteritis bacteriana	2664
3	Faringitis	2562
4	Enfermedad Diarreica Aguda	2223
5	Abdomen Agudo	2200
6	Colelitiasis	2155
7	Faringoamigdalitis	2046
8	Enfermedad Ácido Péptica	1881
9	Resfriado común	1780
10	Amigdalitis	1587

Fuente: Estadística Hospital General Enrique Garcés
Realizan: Autores

Usando la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, décima revisión (CIE-10), las principales causas de morbilidad reportadas por el área de emergencia del HGEG son:

Tabla 5. Morbilidad área de emergencia según CIE-10 2011

No.	Patología	Número de atenciones	CIE-10
1	Infección aguda de las vías respiratorias superiores no especificada, faringitis y rinofaringitis agudas	10831	J00x J029 J069
2	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	6200	A09X
3	Infección de vías urinarias sitio no especificado	3646	N390
4	Cálculos de la vesícula biliar, colecistitis, Colelitiasis, colangitis	3615	K800-K839
5	Abdomen agudo, más otros dolores abdominales	3315	R100-R104
6	Enfermedad ácido péptica	2423	K270-K279
7	Neumonía bacteriana no especificada	2092	J159
8	Diabetes mellitus y otras diabetes mellitus	1447	E10-E14
9	Trauma craneo encefálico	1215	S00-S09
10	Apendicitis, no especificada	1172	K359

Fuente: Estadística Hospital General Enrique Garcés
Realizan: Autores

Como se observa en la Tabla 5, las principales causas de atención por en emergencia son de índole infecciosas, además usan diagnósticos incompletos sin basarse en la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud; a la par, los

diagnósticos presuntivos se confunden con sintomatología y signos. Con la tabulación de las hojas 008, se registraron 1087 tipologías de atención en el área de emergencia durante el 2011, según la siguiente tabla:

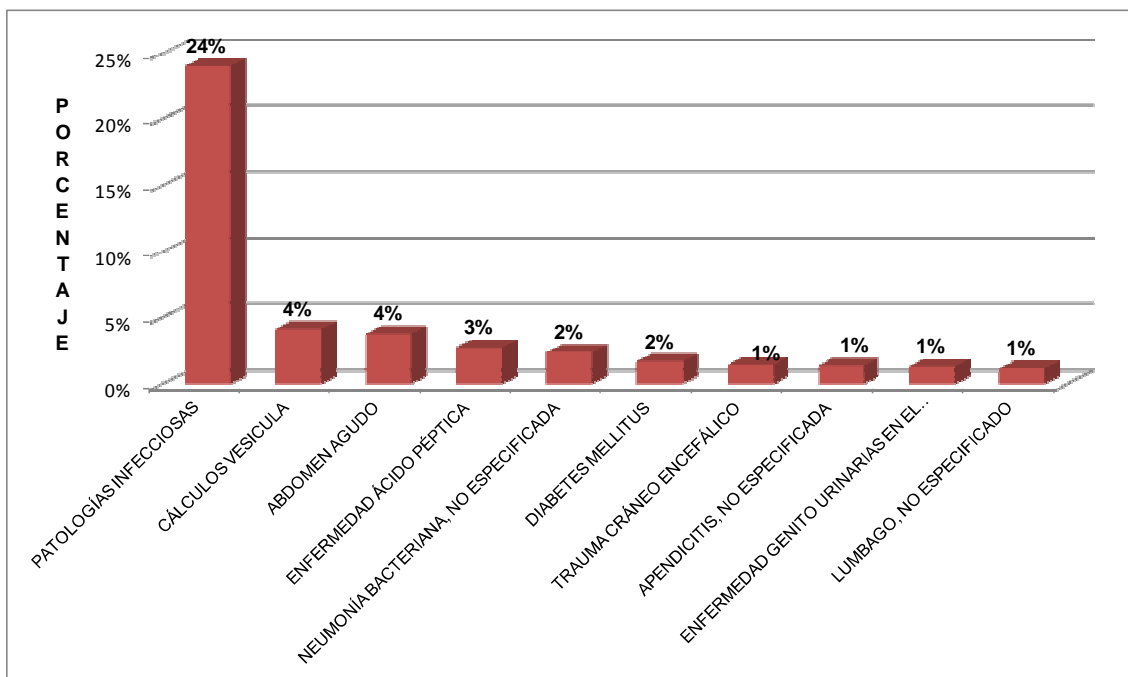
Tabla 6. *Tipologías de atención en el área de emergencia 2011*

Tipologías usadas en el área de emergencia	Porcentajes
Diagnósticos realizados	43%
Síntomas detectados	4%
Signos detectados	15%
Diagnósticos incompletos	14%
Procedimientos en emergencia	2%
Causas mal definidas	23%

Fuente: Estadística Hospital General Enrique Garcés
Realizan: Autores

La clasificación de las enfermedades que se usa en el área de emergencia, no está considerando usar el CIE-10, lo que ha originado una mala tabulación de las patologías, provocando confusiones entre signos y síntomas vs diagnóstico presuntivo o diagnóstico definitivo, acentuando aún más las brechas de criterio entre los diferentes profesionales que prestan su contingente en esta área. Las patologías infecciosas, representaron el 24% del total de atenciones brindadas por el área de emergencia durante el 2011, alcanzando 20678 consultas que pudieron destinarse a otro tipo de paciente con patologías de mayor complejidad, pudiendo disponer de 57 consultas diarias, haciendo más efectiva la atención por el área de emergencia.

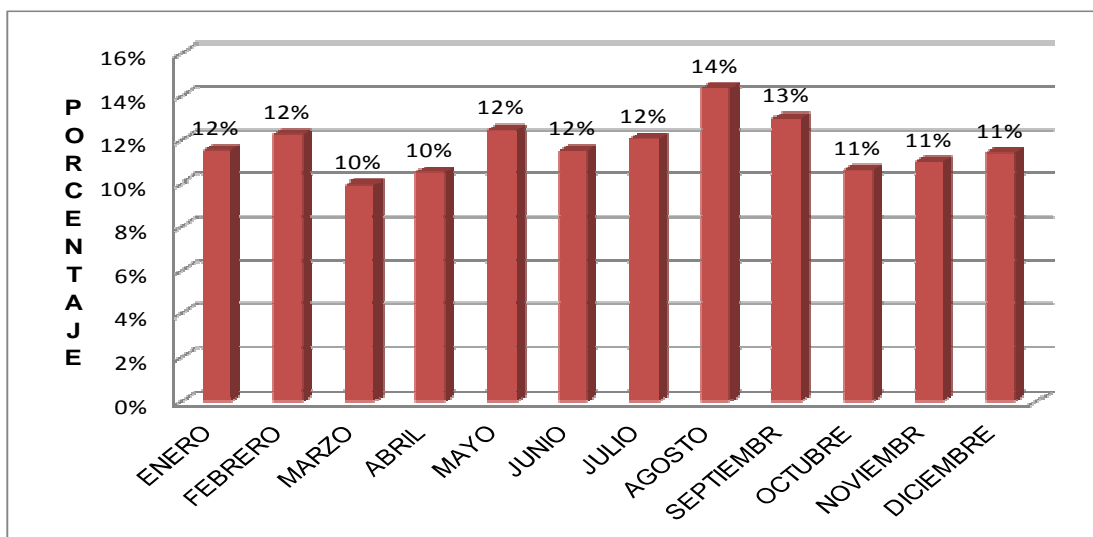
Gráfico 1. Causas morbilidad por emergencia 2011



Fuente: Departamento estadística Hospital General Enrique Garcés
Realizan: Autores

Revisando los ingresos registrados mensualmente, tenemos:

Gráfico 2. Porcentaje de internación anual en emergencia 2011



Fuente: Departamento estadística Hospital General Enrique Garcés
Realizan: Autores

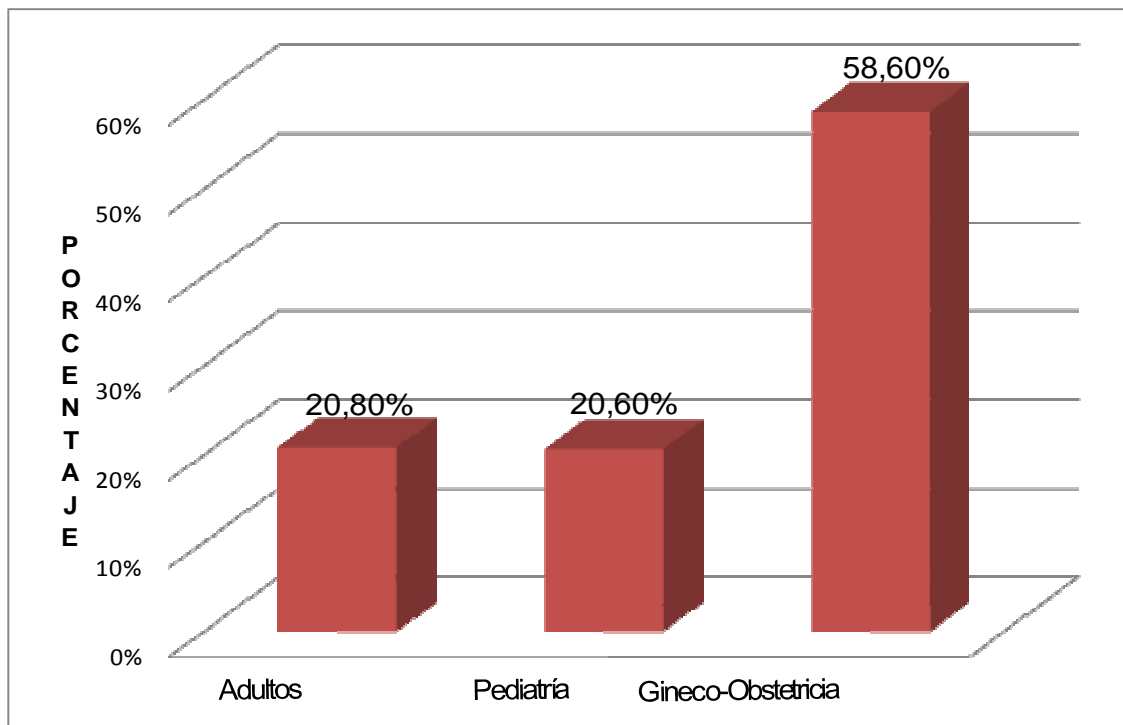
Como podemos observar, el nivel de internación anual por el área de emergencia en promedio fue del 12%, lo que representó un total de 10554 ingresos anuales, 879 ingresos mensuales y 29 ingresos diarios.

Para dar cobertura a las 241 atenciones/día registradas en el 2011, el área de emergencia dispone de 4 consultorios: adultos, gineco – obstetricia, pediatría y traumatología, en donde se atiende, en la mayoría de los casos, a dos pacientes por consultorio, disminuyendo notablemente la calidad de atención afectando directamente al paciente.

Otro factor a tomar en cuenta son las consultas originadas por procesos infecciosos, muchos de los cuales deberían ser cubiertos por la consulta externa del hospital o por los centros de salud que tienen influencia geográfica en la red sur del DMQ.

En lo referente a los ingresos anuales por especialidad del área de emergencia, tenemos:

Gráfico 3. Internación por emergencia según especialidad 2011



Fuente: Departamento estadística Hospital General Enrique Garcés
Realizan: Autores

Como observamos el 58,60% de los ingresos son debidos a temas ginecológicos, alcanzando la cifra de 17 mujeres ingresadas para la especialidad gineco – obstetricia, reflejando la poca oferta de servicios públicos gineco-obstétricos en la red sur del DMQ.

Para este 2012, en base a los datos obtenidos del departamento de estadística del HGEG, en los meses de Enero a Abril se registraron 31096 atenciones médicas (ver Anexos 13 al 16), con un promedio diario de atención de 259 consultas. Si la tendencia de atención continúa uniforme durante los siguientes meses del presente año, tendríamos un incremento

del 8% en las atenciones por el área de emergencia, pasando de 241 atenciones/día a las 259 atenciones/día, saturando aún más el área de emergencia, reflejando un aumento en relación al año 2011, lo cual ahondará la saturación e insatisfacción de los pacientes al momento de acudir por atención médica urgente. En lo referente a las principales causas de morbilidad registradas por emergencia durante los primeros meses del 2012, se refleja una tendencia marcada de la prevalencia de las causas infecciosas (infecciones respiratorias altas, gastroenteritis de origen infeccioso e infecciones vías urinarias) como patologías infecciosas.

Tabla 7. Morbilidad por área de emergencia Enero a Abril 2012

No.	Patología	Número de atenciones
1	Infección de vías urinarias	1279
2	Colelitiasis	965
3	Rinofaringitis	917
4	Abdomen agudo	820
5	Gastroenteritis bacteriana	736
6	Faringitis	691
7	Enfermedad diarreica aguda	643
8	Enfermedad ácido péptica	573
9	Dolor abdominal	559
10	Faringoamigdalitis	538

Fuente: Hospital General Enrique Garcés
Realizan: Autores

Usando la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, décima revisión (CIE-10), las

principales causas de morbilidad reportadas para el 2012 por el área de emergencia del HGEG son:

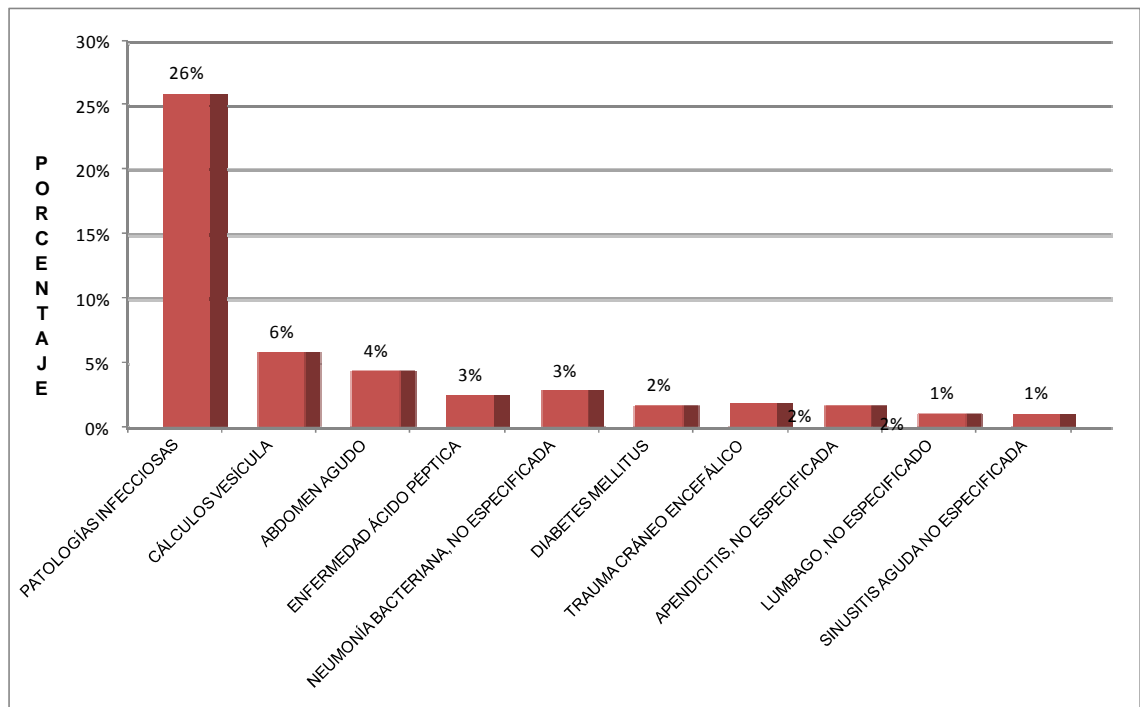
Tabla 8. Morbilidad área de emergencia según CIE-10 Enero a Abril 2012

No.	Patología	Número de atenciones	CIE-10
1	Infección aguda de las vías respiratorias superiores no especificada, faringitis y rinofaringitis agudas	5076	J00x J029 J069
2	Cálculos de la vesícula biliar, Colecistitis, Colelitiasis, colangitis	1821	K800-K839
3	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	1723	A09X
4	Abdomen agudo, más otros dolores abdominales	1379	R100-R104
5	Infección de vías urinarias sitio no especificado	1274	N390
6	Neumonía bacteriana no especificada	899	J159
7	Enfermedad ácido péptica	792	K270-K279
8	Trauma craneo encefálico	579	S00-S09
9	Diabetes mellitus y otras diabetes mellitus	539	E10-E14
10	Apendicitis, no especificada	537	K359

Fuente: Estadística Hospital General Enrique Garcés
Realizan: Autores

Dichas patologías infecciosas representan el 26% de las consultas en el primer cuatrimestre del 2012, 67 consultas diarias que pudieron ser destinadas a pacientes con casos de emergencia más reales.

Gráfico 4. Causas de morbilidad en área de emergencia Enero a Abril 2012



Fuente: Estadística Hospital General Enrique Garcés
Realizan: Autores

El recurso humano dedicado a atender las emergencias médicas tiene que identificar y atender a los pacientes que tengan en compromiso su vida usando los recursos disponibles en el área. La atención por emergencia para un paciente, debe priorizar el poder controlar el riesgo (Organización Panamericana de la Salud, 2011) que el mismo presenta al momento de acudir por atención médica a una unidad operativa de manera emergente. Si en el área en mención, no se cuenta con un sistema de triaje adecuado, corriendo el riesgo de dar prioridad a pacientes no emergentes en relación a verdaderas emergencias/urgencias, generando insatisfacción de los usuarios, demostrando que carecen de procesos claros y definidos.

1.4. Objetivo General

Evaluar la atención en salud y diseñar los procesos del área de emergencia del Hospital General Enrique Garcés para mejorar la calidad de atención y la satisfacción de los pacientes.

1.5. Objetivos Específicos

1.5.1. Realizar el diagnóstico situacional del área de emergencia del HGEG.

1.5.2. Realizar el levantamiento, diseño y estandarización de los procesos del área de emergencia del HGEG.

1.5.3. Elaborar una propuesta de Manual de Procesos del área de emergencia del HGEG.

1.5.4. Establecer indicadores para la evaluación de procesos para la toma de decisiones.

1.6. Justificación e Importancia

1.6.1. Justificación

La atención en salud brindada en un área de emergencia de un hospital es considerada prioritaria. Su capacidad resolutive tanto administrativa, de personal y técnica, constituye la diferencia entre la vida o la muerte. El servicio debe contar con las herramientas necesarias para conseguir que el personal médico tome las decisiones adecuadas que evitarán pérdidas de vidas humanas innecesarias. De la misma manera, el manejo adecuado del paciente atendido por emergencia puede evitar complicaciones clínicas y prevenir al hospital y al SNS incurrir en costos directos e indirectos sin sentido.

El triaje se debe realizar de forma adecuada asegurando una atención oportuna, con ello garantizamos eficiencia y eficacia en la atención médica que requiere el paciente. El sistema de triaje estructurado disponible las 24 horas, permite al área de emergencia detectar pacientes clínicamente comprometidos con su vida y permite establecer tiempos de atención/respuesta a todos los pacientes que acuden solicitando una atención de tipo urgente o de tipo emergente.

Adicionalmente, damos cumplimiento de la resolución de la SENRES – PROC-2006 -0000046 del 30 de marzo de 2006, garantizando la existencia de organizaciones/servicios regidos por procesos.

1.6.2. Importancia

El presente proyecto de tesis pretende consolidar el área de emergencia del HGEG. Busca mejorar la planificación, los programas y la optimización de recursos para conseguir la mejora continua en la atención en salud hacia los pacientes que acuden a esta casa de salud. Los indicadores de gestión obtenidos nos darán un panorama en tiempo real para que en un futuro cercano, los directivos del hospital tomen decisiones basadas en su propia realidad buscando un efecto concreto que les permita aumentar los niveles técnicos de atención y garantizar a la población la cobertura en salud que nos obliga nuestra Constitución.

La valoración oportuna de un paciente a través de un sistema de triaje estructurado permitirá evitar complicaciones médicas, mejorar la

atención directa al paciente y garantizar una atención digna, consiguiendo que el SNS mejore sus prestaciones, con el único fin de mantener a la población sana con una cobertura que respete nuestra constitución y este alineada con los objetivos planteados en el plan nacional del buen vivir.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA - MARCO TEÓRICO

2.1. Marco legal vigente

2.1.1 Del fomento de la salud

La constitución del 2008 incorpora valiosos aportes para garantizar la salud a todos los ecuatorianos.

“Artículo 32. La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”. (Constitución del Ecuador, 2008).

La ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, publicada en el registro oficial suplemento 423 del 22 de diciembre de 2006, nos define el concepto de salud y cuya garantía es responsabilidad primordial del estado.

“Artículo 3. La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho

humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado y el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables”.

“Artículo 7. Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:

- a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud;
 - b) Acceso gratuito a los programas y acciones de salud pública, dando atención preferente en los servicios de salud públicos y privados, a los grupos vulnerables determinados en la constitución política de la república”.
- (Ley orgánica del SNS, 2002).

2.1.2 De la atención por emergencia

En el marco legal, en lo referente a la atención médica en circunstancias de emergencia, contempla la obligación de la atención en emergencia tanto a nivel público y privado:

La Constitución del Ecuador (2008) afirma “Artículo 365. Por ningún motivo los establecimientos públicos o privados ni los profesionales de la salud negarán la atención de emergencia. Dicha negativa se sancionará de acuerdo con la ley” (p.167)

Adicionalmente, en la ley orgánica del SNS (ver Anexo 25), se establece:

“Artículo 7. Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:

j) Ser atendida inmediatamente con servicios profesionales de emergencia, suministro de medicamentos e insumos necesarios en los casos de riesgo inminente para la vida, en cualquier establecimiento de salud público o privado, sin requerir compromiso económico ni trámite administrativo previos”

En nuestro país, a partir de febrero de 1995, se expidió la Ley de Derechos y Amparo al Paciente, donde se establecen varios parámetros importantes, garantizando los derechos que tiene los pacientes en ser atendidos, inclusive se asegura la atención de los ciudadanos sin necesidad de pago previo.

“Artículo 7. Situación de emergencia. Es toda contingencia de gravedad que afecte a la salud del ser humano con inminente peligro para la conservación de la vida o de la integridad física de la persona, como consecuencia de circunstancias imprevistas e inevitables, tales como: choque o colisión, volcamiento u otra forma de accidente de tránsito terrestre, aéreo o acuático, accidentes o infortunios en general, como los ocurridos en el medio de trabajo, centros educativos, casa, habitación, escenarios deportivos, o que sean el efecto de delitos contra las personas como los que producen heridas causadas con armas corto punzantes, de fuego, contundentes, o cualquiera otra forma de agresión material”.

“Artículo 8. Todo paciente en estado de emergencia debe ser recibido inmediatamente en cualquier centro de salud, público o privado, sin necesidad de pago previo”.

“Artículo 9. Se prohíbe a los centros de salud públicos y privados exigir al paciente en estado de emergencia y a las personas relacionadas con el, que presenten cheques, tarjetas de crédito, pagarés a la orden, letras de cambio u otro tipo de documento de pago, como condición previa a ser recibido, atendido y estabilizado en su salud. Tan pronto como el paciente haya superado la emergencia y se encuentre estabilizado en sus condiciones físicas, el centro de salud tendrá derecho para exigir al paciente o a terceras personas relacionadas con él, el pago de los servicios de salud que recibió.”
(Ley de Derecho y Amparo al Paciente, 1995).

El área de emergencia de un hospital debe constar con un sistema de triaje estructurado, lo cual nos permitirá dar cumplimiento al Artículo 10. “El estado de emergencia del paciente será calificado por el centro de salud al momento de su arribo.”

La ley de Derechos y Amparo al paciente (1995) dice: Artículo 15. Es obligación de todos los centros de salud mantener a disposición de los usuarios ejemplares de esta Ley y exhibir el texto de los derechos del paciente en lugares visibles para el público.

En lo referente a los protocolos de internación y las acciones que desemboquen en la atención de los pacientes, existe en la ley orgánica del SNS, su artículo 7 donde se detalla:

“Artículo 7. Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:

- d) Respeto a su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad; a su cultura, sus prácticas y usos culturales así como a sus derechos sexuales y reproductivos;
- e) Ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos. Los integrantes de los pueblos indígenas, de ser el caso, serán informados en su lengua materna;
- f) Tener una historia clínica única redactada en términos precisos, comprensibles y completos; así como la confidencialidad respecto de la información en ella contenida y a que se le entregue su epicrisis;
- g) Recibir, por parte del profesional de la salud responsable de su atención y facultado para prescribir, una receta que contenga obligatoriamente, en primer lugar, el nombre genérico del medicamento prescrito;
- h) Ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, salvo en los casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida de la personas y para la salud pública;
- i) Utilizar con oportunidad y eficacia, en las instancias competentes, las acciones para tramitar quejas y reclamos administrativos o judiciales que

garanticen el cumplimiento de sus derechos; así como la reparación e indemnización oportuna por los daños y perjuicios causados, en aquellos casos que lo ameriten” (Ley orgánica del SNS, 2002).

Cabe resaltar que en la ley de Derechos y Amparo al paciente, se subraya el derecho a la confidencialidad, por lo que los consultorios del área de emergencia deben ser privados y con separación entre los mismos.

“Artículo 4. DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD. Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial.” (Ley de Derecho y Amparo al paciente, 1995)

De igual forma, existen sanciones tipificadas en la Ley de Derechos y Amparo al paciente:

“Capítulo IV. Sanciones por falta de atención en situaciones de emergencia

Artículo 12. Bajo ningún motivo un centro de salud podrá negar la atención de un paciente en estado de emergencia. El centro de salud que se negare a atender a un paciente en estado de emergencia será responsable por la salud de dicho paciente y asumirá solidariamente con el profesional o persona remisa en el cumplimiento de su deber, la obligación jurídica de indemnizarle los daños y perjuicios que su negativa le cause.” (Ley de Derecho y Amparo al paciente, 1995).

2.1.3 Del uso del CIE-10

En el reglamento a la Ley orgánica del SNS, en su capítulo IV- del sistema común de información sectorial, encontramos que el uso y aplicación de la CIE-10 debe ser obligatoria en todos los niveles y entidades del SNS. La Ley orgánica del SNS, (2003): “Art. 76.- De la clasificación internacional de enfermedades.- La aplicación y uso de la clasificación internacional de enfermedades será obligatoria en todos los niveles y entidades del SNS.”

2.1.4 Del uso de procesos

El 30 de marzo de 2006, la Secretaria Nacional Técnica de desarrollo del Recurso Humano y Remuneraciones del Sector Público (SENRES) expide la norma técnica de diseño de reglamentos o estatutos orgánicos de gestión organizacional por procesos, norma que obliga a todas las instituciones públicas a trabajar bajo la modalidad de procesos.

En base a dicha resolución, el MSP en el año 2011 publicó su estatuto orgánico de gestión organizacional por procesos, aplicando la modalidad de trabajar por procesos en el sector salud. Dicha formulación representa un avance importantísimo a nivel macro organizacional para el país.

“Art. 3.- Estructura Organizacional de Gestión por Procesos. La estructura organizacional del Ministerio de Salud Pública se encuentra alineada con su

misión y las políticas determinadas en la constitución de la república del Ecuador, las políticas del Estado, leyes y otras normas vigentes. Se sustenta en la filosofía y enfoque de gestión por procesos determinando claramente su ordenamiento orgánico a través de la identificación de procesos, clientes, productos y/o servicios”.

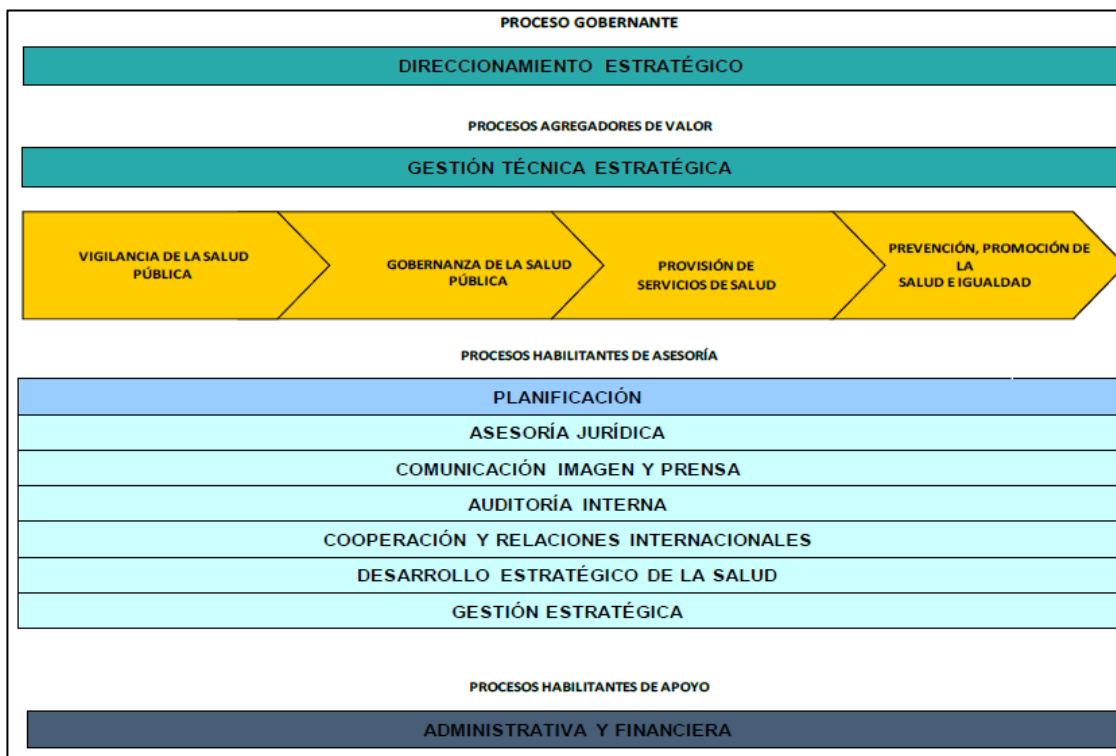
El MSP ha organizado los procesos en función de su grado de contribución o valor agregado al cumplimiento de la visión institucional.

Tabla 9. *Procesos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador*

Denominación	Objetivo	Campo de acción
Los Procesos Gobernantes	Formulación de políticas, directrices, normas, procedimientos, planes, acuerdos y resoluciones	Gestión institucional. Adecuada administración y ejercicio de la representación legal de la institución.
Los Procesos Agregadores de valor	Generar y administrar los productos y servicios. Cumplir con la misión institucional y los objetivos estratégicos.	Usuarios internos y externos
Los Procesos Habilitantes de Asesoría y de Apoyo	Generan productos y servicios para los procesos gobernantes.	Apoyar y viabilizar la Gestión Institucional.
Los Procesos desconcentrados	Generan productos y servicios	Usuarios finales

Fuente: Estatuto orgánico de gestión por procesos Art. 4
Realizan: Autores

Figura 8. Cadena de valor Ministerio de Salud Pública 2011



Fuente: Estatuto orgánico de gestión por procesos Art. 9
 Realizan: Ministerio de Salud Pública

Este reglamento, en su artículo 8 establece la estructura básica del MSP, en el cual se define que la red de hospitales y atención ambulatoria especializada, red a la cual pertenece el HGEG, se enmarca al subproceso agregador de valor denominado provisión de servicios de salud.

Como atributos y responsabilidades del subproceso de provisión de servicios de salud, en el art. 15 en la unidad: Dirección Nacional de Red de Hospitales y Atención Ambulatoria Especializada consideramos citar:

- “Conducir y coordinar la formulación de propuestas de políticas públicas y la elaboración de planes y proyectos para atención hospitalaria y ambulatoria especializada.
- Conducir y coordinar la formulación de iniciativas, estrategias y mecanismos para la implantación de políticas públicas, planes y proyectos para la atención hospitalaria y ambulatoria especializada.
- Establecer objetivos, metas e indicadores para la gestión y atención hospitalaria y ambulatoria especializada.
- Promover y direccionar la red de establecimientos hospitalarios y coordinar las actividades de la dirección con las otras entidades involucradas a nivel nacional.

Estos esfuerzos por organizar a nivel central el SNS, orientados a trabajar bajo procesos, nos da el marco referencial legal para proponer nuevas iniciativas para mejorar el nivel de atención que brinda el HGEG hacia la población, buscando de esta manera, alcanzar el buen vivir de las personas.

2.2 Fundamentación teórica

2.2.1 Urgencias médicas

Para entender la importancia de una atención médica brindada a un paciente por el área de emergencia de un hospital, es necesario tener claro los momentos y los conceptos usados en este tipo de atención médica.

“Existen dos elementos que hay que resaltar: a) la necesidad de una respuesta rápida, adecuada en medios y cualidades de personal, priorizada en función de la gravedad o los riesgos potenciales (urgencia, emergencia o estado crítico) y b) la decisión de solicitar la atención la realiza el paciente o el familiar” (Temes, 2011,p.450).

Hay que considerar que al solicitar la atención el paciente o el familiar, es totalmente comprensible que todos y cada uno de los mismos, a su parecer, necesiten atención rápida y oportuna, por lo que el sistema de salud usado debería ser capaz de responder a esa demanda. El área de emergencia de un hospital es una zona donde acuden pacientes con distinto grado de complicación clínica, razón por la cual podemos clasificar a los estados de los pacientes en urgencia, emergencia y críticos, todos basados en el grado de riesgo potencial que posee el paciente. Esta forma de organizar a las áreas de emergencia nos permitiera tener un mejor conocimiento del tipo de paciente, nos permitirá una mejor organización y una distribución efectiva de los recursos asignados al área de emergencia.

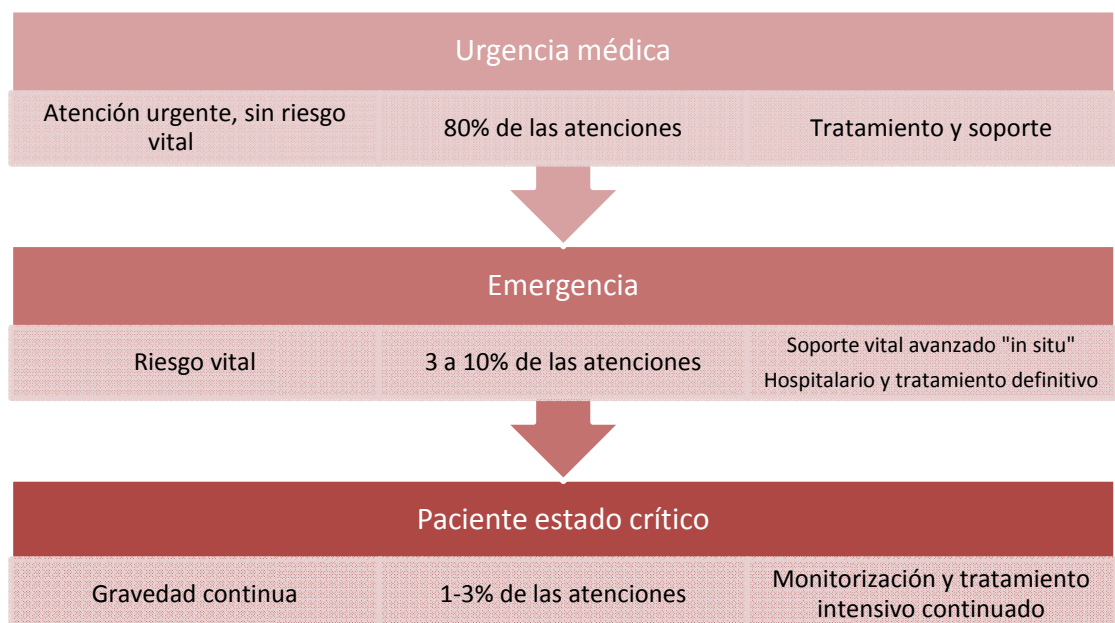
Temes (2011) manifiesta que “Según la Asociación Médica Americana, una urgencia sanitaria es toda condición que, en opinión del paciente, sus familiares o quienquiera que asuma la responsabilidad de llevar al paciente al hospital, requiere atención médica inmediata” (p.450).

Barquín (2003), considera: “en todos los casos se considera que del total de pacientes que se presentan en un servicio de urgencias, cuando más el 20% ameritan atención urgente.” (p. 138).

Este 20% de las atenciones en urgencias, es considerado como una emergencia (urgencia vital). Temes (2011), manifiesta que: “la emergencia es un tipo de urgencia en la que hay riesgo inmediato actual o potencial, para la vida del paciente o un órgano, debido a un compromiso de las funciones vitales (respiratorias, cardíaca, neurológica, etc.) o de secuelas graves permanentes” (p.450).

Temes (2011) afirma: “La persistencia de la gravedad y la amenaza para la vida o la posibilidad de secuelas importantes permanentes definen al paciente crítico, que representan alrededor del 3 al 10% de las urgencias hospitalarias.

Figura 9. Tipos de urgencias médica



Fuente: Gestión Hospitalaria, Temes; Dirección de Hospitales, Barquín
Realizan: Autores

El factor tiempo y el manejo correcto constituyen la diferencia entre la vida y la muerte; son factores para calificar de eficiente y oportuno al servicio. Hay que controlar los retrasos y los posibles errores diagnósticos o terapéuticos que pueden transformar una situación sin consecuencias en una situación grave y desmedida para la institución y para el paciente.

2.2.2 Sistema de triaje estructurado

La palabra triaje es derivada del francés: "*Trier*, que significa coger o clasificar y su uso se remonta al cuidado de los pacientes durante la guerras de Napoleón en el siglo XVIII, removiendo rápidamente a la gente herida y levándola a los sitios de atención médica definitiva" (Australian department of Health and Ageing, 2009)

La Organización Panamericana de la Salud (2011) afirma: "Existe un consenso generalizado, en que la calidad en la atención del paciente se beneficia de la implementación de un sistema de triaje estructurado y de la categorización de la urgencia en los cuartos de urgencias" (p.3)

Hay que considerar que la disponibilidad de un sistema de triaje estructurado dirigido a pacientes y profesionales, se hace más necesario cuando la sobrecarga de los servicios aumenta y los recursos disponibles disminuyen, y aún más, es más imperativo el controlar el riesgo de los pacientes en tales circunstancias de saturación. Dicho sistema constituye un sistema integrado de calidad, cuya implementación tiene

efectos positivos tanto en los pacientes, profesionales y sobre el sistema sanitario en su globalidad.

Tabla 10. *Características Sistema de triaje estructurado*

Características	Beneficio
Categorización de los pacientes	Prioriza la asistencia de cada paciente, en base a su grado de urgencia, por sus signos y síntomas
Tiempos de espera	Controlados, establecidos según nivel de urgencia
Organización información	Diagnósticos en base CIE-10 Mejor trazabilidad de los ingresos a emergencia
Accesibilidad de atención	Se tiene más disponibilidad de los profesionales de cara al paciente
Humanización de la atención	Mejor trato, atención personalizada, intimidad y confidencialidad.
Proceso ordenados y bajo control	Mejora continuamente la calidad de atención al paciente

Fuente: Manual sistema de triaje en los cuartos de urgencias
Realizan Autores

Hay que manifestar, que el sistema de triaje estructurado que se adopte, debe basar su éxito en dos grandes pilares: formación de los profesionales e información a los usuarios; y se debe garantizar la fiabilidad del mismo, donde debe existir decisión institucional para proponer el cambio, apoyo tecnológico y compromiso de los diferentes actores del cambio. Durante los años 60, en Estados Unidos se desarrollo un sistema de triaje de 3 niveles de categorización, el mismo que fue superado por un sistema de 4 niveles a finales de la década de los 90.

"El triaje, entendido como proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes en función de su urgencia/gravedad, antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa en el servicio de urgencias, y que hace que en una situación de saturación del servicio o de disminución de recursos, los pacientes más urgentes sean tratados primeros, es imprescindible siempre que la demanda exceda la capacidad resolutive del servicio, siendo aconsejable que se mantenga las 24 horas del día." (Gomez Jimenez, 2003)

Paralelamente, en Australia, se estableció la Escala Nacional de Triage para los cuartos de urgencias australianos (National Traige Scale for Australian Emergency Departments: NTS). En 1993, la NTS, plantea el primer esfuerzo universal de tener una escala de 5 niveles de priorización. Para el 2000, dicha escala fue aceptada en todo el territorio australiano. A partir de este esfuerzo cada país ha buscado acoplarlo a sus necesidades.

Tabla 11. Modelos de triaje estructurado

Nombre	Siglas	Año	Aplicación
Escala Canadiense de Triage y Urgencia	CTAS: Canadian Emergency Departments Triage and Acuity Scale	1995	Canadá
Sistema de Triage de Manchester	MTS: Manchester Triage System	1996	Inglaterra
Índice de severidad de urgencias de 5 niveles de triaje	ESI: Emergency Severity Index 5 level triage	1999	Estados Unidos
Modelo andorrano de Triage	MAT: Model Andorra de triaje	2000	Andorra, y a partir del 2003 adoptado por la Sociedad Española y el Sistema Nacional de triaje (SET)
Escala Nacional de triaje para los servicios de urgencias	ATS/NTS : National Triage Scale for Australasian Emergency Departments	1993	Australia desde el 2000 es la Escala australiana de triaje: ATS

Fuente: Manual sistema de triaje en los cuartos de urgencias
Realizan Autores

El propósito de los sistemas de triaje estructurado, según la Australian department of Health and Ageing (2009) es: “asegurar que el nivel y la calidad de la atención que se entrega a la comunidad sea acorde con los criterios clínicos objetivos, en lugar de las necesidades administrativa o de organización. De este modo, los sistemas normalizados de triaje pretenden optimizar la seguridad y la eficiencia de los servicios de emergencia del hospital base y asegurar equidad en el acceso a los servicios de salud en toda la población” (p.14)

Tabla 12. Comparación de los Sistemas de triaje estructurado

Característica	CTAS	MTS	ESI	MAT	ATS
Escala de 5 niveles o categorías	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Utilización universal en su país	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Basada en categorías sintomáticas	No	Sí	No	Sí	No
Basada en discriminantes clave ¹	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Basada en algoritmos clínicos	No	Sí	Sí*	Sí	No
Basada en escalas de urgencia predefinidas	Sí	No	No	Sí	Sí
Formato electrónico	No	Sí	No	Sí	No

CTAS (Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale); MTS (Manchester Triage System); ESI (Emergency Severity Index); MAT (Model Andorrà de Triatge); ATS (Australasian Triage Scale);

¹ Factores que permiten discriminar el nivel de urgencia, en pacientes que se presentan con una sintomatología parecida o que se pueden catalogar dentro de una misma categoría sintomática.

* Un solo algoritmo clínico.

Fuente: Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias
Realizan: Autores

Para que un sistema de triaje estructurado sea robusto y tenga un alto grado de precisión y confiabilidad, incluso comparado con los sistemas de 3 o 4 niveles, debe compartir las siguientes características:

Tabla 13. *Características estándares para un Sistema de triaje*

Criterio	Característica
Utilidad	La escala debe ser relativamente fácil de entender y fácil de aplicar por enfermeras y médicos de emergencia
Vigencia	La escala debe medir lo que está diseñado para medir, es decir, lo que debería medir es la urgencia clínica en comparación con la gravedad o la complejidad de la enfermedad u otro aspecto del ambiente de emergencia.
Fiabilidad	La aplicación de la escala debe ser independiente de la enfermera o médico que realiza la función, es decir, que deben ser coherentes. Se usa el término “confiabilidad inter evaluador” que representa una medida estadística de consenso logrado entre dos o más evaluador que utiliza la misma escala.
Seguridad	Las decisiones de triaje deben ser acorde con los criterios clínicos y objetivos. Debe optimizar el tiempo de la intervención médica. Además, las escalas de triaje deben ser lo suficientemente sensibles para aceptar nuevas presentaciones novedosas con alta agudeza.

Fuente: Herramientas educativas para Triaje en emergencias
Realizan: Autores

Cada sistema incorpora tiempos definidos de atención para cada categoría de atención, y algunos, como el sistema de Manchester, usan colores para clasificar a los pacientes, acompañado de 51 motivos de consultas a través de algoritmos según respuestas entre sí/no.

“Si el nivel de triaje ha estado correctamente asignado hablamos de triaje o clasificación esperada o correcta. Una clasificación correcta ha de llevar implícito un tiempo de inicio de la visita médica correcto y una buena evolución de todo el proceso de la atención” (Gómez Jimenez, 2003, p. 7)

Por lo tanto, el sistema de triaje estructurado garantiza el tiempo de visita médica dentro de estándares de calidad preestablecidos.

Tabla 14. *Categorías del Sistema de triaje estructurado*

Categoría de atención	Descripción	Tiempos de atención	Color usado
1	Atención inmediata, peligro de vida (Resucitación)	ATS: Inmediata 100% CTAS: Inmediata 98%	ROJO
2	Inminentemente peligrosa para la vida (Emergencia)	ATS < 10 min 80% CTAS < 15 min 95%	NARANJA
3	Potencialmente mortal o tratamiento en tiempo crítico importante o dolor intenso (Urgente)	ATS <30 min 75% CTAS <30 min 90% MTS: <60 min	AMARILLO
4	Potencialmente grave, situación urgente o de complejidad significativa (Semi urgente)	ATS <60 min 70% CTAS <60 min 85% MTS: <120 min	VERDE
5	Menos urgente (No urgente)	ATS: <120 min 70% CTAS <120 min 80% MTS: <240 min	AZUL

Fuente: Herramientas educativas para triaje en emergencias; Dirección de Hospitales
Realizan: Autores

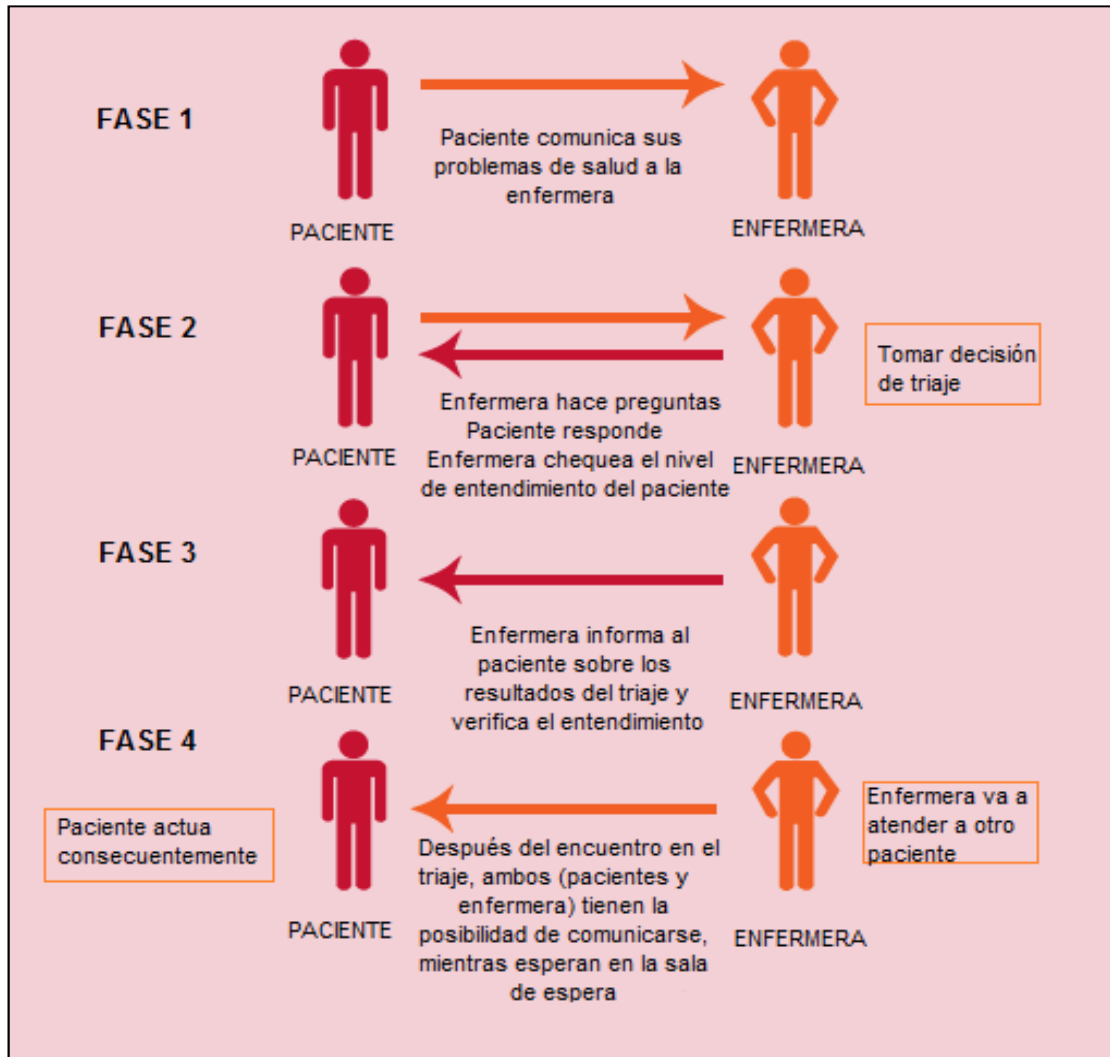
Pueden existir casos cuando el paciente es categorizado en un nivel de mayor urgencia al que le corresponde, en ese caso hablamos de sobretriaje. El sobretriaje no conlleva ningún riesgo para el paciente, pero sí puede afectar la atención sobre otros pacientes y puede condicionar un inadecuado consumo de recursos. Por el contrario, cuando un paciente es

clasificado en un nivel de menor urgencia al que le corresponde hablamos de subtriaje, dicha condición puede provocar un alargamiento del tiempo de inicio de la visita médica y un riesgo para el paciente, tanto de deterioro clínico como del desarrollo de efectos adversos. Para evitar estos efectos adversos y minimizar el riesgo de deterioro fisiológico durante la espera se ha introducido el concepto de reevaluación periódica.

Gomez Jimenez, (2003) manifiesta: “Uno de los objetivos fundamentales de la implantación de un sistema o modelo de triaje estructurado es que ha de permitir evaluar su rendimiento” (p.5). Esto nos permite definir indicadores de gestión y tener un sistema en constantes mejoras y evaluaciones.

Como ya se menciona, un pilar para el éxito del sistema de triaje estructurado es la comunicación entre el paciente y la persona responsable del triaje. Existe un proceso recomendado por el Gobierno Australiano, el mismo que es realizado por una enfermera preparada y que destina su tiempo a realizar exclusivamente esta tarea; bajo este esquema, la enfermera en 5 minutos analiza el grado de complicación clínica que presenta el paciente que acude al área de emergencia y lo clasifica en una de las 5 categorías establecidas. Para dicha valoración, la persona responsable del triaje debe asegurar las condiciones clínicas y no clínicas óptimas para conseguir una categorización adecuada. Condiciones como privacidad, confidencialidad y el respeto al paciente deben asegurarse durante todo el triaje.

Figura 10. Proceso Triage simplificado/Factores influyentes



Fuente: Herramientas educativas para Triage en emergencias
Realizan: Autores

La persona responsable del triaje al momento de conducir el mismo, debe considerar los siguientes factores: observación apariencia en general, historia clínica focalizada y datos fisiológico importantes, los mismos que van a apoyar a clasificar en una de las cinco categorías disponibles a cada paciente.

Tabla 15. Factores fisiológicos importantes para triaje de adultos

	Categoría 1	Categoría 2	Categoría 3	Categoría 4	Categoría 5
Vía aérea	Obstruida, Parcialmente obstruida	Normal	Normal	Normal	Normal
Respiración	Hipo ventilación Ausencia de respiración Angustia respiratoria severa	Angustia respiratoria moderada	Mediana Angustia respiratoria	No hay Angustia respiratoria	No hay angustia respiratoria
Circulación	Compromiso hemodinámico severo Ausencia circulación	Compromiso hemodinámico moderado	Mediano compromiso Hemodinámico	No hay compromiso Hemodinámico	No hay compromiso Hemodinámico
Escala de dolor	N/a	Muy severo	Moderadamente severo	Moderado	Mínimo
Discapacidad	GCS < 9	GCS 9 – 12	GCS > 12	Normal	Normal

GCS: Escala neurológica del coma (Glasgow coma Scale)

Fuente: Herramientas educativas para triaje en emergencias
Realizan: Autores

Infantes y niños pequeños difieren fisiológicamente y psicológicamente de los adultos. Niños y adolescentes poseen también diferencias vs adultos. Los principios de evaluación en niños son los mismos para la evaluación de adultos; sin embargo, hay que tener presente que la edad influye en el patrón de la presentación de los síntomas, evolución y manejo, ya que en niños, es más propenso a un deterioro rápido de la salud; adicionalmente, la gente joven tiene una mayor necesidad emocional y requieren de mayor

privacidad, la mayoría no desea discutir su estado de salud sin la presencia de sus parientes y respetando su privacidad.

La ATS (2010) ha considerado los siguientes parámetros como predictivos de una enfermedad en niños e infantes:

- Pérdida de apetito ($< \frac{1}{2}$ de su alimentación normal en las últimas 24 horas).
- Dificultad al respirar.
- Tener menos de 4 pañales usados/mojados en menos de 24 horas.
- Decaimiento.
- Somnolencia.
- Lucir pálido y caluroso.
- Enfermedad febril en un niño con menor de 3 meses de edad.

Tabla 16. Factores fisiológicos importantes para triaje pediátrico

	Categoría 1	Categoría 2	Categoría 3	Categoría 4	Categoría 5
Vía aérea	Obstruida Parcialmente obstruida con una dificultad respiratoria grave	Abierta / Parcialmente obstruida con dificultad respiratoria moderada	Abierta / Parcialmente obstruida con dificultad respiratoria leve	Abierta	Abierta
Respiración	Ausencia de la respiración o hipo ventilación	Respiración presente	Respiración presente	Respiración presente	Respiración presente
Circulación	Dificultad respiratoria grave: • Use severo de músculos periféricos. • Retracción severa. • Cianosis aguda.	Dificultad respiratoria moderada: • Uso moderado de músculos periféricos • Retracción moderada • Piel pálida.	Dificultad respiratoria leve: • Leve uso de músculos periféricos • Retracción leve • Piel tonalidad rosada.	Sin Dificultad respiratoria • No hay uso de músculos periféricos • No hay retracción	Sin Dificultad respiratoria • No hay uso de músculos periféricos • No hay retracción
llenado capilar <2 seg Mucosa oral seca. Ojos hundidos ↓ Turgencia del tejido	Ausencia de circulación Bradicardia significativa Eje.: HR < 60 en un infante	Circulación presente	Circulación presente	Circulación presente	Circulación presente
Ausencia de lágrimas Respiración profunda filiforme / Pulso débil Taquicardia ↓ Producción de orina	Serío compromiso hemodinámico: Eje: pulso periférico ausente Piel pálida, fría, húmedo, moteado. Taquicardia significativa Llenado capilar > 4 seg.	Compromiso hemodinámico moderado: eje: Pulso braquial débil/filiforme Piel pálida, fría Taquicardia moderada Llenado capilar 2-4 seg.	Compromiso hemodinámico leve: - Pulsos periféricos palpables - Piel pálida, caliente - Taquicardia leve	No compromiso hemodinámico: - Pulsos periféricos palpables - De color rosa piel, cálido y seco	No compromiso hemodinámico: - Pulsos periféricos palpables - De color rosa piel, cálido y seco
	Hemorragia incontrolable	< 6 seg deshidratación	3-6 seg deshidratación	< 3 seg deshidratación	No hay deshidratación
Discapacidad	GCS<8	GCS 9–12 Disminución severa de la actividad: Sin contacto visual Disminución de tono muscular	GCS >13 Moderado descenso de la actividad: Letargo Contacto con los ojos cuando se le molesta	GCS normal o sin cambios agudos. Leve disminución de la actividad: contacto con ojos normal Interactúa con los padres.	GCS normal o sin cambios agudos. Ninguna alteración de la actividad Jugando Sonriendo

Fuente: Herramientas educativas para Triage en emergencias
Realizan: Autores

La implementación de un sistema de triaje estructurado en nuestro SNS mejorará la calidad de atención a los pacientes que acuden en busca de atención médica urgente, aun cuando clínicamente no lo amerite. Al ser un sistema, aseguramos la interacción interdisciplinaria e interdepartamental de un hospital fortaleciendo el sentido holístico de la atención en salud que garantiza nuestra constitución.

El fomentar el uso de procesos claros y definidos generará las herramientas necesarias de gestión que proporcionarán una mejora continua en el servicio y nos ayudarán a brindar un servicio de calidad y al mejor uso de los recursos disponibles, tanto de índole humano, tecnológico y estructural.

CAPITULO III

DESCRIPCIÓN METODÓLOGICA

3.1. Método e instrumentos de investigación

3.1.1. Método de investigación

En la ciencia existen diferentes tipos de investigación y es importante conocer sus características para definir cuál de ellas se ajusta mejor a nuestra investigación. El presente proyecto se realizará bajo un enfoque mixto, Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio (2006) afirman: "Esto significa que implica un proceso de recolección, análisis y vinculación de datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio, una serie de investigación para responder a un planteamiento del problema" (p.783).

El proyecto se sustentará en una investigación de carácter descriptivo, Bernal (2006) afirma: "Es una reseña de rasgos, cualidades o atributos de la población objeto de estudio" (p.121).

3.1.2. Instrumentos de la investigación

Bernal (2006) afirma: "Se habla de dos tipos de fuentes de recolección de información: las primarias y las secundarias" (p.175). Las fuentes primarias son todas aquellas de las cuales se obtiene información directa, conocida también como información de primera mano. Para extraer los datos de esta fuente se utiliza el método de encuesta, de entrevista y por observación.

Eyssautier (2006) afirma: "Encuesta es una de las técnicas de recolección de información más usada, se fundamenta en un cuestionario o conjunto de preguntas que se preparan con el propósito de obtener información de las personas (p.177). En el área de emergencia, se obtendrá información a través de encuestas a los pacientes/familiares y a personal de salud involucrado en el área.

Como objetivo central de la encuesta hacia los pacientes/familiares, queremos conocer el grado de aceptación del modelo actual de atención por el área de emergencia, su impacto en la atención médica y los tiempos usados para la atención médica en el área de pre y post triaje; además queremos evaluar la red de salud del sur en base a la pertenencia geográfica de los pacientes que acuden por atención médica al área de emergencia de este hospital. (ver Tabla 17). Se usarán cuestionarios/encuestas que van a incluir preguntas del tipo cerrado con opción múltiple y dicotómicas, se buscará medir las actitudes de los pacientes/familiares en referencia al servicio brindado.

En relación con los cuestionarios/encuestas dirigidas al personal de salud involucrado en el área de emergencia, se usarán preguntas del tipo cerrado, de opción múltiple combinadas con preguntas del tipo dicotómicas. El objetivo de encuestar al personal de salud que labora en el área de emergencia es evaluar la funcionalidad del área de triaje actualmente, como aporta a descongestionar las atenciones médicas así como valorar la

atención de pacientes que usan el sistema de referencia y contrareferencia que arrancó en el mes de Enero de 2012; adicionalmente se busca valorar la capacidad física de los consultorios de emergencia y al área de triaje. (ver Tabla 18).

Tabla 17. Descripción sobre la evaluación encuesta al personal

Característica a ser evaluada	Definición	Dimensión	Indicador	Tipo de dato
Uso de consulta de triaje	Se valora el nivel de funcionalidad del triaje actual	Efectividad del uso de triaje	Escala de satisfacción	Categórica ordinal
Sistema de referencia	Necesidad de atención especial derivada de un centro de salud	Pacientes referidos y contra referidos	No. de atenciones registradas	Numéricos discretos
Calidad infra estructura	Infraestructura instalada en el área de emergencia	Comodidad de las instalaciones	Escala de satisfacción	Categórica ordinal
Uso de CIE-10	Aplicación de la clasificación de las enfermedades	Uso de los códigos	Sí No	categórica nominal

Fuente: Autores
Realizan: Autores

Tabla 18. Descripción sobre la evaluación encuestas a pacientes/familiares

Característica a ser evaluada	Definición	Dimensión	Indicador	Tipo de dato
Ubicación geográfica	Lugar de residencia actual comparados con las áreas de salud de la red del sur del DMQ	Lugar de residencia actual	% pacientes pertenecientes a cada área	Categórico nominal
Frecuencia de uso	Frecuencia de atención médica por emergencia del HGEG	Número de veces en acudir al área de emergencia	Número atenciones/año	Numérica discreta
Calidad de atención	Características relevante al nivel de atención recibido	Primera persona de contacto	Profesionales médicos que trabajan en emergencia	Categórica ordinal
		Nivel de atención	Personal administrativo de emergencia	Categórica nominal
		Atención en salud e indicaciones claras	Médicos del área de emergencia	Categórica nominal
		Infraestructura	Escala de valor	Cualitativa nominal
Tiempo de atención	Es el tiempo de espera de un paciente: a.- Antes de triaje b.- Antes de consulta	Tiempo transcurrido	Minutos	Numérica continua

Fuente: Autores
Realizan: Autores

Eyssautier (2006) afirma: "La entrevista es una técnica orientada a establecer contacto directo con las personas que se consideren fuente de información. Tiene como propósito obtener información más espontánea y abierta. (p.177).

La entrevista tiene el carácter de estructurada, y está enfocada en recopilar la información para entender el flujo de los pacientes que acuden a esta área, el grado de complejidad del área y la posible identificación de puntos de saturación en sus actividades normales; se usará el formato para levantar información de procesos

La observación es un proceso de conocimiento donde se perciben ciertos rasgos existentes en la realidad por medio de un esquema conceptual previo y con base en propósitos definidos generalmente por una conjetura que se desea investigar. Usaremos la observación sistémica de las actividades que se realizan en el área de emergencia para verificar su impacto en la atención al paciente.

Otro tipo de fuentes de recolección son las fuentes secundarias y son todas aquellas que ofrecen información sobre el tema por investigar, pero que no son la fuente original de los hechos o situaciones, sino que los referencian.

Bernal (2006) afirma: "Las principales fuentes de información secundaria son libros, revistas, documentos escritos, noticieros y medios de información" (p.172). Esta información se encuentra a disposición de todo investigador que lo requiera. Para el caso del área de emergencia, citamos el reglamento interno del servicio de emergencia del HGEG, edición 1, de 28 de abril de 2010.

3.2. Población y Muestra

3.2.1. Población

El universo del presente estudio en el caso de pacientes, estuvo constituido por todos los usuarios que acudieron al área de emergencia del HGEG de enero a diciembre del año 2011 y que registro la cifra de 87948 pacientes. Al ser un hospital de referencia para la red sur del DMQ, según datos del propio hospital al 2011, la población cubierta por dicha red corresponde a 997612 habitantes, sin embargo hay que considerar que al ser un hospital de nivel II de complejidad puede recibir pacientes de cualquier sitio geográfico del Ecuador, por lo cual nuestra población tiende a ser infinita, por lo que aplicamos la fórmula para calcular la muestra con una población infinita.

Por otro lado, los profesionales que trabajan en el área de emergencia son 113 profesionales entre médicos, enfermeras y auxiliares tanto de enfermería como administrativos (ver Tabla 2). Al tratarse de un proyecto descriptivo, que no implica riesgo alguno para la salud de la

población estudiada, se solicitó únicamente su consentimiento verbal previa la información de los objetivos, metas y alcance del proyecto, así como la declaratoria de confidencialidad de la identidad e información proporcionada por los participantes.

3.2.2. Muestra

3.2.2.1. De pacientes

Para la realización de la encuesta a pacientes/familiares se ha considerado un margen de error del 5%, un nivel de confianza del 95% y un nivel de heterogeneidad de la población del 50%, lo que nos llevo a recolectar 384 encuestas entre el mes de Mayo y Junio del 2012, basados en la siguiente ecuación para una población infinita:

$$n = \frac{z^2 p q}{B^2}$$

n= tamaño de la muestra

z= 1,96 para un intervalo de confianza del 95%

p= frecuencia esperada del factor a estudiar

q= 1- p

B= precisión o error admitido, para nuestro caso el 5% de error muestral

$$n = \frac{3,8416 \times 0,5 \times 0,5}{0,0025}$$

n = 384 encuestas a pacientes

Los criterios de inclusión para la encuesta de pacientes/familiares fueron:

- Haber solicitado atención médica en el área de emergencia del HGEG.
- Haber brindado su consentimiento informado.

Dentro de los criterios de exclusión para la encuesta se consideró la evidencia de alguna enfermedad psiquiatría o retardo mental de la persona que responde la encuesta y aquellos que no cumplan con alguno de los criterios de inclusión propuestos.

3.2.2.2. Del personal del área de emergencia

Para la realización de la encuesta al personal que labora en el área de emergencia, se considero un margen de error del 5%, un nivel de confianza del 95% y un nivel de heterogeneidad de la población del 25%, se llevó a cabo encuestas a 105 profesionales entre el mes de Mayo a Junio del 2012; basados en la siguiente ecuación para una población finita:

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

N= tamaño de la población o universo

k= 1,96 para un intervalo de confianza del 95%

e= precisión o error admitido, para nuestro caso el 5% de error muestral.

p= frecuencia esperada del factor a estudiar

q= 1- p

n= tamaño de la muestra

$$n = \frac{1,96^2 \times 0,5 \times 0,5 \times 113}{(0,05^2 \times (112)) + 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}$$

$n = 105$ Encuestas personal

Dentro de los criterios de inclusión se considero:

- Ser trabajador por contrato o nombramiento del HGEG.
- Pertenecer y trabajar en el área de emergencia del HGEG.
- Haber brindado su consentimiento informado.

Los criterios de exclusión que rigen a la encuesta de profesionales que trabajan en el área de emergencia son: ser médico, enfermera, personal administrativo o auxiliar que no desempeñe funciones en el área de emergencia y aquellos que no cumplan con alguno de los criterios de inclusión propuestos.

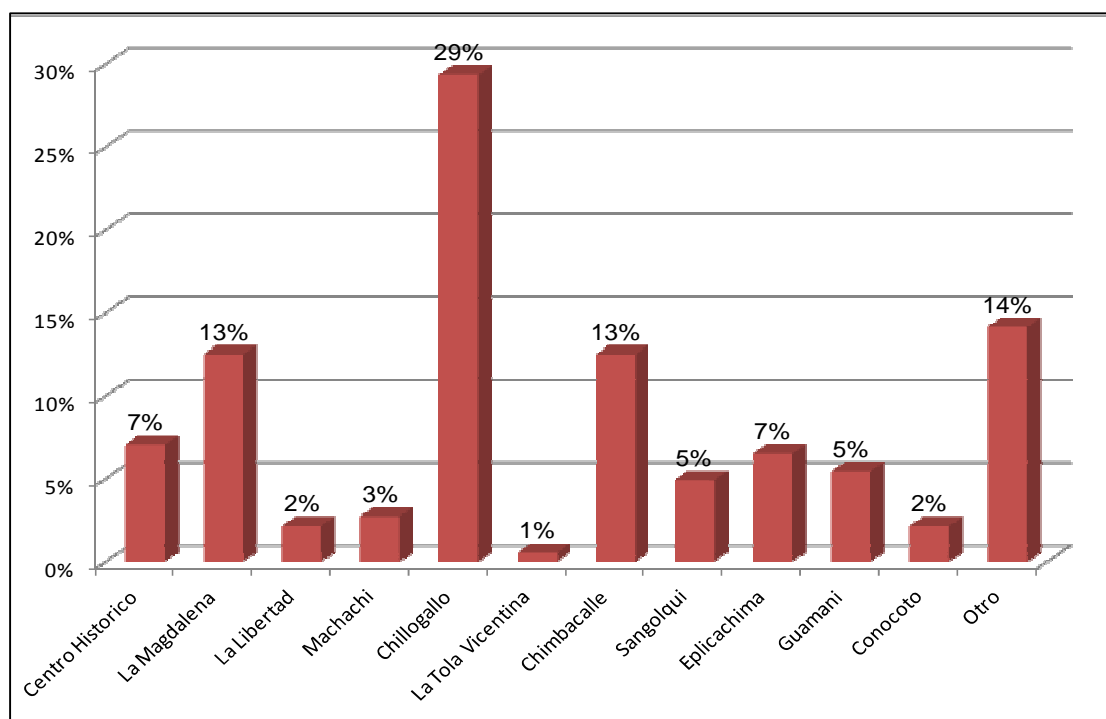
3.3. Resultados de la investigación

3.3.1. Resultados de encuesta a pacientes

Después de recopilar la información de 384 encuestas (Ver Anexo 17) a los pacientes que acudieron por servicios médicos al área de emergencia del HGEG, se obtuvieron los siguientes resultados:

En base al lugar de residencia de los pacientes, comparados con las áreas de salud de la red sur del DMQ, observamos que existe una mayor afluencia de la población del área de salud No. 12 – Chillogallo con un 29%, seguido del área de salud No. 14 – Chimbacalle y el área de salud No. 5 – La Magdalena, con un 13%; representando el 54% del total de atenciones por emergencia. Existe un 14% de usuarios que geográficamente no corresponden a la red sur del DMQ, mientras que el 32% restante, corresponden a los usuarios de las diferentes áreas de la red.

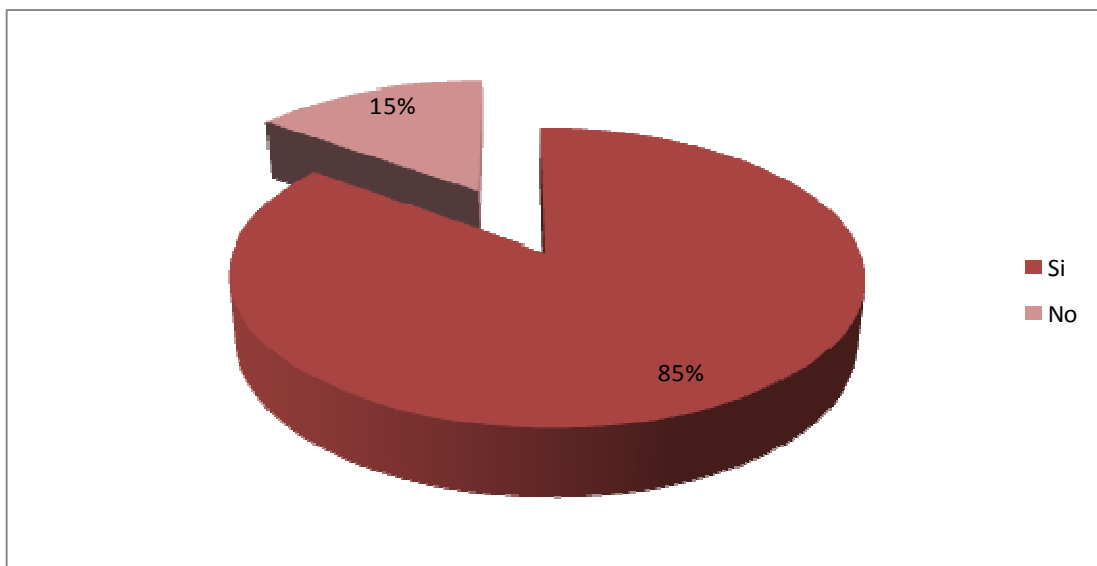
Gráfico 5. Procedencia de pacientes al área de emergencia



Fuente: Hospital General Enrique Garcés
Realizan: Autores

De las personas que acuden al área de emergencia del HGEG, el 85% conocen que existe un área de salud cerca de su lugar de domicilio, sin embargo prefieren ir directamente al hospital por atención médica, evitando acudir al área de salud asignada y no someterse al proceso de obtener un turno para atención en consulta externa.

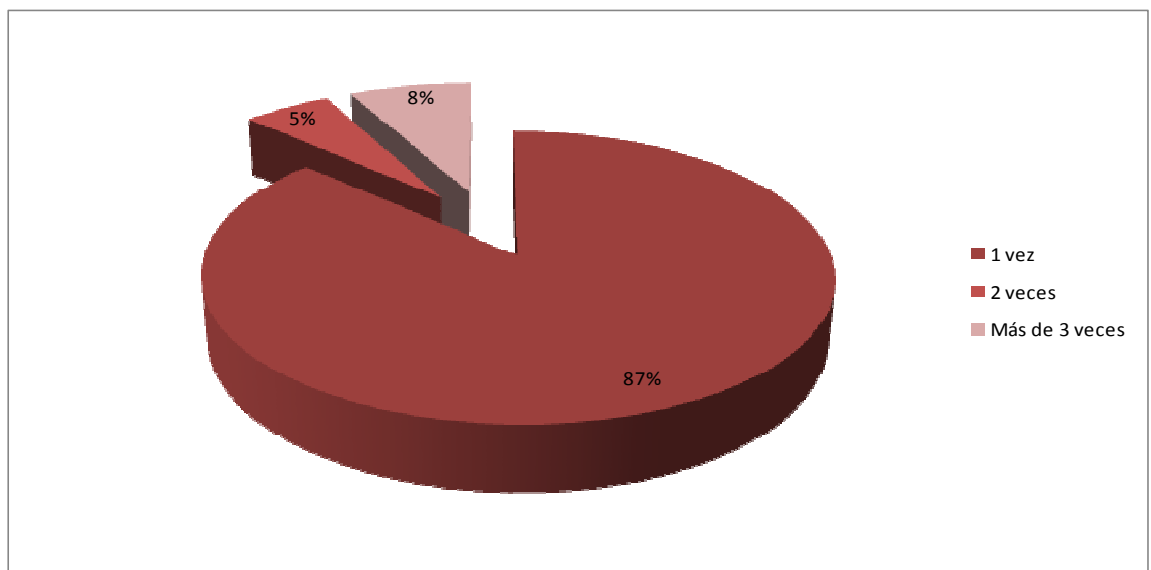
Gráfico 6. Conocimientos área de salud cercana



Fuente: Hospital General Enrique Garcés
Realizan: Autores

Al investigar sobre la frecuencia de atención médica en el área de emergencia se observa que el 87% acudieron por una sola ocasión y el 13% acudieron en más de una vez.

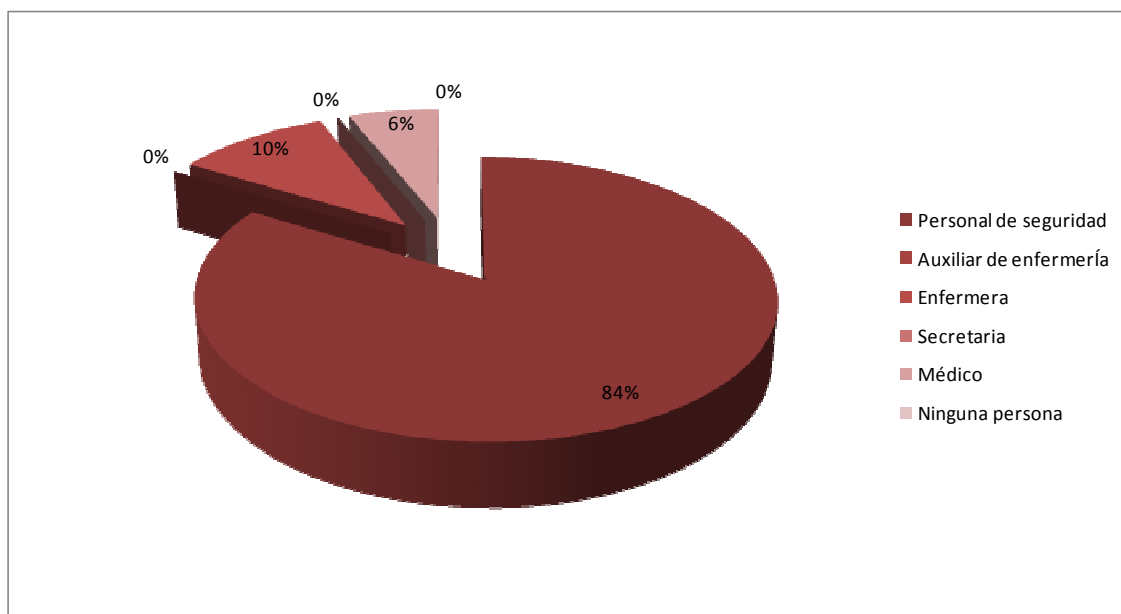
Gráfico 7. Uso servicios área de emergencia



Fuente: Hospital General Enrique Garcés
Realizan: Autores

En el 84% de los casos, el primer punto de contacto es el guardia de seguridad, el mismo que es considerado como un momento de verdad, que debería ser manejado por el personal de triaje para que realice la valoración clínica adecuada y controle el posible riesgo del paciente.

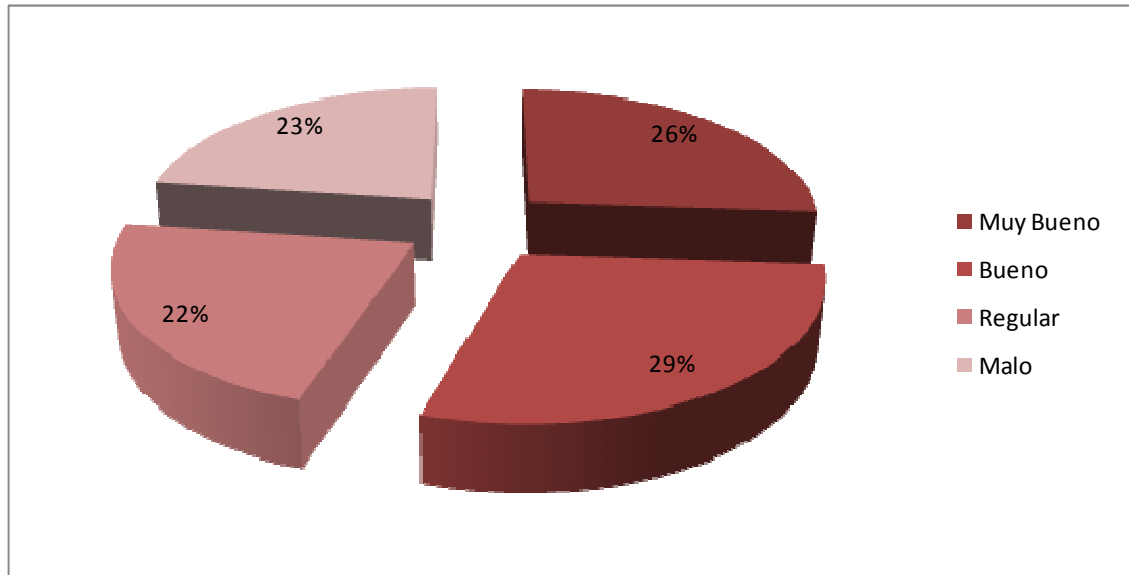
Gráfico 8. Primera persona de contacto



Fuente: Hospital General Enrique Garcés
Realizan: Autores

En referencia a los tiempos de espera en emergencia del HGEG, refleja una tendencia homogénea entre las categorías consultadas.

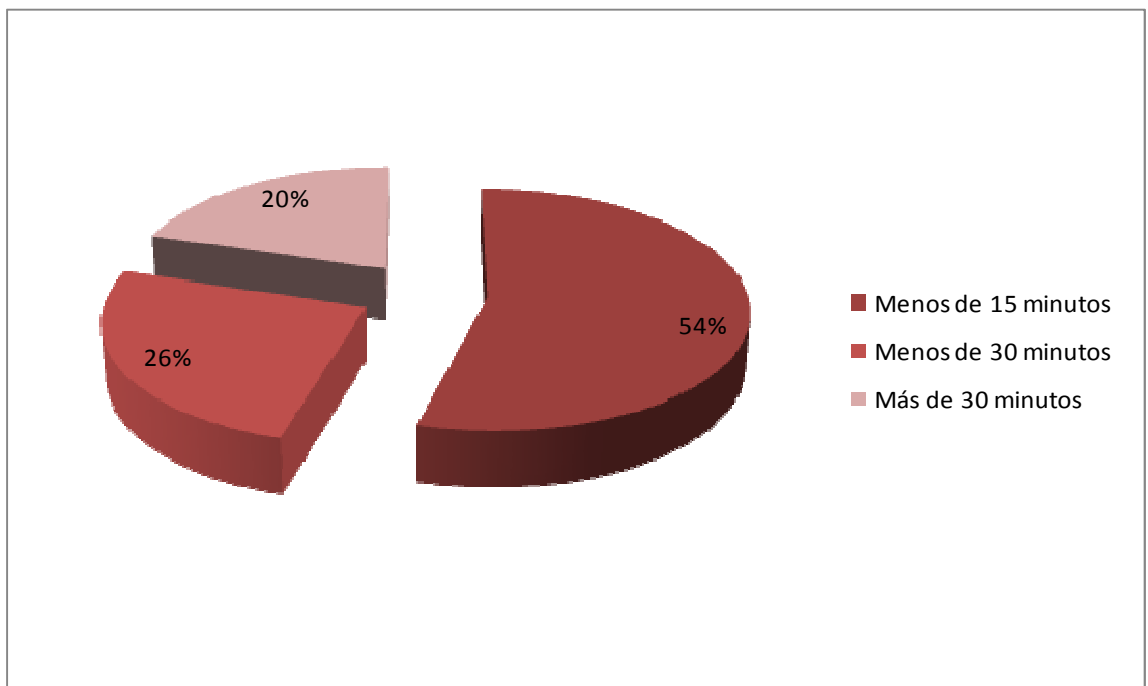
Gráfico 9. Percepción global tiempo de espera



Fuente: Hospital General Enrique Garcés
Realizan: Autores

Al consultar sobre los minutos que los pacientes esperan antes de ser tomados los signos vitales (área de triaje), se determinó que el 54% espera menos de 15 minutos, el 26% menos de 30 minutos y el 20% más de 30 minutos; de acuerdo al estándar, el tiempo estimado para el triaje debe de ser menor a 5 minutos.

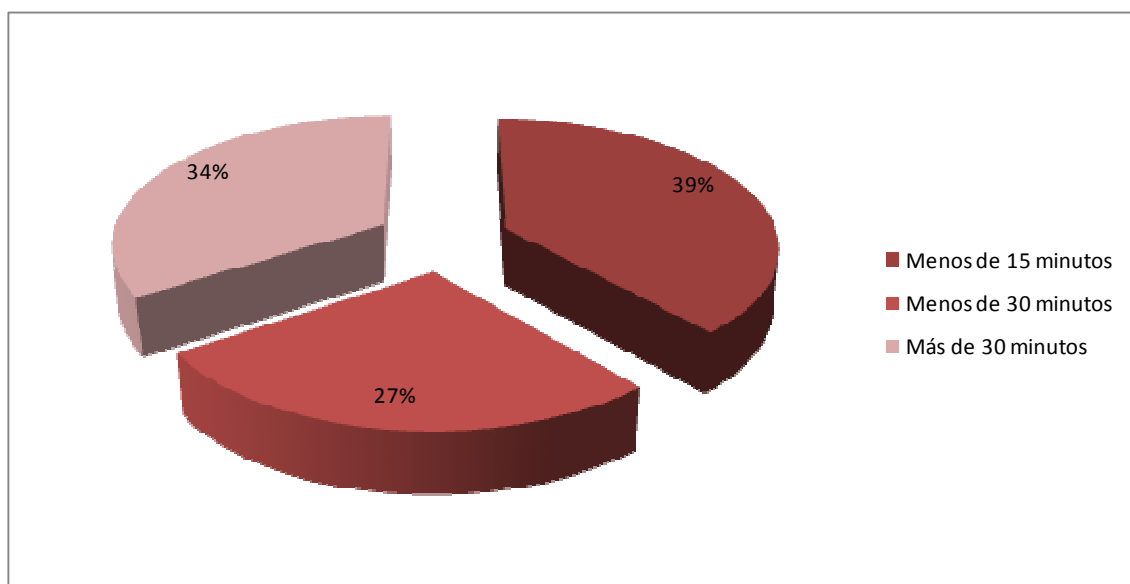
Gráfico 10. Tiempo de espera antes de triaje



Fuente: Hospital General Enrique Garcés
Realizan: Autores

El 39% de los pacientes espero menos de 15 minutos para ser atendido por un médico, un 27% menos de 30 minutos y el 34% con más de 30 minutos, reflejando que los pacientes que acuden al área de emergencia no presentan un riesgo vital, lo cual se ve reflejado en el perfil epidemiológico reportado por el área de la emergencia. (Ver Tabla 4 y Tabla 12).

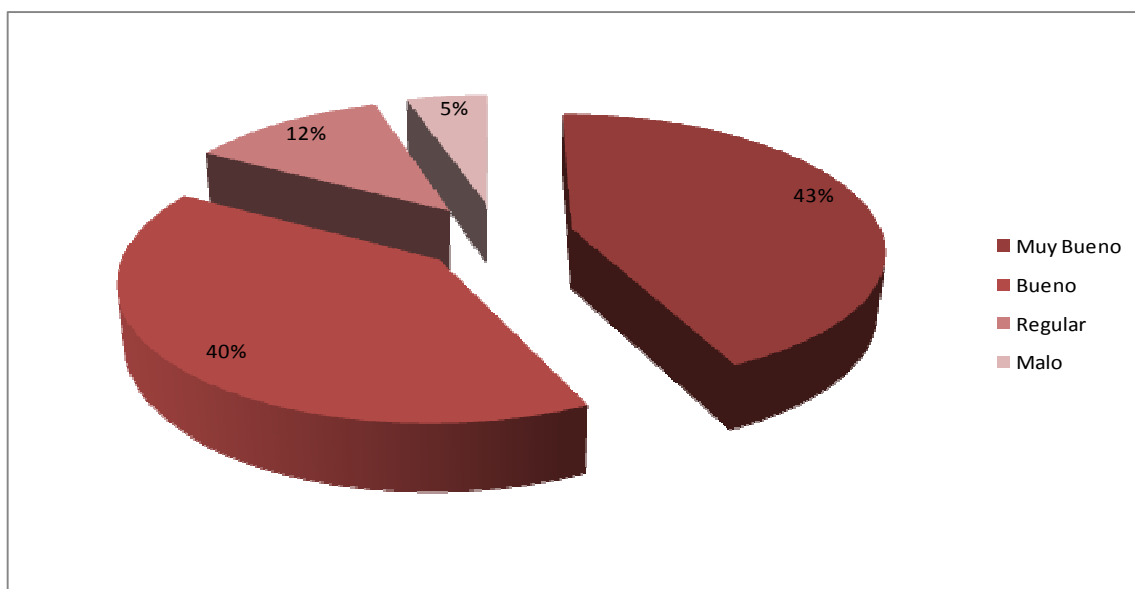
Gráfico 11. Tiempo de espera antes de la atención médica



Fuente: Hospital General Enrique Garcés
Realizan: Autores

Un factor influyente para calificar la atención del médico fue el tiempo de espera que tuvo el paciente previa su consulta, de ahí el hecho que el 83% considera que la atención médica es aceptable, a pesar de haber homogeneidad en la percepción de espera de los pacientes.

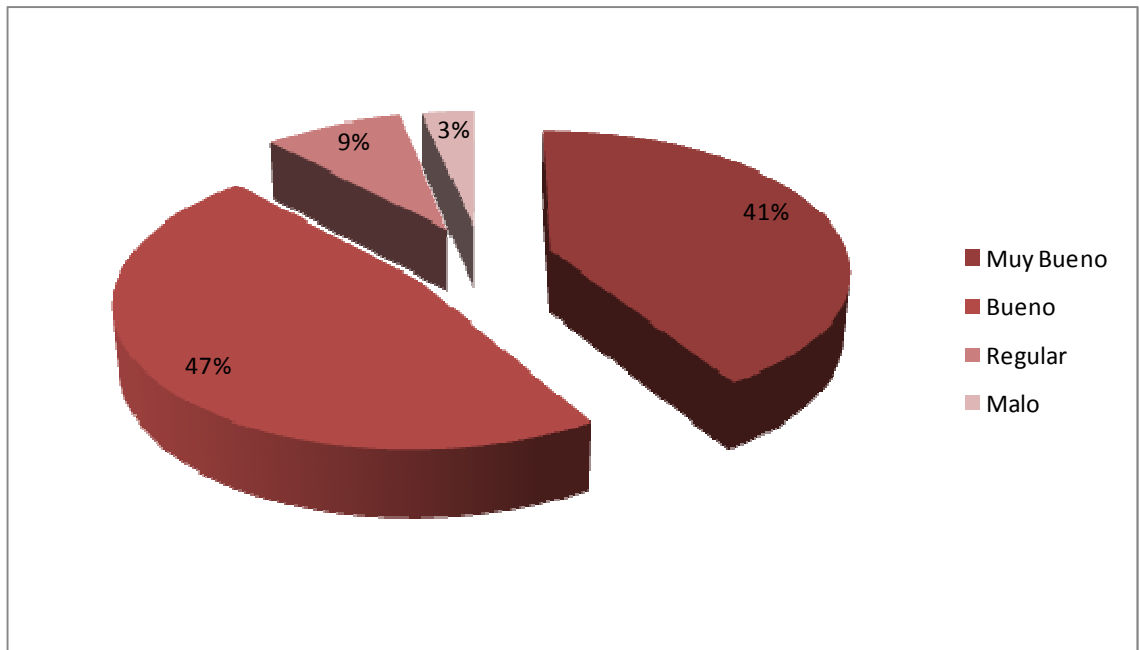
Gráfico 12. Calidad de atención de los médicos



Fuente: Hospital General Enrique Garcés
Realizan: Autores

Para el caso del personal administrativo, la atención es percibida aceptable.

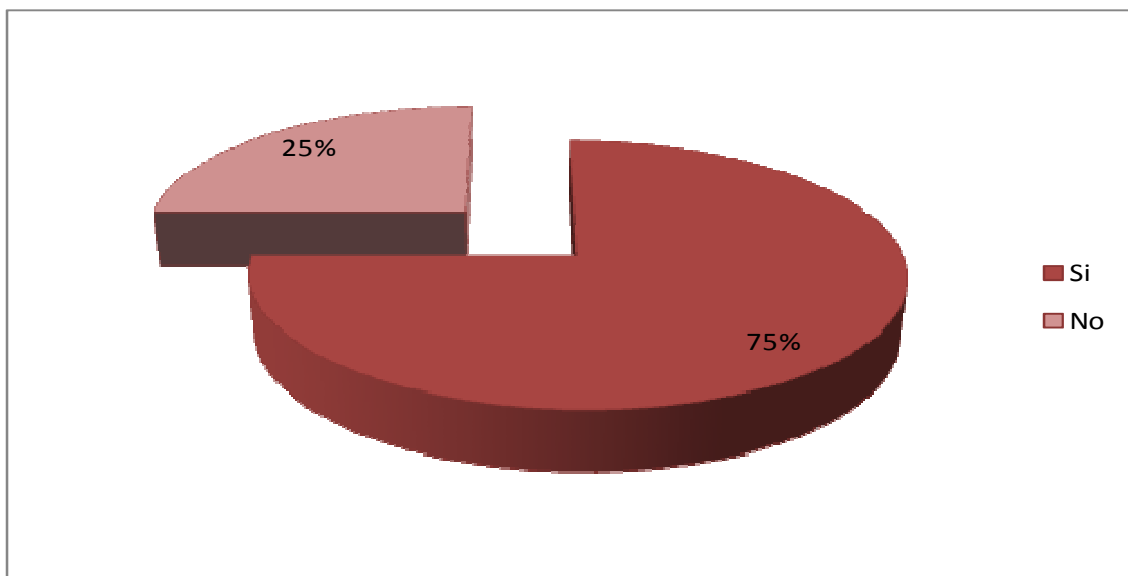
Gráfico 13. Calidad de atención personal administrativo



Fuente: Hospital General Enrique Garcés
Realizan: Autores

Al analizar los datos que reflejan calidad de atención, el 75% de los pacientes si recibieron indicaciones claras y precisas acerca de su tratamiento.

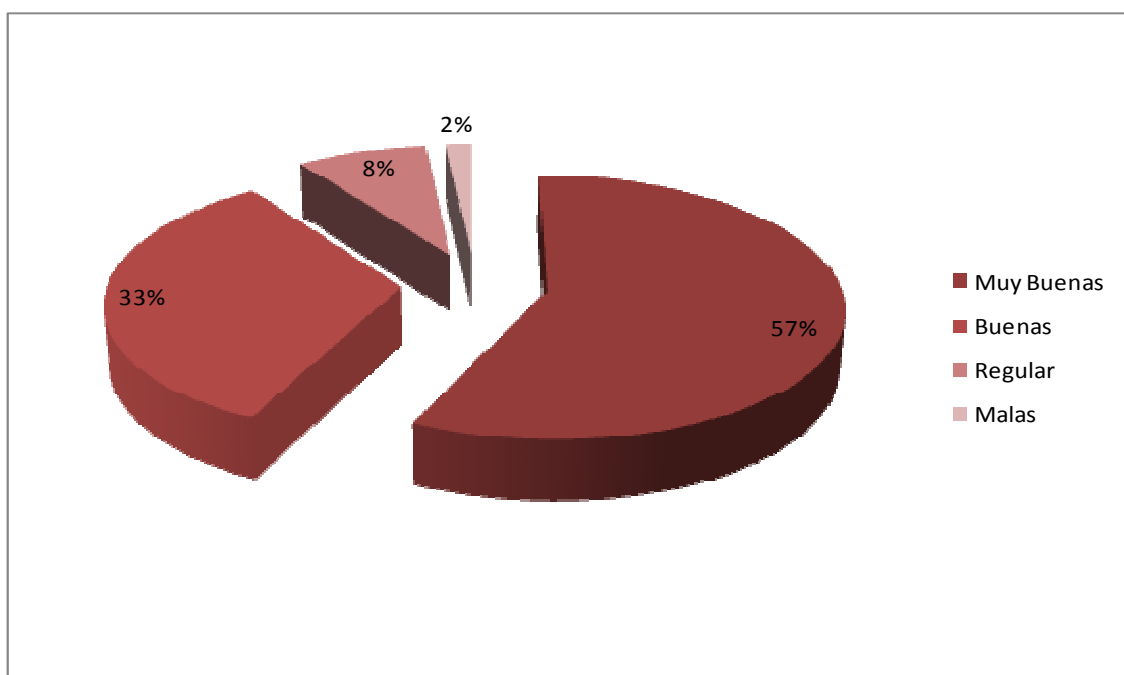
Gráfico 14. Indicaciones claras y precisas para el tratamiento



Fuente: Hospital General Enrique Garcés
Realizan: Autores

Para finalizar, el 57% de los pacientes consideran que la infraestructura de emergencia es muy buena, seguida de un 33% que consideran que es buena, un 8% consideran que es regular y un 2% piensa que son malas. En general, el área física es aceptable para brindar la atención de los usuarios.

Gráfico 15. Valoración infraestructura área de emergencia



Fuente: Hospital General Enrique Garcés
Realizan: Autores

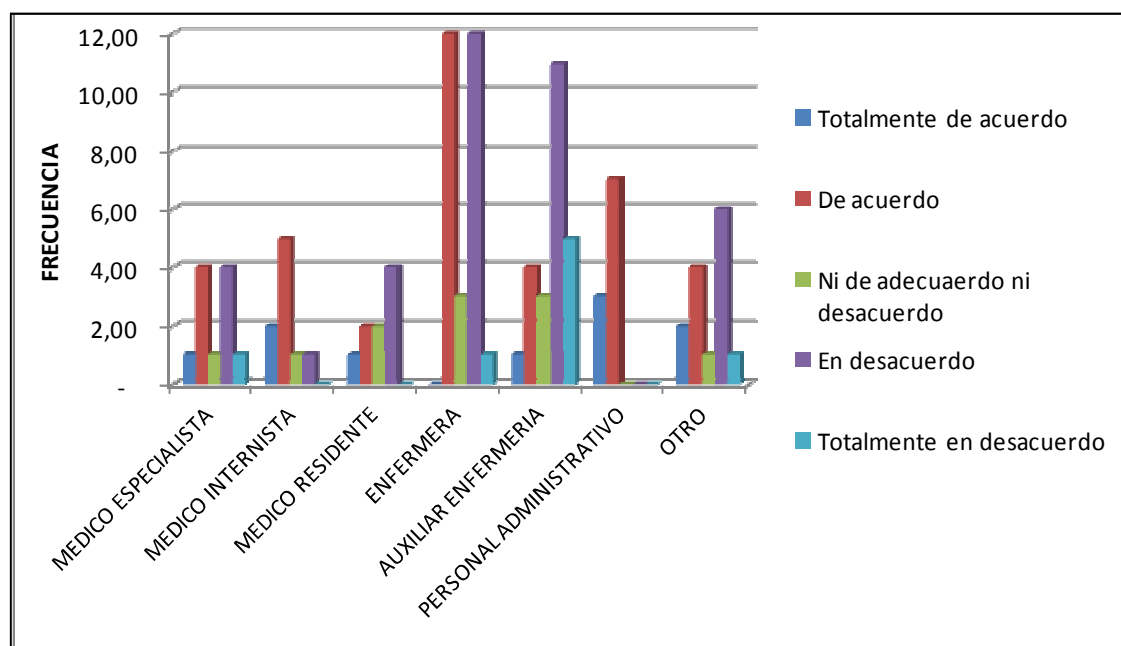
3.3.2. Resultados de encuestas a personal médico de emergencia

Se realizó la encuesta (ver Anexo 18) al personal que labora en el área de emergencia del HGEG y se encuestó a 29 médicos entre especialistas, residentes y rotativos; 28 enfermeras, 24 auxiliares de enfermería y 10 de personal administrativo. Se encuestaron a 14 individuos

que pertenecían a otros cargos administrativos como de limpieza o camilleros, obteniéndose los siguientes resultados:

A nivel general, al consultar a los empleados sobre si está de acuerdo en el actual proceso de triaje, encontramos que existe una percepción dividida; el 36,2% está de acuerdo con el triaje actual y sólo el 9,5% está totalmente de acuerdo con el triaje; como contraste, existe otro 36,2% que está en desacuerdo y un 7,6% que está totalmente en desacuerdo con el proceso de triaje actual. Un 10,5% es indiferente con el proceso usado para triaje en el hospital.

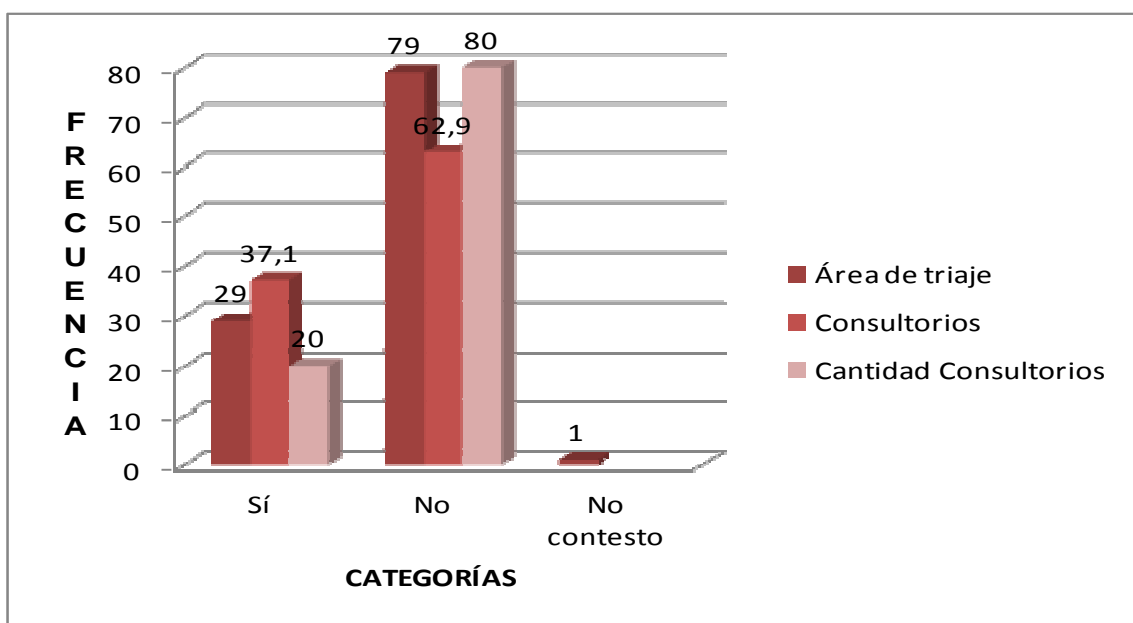
Gráfico 16. Evaluación proceso triaje por personal



Fuente: Hospital General Enrique Garcés
Realizan: Autores

Al consultar sobre la infraestructura del área de triaje, el 79% considera que el área no es la adecuada. En relación a los consultorios, el 62,9% considera que el área física es inadecuada y el 80% considera que la cantidad es insuficiente.

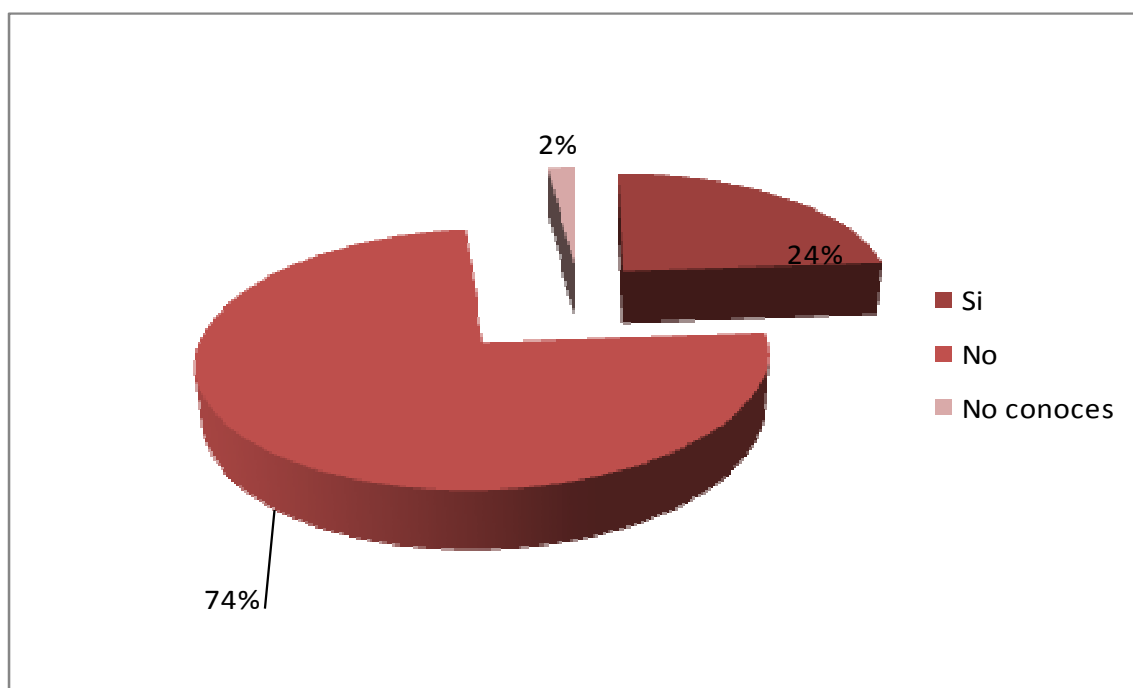
Gráfico 17. Infraestructura consultorios y triaje



Fuente: Hospital General Enrique Garcés
Realizan: Autores

Según la experiencia de los encuestados, el 74% contestó que no se ha disminuido las atenciones a pacientes que acuden a esta casa de salud con el sistema de referencia y contrarreferencia del MSP.

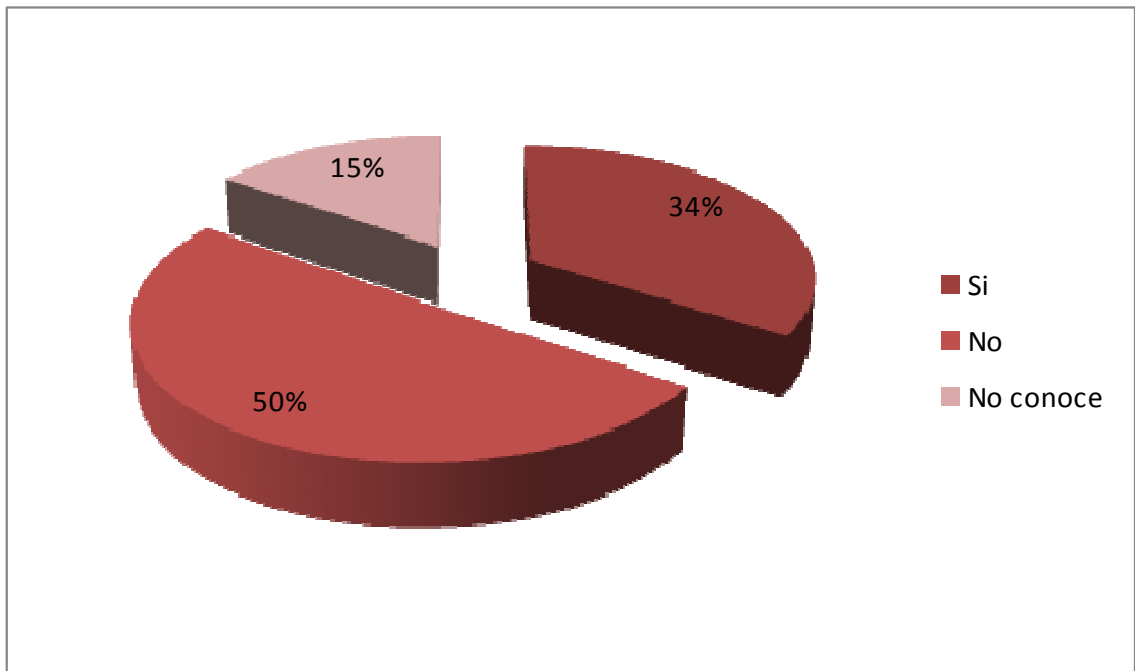
Gráfico 18. Disminución de pacientes con sistema de referencia



Fuente: Hospital General Enrique Garcés
Realizan: Autores

Al consultar el uso del CIE-10 para registrar los diagnósticos, el 50,5% de los encuestados refieren no usar esta clasificación.

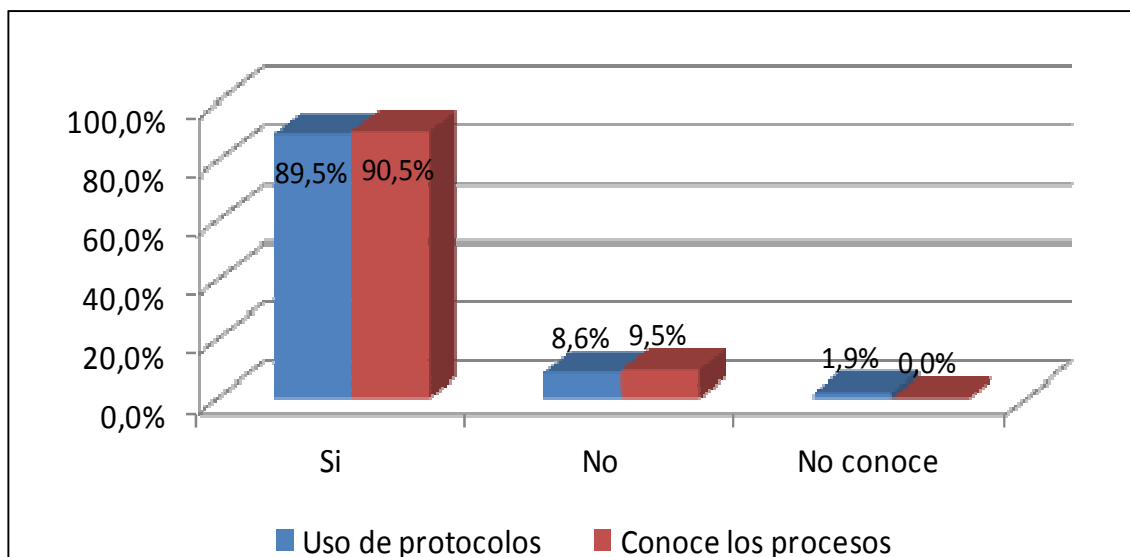
Gráfico 19. Uso del CIE-10



Fuente: Hospital General Enrique Garcés
Realizan: Autores

El 89,5% de los encuestados refieren que la atención médica se basa en protocolos de atención y el 90,5% manifiesta conocer los procesos que se realizan en el área de emergencia.

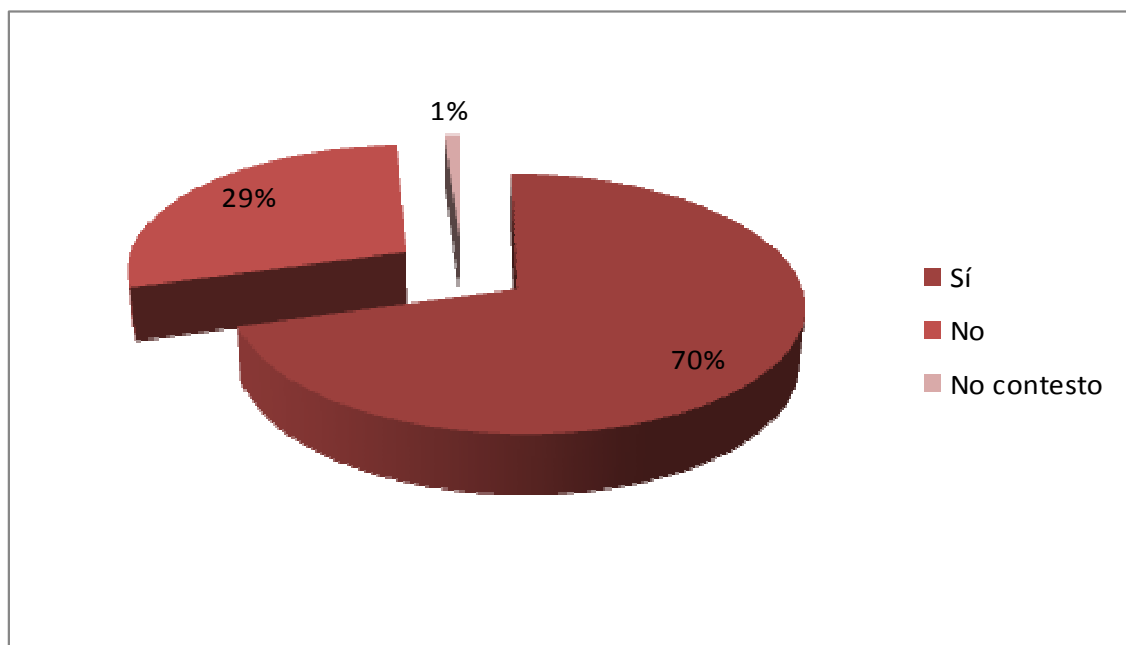
Gráfico 20. Uso de protocolos y procesos en el área de emergencia



Fuente: Hospital General Enrique Garcés
Realizan: Autores

En general, en el área de emergencia, el 70,5% refirió tener los insumos médicos necesarios para realizar su trabajo.

Gráfico 21. Disponibilidad insumos médicos



Fuente: Hospital General Enrique Garcés
Realizan: Autores

3.4. Análisis de la situación actual

Usando las técnicas de recolección de información definidas previamente, así como las fuentes primarias y secundarias de información, detallamos la situación actual del área de emergencia del HGEG:

El área de emergencia del HGEG ofrece atención médica las 24 horas del día, los 365 días del año; su líder está a cargo de 113 profesionales, entre médicos especialistas (17), médicos posgradistas (10), médicos emergenciólogos (4), médicos generales (2) y personal administrativo (9); adicionalmente, la responsabilidad con el personal de

enfermería está encabezada por su líder que coordina a 31 enfermas, 28 auxiliares de enfermería y 10 camilleros. Ofrece las especialidades de gineco – obstetricia, pediatría, cirugía, traumatología y medicina interna con médicos especialistas para cada especialidad, aunque no están disponibles físicamente las 24 horas en el área de emergencia; las enfermas y auxiliares de enfermería realizan turnos de 6 horas en horarios rotativos. Los camilleros cumplen con jornadas de 12 horas. De los pacientes que acudieron al área de emergencia del HGEG, el 84% refirió que su primer punto de contacto fue el personal de seguridad, lo que consideramos es una actividad que no genera valor al paciente en su necesidad de atención médica oportuna.

Encontramos que los pacientes al ingresar a emergencia no son categorizados adecuadamente debido a la carencia de un sistema de triaje estructurado, lo que generó que el 46% de los mismos tuvieron que esperar más de 15 minutos para su valoración por el triaje. Al tener estos tiempos prolongados, el área deja de controlar el riesgo que pueden generar otros pacientes que acuden por emergencia, saturando el cuarto de espera, provocando inquietud en el tiempo de atención del paciente, stress e insatisfacción del mismo; adicionalmente, los consultorios para atención no guardan la privacidad para cada paciente, atendiendo muchas veces a dos pacientes en el mismo consultorio.

La persona encargada de realizar el triaje es una enfermera, quien cumple con esta función de forma rotativa; el triaje realizado en el área de

emergencia consiste en: completar la información de la sección 6 de la hoja 008 (signos vitales, mediciones y valores) del paciente y enviar a los mismos (llevando consigo su hoja 008) al consultorio según la necesidad médica requerida (al área de pediatría si son niños menores de 14 años; al área de gineco – obstetricia si son mujeres con emergencia obstétrica y al área de traumatología y medicina interna si son pacientes adultos con necesidad de atención médica urgente). El área en mención, no cumple con las especificaciones, tanto de infraestructura (ver Figura 5) como técnicas (ver Tabla 10 y 14) básicas para realizar un triaje adecuado, corroborado esto con el 79% de los encuestados del área de emergencia, que consideran que el área de triaje no tiene la infraestructura física necesaria. Al no clasificarse a los pacientes en base a su valoración clínica usando una escala de 5 niveles de categorización de atención por emergencia, se pueden omitir casos realmente emergentes ó asumir un rol de consulta externa; El paciente sale del triaje y se dirige físicamente al área de atención médica asignada, donde tiene que esperar a la consulta del médico especialista. Al no categorizar a los pacientes en base a su valoración clínica, no se detectan pacientes en categorías 3, 4 y 5 las cuales deberían ser atendidas según los tiempos establecidos en un sistema estructurado de triaje; cabe recalcar que sólo en el 39% de los casos se atendieron en menos de 15 minutos, mientras que 61% de los casos tuvieron que esperar más de 15 minutos, lo que está en relación con el perfil de atención de emergencia.

En lo referente a producción hospitalaria, el área de emergencia registró 87948 atenciones al cierre del 2011, con un promedio de 241 atenciones/día, en 4 consultorios disponibles registrando un porcentaje de internación del 12%. Para el primer cuatrimestre del 2012, alcanzó la cifra de 259 atenciones/día, incrementando la atención de pacientes por emergencia. Hay que considerar que desde que se impulsó el sistema de referencia y contrarreferencia, el 74% de los trabajadores en el área de emergencia manifestó que la cantidad de pacientes no ha disminuido, razón por la cual el HGEG sigue siendo la primera opción para los pacientes, aunque el 85% de los usuarios si conocen la unidad operativa que está cerca a su lugar de residencia.

Las principales causas de morbilidad registradas en el 2011 por emergencia son de tipo infeccioso (respiratorias altas, gastroentéricas e infecciones de vías urinarias) alcanzando el 24% de la atenciones; dicho comportamiento se mantiene similar hasta el primer cuatrimestre del 2012, donde la cifra llego al 26% de las atenciones dadas por emergencia en ese período.

Adicionalmente, el número de atenciones por consulta externa del HGEG en el 2011 alcanzó la cifra de 93065 atenciones, lo que comparado con las 87948 atenciones de emergencia, refleja que el 49% de las atenciones son cubiertas por emergencia, ratificado esto por el perfil epidemiológico encontrado en el área de emergencia. Para el 2012, el

primer trimestre, reflejo 33085 atenciones por consulta externa y 23871 atenciones por emergencia, lo que corresponde al 42% de las atenciones del hospital, cifra aunque ha disminuido, sigue siendo alta.

La principal causa de internación por emergencia corresponden a causas gineco – obstétricas, de los 29 ingresos que se realizan al día, 9 son por causas ginecológicas. Por lo antes expuesto y con el uso de un sistema de triaje estructurado habríamos detectado en el año 2011 que 21108 atenciones no eran urgencias ni emergencias médicas por estar consideradas como categoría 4 ó 5; las mismas debieron ser derivadas a consulta externa evitando el uso innecesario de recursos físico, humano y técnico, así como evitar que el 25% de las atenciones no hayan recibido indicaciones claras y precisas sobre su tratamiento.

La aplicación de la ley de Derechos y Amparo del paciente contempla no negar la atención médica a los ciudadanos en momentos de emergencia médica; no consideramos negar la atención médica a estas 21108 atenciones, sin embargo creemos que el disponer de recurso especializado en emergencia para estos casos con lleva a un uso ineficiente y poco práctico ante la verdadera demanda de salud que vive el país.

El área de emergencia interactúa con falencias con los servicios auxiliares de diagnóstico; no existe personal de laboratorio clínico encargado de tomar muestras a los pacientes que requieren exámenes, las

muestras son llevadas al laboratorio por los mismos pacientes y/o familiares y los resultados están disponibles en aproximadamente 3 horas, lo que genera que un paciente pase 4 horas de espera antes de ser sometido a una reevaluación médica. En el caso del servicio de imagenología, los pacientes suben con la ayuda de un auxiliar de emergencia y tienen que esperar a la disponibilidad de turnos sin tomarse como pacientes urgentes; dicho proceso toma aproximadamente 4 horas, lo que acentúa el tiempo de espera de los pacientes para su reevaluación médica. La sala de observación, donde se colocan a pacientes con tratamiento establecidos, se convierte en un área de hospitalización; sin embargo es importante señalar que las camas utilizadas no son camas hospitalarias debido a que probablemente existe falta de comunicación ó el porcentaje de ocupación del hospital es elevado. Las áreas de mayor demanda de servicios son triaje, hidratación, observación de mujeres y hombres, tratamientos y gineco – obstetricia, esta última no dispone de camas de observación. Una enfermera debe cubrir dos áreas por turno, de ahí que la calidad de atención está supeditada a la agilidad de la enfermera para cubrir todas sus funciones. Cuando se produce una internación, los pacientes o familiares son los responsables de obtener su historia clínica en el área de estadística, proceso que toma más de 1 hora. En general, el tiempo que se requiere para ser atendido por el área de emergencia es catalogado entre regular y malo por el 45% de los encuestados, porcentaje que refleja la necesidad de ser más eficientes en el proceso de atención para un paciente urgente. Para el 80% de los trabajadores del área de emergencia, la

cantidad de consultorios son insuficientes, percepción que podría cambiar si se eliminan las causas infecciosas y se implementa un sistema de triaje estructurado; las atenciones se mejorarían, no se atenderían a dos pacientes en un mismo consultorio y el uso de recursos sería más eficiente. Observamos que el 50,5% de los trabajadores en salud del área de emergencia no usan el CIE-10, desconociendo el Art. 76 de la Ley orgánica del SNS que obliga a registrar los diagnósticos usando los códigos internacionales.

El área de emergencias del HGEG se ha convertido en un pequeño hospital al interior del propio hospital, existe un flujo interno de pacientes pediátricos y ginecológicos que debería evitarse. Su centro de atención es clasificar a los pacientes en base a la especialidad clínica que requieren por lo que su área de triaje esta subestimada. En su afán de dar atención médica, cubre la demanda de consulta externa que no soporta el hospital, desenfocando la verdadera función de un área de emergencia; adicionalmente, la red sur del DMQ no está cubriendo la APS, razón por la cual los pacientes, sin turnos para consulta externa y sin APS, acuden a emergencias aún sin presentar cuadros clínicos que ameriten atención médica urgente y mucho menos atención emergente.

3.5. Conclusión de los resultados obtenidos

En base a la investigación de campo y usando los datos de las encuestas, podemos concluir:

1. La macro red sur del DMQ no cumple con la Atención primaria de Salud.
2. El área de emergencia del HGEG no cuenta con un sistema estructurado de triaje, no clasifica a los pacientes en base a su valoración médica y tampoco presenta procesos de reevaluación médica; el paciente urgente presenta tiempos prolongados de espera para ser atendido por el médico.
3. Las principales causas de morbilidades registradas por el área de emergencia durante el 2011 y el primer cuatrimestre de 2012 son del tipo infeccioso; el 24% de las atenciones por emergencia han registrado patologías como: infecciones respiratorias altas, infección de vías urinarias y problemas gatroentéricos.
4. La atención médica a los pacientes no respeta derechos fundamentales consagrados en la Ley de Amparo y Atención del paciente.
5. Los pedidos de laboratorio clínico y Rx no son catalogados como procesos urgentes en cada servicio prolongando de esta manera, los tiempos de espera, para obtener un diagnóstico definitivo.
6. La información no es tabulada de la manera correcta, los casos emergentes (pacientes en shock) no son registrados adecuadamente; los datos de internaciones no tienen consistencia y el ingreso de la información para tabularse es errónea, duplicando terminología y omitiendo información.

CAPITULO IV

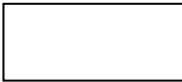
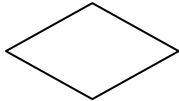
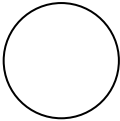
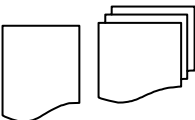
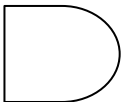
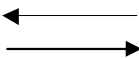



SITUACIÓN ACTUAL DE PROCESOS

4.1. Definición del mapa de procesos

“La gestión por procesos es una herramienta encaminada a conseguir los objetivos de calidad en un entorno que procura asegurar el tratamiento rápido, ágil y sencillo de los problemas de salud desde una perspectiva centrada en el paciente, en las personas que prestan los servicios y en el proceso asistencial mismo” (Temes, 2007, p.614)

En una entidad hospitalaria, confluyen varias necesidades para conseguir una relación interdisciplinaria e intradepartamental que conlleve a brindar un servicio integral al paciente. En el área de emergencia, varios factores aseguran la atención médica del paciente manejando oportunamente su riesgo; se debe tomar en cuenta la capacidad resolutive que involucra al triaje estructurado, diagnóstico clínico, observación, tratamiento e internación de ser necesario para asegurar la estabilidad, recuperación y futura rehabilitación del paciente atendido por emergencia. El método que se usa para describir gráficamente un proceso son los diagramas de flujo, mediante la utilización de símbolos, líneas y palabras para describir y conectar las actividades. Los diagramas de flujo utilizan símbolos reconocidos, propuestos por la ANSI (American National Standards Institute) de Norteamérica.

Tabla 19. Símbolos usados para diagramas de flujo

Símbolo	Significado
	Acción: Se utiliza para representar una actividad, es decir cada vez que ocurra un cambio en un ítem. Se debe incluir en el rectángulo una breve descripción de la actividad.
	Decisión: Se utiliza en aquellos puntos del proceso donde se debe tomar una decisión. Los diferentes flujos en la decisión se marcan con las palabras Sí ó No, Verdadero ó Falso.
	Inspección: indica que el flujo del proceso se ha detenido para evaluar la calidad. También puede representar que se requiere una firma de aprobación. Dentro del círculo se describe la inspección realizada.
	Documentación: este rectángulo con la parte inferior ondulada significa que se requiere documentación para el desarrollo del proceso, por ejemplo, registro de pacientes, solicitud de exámenes, hoja 008). Si hay varios documentos se grafica de acuerdo al número de copias. El original se identifica con la letra O y las copias con números (1,2,3, etc)
	Espera: este símbolo también llamado bala, se utiliza para indicar espera antes de continuar con una actividad, por ejemplo, esperar consulta ginecológica.
	Dirección del flujo: la flecha denota la dirección y el orden en los pasos del proceso. Indica el movimiento de un símbolo a otro.
 	Conector: Círculo pequeño con una letra o número dentro del mismo, para relacionar puntos del diagrama; el otro símbolo se usa como conector de página, para unir páginas en la diagramación del proceso.
	Limites: Indica principio y fin del proceso, dentro del símbolo se escribe la palabra inicio o fin.

Fuente: Notas diagramas de flujo
Realizan: Autores

Cada proceso tiene un inicio y un fin, las actividades se establecen de forma sistemática y todas poseen el mismo valor de importancia; para su

nomenclatura se usan las letras del alfabeto en mayúsculas acompañadas de un número y se busca eliminar las actividades que no generen un valor agregado para el proceso con el objetivo final de conseguir la satisfacción del cliente.

4.2. Levantamiento de información de los procesos actuales

Una vez realizadas las entrevistas al personal del área de emergencia, usando el formato de levantamiento de información (ver Anexos 19) detectamos que existen 4 procesos que se realizan actualmente: ingreso en emergencia, atención en emergencia, observación en emergencia y alta en emergencia. Cuando el paciente acude al área de emergencia, no existe una clasificación idónea para los pacientes entre urgencia y emergencia médica; además el cuarto de triaje no tiene comunicación directa con el ingreso de pacientes emergentes, por lo que los paramédicos que acompañan al paciente son los que tiene que obtener la hoja 008 en estadística; el ingreso de este tipo de pacientes son coordinados mediante el uso de la radiofrecuencia y no existe claridad cuando un paciente llega en ambulancia al área de emergencia.

Para superar la primera fase del ingreso, el paciente debe cumplir con 10 pasos antes de ser atendidos por un médico. De los 10 pasos, 5 no generan ningún valor agregado para el paciente, ya que son actividades internas burocráticas que el mismo paciente las realiza y depende de la disposición del personal administrativo y médico para cumplirlas. El llenado

de la hoja 008 es rápido por estadística, sin embargo la misma debe ser transportada por el paciente y/o familiar hasta el consultorio del médico. En términos generales, este proceso es lento y finaliza cuando el paciente espera por la atención del galeno.

El segundo proceso es la atención propia del paciente en emergencia, la cual dependerá del estado clínico del mismo. En casos emergentes, que llegan a través de una ambulancia, un emergenciólogo lo recibe, lo revisa en el pasillo de ingreso de emergencia y emite dictamen clínico para estabilizarlo, llegar a un diagnóstico y establecer el tratamiento. Para los pacientes de casos urgentes, el proceso es heterogéneo. Las pacientes gineco – obstétricas deben ingresar a emergencias, atravesando el cuarto de tratamientos, entre los pacientes que se encuentran en camillas o camas para llegar a su sala de espera y encontrar un consultorio para su atención; si necesitan internación, en el cuarto de preparación de ginecología la enfermera le coloca la vía periférica, toma las muestras de laboratorio y direcciona al familiar para obtener su historia clínica.

Los pacientes pediátricos, ingresan de igual forma atravesando el cuarto de tratamientos, pasan por la sala de espera de gineco – obstetricia hasta llegar al consultorio de pediatría. Si necesitan internarse, pasan al cuarto de observación de pediatría y la enfermera canaliza la vía periférica, toma muestras de sangre y recibe al paciente. Los pacientes adultos con casos urgentes de atención médica, después de pasar por triaje, esperan el

llamado del médico en un consultorio que funciona atendiendo a 2 pacientes simultáneamente. Después de esta consulta, el médico decide su tratamiento, direccionando al mismo para: hidratación, tratamientos, cirugía o yesos. En pacientes que requieren de cirugías urgentes en horas de la mañana, no existe quirófano de urgencias para cumplir con esta necesidad. Los partes de cirugía urgentes son relegados a horas de la tarde, cuando el cirujano de emergencia ya cumplió su horario de trabajo, retrasando la cirugía hasta programar la cirugía de urgencia y asignar anestesiólogo para dicho proceso. En general, el proceso de atención tiene 15 actividades, empezando con la consulta del médico para finalizar en la emisión de un diagnóstico definitivo; como puntos críticos se establece el solicitar ayudas diagnósticas como exámenes clínicos ó de imagenología y el someter a los pacientes a tratamientos para establecer un diagnóstico definitivo. En este proceso, la interacción con los servicios auxiliares de diagnóstico son un cuello de botella; las enfermeras destinan parte de su tiempo para tomar las muestras de sangre y los camilleros pierden tiempo porque en imagenología no se da un trato preferencial a los pacientes que vienen de emergencia.

En el proceso de observación, que involucra a pacientes que ya poseen un diagnóstico definitivo, está marcado por los lapsos prolongados que permanecen en este proceso, superando incluso las 48 horas de observación; hay que considerar que los reportes clínicos son disponibles a partir del medio día, perdiendo 4 horas de observación y retrasando así reevaluación o alta de emergencia.

La saturación del cuarto de observación (tanto de hombres como mujeres) también está marcada por la poca disponibilidad de camas para pacientes de internación por emergencia, muchos de los cuales se encuentran ocupando camas de observación, generando una semi-hospitalización en emergencia, lo que provoca la realización de parte diario y hojas de evolución; por otro lado, en el cuarto de hidratación, los pacientes reciben su hidratación sentados en sillas no reclinables, atentando sus derechos básicos de una atención médica con estándares de calidad y sobre todo, de una forma digna atentando la intimidad del paciente. En resumen, el proceso de atención en emergencia está basado por el retraso de las actividades de los auxiliares de diagnóstico, la poca pro actividad para llegar al diagnóstico definitivo, largos tiempos de espera de los mismos y hospitalización de pacientes en emergencia.

Para el último proceso, para dar el alta en emergencia, se comete el error de egresar a los pacientes, cuando nunca ingresaron al hospital. Las altas se producen cuando el médico llega al diagnóstico definitivo del paciente y autoriza su alta o es trasladado del hospital o fallece. En general es un proceso que no depende del paciente como tal, está basado en la condición del mismo y en el cumplimiento de formatos internos que son responsabilidad del médico y de la enfermera. (Ver Anexo 19)

4.3. Diseño de procesos

El mapa de procesos del HGEG consta de procesos gobernantes o estratégicos, procesos productivos u operativos y procesos de apoyo.

Figura 11. Mapa de procesos del Hospital General Enrique Garcés



Fuente: Hospital General Enrique Garcés
Realiza: Ing. Jaime Cadena

El área de emergencia del HGEG tiene como objetivo principal atender a la demanda de pacientes que acuden por atención médica urgente o emergente, dicha actividad se engloba dentro de un proceso operativo, teniendo a los pacientes como entradas, hasta alcanzar su estabilidad hemodinámica, para pasar a hospitalización/transferencia ó alta, como salida. El proceso de transformación que sufre el paciente está regido por diferentes actividades del personal, tanto médico como administrativo, auxiliares de diagnóstico, procedimientos, protocolos de atención, estándares técnicos y soporte legal que interactúan de la mejor manera para conseguir un paciente estable y atendido.

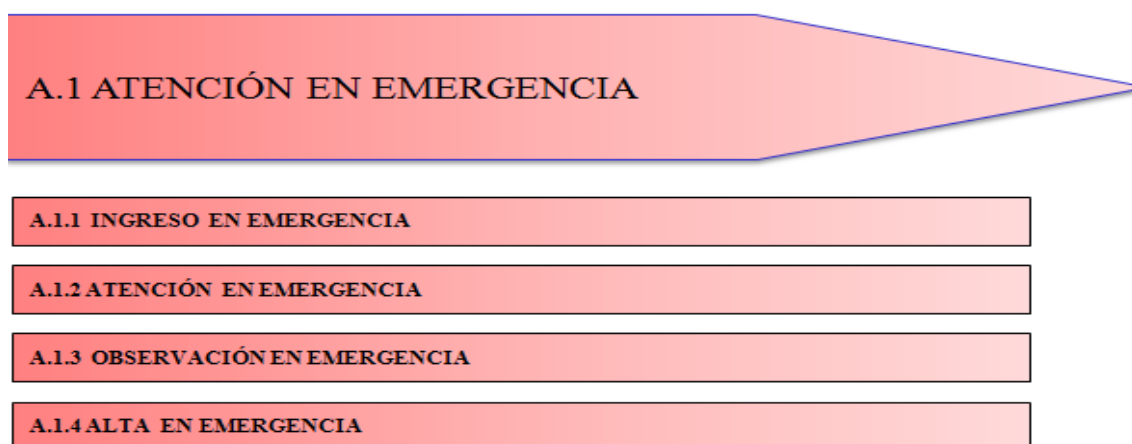
Tabla 20. *Procesos de admisión y prestación de servicios ambulatorios*

Macroproceso:	A. Admisión y prestación de servicios ambulatorios
	A.1 Atención en emergencia
	A.2 Gestión de estadística
	A.3 Atención de consulta externa
Procesos:	A.4 Atención odontológica
	A.5 Atención en auxiliares y diagnósticos
	A.6 Administración del banco de sangre
	A.7 Atención en clínicas ambulatorias
	A.8 Atención en salud mental

Fuente: Hospital General Enrique Garcés
Realizan: Autores

En área de emergencia, después de organizar la información recolectada, presenta los siguientes subprocesos:

Figura 12. Inventario de procesos área de emergencia



Fuente: Autores
Realizan: Autores

Estos cuatro subprocesos tienen sus propias actividades, las mismas que están representadas en los diagramas de flujo respectivos usando el software Visio versión 2010.

Los subprocesos son: Ingreso a emergencia , atención en emergencia, observación en emergencia y alta en emergencia (ver Anexo 20).

4.4. Mejoras en los procesos

Después del análisis de los procesos actuales, nosotros consideramos que hay actividades que pueden ser mejoradas para garantizar la atención emergente y urgente. Creemos necesario reducir los procesos de observación y alta en emergencia, siendo estos incorporados en la atención hacia el paciente, lo que facilitará el flujo del paciente evitando perder tiempo y recursos.

La propuesta de procesos son: ingreso en emergencia y valoración en emergencia. El proceso de ingreso en emergencia (A.1.1), se fortalecerá con el establecimiento de un sistema de triaje estructurado, el mismo que ayudará a identificar a pacientes con reales emergencias y hará visible a pacientes urgentes de categorías 4 y 5 que deberían ser atendidos por consulta externa o por el centro de salud al cual pertenecen. Esta simple, pero a la vez importante actividad, evitará largas esperas de los pacientes, mejora el perfil epidemiológico de emergencia, reducirá las atenciones ambulatorias por emergencia, dispondrá de mayor tiempo a los médicos especialistas para una mejor valoración clínica y explicación de las indicaciones a cada paciente y evitará el flujo innecesario de pacientes ambulatorios por el interior del área de emergencia. Una consecuencia

paralela del sistema estructurado de triaje es que nos permitirá evaluar constantemente la capacidad de respuesta de la macro red sur del DMQ. El proceso de valoración del paciente (A.1.2) basa su objetivo en la estabilización hemodinámica del paciente hasta obtener un diagnóstico definitivo que evitará hospitalización de pacientes en emergencia. La base de esto, es la interacción activa de laboratorio clínico y de imagenología para suprimir las esperas hasta obtener un reporte de resultados. Se podrá realizar re evaluaciones médicas más rápido y se evitará la subutilización de las camas de observación. Esta propuesta de los nuevos procesos, se encuentra detallada en el manual de procesos, descrito en el capítulo V.

4.5. Formulación de indicadores

La Organización Mundial de la Salud (OMS) dice: “los indicadores son variables que sirven para medir los cambios. Los indicadores de salud son medidas indirectas o parciales de situaciones complejas, como es el nivel de salud de una comunidad, pero que permiten comparar distintas zonas o grupos entre sí en un momento dado, o estudiar la evolución de una zona o de un grupo en el tiempo” (Temes, 2007, p.116).

Al hablar de calidad de servicios de salud, frecuentemente se relaciona con la calidad científico-técnica, pero debemos tener en cuenta que tan importante como esta, es la calidad percibida por el usuario. En este sentido, los tiempos de atención y el trato personalizado son los elementos básicos en la calidad percibida, hoy en día este se convierte en

un requisito necesario, haciendo que el usuario participe activamente en las instituciones y empresas de salud en la política de calidad a través de comisiones consultivas y grupos focales. Esta actividad genera una mejora continua dando a conocer la situación real del servicio prestado, detectando los aspectos que debemos mejorar.

En el área emergencia, los indicadores a tomarse en cuenta están relacionados con la atención en sí de salud, reflejando los resultados y las actividades del servicio y la disponibilidad del mismo ante la población. Para mejorar los procesos usados en emergencia, creemos conveniente usar indicadores de estructura y funcionamiento, así como indicadores de calidad.

CAPITULO V

PROPUESTA

5.1. Manual de procesos

El manual de procesos del área de emergencia del HGEG consta de las siguientes partes:

- Descripción de actividades: se detallan las actividades específicas propuestas; implica el realizar una labor dentro de un proceso específico. Se describe el lugar y el responsable de la actividad en base a su perfil profesional. (ver Anexos 21).
- Descripción del proceso: se presenta de manera global el proceso propuesto; su objetivo y alcance, y todos los recursos necesarios para cumplir con el mismo. Se describe su entrada y salida, los proveedores y clientes, indicadores, controles y los registros o anexos a usarse, así como los controles o soportes legales que regirán el proceso. (ver Anexos 22).
- Análisis de valor de los procesos actuales: mediante esto se puede establecer los puntos a mejorar en los procesos del área de emergencia; se visualiza el valor agregado del proceso en función de obtener la satisfacción del usuario/paciente e identificar los pasos que entorpecen o retrasan el flujo normal del usuario/paciente. (ver Anexos 23).

Para la mejora en la atención de los pacientes en el área de emergencia del HGEG se deben atender situaciones externas e internas. Nuestra propuesta incluye una intervención leve a nivel interno con la implementación de un sistema estructurado de triaje lo que provocará un efecto a nivel externo, reflejando la necesidad de tomar acciones puntuales en la oferta disponible de consulta externa del propio hospital. Consideramos actividades que se enfoquen en el cliente, y no que cubran las falencias del área de emergencia. Nuestro enfoque está en mejorar la calidad de atención administrativa que recibe el paciente urgente y emergente, lo que originará que los estándares clínicos puedan prevalecer sobre intereses de mejorar la cobertura en salud.

MANUAL DE PROCESOS

HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS

ÁREA DE EMERGENCIA

Caracterización del área de Emergencia

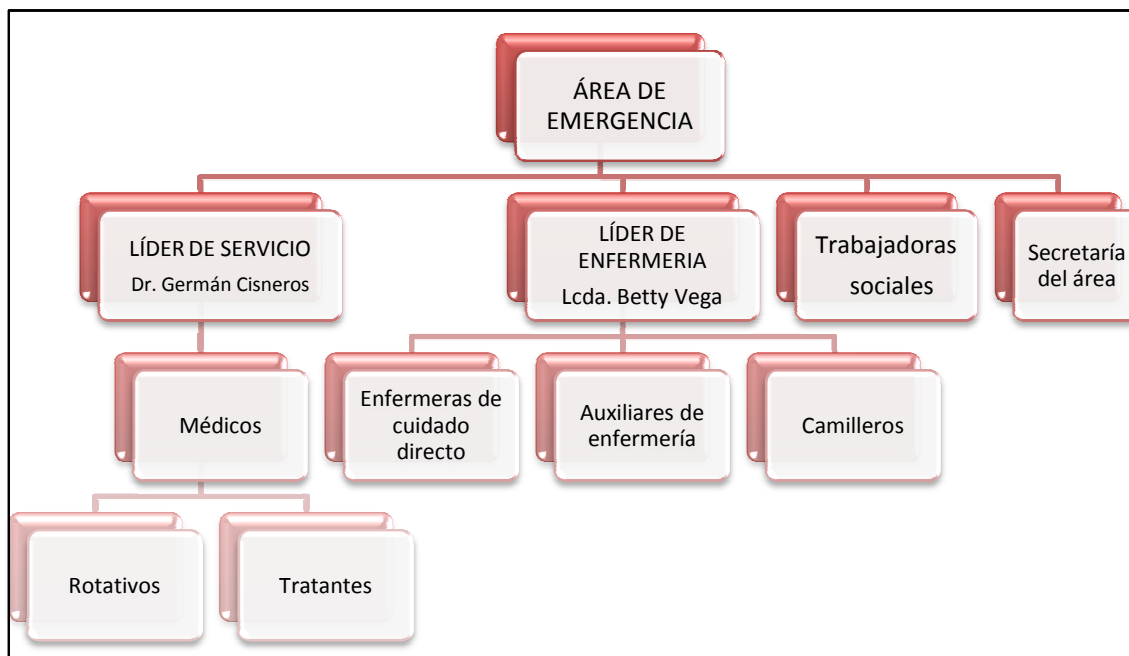
El Hospital General Enrique Garcés es una unidad operativa perteneciente al MSP del Ecuador. Por su nivel de complejidad esta en el segundo nivel de atención constituyéndose en el hospital de referencia de la zona sur de la provincia de Pichincha. La construcción del Hospital se remonta en el año de 1972 con la idea de responder la necesidad de brindar servicios de salud a la población del sur de Quito.

El área de emergencia fue inaugurada el 23 de diciembre de 1983, para el año 2010 se hace una fuerte inversión para ampliar y remodelar esta área inaugurándose el 25 de octubre de 2011 con la presencia de varias autoridades de Salud; brinda sus servicios en la planta baja del hospital con 49 camas de observación, da atención continua las 24 horas del día los 365 días del año.

El área de emergencia cuenta con 113 profesionales de salud que cubren turnos rotativos para brindar atención medica permanente, los servicios que brinda son: pediatría, gineco – obstetricia, cirugía, yesos y suturas, cuidados críticos y una estructura para observación y tratamientos de pacientes adultos.

Organigrama del área de emergencia

Gráfico 22. Organigrama del área de emergencia



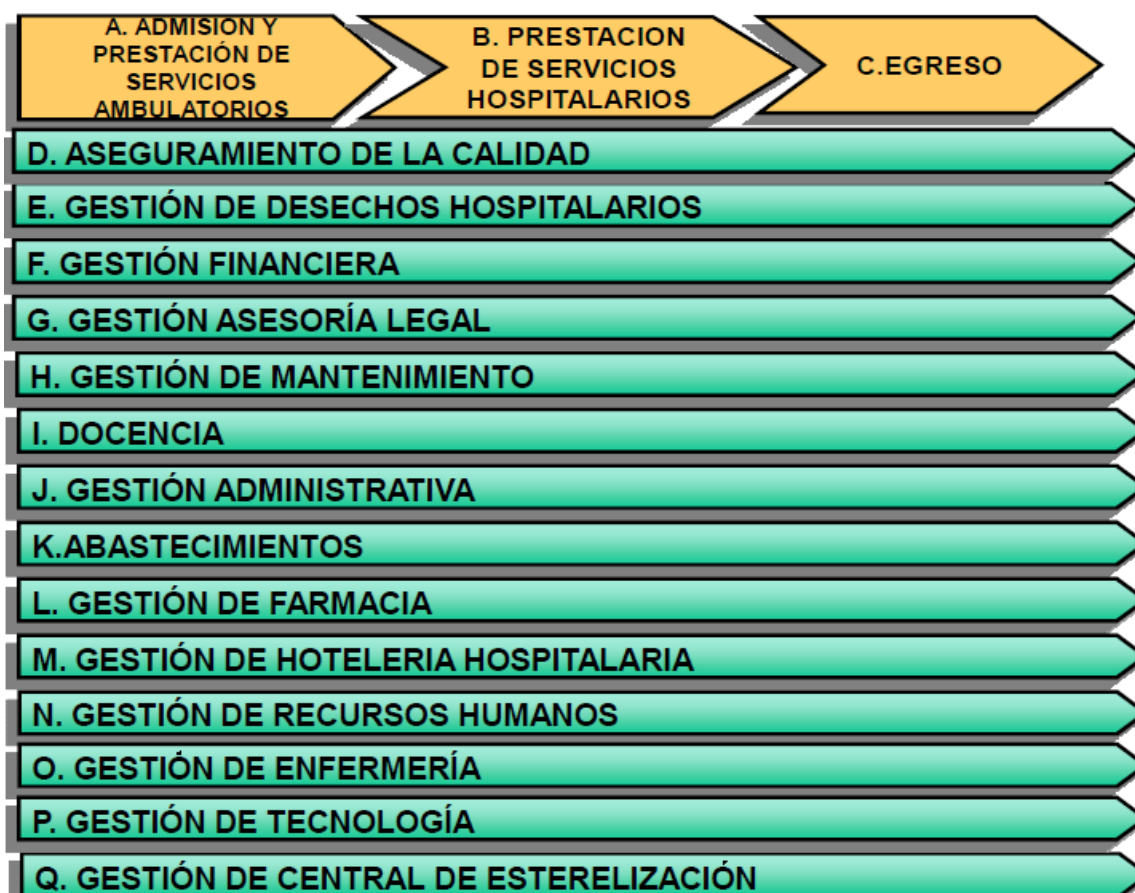
Fuente: Hospital General Enrique Garcés
Realiza: Autores

Cadena de valor del Hospital General Enrique Garcés

Michael Porter introdujo el concepto del análisis de la cadena de valor para identificar formas de generar más beneficio para el consumidor, en nuestro caso el paciente, y con ello obtener ventajas competitivas. Una cadena de valor son todos los procesos que involucran tanto los de valor agregado como los de no valor agregado que se necesitan para llevar a cabo un servicio médico.

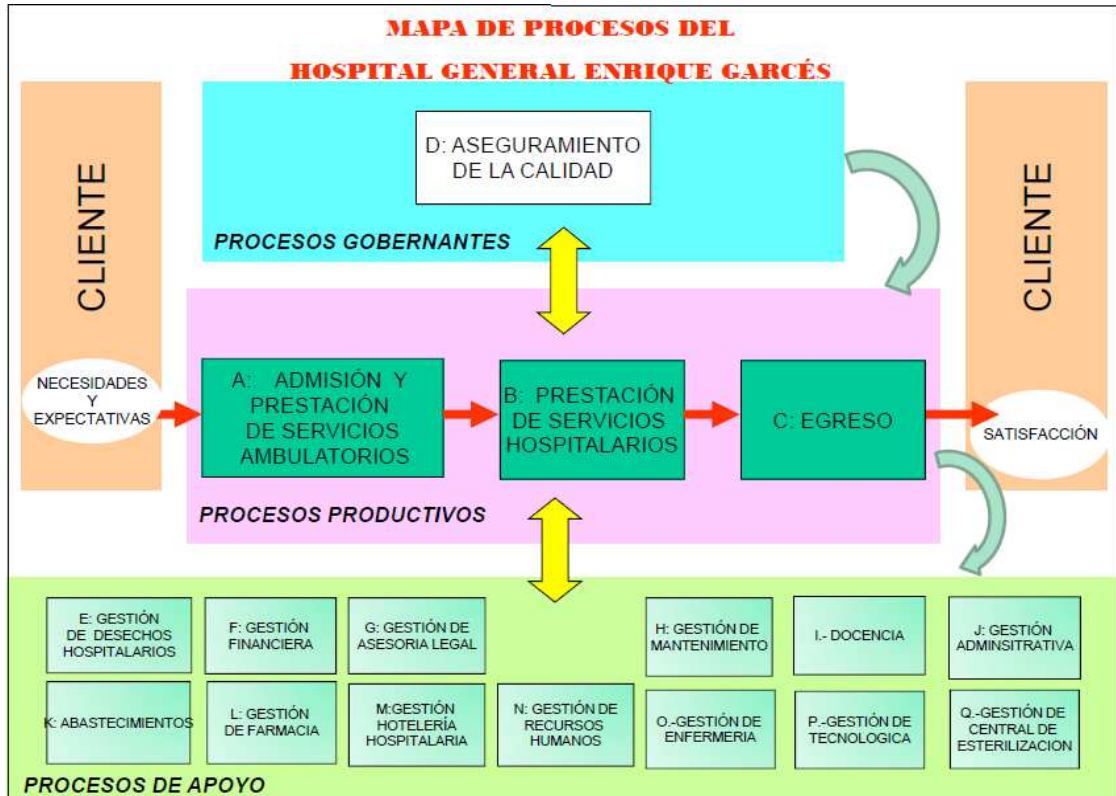
Esta herramienta gerencial analiza todas las actividades de una empresa, clasifica y organiza los procesos con el propósito de enfocar los programas de mejoramiento.

Figura 13. Cadena de valor del Hospital General Enrique Garcés



Fuente: Hospital General Enrique Garcés
Realiza: Ing. Jaime Cadena

Figura 14. Mapa de procesos del Hospital General Enrique Garcés



Fuente: Hospital General Enrique Garcés
Realiza: Ing. Jaime Cadena

OBJETIVO

Servir de guía para una correcta ejecución de las actividades que se llevan a cabo en el área de emergencia del Hospital General Enrique Garcés.

ALCANCE

El alcance del presente manual contempla la admisión y prestación de servicios ambulatorios a pacientes que requieren atención de emergencia.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Actividad: es la suma de tareas agrupadas en un procedimiento para facilitar su gestión. La secuencia ordenada de las actividades genera un proceso o subproceso.

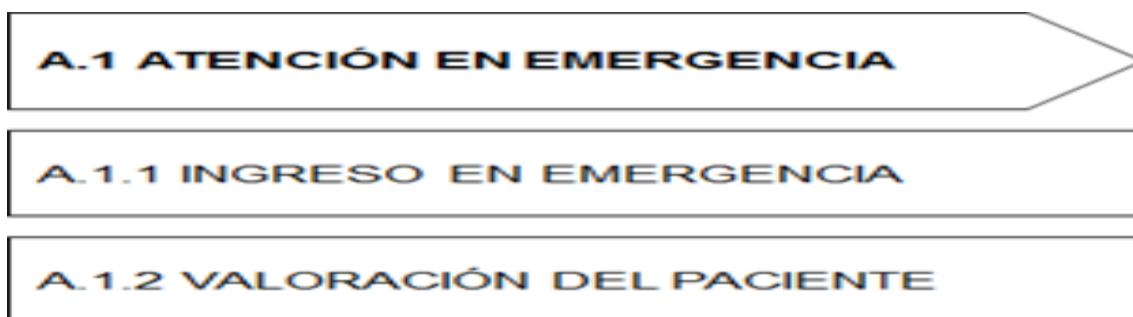
Flujograma: método que describe gráficamente un proceso a través de símbolos, líneas y palabras.

Procesos: conjunto de pasos necesarios para llevar a cabo una actividad.

Valor agregado: son todas aquellas operaciones que transforman el producto o servicio.

Valor no agregado: son todos aquellos procesos donde la materia prima no sufre alguna transformación, el usuario del servicio no interviene directamente en el proceso.

Figura 15. Mapa de procesos del área de emergencia



Fuente: Hospital General Enrique Garcés
Realiza: Autores

INVENTARIO DE PROCESOS

Código	Nombre
---------------	---------------

A	Admisión y Prestación de servicios ambulatorios
A.1	Atención en emergencia
A.1.1	Ingreso en emergencia
A.1.2	Valoración del paciente

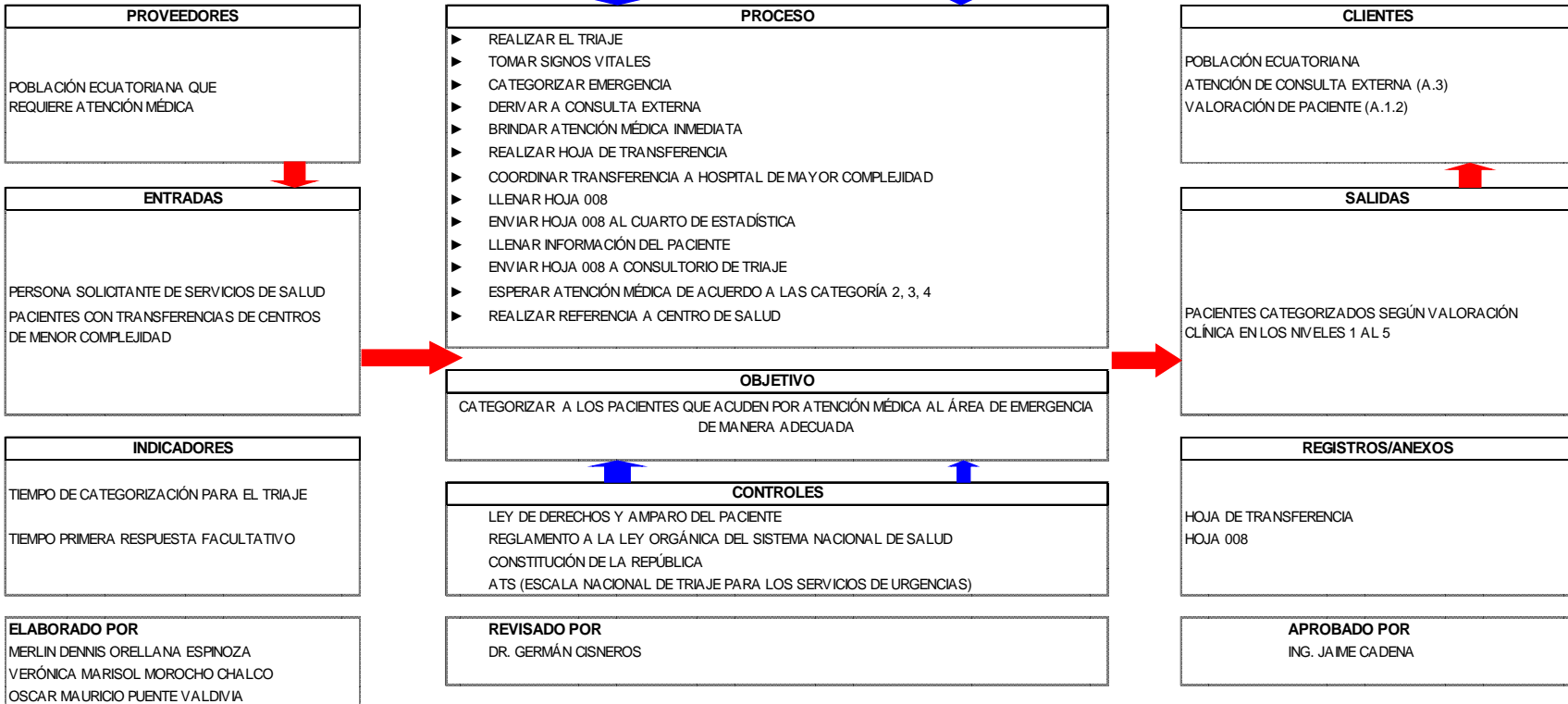
Macroproceso: Admisión y prestación de servicios ambulatorios (A)

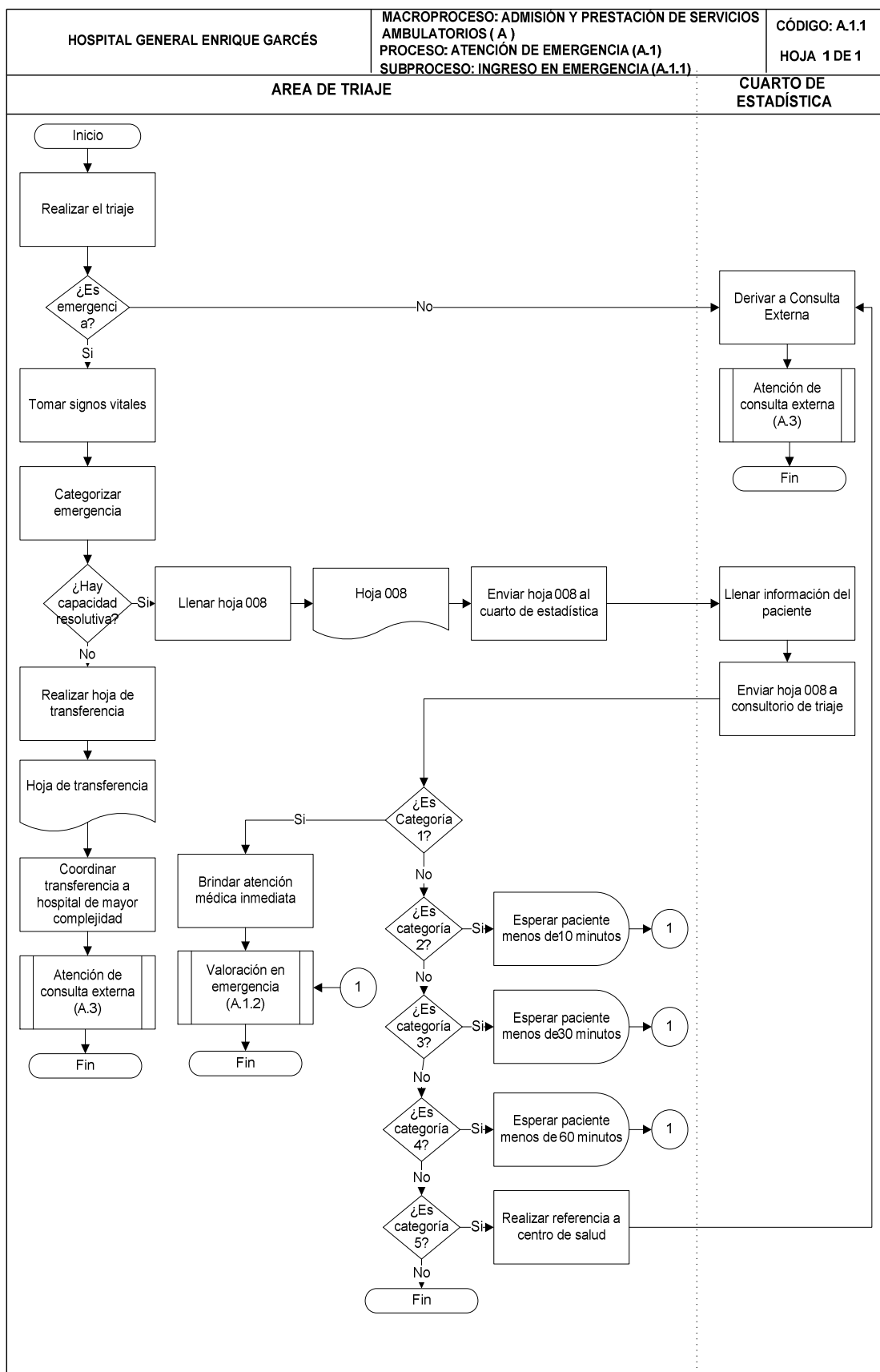
Proceso: Atención de emergencia (A.1)

Subproceso: Ingreso en emergencia (A.1.1)

NOMBRE DEL SUBPROCESO: INGRESO EN EMERGENCIA	CODIFICACIÓN: A.1.1	EDICIÓN No. 00
PROPIETARIO DEL PROCESO: Médico emergenciólogo	REQUISITO DE LA NORMA	FECHA: 13/07/2012
ALCANCE: Se inicia desde la realización del triaje hasta que espera el paciente para ser atendido		

RECURSOS	
FÍSICOS: ÁREA DE TRIAJE Y CUARTO DE ESTADÍSTICA	ECONÓMICOS: PRESUPUESTO ASIGNADO
TÉCNICOS: EQUIPAMIENTO DEL ÁREA DE TRIAJE	RRHH: ENFERMERA, MÉDICO Y ESTADÍSTICO





	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES		
	MANUAL DE PROCESOS DEL HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS		Código: A.1.1

MACROPROCESO: Admisión y prestación de servicios ambulatorios (A)

PROCESO: Atención de emergencia (A.1)

SUBPROCESO: Ingreso en emergencia (A.1.1)

No.	ACTIVIDAD	ENTIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
1	Realizar triaje	Área de Triaje	Definir si es una urgencia o una emergencia	Enfermera
2	Tomar signos vitales	Área de Triaje	Toma de presión arterial, temperatura, pulso y frecuencia respiratoria al paciente	Enfermera
3	Categorizar emergencia	Área de Triaje	Categorizar el estado patológico del paciente según estándares establecidos	Enfermera
4	Derivar a consulta externa	Cuarto de estadística	Brindar atención en consulta externa a pacientes que nos son urgentes	Médico
5	Brindar atención médica inmediata	Área de Triaje	Dar el soporte vital necesario ante una emergencia inminente	Médico
6	Realizar hoja de transferencia	Área de Triaje	Llenar de manera adecuada la hoja de transferencia para una unidad de mayor complejidad a patologías que no pueda ser manejada en este hospital	Médico
7	Coordinar transferencia a hospital de mayor complejidad	Área de Triaje	Realizar trámites correspondientes para la transferencia del paciente a un hospital de mayor complejidad.	Enfermera
8	Llenar hoja 008	Cuarto de estadística	Llenar datos del punto 1 (registro de admisión) de la hoja 008	Estadístico
9	Enviar hoja 008 al cuarto de estadística	Cuarto de estadística	Llevar la hoja 008 desde el área de triaje al cuarto de estadística	Estadístico
10	Llenar información del paciente	Cuarto de estadística	Escribir la información necesaria del paciente	Estadístico
11	Enviar hoja 008 a consultorio de triaje	Área de Triaje	Llevar la hoja 008 desde el cuarto de estadística al consultorio del médico	Estadístico
12	Esperar atención médica	Área de Triaje	Esperar atención médica a pacientes categoría 2 hasta un tiempo de 10 minutos	Enfermera
13	Esperar atención médica	Área de Triaje	Esperar atención médica a pacientes categoría 3 hasta un tiempo de 30 minutos	Enfermera
14	Esperar atención médica	Área de Triaje	Esperar atención médica a pacientes categoría 4 hasta un tiempo de 60 minutos	Enfermera
15	Realizar referencia a centro de salud	Cuarto de estadística	Referir al paciente a centro de salud cercano a su domicilio	Médico

HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES

PROCESO	Atención de emergencia	Cód. Ficha:	A.1.1-001
SUBPROCESO	Ingreso en emergencia		
RESPONSABLE	Médico emergenciólogo		
INDICADOR	Tiempo de categorización para el triaje		

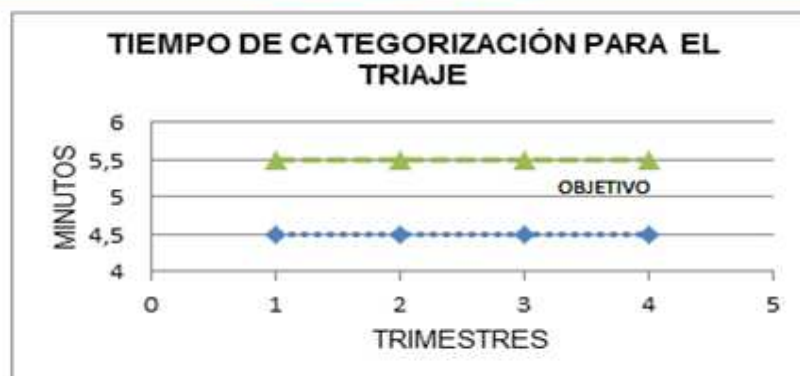
FORMA DE CÁLCULO

Tiempo (minutos) en triaje - tiempo (minutos) llegada al área de emergencia

DEFINICIÓN	Mide el tiempo que transcurre entre la llegada del paciente y el momento de su primer contacto con un profesional sanitario para asignarle la categoría que corresponda al proceso que representa
FUENTE DE INFORMACIÓN	Cuarto de triaje, observación directa

METAS			RESULTADO PLANIFICADO	FRECUENCIA	UNIDAD DE MEDICIÓN
L.I	Aceptable	L.S	> 90% de los pacientes clasificados en < 5 minutos	Trimestral	minutos
4,5	5,0	5,5			

GRÁFICO DE MEDICIÓN



OBSERVACIONES

La observación directa es la mejor fuente de obtención de la información hasta que el Hospital cuente con un sistema informático que registre las horas de ingresos de cada paciente.

HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES

PROCESO	Atención de emergencia	Cód. Ficha:	A.1.1-002
SUBPROCESO	Ingreso en emergencia		
RESPONSABLE	Médico emergenciólogo		
INDICADOR	Tiempo primera respuesta facultativo		

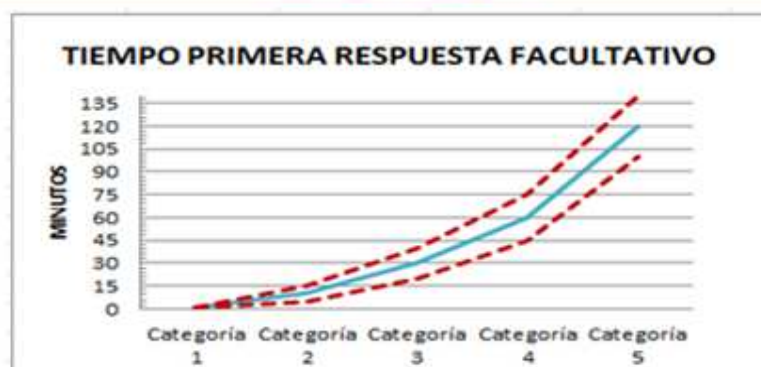
FORMA DE CÁLCULO

Tiempo (minutos) en ingresar consultorio - tiempo(minutos) llegada al área de emergencia

DEFINICIÓN	Mide el tiempo que transcurre entre la llegada del paciente hasta ser atendido por un facultativo que inicia los procedimientos de diagnóstico y tratamiento oportuno
FUENTE DE INFORMACIÓN	Consultorios de médicos, observación directa

METAS			RESULTADO PLANIFICADO	FRECUENCIA	UNIDAD DE MEDICIÓN
L.I	Aceptable	L.S			
1: atención inmediata 2: < 5 min 3: < 20 min 4: < 45 min 5: < 100 min	1: atención inmediata 2: < 10 min 3: < 30 min 4: < 60 min 5: < 120 min	1: atención inmediata 2: < 15 min 3: < 40 min 4: < 75 min 5: < 140 min	1: 100% 2: 80% 3: 80% 4: 70% 5: 70%	Trimestral	minutos

GRÁFICO DE MEDICIÓN



OBSERVACIONES

Cada categoría puede originar un gráfico propio. La interpretación está basada en no superar el límite en el tiempo de atención según cada categoría.

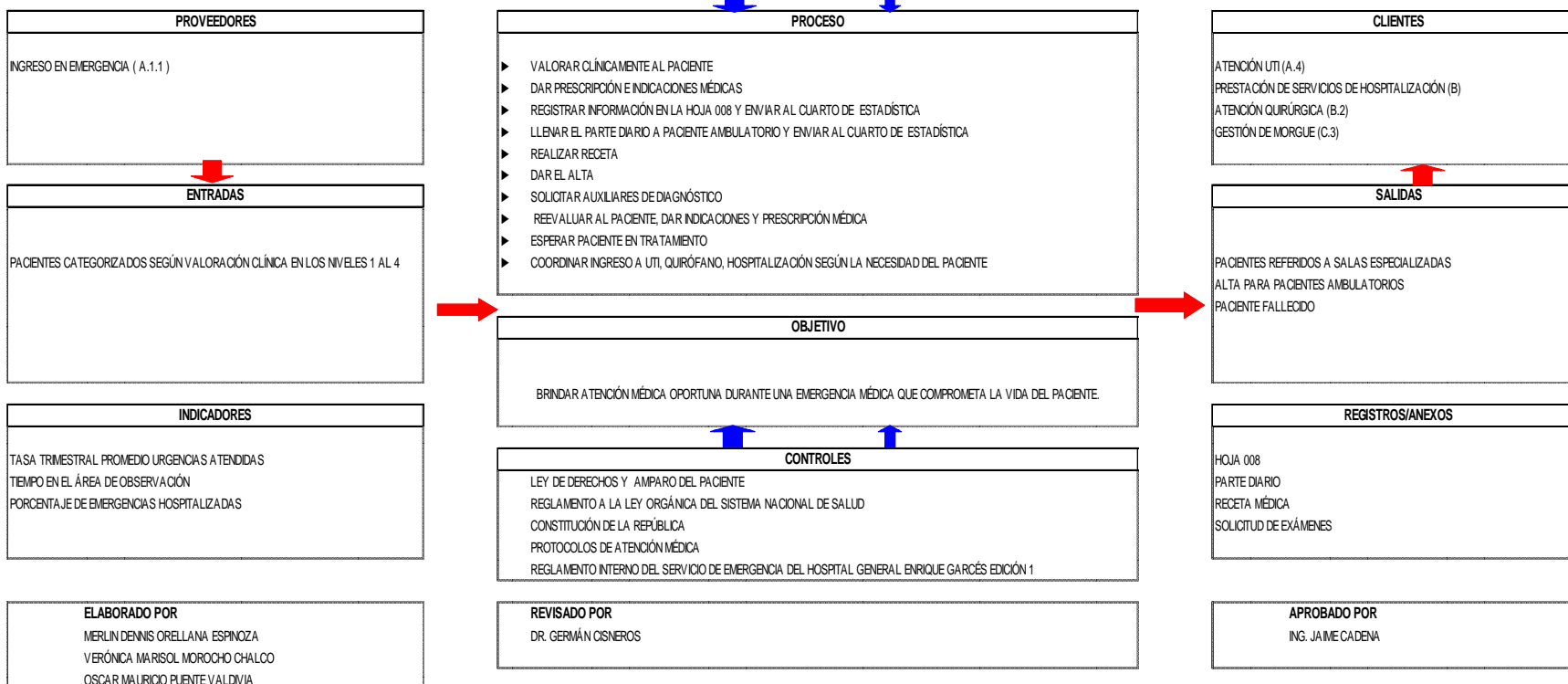
Macroproceso: Admisión y prestación de servicios ambulatorios (A)

Proceso: Atención de emergencia (A.1)

Subproceso: Valoración del paciente (A.1.2)

NOMBRE DEL SUBPROCESO: VALORACIÓN DEL PACIENTE	CODIFICACION: A.1.2	EDICION No. 00
PROPIETARIO DEL PROCESO: Médico emergenciólogo	REQUISITO DE LA NORMA	FECHA: 13/07/2012
ALCANCE: Se inicia desde el ingreso del paciente al consultorio de emergencia hasta la obtención de un diagnóstico definitivo basado en evidencia clínica y de laboratorio		

RECURSOS	
FÍSICOS: CUARTO DE PROCEDIMIENTO, CUARTO DE OBSERVACIÓN	ECONÓMICOS: PRESUPUESTO ASIGNADO
TÉCNICOS: EQUIPAMIENTO DE CONSULTORIOS Y ÁREA DE TRATAMIENTOS	RRHH: MÉDICO, ENFERMERA



DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	
MANUAL DE PROCESOS DEL HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS	Código: A.1.2
	Pág. de 1 de 2

MACROPROCESO: Admisión y prestación de servicios ambulatorios (A)

PROCESO: Atención de emergencia (A.1)

SUBPROCESO: Valoración del paciente (A.1.2)

No.	ACTIVIDAD	ENTIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
1	Valorar clínicamente al paciente	Cuarto de procedimiento	Interrogatorio y examen físico del paciente	Médico
2	Dar prescripción e indicaciones médicas	Cuarto de procedimiento	Una vez emitido el diagnóstico del paciente, toma de decisión para el tratamiento	Médico
3	Registrar información en la hoja 008	Cuarto de procedimiento	Colocar por escrito en la hoja 008 la información obtenida del interrogatorio, examen físico, prescripción e indicaciones	Médico
4	Enviar hoja 008 a cuarto de estadística	Cuarto de procedimiento	Llevar hoja 008 al cuarto de estadística	Enfermera
5	Llenar parte diario a pacientes ambulatorios	Cuarto de procedimiento	Colocar el nombre, apellidos, edad y diagnóstico del paciente ambulatorio	Médico
6	Enviar parte diario al cuarto de estadística	Cuarto de procedimiento	Llevar parte diario al cuarto de estadística	Enfermera
7	Realizar receta	Cuarto de procedimiento	Anotar en el recetario la prescripción e indicaciones para el paciente de alta	Médico
8	Dar el alta	Cuarto de procedimiento	Dar el alta médica a paciente con sus respectivas indicaciones	Médico
9	Solicitar auxiliares de diagnóstico	Cuarto de observación	Llenar hoja de solicitud de exámenes complementarios según diagnóstico presuntivo	Médico
10	Reevaluar al paciente	Cuarto de observación	Realizar nuevamente una evaluación exhaustiva del paciente luego de realizar exámenes complementarios para emitir un diagnóstico definitivo	Médico
11	Seguir indicaciones y prescripción médica	Cuarto de observación	Colocar al paciente los medicamentos prescritos por el médico siguiendo indicaciones establecidas	Enfermera
12	Registrar evolución en la hoja 008	Cuarto de observación	Colocar la evolución del paciente durante su estancia en el cuarto de observación en la hoja 008	Médico
13	Enviar hoja 008 a cuarto de estadística	Cuarto de observación	Llevar hoja 008 al cuarto de estadística	Enfermera

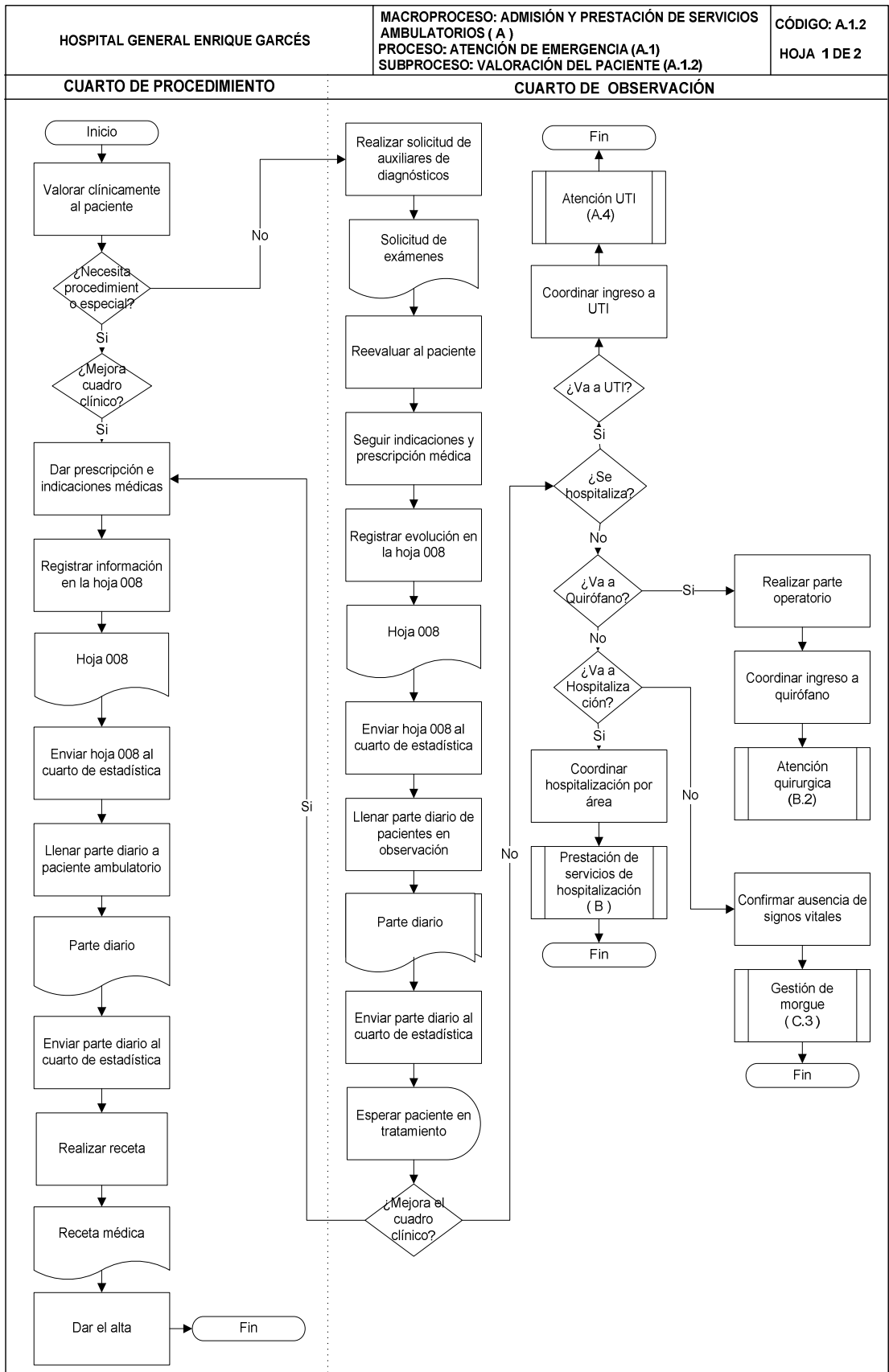
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	
MANUAL DE PROCESOS DEL HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS	Código: A.1.2
Pág. de 2 de 2	

MACROPROCESO: Admisión y prestación de servicios ambulatorios (A)

PROCESO: Atención de emergencia (A.1)

SUBPROCESO: Valoración del paciente (A.1.2)

No.	ACTIVIDAD	ENTIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
14	Llenar parte diario de pacientes en observación	Cuarto de observación	Colocar el nombre, apellidos, edad y diagnóstico del paciente	Enfermera
15	Enviar parte diario al cuarto de estadística	Cuarto de observación	Llevar parte diario al cuarto de estadística	Enfermera
16	Esperar paciente en tratamiento	Cuarto de observación	Paciente en espera	Paciente
17	Coordinar ingreso a UTI	Cuarto de observación	Coordinar el paso del paciente crítico del cuarto de observación a la Unidad de Terapia Intensiva	Enfermera
18	Coordinar hospitalización por área	Cuarto de observación	Coordinar el paso del paciente desde el cuarto de observación al área de hospitalización dependiendo el tipo de paciente y/o diagnóstico	Enfermera
19	Realizar parte operatorio	Cuarto de observación	Llenar hoja de parte operatorio para pacientes que necesitan cirugías de emergencia	Médico
20	Coordinar ingreso a Quirófano	Cuarto de observación	Coordinar el paso del paciente desde el cuarto de observación al área de quirófano para cirugía de emergencia	Enfermera
21	Confirmar ausencia de signos vitales	Cuarto de observación	Toma de presión arterial, temperatura, pulso y frecuencia respiratoria a paciente para confirmar el fallecimiento	Médico



HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES

PROCESO	Atención de emergencia	Cód. Ficha:	A.1.2-001
SUBPROCESO	Valoración del paciente		
RESPONSABLE	Médico emergenciólogo		
INDICADOR	Tasa trimestral promedio urgencias atendidas		

FORMA DE CÁLCULO

$$\frac{\text{Número de urgencias atendidas}}{\text{Número de días período}}$$

DEFINICIÓN	Mide el número promedio de atenciones dadas a pacientes en el área de emergencia
FUENTE DE INFORMACIÓN	Registro estadístico con las hojas 008 por período asignado

METAS			RESULTADO PLANIFICADO	FRECUENCIA	UNIDAD DE MEDICIÓN
L.I	Aceptable	L.S	No se puede programar morbilidad	Trimestral	razón
n/a	n/a	n/a			

GRÁFICO DE MEDICIÓN



OBSERVACIONES

El seguimiento del número de atenciones diariamente nos ayudará a identificar picos de atención para programar de mejor manera los recursos disponibles.

HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES

PROCESO	Atención de emergencia	Cód. Ficha:	A.1.2-002
SUBPROCESO	Valoración del paciente		
RESPONSABLE	Médico emergenciólogo		
INDICADOR	Tiempo en el área de observación		

FORMA DE CÁLCULO

Hora de llegada del paciente al cuarto de observación - hora de salida del cuarto de observación

DEFINICIÓN	Mide el tiempo de permanencia en una cama de observación
FUENTE DE INFORMACIÓN	Información de hora de inicio de tratamiento en la hoja 008 y registro de enfermería de salida de sala de observación

METAS			RESULTADO PLANIFICADO	FRECUENCIA	UNIDAD DE MEDICIÓN
L.I	Aceptable	L.S	90% de los pacientes en observación tengan el alta en menos de 24 horas	Trimestral	Horas
6	12	24			

GRÁFICO DE MEDICIÓN



OBSERVACIONES

HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES

PROCESO	Atención de emergencia	Cód. Ficha:	A.1.2-003
SUBPROCESO	Valoración del paciente		
RESPONSABLE	Médico emergenciólogo		
INDICADOR	Porcentaje de emergencias hospitalizadas		

FORMA DE CÁLCULO

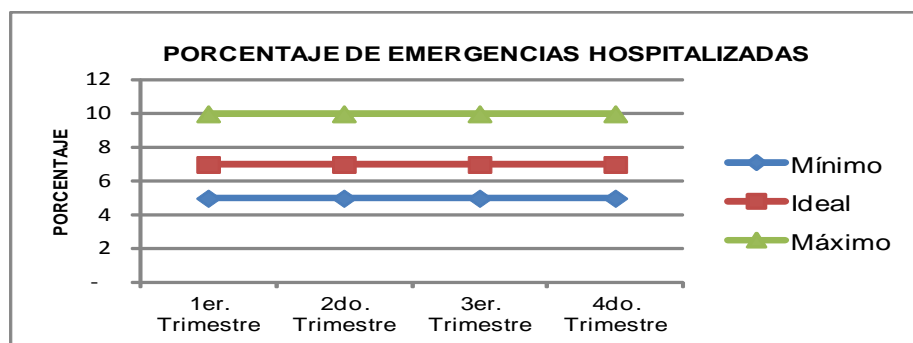
$$\frac{\text{Número de pacientes ingresados al hospital por emergencia}}{\text{Total de pacientes atendidos por emergencia}} \times 100$$

DEFINICIÓN	Mide la cantidad de pacientes ingresados a hospitalización después de ser atendidos por una emergencia médica
FUENTE DE INFORMACIÓN	Registro estadístico con las hojas 008 por período asignado.

METAS	RESULTADO PLANIFICADO	FRECUENCIA	UNIDAD DE MEDICIÓN
-------	-----------------------	------------	--------------------

L.I	Aceptable	L.S			
5%	7%	10%	80%	Trimestral	%

GRÁFICO DE MEDICIÓN



OBSERVACIONES

Este indicador nos permite reflejar la necesidad de tener siempre camas disponibles en el hospital; adicional, refleja las causas de morbilidad atendidas por un área de emergencia

5.2. Cuadro de indicadores

Tabla 21. *Indicadores de estructura y funcionamiento*

Estructura y funcionamiento							
Proceso/sub proceso	Nombre	Definición	Unidad medida	Unidad operativa	Meta	Límite Superior	Límite inferior
Atención en emergencia	Tasa trimestral promedio urgencias atendidas	Mide el número promedio de atenciones dadas en paciente	Razón	Número de urgencias atendidas / Número de días del período	No es recomendable programar morbilidad		
Atención en emergencia	Tiempo en el área de observación	Mide el tiempo de permanencia en una cama de observación	Horas	Hora de llegada de un paciente a observación/ hora de salida de la sala de observación (registro de enfermería)	12	24	6
Atención en emergencia	Porcentaje de emergencias hospitalizadas	Mide la cantidad de pacientes internados después de la emergencia médica	%	Número de pacientes ingresados/ total de pacientes atendidos en emergencia x 100	7%	10%	5%

Fuente: Autores
Realizan: Autores

Tabla 22. *Indicadores de calidad de servicio*

Tipo de indicador	Calidad del Servicio						
Proceso/sub proceso	Nombre	Definición	Unidad de medida	Unidad operativa	Meta	Límite Superior	Límite Inferior
Ingreso en emergencia	Tiempo de categorización para el triaje	Mide el tiempo que transcurre entre la llegada del paciente y el momento de su primer contacto con un profesional sanitario para asignarle la categoría que corresponda al proceso que representa.	minutos	Hora de llegada a urgencias/hora de entrada al triaje.	5	5,5	4,5
Ingreso en emergencia	Tiempo primera respuesta facultativo	Mide el tiempo que transcurre entre la llegada del paciente hasta ser atendido por un facultativo que inicia los procedimientos de diagnóstico y tratamiento oportuno.	minutos	Hora de llegada /hora de entrada consulta del facultativo.	1: atención inmediata 2: < 10 min 3: < 30 min 4: < 60 min 5: < 120 min	1: atención inmediata 2: < 15 min 3: < 40 min 4: < 75 min 5: < 140 min	1: atención inmediata 2: < 5 min 3: < 20 min 4: < 45 min 5: < 100 min

Fuente: Autores
Realizan: Autore

5.3. Monitoreo de los indicadores

El monitoreo es una de las herramientas de evaluación que tiene una organización para asegurar que sus recursos sean utilizados con el máximo de eficiencia para responder a los objetivos fijados. Es considerado como el instrumento más importante de gestión y garantía de calidad de una organización, cualquiera fuere su naturaleza.

Los indicadores de estructura y funcionamiento necesitan ser monitoreados cada trimestre, para evaluar el nivel de aceptación del proceso de atención.

Para los indicadores de calidad, su evaluación debe usar la metodología de observación directa cada trimestre, una vez implementado el sistema estructura de triaje, el mismo debe ser supervisado directamente por el líder del proceso de ingreso, para valorar muy de cerca la categorización clínica en sus 5 niveles de los pacientes que acudan a emergencia.

Para el indicador para reingresos de pacientes en urgencias, sugerimos su utilización una vez se implemente el sistema informático de ingreso en el área de emergencia, ya que al hacerlo de otra manera, generaría una carga laboral innecesaria.

5.4. Plan de implementación

El desarrollo e implementación del presente proyecto de tesis debe contemplar la participación de todos los 113 recursos humanos que laboran en el área de emergencia para asegurar su éxito; consientes de los cambios que se proponen, se debe mantener informado al personal de todas las fases del plan de implementación, para evitar especulación, barreras ideológicas y dificultades en general. En términos generales, el plan está diseñado para empezar en el mes de septiembre de 2012 considerando las siguientes fases:

- Preparación preliminar, la cual describe un proceso de socialización de los datos presentados en este proyecto de tesis a todo el personal del área de emergencia, se necesitan reuniones con los líderes de cada especialidad que oferta el área de emergencia para difundir las nuevas propuestas, así como la definición y selección de las personas que serán responsables de realizar el sistema de triaje estructurado, incluyendo la capacitación y direccionamiento para establecer una clasificación de 5 niveles de triaje a los pacientes que acuden al área por atención médica.
- Fase de cambios estructurales, que abarcará las acciones necesarias de los servicios con los que interactúa el área de emergencia como Rx y Laboratorio clínico; para lo cual se tendrá una reunión con las autoridades del hospital para establecer los

compromisos necesarios para mejorar la atención de los pacientes; el éxito de esta fase se base en la fuerza y agilidad para tomar decisiones por parte de la dirección del hospital.

- Finalmente, la fase de socialización de los procesos, con el establecimiento de indicadores de calidad, estructura y funcionamiento; las fuentes de obtener la información y su monitoreo, un período de prueba y el inicio en sí del sistema estructurado de triaje.

En general, se necesitarían 119 días laborales para poder emprender este programa de implementación cuyo objetivo principal sería establecer el Sistema Estructurado de Triaje del área de emergencia del HGEG, pudiendo arrancar el mes de febrero del 2013 (Ver anexo 27).

5.5. Capacitación al personal de la documentación e indicadores por procesos

La capacitación del personal de emergencia debe considerar el correcto llenado de la información requerida en la hoja 008, ya que ahí podemos obtener la hora de iniciado el tratamiento y la hora del alta. Además que también se requiere colocar la codificación de la CIE-10. Es crucial que los médicos emergenciólogos se encarguen de la capacitación a las personas designadas a realizar el triaje sobre como valorar clínicamente a los pacientes que acuden a emergencia y establecer los 5

niveles de categorías que posee un sistema estructura de triaje, así como estandarizar los criterios clínicos a usarse para tal actividad.

En el presente proyecto, no se ha diseñado ninguna documentación extra, lo que se requiere es realizar un proceso de reentrenamiento a personal para el correcto llenado de la información.

Para el caso de los indicadores, el líder de los procesos de ingreso y atención deberá velar por el cumplimiento de los mismos, su adiestramiento y socialización está considerado en las actividades generales del plan de implementación.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

Después de analizar toda la información recolectada, nuestras conclusiones y recomendaciones deben ser usadas para fortalecer el proceso de atención a los pacientes que acuden al área de emergencia por una atención médica, por lo cual concluimos:

- El área de emergencia del HGEG presenta una oferta de servicios mal organizada, originada por la falta de categorización clínica de los pacientes las 24 horas del día, convirtiendo a la emergencia del hospital en una consulta externa.
- La limitada disponibilidad de turnos por parte de consulta externa y la poca interacción con las unidades operativas de la macro red sur del DMQ ha provocado que exista un alto promedio de atenciones/día en el área de emergencia, registrando la cifra de 241 y 259 atenciones/día en el año 2011 y primer cuatrimestre del año 2012 respectivamente, atendiendo por el área de emergencia el 49% (2011) y 41% (primer cuatrimestre 2012) de las atenciones totales que brinda el hospital.
- Las principales causas de atenciones reportada por el área de emergencia son de tipo infeccioso alcanzando el 24% (2011) y 26% (primer cuatrimestre del año 2012).

- La no utilización de la codificación CIE-10 para el diagnóstico de enfermedades que se atienden en la emergencia da como resultado la mala tabulación de la información.
- En relación al diseño arquitectónico del área de emergencia, el ingreso de pacientes a los consultorios de pediatría y gineco-obstetricia se realiza atravesando por áreas donde los pacientes se encuentran en observación, lo cual es inadecuado y conlleva al mayor riesgo de infecciones a pacientes críticos ya sea que se encuentren intubados o con heridas abiertas.
- El área de emergencia, actualmente tiene 4 procesos que no son claros y eficientes; sus actividades no agregan valor provocando insatisfacción del usuario; la falta de coordinación entre las áreas de emergencia, hospitalización y auxiliares de diagnóstico, provoca que el 39% del tiempo que pasa un paciente en observación deba estar en movimiento, buscando ser atendido por los otros servicios.
- Se realiza el Manual de Procesos del área de emergencia del HGEG pasando de 4 procesos actuales al uso de 2 procesos, favoreciendo la atención médica en casos emergentes.
- Se definen 3 indicadores de estructura y funcionamiento y 2 indicadores de calidad para realizar un seguimiento y control de los procesos nuevos en el área de emergencia.

6.2. Recomendaciones

De acuerdo a la información analizada y en base a la situación actual del área de emergencia del HGEG citamos las siguientes recomendaciones:

- Implementar un sistema de triaje estructurado con 5 niveles de categorías disponible las 24 horas del día; con dicha implementación se podrá controlar el riesgo de pacientes en categorías 1 y 2 y tener disponibilidad de recursos para este tipo de emergencias.
- Formar a enfermeras para realizar una valoración clínica en función de una escala de 5 niveles de categorización y que manejen eventos de subtriaje, sobretiaje y reevaluación periódica, para evitar posibles complicaciones en aquellos pacientes que se ven obligados a esperar.
- Referir a pacientes en categoría 5 a consulta externa para su atención médica. Dichos pacientes no deben ser considerados como emergencia médica, así se podrá disminuir el promedio de atenciones/día registrado en el área de emergencia.
- Fortalecer el sistema de contrarreferencia con las áreas de salud No. 12 (Chillogallo), No. 14 (Chimbacalle) y No. 5 (La Magdalena) de la red de salud sur para sean la primera puerta de entrada de los pacientes que no requieren atención médica emergente.
- Mejorar el reporte estadístico de pacientes emergentes reflejando realmente los casos en categorías 1 y 2 del área de emergencia.

- Socializar la codificación usada en el CIE-10 a todos los profesionales médicos del área de emergencia y controlar por estadística que el campo # 12 de la hoja 008 este llena.
- Remodelar el área de triaje del área de emergencia garantizando los derechos de confidencialidad y respeto contemplados en la Ley de Derechos y Amparo del paciente.
- Coordinar con el servicio de laboratorio clínico la asignación de un recurso humano para toma de muestras sanguíneas; para el caso del servicio de imagenología, recomendamos asignar prioridad a los pacientes que acuden por emergencia en categorías 1 y 2, ya que al no contar con equipos de Rx in situ, su traslado se hace inevitable.
- Socializar el Manual de Procesos del área de emergencia del HGEG a los 113 profesionales que pertenecen al área en mención y reevaluar su funcionalidad cada semestre.
- Solicitar la instalación de un sistema informático para el área de emergencia que incluya módulos de ingreso de pacientes, solicitud de exámenes auxiliares de diagnóstico, atención médica y registro de diagnósticos presuntivos o definitivos, dicho software facilitará en un futuro la obtención de información para el uso de los indicadores.

BIBLIOGRAFÍA

Asamblea Constituyente. (2008). *Constitucion del Ecuador*. Quito, Ecuador.

Australian department of Health and Ageing. (2009). *Emergency Triage Education Kit*. Camberra.

Barquin, M. (2003). *Direccion de Hospitales*. Mexico: McGraw-Hill .

Bernal Torres, C. A. (2006). *Metodología de la investigación. Para administración, humanidades y ciencias sociales*. Mexico, Colombia: Pearson Educación.

Direcion Provincial de Salud de Pichincha. (2009). *Analisis Situacional Salud (ASIS) Pichincha*. Quito.

Estrada, F. (2008). *Analisis costo efectividad de la implementacion de estrategias para el mejoramiento de la racionalidad logico cientifico en el servicio de Urgencias del Instituto Tierra Nueva*. Tesis de postgrado, Tierra Nueva, Quito.

Gomez Jimenez, J. (2003). *triajeset.com*. Recuperado el 14 de Mayo de 2012, de http://www.triajeset.com/acerca/archivos/revision_triaje_estructurado.pdf

Grau, T. (2001). *Reingeniería: el hospital orientado al paciente*. Barcelona, España.

Martinez, C. C. (2006). *Gestión de procesos asistenciales Aplicacion práctica*. Madrid, España: McGraw-Hill Interamericana.

Martínez, M. (2002). Gestión clínica por procesos: mapa de procesos de enfermería en centros de salud. *Administración Sanitaria*, 6, 135 - 159.

Ministerio de Salud. (2010). *Indicadores Básicos de Salud Ecuador 2010*. 18. Quito, Ecuador.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2011). *Estatuto orgánico de gestión organizacional por procesos*. Quito.

Organizacion Mundial de la Salud. (2009). *Indicadores Ecuador*. Anual, Washington.

Organizacion Mundial de la Salud. (2011). *Indicadores Generales Salud Ecuador*. Washigton.

Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Perfil de los sistemas de Salud: Ecuador, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*. Washington.

Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Compilación de Legislación sobre Sistemas de Servicios de Emergencia en América Latina*. Washington, Estados Unidos.

Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Manual para la Implementación de un Sistema de Triage para los cuartos de Urgencias*. (M. Molina, Ed.) Washington.

Osakidetza. (2003). Recuperado el 23 de Enero de 2012, de <http://www.saludmentalalava.org/Cas/docum/Gu%EDa%20de%20Gesti%F3n%20por%20Procesos%20y%20Norma%20ISO%209001%20en%20Organizacio.pdf>

Secretaría Nacional de Salud. (8 de Abril de 2010). *Secretaría de Salud*. Recuperado el 17 de 04 de 2012, de Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.: <http://www.saludcapital.gov.co/Style%20Library/default.aspx>

Temes, J. L. (2007). *Gestión Hospitalaria* (4ta ed.). España.

Unidad de Estudios e Investigación; DMPT-MDMQ. (2001). *Distribución proporcional de la Vivienda en el DMQ según áreas*. Quito.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Actividad: es la suma de tareas agrupadas en un procedimiento para facilitar su gestión. La secuencia ordenada de las actividades genera un proceso o subproceso.

Contrarreferencia: es el proceso inverso a la referencia, es decir la devolución del paciente de un nivel superior al inferior que lo envió, con la debida información.

Emergencia médica: tipo de urgencia en la que hay riesgo inmediato actual o potencial, para la vida del paciente o un órgano, debido a un compromiso de las funciones vitales (respiratorias, cardíaca, neurológica, etc.) o de secuelas graves permanentes.

Momento de verdad: es el momento cuando se produce el contacto entre el cliente/paciente y el oferente/personal de salud para proporcionar un servicio o producto. De esta manera, es necesario identificar los momentos de verdad para adiestrar o preparar de la mejor manera a los oferentes para satisfacer las necesidades de los clientes/pacientes.

Procesos: conjunto de pasos necesarios para llevar a cabo una actividad.

Reevaluación periódica: proceso mediante el cual, la persona responsable de triaje, realiza una revaloración clínica de las personas que se encuentran esperando después de haber sido categorizados en los

niveles 2 o 3 para ir controlando su riesgo y evitar complicación en el estado de salud del paciente.

Referencia: Es el proceso estructurado de envío de un paciente (con información escrita) de un nivel del sistema de salud a otro superior en tecnicidad y competencias.

Signos: términos que se refiere a cualquier manifestación objetivable provocada por una enfermedad o una alteración de la salud y que se hace evidente en la biología del enfermo.

Síntoma: es la referencia subjetiva que da un individuo o enfermo por la percepción o cambio que reconoce como anómalo o causado por un estado patológico o enfermedad.

Sobretriage: proceso mediante el cual se categoriza a un paciente que acude al área de emergencia en una categoría de mayor urgencia al que corresponde.

Subtriage: proceso mediante el cual se categoriza a un paciente que acude al área de emergencia en una categoría de menor urgencia al que corresponde.

Urgencia médica: es toda condición que, en opinión del paciente, sus familiares o quienquiera que asuma la responsabilidad de llevar al paciente al hospital, requiere atención médica inmediata.

ANEXOS

Anexos 1. Estadísticas Enero 2011 emergencia	152
Anexos 2. Estadísticas Febrero 2011 emergencia	152
Anexos 3. Estadísticas Marzo 2011 emergencia	153
Anexos 4. Estadísticas Abril 2011 emergencia	153
Anexos 5. Estadísticas Mayo 2011 emergencia	154
Anexos 6. Estadísticas Junio 2011 emergencia	154
Anexos 7. Estadísticas Julio 2011 emergencia	155
Anexos 8. Estadísticas Agosto 2011 emergencia	155
Anexos 9. Estadísticas Septiembre 2011 emergencia	156
Anexos 10. Estadísticas Octubre 2011 emergencia	156
Anexos 11. Estadísticas Noviembre 2011 emergencia	157
Anexos 12. Estadísticas Diciembre 2011 emergencia	157
Anexos 13. Estadísticas Enero 2012 emergencia	158
Anexos 14. Estadísticas Febrero 2012 emergencia	158
Anexos 15. Estadísticas Marzo 2012 emergencia	159
Anexos 16. Estadísticas Abril 2012 emergencia	159
Anexos 17. Formato encuesta a pacientes	160
Anexos 18. Formato encuestas a empleados del área de emergencia	161
Anexos 19. Levantamiento de información de procesos	162
Anexos 20. Diagramas de flujo de procesos actuales	186
Anexos 21. Descripción de actividades de procesos propuestos	190
Anexos 22. Descripción de procesos propuestos	193
Anexos 23. Análisis de valor de procesos actuales	195
Anexos 24. Ley de derechos y amparo al paciente	203

Anexos 25. Reglamento a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud	206
Anexos 26. Plan de implementación	228
Anexos 27. Diagrama de Gantt para el plan de implementación	229

ESTADÍSTICAS DEL HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS 2011

Anexos 1. Estadísticas Enero 2011 emergencia

Especialidad	Atenciones	%	Atenciones/día
Medicina Interna	3315	42	107
Gineco-Obstetricia	731	9	24
Pediatría	2861	37	92
Traumatología	899	12	29
Shock	-	0	0
Total	7806	100	252

Fuente: Departamento de estadística HGEG
Realizan: Autores

Anexos 2. Estadísticas Febrero 2011 emergencia

Especialidad	Atenciones	%	Atenciones/día
Medicina Interna	2932	45	105
Gineco- Obstetricia	580	9	21
Pediatría	2058	32	74
Traumatología	891	14	32
Shock	61	1	2
Total	6522	100	233

Fuente: Departamento de estadística HGEG
Realizan: Autores

Anexos 3. Estadísticas Marzo 2011 emergencia

Especialidad	Atenciones	%	Atenciones/día
Medicina Interna	4340	53	140
Gineco-Obstetricia	772	9	25
Pediatría	1992	24	64
Traumatología	1021	12	33
Shock	105	1	3
Total	8230	100	265

Fuente: Departamento de estadística HGEG
Realizan: Autores

Anexos 4. Estadísticas Abril 2011 emergencia

Especialidad	Atenciones	%	Atenciones/día
Medicina Interna	4110	57	133
Gineco-Obstetricia	715	10	23
Pediatría	1653	23	53
Traumatología	717	10	23
Shock	56	1	2
Total	7251	100	234

Fuente: Departamento de estadística HGEG
Realizan: Autores

Anexos 5. Estadísticas Mayo 2011 emergencia

Especialidad	Atenciones	%	Atenciones/día
Medicina Interna	4184	55	135
Gineco-Obstetricia	794	10	26
Pediatría	1707	22	55
Traumatología	938	12	30
Shock	--	--	0
Total	7623	100	246

Fuente: Departamento de estadística HGEG
Realizan: Autores

Anexos 6. Estadísticas Junio 2011 emergencia

Especialidad	Atenciones	%	Atenciones/día
Medicina Interna	4431	55	143
Gineco-Obstetricia	864	11	28
Pediatría	1633	20	53
Traumatología	1024	13	33
Shock	43	1	1
Total	7995	100	258

Fuente: Departamento de estadística HGEG
Realizan: Autores

Anexos 7. Estadísticas Julio 2011 emergencia

Especialidad	Atenciones	%	Atenciones/día
Medicina Interna	4144	55	134
Gineco-Obstetricia	769	10	25
Pediatría	1484	20	48
Traumatología	1056	14	34
Shock	55	1	2
Total	7508	100	242

Fuente: Departamento de estadística HGEG
Realizan: Autores

Anexos 8. Estadísticas Agosto 2011 emergencia

Especialidad	Atenciones	%	Atenciones/día
Medicina Interna	2743	52	88
Gineco-Obstetricia	424	8	14
Pediatría	1314	25	42
Traumatología	665	13	21
Shock	82	2	3
Total	5228	100	169

Fuente: Departamento de estadística HGEG
Realizan: Autores

Anexos 9. Estadísticas Septiembre 2011 emergencia

Especialidad	Atenciones	%	Atenciones/día
Medicina Interna	2476	48	80
Gineco-Obstetricia	476	9	15
Pediatría	1404	27	45
Traumatología	813	16	26
Shock	--	--	--
Total	5169	100	167

Fuente: Departamento de estadística HGEG
Realizan: Autores

Anexos 10. Estadísticas Octubre 2011 emergencia

Especialidad	Atenciones	%	Atenciones/día
Medicina Interna	4463	52	144
Gineco-Obstetricia	815	10	26
Pediatría	1928	23	62
Traumatología	1273	15	41
Shock	61	1	2
Total	8540	100	275

Fuente: Departamento de estadística HGEG
Realizan: Autores

Anexos 11. Estadísticas Noviembre 2011 emergencia

Especialidad	Atenciones	%	Atenciones/día
Medicina Interna	4609	55	149
Gineco-Obstetricia	790	9	25
Pediatría	1817	22	59
Traumatología	1137	14	37
Shock	65	1	2
Total	8418	100	272

Fuente: Departamento de estadística HGEG
Realizan: Autores

Anexos 12. Estadísticas Diciembre 2011 emergencia

Especialidad	Atenciones	%	Atenciones/día
Medicina Interna	3795	50	122
Gineco-Obstetricia	748	10	24
Pediatría	2061	27	66
Traumatología	988	13	32
Shock	66	1	2
Total	7658	100	247

Fuente: Departamento de estadística HGEG
Realizan: Autores

Anexos 13. Estadísticas Enero 2012 emergencia

Especialidad	Atenciones	%	Atenciones/día
Medicina Interna	4711	56	152
Gineco-Obstetricia	763	9	25
Pediatría	2025	24	65
Traumatología	913	11	29
Shock	--	--	--
Total	8412	100	271

Fuente: Departamento de estadística HGEG
Realizan: Autores

Anexos 14. Estadísticas Febrero 2012 emergencia

Especialidad	Atenciones	%	Atenciones/día
Medicina Interna	4020	53	144
Gineco-Obstetricia	711	9	25
Pediatría	1810	24	65
Traumatología	1023	14	37
Shock	--	--	--
Total	7564	144	270

Fuente: Departamento de estadística HGEG
Realizan: Autores

Anexos 15. Estadísticas Marzo 2012 emergencia

Especialidad	Atenciones	%	Atenciones/día
Medicina Interna	4578	58	148
Gineco-Obstetricia	771	10	25
Pediatría	1683	21	54
Traumatología	863	11	28
Shock	--	--	--
Total	7895	100	255

Fuente: Departamento de estadística HGEG
Realizan: Autores

Anexos 16. Estadísticas Abril 2012 emergencia

Especialidad	Atenciones	%	Atenciones/día
Medicina Interna	4150	57	138
Gineco-Obstetricia	760	11	25
Pediatría	1431	20	48
Traumatología	884	12	29
Shock	--	--	--
Total	7225	100	241

Fuente: Departamento de estadística HGEG
Realizan: Autores

Anexos 17. Formato encuesta a pacientes

Encuesta a pacientes del área de emergencia HGEG
ESCUELA POLITECNICA DEL EJÉRCITO

1. ¿A qué sector pertenece o reside actualmente?
 Centro Histórico Chimbacalle
 La Magdalena Sangolqui
 La Libertad Eplicachima
 Machachi Guamaní
 Chillogallo Conocoto
 La Tola-Vicentina Otro
2. ¿Conoce cuál área de salud funciona cerca de su domicilio?
 Sí No
3. ¿Cuántas veces acudió por atención médica al área de emergencia del Hospital Enrique Garcés el año 2011 hasta la presente fecha?
 1 vez
 2 veces
 más de 3 veces
4. ¿Cuál fue la primera persona que lo recibió a su llegada al área de emergencias del HGEG?
 Personal de seguridad
 Enfermera
 Medico
 Auxiliar de enfermería
 Secretaria
 Ninguna persona
5. ¿Cuántos minutos transcurrieron desde que llegó al área de emergencias y le tomaron sus signos vitales?
 menos de 15 minutos
 menos de 30 minutos
 más de 30 minutos
6. ¿Cuántos minutos transcurrieron desde que llegó al área de emergencia hasta que lo atendió un médico?
 menos 15 minutos
 menos de 30 minutos
 más de 30 minutos
7. ¿Cómo considera el tiempo de espera para ser atendido por el médico de emergencia?
 Muy bueno
 Bueno
 Regular
 Malo
8. ¿Qué le pareció la atención que recibió del personal administrativo del área de emergencia?
 Muy bueno
 Bueno
 Regular
 Malo
9. ¿Qué le pareció la atención de salud que recibió del médico en el área de emergencia del Hospital Enrique Garcés?
 Muy bueno
 Bueno
 Regular
 Malo
10. ¿Recibió indicaciones claras y precisas para su tratamiento?
 Sí No
11. ¿Cómo valora usted las instalaciones de emergencia del Hospital Enrique Garcés?
 Muy buenas
 Buenas
 Regular
 Malas

Anexos 18. Formato encuestas a empleados del área de emergencia

Encuesta personal salud del área de emergencia HGEG

ESCUELA POLITÉCNICA DEL EJÉRCITO

1. ¿Qué profesional es:
 - Médico especialista
 - Médico internista
 - Médico residente
 - Enfermera
 - Auxiliar de enfermería
 - Personal administrativo
 - Otro
2. ¿Está de acuerdo con el triaje realizado actualmente en el área de emergencia del Hospital Enrique Garcés?
 - Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo
3. ¿Ha disminuido el número de pacientes con la implementación del sistema de referencia y contra referencia?
 - Sí
 - No
4. ¿La infraestructura física de los consultorios de emergencia es adecuada?
 - Sí
 - No
5. ¿La infraestructura física del área de triaje es adecuada?
 - Sí
 - No
6. ¿Existe la cantidad suficiente de consultorios en emergencia?
 - Sí
 - No
7. ¿La atención médica que brinda en emergencia se basa en protocolos de atención?
 - Sí
 - No
 - No conoce
8. ¿Se usa la codificación del CIE-10 para registrar los diagnósticos en el área de emergencia?
 - Sí
 - No
 - No conoce
9. Conoce los procesos que se realizan en el área de emergencia del Hospital Enrique Garcés?
 - Sí
 - No
10. ¿Cuenta con los insumos médicos necesarios para cumplir con su trabajo?
 - Sí
 - No

Anexos 19. Levantamiento de información de procesos

DEPARTAMENTO: Área de emergencia
PROCESO Atención en emergencia (A.1.2)
FUNCIONARIO Licenciada Betty Vega
CARGO/FUNCIÓN Enfermera
FECHA 31 de mayo de 2012

HOJA 1 DE 1

No	ACTIVIDAD	LUGAR	FRECUENCIA	VOLUMEN	TIEMPO	OBSERVACIONES
1	Informar cambio de turno de la tarde y noche	Estación de enfermería	Diaria	1	20	Si se presentan novedades entre cada turno, se toma más tiempo
2	Revisar los horarios de enfermeras, camilleros y auxiliares	Jefatura de enfermería	Mensual	1	240	
3	Distribución y planificación	Jefatura de enfermería	Mensual	1	240	
4	Jefe de grupo por día	Estacion de enfermería	Mensual	1	240	
5	Reasignar los turnos	Jefatura de enfermería	Diaria	2	15	
6	Entrega - recepción de turnos	Estación de enfermería	Diaria	1	60	
7	Priorizar los problemas y dar soluciones inmediatas	Jefatura de enfermería	Diaria	1	120	Jerarquizar las novedades
8	Equipar, medicación e insumos	Estación de enfermería	Diaria	1	120	Planifica los insumos para la tarde y noche
9	Revisar vitrinas extras	Cada área	Semanal	1	30	
10	Soporte en establecimiento médico	Cuarto de pacientes críticos	Diaria	1	45	
11	Coordinar subida a unidad de terapia intensiva	Cuarto de pacientes críticos	Semanal	1	30	
12	Ayudar a canalizar vía en pacientes pediátricos difíciles	Cuarto de observación pediatría	Diaria	1	10	
13	Registrar el personal de la tarde	Jefatura de enfermería	Diaria	1	60	

DEPARTAMENTO: Área de emergencia

PROCESO Atención en emergencia (A.1.2)

FUNCIONARIO Señor Carlos Aguirre

CARGO/FUNCIÓN Chofer

FECHA 12 de junio de 2012

HOJA 1 DE 1

No	ACTIVIDAD	LUGAR	FRECUENCIA	VOLUMEN	TIEMPO	OBSERVACIONES
1	Recepción orden de salida (radio o por escrito)	Estación de enfermería	Diaria	4	1	
2	Ingresar parte al servicio	Estación de enfermería	Diaria	10	2	
3	Trasladar al paciente a la ambulancia	Estación de enfermería	Diaria	4	15	
4	Conducir la ambulancia	Ambulancia	Diaria	10	30	Se traslada a la Clínica Internacional, Hospital Pablo Arturo Suárez para realizar pruebas especiales
5	Solicitar el equipo necesario para trasladar al paciente	Estación de enfermería	Diaria	6	10	
NOTA						

DEPARTAMENTO: Área de emergencia

PROCESO Atención en emergencia (A.1.2)

FUNCIONARIO Susana Simbagua

CARGO/FUNCIÓN Auxiliar administrativo

FECHA 12 de junio de 2012

HOJA 1 DE 1

No	ACTIVIDAD	LUGAR	FRECUENCIA	VOLUMEN	TIEMPO	OBSERVACIONES
1	Recibir llamadas	Estación de enfermería	Diaria	50	2	
2	Entregar exámenes de laboratorio a cada paciente	Estación de enfermería	Diaria	80	3	
3	Control de la salida y entrada de emergencia	Estación de enfermería	Diaria	4	5	
NOTA						

DEPARTAMENTO: Área de emergencia
PROCESO Atención en emergencia (A.1.2)
FUNCIONARIO Señor Nelson Rodríguez
CARGO/FUNCIÓN Camillero

FECHA 1 de junio de 2012

HOJA 1 **DE** 1

No	ACTIVIDAD	LUGAR	FRECUENCIA	VOLUMEN	TIEMPO	OBSERVACIONES
1	Registrar la asistencia	Estación de enfermería	Diaria	1	2	
2	Hacer el inventario de camillas, sillas y oxígeno	Cuarto de sillas de ruedas y tablas de inmovilización	Diaria	1	20	
3	Subir a los pacientes a realizar exámenes	Cuarto de tratamientos	Diaria	60 a 90	3	
4	Registrar la salida de emergencia	Guardia emergencia	Diaria	40 a 45	1	
5	Subir a los pacientes de observación a realizarse exámenes	Cuarto de Observación de hombres y mujeres	Diaria	40 a 45	3	
6	Recoger los resultados de exámenes de laboratorio	Laboratorio Clínico	Diaria	8	2	
7	Entregar los resultados de exámenes de laboratorio clínico a cada paciente	Cuarto de tratamientos	Diaria	8	2	
8	Entregar los resultados de exámenes de laboratorio que no tienes dueño a la estación de enfermería	Estación de enfermería	Diaria	3	1	
9	Entregar turno de la noche	Estación de enfermería	Diaria	1	20	
10	Recepción del turno del día	Estación de enfermería	Diaria	1	20	

DEPARTAMENTO: Área de emergencia
PROCESO Atención en emergencia (A.1.2)
FUNCIONARIO Señor Jonathan Manzano
CARGO/FUNCIÓN Camillero
FECHA 1 de junio de 2012

HOJA 1 DE 1

No	ACTIVIDAD	LUGAR	FRECUENCIA	VOLUMEN	TIEMPO	OBSERVACIONES
1	Trasladar pacientes para realizarse exámenes de rayos X	Todas las áreas	Diaria	100	15	Rayos X
2	Trasladar a pacientes a áreas especiales	Todas las áreas	Diaria	20	5	Sala de ginecología
3	Trasladar a pacientes a áreas especiales	Todas las áreas	Diaria	20	5	Hospitalización
4	Trasladar a pacientes a áreas especiales	Todas las áreas	Diaria	10	5	Unidad de terapia intensiva
5	Limpiar camillas	Todas las áreas	Diaria	49	3	
6	Retirar exámenes de laboratorio	Laboratorio Clínico	Diaria	20	6	
7	Sacar material de bodega	Bodega de materiales e insumos	Diaria	1	20	
NOTA						

DEPARTAMENTO: Área de emergencia
PROCESO Ingreso en emergencia (A.1.1)
FUNCIONARIO Señora Ruth González
CARGO/FUNCIÓN Estadística
FECHA 31 de mayo de 2012

HOJA 1 DE 1

No	ACTIVIDAD	LUGAR	FRECUENCIA	VOLUMEN	TIEMPO	OBSERVACIONES
1	Traer informes, hojas 008 al puesto de trabajo	Cuarto de estadística	Diaria	1	5	
2	Llenado de informacion de la hoja 008 en el sistema	Cuarto de estadística	Diaria	200	2	Cuando el paciente sabe toda la información es rápido
3	Llenado de información de pacientes que tienen hoja de referencia	Cuarto de estadística	Diaria	15	1	Usa la información de la hoja de referencia
OTROS SERVICIOS U OTROS PROCESOS						
1	La hoja 008 de cada día se acumula en cada área y a las 05:00 am pasa alguien de estadística y se llevan al cuarto de estadística					
NOTA						

DEPARTAMENTO: Área de emergencia
PROCESO Ingreso en emergencia (A.1.1)
FUNCIONARIO Licenciada Lidia Morales
CARGO/FUNCIÓN Enfermera
FECHA 1 de junio de 2012

HOJA 1 DE 1

No	ACTIVIDAD	LUGAR	FRECUENCIA	VOLUMEN	TIEMPO	OBSERVACIONES
1	Revisión del área asignada para trabajar	Estacion de enfermería	Diaria	1	1	
2	Recepción del turno	Cuarto de estadística	Diaria	1	5	
3	Realización de inventario de equipos	Cuarto de triaje	Diaria	1	2	
4	Realizar triaje a pacientes urgentes	Cuarto de triaje	Diaria	100	5	
5	Registro de temperatura y signos vitales	Cuarto de triaje	Diaria	100	1	
6	Registro de peso a niños	Cuarto de triaje	Diaria	40	2	
7	Realizar triaje a pacientes emergentes	Cuarto de cuidados críticos	Diaria	10	20	
8	Entregar hoja 008 a médicos	Consultorios de emergencia	Diaria	100	1	
9	Entrega de turno al personal del turno de la tarde	Cuarto de triaje	Diaria	1	5	
10	Asignación de atención por especialidad	Cuarto de triaje	Diaria	100	1	
OTROS SERVICIOS U OTROS PROCESOS						
1	En horas de la noche, no existe servicio de estadística, por lo tanto en este lapso el llenado de la hoja 008 se hace a mano					

DEPARTAMENTO: Área de emergencia
PROCESO Observación en emergencia (A.1.3)
FUNCIONARIO Licenciada Linda Tipán
CARGO/FUNCIÓN Enfermera
FECHA 1 de junio de 2012

HOJA 1 DE 1

No	ACTIVIDAD	LUGAR	FRECUENCIA	VOLUMEN	TIEMPO	OBSERVACIONES
1	Contar el material en la mañana	Cuarto preparación obstetricia	Diaria	1	5	
2	Contar material de coche de paro	Cuarto de observación pediatria	Diaria	1	5	
3	Entrega/recepción de turno	Cuarto de observación pediatria	Diaria	2	15	
4	Revisar censo de pediatria	Cuarto de observación pediatria	Diaria	2	5	Si existen muchos pacientes es más tiempo
5	Revisar material del coche ambulatorio	Cuarto de observación pediatria	Diaria	1	10	
6	Atención a pacientes que van a ingresar a pediatria	Cuarto de observación pediatria	Diaria	3 a 7	30	5 minutos por paciente
7	Atención a pacientes que van a ingresar a ginecología	Cuarto preparación obstetricia	Diaria	10	10	
8	Toma de muestras a pacientes de ginecología a través de protocolos	Cuarto preparación obstetricia	Diaria	10	1	
9	Toma de muestras a pacientes de ginecología a través de protocolos	Cuarto preparación obstetricia	Diaria	3 a 7	10	
10	Entrega de recetas a familiar por ingresos	Cuarto de observación pediatria	Diaria	10	1	
11	Registro de pacientes en el censo (condición de paciente)	Cuarto de observación pediatria	Diaria	10	1	
12	Registro de pacientes en el censo (condición de paciente)	Cuarto preparación obstetricia	Diaria	10	1	

DEPARTAMENTO: Área de emergencia
PROCESO Observación en emergencia (A.1.3)
FUNCIONARIO Licenciada Blanca Quilligana
CARGO/FUNCIÓN Enfermera
FECHA 1 de junio de 2012

HOJA 1 DE

No	ACTIVIDAD	LUGAR	FRECUENCIA	VOLUMEN	TIEMPO	OBSERVACIONES
1	Contar el material en la mañana	Cuarto de observación hombres	Diaria	1	15	
2	Contar el material en la mañana	Cuarto de observación mujeres	Diaria	1	15	
3	Organización de papelería para recibir el turno	Cuarto de observación hombres	Diaria	1	30	
4	Organización de papelería para recibir el turno	Cuarto de observación mujeres	Diaria	1	30	
5	Llenar la hoja de turno recibido	Cuarto de observación hombres	Diaria	1	10	
6	Llenar la hoja de turno recibido	Cuarto de observación mujeres	Diaria	1	10	
7	Llenar el parte de dietas por sala de hombres	Cuarto de observación hombres	Diaria	1	10	
8	Llenar el parte de dietas por sala de mujeres	Cuarto de observación mujeres	Diaria	1	10	
9	Sacar muestras de sangre para pedidos de exámenes de laboratorio	Cuarto de observación hombres	Diaria	3	10	Depende de la cantidade de pedidos
10	Envío de muestras al laboratorio	Cuarto de observación mujeres	Diaria	3	2	
11	Envío de muestras al laboratorio	Cuarto de observación hombres	Diaria	1	10	
12	Limpiar coche de observación de hombres	Cuarto de observación hombres	Diaria	1	5	
13	Sacar indicaciones de historia clínica cada paciente	Cuarto de observación mujeres	Diaria	1	5	
14	Llenar hoja de parte diario de pacientes	Cuarto de observación mujeres	Diaria	2	10	Una lista entregan al guardia
15	Llenar hoja de parte diario de pacientes	Cuarto de observación hombres	Diaria	2	10	Una lista entregan al guardia

DEPARTAMENTO: Área de emergencia
PROCESO Observación en emergencia (A.1.3)
FUNCIONARIO Licenciada Margarita Jayo
CARGO/FUNCIÓN Enfermera
FECHA 1 de junio de 2012

HOJA 1 DE 1

No	ACTIVIDAD	LUGAR	FRECUENCIA	VOLUMEN	TIEMPO	OBSERVACIONES
1	Revisar el turno en el horario de enfermería	Estación de enfermería	Diaria	1	5	
2	Llenar formulario de parte diario	Estación de enfermería	Diaria	2	10	
3	Revisar insumos de coche de paro completo	Cuarto de pacientes críticos	Diaria	3	15	
4	Revisión de historia clínica en pacientes críticos	Cuarto de pacientes críticos	Diaria	2	5	
5	Revisión de vías periféricas en los pacientes	Cuarto de pacientes críticos	Diaria	2	5	
6	Revisión de vías centrales en los pacientes	Cuarto de pacientes críticos	Diaria	2	10	
7	Revisión de monitor y toma de frecuencias cardíacas	Cuarto de pacientes críticos	Diaria	2	5	
8	Administración de medicación recetada	Cuarto de pacientes críticos	Diaria	4	30	
9	Organizar las historias clínicas (formularios, últimas indicaciones)	Cuarto de pacientes críticos	Diaria	1	5	Buscar carpeta original
10	Tomar muestras de sangre y enviar al laboratorio clínico	Cuarto de pacientes críticos	Diaria	3	5	
11	Escribir indicaciones en hoja de evaluación	Cuarto de pacientes críticos	Diaria	3	10	

DEPARTAMENTO: Área de emergencia
PROCESO Atención en emergencia (A.1.2)
FUNCIONARIO Licenciada Graciela Correa
CARGO/FUNCIÓN Enfermera
FECHA 1 de junio de 2012

HOJA 1 DE 1

No	ACTIVIDAD	LUGAR	FRECUENCIA	VOLUMEN	TIEMPO	OBSERVACIONES
1	Revisar el cronograma	Estación de enfermería	Diaria	1	1	
2	Dar indicaciones a cada paciente	Cuarto de tratamientos	Diaria	5 a 7	4	
3	Tomar signos vitales de cada paciente	Cuarto de tratamientos	Diaria	5 a 7	5	
4	Llenar los registros de cada paciente	Cuarto de tratamientos	Diaria	2	5	
5	Dar indicaciones a cada paciente	Cuarto de cirugía	Diaria	2	5	
6	Preparar paciente para la entrega del turno	Cuarto de tratamientos	Diaria	1	10	
7	Enviar a los pacientes a rayos X	Cuarto de tratamientos	Diaria	5	10	
8	Recepción de pacientes de rayos X	Cuarto de tratamientos	Diaria	5	10	
9	Registrar los exámenes de laboratorio en la historia clínica del paciente	Cuarto de tratamientos	Diaria	5	10	
10	Enviar al paciente a cirugía	Cuarto de cirugía	Diaria	2	5	

DEPARTAMENTO: Área de emergencia
PROCESO Atención en emergencia (A.1.2)
FUNCIONARIO Doctora Tania Jaramillo
CARGO/FUNCIÓN Doctor Familiar
FECHA 1 de junio de 2012

HOJA 1 DE 1

No	ACTIVIDAD	LUGAR	FRECUENCIA	VOLUMEN	TIEMPO	OBSERVACIONES
1	Pasar visita a pacientes en cuarto de observación	Cuarto de observación mujeres	Diaria	1	60	En el turno de 24 horas, es responsable de las dos salas
2	Pasar visita a pacientes en cuarto de observación	Cuarto de observación hombres	Diaria	1	60	
3	Hacer las recetas para los pacientes en observación	Cuarto de observación mujeres	Diaria	9	1	
4	Hacer las recetas para los pacientes en observación	Cuarto de observación hombres	Diaria	9	1	
5	Hacer pedidos de laboratorio en observación	Cuarto de observación mujeres	Diaria	6	1	
6	Hacer pedidos de laboratorio en observación	Cuarto de observación hombres	Diaria	6	1	
7	Hacer pedidos de rayos X en observación	Cuarto de observación hombres	Diaria	6	1	
8	Hacer pedidos de rayos X en observación	Cuarto de observación mujeres	Diaria	6	1	
9	Realizar gasometrías a pacientes que lo ameriten	Cuarto de observación hombres	Diaria	2	7	
10	Realizar gasometrías a pacientes que lo ameriten	Cuarto de observación mujeres	Diaria	2	7	
11	Chequeo de pacientes en observación	Cuarto de observación hombres	Diaria	3	10	
12	Chequear a los pacientes en observación	Cuarto de observación mujeres	Diaria	3	10	
13	Entregar turno pacientes en observación	Cuarto de observación hombres	Diaria	1	10	
14	Entregar turno pacientes en observación	Cuarto de observación mujeres	Diaria	1	10	

DEPARTAMENTO: Area de Emergencia
PROCESO Atención en emergencia (A1.2)
FUNCIONARIO Señor Marco Bolaños
CARGO/FUNCIÓN Auxiliar administrativo/limpieza
FECHA 1 de junio de 2012

HOJA 1 DE 1

No	ACTIVIDAD	LUGAR	FRECUENCIA	VOLUMEN	TIEMPO	OBSERVACIONES
1	Verificar el material de limpieza	Cuarto de limpieza	Diaria	1	15	
2	Lavar los baños	Baños	Diaria	7	20	
3	Barrer el área de emergencia asignada	Cuarto de tratamientos	Diaria	1	90	
4	Trapear el área de emergencia asignada	Cuarto de tratamientos	Diaria	1	90	
5	Limpiar y trapear eventos puntuales (vómitos, sangre)	Emergencia	Diaria	20	15	
6	Entregar turno y revisión que este totalmente limpia	Emergencia	Diaria	2	15	
7	Cambiar los recipientes de desechos cortopunzantes	Cuartos de atención a pacientes	Diaria	4	15	
8	Llevar los desechos cortopunzantes	Emergencia	Diaria	1	10	De 11:00 a 11:45 pasa la basura
9	Recoger la basura	Contenedores de los cuartos de atención a pacientes	Diaria	1	45	

DEPARTAMENTO: Área de emergencia
PROCESO Atención en emergencia (A.1.2)
FUNCIONARIO Doctor Carlos Santín
CARGO/FUNCIÓN Médico residente
FECHA 12 de Junio de 2012

HOJA 1 DE 1

No	ACTIVIDAD	LUGAR	FRECUENCIA	VOLUMEN	TIEMPO	OBSERVACIONES
1	Recibe la hoja 008 de paciente	Consultorios de emergencia	Diaria	70	1	
2	Realiza interrogatorio y examen físico	Consultorios de emergencia	Diaria	70	15	
3	Emite un diagnóstico presuntivo	Consultorios de emergencia	Diaria	70	1	
4	Llenar la hoja 008	Consultorios de emergencia	Diaria	70	5	Llena a mano
5	Realizar órdenes de auxiliares de diagnóstico: laboratorio clínico, rayos X y/o ecografías	Consultorios de emergencia	Diaria	140	5	Si se requiere
6	Emite receta con prescripción	Consultorios de emergencia	Diaria	70	3	
7	Ingresa pacientes inestables por área	Cuarto de observación mujeres	Diaria	6	3	
8	Ingresa pacientes inestables por área	Cuarto de observación hombres	Diaria	6	3	
9	Ingresa pacientes inestables por área	Cuarto de pacientes críticos	Diaria	2	3	
10	Pasa visita	Cuarto de observación mujeres	Diaria	6	5	
11	Pasa visita	Cuarto de observación hombres	Diaria	6	5	
12	Pasa visita	Cuarto de pacientes críticos	Diaria	3	15	
13	Llena las hojas de evolución médica con la prescripción a pacientes en salas de observación	Cuarto de observación mujeres	Diaria	6	2	
14	Llena las hojas de evolución médica con la prescripción a pacientes en salas de observación	Cuarto de observación hombres	Diaria	6	2	
15	Llena las hojas de evolución médica con la prescripción a pacientes en salas de observación	Cuarto de pacientes críticos	Diaria	3	5	
16	Llena parte diario	Consultorios de emergencia	Diaria	70	1	
17	Entrega-recepción paciente a la guardia siguiente en caso de estar en observación	Cuarto de observación mujeres	Diaria	2	40	
18	Entrega-recepción paciente a la guardia siguiente en caso de estar en observación	Cuarto de observación hombres	Diaria	2	40	
19	Entrega-recepción paciente a la guardia siguiente en caso de estar en observación	Cuarto de pacientes críticos	Diaria	2	30	

DEPARTAMENTO: Area de Emergencia
PROCESO Atención en emergencia (A.1.2)
FUNCIONARIO Señora Ligia Morales
CARGO/FUNCIÓN Auxiliar de enfermería
FECHA 1 de junio de 2012

HOJA 1 DE 1

No	ACTIVIDAD	LUGAR	FRECUENCIA	VOLUMEN	TIEMPO	OBSERVACIONES
1	Entregar la recepción del turno	Estación de enfermería	Diaria	3	45	
2	Revisar equipo y materiales de insumos	Por área	Diaria	3	90	
3	Limpia la unidad asignada	Por área	Diaria	3	60	
4	Bañar a pacientes de ingreso	Por área	Diaria	20	15	
5	Recolectar muestras de orina y heces de los pacientes	Por área	Diaria	20	2	
6	Llevar las muestras al laboratorio clínico	Por área	Diaria	40	10	
7	Llenar hojas de signos vitales en pacientes ingresados	Por área	Diaria	40	10	Frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, temperatura
8	Llenar hojas de ingesta y excretas	Por área	Diaria	40	5	
9	Arreglar las camas	Por área	Diaria	49	5	
NOTA						

DEPARTAMENTO: Área de emergencia
PROCESO Atención en emergencia (A.1.2)
FUNCIONARIO Doctor Alexis Espinoza
CARGO/FUNCIÓN Traumatólogo
FECHA 12 de Junio del 2012

HOJA 1 DE 1

No	ACTIVIDAD	LUGAR	FRECUENCIA	VOLUMEN	TIEMPO	OBSERVACIONES
1	Pasa visita al cuarto de suturas y yesos	Cuarto de suturas y yesos	Diaria	1	10	
2	Realiza interrogatorio y exámen físico	Cuarto de suturas y yesos	Diaria	1	2	
3	Emite un diagnóstico presuntivo	Cuarto de suturas y yesos	Diaria	1	1	
4	Realizar órdenes de auxiliares de diagnóstico laboratorio clínico, rayos X, ecografías y/o resonancias	Cuarto de suturas y yesos	Diaria	20	5	En caso de resonancia envía en ambulancia
5	Reevalua al paciente	Cuarto de suturas y yesos	Diaria	3	3	
6	Emite diagnóstico definitivo	Cuarto de suturas y yesos	Diaria	3	2	
7	Colocación de yesos	Cuarto de suturas y yesos	Diaria	4	1	
8	Pase de pacientes a hospitalización	Cuarto de suturas y yesos	Diaria	2	60	
9	Llena el parte diario	Cuarto de suturas y yesos	Diaria	50	60	
10	Registra la información en la hoja 008	Cuarto de suturas y yesos	Diaria	50	60	
11	Entrega-recepción del paciente durante el cambio de guardia	Cuarto de suturas y yesos	Diaria	2	30	

DEPARTAMENTO: Área de emergencia
PROCESO Atención en emergencia (A.1.2)
FUNCIONARIO Doctor Carlos Garzón
CARGO/FUNCIÓN Cirujano especialista
FECHA 12 de Junio del 2012

HOJA 1 DE 1

No	ACTIVIDAD	LUGAR	FRECUENCIA	VOLUMEN	TIEMPO	OBSERVACIONES
1	Recibe la hoja 008 de paciente	Cuarto de quirúrgicos	Diaria	15	1	
2	Realiza interrogatorio y examen físico	Cuarto de quirúrgicos	Diaria	15	20	
3	Emite un diagnóstico presuntivo	Cuarto de quirúrgicos	Diaria	15	1	
4	Realizar órdenes de auxiliares de diagnóstico: laboratorio clínico, rayos X y/o ecografías	Cuarto de quirúrgicos	Diaria	20	5	
5	Reevalua al paciente	Cuarto de quirúrgicos	Diaria	15	3	
6	Emite diagnóstico definitivo	Cuarto de quirúrgicos	Diaria	15	2	
7	Registra la información en hoja 008	Cuarto de quirúrgicos	Diaria	15	2	
8	Emite parte operatorio por cirugía de emergencia	Cuarto de quirúrgicos	Diaria	6	1	
9	Realiza procedimiento quirúrgico	Quirófanos	Diaria	4	60	Depende de la complejidad de la cirugía
10	Entrega-recepción del paciente durante el cambio de guardia	Cuarto de quirúrgicos	Diaria	2	30	
NOTA						

DEPARTAMENTO: Área de emergencia
PROCESO Atención en emergencia (A.1.2)
FUNCIONARIO Doctor Kleber López
CARGO/FUNCIÓN Interno de Medicina
FECHA 12 de Junio del 2012

HOJA 1 DE 1

No	ACTIVIDAD	LUGAR	FRECUENCIA	VOLUMEN	TIEMPO	OBSERVACIONES
1	Entrega-recepción del paciente durante el cambio de guardia	Cuarto de suturas y yesos	Diaria	2	40	
2	Realiza interrogatorio y examen físico	Cuarto de suturas y yesos	Diaria	1	2	
3	Emite un diagnóstico presuntivo	Cuarto de suturas y yesos	Diaria	1	1	
4	Realizar órdenes de auxiliares de diagnóstico laboratorio clínico, rayos X y/o ecografías	Cuarto de suturas y yesos	Diaria	60	5	
5	Revisión de exámenes	Cuarto de suturas y yesos	Diaria	50	5	
6	Sutura de heridas	Cuarto de suturas y yesos	Diaria	50	10	
7	Colocación de yesos	Cuarto de suturas y yesos	Diaria	40	10	
8	Elaboración del listado de egresos	Cuarto de suturas y yesos	Diaria	1	15	Conforme sale cada paciente
9	Registra la información en la hoja 008	Cuarto de suturas y yesos	Diaria	60	5	
10	Colocación de la hoja 008 en anfora legalmente llenos	Cuarto de suturas y yesos	Diaria	60	1	
11	Llenar hoja para la atención en consulta externa	Cuarto de suturas y yesos	Diaria	10	1	Para preferencia de turno en consulta externa

DEPARTAMENTO: Área de emergencia
PROCESO Atención en emergencia (A.1.2)
FUNCIONARIO Licenciada Sonia Durazno
CARGO/FUNCIÓN Enfermera
FECHA 12 de Junio de 2012

HOJA 1 DE 1

No	ACTIVIDAD	LUGAR	FRECUENCIA	VOLUMEN	TIEMPO	OBSERVACIONES
1	Entrega-recepción del paciente durante el cambio de guardia	Cuarto de hidratación	Diaria	2	40	
2	Entrega-recepción del paciente durante el cambio de guardia	Cuarto de tratamientos	Diaria	2	20	
3	Revisión de la hoja 008 de las indicaciones dadas por el médico	Cuarto de hidratación	Diaria	30	2	
4	Toma de muestras de sangre a pacientes	Cuarto de tratamientos	Diaria	3	1	
5	Toma de muestras de sangre a pacientes	Cuarto de hidratación	Diaria	10	5	
6	Colocación de vía a pacientes	Cuarto de hidratación	Diaria	35	5	
7	Colocación de vía a pacientes	Cuarto de tratamientos	Diaria	5	2	
8	Colocación de medicación	Cuarto de hidratación	Diaria	45	2	
9	Revisión y obtención de resultados de laboratorio	Cuarto de hidratación	Diaria	40	1	
10	Entrega de frascos de orina	Cuarto de hidratación	Diaria	30	1	
11	Registro de condición del paciente en hoja de evolución	Cuarto de tratamientos	Diaria	5	5	
12	Revisión de stock de insumos	Cuarto de tratamientos	Diaria	1	10	

DEPARTAMENTO: Área de emergencia
PROCESO Egreso de paciente
FUNCIONARIO Licenciada Betty Vega
CARGO/FUNCIÓN Enfermera
FECHA 12 de Junio de 2012

HOJA 1 DE 1

No	ACTIVIDAD	LUGAR	FRECUENCIA	VOLUMEN	TIEMPO	OBSERVACIONES
1	Revisar el alta dada por el médico	Cuarto de observación hombres	Diaria	4	1	
2	Revisar el alta dada por el médico	Cuarto de observación mujeres	Diaria	5	1	
3	Retirar via a paciente que se encuentra de alta médica	Cuarto de observación hombres	Diaria	3	1	
4	Retirar via a paciente que se encuentra de alta médica	Cuarto de observación mujeres	Diaria	3	1	
5	Registrar salida de pacientes en bitácora	Estación de enfermería	Diaria	20	20	
6	Coordinación para traslado a hospitalización	Cuarto de observación hombres	Diaria	10	30	
7	Coordinación para traslado a hospitalización	Cuarto de observación mujeres	Diaria	10	30	
8	Coordinación para traslado a unidad de terapia intensiva	Cuarto de paciente Criticos	Diaria	2	30	
9	Coordinación para traslado a Quirófano	Cuarto de quirúrgicos	Diaria	4	15	
10	Llenar protocolo de fallecimiento	Estación de enfermería	Semanal	1	6	
11	Llenar orden para transferir a la morgue	Estación de enfermería	Semanal	1	3	
12	Coordinar transferencia de pacientes a través del 911(radio)	Estación de enfermería	Semanal	1	15	
13	Confirmar presencia de hoja de transferencia	Estación de enfermería	Semanal	1	15	

DEPARTAMENTO: Área de emergencia
PROCESO Atención en emergencia (A.1.2)
FUNCIONARIO Doctor David Barcia
CARGO/FUNCIÓN Pediatra
FECHA 12 de Junio de 2012

HOJA 1 DE 1

No	ACTIVIDAD	LUGAR	FRECUENCIA	VOLUMEN	TIEMPO	OBSERVACIONES
1	Entrega-recepción del paciente durante el cambio de guardia	Cuarto de observación pediatría	Diaria	2	40	
2	Consulta a pacientes ambulatorios	Consultorio para pediatría	Diaria	15	15	
3	Realizar órdenes de auxiliares de diagnóstico: laboratorio clínico, rayos X y/o ecografía	Consultorio para pediatría	Diaria	10	2	
4	Revisión de exámenes y reevaluación del paciente	Consultorio para pediatría	Diaria	10	5	
5	Ingresa pacientes al área de observación	Consultorio para pediatría	Diaria	2	15	
6	Procedimientos: Punción Lumbar	Consultorio para pediatría	Diaria	1	45	
7	Procedimientos: Suturas y yesos	Consultorio para pediatría	Diaria	4	15	
NOTA						

DEPARTAMENTO: Área de emergencia
PROCESO Atención en emergencia (A.1.2)
FUNCIONARIO Señor Bladimir Guamán
CARGO/FUNCIÓN Guardia de Seguridad
FECHA 12 de Junio de 2012

HOJA 1 DE 1

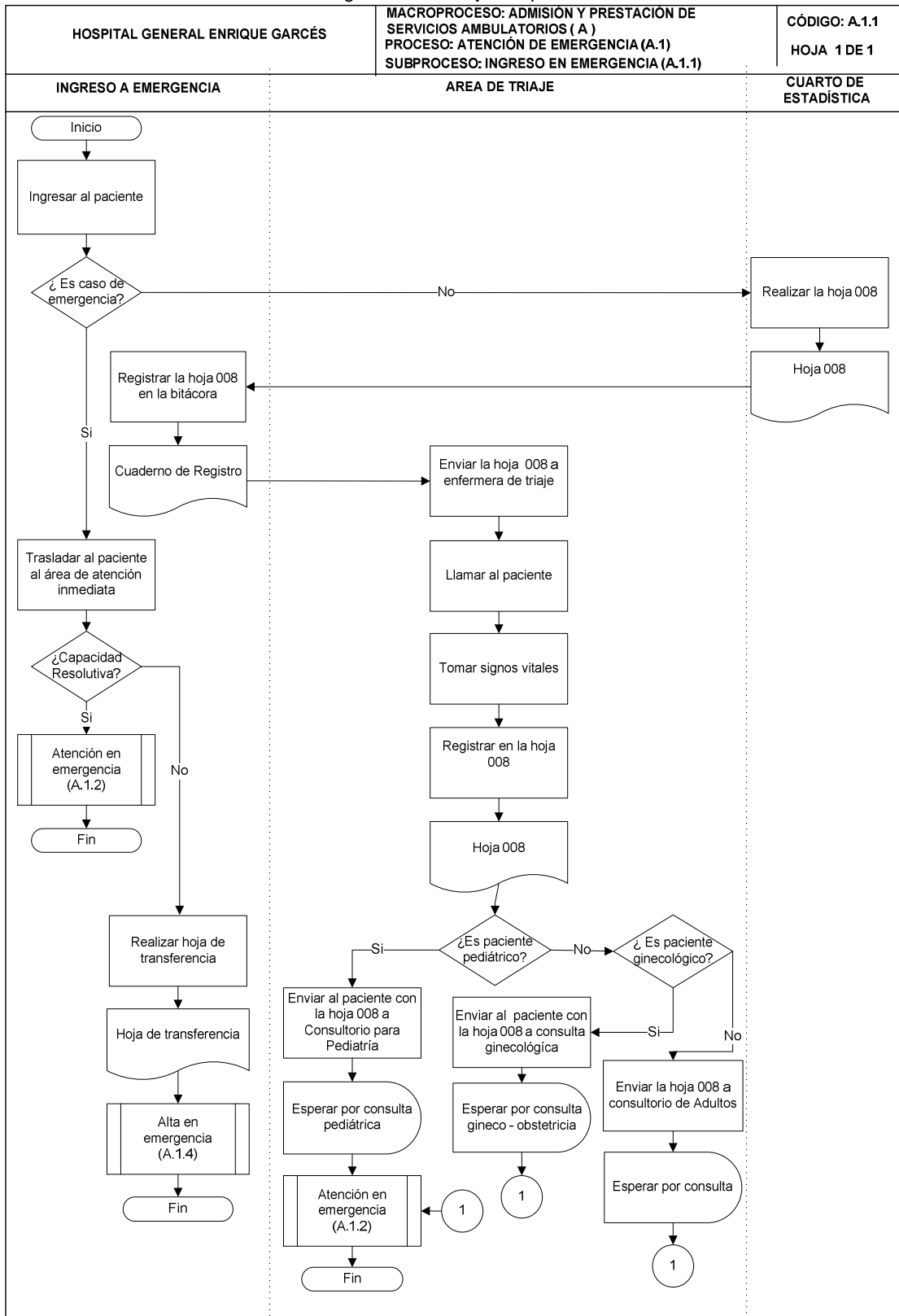
No	ACTIVIDAD	LUGAR	FRECUENCIA	VOLUMEN	TIEMPO	OBSERVACIONES
1	Mantener el orden	Cuarto de ingreso ambulatorio	Diaria	240	1	
2	Pase del paciente al área de triaje	Cuarto de ingreso ambulatorio	Diaria	240	1	
3	Pase del documento de atención de emergencia (hoja 008) al área de triaje	Cuarto de ingreso ambulatorio	Diaria	240	720	Turnos rotativos de 12 horas cada guardia
4	Registra paciente en la bitácora de seguridad	Cuarto de ingreso ambulatorio	Diaria	240	1	
5	Ayuda al paciente en silla de ruedas	Cuarto de ingreso ambulatorio	Diaria	10	10	Si se requiere
NOTA						

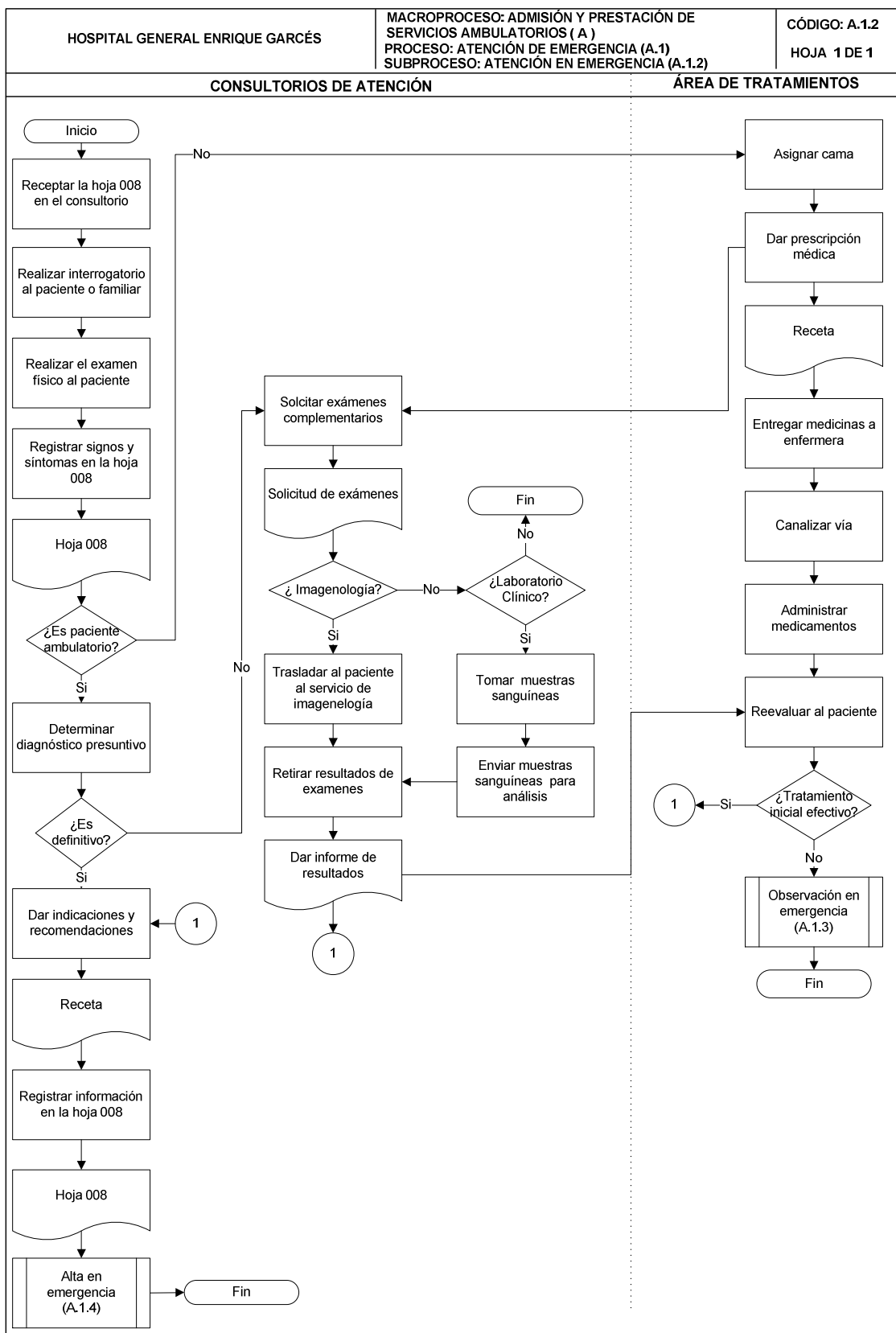
DEPARTAMENTO: Área de emergencia
PROCESO Atención en emergencia (A.1.2)
FUNCIONARIO Señor Adrian Espín
CARGO/FUNCIÓN Auxiliar de enfermería
FECHA 12 de Junio de 2012

HOJA 1 DE 1

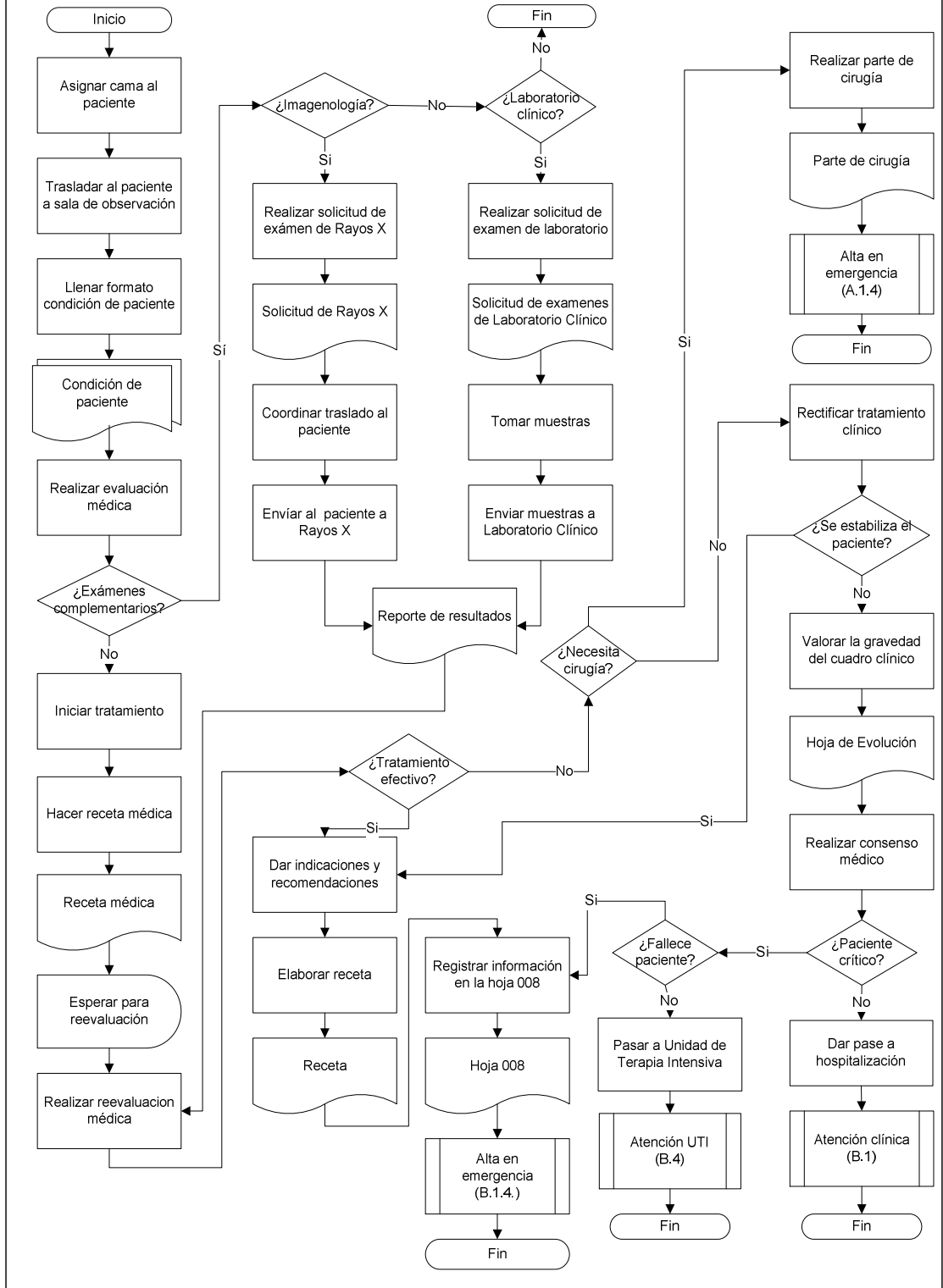
No	ACTIVIDAD	LUGAR	FRECUENCIA	VOLUMEN	TIEMPO	OBSERVACIONES
1	Entregar la recepción del turno	Estación de enfermería	Diaria	3	45	
2	Revisar equipo y materiales de insumos	Por área	Diaria	3	90	
3	Limpia la unidad asignada	Por área	Diaria	3	60	
4	Bañar a pacientes de ingreso	Por área	Diaria	20	15	
5	Recolectar muestras de orina y heces de los pacientes	Por área	Diaria	20	2	
6	Llevar las muestras al laboratorio	Por área	Diaria	40	10	
7	Llenar hojas de signos vitales en pacientes ingresados	Por área	Diaria	40	10	Frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, temperatura
8	Llenar hojas de ingestas y excretas	Por área	Diaria	40	5	
9	Arreglar las camas	Por área	Diaria	49	5	

Anexos 20. Diagramas de flujo de procesos actuales





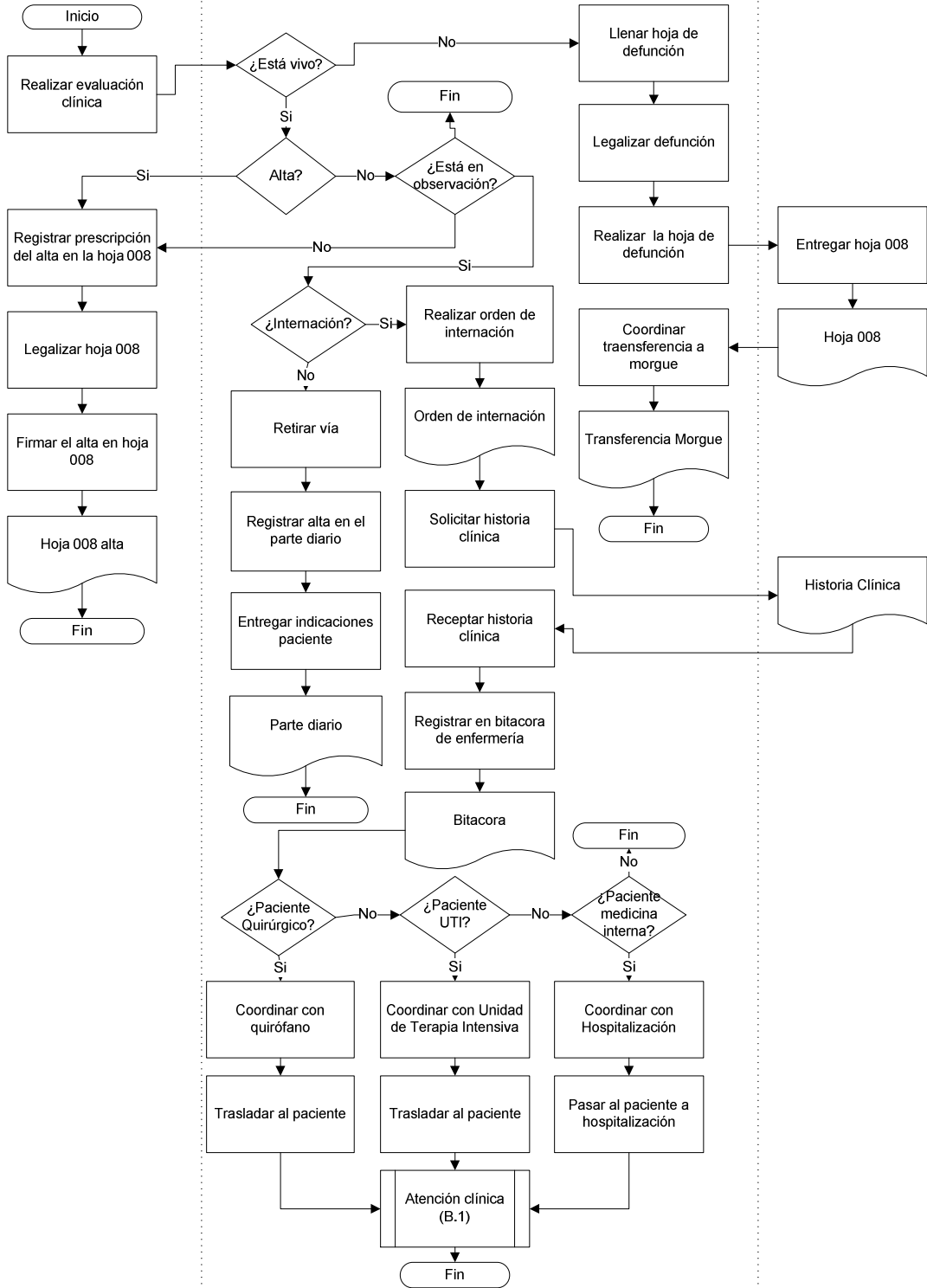
ÁREA DE OBSERVACIÓN



CONSULTORIOS DE ATENCIÓN

ÁREA DE OBSERVACIÓN

ÁREA DE ESTADÍSTICA



Anexos 21. Descripción de actividades de procesos propuestos

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES				
MANUAL DE PROCESOS DEL HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS			Código: A.1.1	
			Pág. de 1 de 1	
MACROPROCESO: Admisión y prestación de servicios ambulatorios (A)				
PROCESO: Atención de emergencia (A.1)				
SUBPROCESO: Ingreso en emergencia (A.1.1)				
No.	ACTIVIDAD	ENTIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
1	Realizar triaje	Área de Triaje	Definir si es una urgencia o una emergencia	Enfermera
2	Tomar signos vitales	Área de Triaje	Toma de presión arterial, temperatura, pulso y frecuencia respiratoria al paciente	Enfermera
3	Categorizar emergencia	Área de Triaje	Categorizar el estado patológico del paciente según estándares establecidos	Enfermera
4	Derivar a consulta externa	Cuarto de estadística	Brindar atención en consulta externa a pacientes que nos son urgentes	Médico
5	Brindar atención médica inmediata	Área de Triaje	Dar el soporte vital necesario ante una emergencia inminente	Médico
6	Realizar hoja de transferencia	Área de Triaje	Llenar de manera adecuada la hoja de transferencia para una unidad de mayor complejidad a patologías que no pueda ser manejada en este hospital	Médico
7	Coordinar transferencia a hospital de mayor complejidad	Área de Triaje	Realizar trámites correspondientes para la transferencia del paciente a un hospital de mayor complejidad.	Enfermera
8	Llenar hoja 008	Cuarto de estadística	Llenar datos del punto 1 (registro de admisión) de la hoja 008	Estadístico
9	Enviar hoja 008 al cuarto de estadística	Cuarto de estadística	Llevar la hoja 008 desde el área de triaje al cuarto de estadística	Estadístico
10	Llenar información del paciente	Cuarto de estadística	Escribir la información necesaria del paciente	Estadístico
11	Enviar hoja 008 a consultorio de triaje	Área de Triaje	Llevar la hoja 008 desde el cuarto de estadística al consultorio del médico	Estadístico
12	Esperar atención médica	Área de Triaje	Esperar atención médica a pacientes categoría 2 hasta un tiempo de 10 minutos	Enfermera
13	Esperar atención médica	Área de Triaje	Esperar atención médica a pacientes categoría 3 hasta un tiempo de 30 minutos	Enfermera
14	Esperar atención médica	Área de Triaje	Esperar atención médica a pacientes categoría 4 hasta un tiempo de 60 minutos	Enfermera
15	Realizar referencia a centro de salud	Cuarto de estadística	Referir al paciente a centro de salud cercano a su domicilio	Médico

	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES			
	MANUAL DE PROCESOS DEL HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS			Código: A.1.2
				Pág. de 1 de 1

MACROPROCESO: Admisión y prestación de servicios ambulatorios (A)

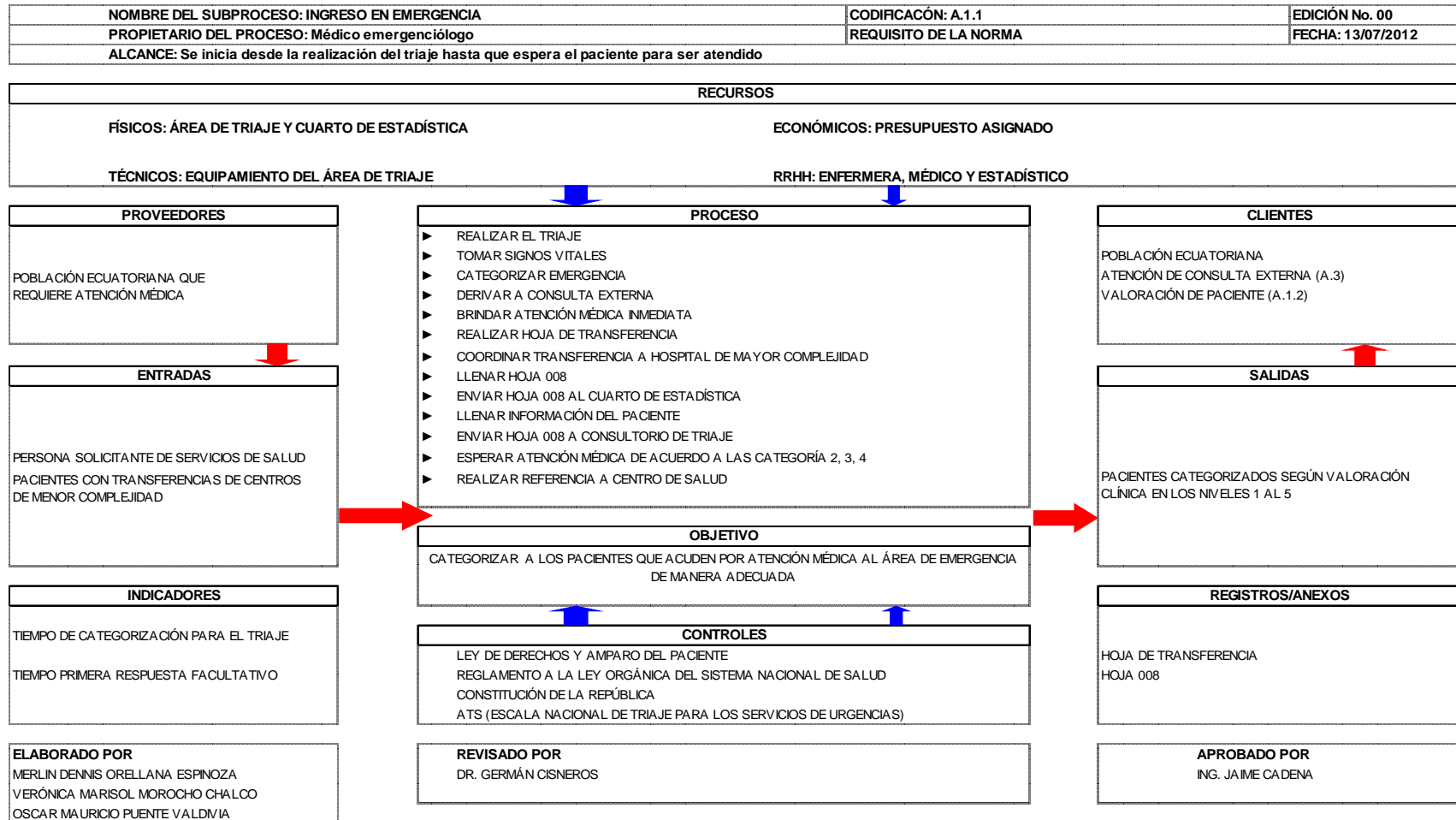
PROCESO: Atención de emergencia (A.1)

SUBPROCESO: Valoración del paciente (A.1.2)

No.	ACTIVIDAD	ENTIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
1	Valorar clínicamente al paciente	Cuarto de procedimiento	Interrogatorio y examen físico del paciente	Médico
2	Dar prescripción e indicaciones médicas	Cuarto de procedimiento	Una vez emitido el diagnóstico del paciente, toma de decisión para el tratamiento	Médico
3	Registrar información en la hoja 008	Cuarto de procedimiento	Colocar por escrito en la hoja 008 la información obtenida del interrogatorio, examen físico, prescripción e indicaciones	Médico
4	Enviar hoja 008 a cuarto de estadística	Cuarto de procedimiento	Llevar hoja 008 al cuarto de estadística	Enfermera
5	Llenar parte diario a paciente ambulatorio	Cuarto de procedimiento	Colocar el nombre, apellidos, edad y diagnóstico del paciente ambulatorio	Médico
6	Enviar parte diario al cuarto de estadística	Cuarto de procedimiento	Llevar parte diario al cuarto de estadística	Enfermera
7	Realizar receta	Cuarto de procedimiento	Anotar en el recetario la prescripción e indicaciones para el paciente de alta	Médico
8	Dar el alta	Cuarto de procedimiento	Dar el alta médica a paciente con sus respectivas indicaciones	Médico
9	Realizar solicitud de auxiliares de diagnóstico	Cuarto de observación	Llenar hoja de solicitud de exámenes complementarios según diagnóstico presuntivo	Médico
10	Reevaluar al paciente	Cuarto de observación	Realizar nuevamente una evaluación exhaustiva del paciente luego de realizar exámenes complementarios para emitir un diagnóstico definitivo	Médico
11	Seguir indicaciones y prescripción médica	Cuarto de observación	Colocar al paciente los medicamentos prescritos por el médico siguiendo indicaciones establecidas	Enfermera
12	Registrar evolución en la hoja 008	Cuarto de observación	Colocar la evolución del paciente durante su estancia en el cuarto de observación en la hoja 008	Médico
13	Enviar hoja 008 a cuarto de estadística	Cuarto de observación	Llevar hoja 008 al cuarto de estadística	Enfermera

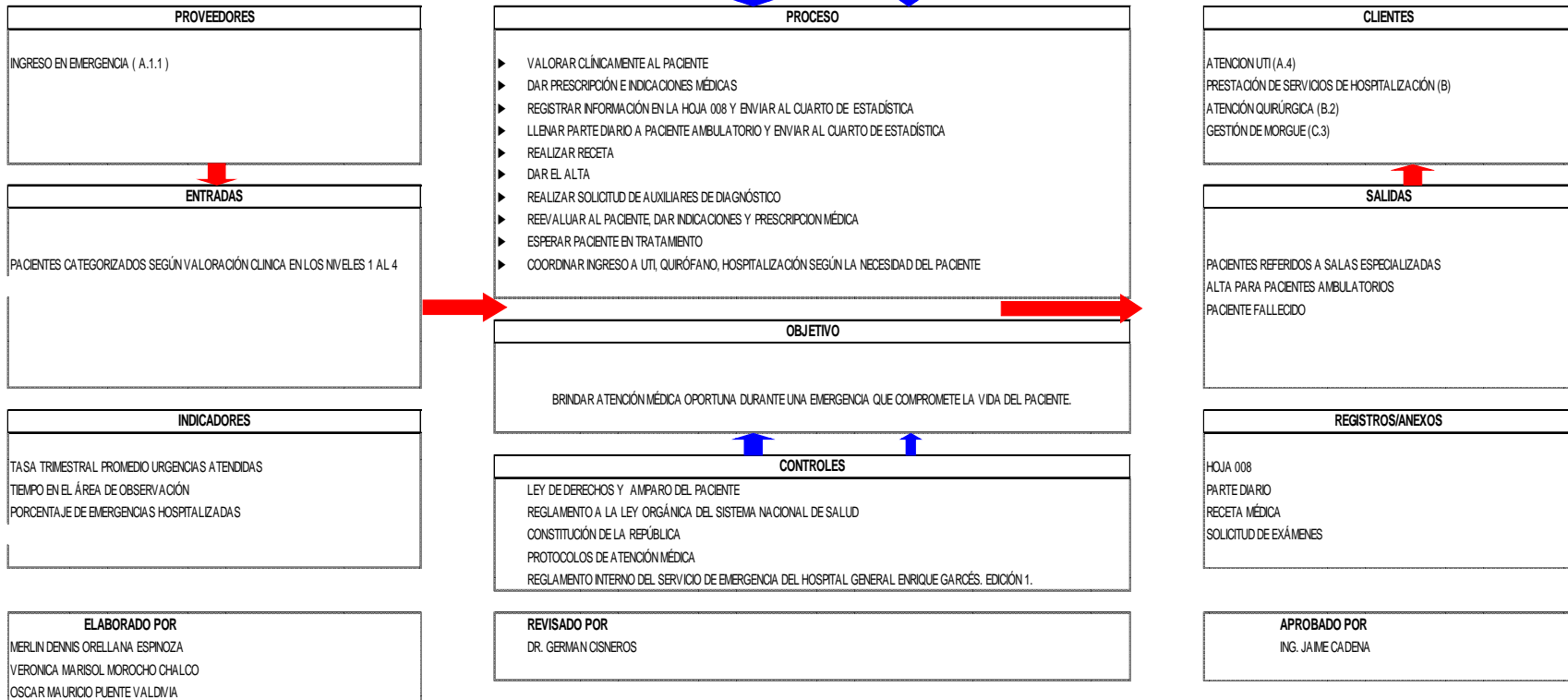
14	Llenar parte diario de pacientes en observación	Cuarto de observación	Colocar el nombre, apellidos, edad y diagnóstico del paciente	Enfermera
15	Enviar parte diario al cuarto de estadística	Cuarto de observación	Llevar parte diario al cuarto de estadística	Enfermera
16	Esperar paciente en tratamiento	Cuarto de observación	Paciente en espera	Paciente
17	Coordinar ingreso a UTI	Cuarto de observación	Coordinar el paso del paciente crítico del cuarto de observación a la Unidad de Terapia Intensiva	Enfermera
18	Coordinar hospitalización por área	Cuarto de observación	Coordinar el paso del paciente desde el cuarto de observación al área de hospitalización dependiendo el tipo de paciente y/o diagnóstico	Enfermera
19	Realizar parte operatorio	Cuarto de observación	Llenar hoja de parte operatorio para pacientes que necesitan cirugías de emergencia	Médico
20	Coordinar ingreso a Quirófano	Cuarto de observación	Coordinar el paso del paciente desde el cuarto de observación al área de quirófano para cirugía de emergencia	Enfermera
21	Confirmar ausencia de signos vitales	Cuarto de observación	Toma de presión arterial, temperatura, pulso y frecuencia respiratoria a paciente para confirmar el fallecimiento	Médico

Anexos 22. Descripción de procesos propuestos



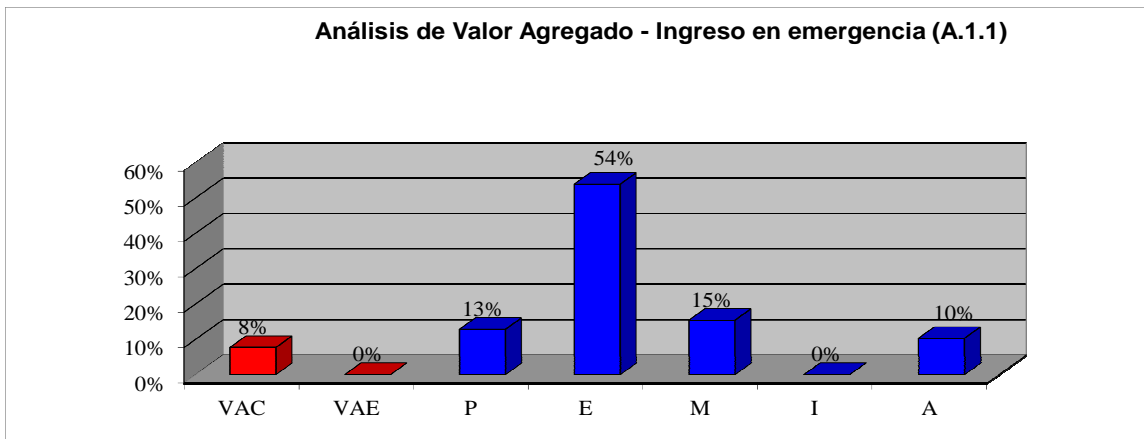
NOMBRE DEL SUBPROCESO: VALORACIÓN DEL PACIENTE	CODIFICACION: A.1.2	EDICION No. 00
PROPIETARIO DEL PROCESO: Médico emergenciólogo	REQUISITO DE LA NORMA	FECHA: 13/07/2012
ALCANCE: Se inicia desde el ingreso del paciente al consultorio de emergencia hasta la obtención de un diagnóstico definitivo basado en evidencia clínica y de laboratorio.		

RECURSOS	
FÍSICOS: CUARTO DE PROCEDIMIENTO, CUARTO DE OBSERVACIÓN	ECONOMICOS: PRESUPUESTO ASIGNADO
TÉCNICOS: EQUIPAMIENTO DE CONSULTORIOS Y ÁREA DE TRATAMIENTOS	RRHH: MÉDICO, ENFERMERA, PACIENTE



Anexos 23. Análisis de valor de procesos actuales

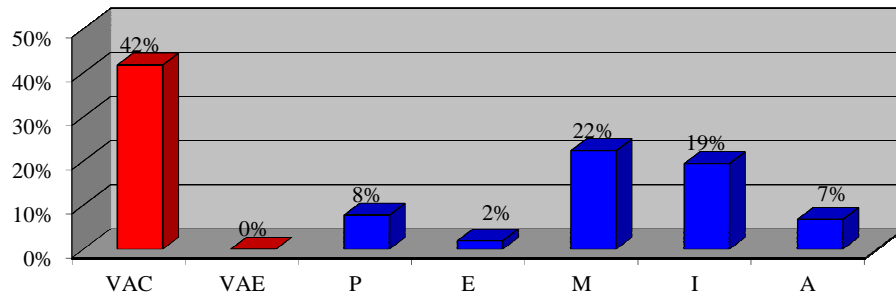
SUB PROCESO										Ingreso en emergencia (A.1.1)	
PRODUCTO:										Pacientes ingresados al área de emergencia	
										FECHA: 19/08/2012	
No.	VAC	VE	P	E	M	I	A	ACTIVIDAD	Tiempos Efectivos (Mn.)		
1	1							Ingresar al paciente	3		
2					1			Trasladar al paciente al área de atención inmediata	3		
3				1				Realizar hoja de transferencia	2		
4				1				Realizar la hoja 008	5		
5							1	Registrar la hoja 008 en la bitácora	2		
6					1			Enviar la hoja 008 a enfermera de triaje	3		
7				1				Llamar al paciente	1		
8			1					Tomar signos vitales	5		
9							1	Registrar en la hoja 008	2		
10				1				Enviar paciente con la hoja 008 a consultorio para pediatría	5		
11				1				Enviar al paciente con la hoja 008 a consulta ginecológica	5		
12				1				Enviar la hoja 008 a consultorio de adultos	3		
	1	0	1	6	2	0	2				
TIEMPOS TOTALES									39		
COMPOSICIÓN DE ACTIVIDADES			Método Actual					TIEMPO TOTAL EN DÍAS 0,08			
			No.	Tiempo	%	* TIEMPOS ESTIMADOS					
VAC	VALOR AGREGADO CLIENTE (dispuesto a pagar)		1	3	8%						
VAE	VALOR AGREGADO EMPRESA		0	0	0%						
P	PREPARACIÓN		1	5	13%						
E	ESPERA		6	21	54%						
M	MOVIMIENTO		2	6	15%						
I	INSPECCION		0	0	0%						
A	ARCHIVO		2	4	10%						
TT	TOTAL		12	39	100%						
TVA	TIEMPO DE VALOR AGREGADO		3								
IVA	INDICE DE VALOR AGREGADO		7,69%								



Observamos un índice de valor agregado para el cliente del 8% y para la empresa un 0%; estos porcentajes reflejan que el sub proceso: Ingreso en emergencia se encuentra en un estado crítico donde es necesario un plan de mejoramiento inmediato. Entre las actividades que no generan valor obtuvimos los siguientes porcentajes, preparación 13%, espera 54%, movimiento 15%, inspección 0%, archivo 10%, el tiempo que se dedica para ingresar al paciente es de 39 minutos, en esta fase los pacientes y/o familiares hacen diferentes trámites para poder ser ingresados. Implementar un sistema informático disminuiría el tiempo de espera y agilizaría todo el proceso ya que toda la información se encontraría en red para el uso del personal de salud que requiera cualquier tipo de información del paciente.

SUB PROCESO		Atención en emergencia (A.1.2)							FECHA:		19/08/2012
PRODUCTO:		Paciente atendido adecuadamente de acuerdo a sus necesidades									
No.	VAC	VE	P	E	M	I	A	ACTIVIDAD	Tiempos Efectivos (Min.)		
1					1			Receptar la hoja 008 en el consultorio		1	
2						1		Realizar interrogatorio al paciente o familiar		15	
3						1		Realizar el examen físico al paciente		5	
4							1	Registrar signos y síntomas en la hoja 008		2	
5	1							Determinar diagnóstico presuntivo		2	
6	1							Dar indicaciones y recomendaciones		5	
7							1	Registrar información en la hoja 008		5	
8				1				Asignar cama		2	
9	1							Dar prescripción médica		3	
10					1			Entregar medicinas a enfermera		3	
11			1					Canalizar vía		3	
12	1							Administrar medicamentos		30	
13	1							Reevaluar al paciente		3	
14					1			Solicitar exámenes complementarios		5	
15					1			Trasladar al paciente al servicio de imagenología		5	
16					1			Retirar resultados de exámenes		6	
17			1					Tomar muestras sanguíneas		5	
18					1			Enviar muestras sanguíneas para análisis		3	
	5	0	2	1	6	2	2				
TIEMPOS TOTALES										103	
COMPOSICIÓN DE ACTIVIDADES									Método Actual		
									No.	Tiempo	%
VAC	VALOR AGREGADO CLIENTE (dispuesto a p							5	43	42%	TIEMPO TOTAL EN DÍAS 0,21 * TIEMPOS ESTIMADOS
VAE	VALOR AGREGADO EMPRESA							0	0	0%	
P	PREPARACIÓN							2	8	8%	
E	ESPERA							1	2	2%	
M	MOVIMIENTO							6	23	22%	
I	INSPECCIÓN							2	20	19%	
A	ARCHIVO							2	7	7%	
TT	TOTAL							18	103	100%	
TVA	TIEMPO DE VALOR AGREGADO							43			
IVA	ÍNDICE DE VALOR AGREGADO							41,75%			

Análisis de Valor Agregado - Atención en emergencia (A.1.2)



En el sub proceso atención en emergencia se obtuvo un valor agregado tanto para el cliente como para la empresa del 42%, indicándonos un estado crítico al cual debemos aplicar estrategias para disminuir actividades que no generen valor.

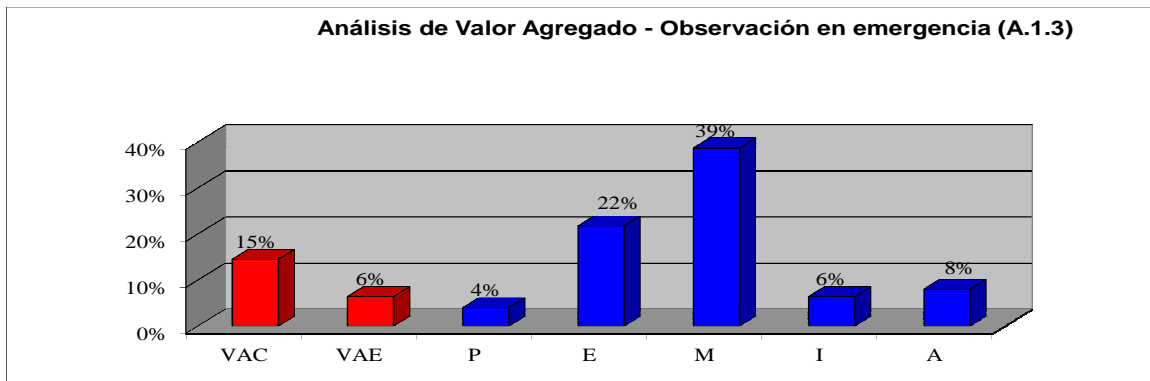
El tiempo que conlleva para atender a un paciente es de 103 minutos, se hacen 18 actividades, entre aquellas que no generan valor obtuvimos las siguientes: preparación 8%, espera 2%, movimiento 22%, inspección 19% y archivo 7%.

Mediante el análisis situacional del área refleja que el tiempo de espera es prolongado para ser un área de emergencia, no existe una clasificación adecuada de los pacientes entre urgencia y emergencia médica por la falta de un sistema estructurado de triaje.

SUB PROCESO	Observación en emergencia (A.1.3)	FECHA: _____
PRODUCTO:	Paciente atendido a través de técnicas y procedimientos adecuados	19/08/2012

No.	VAC	VE	P	E	M	I	A	ACTIVIDAD	Tiempos Efectivos (Mn.)
1	1							Asignar cama al paciente	2
2					1			Trasladar al paciente a sala de observación	5
3							1	Llenar formato de condición de paciente	5
4						1		Realizar evaluación médica	3
5	1							Iniciar tratamiento	3
6	1							Hacer receta médica	3
7	1							Realizar reevaluación médica	3
8				1				Realizar solicitud de examen de Rayos X	1
9				1				Coordinar traslado al paciente	20
10					1			Enviar al paciente a Rayos X	10
11				1				Realizar solicitud de examen de laboratorio	5
12			1					Tomar muestras	5
13					1			Enviar muestras a laboratorio clínico	3
14	1							Dar indicaciones y recomendaciones	4
15	1							Elaborar receta	3
16							1	Registrar información en la hoja 008	5
17				1				Realizar parte de cirugía	1
18		1						Rectificar tratamiento clínico	3
19							1	Valorar la gravedad del cuadro clínico	5
20		1						Realizar consenso médico	5
21					1			Dar pase a hospitalización	15
22					1			Pasar a unidad de terapia intensiva	15
	6	2	1	4	5	2	2		
TIEMPOS TOTALES									124

	COMPOSICIÓN DE ACTIVIDADES	Método Actual			TIEMPO TOTAL EN DÍAS	0,26
		No.	Tiempo	%		
VAC	VALOR AGREGADO CLIENTE (dispuesto a pagar)	6	18	15%	* TIEMPOS ESTIMADOS	
VAE	VALOR AGREGADO EMPRESA	2	8	6%		
P	PREPARACION	1	5	4%		
E	ESPERA	4	27	22%		
M	MOVIMIENTO	5	48	39%		
I	INSPECCION	2	8	6%		
A	ARCHIVO	2	10	8%		
TT	TOTAL	22	124	100%		
TVA	TIEMPO DE VALOR AGREGADO	26				
IVA	ÍNDICE DE VALOR AGREGADO	20,97%				

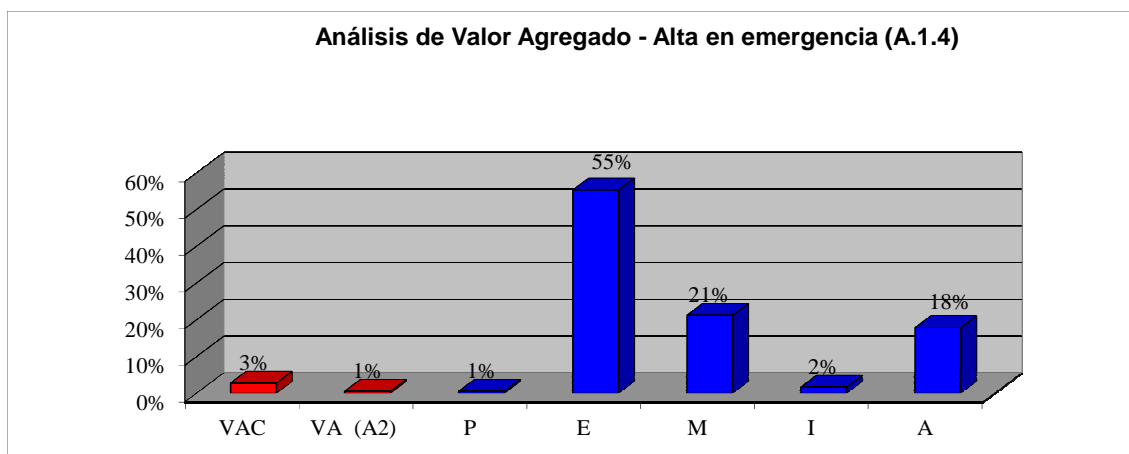


Observamos un 15% de valor agregado para el cliente y un 6% de valor agregado para la empresa. Nos refleja un estado crítico, el proceso de observación involucra a pacientes que ya poseen un diagnóstico definitivo, está marcado por los tiempos prolongados que permanecen en este proceso, superando incluso las 48 horas de observación. La saturación del cuarto de observación (tanto de hombres como mujeres) está marcada por la poca disponibilidad de camas para pacientes de internación derivados por emergencia, muchos de los cuales se encuentran ocupando camas de observación, generando una semi-hospitalización en emergencia, lo que provoca la realización de parte diario y hojas de evolución. Es importante que las áreas donde los pacientes de emergencia son trasladados o requieran algún tipo de examen complementario se los de preferencia y no tengan que esperar mucho tiempo.

SUB PROCESO		Alta en emergencia (A.1.4)							FECHA:	19/08/2012
PRODUCTO:		Pacientes referidos a salas de especialidad Alta para pacientes ambulatorios Paciente fallecido								
No.	VAC	VE	P	E	M	I	A	ACTIVIDAD	Tiempos Efectivos (Mn.)	
1						1		Realizar evaluación clínica	3	
2							1	Registrar prescripción del alta en la hoja 008	2	
3				1				Legalizar hoja 008	10	
4		1						Firmar el alta en hoja 008	1	
5			1					Retirar vía	1	
6							1	Registrar alta en el parte diario	2	
7	1							Entregar indicaciones paciente	5	
8				1				Realizar orden de internación	2	
9				1				Solicitar historia clínica	2	
10					1			Receptar historia clínica	1	
11							1	Registrar en bitácora de enfermería	20	
12				1				Coordinar con quirófano	15	
13					1			Trasladar al paciente	5	
14				1				Coordinar con unidad de terapia intensiva	30	
15				1				Coordinar con hospitalización	30	
16					1			Pasar al paciente a hospitalización	5	
17							1	Llenar hoja de defunción	6	
18				1				Legalizar defunción	10	
19							1	Realizar la hoja de defunción	2	
20					1			Coordinar transferencia a morgue	15	
21					1			Entregar hoja 008	2	
22					1			Pasar a unidad de terapia intensiva	10	
	1	1	1	7	6	1	5			
TIEMPOS TOTALES									179	
COMPOSICIÓN DE ACTIVIDADES		Método Actual			TIEMPO TOTAL EN DÍAS		0,37			
		No.	Tiempo	%						
VAC	VALOR AGREGADO CLIENTE (dispuesto a pagar)	1	5	3%						
VAE	VALOR AGREGADO EMPRESA	1	1	1%						
P	PREPARACIÓN	1	1	1%						
E	ESPERA	7	99	55%						
M	MOVIMIENTO	6	38	21%						
I	INSPECCIÓN	1	3	2%						
A	ARCHIVO	5	32	18%						
TT	TOTAL	22	179	100%						
TVA	TIEMPO DE VALOR AGREGADO	6								
IVA	ÍNDICE DE VALOR AGREGADO	3,35%								

TIEMPO TOTAL EN DÍAS 0,37

* TIEMPOS ESTIMADOS



El alta del paciente en emergencia es un proceso que no depende del paciente como tal, está basado en la condición del mismo y en el cumplimiento de formatos internos que son responsabilidad del médico y de la enfermera, tenemos porcentaje de espera del 55%, se puede reducir este porcentaje con la implementación de un software y además si nuestros pacientes fueran reales emergencias no esperarían tiempos tan prolongados y serían atendidos en un tiempo adecuado. Los porcentajes de valor agregado son del 4%, porcentaje que refleja que se debe emplear estrategias que ayuden a reducir o eliminar actividades que no generen valor, en este caso los trámites que se deben realizar para el alta son varios empleando un total de 179 minutos.

FUNDAMENTO LEGAL

Anexos 24. Ley de derechos y amparo al paciente

CAPÍTULO I DEFINICIÓN

Art. 1.- **DEFINICIÓN DE CENTRO DE SALUD.**- Centro de Salud es una entidad del sistema de servicios de salud pública o privada, establecida conforme a la Ley para prestar a las personas atención de salud integral de tipo ambulatorio y de internamiento. Es, además, un centro de formación de personal de salud y de investigación científica.

Se consideran centros de salud a:

- a) Hospitales;
- b) Clínicas;
- c) Institutos Médicos;
- d) Centros Médicos;
- e) Policlínicos; y,
- f) Dispensarios Médicos.

CAPITULO II DERECHOS DEL PACIENTE

Art. 2.- **DERECHO A UNA ATENCIÓN DIGNA.**- Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.

Art. 3.- **DERECHO A NO SER DISCRIMINADO.**- Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica.

Art. 4.- **DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD.**- Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial.

Art. 5.- **DERECHO A LA INFORMACIÓN.**- Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que medicamento está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse. Exceptúense las situaciones de emergencia.

El paciente tiene derecho a que el centro de salud le informe quien es el médico responsable de su tratamiento.

Art. 6.- DERECHO A DECIDIR.- Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión.

CAPÍTULO III AMPARO AL PACIENTE EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

Art. 7.- SITUACIÓN DE EMERGENCIA.- Es toda contingencia de gravedad que afecte a la salud del ser humano con inminente peligro para la conservación de la vida o de la integridad física de la persona, como consecuencia de circunstancias imprevistas e inevitables, tales como: choque o colisión, volcamiento u otra forma de accidente de tránsito terrestre, aéreo o acuático, accidentes o infortunios en general, como los ocurridos en el medio de trabajo, centros educativos, casa, habitación, escenarios deportivos, o que sean el efecto de delitos contra las personas como los que producen heridas causadas con armas corto punzantes, de fuego, contundentes, o cualquiera otra forma de agresión material.

Art. 8.- Todo paciente en estado de emergencia debe ser recibido inmediatamente en cualquier centro de salud, público o privado, sin necesidad de pago previo.

Art. 9.- Se prohíbe a los centros de salud públicos y privados exigir al paciente en estado de emergencia y a las personas relacionadas con el, que presenten cheques, tarjetas de crédito, pagarés a la orden, letras de cambio u otro tipo de documento de pago, como condición previa a ser recibido, atendido y estabilizado en su salud.

Tan pronto como el paciente haya superado la emergencia y se encuentre estabilizado en sus condiciones físicas, el centro de salud tendrá derecho para exigir al paciente o a terceras personas relacionadas con el, el pago de los servicios de salud que recibió.

Art. 10.- El estado de emergencia del paciente será calificado por el centro de salud al momento de su arribo.

Art. 11.- Los valores no recuperados por el centro de salud por la atención a (sic) un paciente en estado de emergencia, podrán deducirse del impuesto a la renta de (sic) conformidad con las disposiciones de la Ley de Régimen Tributario Interno.

CAPÍTULO IV SANCIONES POR FALTA DE ATENCIÓN EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

Art. 12.- Bajo ningún motivo un centro de salud podrá negar la atención de un paciente en estado de emergencia.

El centro de salud que se negare a atender a un paciente en estado de emergencia será responsable por la salud de dicho paciente y asumirá solidariamente con el profesional o persona remisa en el cumplimiento de su

deber, la obligación jurídica de indemnizarle los daños y perjuicios que su negativa le cause.

Art. 13.-

Los responsables de un centro de salud que se negaren a prestar atención a pacientes en estado de emergencia, serán sancionados con prisión de 12 a 18 meses y, en caso de fallecimiento del paciente desatendido (sic), con prisión de 4 a 6 años.

CAPÍTULO V APLICACIÓN DE LA LEY

Art. 14.- La presente Ley obliga a todos los centros de salud del país, sean éstos públicos, privados o a cargo de instituciones militares, policiales, religiosas o de beneficencia.

Art. 15.- Es obligación de todos los centros de salud mantener a disposición de los usuarios ejemplares de esta Ley y exhibir el texto de los derechos del paciente en lugares visibles para el público.

Art. 16.- Todos los centros de salud están obligados a mantener expuestas en lugares visibles para el público, las tarifas que se cobran por sus servicios.

Art. 17.- El Presidente de la República dictará el Reglamento de aplicación de esta Ley, dentro del plazo de noventa días.

REGLAMENTO A LA LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

CAPÍTULO I DEL PLAN INTEGRAL DE SALUD

Art. 1.- De la ejecución del Plan Integral de Salud.- El Plan Integral de Salud, definido en el Art. 5 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, es el conjunto de acciones y prestaciones de salud en el país y se ejecuta a través de la red de proveedores, mediante la coordinación concertada de acciones de las entidades integrantes del sistema. Al efecto, se respetará la personalidad, autonomía y naturaleza jurídica de cada institución, sus respectivos órganos de gobierno y administración y sus recursos propios.

Art. 2.- De la determinación de prestaciones del Plan Integral de Salud.- Una vez definidos los contenidos del Plan Integral, el Pleno del Consejo Nacional revisará cada dos años, las acciones y prestaciones personales y colectivas de salud que el sistema procura ofrecer a la población.

La definición de acciones y prestaciones buscará lograr la equidad y la universalidad, para lo cual el Pleno del Consejo analizará las necesidades epidemiológicas de la población y las determinantes sociales de salud y calidad de vida, considerando la realidad nacional, provincial y cantonal de salud. Así mismo, establecerá metas cuantitativas y cualitativas para la superación de la exclusión social en salud, manteniendo un criterio de lo máximo posible, buscando mejorar el costo - efectividad de las acciones de salud y definiendo taxativamente los recursos existentes.

Art. 3.- Ampliación de prestaciones de salud.- Los consejos de salud podrán ampliar las acciones y prestaciones contempladas en el Plan Integral de Salud en la medida en que dispongan de financiamiento adicional.

CAPÍTULO II DE LAS NORMAS APLICABLES A LAS FUNCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Art. 4.- De la función de coordinación.- La función de coordinación es competencia del Ministerio de Salud Pública en su calidad de autoridad sanitaria nacional, con el apoyo de los consejos: Nacional, provinciales y cantonales de salud.

Art. 5.- De la política y los planes nacionales de salud.- La política será revisada cada cuatro años y el Plan Estratégico Nacional de Salud cada dos, para ello se contará con la participación activa de todos los actores de salud y otros sectores relacionados, partiendo de: los planes elaborados en los consejos provinciales y cantonales de salud, el análisis estratégico de la realidad sanitaria nacional, el desarrollo del Sistema Nacional de Salud, los planes del Ministerio de Salud Pública referidos al control de enfermedades, desastres y promoción de la salud de interés

nacional y los planes estratégicos de salud de cada una de las entidades que conforman el sistema.

El Ministerio de Salud Pública es la autoridad responsable de la definición del Plan Estratégico Nacional de Salud, el mismo que contará con su respectivo presupuesto y financiamiento que será el resultado de los compromisos asumidos voluntariamente por los miembros del sistema del Consejo Nacional de Salud. El Ministerio a través de las instancias respectivas del nivel nacional, brindará además el soporte técnico y metodológico indispensable.

Art. 6.- De los planes provinciales.- La formulación del Plan Estratégico Provincial de Salud será bienal, para ello se contará con la participación activa de todos los actores de salud y otros sectores relacionados. Su elaboración es de responsabilidad de los consejos provinciales de salud, para lo cual tendrán en cuenta el análisis estratégico de la realidad de salud de la provincia y los planes de los consejos cantonales de salud. Las direcciones provinciales de salud brindarán el apoyo técnico necesario.

Los planes serán parte del Plan de Desarrollo Provincial, contarán con su respectivo presupuesto y financiamiento y serán el resultado de los compromisos asumidos voluntariamente por todos o algunos de los integrantes representados en el Consejo Provincial de Salud.

Art. 7.- De los planes cantonales.- La formulación del Plan Estratégico Cantonal de Salud será bienal, para ello se contará con la participación activa de todos los actores de salud y otros sectores relacionados. Su elaboración es responsabilidad de los consejos cantonales de salud y se enfocará en la salud familiar y comunitaria, garantizando una atención integral, sustentada en la atención primaria de salud y la promoción de la salud y será parte del Plan de Desarrollo Cantonal aprobado por el respectivo Concejo Municipal. Las direcciones provinciales de salud brindarán el apoyo técnico necesario.

Los planes estratégicos cantonales de salud contarán con su respectivo presupuesto y financiamiento y serán el resultado de los compromisos asumidos voluntariamente por todos o algunos de los integrantes representados en el Concejo Cantonal de Salud.

Art. 8.- De la autonomía para el cumplimiento de los planes de salud.- Los consejos cantonales y provinciales de salud, las entidades autónomas y las personas naturales y jurídicas de derecho privado son autónomos en relación al Consejo Nacional de Salud para promover el cumplimiento de los planes de salud.

Art. 9.- Del procedimiento de regulación sectorial.- Para la ejecución de la atribución prevista en el numeral dos del artículo 10 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, el Ministerio de Salud Pública como autoridad sanitaria tendrá en cuenta los siguientes aspectos:

1. Para la aplicación de la legislación sanitaria actualizará los instrumentos legales y técnicos necesarios; en caso de requerirse nuevos marcos jurídicos, formulará los proyectos correspondientes.

2. Para la normatización técnica de bienes, servicios, prácticas que inciden en la salud, ejercicio de las profesiones, comunicación social y mercados como: seguros

públicos y privados de salud, insumos, medicamentos, tecnología, bienes de consumo y establecimientos públicos, elaborará y difundirá normativas generales y establecerá las reglas para su funcionamiento y control.

Los instructivos respecto de los ámbitos mencionados en este artículo, serán formulados con la participación activa de los distintos actores del sector salud teniendo en cuenta lo dispuesto en los numerales 8 y 9 del Art. 4 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y coordinados por el nivel nacional del Ministerio de Salud Pública.

Art. 10.- De la protección de la salud como bien público.- El Ministerio de Salud Pública es el responsable de: realizar la vigilancia en salud, definir los programas nacionales de control de enfermedades de vigilancia obligatoria, de prevención de desastres y de promoción de la salud de interés nacional, garantizar su financiamiento y organizar su ejecución en el país, en coordinación con los actores del sector, otros sectores y la población organizada.

A fin de garantizar el modelo de atención integral establecido en el Art. 6 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, los programas mencionados deben ejecutarse integrados desde el primer nivel de los servicios de salud. Esta integración debe hacerse en el marco de la red plural de prestadores de salud que contemplan las referencias requeridas a los niveles pertinentes. Solamente en casos excepcionales y justificados estos programas se ejecutarán a través de estructuras verticales. En ningún caso la aplicación de esta norma y de todas las demás de este reglamento restringirá las garantías previstas en el Art. 8 de la Ley Orgánica de Sistema Nacional de Salud.

Será responsabilidad del Ministerio de Salud Pública en sus diferentes niveles: el diseño técnico, el monitoreo, evaluación, investigación, asesoría y capacitación de los programas de salud pública.

El Ministro de Salud Pública solicitará al Presidente de la República la declaratoria de emergencia sanitaria en los territorios que así lo ameriten. Los consejos: Nacional, provinciales y cantonales de salud implicados, deberán reunirse inmediatamente a fin de coordinar acciones entre las entidades del sector y cumplir los planes de contingencia y emergencia definidos por la autoridad sanitaria.

Las disposiciones emanadas del Ministerio en materia de control de enfermedades de vigilancia obligatoria, emergencias, desastres y promoción de la salud de interés nacional, serán cumplidas por las entidades del sector, otros sectores y la población.

Art. 11.- Del control y evaluación.- El Ministerio de Salud Pública, efectuará el control y evaluación de los planes de salud y el funcionamiento del sistema con la participación de las entidades que integran los consejos de salud.

La Política Nacional será objeto de evaluación integral cada cuatro años y el Plan Estratégico Nacional de Salud cada dos años.

Art. 12.- De la función de provisión de servicios de salud.- La provisión de servicios de salud se sustenta en el cantón o mancomunidad de cantones como espacios territoriales y poblacionales definidos, sobre los cuales se ejercerá la responsabilidad local del sistema de la atención a la salud.

Art. 13.- De la conformación y organización de la red.- La conformación y organización de la red plural de prestadores, de la cual forman parte los proveedores

públicos, privados y los de medicina tradicional y alternativa, responderán al modelo de atención consagrado en la ley y a los protocolos de las acciones y prestaciones definidas en el Plan Integral de Salud. Las áreas de salud constituyen la base a la que se articularán las instituciones y las unidades locales de acuerdo a sus responsabilidades y capacidad resolutive.

Art. 14.- De los protocolos de atención.- La Comisión de Planificación, Seguimiento y Evaluación del Consejo Nacional de Salud, desarrollará los proyectos de cada una de las prestaciones definidas en el Plan Integral de Salud.

Art. 15.- Complementariedad de la capacidad resolutive.- La red plural de prestadores complementará su capacidad resolutive con establecimientos de mayor complejidad tecnológica, que cuenten con especialidades y subespecialidades, a fin de garantizar atención integral y de calidad al individuo, la familia y la comunidad.

Art. 16.- Rol de los concejos cantonales de salud.- Los concejos cantonales de salud, conformados paritariamente por las instituciones del sistema y los delegados de las organizaciones de la sociedad civil, deben realizar el monitoreo de la red plural y establecer los compromisos para su funcionamiento y el cumplimiento del Plan Integral de Salud, para lo cual gestionarán entre los prestadores, mecanismos que garanticen su complementación.

Art. 17.- Definición de las metas de cobertura.- Los integrantes del Concejo Cantonal de Salud definirán concertadamente las metas de cobertura teniendo en cuenta: prioridades de riesgo, edad, género, etnia, situación de exclusión en salud, misión institucional y disponibilidad financiera, entre otros.

Art. 18.- Ingreso a la red plural.- Los usuarios ingresarán a la red plural de prestadores a través de las unidades de menor complejidad, excepto en los casos de emergencias o urgencias en los cuales accederán a la unidad de salud de la complejidad que se requiera.

Art. 19.- De los niveles de la provisión.- Para la provisión de los servicios de salud se establece tres niveles de complejidad en la atención:

Primer nivel: Constituido por los servicios de atención ambulatoria.

Segundo nivel: Conformado por los servicios que cuentan con atención ambulatoria de mayor complejidad e intrahospitalaria complementaria al primer nivel.

Tercer nivel: Integrado por los servicios ambulatorios e intrahospitalarios de la más alta complejidad y especialización.

El Ministerio de Salud Pública liderará el proceso de definición concertada para una tipología homologable de las unidades y establecimientos prestadores de servicios de salud del sistema.

Art. 20.- Definición y aplicación de las normas y procedimientos de referencia y contra referencia.- El Ministerio de Salud Pública elaborará participativamente y mediante equipos multidisciplinarios, las normas y procedimientos de referencia y contrarreferencia para asegurar la complementariedad y continuidad en la atención, los que se remitirán al Consejo Nacional de Salud para la aprobación concertada de su utilización común. Los consejos provinciales y cantonales, buscarán mecanismos que faciliten la referencia y contrarreferencia de usuarios en los distintos niveles de

atención.

Art. 21.- Requisitos de licenciamiento de los prestadores.- Para la actividad de los proveedores públicos y privados en el sistema, los servicios deberán cumplir las normas de licenciamiento y los estándares mínimos definidos por el Ministerio de Salud Pública.

Art. 22.- Requisitos para el desempeño de la actividad en servicios de salud.- La provisión en la red plural se realizará de acuerdo a la realidad nacional y local con personal certificado o re-certificado. En las unidades docente asistenciales, la práctica formativa requerirá supervisión calificada.

Art. 23.- De la acreditación y de la evaluación del desempeño.- Para avalar la calidad de los establecimientos de salud y la evaluación del desempeño de las instituciones del sistema, el Consejo Nacional de Salud promoverá un proceso concertado de definición de normas y procedimientos.

CAPÍTULO III DE LOS ORGANISMOS Y NIVELES QUE INTEGRAN EL SISTEMA

Art. 24.- Del Consejo Nacional de Salud.- Es el organismo de máxima concertación nacional, creado mediante ley como entidad pública, dotado de personería jurídica y autonomía administrativa y financiera, en virtud de lo cual se estructura como unidad ejecutora, con la finalidad de que el Ministerio de Economía y Finanzas transfiera automáticamente a la cuenta corriente del Consejo Nacional de Salud los recursos financieros previstos en el Presupuesto General del Estado.

Las asignaciones del Consejo Nacional de Salud no serán afectadas por transferencias, aportes ni deducción alguna.

Art. 25.- De la estructura del Consejo Nacional de Salud.- El Consejo Nacional de Salud para su funcionamiento cuenta con las siguientes instancias:

- a) El Pleno;
- b) El Directorio; y,
- c) La Dirección Ejecutiva.

Art. 26.- Del Pleno del Consejo.- Además del Ministro de Salud Pública, que lo preside, está integrado por los titulares, los representantes de máxima jerarquía o los representantes designados de las 17 entidades enunciadas en el Art. 7 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y son los siguientes:

1. Por el Ministerio de Salud Pública y sus entidades adscritas: el Director General de Salud.

2. Por los ministerios que participan en el campo de la salud: el Ministro de Economía y Finanzas, el Ministro de Bienestar Social, el Ministro de Educación y Cultura, el Ministro de Agricultura y Ganadería, el Ministro de Trabajo y Recursos Humanos, el Ministro del Ambiente y el Ministro de Desarrollo Urbano y Vivienda.

3. Por las entidades previstas en el numeral 3: el Director General del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, el Director General del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y el Director General del Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional.

4. Por las organizaciones de salud de la fuerza pública, un representante por las Fuerzas Armadas y uno por la Policía Nacional.

5. Por las facultades y escuelas de ciencias médicas y de la salud de las universidades y escuelas politécnicas, un representante nombrado entre los decanos.

6. Por la Junta de Beneficencia de Guayaquil, su Director o un representante de su máximo organismo de gobierno.

7. Por la Sociedad de Lucha contra el Cáncer, el Presidente del Consejo Directivo Nacional o su representante.

8. Por la Cruz Roja Ecuatoriana, su Presidente (consulta).

9. Por los organismos seccionales: un Prefecto en representación del Consorcio de Consejos Provinciales del Ecuador, un Alcalde en representación de la Asociación de Municipalidades del Ecuador; un Presidente de Junta elegido por las juntas parroquiales.

10. Por las entidades señaladas en el numeral 10: un representante elegido por las prestadoras privadas de servicios de salud, con fines de lucro; un representante elegido por las entidades de salud privadas de medicina prepagada y un representante elegido por las aseguradoras de salud.

11. Por las entidades de salud señaladas en el numeral 11: un representante elegido por las organizaciones no gubernamentales y un representante elegido por los servicios pastorales y fisco misionales.

12. Por las entidades referidas en el numeral 12: un representante elegido por los servicios comunitarios de salud; un representante elegido por los agentes de la medicina tradicional y un representante elegido por los profesionales de la medicina alternativa.

13. Por las organizaciones que trabajan en salud ambiental, un representante elegido.

14. Por los centros de desarrollo de ciencia y tecnología en salud, un representante elegido.

15. Por las organizaciones comunitarias que actúan en promoción y defensa de la salud, un representante elegido.

16. Por las entidades señaladas en el numeral 16: el/la Presidente de la Federación Médica Ecuatoriana; el/la Presidente de la Federación Odontológica Ecuatoriana; el/la Presidente de la Federación Nacional de Enfermeras; un representante elegido rotativamente entre los presidentes de las demás organizaciones gremiales de profesionales de la salud y un representante elegido por las organizaciones gremiales de trabajadores de la salud.

17. Por los otros organismos de carácter público del régimen dependiente o autónomo y de carácter privado que actúen en el ámbito de la salud: un representante por los consejos provinciales de salud y un representante por los concejos cantonales de salud.

Art. 27.- De la integración de miembros al Pleno del Consejo Nacional de Salud.- El Consejo Nacional de Salud se integrará obligatoriamente en la primera reunión del Pleno, la tercera semana del mes de enero del año de su conformación. Su integración se efectuará de conformidad con las siguientes reglas:

a) El Ministro de Salud Pública asistirá y presidirá las reuniones del Pleno y del Directorio en forma indelegable y obligatoria y sólo en condiciones de caso fortuito o de fuerza mayor, calificados por la mayoría simple del Pleno del Consejo o del Directorio, podrá aceptarse la delegación temporal y transitoria al Subsecretario General de Salud;

b) El representante del Ministerio de Salud Pública y sus entidades adscritas, es el Director General de Salud, quien asistirá en forma obligatoria e indelegable, salvo caso

fortuito o fuerza mayor calificados;

c) Los ministros titulares de las carteras de Estado de: Economía y Finanzas, Bienestar Social, Educación y Cultura, Agricultura y Ganadería, Trabajo y Recursos Humanos, Ambiente y Desarrollo Urbano y Vivienda, son integrantes que de manera obligatoria asistirán a las sesiones. Únicamente en casos de fuerza mayor o caso fortuito debidamente calificados, podrán delegar al Subsecretario de su respectiva Cartera de Estado;

d) Para los casos en que no se trate de entidades autónomas, para la elección de representantes se observará el siguiente procedimiento: realizada la convocatoria a la integración del Consejo, suscrita por el Ministro de Salud Pública, las entidades nombrarán el respectivo Colegio Electoral, el cual convocará, dirigirá y ejecutará el proceso de elección de representantes, de los cuales uno será principal y el segundo suplente, durarán dos años en sus funciones, pudiendo ser reelegidos por un período adicional. En lo que fuere aplicable se remitirá a las normas contenidas en la Ley de Elecciones en vigencia; y,

e) El proceso de elección o designación de representantes al Consejo deberá efectuarse dentro de los últimos 90 días laborables cada dos años, para cuyo efecto, el Ministro de Salud Pública, Presidente nato del Consejo, conminará oficialmente a las organizaciones, entidades e instituciones, a realizar dicho proceso.

Art. 28.- De las reuniones ordinarias y extraordinarias del Pleno del Consejo Nacional de Salud.- El Pleno del Consejo será convocado en forma ordinaria dos veces al año. El primer período de sesiones tendrá lugar en la tercera semana del mes de enero y el segundo en la primera semana del mes de julio. En forma extraordinaria se reunirá a iniciativa del Presidente del Consejo o por solicitud escrita de no menos de ocho de sus integrantes. Para que se instale válidamente la reunión ordinaria o extraordinaria, el Presidente dispondrá que se constate el quórum, el cual deberá ser de al menos la mitad más uno de los integrantes del Pleno.

Art. 29.- De las atribuciones, responsabilidades y funciones del Pleno del Consejo.- Son atribuciones, responsabilidades y funciones del Pleno del Consejo:

a) Concertar la aplicación de la política y del Plan Estratégico Nacional de Salud y evaluarlos con la periodicidad prevista en el Art. 12 del presente reglamento;

b) Aprobar cada dos años las acciones y prestaciones que conforman el Plan Integral de Salud y coordinar su aplicación concertadamente con los integrantes del sistema;

c) Aprobar la programación presupuestaria anual del Consejo Nacional de Salud, la misma que no podrá destinar más del 10% para gastos administrativos;

d) Presentar informes públicos a la sociedad durante el mes de diciembre de cada año, sobre los avances y dificultades en la organización del sistema y los beneficios para la salud;

e) Conocer y contestar, las peticiones, denuncias u otros que fueren presentados y debidamente sustentados por las entidades y organismos integrantes del sistema, los comités de usuarios, los consejos provinciales y cantonales de salud; y,

f) Las demás funciones que el Consejo Nacional apruebe y que sean necesarias para garantizar el cumplimiento de sus objetivos, atribuciones, obligaciones legales y reglamentarias.

Art. 30.- Del Directorio del CONASA.- El Directorio del Consejo estará integrado de la siguiente forma:

1. El Ministro de Salud Pública, quien lo preside y tiene voto resolutivo y dirimente.
2. El representante de los ministerios que participan en el campo de la salud.
3. El Director General de Salud.
4. El Director General del IESS.
5. El representante de las facultades y escuelas de ciencias médicas y de la salud de las universidades y escuelas politécnicas, nombrado entre los decanos.
6. El representante elegido rotativamente entre los presidentes de las organizaciones gremiales de profesionales de la salud.
7. El representante de la Junta de Beneficencia de Guayaquil.
8. El representante de SOLCA.
9. El representante elegido por las organizaciones de salud de la fuerza pública.
10. El Prefecto Presidente del Consejo Provincial de Salud, en representación del Consorcio de Consejos Provinciales del Ecuador.
11. El Alcalde Presidente del Concejo Cantonal de Salud, en representación de la Asociación de Municipalidades del Ecuador.
12. El representante por las entidades señaladas en el numeral 10 del Art. 7 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.
13. El representante por las entidades indicadas en el numeral 11 del Art. 7 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.
14. El representante por las entidades señaladas en el numeral 12 del Art. 7 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.
15. El representante elegido por las organizaciones gremiales de trabajadores de la salud.
16. El Director Ejecutivo, que será el Secretario con voz informativa y sin voto.

Art. 31.- De las reuniones del Directorio.- El Directorio se reunirá en forma ordinaria cada dos meses y en forma extraordinaria cuando fuere necesario, previa convocatoria del Presidente o por solicitud escrita de 6 de sus integrantes. Para que se instale válidamente la reunión ordinaria o extraordinaria, el Presidente dispondrá la constatación del quórum, el cual será de al menos la mitad más uno de sus integrantes.

Art. 32.- De las funciones del Directorio.- Son funciones del Directorio las siguientes:

- a) Realizar el seguimiento de los planes de salud;
- b) Aprobar el informe del contenido del Plan Integral de Salud para resolución del Pleno;
- c) Elegir al Director Ejecutivo de la terna propuesta por el Presidente del Consejo;
- d) Aprobar el informe preparado por la Comisión de Planificación, Seguimiento y Evaluación sobre la aplicación de medidas que consideren la disponibilidad financiera y aseguren el financiamiento suficiente y oportuno del Plan Estratégico Nacional e Integral de Salud, para este efecto, se tendrá en cuenta la autonomía financiera de las entidades que conforman el Sistema Nacional de Salud;
- e) Conformar las comisiones permanentes y especiales y orientar su trabajo;
- f) Decidir sobre los procesos y estrategias necesarios para la implementación de líneas de acción del Plan Estratégico Nacional de Salud;
- g) Desarrollar procesos de concertación para la utilización común de las normas técnicas, los protocolos y procedimientos de las estaciones de salud, estándares e indicadores de calidad de los servicios de salud definidos por el Ministerio de Salud Pública;
- h) Disponer la preparación de la documentación, justificaciones de orden técnico, estudios o investigaciones que se requieran para las reuniones del Pleno;

- i) Conocer y contestar las peticiones, denuncias u otros que fueren presentadas y debidamente sustentadas, por las entidades del sistema, por los comités de usuarios, los consejos provinciales y cantonales de salud, las cuales serán apelables ante el Pleno del Consejo;
- j) Aprobar o desaprobar los proyectos de instrumentos normativos y técnicos que se requieran para el adecuado funcionamiento del Consejo Nacional de Salud y disponer su revisión y actualización permanentes;
- k) Conocer, analizar y resolver los aspectos relacionados con las fuentes de financiamiento de los planes Estratégico Nacional, Integral de Salud y Operativo para el funcionamiento del Consejo respetando los recursos propios de las entidades integrantes del sistema;
- l) Avalar, cuando fuere necesario, los convenios interinstitucionales que se celebren para cumplir los planes: Estratégico Nacional e Integral de Salud;
- m) Aprobar la suscripción de los contratos y adquisiciones con los límites y hasta los montos previstos en las leyes vigentes; y,
- n) Las demás que le asignen la ley, el reglamento, el Pleno del Consejo o las que sean resueltas, a fin de garantizar el cumplimiento de sus objetivos, atribuciones, obligaciones legales y reglamentarias.

Art. 33.- De las funciones del Presidente.- Son funciones del Presidente:

- a) Convocar y presidir las sesiones del Pleno del Consejo y del Directorio;
- b) Participar con derecho a voz y voto en el Pleno y en el Directorio;
- c) Presentar al Directorio la terna para la elección del Director Ejecutivo;
- d) Dirimir con su voto, las decisiones que en caso de empate se presenten en las sesiones del Pleno del Consejo y del Directorio;
- e) Dirigir las acciones interinstitucionales e intersectoriales para la aplicación de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, su reglamento y demás normas vigentes;
- f) Cumplir y hacer cumplir los acuerdos, las resoluciones y decisiones adoptadas en las sesiones ordinarias y extraordinarias del Pleno del Consejo y su Directorio;
- g) Promover, impulsar y apoyar activamente la consecución de recursos y apoyos internos y externos que posibiliten la ejecución de los planes, programas y proyectos aprobados por el Pleno del Consejo y del Directorio;
- h) Suscribir conjuntamente con el Secretario las actas de las sesiones del Pleno y del Directorio; e,
- i) Las demás que le asignen la ley, el reglamento y el estatuto.

Art. 34.- De la Dirección Ejecutiva.- La Dirección Ejecutiva, órgano técnico administrativo del Consejo, está conformada por el Director Ejecutivo, las comisiones y las instancias de apoyo administrativo.

Art. 35.- De las funciones del Director Ejecutivo.- Además de las descritas en el Art. 20 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, cumplirá las siguientes funciones:

- a) Dirigir y coordinar el Plan Operativo para el funcionamiento interno del Consejo Nacional de Salud, presentar informes para la aprobación del Directorio y rendir cuentas de su ejecución a esta instancia y al Pleno del Consejo;
- b) Organizar las comisiones del Consejo, cumpliendo con las disposiciones señaladas en este reglamento, el estatuto y reglamento internos del Consejo Nacional de Salud;
- c) Coordinar el trabajo de las comisiones, realizando el seguimiento sobre el avance

de los planes y programas, los resultados logrados y las acciones ejecutadas;

d) Coordinar acciones interinstitucionales e intersectoriales para la organización del Sistema Nacional de Salud;

e) Presentar a consideración del Directorio y aprobación del Pleno, los proyectos de reformas legales a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, su reglamento y los proyectos de reglamentos que se requieran tanto para la institucionalización como para el funcionamiento del sistema;

f) Preparar la documentación, justificaciones de orden técnico, estudios o investigaciones que se requieran para las reuniones del Pleno y del Directorio;

g) Intervenir con derecho a voz en las reuniones del Pleno y del Directorio;

h) Previa autorización del Directorio, suscribir los convenios requeridos para la aplicación de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y la ejecución de los planes de salud;

i) Nombrar al personal técnico y administrativo del Consejo Nacional;

j) Elaborar las agendas de las reuniones ordinarias y extraordinarias del Pleno y del Directorio y ponerlas a consideración del Presidente de acuerdo al presupuesto;

k) Aprobar y suscribir los contratos y adquisiciones hasta por un monto el cual será determinado por el Consejo Nacional de Salud;

l) Asegurar la correcta y oportuna utilización de los recursos financieros;

m) Elaborar los informes sobre el estado de la ejecución presupuestaria y demás informes y presentarlos para aprobación por parte del Directorio o del Pleno del Consejo, según corresponda;

n) Suscribir con el Presidente las actas de las sesiones ordinarias y extraordinarias del Pleno y del Directorio; y,

o) Las demás funciones que el Pleno del Consejo, el Directorio o su Presidente le asignen.

Art. 36.- De las comisiones.- Son comisiones del Consejo Nacional de Salud las siguientes:

- Planificación, Seguimiento y Evaluación.
- Financiamiento.
- Medicamentos e Insumos.
- Recursos Humanos.
- Organización y Participación Social.
- Promoción de la Salud.
- Bioética.
- Ciencia y Tecnología.
- Las demás que el Directorio decida a futuro.

Art. 37.- De la Comisión de Planificación, Seguimiento y Evaluación.- La comisión está conformada por delegados técnicos de las entidades del sistema, con poder de decisión y con formación o experiencia en planificación. En el estatuto interno, que deberá ser aprobado por el Directorio, se definirá el número de sus integrantes, la regularidad de sus reuniones y demás aspectos que faciliten su funcionamiento.

Art. 38.- De las funciones de la comisión de Planificación, Seguimiento y Evaluación.- La comisión cumplirá las siguientes funciones:

Formular la propuesta de Política Nacional y de los planes de salud, los cuales necesariamente serán el resultado de la participación activa y concertada de las instituciones que integran el sistema;

a) Elaborar la propuesta del Plan Integral de Salud conjuntamente con las direcciones correspondientes del Ministerio de Salud Pública, el listado de prestaciones de salud que incluya los protocolos, los insumos, materiales, medicamentos y la propuesta del "Tarifario Referencial Anual de las Prestaciones de Salud" financiadas en dicho plan; presentarlos a consideración del Directorio, el cual, una vez analizado lo someterá a aprobación del Pleno del Consejo;

b) Preparar los informes de seguimiento y evaluación de los planes Estratégico Nacional e Integral de Salud, su eficiencia, calidad, eficacia y el grado de satisfacción de las usuarias/os y elevados a conocimiento del Directorio;

c) Participar en el diseño, desarrollo y ejecución del Sistema Común de Información Sectorial;

d) Realizar el seguimiento de la aplicación interinstitucional del Sistema Común de Información Sectorial, como base para la planificación, la toma de decisiones, el diagnóstico y la evaluación del proceso de organización del Sistema Nacional de Salud, los planes, programas y proyectos, en coordinación con las dependencias competentes del Ministerio de Salud Pública, del Instituto Nacional de Estadística y Censos y demás organizaciones e instituciones vinculadas al tema;

e) Preparar para conocimiento del Directorio informes de avance de la organización del sistema;

f) Planificar e impulsar las acciones y procesos de mejoramiento de la calidad en los servicios de salud del sector; y,

g) Las demás que el Pleno del CONASA, el Directorio o el Presidente le asignen.

Art. 39.- De la Comisión de Financiamiento.- La comisión está conformada por delegados técnicos de las entidades del sistema con poder de decisión, con formación o experiencia en salud pública o economía de la salud. En el estatuto interno, que deberá ser aprobado por el Directorio, se definirá el número de sus integrantes, la regularidad de sus reuniones y demás aspectos que faciliten su funcionamiento.

Art. 40.- De las funciones de la Comisión de Financiamiento.- La comisión cumplirá las siguientes funciones:

a) Formular las propuestas de asignación de recursos provenientes del sector público o privado, nacional o internacional tomando en consideración su disponibilidad financiera, a fin de cumplir los planes de salud aprobados por el Pleno del Consejo;

b) Realizar los estudios y análisis financieros necesarios a fin de identificar asignaciones y fuentes de financiamiento adicionales para cumplir los requerimientos de los planes de salud;

c) Diseñar mecanismos tendientes a facilitar que se operativice la asignación equitativa de los recursos para garantizar la efectividad social de las intervenciones;

d) Apoyar al Ministerio de Salud Pública en el monitoreo y análisis de la información financiera del sistema, que permita el conocimiento sobre las diferentes operaciones y relacionadas con los datos estadísticos de producción y coberturas previstas en el Plan Integral de Salud;

e) Elaborar los documentos técnicos y normativos de soporte para la ejecución de la función de financiamiento del sistema y presentarlos al Director Ejecutivo quien lo someterá a la aprobación del Directorio; y,

f) Las demás que le asignen el Pleno del Consejo, el Directorio o el Presidente.

Art. 41.- De la Comisión de Medicamentos e Insumos.- La comisión está conformada por delegados técnicos de las entidades del sistema con poder de decisión, sin vinculación con las empresas farmacéuticas nacionales o internacionales y con

formación o experiencia en: farmacología, salud pública, clínica, química, farmacia o administración de programas de medicamentos e insumos. En el estatuto interno, que deberá ser aprobado por el Directorio, se definirá el número de sus integrantes, la regularidad de sus reuniones y demás aspectos que faciliten su funcionamiento.

Art. 42.- De las funciones de la Comisión de Medicamentos e Insumos.- La comisión cumplirá las siguientes funciones:

a) Elaborar y actualizar el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos y su registro terapéutico, de conformidad con las normas vigentes;

b) Convocar, calificar y mantener actualizada la lista de las empresas proveedoras nacionales e internacionales que suministrarán medicamentos genéricos a las instituciones del sector salud y presentar los informes correspondientes para la aprobación del Pleno;

c) Proponer los lineamientos de las políticas nacionales de medicamentos básicos y de insumos al Pleno;

d) Brindar a las instituciones del sector, apoyo técnico sobre aspectos específicos relacionados con su especialidad; y,

e) Las demás que el Pleno del Consejo, el Directorio o el Presidente le asignen.

Art. 43.- De la Comisión de Recursos Humanos.- La comisión está conformada por delegados técnicos de las entidades del sistema, con poder de decisión, con formación o experiencia en administración de recursos humanos en salud, docencia, organización y las demás que se requieran. En el estatuto interno, que deberá ser aprobado por el Directorio, se definirá el número de sus integrantes, la regularidad de sus reuniones y demás aspectos que faciliten su funcionamiento.

Art. 44.- De las funciones de la Comisión de Recursos Humanos.- La comisión cumplirá las siguientes funciones:

a) Elaborar, proponer y someter a consideración y aprobación del Directorio del Consejo lo siguiente:

a.1) La política y el Plan Nacional para el desarrollo de los recursos humanos del sector salud;

a.2) El Sistema Nacional de Carrera Sanitaria, a fin de lograr un marco laboral que posibilite el desarrollo, la administración y la gestión desconcentrada, descentralizada y participativa de los recursos humanos. En dicho sistema también se determinarán los mecanismos para la valorización social, técnica y humana del personal, incluyendo criterios de equidad y de justicia en la remuneración del trabajo, según el desempeño y el reconocimiento al aporte individual y colectivo. Para este propósito trabajará con los organismos e instituciones especializadas del Estado;

a.3) Estándares de desempeño de los recursos humanos, que permitan elevar la calidad, eficiencia y calidez de los servicios de salud;

a.4) Las estrategias e instrumentos que garanticen la suficiencia, calidad y el desarrollo del talento humano en salud; y,

a.5) Los sistemas de cualificación, certificación y recertificación de los recursos humanos del Sector Salud;

b) Elaborar conjuntamente con las instituciones de formación de recursos humanos, los criterios de producción y acreditación que permitan satisfacer las necesidades de tipo, calidad y número, de conformidad con el modelo de atención vigente y las

necesidades cantonales, provinciales y nacionales;

c) Promover la formación multidisciplinaria del talento humano para el desarrollo de la salud con carácter intercultural, que articule las medicinas tradicional y alternativa, con énfasis en la investigación y promoción de la salud;

d) Apoyar la conformación del observatorio de los recursos humanos del sector salud como espacio indispensable para el desarrollo racional, integral y descentralizado de este recurso;

e) Efectuar el seguimiento del cumplimiento de los criterios de certificación y re-certificación de los recursos humanos del sector;

f) Presentar al Consejo las propuestas de leyes, reglamentos, acuerdos u otros instrumentos legales que la comisión considere necesarios a fin de asegurar la salud integral de los recursos humanos del sector; y,

g) Las demás que en el área de su competencia, le asigne el Pleno del Consejo, su Directorio o el Presidente.

Art. 45.- De la Comisión de Organización y Participación Social.- La comisión está conformada por delegados técnicos, con poder de decisión, de las entidades del sistema, con formación o experiencia en desarrollo local, organización social y las demás que se requiera. En el estatuto interno, que deberá ser aprobado por el Directorio, se definirá el número de sus integrantes, la regularidad de sus reuniones y demás aspectos que faciliten su funcionamiento.

Art. 46.- De las funciones de la Comisión de Organización y Participación Social.- La comisión cumplirá las siguientes funciones:

a) Apoyar a los ámbitos provincial y cantonal y coordinar con las autoridades locales pertinentes, en la conformación y puesta en funcionamiento de los consejos provinciales y cantonales de salud, como estructuras idóneas para lograr la ejecución de las políticas de salud, en el contexto de la descentralización y participación comunitaria, a fin de que se fortalezcan y se constituyan en el eje vertebral del Sistema Nacional de Salud;

b) Definir conjuntamente con las autoridades respectivas los requisitos, procedimientos y mecanismos de acreditación de los consejos provinciales y cantonales de salud, realizar las recomendaciones necesarias para su cumplimiento y llevar el registro de los documentos de soporte y existencia legal de dichos consejos provinciales y cantonales de salud;

c) Impulsar y apoyar la participación paritaria de las organizaciones de la sociedad civil en la integración de los consejos de salud; y,

d) Las demás que en el área de su competencia, le asignen el Pleno del Consejo, su Directorio o el Presidente.

Art. 47.- De la Comisión de Promoción de la Salud.- La comisión está conformada por delegados técnicos de las entidades del sistema y de otros sectores relacionados con la promoción de la salud con poder de decisión, con formación o experiencia en: salud pública, educación para la salud, comunicación en salud, desarrollo local, organización comunitaria y las demás que se requiera. En el estatuto interno, que deberá ser aprobado por el Directorio, se definirá el número de sus integrantes, la regularidad de sus reuniones y demás aspectos que faciliten su funcionamiento.

Art. 48.- De las funciones de la Comisión de Promoción de la Salud.- La comisión cumplirá las siguientes funciones:

- a) Impulsar en los distintos niveles del sistema procesos de promoción de la salud, a fin de lograr: el auto cuidado, la reorientación de los servicios con enfoque de promoción, movilización social y participación comunitaria;
- b) Diseñar e impulsar los programas de comunicación social y capacitación continua, en los temas relacionados con la aplicación de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, su reglamento, la política y los planes de salud;
- c) Impulsar y coordinar con los distintos niveles del sistema, la puesta en marcha de procesos de información, educación y comunicación;
- d) Promover el desarrollo y la incorporación de políticas saludables en el sistema;
- e) Impulsar el desarrollo de la promoción de la salud en el país y la inclusión de la perspectiva intersectorial en los planes de salud; y,
- f) Las demás que en el área de su competencia, le asignen el Pleno del Consejo, su Directorio o el Presidente.

Art. 49.- De la Comisión de Bioética.- La comisión está conformada con delegados técnicos de las entidades del sistema, con poder de decisión, con formación o experiencia en bioética. En el estatuto interno, que deberá ser aprobado por el Directorio, se definirá el número de sus integrantes, la regularidad de sus reuniones y demás aspectos que faciliten su funcionamiento.

Art. 50.- De las funciones de la Comisión de Bioética.- La comisión cumplirá las siguientes funciones:

- a) Orientar y promover los fundamentos de la bioética en el país, con énfasis en la defensa y el respeto a la vida;
- b) Proponer proyectos de normas que incorporen aspectos éticos en la investigación, formación académica y la práctica de salud y establecer los mecanismos de reglamentación;
- c) Proponer la incorporación de los principios de bioética en las políticas nacionales de salud pública;
- d) Diseñar estrategias y establecer mecanismos y procedimientos para la inserción de los principios bioéticos en los planes y programas del sector salud;
- e) Asesorar y emitir criterios técnicos solicitados por el Consejo Nacional de Salud o las entidades que integran el sistema respecto del cumplimiento de los principios de bioética o aspectos relacionados con ellos;
- f) Promover la deliberación sobre dilemas éticos actuales en la práctica e investigación en salud;
- g) Propiciar la creación de espacios para la discusión y solución de los problemas y dilemas éticos en salud a través de: publicaciones, eventos, y conformación de grupos, centros u organismos específicos para este efecto; y,
- h) Las demás que en el área de su competencia, le asignen el Pleno del Consejo, su Directorio o el Presidente.

Art. 51.- De la Comisión de Ciencia y Tecnología.- La comisión está conformada con delegados técnicos, con poder de decisión, de las entidades del sistema, con formación o experiencia en investigación en salud, salud pública y las demás que se requiera. En el estatuto interno, que deberá ser aprobado por el Directorio, se definirá el número de sus integrantes, la regularidad de sus reuniones y demás aspectos que faciliten su funcionamiento.

Art. 52.- De las funciones de la Comisión de Ciencia y Tecnología.- La comisión cumplirá las siguientes funciones:

- a) Participar con el Ministerio de Salud Pública en el diseño y evaluación de la política de investigación definida en el Art. 29 de la Ley del Sistema Nacional de Salud;
- b) Promover la elaboración de políticas sectoriales en los campos de sistema de información, conectividad y epidemiológica;
- c) Levantar el inventario de los recursos tecnológicos del sector salud como base para la estructuración de un sistema permanente de información en esta área;
- d) Promover el intercambio científico y tecnológico en el sector, a través de: publicaciones, eventos y conformación de grupos, centros u organismos específicos para este efecto;
- e) Apoyar el desarrollo de la investigación en salud en los temas y materias definidos en la política nacional de salud;
- f) Facilitar la coordinación interinstitucional de recursos para garantizar el funcionamiento del Sistema Común de Información Sectorial; y,
- g) Las demás que en el área de su competencia, le asignen el Pleno del Consejo, su Directorio o el Presidente.

Art. 53.- Del Consejo Provincial de Salud.- El Consejo Provincial de Salud, creado en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, es un organismo público, de carácter funcional, dotado de autonomía administrativa, que coordina la ejecución y gestión de las políticas y planes de salud en el ámbito provincial.

Art. 54.- De la estructura del Consejo Provincial de Salud.- El Consejo Provincial de Salud, para su funcionamiento contará con los siguientes organismos internos:

- a) El Pleno;
- b) El Directorio; y,
- c) La Dirección Ejecutiva.

Art. 55.- Integración de miembros al Pleno del Consejo.- El Consejo Provincial de Salud se conformará obligatoriamente en la primera asamblea general ordinaria. Su integración a más de los representantes con poder de decisión previstos en el inciso segundo del Art. 21 de la ley, se hará de conformidad con las siguientes normas:

- a) El Prefecto Provincial o su representante único y permanente, que es su presidente nato;
- b) El Director Provincial de Salud que ejerce la Secretaría Técnica y su participación será obligatoria, personal e indelegable salvo fuerza mayor o caso fortuito;
- c) Los representantes con poder de decisión del IESS y del Seguro Social Campesino si lo hubiere en el ámbito provincial;
- d) Para los representantes enunciados en los numerales 10 al 16 del Art. 7 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, se observará el siguiente procedimiento: recibida la convocatoria a la integración del Consejo, suscrita por el Prefecto Provincial, las entidades nombrarán el respectivo Colegio Electoral, el cual convocará, ejecutará y dirigirá el proceso de elección de representantes, de los cuales uno será principal y el segundo suplente. En lo que se aplicare se estará a las normas contenidas en la Ley de Elecciones en vigencia;
- e) Únicamente participarán en este proceso los organismos públicos y privados, con y sin fines de lucro que desarrollen acciones concretas de salud en el ámbito provincial y que a la fecha de convocatoria a elecciones hayan obtenido su personería jurídica; y,
- f) El proceso de elección o designación de representantes al Consejo Provincial de Salud deberá efectuarse dentro de los últimos 60 días laborables cada dos años, para lo cual el Prefecto conminará oficialmente a las organizaciones, entidades e

instituciones, a iniciar dicho proceso.

Art. 56.- Reuniones ordinarias y extraordinarias.- El Pleno del Consejo se reunirá en forma ordinaria dos veces al año, la primera que tendrá lugar en la cuarta semana del mes de febrero y la segunda en la tercera semana del mes de julio de cada año. En forma extraordinaria se reunirá a iniciativa del Presidente del Consejo o a petición escrita de la tercera parte de sus miembros.

Art. 57.- Funciones del Pleno del Consejo.- Para el cumplimiento de las funciones previstas en el Art. 22 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, cumplirá las siguientes acciones:

- a) Aprobación del Plan Estratégico Provincial de Salud, en el marco de las políticas nacionales y del Plan de Desarrollo Provincial;
- b) Conocer y contestar las peticiones, denuncias u otros que fueren presentadas y debidamente sustentadas en el ámbito provincial, por las entidades y organismos integrantes del sistema, las organizaciones de la sociedad civil y los concejos cantonales de salud;
- c) Elección de entre sus miembros a los integrantes del Directorio;
- d) Participación activa en la organización y capacitación de las organizaciones de la sociedad civil;
- e) Ampliación de prestaciones del Plan Integral de Salud, en la medida en que cuente con financiamiento provincial y que propenda a la equidad;
- f) Otorgamiento del certificado de cumplimiento de los compromisos asumidos en el seno del Consejo a las entidades del sistema; y,
- g) Las demás acciones que el Pleno aprueben y que sean necesarias para garantizar el cumplimiento de sus funciones y objetivos.

Art. 58.- Del Directorio del Consejo Provincial de Salud.- El Directorio del Consejo está integrado con los miembros elegidos por el Pleno. Lo preside el Prefecto o su representante único y permanente y la Secretaría Técnica la ejerce el Director Provincial de Salud.

Art. 59.- De las funciones del Directorio:

- a) Presentar para aprobación del Pleno, la propuesta del Plan Estratégico Provincial de Salud, diseñado en el marco de las políticas nacionales y del Plan de Desarrollo Provincial;
- b) Monitorear el cumplimiento de los compromisos para la ejecución del Plan Integral de Salud;
- c) Coordinar el cumplimiento de la referencia y contrarreferencia y los demás mecanismos necesarios para la provisión de servicios públicos y privados;
- d) En ausencia del Pleno, conocer y contestar las peticiones, denuncias u otras que fueren presentadas por las entidades y organismos integrantes del sistema, las organizaciones de la sociedad civil y los concejos cantonales de salud;
- e) Durante el mes de diciembre de cada año presentar informes de rendición de cuentas a la ciudadanía;
- f) Definir lineamientos para promover la participación activa de las organizaciones de la sociedad civil;
- g) Definir las comisiones que fueren necesarias;
- h) Elaborar y presentar los documentos sustentatorios para la ampliación de prestaciones del Plan Integral de Salud, en la medida en que cuente con financiamiento

provincial y que propenda a la equidad;

i) Recomendar al Pleno sobre la pertinencia del otorgamiento del certificado de cumplimiento de los compromisos asumidos en el seno del Consejo a las entidades del sistema;

j) Reunirse y colaborar con la puesta en marcha de los planes de contingencia diseñados por el Ministerio de Salud Pública, en casos de emergencia sanitaria; y,

k) Las demás funciones que el Pleno apruebe y sean necesarias para garantizar el cumplimiento de sus funciones y objetivos.

Art. 60.- De la Dirección Ejecutiva.- Está integrada por el Prefecto o su representante único y permanente y el Director Provincial de Salud.

Art. 61.- De las funciones de la Dirección Ejecutiva.- Son funciones de la Dirección Ejecutiva:

a) Elaborar participativamente para conocimiento del Directorio los planes de salud provinciales, para lo cual seguirá los lineamientos detallados en los Arts. 6 y 7 del presente reglamento;

b) Informar al Directorio sobre el grado de cumplimiento de los compromisos en la ejecución del Plan Integral de Salud y formular las recomendaciones pertinentes;

c) Informar al Directorio sobre el cumplimiento de la referencia y contrarreferencia y los demás mecanismos necesarios para la provisión de servicios públicos y privados y formular las recomendaciones pertinentes;

d) Receptar las peticiones, denuncias u otras que fueren presentadas por las entidades y organismos integrantes del sistema, las organizaciones de la sociedad civil y los concejos cantonales de salud, proceder a las investigaciones pertinentes y entregar al Directorio los informes respectivos;

e) Promover la participación activa de las organizaciones de la sociedad civil; y,

f) Las demás funciones que el Pleno y el Directorio le asignen y sean necesarias para garantizar el cumplimiento de sus funciones y objetivos.

Art. 62.- Del Concejo Cantonal de Salud.- El Concejo Cantonal de Salud, creado por la Ley Orgánica de Sistema Nacional de Salud, es un organismo público, de carácter funcional, dotado de autonomía administrativa, que coordina la ejecución y gestión de las políticas y planes de salud en el ámbito cantonal.

En los casos en que la organización del sistema requiera de la mancomunidad de cantones, se organizará un solo Consejo de Salud para dicha mancomunidad.

Art. 63.- Estructura del Concejo Cantonal de Salud.- El Concejo Cantonal de Salud, para su funcionamiento contará con los siguientes órganos de decisión:

a) El Pleno; y,

b) La Presidencia.

Art. 64.- Integración de miembros al Pleno.- El Concejo Cantonal de Salud se integrará obligatoriamente en la primera asamblea general ordinaria del año de su conformación, cumpliendo las siguientes normas:

a) El Alcalde del cantón, o su representante único y permanente que es su Presidente nato;

b) El Jefe del área de salud quien ejerce la Secretaría Técnica. En caso de existir

más de uno en un mismo cantón o mancomunidad de cantones, el Director Provincial de Salud nombrará a dicho representante;

c) Los representantes con poder de decisión del IESS y del Seguro Social Campesino, si existieren en el ámbito cantonal;

d) Únicamente participarán los organismos públicos y privados, con y sin fines de lucro que a la fecha de convocatoria, hayan obtenido su personería jurídica y realicen acciones de salud específicamente en el cantón de que se trate;

e) El proceso de elección o designación de representantes al Concejo Cantonal de Salud deberá efectuarse dentro de los últimos 60 días laborables del año anterior a su integración, para cuyo efecto, el Alcalde, conminará a las organizaciones, entidades e instituciones, a realizar dicho proceso;

f) Los demás integrantes que representen a las entidades determinadas en el Art. 7 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, se integrarán al Concejo Cantonal, única y exclusivamente en los casos en que la entidad a la que representen tenga programas y actividades específicas de salud en el cantón; y,

g) La participación de la sociedad civil y de base comunitaria será prioritaria en relación con el número de delegados de las instituciones, salvaguardando la equidad social, de género, generacional y étnico - cultural.

Art. 65.- Reuniones ordinarias y extraordinarias.- El Pleno del Concejo Cantonal será convocado por el Alcalde o por iniciativa de un número de miembros que represente la tercera parte de sus integrantes.

El Pleno se reunirá ordinariamente al menos cada dos meses y de forma extraordinaria las veces que considere necesarias.

Art. 66.- De las funciones del Concejo Cantonal de Salud.- Además de las previstas en el Art. 24 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, cumplirá las siguientes funciones:

a) Elaborar, aprobar y evaluar, la política y el Plan Estratégico Cantonal de Salud, los cuales serán formulados participativamente, en el marco del Plan de Desarrollo Cantonal y presentarlos al Concejo Municipal;

b) Remitir los planes cantonales al Consejo Provincial de Salud correspondiente, para su incorporación en el Plan Provincial;

c) Celebrar los compromisos interinstitucionales requeridos para el funcionamiento de la red plural de prestadores y hacer la vigilancia de su cumplimiento;

d) Evaluar el grado de cumplimiento de compromisos de los integrantes en la ejecución del Plan Integral de Salud, para lo cual la Secretaría Técnica establecerá mecanismos de seguimiento;

e) Aprobar la inclusión de prestaciones adicionales al Plan Integral de Salud, en la medida en que cuente con financiamiento local;

f) Participar activamente en la organización y capacitación de: las organizaciones comunitarias, comités de usuarios y demás organizaciones en el nivel cantonal;

g) Apoyar al Concejo Municipal en la formulación e implementación de políticas saludables;

h) Durante el mes de diciembre de cada año presentar informes de rendición de cuentas a la ciudadanía;

i) Conformar las comisiones que fueren necesarias para desarrollar los planes aprobados;

j) Gestionar proyectos enmarcados en el cumplimiento de sus obligaciones y buscar alternativas de financiamiento, provenientes de organismos públicos y privados de

carácter nacional e internacional;

k) Otorgar del certificado de cumplimiento de los compromisos asumidos en el seno del Consejo a las entidades del sistema;

l) Reunirse y colaborar con la puesta en marcha de los planes de contingencia diseñados por el Ministerio de Salud Pública, en casos de emergencia sanitaria; y,

m) Las demás funciones que el Pleno del Concejo Cantonal o el Presidente le asignen y que sean necesarias para garantizar el cumplimiento de sus objetivos, atribuciones y obligaciones legales y reglamentarias.

Art. 67.- De la Presidencia del Concejo Cantonal de Salud.- La Presidencia del Concejo Cantonal es ejercida por el Alcalde del cantón o su representante único y permanente. Para su funcionamiento contará con una estructura técnico administrativa mínima de conformidad con la ordenanza municipal que se dictare para el efecto.

El Jefe del Área de Salud del territorio específico ejercerá la Secretaría Técnica. En caso de existir más de uno en un mismo cantón o mancomunidad de cantones, el Director Provincial de Salud nombrará a dicho representante.

CAPÍTULO IV DEL SISTEMA COMÚN DE INFORMACIÓN SECTORIAL

Art. 68.- Del Sistema Común de Información Sectorial.- Este sistema contiene la información cuantitativa y cualitativa en el orden estrictamente técnico de todas las instituciones del sector salud en el ámbito nacional y provee los datos de la situación de la salud en el Ecuador.

Art. 69.- Subsistemas y componentes del sistema.- El Sistema Común de Información Sectorial en Salud, está conformado por los siguientes subsistemas:

a) Vigilancia Epidemiológica, con los siguientes componentes:

- Alerta acción.
- Vigilancia a problemas específicos.
- Vigilancia alimentaria y nutricional.
- Vigilancia ambiental y ocupacional.
- Vigilancia laboratorial.
- Vigilancia fármaco - terapéutica.

b) Servicios de salud, con los siguientes componentes:

- Sistema de producción de servicios ambulatorios.
- Sistema de producción de servicios en internación y registros médicos.
- Sistema de recursos humanos.
- Sistema de infraestructura y recursos tecnológicos.
- Sistema de recursos financieros;

c) Vigilancia demográfica, de riesgos a la salud y condiciones de vida de la población;

d) Vigilancia de la opinión de la población y grado de satisfacción del uso racional de recursos;

e) Vigilancia a la calidad, pertinencia y uso de resultados de las investigaciones en el campo de la salud pública; y,

f) Los demás que el Ministerio de Salud con el apoyo del Consejo Nacional de Salud considere necesarios y que cumplan los requisitos establecidos en el presente reglamento.

Art. 70.- Elaboración y aprobación de normas de vigilancia epidemiológica.- El Ministerio de Salud Pública en su calidad de autoridad sanitaria elaborará las normas, procedimientos y estándares del subsistema de vigilancia epidemiológica y sus componentes, las que serán de cumplimiento obligatorio para todas las entidades del sistema.

Para los demás subsistemas enunciados en el artículo precedente, el Ministerio de Salud Pública elaborará los proyectos respectivos y los presentará para su concertación y aprobación al Pleno del Consejo Nacional de Salud.

Art. 71.- Instrumentos y documentos de soporte.- Los instrumentos, procedimientos y estándares para el levantamiento y clasificación de la información, que constituyen el soporte documental de los subsistemas y sus componentes, serán diseñados por el Ministerio de Salud Pública y posteriormente acordados con todos los actores del sector se exceptúan aquellos subsistemas, componentes e instrumentos que ya han sido probados e implementados por el Ministerio, los cuales continuarán siendo cumplidos por todas las instituciones del sector y a los que se añadirán las aplicaciones informáticas que se requieran para satisfacer las necesidades específicas de las entidades usuarias.

Art. 72.- Requerimientos tecnológicos mínimos del sistema.- El Ministerio de Salud Pública establecerá los requerimientos tecnológicos mínimos de conectividad, comunicaciones y enlaces que aseguren el adecuado flujo de la información, así como su ingreso y uso en el marco del Sistema Común de Información Sectorial.

Art. 73.- Obligaciones de los usuarios del sistema.- Las entidades usuarias del Sistema Común de Información Sectorial cumplirán las siguientes obligaciones:

- a) Ingresar y facilitar la información definida para el sistema;
- b) Adoptar la automatización para las aplicaciones de los subsistemas y sus componentes definidos;
- c) Ingresar la información en forma veraz, oportuna y pertinente; y,
- d) Aplicar la historia clínica única.

Art. 74.- De la información confidencial.- El sistema a través de sus instituciones garantiza la confidencialidad de los datos fundamentado en el derecho constitucional a la intimidad personal y familiar. El Ministerio de Salud Pública implantará los mecanismos necesarios para guardar confidencialidad respecto a: diagnósticos presuntivos, problemas de alerta sanitaria y desastres naturales, en estos casos, definirá los procedimientos para difundir información a los medios de comunicación, al público en general, a la comunidad científica, a los organismos internacionales y demás instituciones, privilegiando siempre el anonimato.

Art. 75.- De la Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.- Créase la Subcomisión de Monitoreo y Evaluación del Sistema Común de Información como parte integrante de la Comisión de Planificación, Seguimiento y Evaluación del Consejo Nacional de Salud, cuyas funciones primordiales son: efectuar el monitoreo y evaluación sistemática de la calidad de la información y las demás que se definan en el Estatuto Interno del

Consejo, aprobado por el Directorio.

Art. 76.- De la clasificación internacional de enfermedades.- La aplicación y uso de la clasificación internacional de enfermedades será obligatoria en todos los niveles y entidades del Sistema Nacional de Salud.

Art. 77.- De la historia clínica única.- El Ministerio de Salud Pública, en su calidad de autoridad sanitaria, revisará y actualizará los formularios básicos y de especialidades de la historia clínica única para la atención de los usuarios, los mismos que serán posteriormente concertados y difundidos por el Consejo Nacional de Salud en todas las instituciones prestadoras de salud del sector público, semipúblico y privado.

Art. 78.- Obligatoriedad de uso de la historia clínica única.- El uso y aplicación de la historia clínica única serán obligatorios en las instituciones de salud que integran el sistema.

Art. 79.- Responsabilidad y custodia de la historia clínica.- La historia clínica, en tanto prueba documental, estará bajo la responsabilidad y custodia de la unidad o establecimiento operativo del lugar de residencia del ciudadano; se propenderá que exista una sola historia clínica por persona que será la base para el sistema de referencia y contra referencia.

CAPÍTULO V DE LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS

Art. 80.- Del cuadro nacional de medicamentos básicos.- El Consejo Nacional de Salud, a través de la Comisión de Medicamentos e Insumos, mantendrá actualizado y difundirá oportunamente el cuadro nacional de medicamentos básicos, y su registro terapéutico.

Art. 81.- De la concesión de registro sanitario.- El Ministerio de Salud Pública a través de: la Dirección General de Salud, la Dirección Nacional de Control Sanitario y el Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical Leopoldo Izquieta Pérez, dispondrá las medidas para la concesión del registro sanitario bajo parámetros de inocuidad, eficacia, calidad, bio - disponibilidad y bio - equivalencia.

Art. 82.- Del control de calidad post - registro.- El Ministerio de Salud Pública a través del Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical Leopoldo Izquieta Pérez, y de los laboratorios legalmente acreditados, efectuará el control de calidad post - registro de todos los medicamentos que se comercializan en el país como una medida para garantizar la calidad de los mismos y precautelar la salud de la población.

Art. 83.- De la fijación y difusión de precios de medicamentos de uso humano.- El Ministerio de Salud Pública a través de la Dirección General de Salud mantendrá y difundirá el registro de los medicamentos de uso humano disponibles en el país y sus precios actualizados, aprobados por la Comisión Bi - Ministerial de Fijación de Precios.

DEROGATORIAS.- Derógase el Decreto Supremo No. 200, publicado en el Registro Oficial No. 42 del 17 de abril de 1972.

DISPOSICIONES GENERALES

Primera.- Las resoluciones que se adopten en los consejos se tomarán por mayoría absoluta de más de la mitad de los votos de los asistentes. Previamente, se convocará a una concertación o consenso, mediante procedimiento formal que constará en acta. Sólo cuando no se obtenga el consenso, se procederá a las deliberaciones finales para recoger la votación que ha de definirse por mayoría absoluta.

Segunda.- Todas las administraciones tanto del Ministerio de Salud Pública como de las diferentes entidades que conforman el sistema, están obligadas a cumplir y hacer cumplir la política nacional de salud y los planes estratégicos de salud aprobados. En caso de incumplimiento se aplicarán las sanciones de ley.

Tercera.- Cuando medien circunstancias de caso fortuito o fuerzas mayores debidamente probadas, las entidades integrantes del sistema, podrán nombrar un representante suplente, el cual asistirá a la sesión investido del suficiente poder de decisión.

Cuarta.- Todas las decisiones que se adopten de conformidad con lo establecido en este decreto deberán cumplir con lo dispuesto en el Reglamento para el Control de la Discrecionalidad de los Actos de la Administración Pública, publicado en el Registro Oficial No. 686 del 18 de octubre de 2002.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Primera.- El Consejo Nacional de Salud, se conformará sesenta días después de la fecha de publicación en el Registro Oficial del presente reglamento, para lo cual el Ministro de Salud Pública, Presidente nato convocará a las entidades integrantes del sistema, en los términos señalados en este reglamento.

Segunda.- A partir de la promulgación del presente reglamento, los presidentes de los consejos provinciales y cantonales de salud, convocarán a las entidades integrantes a la primera asamblea de conformación.

Tercera.- Una vez conformados los consejos de salud tienen plazo de ciento ochenta días para elaborar y aprobar sus correspondientes estatutos y reglamentos.

Cuarta.- El plazo para el diseño de los formularios básicos que forman parte de la historia clínica única, será de un año calendario, a partir de la publicación en el Registro Oficial del presente reglamento.

Quinta.- Las normas de licenciamiento de los servicios de salud y los estándares mínimos indispensables serán establecidas por el Ministerio de Salud Pública en el plazo de un año a partir de la publicación del presente reglamento en el Registro Oficial y tendrán el carácter de obligatorios y de inmediato cumplimiento.

Anexos 26. Plan de implementación

Id	Nombre de tarea	Duración	Comienzo	Fin				
					M	F	P	M
1	Proyecto Sistema Estructurado de Triage y mejora atención en emergencias médicas	119 días	lun 03/09/12	jue 14/02/13				
2	Preparación Preliminar	22 días	lun 03/09/12	mar 02/10/12				
3	Socialización de proyecto	5 días	lun 03/09/12	vie 07/09/12				
4	Presentación de resultados a líder del servicio	1 día	lun 03/09/12	lun 03/09/12				
5	Discusión de alcance de fechas del plan de implementación	1 día	mar 04/09/12	mar 04/09/12				
6	Presentación proyecto a médicos especialistas	1 día	mié 05/09/12	mié 05/09/12				
7	Presentación proyecto a enfermeras	1 día	jue 06/09/12	jue 06/09/12				
8	Presentación proyecto a personal administrativo y demás	1 día	vie 07/09/12	vie 07/09/12				
9	Selección del personal para Triage	18 días	vie 07/09/12	mar 02/10/12				
10	Definición del perfil para personal responsable de triaje	1 día	vie 07/09/12	vie 07/09/12				
11	Selección personal área triaje	2 días	lun 10/09/12	mar 11/09/12				
12	Capacitación personal Triage	15 días	mié 12/09/12	mar 02/10/12				
13	Cambios estructurales	22 días	mié 12/09/12	jue 11/10/12				
14	Presentación resultados proyecto	1 día	mié 12/09/12	mié 12/09/12				
15	Programación cambios departamentales	1 día	jue 13/09/12	jue 13/09/12				
16	Ejecución cambios Triage	15 días	vie 14/09/12	jue 04/10/12				
17	Preparación Laboratorio Clínico	15 días	vie 14/09/12	jue 04/10/12				
18	Preparación Rx	20 días	vie 14/09/12	jue 11/10/12				
19	Socialización de proceso	90 días	vie 12/10/12	jue 14/02/13				
20	comprensión de nuevos procesos	90 días	vie 12/10/12	jue 14/02/13				
21	Uso de indicadores	90 días	vie 12/10/12	jue 14/02/13				
22	Periodo de prueba	30 días	vie 12/10/12	jue 22/11/12				
23	inicio Sistema estructurado de triaje	5 días	vie 23/11/12	jue 29/11/12				

Proyecto: Plan_implementacion_S Fecha: mar 17/07/12	Tarea		Hito externo		Informe de resumen manual	
	División		Tarea inactiva		Resumen manual	
	Hito		Hito inactivo		Sólo el comienzo	
	Resumen		Resumen inactivo		Sólo fin	
	Resumen del proyecto		Tarea manual		Fecha límite	
	Tareas externas		Sólo duración		Progreso	

Anexos 27. Diagrama de Gantt para el plan de implementación



ARTÍCULO CIENTÍFICO

EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD, DISEÑO, DOCUMENTACIÓN Y MEDICIÓN DE PROCESOS DEL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL “ENRIQUE GARCÉS”

Morocho Verónica¹, Orellana Merlin¹, Puente Oscar¹

*¹Departamento de Ciencias Económicas Administrativas y de Comercio.
Maestría en Administración Gerencial Hospitalaria, P.O.BOX 171-5-231B,
Fax: 5932 2338364, marketing@espe.edu.ec*

RESUMEN. En el presente artículo se expone el estado actual del área de emergencia del Hospital General “Enrique Garcés” (HGEG) además de identificar, diseñar y analizar los procesos que usan actualmente. Se realiza el inventario de procesos, cadena de valor y mapa de procesos del área de emergencia; cada una de las actividades que se realizan son representadas gráficamente a través de diagramas de flujo y se usan análisis de valor agregado para conocer los procesos que deber ser sometidos a mejor. El área de emergencia carece de un sistema de triaje estructurado; mayoritariamente atienden urgencias médicas, dando como consecuencia que sus causas de morbilidad reflejen patologías de índole infecciosa (26 % al 2011), tendencia normalmente observada en servicios de consulta externa, demostrando la falta de procesos claros y definidos enfocados en su objetivo principal: la atención médica a pacientes con emergencias médicas. Existe una falta de información de las correctas actividades que el personal debería hacer, por tal motivo se busca implementar una gestión por procesos. Se propone un manual de procesos el cual servirá de guía para una correcta ejecución de las actividades que se llevan a cabo.

Palabras clave: Sistema de triaje estructurado, emergencia y urgencia médica.

ABSTRACT: This research explains the real situation of the emergency service belonging to Hospital General Enrique Garcés. Also, it identifies, design and analyzes all activities that used for working. We describe the process inventory, value-added chain and the map of processes that we found in the emergency service. Each activities are represented with flow-chart. Finally, we made a value-added analysis in order to know which process must be improved. Emergency service lacks a structured triage system; this service have a high rate of urgencies medical care with the consequence that their causes of morbidity reflect infectious diseases (26% by 2011) as the major medical diagnostic. Normally, this behavior is observed in outpatient services, demonstrating the lack of clearly defined processes focused on their main goal: medical care to patients with medical

emergencias. There is not correct information about the activities for this reason it seeks to implement a process management. We propose a manual of processes which will guide the proper execution of the activities carried out.

Keywords: Triage System, urgency and emergency.

INTRODUCCIÓN

El Hospital General “Enrique Garcés” es una unidad operativa perteneciente al Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Por su nivel de complejidad está ubicado en el segundo nivel de atención constituyéndose en un hospital de referencia de la macro red sur del Distrito Metropolitano de Quito. Brinda los servicios de pediatría, gineco-obstetricia, cirugía, yesos y suturas, cuidados críticos y una estructura para observación y tratamientos de pacientes adultos. El área de emergencia tiene como objetivo principal atender a la demanda de pacientes que acuden por atención médica urgente o emergente, dicha actividad se engloba dentro de un proceso operativo, teniendo a los pacientes como entradas, hasta alcanzar su estabilidad hemodinámica, para pasar a hospitalización/transferencia ó alta, como salida. El proceso de transformación que sufre el paciente está regido por diferentes actividades del personal, tanto médico como administrativo, auxiliares de diagnóstico, procedimientos, protocolos de atención, estándares técnicos y soporte legal que interactúan de la mejor manera para conseguir un paciente estable y atendido. Para entender la importancia de una atención médica brindada a un paciente por el área de emergencia de un hospital, es necesario tener claro los momentos y los conceptos usados en este tipo de atención médica.

Según Temes (2011), existen dos elementos que hay que resaltar: a) la necesidad de una respuesta rápida, adecuada en medios y cualidades del personal, prioriza en función de la gravedad o los riesgos potenciales (urgencia, emergencia o estado crítico) y b) la decisión de solicitar la atención la realiza el paciente o familiar.

Si el paciente solicita los servicios de atención médica en el área de emergencia, es comprensible que dicha atención debe ser rápida y oportuna, por lo que el sistema de salud usado debería ser capaz de responder a esa demanda. El área de emergencia de un hospital es una zona donde acuden pacientes con distinto grado de complicación clínica, razón por la cual podemos clasificar a los estados de los pacientes en urgencia, emergencia y críticos, todos basados en el grado de riesgo potencial que posee el paciente. Esta forma de organizar a las áreas de emergencia nos permitiera tener un mejor conocimiento del tipo de paciente, nos permitirá una mejor organización y una distribución efectiva de los recursos asignados.

Temes (2011) manifiesta que según “Asociación Médica Americana, una urgencia sanitaria es toda condición que, en opinión del paciente, familiares o cualquiera que asuma la responsabilidad de llevar al paciente al hospital requiere atención médica inmediata. La emergencia es un tipo de urgencia en la que hay riesgo inmediato actual o potencial, para la vida del paciente o un órgano, debido a un compromiso de las funciones vitales (respiratorias, cardíaca, neurológica, etc.) o de secuelas graves permanentes.

Por otro lado, Barquín (2003) afirma, en todos los casos se considera que del total de pacientes que se presentan en un servicio de urgencias, cuando más el 20% ameritan atención urgente. Este 20% es considerado como una emergencia (urgencia vital).

METODOLOGÍA

El presente proyecto se sustenta en una investigación de carácter descriptivo, Bernal (2006) afirma: "Es una reseña de rasgos, cualidades o atributos de la población objeto de estudio". Se utilizó técnicas de recolección de información: las primarias y las secundarias". Las fuentes primarias son todas aquellas de las cuales se obtiene información directa, conocida también como información de primera mano. Para extraer los datos de esta fuente se utilizó el método de encuesta, entrevista y por observación.

Las encuestas y entrevistas se realizaron a pacientes y a los profesionales que trabajan en el área de emergencia. Al tratarse de un proyecto descriptivo, el cual no implica riesgo alguno para la salud de la población estudiada, se solicitó únicamente su consentimiento verbal previo la información de los objetivos, metas y alcance del proyecto, así como la declaratoria de confidencialidad de la identidad e información proporcionada por los participantes.

Los programas que se utilizaron fueron: Microsoft Word 2010, Microsoft Power Point 2010, Microsoft Excel 2010, Microsoft Visio 2010 y SPSS versión 18.

Al conocer la situación actual del área de emergencia, se procede a escoger los procesos más relevantes y aquellos que necesitan ser mejorados, se realiza su representación gráfica mediante diagramas de flujo, se hace el estudio del valor agregado para cada proceso y se analizan indicadores los cuales nos servirán de ayuda para proponer mejoramientos. Finalmente se hace una propuesta de un manual de procesos.

RESULTADOS

El área de emergencia ofrece atención médica las 24 horas del día, los 365 días del año; su líder está a cargo de 113 profesionales, entre médicos especialistas (17), médicos posgradistas (10), médicos emergenciólogos (4), médicos generales (2) y personal administrativo (9); el personal de enfermería,

está encabezada por su líder que coordina a 31 enfermas, 28 auxiliares de enfermería y 10 camilleros.

De acuerdo a datos estadísticos se registraron 87948 atenciones durante el año 2011, con un promedio de 241 atenciones al día, en 4 consultorios disponibles registrando un porcentaje de internación del 12%. Para el primer cuatrimestre del año 2012 se registraron 259 atenciones al día, indicándonos un aumento de pacientes que utilizan los servicios de urgencias hospitalarias. A pesar que la Dirección General de Salud del MSP promovió la implementación y desarrollo del Sistema de Referencia y Contrarreferencia para garantizar la calidad de atención a los pacientes, por medio de las encuestas realizadas al personal que labora en el área un 74% de los trabajadores señaló que la cantidad de pacientes no ha disminuido, razón por la cual el HGEG sigue siendo la primera opción para los pacientes. Las principales causas de atención son de tipo infecciosas, influenciando en gran manera a su perfil de morbilidad; adicionalmente, se evidenció que los diagnósticos que se dan son incompletos y no están basados en la clasificación estadística internacional de enfermedades (CIE-10), lo que ha originado una mala tabulación de las patologías, provocando confusiones entre signos y síntomas versus diagnóstico presuntivo o diagnóstico definitivo, se registraron 1087 tipologías de atención en el área de emergencia durante el 2011, según la siguiente tabla:

Tabla1. *Tipologías de atención en el área de emergencia 2011*

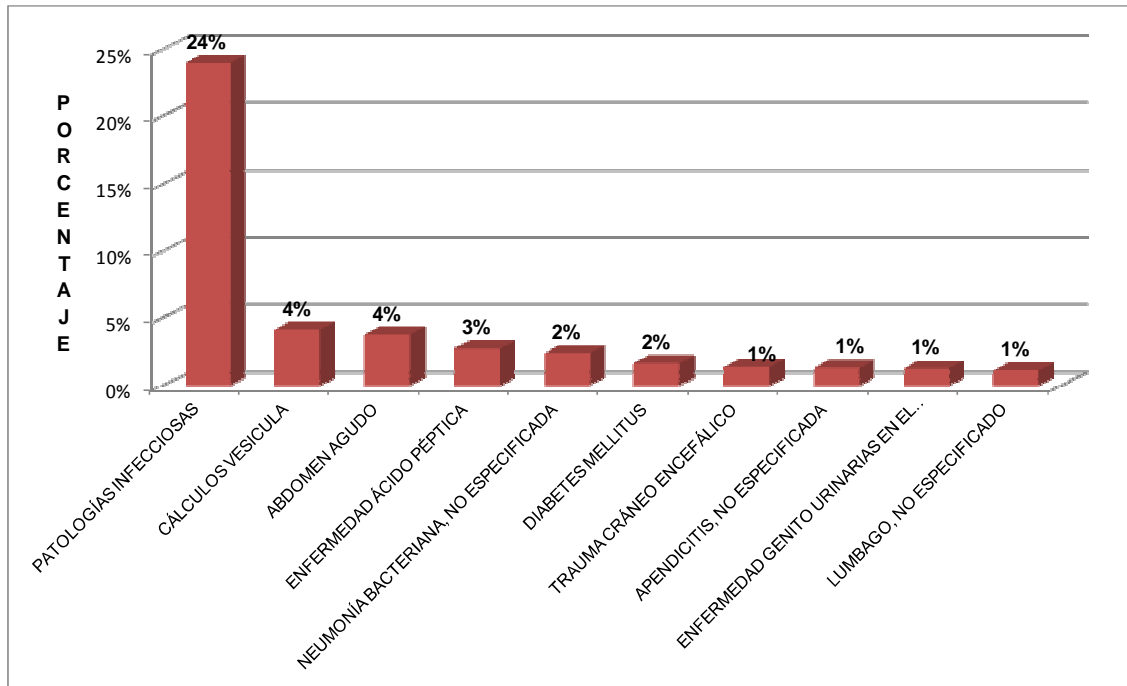
Tipologías usadas en el área de emergencia	Porcentajes
Diagnósticos realizados	43%
Síntomas detectados	4%
Signos detectados	15%
Diagnósticos incompletos	14%
Procedimientos en emergencia	2%
Causas mal definidas	23%

Fuente: Estadística Hospital General Enrique Garcés
Realizan: Autores

Las principales causas de morbilidad registradas en el año 2011 por emergencia son de tipo infeccioso (respiratorias altas, gastroentéricas e infecciones de vías urinarias) alcanzando un 24% del total de atenciones; dicho comportamiento se mantiene similar hasta el primer cuatrimestre del año 2012, donde la cifra aumento al 26% de las atenciones brindadas por emergencia. En el año 2011, se alcanzó 20678 consultas las cuales pudieron destinarse a otro tipo de pacientes con patologías de mayor complejidad. Estas consultas originadas por procesos infecciosos, deberían haber sido cubiertas por la consulta externa del hospital o

por las unidades operativas de menor complejidad que tienen influencia geográfica en la red sur del DMQ.

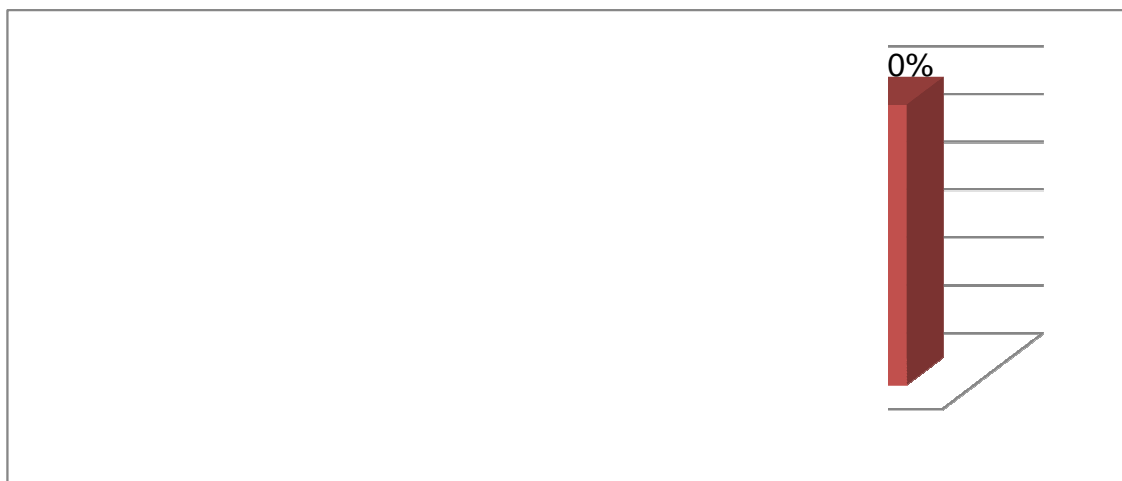
Gráfico 1. *Causas de morbilidad por el área de emergencia 2011*



Fuente: Departamento estadística Hospital General Enrique Garcés
Realizan: Autores

La principal causa de ingreso por emergencia corresponde a causas gineco-obstétricas registrándose un 58,60%, es decir de los 29 ingresos que se realizan al día, 17 son por causas ginecológicas, reflejando la poca oferta de servicios públicos gineco-obstétricos en la red sur del DMQ.

Gráfico 2. *Internación por emergencia según especialidad*



Fuente: Departamento estadística Hospital General Enrique Garcés
Realizan: Autores

El número de atenciones que se dio por consulta externa el año 2011 fue de 93065 atenciones, si las comparamos con las 87948 atenciones que se dieron por emergencia, refleja que el 49% de las atenciones son cubiertas por emergencia, ratificado esto por el perfil epidemiológico encontrado en el área de emergencia. Para el año 2012, el primer trimestre, reflejó 33085 atenciones por consulta externa y 23871 atenciones por emergencia, lo que corresponde al 42% de las atenciones del hospital, a pesar que la cifra ha disminuido, sigue siendo alta y preocupante. El volumen de visitas inadecuadas al área de emergencia genera el uso inapropiado de recursos que pueden ser destinados a pacientes que si se encuentran en situaciones de riesgo vital, la sobrecarga y desorganización del personal del área de emergencia, el aumento en los costos, etc.

Es evidente que el área de emergencia no cuenta con un sistema de triaje estructurado, no clasifica a los pacientes en base a su valoración médica y tampoco presenta procesos de reevaluación médica; el paciente urgente presenta tiempos prolongados de espera para ser atendido por el médico, lo cual refleja que los pacientes que acuden al área de emergencia no presentan un riesgo vital.

Con el uso adecuado de un sistema de triaje estructurado se hubieran detectado en el año 2011 que las 21108 atenciones no eran urgencias ni emergencias médicas por estar consideradas como categoría 4 (potencialmente grave, situación urgente o de complejidad significativa-semi-urgente, ó categoría 5 (menos urgente-no urgente) las cuales debieron ser derivadas a consulta externa evitando así el uso innecesario de recursos físico, humano y técnico.

Según datos obtenidos de la encuesta al personal del área, el 80% de ellos considera que la cantidad de consultorios son insuficientes, percepción que podría cambiar si se eliminan las causas infecciosas y se implementa un sistema estructurado de triaje; las atenciones se mejorarían y no se atenderían a dos pacientes en un mismo.

El área de emergencias del HGEG se ha convertido en un pequeño hospital al interior del propio hospital, existe un flujo interno de pacientes pediátricos y ginecológicos que debería evitarse. Su centro de atención es clasificar a los pacientes en base a la especialidad clínica que requieren por lo que su área de triaje esta subestimada. En su afán de dar atención médica, cubre la demanda de consulta externa que no soporta el hospital, desenfocando la verdadera función de un área de emergencia; adicionalmente, la red sur del DMQ no está cubriendo la Atención Primaria de Salud (APS), razón por la cual los pacientes acuden a emergencia aún sin presentar cuadros clínicos que ameriten atención médica urgente y mucho menos atención emergente debido a que tienen más confianza en la atención de este servicio que en la atención primaria ya que no hay turnos disponibles o la espera para consulta es prolongada.

DISCUSIÓN

El servicio que brinda un área de urgencias juega un papel indispensable en nuestro Sistema Nacional de Salud. En nuestro proyecto, el área de emergencia del Hospital General Enrique Garcés presenta una oferta de servicios mal organizada, originada por la falta de categorización clínica de los pacientes las 24 horas del día, convirtiendo a la emergencia del hospital en una consulta externa.

La limitada disponibilidad de turnos por parte de consulta externa y la poca interacción con las unidades operativas de la macro red sur del DMQ ha provocado que exista un alto promedio de atenciones/día en el área de emergencia, registrando la cifra de 241 y 259 atenciones/día en el año 2011 y el primer cuatrimestre del año 2012 respectivamente, atendiendo por el área de emergencia el 49% (2011) y 41% (primer cuatrimestre 2012) de las atenciones totales que brinda el hospital.

Las principales causas de atenciones reportada por el área de emergencia son de tipo infeccioso alcanzando el 24% (2011) y 26% (primer cuatrimestre del año 2012).

Las actividades del área de emergencia del HGEG se desarrollan en base a cuatro procesos que se realizan actualmente: ingreso en emergencia, atención en emergencia, observación en emergencia y alta en emergencia; los mismos que interactúan de manera deficiente entre ellos y con el paciente. El área de emergencia no presenta procesos claros y eficientes generando actividades que no agregan valor, existe pérdidas de tiempo en ciertas

actividades creando insatisfacción del usuario, por este motivo se da una propuesta de manual de procesos cuya finalidad es compartirla con el personal y permita disminuir actividades poco eficientes.

La falta de coordinación entre las áreas de emergencia y hospitalización hace que no se respete el tiempo de permanencia en la sala de observación y esta se convierta en un área de semi hospitalización lo que lleva como resultado la mayor congestión de la emergencia.

En cuanto al diseño arquitectónico del área de emergencia el ingreso de pacientes a los consultorios de pediatría y gineco-obstetricia se realiza atravesando por áreas donde los pacientes se encuentran en observación, lo cual es inadecuado y conlleva al mayor riesgo de infecciones a pacientes críticos ya sea que se encuentren intubados o con heridas abiertas.

La no utilización de la codificación CIE-10 para el diagnóstico de enfermedades que se atienden en la emergencia da como resultado la mala tabulación de la información.

Implementar un sistema de triaje estructurado con 5 niveles de categorías disponible las 24 horas del día; podría controlar el riesgo de pacientes en categorías 1 y 2, de igual manera se podrían referir a pacientes en categoría 5 a consulta externa, lo que mejoraría el perfil de morbilidad y generaría el uso eficiente de los recursos disponibles en el área de emergencia.

Dar a conocer a todo el personal el manual de procesos para evitar la duplicación de actividades, lo que crea demoras y falta de agilidad en la atención de emergencia a los usuarios.

Solicitar la instalación de un software para el área de emergencia que incluya módulos de ingreso de pacientes, solicitud de exámenes auxiliares de diagnóstico y registro de diagnósticos presuntivos o definitivos.

AGRADECIMIENTOS

Al Doctor Pablo Votruba por guiarnos y apoyarnos incondicionalmente durante la realización de nuestra tesis, al Ingeniero Jaime Cadena por compartir su conocimiento y a la Economista Rosa López por depositar su confianza en nosotros y darnos la oportunidad de conocer la realidad de uno de los hospitales de nuestro país y aplicar nuestro conocimiento adquirido en las aulas.

TRABAJOS RELACIONADOS

Guevara Zamora, Samia Yadira, Orquera Arguello, Rosa Elena (2012). Diseño y propuesta de mejoramiento de los Procesos-Técnico-Administrativo de la Clínica La Primavera.

Tapia Cárdenas, Ana Cristina, Valdez Heredia, Mayra Jazmín (2007). Diseño de un sistema de control de gestión basado en la metodología del Balanced Scorecard y Gestión por procesos en un centro de investigaciones biotecnológicas.

CONCLUSIONES Y TRABAJO FUTURO

Mediante la evaluación de la atención en salud, diseño, documentación y medición de procesos del área de emergencia del Hospital General "Enrique Garcés" se logró diseñar los diagramas de flujo y hacer el análisis de valor agregado de las actividades que se realizan. El área consta de cuatro subprocesos: Ingreso a emergencia, atención en emergencia, observación en emergencia y alta en emergencia.

Se hace la propuesta de un manual de procesos donde se detallan los subprocesos que requieren ser mejorados, se hace un cuadro de indicadores, monitoreo y plan de implementación de indicadores donde se busca involucrar a todo el personal con el objetivo de evitar actividades que no generen valor y lograr obtener crear procesos claros y definidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asamblea Constituyente. (2008). *Constitucion del Ecuador*. Quito, Ecuador.

Australian department of Health and Ageing. (2009). *Emergency Triage Education Kit*. Camberra.

Barquin, M. (2003). *Direccion de Hospitales*. Mexico: McGraw-Hill .

Bernal Torres, C. A. (2006). *Metodología de la investigación. Para administración, humanidades y ciencias sociales*. Mexico, Colombia: Pearson Educación.

Direcion Provincial de Salud de Pichincha. (2009). *Analisis Situacional Salud (ASIS) Pichincha*. Quito.

Estrada, F. (2008). *Analisis costo efectividad de la implementacion de estrategias para el mejoramiento de la racionalidad logico cientifico en el servicio de Urgencias del Instituto Tierra Nueva*. Tesis de postgrado, Tierra Nueva, Quito.

Gomez Jimenez, J. (2003). *triajeset.com*. Recuperado el 14 de Mayo de 2012, de http://www.triajeset.com/acerca/archivos/revision_triaje_estructurado.pdf

Grau, T. (2001). *Reingeniería: el hospital orientado al paciente*. Barcelona, España.

Martinez, C. C. (2006). *Gestión de procesos asistenciales Aplicacion práctica*. Madrid, España: McGraw-Hill Interamericana.

Martínez, M. (2002). Gestión clínica por procesos: mapa de procesos de enfermería en centros de salud. *Administración Sanitaria*, 6, 135 - 159.

Ministerio de Salud. (2010). *Indicadores Básicos de Salud Ecuador 2010*. 18. Quito, Ecuador.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2011). *Estatuto orgánico de gestión organizacional por procesos*. Quito.

Organizacion Mundial de la Salud. (2009). *Indicadores Ecuador*. Anual, Washington.

Organizacion Mundial de la Salud. (2011). *Indicadores Generales Salud Ecuador*. Washigton.

Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Perfil de los sistemas de Salud: Ecuador, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*. Washington.

Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Compilación de Legislación sobre Sistemas de Servicios de Emergencia en América Latina*. Washigton, Estados Unidos.

Organizacion Panamericana de la Salud. (2011). *Manual para la Implementacion de un Sistema de Triage para los cuartos de Urgencias*. (M. Molina, Ed.) Washigton.

Osakidetza. (2003). Recuperado el 23 de Enero de 2012, de <http://www.saludmentalalava.org/Cas/docum/Gu%EDa%20de%20Gesti%F3n%20por%20Procesos%20y%20Norma%20ISO%209001%20en%20Organizacio.pdf>

Secretaria Nacional de Salud. (8 de Abril de 2010). *Secretaria de Salud*. Recuperado el 17 de 04 de 2012, de Alcaldia Mayor de Bogota D.C.: <http://www.saludcapital.gov.co/Style%20Library/default.aspx>

Temes, J. L. (2007). *Gestion Hospitalaria* (4ta ed.). España.

Unidad de Estudios e Investigacion; DMPT-MDMQ. (2001). *Distribucion proporcional de la Vivienda en el DMQ segun areas*. Quito.