



**ESCUELA POLITÉCNICA DEL EJÉRCITO**

**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ECONÓMICAS,  
ADMINISTRATIVAS Y DE COMERCIO.**

**CARRERA: INGENIERÍA COMERCIAL**

**“IMPLEMENTACION DE UN MANUAL DE GESTION POR  
PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS EN EL HOSPITAL  
QUITO No. 1 DE LA POLICÍA NACIONAL.”**

**JAVIER BUITRÓN FLORES**

**TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PREVIO A LA  
OBTENCIÓN DEL GRADO DE:**

**INGENIERO COMERCIAL**

**Año 2010**

**ESCUELA POLITÉCNICA DEL EJÉRCITO**  
**CARRERA DE INGENIERÍA COMERCIAL**  
**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Javier Fernando Buitrón Flores

**DECLARO QUE:**

El proyecto de grado denominado: “Implementación de un Manual de Gestión por Procesos para Urgencias Médicas en el Hospital Quito No. 1”, de la Policía Nacional, ha sido desarrollado con base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros, conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía.

Consecuentemente este trabajo es de mi autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del proyecto de grado en mención.

Sangolquí, junio del 2010

---

**Javier Fernando Buitrón Flores**

# ESCUELA POLITÉCNICA DEL EJÉRCITO

## CARRERA DE INGENIERIA COMERCIAL

### CERTIFICADO DE TUTORÍA

Ec. Juan Carlos Erazo

Ing. René Bueno Arévalo

#### CERTIFICAN

Que el trabajo titulado “Implementación de un Manual de Gestión por Procesos para Urgencias Médicas en el Hospital Quito No. 1”, de la Policía Nacional,”, realizado por Javier Fernando Buitrón Flores, 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 importancia que, por su contenido representa la investigación para lograr el mejoramiento en el cumplimiento de las actividades que se desarrollan en el Hospital Quito No. 1; así como por la capacidad investigativa demostrada por el autor, si se recomienda su publicación.

El mencionado trabajo consta de dos documentos empastados y dos discos compactos los cuales contienen los archivos en formato portátil de Acrobat (PDF), autorizan a Javier Fernando Buitrón Flores, que entregue al Ingeniero Danny Zambrano, en su calidad de Director de la Carrera de Ingeniería Comercial.

Sangolquí, junio del 2010

.....

Ec. Juan Carlos Erazo.

**DIRECTOR**

.....

Ing. René Bueno Arévalo

**COORDIRECTOR**

**ESCUELA POLITÉCNICA DEL EJÉRCITO**  
**CARRERA DE INGENIERÍA COMERCIAL**

**AUTORIZACIÓN**

Yo, Javier Fernando Buitrón Flores

Autorizo a la Escuela Politécnica del Ejército la publicación, en la biblioteca virtual de la Institución el trabajo, “Implementación de un Manual de Gestión por Procesos para Urgencias Médicas en el Hospital Quito No. 1”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y autoría.

Sangolquí, junio del 2010

---

Javier Fernando Buitrón Flores

## DEDICATORIA

Es justo y merecido hacer un profundo reconocimiento y homenaje a quienes con su amor dedicaron su tiempo y esfuerzo a fin de apoyarme incondicionalmente en todas y cada una de las actividades emprendidas en el camino de la vida:

Dedicado con profundo amor a mis queridos y abnegados padres María Teresa y Pablo Guillermo, quienes con su paciencia me enrumbaron por el sendero del bien, pensando en un mejor y venturoso porvenir. A la vez que Dios escuche nuestras plegarias para que nuestro querido padre descansa en la paz del Señor. “Siempre estarás presente en nuestros corazones papacito, nunca...nunca te olvidaremos..., te amamos, como solo tú nos enseñaste a amar; desde el cielo danos tus santas bendiciones”

A ti siempre amada y querida esposa Gremne, quien entregas a cada instante tu amor, cariño y sacrificio permitiéndome llegar a la culminación de mi preparación profesional;

A mis tiernos y adorables hijos: Georgie, Matthew y Oliver., para que este pequeño esfuerzo les sirva de motivación para triunfar en sus vidas, forjando un gran espíritu de superación.

Es sin lugar a duda, un sencillo pero muy sentido gesto de respeto y admiración a todas aquellas personas que me han permitido desarrollar mi vida junto a ellos con amor, dicha y felicidad; por lo tanto que Dios nos bendiga hoy y siempre.

*Javier Buitrón Flores*

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por haberme dado la oportunidad de vivir y por darme una familia realmente maravillosa.

A mi esposa e hijos quienes se comprometieron incondicionalmente en todos y cada uno de mis sueños con el firme propósito de conseguirlos.

A mis padres por ser los constructores de hombres de bien, por permitirme asimilar su ejemplo de superación y por su constante espíritu de lucha.

A mis hermanos: Rosita, Marthy, Luis, Jairo, Germán, Jorge, Teresita, Pilita, Groover, Nancy y Juanito, quienes se mantuvieron atentos a mis necesidades y preocupaciones; apoyándome en todo momento.

Al Doctor Julio Cueva, amigo sincero que oriento mi esfuerzo al bien ser y al bien estar, para una vida llena de sentido positivo.

A los maestros, quienes con su sabiduría y paciencia contribuyeron a la culminación del presente trabajo de disertación

Al personal del Hospital Quito No. 1, quienes contribuyeron para el desarrollo del presente estudio.

A la Escuela Politécnica del Ejército, quienes impartieron sus conocimientos y supieron guiarme hacia un sólido nivel profesional

A mi sobrino Berny Reinoso, quien siempre estuvo junto a mí ayudándome a superar dificultades, incentivándome día a día para ver convertido mi esfuerzo en realidad. "GRACIAS"

*Javier Buitrón Flores*

## **RESUMEN DEL PROYECTO**

El entorno en que se desenvuelve el Servicio de Emergencia del Hospital de la Policía Nacional Quito No.1 (prestación de servicios médicos), se encuentra marcado por la deficiencia del manejo de procesos y la falta de índices de gestión, por lo que no dispone de técnicas y herramientas de control que permitan a los directivos medir la eficiencia de cada uno de los procesos y subprocesos, tampoco se puede identificar con oportunidad el nivel de satisfacción de sus clientes, en este caso los pacientes.

La elaboración del presente proyecto, será de gran utilidad para el Servicio de Emergencia del Hospital Quito No. 1, ya que se podrá realizar una operación óptima de cada uno de los procesos en el área de atención de emergencia médica, permitiendo establecer puntos de control y verificación que permitan un seguimiento al cumplimiento estricto de todos los procesos al interior del Hospital Quito No. 1, permitiendo una gestión acorde a las necesidades de los miembros policiales y familiares.

El capítulo I, se dedica a revisar la historia del Hospital Quito No. 1, los servicios médicos que ofrece a sus clientes además la situación actual con la finalidad de trabajar en el mejoramiento de procesos en urgencias médicas. Además de conocer su Plan Estratégico de Salud.

El capítulo II presenta el análisis situacional del Hospital Quito No. 1, a través del análisis interno y externo de los factores que afectan al normal desenvolvimiento de las actividades con la finalidad de encontrar las estrategias adecuadas que aseguren al Hospital un futuro prometedor.

Adicionalmente se presenta la propuesta de direccionamiento estratégico para la el Hospital realizando previamente el análisis de problemas, análisis de objetivos, análisis de satisfacción de usuarios, con la finalidad de brindar al Servicio de Emergencia las herramientas necesarias que le permitan identificar y sobre todo solucionar su permanencia en el mercado.

El capítulo III referido Los Procesos se fundamenta en realizar un análisis de procesos, categorización, identificación, selección de procesos claves, los procesos como un sistema, la gestión y mejora de procesos, con la finalidad de desarrollar cambios o reestructuración de los mismos que beneficien al Servicio de Emergencia como tal.

El capítulo IV presenta la nueva organización hospitalaria propuesta en el mejoramiento de procesos, aplicando las herramientas administrativas con la finalidad de estructurar un Manual de Procesos para mejorar la atención médica en el Servicio de Emergencia, permitiendo con ello incrementar la eficacia, reducir costes, mejorar la calidad, acortar tiempos y reducir los plazos de la entrega del servicio, con la elaboración y análisis del diagrama de procesos. En el Manual de Procesos Propuesto se puede visualizar con claridad todo lo que contiene un proceso, es decir, el nombre del Proceso, subproceso si los hay, objetivos, códigos, límites del proceso, las actividades, entradas, salidas, controles,

El capítulo V presenta la organización económica del Hospital lo que permite evaluar la gestión de financiera, se debe considerar que el Hospital recibe su financiamiento tanto del estado como de sus clientes en este caso los miembros policiales.

En el capítulo VI, se presenta las conclusiones y recomendaciones, además de criterios que reflejan la situación detectada a través del análisis de todos los capítulos; y a la vez se emiten sugerencias para la implementación apropiada del presente trabajo, aplicando los mismos para alcanzar los objetivos estratégicos propuestos.

## **SUMMARY**

The environment in which the Hospital Quito No. 1, is marked by the deficiency of the management of the process and lacking the references of gestures. In this sense, it lacks control tools and techniques which aloud the managers to measure the efficiency of each of the processes, neither do they happen to know efficiently de levels of satisfaction of there clients.

For this reason, the elaboration of this thesis will be of great utility for the enterprise "Hospital Quito No. 1", allowing the realization of an excellent operation in each of its processes, establishing controls and verifications in order to allow the follow up and strict fulfillment of all the established processes, which will contribute with a more efficient and effective gesture.

Chapter I: Is dedicated to review the history of the Hospital, the services it offers and its actual situation, with the purpose to work in the improvement of all the processes of Hospital, besides it does also include an analysis of the theoretic elements used to investigate the activities directly related with the activity's which develop the Hospital, the laws, complementary methods and glossaries' in utilized terms.

Chapter II: Presents the analysis of the situation of the company "Hospital Quito No. 1", through the internal and external analysis of the factors that affects the normal development of its activities with the purpose to find the convenient strategy's that minimizes the present risk. In addition, is also presented the proposal of other strategic directresses for the company to establish the strategies and strategic map, with the purpose to offer the company, the tools that allow them to achieve its permanency in the market.

Chapter III: Refers to the analysis of processes based in carrying out processes and inventory, the selection of the most important, pretending the design of the order process and establish classification, identify the persons responsible as well as the time disposed during the process, with the purpose to change or improve the procedures.

Chapter IV: Presents the proposal to improve the process, applying the right tools: Analysis diagrams, diagramation flow and improvement diagram, which will allow increase the efficiency, reduce cost, improve quality, cut down time and reduce the production terms and delivery of products and services, through the elaboration and analysis of the process and sub process diagram. The conclusion with the manual of proposed process where its possible visualize clearly all the content of the process, in synthesis, the name of the process, sub process if there is, objectives, codes, process limits, the activity's, incomes, results, controls.

Chapter V: Presents the economic organization of the Hospital based on the process, that permits evaluate the results of the Hospital.

Chapter VI: Finally, in this chapter, is displayed the conclusions and recommendations, some judgment that reflects the situation detected by the analysis of all the chapters; also are suggested suggestions for the adequate implementation of the present work, with the purpose that the Hospital Quito No. 1, applies the improvements and achieves there with, the strategic objectives planed.

| <b>INDICE DE CONTENIDO</b>                 | <b>Pág.</b> |
|--|-------------|
| Declaración de responsabilidad             | ii          |
| Certificado de Tutoría                     | iii         |
| Autorización                               | iv          |
| Dedicatoria                                | v           |
| Agradecimiento                             | vi          |
| Resumen del Proyecto                       | vii         |
| Índice                                     | xii         |
| Planteamiento del problema                 | 10          |
| Objetivos                                  | 12          |
| Objetivo General                           | 12          |
| Objetivos Específicos                      | 12          |
| Hipótesis                                  | 13          |
| Marco Teórico y Conceptual de los Procesos | 13          |
| Marco Teórico                              | 13          |
| Marco Conceptual                           | 18          |

## **CAPITULO I GENERALIDADES**

|                                   |    |
|-----------------------------------|----|
| 1.1 Antecedentes                  | 41 |
| 1.2 Reseña Histórica              | 41 |
| 1.3 Plan Estratégico de Salud.    | 43 |
| 1.4 Plan de Prestaciones de Salud | 67 |

## **CAPITULO II ANÁLISIS AMBIENTAL INTERNO Y EXTERNO**

|   |     |
|---|-----|
| 2.1 Introducción  | 80  |
| 2.2. Análisis del Entorno                                 | 81  |
| 2.2.1 Análisis Mundial y Nacional del Factor Económico.   | 84  |
| 2.2.2 Análisis Mundial y Nacional del Factor Político.    | 86  |
| 2.2.3 Análisis Mundial y Nacional del Factor Social.      | 87  |
| 2.2.4 Análisis Mundial y Nacional del Factor Legal.       | 90  |
| 2.2.5 Análisis Mundial y Nacional del Factor Demográfico. | 92  |
| 2.3 Análisis Organizacional                               | 95  |
| 2.4 Selección de Factores FODA                            | 102 |

|       |   |     |
|-------|---|-----|
| 2.4.1 | Diagrama Causa Efecto de Factores Internos Fortalezas     | 106 |
| 2.4.2 | Diagrama Causa Efecto de Factores Internos Debilidades    | 107 |
| 2.4.3 | Diagrama Causa Efecto de Factores Externos Oportunidades  | 108 |
| 2.4.4 | Diagrama Causa Efecto de Factores Externos Amenazas       | 109 |
| 2.4.5 | Diagrama de interrelaciones Causa-Efecto                  | 111 |
| 2.4.6 | Matriz de Áreas Defensivas de Iniciativa Estratégica "DA" | 112 |
| 2.4.7 | Matriz de Áreas de Respuesta Estratégica "FO"             | 113 |
| 2.4.8 | Matriz de Áreas de Respuesta Estratégica "FA"             | 114 |
| 2.4.9 | Matriz de Áreas de Mejoramiento Estratégico "DO"          | 115 |
| 2.5.  | Áreas de Iniciativa Estratégica                           | 116 |
| 2.5.1 | Matriz de Síntesis Estratégica FOFA DOFA                  | 116 |
| 2.6   | Análisis de Problemas                                     | 119 |
| 2.6.1 | Árbol de Problemas de Hospital Quito No. 1                | 121 |
| 2.7   | Análisis de Objetivos                                     | 122 |
| 2.7.1 | Árbol de Objetivos del Hospital Quito No. 1               | 124 |
| 2.8   | Matriz de Evaluación de Factores Externos                 | 125 |
| 2.9   | Matriz de Evaluación de Factores Internos                 | 128 |
| 2.10  | Análisis de Satisfacción de Usuarios                      | 131 |
| 2.11  | Identificación de Factores Claves de éxito                | 141 |
| 2.12  | Mapa de Direccionamiento Estratégico                      | 143 |
| 2.13  | Mapa Estratégico del Servicio de Emergencia               | 145 |
| 2.14  | Mapa de Perspectivas del Servicio de Emergencia           | 146 |

### **CAPÍTULO III**

#### **PROCESOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA**

|       |   |     |
|-------|---|-----|
| 3.1   | Mapa de Procesos del Hospital Quito No. 1         | 148 |
| 3.2   | Análisis de Procesos                              | 152 |
| 3.2.1 | Categorización                                    | 153 |
| 3.2.2 | Identificación                                    | 153 |
| 3.2.3 | Selección de Procesos Claves.                     | 154 |
| 3.3   | Cadena de Valor y el Conocimiento Organizacional  | 154 |
| 3.3.1 | Los Procesos como un Sistema                      | 155 |
| 3.3.2 | Gestión y Mejora de Procesos                      | 156 |
| 3.3.3 | Las Normas ISO                                    | 161 |
| 3.4   | Aspectos Fundamentales de La Gestión por Procesos | 166 |
| 3.4.1 | Propietario del Proceso                           | 167 |
| 3.5   | Análisis de los Procesos                          | 168 |

|       |  |     |
|-------|--|-----|
| 3.5.1 | Características de La Organización por Procesos. | 170 |
| 3.6   | Metodología de La Arquitectura de Procesos       | 172 |
| 3.7   | Los Diagramas de Procesos                        | 175 |
| 3.7.1 | Metodología para Gestión por Procesos            | 178 |
| 3.8   | Herramientas de Análisis de los Procesos         | 184 |
| 3.8.1 | Control Estadístico de los Procesos              | 185 |
| 3.9   | Análisis de La Capacidad del Proceso.            | 188 |
| 3.10  | Decisiones Gerenciales del Proceso               | 193 |
| 3.11  | Sistema Integrado de Gestión de Calidad          | 195 |

#### **CAPITULO IV ORGANIZACIÓN PROPUESTA**

|     |   |     |
|-----|---|-----|
| 4.1 | Mapa de Procesos del Servicio de Emergencia             | 200 |
| 4.2 | Manual de Procesos Hospitalarios Propuesto              | 201 |
| 4.3 | Tablas y diagramas de Procesos para emergencias médicas | 202 |

#### **CAPITULO V ANÁLISIS ECONÓMICO**

|     |  |     |
|-----|--|-----|
| 5.1 | Fuentes de Financiamiento para El Hospital Quito | 325 |
| 5.2 | Ingresos   | 326 |
| 5.3 | Egresos  | 327 |

#### **CAPITULO VI CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

|     |                  |     |
|-----|------------------|-----|
| 6.1 | Conclusiones     | 340 |
| 6.2 | Recomendaciones. | 344 |
|     | Bibliografía     | 346 |

### **LISTADO DE GRÁFICOS Y TABLAS**

#### **CAPITULO I**

|           |  |    |
|-----------|--|----|
| Gráfico 1 | Equipamiento e infraestructura de las Unidades de atención primaria de salud a nivel nacional. | 50 |
|-----------|--|----|

|           |  |    |
|-----------|--|----|
| Gráfico 2 | Recursos Humanos de las Unidades de atención primaria de salud a nivel nacional. | 50 |
| Gráfico 3 | Estructura Administrativa Dirección Nacional de Salud de la Policía Nacional     | 51 |
| Gráfico 4 | Estructura Administrativa Dirección Nacional de Salud de la Policía Nacional     | 54 |
| Gráfico 5 | Porcentaje de consultas primarias de morbilidad y fomento                        | 55 |
| Gráfico 6 | Porcentaje de atenciones primarias de fomento y morbilidad                       | 55 |

## **CAPITULO II**

|            |  |     |
|------------|--|-----|
| Gráfico 7  | Tendencia de Historias Clínicas acumuladas                     | 96  |
| Gráfico 8  | Diagrama Causa Efecto de Factores Internos (Fortalezas)        | 107 |
| Gráfico 9  | Diagrama Causa Efecto de Factores Internos (Debilidades)       | 108 |
| Gráfico 10 | Diagrama Causa – Efecto de Factores Externos(Oportunidades)    | 109 |
| Gráfico 11 | Diagrama Causa – Efecto de Factores Externos (Amenazas)        | 110 |
| Gráfico 12 | Diagrama de Interrelación Causa Efecto                         | 111 |
| Gráfico 13 | Árbol de Problemas del Hospital Quito No. 1                    | 121 |
| Gráfico 14 | Árbol de Objetivos del Hospital Quito No. 1                    | 124 |
| Gráfico 15 | Pregunta 1 Análisis de Satisfacción de Usuarios                | 132 |
| Gráfico 16 | Respuesta Pregunta 1 Análisis de Satisfacción de Usuarios      | 133 |
| Gráfico 17 | Pregunta 2 Análisis de Satisfacción de Usuarios                | 133 |
| Gráfico 18 | Respuesta a la Pregunta 2 Análisis de Satisfacción de Usuarios | 134 |
| Gráfico 19 | Pregunta 3 Análisis de Satisfacción de Usuarios                | 134 |
| Gráfico 20 | Respuesta Pregunta 3 Análisis de Satisfacción de Usuarios      | 135 |
| Gráfico 21 | Pregunta 4 Análisis de Satisfacción de Usuarios                | 136 |
| Gráfico 22 | Respuesta a la Pregunta 4 Análisis de Satisfacción de Usuarios | 137 |
| Gráfico 23 | Pregunta 5 Análisis de Satisfacción de Usuarios                | 138 |
| Gráfico 24 | Pregunta 8 de Análisis de Satisfacción de Usuarios             | 140 |
| Gráfico 25 | Mapa de Direccionamiento Estratégico                           | 144 |
| Gráfico 26 | Mapa Estratégico del Servicio de Emergencia                    | 145 |
| Gráfico 27 | Mapa de Perspectivas del Servicio de Emergencia                | 146 |

### CAPÍTULO III

|            |   |     |
|------------|---|-----|
| Gráfico 28 | Mapa de Procesos del Hospital Quito No. 1 | 148 |
| Gráfico 29 | Enfoques de Procesos                      | 152 |
| Gráfico 30 | Mapa Conceptual del Proceso               | 152 |
| Gráfico 31 | Cadena de Valor de Porter                 | 154 |
| Gráfico 32 | Control estadístico del Proceso           | 185 |
| Gráfico 33 | Herramientas del Control Estadístico      | 186 |
| Gráfico 34 | Hoja de Verificación 1                    | 187 |
| Gráfico 35 | Hoja de Verificación 2                    | 187 |
| Gráfico 36 | Análisis de la Capacidad del Proceso      | 188 |
| Gráfico 37 | Proceso de control                        | 189 |
| Gráfico 38 | Ecuación de la capacidad del proceso      | 189 |
| Gráfico 39 | Distribución normal en un proceso         | 190 |
| Gráfico 40 | Flujograma de la Decisión Gerencial       | 193 |
| Gráfico 41 | Sistema Integrado de Gestión de Calidad.  | 195 |

### CAPÍTULO IV

|            |  |     |
|------------|--|-----|
| Gráfico 42 | Mapa de Procesos del Servicio de Emergencia. | 200 |
|------------|--|-----|

## LISTADO DE TABLAS

### CAPITULO I

|         |  |    |
|---------|--|----|
| Tabla 1 | Diferencias entre la gestión tradicional y la gestión por procesos | 16 |
| Tabla 2 | Diferencias entre la Gestión funcional y la Gestión por procesos   | 17 |
| Tabla 3 | Unidades de Atención Primaria de Salud                             | 48 |
| Tabla 4 | Número de pacientes hospitalizados en clínicas particulares        | 53 |

### CAPITULO II

|         |                             |     |
|---------|-----------------------------|-----|
| Tabla 5 | Población estimada al 2009  | 95  |
| Tabla 6 | Población por Grupo         | 95  |
| Tabla 7 | FODA Amenazas oportunidades | 104 |

|          |  |     |
|----------|--|-----|
| Tabla 8  | FODA Fortalezas Debilidades  | 106 |
| Tabla 9  | Matriz de Áreas Defensivas de Iniciativa Estratégica “DA”              | 112 |
| Tabla 10 | Matriz de Áreas de Respuesta Estratégica “FO”                          | 113 |
| Tabla 11 | Matriz de Áreas de Respuesta Estratégica “FA”                          | 114 |
| Tabla 12 | Matriz de Áreas de Mejoramiento Estratégico “DO”                       | 115 |
| Tabla 13 | Matriz de Síntesis Estratégico FOFA - DOFA”                            | 118 |
| Tabla 14 | Matriz de Evaluación de Factores Externos                              | 127 |
| Tabla 15 | Matriz de Evaluación de Factores Internos.                             | 131 |
| Tabla 16 | Pregunta 6 de Análisis de Satisfacción de Usuarios Problema encontrado | 139 |
| Tabla 17 | Pregunta 7 de Análisis de Satisfacción de Usuarios Mejoras             | 140 |
| Tabla 18 | Factores Claves de Éxito   | 141 |

### **CAPÍTULO III**

|          |  |     |
|----------|--|-----|
| Tabla 19 | Indicadores de Gestión para el Proceso Gobernante. | 159 |
| Tabla 20 | Indicadores de Gestión para los Procesos Básicos.  | 160 |
| Tabla 21 | Indicadores de Gestión para el Proceso de Apoyo.   | 161 |
| Tabla 22 | Posibles tendencias en la gestión de procesos.     | 184 |

### **CAPÍTULO IV**

|          |   |     |
|----------|---|-----|
| Tabla 23 | Llegada del Paciente                              | 202 |
| Tabla 24 | Triage  | 204 |
| Tabla 25 | Subproceso Triage                                 | 206 |
| Tabla 26 | Subproceso revisión primaria abcde                | 207 |
| Tabla 27 | Subproceso revisión primaria ab                   | 208 |
| Tabla 28 | Subproceso (3) “c” “d” y “e” revisión primaria    | 209 |
| Tabla 29 | Subproceso de revisión secundaria (cabeza a pies) | 210 |
| Tabla 30 | Asma  | 211 |
| Tabla 31 | Bradicardia                                       | 213 |
| Tabla 32 | Ahogamiento                                       | 215 |

|          |                                      |     |
|----------|--------------------------------------|-----|
| Tabla 33 | Cefalea                              | 217 |
| Tabla 34 | Choque                               | 219 |
| Tabla 35 | Cólico Renal                         | 221 |
| Tabla 36 | Coma                                 | 223 |
| Tabla 37 | Coma Mixedematoso                    | 225 |
| Tabla 38 | Crisis Hipertensiva                  | 227 |
| Tabla 39 | Disnea                               | 229 |
| Tabla 40 | Dolor Abdominal                      | 231 |
| Tabla 41 | Dolor Torácico                       | 233 |
| Tabla 42 | Emergencias Ambientales              | 235 |
| Tabla 43 | Emergencia por Materiales Peligrosos | 237 |
| Tabla 44 | Convulsiones                         | 239 |
| Tabla 45 | Heridas                              | 241 |
| Tabla 46 | Hiperglicemia                        | 243 |
| Tabla 47 | Hipoglicemia                         | 245 |
| Tabla 48 | Intoxicación                         | 247 |
| Tabla 49 | Alteración Personalidad              | 249 |
| Tabla 50 | Alteración Comportamiento            | 251 |
| Tabla 51 | Mordedura de serpiente               | 253 |
| Tabla 52 | Neumotórax                           | 255 |
| Tabla 53 | Obstrucción de vía aérea             | 257 |
| Tabla 54 | Politraumatizado                     | 259 |
| Tabla 55 | Parto                                | 261 |
| Tabla 56 | Picadura de insectos                 | 263 |
| Tabla 57 | Preclampsia y Eclampsia              | 265 |

|          |   |     |
|----------|---|-----|
| Tabla 58 | Quemaduras                                      | 267 |
| Tabla 59 | Retención urinaria aguda                        | 269 |
| Tabla 60 | Sangrado Digestivo alto                         | 271 |
| Tabla 61 | Sangrado Digestivo Bajo                         | 273 |
| Tabla 62 | Síndrome Coronario aguda e infarto de miocardio | 275 |
| Tabla 63 | Paro cardio respiratorio                        | 277 |
| Tabla 64 | Sospecha de infarto agudo de miocardio          | 279 |
| Tabla 65 | Taquicardia                                     | 280 |
| Tabla 66 | Tirotoxicosis                                   | 282 |
| Tabla 67 | Trauma abdominal                                | 284 |
| Tabla 68 | Trauma cráneo encefálico                        | 286 |
| Tabla 69 | Trauma del cuello                               | 288 |
| Tabla 70 | Trauma de extremidades.                         | 290 |
| Tabla 71 | Trauma pélvico                                  | 292 |
| Tabla 72 | Trauma torácico                                 | 294 |
| Tabla 73 | Trauma facial                                   | 296 |
| Tabla 74 | Trauma vertebro raqui medular                   | 298 |
| Tabla 75 | Vértigo   | 300 |
| Tabla 76 | Manejo inicial del Politraumatizado             | 302 |
| Tabla 77 | Prioridades de trauma múltiple                  | 303 |
| Tabla 78 | Miembros del equipo de atención                 | 304 |
| Tabla 79 | Urgencia hipertensiva                           | 305 |
| Tabla 80 | Manejo de hipertensión arterial                 | 306 |
| Tabla 81 | Emergencia hipertensiva                         | 307 |
| Tabla 82 | Criterios de daño órgano blanco                 | 308 |

|          |   |     |
|----------|---|-----|
| Tabla 83 | Exámenes en caso de crisis hipertensiva en emergencia                           | 310 |
| Tabla 84 | Administrar medicación de acuerdo a tipo de emergencia hipertensiva             | 311 |
| Tabla 85 | Dosis de medicación en emergencia hipertensiva                                  | 312 |
| Tabla 86 | Preparación medicación infusión continua  | 313 |
| Tabla 87 | Dolor abdominal   | 314 |
| Tabla 88 | Criterio de hager (dolor abdominal)   | 315 |
| Tabla 89 | Diarrea menor a dos semanas   | 316 |
| Tabla 90 | Administración de quejas  | 317 |
| Tabla 91 | Homologación de protocolos  | 318 |
| Tabla 92 | Análisis de fármacos  | 319 |
| Tabla 93 | Atención de medicamentos y/o materiales al paciente.                            | 320 |
| Tabla 94 | Gestión de procesos en el hospital (enfermedades comunes a que área dirigirse). | 321 |

## **CAPÍTULO V**

|          |                             |     |
|----------|-----------------------------|-----|
| Tabla 95 | Fuentes de financiamiento   | 324 |
| Tabla 96 | Distribución de Porcentajes | 324 |

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Servicio de Emergencia del Hospital Quito No.1, tiene como finalidad, contribuir al mejoramiento del nivel de salud y vida de los miembros de la Policía Nacional, en servicio activo y pasivo y de todas aquellas personas que acrediten el derecho de atención, en forma oportuna, eficiente y eficaz.

El Servicio de Emergencia del Hospital Quito No.1, se encarga de ofrecer a distintos usuarios internos y externos el servicio de salud, a su vez es el responsable de instruir a todo su staff de personal sobre Manuales de Funciones, Procedimientos de Selección y Evaluación de desempeño del Personal tanto policial como civil que prestan sus servicios.

<sup>1</sup>En la actualidad el Hospital Quito No. 1, no guarda concordancia con los departamentos que funcionan realmente, lo que dificulta el establecimiento de relaciones de dependencia, líneas de comunicación y supervisión entre los distintos niveles de la organización, a la vez que imposibilita disponer de funciones y responsabilidades por escrito para todos quienes cumplen sus funciones dentro de cada departamento sobre todo en el Servicio de Emergencia.

El Hospital Quito No.1, ubicado en la Parroquia Mariana de Jesús, Cantón Quito, desde la fecha de su creación hasta la presente fecha no cuenta con un Manual de Gestión por Procesos para Urgencias Médicas, que opere como un Hospital moderno y sobre todo realice actividades dentro del Proceso Global Administrativo con la finalidad de brindar atención médica a sus clientes.

En cada una de las Provincias del Ecuador, los Hospitales y Centros de Salud pertenecen a la Dirección Nacional de Salud de la Policía Nacional, los que ejecutan una parte del proceso, haciendo factible que todas éstos centros de salud coordinen sus actividades a fin de dar cumplimiento a las disposiciones impartidas por la Dirección Nacional de Salud de la Policía Nacional del Ecuador y que sean regulados por Leyes y Reglamentos.

Cuando se realizó el Diagnóstico preliminar; (utilizando el Modelo de Evaluación de Factores Internos E.F.I). se detectó, que el personal que actualmente presta sus servicios, entre personal de oficiales, tropa y civil,

---

<sup>1</sup> Gestión de Calidad Hospital Quito No. 1“Velarde”

posee conocimientos y capacidad profesional, y la experiencia necesaria, no obstante se requiere la aplicación de un Modelo de Gestión Administrativo por Procesos Médicos, que cumpla con los Objetivos Generales de la Institución Policial con la distribución y utilización adecuada del talento humano .

La no aplicación de una adecuada Administración por Procesos Médicos, en el Servicio de Emergencia del Hospital Quito No.1, de la Policía Nacional, provoca descoordinación, aislamiento, desmotivación, falta de control del recurso financiero y material y lo más importante ineficaz uso del talento humano existente, quien cuenta con una sólida formación profesional capaz de Planificar, Organizar, Direccionar, Evaluar, Controlar e Implementar Sistemas de Información Gerencial.

La implementación de un Modelo de Gestión por Procesos Médicos, permitirá al Hospital que se tome decisiones acertadas, mayor eficiencia en el uso de los recursos y en la prestación de los servicios, contribuirá al mejoramiento del nivel de salud y vida de los usuarios, con disposiciones legales y reglamentarias.

El modelo que sugerirá su aplicación en el Servicio de Emergencia del Hospital Quito No.1, incluye cinco fases fundamentales.

- ⇒ Diagnóstico
- ⇒ Diseño y estructura organizacional del nuevo hospital
- ⇒ Definir los procesos
- ⇒ Diseño de procesos
- ⇒ Vínculo del modelo por procesos con el personal

El estudio de diagnóstico se llevará a cabo mediante una investigación situacional para conocer las causas que generan la existencia de problemas en los procesos médicos en el Servicio de Emergencia del HQ1, y en base de esa realidad se plantearán las recomendaciones tendientes a la solución de los mismos.

En la propuesta constarán los documentos recomendados en el informe de diagnóstico y el Manual de Procesos de Urgencias Médicas para su aplicación.

La Implantación, significa poner en marcha o ejecución todos los estudios que han sido diseñados en la fase anterior. El control se presenta en cualquier fase del estudio administrativo por procesos y consiste en observar que los diseños se apliquen conforme a la planificación y metodología establecida y ello viabilice el cumplimiento de los objetivos del estudio. La evaluación consiste en comprobar si los nuevos procesos, métodos y sistemas gerenciales introducidos están o no rindiendo los resultados esperados, además, permite detectar las deficiencias que puede presentar el nuevo Modelo de Gestión Administrativo por Procesos Médicos, para lo cual será necesario introducir los cambios que se estimen adecuados.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVOS GENERALES**

Implementar el Manual de Procesos para Urgencias médicas, en todos sus campos de aplicación.

Determinar los componentes que llevan a una mejor toma de decisiones, respecto a los procesos en el Servicio de Emergencia del Hospital Quito No. 1.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- ⇒ Detallar los elementos que intervienen en el proceso médico - administrativo del Servicio de Emergencia.
- ⇒ Dar a conocer las características del proceso médico - administrativo y proporcionar información sobre el manejo y uso de estas al ser aplicadas en la toma de decisiones, que beneficien al Servicio de Emergencia.
- ⇒ Definir los Procesos médico - administrativos y conformar la nueva Estructura Organizacional del Hospital y lograr la Administración médica por Procesos en el Servicio de Emergencia.
- ⇒ Aplicar la metodología para la Administración médica por Procesos claves en Urgencias Médicas, a través de herramientas útiles para elaborar procesos.

⇒ Lograr que el Modelo propuesto de Gestión por Procesos médicos, sea participativo, es decir que vincule a los miembros de la organización

## **HIPÓTESIS**

La implementación de un Modelo de Gestión por Procesos para Urgencias Médicas, facilita la toma de decisiones acertadas, reduce costos, genera competitividad y dominio competitivo que dan mayor eficiencia al Hospital Quito No.1 en el uso de sus recursos y en el cumplimiento de sus objetivos.

## **MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL DE LOS PROCESOS**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **Teoría de procesos.**

##### **Definición de proceso**

La palabra proceso viene del latín processus, que significa avance y progreso.

Un proceso es el conjunto de actividades de trabajo interrelacionadas que se caracterizan por requerir ciertos insumos (inputs: productos o servicios obtenidos de otros proveedores) y tareas particulares que implican valor añadido, con miras a obtener ciertos resultados.

Otra posible definición: gestión de todas las actividades de la empresa que generan un valor añadido; o bien, conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforma elementos de entrada en resultados.

Proceso no es lo mismo que procedimiento. Un procedimiento es el conjunto de reglas e instrucciones que determinan la manera de proceder o de obrar para conseguir un resultado. Un proceso define que es lo que se hace, y un procedimiento, cómo hacerlo.

No todas las actividades que se realizan son procesos. Para determinar si una

actividad realizada por una organización es un proceso o subproceso, debe cumplir los siguientes criterios:

### **Criterios para determinar un Proceso o Subproceso**

- La actividad tiene una misión o propósito claro.
- La actividad contiene entradas y salidas, se pueden identificar los clientes, proveedores y producto final.
- La actividad debe ser susceptible de descomponerse en operaciones o tareas.
- La actividad puede ser estabilizada mediante la aplicación de la metodología de gestión por procesos (tiempo, recursos, costes).
- Se puede asignar la responsabilidad del proceso a una persona.

Por ejemplo:

Sistema: control administrativo y financiero.

Proceso: gestión de la tesorería.

Recursos: contables, administrativos/ordenadores, caja, software.

Subproceso: pago a proveedores.

Actividad: registro de facturas.

Tarea: comprobación de facturas con pedido.

### **Definición de gestión por procesos**

Un proceso comprende una serie de actividades realizadas por diferentes departamentos o servicios de la Institución Sanitaria, que añaden valor y que ofrecen un servicio a su cliente, Este cliente podrá ser tanto un "cliente interno" (otro servicio) como un "cliente externo" (paciente/acompañante).

La gestión por procesos (Business Process Management) es una forma de organización diferente de la clásica organización funcional, y en el que prima la visión del cliente sobre las actividades de la organización. Los procesos así

definidos son gestionados de modo estructurado y sobre su mejora se basa la de la propia organización.

La gestión de procesos aporta una visión y unas herramientas con las que se puede mejorar y rediseñar el flujo de trabajo para hacerlo más eficiente y adaptado a las necesidades de los clientes. No hay que olvidar que los procesos lo realizan personas y los productos los reciben personas, y por tanto, hay que tener en cuenta en todo momento las relaciones entre proveedores y clientes.

### **Ventajas de la gestión por procesos**

En las Instituciones Sanitarias convergen numerosos tipos de actividad como pueden ser la actividad asistencial de primer y nivel o especializada, la hostelería, la actividad económico administrativa, la ingeniería, el mantenimiento y toda una serie de actividades de apoyo y servicio que son imprescindibles y de muy diversas características. Debido a esta gran diversidad y a la complejidad inherente a todos los procesos que se ejecutan en las Instituciones Sanitarias, existen altas probabilidades de incurrir en errores y desaprovechar recursos tanto humanos como materiales. Una gestión por procesos estructurada, con los recursos y coordinación adecuados, permite optimizar de forma significativa la utilización de los recursos y mejorar la calidad asistencial.

### **Dificultades de la gestión de procesos**

Las actividades sanitarias son complejas, están sometidas frecuentemente a una gran variabilidad, y regidas por personas con formaciones y criterios dispares, que condicionan el transcurrir de cada proceso con sus decisiones. La organización de los centros sanitarios en compartimientos funcionales estancos entorpece la fluidez de las actividades que conforman el proceso. La gestión por procesos supone un cambio radical de la organización, y por lo tanto, su implantación es compleja.

## DIFERENCIAS ENTRE LA GESTIÓN TRADICIONAL Y LA GESTIÓN POR PROCESOS

| GESTIÓN TRADICIONAL   | GESTIÓN POR PROCESOS   |
|---|--|
| Se centra sólo en procesos de práctica clínica.                           | Se incorpora la gestión clínica basada en la evidencia   |
| Hay variabilidad  | No hay variabilidad  |
| No contempla procesos de gestión  | Contempla procesos de gestión: soporte y logísticos.   |
| No contempla la continuidad asistencial                                   | Contempla la integración asistencial entre niveles de atención.  |
| La responsabilidad es compartida por varios profesionales.                | La responsabilidad es única:<br>Coordinador del proceso.   |
| Prevalece la organización vertical.                                       | Convive la organización vertical con la horizontal.  |
| Evalúa la eficacia de la práctica clínica del proceso.                    | Se somete el proceso a estabilización y control lo que permite evaluar la efectividad y la eficiencia. |
| Mejoras de carácter reactivo ocasional y a veces gradual de los procesos. | Mejoras de carácter proactivo permanente gradual y radical.  |
| Aprendizaje esporádico dentro de la misma organización.                   | Aprendizaje sistemático dentro y fuera de la organización y sector.<br>Benchmarking.                   |

**Tabla 1** Diferencias entre la gestión tradicional y la gestión por procesos Fuente: [www.Procesosmedicos.com](http://www.Procesosmedicos.com)

## DIFERENCIAS ENTRE LA GESTIÓN FUNCIONAL Y LA GESTIÓN POR PROCESOS

| GESTIÓN FUNCIONAL  | GESTIÓN POR PROCESOS  |
|--|---|
| Organización por departamentos o áreas   | Organización orientada a los procesos   |
| Los departamentos condicionan la ejecución de las actividades                  | Los procesos de valor añadido condicional la ejecución de las actividades           |
| Autoridad basada en jefes departamentales                                      | Autoridad basada en los responsables del proceso                                    |
| Principio de jerarquía y de control  | Principio de autonomía y de autocontrol   |
| Orientación interna de las actividades hacia el jefe o departamento            | Orientación externa hacia el cliente interno o externo                              |
| Principios de burocracia, formalismo y centralización en la toma de decisiones | Principios de eficiencia, flexibilidad y descentralización en la toma de decisiones |
| Ejercicio del mando por control basado en la vigilancia                        | Ejercicio del mando por excepción basado en el apoyo o la supervisión               |
| Principio de eficiencia: ser más productivo                                    | Principio de eficacia: ser más competitivos   |
| Cómo hacer mejor lo que venimos haciendo                                       | Para quién lo hacemos y qué debemos hacer   |
| Las mejoras tienen un ámbito limitado: el departamento                         | Las mejoras tienen un ámbito transfuncional y generalizado: el proceso              |

**Tabla 2** Diferencias entre la Gestión funcional y la Gestión por procesos [www.Procesosmedicos.com](http://www.Procesosmedicos.com)

## **MARCO CONCEPTUAL**

### **PROCESO.**

Es la Suma de actividades, que entrelazadas entre si, buscan un fin determinado. Proceso es el conjunto de pasos sucesivos que, encadenados, dan forma a la cadena de valor para llegar a un fin determinado.

### **GESTION POR PROCESOS.**

Desde que Frederick W. Taylor, en 1881 aplicó por primera vez el conocimiento al estudio del trabajo, muchas teorías y métodos se fueron desarrollando, todo con el fin de manejar eficientemente los recursos de la organización para obtener mayores réditos para el empleador y buscar prosperidad para el trabajador.

Así tenemos por ejemplo la Administración de Recursos Humanos, cuyas actividades principales son las de planificar, reclutar, seleccionar, capacitar y evaluar al personal, muchos conceptos hoy en día han aparecido sobre estos temas.

Otro tipo de modelo es el de la <sup>2</sup>Administración por Objetivos, esta consiste en establecer y revisar metas u objetivos a los administradores y subalternos con el fin de evaluar los resultados y saber hasta dónde han llegado; uno de los inconvenientes que puede suscitar en este tipo de modelo, es la demasiada concentración que se le puede dar a los resultados, dejando a un lado el análisis de los medios empleados.

La Administración participativa, estratégica es otro tipo de técnicas que ayudan al gerente a dar una mejor dirección a sus empresas.

Cada una de estas herramientas ha sido empleada ya por empresas, obteniendo en algunos casos resultados favorables y en otras han sido todo un fracaso. Como todos sabemos la realidad de cada empresa es diferente, y la adaptación de estas técnicas dependen de ello.

---

<sup>2</sup> James Stoner, Edward Freeman, Daniel Gilbert; Administración sexta edición. Editorial Pearson.

<sup>3</sup>La Gestión por Procesos, es una nueva herramienta que percibe a la organización como un sistema interrelacionado de procesos que contribuyen conjuntamente a incrementar la satisfacción al cliente. El Hospital actualmente tiene una visión alternativa a la tradicional caracterizada por estructuras organizativas de corte jerárquico-funcional que dificulta la orientación de las empresas hacia el cliente.

La Gestión por Procesos coexiste con la administración funcional, asignando “propietarios” a los procesos lo que hace posible una gestión interfuncional generadora de valor para el cliente y que por lo tanto procura su satisfacción.

La Gestión por Procesos implica una Organización horizontal, se refiere a planificar en función de las necesidades y exigencias del cliente externo, organizar por procesos alineados y coordinados; y para esto se necesita ejercer un liderazgo participativo, en el que todas las personas de la Dirección actúen, sean activas y no se conviertan en personas pasivas, simples observadores.

La Administración por procesos como dice Juan Villacís Villacís “es administrar en forma proactiva, anticipándose a los problemas y estableciendo planes de acción para evitar que sucedan. Es el reto y la premisa que distingue a una nueva filosofía. La APV significa establecer las normas de comportamiento y los valores que deben compartir el gran equipo de personas de las empresa”.

En la Gestión por procesos la prioridad es el cliente, todos los procesos van encaminados a satisfacer las exigencias de nuestros usuarios, no como las organizaciones tradicionales que piensan primero en ellos; por eso se utiliza una organización vertical, jerarquizada, en la que la petición del cliente debe subir escalón por escalón hasta llegar a un nivel de decisión final, para luego volver por el mismo camino, desmotivando al cliente a volver a tener una relación con nuestra empresa. <sup>4</sup>La Gestión por procesos implica una reingeniería, nos dice que “La reingeniería es el método por el que se eliminan de la organización las limitaciones físicas y/o mentales, inducidas por las

---

<sup>3</sup> Administración por Procesos “Juan Villacís Villacís”

<sup>4</sup> Obeng, Eddie y Crainer, Stuart en su libro Reingeniería de la Empresa

recetas y se establecen de una manera que satisface mejor los objetivos de la organización”.

## **GESTIÓN FINANCIERA.**

Buenas decisiones financieras son aquellas que aumenten el ingreso económico en el interior de la organización. Los dos tipos de decisiones se relacionan con:

- ¿Cuánto invertir y en qué activos debe hacerse?.
- ¿Cómo conseguir los fondos necesarios para estas inversiones?

Para ello las decisiones de la administración financiera se clasifican en:

- De inversión.
- De financiamiento.

El éxito de una decisión de inversión radica en que el valor del activo adquirido sea mayor que su costo. El concepto de valor es el eje de la teoría financiera. El costo de los bienes se fija en el mercado, entre oferentes y demandantes el valor de un bien lo determina el uso de que ese bien pueda hacer el inversor. El agregar valor implica que la gerencia financiera deberá controlar los costos de la producción de bienes y servicios e impulsar el uso eficiente de los activos.

Los activos de la empresa son de dos tipos:

- Activos reales, esto son bienes tangibles o intangibles.
- Activos financieros, derechos o títulos sobre bienes y dinero.

## **POLÍTICA.**

Es la norma de proceder, es una orientación clara para dirigir todas las actividades de un mismo tipo, las excepciones podrán ser autorizadas por un nivel inmediato superior facilitando la toma de decisiones en actividades rutinarias.

## **MACROPROCESO.**

Son los procesos, en su forma más simple o macro, los lineamientos fundamentales de la cadena de valor.

## **CADENA DE VALOR.**

Es el conjunto de procesos, los cuales se diagraman en forma horizontal utilizando figuras a manera de bloques encadenados, insertando debajo de cada uno de ellos verticalmente, los bloques con los pasos macros de cada uno de los procesos que lo conforman.

A estos macro pasos también se los conoce como macro actividades: el conjunto de estos forman todo el proceso productivo de la empresa y en su forma horizontal cubre desde el proveedor hasta el cliente.

## **ACTIVIDAD**

Son los pasos pequeñitos que forman una macro actividad.

## **FLUJOGRAMA**

Es un conjunto de gráficos, en forma de rectángulos, círculos, etc., cada uno con un significado que simplifica leer el proceso en todo su flujo de información. Los flujo gramas son los que señalan el flujo, camino o vía que va siempre en una misma dirección, llevando consigo la información de un proceso determinado.

## **AUDITORIA DE VALORES**

Es el examen objetivo, metodológico y sistemático que se realiza al proceso de identificación, formulación, implementación y puesta en funcionamiento de los valores de toda la empresa comenzando por los niveles más altos de la organización y evidenciando la filosofía o cultura con la que se trabaja, comunica y resuelve problemas en la empresa.

## **AUTOMATIZACIÓN**

Proceso de mecanización de las actividades para reducir costos.

## **CALIDAD**

Es hacer las cosas bien desde el principio, sin necesidad de que otra persona lo revise, controle o verifique, garantizando la no existencia de reprocesos. Es pensar en el cliente, es ser productivo y exitoso.

## **CAMBIO**

Proceso mediante el cual, las cosas dejan de ser como eran ante, evolución.

## **CLIENTE EXTERNO.**

Quien compra nuestros servicios o producto, la razón de ser una empresa.

## **CLIENTE INTERNO.**

Persona que comparte nuestro tiempo en la oficina.

## **CREATIVIDAD**

Capacidad humana para producir, inventar, idear.

## **CULTURA ORGANIZACIONAL**

Conocida también como clima organizacional, es la conducta, mística, estándares, estilos y en general, todas las verdades y creencias, que sumadas al compromiso, al conocimiento y al entusiasmo de todos quienes conforman el hogar institucional, aseguran la calidad con que se alcanzará la visión de la empresa.

Es el conjunto de valores individuales, de la empresa y la filosofía de actuación, con sus reglas que norman la forma de proceder entre todos los integrantes de la empresa.

Lo fundamental en lo que deben trabajar los líderes está en conseguir una cultura uniforme que se constituya en el evangelio de todos los trabajadores, sin embargo, debemos puntualizar que la cultura organizacional indiscutible tiene que fluir de arriba hacia abajo, es decir desde el nivel más alto de la entidad para que los otros niveles administrativos emulen el ejemplo.

## **EMPATÍA**

Es la capacidad de sentir y comprender las emociones ajenas como propias. Es caminar con los zapatos del otro.

## **ESTÁNDARES DE CALIDAD**

Parámetro o modelo que permite medir o evaluar el cumplimiento de un producto proceso, paso, procedimiento, servicio o actividad.

## **ESTRATÉGIA**

Acciones precisas y concretas que hay que llevar a cabo en el mediano y largo plazo.

Es saber qué hacer cuando no hay nada que hacer (Tartakover).

## **FILOSOFÍA**

Es la suma de valores, verdades y creencias enquistadas en todos quienes son el negocio.

## **F.O.D.A.S.**

Fortaleza, oportunidades, debilidades, amenazas y soluciones.

## **FOCUS GROUP.**

Grupo pequeño de personas que son reunidas para probar un nuevo producto de servicio

## **INNOVACIÓN**

Es el proceso de poner en práctica las ideas creadas.

## **LIDERAZGO**

Capacidad de algunas personas de influir en otras

## **LIDERES**

Personas que son capaces de dirigir, impulsar, de inspirar e influir en otras personas.

## **META.**

Son los resultados cualitativos y cuantitativos que la institución se propone en un tiempo determinado que generalmente debe ser mayor a un año.

Las metas necesariamente deben sustentarse en las estrategias, en la misión y visión de la organización. Cada meta debe ser susceptible de medirse o evaluarse.

## **OBJETIVOS**

Son los resultados que se esperan o programan en el corto plazo, es decir, en máximo un año. Los objetivos tienen que ser medibles en tiempo, en unidades monetarias, en porcentajes o en cantidades.

### **OBJETIVOS RUTINARIOS.**

Son aquellos que compendian las actividades del día a día o los resultados que se programan y deben lograrse en un día normal de actividades.

### **OBJETIVOS DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS**

Permiten solucionar un problema específico.

## **PARADIGMAS.**

Modelo mental de cómo se cree que son ciertas cosas. Son formas de pensar.

## **PRINCIPIO**

Principio moral, hacer algo por principios, observar escrupulosamente las reglas de conducta que la persona o empresa se ha fijado.

## **PROCEDIMIENTO**

Es el detalle que muestra secuencialmente la forma en la que varias personas realizan los pasos en un proceso, los procedimientos son los que norman cada parte o paso del proceso.

## **REDISEÑO**

Diseñar algo nuevamente.

## **REPROCESOS**

Repetir procesos.

## **RESTRICCIÓN**

Es cualquier cosa que le impida a un sistema lograr un mayor nivel de desempeño en relación con su meta.

## **TEORIA DE RESTRICCIONES.**

Aplica el proceso de pensamiento de causa y efecto, utilizado en las ciencias exactas para entender, proponer y ejecutar cambios de mejora en las organizaciones con o sin ánimo de lucro.

## **RECURSO CUELLO DE BOTELLA**

Es un recurso cuya capacidad es igual o menor a la demanda que hay de él.

## **RECURSO NO CUELLO DE BOTELLA**

Es cualquier recurso cuya capacidad sea mayor a la demanda que hay de él.

## **SISTEMA**

Red de componentes interdependientes, que trabajan juntos para lograr la meta del sistema.

## **AREA CLAVE DE RESULTADOS.**

Aspectos de una unidad u organización que deben funcionar en forma eficaz para que la unidad u la organización entera logren el éxito.

## **BALANCE GENERAL O ESTADO DE SITUACIÓN.**

Estado que muestra la situación financiera de una empresa en un momento dado, listando en forma clasificada el valor de los activos, pasivos y el capital de los dueños o accionistas de la empresa.

## **BALANCE GENERAL.**

Descripción de la organización en función de sus activos, pasivos y valor contable.

## **CAPITAL O PATRIMONIO.**

Aportación de los dueños o accionistas de la empresa. Su importe es igual a la diferencia entre el total del activo y el total del pasivo. Se separa el capital social en acciones, del de utilidades retenidas, que incluyen reservas legales u otras y del saldo de superávit por revalorización.

## **CONTROL.**

Es determinar lo que se está haciendo esto es evaluar el desempeño y si es necesario aplicar medidas correctivas de manera que el desempeño este de

acuerdo con los planes. Ayuda a asegurar que lo que se ha planeado se ejecute.

### **CENTRO DE RESPONSABILIDAD.**

Toda función o unidad de la organización cuyo gerente sea responsable de la totalidad de sus actividades.

### **CENTRO DE INGRESOS.**

Unidad de la organización en la que los productos se miden en términos monetarios, pero no se comparan directamente con los costos de los insumos.

### **CENTRO DE INVERSIONES.**

Unidad de la organización que no solo mide el valor monetario de los insumos y los productos, sino que también compra los productos con los activos usados para producirlos.

### **DISEÑO ORGANIZACIONAL.**

Determinar la estructura de la organización que es más conveniente para la estrategia, el personal la tecnología y las tareas de la organización.

### **DIVISIÓN DEL TRABAJO.**

Descomponer una tarea compleja en sus componentes de tal forma que las personas sean responsables de una serie limitada de actividades.

### **DEPARTAMENTALIZACIÓN.**

Agrupar en departamentos aquellas actividades de trabajo que son similares o tienen una relación lógica.

## **ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.**

La forma de dividir, organizar y coordinar las actividades de la organización.

## **ESTADO FINANCIERO.**

Análisis monetario del flujo de bienes y servicios, que entran y salen, de la organización.

## **ESTADO DE RESULTADOS.**

Resumen de los resultados financieros de la organización de un plazo dado.

## **JERARQUIA.**

Patrón de diversos niveles de la estructura de una organización, en la cima están el gerente o los gerentes de mayor rango, responsables de las operaciones de toda la organización.

## **ORGANIZAR.**

Es el proceso de establecer el uso ordenado de todos los recursos del sistema administrativo.

## **PLANEACION**

Es el proceso de determinar cómo el sistema administrativo alcanzará sus objetivos. En otras palabras, como puede la organización llegar a donde quiere llegar.

Lo que planeamos afecta a la forma en que nos organizamos y viceversa.

Planeación es anticiparse al futuro mediante la elaboración de esquemas de acción a fin de determinar tanto las posibles acciones, como los posibles resultados de las mismas, y elegir el más adecuado en función de los objetivos trazados y de los recursos disponibles.

## **PASOS DEL PROCESO DE PLANEACIÓN.**

El punto de partida para iniciar el proceso de planeación en cualquier empresa es haber apreciado una oportunidad y tomar la decisión de aprovecharla. Este es el comienzo de todo desarrollo empresarial.

### **PLANEACIÓN ESTRATÉGICA**

La planeación estratégica de una empresa es donde la dirección de la misma define la misión de la organización, establece metas a largo plazo y formula estrategias para cumplirlas. Estas metas y estrategias globales se convierten después en el marco de referencia para planear las áreas funcionales que constituyen dicha organización, como producción, finanzas, recursos humanos, investigación y marketing.

### **DEFINICIÓN DE LA MISIÓN**

Cada unidad necesita definir su misión específica dentro de la misión más ampliamente de la empresa.

La declaración de la misión señala el alcance de las operaciones del Hospital en términos de productos y servicios. Esta responde a la pregunta básica que se hacen los estrategas “¿cuál es nuestra Institución? Un enunciado claro de la misión describe los valores y las prioridades de una organización. Al redactar la misión, los estrategas se ven obligados a analizar la índole y el alcance de las operaciones presentes, así como a evaluar el posible atractivo de los mercados y las actividades en el futuro.

### **ANÁLISIS SITUACIONAL**

En este primer paso se examina a qué punto ha llegado el Hospital, qué resultados ha dado y sus perspectivas en los años futuros.

El análisis de la situación abarca normalmente los factores ambientales externos y los recursos internos no relacionados con la administración, las habilidades y el grado de experiencia del personal que rodean al programa.

Aquí se incluyen también los grupos de clientes a quienes se atiende, las estrategias mediante las cuales se les satisface y las medidas fundamentales del desempeño.

## **FORMULACIÓN DE METAS**

Una vez que la organización ha efectuado un análisis, puede proceder a establecer metas específicas para el periodo de planeación. Esta etapa del proceso se llama formulación de metas.

Los gerentes emplean el término metas para describir objetivos que son específicos en cuanto a magnitud y tiempo.

Muy pocas organizaciones tienen un solo objetivo. Casi todas se fijan una combinación de objetivos que incluyen rentabilidad, crecimiento de ventas, incremento de la participación de mercado, limitación de riesgos, innovación de riesgos, innovación y reputación.

## **FORMULACIÓN DE ESTRATEGIAS**

Las metas indican lo que un Hospital quiere lograr mediante una estrategia, ésta es un plan de juego para alcanzar las metas.

Toda organización debe adaptar una estrategia para alcanzar sus metas

## **FORMULACIÓN DE PROGRAMAS**

Una vez que la unidad ha desarrollado sus estrategias principales, deberá preparar programas de apoyo detallados.

Formulada tentativamente los programas participativos, el personal debe demostrar sus habilidades.

Debe aplicar sus conocimientos basados en prácticas para determinar su eficiencia y eficacias obteniendo resultados óptimos.

## **CONTENIDO DEL PLAN ADMINISTRATIVO**

El proceso de la planeación:

- ⇒ Diagnóstico o análisis de la situación actual del Hospital Quito No.1
- ⇒ Se trazan los objetivos.
- ⇒ Se determina el posicionamiento y la ventaja diferencial.
- ⇒ Se seleccionan los procesos.
- ⇒ Se diseñan los procesos.
- ⇒ Se vinculan los procesos con el personal.

## **ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN**

En este primer paso se examina a qué punto ha llegado el plan ADMINISTRATIVO, qué resultados ha dado y sus perspectivas en los años futuros, análisis de la situación abarca normalmente los factores ambientales externos y los recursos internos no relacionados con el Hospital (entre ellos, las capacidades del departamento de investigación y desarrollo, las finanzas, las habilidades y el grado de experiencia del personal) que rodean al programa. Aquí se incluyen también los grupos de clientes a quienes se atiende, las estrategias mediante las cuales se les satisface y las medidas fundamentales del desempeño.

## **OBJETIVOS DEL HOSPITAL QUITO No.1**

El siguiente paso en el proceso de la planeación consiste en determinar los objetivos del Hospital Quito No1. Estos han de guardar estrecha relación con las metas y estrategias globales. Ya hemos dicho que la planeación estratégica requiere adecuar los recursos disponibles con las oportunidades del mercado. Teniendo presente esto, a cada objetivo se le asignará una prioridad según su urgencia y el impacto potencial en la organización. Después los recursos serán asignados atendiendo a dichas prioridades.

## **PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN.**

En ésta sección se abordan las preguntas de qué, quién, cómo y cuándo, relacionadas con el desempeño medido frente a las metas, tanto durante el

principio cómo al final. Los resultados de las evaluaciones hechas pueden hacer que se introduzcan ajustes en las estrategias del plan, en sus tácticas y hasta en los objetivos.

## **UNIDADES ESTRATEGICAS DE LA ORGANIZACIÓN.**

Con el fin de tener una planeación y operaciones más eficientes, conviene dividir una organización A cada una de estas entidades se las llama unidades estratégicas (UE). Cada unidad puede ser una gran división de la empresa.

Para que una entidad sea clasificada como unidad estratégica de negocios, debe:

- Ser una unidad individualmente identificable
- Tener una misión bien definida
- Tener una visión bien definida.
- Contar con una administración por procesos eficiente
- Tener su propio grupo de colaboradores con la responsabilidad de generar mejoramiento continuo.

Cuando se establecen unidades estratégicas, se busca alcanzar un número óptimo de ellas. Si son demasiadas se abruma a los gerentes de alto nivel con los detalles concernientes a la planeación, operación e información. Si las unidades son muy pocas, tal vez cada una abarque un área demasiado amplia de planeación administrativa .ocasionando cuellos de botella en los procesos.

## **EL ENFOQUE DE LA MATRIZ F.O.D.A.**

En la planeación estratégica, los gerentes llaman a esta evaluación del entorno del negocio el análisis FODA, porque busca identificar las significativas fortalezas (F) y debilidades (D) en el ambiente interno de las organización y las oportunidades (O) y los riesgos que vienen del ambiente externo de la organización.

EL análisis FODA hace posible que la ORGANIZACIÓN pueda capitalizar las oportunidades y minimizar las amenazas porque puede desarrollar estrategias que sintonicen exitosamente con lo que la organización hace mejor dando pie a lucrativas oportunidades.

## **DISEÑO Y ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL**

### **DISEÑO ORGANIZACIONAL**

Una organización es un patrón de relaciones, por medio de las cuales las personas, bajo el mando de gerentes, persiguen metas comunes. Estas metas son producto de los procesos para tomar decisiones al momento de la planificación. Las metas que los administradores desarrollan en relación a la planificación suelen ser ambiciosas, de largo alcance y sin un final fijo.

Los miembros de la organización necesitan un marco estable y comprensible en el cual pueden trabajar unidos para alcanzar las metas de la organización implica tomar decisiones para crear este tipo de marco, de tal manera que las organizaciones puedan durar desde hasta bien entrado en el futuro.

Los gerentes deben tomar en cuenta dos tipos de factores cuando organizan. En primer término, debe definir las metas de la organización, sus planes estratégicos para perseguir dichas metas y la capacidad de sus organizaciones para poner en práctica dichos planes estratégicos.

Al mismo tiempo los gerentes deben considerar lo que está ocurriendo y lo que probablemente pasará en el futuro, en el momento de la organización.

### **ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL**

La estructura organizacional proporciona un patrón de relaciones estable, lógico y claro, dentro del cual los gerentes y los empleados pueden trabajar a efecto de alcanzar las metas organizacionales. Las personas que interactúan dentro de la estrategia futura organizacional necesitan reglas que le permitan hacer que la estructura funcione con eficacia.

### **PASIVOS.**

Obligaciones de pago o deudas de las empresas a favor de terceros. El pasivo se agrupa en pasivo corriente, pasivo a largo plazo y crédito diferido.

## **PRODUCTIVIDAD.**

Es la relación que existe entre la cantidad total de bienes y servicios que se producen (producto) y los medios de los que dispone la organización para producirlos (recursos)

## **PRESUPUESTO.**

Estado cuantitativo formal de los recursos asignados para las actividades proyectadas para plazos de tiempo estipulados.

## **SISTEMA DE CONTROL.**

Procedimiento de varios pasos aplicados a diversos tipos de actividades de control.

## **SISTEMA DE INFORMACION GERENCIAL.**

Es una red de trabajo establecida en una organización para suministrarles a los gerentes la información que les será útil en el proceso de la toma de decisiones.

## **TRAMO DE CONTROL ADMINISTRATIVO.**

El número de subordinados que depende directamente de un gerente dado.

## **EMERGENCIAS**

Urgencias con afectación vital o peligro vital potencial que generan un peligro vital inmediato.

Son la primera prioridad de urgencias pues requieren de atención inmediata.

Estos pacientes requieren de ambulancias intensivas o de emergencias.

## **URGENCIAS**

Urgencia verdadera con requerimientos hospitalarios: paciente con enfermedad o lesiones que de no atenderse en un tiempo mediano puede generar complicaciones fatales. Son la 2da prioridad de urgencias. Estos se trasladan en ambulancias de urgencias

## **URGENCIA BANAL O SIN RIESGOS**

Pacientes que requieren ser vistos de urgencia pero sin peligro vital mediano o tardío. Constituyen la 3ra prioridad de urgencias. No deben trasladarse en ambulancias a no sean casos especiales.

## **URGENCIA SOCIAL**

No constituye una urgencia aunque es una urgencia sentida, es un problema para el paciente y sus familiares. No es político decir las No Urgencias.

La recepción de la llamada será hecha por la enfermera coordinadora que se encuentra en la sala de coordinación, aceptando solo llamadas de emergencias y urgencias mediante un interrogatorio rápido y protocolizado, luego la información es pasada al controlador que es el encargado de la ejecución de la demanda y control del equipo. En la sala de recepción de no urgencias se hará, desde el día anterior, el plan de salida de vehículos por municipios y por horarios.

## **TRIAGE HOSPITALARIO**

Consiste en una clasificación rápida de los heridos según la gravedad de sus lesiones y la probabilidad de supervivencia, si reciben cuidados médicos rápidos. Debe ser adaptada a las capacidades disponibles localmente. La primera prioridad son las víctimas cuyo pronóstico inmediato o largo plazo puedan mejorar significativamente con cuidados intensivos sencillos. La prioridad más baja se aplica a los pacientes moribundos que necesitan muchísima atención (con beneficios dudosos). El triage es el único enfoque que puede proporcionar un beneficio máximo al mayor número posible de lesionados en una situación de desastre.

## **CONFORMACIÓN DE LOS EQUIPOS DE TRIAGE**

Responsable de triage se aconseja que este sea un cirujano, traumatólogo o anesthesiólogo con experiencia en sanidad militar o bien en atención de emergencia.

- Una Enfermera de triage.
- Un auxiliar de enfermería.
- Un oficial de documentación o estadística quién llevará el registro y etiquetará de acuerdo a la clasificación correspondiente.

## **UBICACIÓN DE ZONA DE TRIAGE**

El área de triage debe de cumplir las siguientes condiciones:

- Debe tener acceso directo a los vehículos sanitarios (ambulancias), es decir N que no haya obstáculos que impidan el ingreso de las ambulancias.
- Al menos tener una cubierta adecuada, podemos citar como ejemplo; los toldos de tiendas de campañas.
- Tener adecuada iluminación.
- Fácil acceso al área de choque y a los servicios de apoyo sobre la ruta crítica.

## **CLASIFICACIÓN DE LAS VÍCTIMAS**

### **EL ROJO**

Indica una elevada prioridad en cuanto al tratamiento o el traslado.

### **EL AMARILLO:**

Se aplica a las prioridades medias.

### **EL VERDE**

Se usa para los pacientes ambulatorios y sin posibilidades de sobrevivir.

### **EL NEGRO**

Para los pacientes fallecidos.

## **TARJETA ROJA**

Necesitan cuidados inmediatos, son de primera prioridad en la evacuación, se encontrarán en algunas de estas categorías:

1. Problemas respiratorios no corregibles en el sitio.
2. Paro cardíaco (presenciado).
3. Pérdida importante de sangre (más de un litro).
4. Pérdida de la conciencia.
5. Perforaciones torácicas o heridas penetrantes abdominales.
6. Algunas fracturas graves:
  - Pelvis.
  - Tórax.
  - Vértebras cervicales.
  - Fracturas o luxaciones donde el pulso no se detecta por debajo del sitio de fractura o luxación.
  - Conmoción severa.
  - Quemaduras (complicadas por daño a las vías respiratorias).
  - Estado de shock de cualquier origen.

Estos pacientes serán tratados en el área de choque que corresponde a la sala de emergencia para la atención de casos agudos y a las salas de operaciones, donde se realizarán procedimientos y protocolos en el manejo del trauma grave.

## **TARJETA AMARILLA**

Se trata de pacientes que tienen prioridad secundaria en evacuación.

Requieren cuidados, pero sus lesiones no son de tanta gravedad como para que sus vidas corran peligro; corresponderían a esta categoría:

1. Quemaduras grado II más del 30% SCQ.
2. Quemaduras grado III que cobren el 10 % SCQ.
3. Quemaduras complicadas por lesiones mayores a tejidos blandos o fracturas menores.
4. Quemaduras grado III que involucren áreas críticas como manos, pies, cara pero sin que exista problemas de las vías respiratorias.
5. Pérdida moderada de sangre 500-1000cc.
6. Lesiones dorsales con o sin daño de columna vertebral.

7. Pacientes consientes con daño cráneo - encefálico importante (tan serio como para causar un hematoma sub-dural o confusión mental). Estos pacientes mostrarían unos de los siguientes signos:

- Salida de líquido cefalorraquídeo por oído o nariz.
- Aumento rápido de la presión sistólica.
- Vómitos en proyectil.
- Cambios de la frecuencia respiratoria.
- Pulso menor de 60 ppm.
- Signo de mapache.
- Pupilas anisocóricas.
- Colapso.
- Respuesta motora débil.
- Reacción débil a la estimulación sensitiva.

Sin embargo estos pacientes serán tratados en un área específica al que podríamos llamarle zona amarilla; Donde se sometan a tratamiento para su estabilización, vigilancia estricta de su estado clínico, revaloración continua, que en caso de agravar su situación deben ser trasladado a la zona roja o de choque.

## **TARJETA VERDE**

Se utilizaría en aquellos pacientes a los que se les da tercera prioridad de evacuación, y estarían definidos en las siguientes categorías:

1. Fracturas menores.
2. Otras lesiones menores, abrasiones contusiones.
3. Quemaduras menores:
  - ⇒ Quemaduras grado II que cubren menos del 15% SCQ
  - ⇒ Quemaduras grado III con menos del 2% SCQ
  - ⇒ Quemaduras grado I con menos del 20% SCQ
  - ⇒ Excluyendo manos, pies y cara.

Estos pacientes deben ser manejados en unidades de salud de baja

complejidad; Se deberá establecer coordinación con el primer nivel de atención de salud.

### **Lesiones mortales**

- ⇒ Quemaduras grado II y III de más del 50% SCQ en las que la muerte parece razonablemente cierta.
- ⇒ Quemaduras grado II y III de más del 40%, con otras lesiones mayores, así como fracturas mayores, lesiones cráneo-encefálicas mayores, lesiones torácicas etc.
- ⇒ Lesiones cráneo-encefálicas donde el tejido cerebral está expuesto y el paciente se encuentra inconsciente.
- ⇒ LCE donde el paciente está inconsciente y tiene fracturas mayores.
- ⇒ Paciente senil, con grandes lesiones que hagan imposibles las maniobras de reanimación.

Para estos pacientes debe crearse un área específica, ya que solo requieren atención de apoyo, podría utilizarse un pabellón médico.

### **Tarjeta Negra**

Corresponde a los fallecidos. Serían los pacientes sin pulso o respiración que estuvieran en esta condición por más de 20 minutos, o cuyas lesiones hicieran imposibles las medidas de resucitación.

# CAPITULO 1

## GENERALIDADES



*"Saber que mi padre se nos fue porque en el Hospital no había ni la voluntad, ni el proceso para salvarlo, más hoy con este aporte, espero contribuir con los que más necesitan, para ello Dios fue mi guía, lo que hoy hago es por su voluntad y por el cariño que tengo para con mi familia"*

# GENERALIDADES

## 1.1 ANTECEDENTES

El Servicio de Emergencia del Hospital Quito No.1, contribuye al mejoramiento del nivel de salud y vida de los miembros de la Policía Nacional, en servicio activo y pasivo y de todas aquellas personas que acrediten el derecho de atención, en forma oportuna, eficiente y eficaz; se encarga de ofrecer a distintos usuarios internos y externos el servicio de salud.

En la actualidad este Hospital no guarda concordancia con los departamentos que funcionan realmente, lo que dificulta el establecimiento de relaciones de dependencia, líneas de comunicación y supervisión entre los distintos niveles de la organización, a la vez que imposibilita disponer de funciones y responsabilidades por escrito para todos quienes cumplen sus funciones dentro de cada departamento.

El Hospital Quito No.1, ubicado en la Parroquia Mariana de Jesús, Cantón Quito, desde la fecha de su creación hasta la presente fecha no cuenta con un Manual de Gestión en Procesos para Urgencias Médicas, que ayude a operar como un Hospital independiente y moderno, realizando actividades dentro del Proceso Global Administrativo de la Policía Nacional.

Cuando se realizó el Diagnóstico preliminar a este Hospital; (utilizando el Modelo de Evaluación de Factores Internos E.F.I). se detectó, que el personal que actualmente presta sus servicios, entre personal de oficiales, tropa y civil, posee conocimientos y capacidad profesional, y la experiencia necesaria, no obstante se requiere la aplicación de un Modelo de Gestión Administrativa por Procesos que cumpla con los Objetivos Generales de la Institución Policial con la distribución y utilización adecuada del talento humano .

## 1.2 RESEÑA HISTÓRICA

El cuerpo de carabineros, nombre que tuvo la actual Policía Nacional desde 1938 a 1944, incluyó por primera vez, a partir del 8 de mayo de 1941, la Sección Médica en su Ley Orgánica, que fue elevada a la categoría de

Departamento de Sanidad el 4 de julio de 1946 con la expedición de la Ley Orgánica Civil Nacional.

El 22 de mayo de 1948 fue inaugurada la Botica de la Comandancia General. En agosto del mismo año, se inauguró el servicio de Exámenes Médicos, en septiembre se realizó el primer curso para enfermeros y camilleros y, en octubre se instauró el descuento a todos los miembros de la Institución por concepto del “Fondo Sanitario”.

A principios de 1950 se inauguró el Policlínico de la Policía Nacional, ubicado en el último piso del edificio policial de las calles Cuenca y Mideros. En 1954 el Policlínico abrió la hospitalización a través de dos salas, la una con capacidad de 10 camas para oficiales y la segunda, con capacidad de 20 camas, para personal de clases y policías, y un quirófano con capacidad de resolución para varias especialidades.

Mediante acuerdo del Ministerio de Gobierno, el 20 de agosto de 1951, fue creado un Comité pro Construcción del hospital policial de Quito; edificación prevista en los terrenos del Rancho San Vicente de la avenida de la Prensa, iniciativa que no se concretó.

El 28 de noviembre de 1958, fue aprobado el Reglamento General de Sanidad Policial, contemplando para el Departamento de Sanidad las secciones Dental, Médico Legal y Medicina General.

En el año 1981 se conformó la Unidad Ejecutora de los Hospitales de la Policial Nacional y se procedió en forma inmediata a su construcción, tanto en Quito como en Guayaquil, mediante contrato suscrito con la firma Cogetar acción que fue complementada en 1985 con la conformación de la Unidad Técnico-Administrativa de los hospitales de la Policial Nacional.

En 1985 el Presidente de la República León Febres Cordero firmo un contrato para la construcción y equipamiento médico del Hospital Quito No.1, empezando en ese mismo año los trabajos.

Terminada su construcción y equipamiento, a finales de 1990, el Hospital Quito No.1, en abril del mismo año, traslada en forma definitiva todos los servicios del Policlínico al Hospital y el 9 de abril se procede al cambio del Director Administrativo.

El 9 de abril de 1991, entro en funcionamiento el Hospital Quito No.1, con 180 camas y los servicios necesarios. El 7 de Agosto de 1998 entro en vigencia el Reglamento Orgánico Funcional de la Dirección Nacional de Salud.

El 22 de enero de 1999, se inaugura una aspiración justa para las mujeres y los niños, pues entra en funcionamiento la Unidad Materno Infantil

En el mes de noviembre del 2003 se realizaron reformas a este reglamento, mismo que está en trámite en el Escalón Superior.

El Hospital Quito No.1, fue construido sin visión de futuro, como Hospital General sin servicios y áreas médicas de un Hospital de especialidades como: morgue, maternidad, docencia, biblioteca, bar, bazar, baterías sanitarias, área administrativa, salas de espera, etc.

Fue construido sin permisos municipales, de bomberos de defensa civil, del Ministerio de Salud, sin planos aprobados, sin escrituras no consta en el registrador de la propiedad, en el municipio entre otras cosas. Actualmente, el Hospital Quito No.1 atiende los 365 días del año las 24 horas con médicos especialistas, siendo el único de su género que tiene médicos especialistas de llamada responden en un máximo de 20 a 30 minutos las emergencias.

### **1.3 PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD.**

#### **Antecedentes.**

La Policía Nacional del Ecuador es la institución encargada del orden y seguridad interna de la sociedad ecuatoriana, una condición básica para alentar el desarrollo económico y social del país.

Inspirados en la decisión tomada por el señor Comandante General y el Alto Mando Institucional de implantar un vigoroso proceso de modernización en base al fortalecimiento de la estructura orgánico - funcional, de la formación profesional, del equipamiento moderno y suficiente, con una infraestructura completa, la Dirección Nacional de Salud se propone contar con un Plan Estratégico de Salud, que de continuidad a las actividades de administración y fortalecimiento del Sistema de Salud de la Policía Nacional.

La Dirección Nacional de Salud (DNS) es consciente de la necesidad de organizar una Red de Servicios, en base a todas las unidades de salud policiales que han sido creadas, con la finalidad de dar una cobertura con servicios de salud a todos sus miembros.

Con la promulgación de la Ley del ISSPOL, en 1995, la Dirección Nacional de Salud se transforma en la instancia encargada de aplicar el Seguro de Maternidad y Enfermedad que tiene por propósito proveer una cobertura universal en especies al personal activo, pasivo y a sus familiares directos.

## **DIAGNOSTICO SITUACIONAL.**

El Sector Salud de la Policía Nacional ha alcanzado un importante desarrollo en infraestructura de servicios, en base a los 63 unidades de atención primaria ubicados en los repartos policiales del país y 2 unidades hospitalarias ubicados en las ciudades de Quito y Guayaquil.

Estos servicios, no han alcanzado un óptimo desarrollo en la prevención de las enfermedades y en la resolución de las mismas. En la actualidad, lo más común es la auto-referencia de los usuarios al nivel hospitalario (33% de la atención ambulatoria en hospitales corresponde a I nivel), que provoca un abarrotamiento especialmente en la Consulta Externa de una demanda que debería ser resuelta en las unidades de salud ubicadas en los repartos policiales, de mediar una adecuada capacidad de convocatoria de estas unidades, que se base en la continuidad del funcionamiento y en la credibilidad del personal de salud que allí labora.

Las unidades de salud primarias, exhiben un desarrollo heterogéneo en infraestructura, capacidad instalada y personal. Hasta el momento, se ha

logrado completar el equipamiento básico de estas unidades a nivel nacional, pero se hace imperiosa la necesidad de completar las plantillas de personal.

## **Financiamiento**

La DNS se constituye como la instancia prestadora de servicios no exclusiva para cumplir con la demanda de atención de salud creada por las normativas del Seguro de Enfermedad y Maternidad del ISSPOL.

Dentro de la institución policial el ISSPOL funciona como recaudador del descuento mensual a los efectivos policiales, que posteriormente es entregado en su totalidad a la DNS con una retención de seguridad del 3% del monto total.

Planteado de esta manera, la DNS funciona dentro de la institución policial como Financiador y Prestador de Servicios. Por otro lado, la asignación interna de recursos por parte de la DNS actualmente se hace de manera “estimativa porcentual” y no de manera planificada, basándose en una programación anual de prestaciones. De manera general el Hospital Quito No. 1 recibe un 35% del total de dinero asignado a la DNS; el Hospital Guayaquil No. 2 un 30% y un 35% se retienen para la DNS para ser asignada a las Unidades Operativas de primer nivel y a gastos administrativos.

Esta manera de repartir el dinero no toma en cuenta la eficiencia ni la productividad de los servicios por lo tanto el dinero asignado a los Hospitales no cubre aparentemente la totalidad de gastos operativos. “Aparentemente” debido a que por la falta de políticas de control de la gestión realizada, al momento no se puede afirmar que estas dos unidades son eficientes, sino mas bien que presentan claros signos de ineficiencia como una elevada estancia hospitalaria, insatisfacción de los usuarios, baja ocupación de la consulta externa, etc. En consecuencia tampoco se puede afirmar que el dinero asignado mediante el descuento del 2.5% del sueldo de los efectivos policiales sea suficiente o insuficiente.

Es imperiosa la necesidad de emprender un serio análisis actuarial de cuyo resultado se podrán definir varias acciones tendientes a lograr un mejor aprovechamiento de los recursos financieros.

El control del gasto financiero entonces no ha sido llevado a un nivel de detalle que permita determinar si las prestaciones de salud individuales y los insumos y medicamentos utilizados se basan en criterios de eficiencia establecidos y normados.

El control se ha limitado a verificar que los recursos financieros sean gastados en lo que dispone la ley, dejando de lado la eficiencia de uso por parte de las unidades operativas controladas por la DNS.

## **Organización Actual**

### **Unidades de Atención Primaria**

Como recomendación técnica se establece que la creación de una unidad de atención primaria con categoría de Subcentro de Salud adecuadamente dotado y equipado a cargo de un médico general con el apoyo de un equipo de salud compuesto por un odontólogo, una enfermera y un auxiliar de servicios, se justifica con poblaciones de 2.000 a 5.000 usuarios potenciales dentro de su área geográfica de influencia.

La Policía Nacional cuenta con 63 unidades de salud con grado de complejidad I, cuya ubicación y número no ha obedecido a un proceso planificado sino mas bien a la buena intención de los directivos para atender los pedidos de las diferentes unidades operativas policiales. La distribución por provincias de estas unidades de atención primaria consta en la Tabla No. 1.

**DISTRIBUCCION NUMÉRICA Y PORCENTUAL POR PROVINCIAS Y  
DISTRITOS UNIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA**

| Provincia                       | No. Unidades | %           |
|---------------------------------|--------------|-------------|
| <b>Distrito I</b>               |              |             |
| Pichincha                       | 26           | 42.1        |
| Carchi                          | 1            | 1.5         |
| Imbabura                        | 3            | 4.7         |
| Esmeraldas                      | 2            | 3.2         |
| Napo                            | 1            | 1.5         |
| Sucumbíos                       | 1            | 1.5         |
| <b><i>SUBTOTAL DISTRITO</i></b> | <b>34</b>    | <b>54.6</b> |
| <b>Distrito II</b>              |              |             |
| Chimborazo                      | 2            | 3.2         |
| Tungurahua                      | 1            | 1.5         |
| Bolívar                         | 2            | 3.2         |
| Cotopaxi                        | 2            | 3.2         |
| Pastaza                         | 1            | 1.5         |
| <b><i>SUBTOTAL DISTRITO</i></b> | <b>8</b>     | <b>12.6</b> |
| <b>Distrito III</b>             |              |             |
| Azuay                           | 1            | 1.5         |
| Loja                            | 2            | 3.2         |
| Cañar                           | 1            | 1.5         |
| Morona Santiago                 | 1            | 1.5         |
| Zamora Chinchipe                | 1            | 1.5         |

|                          |           |             |
|--------------------------|-----------|-------------|
| <b>SUBTOTAL DISTRITO</b> | <b>6</b>  | <b>9.2</b>  |
| <b>Distrito IV</b>       |           |             |
| Guayas                   | 4         | 6.3         |
| EL Oro                   | 2         | 3.2         |
| Manabí                   | 4         | 6.3         |
| Los Ríos                 | 4         | 6.3         |
| Galápagos                | 1         | 1.5         |
| <b>SUBTOTAL DISTRITO</b> | <b>15</b> | <b>23.6</b> |
| <b>TOTAL</b>             | <b>63</b> | <b>100%</b> |

**Tabla 3** Unidades de Atención Primaria De Salud

**Fuente:** Centro de Cómputo de la DNS

**Elaboración:** División de Planificación 2009

Si establecemos una relación entre el número de usuarios potenciales del sistema de salud policial a nivel nacional, estimada en 100.000 personas y lo relacionamos con el número de médicos podemos observar que la Policía registra un índice de 24 médicos por 10.000 usuarios, en comparación con los indicadores nacionales del Ministerio de Salud que plantean 13 médicos por cada 10.000 habitantes, la policía supera ampliamente los índices de salud del Estado y como DNS nos alerta sobre el peligro de estimular el crecimiento de servicios de salud sin una base de planificación que nos permita utilizar adecuadamente el dinero de los aportantes.

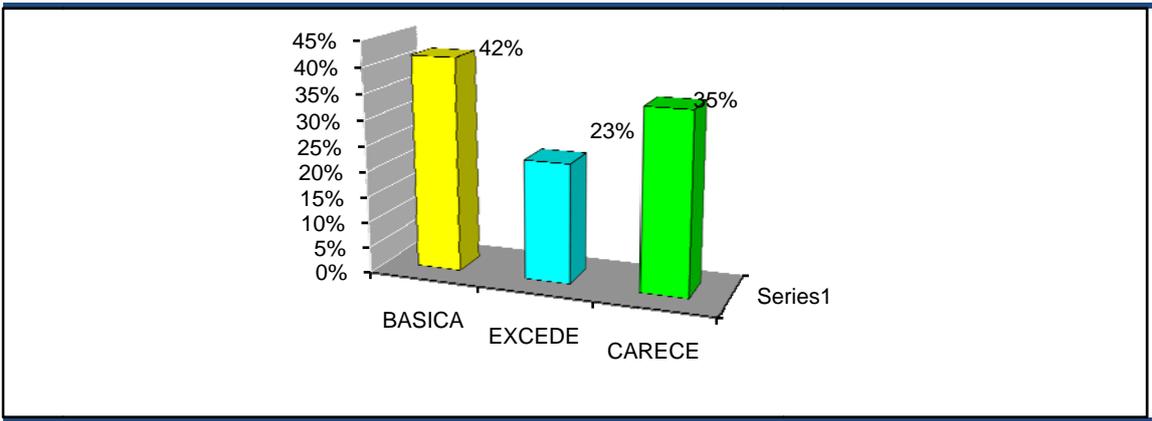
Para ordenar y planificar la existencia justificada de una unidad operativa de salud de determinada complejidad es necesario entonces conocer el número o universo poblacional objetivo a quienes se llegará con algún tipo de acciones de salud y por lo tanto que se encuentre en un área geográfica de influencia. No existen los datos del número de familiares directos distribuidos o categorizados geográficamente. El único dato apreciativo existente, es que la mayoría de familias policiales se ubican en Quito y otro porcentaje mucho menor se ubica en Guayaquil y el resto del país.

Estas unidades de atención primaria conocidas hasta ahora como “dispensarios” en su gran mayoría se hallan ubicadas dentro de los repartos policiales, lo que ha ocasionado problemas con la atención al personal y familiares. Es una queja frecuente del personal en servicio pasivo que se le prohíbe el ingreso a los repartos o ha sido tratado de manera displicente. Otra queja común es la prohibición al equipo de salud asentado en un reparto de atender a personal que no pertenezca a esta dependencia, etc.

### **Dotación y Equipamiento**

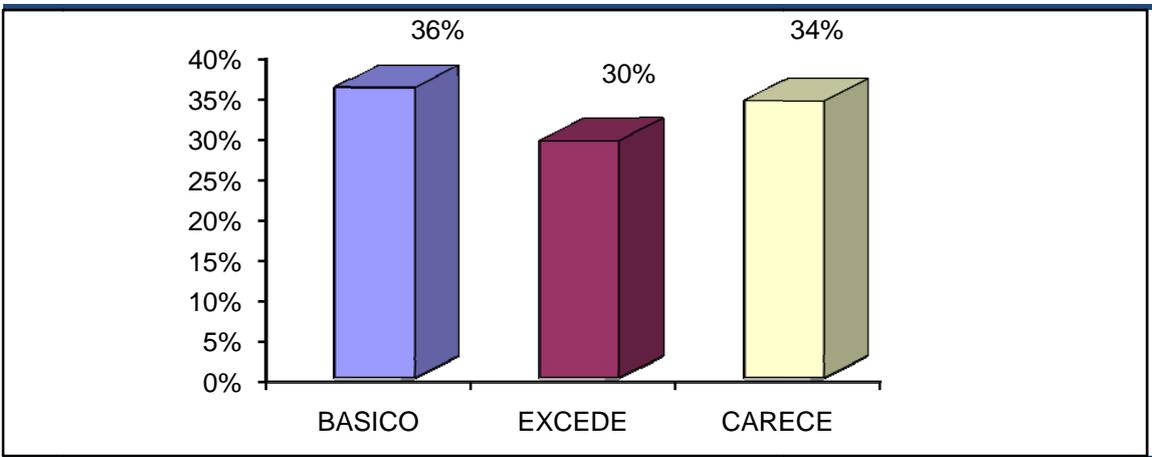
Las unidades de atención primaria no se han desarrollado armónicamente y existen algunas sobredimensionadas. La explicación se da por la falta de planificación y políticas de salud que han dado paso a presiones de grupos o autoridades que al no manejar los conceptos básicos de salud y desconocer estas débiles políticas existentes, han provocado (con buena intención) el establecimiento de una red de servicios poco funcional, que si no recibe una readecuación oportuna se volverá cada vez más ineficiente y por consiguiente más costosa, que podría terminar en la insostenibilidad de los servicios médicos de la Policía. Un claro ejemplo es la unidad de atención primaria de Alausí, que posee infraestructura y equipamiento para funcionar como un Centro de Salud de Nivel II, pero que su ubicación poco estratégica hará que se subutilice hasta dentro de muchos años, a no ser que se tomen decisiones específicas al respecto.

El grado de complejidad a partir de la capacidad instalada de las unidades de atención primaria a nivel nacional se expresa en el Gráfico No.1, donde se clasifican a las unidades de acuerdo a si posee el equipamiento e infraestructura básica para ser catalogada como Subcentro de Salud, si excede este nivel o no poseen los recursos para alcanzarlo. En el gráfico No.2 se clasifican a estas unidades de acuerdo a si poseen, exceden o carecen del personal básico que conforma el equipo de salud de una unidad de salud primaria.



**Gráfico 1** Grado de desarrollo por equipamiento e infraestructura de las Unidades de atención primaria de salud a nivel nacional.

Fuente: Estadística DNS



**Gráfico 2** Grado de desarrollo por Recursos Humanos de las Unidades de atención primaria de salud a nivel nacional.

Fuente: Estadística DNS

## Hospitales

La Policía Nacional posee dos hospitales ubicados en Quito y Guayaquil. Son hospitales diseñados para brindar atención de nivel II y que se han adecuado físicamente para brindar atención de nivel III y en ciertas especialidades nivel IV.

Al igual que las actuales unidades de atención primaria, contribuyen a la sobredimensión del sistema de salud de la Policía, considerando solamente que un hospital de estas características se planifica para brindar atención a poblaciones de por lo menos 1'000.000 de habitantes. En la Policía funcionan como hospitales regionales que atienden a una población aproximada de 50.000 personas en Quito y unas 30.000 en Guayaquil. La consecuencia lógica

es que no están utilizados en toda su capacidad diseñada y su porcentaje de ocupación histórica es de alrededor del 60% de la capacidad instalada u operante; añadiéndose al problema una estancia hospitalaria promedio de 8 a 9 días.

De manera general se puede considerar a los hospitales de Quito y Guayaquil como unidades que cumplen funciones de nivel I, II, III y en algunos casos IV. Aunque la atención de nivel II estaría justificada debido a la inexistencia en la Policía de unidades que proporcionen este nivel de atención, la atención de nivel primario que representa el 33% de la atención en Consulta Externa de los hospitales, no tiene justificativo técnico y es un claro indicador de la falta de organización del Sistema de Salud de la institución.

## ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

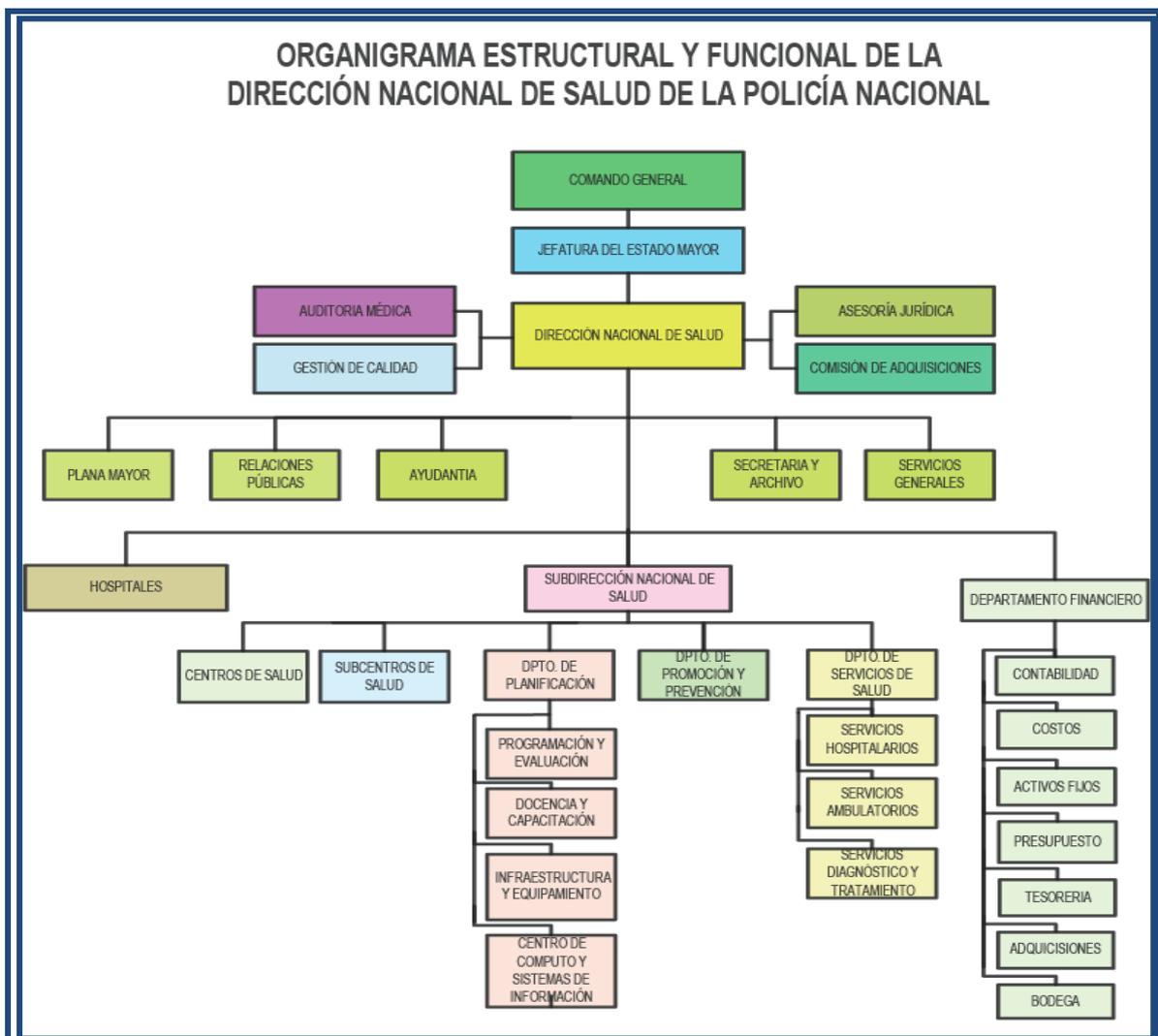


Gráfico 3 Organigrama Estructural y funcional de la DNS Fuente: DNS

La estructura organizativa actual para fines explicativos la podemos dividir en administrativa y operativa.

La estructura operativa consta de 63 unidades de atención primaria a nivel nacional que deberían hacerse cargo del total de la atención primaria (80% de problemas de salud y 100% de fomento y prevención).

No existen en la Policía unidades de salud en capacidad de brindar atención de II nivel y por lo tanto esta atención está auto-refiriéndose hacia los dos hospitales que actúan como unidades de salud de mayor complejidad.

Actualmente se resuelve este problema, mejorando el acceso de servicios hospitalarios de nivel II mediante contratos de prestación de servicios mantenidos con clínicas particulares en las cabeceras provinciales, lo que al momento no ha satisfecho las necesidades de los usuarios y se ha convertido en un importante egreso económico para la DNS.

#### Enero 2010 – Junio 2010

| Provincia                | Atenciones |
|--------------------------|------------|
| <b>Distrito I</b>        |            |
| Pichincha*               |            |
| Carchi                   | 0          |
| Imbabura                 | 2          |
| Esmeraldas               | 48         |
| Napo                     | 0          |
| Sucumbíos                | 8          |
| <b>SUBTOTAL DISTRITO</b> | <b>81</b>  |
| <b>Distrito II</b>       |            |
| Chimborazo               | 24         |
| Tungurahua               | 19         |
| Bolívar                  | 0          |
| Cotopaxi                 | 1          |
| Pastaza                  | 2          |
| <b>SUBTOTAL DISTRITO</b> | <b>46</b>  |
| <b>Distrito III</b>      |            |
| Azuay                    | 28         |
| Loja                     | 23         |

|                          |            |
|--------------------------|------------|
| Cañar                    | 13         |
| Morona Santiago          | 13         |
| Zamora Chinchipe         | 4          |
| <b>SUBTOTAL DISTRITO</b> | <b>81</b>  |
| <b>Distrito IV</b>       |            |
| Guayas                   | 0          |
| EL Oro                   | 10         |
| Manabí                   | 15         |
| Los Ríos                 | 1          |
| Galápagos                | 0          |
| <b>SUBTOTAL DISTRITO</b> | <b>26</b>  |
| <b>TOTAL</b>             | <b>237</b> |

**Tabla 4** Número de pacientes hospitalizados en clínicas particulares por distritos

**Fuente:** Centro de Cómputo de la DNS

**Elaboración:** División de Planificación

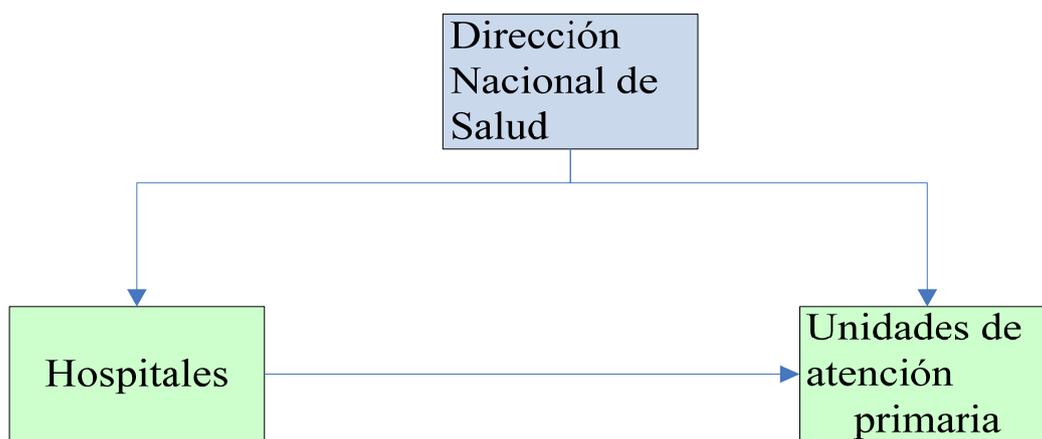
- **Corresponden a atenciones en Santo Domingo de los Colorados**

## **Estructura Administrativa**

La estructura administrativa presenta su nivel de responsabilidad inferior, a nivel de las unidades de atención primaria, las mismas que reportan directamente a la DNS, donde no existe la estructura interna suficiente y adecuada para poder administrar las acciones de salud.

Por otro lado, los hospitales que poseen autonomía administrativa y financiera estarían en la obligación de reportar a la DNS pero en la actualidad no están siendo controlados.

Como se puede observar, la estructura administrativa y operativa no responde a las necesidades actuales de funcionamiento de un Sistema de Salud por niveles de atención, conforme lo expresa el gráfico 6.



**Gráfico 4** Estructura Administrativa Dirección Nacional de Salud de la Policía Nacional

**Fuente:** DNS

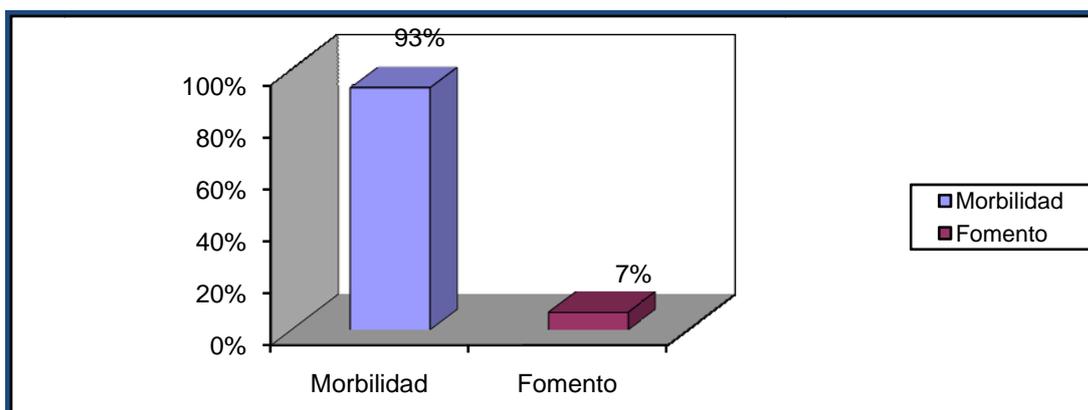
## Prestaciones de Salud

Las prestaciones de salud no han sido definidas con claridad y en el respaldo legal los usuarios (titulares, beneficiarios y derechohabientes) prácticamente tienen derecho a recibir cualquier tipo de prestaciones en el número que requieran y al costo que sea. De esta manera si un efectivo policial en algún momento requiere de un trasplante hepático, el cual no estamos en capacidad de realizar en las unidades hospitalarias de la policía ni en ninguna de las unidades hospitalarias públicas o privadas del país, tendría que ser cubierto a pesar de que su costo podría fácilmente dejar sin presupuesto operativo a las unidades de salud por un año.

Tampoco se ha podido organizar la atención de salud de manera lógica y eficiente, por lo tanto los pacientes en su gran mayoría consideran que deben ser atendidos exclusivamente en los hospitales.

Esta tendencia marcada ha contribuido junto a la falta de políticas de salud adecuadas a que las prestaciones brindadas por las unidades operativas de la DNS no sean integrales sino enfocadas en el aspecto meramente curativo, tal como se observa en el Gráfico No.1 donde el 93% de las atenciones son de morbilidad y solo un escaso 7% de las atenciones ambulatorias realizadas se enfocan al fomento y prevención que a la larga son mucho menos costosas. La cobertura de la atención brindada tampoco ha cumplido con lo planteado en la normativa legal, pues se ha limitado como se dijo a la atención curativa por

demanda espontánea, la misma que no ha satisfecho las expectativas de los usuarios.

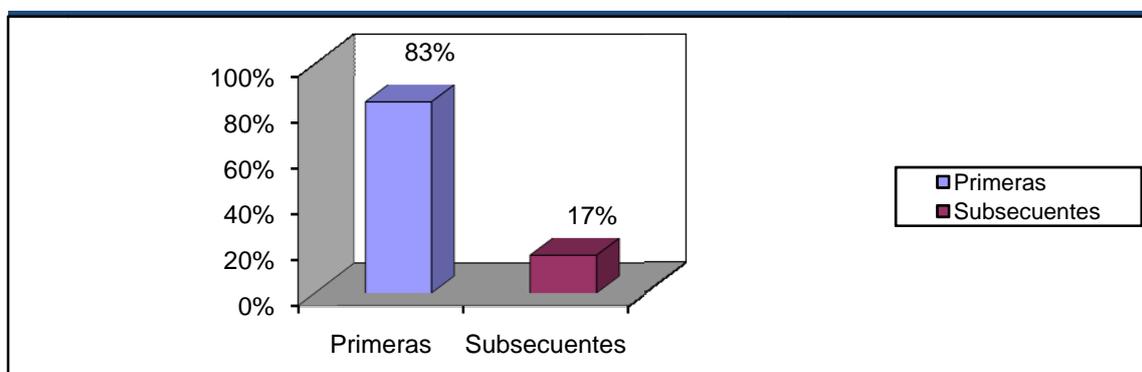


**Gráfico 5** Porcentaje de consultas primarias de morbilidad y fomento. Primer semestre del 2009

Fuente: Estadística DNS

En cuanto a la calidad de la atención, no se trabaja en el marco de una estandarización de procesos ni procedimientos tanto administrativos como terapéuticos, si bien se aduce por parte de las unidades hospitalarias que las diferentes especialidades mantienen procedimientos estandarizados estos nunca se cumplen, ni tampoco se ha evaluado o auditado su cumplimiento.

A nivel primario una clara muestra de falta de cumplimiento de procedimientos se evidencia al comparar el número de primeras consultas que superan ampliamente a las subsecuentes, lo cual es además un claro indicador de mala calidad en las atenciones brindadas, debido a que no existen consultas subsecuentes que permitan evaluar y controlar el resultado de la terapéutica iniciada en el caso de morbilidad o que permitan completar la concentración de actividades programadas en relación a las consultas de fomento.



**Gráfico 6**, Porcentaje de atenciones primarias de fomento y morbilidad, Primeras y subsecuentes a nivel nacional. Primer Semestre del 2009 Fuente: Estadística DNS

## **Poder de Decisión de la DNS**

En la organización actual claramente se nota que las escasas políticas de salud planteadas en el nivel central no son cumplidas a nivel operativo y lo que es peor son desconocidas por el nivel jerárquico de línea, con claros ejemplos a nivel nacional. Se decide por ejemplo por parte de un oficial de línea suspender la atención odontológica a pesar de existir pacientes en espera, para asignar labores fuera de las de salud al odontólogo de la unidad de atención primaria en una provincia. En otro caso patético se utiliza a los médicos de una unidad de salud primaria para la atención casi exclusiva de los detenidos, dejando de lado la atención a los efectivos, personal en servicio pasivo, beneficiarios y derechohabientes que se constituyen la población objetivo para lo cual se crearon los servicios de salud de la Policía.

Queda claro entonces que las políticas de salud son dictadas por los jefes de cuarteles y repartos, desconociendo rotundamente las políticas y disposiciones de una Dirección Nacional.

### **En síntesis:**

La situación descrita, el desarrollo y crecimiento institucional alcanzado, justifica la necesidad de elaborar un Plan Estratégico de Salud que permita orientar las acciones para el próximo decenio, cuyo escenario futuro sea el óptimo funcionamiento del Sistema de Salud de la Policía Nacional, en base a la red de servicios de salud constituidos por puestos, subcentros, centros de salud, centros de salud-hospital y hospitales policiales, en estrecha cooperación interinstitucional, intersectorial e internacional.

### **Amenazas al Sistema:**

En el contexto nacional se evidencia la tendencia a disminuir el apoyo a la salud y a la educación, transformando a estas actividades en varios países de América Latina en servicios auto sustentables.

La Institución Policial ineludiblemente será objeto de esta influencia, frente a lo cual se hace necesario desarrollar estrategias que permitan canalizar recursos

que alimenten las actuales fuentes de financiamiento, así como, operar con una estricta optimización de los recursos existentes.

La Reforma del Estado y del Sector Salud puede convertirse en una amenaza, si la DNS, no se prepara para los cambios estructurales que se ven venir, especialmente con el Sistema de Financiamiento del Sector Salud.

La dependencia económica para el financiamiento del sector es un elemento muy importante a considerar

### **Oportunidades del Sistema:**

En la coyuntura actual es importante canalizar adecuadamente todo el apoyo externo que es ofrecido a la Policía Nacional. Dentro del sector salud, de igual manera, canalizar todo el apoyo técnico y financiero que ofrecen las agencias del Sistema de Naciones Unidas, así como, de países donantes para la implementación del Sistema de Salud.

Adoptar e incorporar todos los conocimientos y experiencias sobre implantación, evaluación y mejoramiento del Sistema de Salud.

Incursionar en un programa de venta de servicios de salud a nivel nacional aprovechando la capacidad instalada no utilizada y permitiendo de esta manera financiar el propio sistema de salud de la policía mediante la incorporación de una nueva fuente de recursos. Esta venta de servicios implica un cambio de actitud en el personal, con un total enfoque de las unidades de salud hacia las necesidades de los usuarios, que son los que tendrán el poder de decidir si acuden o no acuden a los servicios ofertados por la Policía Nacional dependiendo de la calidad percibida por los mismos.

### **Fortalezas del Sistema:**

El Sistema de Salud de la Policía basa su fortaleza en la infraestructura, capacidad instalada y recursos humanos que laboran en el sector salud.

Se cuentan con los medios económicos que sustentan la continuidad en la prestación de servicios.

La decisión política del Alto Mando Policial de estimular cambios institucionales necesarios para alcanzar el apropiado funcionamiento de todos los servicios de la institución.

La jerarquía y disciplina del funcionamiento institucional contribuye a introducir de manera más ágil cambios y mejoramientos.

La DNS mantiene un nivel de Dirección Nacional que le permite constituirse como el organismo rector de salud dentro de la Institución Policial.

### **Debilidades del Sistema**

- La falta de un compromiso personal y estímulo de los miembros de la institución que laboran en el sector salud.
- Escasa preparación en administración de los servicios por parte del personal que cumple funciones de Jefatura en todos los niveles del sistema.
- Falta de preparación en el manejo del tema de salud de las autoridades designadas, que provoca disposiciones que contrarían procesos técnicos en funcionamiento o incorporación.
- Centralización de los procesos administrativos en la DNS, con un claro predominio de las instancias de apoyo sobre los procesos técnicos de servicio.
- El apoyo político del alto mando policial puede variar, situación que influiría en el proceso de implementación del Plan Estratégico de Salud.
- Falta de procedimientos estandarizados de diagnóstico y tratamiento en los diferentes servicios que prestan las unidades de salud.
- Baja cobertura y calidad de atención de salud.
- Ausencia de políticas para la selección e incorporación de personal.
- Ausencia de políticas y programas periódicos de capacitación.

- Falta de educación a los usuarios en el uso del sistema.

## **MISIÓN**

La DNS es el ente institucional responsable de organizar y dirigir el sistema de servicios de salud de la Policía Nacional y de asegurar que funcione con eficacia y calidad, para mejorar las condiciones de salud de titulares, beneficiarios y derechohabientes promoviendo prestaciones de salud integrales y equitativas, para lo cual formula las respectivas políticas y planes, ejecuta y evalúa acciones y resultados, mediante el desarrollo de una gestión moderna y descentralizada.

## **VISION**

Contando con el apoyo político y financiero del más alto nivel jerárquico, la DNS aspira a contar con una red de servicios de salud organizada y funcional, capaz de garantizar las mejores condiciones de salud a titulares, beneficiarios y derechohabientes, facilitando el acceso y ofreciendo prestaciones de salud con carácter de integridad, eficiencia, equidad y oportunidad.

Se espera disponer de un sistema de salud con capacidad de gestión descentralizada, con recursos humanos capaces, entrenados y comprometidos con la causa institucional.

## **OBJETIVO GENERAL**

Disponer de una herramienta gerencial para los niveles nacional, regional y local, que permita identificar las metas, acciones e indicadores para medir los avances y cambios, ser eficientes en el uso de los recursos disponibles; contribuyendo de esta manera a disponer de servicios organizados, funcionales, sostenibles en el tiempo, accesibles, con capacidad para ofrecer cobertura universal y calidad en las prestaciones de salud.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Desarrollar la capacidad gerencial y operativa de la DNS que le permita liderar el Sistema de Salud de la Policía Nacional.
- Organizar, Dirigir y Administrar la Red de Servicios de Salud de la Policía Nacional, en el marco del Sistema de Salud Policial en base a los niveles de complejidad y atención.
- Brindar atención de Calidad a los usuarios del Sistema de Salud de la Policía Nacional.
- Mantener y mejorar un sistema de financiamiento que adquiera características de eficiente y sustentable en el tiempo.

## **ESTRATEGIAS.**

Para alcanzar los objetivos planteados se han diseñado 4 estrategias a saber:

- Diseño e implementación de una nueva estructura administrativa y operativa para la DNS.
- Desarrollo de una Red de Servicios de Salud basada en un modelo de niveles de complejidad, que brinde atención integral de salud con énfasis en Fomento y Prevención.
- Orientación del proceso de mejoramiento continuo y desarrollo de los hospitales de referencia nacional (HQ1 y HG2).
- Garantizar la calidad de atención a los usuarios en el servicio de emergencia.
- Definición del alcance y costo de prestaciones para los usuarios del sistema y determinación de los mecanismos de financiamiento y control adecuados, definiendo claramente el papel de las diferentes instancias institucionales.

## **Cronograma del Plan Estratégico**

Para facilitar la implantación del Plan Estratégico se han resumido las actividades y su vínculo con los Objetivos y Estrategias.

## **Estructura de la Organización y Administración del Sistema de Salud de la Policía Nacional**

El Sistema de Salud en la Policía debe estar enfocado a brindar una cobertura en salud al grupo poblacional objetivo a nivel nacional tanto a nivel individual como familiar, fomentando la prevención y promoción de la salud como pilar fundamental, sin descuidar sus políticas de atención curativa.

El apego del Sistema de Salud de la Policía a las políticas gubernamentales y tendencias internacionales es imprescindible para no perder la noción de cambio permanente que puede ocasionar el aislamiento del sistema de salud bajo preceptos caducos que no se adapten a la realidad.

La cobertura de la prestación de servicios se debe procurar hacia toda la población con derecho a salud desde el punto de vista de este sistema, el cual de cierta forma se presenta como exclusivo para un sector específico de la población legalmente determinado, que se estima en unos 100.000 a 120.000 usuarios a esta fecha.

La cobertura se refiere a la proporción de la población con derecho que recibe los servicios de salud establecidos como necesarios, dentro de un marco geográfico.

Este sistema de salud deja abierta la prestación de servicios con fines de autofinanciamiento en beneficio de la salud de la población.

Para funcionar dentro de un sistema de salud organizado por niveles de atención, es necesario que las unidades de salud estén organizadas por niveles de complejidad y los procesos administrativos tiendan a una descentralización para contar con áreas de salud con capacidad operativa y administrativa que pueda cumplir con las políticas de salud establecidas desde el nivel estratégico.

La organización en base a los SILOS (Sistemas Locales de Salud) se ha convertido en la propuesta lógica, difundida a nivel de América Latina y el Caribe para lograr un desarrollo sustentable de la salud a nivel local.

En su forma simple, un sistema local de salud, puede ser definido como la reunión de un conjunto de servicios, recursos, organizaciones e individuos, que

pertenece a un grupo poblacional determinado y que se articulan entre sí, con la finalidad de atender apropiadamente las necesidades de salud de una población adscrita a una zona geográfica y social de influencia.

### **Propuesta de Regionalización como nueva Estructura Organizacional**

La lógica consiste en estructurar la instancia operativa y administrativa bajo un esquema organizativo en lo posible descentralizado, pero que mantenga claros niveles de control administrativo.

Para implementar las estrategias planteadas se ha procedido a revisar el vigente Reglamento Orgánico Funcional de la DNS, cuya versión modificada se adecúa a las necesidades organizativas del Plan Estratégico de Salud

Los SILOS, presentan una estructura organizacional que coordina las acciones operativas y administrativas permitiendo aplicar una estrategia de atención primaria de salud debido a la mejor capacidad de respuesta hacia las necesidades de la población objetivo.

Este sistema implica un nivel administrativo del espacio poblacional o región geográfica específica que mantenga bajo su responsabilidad la coordinación de todos los recursos existentes.

Este nivel administrativo local debe responsabilizarse además de canalizar las políticas, proyectos, programas u otros esfuerzos de salud establecidos desde el nivel estratégico para que lleguen adecuadamente a la población objetivo.

### **Áreas de Salud Distritales**

Manteniendo la organización establecida en la Institución Policial, se plantea la creación de las áreas de los Distritos de Salud, los cuales abarcarán un área geográfica ya definida.

Se establecerán 4 áreas de salud en base a los distritos en los que la institución policial a distribuido al país:

I Distrito: Pichincha, Carchi, Imbabura, Esmeraldas, Napo y Sucumbios

II Distrito: Chimborazo, Tungurahua, Bolívar, Cotopaxi y Pastaza

III Distrito: Azuay, Loja, Cañar, Morona Santiago, Zamora Chinchipe

IV Distrito: Guayas, Manabí, El Oro, Los Ríos, Galápagos.

Operativamente la cabeza de Área Distrital II y III deberá contar con un Centro de Salud Hospital con atención de 24 horas, que tenga la capacidad resolutive para patologías de **Nivel II** y cuente por lo tanto con las especialidades de :

- Medicina Interna
- Cirugía General
- Pediatría
- Gineco-Obstetricia

Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento:

- Rehabilitación
- Laboratorio
- Imagen: Rayos X, ecografía
- Farmacia

Los dos hospitales de referencia nacional, Hospital Quito No.1 y Hospital Guayaquil No. 2, son suficientes para la población objetivo del Sistema de Salud de la Policía y deberán seguir funcionando como referencia de Nivel II para el I Distrito y IV Distrito respectivamente.

Se deberá evitar a toda costa incorporar personal de planta para los procesos secundarios (limpieza, alimentación, lavandería) de estas unidades de salud, peor aún mediante altas policiales. La mejor forma de manejar este tipo de procesos es la subcontratación de servicios, debido a las ventajas que implica cuya consideración será objeto en lo sucesivo iniciando por la habitación legal.

Otra condición indispensable para el funcionamiento de las cabeceras distritales tanto operativa como administrativamente es la autonomía administrativa financiera.

En el I Distrito se deberán desarrollar paulatinamente 3 Centros de Salud ubicados al Norte, Centro y Sur de la Ciudad, teniendo además que disminuirse el número de unidades de salud existentes actualmente.

El Centro de Salud del área central geográfica de Quito funcionará como Jefatura de área.

En el IV Distrito se considera la creación de 2 centros de salud al Norte y Sur de la ciudad, convirtiéndose uno de estos en Jefatura de Área.

Los Hospitales conservan su independencia financiera y administrativa, teniendo que reportar directamente a la DNS, que contará con una instancia técnica específica para su control.

**Nivel I** o primario se desarrollan planificadamente, de acuerdo a los requerimientos\* puestos de salud y subcentros de salud que serán administrados por las Jefaturas de Área respectivas. Una unidad tipo con categoría de Subcentro de salud posee un equipo formado por un médico general o familiar, un odontólogo, una enfermera o auxiliar de enfermería y un auxiliar de servicios que puede ser a dedicación parcial. Solo en casos especiales determinados luego de un estudio técnico se mantendrá un servicio de laboratorio, Rehabilitación y Salud Mental. En relación al laboratorio se puede optar por la implementación de laboratorios portátiles a ser manejados por cualquier persona del equipo de salud, dejando el equipamiento de mayor complejidad para las cabeceras distritales.

Igual concepto se manejará en relación a los servicios de Rehabilitación y Salud Mental.

\*Esto quiere decir gastando la cantidad mínima de dinero necesaria para ofrecer atención de salud de calidad.

**El Nivel III** o de hospitales de referencia nacional se mantendrá en base a los dos hospitales actuales, los cuales deben propender como política institucional a fortalecer el nivel III en todas sus áreas a expensas de desaparecer el nivel I de atención actual.

Es imprescindible el desarrollo armónico de todas sus áreas hacia un nivel III, el mismo que no puede obedecer a intereses particulares y debe obedecer a consideraciones técnicas y de factibilidad económica.

Los hospitales manteniendo su autonomía administrativa y financiera serán evaluados por el nivel central y su desarrollo obedecerá a los lineamientos

establecidos por el mismo, en el marco de un plan estratégico elaborado por estas unidades hospitalarias.

**El Nivel IV** o de máxima complejidad y por ende de mayor costo, no podrá por largo tiempo ser desarrollado en el Sistema de Salud de la Policía, por lo tanto la opción más viable es la compra de servicios. Este tipo de atenciones puede facilitarse si se enmarca dentro de un seguro de contingencia para el personal en servicio activo y pasivo exclusivamente, lo que nuevamente deja planteada la necesidad de definir el tipo y alcance de prestaciones a ser cubiertas por el Seguro de enfermedad y maternidad del ISSPOL.

En resumen, el primer nivel donde se resuelve el 80% de las patologías puede funcionar óptimamente con algunos ajustes que requieren de apoyo político.

El segundo nivel que resuelve un 15% de todas las atenciones de morbilidad, implica egresos económicos adicionales y trabajo planificado a mediano plazo.

El tercer nivel que resuelve el 3% de las atenciones de morbilidad existe al momento pero debe ser reorientado hacia su eficiente funcionamiento y optimización.

El cuarto nivel requerirá de una decisión institucional que canalice las recomendaciones planteadas.

### **Administración de Prestaciones de Salud mediante la Programación Local**

Para responder al Plan Estratégico se requiere que todas y cada una de las unidades de salud trabajen a la luz de un Plan de Prestaciones de Salud, donde conste toda la orientación técnica de las labores que deben cumplir todas las unidades.

Habiendo sido declarado como prioridad la organización del Primer Nivel de Atención, en base a las unidades de atención primaria existentes se ha elaborado el "Manual de Programación Local para la Unidades de Atención Ambulatoria del Sistema de Salud de la Policía", dirigido a ampliar la cobertura de servicios a todo el universo de usuarios que tienen derecho a usar los Servicios de Salud de la Policía.

Las prestaciones de salud una vez definidas, serán programadas para cumplir en base a metas de cobertura poblacional anual.

Para la fase de Diagnóstico se ha diseñado una encuesta de salud denominada Ficha Familiar, la cual nos permitirá establecer las Poblaciones Objetivo. En cuanto al perfil epidemiológico inicialmente nos basamos en las políticas nacionales con ciertos ajustes por condiciones propias de la institución, las mismas que deberán ajustarse conforme se vaya trabajando en el proceso y se disponga de la información necesaria.

La fase de Programación se ha iniciado con la capacitación en el uso de los instrumentos necesarios la cual se completará a fines del 2008, con lo cual se iniciará el proceso de Programación Local desde el 2009, como norma.

La fase de Ejecución estará a cargo de las unidades operativas del nivel primario, las cuales por primera vez tendrá una población objetivo bajo su responsabilidad, que comprende a titulares, beneficiarios y derechohabientes del seguro de Enfermedad y Maternidad del ISSPOL.

La fase de Monitoreo y Evaluación, permitirá hacer un seguimiento del cumplimiento de metas establecidas y proponer acciones correctivas oportunas.

De esta manera el equipo de salud podrá ser evaluado en relación al cumplimiento de los programas de atención elaborados a nivel local, bajo lineamientos del nivel central.

### **Sistema de Referencia y Contra referencia.**

Teniendo como base un primer nivel de atención, todos los titulares, beneficiarios y derechohabientes del Seguro de Enfermedades y Maternidad del ISSPOL, tendrán una unidad primaria como referencial y a la cual tendrán que acudir de primera instancia.

Los Centros de Salud funcionarán como Centros de Referencia de Nivel II e idealmente las atenciones ambulatorias no emergentes y las cirugías programadas deberán llegar mediante la transferencia del primer nivel.

Igual sería el caso de los Hospitales de Especialidades que funcionarán como se explicó, como unidades de nivel II y III

Una vez solucionado el problema el paciente deberá ser contra referido a su unidad de primer nivel.

Para que este sistema funcione y nos permita optimizar los recursos se hace imprescindible el apoyo incondicional y el entendimiento del problema y la solución, por parte de las autoridades superiores. Adicionalmente para el caso de atención emergente de nivel II se ha procurado la subcontratación de servicios de internación con casas de salud de la localidad.

## **1.4 PLAN DE PRESTACIONES DE SALUD**

### **Fomento y Prevención**

Para poder llegar a la población objetivo, se manejarán grupos etéreos y los programas específicos tendrán un Coordinador Nacional.

Cada uno de estos Departamentos tendrá como función la Ejecución y Control de los programas de competencia respectivos, cuya elaboración se realizará en coordinación con la División de Planificación.

### **Menores de 1 año**

La referencia será un control médico mensual hasta el año de edad la meta de cobertura será del 80% como mínimo.

Considerando que al momento de levantar la población objetivo, existirán niños que en el transcurso del año calendario sujeto a programación cumplan el año de edad. Se ha establecido como Norma una Concentración de 6 consultas al año.

El control de este y el resto de grupos etéreos se realizará enmarcado en las normas de procedimientos existentes (MSP).

Se estima que la existencia de consultas de patología, será de 25% de niños menores de un año sufrirán por lo menos un episodio de Enfermedad Diarreica Aguda y un 40% un episodio de Enfermedad Respiratoria Aguda, a partir de referencias nacionales. A este grupo de riesgo específico, se debe brindar una cobertura del 100%, con una concentración de 2 y 3 actividades respectivamente.

### **Niños de 1 a 4 años**

La cobertura será del 80% en cuanto al control del preescolar, con una concentración de una actividad anual. Se inicia en este grupo etéreo la participación del Programa de Estomatología y Salud Oral con una cobertura mínima del 80% y una concentración de dos controles anuales.

A diferencia de lo planificado a nivel del Ministerio de Salud, el equipo de salud de las unidades de atención primaria policiales deberá convocar a los beneficiarios específicos para que acudan a la misma, en lugar de acudir a las unidades educativas del área de influencia.

El único caso en el cual el equipo de salud tendrá que acudir a la unidad educativa serán los liceos policiales.

De igual manera se estima una presentación de casos de Enfermedad Diarreica Aguda en un 25% y de Enfermedad Respiratoria Aguda en el 40% de esta población. Se plantea una cobertura del 100% de casos con dos y tres acciones respectivamente.

### **Niños de 5 a 14 años.**

Se ha programado un control médico al escolar con una cobertura del 80% de la población en acciones anuales.

La atención odontológica ofrecerá cobertura del 80% mediante dos acciones específicas: una aplicación de sellante anual y un control odontológico semestral.

## **Adolescentes 15 a 17 años**

Para este grupo etéreo se ha programado un control médico anual con una cobertura del 80%, un control odontológico semestral con una cobertura del 100% a los casos de salud mental detectados a nivel primario.

## **Mujeres de 15 a 49 años**

### **Embarazadas**

Se planea llegar con una cobertura del 80% de esta población específica, mediante la realización del control prenatal (concentración de actividades 5) y el control odontológico (concentración de actividades 5).

El control del puerperio se ha planificado para brindar una cobertura del 60%, con dos acciones durante el período.

### **Mujeres en edad fértil**

La Planificación Familiar es una prioridad dentro de las acciones de salud y se planea ofrecer a la pareja policial las alternativas de gestágenos orales, dispositivos intrauterinos, condones y la vasectomía como método permanente de esterilización masculina.

Se ha estimado, por referencias nacionales, que el 60% de MEFs utilizan algún método de anticoncepción. Un 7% de preferencia por gestágenos orales, un 6% de utilización de DIUs y un 1.5% de los otros métodos que serían nuestros porcentajes referenciales de cobertura.

Para este grupo etéreo se planifica al igual que para los otros grupos etéreos, un Control Médico de Fomento Anual, un Control Odontológico Semestral, ambos con una cobertura del 80% de la población y atención en salud mental al 100% de la población en riesgo.

Otra de las acciones de salud prioritarias para este grupo es la Detección Oportuna del Cáncer (DOC) con una cobertura del 80% de la población.

## **Mujeres Mayores de 49 años**

Se mantiene el mismo criterio de control médico, odontológico, de salud mental y de detección oportuna del cáncer que para el grupo etéreo de 15 a 49 años.

## **Hombres mayores de 18 años (activos y pasivos)**

Se ha considerado dentro de las acciones dirigidas a este grupo, implementar un Control Médico Anual y Odontológico Semestral con una cobertura del 80% que a futuro deberá llegar a 100% por razones de salud y por razones económicas para la DNS.

El control de Salud Mental a la población con riesgo, se ha planificado con una cobertura del 100%.

## **Servicio de Vasectomía Voluntaria**

En cuanto a la vasectomía se coordinará con los hospitales de Quito y Guayaquil para su realización, ampliándose el servicio a los Centros de Salud Distritales cuando estos entren en funcionamiento. Se ha establecido una política de no cobro por la realización de estas acciones a los policías en servicio activo y pasivo.

## **Vacunación**

La DNS adoptará para el grupo etéreo de mayores de un año y menores a 4 años los esquemas de vacunación establecidos por el Ministerio de Salud Pública en base al PAI (OMS), en estrecha colaboración con las Jefaturas Provinciales de Salud y con las unidades de salud del Ministerio, más cercanas al área de influencia.

Los hospitales policiales, mantendrá la oferta de vacunas para mejorar el acceso al personal de los mismos.

## **Hepatitis B**

Considerando que el policía es una persona en riesgo de contagio de Hepatitis B el programa de inmunización a nivel de todo el personal en servicio activo en

las bases operativas incluido el personal de sanidad, es una necesidad, con una cobertura el 100%.

El programa de vacunación de las 3 dosis se puede completar en un año, quedando la dosis de refuerzo para el siguiente año.

Se establecerá como normativa, en lo sucesivo, que los aspirantes a oficiales y policías cuenten como requisito con tres dosis completas de Hepatitis B.

### **Antiamarílica.**

De igual manera, el personal policial está en riesgo de contagio de fiebre amarilla, cuando se encuentran laborando en regiones endémicas, la DNS proporcionará la vacunación a todo el personal en servicio activo que desempeña su trabajo en estas áreas.

La vacuna antiamarílica se deberá aplicar, como requisito del pase, 10 días antes del mismo.

### **Fiebre Tifoidea**

Se establece como norma la vacunación oral para fiebre tifoidea a todo el personal asignado al servicio rural y al personal asignado a las provincias orientales y galápagos.

### **Estomatología y Salud Oral**

La atención de estomatología se incluye en la lógica de niveles de complejidad y en el fortalecimiento del nivel primario para ofrecer cobertura a un grupo poblacional.

Dentro de esta lógica, el nivel primario de atención, ubicado a nivel de Subcentros de salud se encargará de : Prevención y promoción, exodoncias simples, operatoria dental y urgencias en el marco de una programación local de actividades.

El nivel II ubicado en Centros de Salud, se encargará de prótesis, cirugía bucal simple, endodoncias, parodoncia, odontopediatría y urgencias.

El nivel III de especialidades se ubicará en los hospitales de Quito y Guayaquil, encargándose de cirugía máxilo facial o bucodentomaxilar, ortodoncia,

odontopediatría (procedimientos bajo anestesia general) y procedimientos que ameritan hospital del día.

## **Salud Mental**

La atención primaria en salud mental debe ofrecerse en todas las unidades de salud, diferenciándose por niveles de complejidad de acuerdo con las normas y procedimientos técnicos, a saber:

En el primer nivel, como parte de la atención preventiva a los usuarios, se incorporarán los procedimientos de atención mental, con el propósito fundamental de detectar personas con y sin riesgo, a las primeras se les citará para un nuevo control luego de un año, las segundas serán referidas de inmediato al segundo o tercer nivel según corresponda

Bajo este esquema la labor del equipo de salud mental se enfocará a nivel de centros de salud y unidades hospitalarias de III nivel.

El nivel I se encargará de emergencias psiquiátricas o psicológicas simples, que no representan grave riesgo para la vida del afectado, ni de las personas de su entorno, que no son de difícil control, ni requieren tratamiento medicamentoso. Reacciones afectivas frente a problemas identificables, transitorios y no graves. Reacciones psicológicas en grandes grupos poblacionales (ej. víctimas de desastres, guerras, pérdidas afectivas, impacto psíquico agudo, maltrato, violencia, violación). Ayuda en el tratamiento y control de pacientes crónicos, alcohólicos y de la tercera edad.

El nivel II realizará tratamientos interdisciplinarios constituidos por el médico, psicólogo, enfermera y psicoterapeuta de especialidad individual y grupal

El nivel III realizará el diagnóstico y tratamiento de entidades patológicas de origen psíquico instaladas.

## **Saneamiento Ambiental**

El Saneamiento Ambiental de los repartos policiales le corresponde al equipo de salud de la unidad de atención primaria, quienes a partir de un diagnóstico de saneamiento del cuartel establezcan los mecanismos más idóneos, de

acuerdo al caso, del sistema de eliminación de desechos sólidos, desechos contaminantes y disposición de aguas servidas.

Cuando no exista red pública de agua potable se deberá elaborar y alcanzar la plena vigencia de un sistema de agua segura para el consumo humano, mediante la elaboración de un programa que establezca el origen del agua, las características de conducción y almacenamiento y el tratamiento para su potabilización en base a hipoclorito de sodio sin detergente. Establecer un plan de medidas de control y eliminación de las fuentes contaminantes, mediante el uso de hipoclorito de sodio con detergente para la desinfección de habitaciones, bodegas, cocina, baños, etc.

### **Atención de Morbilidad**

La atención de morbilidad cambiará drásticamente su enfoque mediante la estandarización de procedimientos o protocolos de atención. Se espera entonces proporcionar un plan de capacitación a todos los médicos de nivel primario. Como política institucional se procederá a la adopción de esquemas de tratamiento estandarizados nacionales emanados por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

La estandarización a nivel primario se facilita enormemente al considerar que el número de patologías prevalentes no superan las 20 entidades.

### **Cuadro Básico de Medicamentos.**

El trabajar en base a un cuadro básico de medicamentos se establecerá como política a nivel nacional, claramente diferenciado por nivel de complejidad y atención. Obedecerá al perfil epidemiológico de la provincia del distrito y nacional.

El uso de genéricos de calidad se establecerá para todo el sistema, en estricto apoyo a la ley de genéricos en vigencia.

### **Garantía de Calidad de los Servicios de Salud**

Asegurar la calidad de prestaciones es un proceso continuo que tomará unos cuatro años de trabajo continuo en base a una misma política.

El primer paso sin duda alguna es lograr el compromiso de los involucrados, entendiéndose como involucrados a los empleados, las autoridades de salud, las autoridades policiales, los usuarios y todo aquel que podría en algún momento intervenir en el proceso de salud.

Partiendo de este concepto no se podrá lograr el compromiso de trabajo en equipo mientras exista inestabilidad y falta de unificación de criterios, lo que se conseguirá únicamente cuando se trabaje en función a un plan, con etapas a ser cumplidas y que el cambio de directivos no implique “reinvento de la rueda” sino continuidad en el cumplimiento de lo establecido.

Otra etapa importante a la que se debe llegar es la estandarización de los procedimientos que permitirá asegurar que cada paciente reciba el mismo tipo de atención por parte de todos los prestadores de salud. Esta estandarización debe ser controlada y evaluada y la auditoria de cumplimiento de los procesos estandarizados nos asegura su correcta y continua aplicación. La estandarización de procedimientos, debe estar enfocada a satisfacer las necesidades de nuestros usuarios y garantizar una mejora continua de la calidad.

El mejoramiento continuo de los procedimientos nos garantizará la prestación más adecuada de acuerdo a parámetros internacionales al alcance.

### **Capacitación de la Dirección Nacional de Salud**

La capacitación se diferencia en tres niveles al interior del Sistema de Salud de la Policía Nacional.

En el nivel nacional, la capacitación diferenciará tres niveles, a saber:

- Nivel político
- Nivel técnico
- Nivel administrativo de apoyo

El nivel político, debe contar con información relacionada con los procesos políticos y administrativos de salud, con énfasis en las tendencias mundiales, regionales y locales de los procesos de salud y enfermedad, como las tendencias y modelos administrativos en la práctica de la salud pública.

La temática en este nivel debe referirse a:

- El liderazgo, el gerenciamiento y la Dirección
- Los procesos salud enfermedad y su relación con la Dirección
- Las tendencias epidemiológicas y el desarrollo social a nivel mundial, regional y en el Ecuador
- El trabajo administrativo simultaneo en salud y en enfermedad
- La administración del sistema de salud y por niveles de complejidad
- La gestión del sistema de salud
- La calidad de los servicios
- La acreditación de los servicios
- La ISO 9000 en los servicios de salud
- La Reforma del Estado y la Reforma del Sector Salud
- Marco legal de funcionamiento de la Dirección Nacional de Salud

Esta temática deberá ser manejada por todos los oficiales de línea que cumplen funciones en salud o se encuentran en posiciones directivas del sector, a través de la asistencia a cursos o seminarios que se ofertan en la ciudad en la que desempeña sus funciones.

El nivel técnico, debe contar con una actualización permanente relacionada con la planificación en salud en sus versiones que han alcanzado los mejores logros en los países de la región.

La temática se referirá a los siguientes aspectos:

- Planificación estratégica, situacional y por escenarios
- La ejecución, el seguimiento, la evaluación y el monitoreo
- La planificación de la calidad,
- La planificación para la acreditación y la calificación ISO.
- El manejo gerencial a través de indicadores del sistema de información de salud por niveles de complejidad.

El nivel técnico debe crear un espacio de opinión a partir de los resultados obtenidos y que sean difundidos en la comunidad científica nacional, regional e internacional. Ofrecer una capacidad académica que pueda ser utilizada en los

procesos de capacitación de los diferentes estamentos de la institución y crear un espacio de opinión técnico- científica, a partir de sus propios resultados.

El nivel administrativo de apoyo, debe adscribirse a las disposiciones administrativas y financieras de funcionamiento del sector público. La capacitación a ese nivel debe referirse a la aprobación de los cursos que dicta la Contraloría General del Estado, Ministerio de Finanzas, Proyecto MOSTA del CONAM, SECAP y otras entidades públicas y privadas.

La temática debe referirse a los siguientes aspectos:

- Funciones de una dirección de carácter nacional
- El trabajo administrativo con alcance nacional en el marco de un enfoque de sistema
- Papel de los recursos humanos, políticas de personal
- Papel de Contraloría General del Estado, Procuraduría de la Nación y Auditoría Interna
- Auditoría I, II y III (dictados por contraloría)
- Cursos de computación para secretarías
- Cursos de manejo de programas de estadística aplicadas a salud para personal del Centro de Computo (EPI – INFO, SPSS)
- Cursos de manejo de programas de diseño para el personal encargado de infraestructura de salud (AUTO CAD)

En el nivel local, la capacitación a todo el personal de salud se referirá, en principio del periodo, sobre Programación Local, manteniendo cercana relación con la capacidad operativa que va alcanzando el servicio; a mediados del periodo el énfasis se centrará en la evaluación y monitoreo y a finales del período se centrará en la evaluación de la calidad. Tomando en consideración que en el nivel local, a la cabeza de cada distrito funcionarían las jefaturas este personal, además de los temas señalados debe recibir capacitación sobre:

- Proceso de implantación de la Programación Local
- Ejecución y seguimiento de la programación local
- Supervisión y monitoreo de la programación local
- El sistema de información a nivel local
- La toma de decisiones: reprogramación y reorientación de procesos

El personal profesional debe recibir capacitación específica sobre:

- Fomento y protección de la salud
- Prevención de la enfermedad
- Manuales de procedimientos de diagnóstico y tratamiento
- La capacidad de resolución y la referencia y contra referencia

Esta capacitación a nivel primario se sustentará en la promoción de la especialidad en salud familiar dedicada a médicos y enfermeras.

En el nivel hospitalario la capacitación se organizará en función de la capacidad de resolución clínico quirúrgica de los hospitales.

Como el HQ1 y el HG2, mantendrán su condición de hospitales de nivel II para su área de influencia distrital y de nivel III de referencia nacional, la capacitación se desarrollará respetando esta condición y en dos niveles: de gestión y administración y técnico científica.

La capacitación de tipo administrativo y de gestión se dirigirá a todos los profesionales con grado de oficiales que cursan los cursos de ascenso.

La capacitación técnico científica para los especialistas de los hospitales se ejecutara en base a las necesidades de cada servicio, las mismas que dependerán del grado de desarrollo que deberán alcanzar y que conste en el Plan Estratégico del Hospital, la organización de la propuesta anual estará a cargo de Docencia de cada hospital, que tendrá la obligación de presentar un plan anual de capacitación y un programa de residencia asistencial y universitaria que responda a las necesidades operativas de cada unidad hospitalaria.

Esto quiere decir que los programas deberán estructurarse por niveles, recibiendo los residentes de primer año, la capacitación en la patología mas prevalente en su área de formación, dejando para años posteriores la capacitación en temas más específicos.

Bajo esta misma lógica, la residencia hospitalaria con carácter universitario deberá enfocarse a la formación de especialistas en medicina interna y cirugía general, dejando abierta la posibilidad futura para incorporar Pediatría y Ginecología dependiendo del grado de desarrollo y la producción de estos dos

últimos servicios para poder asegurar un adecuado nivel de formación teórico-práctica a estos médicos. Queda descartada de entrada, por lo menos hasta que a futuro se justifique técnicamente los intentos de formar subespecialidades en las áreas clínicas y quirúrgicas.

# CAPITULO 2

## Análisis Ambiental Interno y Externo



*“El éxito de este hospital no es más que el esfuerzo sumado de cada uno de sus hombres”*

## CAPITULO II

### ANALISIS AMBIENTAL INTERNO Y EXTERNO

#### 2.1 INTRODUCCION

El proceso asistencial dentro de la Emergencia Médica es una secuencia de fases perfectamente coordinada, que comienza cuando un ciudadano está en una situación de emergencia sanitaria, y que finaliza con la resolución de la situación, bien en el lugar donde se produce, bien en el nivel de atención especializada más adecuado a las necesidades del paciente, cuyo objetivo es prestar la atención especializada necesaria en el menor tiempo posible, con el fin de evitar la muerte o secuelas graves al paciente. Las fases del proceso asistencial son:

- Recepción de la llamada y decisión.
- Coordinación.
- Actuación del equipo médico de emergencias.
- Traslado del paciente.
- Desactivación del equipo.

La atención en el Servicio de Emergencia en el Hospital Quito No. 1, constituye la oportunidad para encontrar sentido común, coherencia, transparencia en el manejo de los grandes problemas que existen en los hospitales.

En general los gobiernos han incorporado los programas de salud a políticas generales de orden social, después de una batalla de muchos años en los que trató de demostrarse a los dirigentes que la salud es factor insustituible del desarrollo de los pueblos y que cuantas veces se habla del bienestar social como una meta gubernamental en todos los países de la tierra, se está admitiendo necesariamente la salud como el más poderoso componente de ese bienestar.

El Hospital Quito No. 1, es el establecimiento de más alta complejidad de la Red de Servicios de Salud de la Policía Nacional. Dentro del sector Salud está incluido en el Subsector Público como componente de la Policía Nacional, institución que integra el grupo de instituciones Centralizadas cuyo “Fin no es salud”

La salud y sobre todo la vida humana constituyen las razones fundamentales que nos han motivado a investigar y desarrollar ciertas estrategias de solución para ser puestas en práctica en el Servicio de Emergencia del Hospital Quito No. 1, a fin mantener una orientación y dirección positiva en la aplicación de procesos de calidad direccionado al cliente interno y externo permitiendo el desarrollo de este servicio tan trascendental que bien administrado y gestionado pueda salvar la vida de nuestros compañeros Policías y familiares.

Con la finalidad de sustentar técnicamente el presente análisis utilizaremos ciertas herramientas de gestión, las mismas que nos permitirán visualizar las causas principales que originan el problema central; y a la vez plantear ciertas estrategias de solución al mismo.

Esta información se obtuvo de la investigación realizada en las Instalaciones del Hospital Quito No. 1, información que fue procesada y analizada a fin de determinar las demandas de los usuarios externos e internos; en la identificación y análisis de oportunidades y amenazas que se presentan en el entorno; y, en la definición de sus fortalezas y debilidades.

## **2.2. ANALISIS DEL ENTORNO**

Para el presente análisis, mantenemos los criterios evaluativos expuestos en el análisis del ambiente del Servicio de Emergencia del Hospital Quito No. 1, y estableciendo categorías como amenazas y oportunidades.

### **AMENAZAS**

- ⇒ Falta de recursos suficientes para la gestión por procesos en el Servicio de Emergencia, por parte de la DNS.
- ⇒ Que no se pueda cubrir la demanda en urgencias médicas por el crecimiento de la población policial.
- ⇒ Legislación inadecuada, no existe un Sistema de Gestión de Calidad en procesos para urgencias médicas.

- ⇒ Injerencia e influencia externa, sin respetar procesos ni procedimientos médicos.
- ⇒ Limitada cultura de salud de calidad en el Servicio de Emergencia por parte de los miembros policiales de las Unidades Policiales.
- ⇒ Ingreso de profesionales no idóneos de la DNS, para el Servicio de Emergencia, sobre todo sin experiencia en Gestión de Procesos Médicos.
- ⇒ Falta de credibilidad de los miembros de la Policía para el Servicio de Emergencia.
- ⇒ Desconocimiento de los usuarios acerca de los procesos en el Servicio de Emergencia.
- ⇒ Involucramiento de otros actores en la gestión del Servicio de Emergencia.
- ⇒ Ingreso de nuevo personal policial que no está comprometido con el servicio de Emergencia.
- ⇒ Resistencia al cambio de la Gestión de Procesos por parte de los usuarios.
- ⇒ Que no existan recursos por parte de la DNS para capacitar al personal, en Gestión de Procesos para Urgencias Médicas.
- ⇒ Puesta en vigencia de organigramas y manuales no debidamente analizados y fundamentados.
- ⇒ Que sean removidos los actuales directivos antes de terminar el proceso.
- ⇒ En el contexto nacional se evidencia la tendencia a disminuir el apoyo a la salud y a la educación, trasformando a estas actividades en varios países de América Latina en servicios auto sustentables.
- ⇒ La Institución Policial ineludiblemente será objeto de esta influencia, frente a lo cual se hace necesario desarrollar estrategias que permitan canalizar recursos que alimenten las actuales fuentes de financiamiento, así como, operar con una estricta optimización de los recursos existentes.
- ⇒ La Reforma del Estado y del Sector Salud puede convertirse en una amenaza, si la DNS, no se prepara para los cambios estructurales que se ven venir, especialmente con el Sistema de Financiamiento del Sector Salud, lo que indudablemente repercutirá en el servicio de emergencia del Hospital Quito.

## **OPORTUNIDADES**

- ⇒ Tendencia de integración de los beneficiarios del Servicio de Salud.

- ⇒ Colaboración de las autoridades de turno para la modernización del Servicio de Emergencia, en Gestión de Procesos para Urgencias Médicas.
- ⇒ Demanda de un Servicio de Gestión de Calidad en Emergencia por parte de los miembros policiales y sus familiares.
- ⇒ Apoyo de las autoridades para el proceso de modernización en urgencias médicas.
- ⇒ Posibilidad de concretar alianzas estratégicas, con otros Servicios de Emergencia para monitorear sus procesos médicos.
- ⇒ Posibilidades de integración tecnológica y moderna en los procesos médicos de emergencia.
- ⇒ Interés de la Dirección Nacional de Salud para realizar cambios en los procesos médicos del Servicio de Emergencia.
- ⇒ Posibilidad técnica y financiera de construir, equipar y poner en operación una nueva área de Servicio de Emergencia.
- ⇒ Existencia de convenios con Universidades Nacionales y del exterior para capacitar al personal médico en Gestión de Procesos Médicos.
- ⇒ Posibilidad de obtener una partida extrapresupuestaria para renovar el equipo del servicio de Emergencia.
- ⇒ Posibilidad de construir un nuevo pabellón para el Servicio de Emergencia.
- ⇒ Posibilidad de incrementar el número de camas de dotación para el Servicio de Emergencia.
- ⇒ Posibilidad de incrementar el personal médico para el Servicio de Emergencia.
- ⇒ Posibilidades de mejorar el Sistema de Gestión de procesos para Urgencias Médicas.
- ⇒ En la coyuntura actual es importante canalizar adecuadamente todo el apoyo externo que es ofrecido a la Policía Nacional. Dentro del sector salud, de igual manera, canalizar todo el apoyo técnico y financiero que ofrecen las agencias del Sistema de Naciones Unidas, así como, de países donantes para la implementación del Sistema de Salud, mejorando así los procesos en urgencias médicas

- ⇒ Adoptar e incorporar todos los conocimientos y experiencias sobre implantación, evaluación y mejoramiento del Sistema de Salud, en gestión de procesos para urgencias médicas.
  
- ⇒ Incursionar en un programa de venta de servicios de salud a nivel nacional en el que se incluya el servicio de emergencia, aprovechando la capacidad instalada no utilizada y permitiendo de esta manera financiar el propio sistema de salud de la Policía mediante la incorporación de una nueva fuente de recursos.
  
- ⇒ Es importante canalizar adecuadamente todo el apoyo externo que es ofrecido a la Policía Nacional, como el apoyo económico para su financiamiento como: fondos provenientes de los aportes al miembro policial, ingreso por las Policías Especiales, entre los más importantes, así como el apoyo técnico y financiero que ofrecen las Naciones Unidas y de esta manera poder canalizarlos al servicio de emergencia para la gestión de procesos en urgencias médicas.

### **2.2.1 ANÁLISIS MUNDIAL Y NACIONAL DEL FACTOR ECONÓMICO.**

Los resultados de la prestación de los servicios de salud por procesos en los servicios de emergencia, y su relación con los costos de prestación y la calidad técnica percibida, son deficientes y no se justifican, pues con una mejor gestión y utilización de los recursos por parte de las instituciones del sector, se lograrían resultados aceptables en salud.

El Ecuador es calificado como uno de los países con mayores desigualdades relativas en salud de la región y de menor asignación de los recursos económicos en salud, lo que repercute indudablemente en sus servicios de emergencia de los diferentes hospitales.

Existen barreras económicas, culturales y geográficas que limitan el acceso a los servicios por procesos, especialmente de la población pobre que vive en zonas rurales, coincidentemente indígena en su mayoría.

En la actualidad se evidencia que el gasto privado en salud es relativamente alto, una buena parte de las familias tienen limitaciones económicas para acceder a estos servicios, más aún cuando se trata de urgencias médicas.

En este contexto, se ha introducido mecanismos de recuperación de costos con el marco de la autogestión de las unidades públicas, con el fin de incrementar cobertura y acceso a los servicios de emergencias médicas. Se han desarrollado esfuerzos por mejorar las condiciones de organización y gestión al nivel de los servicios, como la descentralización funcional, organización y desarrollo de las áreas de salud.

El sector de salud ecuatoriano cuenta con instituciones de diferentes clases como son las públicas y las privadas las primeras sin finalidad de lucro y las segundas con finalidad de lucro.

La escasez de recursos presupuestarios, la crisis económica generalizada y las innumerables necesidades que experimentan los servicios de salud públicos en la actualidad, hacen imperiosa la necesidad de implementar políticas y estrategias de Modernización en todos los países del mundo.

Los actuales gastos en salud son un problema en todo el mundo, se analizan las tendencias en los países desarrollados y diversas experiencias que se han ensayado con diversos resultados.

Los gastos en salud difieren mucho entre los principales países del mundo desarrollado. Sin embargo, todos los gobiernos comparten el temor de que la situación de ese gasto termine escapándose de sus manos.

Las soluciones ante este problema no son claras. Algunos hablan de “invertir en salud” y no parecen dar la debida atención al concepto de gasto; otros afirman que el volcar dichos recursos sobre la economía productiva (mayor peso fiscal

para los países que financian a través de recursos públicos; primas empresariales que eleven los costos de producción), pueden repercutir en la competitividad internacional, comprometiendo la capacidad productiva y el nivel de bienestar del país.

Un requisito necesario desde el punto de vista económico es el control para analizar gasto sanitario. Las tendencias actuales diseñadas para enfrentar el problema del gasto en las políticas de salud se basan en una redistribución de los riesgos.

## **2.2.2 ANÁLISIS MUNDIAL Y NACIONAL DEL FACTOR POLÍTICO.**

La inestabilidad política que ha experimentado el país en los últimos años expresada en frecuentes cambios de gobierno, la debilidad de las instituciones nacionales, los problemas de gobernabilidad del país, la crisis económica, la diferencias regionales y pugnas de poder, especialmente entre la costa y la sierra, son algunos de los factores que explican el curso inestable de salud en el Ecuador.

Los problemas estructurales en el sector salud ecuatoriano dificultan conseguir los objetivos planteados en este ámbito, las desigualdades en la situación de salud de la población, en la cobertura de los programas y el acceso a los servicios en sus diferentes dimensiones desde el punto de vista de los aportes de los recursos como en la distribución de los mismos.

La Administración hospitalaria constituye la oportunidad para encontrar sentido común, coherencia, transparencia en el manejo de los grandes problemas que existen en los hospitales.

La mayoría de los países han establecido por mandato legal y administrativo, requisitos mínimos para desempeñar el cargo de director hospitalario; lo cual es una desventaja a los beneficios que resulta de una gerencia eficiente con un alto grado de preparación, con personal capacitado específicamente para este fin.

En general los gobiernos han incorporado los programas de salud a políticas generales de orden social, después de una batalla de muchos años en los que trató de demostrarse a los dirigentes que la salud es factor insustituible del desarrollo de los pueblos y que cuantas veces se habla del bienestar social como una meta gubernamental en todos los países de la tierra, se está admitiendo necesariamente la salud como el más poderoso componente de ese bienestar.

### **2.2.3 ANÁLISIS MUNDIAL Y NACIONAL DEL FACTOR SOCIAL.**

La comunicación para la salud se define como "la modificación del comportamiento humano y los factores ambientales relacionados con ese comportamiento que directa o indirectamente promueven la salud, previenen enfermedades o protegen a los individuos del daño", o como "un proceso de presentar y evaluar información educativa persuasiva, interesante y atractiva que dé por resultado comportamientos individuales y sociales sanos". Los elementos claves de un programa de comunicación para la salud son el uso de la teoría de la persuasión, la investigación y segmentación de la audiencia, y un proceso sistemático de desarrollo de programas.

El interés por entender lo que motiva a las personas a adoptar o no adoptar comportamientos que mejorarán su calidad de vida ha sido un tema de investigación para muchas disciplinas desde los años setenta. Entre las teorías usadas con frecuencia para explicar este proceso se encuentran las relacionadas con los modelos de las etapas del cambio de comportamiento y las teorías de la persuasión, que pueden aplicarse a distintas culturas y a distintos comportamientos relacionados con la salud.

Las teorías o los modelos del cambio de comportamiento postulan que la adopción de comportamientos sanos es un proceso en el cual los individuos avanzan, a través de diversas etapas, hasta que el nuevo comportamiento se convierta en parte de la vida diaria. Los modelos recalcan que los mensajes y programas transmitidos por los medios de comunicación son más eficaces en las etapas iniciales, aunque las comunicaciones interpersonales y las redes comunitarias de apoyo social son sumamente importantes durante las etapas posteriores.

La investigación sobre el público destinatario, clave para elaborar programas exitosos de comunicación para la salud, se usa para preparar mensajes, información y materiales pertinentes y para identificar los canales que tienen más probabilidades de llegar a los que se encuentran en gran riesgo y, así, tener alguna influencia sobre ellos. El público destinatario se segmenta para identificar grupos más amplios de personas que comparten valores similares, tienen las mismas creencias o tienen en común otros atributos claves que repercutirán en su atención y en su respuesta a la información sanitaria.

Los programas de comunicación para la salud se planifican, se ejecutan y se evalúan después de un proceso sistemático. La División de Promoción y Protección de la Salud de la OPS utiliza un proceso de seis etapas, con la intención de comprender las percepciones, las creencias, los valores y las prácticas de la población en riesgo, para desarrollar programas de comunicación que atraigan y persuadan al público destinatario a que adopte modos de vida sanos.

La información y la comunicación en salud son fundamentales para la adopción de modos de vida sanos, en forma individual y colectiva. "Dado que el comportamiento humano es un factor primordial en los resultados de salud, las inversiones sanitarias deben centrarse tanto en los comportamientos como en los establecimientos de salud y la prestación de servicios. La solución de los problemas de salud requiere que las personas comprendan y estén motivadas para adoptar o cambiar ciertos comportamientos. Por lo tanto, la comunicación eficaz debe formar parte de cualquier estrategia de inversión sanitaria" (Communicating for Behavior Change: A Tool Kit for Task Managers, Banco Mundial).

Los programas de comunicación para la salud han mostrado gran eficacia en algunos proyectos; por ejemplo, la reducción del 50% de la mortalidad por cardiopatía isquémica, lograda mediante extensas actividades de comunicación en Karelia del Norte, Finlandia, y el aumento del uso de las soluciones de rehidratación oral en Honduras y otros países. Muchos países han aplicado con éxito la comunicación para la salud para lograr una cobertura elevada de vacunación, controlar el cólera y alcanzar otras metas de salud pública.

Debido al éxito de los programas con buenos fundamentos teóricos, el 80% de los préstamos del Banco Mundial en la esfera sanitaria incluyen un componente de comunicación para la salud; por ejemplo, un préstamo por 500 millones de dólares, concedido recientemente a Argentina, incluía 50 millones para este componente; un proyecto similar en el Perú incluyó cerca de 12 millones de dólares. Todas las subvenciones de salud y nutrición otorgadas por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID) incluyen fondos destinados a la comunicación para la salud equivalente a aproximadamente 20 millones de dólares para América Latina y el Caribe.

La Organización Mundial de la Salud define al hospital como "una parte integrante de la organización médica social cuya función es ofrecer a la población atención médica completa, tanto preventiva como curativa y cuyo servicio de consultorio externo, alcanza a la familia.

El hospital es también un centro para la preparación y adiestramiento para el personal que trabaja en salud y además un campo de investigación biosocial.

El concepto de hospital ha cambiado notablemente en las últimas décadas, como consecuencia de la necesidad de supervivencia institucional en momentos en que la demanda de servicios es creciente, los costos de atención son exageradamente altos y los presupuestos fundamentales para la salud son desproporcionadamente bajos.

Esta circunstancia ha significado que los hospitales en alguna forma se deben transformar de institución totalmente subsidiada por el presupuesto oficial a empresa autofinanciada, para lo cual el parámetro de calidad es la única referencia que le abre paso hacia la competencia.

Los sistemas cerrados de salud de algunos países, demostraron con el tiempo, los altos costos de operación, mala calidad de los servicios; la recuperación de la salud cada día más difícil, la reposición de la confianza de la comunidad, sin hablar de los altísimos costos de trabajadores frecuentemente incapacitados, significaron presupuestos que utilizados solo parcialmente hubieran podido optimizarse para garantizar la calidad en la atención.

Hemos aprendido a buscar soluciones que nos permitan planificar, organizar, dirigir, supervisar, evaluar, y así poder mantener un proceso administrativo

completo donde la planeación, organización, integración, dirección y el control nos permitirán el éxito.

La planeación estratégica implica como punto de partida un minucioso estudio de confrontación entre las fortalezas y las debilidades de la institución, frente a un determinado proyecto.

#### **2.2.4 ANALISIS MUNDIAL Y NACIONAL DEL FACTOR LEGAL.**

El Informe sobre la salud en el mundo 2008 - un porvenir más seguro Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI marca un hito en la historia de la salud pública y señala lo que podría ser uno de los mayores adelantos realizados en medio siglo para alcanzar la seguridad sanitaria.

Muestra algunos riesgos crecientes que corre el mundo, como brotes de enfermedades, epidemias, accidentes industriales, desastres naturales y otras emergencias de salud que pueden convertirse rápidamente en amenazas para la seguridad sanitaria mundial.

El informe explica que el Reglamento Sanitario Internacional revisado (2009), en vigor desde el presente año, ayuda a los países a colaborar para identificar los riesgos y actuar para contenerlos y controlarlos. El Reglamento es necesario porque ningún país, independientemente de su capacidad o riqueza, puede protegerse de brotes y demás riesgos sin la cooperación de otros. El informe señala que un porvenir más seguro es posible, y que constituye tanto una aspiración colectiva como una responsabilidad recíproca.

La Policía Nacional a través de la Ley de Orgánica, promulgado en el Registro Oficial 368 del 24 de Julio de 1998 establece, la organización y funcionamiento, deberes y atribuciones de las Direcciones Nacionales y Generales de Salud.

La salud del personal de la institución es una de los objetivos básicos para cumplir la misión de la Policía Nacional, la misma que garantiza el orden interno y la seguridad individual y social.

Las tareas anotadas podrán ser cumplidas de manera apropiada siempre y cuando el personal policial se encuentre en óptimas condiciones de salud y en constante adiestramiento y capacitación.

La Dirección Nacional de Salud propone crear una red de servicios de salud, diferenciados por niveles de complejidad, con funciones específicas para cada nivel previamente establecidas y articuladas por normas y funciones específicas, con un soporte gerencial en principios de administración de salud y en una permanente capacitación de recursos humanos.

El Sector Salud de la Policía Nacional ha alcanzado un desarrollo importante en infraestructura de servicios a los dispensarios ubicados en los cuarteles del país y los dos hospitales como son el Hospital Quito No.1 y el Hospital Guayaquil No.2.

Los objetivos del proceso de modernización de la Policía Nacional, son la eficiencia, calidad y actualización tecnológica en la prestación de servicios médicos, sobre todo en el área de urgencias médicas. Además propone orientar las políticas de salud planteando la necesidad de optimizar los recursos, y la eficiencia operativa de servicios de la institución policial.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud los servicios médicos se clasifican en cuatro niveles de atención médica:

[El primer nivel](#) se enfoca primordialmente en preservar y conservar la salud de la población por medio de las acciones de promoción, protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los padecimientos que se presentan con cierta frecuencia, y cuya resolución es factible mediante recursos simples.

El primer nivel de complejidad está caracterizado por instituciones de menor tamaño donde asiste el médico general para dispensar atención ambulatoria principalmente de consulta externa, urgencias y hospitalización de corta estancia.

Al segundo nivel le corresponde las actividades dirigidas a la restauración de la salud, con atención a daños poco frecuentes y de mediana complejidad; los servicios que otorga son proporcionados a pacientes derivados del primer nivel y a los que se presenten espontáneamente con urgencias médicas o quirúrgicas.

Este nivel constituido por hospitales de mayor tamaño y donde se prestan servicios relacionados con la atención ambulatoria y hospitalización en las áreas de: medicina interna, cirugía, pediatría, Gineco - obstetricia y psiquiatría y pueden agregar otras especialidades tales como traumatología, otorrinolaringología y urología, además pueden contar con el apoyo de un laboratorio.

El tercer nivel realiza actividades de restauración y rehabilitación de la salud a usuarios que presentan padecimientos de alta complejidad de diagnóstico y de tratamiento que han sido enviados por los otros niveles de atención. Se destina a prestar atención ambulatoria y de hospitalización.

Caracterizado por la prestación de servicios médicos con la presencia de especialistas del área de: Clínica, Cirugía, Gineco – Obstetricia, Pediatría, Odontología y otras sub especialidades.

El cuarto nivel de máxima complejidad constituido por técnicas de óptimo desarrollo tanto en el campo quirúrgico: trasplantes y microcirugía como en el campo de las imágenes diagnósticas: scanner, resonancia magnética nuclear, radiología digital y en el campo del laboratorio clínico técnicas de radio inmune ensayo.

## **2.2.5 ANÁLISIS MUNDIAL Y NACIONAL DEL FACTOR DEMOGRÁFICO.**

La disponibilidad de información respaldada en datos válidos y confiables es condición sine qua non para el análisis y evaluación objetiva de la situación sanitaria, la toma de decisiones basada en evidencia y la programación en salud. La búsqueda de medidas objetivas del estado de salud de la población es una antigua tradición en salud pública, particularmente en epidemiología. Desde los

trabajos de William Farr en el siglo XIX, la descripción y análisis del estado de salud fueron fundados en medidas de mortalidad y sobrevivencia. Más recientemente, en parte como resultado del control exitoso sobre todo en las áreas de mayor industrialización de las enfermedades infecciosas tradicionalmente responsables de la mayor carga de mortalidad, así como producto de una visión más comprehensiva del concepto de salud y sus determinantes poblacionales, se reconoció la necesidad de considerar también otras dimensiones del estado de salud.

En consecuencia, las medidas de morbilidad, discapacidad y de determinantes no biológicos de la salud, como el acceso a servicios, la calidad de la atención, las condiciones de vida y los factores ambientales son de necesidad creciente para analizar con objetividad la situación de salud de grupos poblacionales y para documentar la capacidad de las personas de funcionar física, emocional y socialmente. Para facilitar la cuantificación y evaluación de las diferentes dimensiones del estado de salud de una población se utilizan los indicadores de salud.

«La 57ª Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe sobre las asignaciones del presupuesto ordinario a las regiones y tomando nota de las recomendaciones que figuran en el párrafo 21, decidió pedir al Director General que, en consulta con los Estados Miembros y las regiones, elaborara unos principios rectores basados en criterios objetivos que habrían de aplicarse en la asignación de fondos de todas las procedencias, teniendo en cuenta la equidad, la eficiencia y el desempeño, y el apoyo prestado a los países más necesitados, en particular los menos adelantados, y que se presentarían a la consideración del Consejo Ejecutivo en su 115ª reunión.» (Decisión WHA57(10), 22 de mayo de 2004).

El componente basado en necesidades consiste en introducir un factor demográfico para que las regiones cuyos países tengan mayor población reciban una proporción de recursos mayor que si los mismos países tuvieran menor población. Sin embargo, a las cifras de población se debe aplicar una técnica estadística de suavizamiento puesto que los recursos que la OMS necesita para cooperar eficazmente con los países no son directamente proporcionales al

tamaño de la población. Se han utilizado las estimaciones de la población residente correspondientes al año 2003, de la División de Población de las Naciones Unidas.

Desde una perspectiva teórica, cuantos mayores sean las economías de escala posibles, más se debe comprimir el factor demográfico, porque el tamaño de la población pasa a ser menos importante para determinar la cantidad de recursos necesarios a fin de llevar a cabo un programa determinado.

Hay varias técnicas de suavizamiento que comprimen en mayor o menor grado los efectos del tamaño de la población. Dos técnicas estándar que se suelen utilizar son la raíz cuadrada y el logaritmo cuadrático ajustado de la población (ALPS). Para los fines de la modelización de los resultados del mecanismo, se han retenido ambas metodologías.

- La metodología de la raíz cuadrada consiste sencillamente en aplicar esta función al tamaño de la población. Por lo tanto, si en circunstancias normales la razón entre Palau y China (dos extremos), por ejemplo, es de 1:65 000, después de aplicar la raíz cuadrada esta razón se reduce a 1:220.
- El método del logaritmo cuadrático ajustado de la población añade una mayor compresión que el de la raíz cuadrada. Para tomar el mismo ejemplo, la razón entre Palau y China se reduciría a 1:67. El método del ALPS da menos peso a los países más poblados que el de la raíz cuadrada.

Según la ilustración 2.9 y 2.10, el Ecuador tiene 12'600.000 habitantes, de los cuales el 50.5% son mujeres. La mayor concentración de personas se encuentra en el área urbana con 59.5% y el grupo más numeroso es el de edad comprendida hasta 14 años con un 33%. La inconsciencia de la gente especialmente de bajo nivel educativo ha permitido que cada vez aumente desorganizadamente la población tanto en el sector urbano como rural, sin considerar que las condiciones de vida existentes le depara muchas dificultades como: desempleo y subempleo, inestabilidad e inseguridad social e individual, reducidas probabilidades de acceder a una buena educación, poca probabilidad de superación y encarecimiento de productos y servicios; esto ha contribuido en un ahondamiento mayor de la crisis e insatisfacción social, desencadenado directamente en un limitado acceso a los servicios de salud.

**ILUST. POBLACIÓN ESTIMADA AL 2010**

| Población | Cantidad   | %      |
|-----------|------------|--------|
| Hombres   | 6'545.000  | 49.59% |
| Mujeres   | 6'653.000  | 50.41% |
| Total     | 13'198.000 | 100%   |

**Tabla 5** Población al 2010

Fuente: Inec

**ILUST. POBLACIÓN POR GRUPO**

| Grupos por edad | % Población |
|-----------------|-------------|
| 0-14            | 33%         |
| 15-24           | 20%         |
| 25-44           | 27%         |
| 45-64           | 13%         |
| 65- +           | 7%          |

**Tabla 6** Población por Grupo

Fuente: Inec

## 2.3 ANÁLISIS ORGANIZACIONAL

La oferta de servicios por parte del Hospital Quito No. 1, se encuentra al momento a punto de ser desbordada debido al incremento sostenido en los últimos años de la demanda de los servicios de Consulta Externa, Hospitalización, Emergencia y los Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento.

Con relación a la demanda está se incrementó a nivel nacional por el ingreso de 4.000 policías por año a partir del año 2.000, efectivos que además incorporaron a sus dependientes al Seguro de Enfermedad y Maternidad del ISSPOL y al Sistema de Servicios de Salud de la Policía Nacional.

El Hospital Quito No. 1, tiene una capacidad instalada para 180 camas, sin embargo en la actualidad existe 120 camas disponibles, pues se considera un porcentaje de desocupación por si se presentaría eventualidades sanitarias

El Hospital Quito, de acuerdo a los reportes estadísticos, mantiene funcionando alrededor del 66.66% de la capacidad instalada, con una estancia prolongada 8-10 días por paciente

**Referente a los procesos y procedimientos debemos señalar que se han diseñando de acuerdo a las necesidades sin tener el debido sustento técnico, de allí que existen pasos repetitivos y/o innecesarios que complican los trámites de allí la necesidad de realizar reingeniería de los procesos que faciliten los trámites y el control.**

Tomando como premisa que “La gestión debe alimentarse del flujo continuo de la información que genere los conocimientos necesarios para el diagnóstico de la situación y la oportuna toma de decisiones,” y que un adecuado Sistema de Información es el que apoya a la gerencia de las instituciones; consideramos que la gestión de procesos en el Servicio de Emergencia del Hospital es dificultosa por la distorsión y abandono en el manejo de los sistemas de información.

El Hospital Quito No. 1, por tratarse teóricamente de un establecimiento que brinda servicios a toda la población asegurada del ISSPOL a nivel nacional, la “**Demanda Potencial**” se calcula en 160.682 personas de las cuales 88.573 o sea el 55,12% residen en el Primer distrito, de estas 74.118 o sea el 46,12% del total en la Provincia de Pichincha.

En la práctica si medimos la cobertura real del hospital a través del número de Historias Clínicas abiertas por año y las acumuladas, conocemos que a partir del año 1.997 en el que el Archivo de Historias Clínicas fue reestructurado, y donde se inició con el número 001, el número ha crecido hasta alcanzar a fines del 2.009 la cifra de 84.556, lo que significa que en el período comprendido entre 1.998 y el 2.009 se abrieron en promedio 9.395 historias por año y 41 por día laborable; calculamos que de seguir la tendencia para el año 2.010 existirán 112.741 Historias Clínicas.

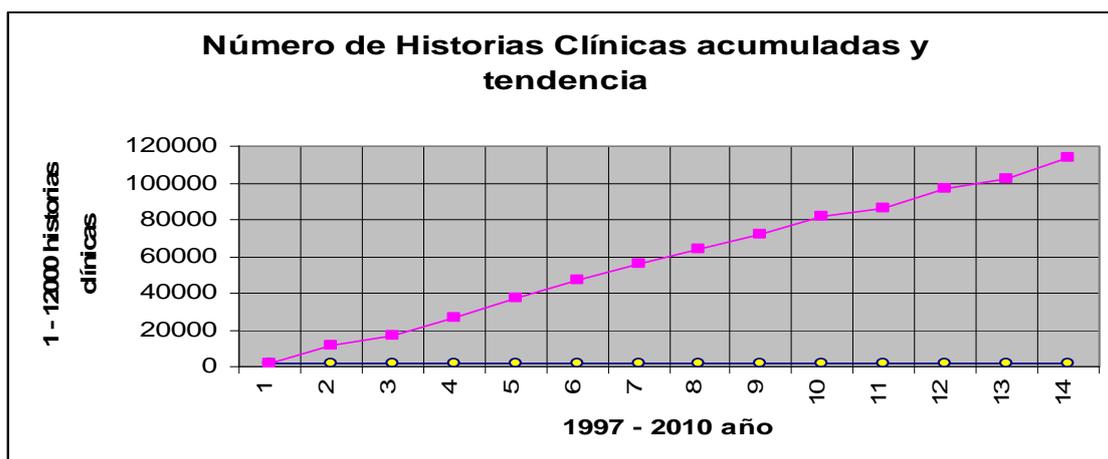


Gráfico No.7 Tendencia de Historias Clínicas acumuladas Fuente: DNS

Refiriéndonos a los usuarios del Servicio de Emergencia **la Demanda Real** en el año 2.009 fue de 22.732 usuarios, cifra superior en un 77,44% a la de 2.001, donde los usuarios fueron 12.874, cifras que nos demuestran el crecimiento de la demanda en los últimos años.

Realizando un breve análisis de las personas que han fallecido por mala atención en el Servicio de Emergencia del Hospital Quito No. 1, en los últimos años tenemos como **ejemplo** a los siguientes:

Señor Myr. Proaño (Comandante del GOE), tuvo un accidente de tránsito en la Av. Occidental; es así que cuando llegó desfigurado y sin documentación a emergencia del HQ No. 1, no lo recibieron y lo enviaron al Hospital Eugenio Espejo, argumentando que como no tenía documentación no sabían de quien se trataba, a pesar de que las personas que lo condujeron manifestaron que era Oficial de Policía; al darse cuenta de semejante error lo trajeron de vuelta, pero lamentablemente ya no había nada que hacer y falleció.

Niño, NN, de 6 años (no diré su nombre por respeto a su señor padre en servicio activo, quien labora en el Servicio de Cesantía de la Policía Nacional.), Una noche había sido trasladado al Servicio de Emergencia del HQ No.1, porque tenía una aparente infección intestinal; para lo cual se le había administrado una cierta medicación pero resulta que el niño era alérgico, esto no se manifestó inmediatamente, por lo que su padre lo condujo al hogar y lo había hecho recostar, al día siguiente el niño ya no despertó.

### **DEMANDAS MANIFESTADAS POR LOS USUARIOS DEL HOSPITAL QUITO No.1**

- ⇒ Mejor trato a los usuarios en el Servicio de Emergencia, por parte de los médicos y enfermeras en general.
- ⇒ Mayor profesionalismo con formación humanística, por parte del personal que labora en el Servicio de Emergencia.
- ⇒ Mejorar la eficiencia con el fin de disminuir el tiempo de respuesta en las emergencias.
- ⇒ Que exista un uso adecuado y correcto de los recursos.
- ⇒ Cumplimiento de las normas internas.
- ⇒ Reglamento interno que regule la administración hospitalaria en el Servicio de Emergencia.
- ⇒ Políticas específicas por parte de la Dirección Nacional de Salud, hacia el Hospital.
- ⇒ Incorporación de tecnología moderna.
- ⇒ Estudiar propuestas de mejoramiento continuo.

- ⇒ Cambiar de la actitud pasiva a una actitud activa y proactiva.
- ⇒ Mejorar la selección de personal médico para urgencias médicas.
- ⇒ Fortalecer el sistema de control de la gestión para urgencias médicas.
- ⇒ Mantenerse al margen la influencia jerárquica.
- ⇒ Difusión de los resultados de la gestión Hospitalaria, a la comunidad policial.
- ⇒ Atención del servicio de emergencia durante las 24 horas del día.

### **DEMANDAS MANIFESTADAS POR EL PERSONAL MEDICO CIVIL Y POLICIAL.**

- ⇒ Respaldo de las autoridades del hospital en los procedimientos médicos bien sustentados.
- ⇒ Remuneración justa y reconocimiento de horas extras.
- ⇒ Respeto a la jornada laboral.
- ⇒ Dotación permanente de material logístico.
- ⇒ Infraestructura acorde al incremento de personal.
- ⇒ Necesidad de cambio organizacional y actualización de leyes y reglamentos policiales.
- ⇒ Mejorar los servicios de Bienestar Social, y así mejorar la satisfacción laboral.
- ⇒ Mejorar el proceso de selección de becas y cursos.
- ⇒ Fortalecer los sistemas en los procesos de reclutamiento, selección, capacitación y evaluación del personal médico.
- ⇒ Fortalecer la imagen institucional.
- ⇒ Implantación del sistema de información integrado.
- ⇒ Respeto entre los miembros de la Institución con el personal civil .
- ⇒ Mejorar el trato en todos los niveles de la organización hospitalaria.
- ⇒ Establecer un sistema objetivo para ascensos y condecoraciones.
- ⇒ Modernización en los planes operacionales.
- ⇒ No distraer al personal médico en otros menesteres ajenos a los de su misión específica.

La oferta del Servicio de Emergencia en el momento actual cubre un alto

porcentaje de la demanda.

Se conoce que hay demanda insatisfecha, que se evidencia por el reclamo permanente de los usuarios al no ser atendidos con un sistema de gestión de calidad, siguiendo ciertos procesos por demás lógicos en urgencias médicas.

La atención que se brinda en el servicio de emergencia se considera de buena calidad tanto por prestadores como por usuarios, la misma que se encuentra cimentada en la calidad de los profesionales que laboran en el establecimiento y en un sustento administrativo que soporta la operación de este servicio, considerándose que esto mejoraría siempre y cuando mejoren sus procesos.

En general el recurso humano en el área médica de emergencia se considera como suficiente y entrenado pero sin contar con un sistema de gestión por procesos.

En el área médica como en el personal subalterno administrativo, existe resistencia al cambio que se manifiesta con la poca colaboración para iniciar y desarrollar gestión de procesos creativos.

Un problema es la coexistencia de personal policial y civil con diferentes derechos y remuneraciones aunque realizan el mismo trabajo, situación que trae desmotivación en los afectados

En forma general consideramos que el nivel tecnológico dado por el equipo e instrumental del Servicio de Emergencia es satisfactorio.

Con relación a la tecnología médica esta es muy avanzada tanto en el conocimiento como el equipamiento, pero todo esto se complementaría con una buena y acertada gestión de procesos.

A fin de realizar un análisis más profundo del enfoque interno tomaremos en cuenta las fortalezas y debilidades del Servicio de Emergencia del Hospital Quito No. 1.

## **FORTALEZAS**

⇒ Experiencia del personal médico de emergencia.

- ⇒ Apertura al cambio por parte de los médicos del Servicio de Emergencia.
- ⇒ Disciplina por parte de los médicos ya que son policiales, y pueden ejercer sus procesos médicos en base a disposiciones superiores.
- ⇒ Deseo de superación.
- ⇒ Liderazgo.
- ⇒ Personal médico policial y civil capacitado.
- ⇒ Mística de servicio.
- ⇒ Manejo técnico del área de emergencia.
- ⇒ Hospital jerarquizado
- ⇒ Decisión de la actual administración en incrementar la capacidad operativa e implementar la gestión de procesos para urgencias médicas.
- ⇒ Apoyo de personal asesor con amplios conocimientos y experiencia en administración de servicios de salud y hospitales a fin incentivar los procesos médicos en emergencia.
- ⇒ Interés del personal profesional en mejorar la tecnología y los conocimientos en los procesos médicos.
- ⇒ Deseo de la actual administración en capacitar al personal en Gestión de Procesos.
- ⇒ Equipamiento médico acorde con la complejidad y el nivel de atención del Servicio de Emergencia.
- ⇒ Posibilidad de ampliación del Servicio de Emergencia.
- ⇒ El Sistema de Salud de la Policía basa su fortaleza en la infraestructura, capacidad instalada y recursos humanos que laboran en el sector salud.
- ⇒ Se cuentan con los medios económicos que sustentan la continuidad en la prestación de servicios.
- ⇒ La decisión política del Alto Mando Policial de estimular cambios institucionales necesarios para alcanzar el apropiado funcionamiento de todos los servicios de la institución. La jerarquía y disciplina del funcionamiento institucional contribuye a introducir de manera más ágil cambios y mejoramientos.
- ⇒ La DNS mantiene un nivel de Dirección Nacional que le permite constituirse como el organismo rector de salud dentro de la Institución Policial.

## DEBILIDADES

- ⇒ No contar con un Manual de Gestión de Procesos para Urgencias Médicas
- ⇒ Falta de definición de perfiles profesionales, con conocimientos en Procesos Médicos.
- ⇒ Exceso de carga horaria, no existe un proceso para los horarios.
- ⇒ Remuneraciones insuficientes, para el personal médico.
- ⇒ Falta de estímulos y beneficios para los miembros del Servicio de Emergencia.
- ⇒ Falta de autoestima y autovaloración de los miembros del Servicio de Emergencia, ya que no cuentan con manuales de gestión hospitalaria para emergencia.
- ⇒ Tráfico de influencias en los procesos.
- ⇒ Falta de trabajo en equipo no se trabaja por procesos cada quien hace lo que cree conveniente.
- ⇒ Preparación insuficiente de los directivos de emergencia en el campo de la administración de la gestión médica en emergencia.
- ⇒ Sistema de información en protocolos médicos incompleto y desactualizado.
- ⇒ Información inadecuada tanto en cantidad como calidad, duplicidad de procedimientos.
- ⇒ Sistema de abastecimiento médico lento, debido a que no existe un manual de procesos.
- ⇒ Poca o ninguna utilización de los manuales de procedimientos administrativos, en emergencia debido a que son desactualizados.
- ⇒ Lentitud en los procesos médicos - administrativos.
- ⇒ Limitada comunicación al interior del Servicio de Emergencia, provocando ineficacia en la atención al paciente.
- ⇒ Escasa calidez en la atención a los usuarios por parte del personal profesional y administrativo del Servicio de Emergencia.
- ⇒ Cultura de ciertos usuarios que exigen atención personalizada.
- ⇒ Completa descoordinación de actividades en los procesos médicos de atención al paciente.

- ⇒ La falta de un compromiso personal y estímulo de los miembros de la institución que laboran en el sector salud.
- ⇒ Escasa preparación en administración de los servicios por parte del personal que cumple funciones de Jefatura en todos los niveles del sistema.
- ⇒ Falta de preparación en el manejo del tema de salud de las autoridades designadas, que provoca disposiciones que contrarían procesos técnicos en funcionamiento o incorporación.
- ⇒ Centralización de los procesos administrativos en la DNS, con un claro predominio de las instancias de apoyo sobre los procesos técnicos de servicio.
- ⇒ El apoyo político del alto mando policial puede variar, situación que influiría en el proceso de implementación del Plan Estratégico de Salud.
- ⇒ Falta de procedimientos estandarizados de diagnóstico y tratamiento en los diferentes servicios que prestan las unidades de salud.
- ⇒ Baja cobertura y calidad de atención de salud.
- ⇒ Ausencia de políticas para la selección e incorporación de personal.
- ⇒ Ausencia de políticas y programas periódicos de capacitación.
- ⇒ Falta de educación a los usuarios en el uso del sistema.

## 2.4 SELECCIÓN DE FACTORES FODA

| <u>AMENAZAS</u>  | <u>OPORTUNIDADES</u>  |
|--|---|
| Falta de recursos suficientes de la Dirección de Salud para la gestión por procesos en el Servicio de Emergencia | Tendencia de integración de los beneficiarios del Servicio de Salud.  |
| No se puede cubrir la demanda en urgencias médicas por el crecimiento de la población policial.                  | Colaboración de las autoridades de turno para la modernización del Servicio de Emergencia, en Gestión de Procesos para Urgencias Médicas. |
| Legislación inadecuada, no existe un Sistema de Gestión de Calidad en procesos                                   | Demanda de un Servicio de Gestión de Calidad en Emergencia por parte de los miembros policiales y sus                                     |

|   |   |
|---|---|
| para urgencias médicas.   | familiares.   |
| Injerencia e influencia externa, sin respetar procesos ni procedimientos médicos.   | Apoyo de las autoridades para el proceso de modernización en urgencias médicas.   |
| Limitada cultura de salud de calidad en el Servicio de Emergencia por parte de los miembros policiales.                         | Posibilidad de concretar alianzas estratégicas, con otros Servicios de Emergencia para monitorear sus procesos médicos.               |
| Ingreso de profesionales no idóneos, para el Servicio de Emergencia, sobre todo sin experiencia en Gestión de Procesos Médicos. | Conciencia de que es necesario el Servicio de Emergencia.   |
| Falta de credibilidad de los miembros de la Policía para el Servicio de Emergencia.   | Posibilidades de integración tecnológica y moderna en los procesos médicos de emergencia.   |
| Desconocimiento de los usuarios acerca de los procesos en el Servicio de Emergencia.  | Procesos reflexivos que propicien la participación proactiva de los médicos.  |
| Involucramiento de otros actores en la gestión del Servicio de Emergencia.  | Interés de la Dirección Nacional de Salud para realizar cambios en los procesos médicos del Servicio de Emergencia.                   |
| Ingreso de nuevo personal policial que no está comprometido con el servicio de Emergencia.                                      | Posibilidad técnica y financiera de construir, equipar y poner en operación una nueva área de Servicio de Emergencia.                 |
| Resistencia al cambio de la Gestión de Procesos por parte de los prestadores de servicios y de los usuarios.                    | Existencia de convenios con Universidades Nacionales y del exterior para capacitar al personal médico en Gestión de Procesos Médicos. |

|  |   |
|--|---|
| Que no existan recursos para capacitar al personal, en Gestión de Procesos para Urgencias Médicas.       | Posibilidad de obtener una partida extrapresupuestaria para renovar el equipo del servicio de Emergencia. |
| Puesta en vigencia de organigramas y manuales no debidamente analizados y fundamentados.                 | Posibilidad de construir un nuevo pabellón para el Servicio de Emergencia.                                |
| Que sean removidos los actuales directivos antes de terminar el proceso de cambio en Gestión de Calidad. | Posibilidad de incrementar el número de camas de dotación para el Servicio de Emergencia.                 |
|  | Posibilidad de incrementar el personal médico para el Servicio de Emergencia.                             |
|  | Posibilidades de mejorar el Sistema de Gestión de procesos para Urgencias Médicas.                        |

**Tabla 7** FODA Amenazas oportunidades **Fuente:** Javier Buitrón

| <u><b>FORTALEZAS</b></u>   | <u><b>DEBILIDADES</b></u>   |
|--|---|
| Experiencia del personal médico de emergencia.   | No contar con un Manual de Gestión de Procesos para Urgencias Médicas                 |
| Apertura al cambio por parte de los médicos del Servicio de Emergencia.  | Falta de definición de perfiles profesionales, con conocimientos en Procesos Médicos. |
| Disciplina por parte de los médicos ya que son policiales, y pueden ejercer sus procesos médicos en base a disposiciones superiores. | Exceso de carga horaria, no existe un proceso para los horarios.                      |
| Deseo de superación.   | Remuneraciones insuficientes, para el personal médico.                                |

|  |   |
|--|---|
| Liderazgo.   | Falta de estímulos y beneficios para los miembros del Servicio de Emergencia.   |
| Personal médico policial y civil capacitado.   | No cuentan con manuales de gestión hospitalaria para emergencia.  |
| Mística de servicio.   | Tráfico de influencias en los procesos.   |
| Manejo técnico del área de emergencia.   | Falta de trabajo en equipo no se trabaja por procesos cada quien hace lo que cree conveniente.                                |
| Hospital jerarquizado  | Preparación insuficiente de los directivos de emergencia en el campo de la administración de la gestión médica en emergencia. |
| Decisión de la actual administración en incrementar la capacidad operativa e implementar la gestión de procesos para urgencias médicas.                                    | Sistema de información en protocolos médicos incompleto y desactualizado.   |
| Apoyo de personal asesor con amplios conocimientos y experiencia en administración de servicios de salud y hospitales a fin incentivar los procesos médicos en emergencia. | Información inadecuada tanto en cantidad como calidad, duplicidad de procedimientos.  |
| Interés del personal profesional en mejorar la tecnología y los conocimientos en los procesos médicos.   | Sistema de abastecimiento médico lento, debido a que no existe un manual de procesos.   |
| Deseo de la actual administración en capacitar al personal en Gestión de Procesos.   | Poca o ninguna utilización de los manuales de procedimientos administrativos, en emergencia debido a que son desactualizados. |
| Equipamiento médico acorde con la  | Lentitud en los procesos médicos -  |

|  |  |
|--|--|
| complejidad y el nivel de atención del Servicio de Emergencia. | administrativos  |
| Posibilidad de ampliación del Servicio de Emergencia.          | Limitada comunicación al interior del Servicio de Emergencia, provocando ineficacia en la atención al paciente.              |
|  | Escasa calidez en la atención a los usuarios por parte del personal profesional y administrativo del Servicio de Emergencia. |
|  | Cultura de ciertos usuarios que exigen atención personalizada  |
|  | Completa descoordinación de actividades en los procesos médicos de atención al paciente.                                     |

Tabla 8 FODA Fortalezas Debilidades Fuente: Javier Buitrón

## 2.4.1 DIAGRAMA CAUSA EFECTO DE FACTORES INTERNOS FORTALEZAS

### Fortalezas

- ⇒ Experiencia del personal médico de emergencia.
- ⇒ Manejo técnico del área de emergencia
- ⇒ Decisión de la actual administración en incrementar la capacidad operativa e implementar la gestión de procesos para urgencias médicas.
- ⇒ Apoyo de personal asesor con amplios conocimientos y experiencia en administración de servicios de salud y hospitales a fin incentivar los procesos
- ⇒ Interés del personal profesional en mejorar la tecnología y los conocimientos en los procesos médicos.

- ⇒ Equipamiento médico acorde con la complejidad y el nivel de atención del Servicio de Emergencia.

**Gráfico 8** Diagrama Causa – Efecto de Factores Internos (Fortalezas) Fuente: Javier Buitrón

## **2.4.2 DIAGRAMA CAUSA EFECTO DE FACTORES INTERNOS DEBILIDADES.**

### **Debilidades**

- ⇒ Falta de definición de perfiles profesionales, con conocimientos en Procesos Médicos.
- ⇒ Tráfico de influencias en los procesos
- ⇒ Falta de trabajo en equipo no se trabaja por procesos cada quien hace lo que cree conveniente.
- ⇒ Sistema de información en protocolos médicos incompleto y desactualizado.
- ⇒ Información inadecuada tanto en cantidad como calidad, duplicidad de procedimientos.
- ⇒ Limitada comunicación al interior del Servicio de Emergencia, provocando ineficacia en la atención al paciente

**Gráfico 9** Diagrama Causa – Efecto de Factores Internos (Debilidades) ) Fuente: Javier Buitrón

### **2.4.3 DIAGRAMA CAUSA EFECTO DE FACTORES EXTERNOS OPORTUNIDADES**

#### **Oportunidades**

- ⇒ Colaboración de las autoridades de turno para la modernización del Servicio de Emergencia, en Gestión de Procesos para Urgencias Médicas.
- ⇒ Posibilidad de concretar alianzas estratégicas, con otros Servicios de Emergencia para monitorear sus procesos médicos
- ⇒ Posibilidades de integración tecnológica y moderna en los procesos médicos de emergencia.
- ⇒ Interés de la Dirección Nacional de Salud para realizar cambios en los procesos médicos del Servicio de Emergencia.

- ⇒ Posibilidad de incrementar el personal médico para el Servicio de Emergencia.
- ⇒ Demanda de un Servicio de Gestión de Calidad en Emergencia por parte de los miembros policiales y sus familiares.

**Gráfico 10** Diagrama Causa – Efecto de Factores Externos (Oportunidades) Fuente: Javier Buitrón

#### **2.4.4 DIAGRAMA CAUSA EFECTO DE FACTORES EXTERNOS AMENAZAS.**

##### **Amenazas**

- ⇒ Falta de recursos suficientes de Salud para la gestión por procesos

- ⇒ Legislación inadecuada, no existe un Sistema de Gestión de Calidad en procesos para urgencias médicas.
- ⇒ Injerencia e influencia externa, sin respetar procesos ni procedimientos
- ⇒ Ingreso de profesionales no idóneos, sin experiencia en Gestión de Procesos
- ⇒ Resistencia al cambio de la Gestión de Procesos por parte de los prestadores de servicios y de los usuarios.
- ⇒ Que sean removidos los actuales directivos antes de terminar el proceso de cambio en Gestión de Calidad.

**Gráfico 11** Diagrama Causa – Efecto de Factores Externos (Amenazas)

## 2.4.5 DIAGRAMA DE INTERRELACIONES CAUSA-EFECTO

**Gráfico 12** Diagrama de interrelación Causa y Efecto) Fuente: Javier Buitrón

## 2.4.6 MATRIZ DE ÁREAS DEFENSIVAS DE INICIATIVA ESTRATÉGICA “DA”

| MATRIZ DE ÁREAS DEFENSIVAS DE INICIATIVA ESTRATÉGICA “DA”   |          |   |  |   |   |  |   |       |
|---|----------|---|--|---|---|--|---|-------|
| ALTA: 9 MEDIA: 3 BAJA: 1<br>NULA: 0   | AMENAZAS | Falta de recursos suficientes de la Dirección de Salud para la gestión por procesos | Legislación inadecuada, no existe un Sistema de Gestión de Calidad por procesos. | Injerencia e influencia externa, sin respetar procesos ni procedimientos médicos. | Ingreso de profesionales no idóneos sin experiencia en Gestión de Procesos Médicos. | Resistencia al cambio por parte de los usuarios. | Que sean removidos los actuales directivos antes de terminar el proceso de cambio en Gestión de Calidad | TOTAL |
|   |          | <b>DEBILIDADES</b>  |  |   |   |  |   |       |
| Falta de definición de perfiles profesionales, con conocimientos en Procesos Médicos.                           |          | 3   | 9  | 3   | 3   | 1  | 1   | 20    |
| Tráfico de influencias en los procesos  |          | 3   | 3  | 9   | 9   | 3  | 3   | 30    |
| Falta de trabajo en equipo no se trabaja por procesos cada quien hace lo que cree conveniente                   |          | 3   | 9  | 9   | 3   | 3  | 3   | 30    |
| Sistema de información en protocolos médicos incompleto y desactualizado.                                       |          | 3   | 9  | 3   | 3   | 3  | 1   | 22    |
| Información inadecuada tanto en cantidad como calidad, duplicidad de procedimientos.                            |          | 3   | 3  | 9   | 9   | 3  | 3   | 30    |
| Limitada comunicación al interior del Servicio de Emergencia, provocando ineficacia en la atención al paciente. |          | 3   | 3  | 1   | 9   | 3  | 3   | 22    |
| <b>TOTAL</b>  |          | 18  | 36   | 34  | 36  | 16   | 14  |       |

Tabla 9 MATRIZ DE ÁREAS DEFENSIVAS DE INICIATIVA ESTRATÉGICA “DA” Fuente: Javier Buitrón

## 2.4.7 MATRIZ DE ÁREAS DE RESPUESTA ESTRATÉGICA “FO”

| <b>Matriz de Áreas de Respuesta Estratégica<br/>“FO”</b>  |                      |  |  |   |   |   |  |              |
|---|----------------------|--|--|---|---|---|--|--------------|
| <b>ALTA: 9 MEDIA: 3 BAJA: 1<br/>NULA: 0</b>   | <b>OPORTUNIDADES</b> | Colaboración de las autoridades de turno para la modernización en Gestión de Procesos. | Demanda de un Servicio de Gestión de Calidad en procesos | Interés de la Dirección Nacional de Salud para realizar cambios en los procesos médicos del Servicio de Emergencia. | Posibilidad de concretar alianzas estratégicas, con otros Servicios de Emergencia para monitorear sus procesos médicos. | Posibilidad de incrementar el personal médico para el Servicio de Emergencia. | Posibilidades de integración tecnológica y moderna en los procesos médicos de emergencia | <b>TOTAL</b> |
|   | <b>FORTALEZAS</b>    |  |  |   |   |   |  |              |
| Experiencia del personal médico de emergencia.  |                      | 9  | 9  | 3   | 3   | 3   | 3  | 30           |
| Manejo técnico del área de emergencia   |                      | 9  | 1  | 3   | 9   | 3   | 9  | 34           |
| Decisión de la actual administración de implementar la gestión de procesos                              |                      | 9  | 3  | 9   | 9   | 3   | 9  | 42           |
| Apoyo de personal asesor con amplios conocimientos y experiencia en administración en procesos de salud |                      | 3  | 3  | 3   | 3   | 1   | 1  | 14           |
| Interés del personal profesional en mejorar la tecnología y los conocimientos en los procesos médicos.  |                      | 3  | 3  | 9   | 9   | 1   | 9  | 34           |
| Equipamiento médico acorde con la complejidad y el nivel de atención del Servicio de Emergencia.        |                      | 9  | 1  | 1   | 3   | 1   | 9  | 24           |
| <b>TOTAL</b>  |                      | <b>42</b>  | <b>20</b>  | <b>28</b>   | <b>36</b>   | <b>12</b>   | <b>40</b>  |              |

**Tabla 10** Matriz de Áreas de Respuesta Estratégica “FO” Fuente: Javier Buitrón

## 2.4.8 MATRIZ DE ÁREAS DE RESPUESTA ESTRATÉGICA "FA"

| <b>Matriz de Áreas de Respuesta Estratégica</b>   |                 |   |  |   |   |  |  |       |
|---|-----------------|---|--|---|---|--|--|-------|
| <b>"FA"</b>   |                 |   |  |   |   |  |  |       |
|   | <b>AMENAZAS</b> | Falta de recursos suficientes de la Dirección de Salud para la gestión por procesos | Legislación inadecuada, no existe un Sistema de Gestión de Calidad por procesos. | Injerencia e influencia externa, sin respetar procesos ni procedimientos médicos. | Ingreso de profesionales no idóneos sin experiencia en Gestión de Procesos Médicos. | Resistencia al cambio por parte de los usuarios. | Que sean removidos los actuales directivos antes de terminar el proceso de cambio en Gestión de Calidad. | TOTAL |
|   |                 |   |  |   |   |  |  |       |
| <b>ALTA: 9 MEDIA: 3 BAJA: 1 NULA:0</b>  |                 |   |  |   |   |  |  |       |
| <b>FORTALEZAS</b>   |                 |   |  |   |   |  |  |       |
| Experiencia del personal médico de emergencia.  |                 | 3   | 9  | 9   | 9   | 1  | 3  | 34    |
| Manejo técnico del área de emergencia   |                 | 3   | 9  | 3   | 9   | 3  | 3  | 30    |
| Decisión de la actual administración de implementar la gestión de procesos                    |                 | 9   | 9  | 3   | 3   | 3  | 3  | 30    |
| Apoyo de personal asesor con amplios conocimientos y experiencia en procesos de salud         |                 | 3   | 3  | 3   | 3   | 1  | 3  | 16    |
| Interés del personal profesional en mejorar la tecnología y los conocimientos en los procesos |                 | 3   | 3  | 9   | 3   | 3  | 9  | 30    |
| Equipamiento médico acorde con la complejidad y el nivel de atención                          |                 | 3   | 3  | 1   | 3   | 3  | 9  | 22    |
|   |                 | 24  | 36   | 28  | 30  | 14   | 30   |       |

Tabla 11 Matriz de Áreas de Respuesta Estratégica "FA" Fuente: Javier Buitrón

## 2.4.9 MATRIZ DE ÁREAS DE MEJORAMIENTO ESTRATÉGICO “DO”

| <b>Matriz de Áreas de Mejoramiento Estratégico “DO”</b>   |               |  |  |   |   |   |   |       |
|---|---------------|--|--|---|---|---|---|-------|
| ALTA: 9 MEDIA: 3 BAJA: 1<br>NULA:0  | OPORTUNIDADES | Colaboración de las autoridades de turno para la modernización en Gestión de Procesos. | Demanda de un Servicio de Gestión de Calidad en procesos | Interés de la Dirección Nacional de Salud para realizar cambios en los procesos médicos del Servicio de Emergencia. | Posibilidad de concretar alianzas estratégicas, con otros Servicios de Emergencia para monitorear sus procesos médicos. | Posibilidad de incrementar el personal médico para el Servicio de Emergencia. | Posibilidades de integración tecnológica y moderna en los procesos médicos de emergencia. | TOTAL |
|   |               | <b>DEBILIDADES</b>   |  |   |   |   |   |       |
| Falta de definición de perfiles profesionales, con conocimientos en Procesos Médicos.                           |               | 9  | 9  | 3   | 3   | 3   | 3   | 30    |
| Tráfico de influencias en los procesos  |               | 3  | 1  | 3   | 3   | 3   | 3   | 16    |
| Falta de trabajo en equipo no se trabaja por procesos cada quien hace lo que cree conveniente                   |               | 3  | 3  | 3   | 9   | 3   | 3   | 24    |
| Sistema de información en protocolos médicos incompleto y desactualizado.                                       |               | 9  | 9  | 3   | 3   | 9   | 3   | 36    |
| Información inadecuada tanto en cantidad como calidad, duplicidad de procedimientos.                            |               | 3  | 9  | 3   | 3   | 9   | 3   | 30    |
| Limitada comunicación al interior del Servicio de Emergencia, provocando ineficacia en la atención al paciente. |               | 3  | 3  | 3   | 1   | 9   | 9   | 28    |
|   |               | 30   | 34   | 18  | 22  | 36  | 24  |       |

Tabla 12 Matriz de Áreas de Mejoramiento Estratégico “DO” Fuente: Javier Buitrón

## 2.5 ÁREAS DE INICIATIVA ESTRATÉGICA

- ⇒ ¿COMO PODEMOS IMPULSAR LAS FORTALEZAS “F” PARA APROVECHAR LA OPORTUNIDAD “O”?
- ⇒ ¿COMO PODEMOS IMPULSAR LA FORTALEZA “F” PARA EVITAR LA AMENAZA “A”
- ⇒ ¿COMO PODEMOS ELIMINAR LA DEBILIDAD “D” EXPLOTANDO LA OPORTUNIDAD “O”?
- ⇒ ¿COMO PODEMOS ELIMINAR LA DEBILIDAD “D” PARA EVITAR LA AMENAZA “A”.

Luego de realizar las diferentes matrices, se han considerado los siguientes factores a fin de llevar a cabo la construcción de la:

### 2.5.1 MATRIZ DE SÍNTESIS ESTRATÉGICA FOFA DODA.

#### **FORTALEZAS**

- ⇒ Experiencia del personal médico de emergencia.
- ⇒ Manejo técnico del área de emergencia
- ⇒ Decisión de la actual administración en incrementar la capacidad operativa e implementar la gestión de procesos para urgencias médicas.
- ⇒ Apoyo de personal asesor con amplios conocimientos y experiencia en administración de servicios de salud y hospitales a fin incentivar los procesos
- ⇒ Interés del personal profesional en mejorar la tecnología y los conocimientos en los procesos médicos.
- ⇒ Equipamiento médico acorde con la complejidad y el nivel de atención del Servicio de Emergencia.

#### **DEBILIDADES**

- ⇒ Falta de definición de perfiles profesionales, con conocimientos en Procesos Médicos.
- ⇒ Tráfico de influencias en los procesos

- ⇒ Falta de trabajo en equipo no se trabaja por procesos cada quien hace lo que cree conveniente.
- ⇒ Sistema de información en protocolos médicos incompleto y desactualizado.
- ⇒ Información inadecuada tanto en cantidad como calidad, duplicidad de procedimientos.
- ⇒ Limitada comunicación al interior del Servicio de Emergencia, provocando ineficacia en la atención al paciente

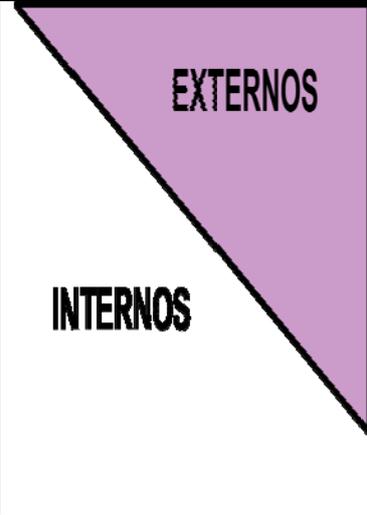
## **OPORTUNIDADES**

- ⇒ Colaboración de las autoridades de turno para la modernización del Servicio de Emergencia, en Gestión de Procesos para Urgencias Médicas.
- ⇒ Posibilidad de concretar alianzas estratégicas, con otros Servicios de Emergencia para monitorear sus procesos médicos
- ⇒ Posibilidades de integración tecnológica y moderna en los procesos médicos de emergencia.
- ⇒ Interés de la Dirección Nacional de Salud para realizar cambios en los procesos médicos del Servicio de Emergencia.
- ⇒ Posibilidad de incrementar el personal médico para el Servicio de Emergencia.

## **AMENAZAS**

- ⇒ Falta de recursos suficientes de Salud para la gestión por procesos
- ⇒ Legislación inadecuada, no existe un Sistema de Gestión de Calidad en procesos para urgencias médicas.
- ⇒ Injerencia e influencia externa, sin respetar procesos ni procedimientos
- ⇒ Ingreso de profesionales no idóneos, sin experiencia en Gestión de Procesos
- ⇒ Resistencia al cambio de la Gestión de Procesos por parte de los prestadores de servicios y de los usuarios.

## MATRIZ DE SINTESIS ESTRATEGICA FOFA - DODA

|   | OPORTUNIDADES  | AMENAZAS   |
|--|--|--|
|  | <p>Colaboración de las autoridades de turno para la modernización del Servicio de Emergencia, en Gestión de Procesos para Urgencias Médicas.</p> <p>Posibilidad de concretar alianzas estratégicas, con otros Servicios de Emergencia para monitorear sus procesos médicos</p> <p>Posibilidades de integración tecnológica y moderna en los procesos médicos de emergencia.</p> <p>Interés de la Dirección Nacional de Salud para realizar cambios en los procesos médicos del Servicio de Emergencia.</p> <p>Posibilidad de incrementar el personal médico para el Servicio de Emergencia.</p>              | <p>Falta de recursos suficientes de Salud para la gestión por procesos</p> <p>Legislación inadecuada, no existe un Sistema de Gestión de Calidad en procesos para urgencias médicas.</p> <p>Injerencia e influencia externa, sin respetar procesos ni procedimientos</p> <p>Ingreso de profesionales no idóneos, sin experiencia en Gestión de Procesos</p> <p>Resistencia al cambio de la Gestión de Procesos por parte de los usuarios.</p>  |
| FORTALEZAS   | FO (FORTALEZAS/OPORTUNIDADES)  | FA (FORTALEZAS/AMENAZAS)   |
| <p>Experiencia del personal médico de emergencia.</p> <p>Manejo técnico del área de emergencia</p> <p>Decisión de la actual administración en incrementar la capacidad operativa e implementar la gestión de procesos para urgencias médicas.</p> <p>Apoyo de personal asesor con amplios conocimientos y experiencia en administración de servicios de salud y hospitales a fin incentivar los procesos</p> <p>Interés del personal profesional en mejorar la tecnología y los conocimientos en los procesos médicos.</p> <p>Equipamiento médico acorde con la complejidad y el nivel de atención del Servicio de Emergencia.</p> | <p>Aprovechar la experiencia del personal médico de emergencia en Gestión de Procesos para Urgencias Médicas.</p> <p>Establecer convenios de intercambio de información con otros Servicios de Emergencia en el país.</p> <p>Contratar nuevos médicos emergenciólogos con conocimientos en Gestión de Procesos Médicos.</p> <p>Capacitar al personal médico en procesos de urgencias médicas.</p> <p>Adquirir nuevos equipos médicos para emergencia que estén acorde a los procesos médicos actuales.</p> <p>Realizar cursos de especialización médica en gestión de procesos médicos para emergencias.</p> | <p>Realizar autogestiones para fortalecer económica y administrativamente a la Dirección Nacional de Salud.</p> <p>Promover cambios en la ley sobre todo que abarque la gestión de procesos médicos</p> <p>Aprovechar la experiencia del personal médico para mejorar la gestión de procesos en urgencias médicas.</p> <p>Disponer al jefe de emergencia que no se permita el ingreso a esa área de gente que nada tenga que ver en los procesos médicos</p> <p>Facilitar la Capacitación de personal médico</p> <p>Difundir al personal policial sobre la importancia que tienen los procesos médicos en el área de emergencia.</p> |
| DEBILIDADES  | DO (DEBILIDADES/OPORTUNIDADES)   | DA (DEBILIDADES/AMENAZAS)  |
| <p>Falta de definición de perfiles profesionales, con conocimientos en Procesos Médicos.</p> <p>Tráfico de influencias en los procesos</p> <p>Falta de trabajo en equipo no se trabaja por procesos cada quien hace lo que cree conveniente.</p> <p>Sistema de información en protocolos médicos incompleto y desactualizado.</p> <p>Información inadecuada tanto en cantidad como calidad, duplicidad de procedimientos.</p> <p>Limitada comunicación al interior del Servicio de Emergencia, provocando ineficacia en la atención al paciente</p>  | <p>Implementar un Sistema de selección de personal médico</p> <p>Desarrollar un programa de no injerencias para urgencias médicas.</p> <p>Coordinar acciones y actividades en los procesos así como definir al responsable del proceso en emergencia al médico emergenciólogo.</p> <p>Actualizar manuales de protocolos médicos de acuerdo a la realidad médico en urgencias.</p> <p>Desarrollar un Plan de Capacitación e información de los procesos para el Servicio de Urgencias Médicas</p> <p>Fortalecer los canales de comunicación interna.</p>  | <p>Mantener al jefe emergenciólogo como único responsable del proceso para todos los casos de urgencias médicas.</p> <p>Seleccionar médicos emergenciólogos con conocimientos en gestión de procesos médicos.</p> <p>Evaluar la gestión en los procesos de atención a los pacientes.</p> <p>Desarrollar procesos médicos para el área de emergencia</p> <p>Mantener actualizados los procesos médicos para urgencias.</p> <p>Implantar un Manual de Procesos</p>   |

**Tabla 13** Matriz de Síntesis Estratégico FOFA - DODA” Fuente: Javier Buitrón

## 2.6 ANALISIS DE PROBLEMAS

### DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Con la finalidad de focalizar el problema a ser tratado diseñaremos a continuación un árbol de problemas que es un instrumento de análisis para la solución de problemas, cuyo fin es la orientación en la priorización de necesidades y/o problemas percibidos, para lo cual realizaremos la graficación respectiva a fin de identificar en primer lugar el problema central así como las causas directas y los efectos actuales y potenciales que se podrían dar si no se implementan ciertas estrategias de solución.

Como se ha recalcado antes, **la clave para la solución de los problemas es la apropiada identificación de éstos**. El diagrama de árbol facilita la organización de los problemas dentro de una secuencia lógica la cual conducirá a conclusiones lógicas y a la identificación de soluciones factibles.

El análisis del árbol de problemas, llamado también análisis situacional o simplemente análisis de problemas, ayuda a encontrar soluciones a través del mapeo del problema.

Este método tiene las siguientes ventajas:

- ⇒ Está relacionado e identifica problemas reales y presentes más que problemas aparentes, futuros o pasados;
- ⇒ El problema se puede desglosar en proporciones más manejables y definibles. Esto permite, priorizar más claramente en relación a que problema o tema es más importante y esto a su vez, permite enfocar los objetivos haciendo más efectiva su influencia;
- ⇒ Hay un mayor entendimiento del problema y por lo general, nos interconecta con las causas más contradictorias;
- ⇒ Identifica los argumentos constitutivos y ayuda a establecer quiénes son los actores políticos y procesos en cada etapa;

- ⇒ Ayuda a establecer que información adicional, evidencia o recurso se necesita para fundamentar el caso o construir un propuesta de solución convincente;
- ⇒ Este proceso de análisis frecuentemente ayuda a construir un sentimiento
- ⇒ compartido de comprensión, propósito y acción;
- ⇒ Los problemas de desarrollo identificados en el árbol de problemas se convierten, como soluciones, en objetivos como parte de la etapa inicial de diseñar una respuesta; y
- ⇒ Los objetivos identificados como componentes o productos se convierten en los medios para encarar el problema de desarrollo identificado y proporcionar un instrumento para determinar su impacto de desarrollo.

El primer paso metodológico consiste en la elaboración del árbol de problemas. Al efecto, se siguen los siguientes pasos:

- ⇒ Analizar e identificar los que se consideren que son los principales problemas de la situación analizada.
- ⇒ A partir de esta primera “tormenta de ideas”, se establece cuál es, a juicio del grupo, el problema central que nos afecta.
- ⇒ Definir los efectos más importantes del problema en cuestión, de tal forma de analizar y verificar su importancia. Se trata, en otras palabras, de tener una idea del orden de gravedad de las consecuencias que tiene no resolver la problemática que se ha detectado y que hace que se amerite la búsqueda de soluciones.
- ⇒ Anotar las causas del problema central detectado.
- ⇒ Diagramar el árbol de causas y efectos asociado al problema.

## 2.6.1 ÁRBOL DE PROBLEMAS DEL HOSPITAL QUITO No. 1

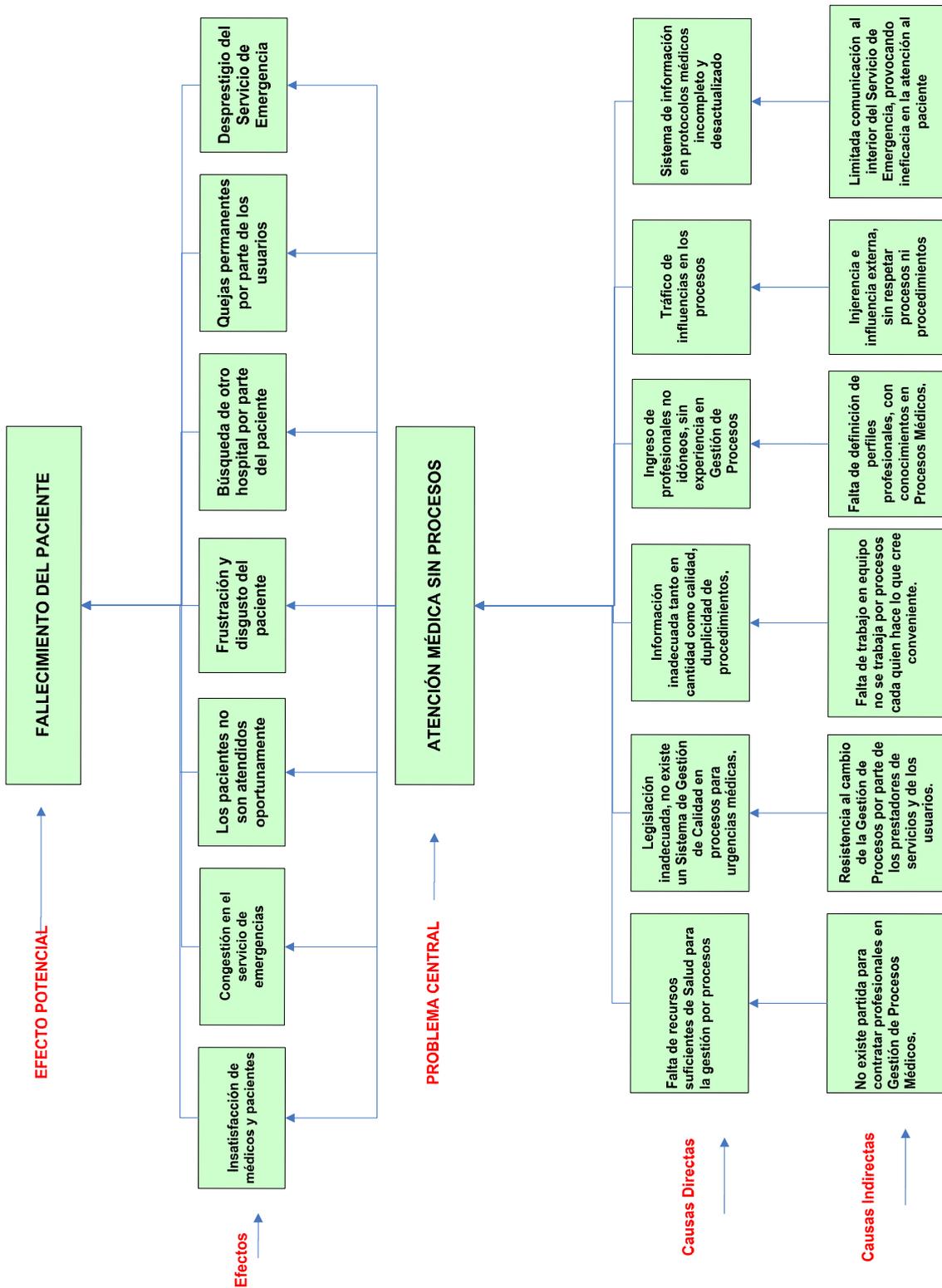


Gráfico 13 Árbol de Problemas del Hospital Quito No. 1 Fuente: Javier Buitrón

## 2.7 ANÁLISIS DE OBJETIVOS

A fin de continuar con el proceso de solución de problemas en el Servicio de Emergencia del Hospital Quito No.1 realizaremos un **análisis de objetivos**, que consiste en un proceso por el cual los problemas se convierten en objetivos o metas hacia las cuales se pueden dirigir las actividades. También incluye un análisis de los objetivos para determinar si éstos son prácticos y pueden ser alcanzados.

### ARBOL DE OBJETIVOS

Hay que considerar que todas las afirmaciones negativas mostradas en el árbol de problemas se tratan como afirmaciones positivas en el árbol de objetivos.

Comenzando desde abajo hacia arriba del **árbol de objetivos estratégicos**, se puede observar que el logro de los objetivos de los niveles más bajos conducirá al logro del objetivo del nivel inmediatamente superior. Cada objetivo parece ser realista y alcanzable dentro de las actuales circunstancias.

En el análisis final de cada objetivo, se podría plantear la pregunta de ¿si el logro de los objetivos de los niveles más bajos es suficiente para alcanzar el objetivo del nivel inmediatamente superior? En otras palabras, **¿se ha transformado la relación causa-efecto en una relación-medios para alcanzar los fines?**

### Determinación de Objetivos Estratégicos

Para considerar los objetivos estratégicos se han identificado primeramente las causas generadoras de los problemas centrales a través de la MATRIZ DE SINTESIS ESTRATEGICA FOFA – DODA, los cuales una vez identificados se han desarrollado los objetivos estratégicos, los mismos que a continuación los detallamos:

- ⇒ Obtener los recursos suficientes para la gestión por procesos
- ⇒ Modificar el Reglamento orientado hacia un Sistema de Gestión de Calidad en procesos
- ⇒ Implementar un Sistema de selección de personal médico
- ⇒ Desarrollar un Plan de Capacitación e información de los procesos
- ⇒ Fortalecer los canales de comunicación interna
- ⇒ Mantener actualizados los procesos médicos para urgencias.
- ⇒ Aprovechar la experiencia del personal médico de emergencia en Gestión de Procesos para Urgencias Médicas.
- ⇒ Contratar nuevos médicos emergenciólogos con conocimientos en Gestión de Procesos Médicos.
- ⇒ Capacitar al personal médico en procesos de urgencias médicas.
- ⇒ Adquirir nuevos equipos médicos para emergencia que estén acorde a los procesos médicos actuales.
- ⇒ Realizar cursos de especialización médica en gestión de procesos médicos para emergencias.
- ⇒ Establecer convenios de intercambio de información con otros Servicios de Emergencia en el país.
- ⇒ Desarrollar un programa de no injerencias para urgencias médicas.
- ⇒ Coordinar acciones y actividades en los procesos así como definir al responsable del proceso en emergencia al médico emergenciólogo.
- ⇒ Actualizar manuales de protocolos médicos de acuerdo a la realidad médico en urgencias
- ⇒ Mantener al jefe emergenciólogo como único responsable del proceso para todos los casos de urgencias médicas.
- ⇒ Seleccionar médicos emergenciólogos con conocimientos en gestión de procesos médicos.
- ⇒ Evaluar la gestión en los procesos de atención a los pacientes.
- ⇒ Desarrollar procesos médicos para el área de emergencia
- ⇒ Mantener actualizados los procesos médicos para urgencias.
- ⇒ Brindar atención de Calidad a los usuarios del Sistema de Salud de la Policía Nacional.

## 2.7.1 ÁRBOL DE OBJETIVOS DEL HOSPITAL QUITO No. 1

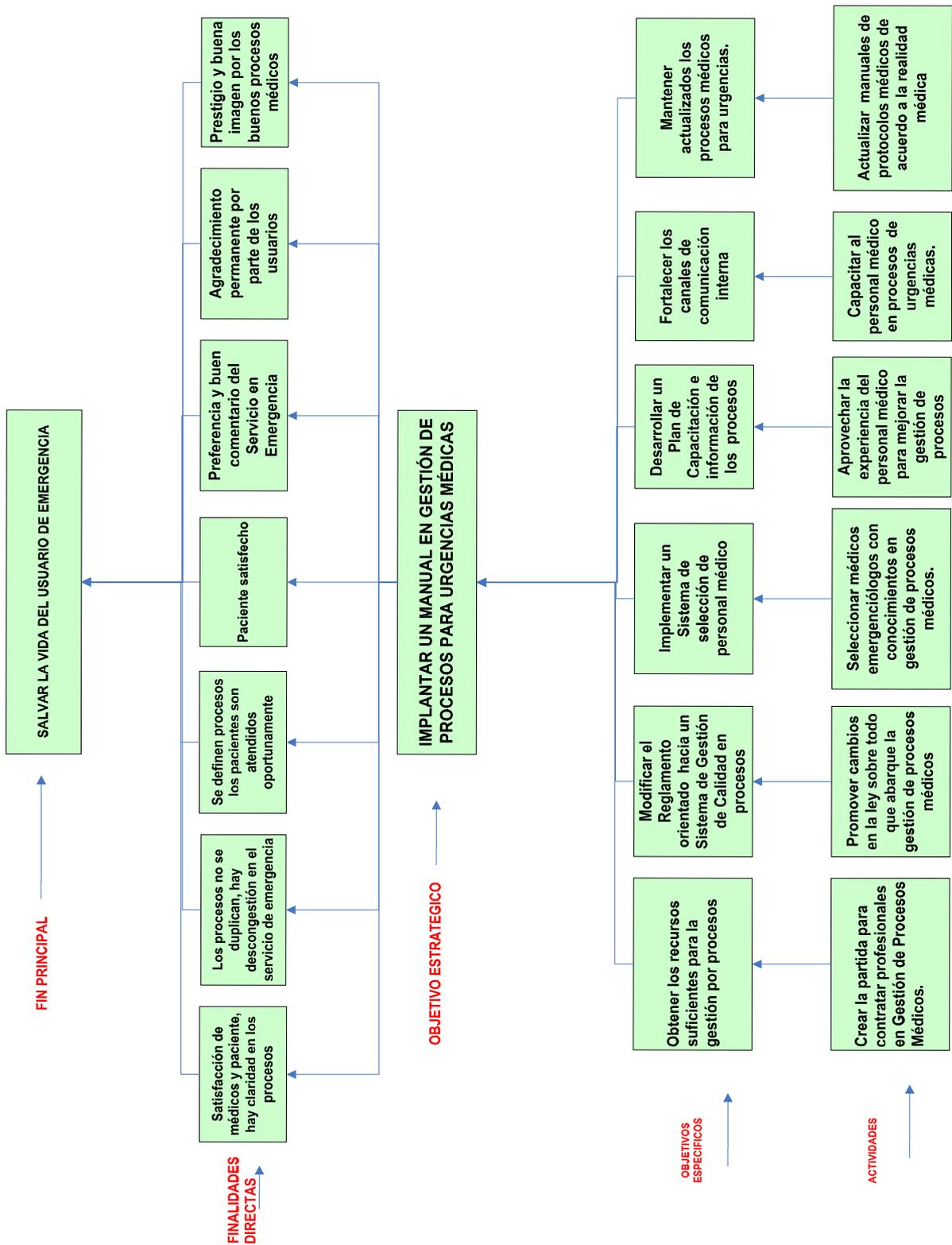


Gráfico 14 Árbol de Objetivos del Hospital Quito No. 1 Fuente: Javier Buitrón

## 2.8 MATRIZ DE EVALUACIÓN DE FACTORES EXTERNOS.

Nos ocuparemos de la Matriz de Evaluación de los Factores Externos identificada también como la Matriz EFE.

El objetivo de esta matriz es permitirnos resumir y evaluar información proporcionada por el Servicio de Emergencia del Hospital Quito.

### **Pasos para la elaboración de una Matriz EFE:**

Se realizó una lista de los factores críticos o determinantes para el éxito identificados en el análisis FODA. Se abarcaron algunos factores, incluyendo tanto oportunidades como amenazas que afectan al Servicio de Emergencia del Hospital. En esta lista primero tenemos oportunidades y después las amenazas.

Se asignó un peso relativo a cada factor, de 0.0 (no es importante), a 1.0 (muy importante). El peso indica la importancia relativa que tiene ese factor para alcanzar el éxito. Las oportunidades suelen tener pesos más altos que las amenazas, pero éstas, a su vez, pueden tener pesos altos si son especialmente graves o amenazadoras. La suma de todos los pesos asignados a los factores debe sumar 1.0.

Se asignó una calificación de 1 a 4 a cada uno de los factores determinantes para el éxito con el objeto de indicar si las estrategias presentes de la empresa están respondiendo con eficacia al factor, donde 4 = una respuesta superior, 3 = una respuesta superior a la media, 2 = una respuesta media y 1 = una respuesta mala. Las calificaciones se basan en la eficacia de las estrategias de la empresa.

Se multiplicó el peso de cada factor por su calificación para obtener una calificación ponderada.

Se sumaron las calificaciones ponderadas de cada una de las variables para determinar el total ponderado del Servicio de Emergencia del Hospital Quito No.1.

Independientemente de la cantidad de oportunidades y amenazas clave

incluidas en la Matriz EFE, el total ponderado más alto que podemos obtener es 4.0 y el total ponderado más bajo posible es 1.0. El valor del promedio ponderado es 2.5.

Un promedio ponderado de 4.0 indica que el Hospital está respondiendo de manera excelente a las oportunidades y amenazas existentes. Lo que quiere decir que las estrategias del Hospital Quito No.1, están aprovechando con eficacia las oportunidades existentes y minimizando los posibles efectos negativos de las amenazas externas.

Un promedio ponderado de 1.0 indica que las estrategias del Hospital Quito No.1, no están capitalizando muy bien esta oportunidad como lo señala la calificación.

#### MATRIZ DE EVALUACIÓN DE FACTORES EXTERNOS

| <b>FACTORES DE ÉXITO</b>  | <b>PESO</b><br>(IMPORTANCIA) | <b>CALIFICACIÓN</b><br>(DETERMINANTE DE ÉXITO DE 1 A 4) | <b>PONDERADO</b><br>(PESO * CALIFICACIÓN) |
|---|------------------------------|---|---|
| <b>OPORTUNIDADES</b> (PESOS MÁS ALTOS)  |                              |   |   |
| Colaboración de las autoridades de turno para la modernización del Servicio de Emergencia, en Gestión de Procesos para Urgencias Médicas. | 0.08                         | 4   | 0.32                                      |
| Posibilidad de concretar alianzas estratégicas, con otros Servicios de Emergencia para monitorear sus procesos médicos                    | 0.06                         | 3   | 0.18                                      |
| Posibilidades de integración tecnológica y moderna en los procesos médicos de emergencia.   | 0.11                         | 4   | 0.44                                      |
| Interés de la Dirección Nacional de Salud para realizar cambios   | 0.14                         | 4   | 0.56                                      |

|   |             |   |             |
|---|-------------|---|-------------|
| en los procesos médicos del Servicio de Emergencia.   |             |   |             |
| Posibilidad de incrementar el personal médico para el Servicio de Emergencia.                                     | 0.09        | 4 | 0.36        |
| Demanda de un Servicio de Gestión de Calidad en Emergencia por parte de los miembros policiales y sus familiares. | 0.10        | 4 | 0.40        |
| <b>AMENAZAS</b> (SI SON GRAVES PESOS ALTOS)   |             |   |             |
| Falta de recursos suficientes de Salud para la gestión por procesos   | 0.05        | 2 | 0.10        |
| Legislación inadecuada, no existe un Sistema de Gestión de Calidad en procesos para urgencias médicas.            | 0.12        | 4 | 0.48        |
| Injerencia e influencia externa, sin respetar procesos ni procedimientos  | 0.02        | 4 | 0.08        |
| Ingreso de profesionales no idóneos, sin experiencia en Gestión de Procesos                                       | 0.13        | 4 | 0.52        |
| Resistencia al cambio de la Gestión de Procesos por parte de los prestadores de servicios y de los usuarios.      | 0.05        | 4 | 0.20        |
| Que sean removidos los actuales directivos antes de terminar el proceso   | 0.05        | 4 | 0.20        |
| <b>TOTAL</b>  | <b>1.00</b> |   | <b>3.84</b> |

Tabla 14 Matriz de Evaluación de Factores Externos. Fuente: Javier Buitrón

- ⇒ **Total Ponderado más Alto 4** (las estrategias responden excelentemente a las oportunidades y amenazas existentes).
- ⇒ **Total Ponderado más bajo 1** (Las estrategias no capitalizan bien las oportunidades)
- ⇒ **Promedio Ponderado 2.5**

El total ponderado de 3.84 indica que el Servicio de Emergencia del Hospital Quito No.1, significa que las estrategias responden excelentemente a las oportunidades y amenazas existentes hay un esfuerzo por seguir estrategias que capitalicen las oportunidades externas y eviten las amenazas.

No debemos pasar por alto que es más importante entender a fondo los factores que se usan en la matriz EFE, que asignarles los pesos y las calificaciones.

## **2.9 LA MATRIZ DE EVALUACIÓN DE FACTORES INTERNOS.**

También denominada Matriz EFI, este instrumento resume y evalúa las fuerzas y debilidades más importantes dentro de las áreas funcionales y además ofrece una base para identificar y evaluar las relaciones entre dichas áreas en el Hospital Quito No.1.

La matriz EFI es similar a la matriz EFE que se desarrolló en el acápite anterior. Se desarrolla siguiendo cinco pasos:

Se realizó una lista de los factores críticos o determinantes para el éxito identificados en el análisis FODA. Se abarcaron diversos factores, incluyendo tanto fortalezas como debilidades que afectan al hospital. En esta lista primero anote las fortalezas y después las debilidades. Sea lo más específico posible

Asigne un peso relativo a cada factor, de 0.0 (no es importante), a 1.0 (muy importante). El peso indica la importancia relativa que tiene ese factor para alcanzar el éxito. Las fortalezas suelen tener pesos más altos que las debilidades. La suma de todos los pesos asignados a los factores debe sumar 1.0.

Se asigno una calificación de 1 a 4 a cada uno de los factores determinantes para el éxito con el objeto de indicar si las estrategias presentes de la empresa están respondiendo con eficacia al factor, donde 4 = una respuesta superior, 3 = una respuesta superior a la media, 2 = una respuesta media y 1 = una respuesta mala. Las calificaciones se basan en la eficacia de las estrategias del Hospital.

Se multiplicaron los pesos de cada factor por su calificación para obtener una calificación ponderada.

Se sumaron las calificaciones ponderadas de cada una de las variables para determinar el total ponderado del Hospital Quito No.1.

Independientemente de la cantidad de fortalezas y debilidades clave incluidas en la Matriz EFI, el total ponderado más alto que puede obtener es 4.0 y el total ponderado más bajo posible es 1.0. El valor del promedio ponderado es 2.5.

Un promedio ponderado de 4.0 indica que la organización está respondiendo de manera excelente a las oportunidades y amenazas existentes en el Hospital Quito No.1. Lo que quiere decir que las estrategias están aprovechando con eficacia las fortalezas existentes y minimizando los posibles efectos negativos de las debilidades.

Un promedio ponderado de 1.0 indica que las estrategias no están capitalizando muy bien esta fortaleza como lo señala la calificación.

### **MATRIZ DE EVALUACIÓN DE FACTORES INTERNOS.**

| <b>FACTORES DE ÉXITO</b>                            | <b>PESO</b> | <b>CALIFICACIÓN</b> | <b>PONDERADO</b> |
|---|-------------|---------------------|------------------|
| <b>FORTALEZAS</b>                                   |             |                     |                  |
| Experiencia del personal médico de emergencia.      | 0.12        | 4                   | 0.48             |
| Manejo técnico del área de emergencia               | 0.16        | 4                   | 0.64             |
| Decisión de la actual administración en incrementar | 0.12        | 4                   | 0.48             |

|   |      |   |      |
|---|------|---|------|
| la capacidad operativa e implementar la gestión de procesos para urgencias médicas.   |      |   |      |
| Apoyo de personal asesor con amplios conocimientos y experiencia en administración de servicios de salud y hospitales a fin incentivar los procesos | 0.06 | 3 | 0.18 |
| Interés del personal profesional en mejorar la tecnología y los conocimientos en los procesos médicos.  | 0.08 | 3 | 0.24 |
| Equipamiento médico acorde con la complejidad y el nivel de atención del Servicio de Emergencia.  | 0.08 | 3 | 0.24 |
| <b>DEBILIDADES</b>  |      |   |      |
| Falta de definición de perfiles profesionales, con conocimientos en Procesos Médicos.   | 0.06 | 4 | 0.24 |
| Tráfico de influencias en los procesos  | 0.02 | 2 | 0.04 |
| Falta de trabajo en equipo no se trabaja por procesos cada quien hace lo que cree conveniente.  | 0.08 | 3 | 0.24 |
| Sistema de información en protocolos médicos incompleto y desactualizado  | 0.10 | 4 | 0.40 |

|  |             |   |             |
|--|-------------|---|-------------|
| Información inadecuada tanto en cantidad como calidad, duplicidad de procedimientos.                           | 0.10        | 2 | 0.20        |
| Limitada comunicación al interior del Servicio de Emergencia, provocando ineficacia en la atención al paciente | 0.02        | 2 | 0.04        |
| <b>TOTAL</b>   | <b>1.00</b> |   | <b>3.42</b> |

Tabla 15 Matriz de Evaluación de Factores Internos. Fuente: Javier Buitrón

- ⇒ **Total Ponderado más Alto 4** (las estrategias responden excelentemente a las fortalezas y debilidades existentes). (3.42 en nuestro análisis)
- ⇒ **Total Ponderado más bajo 1** (Las estrategias no capitalizan bien las oportunidades)
- ⇒ **Promedio Ponderado 2.5**

El total ponderado de 3.42 que muestra que la posición estratégica interna general del Servicio de Emergencia, está por arriba de la media en su esfuerzo por seguir estrategias que capitalicen las fortalezas internas y neutralicen las debilidades.

No debemos pasar por alto que es más importante entender a fondo los factores que se usan en la matriz EFI, que asignarles los pesos y las calificaciones.

## 2.10 ANÁLISIS DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS

A fin de que el Servicio de Emergencia del Hospital de la Policía Nacional, mejore la atención y servicio, a sus actuales y potenciales usuarios, he decidido

aplicar como instrumento una encuesta que permita conocer a corto plazo cuáles son las áreas de focalización que al trabajarlas permitirán obtener gran impacto en el servicio y atención, reconociendo el grado de satisfacción de los usuarios del Hospital, así como determinar si el Servicio de Emergencia del Hospital cumple con las expectativas y necesidades de los Miembros de la Policía Nacional en servicio activo y pasivo, como también el de sus familiares y la posibilidad de ampliarlo hacia clientes externos a un mercado competitivo; a la vez establecer las debilidades existentes, con el fin de generar actividades y estrategias de impacto que permitan eliminarlas.

Se debe considerar que las encuestas fueron aplicadas a:

- ◆ Usuarios de Emergencia
- ◆ Usuarios Hospitalizados
- ◆ Personal en Servicio Activo que ha utilizado alguna vez el Servicio de Emergencia del Hospital
- ◆ Personal en Servicio Activo que nunca ha utilizado los servicios (este último con el fin de determinar la razón de la no utilización de dichos servicios)

Una vez aplicada la encuesta con el fin de conocer su grado de satisfacción podemos concluir lo siguiente:

### ▽ Pregunta 1

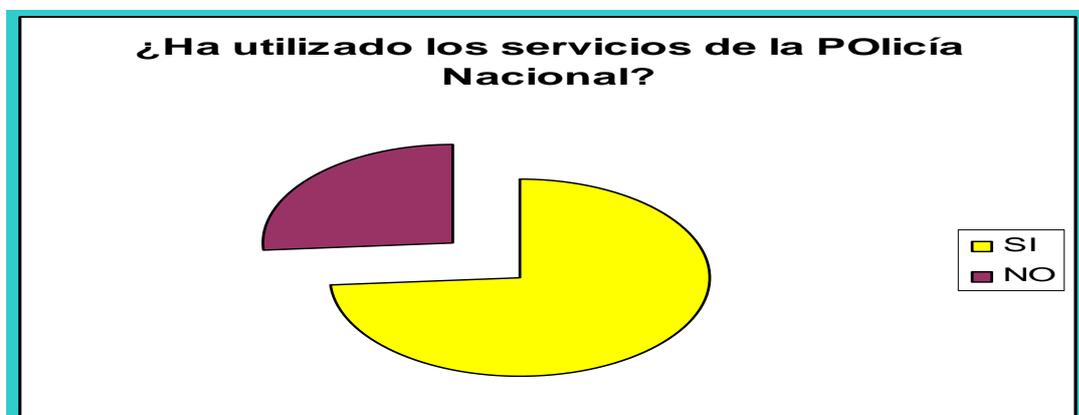


Gráfico 15 Pregunta 1 Análisis de Satisfacción de Usuarios Fuente: Javier Buitrón

Esta pregunta se realizó básicamente a los Miembros en Servicio Activo, fuera de las instalaciones del Hospital.

El 74% contestó **SI** haber utilizado los servicios del Hospital, y un 26% contestó que **NO**

Las razones de por qué el 26% no ha utilizado los servicios fueron:

- No ha requerido ninguna atención 12%
- Utiliza los Servicios de otro Hospital por atención 10%
- No tiene conocimiento claro de los servicios del Hospital 4%

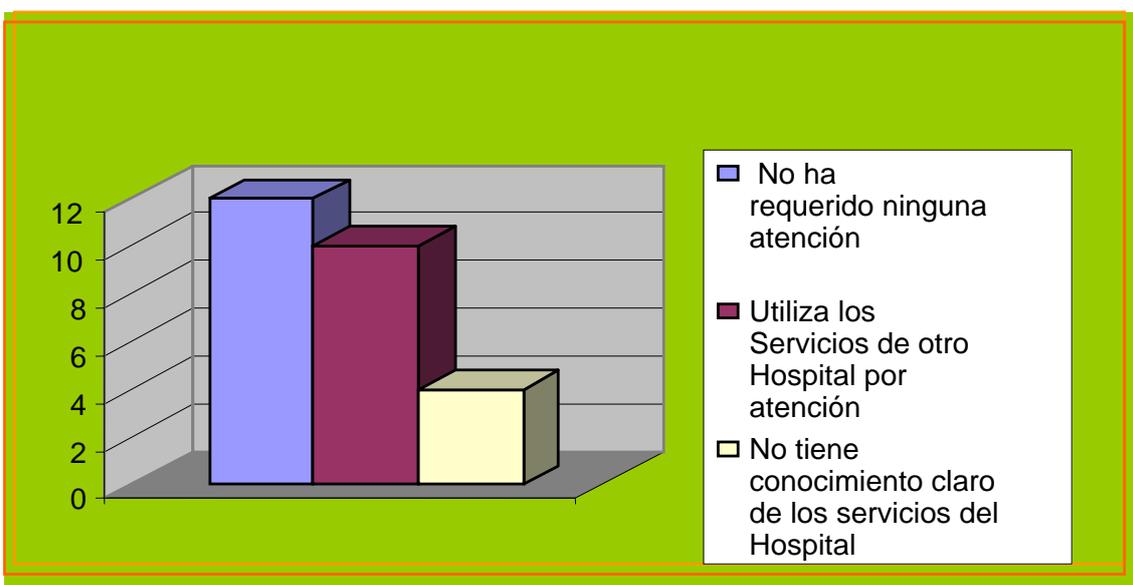


Gráfico 16 Respuesta Pregunta 1 Análisis de Satisfacción de Usuarios Fuente: Javier Buitrón

## ▽ Pregunta 2

### ¿Cómo califica el servicio de Emergencia del Hospital en general?

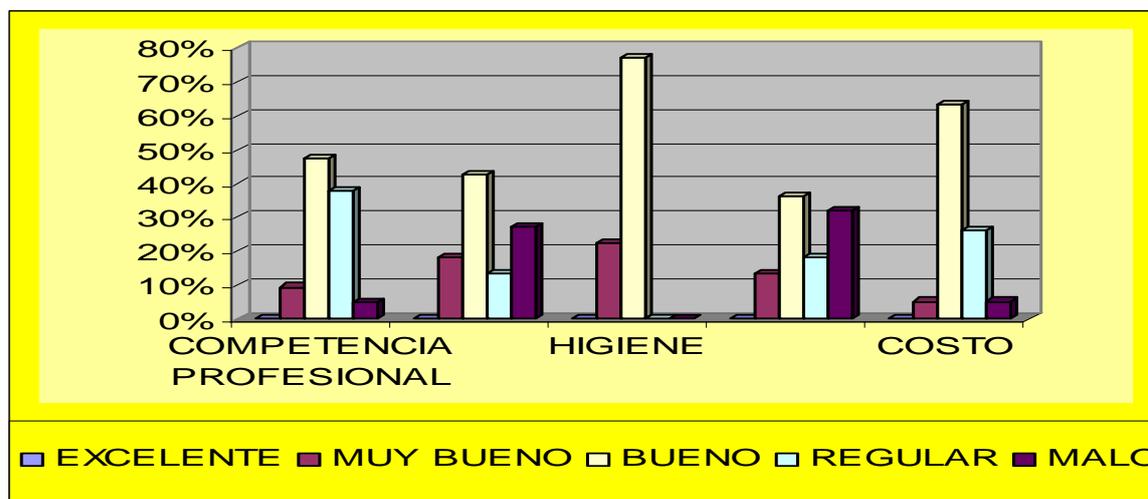


Gráfico 17 Pregunta 2 Análisis de Satisfacción de Usuarios Fuente: Javier Buitrón

Tomando en cuenta los siguientes parámetros de calificación:

Excelente, Muy Bueno, Bueno, Regular y Malo

|  |
|--|
| El 18,75% de los entrevistados consideran que el servicio es muy bueno |
| El 25% considera que es bueno  |
| El 50 % considera que es regular                                       |
| El 6,25% considera que es malo   |

Gráfico 18 Respuesta a la Pregunta 2 Análisis de Satisfacción de Usuarios Fuente: Javier Buitrón

Podemos concluir que el 81,25% de los encuestados consideran que el Servicio de Emergencia del Hospital no es satisfactorio, lo que requiere un análisis de las causas de los problemas que están generando bajos niveles de satisfacción entre sus Usuarios.

### ▽ Pregunta 3

#### ¿Qué opina de la atención médica recibida en el Servicio de Emergencia?

Esta pregunta obtuvo los siguientes resultados en cada uno de los puntos analizados y bajos los parámetros abajo descritos:

|                         | EXCELENTE | MUY BUENO | BUENO  | REGULAR | MALO   |
|-------------------------|-----------|-----------|--------|---------|--------|
| COMPETENCIA PROFESIONAL | 0%        | 9,52%     | 47,6%  | 38,09%  | 4,76%  |
| AMABILIDAD              | 0%        | 18,18%    | 42,85% | 13,63%  | 27,27% |
| HIGIENE                 | 0%        | 22,73%    | 77,27% | 0%      | 0%     |
| RAPIDEZ                 | 0%        | 13,63%    | 36,36% | 18,18%  | 31,81% |
| COSTO                   | 0%        | 5,26%     | 63,15% | 26,31%  | 5,26%  |

Gráfico 19 Pregunta 3 Análisis de Satisfacción de Usuarios Fuente: Javier Buitrón

Se concluye por lo tanto:

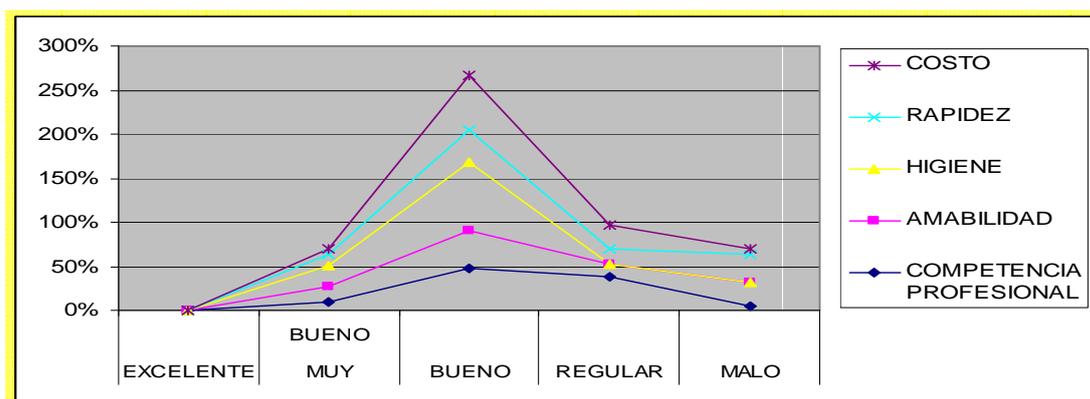


Gráfico 20 Respuesta Pregunta 3 Análisis de Satisfacción de Usuarios Fuente: Javier Buitrón

Los médicos son calificados como competentes profesionales en un 47,6% con BUENO sin llegar a grados de MUY BUENO, que apenas tiene un 9,52%, y EXCELENCIA tiene 0%.

Tomando en cuenta la importancia de la calidad de atención requerida para un tema tan importante como es la salud, hay que determinar la causa de los resultados obtenidos con el fin de dar el servicio óptimo requerido.

La amabilidad fue calificada en general en un 42,85% BUENO, y un alarmante 27,27% como MALO, este punto debe mejorar, lo ideal es que el porcentaje mayor se ubique entre MUY BUENO Y EXCELENTE, los resultados obtenidos distan mucho de estos estándares.

Higiene fue calificada con un 77,27% como BUENO y un 27,73% como MUY BUENO, la percepción de los Usuarios en su mayoría es que la higiene del Hospital es aceptable, sin que esto llegue a ser lo idóneo, ya que en ningún caso lo calificaron como EXCELENTE., este punto también es muy importante tomando en cuenta que un servicio de salud debe contar con una de sus fortalezas la HIGIENE precisamente.

Rapidez, los resultados se concentran en BUENO con un 36,36%, y MALO con 31,81%, así como también con un 18,18% en REGULAR. Este resultado determina la percepción de los Usuarios acerca de la agilidad con que son

atendidos en el Servicio de Emergencia, como se puede observar los resultados son mucho menos que satisfactorios, razón por la cuál es sumamente importante darle mayor atención a este punto mediante el desarrollo de procesos ágiles y flexibles que permitan al paciente obtener atención oportuna de acuerdo a sus expectativas.

Costo, los resultados se concentran en BUENO 63,15% y REGULAR 26,31%. Si bien es cierto un grupo de personas consideran que los costos sin llegar a ser EXCELENTES O MUY BUENOS, son razonables de acuerdo a los resultados obtenidos. Sin embargo existe un porcentaje de Usuarios que considera que podrían ser mejorados.

▽ **Pregunta 4**

**¿Qué opina usted acerca de la Calidad de Servicio Administrativo que se ofrece el Servicio de Emergencia? (Tales como: Información, Recepción, registro)**

Esta pregunta obtuvo los siguientes resultados en cada uno de los puntos analizados y bajos los parámetros abajo descritos:

|                         | EXCELENTE | MUY BUENO | BUENO  | REGULAR | MALO   |
|-------------------------|-----------|-----------|--------|---------|--------|
| COMPETENCIA PROFESIONAL | 5%        | 0%        | 60%    | 15%     | 20%    |
| AMABILIDAD              | 5%        | 0%        | 45%    | 30%     | 20%    |
| HORARIO                 | 5,26%     | 0%        | 31,57% | 36,84%  | 26,31% |
| HIGIENE                 | 5%        | 5%        | 80%    | 10%     | 0%     |
| RAPIDEZ                 | 5%        | 0%        | 35%    | 30%     | 30%    |

Gráfico 21 Pregunta 4 Análisis de Satisfacción de Usuarios Fuente: Javier Buitrón

## Se concluye por lo tanto:

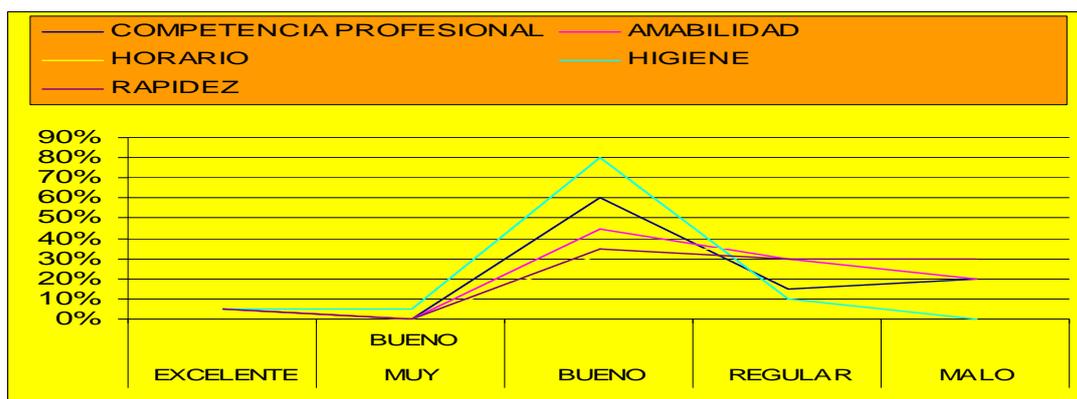


Gráfico 22 Respuesta a la Pregunta 4 Análisis de Satisfacción de Usuarios Fuente: Javier Buitrón

El área administrativa es calificada como profesional con un 60% en BUENO, 15% en REGULAR, Y 20% MALO es importante tomar en cuenta que el 95% considera que no cumplen con los requerimientos de satisfacción.

La amabilidad fue calificada en general en un 45% con BUENO, y un 30% lo califico como REGULAR, Y 20% como MALO. Resulta preocupante obtener estos resultados para una Institución que se dedica netamente al servicio y atención.

El Horario de atención tiene opiniones diversas entre MUY BUENO con un 31,57 %, BUENO con 36,84% y 26,31% MALO, lo que sugiere se debería analizar la posibilidad de ampliar los horarios con el fin de facilitar la atención a los Usuarios.

La Higiene es considera en un 80% como BUENO, sin embargo no alcanza a los estándares esperados de EXCELENTE O MUY BUENO.

Rapidez, los resultados están totalmente diversificados, es decir las opiniones son diversas y los porcentajes resultantes son los siguientes: BUENO 35%, REGULAR 30% y MALO 30%, la consideración es igual a la pregunta anterior, habría que analizar cómo mejorar los estándares de agilidad con que se atienden a los Usuarios y establecer soluciones oportunas.

### ▽ Pregunta 5



Gráfico 23 Pregunta 5 Análisis de Satisfacción de Usuarios Fuente: Javier Buitrón

El 78,58% considera que la atención en el Servicio de Emergencia del Hospital **SI** es Burocrática, y el 21,42% considera que **NO**, al preguntar el porqué la respuestas fueron:

- Por los trámites engorrosos que se deben realizar
- Por la dificultad para que le atiendan en forma urgente
- Ausencia en los puestos de trabajo de personas que autorizan trámites para emergencia
- Requisitos innecesarios para la atención inmediata

### ▽ Pregunta 6

**¿Cuáles considera usted que son los problemas más relevantes del Servicio de Emergencia del Hospital?**

Esta pregunta fue abierta con el fin de obtener toda la información suficiente sobre las debilidades de emergencia.

En resumen las respuestas fueron las siguientes:

| PROBLEMA ENCONTRADO   |
|---|
| ◆ No cuentan con la cantidad necesaria de médicos emergenciólogos |
| ◆ Personal de ambulancias poco amable                             |
| ◆ Trato poco cortés al paciente y familiares                      |
| ◆ Tiempo de espera a los médicos prolongado                       |
| ◆ Falta de medicinas  |
| ◆ Infraestructura inadecuada                                      |
| ◆ Lentitud en atención  |
| ◆ Mala atención médica  |
| ◆ Falta calidad humana  |
| ◆ Diferenciación de atención a Oficiales de Tropa                 |

**Tabla 16** Pregunta 6 de Análisis de Satisfacción de Usuarios **Fuente:** Javier Buitrón

### ▽ **Pregunta 7**

#### **¿Qué mejoraría usted para obtener la atención deseada en el Servicio de Emergencia del Hospital Quito No. 1?**

Esta pregunta fue abierta con el fin de obtener información suficiente acerca de las mejoras en las que se debe trabajar de acuerdo a la percepción de los Usuarios.

En resumen las respuestas fueron las siguientes:

| Mejora  |
|---|
| ◆ Atención médica más rápida y eficiente        |
| ◆ Procedimientos médicos no repetitivos         |
| ◆ Atención médica continua                      |
| ◆ Trato preferencial a los ancianos             |
| ◆ Incrementar número de médicos emergenciólogos |
| ◆ Mejorar amabilidad del personal               |
| ◆ Bajar costos                                  |

- ◆ Dar prioridad de atención a emergencia (laboratorio, Rx, farmacia)
- ◆ Dar información oportuna al paciente o familiares
- ◆ Mantener médicos especialistas en emergencia
- ◆ Mejorar la educación del personal
- ◆ Dar un buen servicio a todos los Usuarios sin distinción

Tabla 17 Pregunta 7 de Análisis de Satisfacción de Usuarios Fuente: Javier Buitrón

### Pregunta 8



Gráfico 24 Pregunta 8 de Análisis de Satisfacción de Usuarios Fuente: Javier Buitrón

El 85% contestó **SI**, un 12% contestó que **NO** y un 3% se abstuvo de contestar la pregunta.

Las razones de porque **SI** utilizarían los servicios de otro Hospital fueron:

- Por recibir mejor servicio
- Por atención más ágil
- Por mejor trato y amabilidad
- Por infraestructura

Las respuestas de porque **NO** utilizarían otro Hospital fueron:

- Por comodidad
- No conocen otro Hospital

De acuerdo al Análisis de Satisfacción de Usuarios hemos considerado el siguiente mapa de perspectivas.

## 2.11 IDENTIFICACIÓN DE FACTORES CLAVES DE ÉXITO.

Los factores de éxito son determinados en base a los objetivos hospital, persigue, ligados directamente con el direccionamiento estratégico.

| FACTORES DE ÉXITO                  | DEFINICION   | OBJETIVO RELACIONADOS   |
|------------------------------------|--|---|
| MEDIR PARA MEJORAR                 | No se puede medir lo que no se puede controlar y no se puede mejorar lo que no se puede controlar  | Implementar el sistema de administración por procesos y generar indicadores para medir la eficiencia y eficacia de la gestión   |
| DESCONCENTRACION DE ACTIVIDADES    | La administración circular es participativa lo que contribuye a conseguir resultados más eficientes  | Definir los Procesos administrativos y conformar la nueva Estructura Organizacional del Hospital y lograr la Administración por Procesos.   |
| COMUNICACIÓN EFECTIVA CON CLIENTES | El conocimiento del pensamiento del cliente es lo único que nos permitirá medir cuan efectiva es la gestión de la empresa                  | Lograr que el Modelo propuesto de Gestión por Procesos sea participativo, es decir que vincule a los miembros de la organización.   |
| TECNOLOGIA                         | El empleo de la tecnología en el desarrollo de las actividades de la empresa nos ayudarán a ser más competitivos en el mercado globalizado | Aplicar la metodología para la Administración por Procesos claves de la Institución a través de herramientas útiles para elaborar procesos.   |
| CULTURA DE PROCESOS                | Un resultado deseado, se alcanza con más eficiencia cuando sus actividades y recursos relacionados, son manejados como procesos.           | Dar a conocer las características del proceso administrativo y proporcionar información sobre el manejo y uso de estas al ser aplicadas en la toma de decisiones, que beneficien a la organización. |

**Tabla 18** Factores Claves de Éxito **Fuente:** Sonia Arpi

Con estos factores críticos de éxito los directivos del hospital podrán conseguir una gestión organizacional que permita alcanzar los objetivos propuestos en todos los niveles de la organización.

Los factores claves de éxito del Servicio de Emergencia del Hospital Quito No. 1, son aquellos que, en última instancia, le permiten sobrevivir y prosperar en un mercado tan competitivo.

Para lograr este objetivo, el Hospital debe cumplir dos condiciones:

⇒ Suministrar a los miembros policiales y a sus familiares el mejor servicio, en si el que ellos desean.

⇒ Sobrevivir a factores externos, como la falta de apoyo del ISSPOL.

Para dar a los miembros policiales lo que ellos quieren, la Dirección del Hospital debe considerarlos la base de su supervivencia, para lo cual deberá estudiar sus necesidades y sus comportamientos, es decir, el porqué decide escoger una oferta en lugar de otra.

A partir de este momento, el Servicio de Emergencia del Hospital podrá trazar su estrategia para lograr la ventaja competitiva que le haga lograr el objetivo de la supervivencia.

En un mercado tan competitivo como el actual, el Servicio de Emergencia del Hospital Quito No. 1, debe ingeniárselas para aguantar la presión que efectúan sus competidores.

Por ello, debe conocer a la perfección el mercado del que participa y las reglas del juego que lo rigen, es decir, si la competencia es o no intensa, si se compite en precios o diferenciación de los servicios hospitalarios.

Para nadie es un secreto que al interior de Hospital Quito, se mueven muchos intereses: los policías, empleados civiles, los analistas, los médicos, etc.

Por consiguiente, el tipo de análisis varía de acuerdo a los intereses específicos de la parte de que se trate. Así, miembros policiales están interesados primordialmente en la atención de calidad por parte del Servicio de Emergencia del Hospital, sus derechos son a corto plazo, y la capacidad del Hospital para pagar esos derechos se juzga mejor mediante el análisis profundo que se pone sobre todo en la atención al paciente.

Los beneficiarios del servicio de salud que presta el Hospital Quito, están interesados principalmente en la atención actual y la que se esperan en el futuro, la estabilidad de una atención de calidad como una tendencia, así como su covarianza con los beneficios de otros hospitales.

Por consiguiente, su preocupación está en mejorar el Servicio en el área de Emergencia.

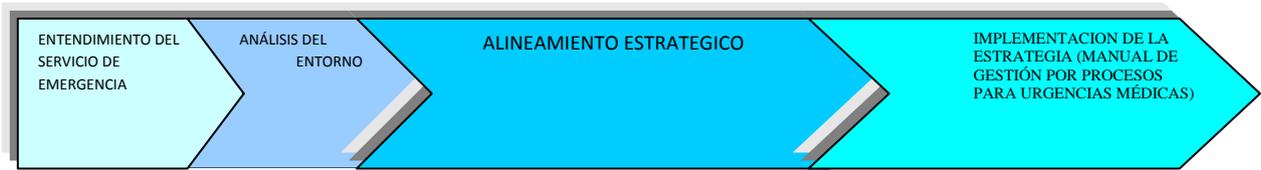
El valor de este enfoque radica en que se pueden utilizar ciertas relaciones cuantitativas para diagnosticar los aspectos fuertes y débiles del desempeño del Hospital. Hoy, en el mundo global esto resulta insuficiente.

Se deben también considerar las tendencias estratégicas que el Servicio de Emergencia del hospital debe conocer para lograr sostenibilidad en el largo plazo.

Convirtiéndose así en **un análisis estratégico** porque además de identificar las fortalezas y debilidades del negocio, se precisa conocer el impacto de los factores del entorno para diferenciar sus oportunidades como las amenazas que podrían afectarla a fin de evaluar el nuevo concepto de riesgo.

## 2.12 MAPA DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Nos permite saber donde realmente queremos llegar, para lo cual utilizaremos el siguiente esquema gráfico, con la finalidad de tener una visión más amplia de la situación del Servicio de Emergencia.



Información estratégica

Diagnóstico

Formulación estratégica

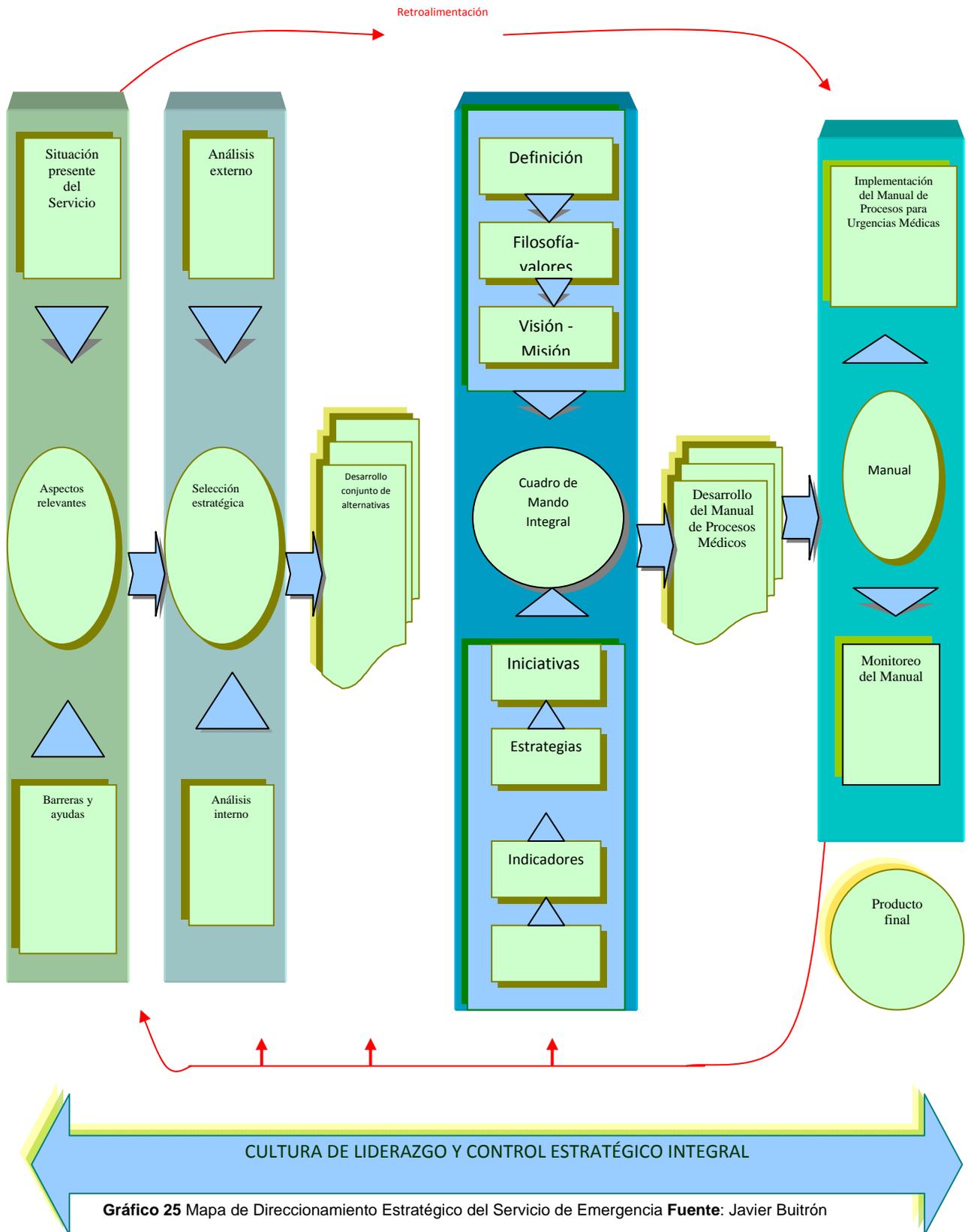


Gráfico 25 Mapa de Direccionamiento Estratégico del Servicio de Emergencia Fuente: Javier Buitrón

## 2.13 MAPA ESTRATEGICO DEL SERVICIO DE EMERGENCIA



Gráfico No. 26 Mapa Estratégico Fuente: Ing. Vladimir Sancho

### Misión

Brindar atención en forma oportuna, eficiente y eficaz a las personas que ingresan con estado de salud crítico, para lo cual se les realiza los análisis y procedimientos médicos suficientes y necesarios garantizando de esta manera proteger la salud y la vida de los usuarios.

### Visión

Llegar a ser el mejor Servicio de Emergencia mediante procesos efectivos y equipos médicos especializados que permitan mantener la salud y la vida de los usuarios.

## 2.14 MAPA DE PERSPECTIVAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

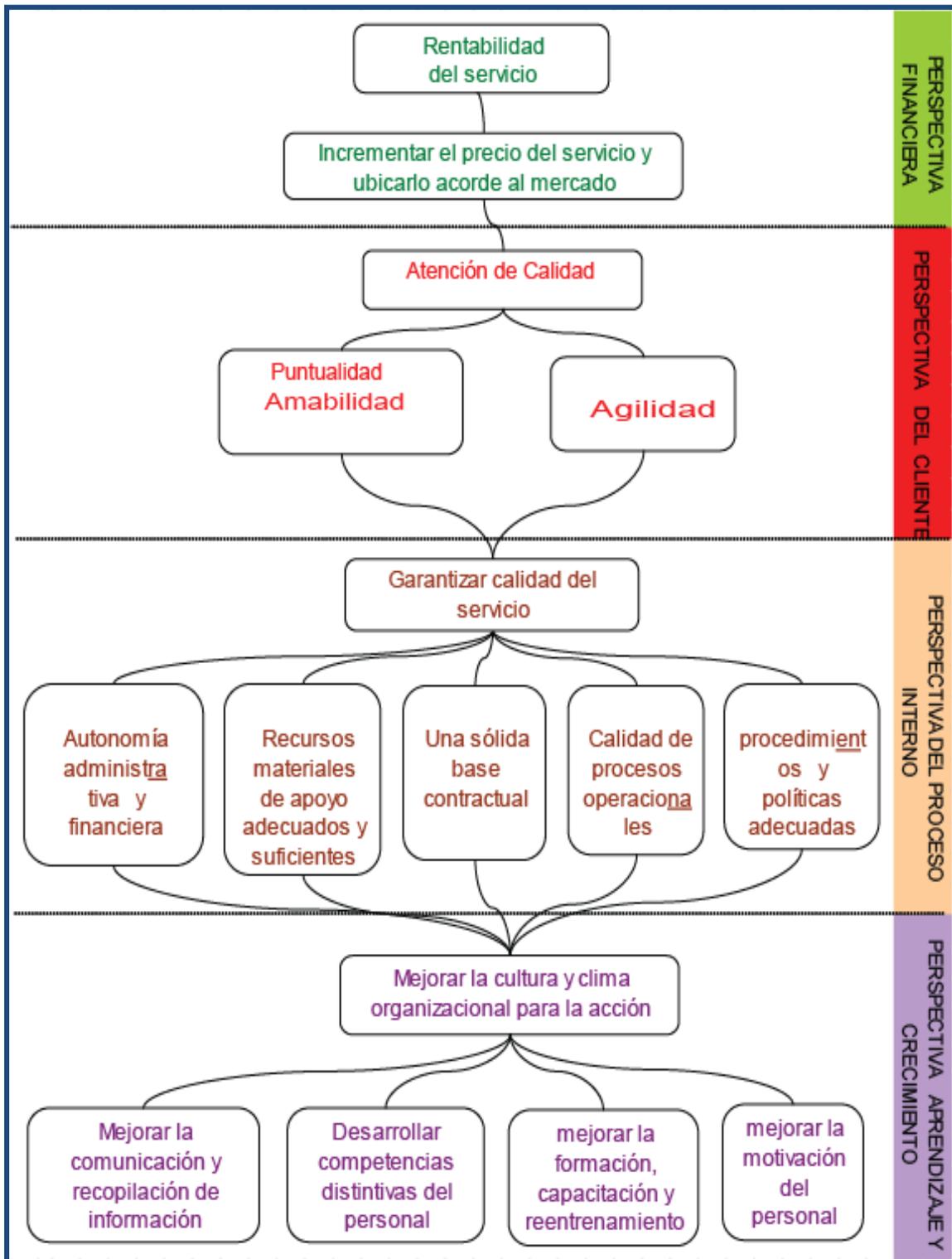


Gráfico No. 27 Mapa de Perspectivas Fuente: Javier Buitrón

# CAPITULO 3

## PROCESOS



*“Solo se podrá entender a los enfermos cuando se conviven con ellos o cuando ellos son parte de nosotros”*

# CAPÍTULO III

## PROCESOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA

### 3.1 MAPA DE PROCESOS DEL HOSPITAL QUITO NO. 1

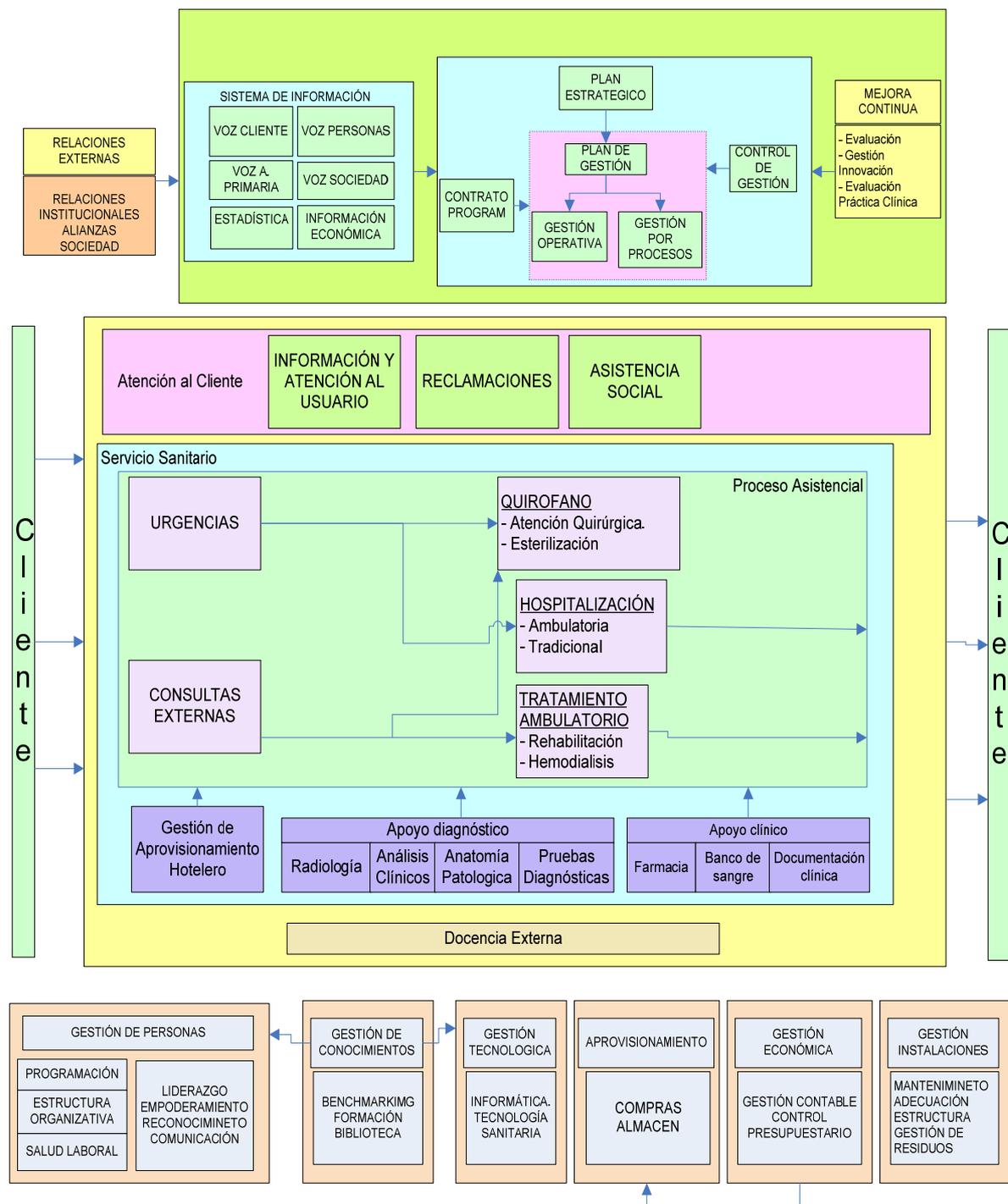


Gráfico 28 Mapa de Procesos del Hospital Quito No. 1 Fuente: DNS

La gestión de los procesos, la gestión por procesos, los procesos de gestión, la reingeniería de procesos...son términos que se utilizan de forma indiscriminada y generan confusiones.

Según el análisis y la investigación realizada concluimos que la Gestión por Procesos es una secuencia de actuaciones en las que intervienen diferentes personas, espacios y medios, que organizados en forma lógica y planificada, nos llevan a conseguir el resultado esperado.

Los hospitales están desarrollando iniciativas encaminadas a mejorar la gestión de sus procesos e introduciendo modelos de gestión que impliquen a los clínicos en la gestión de sus servicios.

El abordaje de los procesos se realiza desde diferentes perspectivas: La Dirección de Salud que lo impulsa, el equipo directivo del hospital Quito No.1 que lo asume, los jefes de servicio que lo reclaman, pueden ser formas de entrada a la gestión de los procesos.

En algunas ocasiones el cambio se inicia por la voluntad o necesidad de certificar un proceso, un servicio o una función. En otras, el punto de partida es la utilización del modelo de excelencia empresarial (EFQM).

¿Existe la posibilidad de gestionar los procesos de emergencias médicas en el Hospital Quito No. 1, más allá de las paredes del mencionado hospital?

Para la realización del presente proyecto se han utilizado herramientas de análisis que nos proporcionaron información útil para implantar cambios posibles y determinar dónde hemos de poner los esfuerzos para conseguir los mejores resultados.

Obtuvimos suficiente material para preparar el presente proyecto que ayude a la reflexión e incite a la innovación en esta área de la gestión médica, en la que existe un amplio consenso en relación a la necesidad de innovar.

Es importante señalar que el presente proyecto consta de las siguientes etapas de trabajo: Se identificaron y priorizaron los procesos claves, se constituyeron previa la coordinación con los directivos del Hospital grupos de trabajo, para el diseño de los procesos para urgencia médicas, una vez revisados se entregaron a los directivos para su revisión, publicación y difusión, actualmente se están implementando con la finalidad de poderlos evaluar.

**Se identificaron los procesos relacionados** con los objetivos estratégicos y sobre todo con las necesidades y expectativas de los pacientes en el servicio de urgencias médicas. Para ello se analizaron fuentes de información como estadísticas de morbilidad evitable, enfermedades más frecuentes, datos de lista de espera y sobre todo las inquietudes y expectativas del paciente.

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| Una vez descrito permite identificar |  |
| <b>Quién...</b>                      | Urólogo, enfermero...                        |
| <b>Qué...</b>                        | Valoración, atención primaria...             |
| <b>Cuándo...</b>                     | En qué momento...                            |
| <b>Dónde...</b>                      | Servicio de emergencia, terapia intensiva... |
| <b>Cómo...</b>                       | Plan de cuidados                             |

**Se constituyeron Grupos de Trabajo**, con los profesionales implicados, con los grupos multidisciplinarios y multifuncionales con una formación específica y sobre todo se conto con apoyo metodológico, se elaboro una guía de diseño del proceso y mejora continua, una guía de las reuniones en donde se podría contar con el grupo de trabajo además del material bibliográfico que podrían aportar cada especialista.

## PROPUESTA METODOLOGICA

- **Definición Global del Proceso**

Definición Funcional/Limites/ Responsables del Proceso

- **Destinatarios y Objetivos**

Destinatarios y Expectativas (centrado en el paciente, una vez conocidas sus expectativas se incorporaran a los procesos asistenciales transformándolas en características de calidad de los servicios tangibles que se ofrecen).

Características de Calidad (mejorar la efectividad clínica: Accesibilidad, capacidad de respuesta, comunicación, competencia, trato, seguridad, tangibilidad).

- **Componentes del Proceso**

Elementos y Recursos

Actividades del Proceso (Quién hace...Qué hace...Donde hace...Cuándo hace...Cómo hace...) Estas actividades deben tener características de calidad basada en la mejor evidencia disponible, hacer lo que hay que hacer y hacerlo bien).

- **Representación Gráfica del Proceso**

Manual de Proceso (Tablas)

Diagramas de Flujo

- **Indicadores**

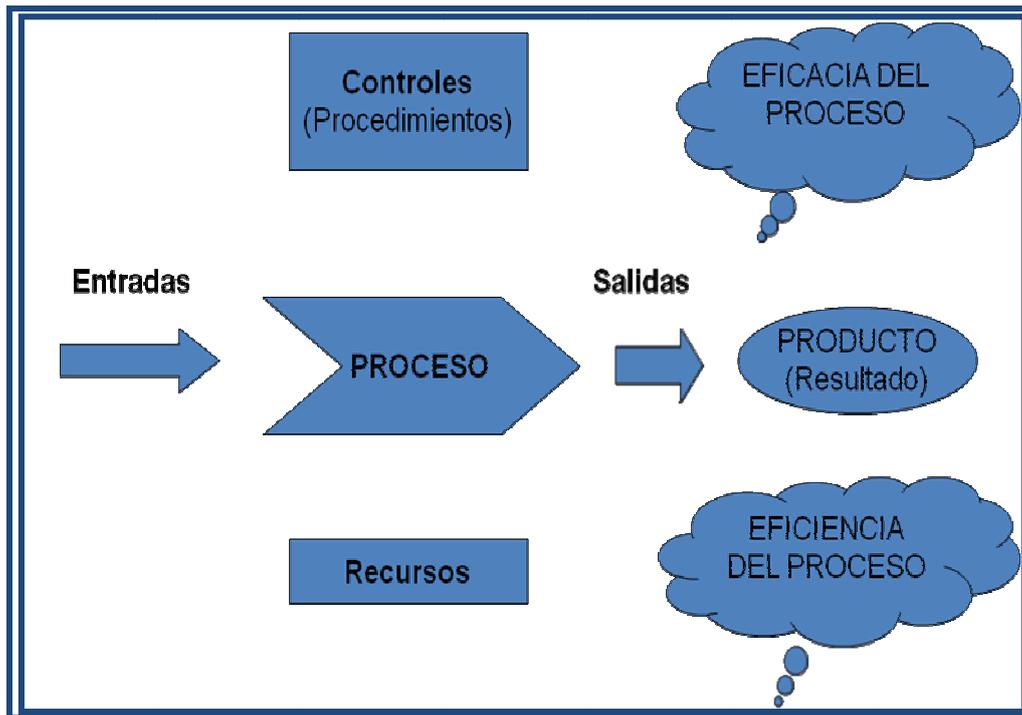
Estructura de indicadores (Facilita la evaluación y control del proceso permite la comparación entre situaciones previamente definidas como deseables, y la realidad)

## 3.2 ANÁLISIS DE PROCESOS



Gráfico 29 Enfoques de Procesos Fuente: Ing. Vladimir Sancho

Los cambios de la sanidad están determinando nuevas formas de organización hospitalaria. El hospital debe estar orientado al paciente supone un rediseño radical de este desde el punto de vista del usuario, ya que este es el que siente la necesidad de ser atendido con la mayor eficiencia y oportunidad, a fin de aplacar de alguna manera su dolor físico y muchas veces moral.



**Gráfico 30** Mapa Conceptual del Proceso **Fuente:** Ing. Vladimir Sancho

En el Hospital Quito No. 1, se analizaron los procesos en cada una de las áreas tanto hospitalarias como administrativas, determinándose grandes falencias, lo cual conlleva a un pésimo servicio de atención al paciente tanto interno como ambulatorio.

Además en el presente trabajo se describe el proceso de rediseño de los Servicios del Hospital Quito No.1. El cambio ha consistido fundamentalmente en una reorganización de los modelos tradicionales de atención al público en general, sobre todo con la finalidad de mejorar los procesos en cada una de las instancias con políticas claras por parte de la dirección y la aplicación de manuales de funciones para cada área del Hospital, los mismos que deberán ser ejecutados en forma pormenorizada a fin de alcanzar la satisfacción de los usuarios.

### 3.2.1 CATEGORIZACIÓN.

Es necesario tener presente el todo y concentrarse en el todo, esto conlleva a unir las tareas o actividades individuales, pensando en equipo y buscando

superar las expectativas del usuario del Hospital, lo cual necesariamente conduce a un mayor crecimiento. Es necesario por lo tanto considerar el marco legal, líneas de responsabilidad para definir las actividades explícitas de los empleados en un Manual de Procesos a fin de saber qué hacer y cómo hacerlo en un momento oportuno.

### **3.2.2 IDENTIFICACIÓN.**

Se analizaron en primera instancia los errores cometidos con respecto a los procesos en el Servicio de Emergencia del Hospital y de acuerdo a ello se pudo determinar que cada quién trabajaba a su manera, es decir sin políticas claras y menos aún guiándose en algún normativo legal. Los funcionarios siguen ciertos hábitos y tradiciones sin que esto signifique que sean procedimientos técnicos sino más bien guiados y orientados por su sentido común. Tomando en cuenta estas consideraciones se procedió a identificar un sinnúmero de errores los cuales fueron ya descritos en los acápite que preceden y a la vez se corrigieron los mismos con la implementación en el presente proyecto del Manual de Gestión de Procesos para Urgencias Médicas, para mejorar la atención y sobre todo motivar la satisfacción del usuario.

### **3.2.3 SELECCIÓN DE PROCESOS CLAVES.**

Una forma de seleccionar consistió en considerar la Estructura Orgánica y Funcional del Hospital Quito No.1, y de acuerdo al análisis en mención se consideraron aquellos procesos que de alguna u otra manera influyen en el normal desenvolvimiento del Servicio de Emergencia del Hospital Quito No. 1; tal es el caso de los procesos en Laboratorio, Rayos X, Hospitalización, y Cirugía.

### 3.3 CADENA DE VALOR Y EL CONOCIMIENTO ORGANIZACIONAL.

## La Cadena de Valor de Porter



Gráfico 31 Cadena de Valor de Porter Fuente: [www.organizaciónempres.com](http://www.organizaciónempres.com)

El análisis de la cadena de valor se emplea como un criterio identificar las capacidades del Hospital Quito No. 1, a partir de la desagregación de sus actividades. Se trata de ver paso a paso todo el proceso desde el momento que ingresa un miembro policial o su familiar, hasta el momento mismo que deja el Hospital, luego de ser atendido.

Las actividades primarias, son aquellas relacionadas con la atención dada al paciente o usuario que ingresa al Hospital Quito No.1, a fin de recibir atención o un servicio médico inmediato y personalizado; por lo general esto comienza desde la separación del turno a una especialidad determinada, luego el ingreso al hospital y el tiempo que permanezca el usuario en el mismo, medido en la calidad de atención y pronóstico y solución de diversas enfermedades.

Las actividades de apoyo están más relacionadas con la estructura física y tecnológica que posee el Hospital Quito No.1, para poder desarrollar todo el proceso de atención en forma eficiente y eficaz al usuario o paciente, beneficiario de este servicio médico.

Y para explicar el análisis de la cadena de valor nos basamos en el análisis de Porter, que fue quien propusiera este concepto de cadena de valor, y que vemos en el siguiente gráfico. Porter distingue entre *actividades primarias* y *actividades de apoyo*.

### **3.3.1 LOS PROCESOS COMO UN SISTEMA.**

Los Procesos son el corazón del Servicio de Emergencia del Hospital Quito No. 1, sin importar su tamaño o área de actuación. Un proceso está compuesto por un conjunto de actividades interrelacionadas dentro del Hospital con el objetivo mayor de suministrar servicios a los miembros policiales o a sus familiares.

Administrar procesos es una tarea compleja, principalmente porque estos procesos no funcionan aislados, sino interactúan con otros procesos al interior del Servicio de Emergencia Hospital.

El Servicio de Emergencia del Hospital Quito No. 1, debe ser capaz de mostrar cómo sus procesos internos agregan valor a sus clientes (policías), y como estos procesos continuarán siendo efectuados en el futuro con eficiencia y eficacia.

### **3.3.2 GESTIÓN Y MEJORA DE PROCESOS.**

La Gestión y Mejora de Procesos constituye una estrategia central para la mejora de la calidad. El Proceso es el nexo entre los profesionales de la salud y los miembros policiales o sus familiares.

La correcta integración del conocimiento, el desarrollo de modelos organizativos flexibles y la gestión adecuada de los procesos son los tres elementos básicos para la innovación y mejora de servicios.

En el ámbito del Sistema Sanitario del Servicio de Emergencia del Hospital Quito No. 1, la Gestión por Procesos está orientada a:

- Centrar nuestras actuaciones en el usuario.
- Implicar a los profesionales como principales protagonistas del cambio.

- Garantizar una práctica clínica acorde con el conocimiento científico disponible.
- Facilitar la continuidad asistencial.
- Evaluar los resultados obtenidos.

### **La Gestión de Procesos Implica:**

- ⇒ Identificar los procesos interrelacionados dentro de un sistema, determinar su secuencia e interrelación
- ⇒ Asegurar la disponibilidad de recursos e información necesarios
- ⇒ Controlar, medir, monitorear y analizar estos procesos
- ⇒ Implantar acciones correctivas y preventivas para la mejora continua

### **INDICADORES DE GESTIÓN**

“Los indicadores de gestión son factores para establecer el logro y el cumplimiento de la misión, objetivos y metas de un determinado proceso.

Los indicadores de gestión son ante todo, información, es decir agregan valor y deben tener los atributos de la información, tanto en la forma individual como cuando se presentan agrupados.

Los indicadores son necesarios para poder mejorar. Lo que no se mide no se puede controlar, y lo que no se controla no se puede gestionar, por lo tanto, teniendo en cuenta que gestión tiene que ver con administrar y/o establecer acciones concretas para hacer realidad las tareas y/o trabajos programados y planificados, los indicadores de gestión están relacionados con los ratios que nos permiten administrar realmente un proceso.

### **CARACTERÍSTICAS DE LOS INDICADORES**

- ⇒ Referirse a procesos importantes o críticos
- ⇒ Representar fielmente el objetivo a medir mediante una relación directa
- ⇒ Ser cuantificables a través de datos numéricos o un valor de clasificación
- ⇒ Ser rentables, superando el beneficio de su uso al coste de su obtención
- ⇒ Poder definir la evolución en el tiempo del objetivo siendo comparables en el tiempo
- ⇒ Ser fiables para dar confianza a los usuarios sobre su validez
- ⇒ Ser fáciles de mantener y utilizar
- ⇒ No interferir con otros indicadores siendo compatible con ellos
- ⇒ Permitir a la dirección conocer la información en tiempo real

### **INDICE o FORMULA**

Se debe establecer como una relación entre los logros alcanzados con respecto a los logros planeados.

$I = \text{Parte} / \text{Todo}$

$I = \text{Real} / \text{Propuesto}$

$I = \text{Actual} / \text{Anterior}$

### **UTILIDAD Y VENTAJAS DE LOS INDICADORES DE GESTION**

Estos ofrecen para las empresas que lo implementan y controlan una ventaja competitiva frente a empresas productoras de los mismos bienes y/o servicios así como identificar sus fortalezas y debilidades para tomar los correctivos para cada caso.

El fracaso o quiebra de muchos proyectos de empresas, se deben a la falta de alertas o alarmas que indican oportunamente cuando cambiar de dirección e inclusive a detenerse.

“Los indicadores de gestión son factores para establecer el logro y el cumplimiento de la misión, objetivos y metas de un determinado proceso.

Los indicadores de gestión son ante todo, información, es decir agregan valor y deben tener los atributos de la información, tanto en la forma individual como

cuando se presentan agrupados.”

Los indicadores son necesarios para poder mejorar. Lo que no se mide no se puede controlar, y lo que no se controla no se puede gestionar, por lo tanto, teniendo en cuenta que gestión tiene que ver con administrar y/o establecer acciones concretas para hacer realidad las tareas y/o trabajos programados y planificados, los indicadores de gestión están relacionados con los ratios que nos permiten administrar realmente un proceso.

Los indicadores de gestión presentan las siguientes características:

- ⇒ Se orientan a medir características, procesos y/o resultados
- ⇒ Están asociados a propósitos de maximización,
- ⇒ Facilitan el seguimiento de un proceso minimización eliminación
- ⇒ Deben ser pocos en número así como también entendibles y aplicables
- ⇒ Expresan relación en cuanto a costos, tiempos, calidad y cantidad.
- ⇒ La validación de indicadores debe continuarse en el tiempo para confirmar que siguen siendo pertinentes y cumplen con los objetivos definidos.
- ⇒ Un indicador puede perder su vigencia cuando la organización ha definido nuevos objetivos, se han modificado las circunstancias y expectativas o han cambiado el responsable o el cliente del objetivo.
- ⇒ A continuación se detallan los indicadores de gestión que se han determinado como relevantes para evaluar el cumplimiento y eficiencia de los objetivos a cumplir.

## **INDICADORES DE GESTIÓN PARA EL PROCESO GOBERNANTE**

|  | NOMBRE ÍNDICE | MIDE | TIPO | FÓRMULA | META | FUENTE |
|--|---------------|------|------|---------|------|--------|
|  |               |      |      |         |      |        |

| Nº |  |   |            |  |      |                   |
|----|--|---|------------|--|------|-------------------|
| 1  | Planificación de actividades                   | Mide el grado de ejecución de las actividades planificadas                                      | Eficacia   | ACTIVIDADES EJECUTADAS/ACTIVIDADES PLANEADAS X 100 | 100% | Plan Operativo    |
| 2  | Asignación de recursos y presupuestos          | Mide el grado de asignación de los recursos y presupuesto para los requerimientos de la empresa | Eficiencia | PRESUPUESTO ASIGNADO/PRESUPUESTO PLANEADO X 100    | 85%  | Presupuesto anual |
| 3  | Presentación de Informes y Estados Financieros | Mide la eficiencia en la información contable y tributaria                                      | Eficiencia | INFORMES OPORTUNOS/INFORMES PRESENTADOS X 100      | 100% | Plan operativo    |

**Tabla 19** Indicadores de Gestión para el Proceso Gobernante. **Fuente:** Sonia Carpi

## INDICADORES DE GESTIÓN PARA LOS PROCESOS BÁSICOS

| Nº | NOMBRE ÍNDICE         | MIDE  | TIPO       | FÓRMULA                                  | META | FUENTE            |
|----|-----------------------|---|------------|--|------|-------------------|
| 1  | Cumplimiento de Metas | Medir el cumplimiento de metas por unidades | Eficiencia | Metas alcanzadas/ metas propuestas x 100 | 100% | Plan Operativo    |
|    | Tiempo de entrega     | Mide el cumplimiento en el tiempo previsto  | Eficiencia | Tiempo de entrega/ tiempo previsto x100  |      | Presupuesto anual |

|   |                                   |   |              |   |      |                                 |
|---|-----------------------------------|---|--------------|---|------|---------------------------------|
| 2 | de mercadería                     |   |              |   | 100% |                                 |
| 3 | Nivel de satisfacción del cliente | Mide el grado de satisfacción de los clientes atendidos                               | Satisfacción | Cientes satisfechos / clientes atendidos x 100                          | 100% | Plan operativo                  |
| 4 | Rentabilidad                      | Mide el nivel de rentabilidad en el desarrollo de las actividades de comercialización | Rentabilidad | Rentabilidad obtenida/ rentabilidad esperada x 100                      | 100% | Planificación mensual de ventas |
| 5 | Uso de tecnología                 | Mide el tiempo de respuesta a un proceso  | Eficacia     | Tiempo con empleo de tecnología / tiempo sin empleo de tecnología x 100 | 75%  | Planificación mensual de ventas |

**Tabla 20** Indicadores de Gestión para los Procesos Básicos. **Fuente:** Sonia Carpi

## INDICADORES DE GESTIÓN PARA EL PROCESO DE APOYO.

| Nº | NOMBRE ÍNDICE           | MIDE   | TIPO       | FÓRMULA                                  | META | FUENTE         |
|----|-------------------------|--|------------|--|------|----------------|
| 1  | Recuperación de cartera | Mide la capacidad de recuperación de cartera vencida | Eficiencia | Cartera vencida / total de cartera x 100 | 100% | Plan Operativo |

|   |                      |   |            |   |      |                   |
|---|----------------------|---|------------|---|------|-------------------|
|   |                      |   |            |   |      |                   |
| 2 | Capacidad de crédito | Mide el grado de disponibilidad de fondos de la empresa | Eficiencia | Créditos recuperados / créditos otorgados x 100 | 100% | Presupuesto anual |

**Tabla 21** Indicadores de Gestión para el Proceso de Apoyo. **Fuente:** Sonia Carpi

### 3.3.3 LAS NORMAS ISO

Se considera importante para el Servicio de Emergencia del Hospital Quito No. 1., la normalización ISO (ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DE ESTANDARIZACIÓN), ya que describe los principios de funcionamiento y estructura organizativa que deben regir internacionalmente y en el cual debe considerarse ser tomado en cuenta para los procesos llevados a cabo en el Servicio de Emergencia del Hospital Quito No. 1

Iniciando un proceso serio de mejoramiento de nuestros procesos administrativos y técnicos, se podrá a mediano plazo iniciar un proceso de Certificación de las prestaciones de salud bajo una norma internacional como la ISO 9000, con lo cual la garantía de calidad será acreditada o asegurada por un organismo internacional, dejando en este momento la DNS de ser juez y parte.

### LOS PROCESOS SEGÚN LAS NORMAS ISO

Según las Normas ISO, consideramos los siguientes procesos, dependiendo del Departamento o área a ser ejecutados:

#### **Procesos Principales:**

**PROCESOS DE DIRECCIÓN (5):** Definen y despliegan la política y la estrategia de la institución, constituyen el marco de referencia para los demás procesos, que se realizan al interior del Hospital Quito No. 1.

|           |                                 |                          |                                      |           |                           |
|-----------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|-----------|---------------------------|
| DIRECCION | <u>lineamientos de Política</u> | Planeamiento Estratégico | Planeamiento Operativo y Presupuesto | Marketing | Revisión por la Dirección |
|-----------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|-----------|---------------------------|

**PROCESOS OPERATIVOS (3):** Constituyen la secuencia de valor agregado, desde la determinación de necesidades hasta el servicio posventa (farmacia).

|            |                           |                         |          |
|------------|---------------------------|-------------------------|----------|
| OPERATIVOS | Diseño Técnico Pedagógico | Prestación del Servicio | Posventa |
|------------|---------------------------|-------------------------|----------|

**PROCESOS DE SOPORTE (7):** Son los que dan apoyo, fundamentalmente a los procesos operativos, en el Hospital Quito No. 1.

|         |                              |                             |                          |                     |
|---------|------------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------|
| SOPORTE | Tecnología de la Información | Gestión de Recursos Humanos | Administración de Bienes |                     |
|         | Abastecimiento               | Procesos Financieros        | Relación con el cliente  | Auditorías Internas |

Además tenemos:

**PROCEDIMIENTOS TRANSVERSALES (2):** Son los encargados de realizar las coordinaciones y prevenciones al interior del Hospital Quito No. 1.

|                              |   |
|------------------------------|---|
|                              | Comunicación Interna y Externa              |
| Procedimientos Transversales | Prevención de Riesgos y Casos de Emergencia |

De manera genérica describimos algunos de los procesos principales, tanto de Dirección, como Operativos y de Soporte.

## **Proceso de Dirección**

### **Marketing**

- Permite determinar las necesidades de los miembros policiales y en función de ellas desarrollar nuevos servicios, las estrategias de atención, el fortalecimiento de la imagen institucional y mejora del posicionamiento en el mercado
- Determina las actividades de promoción y venta de servicios
- El Plan de Marketing es revisado y actualizado anualmente

## **Proceso de Dirección**

### **Revisión por la Dirección**

Proceso periódico llevado al más alto nivel ejecutivo

Evalúa integralmente el Sistema de Gestión considerando el resultado de:

- Planes Estratégicos del Hospital
- Planes de Marketing
- Ejecución de los planes operativos
- Desempeño de Procesos
- Auditorias de Gestión, tanto internas como externas
- Evaluaciones Técnico-Pedagógicas realizadas a todas las unidades operativas a nivel nacional
- Medición del grado de satisfacción de los clientes, sean estos aprendices, participantes, empresarios, usuarios de servicios técnicos o empresariales
- Desarrollo de los planes de capacitación y desarrollo de personal
- Propuestas de mejoras al Sistema de Gestión

- Toma decisiones para el mejoramiento continuo de los procesos, tanto en su eficiencia como en su eficacia y consecuentemente del Sistema en su conjunto

## **Proceso Operativo**

### **Diseño y Desarrollo Tecnológico, Técnico y Pedagógico**

- Controla el Diseño de Programas y Cursos para la Formación y Capacitación, teniendo en cuenta las reales necesidades detectadas en los miembros policiales.
- El diseño incluye, entre otros aspectos, contenidos curriculares, metodología, medios de enseñanza, instrumentos de evaluación y certificación.
- Considera los aspectos e impactos ambientales asociados a las tareas y operaciones que se realizan durante la prestación de los servicios de formación y capacitación.

## **Proceso Operativo**

### **Prestación de Servicios**

- Define las actividades específicas que deben cumplirse para la prestación de los servicios de salud.
- Criterios para la planificación, preparación de medios y organización de los recursos médicos a utilizarse.
- Define los controles durante el proceso de prestación del servicio, para asegurar que se ejecuten correctamente.
- Establece los registros y la información necesaria para evidenciar su cumplimiento

Cubre a todos los servicios ofertados: Formación y Capacitación, Servicios Técnicos (ensayos y revisiones técnicas), Servicios hospitalarios, Asesoría y Consultoría.

## **Proceso de Soporte**

### **Gestión de relación con el miembro policial**

- Permite captar información sobre cómo perciben los policías y sus familias los servicios recibidos
- La **captación periódica** de datos se realiza mediante:
  - encuestas a los policías y familiares.
  - recepción y tratamiento de sugerencias,
  - recepción y tratamiento de quejas y reclamos
  - encuestas al cliente interno (personal del hospital)
- La información procesada y analizada permite tomar decisiones para la mejora continua y retroalimenta a diferentes procesos y actividades.

## **Proceso de Soporte**

### **Gestión de Recursos Humanos**

- Permite ejecutar controladamente la Planeación de necesidades de personal; su selección previa, evaluación e inducción antes del inicio de las actividades laborales.
- Controla las actividades de contratación, remuneraciones y beneficios.
- Controla el Desempeño Laboral mediante evaluaciones periódicas
- Identifica las necesidades de capacitación y desarrollo de todo el personal, propiciando la permanente mejora de la competencia laboral a través de programas de capacitación y desarrollo.

## **3.4 ASPECTOS FUNDAMENTALES DE LA GESTIÓN POR PROCESOS**

### **Tipos de proceso**

Los procesos de la Institución Sanitaria los podemos agrupar en clave, estratégicos y de soporte. Los procesos clave son aquellos que afectan de modo directo la prestación del servicio asistencial y por tanto a la satisfacción del cliente externo (paciente).

Algunos ejemplos de procesos clave son: hospitalización en Planta, Atención

en Urgencias, Hospitalización Post-quirúrgica, Intervención Quirúrgica, etc. Los procesos estratégicos son aquellos que permiten desarrollar e implantar la estrategia de la Institución Sanitaria. Algunos ejemplos son: Sistema de Dirección, Planificación Estratégica, Marketing (centros privados), Desarrollo de Alianzas Estratégicas, Gestión de las relaciones con el Cliente, Autoevaluación, etc. Por último, los procesos de soporte son todos aquellos que permiten la operación de la Institución Sanitaria y que sin embargo no son considerados clave por la misma.

En general son los procesos de gestión (pago de nóminas, facturación, contabilidad, etc.) y algunos otros como los procesos de auditorías internas, gestión de los sistemas de información, mantenimiento, etc., son considerados como de soporte.

Los procesos pueden ser clasificados también en:

**Procesos multidepartamentales.** Sus actividades se realizan integrando varios departamentos, servicios o unidades. Lógicamente, son los más complejos.

**Proceso departamental o unifuncional.** Aquel llevado a cabo por un solo departamento.

### **3.4.1 PROPIETARIO DEL PROCESO**

Para poder gestionar los procesos de la institución sanitaria de modo eficiente es necesario determinar quién es el propietario de dichos procesos. El propietario (Process owner) asume la responsabilidad global de la gestión del proceso y de su mejora continua. Por ello debe tener la suficiente autoridad para poder implantar los cambios en el proceso que conduzcan a la mejora de sus resultados. El propietario podrá contar con la colaboración un equipo de mejora del proceso.

Dicho equipo deberá estar formado por personas directamente implicadas en el proceso pertenecientes a todos los departamentos o servicios afectados.

Las funciones del propietario del proceso son:

- Asumir la responsabilidad sobre el proceso y asegurar su eficacia y eficiencia de manera continua.
- Mantener la relación con el resto de procesos y establecer requerimientos adecuados.
- Asegurar que el proceso está debidamente documentado y que la información se distribuye a todas las personas afectadas.
- Controlar y medir los resultados con el objetivo de mejorar el proceso de forma continua.

### **Ciclo de hardware o ciclo de gestión**

La evaluación continuada posibilita la mejora continua de la organización. Los propietarios controlan los procesos teniendo en cuenta que las personas enfocan sus actividades hacia los clientes, el propietario detecta áreas de oportunidad y aplica las acciones en consonancia con la misión de la organización.

### **Revisiones y otros sistemas**

Además de las revisiones periódicas a las que se ven sometidos los procesos por el propietario de los mismos y sus colaboradores, es conveniente que la alta dirección de la institución sanitaria lleve a cabo revisiones del funcionamiento de los procesos clave. Estas revisiones deben ser periódicas y sus resultados deben tenerse en cuenta en la formulación de la política y estrategia. La metodología para la mejora de procesos está orientada a reducir/eliminar defectos y a reducir el tiempo de ejecución de proceso, conocido como tiempo ciclo. La gestión de procesos según el enfoque anterior es compatible con la implantación de sistemas de Gestión de la Calidad, tales como el propuesto por las normas ISO 9001:2000. La gestión de procesos de la Institución Sanitaria también podrá beneficiarse del uso de otros sistemas estandarizados tales como sistemas de gestión medioambiental tipo ISO 14000, o los sistemas de gestión de riesgos laborales.

### 3.5 ANÁLISIS DE LOS PROCESOS

Para realizar el análisis de los procesos en una organización, es conveniente seguir los siguientes pasos:

Reunión de todos los jefes o directores funcionales para:

- Identificar y definir los procesos.
- Designar a los propietarios de los procesos.
- Redactar y hacer los diagramas de los procesos de primer nivel (no más de cinco o seis).
- Redactar y hacer los diagramas de los procesos de segundo nivel.

Puesta en práctica de las responsabilidades y de los procesos escritos y diagramados.

- Entregar diagramas a todos los trabajadores implicados en un proceso.
- Concienciar acerca de la importancia de los errores sobre el cliente interno.
- Explicar por qué se organizan los procesos y cuál es su repercusión en el cliente externo.

Últimas correcciones por desajustes observados entre los representado y la práctica operativa.

- Reeditar los procesos corregidos.
- Mantener un archivo de casos atípicos o excepcionales.

#### **Reingeniería o rediseño de procesos**

En el entorno sanitario actual, se han introducido tres fuerzas emergentes muy potentes: los clientes, la competencia y el cambio tecnológico.

- Los clientes demandan cada vez mejores resultados y un trato individualizado
- La competencia se ha introducido al separar las funciones de provisión y

financiación de servicios sanitarios.

- El cambio tecnológico es un fenómeno permanente que afecta a todo el sector servicios. Estas y otras fuerzas obligan a mejorar constantemente los procesos de una organización.

Se trata de realizar una revisión fundamental y rediseñar de forma radical los procesos, con el objetivo de obtener grandes mejoras del rendimiento. En teoría, es posible rediseñar los sistemas operativos instalados e incluso perfeccionados desde hace tiempo, para hacerlos más eficaces.

La reingeniería de procesos supone un cambio radical, por tanto, implica modificaciones en la cultura y en la estructura de la organización. Este cambio debe ser liderado por la Dirección, han de realizarlo los profesionales directamente implicados, y debe ser asumido por toda la organización.

El trabajo debe organizarse según las exigencias de los clientes y del mercado, para proporcionar un producto de alta calidad a un precio equitativo, con un servicio excelente, aprovechando al máximo el potencial tecnológico actual.

Por desgracia, los hospitales suelen ser organizaciones rígidas y burocratizadas, con poca capacidad de reacción frente a los cambios del mercado, organizadas de forma relativamente ineficaz.

#### Objetivos globales de la reingeniería en un hospital

La reforma de los sistemas sanitarios en general y de los hospitales en particular busca cumplir tres grandes objetivos:

- Controlar el crecimiento del gasto sanitario,
- Mejorar la calidad de los servicios; e,
- Incorporar las preferencias de los ciudadanos.

### **3.5.1 CARACTERÍSTICAS DE LA ORGANIZACIÓN POR PROCESOS.**

## **Cultura de las organizaciones**

Las organizaciones no son máquinas, sino comunidades, mini sociedades con su propia manera de hacer las cosas, con sus hábitos y jerga, con su propia cultura.

Dentro de la gran variedad de culturas y organizaciones, se pueden definir cuatro estilos fundamentales.

### **La organización centralista.**

La organización es como una tela de araña, con el poder en el centro. Cuando más cerca del centro, más influencia. Son organizaciones demasiado dependientes de su líder.

### **La organización jerárquica.**

Es la más usual, con niveles dependientes unos de otros. Los servicios se vuelven demasiado estancos, la información no fluye correctamente. Estas organizaciones pueden funcionar bien, pero no afrontan los cambios con flexibilidad.

### **La organización orientada a las tareas.**

Funciona basada en grupos de trabajo centrados en una tarea, o proyecto. El trabajo en equipo es flexible, pero puede ser costoso.

### **La organización orientada a las personas.**

Estas organizaciones, las más escasas, dan mayor importancia al individuo.

### **Orientación al cliente.**

Los clientes de una empresa u organización son los intermediarios,

aseguradores, empleados, proveedores, organismos gubernamentales, además de los clientes finales. Todos ellos son los “stakeholders” o implicados en las decisiones de la empresa.

La organización se debe centrar en el cliente. Para ello, hay que conocer sus necesidades y expectativas. Las necesidades son carencias objetivas, y las expectativas se relacionan con la forma en que el cliente espera que sean satisfechas las necesidades. Se trata de saber qué necesita el cliente de un proceso, cómo y cuándo lo necesita.

El sistema actual deja poco margen al paciente para participar de forma activa en las decisiones que afectan a su salud. La atención al paciente se ve comprometida por una excesiva fragmentación y especialización de áreas y servicios. Por ello, el primer paso de la reingeniería de procesos es adoptar la filosofía de asistencia centrada en el paciente, o PFC (patient focused care).

Las estructuras y los procesos del hospital deben diseñarse y adaptarse de acuerdo a las necesidades de los pacientes, en la medida en que esto resulte posible. Para ello, hay que considerar tres aspectos básicos:

- La definición de los procesos a desarrollar,
- Su organización y gestión, y,
- La constitución y organización de los equipos humanos responsables de dichos procesos.

Las actividades para lograr una asistencia centrada en los pacientes son:

- Estructurar los servicios para satisfacer las necesidades de los clientes y profesionales.
- Agrupar a los clientes según características comunes y tipo de recursos compartidos.
- Descentralizar los servicios siempre que resulte posible.
- Flexibilizar las tareas y adaptarlas a las necesidades de los pacientes.
- Simplificar los procesos y estructuras lo máximo posible.
- Dotar a los profesionales de la responsabilidad y capacidad efectivas para la toma descentralizada de decisiones.
- Mantener un modelo de asistencia global y continuada.

## 3.6 METODOLOGÍA DE LA ARQUITECTURA DE PROCESOS

### Resistencia al cambio

Una misma persona puede afirmar “Este país/esta empresa necesita un gran cambio”, y “odio los cambios”. Todo el mundo está de acuerdo en que es necesario mejorar la sociedad, pero solemos ser reacios cuando los cambios afectan a nuestro entorno. Los cambios ejercidos en los procesos en una empresa necesitan ser coordinados con los cambios en la estructura, sistemas y personas, ya que estos factores están interconectados. Las tareas son los procesos y las actividades realizadas. Los sistemas son conjuntos complejos de procesos, formas de hacer las cosas.

### Modernización de un proceso

- Eliminación de la burocracia.
- Eliminar duplicidades.
- Analizar el valor añadido al cliente
- Simplificar los procesos.
- Reducir el tiempo de ciclo del proceso.
- Revisión de las actividades de control.
- Prueba de errores.
- Promover la eficiencia de los recursos

## METODOLOGÍA DE REINGENIERIA DE PROCESOS ASISTENCIALES

La reingeniería de procesos asistenciales se desarrolla en tres grandes etapas:

Descubrir, rediseñar e implantar. Pero antes, hay que realizar una definición de la misión de cada proceso, es decir, una “alineación”

### Etapa cero. Alineación.

Es necesario definir qué se entiende por misión de la organización. En el marco

de la organización por procesos, la misión es el punto de referencia acerca del cual todos los procesos se alinean, facilitando así una actuación enfocada hacia un objetivo común. La misión define que tipo de organización somos o debemos ser. Por ejemplo, la misión de un hospital es proporcionar asistencia sanitaria especializada de la máxima calidad.

### **Primera etapa. Descubrir.**

Debe establecerse la figura de un coordinador del proyecto de reingeniería, idealmente un profesional sanitario con experiencia asistencial y buen conocimiento de la institución. El objetivo de esta etapa es realizar un estudio en profundidad de cómo el hospital proporciona sus servicios a los pacientes. Para ello, deben obtenerse indicadores clave de efectividad y coste, y compararlos con otros centros similares y con los mejores (benchmarking). En esta etapa se identifican los grupos de pacientes susceptibles de recibir una atención homogénea. Además, se evalúa la actitud del personal ante el cambio propuesto, los grupos que lo apoyan y las resistencias. Se debe tener en cuenta también la información existente sobre las opiniones y expectativas de los clientes.

Los objetivos marcados deben ser cuantificables. Otro aspecto clave es desarrollar un sistema de información que permita comunicar los resultados a toda la organización.

La implantación de los cambios debe ser transparente.

### **Segunda etapa. Rediseñar.**

- Se compone de los siguientes pasos:
- Visión global inicial del proceso que debe rediseñarse. Responde a la pregunta, ¿dónde podemos innovar?.
- Características clave del proceso, ¿cómo va a funcionar?. Análisis de diagramas de flujo, rendimiento, organización y recursos tecnológicos
- Medidas de actividad y rendimiento, ¿qué tal va a funcionar?. Medidas de

coste, calidad, tiempo y capacidad de respuesta.

- Factores críticos de éxito: ¿qué cosas tiene que funcionar necesariamente bien para que el cambio sea un éxito?. Evaluación de los aspectos humanos, tecnológicos y de resultados finales a largo plazo.
- Obstáculos potenciales al proceso de implantación del proceso rediseñado. ¿Por qué razones podrían funcionar mal las cosas?. Asignación de recursos, cambio de cultura de la organización, cambios técnicos.

Esta fase es llevada a cabo por un equipo que debe ser dotado adecuadamente de tiempos y recursos.

### **Tercera etapa. Realizar**

Para realizar las propuestas de mejora y cambios, hay que tener en cuenta que siempre existe resistencia al cambio, agravada por factores como una cultura de la organización muy asentada, falta de legitimidad, etc.

Por ello, se requiere un buen programa de comunicación, participación e implicación de los profesionales en el proceso, y una mezcla de generosidad y firmeza en la negociación.

En esta etapa se contemplan los siguientes aspectos:

- Desarrollo efectivo e implantación de las operaciones y tareas diarias propuestas.
- Auditoria de la calidad alcanzada.
- Medidas de actividad y rendimiento que deben ser evaluadas periódicamente.
- Indicadores de proceso, resultado, costes, satisfacción del cliente.
- Flexibilidad para introducir medidas de mejora continua.

## **3.7 LOS DIAGRAMAS DE PROCESOS**

Un diagrama de procesos facilita la concepción de la organización como un

sistema. Existen una serie de símbolos estándar que representan diversas acciones en el mapa.

Estos símbolos están normalizados por la American National Standards Institute (ANSI). En cuanto a las líneas, las continuas indican flujos físicos de información o materiales, las discontinuas a base de puntos, flujos temporales o informales, y las discontinuas a base de trazos, transferencias electrónicas de información.

### **El lenguaje IDEF 0**

La metodología IDEF (Integration Definition for Function Modeling) aporta una capacidad de representación gráfica de los procesos. Permite trabajar con un proceso de forma aislada.

Fue publicado en 1993 por el National Institute of Standards and Technology de EE.UU. Tiene sus orígenes en el método de modelado SADT (Structured Analysis and Design Technique) desarrollado por Ross utilizado en 1973 por la US Air Force.

Las funciones o procesos se representan por cajas, y las interrelaciones entre los objetos, por flechas. Las flechas que entran por el lado izquierdo son las entradas principales.

Las flechas que entran por la parte superior son los controles o condicionales, por ejemplo, especificaciones del producto, legislación, protocolos, etc. Las flechas que salen por el lado derecho, son las salidas, productos o servicios, que se entregan y que continúan otro proceso.

Por último, las flechas que entran por el lado inferior son los recursos que apoyan la ejecución del proceso: equipos y personas.

Por lo tanto, la metodología IDEF tiene en cuenta dos elementos, las guías y los recursos. Las guías son las normas de funcionamiento y los recursos, lo que se necesita para realizarlo.

## **La metodología IDEF diferencia tres niveles de un proceso;**

- Nivel 1 y 2. Procesos y subprocesos, nos dicen que se hace.
- Nivel 3. Instrucciones operativas, nos dice como se hace.

## **El mapa de procesos**

Una organización se interrelaciona externamente con clientes, personas, proveedores, accionistas y sociedad.

En función de a quién afecten, hemos visto que existen procesos clave, estratégicos y de soporte. Esta es la base de la clasificación de los procesos, que se van detallando en el mapa de procesos.

El nivel más alto de diseño corresponde a la concepción de la organización como una única caja IDEF0 (nivel A0).

Un proceso general puede descomponerse en una secuencia de procesos, y así sucesivamente hasta llegar a los procedimientos.

## **Rediseño del circuito preoperatorio del paciente en el Hospital**

Se eligió este proceso, identificado como clave, por:

- Guardar relación directa con las expectativas y satisfacción de los clientes
- Conllevar un importante consumo de recursos.
- Ser multifuncional (diversas personas y servicios).

Los pasos propuestos son:

- Designación del proceso base.
- Definición funcional del proceso base: Una forma clara y práctica de definir el proceso base es a través de las funciones que realiza.
- Límites del proceso base (inicial y final): Es fundamental marcar claramente donde empieza donde acaba un proceso, porque de lo contrario se hace

interminable, y nos metemos en otros procesos.

- Límites intermedios del proceso base: Muy importante no meternos donde no podemos actuar, ni es ámbito de nuestra competencia.
- Destinatarios del proceso base: Que son aquellas personas o servicios que recogen los flujos de salida del proceso, y quienes exigen que haya funcionado correctamente y que haya aportado valor a los flujos procesados.
- Expectativas de los destinatarios del proceso base: En relación al flujo de salida. Este aspecto es clave, ya que representa las creencias sobre cómo debe ser el producto o servicio que van a recibir, y en definitiva es lo que cada uno esperamos de los demás intervinientes en el proceso.
- Flujos de salida del proceso base, El flujo estaría constituido por la entrega de un producto (Placas Rx, E.C.G. etc. ... )
- Diagrama de flujo del proceso base o Flujograma: Permite representar gráficamente todas las actividades y funciones incluidas en la definición del proceso y como se relacionan entre ellas. El diagrama de flujo es muy útil para descubrir relaciones entre actividades que no son útiles y siguen funcionando por costumbre organizacional, es decir, porque siempre se ha hecho así. Una vez representado el flujograma, se procede a establecer las características de calidad del proceso base.

### **3.7.1 METODOLOGÍA PARA GESTIÓN POR PROCESOS**

Las fases que se han de cumplir para una correcta GP son las siguientes:

- Selección de los procesos,
- Definición de los procesos,
- Análisis de los procesos,
- Evaluación de los procesos,
- Mejora de los procesos,
- Sistematización de los procesos, y,
- Monitorización continua de los procesos.

A continuación se desarrollan estas fases.

### **Selección de los procesos**

Dado que en las organizaciones existen una gran cantidad de procesos, es necesario priorizar los más importantes, ya que, inicialmente, no se puede abordar simultáneamente la gestión de todos ellos. Algunos de los criterios que se pueden emplear son:

- Frecuencia elevada.
- Variabilidad conocida.
- Impacto importante en resultados.
- Impacto importante en costes.
- Posibilidades de mejora.

### **Definición del proceso**

Para definirlo se suele emplear la “ficha del proceso”. En ella responderemos a los puntos esenciales de un proceso:

Límites, entradas y salidas, referencias y normativas que le aplican (protocolos, legislación, etc.), recursos precisos para su realización, procedimientos que expliquen cómo realizar algunas de las partes del proceso, indicadores y estándares necesarios para medir su calidad.

### **Análisis del proceso**

Una vez seleccionado el proceso, definido éste y formado el grupo, es preciso conocer su funcionamiento, es decir, cómo se comporta el proceso en cada una de las dimensiones de calidad que se deben analizar. Los datos de interés son:

Calidad técnica:

⇒ Calidad científico-técnica (dimensión de proceso). Ver si los pasos del proceso se llevan a cabo según el conocimiento actual de la ciencia. Para ello se medirá el grado de cumplimiento de protocolos establecidos o se fijarán criterios y estándares

⇒ Efectividad clínica (dimensión de resultado). Beneficio de salud logrado tras el desarrollo del proceso. Es el resultado clínico que se obtiene después de las intervenciones sanitarias (tratamientos médicos, quirúrgicos, etc.).

Algunas medidas de la efectividad son: mortalidad, infección, reingreso, reintervención concordancia diagnóstica, mejoría de sintomatología y del estado funcional, etc.

### Satisfacción del paciente y calidad percibida

Suele medirse mediante cuestionarios aplicables para valorar por parte del paciente la calidad de la atención prestada. Asimismo, se han de valorar las reclamaciones.

### Tiempos o plazos

Es importante conocer los tiempos en las diversas fases: estancia pre y postoperatoria, estancia global, demora en pruebas e interconsultas, duración de tratamientos, tiempo quirúrgico, etc.

### Consumo de recursos

Pruebas complementarias, número de estancias, horas de quirófano, fármacos, pruebas diagnósticas, etc.

Otras dimensiones que se deben considerar:

⇒ Calidad de vida. Es una dimensión de enorme interés, que se mide con escalas, aplicándose, generalmente, antes y después del tratamiento. Es una medida de resultado y puede influir en nuestra decisión para modificar las pautas de actuación.

Para el control de todas estas dimensiones cuando se valora un grupo de enfermos, es de gran interés utilizar indicadores

### **Evaluación de los procesos**

Las fases de la evaluación y mejora de la calidad se basan en el esquema conocido como ciclo PDCA, ciclo de evaluación o ciclo de calidad.

A partir de la información disponible sobre el proceso, el grupo planifica su trabajo en una serie de fases:

- Detección de problemas.
- Priorización de problemas.
- Análisis de las causas que producen el/los problemas.
- Implantación de medidas correctoras.
- Sistematización del rediseño del proceso.
- Monitorización.

### **Metodología para la sistematización de procesos**

Las herramientas para la sistematización de los procesos asistenciales más utilizados en el hospital son los protocolos clínicos, las vías clínicas y los procedimientos normalizados.

#### Sistemática para la realización de protocolos:

En marzo de 2009 se aprobó una norma general para la homologación de protocolos clínicos.

En ella se establecen los requisitos mínimos para la aprobación de estas

herramientas por parte de la Dirección. Con referencia a los protocolos convencionales se exige que se describa el plan asistencial en nuestro hospital y que se definan los indicadores que servirán para la evaluación del cumplimiento e impacto del protocolo. El diseño de los protocolos es multidisciplinar.

#### Sistemática para el diseño de vías clínicas

Para la elaboración de vías clínicas (VC) se dispone de un manual práctico de apoyo. El hospital comenzó a trabajar en las VC en el año 1998. Desde ese año ha sido una de las líneas de calidad prioritarias.

#### Sistemática para el diseño de procesos seguros

Una línea que hemos introducido a finales de 2009 ha sido el diseño/rediseño de procesos desde la perspectiva de la seguridad clínica. Para ello estamos utilizando la metodología AMFE (análisis modal de fallos y efectos).

Consiste en detectar los fallos potenciales, las causas de éstos y los efectos sobre el paciente, realizando un análisis del riesgo mediante un índice de priorización. Con ello establecemos el grado de prioridad de los fallos, implantando medidas de mejora y midiendo la eficacia de dichas medidas.

#### Metodología ISO 9001:2000

Dentro de la implantación de sistemas de gestión de la calidad, la Norma ISO 9001:2000 ofrece un marco muy adecuado para la correcta GP.

En nuestro hospital estamos siguiendo la sistemática que marca dicha norma, estando involucrados en la actualidad un número considerable de servicios, tanto del área de gestión, como de servicios centrales y algunos del área clínica. En todos ellos se trabaja de manera coordinada entre los profesionales involucrados.

## Discusión

Para implantar la conocida GP (organización horizontal) en primer lugar es necesario establecer una selección estratégica de procesos para su gestión

Dada la gran cantidad de procesos de los centros sanitarios es indispensable realizar una clara priorización de los mismos.

Lógicamente existen unos procesos comunes de gran importancia que siempre deberían ser perfectamente gestionados (admisión de pacientes, acogida en planta, gestión de reclamaciones, gestión general de hospitalización, urgencias y consultas, etc.), pero además cada organización ha de considerar sus procesos prioritarios en función del número de pacientes afectados, áreas y posibilidades de mejora, coste, etc.

La GP ha de ser una clara prioridad de la dirección, ya que, si se desarrolla adecuadamente, es la base de la auténtica mejora continua de la calidad. Además, genera necesariamente una cultura de evaluación, normalización y mejora continua, repercutiendo en el trabajo en equipo y en la coordinación entre los profesionales y las unidades.

Es preciso que cada proceso tenga sus objetivos medibles a través de indicadores y estándares y que siempre se trabajen en equipo. El papel de la dirección no sólo ha de centrarse en lanzar la idea, sino que es necesario el apoyo real y continuado, así como facilitar la necesaria coordinación entre las unidades y el seguimiento. La perseverancia es un factor limitante para el mantenimiento de esta dinámica de trabajo.

Los profesionales, por su parte, deben acostumbrarse a trabajar con esta metodología.

Desgraciadamente, no se nos ha formado en estos temas, pero no existe otra manera más adecuada de poder satisfacer las necesidades y expectativas de los agentes involucrados: pacientes, gestores y los propios profesionales

Para ello es preciso, en primer lugar, una adecuada formación, apoyo metodológico y disponer de la información necesaria para poder medir los indicadores.

Aún debemos evolucionar mucho, aunque hay centros que claramente han apostado por la GP, cosechando beneficios indudables y alcanzando cotas relevantes en resultados, como es el caso del Hospital.

Algunos de los puntos que ya se están desarrollando son: Integración de procesos entre AP y AE, la mayor coordinación entre los profesionales y estamentos, una mayor consideración de las necesidades y expectativas de los clientes, un mejor empleo del conocimiento científico a la hora de diseñar los procesos y un soporte informático cada vez más completo.

Asimismo, los sistemas de gestión de calidad, entre los que tenemos el modelo de excelencia EFQM, la norma ISO 9001: 2000 (y otras más específicas), los sistemas de acreditación (modelo Joint Commission on Accreditation of Health care Organizations y los establecidos por las diferentes Comunidades Autónomas), incorporan la GP como elemento clave para el desarrollo de las organizaciones.

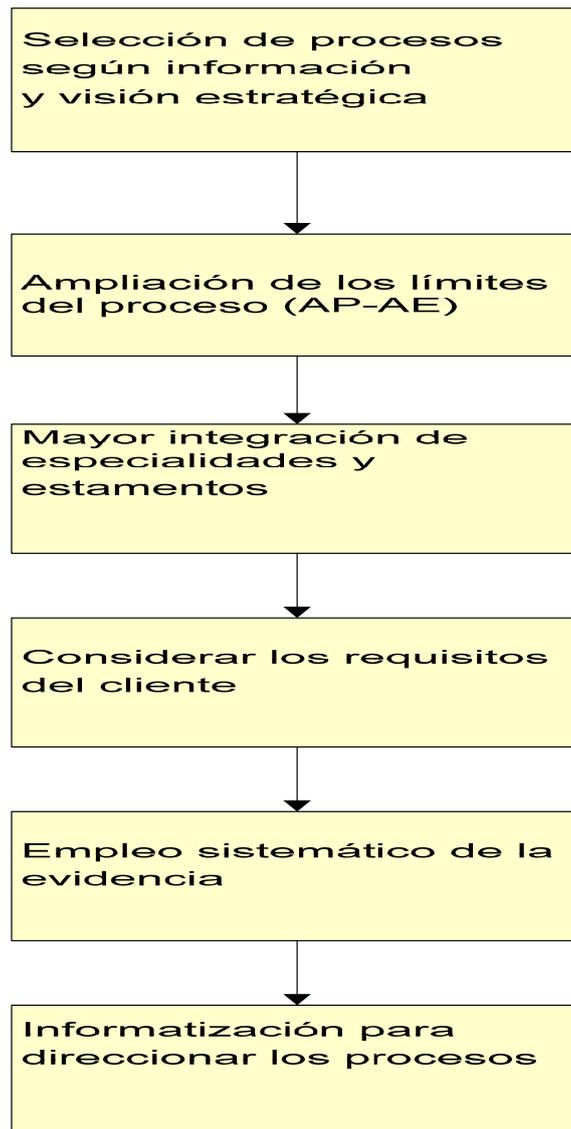


Tabla 22 Posibles tendencias en la gestión de procesos Fuente: Ing. Diego Gonzales

### **3.8 HERRAMIENTAS DE ANÁLISIS DE LOS PROCESOS**

#### **ANÁLISIS y MEJORA**

- Herramientas de Análisis
- Recolección de Datos y Mejoramiento.

### 3.8.1 CONTROL ESTADÍSTICO DE LOS PROCESOS

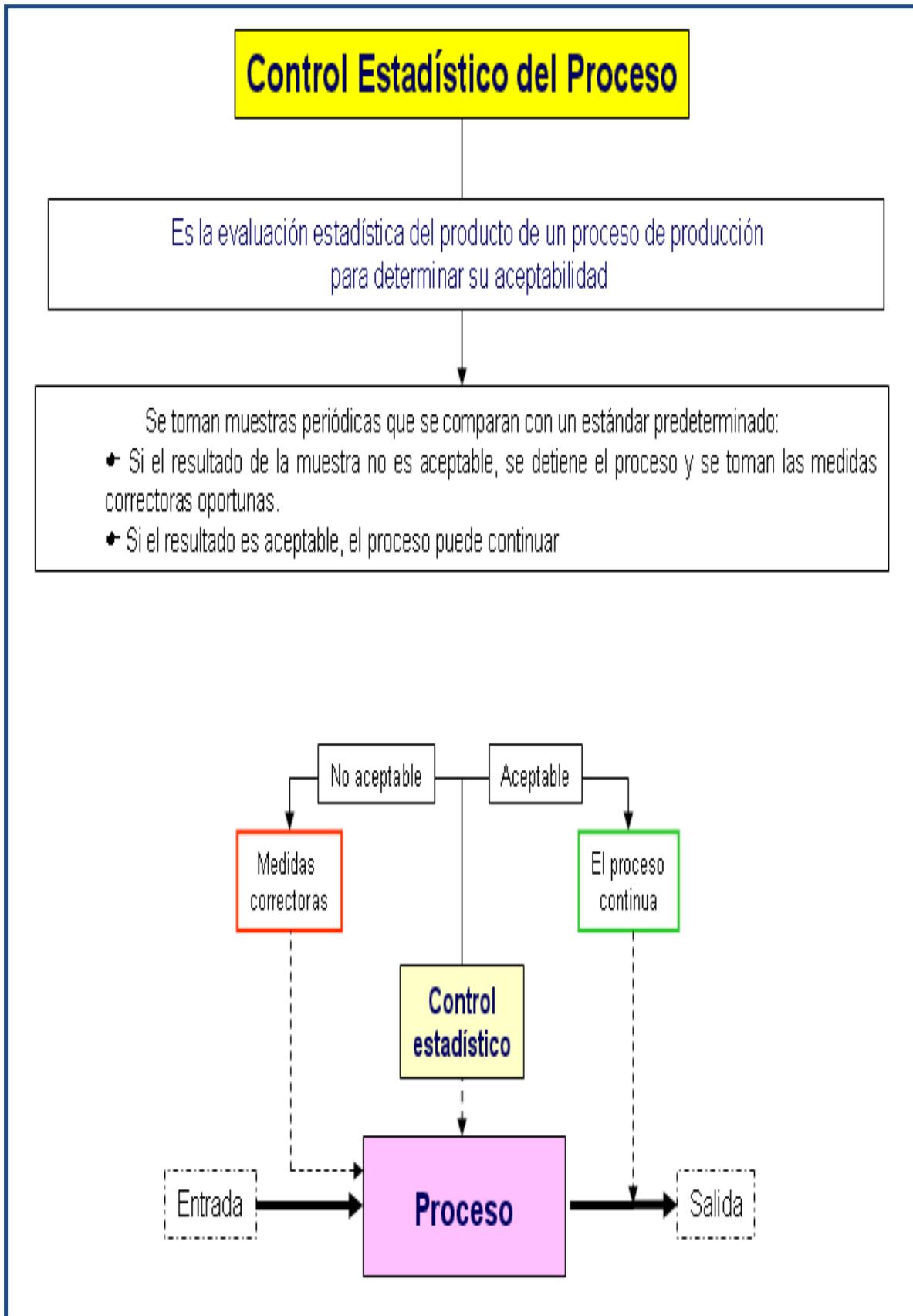


Gráfico 32 Control estadístico del Proceso Fuente: Fuente: Ing. Diego Gonzales

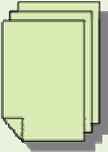
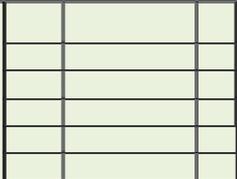
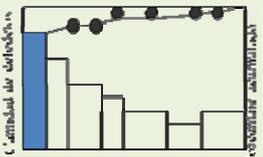
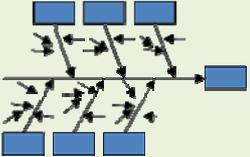
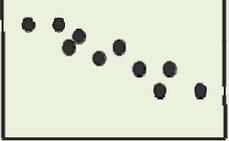
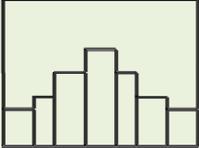
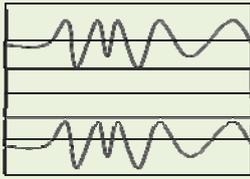
| Herramienta  | Forma   | Qué es  | Para qué sirve  |
|--|---|---|---|
| 1. Estratificación   |    | Método que agrupa de diferentes maneras los mismos datos.                         | Para posibilitar una mejor evaluación de la situación, identificando el principal problema. |
| 2. Hoja de verificación  |    | Planilla para la recolección de datos (Check List)                                | Para facilitar la recolección de datos concernientes a un determinado problema.             |
| 3. Gráfico de Pareto <sup>4</sup>  |    | Diagrama de barras que ordena los casos de mayor a menor.                         | Para jerarquizar el ataque a los problemas.   |
| 4. Diagrama de Causa y Efecto  |  | Diagrama que expresa, de modo simple y fácil, la series de causas de un efecto    | Para investigar, de forma sinérgica, las causas de un problema                              |
| 5. Diagrama de correlación   |  | Gráfico cartesiano que representa la relación entre variables.                    | Para verificar la existencia o no de relación entre variables.                              |
| 6. <u>Histograma</u>   |  | Diagrama de barras que representa la distribución de frecuencias de una población | Para verificar el comportamiento de un proceso con relación a la especificación             |
| 7. <u>Gráfico de Control*</u><br><br>Análisis de la Capacidad de Proceso |  | Gráfico con límites de control que permiten el monitoreo de los procesos          | Para identificar la aparición de causas especiales en los procesos                          |

Gráfico 33 Herramientas del Control Estadístico Fuente: Ing. Diego Gonzales

¿Por dónde inicio?

## HOJA DE VERIFICACIÓN

| HOJA DE VERIFICACIÓN  |   |
|---|---|
| <b>PASO 1. EL PROBLEMA REAL</b><br>(Qué sucede ? En cuánto ?Cuál es su origen? En dónde? Cuándo ? Quiénes?) | <b>PASO3 ANÁLISIS DE CAUSAS</b><br>Herramientas y documentos a utilizar   |
| Respuestas:   | <p>El diagrama de Pareto muestra la distribución de causas de fallas. El diagrama de causa-efecto muestra la relación entre causas y el efecto principal.</p> |
| No conformidad: <input type="checkbox"/> Observación: <input type="checkbox"/>                              |   |
| Requisito.:   |   |
| <b>PASO 2. Síntomas – Situación Actual</b><br>Hechos y datos de soporte                                     | <b>Causa Raíz / Vital / Comprobada:</b>   |

Gráfico 34 Hoja de Verificación 1 Fuente: Ing. Diego Gonzales

| HOJA DE VERIFICACIÓN         |                     |            |                        |
|------------------------------|---------------------|------------|------------------------|
| REPORTE DE TRES GENERACIONES |                     |            | SECTOR                 |
| ITEM DE CONTROL:             |                     |            | RESPONSABLE            |
| PROBLEMA:                    |                     |            | FECHA                  |
| ACCIONES PLANEADAS           | ACCIONES EJECUTADAS | RESULTADOS | PROPUESTAS DE SOLUCIÓN |
| 1.....                       | 1.....              |            | 1.....                 |
| 2.....                       | 2.....              |            | 2.....                 |
| 3.....                       | 3.....              |            | 3.....                 |
| 4.....                       | 4.....              |            |                        |
| 5.....                       | 5.....              |            |                        |
| 6.....                       | 6.....              |            |                        |
| <b>PASADO</b>                | <b>PRESENTE</b>     |            | <b>FUTURO</b>          |

Gráfico 35 Hoja de Verificación 2 Fuente: Ing. Diego Gonzales

### Capacidad del Proceso.

- ⇒ Representa el desempeño de un proceso en estado de control estadístico.
- ⇒ Está determinado por la variación total que existe debido a todas las causas comunes en el sistema.

- ⇒ Recuerde “las causas comunes son propias al sistema y siempre existen”.
- ⇒ Así que, la capacidad del proceso puede ser vista como las variaciones de las características de calidad del producto que quedan después que todas las causas especiales han sido eliminadas.
- ⇒ Permite a usted determinar la habilidad del producto para alcanzar las expectativas del cliente.

### 3.9 ANÁLISIS DE LA CAPACIDAD DEL PROCESO.

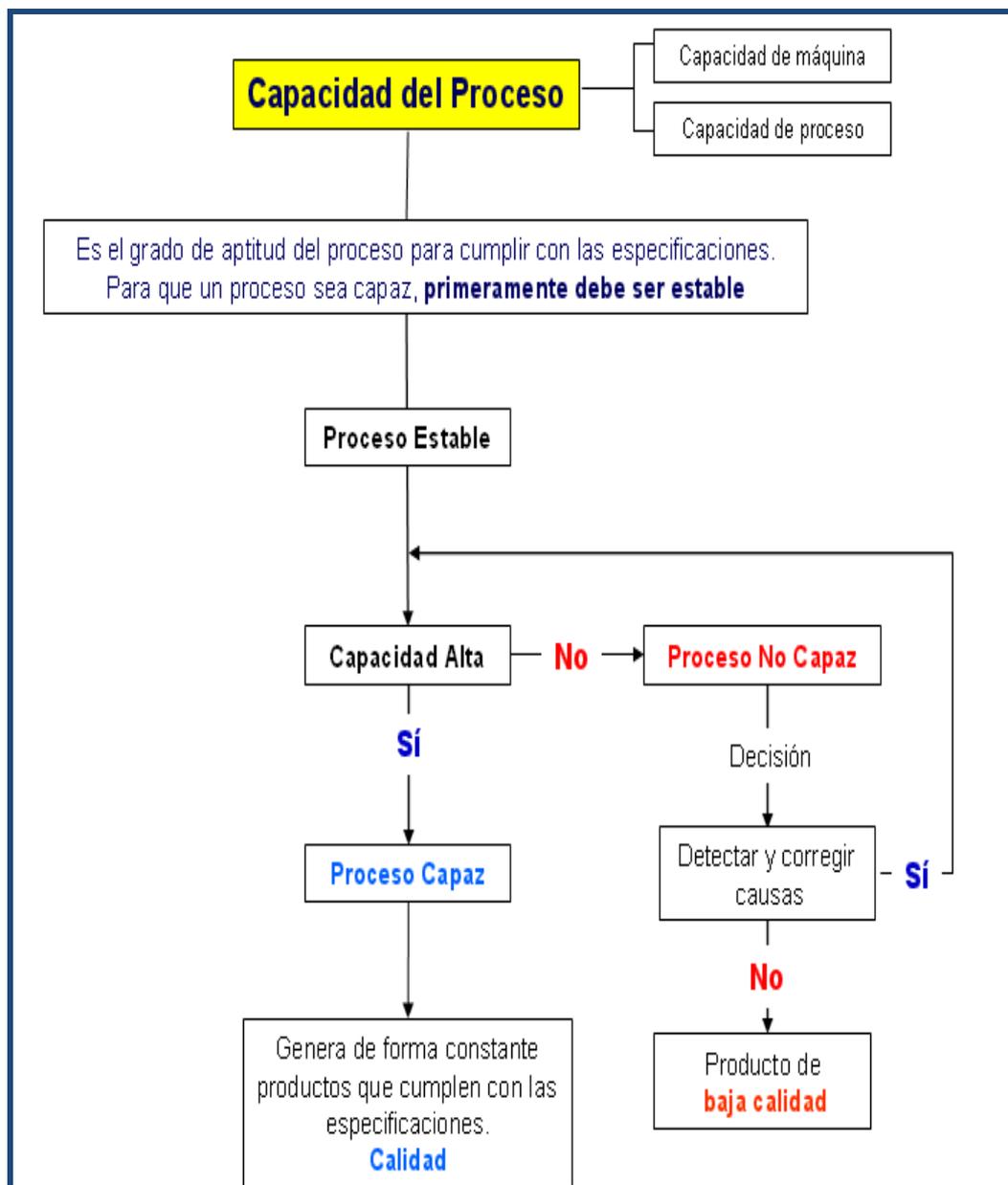


Gráfico 36 Análisis de la Capacidad del Proceso Fuente: Ing. Diego Gonzales

**Entonces el Desempeño del Proceso y/o Producto es Predecible!!**

- ⇒ Se dice que el proceso está fuera de control o inestable cuando las variaciones son originadas por causas especiales y por lo tanto su comportamiento es totalmente impredecible.
- ⇒ El proceso está bajo control cuando las variaciones son originadas por causas comunes o inherentes al proceso, si es así, es posible aplicar técnicas estadísticas para estudiar su comportamiento e inclusive hacer predicciones por medio de inferencia estadística.
- ⇒ Cabe aclarar que en este contexto, el término “control” se refiere a que el proceso es consistente en su comportamiento, no necesariamente que el producto o servicio cumple con lo especificado, puede ser consistentemente incumplido, en el sentido de lo que se obtiene de él está fuera de las especificaciones.
- ⇒ Proceso dentro de Control, porque los valores se encuentran dentro del Límite de Control Superior (LCS) y el Límite de Control Inferior (LCI); sin embargo, se tienen valores que se encuentran fuera del Límite Superior Especificado (LEs) y del Límite Inferior Especificado (LEi).

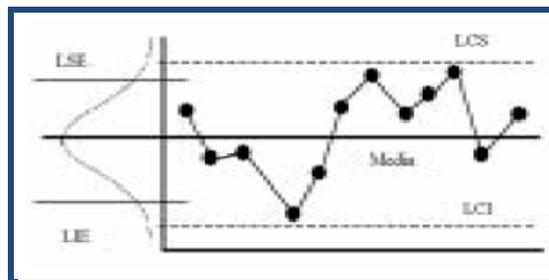


Gráfico 37 Proceso de control Fuente: [www.proceso.com](http://www.proceso.com)

- ⇒ Al tomar características o valores de un proceso, se asume que el comportamiento corresponde a una distribución normal.

$$f(x) = \frac{1}{\sqrt{2\pi\sigma}} e^{-\left(\frac{(x - \mu)^2}{2\sigma^2}\right)}$$

Gráfico 38 Ecuación de la capacidad del proceso Fuente: [www.proceso.com](http://www.proceso.com)

⇒ Distribución Normal: La curva que muestra simetría dual respecto a la media.

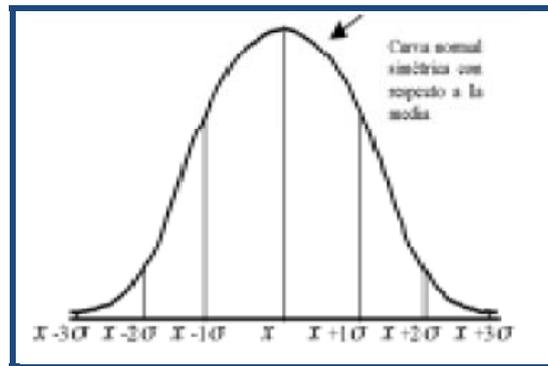


Gráfico 39 Distribución normal en un proceso Fuente: [www.proceso.com](http://www.proceso.com)

### ¿QUÉ NECESITO SABER ANTES?

- ⇒ Media del proceso
- ⇒ Desviación estándar de la característica de calidad
- ⇒ Forma de la distribución de frecuencias de la característica de calidad.
- ⇒ Los límites de especificación y tolerancia deben ser conocidas.

### Límites de Tolerancia Natural / Límites de Control

- ⇒ También conocidos como LIMITES DE CAPACIDAD DEL PROCESO.
- ⇒ Representan las variaciones propias de una característica de calidad de unidades individuales producidas por un proceso en control.
- ⇒ Son medidas de una gran cantidad de productos o una muestra representativa.

$$LCS = \mu + 3\sigma$$

$$LCI = \mu - 3\sigma$$

$\mu$  = **Media del proceso**

$\sigma$  = **Desviación estándar de los ítems individuales.**

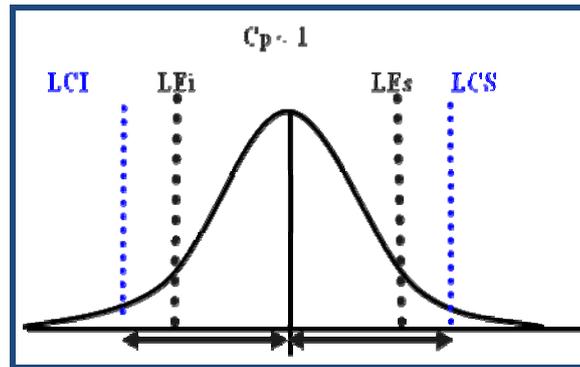
Capacidad Simple o Potencial del Proceso

$$C_p = \frac{LEs - LEi}{6\sigma}$$

$LEs$  = Límite de Especificación Superior. Definido por usuario (LSE)

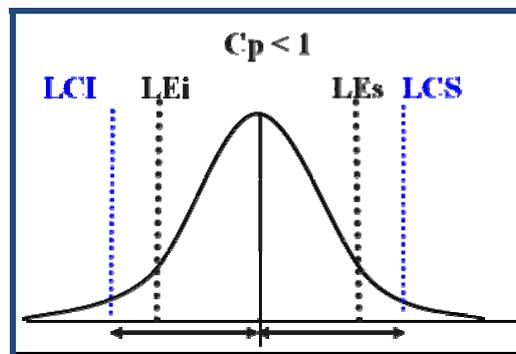
$LEi$  = Límite de Especificación Inferior. Definido por usuario. (LIE)

$\sigma$  = Desviación Estándar del proceso  $\sigma = \sqrt{\frac{\sum (X_i - \bar{X})^2}{n - 1}}$



$LEs$  = Límite de Especificación Superior. Definido por usuario (LSE)

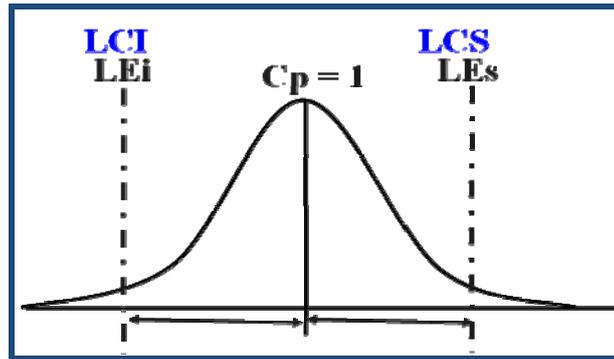
Proceso “NO CAPAZ”



**ALERTA!!!**

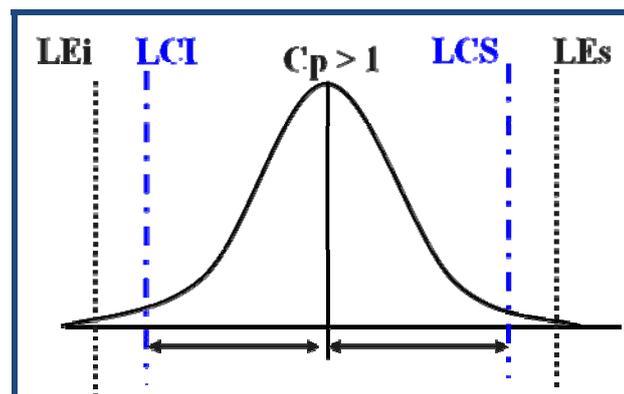
La variación del proceso de acuerdo a los límites de tolerancia natural excede la especificación, por lo tanto se está creando defectos.

Mantener Acciones de Control.



Los límites de tolerancia natural coinciden con la especificación. El proceso arrojaría potencialmente un 0.3 % de defectos.

**Proceso Capaz: Cumple con los requisitos!!**



Los límites de tolerancia natural están dentro de las especificaciones, si la distribución permanece centrada virtualmente no se producirían ítems no conformes.

Los valores de  $C_{pk}$ , son ampliamente utilizados como indicadores de la calidad de un proceso o producto. El valor de  $C_{pk} = 1.33$  se ha establecido como un parámetro deseado porque la obtención de este valor en un proceso o producto significa que por cada 10000 mediciones 3 de ellas existe la probabilidad estadística que se encuentre fuera de los límites de especificación.

### 3.10 DECISIONES GERENCIALES DEL PROCESO

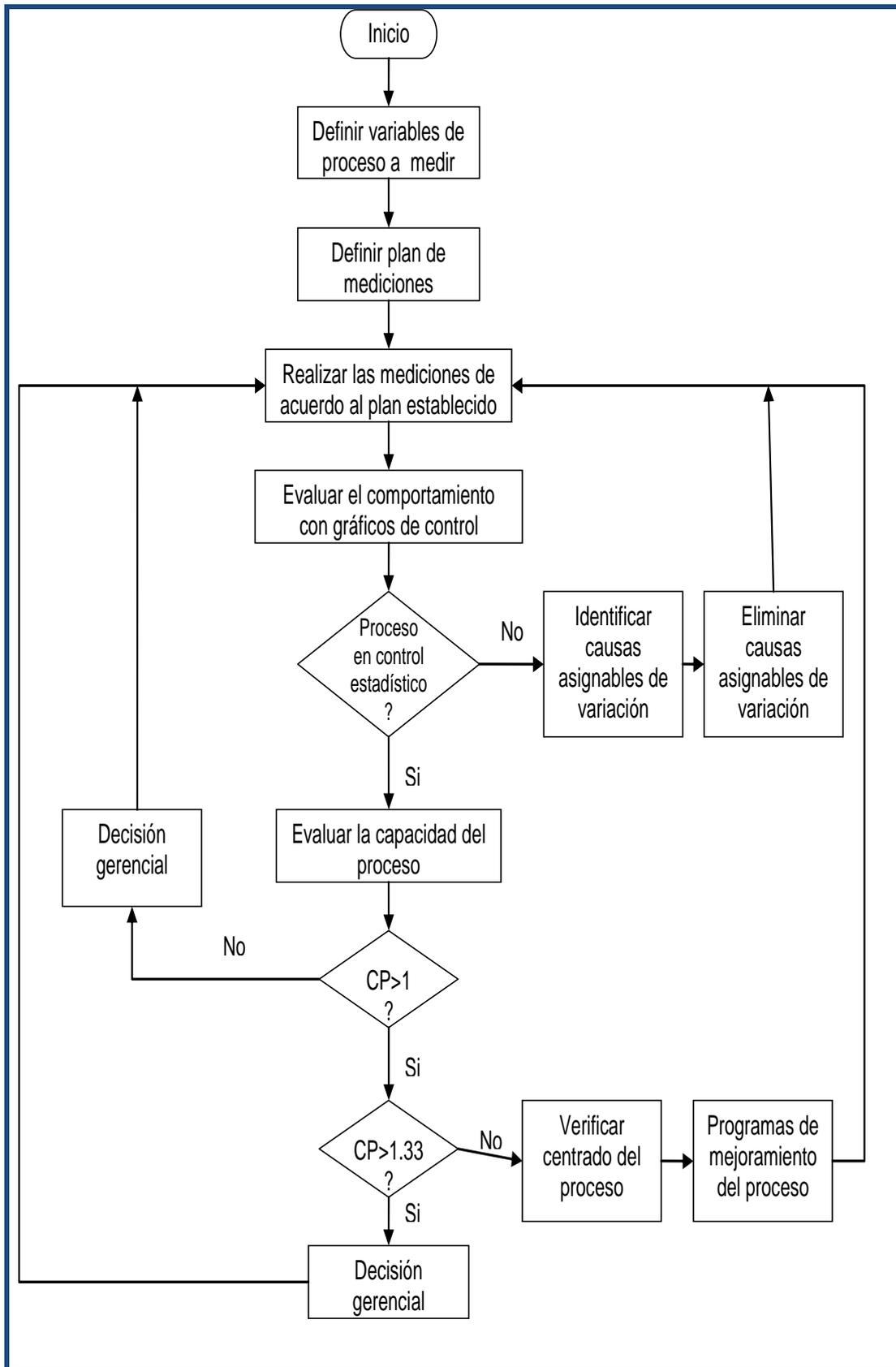


Gráfico 40 Flujo de la Decisión Gerencial Fuente: Ing. Diego Gonzales

## **DESICIONES GERENCIALES:**

### **Análisis Gerencial:**

- ⇒ Los dos primeros pasos deben ser definidos con el concurso de la persona o cargo que demarque los objetivos de calidad de la compañía. Básicamente se refiere al “que” medir y seguramente va ligado al “porque medir”.
- ⇒ El tercer paso, permite conocer en detalle el proceso y seguramente lo habilitara para la toma de mejores decisiones en el futuro. En este paso se debe implementar todo lo desarrollado en la sección de gráficos de control por variable y gráficos de control por atributos.
- ⇒ Siguiendo el esquema una vez obtenidos los gráficos de control debe evaluarse si el proceso está o no en control estadístico, revisar tendencias, límites, etc., en síntesis verificar que el proceso está estable y predecible. Si se descubre que el proceso presenta causas asignables de variación estas deben ser eliminadas y posteriormente repetirse el estudio, hasta encontrar el proceso en estado de control estadístico.
- ⇒ El que el proceso se encuentre “bajo control estadístico” no significa que cumpla con las especificaciones para cual fue diseñado. (Se verifica a través del cálculo del índice de capacidad del proceso.)
- ⇒ Si el proceso estando en estado de control estadístico presenta un Cpk inferior a 1, significa que la decisión debe ser tomada al nivel de la alta gerencia porque las causas de este comportamiento pueden estar en algunas de estas alternativas:
  - Especificaciones mal establecidas.
  - El procedimiento de operación no es adecuado para obtención de los requerimientos exigidos.
  - La tecnología utilizada no es adecuada para el efecto esperado.
  - Son decisiones que involucran reorientación de procesos, inversiones económicas fuertes o el acuerdo con los clientes de modificación de las especificaciones.

- ⇒ Si la capacidad del proceso se presenta entre los valores 1 y 1.33, significa que la dispersión del proceso puede ser igual a la dispersión esperada (especificación), pero puede haber puntos por fuera de los límites de control. Si este es el caso, se debe verificar el centramiento del proceso, recalcular los límites de control, continuar el control a través de los gráficos y proponer mejoras en el proceso para lograr mejores metas de calidad y aumento de la productividad.
- ⇒ Si por fortuna nuestro proceso posee un Cpk igual o mayor de 1.33, debemos tomar otro tipo de decisiones a nivel gerencial, por ejemplo: aumentar la tasa de producción, vender un “plus” de calidad, vender la optimización de un método de instalación o de operación, trasladar la operación de manufactura a otras máquinas y permitir que la primera se dedique a procesos más delicados o especializados, etc.

### 3.11 SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD



Gráfico 41 Sistema Integrado de Gestión de Calidad [www.Miempresa.com](http://www.Miempresa.com)

#### Definición del Problema.

Atención deficiente en el Servicio de Emergencia del Hospital Quito No.1.

#### Como se manifiesta.

⇒ Aglomeración de usuarios en el Servicio de Emergencia

- ⇒ Malestar del personal médico del Servicio de Emergencia, cuando en los otros servicios no se da prioridad a las urgencias médicas (Rx y laboratorio).
- ⇒ Inconformidad con la atención médica.
- ⇒ Desesperación y angustia por parte de los familiares que acompañan a la persona que será atendida en el Servicio de Emergencia.
- ⇒ Disgusto del personal médico cuando el usuario no trae la tarjeta de identificación para ser atendido, señalando además que actualmente no se puede verificar datos.
- ⇒ Desmotivación de los emergenciólogos por el exceso de carga horaria.

### **Problemas Asociados.**

- ⇒ Mala imagen del Servicio de Emergencia.
- ⇒ Deficiente Gestión Administrativa por parte de las autoridades.
- ⇒ Molestias y quejas permanentes por parte de los usuarios.
- ⇒ Cumplen la función de emergenciólogos, médicos de terapia intensiva.
- ⇒ En el hospital las historias clínicas son registradas de forma manual.
- ⇒ Durante los últimos cuatro años han ingresado a la institución policial, 16.000 policías, actualmente existen 84.000 historias clínicas.
- ⇒ Cada médico emergenciólogo labora 28 horas extras al mes.
- ⇒ No existe correcta verificación de datos.
- ⇒ Existe congestión debido a que en esos servicios se atienden además a la consulta externa y hospitalización.

### **Efectos que Produce.**

#### **Efectos Presentes**

- ⇒ Insatisfacción de médicos y pacientes.
- ⇒ Congestión.
- ⇒ Los pacientes no son atendidos oportunamente.
- ⇒ Frustración y disgusto del paciente.
- ⇒ Quejas permanentes por parte de los pacientes.
- ⇒ Desprestigio del Servicio de Emergencia.

### **Efecto Potencial.**

⇒ Fallecimiento del paciente.

### **Acciones Correctivas Inmediatas.**

El señor Director del Hospital Quito No.1, debe disponer lo siguiente:

- ⇒ Que el archivo de las Historias Clínicas funciones las 24 horas del día los 365 días del año a fin de que estas estén al alcance del Servicio de Emergencia.
- ⇒ Al señor Jefe del Departamento Informático instale una computadora con la base de datos actuales a fin de verificar que las personas que hacen uso del Servicio de Emergencia estén amparadas por el Seguro de Enfermedad y Maternidad ISSPOL.
- ⇒ Al Jefe del Servicio de Emergencia señalar que la atención que brinde el personal médico del Servicio de Emergencia, sea de calidad demostrando un trato personalizado y sobre todo humanizado.
- ⇒ A los señores Jefes de los Servicios de Laboratorio y de Rx, que se de prioridad a los pacientes del servicio de emergencia en la atención.
- ⇒ A las diferentes Unidades Policiales, comunicar que únicamente se atenderá en el Servicio de Emergencia casos de urgencia médica, evitando así la congestión en este servicio.
- ⇒ A las Unidades Policiales, que comunicar que para la atención en el Servicio de Emergencia deberán portar su tarjeta de identificación.

### **Definición de la Raíz Problema.**

- ⇒ Falta de emergenciólogos; solo existen dos; actualmente cubren este déficit médico de Terapia Intensiva.
- ⇒ La atención en emergencia se ha triplicado durante los últimos cuatro años, debido al ingreso de 16.000 nuevos policías., lo que ha ocasionado que actualmente existen 84.556 Historias Clínicas.
- ⇒ Exceso de carga horaria para los médicos emergenciólogos, laboran 28 horas extras al mes.
- ⇒ Los pacientes no traen la tarjeta de identificación para ser atendidos, por lo que no se puede realizar una correcta verificación de datos.

⇒ En el servicio de Rx y laboratorio no se da prioridad al servicio de emergencia, se atiende además a consulta externa y hospitalización.

### **Solución del Problema – Implementación del Plan Acción.**

⇒ Contratar dos médicos emergenciólogos a fin de cubrir las vacantes existentes y de esta manera se regule el horario de los médicos emergenciólogos, que según las reglas internacionales no deben laborar más de 80 horas mensuales.

⇒ Es bien sabido que el Hospital Quito No. 1, tiene un objeto social definido, lo cual significa que existe para cumplir una o varias funciones. En el desarrollo de su misión debe ejecutar diversos procesos cuyos resultados determinan el éxito o fracaso en sus más importantes objetivos. Es por tanto de primera importancia que el Hospital tenga claro los procesos vitales claves, a fin de que pueda cumplir a cabalidad sus objetivos. Los procesos vitales se reflejan en la estructura organizacional, asignando a las áreas responsables la jerarquía y funciones que corresponden. La gestión de procesos responde a los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad e imparcialidad que el Hospital debe tener como normas administrativas. Dentro de esto juegan un papel importante la racionalización de los trámites, con el fin de mejorar la eficiencia y la eficacia, al simplificar los procesos y operaciones, concentrando los esfuerzos en los aspectos más relevantes; por lo tanto su categorización va de la mano con la importancia del proceso en cada una de las áreas del Hospital Quito No. 1.

# CAPITULO 4

## ORGANIZACIÓN PROPUESTA



*“Cuando comencé soñé y hoy que termino vuelvo a soñar”*

# CAPITULO IV

## ORGANIZACIÓN PROPUESTA

### 4.1 MAPA DE PROCESOS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

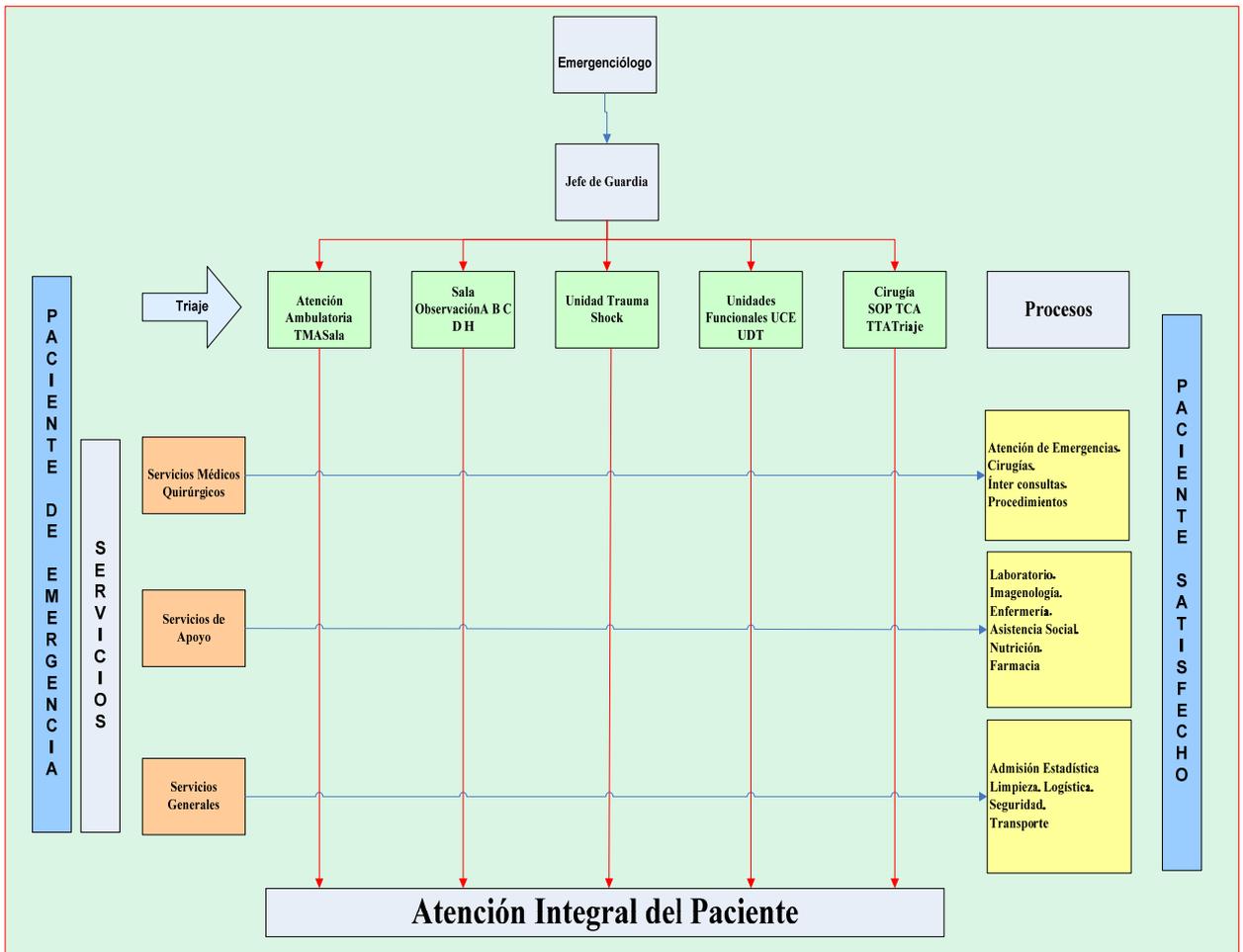


Gráfico 42 MAPA DE PROCESOS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL QUITO No. 1

El presente Mapa de Procesos es una herramienta necesaria para el aseguramiento de la calidad en los servicios que se ofrece, contiene la descripción narrativa y la representación gráfica de los procesos y procedimientos médicos del Servicio de Emergencia. Facilitando la identificación de los elementos básicos de los procesos, especificando los procedimientos que lo integran, los insumos, los clientes o usuarios del servicio, los responsables del proceso, la normatividad y políticas que rigen cada proceso, así como los indicadores de éxito que determina si el resultado de la dependencia está o no cumpliendo con los estándares de calidad

especificados. Además se elabora con la finalidad de estructurar los procedimientos, pudiendo simplificar los mismos en un futuro, de acuerdo a las técnicas administrativas establecidas.

## 4.2 MANUAL DE PROCESOS HOSPITALARIOS PROPUESTO

El Manual de Procesos para el Servicio de Urgencias Médicas en su calidad de instrumento administrativo, tiene los siguientes objetivos:

- ⇒ Describir los procesos sustantivos del Servicio de Emergencia especificando los procedimientos que lo conforman.
- ⇒ Extraer en forma ordenada, secuencial y detallada las operaciones que se desarrollan en los procesos y los diferentes procedimientos que lo integran.
- ⇒ Delimitar las responsabilidades operativas para la ejecución, control y evaluación del proceso.
- ⇒ Definir los estándares de calidad de los procesos de trabajo.
- ⇒ Establecer las políticas y lineamientos generales que deberán observarse en el desarrollo de los procesos.
- ⇒ Apoyar en la inducción, adiestramiento y capacitación del personal responsable de los procesos.

La organización y planificación de este Manual de Gestión en Procesos para Urgencias Médicas responde, por tanto, al logro de las aspiraciones en salud que distinguen a la sociedad contemporánea y están relacionadas con la posibilidad real de optimizar la calidad y cantidad de vida de la población civil y policial, basado en estrategias abarcadoras y desarrolladoras

Se trata de una guía que tiene como objeto establecer **los principios y las directrices** que permitan al Servicio de Emergencia del Hospital Quito No.1 adoptar de manera efectiva un **enfoque basado en procesos para la gestión de sus actividades y recursos, recalcando que el responsable de todo el proceso es el médico emergenciólogos.**

# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: LLEGADA DEL PACIENTE

### Objetivos clave:

1. Identificar el estado crítico del paciente
2. Realizar el triage
3. Mantener la estabilidad hemodinámica.
4. Realizar el traslado adecuado de acuerdo al nivel crítico.

### CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

(Todos los pasos deben realizarse en forma simultánea, estandarizada y ordenada)

#### 1. Revisión primaria:

- A, B, C, D, E.
- Oxigenoterapia (100%)
- Broncodilatadores y corticoterapia (metilprednisolona 80-120mg en bolo, salbutamol inhalado 50 mg en 3ml)
- Vía periférica y monitorización

#### 2. Revisión secundaria:

- Comunicar a la casa asistencial de la llegada del paciente
- Examen minucioso de cabeza a pies
- Historia Clínica Prehospitalaria (Anexo 002)
- Traslado a Hospital (Nivel II-III)

#### 3. PRECAUCIONES GENERALES:

- Manejo avanzado de la vía aérea de ser necesario
- Mantener una adecuada saturación de oxígeno (sobre 90%)

#### 4. LIMITES DEL PROCESO

INICIO: INGRESO DEL PACIENTE A EMERGENCIA

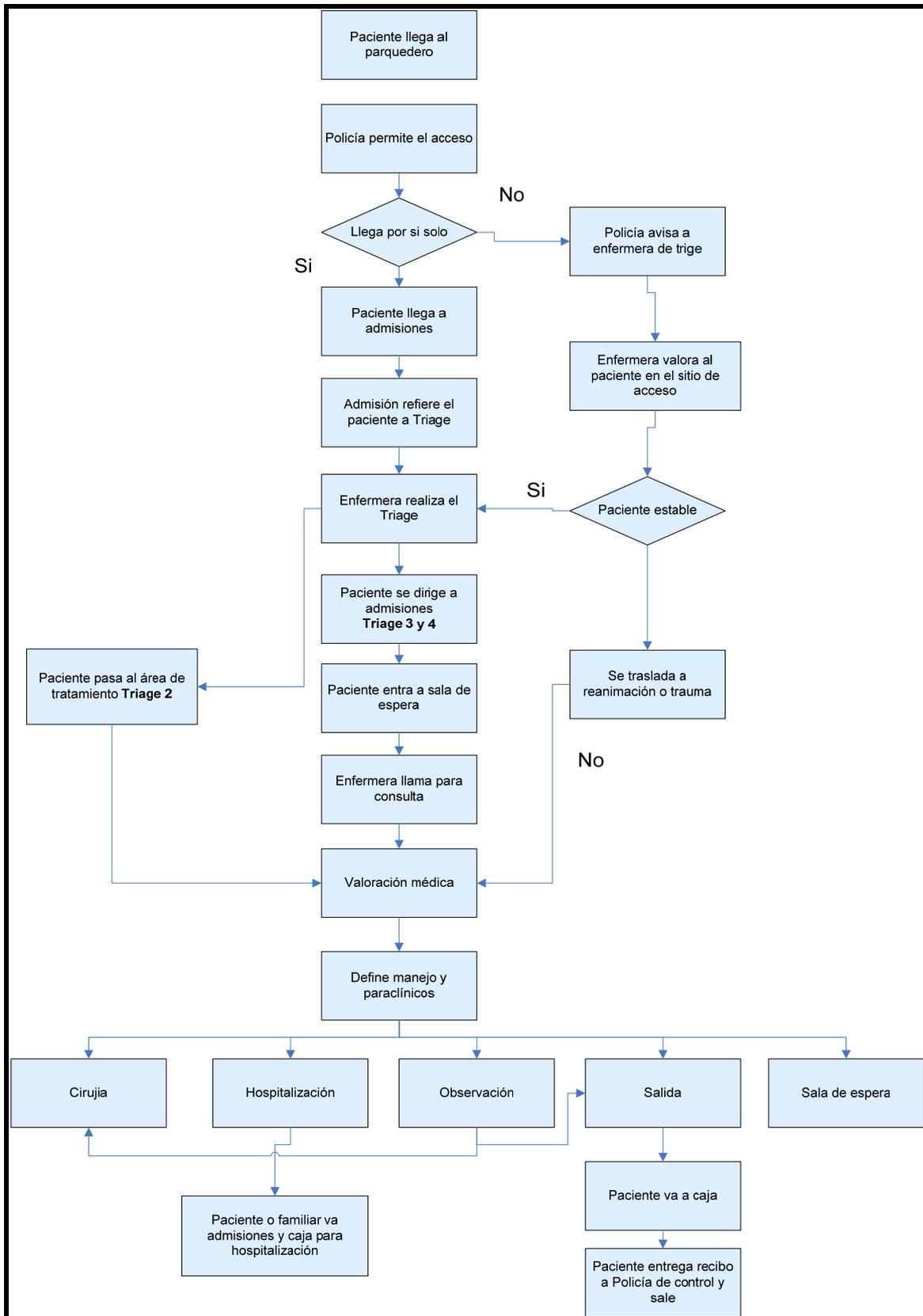
FIN: Estabilidad del Paciente y salida.

#### 5. INDICADORES DE GESTIÓN

- ⇒ Eficiencia
- ⇒ Satisfacción
- ⇒ Calidad

# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: LLEGADA DEL PACIENTE



# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: TRIAGE

### Objetivos clave:

1. Rescatar y evacuar pacientes en forma eficiente en el lugar de la escena (triage primario).
2. Organizar puesto médico de avanzada con reanimación, estabilización y evacuación adecuada. (triage secundario)
3. Entregar en forma apropiada los pacientes en las emergencias hospitalarias (triage terciario)

### CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

- Activar la cadena de supervivencia
- Triage primario (clasificación, rescate y evacuación).
- Triage secundario (clasificación, reanimación, estabilización y preparación de evacuación).
- Triage terciario (entrega, recepción y clasificación)

#### • **Revisión secundaria:**

- Evaluación periódica

#### • **PRECAUCIONES GENERALES:**

- Realizar una decisión adecuada en la clasificación de víctimas (Personal más experimentado).
- Mantener las funciones específicas de acuerdo a su especialidad.
- Respetar la cadena de mando.
- Manejar una permanente y adecuada comunicación

### 4. LIMITES DEL PROCESO

**INICIO:** INGRESO DEL PACIENTE

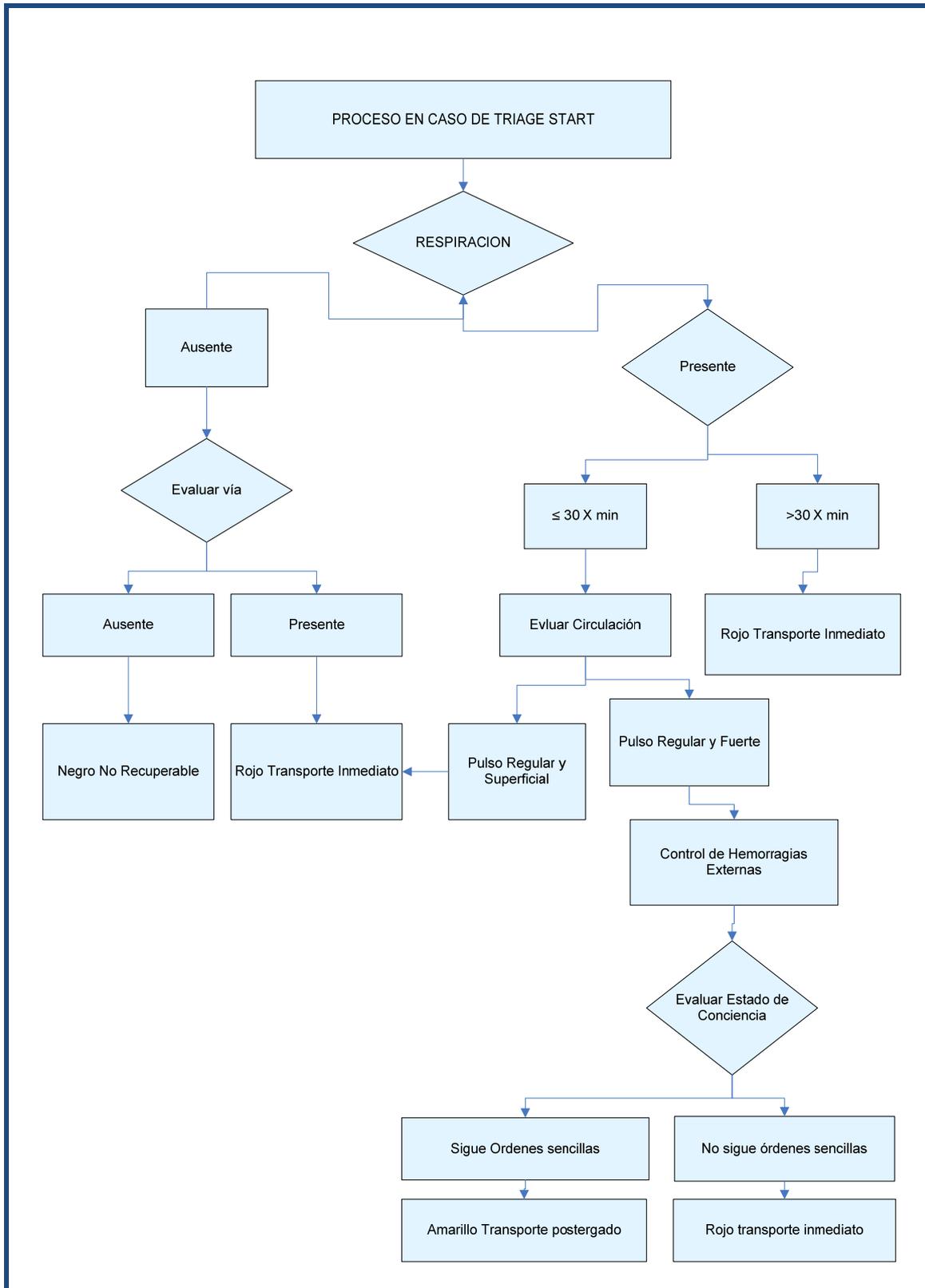
**FIN:** Estabilidad del Paciente

### 5. INDICADORES DE GESTIÓN

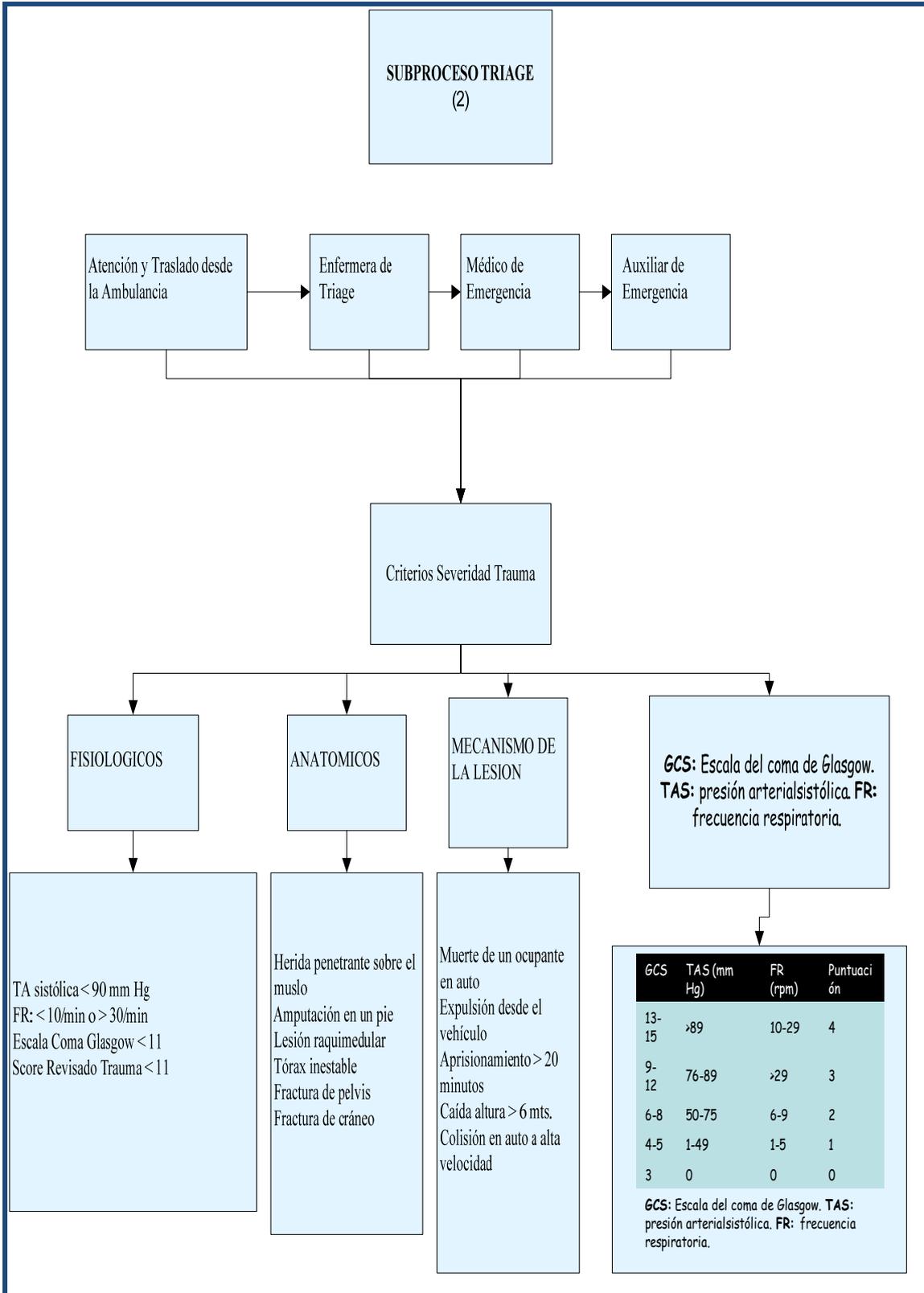
- ⇒ Eficiencia
- ⇒ Satisfacción
- ⇒ Calidad

# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

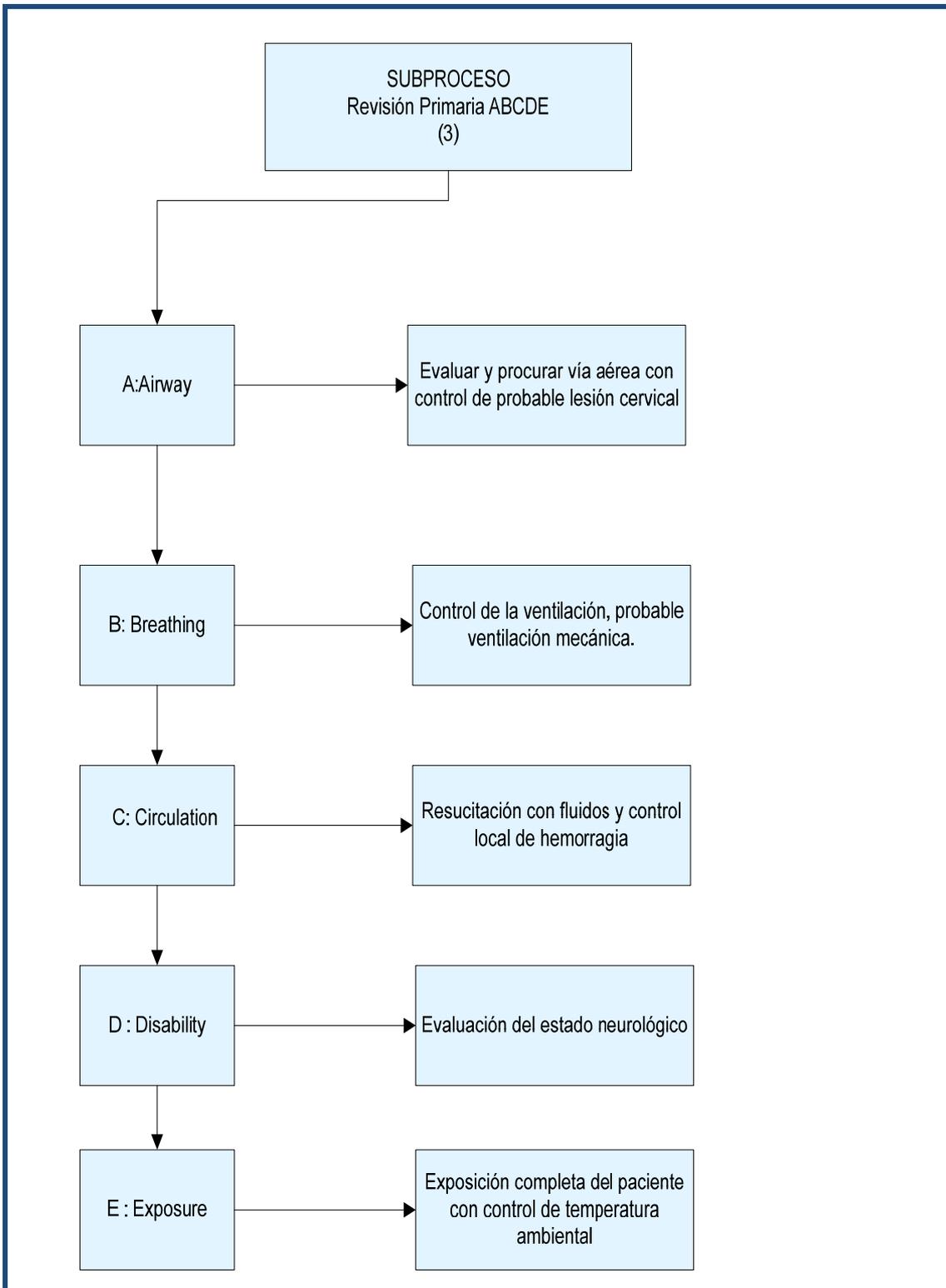
## NOMBRE DEL PROCESO: TRIAGE



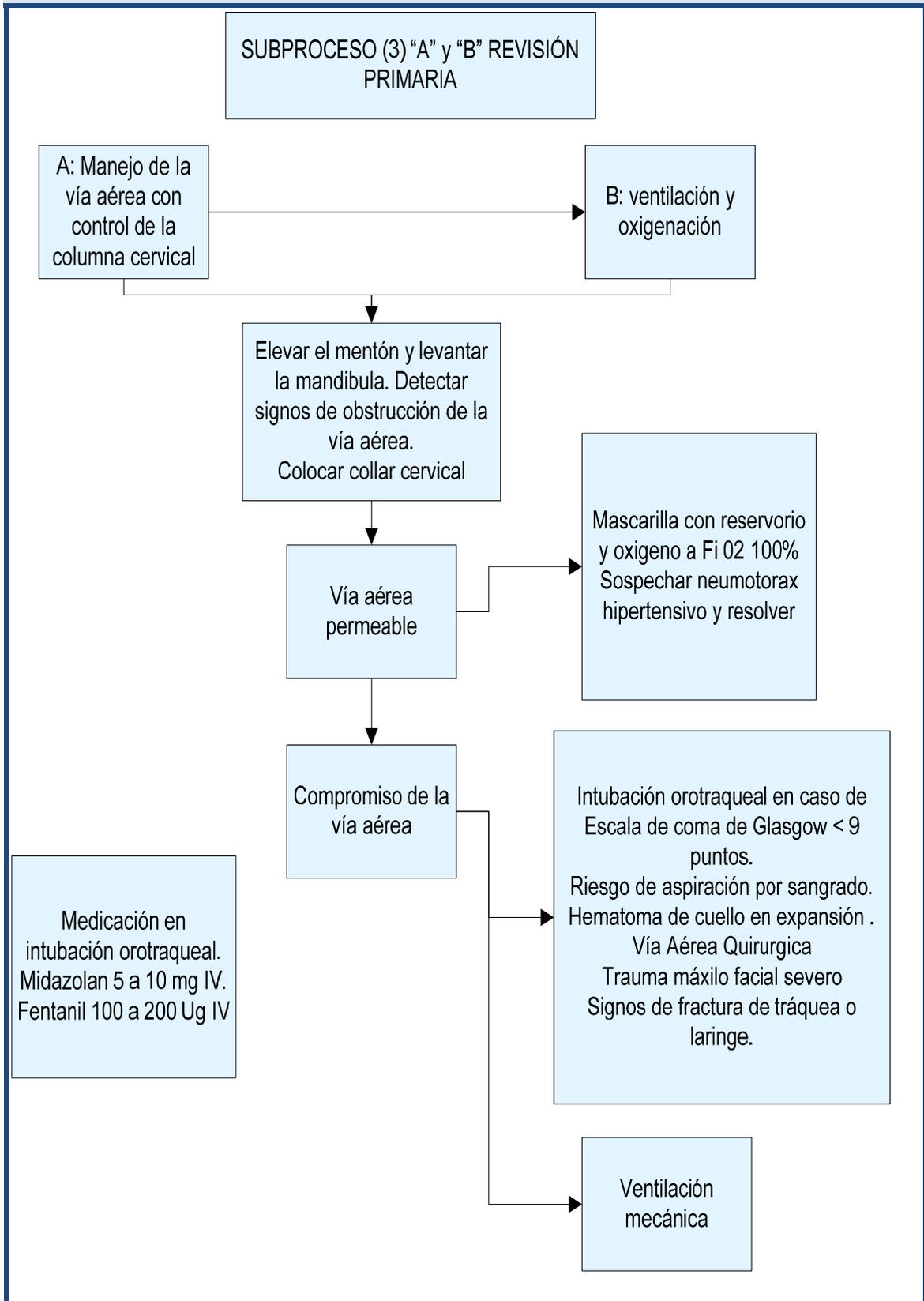
# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS NOMBRE DEL PROCESO: SUBPROCESO TRIAGE



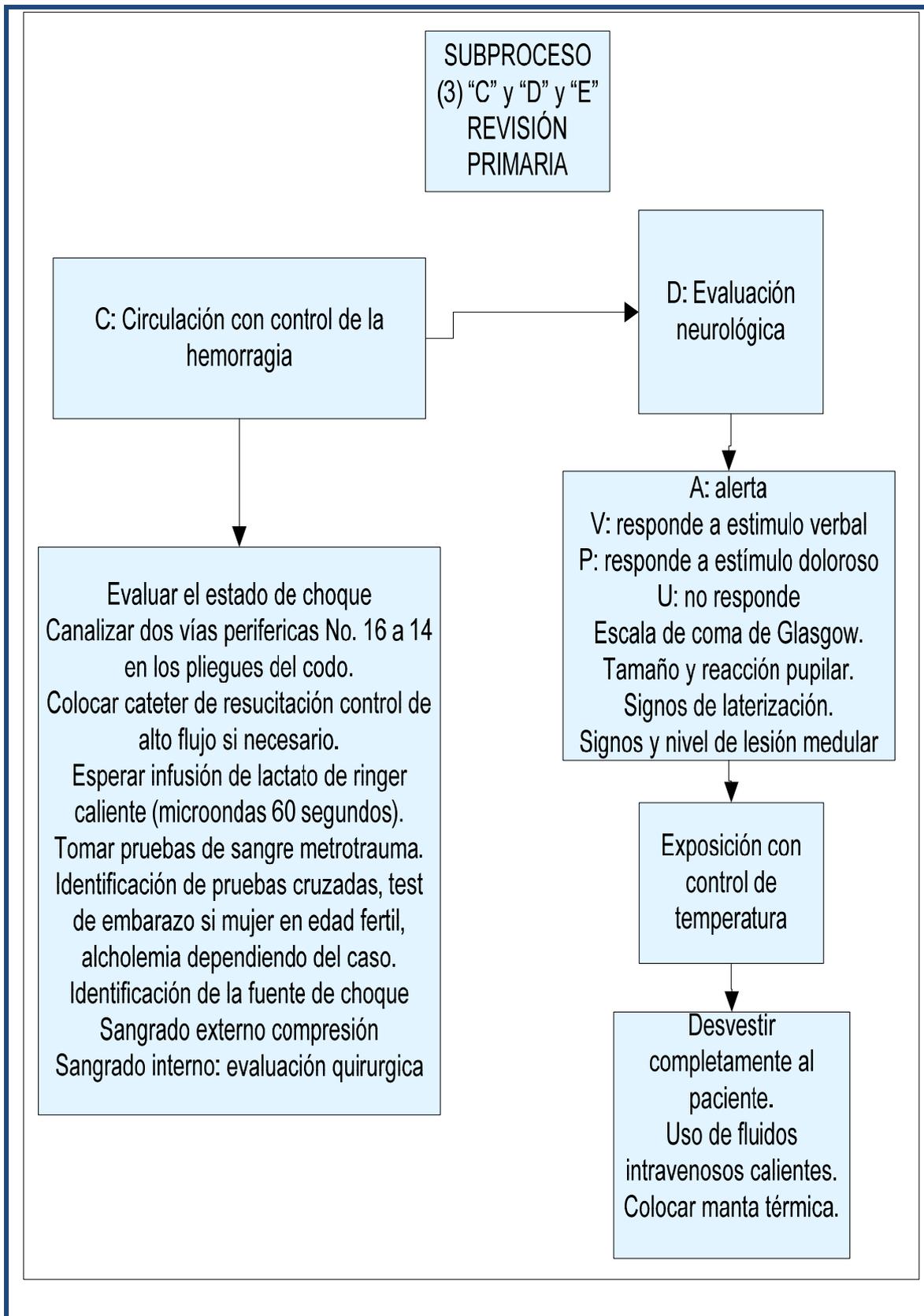
**MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS**  
**NOMBRE DEL PROCESO: SUBPROCESO TRIAGE REVISION PRIMARIA**  
**ABCDE**



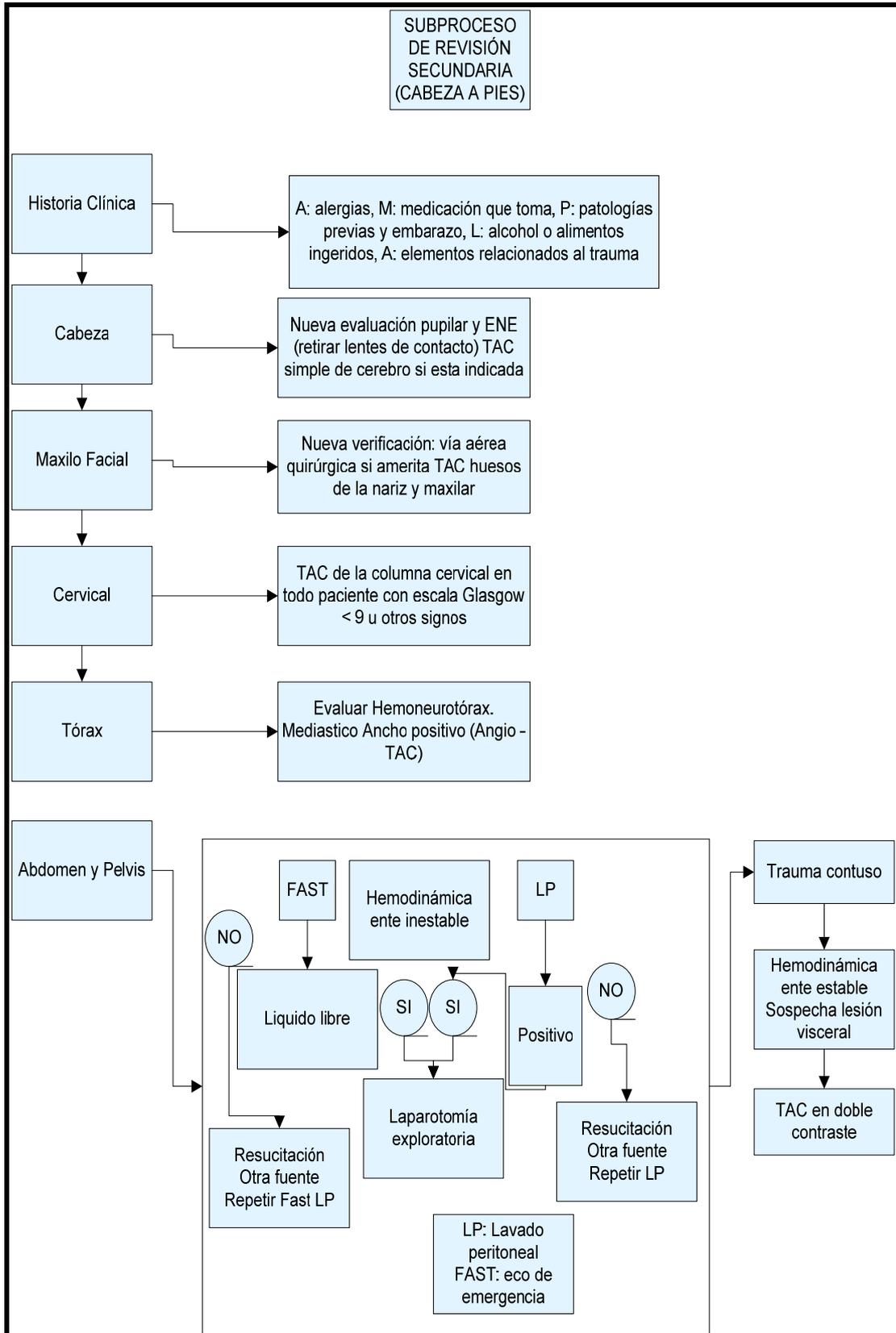
**MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS**  
**NOMBRE DEL PROCESO: SUBPROCESO TRIAGE REVISIÓN PRIMARIA**  
**“AB”**



**MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS**  
**NOMBRE DEL PROCESO: SUBPROCESO TRIAGE (3) "C" "D" y "E"**  
**REVISIÓN PRIMARIA**



**MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS**  
**NOMBRE DEL PROCESO: SUBPROCESO TRIAGE DE REVISIÓN**  
**SECUNDARIA (CABEZA A PIES)**



# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

NOMBRE DEL PROCESO: ASMA

## Objetivos clave:

1. Reanimar y restablecer las funciones vitales y optimizar la oxigenación y perfusión de los tejidos en el menor tiempo posible.
2. Monitorizar de manera meticulosa y permanente al paciente
3. Mantener la estabilidad hemodinámica.
4. Realizar el traslado adecuado a centro asistencial (Nivel II-III)

## CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

(Todos los pasos deben realizarse en forma simultánea, estandarizada y ordenada)

### 4. Revisión primaria:

- A, B, C, D, E.
- Oxigenoterapia (100%)
- Broncodilatadores y corticoterapia (metilprednisolona 80-120mg en bolo, salbutamol inhalado 50 mg en 3ml)
- Vía periférica y monitorización

### 5. Revisión secundaria:

- Comunicar a la casa asistencial de la llegada del paciente
- Examen minucioso de cabeza a pies
- Historia Clínica Prehospitalaria (Anexo 002)
- Traslado a Hospital (Nivel II-III)

### 6. PRECAUCIONES GENERALES:

- Manejo avanzado de la vía aérea de ser necesario
- Mantener una adecuada saturación de oxígeno (sobre 90%)

## 4. LIMITES DEL PROCESO

INICIO: INGRESO DEL PACIENTE

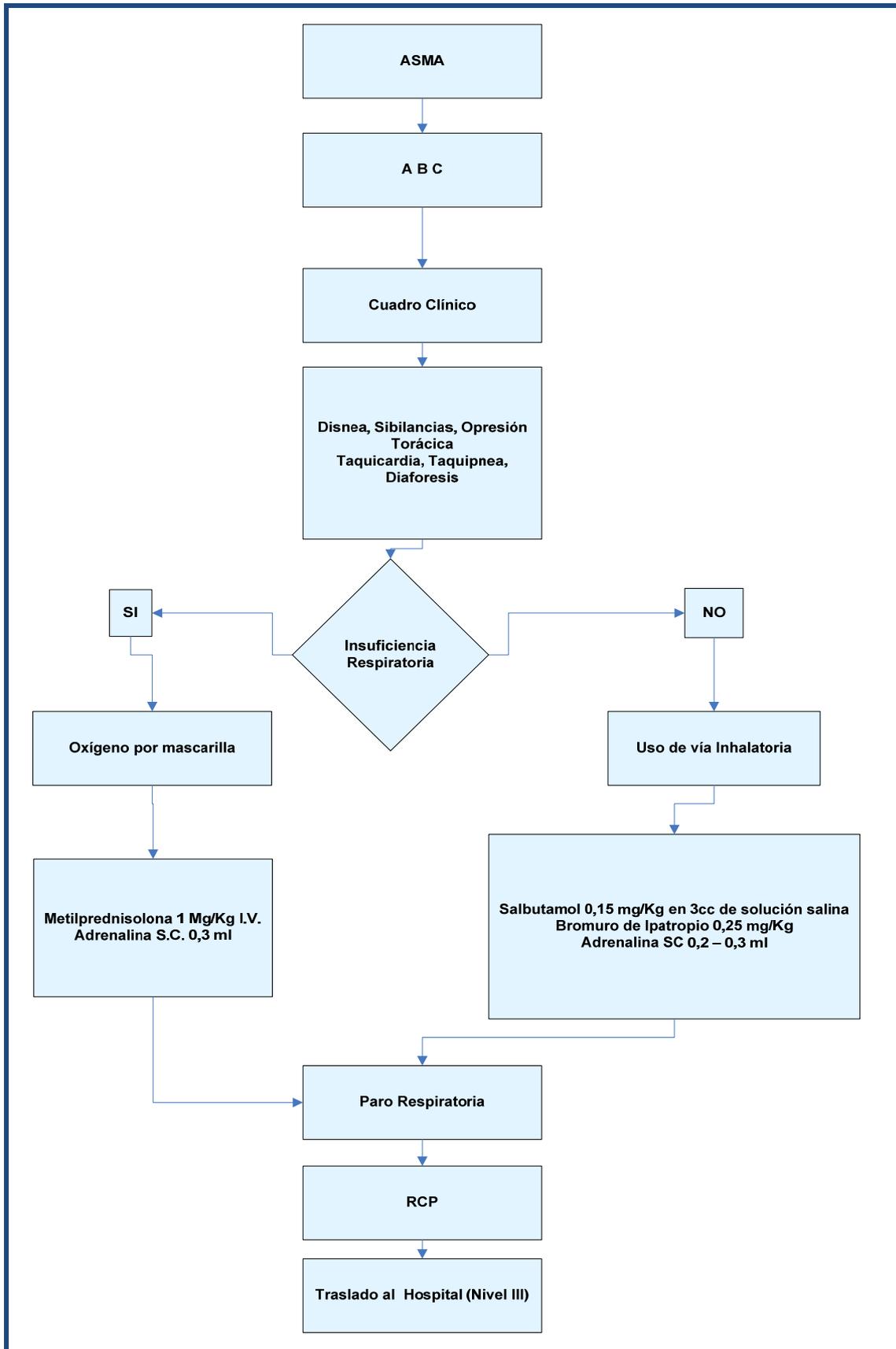
FIN: Estabilidad del Paciente

## 6. INDICADORES DE GESTIÓN

- ⇒ Eficiencia
- ⇒ Satisfacción
- ⇒ Calidad

# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

NOMBRE DEL PROCESO: ASMA



# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: BRADICARDIA

### Objetivos clave:

1. Restablecer las funciones vitales y optimiza la oxigenación y perfusión de los tejidos.
2. Delinear el tipo de diagnóstico
3. Realizar examen físico inicial meticuloso y repetido a intervalos regulares
4. Mantener un alto índice de sospecha para signos y síntomas de inestabilidad.
5. Prevenir complicaciones con monitoreo electrocardiográfico y marcapaso transcutáneo.
6. Traslado a centro asistencial (Nivel III)

### CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

#### 1. Revisión primaria:

- A, B, C, D, E.
- Estabilización de signos vitales y monitoreo continuo

- Comunicar a la casa asistencial de la llegada del paciente

#### 2. Revisión secundaria:

- Examen minucioso de cabeza a pies.
- Historia Clínica Prehospitalaria (Anexo 002)
  - Examen neurológico y cardiológico.

#### 3. PRECAUCIONES GENERALES:

- Mantener una Presión arterial adecuada (TAS 90 mm de Hg)
- Mantener una adecuada saturación de oxígeno (sobre 90%)
- Uso de desfibrilador en caso de PCR.

#### 4. LIMITES DEL PROCESO

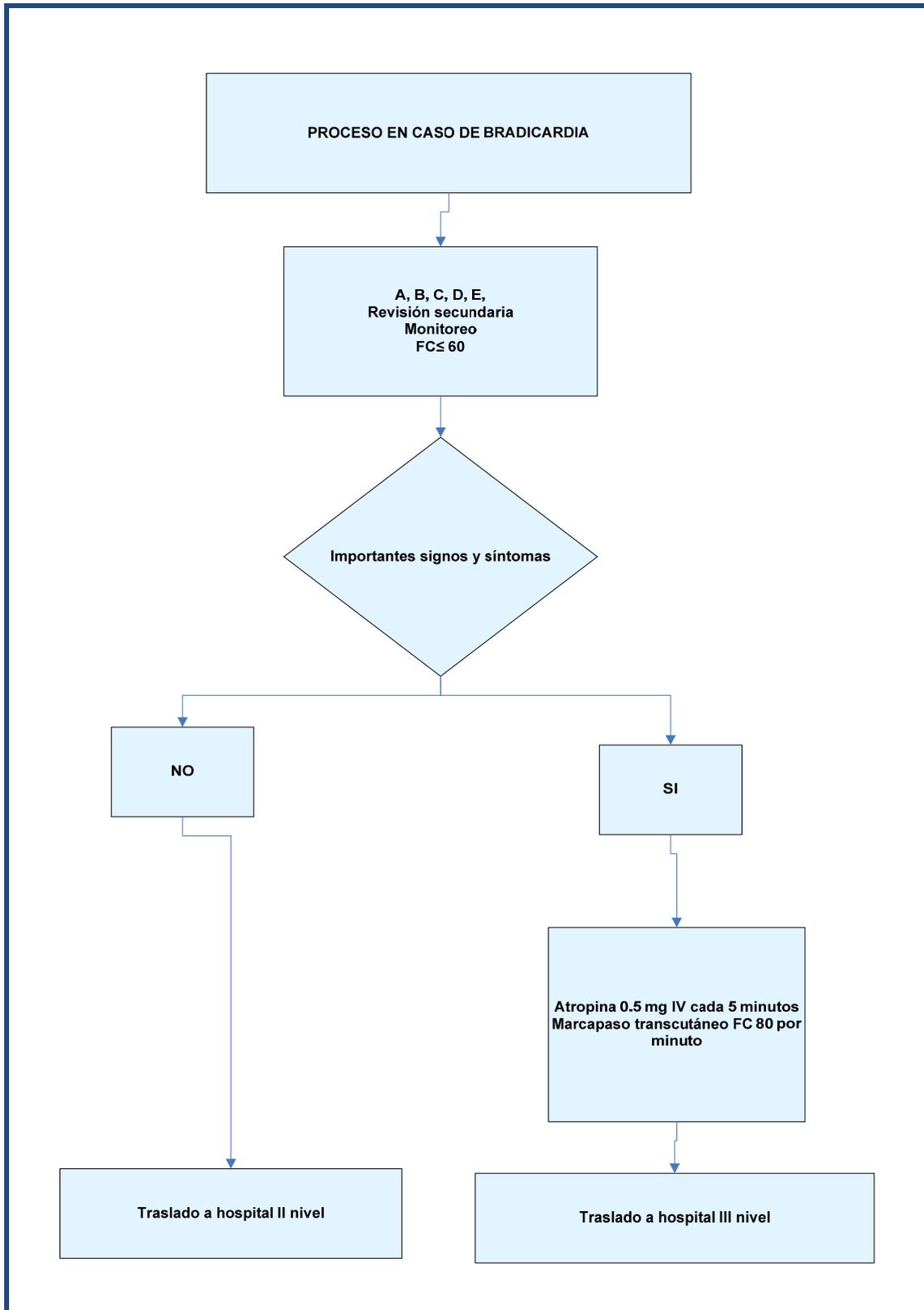
INICIO: INGRESO DEL PACIENTE

FIN: Estabilidad del Paciente

#### 5. INDICADORES DE GESTIÓN

- ⇒ Eficiencia
- ⇒ Satisfacción
- ⇒ Calidad

**MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS**  
**NOMBRE DEL PROCESO: BRADICARDIA**



# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: AHOGAMIENTO

### Objetivos clave:

1. Reanimar y restablecer las funciones vitales y optimizar la oxigenación y perfusión de los tejidos en el menor tiempo posible.
2. Monitorizar de manera meticulosa y permanente al paciente
3. Mantener la estabilidad hemodinámica.
4. Evitar enfriamiento.
5. Realizar el traslado adecuado a centro asistencial (Nivel II III)

### CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

(Todos los pasos deben realizarse en forma simultánea, estandarizada y ordenada)

#### 1. Revisión primaria:

- A, B, C, D, E.
- Oxigenoterapia (100%)
- Vía periférica y monitorización
- Comunicar a la casa asistencial de la llegada del paciente

#### 2. Revisión secundaria:

- Examen minucioso de cabeza a pies
- Evitar enfriamiento
- Historia Clínica Prehospitalaria (Anexo 002)
- Traslado a Hospital (Nivel II III)

#### 3. PRECAUCIONES GENERALES:

- Mantener una adecuada saturación de oxígeno (sobre 90%)
  - Mantener adecuada estabilidad hemodinámica.

#### 4. LIMITES DEL PROCESO

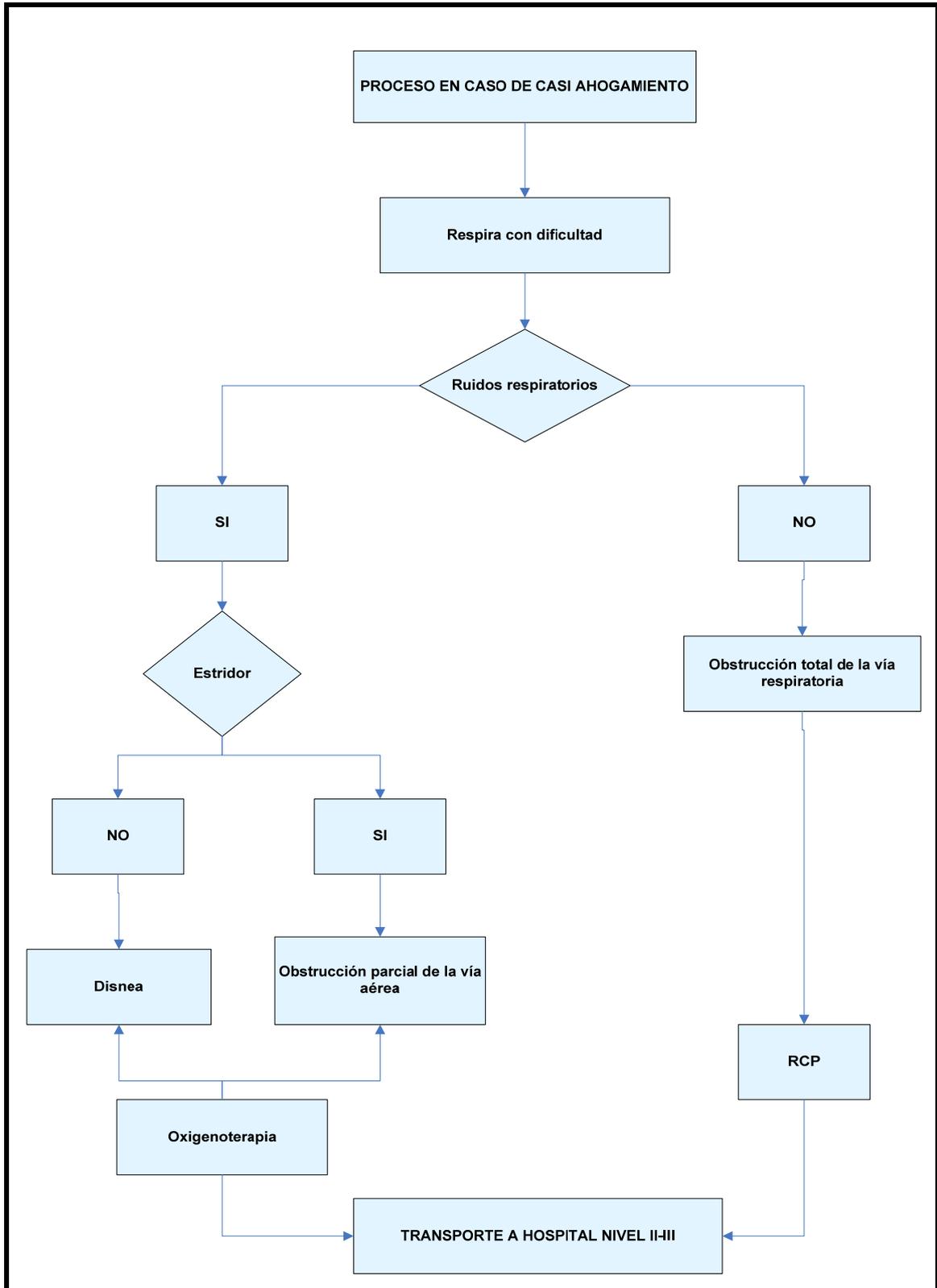
INICIO: INGRESO DEL PACIENTE

FIN: Estabilidad del Paciente

#### 5. INDICADORES DE GESTIÓN

- ⇒ Eficiencia
- ⇒ Satisfacción
- ⇒ Calidad

**MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS**  
**NOMBRE DEL PROCESO: AHOGAMIENTO**



# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: CEFALEA

### Objetivos clave:

1.- Restablecer las funciones vitales y optimizar la oxigenación y perfusión de los tejidos.

2.- Control de vía aérea, monitorización de signos vitales

3.- Delinear la causa de la cefalea.

4.- Trasladar a centro hospitalario nivel II-III

### CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

#### 1. Revisión primaria:

- Buscar lesiones que comprometan la vida en A, B, C, D, E.
- Estabilización de signos vitales

- Comunicar a la casa asistencial de la llegada del paciente

#### 2. Revisión secundaria:

- Examen minucioso de cabeza a pies buscando lesiones ocultas que no se encontraron en la revisión primaria.
- Examen físico inicial meticuloso y repetido a intervalos regulares
- Ketorolaco 60mg IV stat.
- Historia Clínica Prehospitalaria (Anexo 002)
- Examen neurológico
- Escala de Coma de Glasgow

#### 3. PRECAUCIONES GENERALES:

- Mantener una Presión arterial Media en 90 mm de Hg
  - Mantener una saturación de oxígeno sobre 90%

#### 4. LIMITES DEL PROCESO

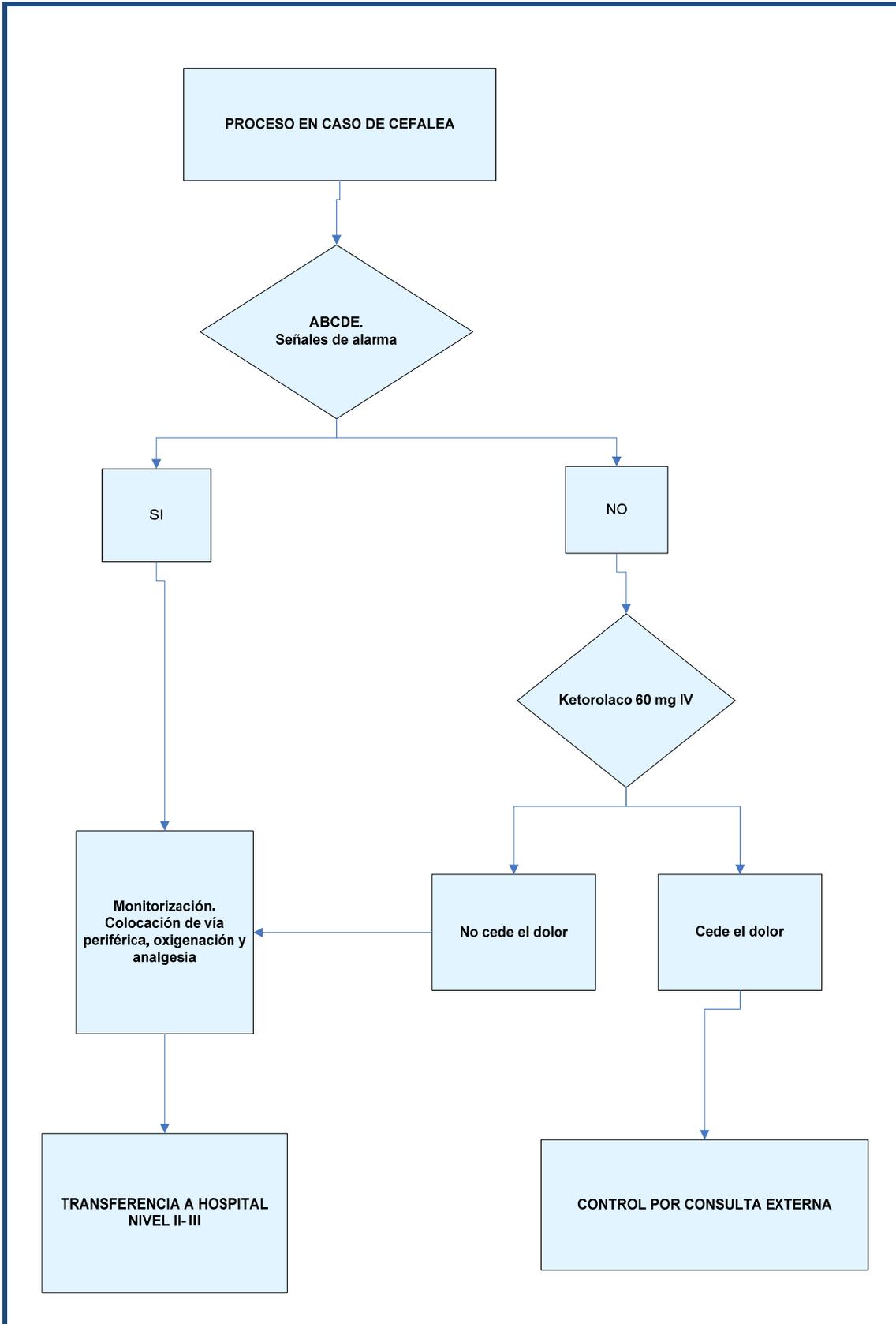
INICIO: INGRESO DEL PACIENTE

FIN: Estabilidad del Paciente

#### 5. INDICADORES DE GESTIÓN

- ⇒ Eficiencia
- ⇒ Satisfacción
- ⇒ Calidad

**MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS**  
**NOMBRE DEL PROCESO: CEFALEA**



# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: CHOQUE

### Objetivos clave:

1. Restablecer las funciones vitales y optimizar la oxigenación y perfusión de los tejidos (cerebro, corazón, riñón).
2. Delinear la causa de shock
3. Monitorizar de manera meticulosa y periódica al paciente
4. Mantener la estabilidad hemodinámica.
5. Realizar el traslado adecuado a centro asistencial de acuerdo a complejidad

### CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

#### 1. Revisión primaria:

- A, B, C, D, E.
- Estabilización y monitoreo

- Comunicar a la casa asistencial de la llegada del paciente

#### 2. Revisión secundaria:

- Examen minucioso de cabeza a pies buscando lesiones ocultas que no se encontraron en la revisión primaria.
- Historia Clínica Prehospitalaria (Anexo 002)
- Escala de Coma de Glasgow

#### 3. PRECAUCIONES GENERALES:

- Inmovilizar al paciente, hasta no descartar lesión de columna, si es traumático.
- Mantener una Presión arterial adecuada (TAS 90 mm de Hg)
- Mantener una adecuada saturación de oxígeno (sobre 90%)

#### 4. LIMITES DEL PROCESO

INICIO: INGRESO DEL PACIENTE

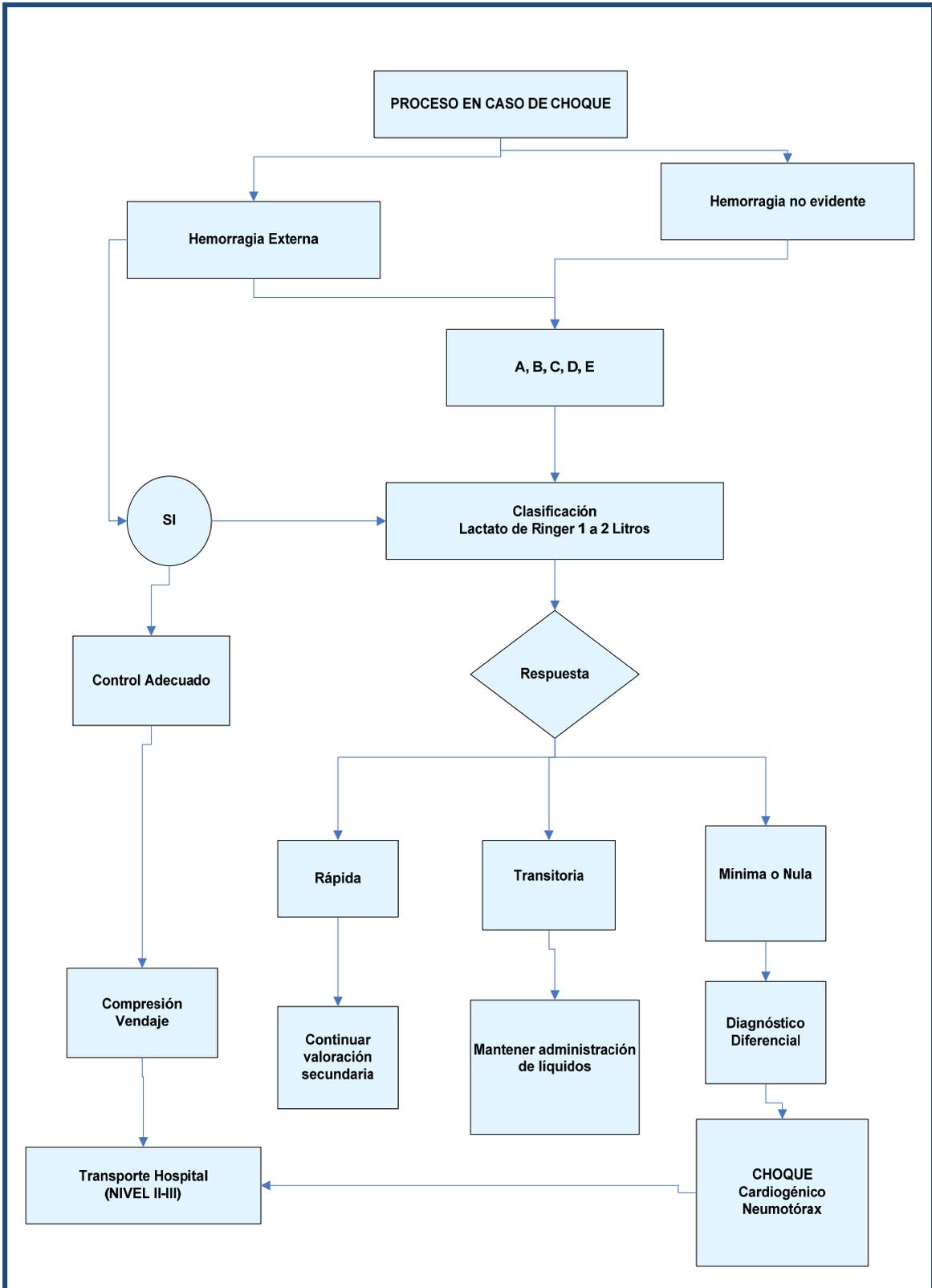
FIN: Estabilidad del Paciente

#### 5. INDICADORES DE GESTIÓN

- ⇒ Eficiencia
- ⇒ Satisfacción
- ⇒ Calidad

# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

NOMBRE DEL PROCESO: CHOQUE



# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: COLICO RENAL

### Objetivos clave:

1. Reanimar y restablecer las funciones vitales y optimizar la oxigenación y perfusión de los tejidos en el menor tiempo posible.
2. Monitorizar de manera meticulosa y permanente al paciente
3. Mantener la estabilidad hemodinámica.
4. Control del dolor
5. Realizar el traslado adecuado a centro asistencial (Nivel II)

### CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

(Todos los pasos deben realizarse en forma simultánea, estandarizada y ordenada)

#### 1. Revisión primaria:

- A, B, C, D, E.
- Oxigenoterapia (100%)
- Vía periférica y monitorización

- Comunicar a la casa asistencial de la llegada del paciente

#### 2. Revisión secundaria:

- Examen minucioso de cabeza a pies
- Uso de analgesia (Tramadol 50 mg IV, Ketorolaco 60mg IV)
- Historia Clínica Prehospitalaria (Anexo 002)
- Traslado a Hospital (Nivel II)

#### 3. PRECAUCIONES GENERALES:

- Mantener una adecuada saturación de oxígeno (sobre 90%)
- Mantener adecuada estabilidad hemodinámica.
- Lograr un control adecuado de dolor

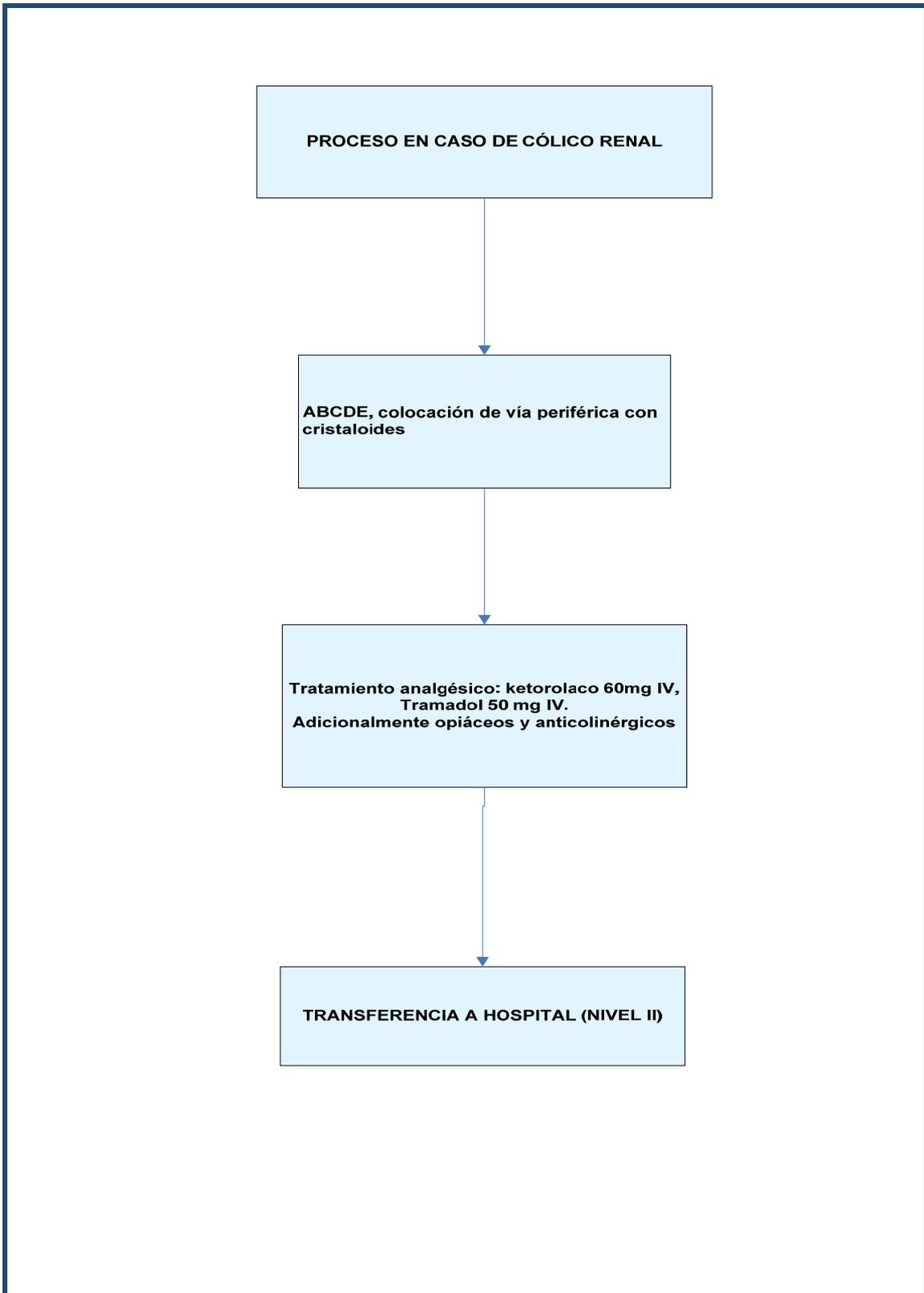
#### 4. LIMITES DEL PROCESO

**INICIO:** INGRESO DEL PACIENTE    **FIN:** Estabilidad del Paciente

#### 5. INDICADORES DE GESTIÓN

- ⇒ Eficiencia
- ⇒ Satisfacción
- ⇒ Calidad

**MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS**  
**NOMBRE DEL PROCESO: COLICO RENAL**



# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

NOMBRE DEL PROCESO: COMA

## Objetivos clave:

- 1.- Restablecer las funciones vitales y optimizar la oxigenación y perfusión de los tejidos.
- 2.- Control de vía aérea, monitorización de signos vitales
- 3.- Delinear la causa del coma
- 4.- Trasladar a centro hospitalario nivel III

## CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

### 1. Revisión primaria:

- Buscar lesiones que comprometan la vida en A, B, C, D, E.
- Estabilización de signos vitales

- Comunicar a la casa asistencial de la llegada del paciente

### 2. Revisión secundaria:

- Examen minucioso de cabeza a pies buscando lesiones ocultas que no se encontraron en la revisión primaria.
- Examen físico inicial meticuloso y repetido a intervalos regulares
- Colocación de 2 vías periféricas de grueso calibre con cristaloides
- Glucotest.
- Historia Clínica Prehospitalaria (Anexo 002)
- Examen neurológico
- Escala de Coma de Glasgow

### 3. PRECAUCIONES GENERALES:

- Inmovilizar al paciente, hasta no descartar lesión de columna.
- Mantener una Presión arterial Media en 90 mm de Hg
- Mantener una saturación de oxígeno sobre 90%
  - Mantener alta sospecha de falla ventilatoria.

### 4. LIMITES DEL PROCESO

INICIO: INGRESO DEL PACIENTE

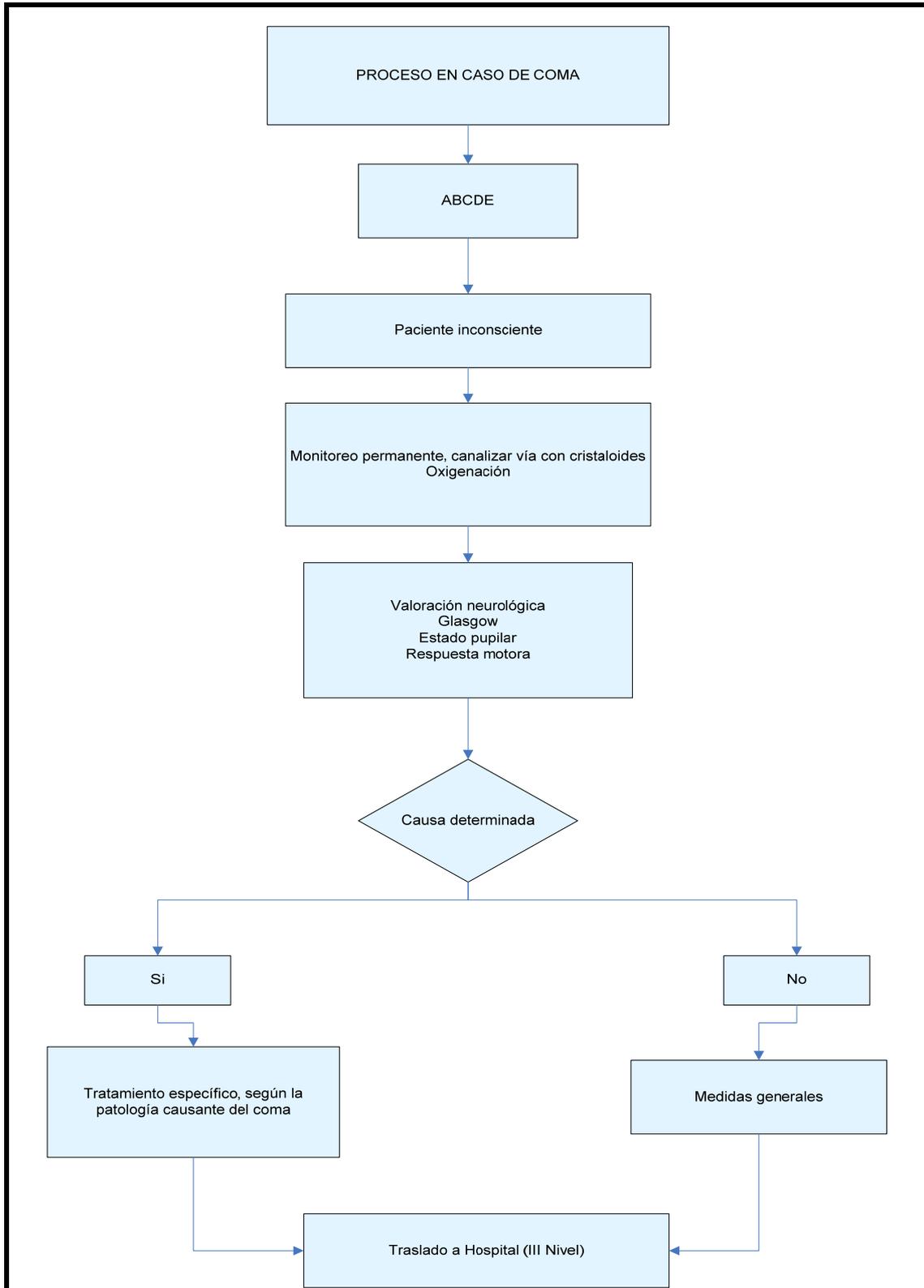
FIN: Estabilidad del Paciente

### 5. INDICADORES DE GESTIÓN

- ⇒ Eficiencia
- ⇒ Satisfacción
- ⇒ Calidad

# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: COMA



# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

**NOMBRE DEL PROCESO:** COMA MIXEDEMATOSO

## Objetivos clave:

1. Reanimar y restablecer las funciones vitales y optimizar la oxigenación y perfusión de los tejidos en el menor tiempo posible.

2. Monitorizar de manera meticulosa y permanente al paciente

3. Mantener la estabilidad hemodinámica.

7. Evitar pérdida de calor

4. Realizar el traslado adecuado a centro asistencial (Nivel II-III)

### CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

(Todos los pasos deben realizarse en forma simultánea, estandarizada y ordenada)

#### 1. Revisión primaria:

- A, B, C, D, E.
- Monitorización, oxigenoterapia.
- Apoyo ventilatorio avanzado de ser necesario

- Comunicar a la casa asistencial de la llegada del paciente

#### 2. Revisión secundaria:

- Examen minucioso de cabeza a pies
- Colocación de vía periférica con cristaloides.
- Calentamiento pasivo
- Historia Clínica Prehospitalaria (Anexo 002)
- Traslado a Hospital (Nivel II-III)

#### 3. PRECAUCIONES GENERALES:

- Mantener una adecuada saturación de oxígeno (sobre 90%)
- Mantener adecuada estabilidad hemodinámica.
- Evitar pérdida de calor.

#### 4. LIMITES DEL PROCESO

INICIO: INGRESO DEL PACIENTE

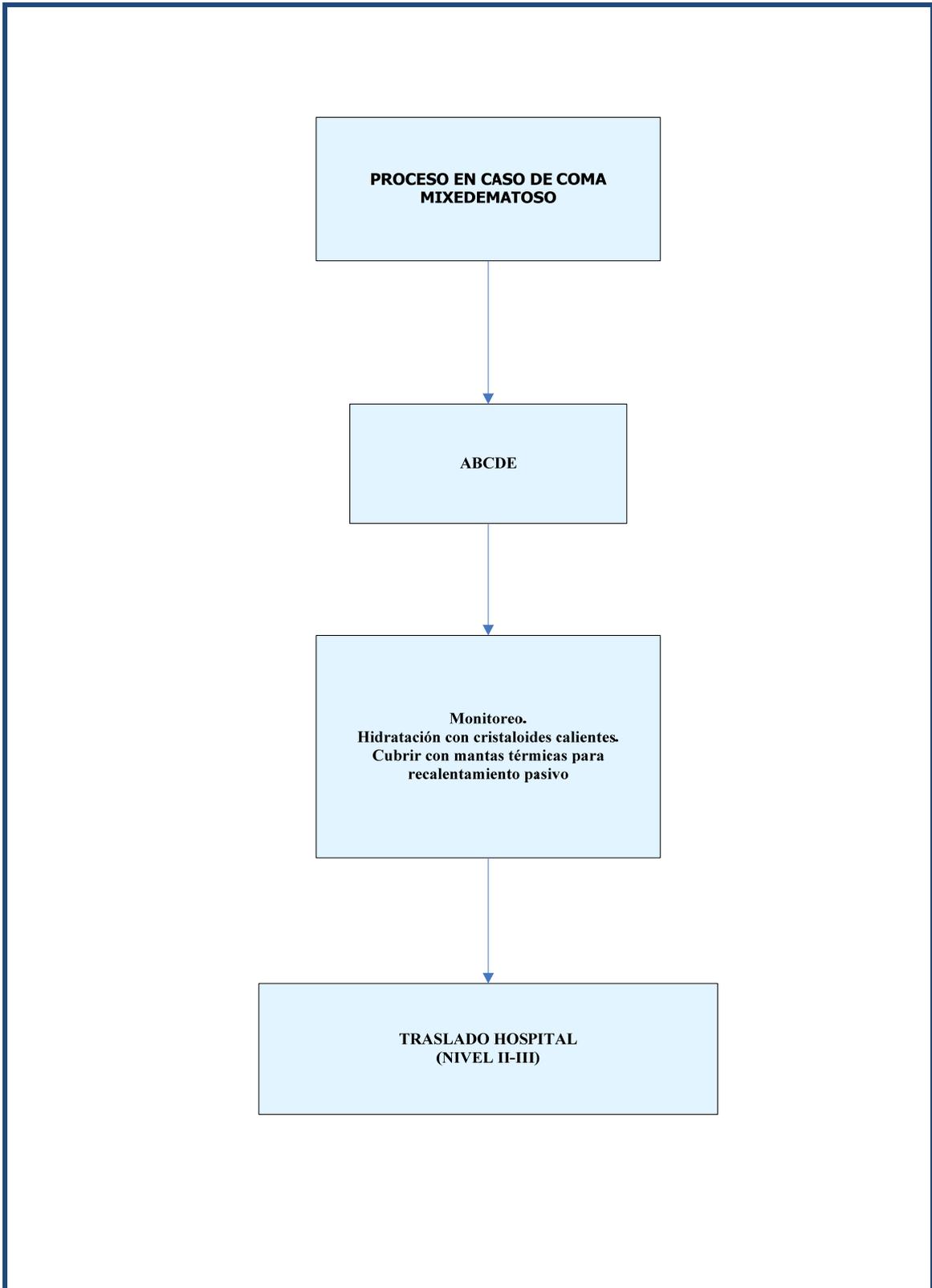
FIN: Estabilidad del Paciente

#### 5. INDICADORES DE GESTIÓN

- ⇒ Eficiencia
- ⇒ Satisfacción
- ⇒ Calidad

# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

NOMBRE DEL PROCESO: COMA MIXEDEMATOSO



# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: CRISIS HIPERTENSIVA

### Objetivos clave:

1. Restablecer las funciones vitales y optimizar la oxigenación y perfusión de los tejidos.
2. Delinear el tipo de diagnóstico
3. Examen físico inicial meticuloso y repetido a intervalos regulares
4. Mantener un alto índice de sospecha para lesiones de órganos diana.
5. Realizar EKG si se tiene e iniciar tratamiento en la ambulancia (vía. Captopril, ASA, furosemida)
6. Traslado a centro asistencial

### CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

#### 1. Revisión primaria:

- Buscar lesiones que comprometan la vida en A, B, C, D, E.
- Estabilización de signos vitales

- Comunicar a la casa asistencial de la llegada del paciente
- 2. **Revisión secundaria:**
  - Examen minucioso de cabeza a pies.
  - Historia Clínica Prehospitalaria (Anexo 002)
  - Examen neurológico y cardiológico.

#### 3. PRECAUCIONES GENERALES:

- Bajar la presión arterial progresivamente (20-25% en los 30 a 60 minutos iniciales de la presión arterial media).
- Mantener una adecuada saturación de oxígeno (sobre 90%)

#### 4. LIMITES DEL PROCESO

INICIO: INGRESO DEL PACIENTE

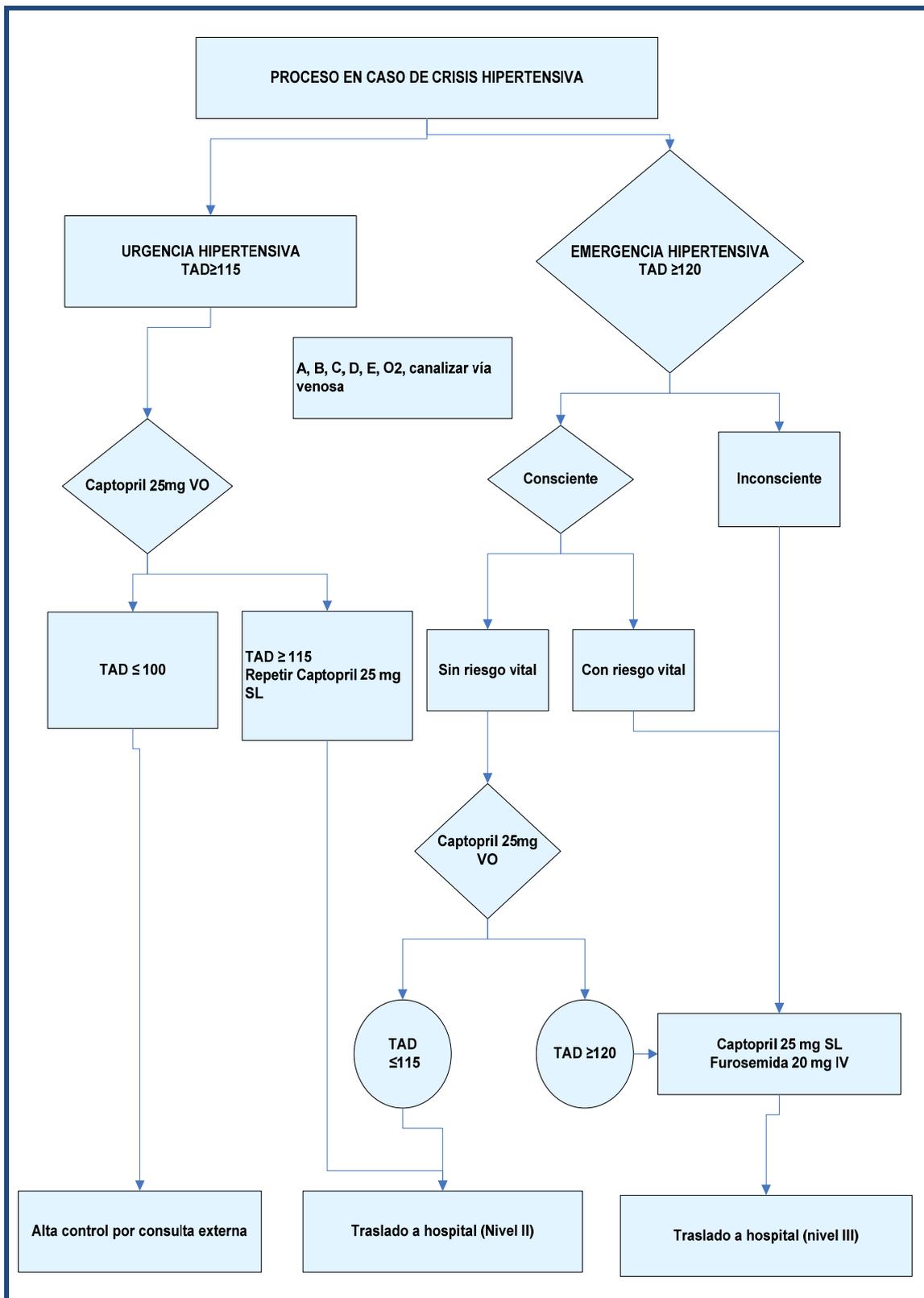
FIN: Estabilidad del Paciente

#### 5. INDICADORES DE GESTIÓN

- ⇒ Eficiencia
- ⇒ Satisfacción
- ⇒ Calidad

# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: CRISIS HIPERTENSIVA



# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: DISNEA

### Objetivos clave:

1. Reanimar y restablecer las funciones vitales y optimizar la oxigenación y perfusión de los tejidos en el menor tiempo posible.
2. Monitorizar de manera meticulosa y permanente al paciente
3. Mantener la estabilidad hemodinámica.
4. Realizar el traslado adecuado a centro asistencial (Nivel II-III)

### CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

(Todos los pasos deben realizarse en forma simultánea, estandarizada y ordenada)

#### 1. Revisión primaria:

- A, B, C, D, E.
- Oxigenoterapia (100%)
- Vía periférica y monitorización

#### 2. Revisión secundaria:

- Comunicar a la casa asistencial de la llegada del paciente
- Examen minucioso de cabeza a pies
- Historia Clínica Prehospitalaria (Anexo 002)
- Traslado a Hospital (Nivel II-III)

#### 3. PRECAUCIONES GENERALES:

- Mantener una adecuada saturación de oxígeno (sobre 90%)

#### 4. LIMITES DEL PROCESO

INICIO: INGRESO DEL PACIENTE

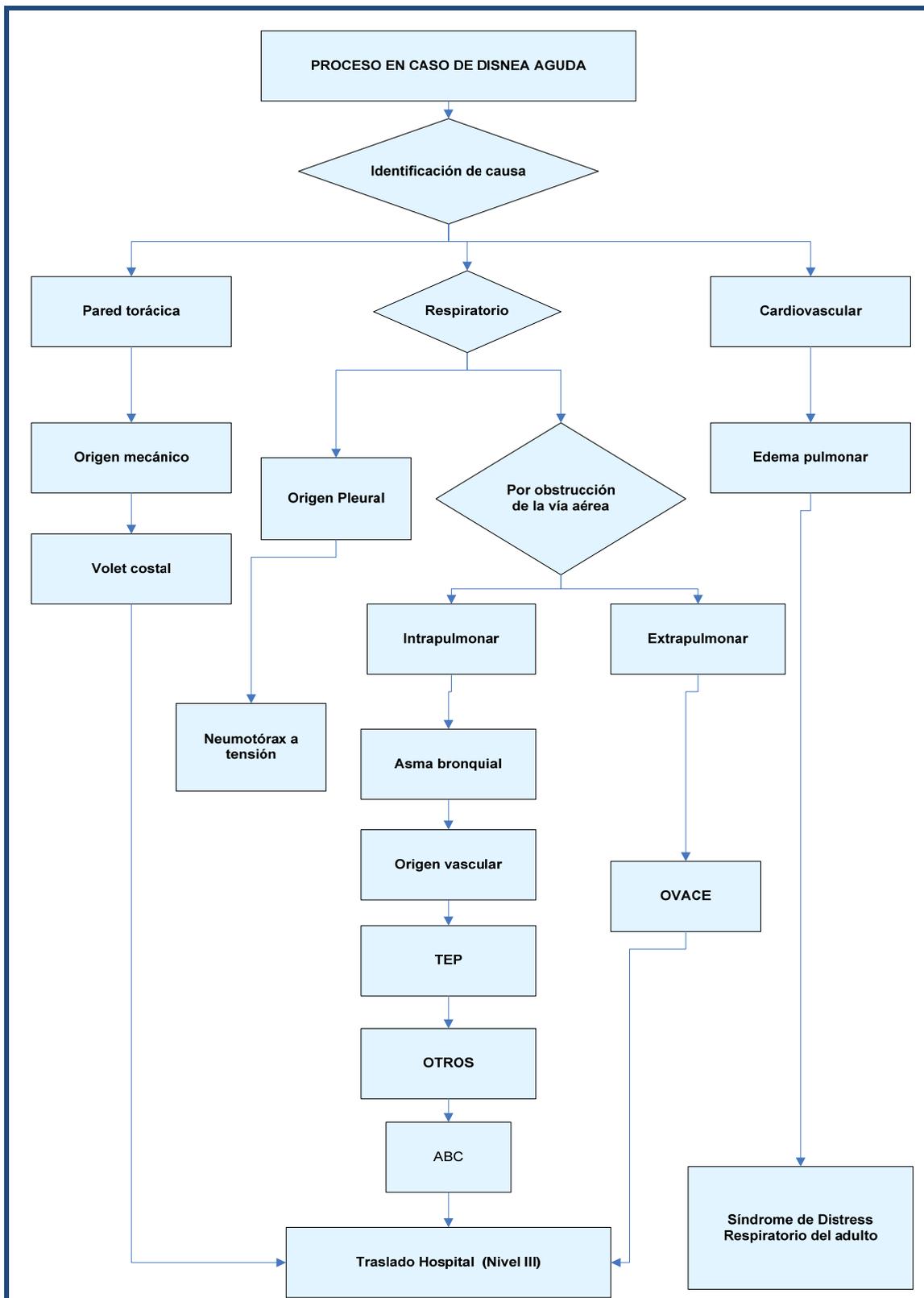
FIN: Estabilidad del Paciente

#### 5. INDICADORES DE GESTIÓN

- ⇒ Eficiencia
- ⇒ Satisfacción
- ⇒ Calidad

# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: DISNEA



# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: DOLOR ABDOMINAL

### Objetivos clave:

1. Reanimar y restablecer las funciones vitales y optimizar la oxigenación y perfusión de los tejidos en el menor tiempo posible.

2. Monitorizar de manera meticulosa y permanente al paciente

3. Mantener la estabilidad hemodinámica.

4. Realizar el traslado adecuado a centro asistencial (Nivel II-III)

### CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

(Todos los pasos deben realizarse en forma simultánea, estandarizada y ordenada)

#### 1. Revisión primaria:

- A, B, C, D, E.
- Oxigenoterapia (100%)
- Vía periférica y monitorización

- Comunicar a la casa asistencial de la llegada del paciente

#### 2. Revisión secundaria:

- Examen minucioso de cabeza a pies
- Historia Clínica Prehospitalaria (Anexo 002)
- Traslado a Hospital (Nivel II-III)

#### 3. PRECAUCIONES GENERALES:

- Mantener una adecuada saturación de oxígeno (sobre 90%)
- Mantener adecuada estabilidad hemodinámica.
- No analgesia en diagnóstico no establecido.
- Mantener alta sospecha para enfermedades graves (IAM, aorta disecante)

#### 4. LIMITES DEL PROCESO

INICIO: INGRESO DEL PACIENTE

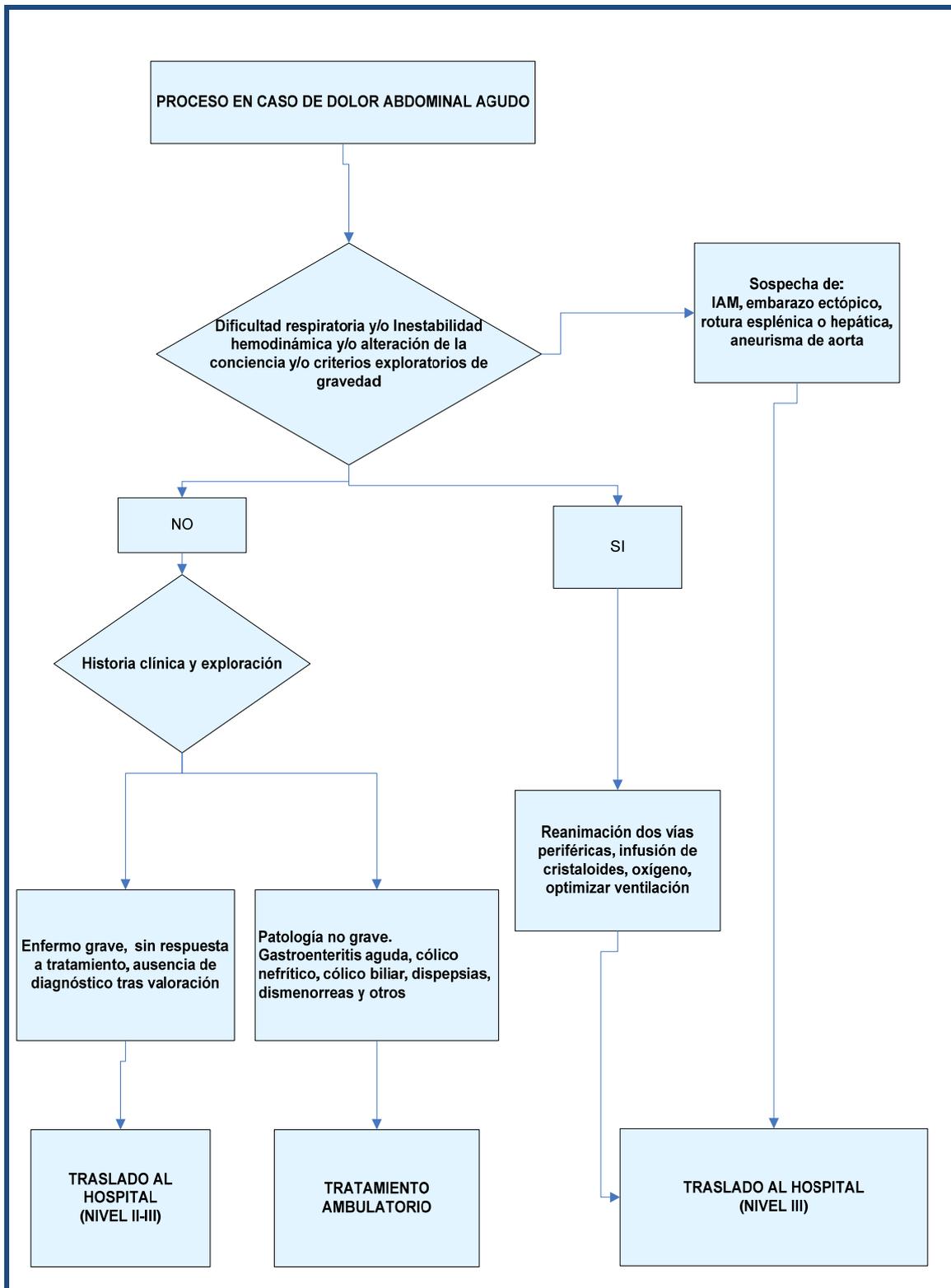
FIN: Estabilidad del Paciente

#### 5. INDICADORES DE GESTIÓN

- ⇒ Eficiencia
- ⇒ Satisfacción
- ⇒ Calidad

# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: DOLOR ABDOMINAL



# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: DOLOR TORAXICO

### Objetivos clave:

1. Restablecer las funciones vitales y optimizar la oxigenación y perfusión de los tejidos (cerebro, corazón, riñón).
2. Delinear la causa del dolor torácico
3. Monitorizar de manera meticulosa y periódica al paciente
4. Mantener la estabilidad hemodinámica.
5. Realizar el traslado adecuado a centro asistencial de acuerdo a la complejidad

### CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

#### 1. Revisión primaria:

- A, B, C, D, E.

Estabilización y monitoreo

- Comunicar a la casa asistencial de la llegada del paciente

#### 2. Revisión secundaria:

- Examen minucioso de cabeza a pies.
- Historia Clínica Prehospitalaria (Anexo 002)
- EKG si se dispone.

#### 3. PRECAUCIONES GENERALES:

- Analgesia y sedación adecuada.
- Mantener una Presión arterial adecuada (TAS 90 mm de Hg)
- Mantener una adecuada saturación de oxígeno (sobre 90%)
- Mantener alta sospecha para problemas cardiacos

#### 4. LIMITES DEL PROCESO

INICIO: INGRESO DEL PACIENTE

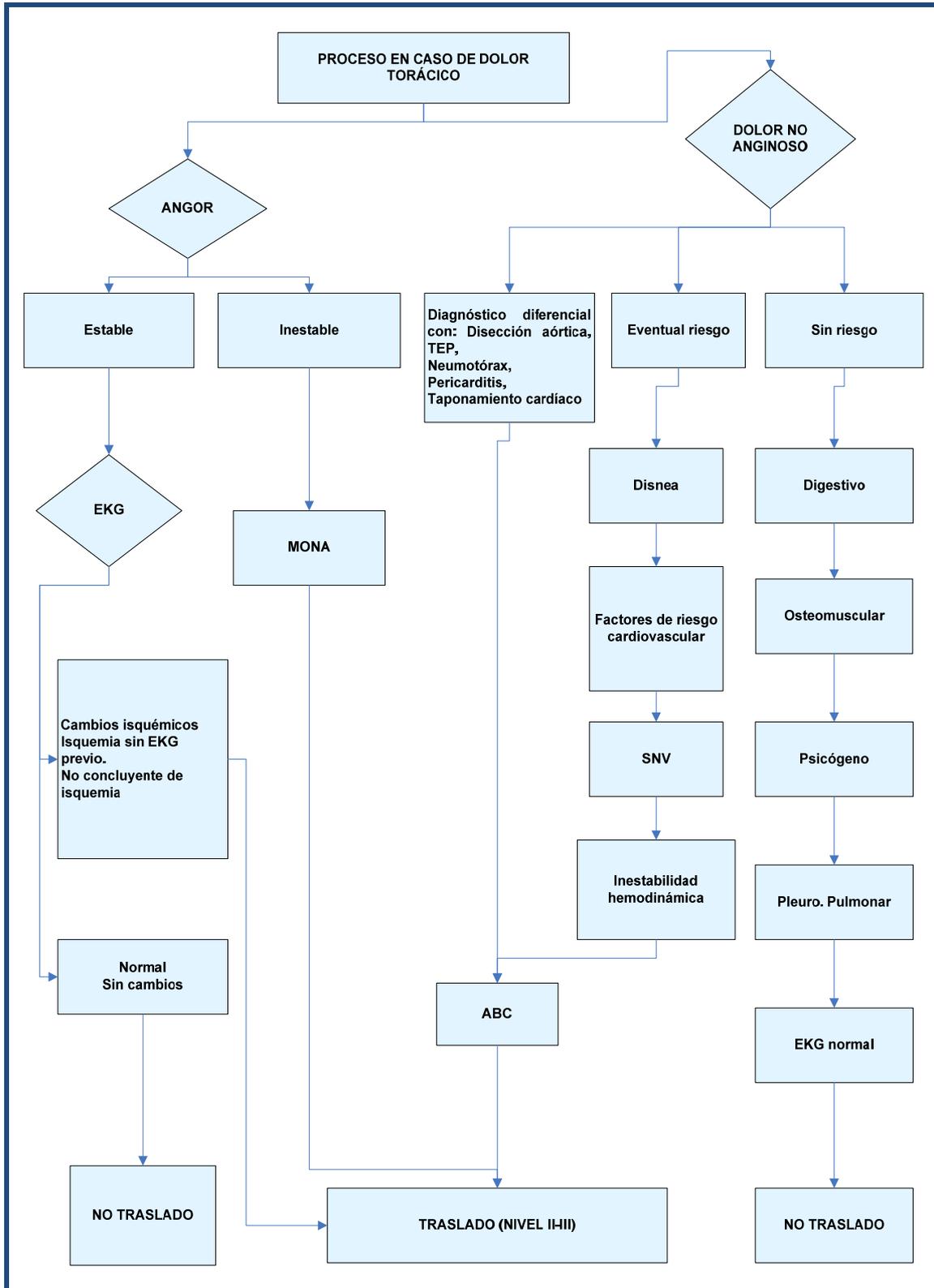
FIN: Estabilidad del Paciente

#### 5. INDICADORES DE GESTIÓN

- ⇒ Eficiencia
- ⇒ Satisfacción
- ⇒ Calidad

# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: DOLOR TORAXICO



# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROYECTO: EMERGENCIAS AMBIENTALES

### Objetivos clave:

1. Restablecer las funciones vitales y optimizar la oxigenación y perfusión de los tejidos (cerebro, corazón, riñón).
2. Delinear la causa
3. Reducir mayor pérdida de calor por evaporación, radiación, conducción o convección
4. Monitorizar de manera meticulosa y periódica al paciente
5. Mantener la estabilidad hemodinámica.
6. Realizar el traslado adecuado a centro asistencial de acuerdo a complejidad

### CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

#### Seguridad de la escena

##### 1. Revisión primaria:

- A, B, C, D, E.
- Estabilización y monitoreo

- Comunicar a la casa asistencial de la llegada del paciente

##### 2. Revisión secundaria:

- Examen minucioso de cabeza a pies buscando lesiones ocultas que no se encontraron en la revisión primaria.
- Historia Clínica Prehospitalaria (Anexo 002)

##### 3. PRECAUCIONES GENERALES:

- Evitar arritmias cardíacas. Pacientes conscientes pueden desarrollar fibrilación ventricular súbitamente
- Lidocaína es ineficaz en arritmias ventriculares provocadas por hipotermia
- Desfibrilación es generalmente inútil en Fibrilación Ventricular con hipotermia
- No usar Lactato de Ringer en hipotermia por incapacidad hepática de metabolizar lactato
- Mantener una Presión arterial adecuada (TAS 90 mm de Hg)
- Mantener una adecuada saturación de oxígeno (sobre 90%)
- Controlar signos vitales, en ocasiones puede aparentar muerto por tener los signos vitales muy débiles  
NO DAR POR MUERTO.

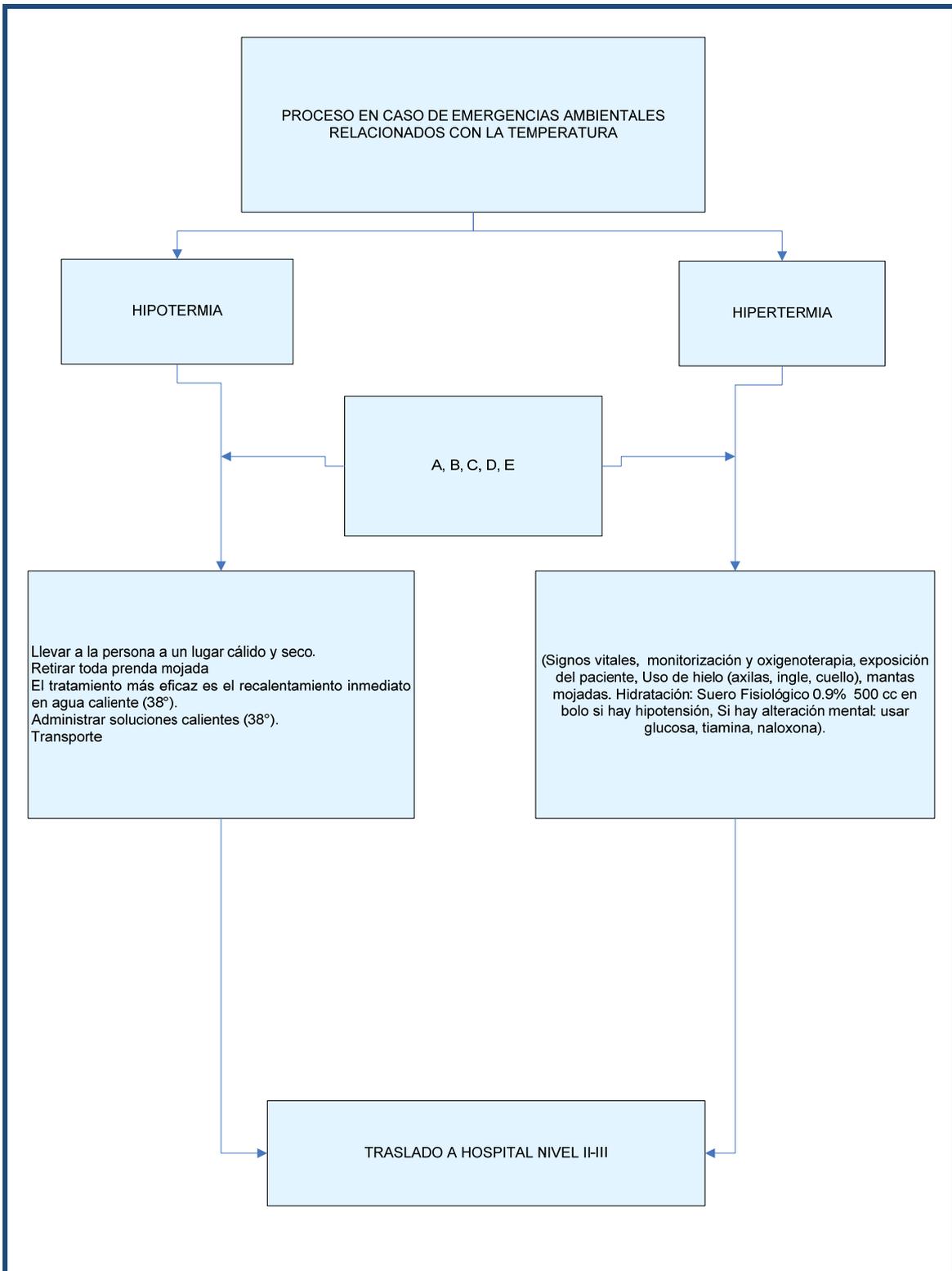
##### 4. LIMITES DEL PROCESO

**INICIO:** INGRESO DEL PACIENTE **FIN:** Estabilidad del Paciente

##### 5. INDICADORES DE GESTIÓN

⇒ Eficiencia – Satisfacción – Calidad

**MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS**  
**NOMBRE DEL PROYECTO: EMERGENCIAS AMBIENTALES POR CALOR Y FRIO**



# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: EMERGENCIA POR MATERIALES PELIGROSOS

### Objetivos clave:

1. Retirar a la víctima del lugar de la exposición, ÚNICAMENTE por personal especializado
2. Quitar y aislar la ropa y el calzado contaminado
3. Priorizar el manejo adecuado de la vía aérea.
4. Tratar el dolor

### CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

#### 1. Asegurar la escena no ingrese al área peligrosa.

- Comunique a la Central de Emergencia, solicite apoyo especializado.
- Retirar al paciente del lugar de exposición, por personal especializado.

#### 2. Revisión Primaria: A,B,C,D,E en el paciente descontaminado.

- Aplicar respiración si la víctima no respira
- Suministrar oxígeno si respira con dificultad
- Lavado inmediato de piel u ojos con agua corriente por lo menos durante 20 minutos.
- Mantener a la víctima en reposo y con temperatura corporal normal.
- En caso de quemaduras inmediatamente enfríe la piel afectada con agua fría.
- Canalizar vía periférica para mantener hidratación
- Analgesia con Ketorolaco 30 a 60 mg en adultos
- Trasladar al paciente
- Comunicar al Hospital la llegada del paciente
- Mantener a la víctima en observación

#### 3. Revisión secundaria:

- Examen minucioso de cabeza a pies buscando lesiones ocultas que no se encontraron en la revisión primaria.
- Examen neurológico

#### 4. PRECAUCIONES GENERALES:

- Asegurar la escena, rescate del paciente por personal especializado.
- Aísle el área, asegure a la población y el ambiente, analice posible evacuación.
- No usar el método de respiración de boca a boca, si la víctima ingirió o inhaló la sustancia.
- Proporcione la respiración con ayuda de una máscara, con una válvula de una sola vía
- No remueva la ropa que está adherida a la piel
- En caso de contacto con gas licuado, descongelar las partes con agua tibia.

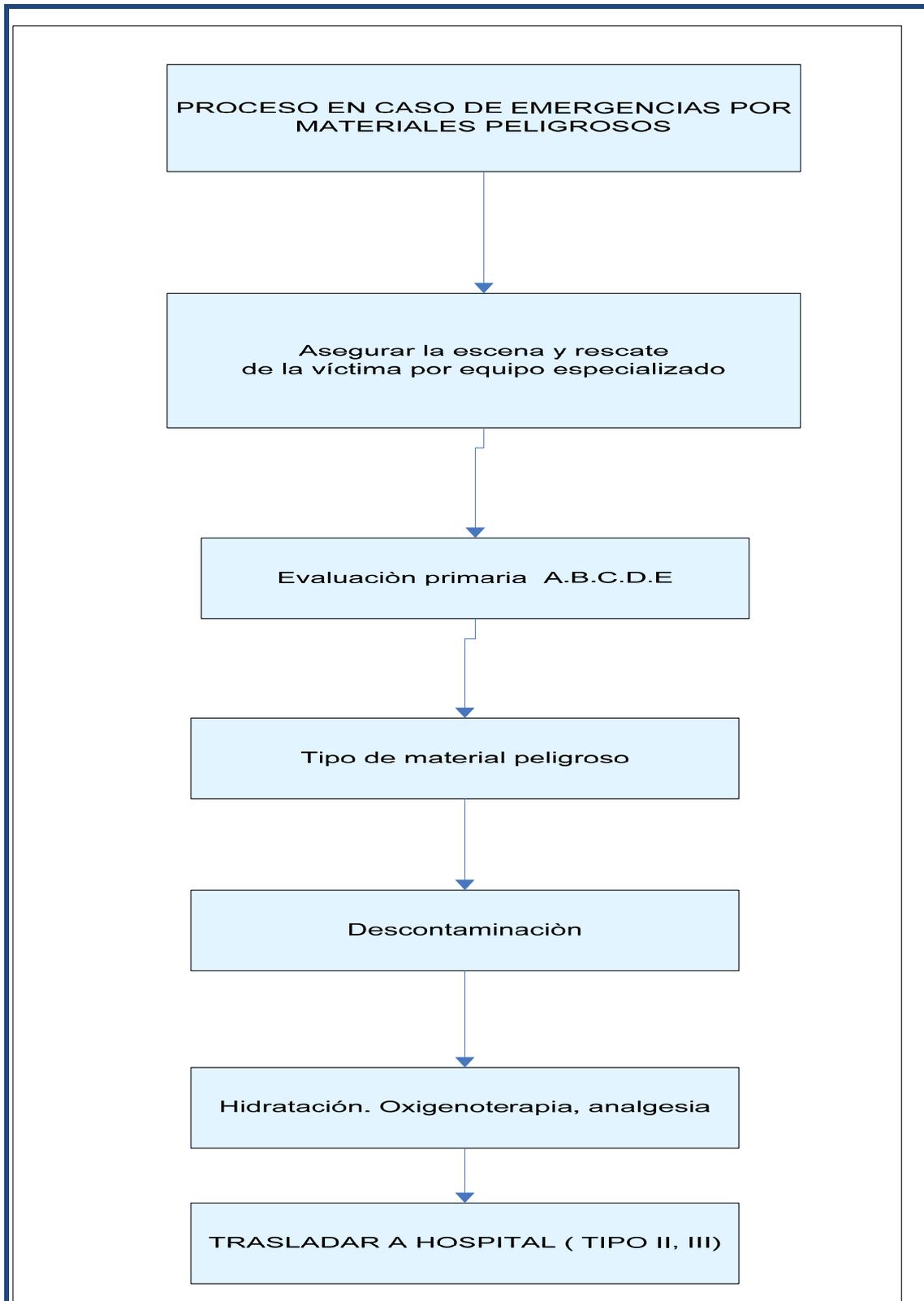
#### 5. LIMITES DEL PROCESO

**INICIO:** INGRESO DEL PACIENTE **FIN:** Estabilidad del Paciente

#### 6. INDICADORES DE GESTIÓN

- ⇒ Eficiencia
- ⇒ Satisfacción
- ⇒ Calidad

**MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS**  
**NOMBRE DEL PROCESO: EMERGENCIA POR MATERIALES PELIGROSOS**



# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: CONVULSIONES

### Objetivos clave:

- 1.- Restablecer las funciones vitales y optimizar la oxigenación y perfusión de los tejidos.
- 2.- Control de vía aérea, monitorización de signos vitales
- 3.- Delinear a causa de la convulsión
- 4.- Trasladar a hospital

### CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

#### 1. Revisión primaria:

- Buscar lesiones que comprometan la vida en A, B, C, D, E.
- Estabilización de signos vitales
- Comunicar a la casa asistencial de la llegada del paciente

#### 2. Revisión secundaria:

- Examen minucioso de cabeza a pies buscando lesiones ocultas que no se encontraron en la revisión primaria.
- Examen físico inicial meticuloso y repetido a intervalos regulares
- Diazepam 10mg IV
- Historia Clínica Prehospitalaria (Anexo 002)
- Examen neurológico
- Escala de Coma de Glasgow

#### 3. PRECAUCIONES GENERALES:

- Inmovilizar al paciente, hasta no descartar lesión de columna. Proteger a pte. en caso de convulsión presenciada
- Mantener una Presión arterial Media en 90 mm de Hg
- Mantener una saturación de oxígeno sobre 90%

#### 4. LIMITES DEL PROCESO

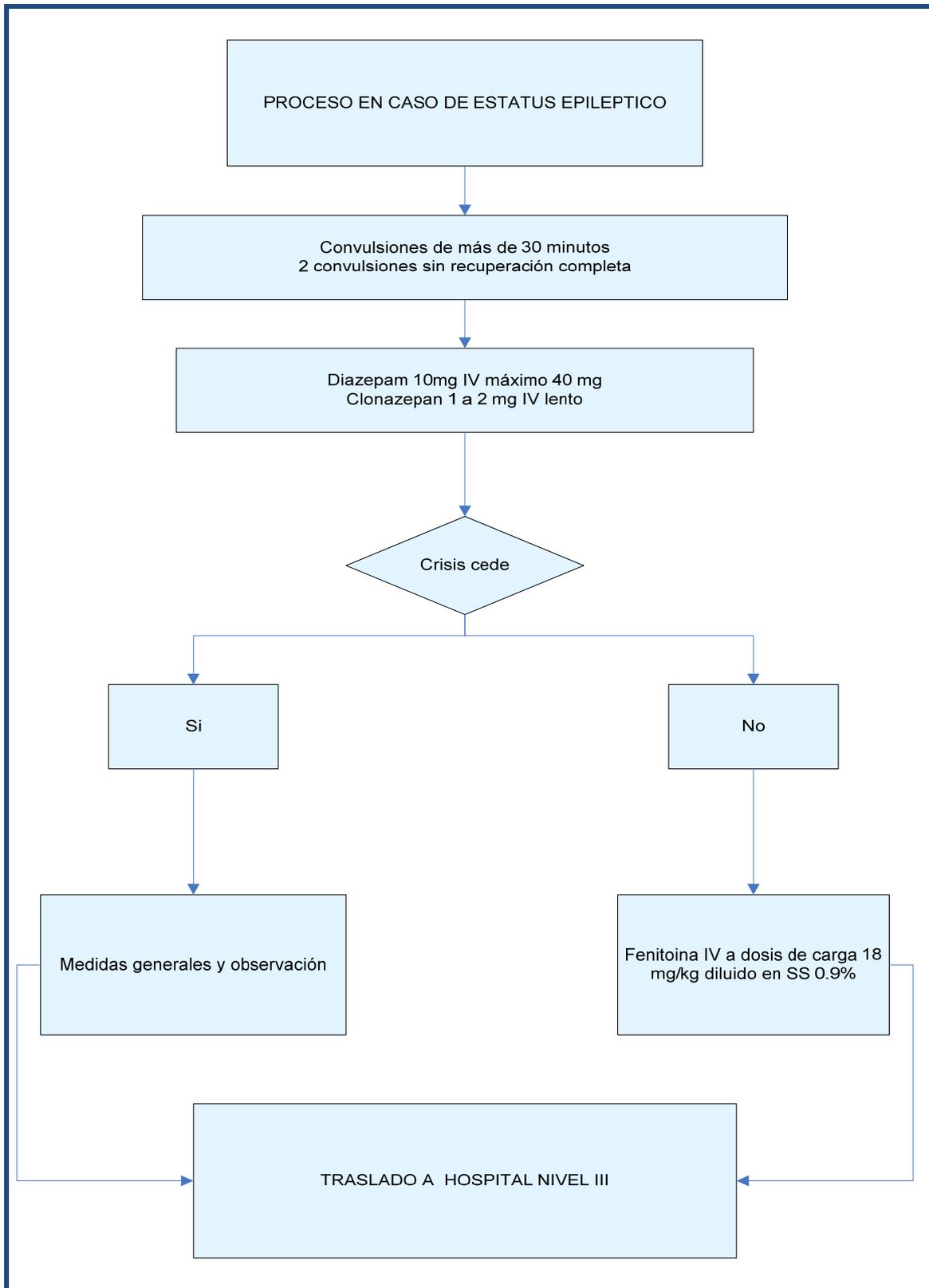
INICIO: INGRESO DEL PACIENTE

FIN: Estabilidad del Paciente

#### 5. INDICADORES DE GESTIÓN

- ⇒ Eficiencia
- ⇒ Satisfacción
- ⇒ Calidad

**MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS**  
**NOMBRE DEL PROCESO: CONVULSIONES**



# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: HERIDAS

### Objetivos clave:

1. Restablecer las funciones vitales y optimiza la oxigenación y perfusión de los tejidos.
2. Delinear el mecanismo de lesión
3. Examen físico inicial meticuloso y repetido a intervalos regulares
4. Mantener lo más aséptico posible
5. Trasladar a centro asistencial de nivel I-II-III de acuerdo a la gravedad

### CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

#### 1. Revisión primaria:

- Buscar lesiones que comprometan la vida en A, B, C, D, E.
- Estabilización de signos vitales
- Monitorización y oxigenación

- Comunicar a la casa asistencial de la llegada del paciente

#### 2. Revisión secundaria:

- Examen minucioso de cabeza a pies buscando lesiones ocultas que no se encontraron en la revisión primaria.
- Colocación de vía periférica de grueso calibre con cristaloides
- Administración de analgesia y profilaxis antibiótica
- Historia Clínica Prehospitalaria (Anexo 002)
- Examen neurológico

#### 3. PRECAUCIONES GENERALES:

- Inmovilizar al paciente, hasta no descartar lesión de columna.
- Mantener una Presión arterial Media en 90 mm de Hg
- Mantener una saturación de oxígeno sobre 90%

#### 4. LIMITES DEL PROCESO

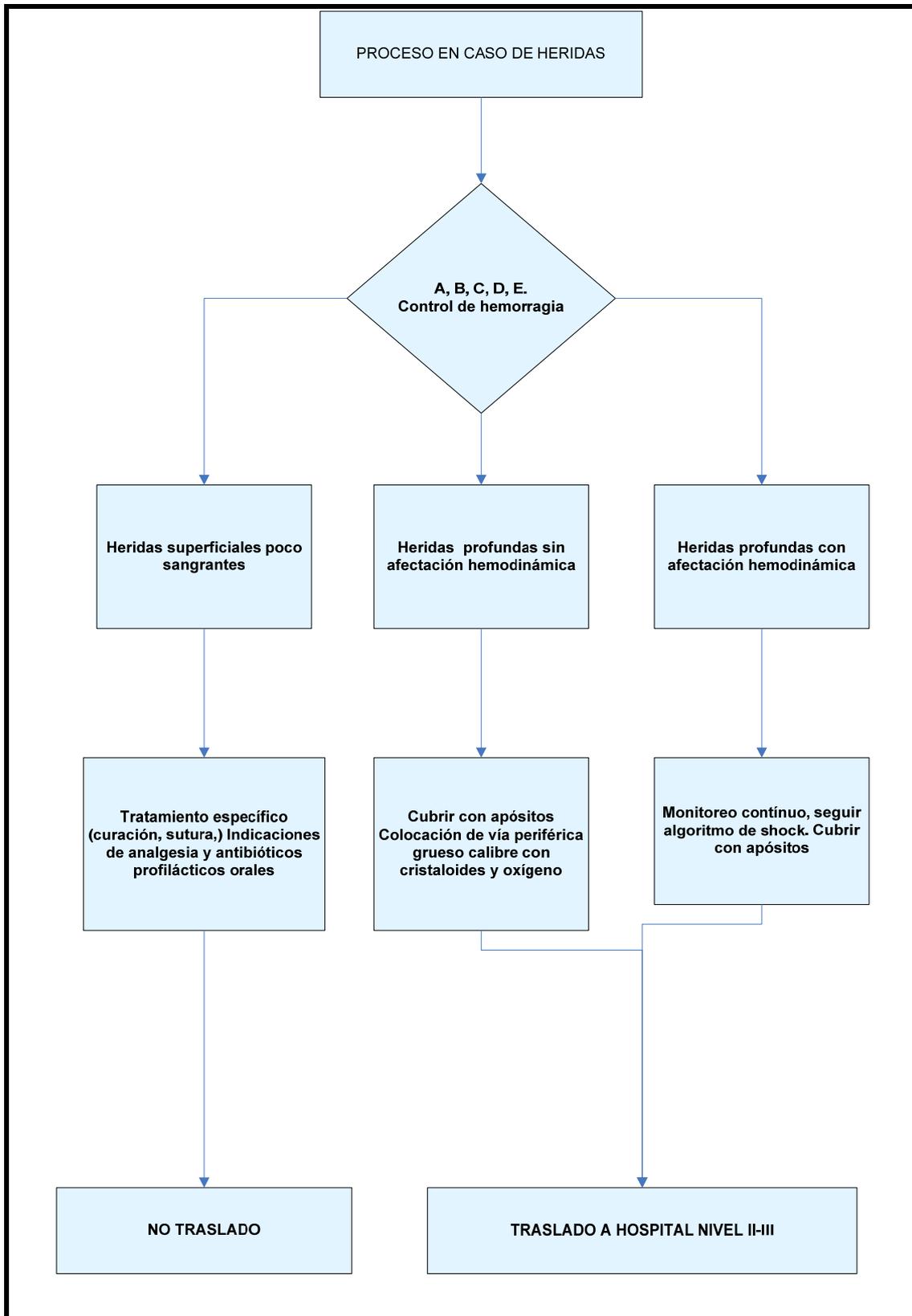
INICIO: INGRESO DEL PACIENTE FIN: Estabilidad del Paciente

#### 5. INDICADORES DE GESTIÓN

- ⇒ Eficiencia
- ⇒ Satisfacción
- ⇒ Calidad

# ANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: HERIDAS



# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: HIPERGLICEMIA

### Objetivos clave:

1. Reanimar y restablecer las funciones vitales y optimizar la oxigenación y perfusión de los tejidos en el menor tiempo posible.
2. Monitorizar de manera meticulosa y permanente al paciente
3. Mantener la estabilidad hemodinámica.
4. Controlar y monitorear niveles de glicemia
5. Compensar los niveles hídricos
6. Realizar el traslado adecuado a centro asistencial (Nivel II-III)

### CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

(Todos los pasos deben realizarse en forma simultánea, estandarizada y ordenada)

#### 1. Revisión primaria:

- A, B, C, D, E.
- Monitorización, oxigenoterapia.
- Glucotest

- Comunicar a la casa asistencial de la llegada del paciente

#### 2. Revisión secundaria:

- Examen minucioso de cabeza a pies
- Colocación de vía periférica con solución salina 1000ml en la primera hora.
- Historia Clínica Prehospitalaria (Anexo 002)
- Traslado a Hospital (Nivel II-III)

#### 3. PRECAUCIONES GENERALES:

- Mantener una adecuada saturación de oxígeno (sobre 90%)
- Mantener adecuada estabilidad hemodinámica.
- Hidratación adecuada

#### 4. LIMITES DEL PROCESO

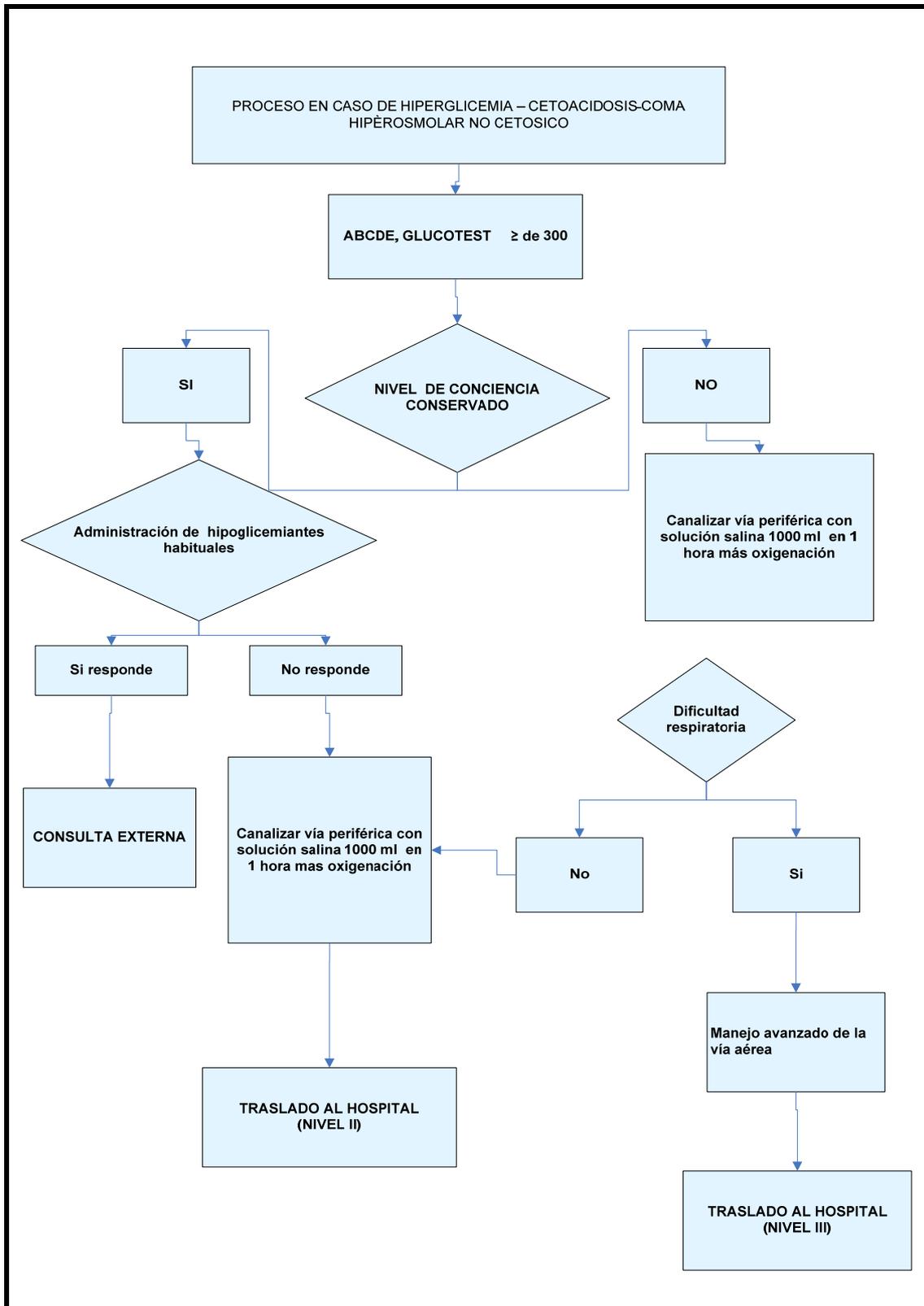
INICIO: INGRESO DEL PACIENTE FIN: Estabilidad del Paciente

#### 5. INDICADORES DE GESTIÓN

- ⇒ Eficiencia
- ⇒ Satisfacción
- ⇒ Calidad

# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: HIPERGLICEMIA



# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: HIPOGLICEMIA

### Objetivos clave:

1. Reanimar y restablecer las funciones vitales y optimizar la oxigenación y perfusión de los tejidos en el menor tiempo posible.
2. Monitorizar de manera meticulosa y permanente al paciente
3. Mantener la estabilidad hemodinámica.
4. Controlar y monitorear niveles de glicemia
5. Compensar la glicemia a niveles normales
6. Realizar el traslado adecuado a centro asistencial (Nivel II)

### CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

(Todos los pasos deben realizarse en forma simultánea, estandarizada y ordenada)

#### 1. Revisión primaria:

- A, B, C, D, E.
- Monitorización, oxigenoterapia.
- Glucotest

- Comunicar a la casa asistencial de la llegada del paciente

#### 2. Revisión secundaria:

- Examen minucioso de cabeza a pies
- Colocación de vía periférica. Pasar 20 gramos de glucosa a chorro (200 ml de dextrosa a 10% o 50 ml de dextrosa a 50%)
- Historia Clínica Prehospitalaria (Anexo 002)
- Traslado a Hospital (Nivel II)

#### 3. PRECAUCIONES GENERALES:

- Mantener una adecuada saturación de oxígeno (sobre 90%)
- Mantener adecuada estabilidad hemodinámica.
- Lograr un nivel adecuado de glicemia.

#### 4. LIMITES DEL PROCESO

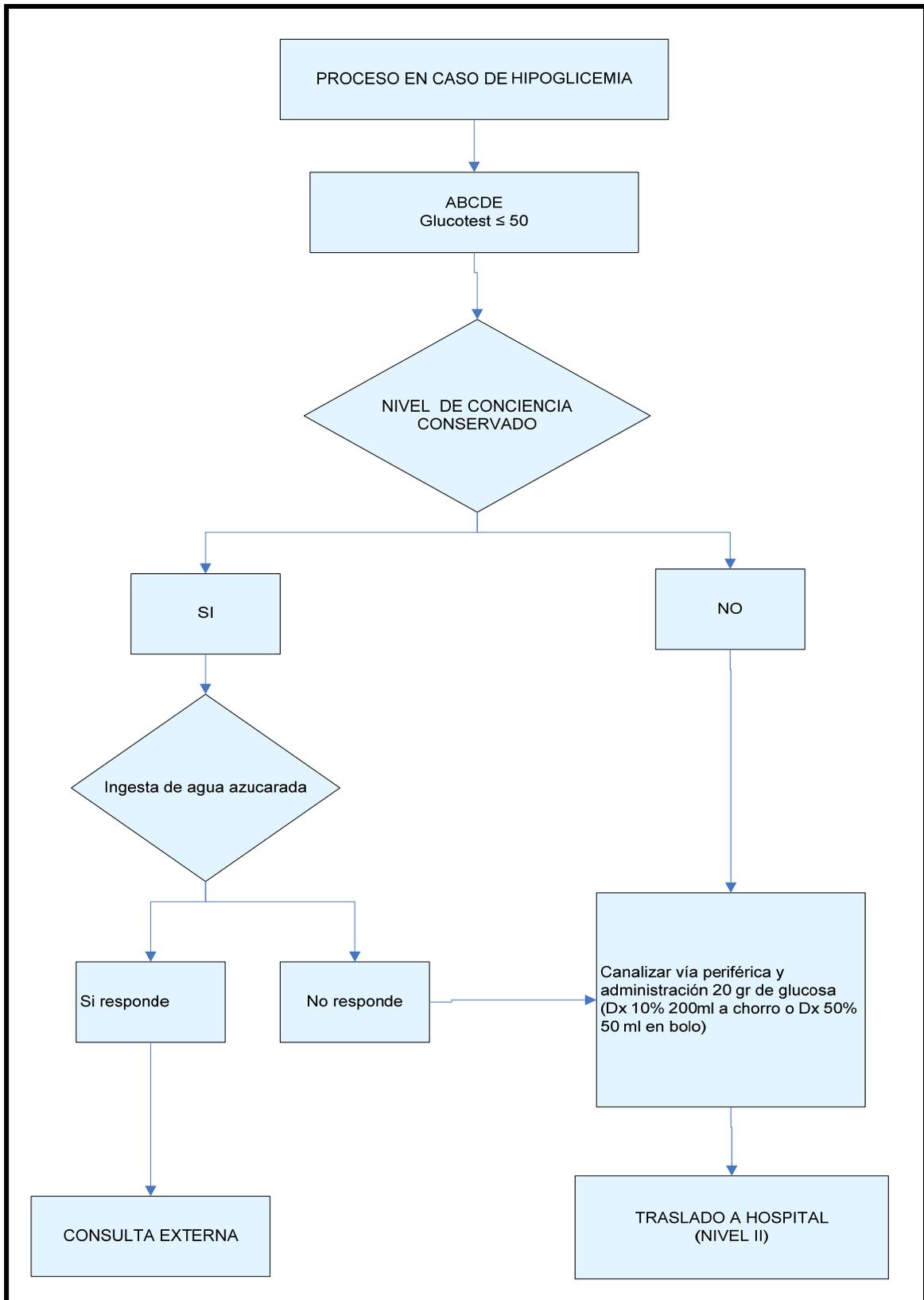
INICIO: INGRESO DEL PACIENTE

FIN: Estabilidad del Paciente

#### 5. INDICADORES DE GESTIÓN

- ⇒ Eficiencia
- ⇒ Satisfacción
- ⇒ Calidad

**MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS**  
**NOMBRE DEL PROCESO: HIPOGLICEMIA**



# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: INTOXICACIÓN

### Objetivos clave:

- 1.- Restablecer las funciones vitales y optimiza la oxigenación y perfusión de los tejidos.
- 2.- Disminuir la absorción del tóxico
- 3.- Delinear el mecanismo de la intoxicación
- 4.- Examen físico inicial meticuloso y repetido a intervalos regulares
- 5.- Mantener un alto índice de sospecha en casos de alteración emocional
- 6.- Trasladar a la Unidad de salud del nivel II III

### CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

#### 1. Revisión primaria:

- Buscar lesiones que comprometan la vida en A, B, C, D, E.
- Estabilización de signos vitales
- Ubicar la sustancia tóxica ingerida y llevarla a la unidad de salud

- Comunicar a la casa asistencial de la llegada del paciente

#### 2. Revisión secundaria:

- Examen minucioso de cabeza a pies buscando lesiones ocultas que no se encontraron en la revisión primaria.
- Utilización de sustancias que disminuyan la absorción del tóxico
- Historia Clínica Prehospitalaria (Anexo 002)
- Examen neurológico
- Escala de Coma de Glasgow

#### 3. PRECAUCIONES GENERALES:

- No utilizar sondas ni provocar vómito en caso de ingesta de álcalis o ácidos
- Mantener una Presión arterial Media en 90 mm de Hg
- Mantener una saturación de oxígeno sobre 90%
- Cualquier paciente que sufre intoxicación debe considerarse que debe ser trasladado a una unidad de salud nivel II III.

#### 4. LIMITES DEL PROCESO

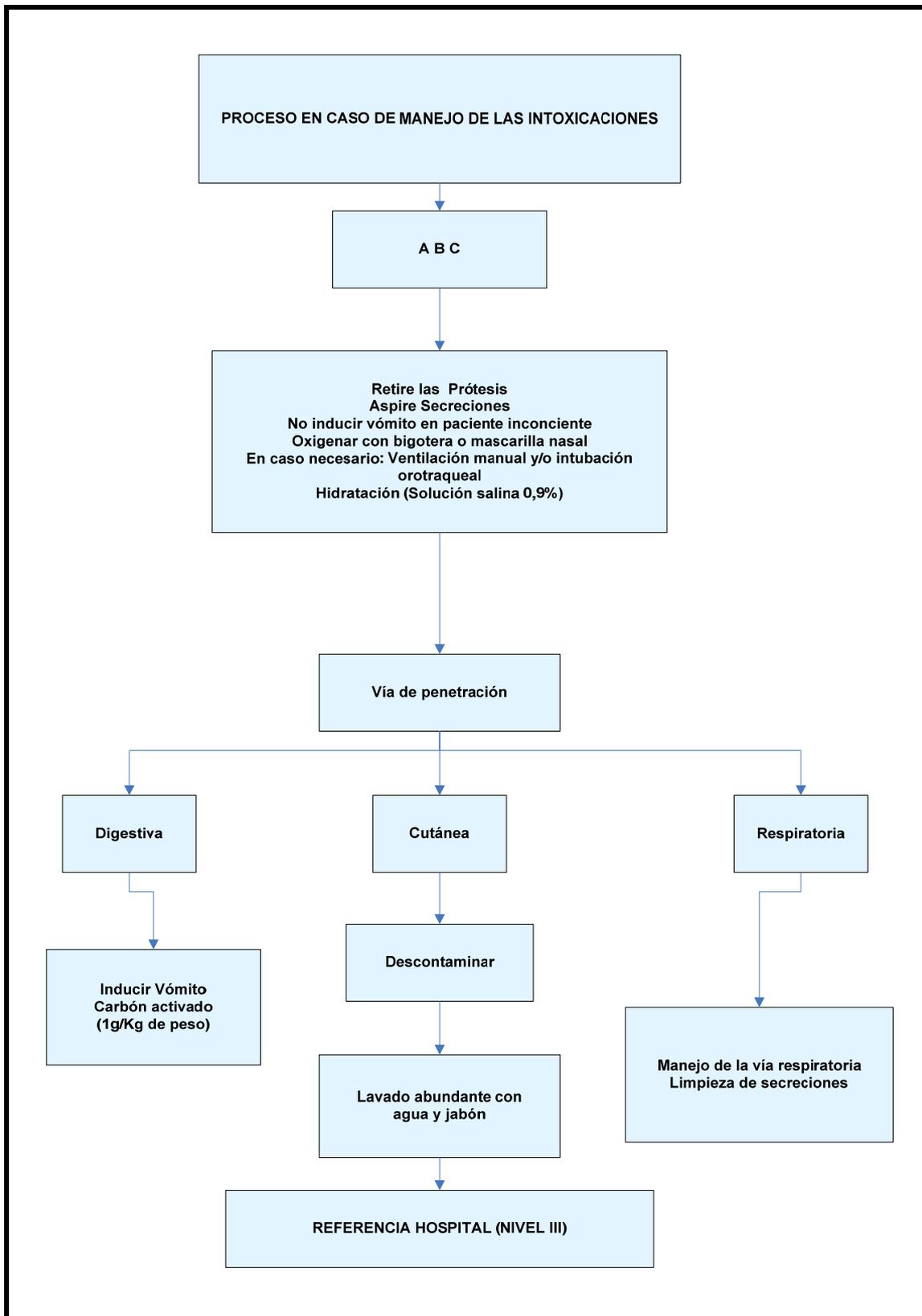
**INICIO:** INGRESO DEL PACIENTE **FIN:** Estabilidad del Paciente

#### 5. INDICADORES DE GESTIÓN

- ⇒ Eficiencia
- ⇒ Satisfacción
- ⇒ Calidad

# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: INTOXICACIÓN



# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: ALTERACION PERSONALIDAD PSIQUIATRICOS

### Objetivos clave:

1.- Restablecer las funciones vitales y optimizar la oxigenación y perfusión de los tejidos (cerebro, corazón, riñón).

2.- Delinear la causa del desequilibrio psiquiátrico

3.- Monitorizar de manera meticulosa y periódica al paciente

4.- Mantener la estabilidad hemodinámica.

5.- Realizar el traslado adecuado a centro asistencial de acuerdo a complejidad

### CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

#### Seguridad de la escena

##### 1. Revisión primaria:

- A, B, C, D, E.
- Estabilización y monitoreo
- Comunicar a la casa asistencial de la llegada del paciente

##### 2. Revisión secundaria:

- Examen minucioso de cabeza a pies buscando lesiones ocultas que no se encontraron en la revisión primaria.
- Historia Clínica Prehospitalaria (Anexo 002)

##### 3. PRECAUCIONES GENERALES:

- Mantener la seguridad ante el paciente, en casos de agresión
- Mantener una Presión arterial adecuada (TAS 90 mm de Hg)
- Mantener una adecuada saturación de oxígeno (sobre 90%)
- Manejar adecuadamente la medicación psicotrópica

##### 4. LIMITES DEL PROCESO

INICIO: INGRESO DEL PACIENTE

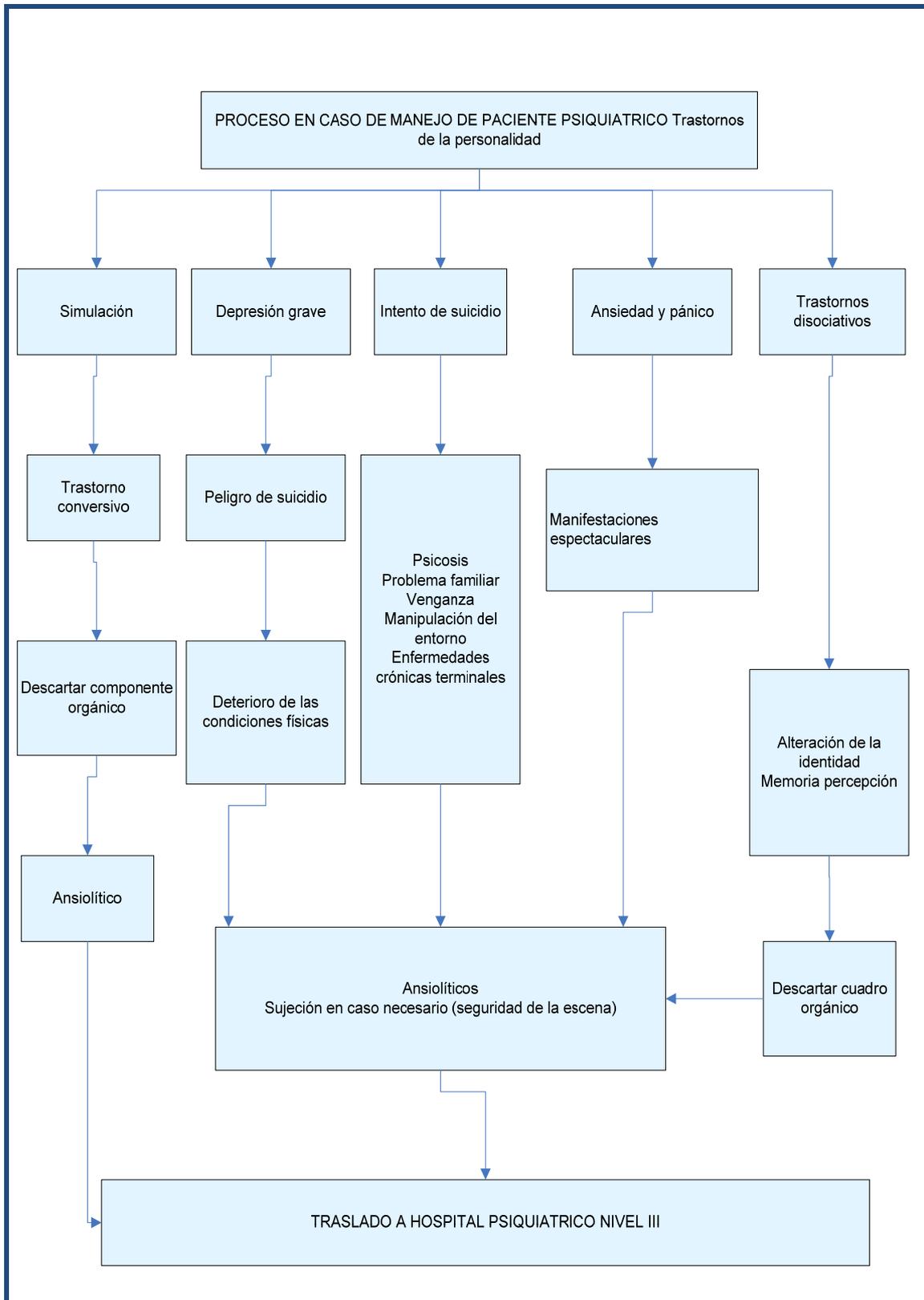
FIN Estabilidad del Paciente

##### 5. INDICADORES DE GESTIÓN

- ⇒ Eficiencia
- ⇒ Satisfacción
- ⇒ Calidad

# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: PERSONALIDAD



# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: ALTERACION COMPORTAMIENTO

### Objetivos clave:

- 1.- Delinear la causa del desequilibrio psiquiátrico
- 2.- Monitorizar de manera meticulosa y periódica al paciente
- 3.- Mantener la estabilidad hemodinámica.
- 4.- Realizar el traslado adecuado a centro asistencial de acuerdo a complejidad

### CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

#### Seguridad de la escena

##### 1.- Revisión primaria:

- A, B, C, D, E.

##### Estabilización y monitoreo

- Comunicar a la casa asistencial de la llegada del paciente

##### 2.-Revisión secundaria:

- Examen minucioso de cabeza a pies buscando lesiones ocultas que no se encontraron en la revisión primaria.
- Historia Clínica Prehospitalaria (Anexo 002)
- Escala de Coma de Glasgow
- 

##### 3.-PRECAUCIONES GENERALES:

- Mantener la seguridad ante el paciente, en casos de agresión
- Mantener una Presión arterial adecuada (TAS 90 mm de Hg)
- Mantener una adecuada saturación de oxígeno (sobre 90%)
- Manejar adecuadamente la medicación psicotrópica

##### 4. LIMITES DEL PROCESO

INICIO: INGRESO DEL PACIENTE

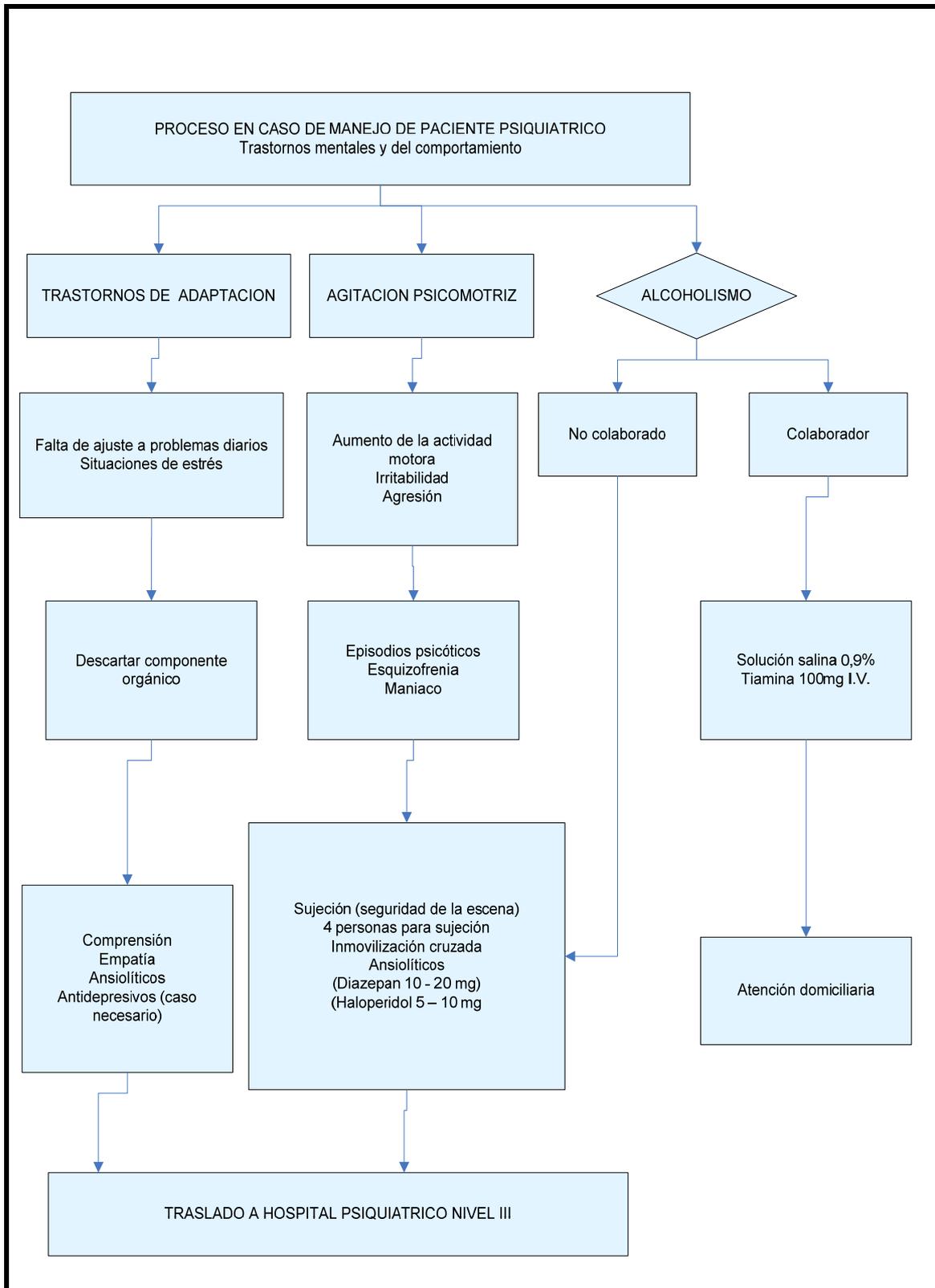
FIN: Estabilidad del Paciente

##### 5. INDICADORES DE GESTION

- ⇒ Eficiencia
- ⇒ Satisfacción
- ⇒ Calidad

# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: ALTERACION COMPORTAMIENTO



# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: MORDEDURA DE SERPIENTE

### Objetivos clave:

1. Restablecer las funciones vitales y optimizar la oxigenación y perfusión de los tejidos.

2. Control de vía aérea, monitorización de signos vitales

3. Delinear las características de la víbora, y el grado de lesión.

4. Trasladar a centro hospitalario nivel II-III

5. Iniciar lo más pronto el anti veneno.

### CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

#### 1. Revisión primaria:

- Buscar lesiones que comprometan la vida en A, B, C, D, E.
- Estabilización de signos vitales
- Comunicar a la casa asistencial de la llegada del paciente

#### 2. Revisión secundaria:

- Examen minucioso de cabeza a pies buscando lesiones ocultas que no se encontraron en la revisión primaria.
- Examen físico inicial meticuloso y repetido a intervalos regulares
- Canalizar vía periférica con solución salina
- Historia Clínica Prehospitalaria (Anexo 002)
- Examen neurológico

#### 3. PRECAUCIONES GENERALES:

- Mantener una Presión arterial Media en 90 mm de Hg
  - Mantener una saturación de oxígeno sobre 90%

#### 4. LIMITES DEL PROCESO

INICIO: INGRESO DEL PACIENTE

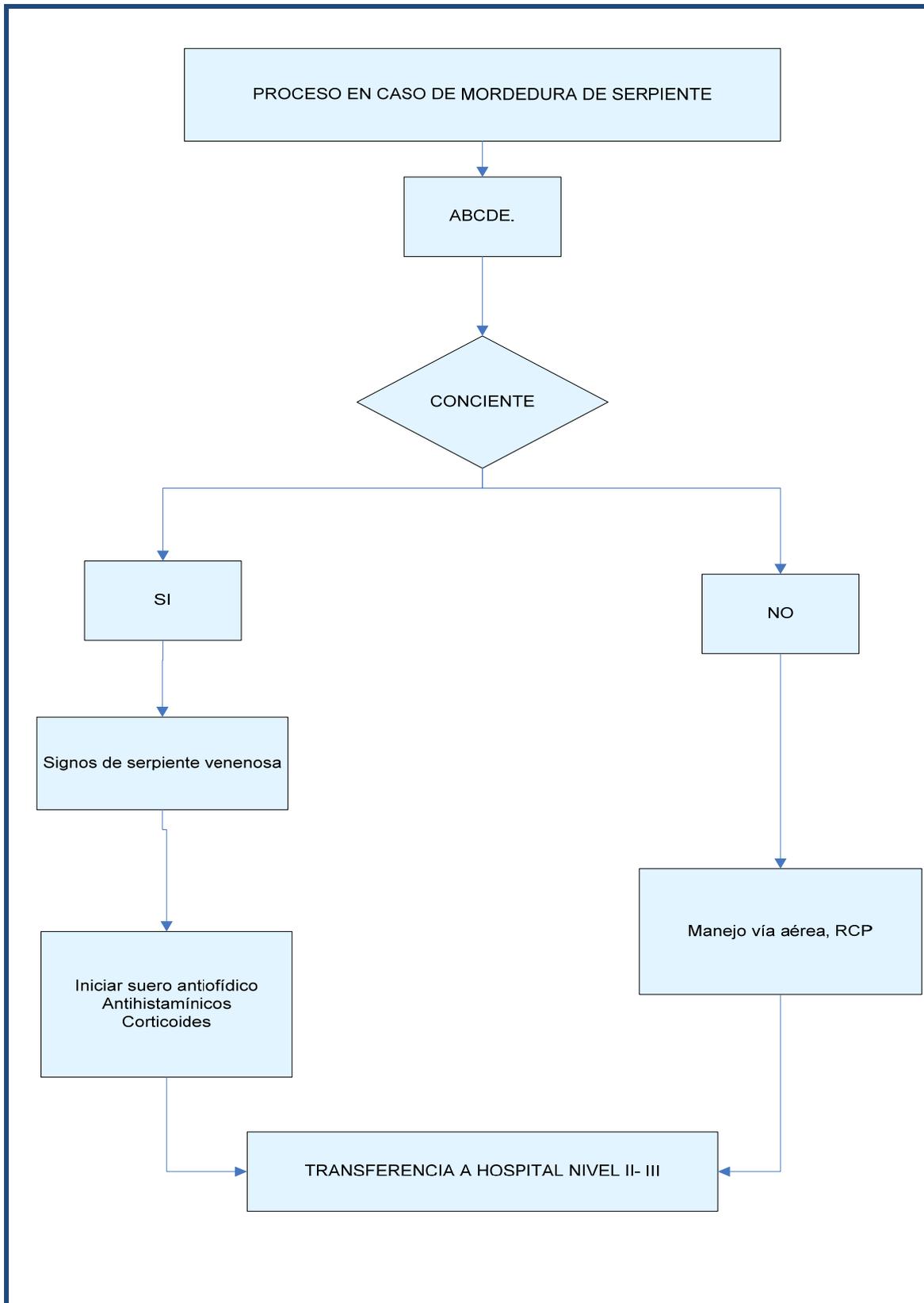
FIN: Estabilidad del Paciente

#### 5. INDICADORES DE GESTIÓN

- ⇒ Eficiencia
- ⇒ Satisfacción
- ⇒ Calidad

# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: MORDEDURA DE SERPIENTE



# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: NEUMOTÓRAX

### Objetivos clave:

1. Reanimar y restablecer las funciones vitales y optimizar la oxigenación y perfusión de los tejidos en el menor tiempo posible.
2. Monitorizar de manera meticulosa y permanente al paciente
3. Mantener la estabilidad hemodinámica.
4. Realizar el traslado adecuado a centro asistencial (Nivel III)

### CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

(Todos los pasos deben realizarse en forma simultánea, estandarizada y ordenada)

#### 1. Revisión primaria:

- A, B, C, D, E.
- Oxigenoterapia (100%)
- Vía periférica y monitorización
- EKG

- Comunicar a la casa asistencial de la llegada del paciente

#### 2. Revisión secundaria:

- Examen minucioso de cabeza a pies
- Historia Clínica Prehospitalaria (Anexo 002)
- Traslado al Hospital (Nivel II-III)

#### 3. PRECAUCIONES GENERALES:

- Descompresión con catéter en el II espacio intercostal línea medio clavicular
- Manejo avanzado de la vía aérea de ser necesario.
- Mantener una adecuada saturación de oxígeno (sobre 90%)

#### 4. LIMITES DEL PROCESO

INICIO: INGRESO DEL PACIENTE

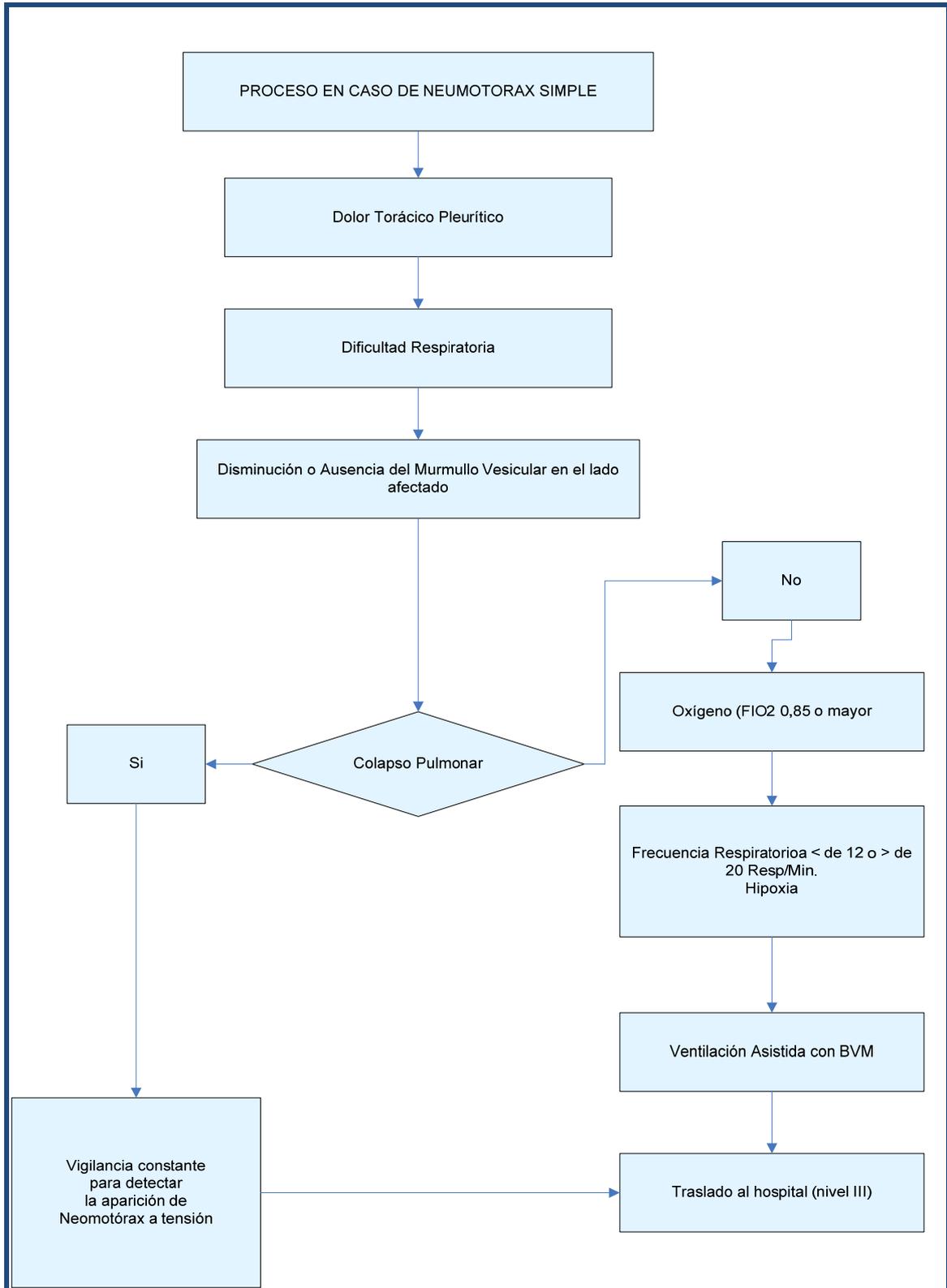
FIN: Estabilidad del Paciente

#### 5. INDICADORES DE GESTIÓN

- ⇒ Eficiencia
- ⇒ Satisfacción
- ⇒ Calidad

# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: NEUMOTÓRAX



# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: PACIENTES CON OVACE

### Objetivos clave:

1. Reanimar y restablecer las funciones vitales y optimizar la oxigenación y perfusión de los tejidos en el menor tiempo posible.
2. Expulsar o extraer el cuerpo extraño.
3. Monitorizar de manera meticulosa y permanente al paciente
4. Mantener la estabilidad hemodinámica.
5. Realizar el traslado adecuado a centro asistencial (Nivel II)

### CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

(Todos los pasos deben realizarse en forma simultánea, estandarizada y ordenada)

#### 1. Revisión primaria:

- A, B, C, D, E.

Comunicar a la casa asistencial de la llegada del paciente

#### 2. Revisión secundaria

- Historia Clínica Prehospitalaria (Anexo 002)

#### 3. PRECAUCIONES GENERALES:

- Realizar maniobra de Heimlich (consciente)
- RCP (Inconsciente)
- Mantener una adecuada saturación de oxígeno (sobre 90%)

#### 4. LIMITES DEL PROCESO

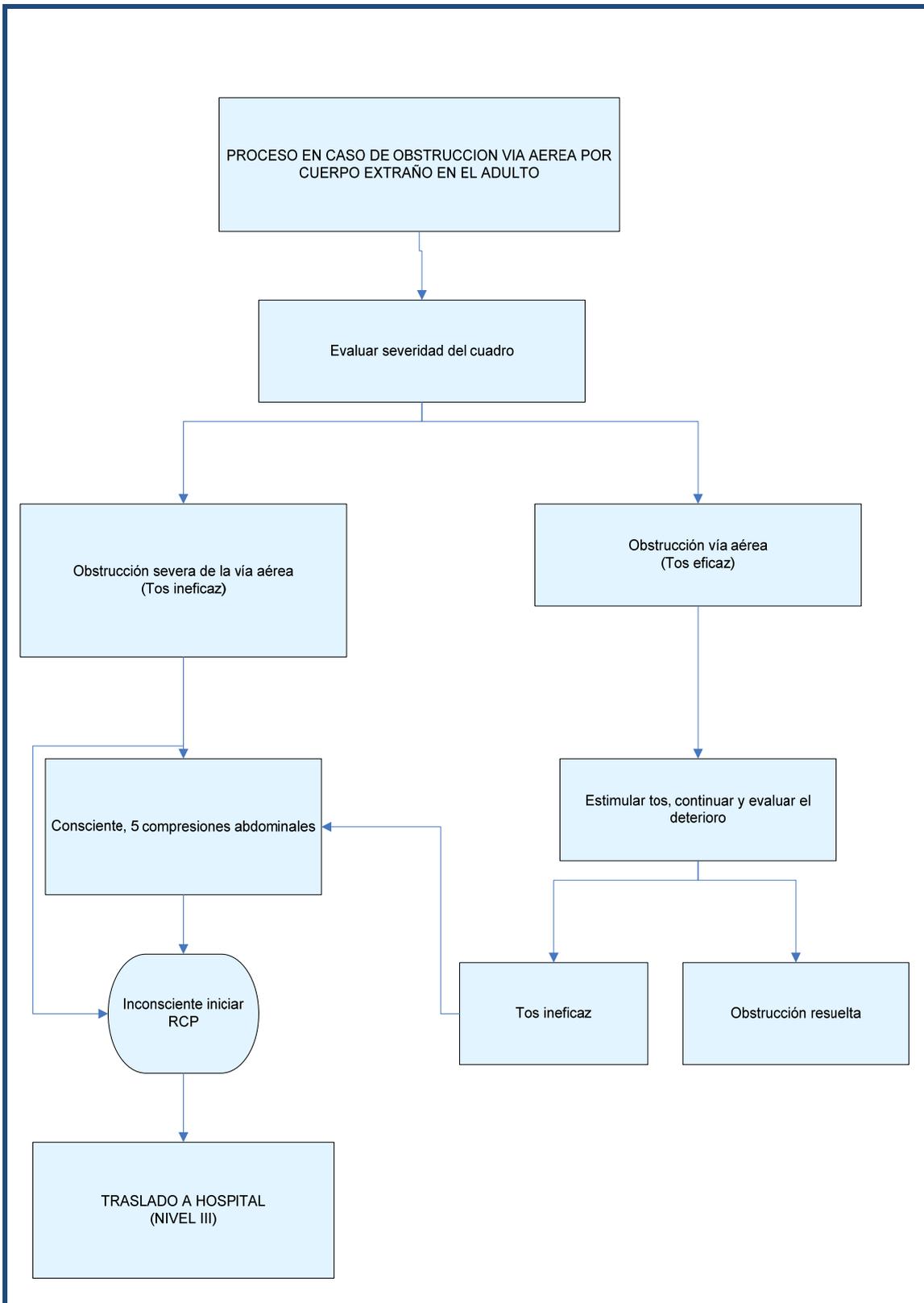
INICIO: INGRESO DEL PACIENTE

FIN: Estabilidad del Paciente

#### 5. INDICADORES DE GESTIÓN

- ⇒ Eficiencia
- ⇒ Satisfacción
- ⇒ Calidad

**MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS**  
**NOMBRE DEL PROCESO: PACIENTES CON OVACE**



# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: PACIENTE POLITRAUMATIZADO

### Objetivos clave:

1.- Identificar rápidamente al traumatizado con lesiones críticas.

2.- Establecer prioridades de atención.

3.- Estabilización esencial, apropiada y eficiente tanto en el campo como en el trayecto.

### CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

#### 1. Revisión primaria:

- Buscar lesiones que comprometan la vida en A, B, C, D, E.

- Comunicar a la casa asistencial de la llegada del paciente

#### 2. Revisión secundaria:

- Examen minucioso de cabeza a pies buscando lesiones ocultas que no se encontraron en la revisión primaria.
- Examen físico inicial meticuloso y repetido a intervalos regulares
- Historia Clínica Prehospitalaria (Anexo 002)
- Examen neurológico
- Valoración escala de coma de Glasgow

#### 3. PRECAUCIONES GENERALES:

- Realizar una evaluación rápida del paciente críticamente traumatizado.
- Tratamiento del estado de shock e hipoxemia.
- Rápido transporte a un Hospital de acuerdo a la gravedad del paciente

#### 4. LIMITES DEL PROCESO

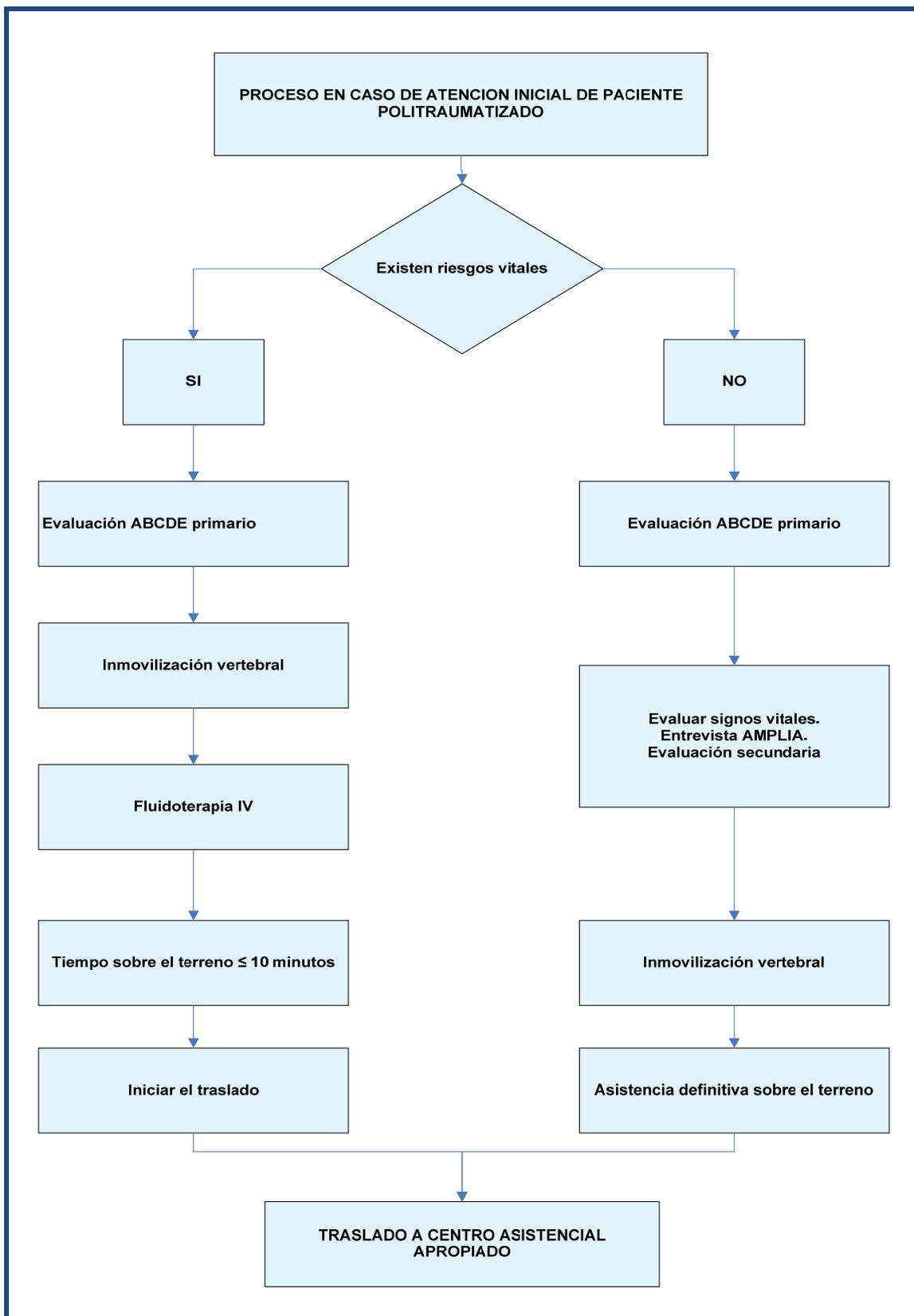
INICIO: INGRESO DEL PACIENTE FIN: Estabilidad del Paciente

#### 5. INDICADORES DE GESTIÓN

- ⇒ Eficiencia
- ⇒ Satisfacción
- ⇒ Calidad

# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: PACIENTE POLITRAUMATIZADO



# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: PARTO

### Objetivos clave:

1. Examen físico inicial meticuloso y repetido a intervalos regulares
2. Mantener la estabilidad hemodinámica y emocional de la paciente.
3. Monitorizar madre e hijo.
4. Proporcionar una adecuada analgesia
5. Traslado a centro asistencial especializado mientras sea posible.

### CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

#### 1. Revisión primaria:

- Buscar lesiones que comprometan la vida en A, B, C, D, E.
- Estabilización monitoreo madre e hijo

- Comunicar a la casa asistencial de la llegada del paciente

#### 2. Revisión secundaria:

- Examen minucioso emplear maniobras de Leopold, FCF, AU, MF.
- Tacto vaginal si se cuenta con personal calificado para evaluar modificaciones del cérvix presencia de sangrado o líquido amniótico
- Historia Clínica Prehospitalaria (Anexo 002)

#### 3. PRECAUCIONES GENERALES:

- Mantener una saturación de oxígeno sobre 90%
- Mantener una adecuada saturación de oxígeno (sobre 90%)
- Evitar daños anatómicos.( desgarros)
- No Permitir que la madre vaya al baño; explicar que la sensación de ir al baño es indicativa de que viene el bebé
- No retrasar el parto (la madre) cruzando las piernas de la madre o empujando la cabeza del bebé dentro de la vagina, se puede lesionar al bebé gravemente.
- Controlar el sangrado postparto.
- Administración de uterotónicos (ocitocina – methergin – citotec,). Revisar la episiotomía que puede determinar el punto sangrante.

#### 4. LIMITES DEL PROCESO

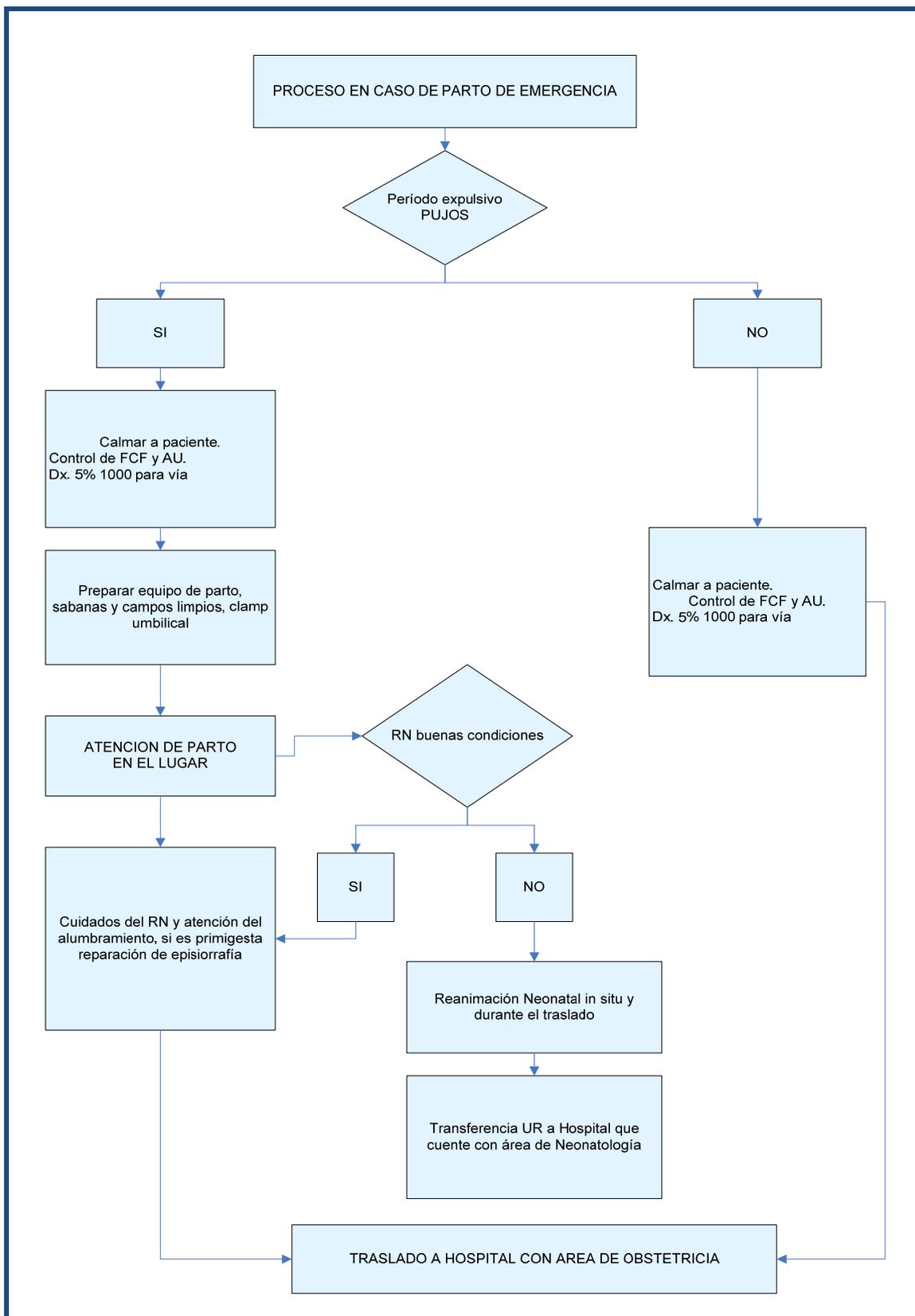
**INICIO:** INGRESO DEL PACIENTE **FIN:** Estabilidad del Paciente

#### 5. INDICADORES DE GESTIÓN

- ⇒ Eficiencia
- ⇒ Satisfacción
- ⇒ Calidad

# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: PARTO



# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: PICADURAS DE INSECTOS

### Objetivos clave:

1. Restablecer las funciones vitales y optimizar la oxigenación y perfusión de los tejidos.
2. Control de vía aérea, monitorización de signos vitales
3. Delinear las características del insecto.
4. Trasladar a centro hospitalario nivel II-III

### CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

#### 1. Revisión primaria:

- Buscar lesiones que comprometan la vida en A, B, C, D, E.  
Estabilización de signos vitales

- Comunicar a la casa asistencial de la llegada del paciente

#### 2. Revisión secundaria:

- Examen minucioso de cabeza a pies buscando lesiones ocultas que no se encontraron en la revisión primaria.
- Examen físico inicial meticuloso y repetido a intervalos regulares
- Canalizar vía periférica con solución salina
- Historia Clínica Prehospitalaria (Anexo 002)
- Examen neurológico

#### 3. PRECAUCIONES GENERALES:

- Mantener una Presión arterial Media en 90 mm de Hg
  - Mantener una saturación de oxígeno sobre 90%

#### 4. LIMITES DEL PROCESO

INICIO: INGRESO DEL PACIENTE

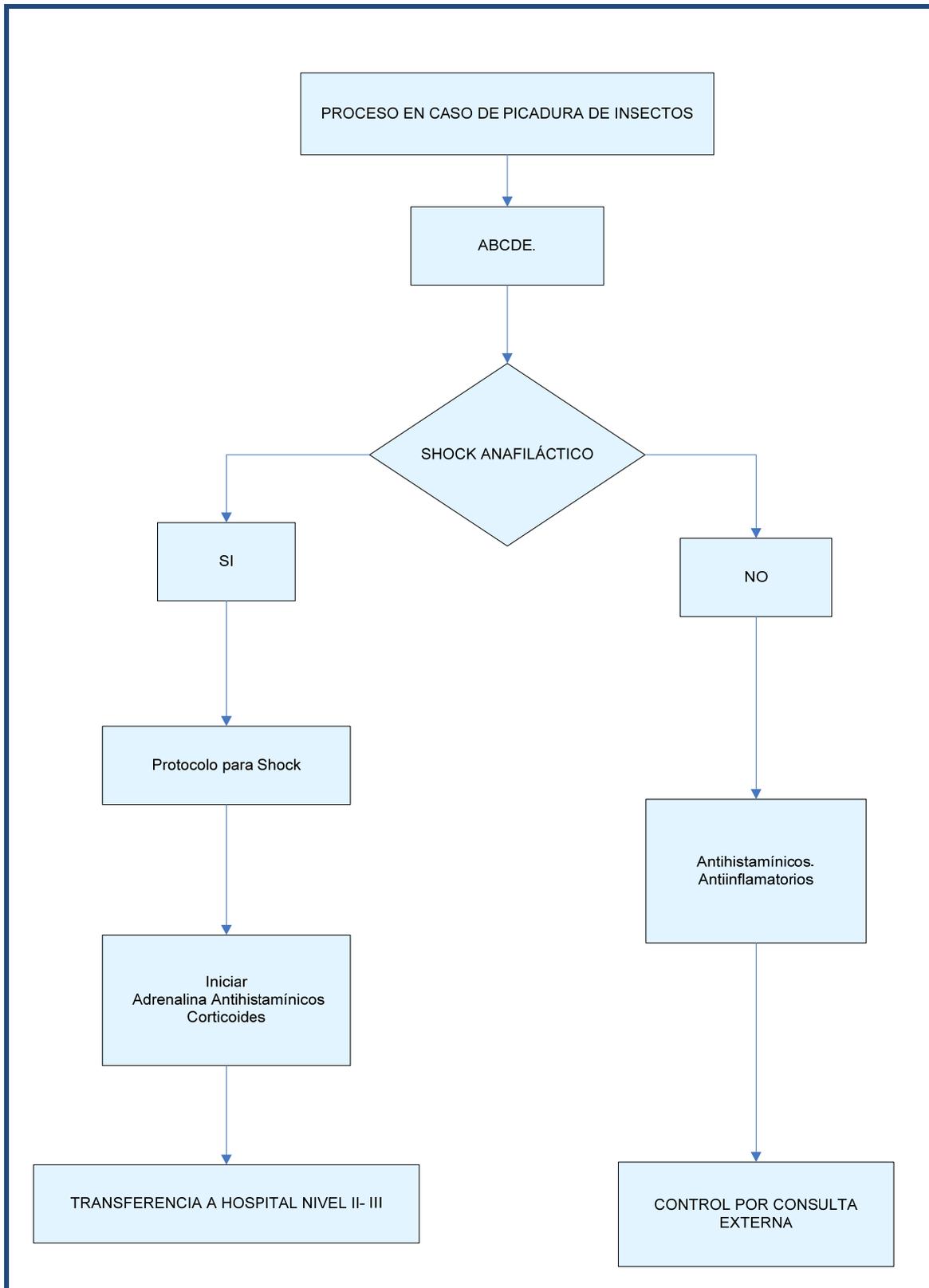
FIN: Estabilidad del Paciente

#### 5. INDICADORES DE GESTIÓN

- ⇒ Eficiencia
- ⇒ Satisfacción
- ⇒ Calidad

# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: PICADURAS DE INSECTOS



# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA

### Objetivos clave:

1. Restablecer las funciones vitales y optimiza la oxigenación y perfusión de los tejidos.
2. Delinear la severidad de cuadro
3. Examen físico inicial meticuloso y repetido a intervalos regulares
4. Mantener un alto índice de sospecha para signos y síntomas de inestabilidad.
5. Monitorizar madre e hijo.
6. Iniciar tratamiento específico en eclampsia o preeclampsia grave
7. Traslado a centro asistencial especializado.

### CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

#### 1. Revisión primaria:

- Buscar lesiones que comprometan la vida en A, B, C, D, E.
- Estabilización de signos vitales

- Comunicar a la casa asistencial de la llegada del paciente

#### 2. Revisión secundaria:

- Examen minucioso de cabeza a pies.
- Historia Clínica Prehospitalaria (Anexo 002)
- Examen neurológico y cardiológico.

#### 3. PRECAUCIONES GENERALES:

- Iniciar los medios necesarios para evitar que la TA se eleve aun más.
  - Mantener una saturación de oxígeno sobre 90%
  - Si hay convulsiones iniciar tratamiento para preeclampsia grave o eclampsia.
- 2.

#### 4. LIMITES DEL PROCESO

INICIO: INGRESO DEL PACIENTE

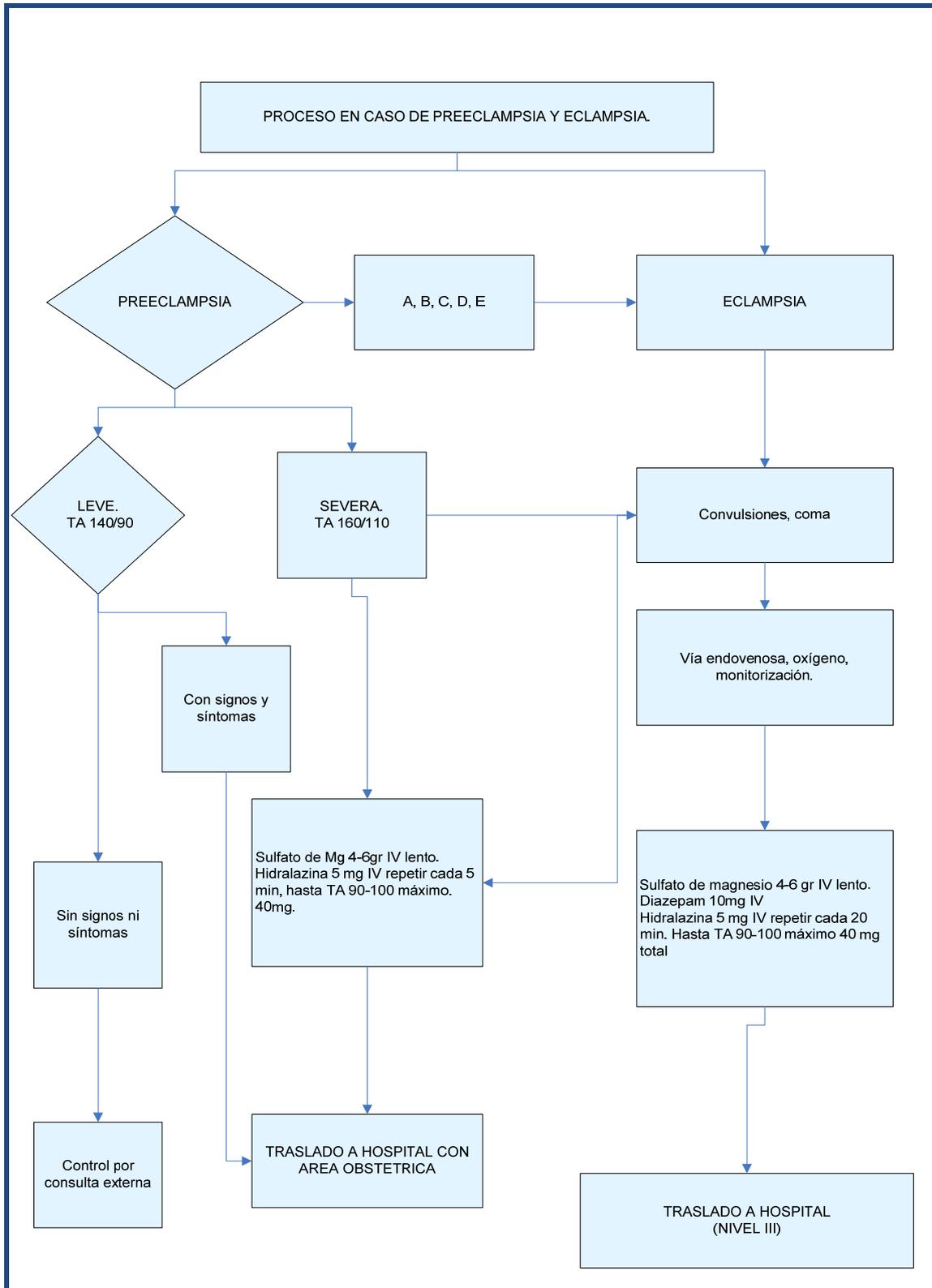
FIN: Estabilidad del Paciente

#### 5. INDICADORES DE GESTIÓN

- ⇒ Eficiencia
- ⇒ Satisfacción
- ⇒ Calidad

# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA



# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: QUEMADURAS

### Objetivos clave:

1. Priorizar el manejo adecuado de la vía aérea. Detectar y tratar tempranamente lesiones por inhalación.
2. Hidratación adecuada.
3. Evitar daño renal.
4. Prevenir infecciones.
5. Tratar el dolor.

### CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

#### 1. Retirar al paciente de la fuente de calor

Inmovilización cervical con collar Filadelfia

Tabla de inmovilización espinal larga.

Cubrir al paciente con sábanas limpias y húmedas dependiendo de la extensión de la quemadura evitando la hipotermia.

Inmovilización de extremidades lesionadas.

Hidratación Agresiva con cristaloides, canalizar dos vías periféricas con catéteres de grueso calibre (16-18).

Comunicar al Hospital la llegada del paciente

#### 2. Revisión primaria:

- Buscar lesiones que comprometan la vida en A, B, C, D.

• Inmovilización de signos vitales

#### 3. Revisión secundaria:

- Examen minucioso de cabeza a pies buscando lesiones ocultas que no se encontraron en la revisión primaria.
- Determinar extensión y grado de la quemadura.
- Historia clínica dirigida: mecanismo y tipo de la quemadura.
- Examen neurológico
- Escala de Coma de Glasgow

#### 4. PRECAUCIONES GENERALES:

- Mover al paciente, con control de columna.
- Mantener una Presión arterial sistólica en 90 mm de Hg
- Mantener una saturación de oxígeno sobre 90%
- Monitoreo electrocardiográfico de contar con el equipo, oximetría de pulso
- Pacientes con quemaduras en cara y cuello poner especial atención en el manejo de vía aérea
- Pacientes con sospecha de quemadura por inhalación en ambiente cerrado y signos como estridor: intubar tempranamente, si no es posible cricotiroidectomía.
- Todo paciente con quemadura eléctrica debe ser derivado a la unidad de quemados
- Determinar la extensión de la quemadura y la severidad y profundidad
- Hidratación: Cristaloides
- Analgesia: - Ketorolaco
- Quemaduras químicas retiro de ropa e irrigación continua con agua
- Quemaduras químicas en el ojo: irrigación continua.
- Para el paciente con quemaduras solar de primer grado o de segundo grado menos del 10% no transporte y control por consulta externa con indicación de analgésicos, cremas locales, aseo diario de la zona quemada, más vendaje

**5. CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN.** Pacientes portadores de quemadura eléctrica con sospecha de alto voltaje, quemadura química, quemaduras faciales, de cuello, quemaduras en áreas especiales, quemaduras de 2do grado en niños menores de 2 años y mayores de 70 años y portadores de enfermedades crónicas, EPOC, Diabetes, Cáncer, SIDA, portadores de trauma concomitante deben ser hospitalizados.

#### 6. LIMITES DEL PROCESO

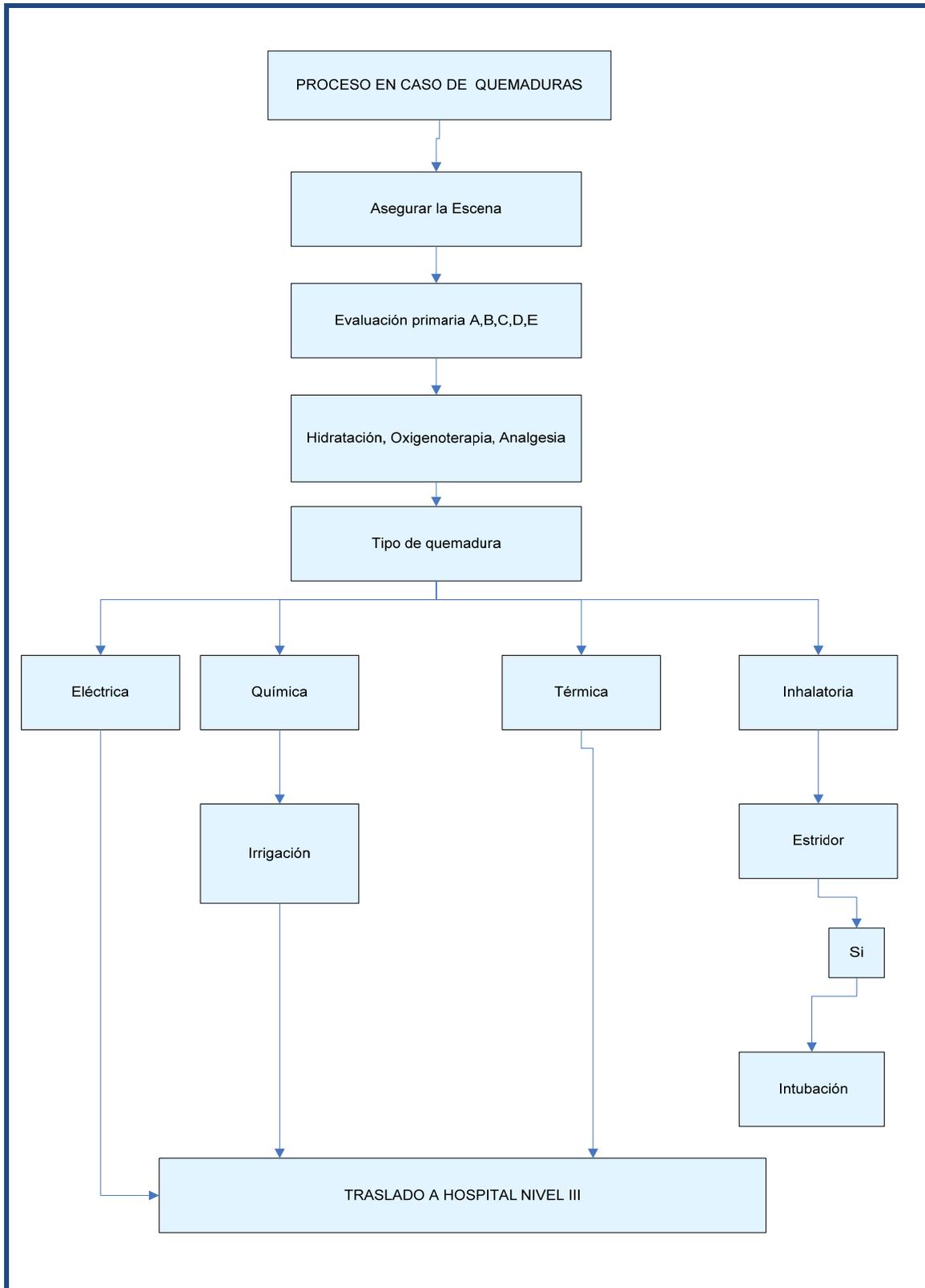
**INICIO:** INGRESO DEL PACIENTE **FIN:** Estabilidad del Paciente

#### 7 INDICADORES DE GESTIÓN

- ⇒ Eficiencia
- ⇒ Satisfacción
- ⇒ Calidad

# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: QUEMADURAS



# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: RETENCION URINARIA AGUDA

### Objetivos clave:

1. Reanimar y restablecer las funciones vitales y optimizar la oxigenación y perfusión de los tejidos en el menor tiempo posible.
2. Monitorizar de manera meticulosa y permanente al paciente
3. Mantener la estabilidad hemodinámica.
4. Controlar el dolor
5. Evacuar la vejiga
6. Realizar el traslado adecuado a centro asistencial en caso de sondaje negativo (Nivel II)

### CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

(Todos los pasos deben realizarse en forma simultánea, estandarizada y ordenada)

#### 1. Revisión primaria:

- A, B, C, D, E.
- Comunicar a la casa asistencial de la llegada del paciente

#### 2. Revisión secundaria:

- Examen minucioso de cabeza a pies
- Cateterismo vesical, sonda foley
- Uso de analgesia (diclofenaco 75 mg IM).
- Historia Clínica Prehospitalaria (Anexo 002)
- Traslado a Hospital (Nivel II) en caso de no poder evacuar vejiga

#### 3. PRECAUCIONES GENERALES:

- Mantener una adecuada saturación de oxígeno (sobre 90%)
- Mantener adecuada estabilidad hemodinámica.
- Lograr un control adecuado de dolor

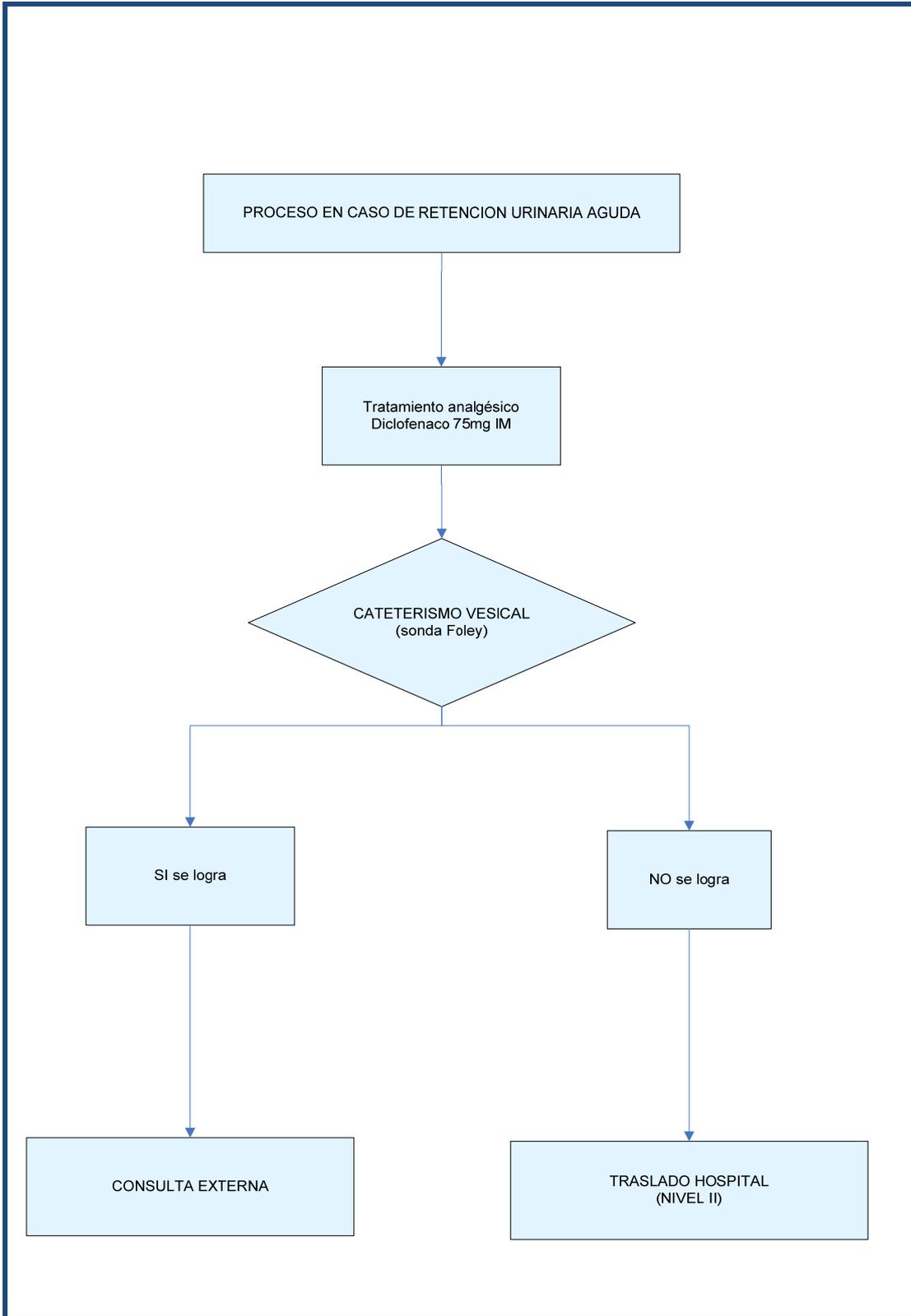
#### 4. LIMITES DEL PROCESO

INICIO: INGRESO DEL PACIENTE    FIN: Estabilidad del Paciente

#### 5. INDICADORES DE GESTIÓN

- ⇒ Eficiencia
- ⇒ Satisfacción
- ⇒ Calidad

**MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS**  
**NOMBRE DEL PROCESO: RETENCION URINARIA AGUDA**



# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: SANGRADO DIGESTIVO ALTO

### Objetivos clave:

1. Reanimar y restablecer las funciones vitales y optimizar la oxigenación y perfusión de los tejidos en el menor tiempo posible.

2. Monitorizar de manera meticulosa y permanente al paciente

3. Mantener la estabilidad hemodinámica.

4. Realizar el traslado adecuado a centro asistencial (Nivel III)

### CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

(Todos los pasos deben realizarse en forma simultánea, estandarizada y ordenada)

#### 1. Revisión primaria:

- A, B, C, D, E.
- Oxigenoterapia (100%)
- Vía periférica y monitorización

- Comunicar a la casa asistencial de la llegada del paciente

#### 2. Revisión secundaria:

- Examen minucioso de cabeza a pies
- Historia Clínica Prehospitalaria (Anexo 002)
- Traslado a Hospital (Nivel II-III)

#### 3. PRECAUCIONES GENERALES:

- Mantener una adecuada saturación de oxígeno (sobre 90%)
- Mantener adecuada estabilidad hemodinámica.

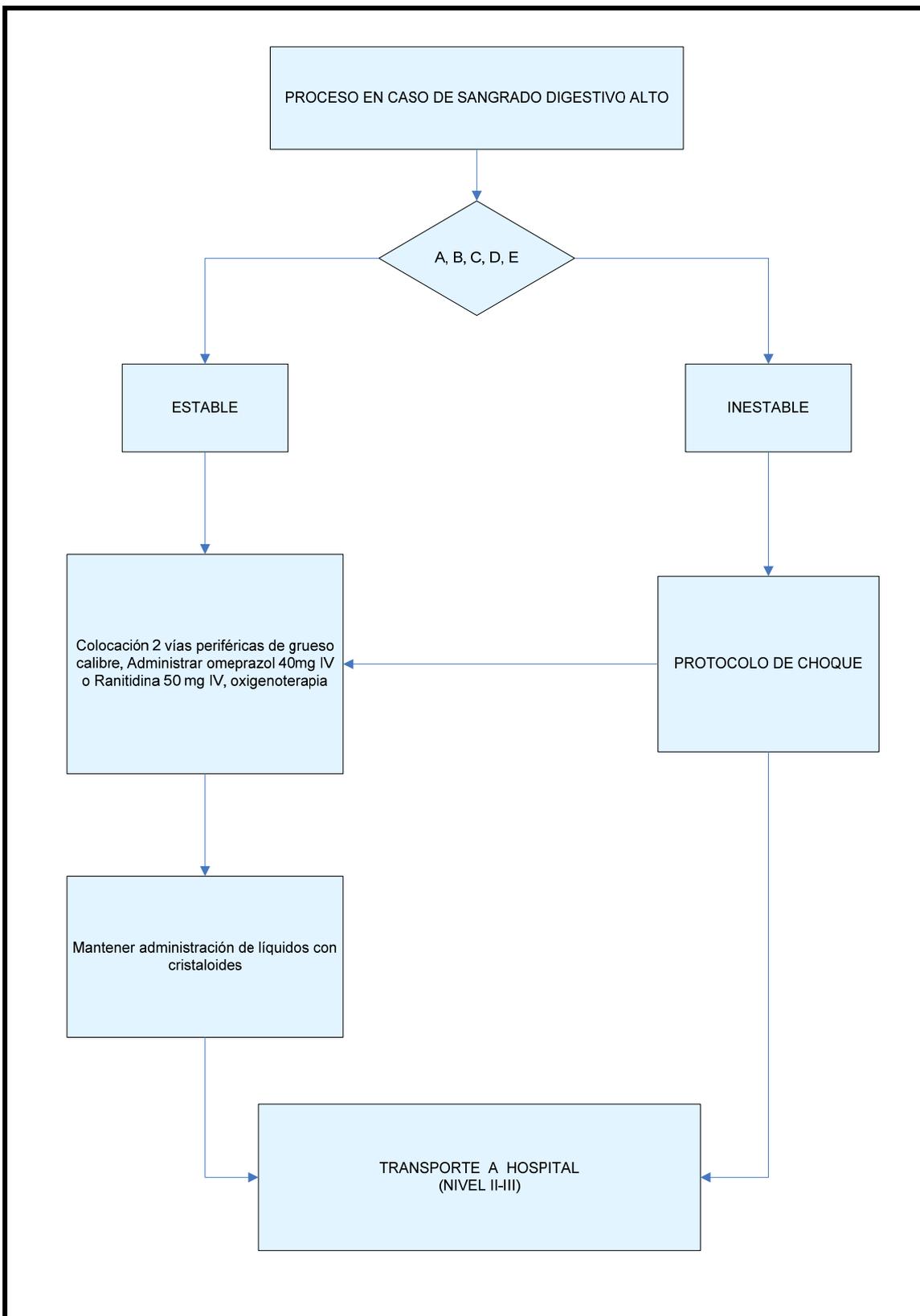
#### 4. LIMITES DEL PROCESO

INICIO: INGRESO DEL PACIENTE FIN: Estabilidad del Paciente

#### 5. INDICADORES DE GESTIÓN

- ⇒ Eficiencia
- ⇒ Satisfacción
- ⇒ Calidad

**MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS**  
**NOMBRE DEL PROCESO: SANGRADO DIGESTIVO ALTO**



# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: SANGRADO DIGESTIVO BAJO

### Objetivos clave:

1. Reanimar y restablecer las funciones vitales y optimizar la oxigenación y perfusión de los tejidos en el menor tiempo posible.

2. Monitorizar de manera meticulosa y permanente al paciente

3. Mantener la estabilidad hemodinámica.

4. Realizar el traslado adecuado a centro asistencial (Nivel III)

### PASOS A SEGUIR

(Todos los pasos deben realizarse en forma simultánea, estandarizada y ordenada)

#### 1. Revisión primaria:

- A, B, C, D, E.
- Oxigenoterapia (100%)
- Vía periférica y monitorización

- Comunicar a la casa asistencial de la llegada del paciente

#### 2. Revisión secundaria:

- Examen minucioso de cabeza a pies
- Historia Clínica Prehospitalaria (Anexo 002)
- Traslado a Hospital (Nivel II-III)

#### 3. PRECAUCIONES GENERALES:

- Mantener una adecuada saturación de oxígeno (sobre 90%)
- Mantener adecuada estabilidad hemodinámica.

#### 4. LIMITES DEL PROCESO

INICIO: INGRESO DEL PACIENTE

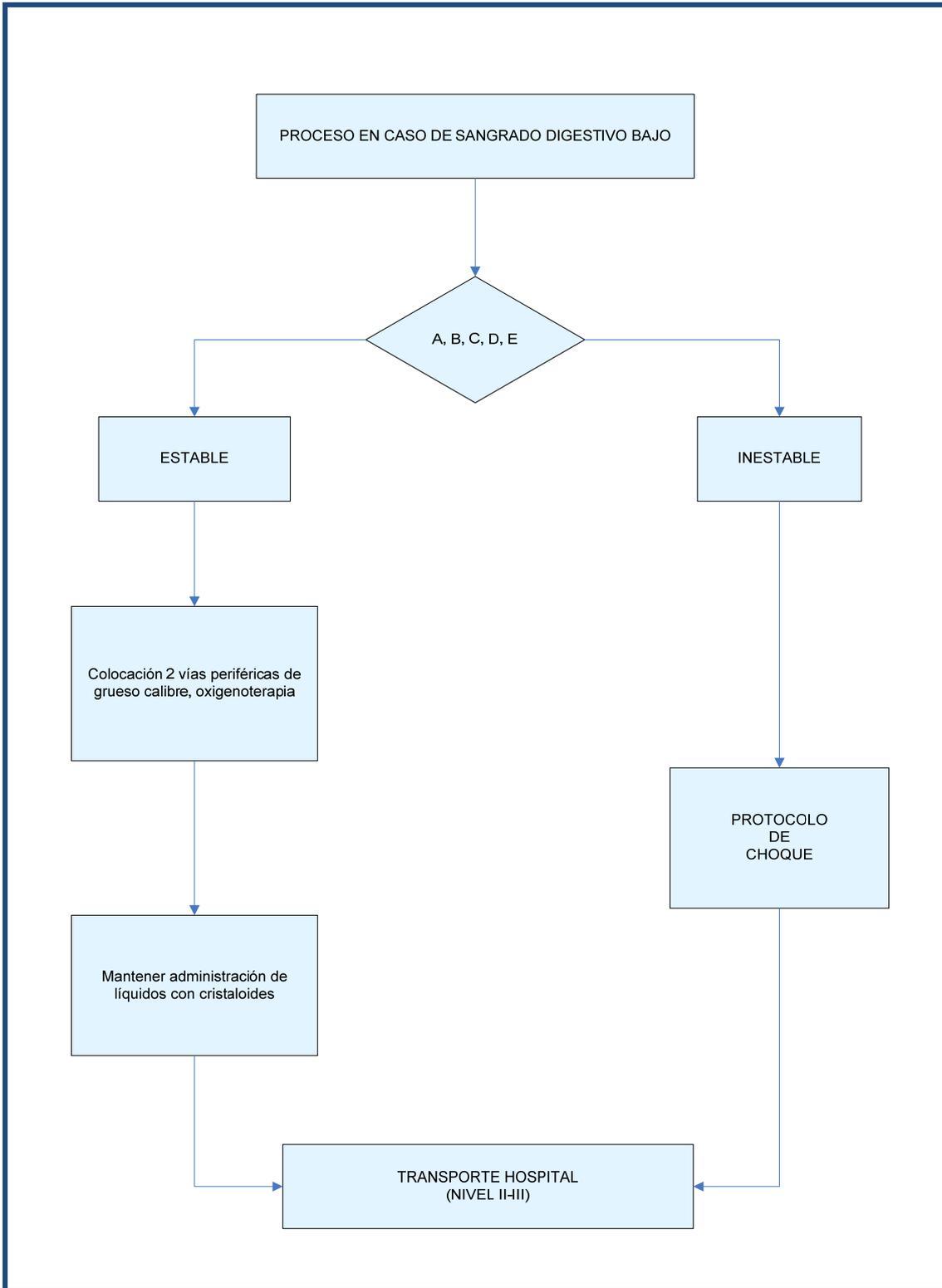
FIN: Estabilidad del Paciente

#### 5. INDICADORES DE GESTIÓN

- ⇒ Eficiencia
- ⇒ Satisfacción
- ⇒ Calidad

# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: SANGRADO DIGESTIVO BAJO



**MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS**  
**NOMBRE DEL PROCESO: PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO**  
**AGUDO E INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO**

**Objetivos clave:**

1. Restablecer las funciones vitales y optimizar la oxigenación y perfusión de los tejidos (cerebro, corazón, riñón).
2. Delinear el tipo de diagnóstico
3. Monitorizar de manera meticulosa y periódica al paciente
4. Mantener la estabilidad hemodinámica.
5. Realizar el traslado adecuado a centro asistencial de acuerdo a complejidad

**CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO**

(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

**1. Revisión primaria:**

- A, B, C, D, E.  
Estabilización y monitoreo

- Comunicar a la casa asistencial de la llegada del paciente

**2. Revisión secundaria:**

- Examen minucioso de cabeza a pies.
- Historia Clínica Prehospitalaria (Anexo 002)
- EKG si se dispone.

**3. PRECAUCIONES GENERALES:**

- Analgesia y sedación adecuada.
- Mantener una Presión arterial adecuada (TAS 90 mm de Hg)
- Mantener una adecuada saturación de oxígeno (sobre 90%)

**4. LIMITES DEL PROCESO**

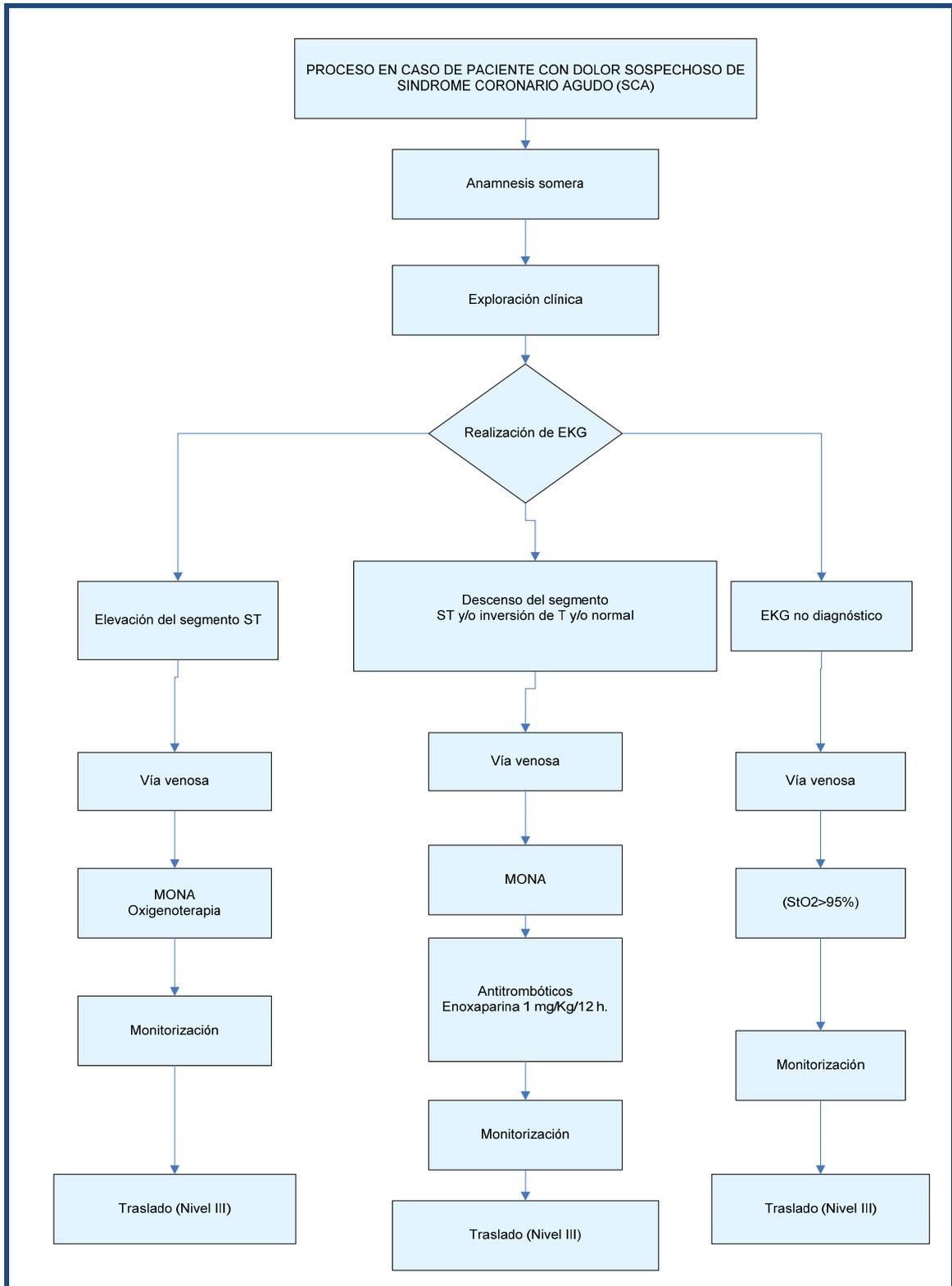
INICIO: INGRESO DEL PACIENTE

FIN: Estabilidad del Paciente

**5. INDICADORES DE GESTIÓN**

- ⇒ Eficiencia
- ⇒ Satisfacción
- ⇒ Calidad

**MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS**  
**NOMBRE DEL PROCESO: PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO E INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO**



# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: PARO CARDIO RESPIRATORIO

### Objetivos clave:

1. Reanimar y restablecer las funciones vitales y optimizar la oxigenación y perfusión de los tejidos (cerebro, corazón, riñón). En el menor tiempo posible.
2. Delinear la causa del PCR
3. Monitorizar de manera meticulosa y permanente al paciente
4. Mantener la estabilidad hemodinámica.
5. Realizar el traslado adecuado a centro asistencial (Nivel III)

### CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

(Todos los pasos deben realizarse en forma simultánea, estandarizada y ordenada)

#### 1. Revisión primaria:

- A, B, C, D, E.
- Posición víctima superficie dura decúbito dorsal.
- RCP básica.

A: abrir vía aérea.

B: respiración

C: circulación

D: desfibrilación temprana

#### • RCP avanzada

A: Manejo avanzado de la vía aérea

B: Soporte respiratorio

C: Soporte circulatorio

D: Diagnóstico diferencial

#### • Estabilización y monitoreo

- Comunicar a la casa asistencial de la llegada del paciente

#### 2. Revisión secundaria

- Historia Clínica Prehospitalaria (Anexo 002)

#### 3. PRECAUCIONES GENERALES:

- Posición decúbito dorsal sobre superficie dura.
- Inmovilizar al paciente, hasta no descartar lesión de columna, si es traumático, abrir vías aéreas con maniobra de mandíbula extendida.
- Mantener RCP avanzada hasta que el paciente recupere respiración y circulación por un máximo de 15-30

#### 4. LIMITES DEL PROCESO

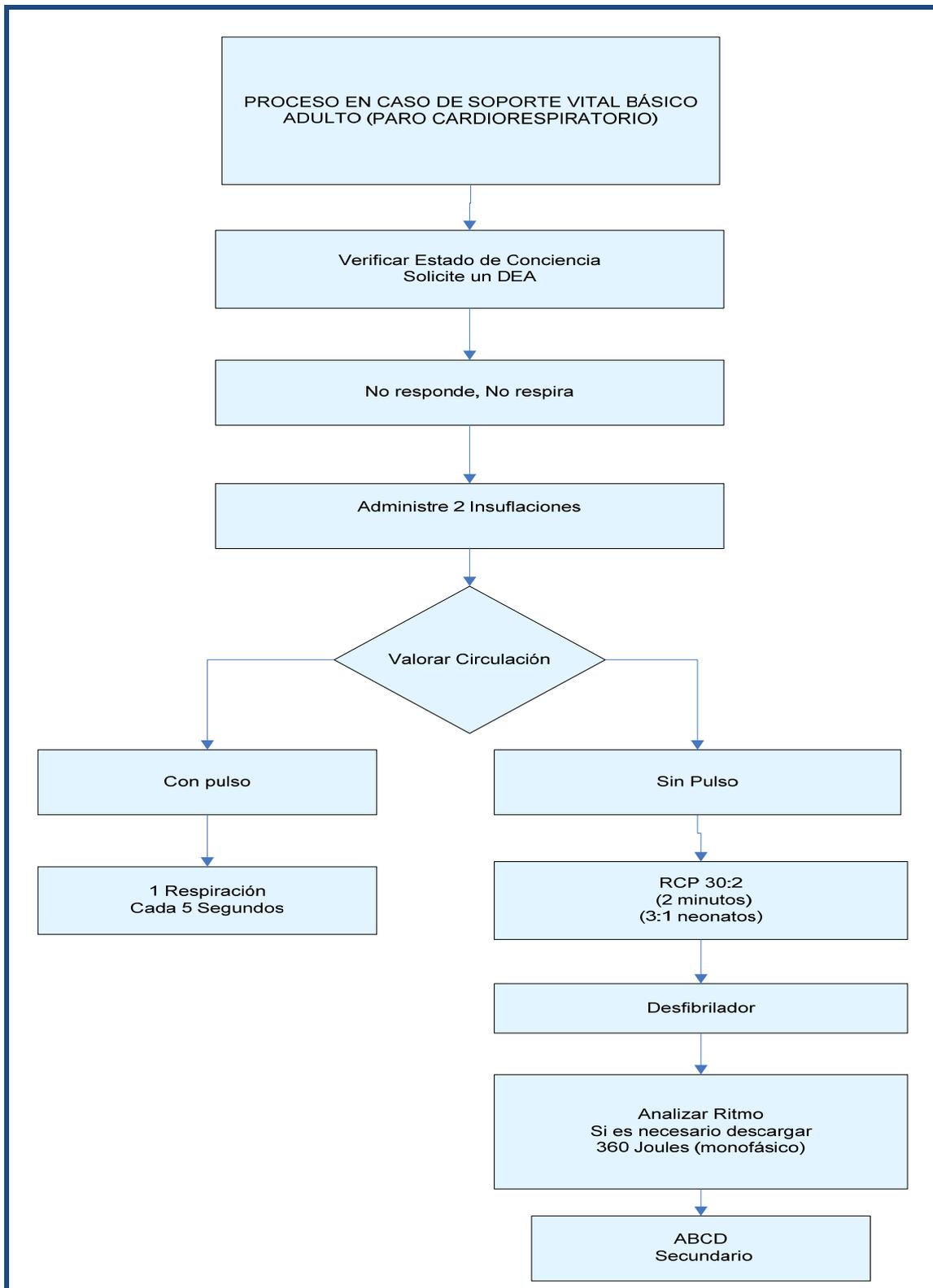
INICIO: INGRESO DEL PACIENTE FIN: Estabilidad del Paciente

#### 5. INDICADORES DE GESTIÓN

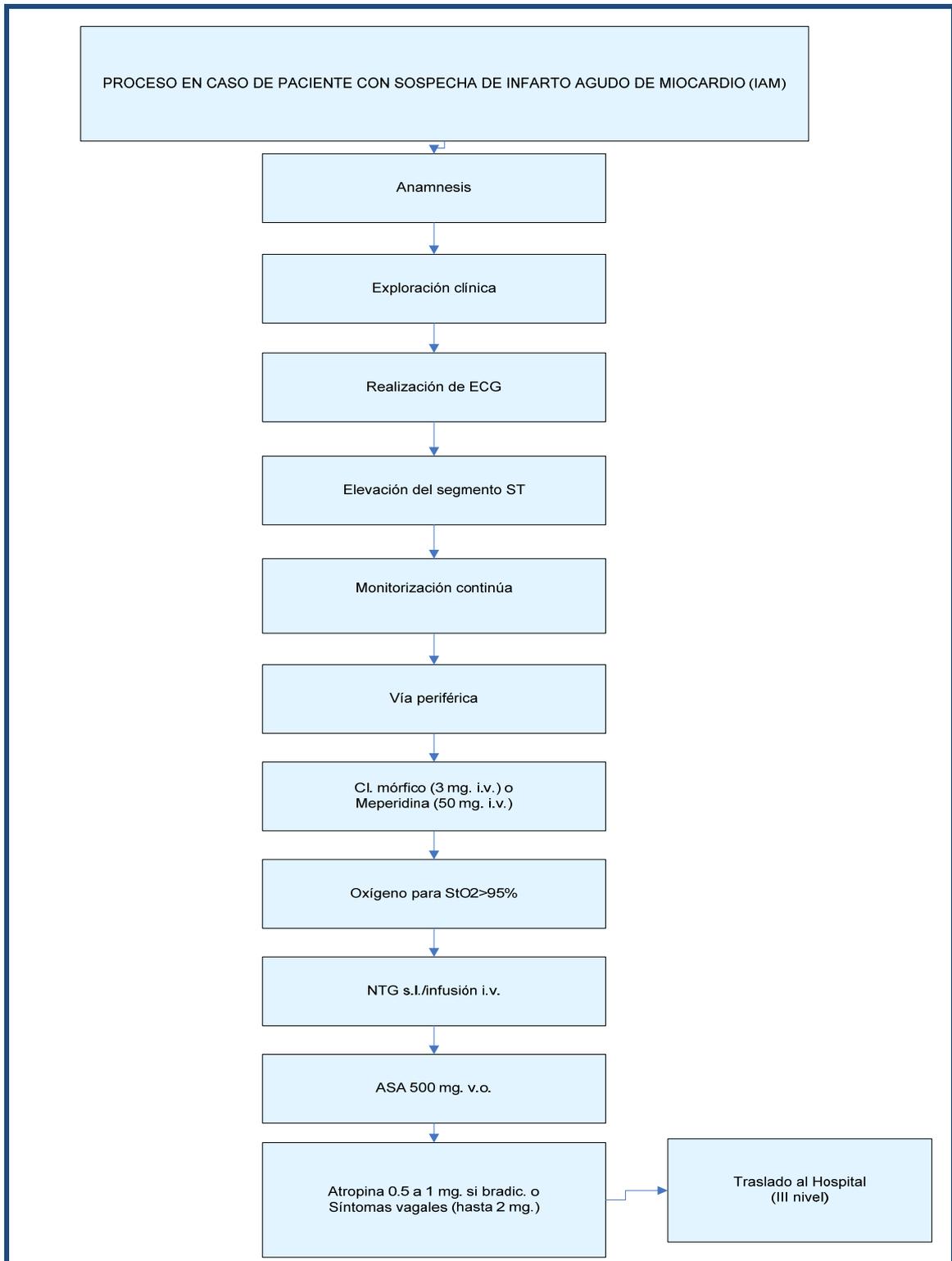
- ⇒ Eficiencia
- ⇒ Satisfacción
- ⇒ Calidad

# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: PARO CARDIO RESPIRATORIO



**MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS**  
**NOMBRE DEL PROCESO: SOSPECHA DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO**



# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: TAQUICARDIA

### Objetivos clave:

1. Restablecer las funciones vitales y optimiza la oxigenación y perfusión de los tejidos.
2. Delinear el tipo de diagnóstico
3. Realizar examen físico inicial meticuloso y repetido a intervalos regulares
4. Mantener un alto índice de sospecha para signos y síntomas de inestabilidad.
5. Prevenir complicaciones con monitoreo electrocardiográfico y cardioversión
6. Traslado a centro asistencial

### CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

#### 1. Revisión primaria:

- Buscar lesiones que comprometan la vida en A, B, C, D, E.
- Estabilización de signos vitales y monitoreo continuo

- Comunicar a la casa asistencial de la llegada del paciente

#### 2. Revisión secundaria:

- Examen minucioso de cabeza a pies.
- Historia Clínica Prehospitalaria (Anexo 002)
- Examen neurológico y cardiológico.

#### 3. PRECAUCIONES GENERALES:

- Mantener una Presión arterial adecuada (TAS 90 mm de Hg)
- Mantener una adecuada saturación de oxígeno (sobre 90%)
- Uso de desfibrilador en caso de taquicardia inestable.

#### 4. LIMITES DEL PROCESO

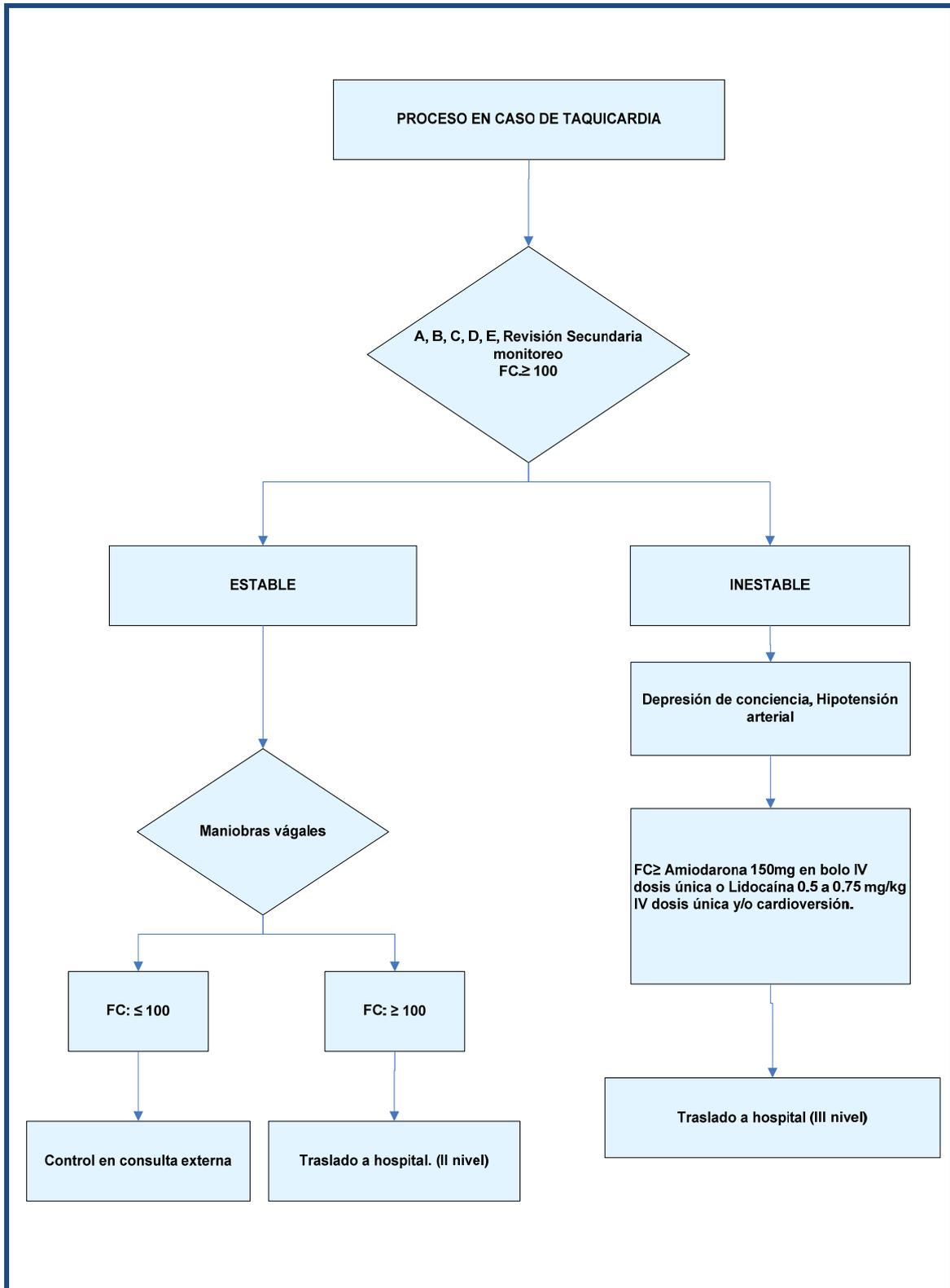
INICIO: INGRESO DEL PACIENTE

FIN: Estabilidad del Paciente

#### 5. INDICADORES DE GESTIÓN

- ⇒ Eficiencia
- ⇒ Satisfacción
- ⇒ Calidad

**MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS NOMBRE  
DEL PROCESO: TAQUICARDIA**



# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: TIROTOXICOSIS

### Objetivos clave:

1. Reanimar y restablecer las funciones vitales y optimizar la oxigenación y perfusión de los tejidos en el menor tiempo posible.

2. Monitorizar de manera meticulosa y permanente al paciente

3. Mantener la estabilidad hemodinámica.

4. Compensar los niveles hídricos

5. Realizar el traslado adecuado a centro asistencial (Nivel II-III)

### CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

(Todos los pasos deben realizarse en forma simultánea, estandarizada y ordenada)

#### 1. Revisión primaria:

- A, B, C, D, E.
- Monitorización, oxigenoterapia.

- Comunicar a la casa asistencial de la llegada del paciente

#### 2. Revisión secundaria:

- Examen minucioso de cabeza a pies
- Colocación de vía periférica con cristaloides.
- Administrar Acetaminofén 1 gr, en caso de sobredosis de hormona tiroidea lavado gástrico y administración de carbón activado
- Historia Clínica Prehospitalaria (Anexo 002)
- Traslado a Hospital (Nivel II-III)

#### 3. PRECAUCIONES GENERALES:

- Mantener una adecuada saturación de oxígeno (sobre 90%)
- Mantener adecuada estabilidad hemodinámica.
- Hidratación adecuada

#### 4. LIMITES DEL PROCESO

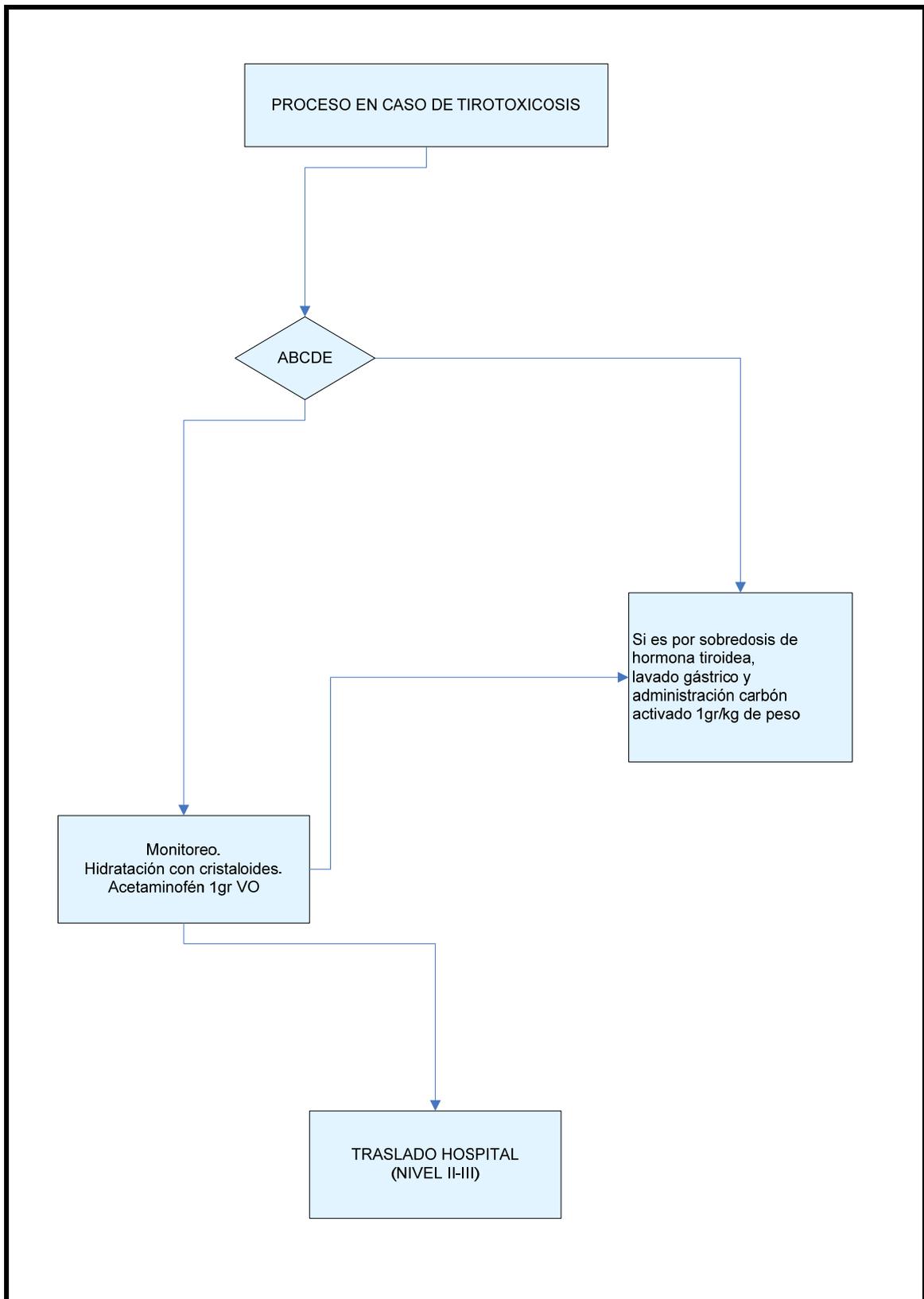
INICIO: INGRESO DEL PACIENTE

FIN: Estabilidad del Paciente

#### 5. INDICADORES DE GESTIÓN

- ⇒ Eficiencia
- ⇒ Satisfacción
- ⇒ Calidad

**MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS**  
**NOMBRE DEL PROCESO: TIROTOXICOSIS**



# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: TRAUMA ABDOMINAL

### Objetivos clave:

- 1.- Restablecer las funciones vitales y optimiza la oxigenación y perfusión de los tejidos.
- 2.- Delinear el mecanismo de lesión
- 3.- Examen físico inicial meticuloso y repetido a intervalos regulares
- 4.- Mantener un alto índice de sospecha para lesiones vasculares y retroperitoneales ocultas.
- 5.-Traslado a centro asistencial de mayor complejidad local

### CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

- Comunicar a la casa asistencial de la llegada del paciente
- 1. Revisión primaria:**
- Buscar lesiones que comprometan la vida en A, B, C, D, E.
  - Estabilización de signos vitales
  - **En todo paciente hipotenso determinar rápidamente la causa.**

- **Revisión secundaria:**
- Examen minucioso de cabeza a pies buscando lesiones ocultas que no se encontraron en la revisión primaria.
- Historia Clínica Prehospitalaria (Anexo 002)
- Examen neurológico

### 4. LIMITES DEL PROCESO

INICIO: INGRESO DEL PACIENTE

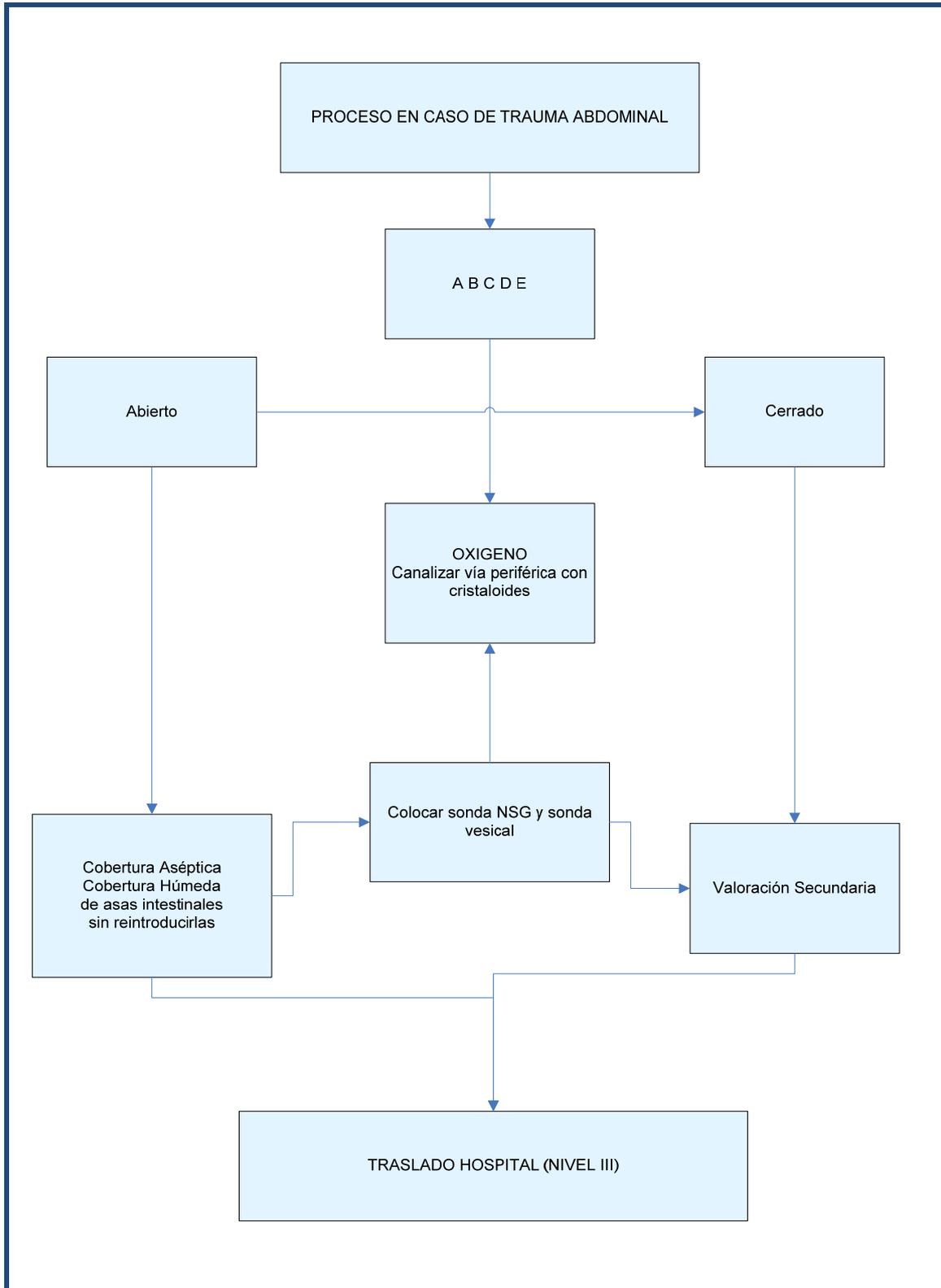
FIN: Estabilidad del Paciente

### 5. INDICADORES DE GESTIÓN

- ⇒ Eficiencia
- ⇒ Satisfacción
- ⇒ Calidad

# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: TRAUMA ABDOMINAL



# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: TRAUMA CRANEO ENCEFALICO

### PROCESO EN LOS PACIENTES CON TCE

#### Objetivos clave:

1. Restablecer las funciones vitales y optimizar la oxigenación y perfusión cerebral).
2. Delinear la cinemática del trauma.
3. Monitorizar de manera meticulosa y periódica al paciente
4. Mantener la estabilidad hemodinámica.
5. Mantener la inmovilización permanente durante el transporte

#### CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

##### 1. Revisión primaria:

- Buscar lesiones que comprometan la vida en A, B, C, D, E.
- Estabilización de signos vitales

- **Alertar a la radio del CIEM** de la llegada de un paciente con trauma CRANEO ENCEFALICO según gravedad leve, moderado y grave(severo)

##### • Entregar al paciente con:

- Inmovilización cervical con collar Filadelfia
- Tabla de inmovilización espinal larga.
- Inmovilización de extremidades lesionadas de haberlas

##### 2. Revisión secundaria:

- Examen minucioso de cabeza a pies buscando lesiones ocultas que no se encontraron en la revisión primaria.
- Historia clínica Prehospitalaria 002: mecanismo del trauma
- Examen neurológico
- Escala de Coma de Glasgow

##### 3. PRECAUCIONES GENERALES:

- No movilizar al paciente, hasta no descartar lesión de columna.
- Mantener una Presión arterial Media en 90 mm de Hg
- Mantener una saturación de oxígeno sobre 90%
- Cualquier paciente que sufre un traumatismo significativo de cráneo y encéfalo debe considerarse de alto riesgo.

##### 4. LIMITES DEL PROCESO

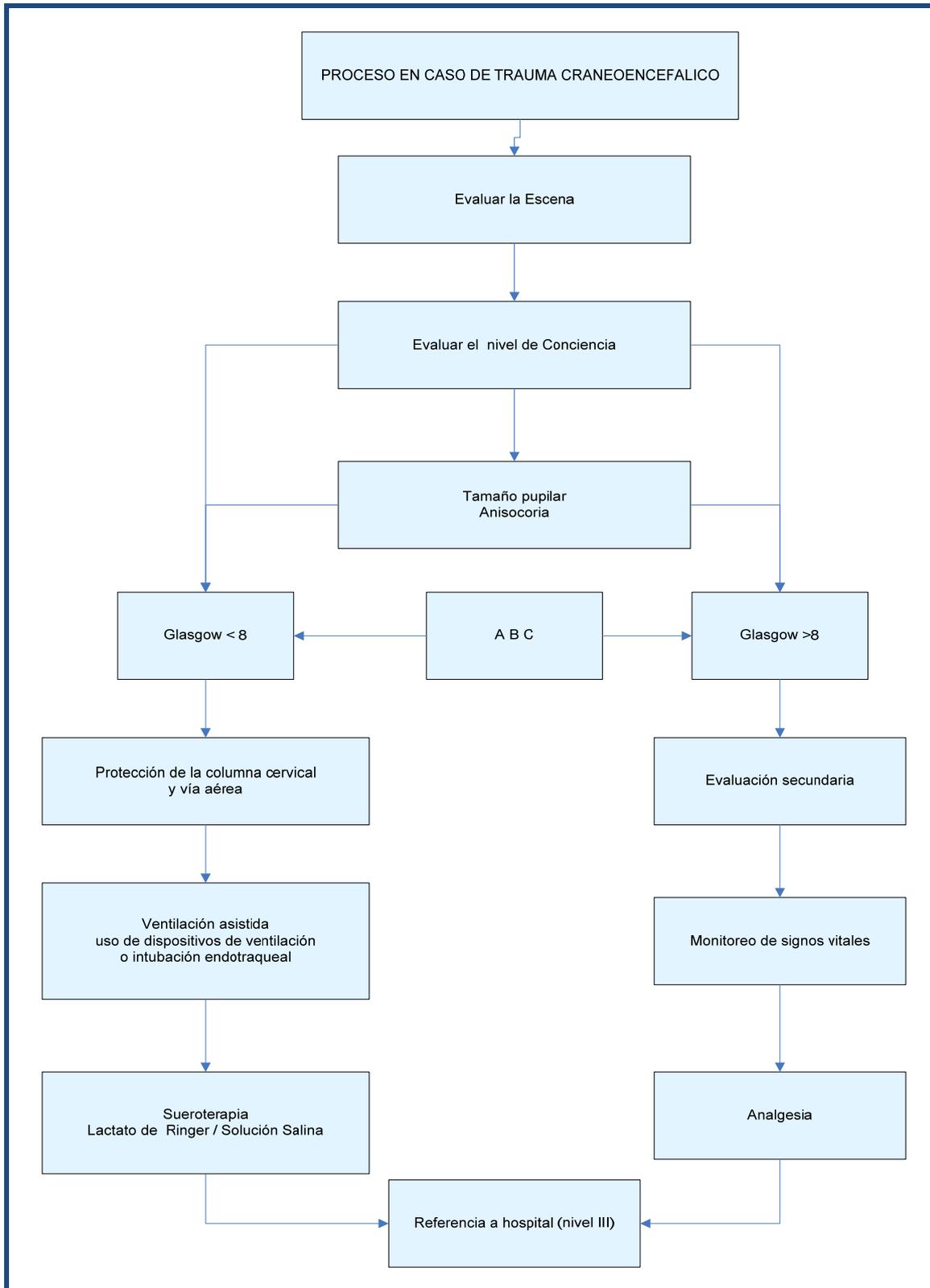
**INICIO:** INGRESO DEL PACIENTE **FIN:** Estabilidad del Paciente

##### 5. INDICADORES DE GESTIÓN

- ⇒ Eficiencia
- ⇒ Satisfacción
- ⇒ Calidad

# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: TRAUMA CRANEO ENCEFALICO



# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: TRAUMA DEL CUELLO

### Objetivos clave:

1. Restablecer las funciones vitales y optimizar la oxigenación y perfusión
2. Delinear la cinemática del trauma.
3. Monitorizar de manera meticulosa y periódica al paciente
4. Mantener la estabilidad hemodinámica.
5. Mantener la inmovilización permanente durante el transporte

### CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

(Todos los pasos deben realizarse en forma simultánea, estandarizada y ordenada)

#### Revisión primaria:

- Buscar lesiones que comprometan la vida en A, B, C, D, E.
- Estabilización de signos vitales

**Alertar a la radio del CIREM** de la llegada de un paciente con trauma DE CUELLO según gravedad **Entregar al paciente con:**

- Inmovilización cervical con collar Filadelfia
- Tabla de inmovilización espinal larga.

#### Revisión secundaria:

- Examen minucioso de cabeza a pies buscando lesiones ocultas que no se encontraron en la revisión primaria.
- Historia clínica prehospitalaria 002: mecanismo del trauma
- Examen neurológico
- Escala de Coma de Glasgow

#### PRECAUCIONES GENERALES:

- No movilizar al paciente, hasta no descartar lesión de columna.
- Mantener una Presión arterial Media en 90 mm de Hg
- Mantener una saturación de oxígeno sobre 90%
- Cualquier paciente que sufre un traumatismo significativo a nivel DE CUELLO debe considerarse de alto riesgo.

#### LIMITES DEL PROCESO

INICIO: INGRESO DEL PACIENTE

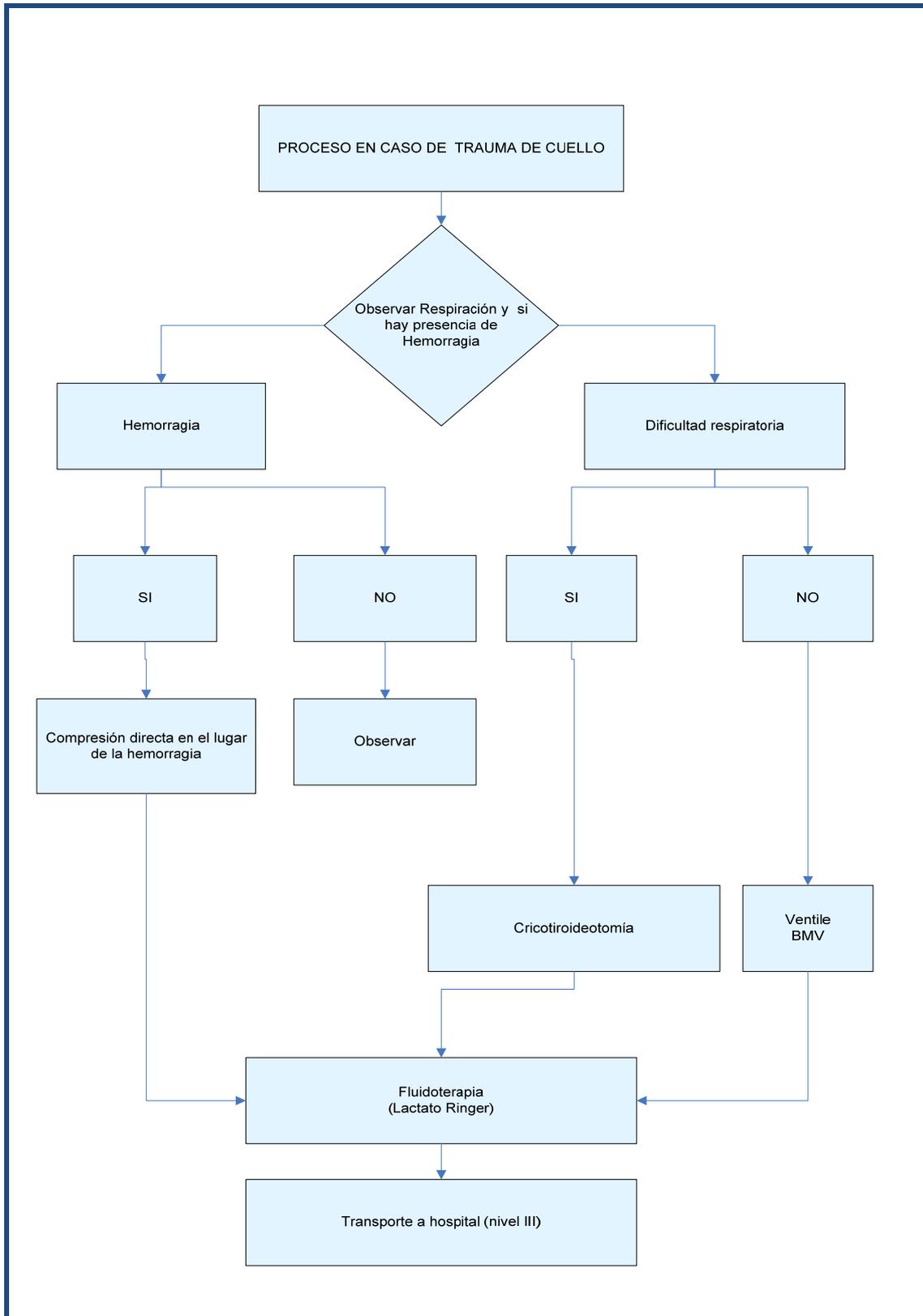
FIN: Estabilidad del Paciente

#### INDICADORES DE GESTIÓN

- ⇒ Eficiencia
- ⇒ Satisfacción
- ⇒ Calidad

# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: TRAUMA DEL CUELLO



# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: TRAUMA DE EXTREMIDADES

### Objetivos clave:

1. Restablecer las funciones vitales y optimizar la oxigenación y perfusión de los tejidos.
2. Delinear el mecanismo de lesión
3. Examen físico inicial meticuloso y repetido a intervalos regulares
4. Mantener un alto índice de sospecha para lesiones vasculares y neurológicas
5. Traslado a centro asistencial de nivel III

### CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

#### 1. Revisión primaria:

- Buscar lesiones que comprometan la vida en A, B, C, D, E.
- Estabilización de signos vitales

**En todo paciente hipotenso determinar la causa.**

- Comunicar a la casa asistencial de la llegada del paciente

#### 2. Revisión secundaria:

- Examen minucioso de cabeza a pies buscando lesiones ocultas que no se encontraron en la revisión primaria.
- Inmovilización adecuada de acuerdo al tipo de lesión.
- Administración de analgesia
- Historia Clínica Prehospitalaria (Anexo 002)
- Examen neurológico
- Escala de Coma de Glasgow

#### 3. PRECAUCIONES GENERALES:

- Inmovilizar al paciente, hasta no descartar lesión de columna.
- Mantener una Presión arterial Media en 90 mm de Hg
- Mantener una saturación de oxígeno sobre 90%
- Cualquier paciente que sufre un traumatismo significativo de extremidades descartar Síndrome compartimental

#### 4. LIMITES DEL PROCESO

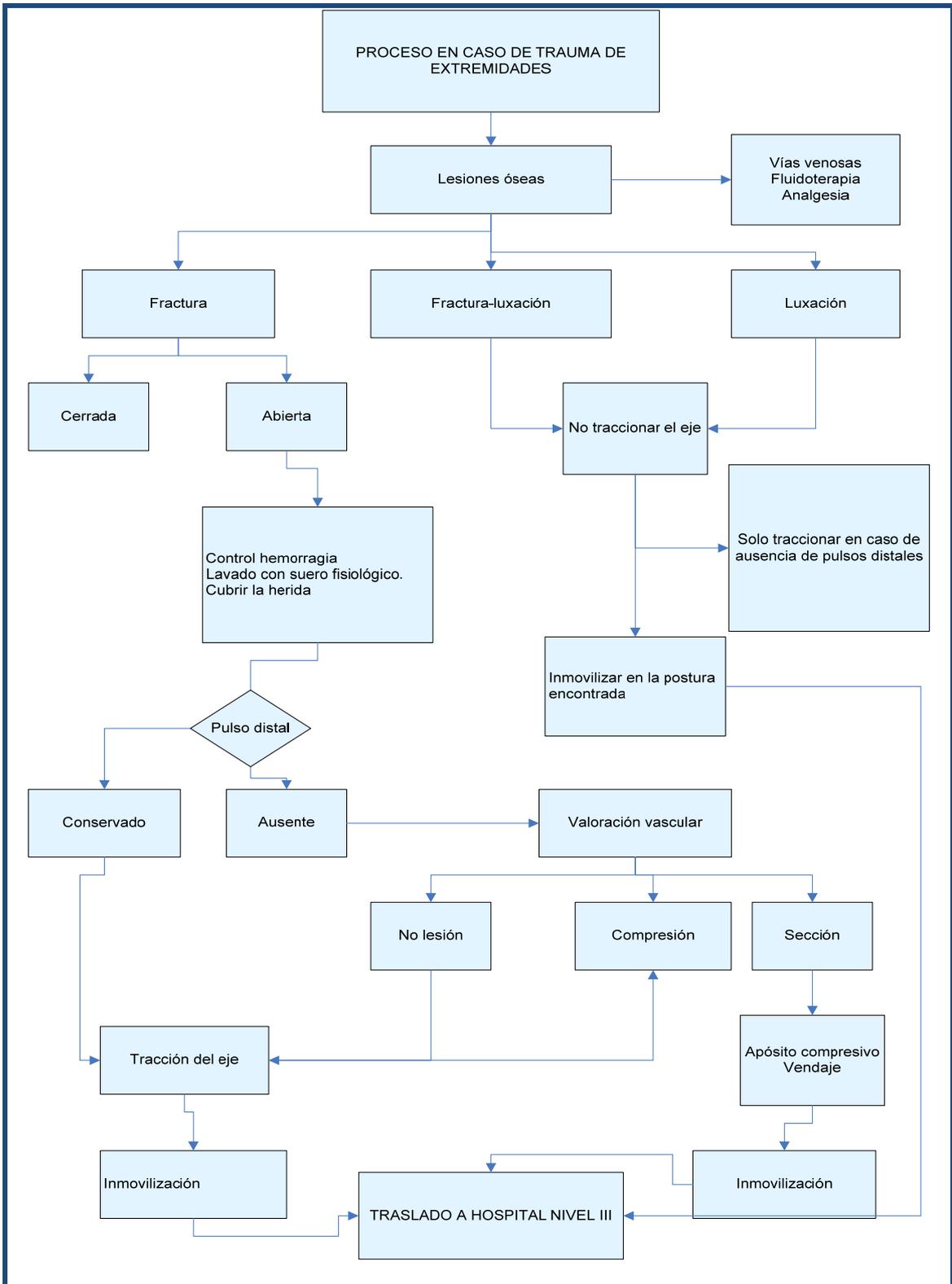
INICIO: INGRESO DEL PACIENTE FIN: Estabilidad del Paciente

#### 5. INDICADORES DE GESTIÓN

- ⇒ Eficiencia
- ⇒ Satisfacción
- ⇒ Calidad

# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: TRAUMA DE EXTREMIDADES



# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: TRAUMA PELVICO

### Objetivos clave:

- 1.- Restablecer las funciones vitales y optimiza la oxigenación y perfusión de los tejidos.
- 2.- Delinear el mecanismo de lesión
- 3.- Inmovilizar adecuadamente
- 4.- Examen físico inicial meticuloso y repetido a intervalos regulares
- 5.- Mantener un alto índice de sospecha para lesiones vasculares y retroperitoneales ocultas.
- 6.- Traslado a centro asistencial nivel III.

### CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

#### 1. Revisión primaria:

- Buscar lesiones que comprometan la vida A, B, C, D, E.
  - Estabilización de signos vitales
  - Monitorización y oxigenación.
  - Colocación de 2 vías periféricas de grueso calibre con cristaloides
- En todo paciente hipotenso determinar rápidamente la causa.**

Comunicar a la casa asistencial de la llegada del paciente

#### 2. Revisión secundaria:

- Examen minucioso de cabeza a pies buscando lesiones ocultas que no se encontraron en la revisión primaria.
- Historia Clínica Prehospitalaria (Anexo 002)
- Examen neurológico

#### PRECAUCIONES GENERALES:

- 1.- Inmovilizar al paciente, hasta no descartar lesión de columna.
- 2.- Mantener una presión arterial Media en 90 mm de Hg.
- 3.- Mantener una saturación de oxígeno sobre 90%.
- 4.- Cualquier paciente que sufre un traumatismo significativo cerrado de pelvis debe considerarse que tiene un traumatismo visceral pélvico o una lesión vascular.

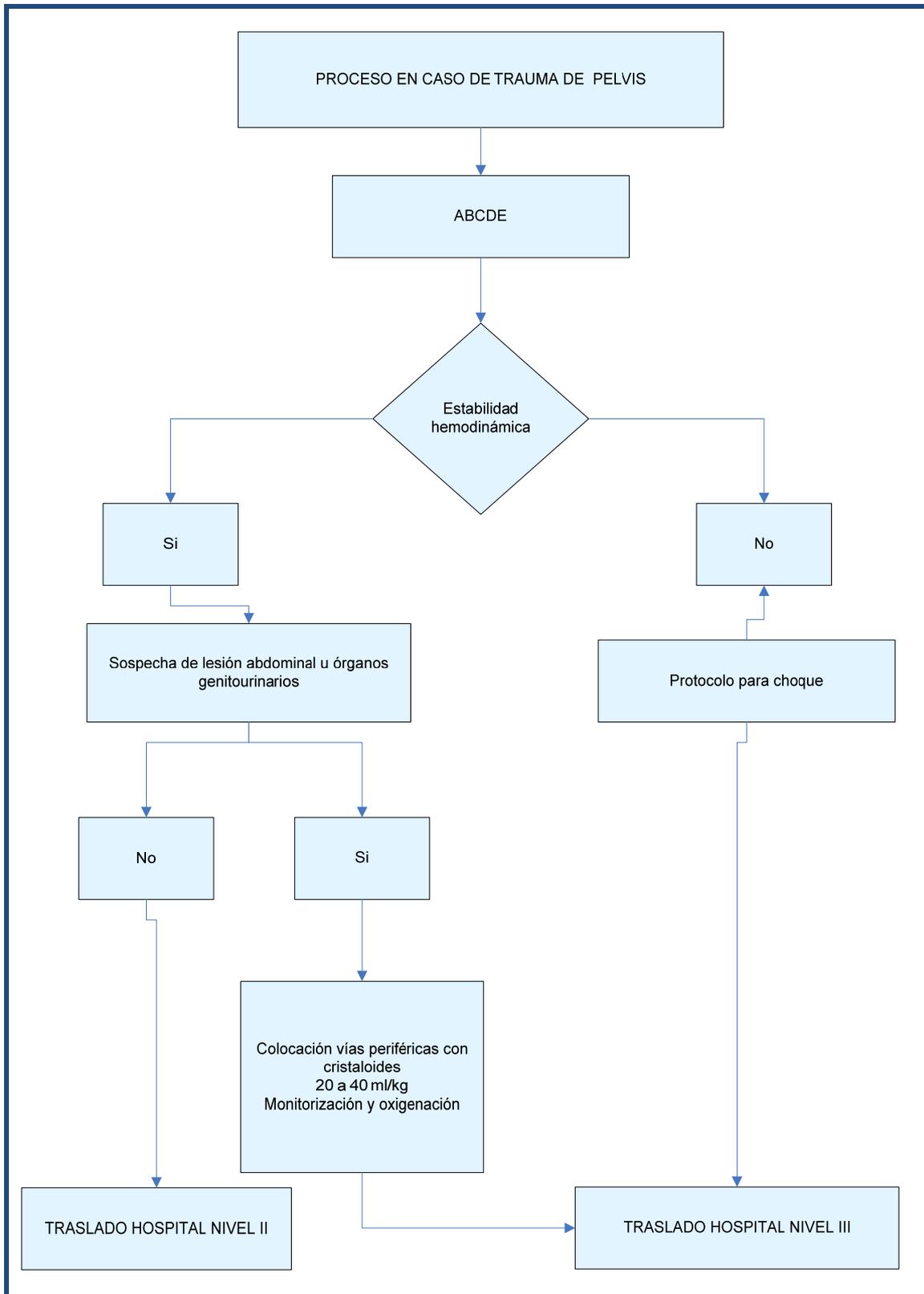
#### 4. LIMITES DEL PROCESO

**INICIO:** INGRESO DEL PACIENTE **FIN:** Estabilidad del Paciente

#### 5. INDICADORES DE GESTIÓN

- ⇒ Eficiencia
- ⇒ Satisfacción
- ⇒ Calidad

**MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS**  
**NOMBRE DEL PROCESO: TRAUMA PELVICO**



# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: TRAUMA TORÁCICO

### Objetivos clave:

6. Restablecer las funciones vitales y optimiza la oxigenación y perfusión de los tejidos.

7. Delinear el mecanismo de lesión

8. Examen físico inicial meticuloso y repetido a intervalos regulares

9. Mantener un alto índice de sospecha para lesiones vasculares y cardíacas

5. Traslado a centro asistencial de mayor complejidad local (Nivel III)

### CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

#### 1.- Revisión primaria:

- Buscar lesiones que comprometan la vida en A, B, C, D, E.
- Estabilización de signos vitales, colocación de oxígeno
- **En todo paciente hipotenso determinar rápidamente la causa.**
- Comunicar a la casa asistencial de la llegada del paciente

#### 2. Revisión secundaria:

- Examen minucioso de cabeza a pies buscando lesiones ocultas que no se encontraron en la revisión primaria.
- Manejo avanzado de la vía aérea de ser necesario
- Colocación de vía periférica de grueso calibre.
- Historia Clínica Prehospitalaria (Anexo 002)
- Examen neurológico
- Traslado a Hospital nivel III

#### 3. PRECAUCIONES GENERALES:

- a. Inmovilizar al paciente, hasta no descartar lesión de columna.
- b. Mantener una Presión arterial Media en 90 mm de Hg
- c. Mantener una saturación de oxígeno sobre 90%
- d. Cualquier paciente que sufre un traumatismo significativo cerrado del tronco debe considerarse que tiene un traumatismo visceral tóraco-abdominal o una lesión vascular.

#### 4. LIMITES DEL PROCESO

INICIO: INGRESO DEL PACIENTE

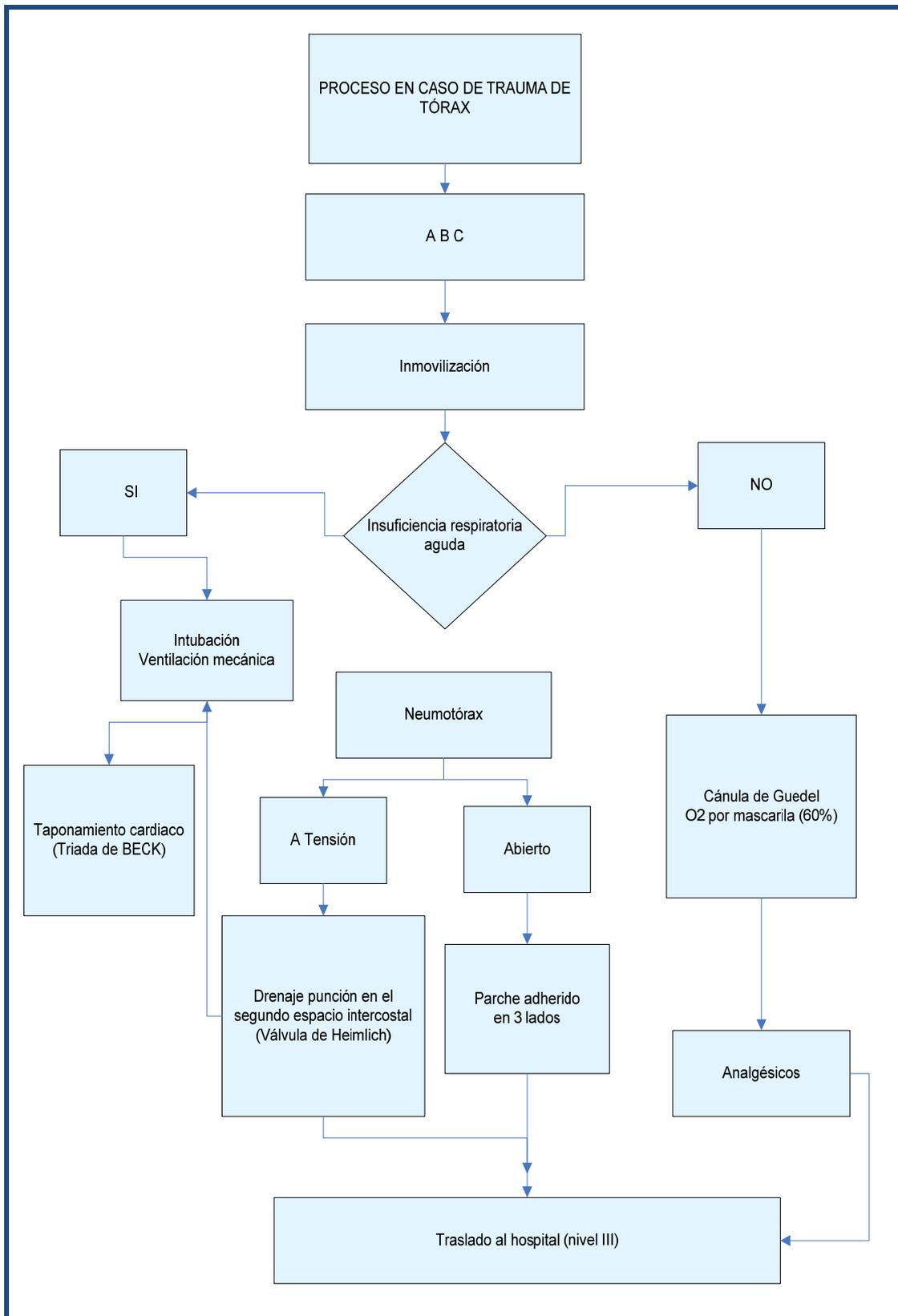
FIN: Estabilidad del Paciente

#### 5. INDICADORES DE GESTIÓN

- ⇒ Eficiencia
- ⇒ Satisfacción
- ⇒ Calidad

# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: TRAUMA TORÁCICO



# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: TRAUMA FACIAL

### Objetivos clave:

1. Restablecer las funciones vitales y optimizar la oxigenación y perfusión cerebral).
2. Delinear la cinemática del trauma.
3. Monitorizar de manera meticulosa y periódica al paciente
4. Mantener la estabilidad hemodinámica.
5. Mantener la inmovilización permanente durante el transporte

### CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

(Todos los pasos deben realizarse en forma simultánea, estandarizada y ordenada)

#### 1. Revisión primaria:

- Buscar lesiones que comprometan la vida en A, B, C, D, E.
- Estabilización de signos vitales

**Alertar a la radio del CIREM** de la llegada de un paciente con trauma facial

#### Entregar al paciente con:

- Inmovilización cervical con collar Filadelfia
- Tabla de inmovilización espinal larga.
- Inmovilización de extremidades .

#### 2. Revisión secundaria:

- Examen minucioso de cabeza a pies buscando lesiones ocultas que no se encontraron en la revisión primaria.
- Historia clínica prehospitalaria 002: mecanismo del trauma
- Examen neurológico
- Escala de Coma de Glasgow

#### 3. PRECAUCIONES GENERALES:

- No movilizar al paciente, hasta no descartar lesión de columna.
- Mantener una Presión arterial Media en 90 mm de Hg
- Mantener una saturación de oxígeno sobre 90%
- Cualquier paciente que sufre un traumatismo significativo a nivel facial debe considerarse de alto riesgo.

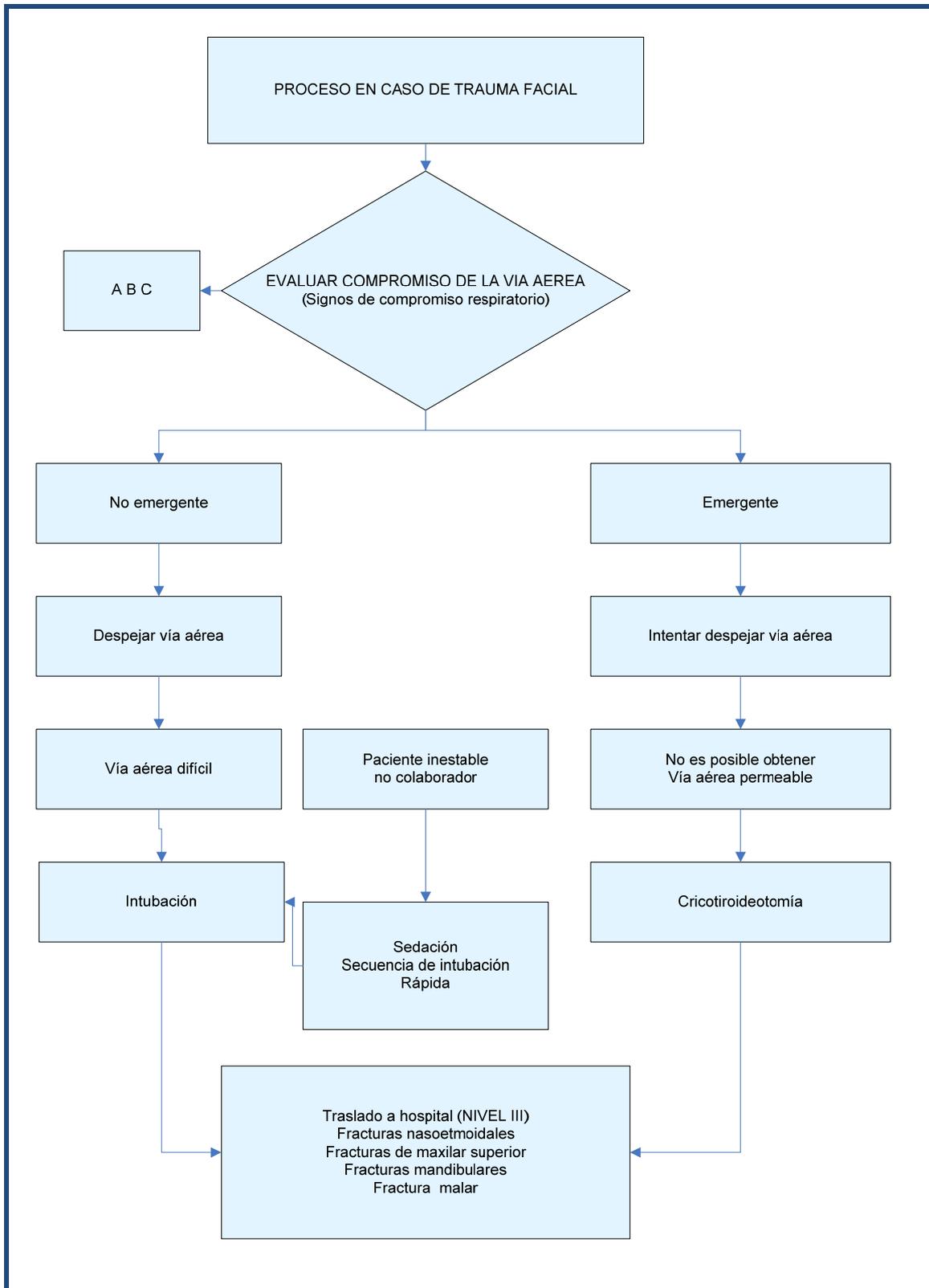
#### 4. LIMITES DEL PROCESO

**INICIO:** INGRESO DEL PACIENTE **FIN:** Estabilidad del Paciente

#### 5. INDICADORES DE GESTIÓN

- ⇒ Eficiencia
- ⇒ Satisfacción
- ⇒ Calidad

**MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS**  
**NOMBRE DEL PROCESO: TRAUMA FACIAL**



# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: TRAUMA VERTEBRO RAQUI MEDULAR

### Objetivos clave:

1. Restablecer las funciones vitales y optimizar la oxigenación y perfusión de tejido nervioso).
2. Delinear la cinemática del trauma.
3. Monitorizar de manera meticulosa y periódica al paciente
4. Mantener la estabilidad hemodinámica.
5. Mantener la inmovilización permanente durante el transporte

### CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

(Todos los pasos deben realizarse en forma simultánea, estandarizada y ordenada)

#### 1. Revisión primaria:

- Inmovilización y valoración del estado de conciencia
- Buscar lesiones que comprometan la vida en A, B, C, D, E.
- Estabilización de signos vitales

**Alertar a la radio del CIREM** de la llegada de un paciente con trauma VERTEBRO RAQUI MEDULAR según gravedad

#### Entregar al paciente con:

- Inmovilización cervical con collar Filadelfia
  - Tabla de inmovilización espinal larga.
- Inmovilización de extremidades.

#### 2. Revisión secundaria:

- Examen minucioso de cabeza a pies buscando lesiones ocultas que no se encontraron en la revisión primaria.
- Historia Clínica Prehospitalaria 002: mecanismo del trauma
- Examen neurológico
- Escala de Coma de Glasgow

#### 3. PRECAUCIONES GENERALES:

- No movilizar al paciente, hasta no descartar lesión de columna.
- Mantener una Presión arterial Media en 90 mm de Hg
- Mantener una saturación de oxígeno sobre 90%
- Cualquier paciente que sufre un traumatismo significativo raquimedular debe considerarse de alto riesgo.
- Estar alerta en caso de choque medular.

#### 4. LIMITES DEL PROCESO

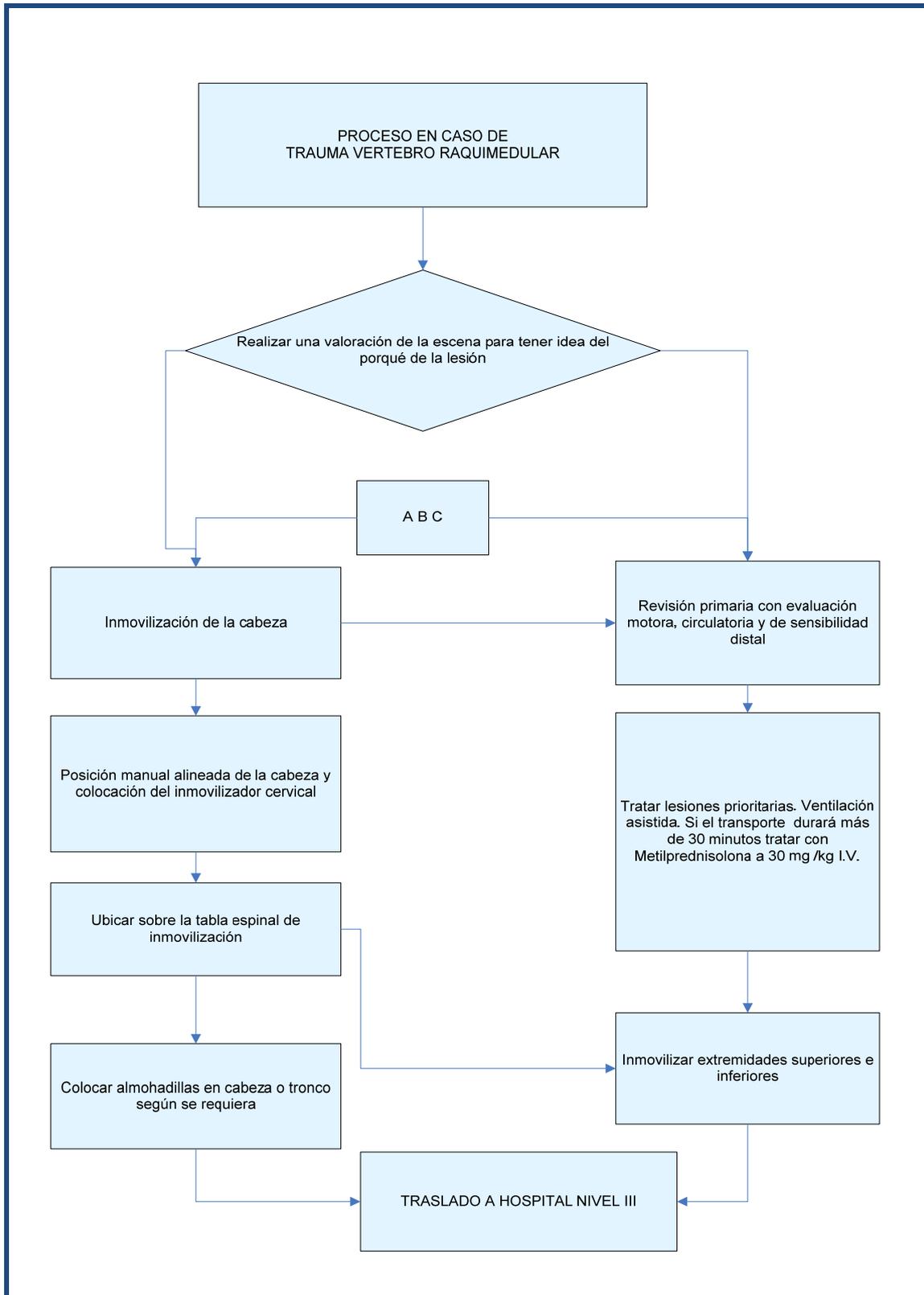
**INICIO:** INGRESO DEL PACIENTE **FIN:** Estabilidad del Paciente

#### 5. INDICADORES DE GESTIÓN

- ⇒ Eficiencia
- ⇒ Satisfacción
- ⇒ Calidad

# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: TRAUMA VERTEBRO RAQUI MEDULAR



# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: VERTIGO

### Objetivos clave:

1.- Restablecer las funciones vitales y optimizar la oxigenación y perfusión de los tejidos.

2.- Control de vía aérea, monitorización de signos vitales

3.- Delinear la causa del vértigo

4.- Trasladar a centro hospitalario nivel II-III

### CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

#### 1. Revisión primaria:

- Buscar lesiones que comprometan la vida en A, B, C, D, E.
- Estabilización de signos vitales
- Comunicar a la casa asistencial de la llegada del paciente

#### 2. Revisión secundaria:

- Examen minucioso de cabeza a pies buscando lesiones ocultas que no se encontraron en la revisión primaria.
- Examen físico inicial meticuloso y repetido a intervalos regulares
- Difenhidramina IV
- Historia Clínica Prehospitalaria (Anexo 002)
- Examen neurológico
- Escala de Coma de Glasgow

#### 3. PRECAUCIONES GENERALES:

- Mantener una Presión arterial Media en 90 mm de Hg
  - Mantener una saturación de oxígeno sobre 90%

#### 4. LIMITES DEL PROCESO

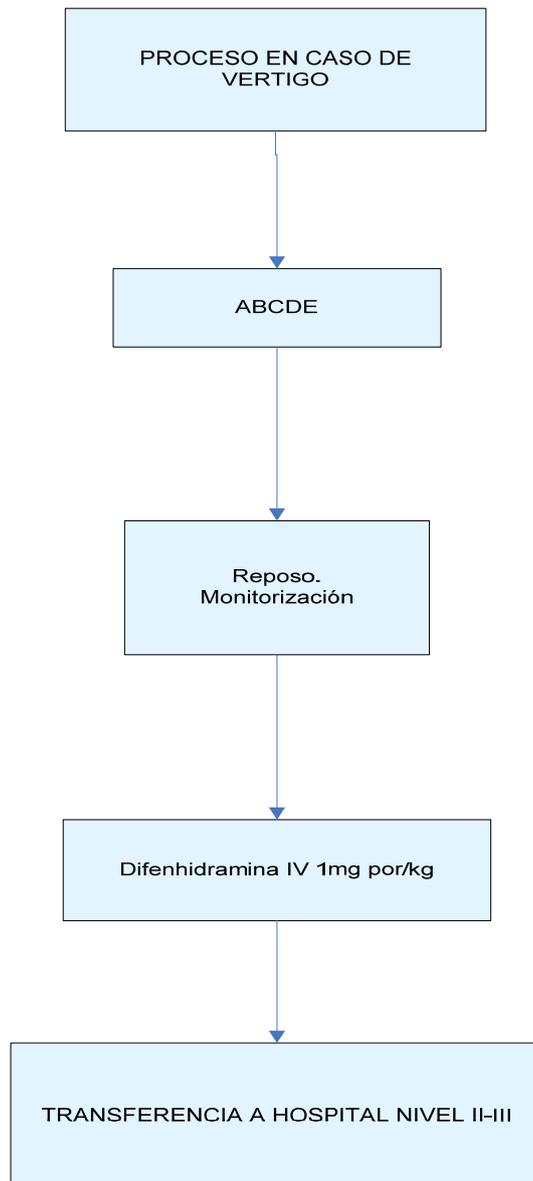
INICIO: INGRESO DEL PACIENTE

FIN: Estabilidad del Paciente

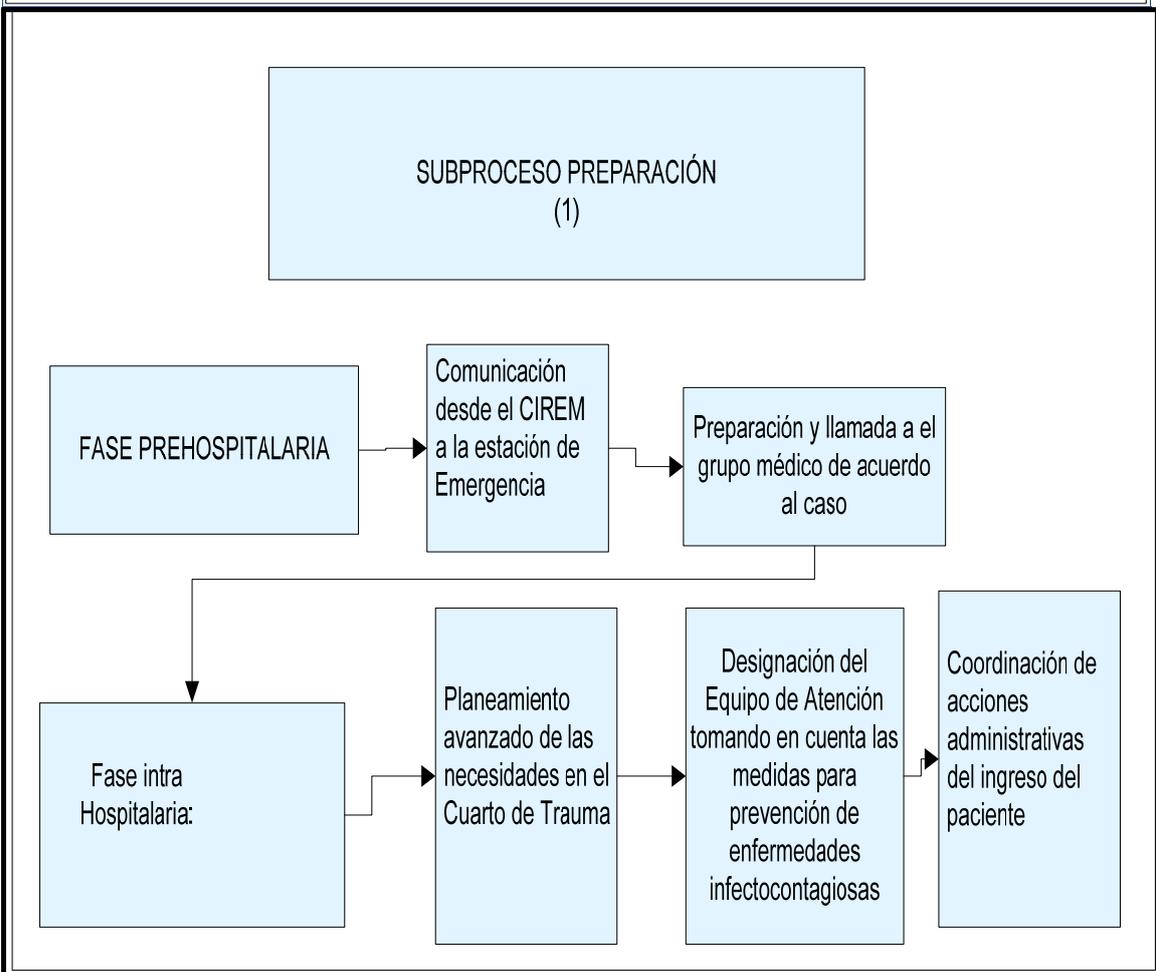
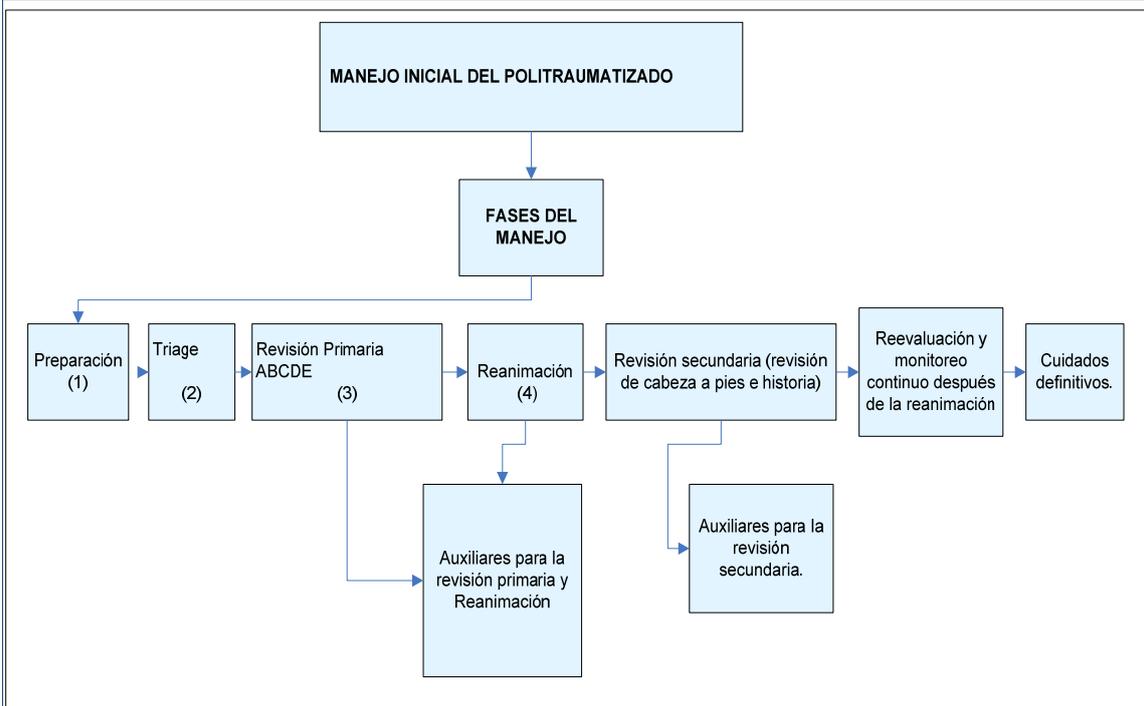
#### 5. INDICADORES DE GESTIÓN

- ⇒ Eficiencia
- ⇒ Satisfacción
- ⇒ Calidad

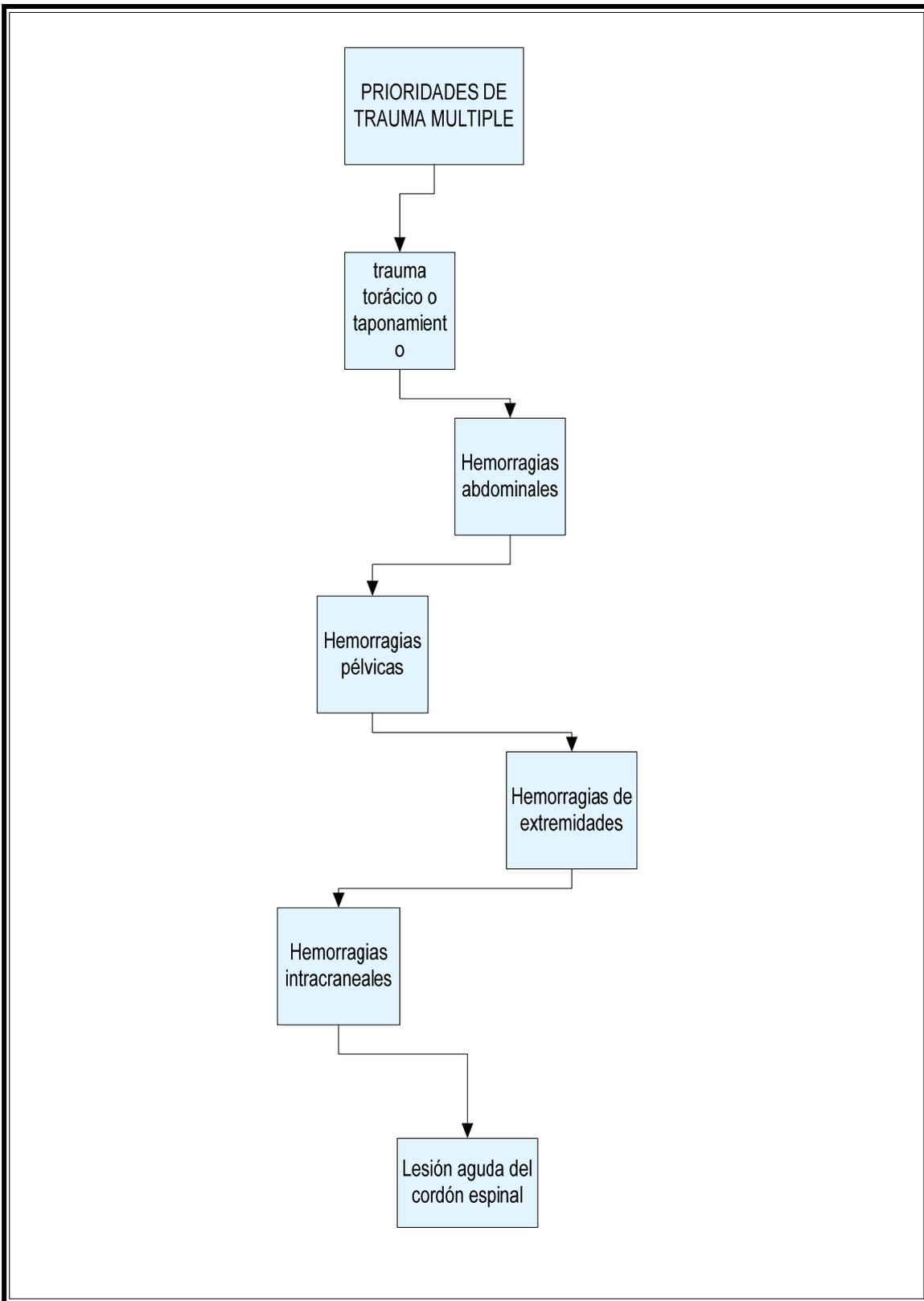
**MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS**  
**NOMBRE DEL PROCESO: VERTIGO**



**MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS**  
**NOMBRE DEL PROCESO: MANEJO INICIAL DEL POLITRAUMATIZADO**

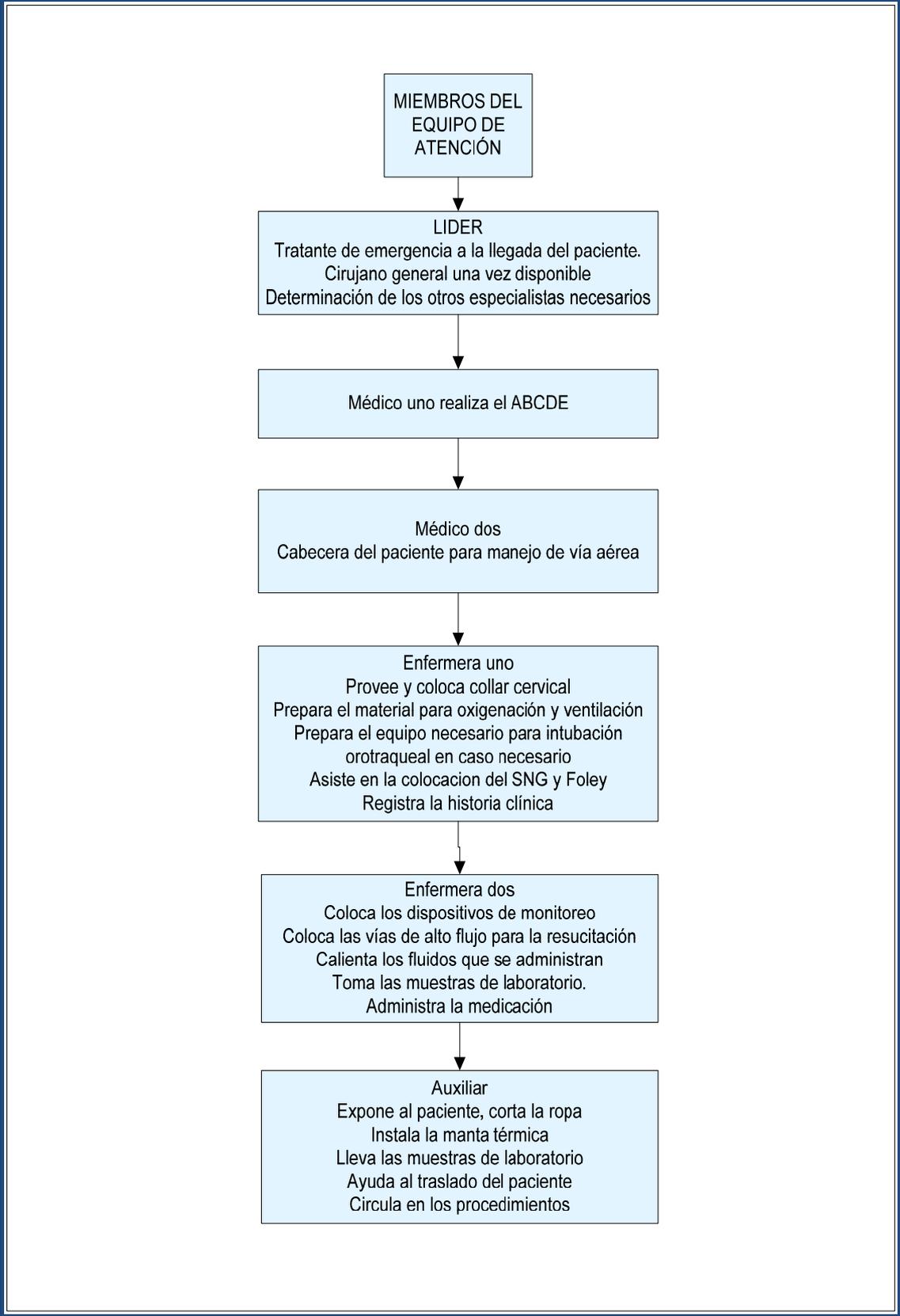


**MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS NOMBRE  
DEL PROCESO: PRIORIDADES DE TRAUMA MÚLTIPLE**



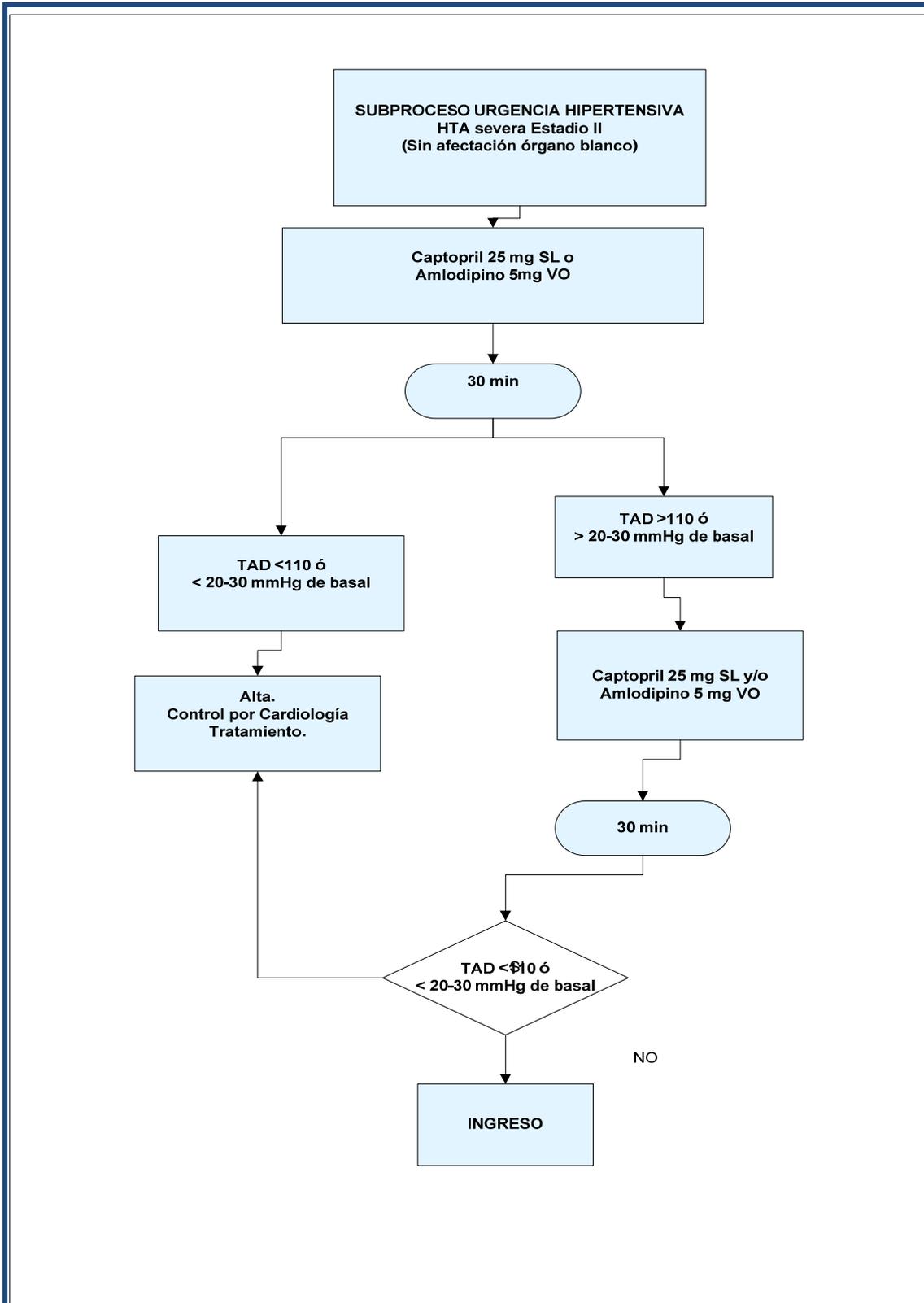
# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: MIEMBROS DEL EQUIPO DE ATENCIÓN



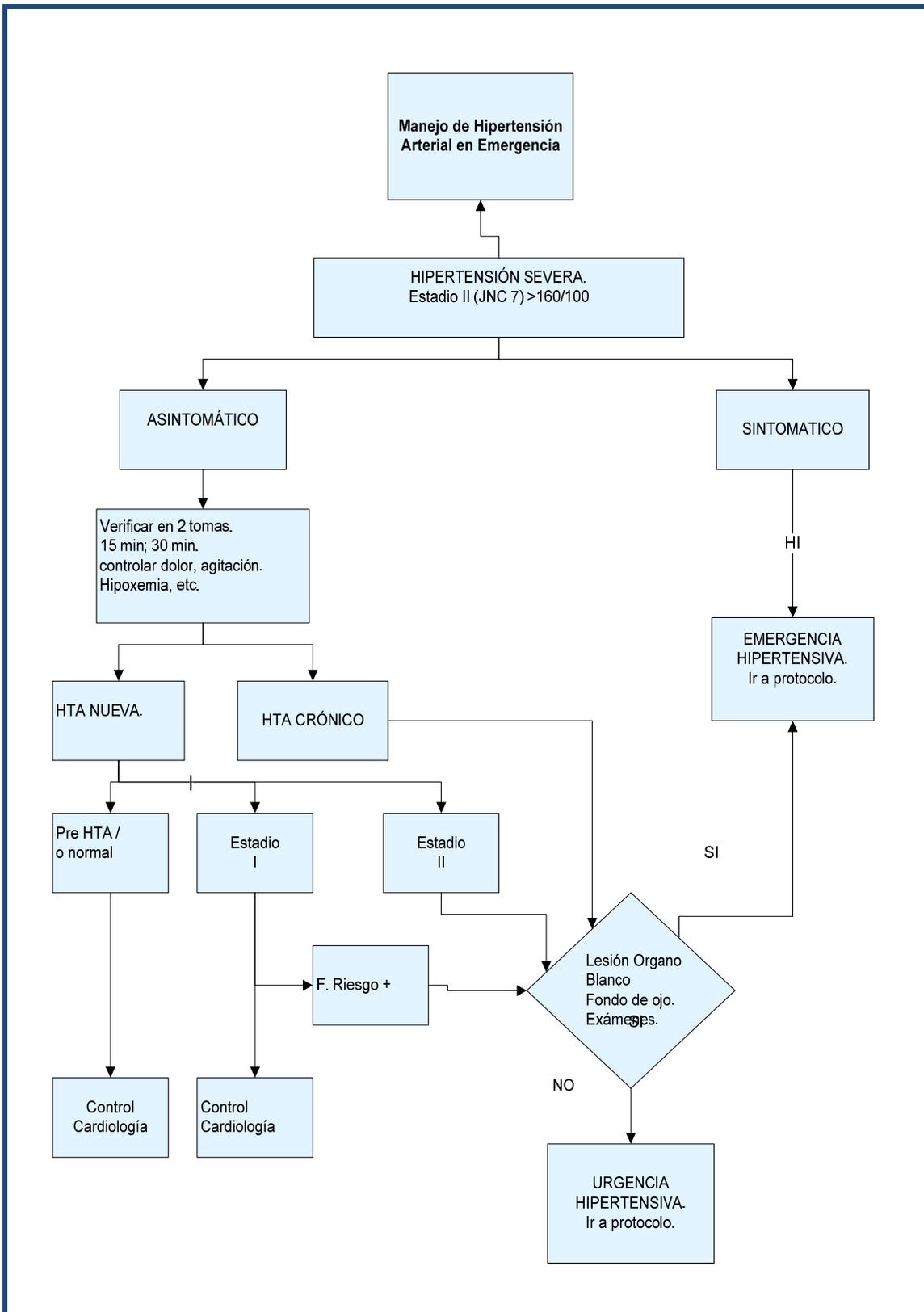
# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

NOMBRE DEL PROCESO: URGENCIA HIPERTENSIVA



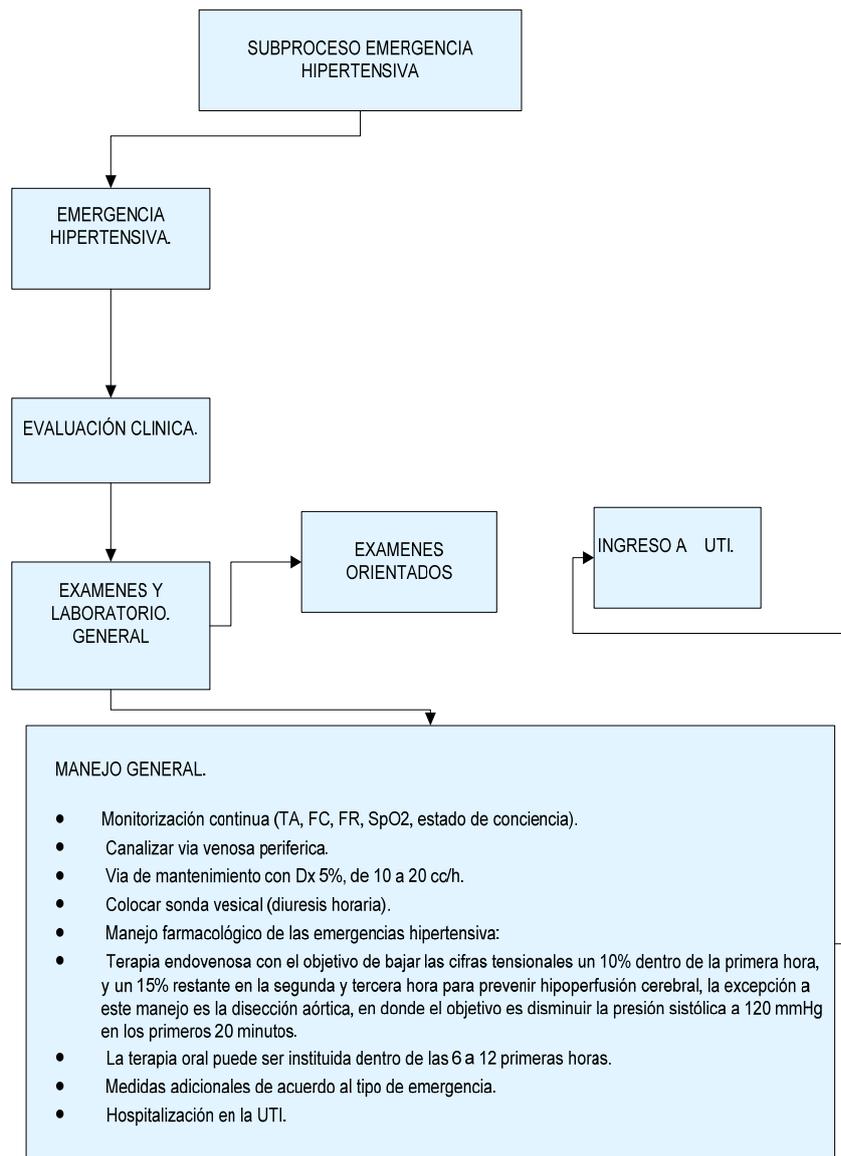
# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: MANEJO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL



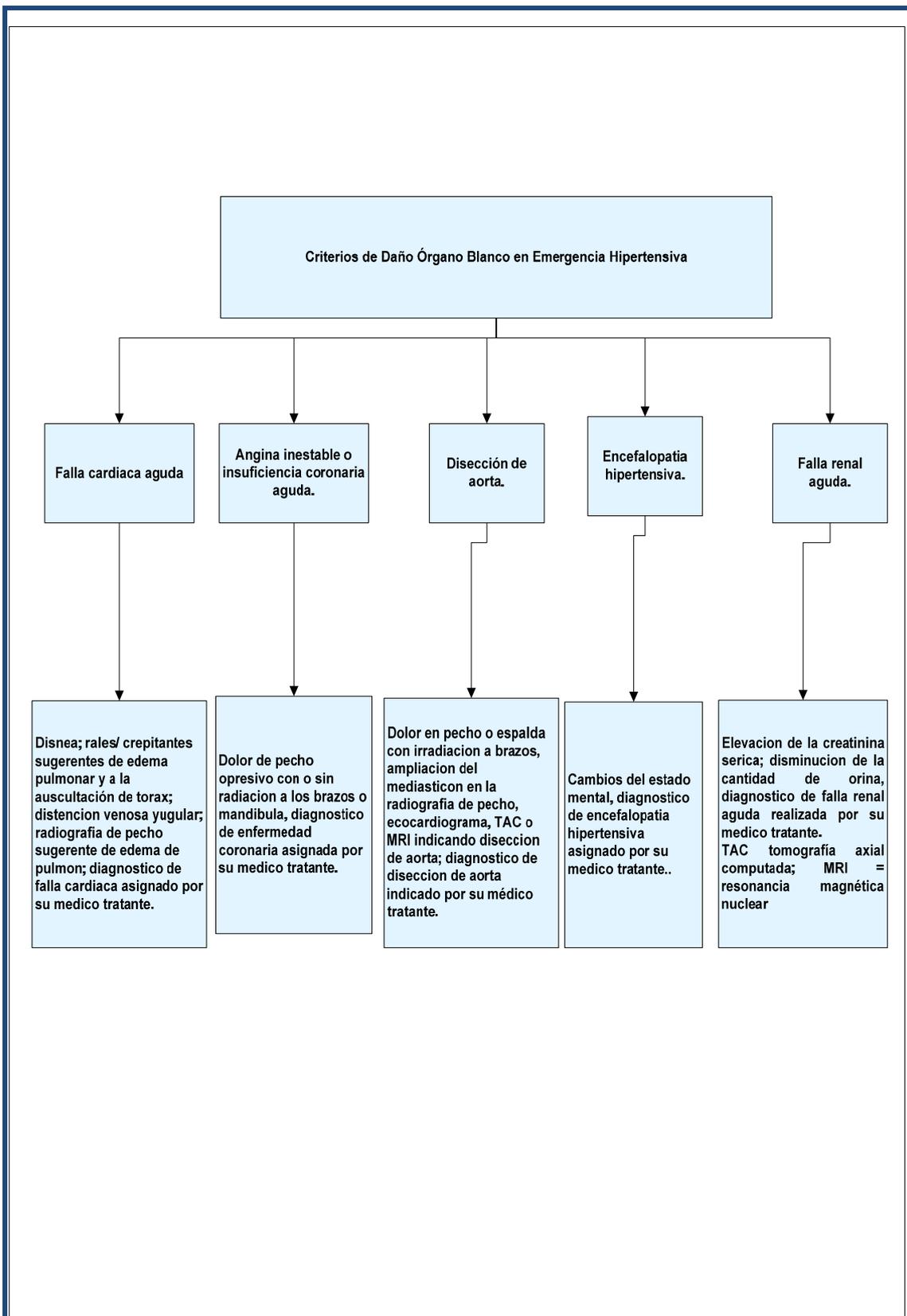
# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

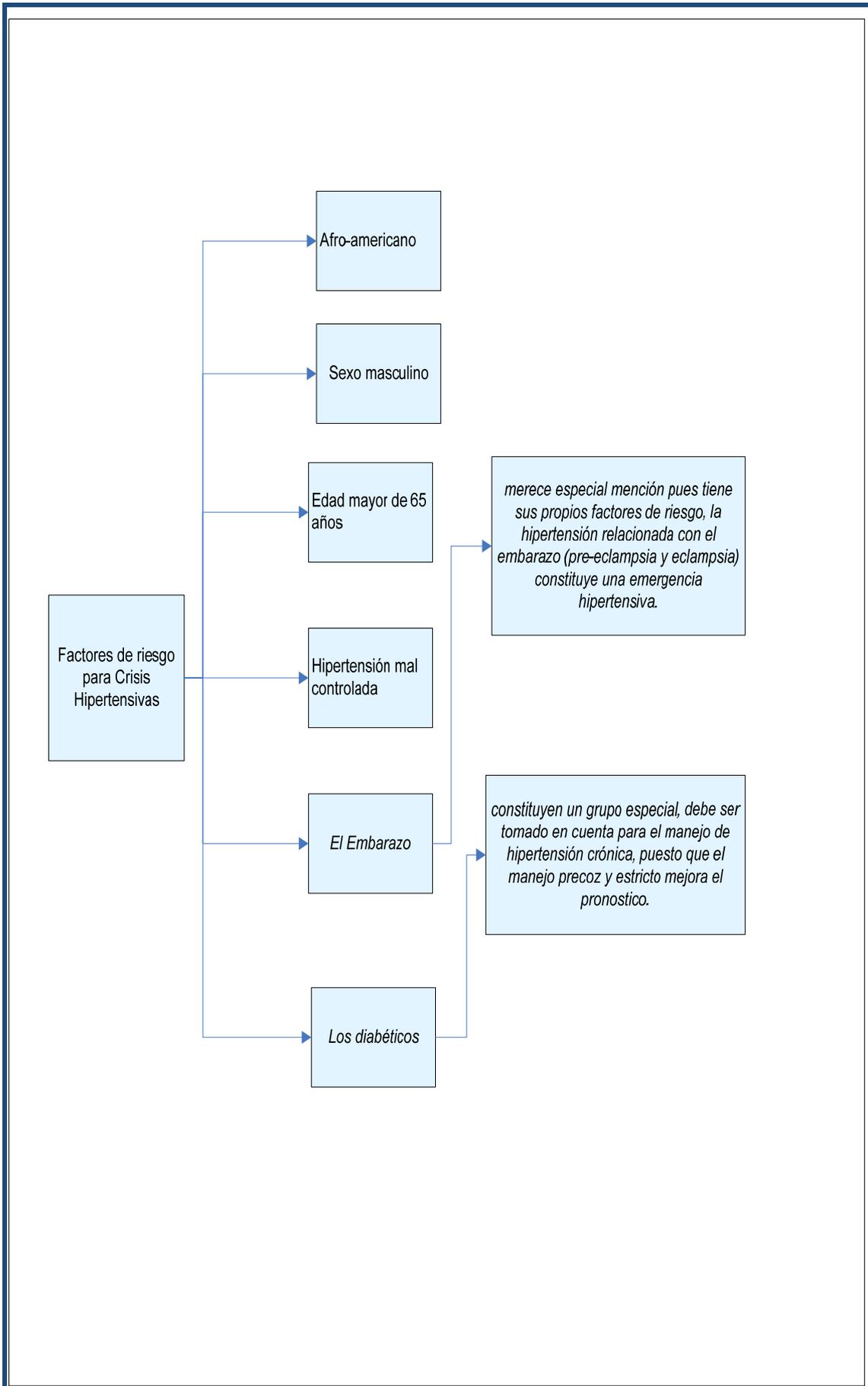
## NOMBRE DEL PROCESO: EMERGENCIA HIPERTENSIVA



# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

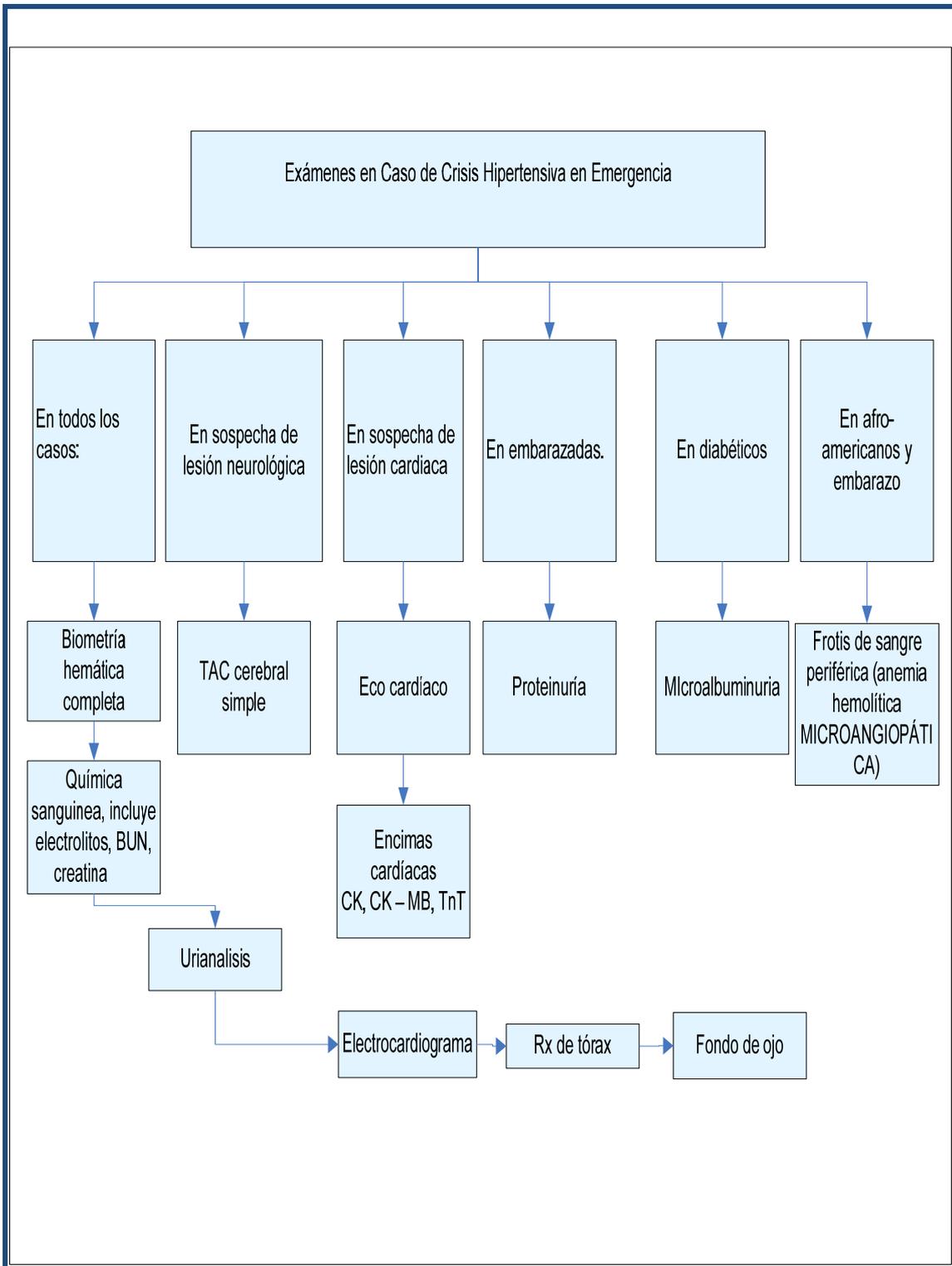
## NOMBRE DEL PROCESO: CRITERIOS DE DAÑO ÓRGANO BLANCO





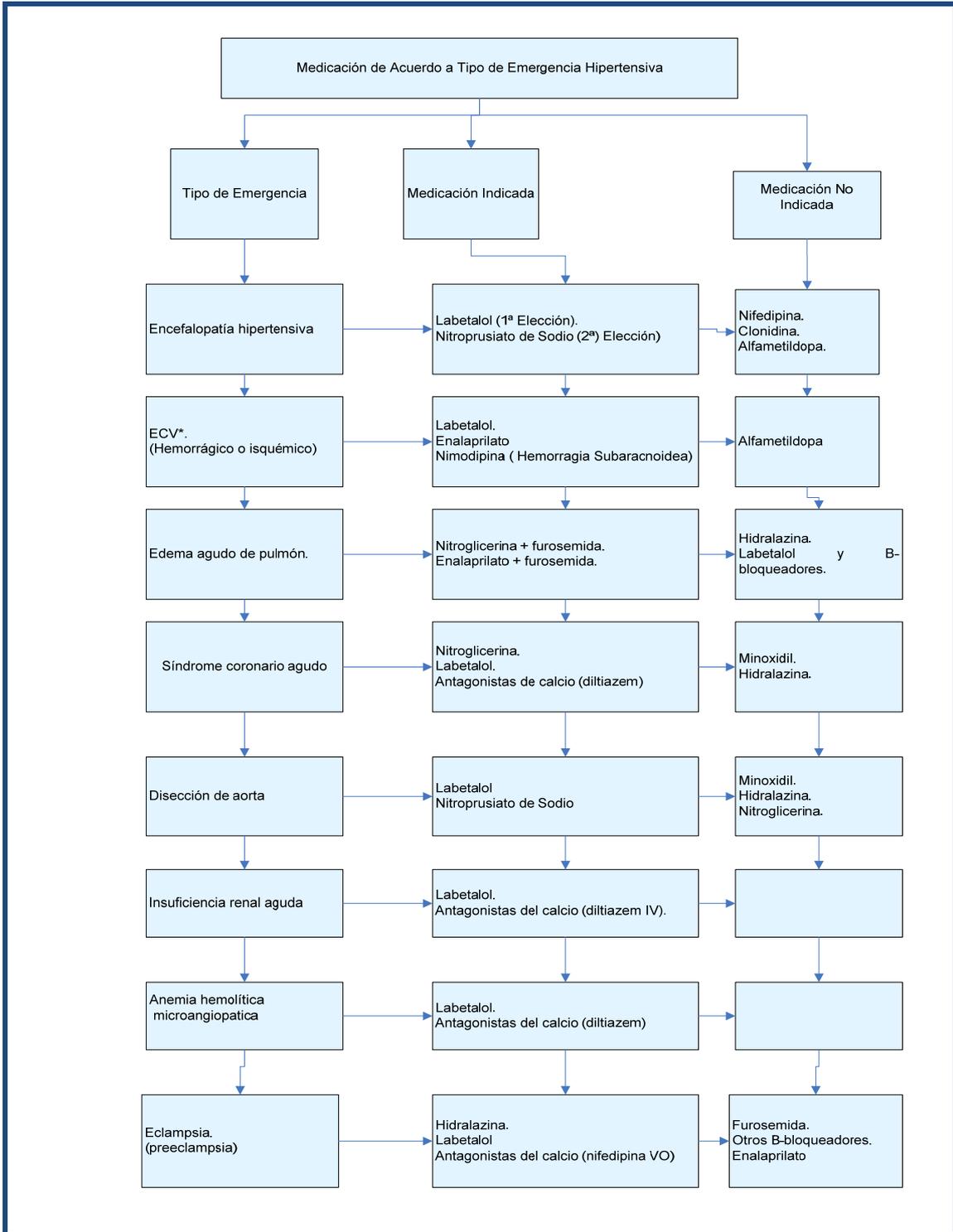
# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: EXÁMENES EN CASO DE CRISIS HIPERTENSIVA EN EMERGENCIA

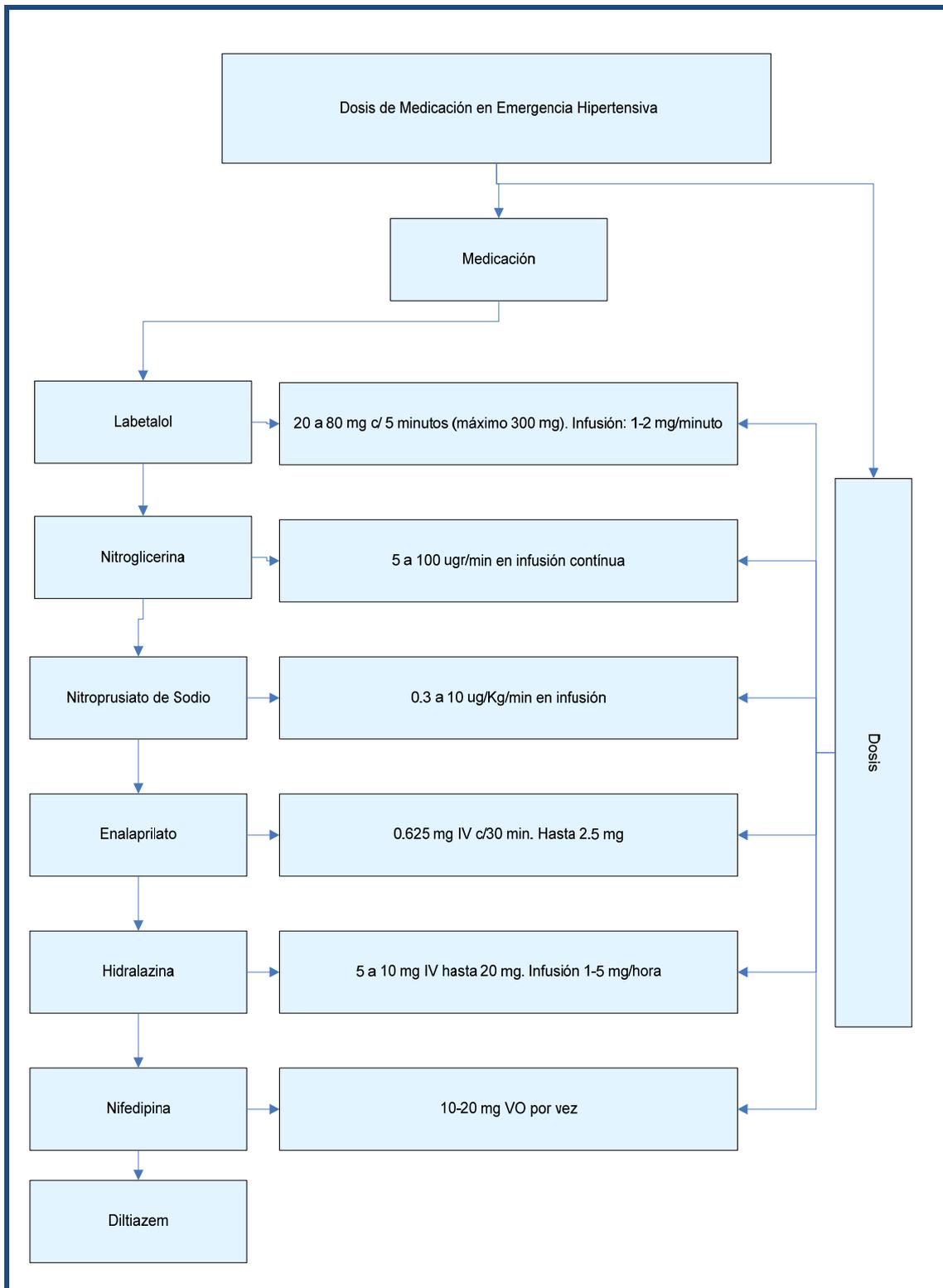


# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

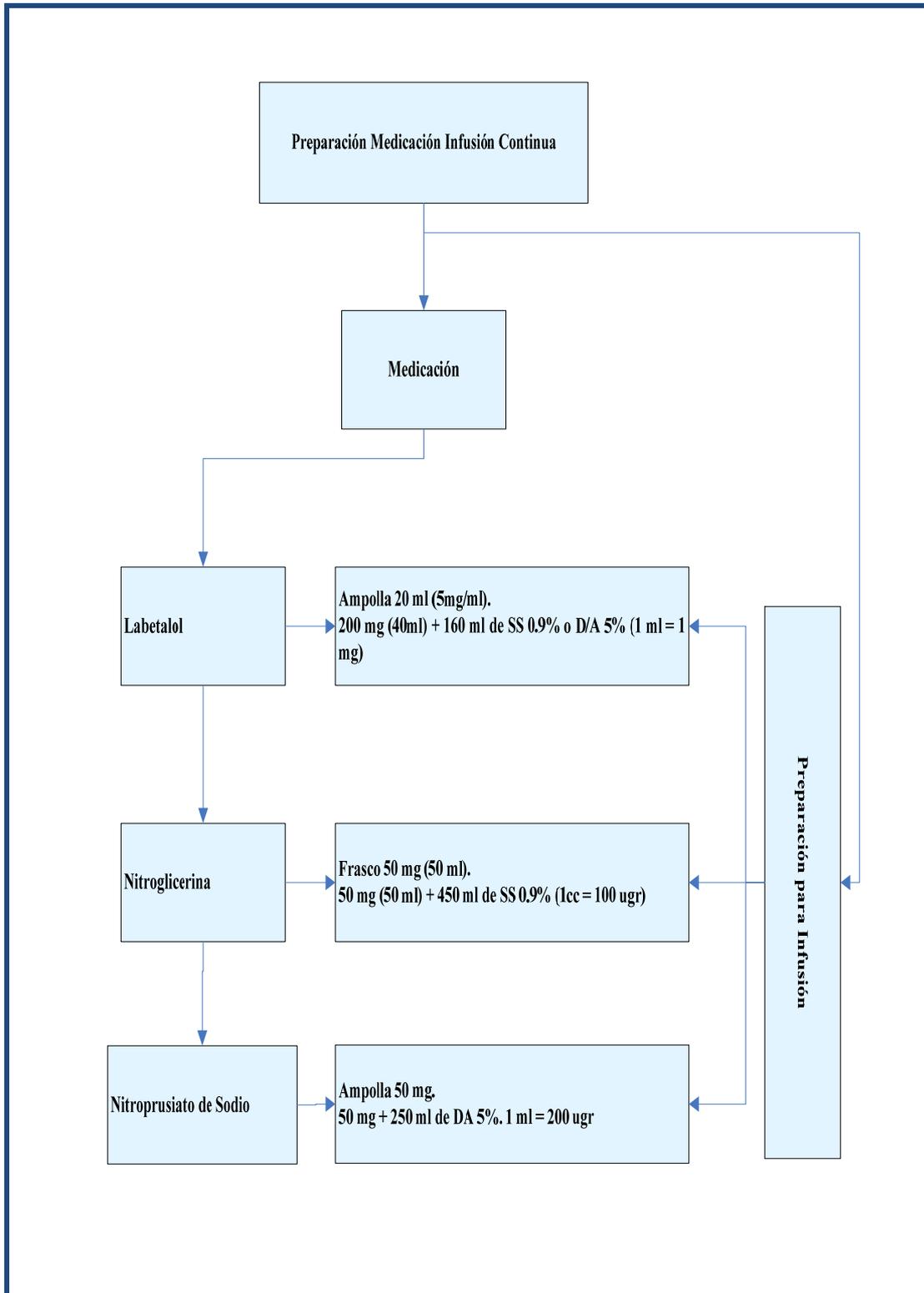
## NOMBRE DEL PROCESO: ADMINISTRAR MEDICACIÓN DE ACUERDO A TIPO DE EMERGENCIA HIPERTENSIVA



**MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS**  
**NOMBRE DEL PROCESO: DOSIS DE MEDICACIÓN EN EMERGENCIA HIPERTENSIVA**



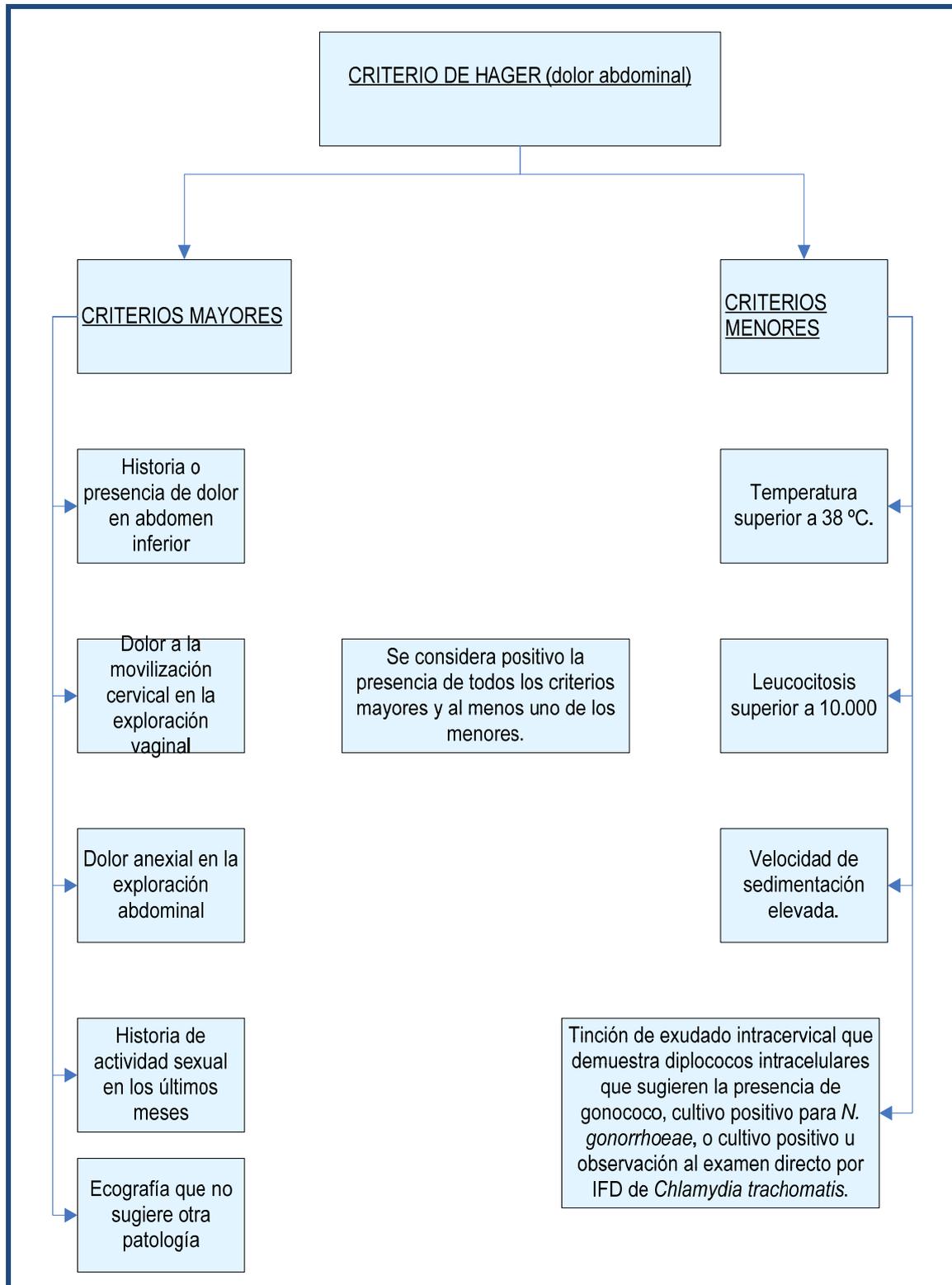
**MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS**  
**NOMBRE DEL PROCESO: PREPARACIÓN MEDICACIÓN INFUSIÓN CONTINUA**





# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

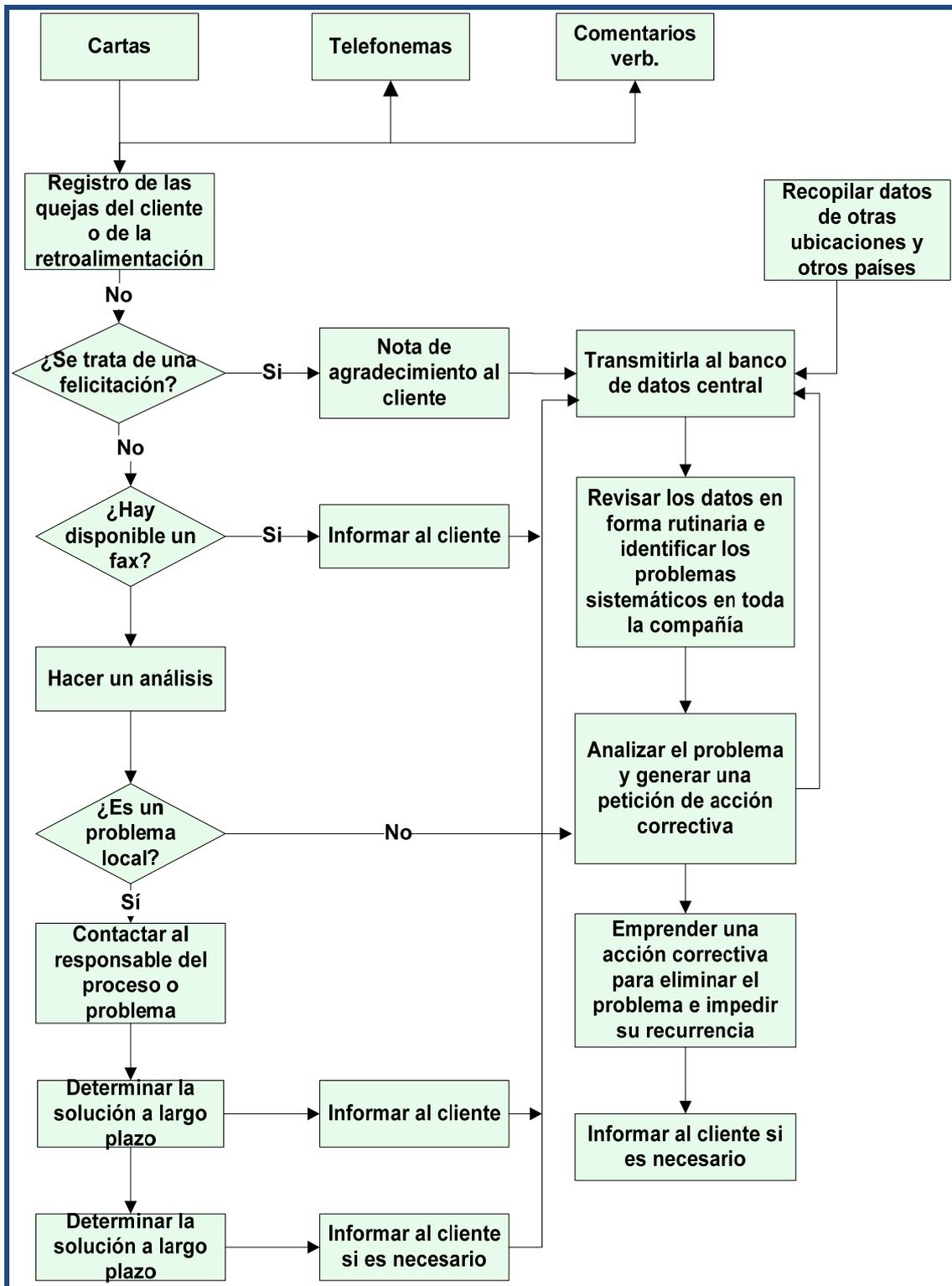
## NOMBRE DEL PROCESO: CRITERIO DE HAGER (DOLOR ABDOMINAL)





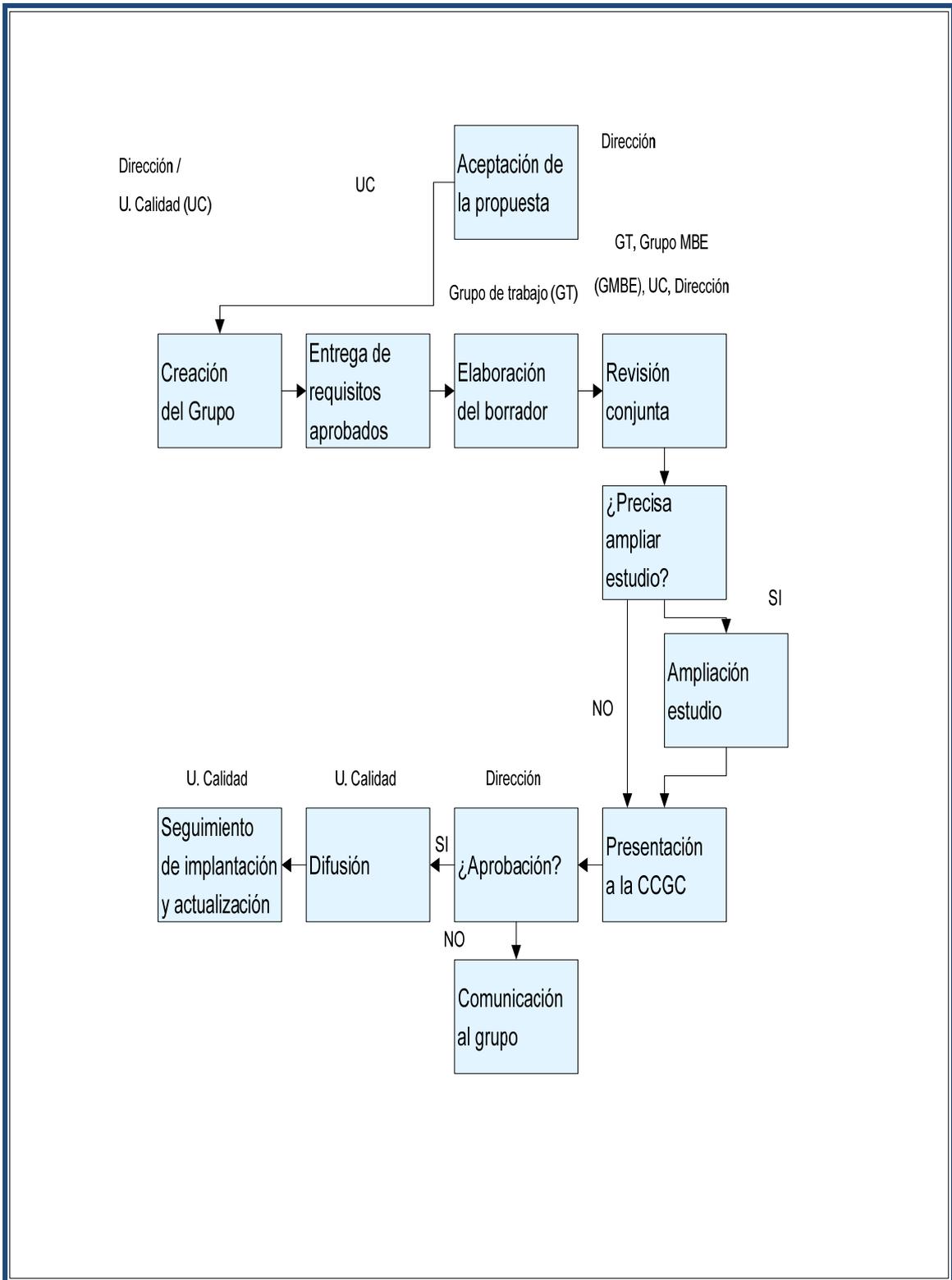
# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

NOMBRE DEL PROCESO: ADMINISTRACIÓN DE QUEJAS



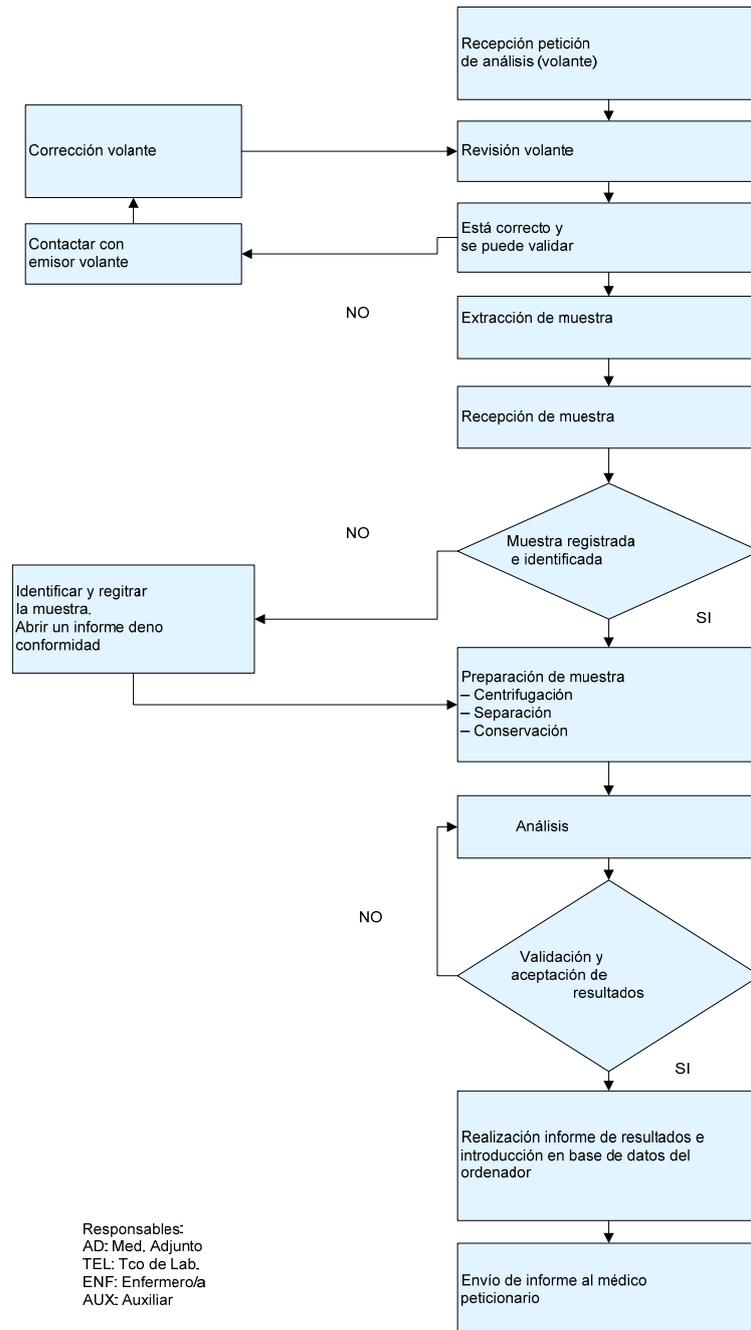
# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

NOMBRE DEL PROCESO: HOMOLOGACIÓN DE PROTOCOLOS



# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

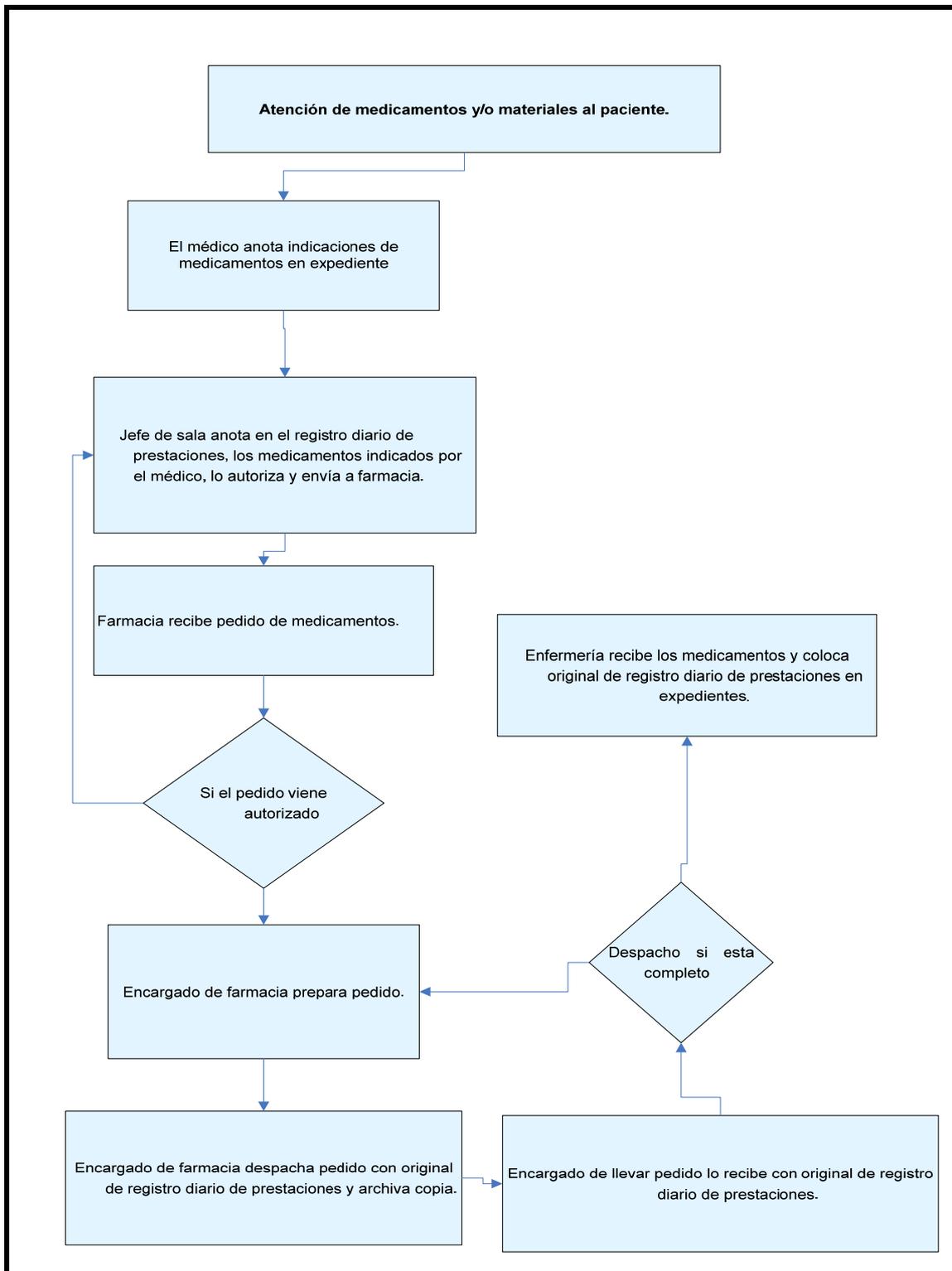
## NOMBRE DEL PROCESO: ANALISIS DE FARMACOS



Responsables:  
 AD: Med. Adjunto  
 TEL: Tco de Lab.  
 ENF: Enfermero/a  
 AUX: Auxiliar

# MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS

## NOMBRE DEL PROCESO: ATENCIÓN DE MEDICAMENTOS Y/O MATERIALES AL PACIENTE.



**MANUAL DE PROCESOS PARA URGENCIAS MÉDICAS**  
**NOMBRE DEL PROCESO: GESTIÓN DE PROCESOS EN EL HOSPITAL**  
**(ENFERMEDADES COMUNES A QUE ÁREA DIRIGIRSE)**

|    |  |                                     |
|----|--|-------------------------------------|
| 1  | Biopsia prostática y renal*                  | Urología                            |
| 2  | Derrame pleural maligno**                    | Cirugía Torácica                    |
| 3  | Apendicitis aguda no complicada              | Cirugía Pediátrica                  |
| 4  | Prótesis de cadera*                          | Traumatología II                    |
| 5  | Cesárea programada*                          | Obstetricia                         |
| 6  | Cáncer de mama**                             | Ginecología                         |
| 7  | Colecistectomía laparoscópica*,**            | Cirugía General A, B y C            |
| 8  | Carcinoma de colon y recto*,**               | Cirugía General A                   |
| 9  | Hernia inguinal y crural                     | Cirugía General B                   |
| 10 | Hernia discal lumbar**                       | Neurocirugía                        |
| 11 | Estenosis de canal lumbar                    | Neurocirugía                        |
| 12 | Trasplante cardiaco*,**                      | Cardiología, Cirugía Cardíaca y UCP |
| 13 | Trasplante hepático**,                       | Cirugía General C                   |
| 14 | Cáncer de faringe y laringe**                | ORL                                 |
| 15 | Prostatectomía abierta*                      | Urología                            |
| 16 | Prostatectomía radical*                      | Urología                            |
| 17 | Tiroidectomía                                | Cirugía A y B                       |
| 18 | Cateterismo cardiaco infantil*               | Instituto Ped. Corazón              |
| 19 | Transposición de grandes arterias*           | Instituto Ped. Corazón              |
| 20 | Tratamiento adyuvante del carcinoma de colon | Oncología Médica                    |
| 21 | Epitelioma basocelular*                      | Dermatología                        |
| 22 | Cáncer gástrico*,**                          | Cirugía General A                   |
| 23 | Apendicitis aguda complicada en el niño      | Cirugía pediátrica                  |

|    |  |  |
|----|--|--|
| 24 | PFN (fractura pertrocantérea)**                      | Traumatología I  |
| 25 | Diabetes tipo 2 con ingreso**                        | Endocrinología   |
| 26 | Melanoma (ganglio centinela)*,**                     | Dermatología, A. Patológica, M.Nuclear, Cirugía Plástica |
| 27 | Incontinencia urinaria de esfuerzo*,**               | Urología   |
| 28 | Artritis reumatoide (Ab monoclonales)*               | Reumatología   |
| 29 | Incapacidad del suelo pélvico*                       | Ginecología  |
| 30 | Neumotórax espontáneo*                               | Cirugía Torácica   |
| 31 | Rotura prematura de membranas                        | Obstetricia  |
| 32 | Criptorquidia  | Cirugía Pediátrica                                       |
| 33 | Politraumatizado potencialmente grave en Urgencias** | Urgencias, UCI, Trauma, M. Interna, Cirugía General      |
| 34 | Braquiterapia*                                       | Onco. radioterápica                                      |
| 35 | Accidentes biológicos*,**                            | Servicio de Prevención                                   |
| 36 | Escoliosis infantil**                                | Traumatología infantil                                   |
| 37 | Dolor agudo postoperatorio*,**                       | Anestesiología   |
| 38 | Derivación CCR*,**                                   | Digestivo, A. Primaria                                   |
| 39 | Crisis asmática en el niño*                          | Urgencias, Neumo. Ped.                                   |

\*Actualmente en funcionamiento.

\*\*Estudio previo del proceso

# CAPITULO 5

## ANÁLISIS ECONÓMICO



*“Que este trabajo sirva para motivar a aquellas personas que pueden salvar una vida,  
pensando siempre que es la de ellos”*

## CAPITULO V ANÁLISIS ECONÓMICO

### 5.1 FUENTES DE FINANCIAMIENTO PARA EL HOSPITAL QUITO.

|                                 | VALOR               |
|---------------------------------|---------------------|
| Aporte Fiscal                   | 275.000,00          |
| Aporte del ISSPOL 35%           | 1'659.918,45        |
| Saldos anteriores y autogestión | 1'251.317,16        |
| <b>TOTAL PRESUPUESTO</b>        | <b>3'186.235,61</b> |

**Tabla 95** Fuentes de financiamiento **Fuente:** DNS

|                       |                     |                     |
|-----------------------|---------------------|---------------------|
| DNS                   | \$35%               | 1'658.918,45        |
| <b>APOORTE ISSPOL</b> | <b>\$35% HQ N.1</b> | <b>1'658.918,45</b> |
| <b>\$4'739.767</b>    | <b>\$30% HG N.2</b> | <b>1'421.930,10</b> |

**Tabla 96** Distribución de Porcentajes **Fuente:** DNS

Para el financiamiento de los servicios médicos hospitalarios, el Hospital Quito No.1 recibe a través de la Dirección Nacional de Salud, el 35% del total del dinero entregado por el ISSPOL, ingresos por aporte del Estado, y Policías Especiales y además de los ingresos por autogestión.

Los recursos asignados son insuficientes, pues no corresponde a un estudio técnico financiero, no considera los costos, la productividad de los servicios, por lo tanto el dinero asignado.

Del análisis de la situación financiera del Hospital Quito No.1 presentada en los Estados Financieros, se concluye que por efectos de la dolarización vigente en el país, está atravesando una crítica y difícil situación económica, ocasionada por el nuevo sistema de dolarización del país, que produce un incremento de los gastos

operativos de atención médica (medicinas, materiales, insumos médicos y hospitalización).

Es necesario un serio análisis de costos, de cuyos resultados se podrán definir varias acciones tendientes a lograr un mejor aprovechamiento de los recursos financieros y tomar medidas y soluciones de carácter económicos, a fin de obtener recursos que permitan cubrir los requerimientos operativos.

Ante esta situación, el Hospital Quito debe financiar parte de los gastos por concepto del Seguro de Enfermedad y Maternidad del ISSPOL, con la utilización de los recursos de autogestión, de esta manera se ve reducida la capacidad de adquisiciones y renovación de equipos e instrumental médico.

## 5.2 INGRESOS

| PARTIDA PRESUPUESTARIA INGRESO PARA LA DNS |  |                                   |                               |                            |
|--|--|-----------------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| CODIGO                                     | CONCEPTO                                   | EFFECTIVO<br>ENERO -<br>MAYO 2009 | PROYECTADO<br>DICIEMBRE 2.009 | VALOR<br>PROFORMA<br>2.010 |
|  | <b>INGRESOS CORRIENTES</b>                 |                                   |                               |                            |
| 130104-000-1                               | TASAS Y CONTRIBUCIONES                     | -                                 | -                             | -                          |
| 130106-000-1                               | ESPECIES FISCALES                          | -                                 | -                             | -                          |
| 130107-000-1                               | VENTA DE BASES                             | -                                 | -                             | -                          |
| 130108-000-1                               | PRESTACION DE SERVICIOS                    | 1.133.443,66                      | 2.734.408,11                  | 2.831.112,39               |
| 130199-000-1                               | OTRAS TASAS                                | -                                 | -                             | -                          |
| 140205-000-1                               | DE INSUMOS MEDICOS                         | 436.459,04                        | 1.047.501,70                  | 1.444.164,26               |
| 140399-000-1                               | OTROS SERVICIOS TECNICOS<br>ESPECIALIZADOS | -                                 | -                             | -                          |
| 150101-000-0                               | DEL GOBIERNO CENTRAL                       |                                   |                               |                            |

|              |   |                     |                      |                      |
|--------------|---|---------------------|----------------------|----------------------|
|              |   | 563.317,34          | 5.861.580,15         | 6.028.612,52         |
| 170399-000-1 | OTROS INTERESES POR MORA                        | 8.323,72            | 19.976,93            | 20.676,12            |
| 180105-001-1 | TRANSFERENCIAS CORRIENTES A LA SEGURIDAD SOCIAL | 5.619.546,30        | 11.607.253,85        | 11.104.538,00        |
| 180499-000-1 | OTRAS PARTICIPACIONES Y APORTES ( SANITARIO)    | 8.581,61            | 20.595,86            | 21.316,72            |
| 190201-000-1 | INDEMNIZACIONES POR SINIESTROS                  | -                   | -                    | -                    |
| 190499-000-1 | OTROS NO ESPECIFICADOS (Fondo Global)           | 177.253,07          | 837.239,68           | 66.543,06            |
|              | <b>INGRESOS DE CAPITAL</b>                      | -                   | -                    | -                    |
| 240103-000-1 | MOBILIARIOS                                     | -                   | -                    | -                    |
| 280499-000-1 | OTRAS PARTICIPACIONES Y APORTES                 | 169.082,12          | 405.797,09           | 1.200.000,00         |
| 270103-000-1 | RECUPERACION DE DEPOSITOS A PLAZO               | -                   | -                    | -                    |
| 370199-000-1 | OTROS SALDOS                                    | -                   | -                    | 1.369.354,44         |
|              | <b>TOTAL INGRESOS</b>                           | <b>8.116.006,86</b> | <b>22.534.353,37</b> | <b>24.086.317,50</b> |

### 5.3 EGRESOS

| PARTIDA PRESUPUESTARIA GASTOS PARA LA DNS |                    |                              |                         |                           |
|---|--------------------|------------------------------|-------------------------|---------------------------|
| CODIGO                                    | CONCEPTO           | DEVENGADO ENERO A MAYO 2.009 | PROYECTO DICIEMBRE 2009 | VALOR DE LA PROFORMA 2010 |
| 510000-000-0                              | GASTOS EN PERSONAL | 1.357.849,80                 | 4.126.884,00            | 4.428.146,72              |

|                     |                                      |              |              |              |
|---------------------|--------------------------------------|--------------|--------------|--------------|
| <b>510000-000-1</b> | <b>GASTOS EN PERSONAL</b>            | 79.449,31    | 409.542,82   | 505.853,88   |
| 510101-000-0        | REMUNERACION UNIFICADA               | 1.247.265,08 | 3.411.600,82 | 3.680.172,62 |
| 510101-000-1        | REMUNERACION UNIFICADA               | -            | -            | -            |
| 510203-000-0        | DECIMO TERCER SUELDO                 | -            | 178.893,00   | 306.680,58   |
| 510203-000-1        | DECIMO TERCER SUELDO                 | -            | -            | -            |
| 510204-000-0        | DECIMO CUARTO SUELDO                 | 35.070,00    | 131.538,00   | 82.150,00    |
| 510204-000-1        | DECIMO CUARTO SUELDO                 | -            | -            | -            |
| 510213-000-1        | AGUINALDO NAVIDEÑO                   | -            | 40.000,00    | 45.000,00    |
| 510510-000-0        | SERVICIOS PERSONALES POR CONTRATO    | -            | -            | -            |
| 510510-000-1        | SERVICIOS PERSONALES POR CONTRATO    | 79.449,31    | 369.542,82   | 460.853,88   |
| 510601-000-0        | APORTE PATRONAL                      | 33.562,99    | 183.937,60   | 177.584,29   |
| 510601-000-1        | APORTE PATRONAL                      | -            | -            | -            |
| 510602-000-0        | FONDOS DE RESERVA                    | 41.951,73    | 220.914,58   | 181.559,23   |
| 510602-000-1        | FONDOS DE RESERVA                    | -            | -            | -            |
| <b>530000-000-0</b> | <b>BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO</b> | -            | -            | -            |
| <b>530000-000-1</b> | <b>BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO</b> | -            | -            | -            |
| <b>530100-000-0</b> | <b>SERVICIOS BASICOS</b>             | 301.642,36   | 723.941,66   | 757.171,75   |

|                     |                                       |            |            |            |
|---------------------|---------------------------------------|------------|------------|------------|
| 530100-000-0        | AGUA POTABLE                          | 127.402,45 | 305.765,88 | 316.467,69 |
| 530104-000-0        | ENERGIA ELECTRICA                     | 119.531,39 | 286.875,34 | 296.915,97 |
| 530105-000-0        | TELECOMUNICACIONES                    | 54.708,52  | 131.300,45 | 143.788,09 |
| 530106-000-0        | SERVICIOS DE CORREO                   | -          | -          | -          |
| <b>530100-000-1</b> | <b>SERVICIOS BASICOS</b>              | -          | -          | -          |
| 530100-000-1        | AGUA POTABLE                          | -          | -          | -          |
| 530104-000-1        | ENERGIA ELECTRICA                     | -          | -          | -          |
| 530105-000-1        | TELECOMUNICACIONES                    | -          | -          | -          |
| 530106-000-1        | SERVICIOS DE CORREO                   | -          | -          | -          |
| <b>530200-000-0</b> | <b>SERVICIOS GENERALES</b>            | 17.603,84  | 42.249,22  | 44.310,95  |
| 530202-000-0        | FLETES Y MANIOBRAS                    | 5.100,82   | 12.241,97  | 13.253,45  |
| 530203-000-0        | ALMACENAMIENTO, EMBALAJE Y ENVASE     | -          | -          | -          |
| 530204-000-0        | IMPRESIÓN, REPRODUCCION Y PUBLICACION | 340,00     | 816,00     | 844,56     |
| 530205-000-0        | ESPECTACULOS CULTURALES Y SOCIALES    | -          | -          | -          |
| 530206-000-0        | EVENTOS PUBLICOS Y OFICIALES          | -          | -          | -          |
| 530207-000-0        | DIFUSION, INFORMACION Y PUBLICIDAD    | 4.423,86   | 10.617,26  | 10.988,87  |
| 530209-000-0        | SERVICIO DE ASEO                      | 1.471,73   | 3.532,15   | 3.655,78   |

|                     |   |            |              |              |
|---------------------|---|------------|--------------|--------------|
| 530299-000-0        | OTROS SERVICIOS GENERALES                                 | 6.267,43   | 15.041,83    | 15.568,30    |
| <b>530200-000-1</b> | <b>SERVICIOS GENERALES</b>                                | 535.872,82 | 1.288.282,36 | 1.353.581,37 |
| 530201-000-1        | SERVICIOS DE TRANSPORTE                                   | 537,50     | 1.290,00     | 1.335,15     |
| 530202-000-1        | FLETES Y MANIOBRAS  | 3.653,58   | 8.768,59     | 9.075,49     |
| 530203-000-1        | ALMACENAMIENTO, EMBALAJE Y ENVASE                         | -          | -            | -            |
| 530204-000-1        | IMPRESIÓN, REPRODUCCION Y PUBLICACION                     | 11.626,77  | 27.904,25    | 49.090,03    |
| 530205-000-1        | ESPECTACULOS CULTURALES Y SOCIALES                        | -          | -            | -            |
| 530206-000-1        | EVENTOS PUBLICOS Y OFICIALES                              | -          | -            | -            |
| 530207-000-1        | DIFUSION, INFORMACION Y PUBLICIDAD                        | 2.208,34   | 5.300,02     | 5.485,52     |
| 530209-000-1        | SERVICIO DE ASEO  | 3.828,83   | 9.189,19     | 9.510,81     |
| 530299-000-1        | OTROS SERVICIOS GENERALES                                 | 514.017,80 | 1.235.830,31 | 1.279.084,38 |
| <b>530300-000-0</b> | <b>TRASLADOS, INSTALACIONES, VIATICOS Y SUBSISTENCIAS</b> | 30.874,67  | 74.099,21    | 84.235,44    |
| 530301-000-0        | PASAJES AL INTERIOR                                       | 4.188,62   | 10.052,69    | 25.274,11    |
| 530302-000-0        | PASAJES AL EXTERIOR                                       | -          | -            | -            |
| 530303-000-0        | VIATICOS Y SUBSISTENCIAS EN EL INTERIOR                   | 26.686,05  | 64.046,52    | 58.961,33    |
| 530304-000-0        | VIATICOS Y SUBSISTENCIAS EN EL EXTERIOR                   | -          | -            | -            |
| 530305-000-0        | MUDANZAS E INSTALACION                                    | -          | -            | -            |

|                     |   |            |              |              |
|---------------------|---|------------|--------------|--------------|
| <b>530300-000-1</b> | <b>TRASLADOS, INSTALACIONES, VIATICOS Y SUBSISTENCIAS</b> | 1.230,42   | 2.953,01     | 3.056,37     |
| 530301-000-1        | PASAJES AL INTERIOR                                       | 416,67     | 1.000,01     | 1.035,01     |
| 530302-000-1        | PASAJES AL EXTERIOR                                       | -          | -            | -            |
| 530303-000-1        | VIATICOS Y SUBSISTENCIAS EN EL INTERIOR                   | 813,75     | 1.953,00     | 2.021,36     |
| 530304-000-1        | VIATICOS Y SUBSISTENCIAS EN EL EXTERIOR                   | -          | -            | -            |
| 530305-000-1        | MUDANZAS E INSTALACION                                    | -          | -            | -            |
| <b>530400-000-0</b> | <b>INSTALACION, MANTENIMIENTO Y REPARACION</b>            | 100.345,27 | 240.828,65   | 266.930,03   |
| 530401-000-0        | TERRENOS  | -          | -            | -            |
| 530402-000-0        | EDIFICIOS, LOCALES Y RESIDENCIAS                          | 30.569,78  | 73.367,47    | 75.935,33    |
| 530403-000-0        | MOBILIARIOS   | 1.000,00   | 2.400,00     | 2.484,00     |
| 530404-000-0        | MAQUINARIAS Y EQUIPOS                                     | 66.923,79  | 160.617,10   | 166.238,69   |
| 530405-000-0        | VEHICULOS   | 1.851,70   | 4.444,08     | 22.272,00    |
| 530406-000-0        | HERRAMIENTAS  | -          | -            | -            |
| 530499-000-0        | OTRAS INSTALACIONES, MANTENIMIENTO Y REPARACIONES         | -          | -            | -            |
| <b>530400-000-1</b> | <b>INSTALACION, MANTENIMIENTO Y REPARACION</b>            | 423.140,43 | 1.015.537,03 | 1.149.152,37 |
| 530401-000-1        | TERRENOS  | -          | -            | -            |
| 530204-000-1        | EDIFICIOS, LOCALES Y RESIDENCIAS                          | 187.209,17 | 449.302,01   | 532.189,06   |

|                     |  |            |            |            |
|---------------------|--|------------|------------|------------|
| 530403-000-1        | MOBILIARIOS  | -          | -          | -          |
| 530404-000-1        | MAQUINARIAS Y EQUIPOS                                | 211.214,65 | 506.915,16 | 551.329,87 |
| 530405-000-1        | VEHICULOS  | 24.716,61  | 59.319,86  | 65.633,44  |
| 530406-000-1        | HERRAMIENTAS   | -          | -          | -          |
| 530499-000-1        | OTRAS INSTALACIONES,<br>MANTENIMIENTO Y REPARACIONES | -          | -          | -          |
| <b>530500-000-0</b> | <b>ARRENDAMIENTO DE BIENES</b>                       | -          | -          | -          |
| 530501-000-0        | TERRENOS   | -          | -          | -          |
| 530502-000-0        | EDIFICIOS, LOCALES Y RESIDENCIAS                     | -          | -          | -          |
| 530503-000-0        | MOBILIARIOS  | -          | -          | -          |
| 530504-000-0        | MAQUINARIAS Y EQUIPOS                                | -          | -          | -          |
| 530505-000-0        | VEHICULOS  | -          | -          | -          |
| 530506-000-0        | HERRAMIENTAS   | -          | -          | -          |
| 530599-000-0        | OTROS ARRENDAMIENTOS                                 | -          | -          | -          |
| <b>530500-000-1</b> | <b>ARRENDAMIENTO DE BIENES</b>                       | 8.524,67   | 20.459,21  | 42.706,14  |
| 530501-000-1        | TERRENOS   | -          | -          | -          |
| 530502-000-1        | EDIFICIOS, LOCALES Y RESIDENCIAS                     | 6.915,92   | 16.598,21  | 38.710,00  |
| 530503-000-1        | MOBILIARIOS  | -          | -          | -          |

|                     |   |           |           |           |
|---------------------|---|-----------|-----------|-----------|
| 530504-000-1        | MAQUINARIAS Y EQUIPOS                                 | 1.142,50  | 2.742,00  | 2.837,97  |
| 530505-000-1        | VEHICULOS   | -         | -         | -         |
| 530506-000-1        | HERRAMIENTAS  | -         | -         | -         |
| 530599-000-1        | OTROS ARRENDAMIENTOS                                  | 466,25    | 1.119,00  | 1.158,17  |
| <b>530600-000-0</b> | <b>CONTRATACION DE ESTUDIOS E INVESTIGACIONES</b>     | 6.701,50  | 16.083,60 | 34.849,44 |
| 530601-000-0        | CONSULTORIA, ASESORIA E INVESTIGACION ESPECIALIZADA   | 1.000,00  | 2.400,00  | 18.000,00 |
| 530603-000-0        | SERVICIO DE CAPACITACION                              | 5.701,50  | 13.683,60 | 16.849,44 |
| 530605-000-0        | ESTUDIO Y DISEÑO DE PROYECTOS                         | -         | -         | -         |
| <b>530600-000-1</b> | <b>CONTRATACION DE ESTUDIOS E INVESTIGACIONES</b>     | 15.647,66 | 37.554,38 | 38.868,79 |
| 530601-000-1        | CONSULTORIA, ASESORIA E INVESTIGACION ESPECIALIZADA   | 9.416,66  | 22.599,98 | 23.390,98 |
| 530603-000-1        | SERVICIO DE CAPACITACION                              | 6.231,00  | 14.954,40 | 15.477,80 |
| 530605-000-1        | ESTUDIO Y DISEÑO DE PROYECTOS                         | -         | -         | -         |
| <b>530700-000-0</b> | <b>GASTOS INFORMATICOS</b>                            | 1.687,00  | 4.048,80  | 11.953,51 |
| 530701-000-0        | DESARROLLO DE SISTEMAS INFORMATICOS                   | -         | -         | 7.763,00  |
| 530702-000-0        | ARRENDAMIENTO Y LICENCIAS DE USO DE PAQ. INFORMATICOS | -         | -         | -         |
| 530704-000-0        | MANTENIMIENTO DE SISTEMAS INFORMATICOS                | 1.687,00  | 4.048,80  | 4.190,51  |
| <b>530700-000-1</b> | <b>GASTOS INFORMATICOS</b>                            | 1.032,36  | 2.477,66  | 2.564,38  |

|                     |   |              |               |               |
|---------------------|---|--------------|---------------|---------------|
| 530701-000-1        | DESARROLLO DE SISTEMAS INFORMATICOS                   | -            | -             | -             |
| 530702-000-1        | ARRENDAMIENTO Y LICENCIAS DE USO DE PAQ. INFORMATICOS | -            | -             | -             |
| 530704-000-1        | MANTENIMIENTO DE SISTEMAS INFORMATICOS                | 1.032,36     | 2.477,66      | 2.564,38      |
| <b>530800-000-0</b> | <b>BIENES DE USO Y CONSUMO CORRIENTE</b>              | 84.269,34    | 202.246,42    | 411.618,53    |
| <b>530800-000-1</b> | <b>BIENES DE USO Y CONSUMO CORRIENTE</b>              | 3.628.133,17 | 40.891.952,86 | 10.257.503,03 |
| 530802-000-0        | VESTUARIO, LENCERIA Y PRENDAS DE PROTECCION           | 4.560,00     | 10.944,00     | 11.327,04     |
| 530803-000-0        | COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES                            | 27.931,63    | 67.035,91     | 76.104,38     |
| 530804-000-0        | MATERIALES DE OFICINA                                 | 33.714,23    | 80.914,15     | 167.647,67    |
| 530805-000-0        | MATERIALES DE ASEO                                    | 15.429,72    | 37.031,33     | 68.997,17     |
| 530806-000-0        | HERRAMIENTAS  | -            | -             | -             |
| 530807-000-0        | MATERIALES DE IMPRES., REPROD. Y PUBLICACIONES        | -            | -             | -             |
| 530308-000-0        | INSTRUMENTAL MEDICO MENOR                             | -            | -             | -             |
| 530809-000-0        | MEDICINAS Y PRODUCTOS FARMACEUTICOS                   | -            | -             | -             |
| 530810-000-0        | MATERIALES DE USO MEDICO Y LABORATORIO                | -            | -             | -             |
| 530811-000-0        | MATERIALES DE CONST., ELÉCT., PLOM. Y CARPINTERIA.    | -            | -             | -             |
| 530812-000-0        | MATERIALES DIDACTICOS                                 | -            | -             | -             |
| 530813-000-0        | REPUESTOS Y ACCESORIOS                                | 2.633,76     | 6.321,02      | 87.542,26     |

|              |   |              |               |              |
|--------------|---|--------------|---------------|--------------|
| 530814-000-0 | SUMINISTROS PARA ACT. AGROP.,<br>PESCA Y CAZA         | -            | -             | -            |
| 530899-000-0 | OTROS DE USO Y CONSUMO                                | -            | -             | -            |
| 530801-000-1 | ALIMENTOS Y BEBIDAS                                   | 130.658,67   | 313.580,81    | 324.556,14   |
| 530802-000-1 | VESTUARIO, LENCERIA Y PRENDAS<br>DE PROTECCION        | 65.806,09    | 157.934,62    | 194.151,29   |
| 530803-000-1 | COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES                            | 48.375,81    | 116.101,94    | 120.165,51   |
| 530804-000-1 | MATERIALES DE OFICINA                                 | 45.445,29    | 109.068,70    | 62.886,10    |
| 530805-000-1 | MATERIALES DE ASEO                                    | 26.887,42    | 64.529,81     | 86.625,45    |
| 530806-000-1 | HERRAMIENTAS  | -            | -             | -            |
| 530807-000-1 | MATERIALES DE IMPRES., REPROD. Y<br>PUBLICACIONES     | 12.131,30    | 29.115,12     | 30.134,15    |
| 530308-000-1 | INSTRUMENTAL MEDICO MENOR                             | 236.307,46   | 567.137,90    | 586.987,73   |
| 530809-000-1 | MEDICINAS Y PRODUCTOS<br>FARMACEUTICOS                | 2.115.011,09 | 4.576.026,62  | 6.014.964,03 |
| 530810-000-1 | MATERIALES DE USO MEDICO Y<br>LABORATORIO             | 686.819,23   | 1.399.334,71  | 2.274.714,04 |
| 530811-000-1 | MATERIALES DE CONST., ELÉCT.,<br>PLOM. Y CARPINTERIA. | 19.692,95    | 47.263,08     | 48.917,29    |
| 530812-000-1 | MATERIALES DIDACTICOS                                 | -            | -             | -            |
| 530813-000-1 | REPUESTOS Y ACCESORIOS                                | 163.432,83   | 33.325.703,48 | 324.967,14   |
| 530814-000-1 | SUMINISTROS PARA ACT. AGROP.,<br>PESCA Y CAZA         | -            | -             | -            |
| 530899-000-1 | OTROS DE USO Y CONSUMO                                | 77.565,03    | 186.156,07    | 188.434,16   |

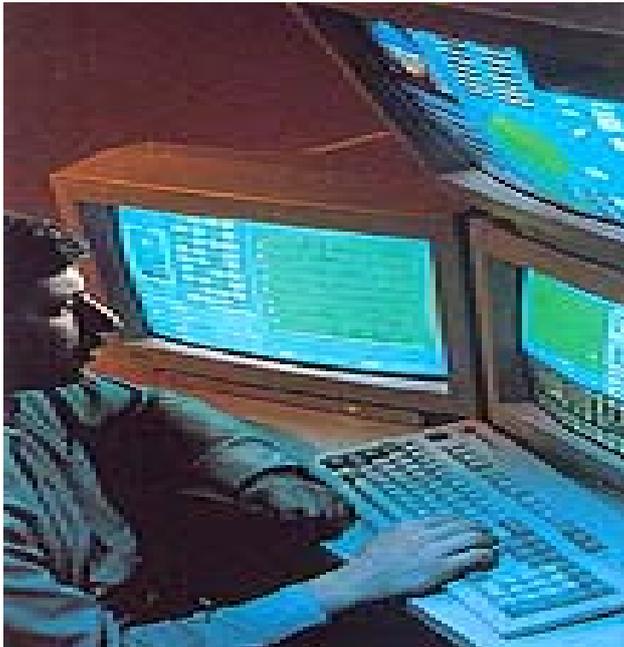
|                     |  |           |           |           |
|---------------------|--|-----------|-----------|-----------|
| <b>570000-000-0</b> | <b>OTROS GASTOS</b>                        | 2.237,13  | 5.369,11  | 16.107,03 |
| <b>570000-000-1</b> | <b>OTROS GASTOS</b>                        | 17.831,35 | 42.795,24 | 44.293,07 |
| 570200-000-0        | SEGUROS, COSTOS FINANCIEROS Y OTROS GASTOS | -         | -         | -         |
| 570201-000-0        | SEGUROS                                    | -         | -         | 10.550,00 |
| 570203-000-0        | COMISIONES BANCARIAS                       | 2.237,13  | 5.369,11  | 5.557,03  |
| 570299-000-0        | OTROS GASTOS FINANCIEROS                   | -         | -         | -         |
| 570200-000-1        | SEGUROS, COSTOS FINANCIEROS Y OTROS GASTOS | -         | -         | -         |
| 570201-000-1        | SEGUROS                                    | 17.453,99 | 41.889,58 | 43.355,71 |
| 570203-000-1        | COMISIONES BANCARIAS                       | 377,36    | 905,66    | 937,36    |
| 570299-000-1        | OTROS GASTOS FINANCIEROS                   | -         | -         | -         |
| <b>580000-000-0</b> | <b>TRANSFERENCIAS CORRIENTES</b>           | -         | -         | -         |
| <b>580000-000-1</b> | <b>TRANSFERENCIAS CORRIENTES</b>           | 15.589,95 | 42.415,88 | 58.725,44 |
| 580101-000-0        | HOSPITALES Y DISPENSARIOS POLICIALES       | -         | -         | -         |
| 580105-000-0        | TRANSFERENCIAS DE SEGURIDAD SOCIAL         | -         | -         | -         |
| 580101-000-1        | HOSPITALES Y DISPENSARIOS POLICIALES       | 15.589,95 | 37.415,88 | 38.725,44 |
| 580102-000-1        | DEPENDENCIAS DESCENTRALIZADAS              | -         | 5.000,00  | 20.000,00 |
| 580105-000-1        | TRANSFERENCIAS DE SEGURIDAD SOCIAL         | -         | -         | -         |

|              |                                  |              |              |              |
|--------------|----------------------------------|--------------|--------------|--------------|
| 750000-000-0 | <b>OBRAS PUBLICAS</b>            | -            | -            | -            |
| 750000-000-1 | <b>OBRAS PUBLICAS</b>            | 161.108,74   | 386.660,98   | 986.760,00   |
| 750107-000-0 | CONSTRUCCIONES Y EDIFICACIONES   | -            | -            | -            |
| 750108-000-0 | HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD    | -            | -            | -            |
| 750107-000-1 | CONSTRUCCIONES Y EDIFICACIONES   | 160.000,00   | 384.000,00   | 401.760,00   |
| 750108-000-1 | HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD    | 1.108,74     | 2.660,98     | 585.000,00   |
| 800000-000-0 | <b>GASTOS DE CAPITAL</b>         | -            | -            | -            |
| 840000-000-0 | <b>ACTIVOS DE LARGA DURACION</b> | -            | -            | -            |
| 810100-000-0 | BIENES MUEBLES                   | -            | -            | -            |
| 840103-000-0 | MOBILIARIOS                      | -            | -            | -            |
| 840104-000-0 | MAQUINARIAS Y EQUIPOS            | -            | -            | -            |
| 840105-000-0 | VEHICULOS                        | -            | -            | -            |
| 840106-000-0 | HERRAMIENTAS                     | -            | -            | -            |
| 800000-000-1 | <b>GASTOS DE CAPITAL</b>         | 1.554.220,18 | 3.742.128,43 | 3.587.929,27 |
| 840000-000-1 | <b>ACTIVOS DE LARGA DURACION</b> | 1.554.220,18 | 3.742.128,43 | 3.587.929,27 |
| 810100-000-1 | BIENES MUEBLES                   | -            | -            | -            |
| 840103-000-1 | MOBILIARIOS                      | 72.321,22    | 173.570,93   | 172.126,02   |

|              |  |                     |                      |                      |
|--------------|--|---------------------|----------------------|----------------------|
| 840104-000-1 | MAQUINARIAS Y EQUIPOS                        | 999.041,45          | 2.397.699,48         | 2.194.735,87         |
| 840105-000-1 | VEHICULOS                                    | 80.690,00           | 193.656,00           | 205.838,80           |
| 840106-000-1 | HERRAMIENTAS                                 | -                   | -                    | -                    |
| 840107-000-1 | EQUIPOS, SISTEMAS Y PAQUETES<br>INFORMATICOS | 342.493,89          | 833.985,34           | 864.851,06           |
| 840109-000-1 | LIBROS Y COLECCIONES                         | 4.800,00            | 11.520,00            | 12.096,00            |
| 840111-000-1 | PARTES Y REPUESTOS                           | -                   | -                    | -                    |
| 840113-000-1 | VARIOS (MAQUINARIA Y EQUIPO NO<br>ESPECIF.)  | 54.873,62           | 131.696,69           | 138.281,52           |
| 840200-000-1 | BIENES MUEBLES Y SEMOVIENTES                 | -                   | -                    | -                    |
| 840201-000-1 | TERRENOS                                     | -                   | -                    | -                    |
| 840202-000-1 | EDIFICIOS, LOCALES Y RESIDENCIAS             | -                   | -                    | -                    |
|              | TRANSFERENCIAS DE CAPITAL                    | -                   | -                    | -                    |
|              | <b>TOTAL GASTOS</b>                          | <b>8.344.991,97</b> | <b>53.318.510,52</b> | <b>24.086.317,50</b> |

# CAPITULO 6

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



### **CONTENIDO**

- Conclusiones
- Recomendaciones

*“Que la vida entregue a mis hijos algo de lo que he sembrado”*

## CAPITULO VI

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 6.1 CONCLUSIONES.

El proyecto de Gestión de Procesos para urgencias médicas en el Hospital Quito No. 1, propone que se respeten los procesos médicos propuestos, siguiendo los lineamientos técnicos – científicos, los cuales fueron obtenidos mediante una investigación profunda y responsable, constituyéndose en procesos de gran trascendencia e importancia por sus características médico - científicas.

El proyecto se lo realizo con un enfoque, basado en procesos, para lo cual es necesario que el Hospital Quito No. 1, lleve a cabo la gestión de cada proceso en urgencias medicas como un único proceso y también como un componente de la red de procesos, ya que esta es una forma poderosa para organizar y gestionar las actividades en el trabajo creando así un valor especial dirigido al paciente o cliente.

Dentro de la investigación se realizo un análisis de la situación actual, luego de lo cual se determinó que los procesos médico - administrativo en el Servicio de Emergencia, presentan falencias en diversos aspectos. Estas deficiencias se han agrupado con el fin de facilitar su análisis y formulación de propuestas de mejora.

En el siguiente cuadro se describen los problemas más relevantes e identificados:

| PROBLEMAS IDENTIFICADOS                      | DESCRIPCION DEL PROBLEMA   |
|--|--|
| Deficiente planificación en procesos médicos | No existe una planificación a largo plazo que oriente al servicio de emergencia, a la consecución de objetivos específicos, mediante la utilización de procesos médicos. |
| Procesos sin control                         | No existen parámetros de control que permitan realizar un seguimiento de la productividad, de las áreas o el desempeño de sus funcionarios por falta de procesos.        |
| Falta de políticas y procesos                | Ausencia de normas que regulen las funciones realizadas por personal médico y administrativo del s. de emergencia  |
| Falta de comunicación efectiva en el proceso | La comunicación es jerárquica y formal. Tiene baja retroalimentación y no facilita el compromiso de la gente   |
| Rehusión de responsabilidades                | No existen límites claros de autoridad y responsabilidad.  |
| Funciones mal asignadas                      | En determinadas áreas del servicio de emergencia se realizan funciones que no corresponden a esta área.  |
| Ubicación inadecuada de áreas                | Áreas como Consulta Externa deberían ser responsabilidad del área médica, pero a falta de esta funciona en emergencia  |
| Limitación de espacio físico                 | El servicio de Emergencia que por su limitación en el espacio físico afecta la calidad de atención   |

| PROBLEMAS IDENTIFICADOS               | DESCRIPCION DEL PROBLEMA   |
|---------------------------------------|--|
| Acceso público a áreas restringidas   | No existe control en emergencia para el acceso del público en general, no existe procesos ni procedimientos de control |
| Capacidad instalada subutilizada      | Baja productividad de equipos médicos por falta de capacitación o muchas de las ocasiones por desinterés.              |
| Recursos Humanos no optimizados       | Capacidad técnica desperdiciada, no existe procesos no saben que hacer, no existe responsable del proceso.             |
| Consumo descontrolado de insumos      | No existen estándares de consumo por tipo de atención para establecer un seguimiento del consumo de recursos           |
| Falta de difusión                     | Los usuarios de Emergencia, no conocen del servicio del cual disponen y que aspectos médicos les cubre.                |
| Lentitud en la prestación de servicio | No hay atención en forma eficiente por falta de procesos.  |

| PROBLEMAS IDENTIFICADOS                    | DESCRIPCION DEL PROBLEMA  |
|--|---|
| Trato poco amable                          | Falta de calidez del personal técnico y administrativo que atiende al usuario, cuando llega el paciente todos esperan que alguien lo haga   |
| Burocracia en los trámites administrativos | Se requiere mucho “papeleo” para obtener determinados servicios, no existen los procedimientos a seguirse.  |
| Trato al personal                          | Trato diferenciado al Recurso Humano entre Personal Policial y Personal Civil, a través de privilegios.   |
| Falta de compromiso                        | El personal no siente el respaldo de la organización por lo tanto no siente deseo de ser recíproco. (Hacer lo menos posible y/ Actuar únicamente por miedo).  |
| Falta de trabajo en equipo                 | Los objetivos e intereses individuales priman sobre el objetivo común “el desarrollo del Hospital”. Lo manifiestan sus integrantes:<br><i>“No atienden mis requerimientos, no es mi culpa... no es mi problema”.</i>  |
| Baja Productividad                         | Del personal en todas las áreas provocada por la costumbre, la falta de definición de funciones, de autoridad y responsabilidad, lo que ha generado una gran desorientación que finalmente se traduce en desperdicio de recurso y esfuerzo, por lo tanto disminuye totalmente la Imagen del Servicio de Emergencia. |
| Capacidades subutilizadas                  | De empleados y funcionarios por ausencia de análisis. El hombre adecuado para el puesto adecuado es un axioma que ayuda al éxito de una gestión.  |

Estos problemas afectan gravemente a la institución produciendo:

- Pérdida de vidas humanas.
- Pérdida de recursos económicos
- Insatisfacción de Usuarios
- Desmotivación del Recurso Humano
- Mala Imagen del Servicio de Emergencia.

**Por lo expuesto debemos expresar que en la investigación se determino:**

⇒ La falta de un Manual de Procesos Médicos que oriente al personal del Servicio de Emergencia a asumir responsabilidades, ante una situación de crisis, encaminadas a salvar la vida de sus usuarios, por lo tanto con el aporte del presente Manual se contribuirá a que este servicio sea de una alta calidad en la atención y confianza de sus usuarios.

## **6.2 RECOMENDACIONES.**

Con el fin de generar un Servicio de Emergencia proactivo, ágil, eficiente y seguro se sugiere, implantar el Manual de Gestión por Procesos para Urgencias Médicas en el Hospital Quito No. 1. Con el cual se establecen los siguientes beneficios:

- ⇒ Unificación de metodologías en los diferentes ámbitos: conocer quién va a hacer qué, cómo y cuándo.
- ⇒ Facilidad de elaborar vías clínicas.
- ⇒ Facilidad para garantizar la continuidad médica asistencial.
- ⇒ Mejora de los resultados: eficacia, rapidez en la atención, capacidad para proporcionar respuestas urgentes.
- ⇒ Impacto poblacional: mayor confianza de los pacientes, mejora de la accesibilidad.
- ⇒ Mejora de la eficiencia: reducción de gastos innecesarios.

- ⇒ Ordenación de la información, con indicadores exigentes y con la posibilidad de ser más transparentes.
- ⇒ Facilidad de identificar áreas de mejora.
- ⇒ Inmersión de los clínicos en temas de gestión clínica.
- ⇒ Facilidades para la informatización de los procesos completos.
- ⇒ Cambios en las relaciones atención primaria, atención hospitalaria.
- ⇒ Mejorar la Comunicación Interna en los procesos médicos del Hospital
- ⇒ Generación de Canales de Comunicación directos entre médicos
- ⇒ Resolución de problemas in situ
- ⇒ Manejo efectivo de recursos en el área médica
- ⇒ Manejo de información médica oportuna
- ⇒ Control efectivo de Recursos
- ⇒ Mejora la comunicación, trabajando en equipo.

Se debe pasar de una gestión médica por funciones y atribuciones a una gestión por procesos médicos, basada en misiones y contribuciones. Esta iniciativa de envergadura, no se puede abordar sin antes reflexionar sobre todos los aspectos y tratarlos de forma integrada para que se conviertan en elementos facilitadores de la implantación

Se debe pasar de funciones a procesos como un cambio radical que requiere una metodología sistemática y continua, la clave está en compartir la necesidad del cambio. Si esto no se da, es muy difícil que se pueda avanzar de forma rápida.

Se recomienda no crear dicotomía de procesos para que se pueda visualizar el conjunto por todos los que intervienen en el proceso. La integración es un factor clave que ayuda a comprender el alcance del modelo.

Se recomienda decidir en equipo, como base del trabajo interdisciplinar, requiere compartir y comunicar, lo cual se convierte, junto con la negociación, en otro elemento clave para avanzar en la difícil tarea de convertir las funciones en procesos.

## BILIOGRAFÍA

- HARRINTONG: ADMINISTRACIÓN POR PROCESOS
- Planificación Estratégica Hospital de la Policía Nacional.
- TESIS: Administración por Procesos del Ministerio de Defensa Nacional.
- TESIS: Gestión de Procesos Hospitalarios “Angélica Claudio”
- Principios de Administración, George R. Ferry, Editorial, ciencias administrativas primera edición – 1998
- Contabilidad General
- Administración Moderna
- Administración
- Gerencia Financiera
- Harrington Hanes, Mejoramiento de los Procesos de la Empresa, Santa Fe de Bogotá, Mc Grawwhill, 1993 pp 299.
- Contraloría General del Estado, Reglamento del Personal
- Contraloría General del Estado, Manuales de Puestos
- Johansson Henry y varios, Reingeniería de Procesos de negaciones México 1996.pp.245
- Roure Juan, Moñino Manuel y Rodríguez Miguel. La Gestión por Procesos Barcelona, folio, 1997.pp.132
- Enciclopedia Océano Uno.
- [http://pni.senati.edu.pe:1020//Certificacion\\_ISO\\_Procesos.htm](http://pni.senati.edu.pe:1020//Certificacion_ISO_Procesos.htm)
- <http://www.juntadeandalucia.es/salud/procesos/default.asp>.
- Departamentos del Hospital Quito No.1.
- Auditoria de Gestión propuesto para el Hospital Quito No. 1
- INGENIERIA EN PROCESOS, ING.VLADIMIR SANCHO MBA , 2008
- ESTRATEGIAS DE ANÁLISIS Y MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS, *Ing. Diego González Segovia*.
- Manual de prototipo de educación en administración hospitalaria. Dr. Humberto de Moraes Novaes y Dr. Paulo Roberto Motta. Volumen 5. Organización Panamericana de la Salud. Serie HSP-UNI/ Manuales Operativos PALTEX. 1996.

- Tesis "Diseño de un sistema mecanizado para el control interno de hospitales privados en El Salvador" Volumen I, Presentado por: Ana Cecilia Villalta Carrillo, Sonia Anabel Brizuela Carranza, Marina Estela Rodríguez Padilla. 1984, Universidad Politécnica de El Salvador.
- Tesis "Modelo tipo para Centros de Salud en el área Metropolitana de San Salvador". Presentado por: Jorge Alfredo Cucalon, Ena del Carmen Granados, Alfonso Pineda Rojas, Guillermo Max Velasco. 1987, Universidad Politécnica de El Salvador.
- Tesis "Anteproyecto de hospital general católico para el arzobispado de San Salvador"; Presentado por: Maria Elsy Rivas, Guillermo Sánchez, German Federico Flores. 1988, Universidad Politécnica de El Salvador.
- Pedro Ruiz López, Joaquín Martínez Hernández y Juan Alcalde Escribano (Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid)
- Alcalde Escribano J, Grávalos Castro C, Rodríguez Dapena S, Martínez Pueyo J, Castells Armenter V, Rodríguez Cuéllar E, et al. Estudio del proceso "carcinoma de colon en cirugía programada". Rev Calidad Asistencial 1999; 14: 265-272.
- Arcelay Salazar A. Gestión de procesos. Rev Calidad Asistencial 1999; 14: 245-246.
- Badía A, Bellido S. Técnicas para la gestión de la calidad. Ed Tecnos.
- Costa Estany JM. Organización por procesos. En: Gené J, Contel JC. Gestión en Atención Primaria. Ed Masson. Barcelona 2001.
- Daniel i Díez J, Pascual Morón I, Espelt Aluja P, Grifoll Llorens J, Basora Gallisa J,
- Pous Roura A. Gestión por procesos en un equipo de atención primaria. Rev Calidad Asistencial 1999; 14: 247-254.
- González I, Lorente MF, Vázquez MA, Crespo C, Navarro M, Uris J. Rediseño de procesos y evaluación de indicadores de tiempos de respuesta para la mejora de la calidad en radiodiagnóstico. Rev Calidad Asistencial 2000; 15: 402-407.
- Grau J, Trilla A. Reingeniería: el hospital orientado al paciente. En: Asenjo MA, Bohigas L, Trilla A, Prat A. Gestión Diaria del Hospital. 2ª ed. Ed Masson. Barcelona

- Guías integradas asistenciales. Metodología para la estandarización de actividades basadas en la calidad y en los sistemas de clasificación de pacientes GRD. Insalud
- Lorenzo S. Implantación de la gestión integrada de procesos en la Fundación Hospital Alcorcón. Rev Calidad Asistencial 1999; 14: 307-311.
- Manzanares i Balseéis T. La gestión por procesos. Todo Hospital mayo 2001; num 176
- Membrado Martínez J. Obstáculos y elementos facilitadores para la implantación de la Gestión por Procesos en Instituciones Sanitarias. XX Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial
- Mora Martínez JR. Gestión clínica por procesos: mapa de procesos de enfermería en centros de salud. Revista de Administración Sanitaria.
- Oteo Ochoa LA, Hernández Yáñez JF. Rediseño de/en organizaciones sanitarias: de la teoría a la práctica. En: Del Llano Señarís, Ortún Rubio V, Martín Moreno JM, Millán Núñez-Cortés J, Gené Badía J. Gestión Sanitaria: innovaciones y desafíos. Ed Masson. Barcelona
- Tesis “Levantamiento y Mejoramiento de Procesos para la Empresa Gamma Servicios Electrónicos”, Sonia Rocio Arpi Hidalgo, 2009.
- Sánchez Bernal R, Sanado Lampreave LA, Orio Coca I, Fernández de Corres Aguiriano B, Rodríguez Herrera C. ¿Es posible satisfacer expectativas, reducir ineficiencias y mejorar la calidad a través del rediseño de un proceso?. Rev Calidad Asistencial.
- Auditoria del Hospital Quito No.1, Control Interno Comandancia General de la Policía Nacional.
- La Gestión por Procesos, observatorio de la innovación de la gestión hospitalaria “Periscopios”.
- Ministerio de Salud Pública, Dirección de Planeamiento para la Seguridad y Desarrollo Nacional Diplasede, Comité Interinstitucional de La Red de Emergencias Médicas Cirem, Dirección Provincial de Salud Pichincha, Organismos de Socorro- Dra. Caroline Chang Campos, Ministra de Salud Pública, Protocolos de Atención Prehospitalaria de las Emergencias Médicas, enero 2008.

- [www.periscopihos.org](http://www.periscopihos.org)
- [www.amgen.com](http://www.amgen.com)
- [www.antares-consulting.com](http://www.antares-consulting.com)
- Administración de un hospital público, Alejandro Vigilante - [ailevigi@hotmail.com](mailto:ailevigi@hotmail.com)
- Gestión de Calidad en el Hospital Quito, Ing. Velarde, 2004 – 2005.
- Manual de Procedimientos del Servicio de Emergencia 2007
- Universidad Central del Ecuador, Universidad Central del Ecuador, Instituto Superior de Postgrado, Especialización en Enfermería de Medicina Crítica, Lic. Sandra Guerrón, Lic. Pilar Marcillo, Lic. Edgar Espinoza, año 2009.
- Gestión de Calidad Marco Balseca
- Ingeniería en Procesos, Modulo de Integración de Sistemas de Calidad, Ing. Vladimir Sancho, MBA, año 2008.
- Gestión del Talento Humano. Dr. Leonardo Román.
- Reglamento Orgánico Funcional de la DNS y Unidades Operativas, Acuerdo Ministerial 104.
- Control Estadístico de Procesos, Ing. Diego Xavier Gonzales Segovia.