



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

VICERRECTORADO ACADEMICO

**CENTRO DE ESTUDIOS DE POSGRADO Y EDUCACIÓN
CONTINÚA**

TESIS DE GRADO

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGISTER EN
GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

TEMA

**ESTUDIO DE NECESIDAD DE IMPLEMENTAR UN PLAN
EMERGENTE DE REINGENIERIA DE PROCESOS
ADMINISTRATIVOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN A LOS
USUARIOS EN EL AREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL
"DIVINA PROVIDENCIA", DEL CANTON SAN LORENZO,
PROVINCIA DE ESMERALDAS.**

AUTORES

DR. CARLOS ANTONIO GUAMÁN MOROCHO.

DR. LENIN STALIN OBANDO VALENCIA.

ASESOR

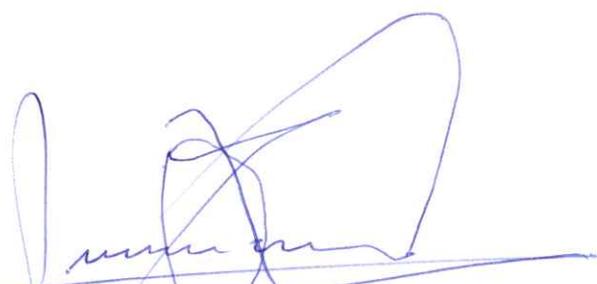
DR. M. SILVIO SUAREZ C, Ms

BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR

2014

CERTIFICACIÓN

DR. M. SILVIO SUAREZ C, Ms, en calidad de Asesor de la Tesis cuyo título es: **ESTUDIO DE NECESIDAD DE IMPLEMENTAR UN PLAN EMERGENTE DE REINGENIERIA DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS EN EL AREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL “DIVINA PROVIDENCIA”, DEL CANTON SAN LORENZO, PROVINCIA DE ESMERALDAS.** De autoría de los Sres. **DR. LENIN S. OBANDO VALENCIA.** Con C.I: 080045513-1 **DR. CARLOS A. GUAMÁN MOROCHO.** C.I: 030044552-5 quienes han cumplido con todos los requerimientos del programa de Maestría en Gerencia de Servicios de Salud, considero que su trabajo final de Tesis reúne los requerimientos establecidos por el Centro de Estudios de Postgrado y Educación Continua de la Universidad Técnica de Babahoyo, por lo cual con este trabajo final está lista para obtener su **Título de: *MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD.***



DR. M. SILVIO SUAREZ C, Ms
ASESOR DE TESIS

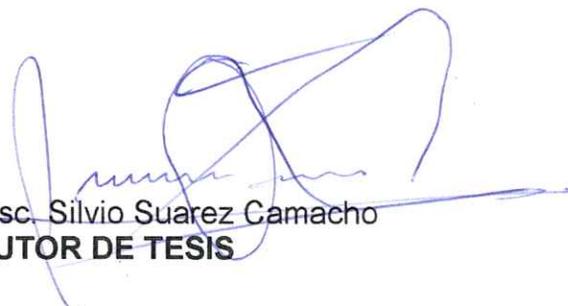


CERTIFICACION

CERTIFICO; que la presente Tesis, elaborada por los Postgradistas Dr. Lenin Stalin Obando Valencia y Dr. Carlos Antonio Guamán Morocho, con el tema: **“ESTUDIO DE NECESIDAD DE IMPLEMENTAR UN PLAN EMERGENTE DE REINGENIERÍA DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL “DIVINA PROVIDENCIA”, DEL CANTÓN SAN LORENZO, PROVINCIA DE ESMERALDAS”**. La misma que fue revisada, asesorada y orientada en todo el proceso de elaboración, además fue sometida al análisis de Software antiplagio URKUND, cuyo resultado es el 8% la cual se encuentra dentro de los parámetros establecidos para la titulación por lo tanto considero apta para la aprobación respectiva.

Para la cual adjunto copias del resultado del sistema de URKUND.

Atentamente;



Msc. Silvio Suarez Camacho
TUTOR DE TESIS

List of sources

Document [TESIS DE GRADO GUAMAN.docx](#) (D11824125)
 Submitted 2014-10-15 17:59 (-05:00)
 Submitted by anita7989@hotmail.com
 Receiver amendoza.utb@analysis.ukrunda.com
 Message [Show full message](#)

8% of this approx. 36 pages long document consists of text present in 7 sources.

Reset
 Export
 Share

0 Warnings

1. INTRODUCCIÓN La administración correcta de los servicios de salud dan como resultado una optimización de recursos que se reflejan en la eficiente atención médica a la comunidad y una eficaz forma de resolver todos los problemas internos de la casa de salud, esta ha sido un punto de partida para haber escogido el siguiente trabajo de investigación: ESTUDIO DE NECESIDAD DE IMPLEMENTAR UN PLAN REINGENIERÍA DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA, CANTÓN SAN LORENZO, PROVINCIA DE ESMERALDAS, con el que se quiere ofrecer una visión clara, concisa y precisa en el manejo y cuidado de los pacientes que acuden diariamente al servicio de emergencia del hospital base "DIVINA PROVIDENCIA" con la aplicación de este proyecto dar solución a los problemas

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Nosotros, **DR. LENIN STALIN OBANDO VALENCIA, C.I: 080045513-1, DR. CARLOS ANTONIO GUAMÁN MOROCHO, C.I: 030044552-5.** Declaramos ante el Centro de Postgrado de la Universidad Técnica de Babahoyo, que el trabajo presentado es de nuestra propia autoría, no conteniendo material escrito por otra persona, salvo los que estamos referenciado debidamente en el texto; parte del presente documento o en su totalidad no ha sido aceptado para el otorgamiento de cualquier otro título o grado de una institución nacional o extranjero.



Dr. Lenin S. Obando Valencia.



Dr. Carlos A. Guamán Morocho

DEDICATORIA

Dedicamos esta Tesis con mucho cariño a nuestras esposas e hijos, por su comprensión y apoyo en todo momento, convirtiéndose en el pilar fundamental para la realización de este trabajo y así cumplir con las metas propuestas

Lenin y Carlos

AGRADECIMIENTO

Agradecemos al todo poderoso por habernos permitido cumplir con nuestro sueños.

Merece nuestro agradecimiento la Universidad Técnica de Babahoyo específicamente al Centro de Estudios de Postgrado y Educación Continua por la oportunidad que nos brindó para continuar con nuestra formación profesional a los maestros que compartieron sus conocimientos y palabras de aliento en todo momento.

Agradecemos al personal de Hospital “Divina Providencia”, del Cantón San Lorenzo, Provincia de Esmeraldas, por las facilidades para realizar la investigación.

Gracias

Lenin y Carlos

ACTA DE CALIFICACIÓN OBTENIDA

Reunidos los Miembros del Tribunal integrado por los abajo firmantes para juzgar la defensa de la TESIS PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE MAGISTER EN GERENCIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

TEMA: ESTUDIO DE NECESIDAD DE IMPLEMENTAR UN PLANEMERGENTE DE REINGENIERIA DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS EN EL AREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL "DIVINA PROVIDENCIA", DEL CANTON SAN LORENZO, PROVINCIA DE ESMERALDAS.

Acuerdan otorgar la calificación de:

APROBADA

REPROBADA

Babahoyo, de Abril del 2014

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN DL TUTOR	
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
ACTA DE CALIFICACIÓN OBTENIDA	
ÍNDICE	
1. INTRODUCCIÓN	8
2. TEMA	10
3. MARCO CONTEXTUAL	11
4. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	14
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
5.1. PROBLEMA GENERAL	17
5.2. SUBPROBLEMAS	17
6. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	18
7. JUSTIFICACIÓN	18
8. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	19
8.1. OBJETIVO GENERAL	19
8.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
9. MARCO TEÓRICO	20
9.1. MARCO CONCEPTUAL	20
9.2. MARCO REFERENCIAL SOBRE LA PROBLEMÁTICA DE INV ESTIGACIÓN	64
9.3. POSTURA TEÓRICA	67
10. HIPÓTESIS	68
10.1 HIPÓTESIS GENERAL	68
10.2 SUBHIPÓTESIS	68
11. RESULTADOS OBTENIDOS DE LA INVESTIGACIÓN	70
11.1 ANÁLISIS E INTERPRETACION DE LAS ENCUESTA APLICA DAS A LOS USUARIOS DEL AREA DE EMERGENCIA DEL HOSPIT AL.	70
11.1.2 ENCUESTA AL PERSONAL DE LA SALUD DEL HOSPITAL	77
11.2 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	84
11.3 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	86
11.3.1 CONCLUSIONES	86
11.3.2 RECOMENDACIONES	86
12. PROPUESTA DE APLICACIÓN DE RESULTADOS	87
12.1. ALTERNATIVA OBTENIDA	87
12.2. ALCANCE DE LA ALTERNATIVA	87
12.3 ASPECTOS BÁSICOS DE LA ALTERNATIVA	87
12.3.1 ANTECEDENTES	87
12.3.2 JUSTIFICACIÓN	89
12.3.3 OBJETIVOS	90
12.3.3.1 OBJETIVO GENERAL	90
12.3.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	90
12.3.4 ESTRUCTURA GENERAL DE LA PROPUESTA	91

• TÍTULO	91
• ESTRUCTURA	91
• APLICABILIDAD	92
• EVALUACIÓN	92
12.3.5 RESULTADOS ESPERADOS DE LA ALTERNATIVA	92
13. BIBLIOGRAFIA	93
14. ANEXOS	96
Anexo 1	97
Anexo 2	98
Anexo 3	99

RESUMEN

Estudio de necesidad de implementar un plan reingeniería de procesos administrativos para mejorar la atención a los usuarios en el área de emergencia del hospital divina providencia, Cantón San Lorenzo, provincia de esmeraldas, con el que se quiere ofrecer una visión clara, concisa y precisa en el manejo y cuidado de los pacientes que acuden diariamente al servicio de emergencia del hospital base "DIVINA PROVIDENCIA" con la aplicación de este proyecto dar solución a los problemas que enfrentamos. Para lo cual dispondremos de protocolos de atención a los pacientes, como una necesidad imperiosa; porque se cuenta con las herramientas tecnológicas de la Salud y la comunicación para dar el tratamiento correcto a cada una de las patologías de diferentes etiologías.

Diseñar un sistema de capacitación al personal que labora en la institución orientado a capacitarlos en la eficiencia en el servicio al cliente y una toma de conciencia en la responsabilidad del servicio que prestan a la comunidad como institución y como individuos que trabajan para el beneficio de los ciudadanos.

Capacitar al personal en el conocimiento de las principales causas de las enfermedades que afectan a la comunidad de San Lorenzo y en base a ellas establecer las guías de procedimientos que permitirán resolver los problemas de una manera ágil y oportuna.

El personal del hospital sin duda, brinda atención continua al paciente desde su ingreso hasta el alta o el traslado a un hospital de nivel superior, es el primero en detectar cualquier situación que pueda presentar el paciente y recibir la atención correcta; sin embargo, requiere una mejor capacitación e incentivos para desarrollar un servicio altamente eficiente y de mejoramiento continuo en el servicio que brinda a la comunidad.

ABSTRACT

Study need to implement a reengineering plan administrative processes to improve service to users in the emergency area of the hospital divine providence, Canton San Lorenzo, province of emeralds, with which you want to provide clear, concise and accurate view on the management and care of patients presenting to the emergency daily base hospital "DIVINE PROVIDENCE" with the implementation of this project to solve the problems we face. To which protocols will have patient care as an imperative; because it has the technological tools for Health communication to give the right treatment to each of the diseases of different etiologies.

Design a system for training the personnel working in the institution-oriented train efficiency in customer service and an awareness of the responsibility of the service they provide to the community as an institution and as individuals working for the benefit of citizens.

Train staff on the knowledge of the main causes of diseases that affect the community of San Lorenzo and based on these guidelines establish procedures that will solve problems in a quick and timely manner.

Hospital staff certainly provides continuous patient care from admission to discharge or transfer to a higher level hospital, is the first to detect any situation that may present the patient and get the right care; however, requires better training and incentives to develop a highly efficient and continuous improvement in the service provided to the community.

1. INTRODUCCIÓN

La administración correcta de los servicios de salud dan como resultado una optimización de recursos que se reflejan en la eficiente atención médica a la comunidad y una eficaz forma de resolver todos los problemas internos de la casa de salud, esta ha sido un punto de partida para haber escogido el siguiente trabajo de investigación: ESTUDIO DE NECESIDAD DE IMPLEMENTAR UN PLAN REINGENIERÍA DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA, CANTÓN SAN LORENZO, PROVINCIA DE ESMERALDAS, con el que se quiere ofrecer una visión clara, concisa y precisa en el manejo y cuidado de los pacientes que acuden diariamente al servicio de emergencia del hospital base “DIVINA PROVIDENCIA” con la aplicación de este proyecto dar solución a los problemas que enfrentamos. Para lo cual dispondremos de protocolos de atención a los pacientes, como una necesidad imperiosa; porque se cuenta con las herramientas tecnológicas de la Salud y la comunicación para dar el tratamiento correcto a cada una de las patologías de diferentes etiologías, por lo tanto es necesario saber:

- Diseñar un sistema de capacitación al personal que labora en la institución orientado a capacitarlos en la eficiencia en el servicio al cliente y una toma de conciencia en la responsabilidad del servicio que prestan a la comunidad como institución y como individuos que trabajan para el beneficio de los ciudadanos.
- Capacitar al personal en el conocimiento de las principales causas de las enfermedades que afectan a la comunidad de San Lorenzo y en base a ellas establecer las guías de procedimientos que permitirán resolver los problemas de una manera ágil y oportuna.

Establecimiento de políticas y directrices por parte de la gerencia del hospital y la aplicación de procedimientos de evaluación y seguimiento continuo del cumplimiento de esas políticas por parte del personal de médicos, enfermeras, Coordinadores, personal administrativo y de apoyo.

El personal del hospital sin duda, brinda atención continua al paciente desde su ingreso hasta el alta o el traslado a un hospital de nivel superior, es el primero en detectar cualquier situación que pueda presentar el paciente y recibir la atención correcta; sin embargo, requiere una mejor capacitación e incentivos para desarrollar un servicio altamente eficiente y de mejoramiento continuo en el servicio que brinda a la comunidad.

TEMA

ESTUDIO DE NECESIDAD DE IMPLEMENTAR UN PLAN EMERGENTE DE REINGENIERIA DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS EN EL AREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL "DIVINA PROVIDENCIA", DEL CANTON SAN LORENZO, PROVINCIA DE ESMERALDAS.

3. MARCO CONTEXTUAL

El “Hospital Divina Providencia” del cantón San Lorenzo – Provincia de Esmeraldas es una institución de salud Pública que presta servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento a todos los usuarios de su área de influencia y de otras provincias que acuden diariamente, desde su inauguración en Julio de 1985, depende de la Dirección Provincial de Salud de Esmeraldas, la categoría es un Hospital Básico (Cuatro especialidades Básicas).

Está ubicado al oeste de la ciudad de San Lorenzo. Tiene dos puertas principales (consulta externa y emergencia) y dos laterales. Este hospital está constituido por nueve bloques de servicios: Bloque 1, que corresponde al área de consulta externa, información, estadística y farmacia. Bloque 2, corresponde a emergencia y servicios auxiliares de diagnóstico (laboratorio, imagenología). Bloque 3, corresponde al área de hospitalización. Bloque 4, pertenece a las áreas de quirófanos y central de esterilización. Bloque 5, corresponde a las áreas de lavandería, ropería y cocina. Bloque 6, corresponde al área administrativa. Bloque 7, cuarto de máquinas y bodega. Bloque 8, pertenece al área de la morgue; y Bloque 9, corresponde al área del control de la malaria.

La parroquia de San Lorenzo fue ascendida a la categoría de cantón el 22 de marzo de 1978, hecho notable que consta en el registro oficial N° 559 del 5 de abril de 1978, que en parte pertinente dice. “EL Consejo Supremo de Gobierno.”

Decreta art. 1. Crease el Cantón San Lorenzo, en la Provincia de Esmeraldas, cuya cabecera cantonal será San Lorenzo.

Art. 2. La Jurisdicción Político Administrativa del Cantón San Lorenzo, comprenderá la Parroquia Urbana San Lorenzo y las parroquias rurales: Ancón, Mataje, Tambillo,

Calderón, Tululbi, Carondelet, Santa Rita, Concepción, San Javier de Cachabi, 5 de Junio y Alto Tambo, Urbina.

El Cantón San Lorenzo se encuentra ubicado en la frontera norte zona costanera de la provincia de Esmeraldas y está constituida por 12 parroquias, cabecera cantonal San Lorenzo del Pailón parroquia urbana, y 11 parroquias rurales sus límites son: Norte – República de Colombia; Sur – Cantón Eloy Alfaro; Este – Provincias del Carchi, e Imbabura; Oeste – Océano Pacifico.

San Lorenzo es uno de los siete cantones de la provincia de Esmeraldas, paso obligado entre la vía Esmeraldas – Ibarra. Superficie 2.405 Km².

Clima: húmedo tropical, existe un marcado periodo de lluvias de diciembre a junio, los meses con menor pluviosidad son de julio a noviembre, Altitud de 0 a 785 m.s.n.s. tiene una población de 57.853 habitantes.

Lo que actualmente es San Lorenzo, se conocía como el Pailón que forma parte del Megasistema Choco-Biográfico, formaba parte del cantón San Lorenzo y fue colonizada por personas de Ibarra y Esmeraldas. Es así, el sabio Pedro Vicente Maldonado, primer gobernador de Esmeraldas, en sus recorridos por el Pailón toma posesión de algunas poblaciones, entre ellas San Lorenzo, posteriormente ingresaron grupos africanos provenientes de Colombia, relatan sobre este territorio como parte de la Provincia de Esmeraldas , cuando en esos tiempos integraba el Corregimiento de Esmeraldas.

- **Misión**

La misión fundamental del hospital es brindar atención de calidad, con calidez, con horarios accesibles al usuario, resolviendo y dando solución a los problemas y necesidades de la salud; generando confianza, credibilidad y satisfacción, reduciendo

significativamente la morbi-mortalidad.

- **Visión**

El Hospital DIVINA PROVIDENCIA hasta el año 2012 será una institución organizada, docente y reconocida en el medio, con personal altamente calificado, especializado, con capacitación continua, tratara al usuario como un ser bio-psico-social con calidad y calidez, un hospital con infraestructura y equipamiento moderno, de alta tecnología para brindar una atención integral de calidad, eficiente, efectiva y oportuna de promoción de la salud a la población, prevención en grupos de riesgo, diagnostico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación a fin de satisfacer las necesidades existentes y disminuir la morbimortalidad de la población de San Lorenzo.

- **Servicios que Presta el HDP.**

- Gineco-obstetricia
- Cirugía
- Pediatría
- Medicina Interna
- Odontología
- Radiología y ecosonografía
- Laboratorio
- Hospitalización
- Consulta Externa
- Emergencia
- Farmacia

– Programa de vacunación

- **Recurso Humano en el área de emergencia**

El H.D.P. cuenta con el médico residente, un médico rural, 2 Enfermeras licenciadas y 2 rurales de enfermería para atender en el área de emergencia.

Está destinado un camilla y una mesa ginecología para atención en gineco-obstetricia, además 1 shailon atención general para adultos, 1 shailon para pediatría, en un área de observación reducida 2 camas para adultos y 1 pediátrica, hay que recalcar que en el de atención general está incluida la atención a pacientes que presentan heridas o todo lo relacionado a cirugía, traumas y de medicina general

En total el H.D.P. fue creado para 68 camas, pero realmente se utilizan 56 camas, distribuidas de la siguiente manera: 16 camas de pediatría, Clínica de mujeres 6 camas, Clínica de varones 6 camas, Cirugía de mujeres 6 camas, Cirugía de varones 6 camas, Ginecología 6 camas, Maternidad y Obstetricia 10 camas.

Diariamente se atienden entre 45 a 50 pacientes en esta área, lo que constituiría aproximadamente de 1350 a 1500 pacientes por mes.

Por lo que de acuerdo a la norma establecida calculada a 1 cama por cada 1000 habitantes, el hospital está por debajo de estos estándares, ya que la población del Cantón San Lorenzo actualmente es de 57.853 habitantes.

4. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Por lo expuesto anteriormente y considerando que el hospital fue fundado en 1985, y no se tuvo en consideración el aumento poblacional para los siguientes años, además que

por la presencia de migrantes especialmente de la República de Colombia ha demandado un incremento de pacientes. Hemos creído conveniente presentar una propuesta con la que vamos a dar solución al problema general que se presenta en el Hospital Divina Providencia, el cual es la falta de recurso humano, en las áreas de consulta externa y principalmente en el área de emergencia y observación que es al que daremos nuestra mayor atención, así como también la infraestructura que al momento no cuenta con el espacio suficiente y las mejores condiciones para brindar una atención de calidad a los usuarios por lo que se investiga el porqué de:

- La insatisfacción de los usuarios:
- La falta de profesionales en el área de emergencia
- El espacio físico del área de emergencia es muy reducido
- El área de observación se mantiene saturada las 24 horas.
- El tiempo de espera prolongado para ser atendido.
- El incremento de atenciones en el área de emergencia y si la aplicación de esta propuesta mejora la atención de los servicios del HDP.

El ámbito de nuestra investigación son los usuarios, la misma que realizamos para mejorar la calidad y eficacia de la atención a dichos usuarios, en la que los beneficiarios son ellos mismos.

De acuerdo a esto podríamos pronosticar para un futuro no muy lejano tendríamos mayor afluencia de usuarios lo que se constituiría en una situación bastante difícil para la institución, ya que el hecho de ser de la misma son los usuarios y sin ellos no tiene ningún sentido la existencia de esta casa de salud. Ante esta realidad proponemos como alternativas de solución la reingeniería del personal que labora en el área de emergencia,

elaboración y aplicación de normas mediante las cuales podamos alcanzar el mejoramiento de la calidad y eficacia de atención de los servicios del Hospital Divina Providencia: Disminuyendo el tiempo de espera para que sean atendidos los usuarios Incrementando el recurso humano

Realizar la ampliación y adecuación de la infraestructura para el servicio de Emergencia, en especial del área de observación, dotar del equipamiento básico necesario.

La calidad de atención al cliente es un proceso encaminado a la consecución de la satisfacción total de los requerimientos y necesidades de los mismos, así como también atraer cada vez mayor número de individuos por medio de un posicionamiento tal, que lleve a éstos a realizar la publicidad persona a persona. Son pocas las organizaciones que consiguen adaptarse a las necesidades de sus clientes ya sea en cuanto a la calidad, eficiencia o servicio personal. Es por ello que los directivos de las organizaciones realizan esfuerzos para mejorar la calidad del servicio que ofrecen a sus usuarios, ya que la vida de la institución depende de ello.

Para mantener una entidad de salud, es necesario entre otras cosas, mejorar continuamente el lugar de trabajo, enfocando hacia la calidad del servicio, haciendo que esta actitud sea un factor que prevalezca en todas las actividades.

La Emergencia de un Servicio Hospitalario es una actividad compleja, más aún lo es en un hospital que atiende a una numerosa comunidad, donde el personal de salud debe enfrentar la angustia de familiares de los pacientes, unida a los problemas propios del servicio y las dificultades personales, laborales y administrativos del personal de salud.

En el Hospital "Divina Providencia" la situación actual es realmente preocupante por cuanto no se está brindando un servicio de calidad debido a diversos factores que se

enuncian de la siguiente manera:

5.1 PROBLEMA GENERAL

¿De qué manera la atención a los usuarios en el área de emergencia afecta la calidad de los servicios de salud en el Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo Provincia de Esmeraldas ?

5.2 SUBPROBLEMAS

- 1.- El déficit de personal incide en la calidad de atención prestada en emergencia del Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo Provincia de Esmeraldas.
- 2.- La tecnología disponible afecta a la calidad de los servicios de salud en emergencia del Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo Provincia de Esmeraldas.
- 3.- Existe orden secuencial de trabajo y el cumplimiento irrestricto de los protocolos de atención para ofrecer servicios de salud de calidad en emergencia del Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo Provincia de Esmeraldas.
- 4.- Cuáles son las dimensiones críticas administrativas que deben ser reformuladas para mejorar la calidad de servicios en emergencia del Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo Provincia de Esmeraldas.

6. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación se llevará a cabo en el Cantón San Lorenzo –Provincia de Esmeraldas y será realizado en el Área de Emergencia del Hospital Divina Providencia de dicha localidad.

La investigación abordará el tema de reingeniería de procesos administrativos para mejorar la calidad de atención de los servicios de salud que reciben los usuarios en el área de emergencia.

7. JUSTIFICACIÓN

Se ha escogido este tema porque es una propuesta eficaz con la que lograremos dar solución a los problemas que en la realidad se presenta en la atención de los servicios que presta el Hospital Divina Providencia en el Área de Emergencia , y se evidenciará con la elaboración y aplicación del proceso de reingeniería de los procesos administrativos mejoran notablemente no solo la calidad de la atención del servicio sino que también mejorarán las condiciones de salud y de recuperación de los pacientes para que sus familiares se sientan más tranquilos, lo que influirá en la calidad de vida de los usuarios, el aporte del presente trabajo de investigación, es dar ya elaborada las normas, y protocolos de atención para el manejo oportuno, rápido, científico de calidad y eficaz que deben recibir los pacientes que llegan al Servicio de Emergencia del Hospital y realizar un seguimiento para que se cumpla con la aplicación de estos, en los cuales los beneficiarios directos serán los usuarios, el proyecto es viable y tiene factibilidad porque es aplicable a la realidad que se presenta en la institución .

En el término institucional, hay el apoyo del Director del Hospital “Divina Providencia” del Cantón San Lorenzo y además del Líder de Gestión en Enfermería y

Líder del Departamento de enfermería. Desde el aspecto operativo para realizar esta investigación, nos basaremos en las fuentes bibliográficas, en las estadísticas de la institución, información de Internet, conocimientos empíricos de la realidad a estudiar, por lo que existe el compromiso de obtener información sobre el tema a investigar; así como también hay el apoyo de la institución en recursos económicos, materiales y todo apoyo necesario para realizar este proyecto.

8. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

8.1 Objetivo General

Estudiar el efecto de la atención a los usuarios sobre la calidad de los servicios de salud para que se identifique una alternativa de mejora en emergencia del Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo Provincia de Esmeraldas.

8.2 Objetivos Específicos.

1. Determinar la incidencia del déficit del personal que incide en la calidad de atención prestada en emergencia del Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo Provincia de Esmeraldas.
2. Establecer el efecto de la Tecnología disponible sobre la calidad de atención de salud en emergencia del Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo Provincia de Esmeraldas.
3. Verificar la existencia de un orden secuencial de trabajo y el cumplimiento irrestricto de los protocolos de atención para ofrecer servicios de salud de calidad en emergencia del Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo Provincia de Esmeraldas.

4. Identificar las dimensiones críticas administrativas que deben ser reformuladas para mejorar la calidad de servicios de salud en emergencia del Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo Provincia de Esmeraldas.

9. MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

9.1 Marco Conceptual

9.1.1 La Calidad de los Servicios de Salud

9.1.1.1 Generalidades.-

A la generalización de este tema, se puede exponer el criterio del Dr. Williams G. (2008), quien expresa: “El concepto de calidad, aplicado a los Servicios de Salud, se ha incorporado en nuestro país en los últimos años. Esto no implica que históricamente los Servicios de Salud no hayan buscado permanentemente la excelencia. En el Sector Salud se utilizan habitualmente cuatro palabras con las que se pretende enmarcar el accionar sanitario. Estas son: Equidad, Efectividad, Eficacia y Eficiencia”. (p.4) Cuando la prestación de servicios se realiza con *equidad*, esto es dar más a quién más necesita garantizando la accesibilidad, con *eficacia*, esto es con metodologías y tecnologías adecuadas, con *efectividad*, alcanzando cobertura e impacto adecuados, y con *eficiencia*, con rendimiento y costos acordes, se puede decir sin duda que esto constituye Calidad de los Servicios de Salud.

Existen algunas consideraciones importantes respecto del término calidad que vale la pena tener en cuenta. En primer lugar calidad no es sinónimo de lujo o de complejidad, sino que por el contrario la calidad debe ser la misma en todos los niveles de atención. En segundo lugar no constituye un término absoluto sino que es un proceso de mejoramiento continuo. En tercer lugar es una cualidad objetivable y mensurable. Por último no depende

de un grupo de personas sino que involucra a toda la organización.

El desafío es poder evaluar este proceso en su conjunto en cada establecimiento de modo tal que pueda ser objetivo y que permita comparación, que permita conformar estándares y elaborar procesos correctivos para producir mejoras continuas. Para estos fines es imprescindible introducir la cultura de la evaluación institucional, desarrollando procesos evaluativos y normativos de consenso, pautas y estándares mínimos para las acciones y procedimientos en salud, así como para la organización y funcionamiento de los servicios y establecimientos asistenciales; aun cuando para una gran parte del sector salud, los factores que influyen en la calidad de atención se limitan al funcionamiento interno de los servicios y a los recursos humanos.

9.1.1.2 La calidad

La calidad es un proceso de mejoramiento continuo, en el que participan activamente todas las áreas de la empresa para el desarrollo de productos y servicios, que satisfacen las necesidades del cliente, logrando una mayor productividad en diferentes sectores como alimenticio, industrial, tecnológico, informático y salud. (VASQUEZ, Marcelo: 2007)

Existen dos tipos básicos de calidad: Externa e interna.

La calidad externa, corresponde a la satisfacción de los pacientes mientras que **calidad interna**, corresponde al mejoramiento de la operación interna de una compañía. Por consiguiente, el propósito de estos dos tipos de calidad es otorgar al cliente (paciente) una oferta apropiada con procesos controlados y al mismo tiempo garantizar que esta mejora no se traduzca en costos adicionales.

En conclusión, para que las organizaciones puedan realmente palpar los beneficios

reales de los sistemas de gestión de la calidad como son:

- Mejor imagen externa
- Mayor ordenamiento interno
- Mejora de la productividad
- Mejora continua de los procesos
- Apertura de mercados
- Mejor clima laboral
- Otros
-

9.1.1.3 Etapas de la calidad.

Entre las etapas o variables de la calidad se pueden anotar los siguientes aspectos:

9.1.1.3.1 Control de calidad

El control de calidad, mediante la inspección es cuando la producción en serie comienza a tener mucha importancia, ante esta situación se hace necesario ver si el artículo al final de la línea de producción resultaba apto o no para lo que estaba destinado. Por ello, en las fábricas se vio la conveniencia de introducir un departamento especial que estuviera a cargo de la inspección. A este nuevo sistema se le denominó Control de Calidad.

9.1.1.3.2 Control estadístico

El control estadístico de la calidad surge a partir de la investigación llevada a cabo en la década de los treinta por Bell Telephone Laboratories, originó lo que se denomina Control Estadístico de Calidad, el cual desarrolló un conjunto de tablas de muestreo basado en el concepto de niveles aceptables de calidad. En ellas se determinaba el máximo

por ciento de defectos que se podía tolerar para que la producción de un proveedor pudiera ser considerada satisfactoria. La necesidad de elaborar programas de entrenamiento en asuntos referentes al control de calidad, con la cooperación de importantes universidades de Estados Unidos, fue propicio para que los conceptos y las técnicas de control estadístico se introdujeran en el ámbito universitario. A finales de la década de los cuarenta, el control de calidad era parte de la enseñanza académica. Sin embargo, se consideraba únicamente el punto de vista estadístico y se creía que el ámbito de su aplicación se reducía en la práctica al departamento de manufactura y producción.

9.1.1.3.3 Aseguramiento de calidad

El aseguramiento de calidad se da en la década de los 50 y se caracterizó por dos hechos importantes: La toma de conciencia por parte de la administración y el aseguramiento de la calidad, como en la década de los 40 se había centrado la atención en el control estadístico de proceso, se hizo necesario que el mejoramiento de calidad logrado quedara asegurado, motivo por el cual se desarrollaron profesionales dedicados a este problema, involucrar a todos en el logro de la calidad y que haya un mayor compromiso de la administración. Lo antes mencionado implicaba una partida presupuestal dedicada específicamente a tener programas de calidad, pero la inversión hecha para asegurar la calidad quedaría justificada por el ahorro que significaba evitar el producto defectuoso. El enfoque de calidad sólo se había orientado hacia el proceso de manufactura, no existía la idea de la calidad en servicios de soporte y menos en el servicio al consumidor; por tal razón, a principios de los años 1955, Juran impulsa el concepto del aseguramiento de calidad y da la respuesta económica de la conveniencia de obtener productos de calidad.

9.1.1.3.3 Estrategia competitiva de calidad

La calidad como estrategia competitiva, es el cambio profundo de la calidad como rol preponderado en la administración y gestión del mercado, pasando a ser estrategia

competitiva, desde el momento en que la alta gerencia toma como punto de partida la planeación estratégica los requerimientos del consumidor y la calidad de los productos de los competidores, consiste en planear todas actividades de la empresa, lo cual permita entregar al consumidor productos que responden a sus requerimientos y con calidad superior a la que ofrecen los competidores; esto implica cambios profundos en la mentalidad de los administradores, en la cultura de los organizadores y en las estructuras de las empresas. La experiencia de las empresas japonesas de implantar un sistema administrativo enfocado al logro de la calidad, le han permitido ver los cambios a realizar y de cómo lograr la excelencia.

La calidad se ha convertido en el mundo globalizado de hoy, en una necesidad ineludible para permanecer en el mercado. Por ello los sistemas de gestión de la calidad basados en las normas ISO 9001, que reflejan el consenso internacional en este tema, han cobrado una gran popularidad, y muchas organizaciones se han decidido a tomar el camino de documentarlo e implementarlo.

La documentación es el soporte del sistema de gestión de la calidad, pues en ella se plasman no sólo las formas de operar de la organización sino toda la información que permite el desarrollo de todos los procesos y proporcionan la información necesaria para la adecuada toma de decisiones.

Las norma ISO 9001 trata sobre los requisitos de los sistemas de gestión de la calidad y, gestionar la calidad, consiste en definir e implantar un conjunto de actividades orientadas a proporcionar a la alta dirección de la empresa la confianza de que se está consiguiendo la calidad prevista a un costo adecuado.

Es importante señalar que la norma no define exactamente el sistema de calidad a aplicar por las empresas, sino que se limita a describir los requisitos mínimos que debe cumplir dicho Sistema de Gestión de la Calidad.

Entre las ventajas o beneficios más evidentes de gestionar los procesos según el modelo de mejora continua planteado en las normas ISO-9001:2000 se pueden mencionar:

- Apertura de nuevas oportunidades de mercado.
- Generación de valor al optimizar procesos y hacerlos más eficientes.
- La certificación es un fuerte elemento de diferenciación frente a mercados potenciales.
- Mejora de la planificación general.
- Creación de un marco para gestionar adecuadamente los procesos.
- Definición de estrategias, políticas, objetivos y métodos de trabajo.
- Cumplimiento de las especificaciones.
- Reducción de los costos asociados a los productos no conformes.
- Supresión de costos inútiles debidos a procesos y actividades que no agregan valor al producto.
- Mejora de las comunicaciones internas y externas.
- Mayor facilidad en la realización de las actividades gracias a documentación de los procedimientos.
- Resolución de problemas más fácilmente y rápidamente.
- Mayor conciencia de la importancia de los clientes.
- Incorporación del cambio y la innovación en un sistema probado internacionalmente e intersectorialmente. (ROMERO, SANDOR: 2007)-

9.1.1.4 La Normalización y Norma.

Actualmente, en las relaciones comerciales de compradores y vendedores requieren de mejores procesos que permitan realizar transacciones con alto grado de confiabilidad en

cuanto a la calidad de los productos que se comercializan. Por ello, es importante conocer la función que va a cumplir el bien o servicio que se va a adquirir, y la capacidad del fabricante en responder las expectativas de los clientes.

Esto genera distintos niveles de calidad y precios, en donde asegurar la calidad deseada consiste en emplear la normalización.

La normalización es toda actividad que aporta soluciones en el desarrollo de la ciencia, tecnología y economía, con el fin de conseguir un orden óptimo. Son un conjunto de reglas técnicas reconocidas y acatadas que conforman un sistema de normas integradas por la conceptualización, diferenciación y ordenamiento de una serie de principios y procedimientos para establecer unidades y definiciones, métodos de toma y conservación de muestras, métodos de ensayo, además de especificaciones cualitativas y códigos de muestras.

La conveniencia de la normalización en los procesos, consiste en ayudar a la supervivencia o existencia de la organización en el mercado. Su necesidad surge por la homogenización de los componentes a fin de posibilitar el intercambio; facilitar la producción, reparación y mantenimiento posterior de los productos o servicios que se brindan a los consumidores; la preservación, facilidad, mejora continua, simplificación y la reducción de costos por optimización; y automatización de procesos; su aplicación permite eliminar las causas de error, defecto y desperdicios, disminuyendo costos, aumentando la calidad y rentabilidad de las actividades; ordena, sistematiza y desarrolla el impulso de hacer bien y mejorar las cosas; y estimula la participación de quienes intervienen en los procesos.

El contenido de la normalización está dado por parámetros y definiciones que ayudan a mejorar las actividades relacionadas con el producto, servicio o proceso; cuenta con el aporte de la experiencia práctica y teórica de los profesionales involucrados. Tiene un

alcance restringido a nivel particular o sectorial, tal como las empresas, asociaciones y la administración.

(GEISHA. (2010) En cuanto al antecedente de la aparición de las normas hizo, se encuentra que nació de la unión de dos organizaciones, la ISA (International Standardization Assosations) establecida en 1926; y el UNSCC (Union Nations Standards Coordinating Committee) en 1944. En octubre de 1946, se reunieron delegados de 25 países en el Instituto de Ingenieros Civiles de Londres, decidieron crear una nueva organización internacional, cuyo objeto fue facilitar la coordinación y unificación internacional de las normas industriales. La nueva organización, ISO, inició oficialmente sus operaciones el 23 de febrero de 1947 en Zurich, Alemania, su sede se encuentra ubicada en Ginebra, Suiza.

En 1959, el Departamento de Defensa de los Estados Unidos establece el Programa de Administración de Calidad que se llamó MIL-Q-9858. Cuatro años más tarde se revisó y nació MIL-Q-9858A. En 1963, la OTAN (Organización de Tratados del Atlántico Norte) adaptó la norma MIL-Q-9858A para elaborar la primera Publicación del Aseguramiento de Calidad Aliada (Quality Assurance Publication 1, AQAP-1). En 1970, el Ministerio de Defensa Británico adoptó la norma AQAP-1 en su Programa de Administración de Estandarización para la Defensa, DEF/STAN 05.

Con esa base, el Instituto Británico de Estandarización (BSI, British Standard Institute) desarrolló en 1979 el primer sistema para la administración de la estandarización comercial conocido como BS 5750; con este antecedente, ISO creó en 1987 la serie de estandarización ISO 9000, adoptando la mayor parte de los elementos de la norma británica BS5750. En ese mismo año la norma fue adoptada en los Estados Unidos como la serie ANSI/ASQC-Q90 (American Society for Quality Control); y la norma BS 5750 fue revisada con el objetivo de hacerla idéntica a la norma ISO 9000.

La revisión de las normas ISO 9000 y sus componentes ISO 9001, 9002, 9003 y 9004 publicadas en 1987, fue programada en 1992 – 1993, fecha en que se creó el Vocabulario de la Calidad (Estándar ISO 8402), contiene definiciones y terminologías relevantes. Desde ese entonces se han modificado las normas ISO 9000 e ISO 9004, además de agregarse la serie de normas ISO 10000, que enfatiza los criterios para auditorías y la administración de programas de auditorías. La norma ISO 9000 comenzó a implantarse en Estados Unidos desde 1990, debido a que algunos organismos exigían a las empresas que se registraban, certificar a sus proveedores, hecho que obligó a cada uno de los proveedores a certificarse.

Este efecto, se dio en gran parte por la publicidad y los medios de comunicación, que definieron a la norma ISO 9000 como el Pasaporte a Europa, garantizando la competitividad global y empresa que no se certificara se vería incapaz de comercializar con países europeos. Desde 1993 hasta hoy, los anunciantes simplemente enumeran los programas de cursos tales como: ISO 9000 y las Buenas Prácticas de Manufactura, ISO 9000 y la Administración de la Calidad Total, entre otros.

Teniendo como base que las organizaciones del mundo se han preocupado por satisfacer las necesidades de sus clientes y las tendencias del comercio en reforzar la necesidad de contar con estándares universales de calidad, las normas de mayor aplicación son de la serie ISO 9000, 10000, 14000. (VOEHL, Pedro 2010)

La International Standardization Organization con sus siglas ISO, es una institución consultiva no gubernamental, constituida en 1947, que tiene por misión la de promover el desarrollo de la estandarización y actividades relacionadas, con el propósito de facilitar el intercambio internacional de bienes, productos y servicios mediante colaboración científica, tecnológica y técnica en el campo administrativo, industrial y económico. El nombre ISO deriva del griego ISOS, que significa IGUAL. Su sede se encuentra en

Ginebra, está compuesta por 90 países representantes de los cuerpos normativos nacionales, los mismos que actúan en oficinas delegadas de la ISO y se encargan de la normalización en cada país a nivel mundial.

Las normas se clasifican de la siguiente manera:

ISO 9000

Consiste en sistemas de Gestión de Calidad, consta de fundamentos, vocabulario, requisitos, elementos del sistema de calidad, calidad en diseño, fabricación, inspección, instalación, venta, servicio post venta, directrices para la mejora del desempeño.

Designa un conjunto de normas sobre calidad y gestión continua de calidad, establecidas por la Organización Internacional de Normalización (ISO). Se pueden aplicar en cualquier tipo de organización o actividad orientada a la producción de bienes o servicios.

Está conformada por:

9001.- Modelo del aseguramiento de la calidad en el diseño, desarrollo, producción, instalación y servicio.

ISO 9002.- Modelo del aseguramiento de la calidad en producción, instalación y servicio.

ISO 9003.- Modelo del aseguramiento de la calidad en la inspección final y pruebas.

ISO 9004.- Modelo para la gestión de administración de calidad y lineamientos de sistemas de calidad.)MONTERROSO, Elda: 2010)

ISO 10000

Hace énfasis en la normalización de los sistemas de Auditoria, está compuesta por las siguientes normas:

ISO 10011.- Lineamientos de la Auditoria en sistemas de calidad.

ISO 10012.- Requerimientos de aseguramientos de calidad en equipos de medición.

ISO 14000

Esta serie de normas hace énfasis en la normalización de los sistemas de auditoría en la administración y desempeño ambiental, consta de las siguientes partes:

ISO 14001.- Sistemas de administración ambiental en una organización, requisitos con el propósito de certificación y registro.

ISO 14004.- Sistemas de implementación de un Sistema de Administración Ambiental (SAA).

ISO 14010.- Principios generales y directrices de la Auditoría Ambiental.

ISO 14011.- Procedimientos de auditoría, directrices de Auditoría de Sistemas de Administración Ambiental.

ISO 14012.- Criterios de calificación en los Auditores Ambientales.

El organismo está compuesto por los siguientes miembros:

- Miembros natos.- corresponde a la representación unitaria de los Organismos Nacionales de Normalización de cada país, con derecho a voz y voto.
- Miembros correspondientes.- que son la representación de los países en vías de desarrollo los cuales no poseen un comité nacional de normalización, no conforman la parte activa en el proceso de normalización pero se encuentran permanentemente informados acerca de todos los procesos en desarrollo.
- Miembros suscritos.- Lo conforman los países con reducidas economías, que contribuyen con unas tasas menores de pago.

Sus funciones son:

- Elaborar, discutir y presentar los proyectos de normas técnicas internacionales.
- Facilitar la utilización de las nuevas normas empleadas internacionalmente y dentro de cada nación.
- Coordinar los países miembros las recomendaciones necesarias en la unificación de criterios de las normas ISO nacionales en cada país.
- Elaborar las normas internacionales con el apoyo, participación y aceptación de

todos sus miembros.

- Colaborar activamente con organizaciones internacionales dedicadas a la promulgación de la normalización.

Sus objetivos son:

Desarrollar estándares que faciliten el comercio internacional, publicando las normas o informes técnicos conocidos como las Normas Internacionales ISO.

Las Normas ISO son un conjunto de reglas, cuyo fin primordial es definir las características técnicas de un producto, uso u objeto, que pueda ser utilizada internacionalmente en el campo industrial, de comercio y servicio.

9.1.1.4.1 Beneficios de las Normas ISO.

El objetivo principal que se desea alcanzar al implementar la norma ISO, consiste en tener ventajas competitivas, al inicio de proyectos dirigidos hacia la Calidad Total y cumplir con la exigencia de sus clientes. Entre estos beneficios se identifican los siguientes:

- Mejorar el orden interno de las entidades y organizaciones.
- Mejorar el análisis y control de productos y procesos a través de un sistema eficiente organizado de registros.
- Facilitar el trabajo de planeación de todas las actividades.
- Brindar confianza en la capacidad eficiente de controlar productos y procesos.
- Dar mayor precisión en las especificaciones técnicas.
- Identificar errores en las especificaciones técnicas.
- Disminuir las inconformidades.
- Reducir el índice de reclamos por parte de los clientes.
- Optimizar la comunicación y el clima organizacional.

- Mejorar las relaciones comerciales entre clientes y proveedores.
- Incremento de la eficiencia.
- Reducir los costos operativos.
- Tener mayor control sobre contratistas y proveedores.
- Promover la mejora continua.
- Mejorar la posición en el mercado.
- Dar mayor oportunidad al desarrollo de nuevos mercados.

9.1.1.4.2 Certificación y acreditación.

Es el rol de la Organización Internacional para la Normalización (ISO) es identificar, desarrollar y publicar especificaciones técnicas (es decir estándares). La ISO no es participe de actividades o relación a servicios de certificación o de acreditación. Acreditación son servicios que proveen organizaciones con tal objetivo para respaldar certificación. La mayoría de estos son entes privados para proveer acreditación.

9.1.1.4.2.1 Certificación.

Procedimiento en el que una tercera parte diferente e independiente del proveedor y comprador, da seguridad por escrito que un producto, proceso o servicio cumple con todos los requisitos de calidad especificados, y se convierte en la actividad efectiva en las transacciones de comercio nacionales e internacionales. La certificación se hace presente en el certificado, el mismo que es un documento de aval o garantía, es emitido conforme a las reglas de un sistema de certificación que indica con un nivel suficiente de confianza, que un producto, proceso o servicio debidamente identificado, está conforme a una norma o a otro documento normativo especificado. Un sistema de certificación es el conjunto de actividades implementadas que evalúa la conformidad del producto a requisitos especificados. El objetivo es proporcionar los criterios que aseguren al comprador que el producto que adquiere satisfaga los requisitos pactados. Este sistema está administrado

por un organismo de certificación con reglas de procedimiento y de administración propias al momento de proceder en una certificación. Dicho organismo de certificación administra un sistema de certificación, con el fin de proceder a la certificación de un producto, lo que se materializa por la emisión de dos documentos: un certificado para el producto y una licencia a nombre del operador.

La certificación asegura la credibilidad del producto porque proporciona al consumidor la garantía con respecto su origen, método de procesamiento, identificación, rastreabilidad y credibilidad mediante controles por tercera parte, cumpliendo así con las expectativas de los clientes consumidores.

Las ventajas de la certificación son:

- Identificar y relacionar las diferencias del producto o servicio.
- Brindar credibilidad con la garantía de un organismo competente de certificación independiente a la institución.
- Obtener prestigio y reconocimiento institucional.
- Ganar y mantener la confianza de los clientes.
- Obtener el beneficio ocasional de una promoción colectiva.

9.1.1.4.2.2 Acreditación.

Procedimiento en que incurre un organismo autorizado al otorgar el reconocimiento formal que una organización o individuo es competente en llevar a buen término tareas específicas, proceso que se inicia cuando la entidad productora de un servicio o bien asume en cumplir un modelo estándar del ámbito en que se desarrolla. (PONS, Jean: 2008))

El organismo de acreditación es el que acredita al organismo la certificación, su legitimidad se fundamenta en el reconocimiento mutuo y la participación de autoridades

públicas dentro de sus estructuras.

A nivel mundial, el Foro Internacional de Acreditación es la estructura que congrega a los organismos de acreditación y les otorga la posibilidad de intercambiar y armonizar sus prácticas, mediante las firmas de acuerdos de reconocimiento mutuo.

Sus características más importantes son:

- Demostrar la competencia institucional en base a los criterios reconocidos por entes internacionales.
- Reconocimiento de terceros (Organismos de Acreditación).
- Acreditación de tareas específicas realizadas por la organización.

9.1.1.4.2.3 Ventajas

- Aceptar el reconocimiento de los resultados de inspecciones, ensayos y regulaciones.
- Dar garantía de la seriedad e idoneidad de un certificado o informe de resultados.
- Asegurar que los organismos de certificación que están acreditados trabajan en forma equitativa.
- Sirve como requisito en las operaciones de comercio internacional.
- Facilitar las prácticas regulatorias a las autoridades reglamentarias.
- Optimiza la calidad de los servicios.

9.1.1.5. Calidad en los Servicios de Salud

La calidad en salud está en su apogeo, ya que hoy se está conociendo su importancia a través de los sistemas de salud de todo el mundo, implementando diversas formas de control de calidad en salud.

El antecedente se remonta al siglo XVII, en Europa ya existían centros de asistencia ambulatoria independientes de los hospitales y dedicados al tratamiento de indigentes. En

1920, en Inglaterra, Lord Dawson of Penn da el concepto de centro de salud primario como un establecimiento encargado de prestar asistencia médica primaria (a cargo de médicos generales) y cuidados preventivos. Con el apoyo de la Fundación Rockefeller, en 1926 se establece en Ceilán uno de los primeros centros de salud primario, que prestaban servicios preventivos de exámenes de salud a madres y lactantes, vacunaciones, saneamiento del medio, educación sanitaria y partería.

En 1931 la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones, realiza la Conferencia Europea sobre Higiene Rural, el mismo que da el nombre de centros de salud rurales, que son instituciones que fomentan la salud y bienestar de la población en la zona rural determinada.

En 1938, en Ceilán se siguen estableciendo centros de salud con el mismo modelo de atención primaria. Después de la revolución de 1.918, en URSS se establece la red de centros de salud que ofrecían asistencia preventiva y curativa a la población, estos centros de salud primaria eran parte de una estructura regionalizada de servicios, ya que los hospitales y policlínicos ocupaban los niveles superiores, con el posterior desarrollo de los servicios de salud y el aumento del personal médico - sanitario, la red de centros de salud que daban asistencia ambulatoria se hizo amplia y compleja. Por ello, el Ministerio de Salud establece normas al personal de los policlínicos y centros de salud, que se aplicaron en relación con las condiciones locales de las zonas urbanas y rurales.

A partir de ahí, en países europeos, asiáticos, inclusive en Cuba, han seguido el modelo de la URSS en cuanto a la planificación de los centros de salud integrados. En los países socialistas, el concepto de centro de salud primario apareció después de la Segunda Guerra Mundial. En la India se establece en 1.944 la Comisión de Planificación y

Encuestas sobre Salud, y en 1.947 publica un informe que patrocina el establecimiento de los centros de salud primarios. Luego Estados Unidos establece la política de fomentar la asistencia preventiva en los centros de salud. Su influencia sobre este concepto, afectó a países Latinoamericanos, Grecia y Japón.

Actualmente, en muchos países existen los centros de salud como una institución que facilita la asistencia preventiva. En los países en desarrollo, los centros de salud de las zonas urbanas son diferentes al de las zonas rurales, en las grandes ciudades, los departamentos ambulatorios de los hospitales y los médicos particulares son de fácil acceso y se dedican a la asistencia preventiva; mientras que en las zonas rurales, los servicios curativos son escasos.

A pesar de que la Organización Mundial de la Salud y las Ministerios de Salud Pública de cada país se han preocupado por establecer redes en los centros de salud primarios integrados e invertir en ellos, no quiere decir que den el mismo apoyo financiero que a los hospitales, ya que aún gastan mayores sumas en estos últimos.

El centro médico es un servicio que facilita a la familia la asistencia de salud necesaria, excepto de la que solo puede prestarse en el hospital. Cuenta con la asistencia de: ayudantes médicos, enfermeras, parteras, visitantes e inspectores sanitarios y auxiliares sanitarios. Brinda asistencia en: tratamientos curativos básicos, cuidados preventivos clásicos, planificación familiar, saneamiento del medio, educación sanitaria fuera de los poblados y registros de estadísticas de salud. Las patologías crónicas como cáncer, insuficiencia renal, cardiopatías, y otras, son canalizadas a las clínicas especializadas.

Los servicios de salud son los que tienen la responsabilidad de fomentar las acciones de protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas con enfermedades

y/o que necesitan algún tipo de servicio médico ambulatorio y otros problemas de asistencia diversas en el área médica.

En los servicios de salud, la calidad se define como un alto nivel de excelencia profesional, el uso eficiente de recursos, mínimo riesgo del paciente, alto grado de satisfacción y el impacto final en la salud. Es decir, que la calidad consiste en un proceso de mejoramiento continuo y en una cualidad objetiva, que debe ser la misma en todos los niveles de atención, no constituye un término absoluto y se involucra a toda la organización.

Este fin se consigue introduciendo la cultura de la evaluación institucional, mediante el desarrollo de procesos evaluativos y normativos de consenso, pautas y estándares mínimos para las acciones y procedimientos en salud; así como en la organización y funcionamiento de servicios y establecimientos asistenciales. Es necesario entonces fortalecer institucionalmente sistemas y estructuras gubernamentales de la evaluación, promoción y resguardo de la calidad de atención.

Al aplicar la calidad en el sector de la salud se consideran características típicas como: eficacia, que son los métodos y tecnologías adecuadas empleadas; adecuación, recursos específicos usados en satisfacer la necesidad; disponibilidad, cuando los recursos se ponen a disposición del paciente; puntualidad, cuando la atención se brinda en el momento oportuno; seguridad, cuando el riesgo es mínimo en el paciente; respeto y cuidado; efectividad, mediante la cobertura e impacto; eficiencia, que consiste en el rendimiento y costos accesibles. Estas características dan como resultado la Calidad en los Servicios de Salud.

Los factores que contribuyen a la necesidad de que muchos países incluido el nuestro inicien reformas en sus sistemas sanitarios son: una mayor concientización de parte de los pacientes como usuarios de los servicios de salud, mayor atención de la calidad en todas

las ramas de la economía al reconocer que esta es la clave del éxito a largo plazo y la necesidad de controlar los costos de salud.

La reforma del sistema de salud puede considerarse exitosa si la calidad de los servicios de salud mejora como resultado de los cambios, y se considera la reforma un fracaso, si la calidad empeorara aunque los costos bajaran. Esta reforma a nivel de salud se concentra principalmente en su costo y accesibilidad, por ello el desafío de los líderes del sector sanitario es idear e instrumentar sistemas que fomenten el deseo de los profesionales de la salud en mejorar los servicios, y al mismo tiempo satisfacer las exigencias de los pacientes y demás usuarios sobre la calidad en la atención médica.

(SOJO, Sainz: 2009) La mayor parte de los objetivos de los programas de calidad del Servicio de Salud, se sintetizan de la siguiente manera:

Servir como instrumento movilizador, coordinador y convocador en el desarrollo de tareas complejas en el sector salud.

- Incrementar la eficiencia y acceso de los sistemas de servicios de salud.
- Mejorar el desarrollo del recurso humano en la atención de la salud.
- Implementar el uso de tecnología apropiada, mecanismos, registros, controles, vigilancia y fiscalización de drogas, medicamentos y alimentos a fin de protegerlos.

Gestión de Calidad hacia el sector de la salud, cada vez hace hincapié en los indicadores, mediciones, recopilaciones, análisis de datos y bases de datos comparativas, donde los profesionales e instituciones tendrán una información completa y detallada de los pacientes. Así mismo, los pacientes tendrán listas de instituciones que le faciliten y ayuden en sus decisiones.

Al realizar programas de gestión de calidad, debe incluirse también la reingeniería, que

es elaborado con métodos, instrumentos, principios y análisis de datos, que conlleva a la creación de mejores sistemas para hacer las cosas. Cuenta con un control de calidad básico que monitorea el desempeño de programas de mejoramiento de calidad y de reingeniería, rediseña funciones. Tal es así, que con la recopilación, comparación de datos, la reingeniería y el uso de iniciativas de calidad específicas sirven en la solución de problemas médicos que se puedan originar en el momento. (WILLIAMS, Guillermo: 2010).

9.1.1.5. La calidad en las Instituciones de Salud.

La más grande responsabilidad y compromiso de las Instituciones de Salud es la de entregar al paciente, su familia y a la comunidad servicios médicos seguros y de calidad. Al contar con el recurso humano profesional y comprometido con el paciente al otorgar un buen servicio; contar con el uso de tecnología de punta que facilite un diagnóstico confiable y el tratamiento integral de la persona, con estándares orientados a brindar una atención eficaz, eficiente y segura; además de tener instalaciones físicas adecuadas hacia la prestación de éstos servicios.

Estos requisitos básicos en la Salud deben darse en forma conjunta en la prestación de servicios de salud oportunos con altos estándares de calidad para beneficio del cliente-paciente.

La calidad de las instituciones de salud se define como la satisfacción de las necesidades y expectativas de los pacientes, utilizando el menor consumo de recursos; basado en el componente intrínseco, acto asistencial o científico, compuesto por los conocimientos y por el uso de la tecnología, y el extrínseco o percibido, que es el aspecto

humanitario de la asistencia, en el que influyen desde el trato al enfermo y sus familiares, hasta la información y los aspectos relacionados con el ambiente y la atención hospitalaria.

Algunos de los factores importantes que se deben considerar son:

- La naturaleza de los recursos,
- Las mejores posibilidades tecnológicas,
- La especialización de los profesionales y;
- El progresivo desplazamiento del enfermo hacia el eje del sistema que configuran la creciente importancia de la calidad en este sector de la sociedad del bienestar.

Las actividades intrahospitalarias deben ser susceptibles a mediciones que faciliten la manera objetiva de ver los resultados de los procesos de atención del cliente- paciente y su recuperación; por lo cual deben formularse indicadores que midan la calidad en cuanto a la accesibilidad, pertinencia, oportunidad, seguridad y continuidad. Todos estos procesos de atención deben estar coordinados y autoevaluados continuamente por el equipo asistencial que existe en las instituciones prestadoras de servicios y por los entes de vigilancia y control del estado en el marco del cumplimiento del Sistema de Garantía de Calidad de los Servicios de Salud (SGCS). (SANTOS, Moises: 2009).

El SGCS (Sistema de Garantía de Calidad de los Servicios de Salud), es un Sistema Único de Habilitación, de carácter obligatorio en los hospitales, clínicas, centros médicos; que establecen normas requisitos y procedimientos mediante los cuales registra, verifica y controla las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica; los estados de administración patrimonial y financiera; y capacidad técnico-administrativa, indispensables. Con ello se busca dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios de salud. Otro de los componentes del SGCS (Sistema de Garantía de Calidad de los Servicios de Salud), que aporta valor agregado y es

de gran impacto en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud ISO, son los Programas de Auditorías Internas en el Mejoramiento de la Calidad, el cual determina la importancia del seguimiento, garantiza que los estándares de calidad se mantengan y mejoren en forma permanente.

Las acreditaciones en Salud son voluntarias, en cuyo caso las instituciones de salud prestadoras de servicios aceptan que sus procesos sean auditados transversalmente en sus estándares asistenciales, de gobierno, liderazgo, financiero, apoyo administrativo, gerencia de la información y de ambiente físico, por el ente igualmente acreditado para tal fin. Estos son procesos complejos y completos de evaluación que facilitan detectar las fortalezas y oportunidades para el mejoramiento de los procesos y los planes de acción concretos, eliminan la variación de los mismos y así garantizar la calidad del servicio.

Con la finalidad de que se desarrolle dentro de la organización una cultura de mejoramiento continuo responsable, con ajuste de los procesos, midiendo los resultados alcanzados frente a lo esperado, estableciendo y ejecutando planes de acción que permitan corregir debilidades y garantizar el cumplimiento de estándares. El compromiso organizacional de entregar un servicio de calidad debe convertirse en un modo de vida, con comportamientos que reflejen que se han interiorizado los reales conceptos de calidad que se viven y practican.

Todas las instituciones de salud deben estar habilitadas en prestar servicios, aunque no estén acreditadas. Sin embargo, con la acreditación se obtiene una ventaja competitiva, crea oportunidades de mejora, favorece el enfoque de la organización en la prestación del servicio, mejora el trabajo en equipo y genera la cultura de medir y avanzar hacia la

excelencia. (VASQUEZ, Ana: 2008)

- Las instituciones de salud pueden clasificarse de acuerdo a:
- Las funciones de asistencia que prestan.
- El personal, con respecto a la proporción entre médico y personal auxiliar.
- El emplazamiento, sea la zona urbana o rural.
- El organismo patrocinador, como los públicos o particulares.

En base a las funciones que desempeñan pueden ser de tres categorías:

- Centros de asistencia primaria, encargados de la asistencia preventiva o curativa.
- Servicios especializados, encargados del tratamiento de una determinada enfermedad.
- Policlínicos, en que se presta asistencia primaria asociada con la prestación de servicios especializados.

Los centros de atención primaria pueden subdividirse en preventivos, curativos y preventivos curativos, es decir, que brinda los dos servicios.

En el sector de la salud también se necesita el control de la calidad de los patrones o estándares básicos, como garantía de calidad para el desempeño de los programas de mejoramiento permanente de la calidad de la atención médica podrá ser una alternativa para conseguirlo. Esta Reingeniería podrá estar complementada con un sistema de información que permita en un futuro realizar la recopilación de datos con el propósito de obtener información útil para la toma de decisiones de la gerencia, independientemente del enfoque, el establecimiento de un programa para mejorar el desempeño de los hospitales debe tener los siguientes principios:

1. El apoyo transferible de los dirigentes para las futuras decisiones relacionadas con la calidad de los servicios.
2. Contar con el ejemplo de dichos dirigentes, para también suponer que todos son responsables de la calidad.
3. Relacionar las prioridades institucionales inmediatas con la misión y el plan estratégico del hospital.
4. Proporcionar educación y capacitación a todo el personal hospitalario.
5. Incluir el estudio, por parte de los dirigentes, de la teoría, los principios y los métodos cuantitativos y cualitativos de las medidas de calidad en materia de salud.
6. Ofrecer capacitación a los facilitadores del proceso para mejorar el desempeño del personal.
7. Estimular el trabajo en equipo, la responsabilidad y los recursos necesarios para esta delegación.

9.1.2 La Reingeniería

La Reingeniería de procesos se considera como una herramienta de gestión, sus mentalizadores fueron Hammer y Champy los cuales la definen como una herramienta útil que genera el éxito empresarial porque conlleva al cambio dentro de una institución, pretende aportar soluciones que permitan combatir: los retos que imponen los clientes, las barreras que supone la competencia y sobre todo los riesgos que implica el cambio profundo y fugaz de la realidad empresarial. La reingeniería constituye una recreación y reconfiguración de las actividades y procesos de la empresa, lo cual implica volver a crear y configurar de manera radical él o los sistemas de la compañía a los efectos de lograr incrementos significativos, y en un corto período de tiempo, en materia de rentabilidad,

productividad, tiempo de respuesta, y calidad, lo cual implica la obtención de ventajas competitivas.

En los últimos años ha surgido una nueva tendencia en el desarrollo de las empresas y que ha sido el resultado de los cambios cada vez más rápidos dentro del entorno de la misma. La reingeniería operativa y administrativa, brinda la pauta para los nuevos cambios en la forma de operar de las mismas.

Hammer y Champy, definen a la reingeniería como “la revisión fundamental y el rediseño radical de procesos para alcanzar mejoras espectaculares en medidas críticas y contemporáneas de rendimiento, tales como costos, calidad, servicio y rapidez”.

Agudelo y Escobar (2007).

“La reingeniería es una buena oportunidad para intentar la organización de equipos. Sus técnicas no requieren que los equipos realicen los procesos de trabajo propuestos bajo esta metodología, aunque los proyectos de cambio si serán realizados por ellos. La organización del equipo contará con varias alternativas posibles cuando el proyecto de reingeniería ingrese a su fase de implementación. La primera utilizara el equipo de cambio como semillero y dirigirá a los empleados hacia ese equipo para el proceso de implementación y luego institución de una estructura jerárquica tradicional. La segunda alternativa utilizará el equipo de implementación como equipo de trabajo, conservando su organización y nombrando un director permanente. Los integrantes actuarán como equipo, pero el director asignara el trabajo, mantendrá la motivación y tomara las decisiones”.

9.1.2.1. Importancia de la Reingeniería

Al hablar de reingeniería de procesos en los servicios de Salud, se da a entender como parte del proceso de simplificación administrativa y operativa, en busca de la eficiencia, eficacia y efectividad de la gestión.

En tal sentido, la Reingeniería es una herramienta organizacional que se utiliza para analizar los flujos de procesos, a fin de poder optimizar los flujos de trabajo y servicio de la Organización. En la gestión de las instituciones públicas y privadas se busca constantemente la optimización de los procedimientos administrativos para lo cual se utiliza constantemente la reingeniería de procesos, el objetivo es brindar mejores servicios públicos al ciudadano, se busca alcanzar mejoras en medidas de rendimiento, tales como calidad, costos, y rapidez.

Este objetivo se logra en base a una intensificación de la capacitación, la contribución de los directivos, los trabajadores y la organización misma como un todo unificado para hacer frente a un entorno cada vez más competitivo, tanto en la prestación de servicios como el de la Salud. Para lo cual en el proceso de Reingeniería se establecen metas de cumplimiento y de gestión.

Cabe señalar, que uno de los obstáculos que se presentan en los procesos de reingeniería es la resistencia al cambio, la cual muchas veces es producida por la existencia de algunos paradigmas o mitos, los mismos que tiene que ser enfrentados mediante la concientización del logro de objetivos institucionales los cuales deben ser comunicados a los participantes del citado proceso.

La Reingeniería persigue definir criterios de simplificación y optimización que permiten alcanzar las metas del cambio:

- Racionalizar las operaciones
- Reducir los costos
- Mejorar la calidad

- Aumentar los ingresos

Mejorar la orientación hacia los clientes basándose en los siguientes principios:

The Boston Consulting Group estima en doce los principios clave en los que se basa la BPR (Business Process Reengineering):

1. Se necesita el apoyo de la gerencia de primer nivel o nivel estratégico, que debe liderar el programa.
2. La estrategia empresarial debe guiar y conducir los programas de la BPR.
3. El objetivo último es crear valor para el cliente.
4. Hay que concentrarse en los procesos, no en las funciones, identificando aquellos que necesitan cambios.
5. Son necesarios equipos de trabajo, responsables y capacitados, a los que hay que incentivar y recompensar con puestos de responsabilidad en la nueva organización que se obtendrá tras el proceso de Reingeniería.
6. La observación de las necesidades de los clientes y su nivel de satisfacción son un sistema básico de retroalimentación que permite identificar hasta qué punto se están cumpliendo los objetivos.
7. Es necesaria la flexibilidad a la hora de llevar a cabo el plan. Si bien son necesarios planes de actuación, dichos planes no deben ser rígidos, sino que deben ser flexibles a medida que se desarrolla el programa de BPR y se obtienen las primeras evaluaciones de los resultados obtenidos.
8. Cada programa de Reingeniería debe adaptarse a la situación de cada negocio, de forma que no se puede desarrollar el mismo programa para distintos negocios.
9. Se requiere el establecimiento de correctos sistemas de medición del grado de cumplimiento de los objetivos. En muchos casos, el tiempo es un buen indicador. Sin embargo, no es el único posible y en determinadas ocasiones no es el más adecuado.

10. Se debe tener en cuenta el factor humano a la hora de evitar o reducir la resistencia al cambio, lo cual puede provocar un fracaso, o al menos retrasos en el programa.
11. La BPR no debe ser visto como un proceso único, que se deba realizar una única vez dentro de la organización sino que se debe contemplar como un proceso continuo, en el que se plantean nuevos retos.
12. La comunicación se constituye como un aspecto esencial, no sólo a todos los niveles de la organización, sino traspasando sus fronteras (prensa, comunidad, sistema político, etc.).

Otra definición equivalente de proceso de negocio es la del profesor Michael Kutschker, “una ordenación específica de actividades, a lo largo del tiempo y el espacio, con un principio y un fin y con unas entradas y salidas”.

La norma internacional ISO-9001 ISO (2000); define un proceso como “una actividad que utiliza recursos, y que se gestiona con el fin de permitir que los elementos de entrada se transformen en resultados” (p.6).

9.1.2.3. Tipos de Procesos

En cuanto a los procesos generalmente pueden ser clasificados en función de varios criterios. Pero quizá la clasificación de los procesos más habitual en la práctica empresarial es distinguir entre: estratégicos, claves o de apoyo.

- Los procesos clave son también denominados operativos y son propios de la actividad de la empresa, por ejemplo, el proceso de aprovisionamiento, el proceso de producción, el proceso de prestación del servicio, el proceso de comercialización, etc.
- Los procesos estratégicos son aquellos procesos mediante los cuales la empresa desarrolla sus estrategias y define los objetivos. Por ejemplo, el proceso de

planificación presupuestaria, proceso de diseño de producto y/o servicio, etc.

- Los procesos de apoyo, o de soporte son los que proporcionan los medios (recursos) y el apoyo necesario para que los procesos clave se puedan llevar a cabo, tales como proceso de formación, proceso informático, proceso de logística, etc.

También, se pueden distinguir entre procesos clave y procesos críticos. En general, los procesos clave atienden a la definición expuesta anteriormente. Están principalmente orientados hacia la satisfacción del cliente y en ellos se emplean una gran cantidad de los recursos disponibles por la empresa. Por otro lado, un proceso es crítico cuando en gran medida la consecución de los objetivos y los niveles de calidad de la empresa dependen de su desarrollo.

Dentro de la gestión de procesos, se pueden identificar los siguientes tipos:

- **Procesos estratégicos:** Son procesos destinados a definir y controlar las metas de la organización, sus políticas y estrategias. Permiten llevar adelante la organización. Están en relación muy directa con la misión/visión de la organización. Involucran personal de primer nivel de la organización.

Afectan a la organización en su totalidad. Ejemplos: Comunicación interna/externa, Planificación, Formulación estratégica, Seguimiento de resultados, Reconocimiento y recompensa, Proceso de calidad total, etc.

- **Procesos operativos:** Son procesos que permiten generar el producto/servicio que se entrega al cliente, por lo que inciden directamente en la satisfacción del cliente final. Generalmente atraviesan muchas funciones. Son procesos que valoran los clientes y los accionistas.

Ejemplos: Desarrollo del producto, Fidelización de clientes, Producción, Logística integral, Atención al cliente, etc. Los procesos operativos también reciben el nombre de

procesos clave.

Procesos de soporte: Apoyan los procesos operativos. Sus clientes son internos. Ejemplos: Control de calidad, Selección de personal, Formación del personal, Compras, Sistemas de información, etc. Los procesos de soporte también reciben el nombre de procesos de apoyo.

Cuando ya se han identificado todos los grandes procesos de la organización, éstos se representan en un mapa de procesos. Se debe considerar que la clasificación de los procesos de una organización en estratégicos, operativos y de soporte, vendrá determinada por la misión de la organización, su visión, su política, etc. Así por ejemplo un proceso en una organización puede ser operativo, mientras que el mismo proceso en otra organización puede ser de soporte.

9.1.2.4. Características de los procesos

Entre las características relevantes de los procesos básicos se anotan los siguientes:

- Transforma las entradas en salidas mediante recursos que van agregando valor en su desarrollo
- Cumple una función y es dinámico en el tiempo.
- Su finalidad o consecución está determinada por su resultado
- Los procesos contienen un componente social que le conlleva a interactuar con otros procesos, el cual es análogo al comportamiento del ser humano.
- Los procesos deben su accionar a satisfacer necesidades de los distintos clientes (internos y externos).

A partir de los requisitos que todo proceso de Reingeniería debe reunir para alcanzar reducciones de costos, mejoras de la calidad y del servicio al cliente, se puede determinar las características comunes en dichos procesos:

1. **Unificación de tareas:** Unificación de varias tareas en un equipo y como

consecuencia se logra una reducción de plazos, al eliminarse supervisiones, a la vez que se mejora la calidad, al evitarse errores.

2. **Participación de los trabajadores en la toma de decisiones:** Los propios trabajadores toman las decisiones y asumen las responsabilidades relacionadas con su trabajo. Contribuyendo a que cada empleado sea su propio jefe. Para que esto se pueda llevar a cabo son necesarios el esfuerzo, el apoyo, la disciplina, la confianza, la flexibilidad y la capacidad de adaptación.
3. **Cambio del orden secuencial por el natural en los procesos:** La finalidad perseguida por esta nueva forma de trabajar es la de ahorrar tiempo y lograr la mayor reducción posible en los plazos.
4. **Realización de diferentes versiones de un mismo producto:** Se pretende dar fin a la estandarización y conseguir una mayor adaptación de dicho producto a las necesidades y gustos del cliente.
5. **Reducción de las comprobaciones y controles:** Se trata de establecer un plan de evaluación y control que contemple solamente los controles que tienen sentido económico. Actuando de esta manera se agiliza y flexibiliza la estructura organizativa.
6. **Papel protagonista del responsable del proceso:** En su figura recae la función de ejercer como único punto de contacto, lo cual permite un trato más eficiente.
7. **Operaciones híbridas:** Las operaciones en todo proceso de Reingeniería de Procesos gozan de una naturaleza dual.

9.1.3 Emergencia y urgencia Médica

Emergencias Médicas

Es toda aquella situación de gravedad en donde se necesita una atención inmediata,

la vida del paciente corre riesgo inminente. Por ejemplo: la pérdida de conocimiento de cualquier origen, el paro cardiorrespiratorio, los accidentes graves que causan traumatismos con hemorragias severas, los episodios convulsivos, la electrocución, el dolor de pecho en población de riesgo o con antecedentes cardíacos, las complicaciones severas de las distintas etapas de la gestación, las caídas de altura, las hemorragias, las heridas de arma blanca o de fuego, los politraumatismos y quemaduras graves, etc.

Urgencias Médicas

Son todas aquellas situaciones en las que, si bien no existe riesgo inminente de muerte, se requiere una rápida intervención Médica, ya sea para calmar el síntoma o para prevenir complicaciones mayores. Son ejemplos los traumatismos menores, quemaduras leves, las palpitaciones, la hipertensión arterial sintomática, la pérdida de conocimiento recuperada, problemas relacionados con la diabetes, taquicardia, traumatismo de cráneo, abdomen y tórax, etc..

9.1.3.2 Estructura del Área de Emergencia

Teniendo en cuenta que cada hospital tiene su fisonomía, complejidad e historia, el área destinada a la Emergencia, adquirirá matices peculiares de acuerdo a la institución en que se halla inserta. De ahí que tan sólo pueden describirse algunas características generales.

Vías de acceso: Deben estar expeditas al máximo, tanto en lo que hace a la llegada de vehículos trasladando pacientes urgentes al hospital, como a la circulación dentro del Servicio y desde otras áreas internas. La entrada al Servicio de Emergencias debe estar bien diferenciada y señalada, y ser independiente del acceso general del hospital, para que no interfieran ambas circulaciones.

Ubicación: En zona diferenciada del resto del hospital, con comodidad tanto para el traslado de camillas, como para la Espera de pacientes y familiares.

Admisión: Cumpliendo con las características antes señaladas para esta área particular, debe ubicarse próxima al ingreso de pacientes tanto ambulatorios como en camilla, para recibir al paciente y llevar a cabo el Triage. Debe disponer de los metros cuadrados suficientes para albergar las sub-áreas correspondientes y estar equipada con las conexiones de comunicaciones e informática adecuadas.

- **Triage:** A través de un breve interrogatorio dirigido, basado en el motivo de consulta, el paciente es categorizado y así puede ser derivado al área de atención que le corresponde. En algunos países, el triage está a cargo de personal de enfermería especialmente entrenado.
- **Comunicaciones:** Las comunicaciones entrantes y salientes del Hospital, tanto telefónicas como radiales deben estar concentradas en el Área de Admisión de la Emergencia, ya que son un recurso crítico para el desempeño de la tarea específica de la urgencia.
- **Seguridad:** Otro subsector a compartir el espacio físico de la Admisión. Al igual que Comunicaciones, Seguridad no puede permanecer en un espacio aparte, separado de la actividad hospitalaria de veinticuatro horas. Además, los servicios de urgencias atienden, entre su población normal, a los pacientes potencialmente peligrosos, ya sea por consumo de drogas – alcohol, como violentos y psiquiátricos excitados. Ante la concurrencia de víctimas múltiples, especialmente en caso de accidentes, el personal de seguridad colabora en la organización y el ordenamiento de la atención.

Áreas de atención de pacientes: Las áreas principales de asistencia se pueden agrupar, en primera instancia, en un sector de pacientes ambulatorios, y otro para pacientes que ingresen en camilla. De acuerdo a la complejidad que adquiera el Departamento o Servicio, pueden llegar a instalarse: cubículos o “boxes” de atención, salas de reanimación (“shock-rooms”), área de observación de pacientes y batería de consultas externas (“fast-track”). Lo importante recalcar es que, variando de una institución a otra, las tres áreas fundamentales de atención serán consulta, reanimación, observación de pacientes, áreas que se combinarán y presentarán diferentes fisonomías, pero que serán la base de sustentación de la Emergencia.

Cubículo o “box” de atención: Teóricamente para dar atención a pacientes urgentes no críticos, y que tampoco pueden ser derivados a un área de consulta ambulatoria.

Cuántos “boxes” necesita el Servicio? En una estructura donde toda la atención pasa por cubículos o “boxes”, se considera que éstos, deben contar con una superficie de aproximadamente 10 – 12 m² y disponer de todos los elementos necesarios para una atención adecuada. Se calcula 1 cubículo por cada 12 a 14 pacientes/día, pero solamente contando con una salida rápida de los mismos una vez asistidos. Si, en cambio, partimos de una estructura que combina puestos de consulta rápida ambulatoria (“fast-trach”), salas de reanimación (“shock-room”) y áreas de observación de pacientes, los cálculos varían. También se deberá calcular de distinto modo de acuerdo al perfil del Hospital (no es lo mismo un hospital base de una comunidad, que uno de referencia al que se deriva gran cantidad de pacientes críticos).

Analizándose los motivos de consulta en sus diferentes proporciones (emergencias, urgencias, consultas no urgentes), puede calcularse la cantidad de puestos de atención en shock-room, cubículos de reanimación/observación, consultorios.

Si pudiéramos estimar las consultas a Emergencias, referidas a 1.000 habitantes y a un año, podríamos hablar de “frecuentación”, la cual variará de acuerdo al país y a la zona de un país. Esta frecuentación, estará condicionada por distintos factores:

Edad de la población: Dividiendo la población de menos de 20 años, por la comprendida entre 30 y 50; obtendremos el Índice de Fritz , que si es igual o superior a 1.60 significa que la población es progresiva; si resulta igual o menor a 0.6 es regresiva; y cuando está entre ambas cifras, estacionaria. El tipo de población determinará la frecuentación y el tipo de consulta más frecuente.

Accesibilidad: Si el hospital en que se halla el Servicio está cercano, y las vías de acceso son adecuadas, se elevará su utilización.

Contención primaria: Un buen sistema de atención primaria, sea éste de jurisdicción provincial o municipal, disminuirá el número de consultas de baja complejidad al servicio hospitalario.

Gratuidad: Los sistemas de co-pago limitan las consultas innecesarias, pero; en países no desarrollados, impiden también el acceso a las necesarias.

Reanimación: Los pacientes realmente emergentes, deben disponer de un área de atención inmediata (politraumatismos o trauma severo, descompensaciones cardiovasculares y cuadros de shock independientemente de su origen, intoxicaciones graves, comas de diversas etiologías). La misma deberá contar con todo el instrumental y aparatología necesarios para reanimación y estabilización de pacientes críticos, incluyendo equipos diagnósticos como portátil de rayos-x y ecografía, y medios de estabilización quirúrgica.

Consulta ambulatoria (“fast – track”): Es en realidad, una batería de consultorios dentro del área de emergencias. Si bien, se sobreentiende que un Hospital que desarrolle

algún programa de resolución rápida o demanda espontánea durante la mayor cantidad de horas posibles (por ejemplo, de 8.00 a 20.00), no debería casi atender pacientes de consulta externa no urgente, la realidad es que un buen porcentaje de pacientes que consultan en Emergencias, pertenecen a ese grupo. Además, también es evidente que, durante determinadas épocas del año, la atención en Consultorios Externos puede resultar insuficiente, pudiéndose entonces también echar mano del área de "fast-track" en esas circunstancias, empleando en la misma incluso médicos del staff de Consultorios destinados al refuerzo de la prestación. La decisión de establecer esta área, responderá al propósito de darle cierto grado de prioridad a la patología menor, con el fin de disminuir la espera de la patología no urgente y de descongestionar los servicios de emergencia de pacientes no urgentes.

Se considera la necesidad de instalar esta área, cuando el Servicio de Emergencias atiende alrededor de 40.000 – 45.000 pacientes por año, lo que equivale, en instituciones organizadas, a calcular que $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{3}$ de las admisiones del Hospital pertenecen a Emergencias, y que de este Servicio se interna 1 de cada 6 pacientes que se presentan a la consulta (SHWARTZ, Gr: 1992).

Las principales patologías derivables al sector de fast-track serán: infecciones respiratorias altas, otalgias, dolores articulares, laceraciones menores, lumbalgias, cefaleas y otras.

Esto implicará, entre otras cosas, que en las áreas de reanimación y boxes de atención, sólo se admitirán pacientes críticos con alta demanda de tiempo y complejidad de la atención, llevando el stress del factor humano de emergencia, hasta el límite. Se calcula que el máximo de atención que puede ofrecer un médico en este Sector será de 2.5 pacientes/hora, mientras que el que atiende fast-track, lo hará con una frecuencia de 6 – 7

pacientes/hora.

Observación: Los pacientes que deban permanecer varias horas en el área de emergencias, se ubicarán en una unidad de observación, a fin de controlar su evolución o a la espera de resultados de imágenes o laboratorio, o de una decisión de internación o intervención quirúrgica. Contando con un área de estas características, el paciente está más confortable y recibe mejor atención. De todos modos, los mismos cubículos de atención pueden servir para alojar pacientes en observación una vez superada la primera atención. Esta área cumplirá su función siempre y cuando no se transforme en una internación encubierta.

- **Sala de yesos**

Atención de pacientes combativos: Conviene disponer de un cuarto acolchado y con camilla provista de medios de sujeción

Sala/s de espera: Ubicada cerca de la admisión o, de existir, en el área de consulta ambulatoria. En lo posible, debe tratarse de un área confortable, con espacio suficiente para la presencia esperada de personas. A la vez, debe ser cálida y poseer los elementos mínimos de confort que puedan disminuir los efectos adversos del momento crítico vivido por las personas que esperan, y por el tiempo de demora. Entre ellos, teléfono, baños, suficiente cantidad de asientos cómodos, máquinas de bebidas). También son útiles los elementos de distracción, como televisión, diarios, revistas, etc. Conviene contar con una espera pediátrica separada de la de pacientes adultos.

Depósito de elementos de transporte: Camillas, sillas de rueda, deben estar ubicadas en un área específica, preferentemente cerca de la entrada de vehículos, para acceder rápidamente a estos medios cuando se trasladan pacientes que no son ambulatorios.

Áreas para personal: El personal médico y paramédico, que comparte muchas horas de trabajo en una actividad tan exigente y “estresante”, requiere de áreas de reunión y descanso, en lo posible no alejadas de las de atención de pacientes. Las más importantes serán:

Personal médico:

- **Vestuario**
- **Estar o Sala de Médicos:** Con los elementos de confort necesarios para la actividad profesional como así también para los horarios de “relax”.
- **Sala de Informes:** Donde un profesional pueda, en un clima apropiado, teniendo en cuenta las condiciones en que se hallan familiares y amigos de un paciente en Urgencias, brindar los informes necesarios, intercambiar ideas y comentarios con los acompañantes de los pacientes.
- **Dormitorios Médicos:** Ya que la consulta es heterogénea y no tiene programación horaria, el personal médico debe descansar en los momentos en que esto sea posible.

Personal no médico:

- **Vestuario**
- **Estación de Enfermería**

Áreas de apoyo: $\frac{3}{4}$ Depósito: Debe contar con el máximo espacio posible, ya que “el número de elementos (material en general, material desechable y medicación) que se utilizan en un servicio de urgencias es casi infinito” (Asenjo).

Limpieza: Puede hacerse la misma consideración que con respecto a Depósito, ya que es una actividad fundamental a desarrollarse durante las 24 horas.

Laboratorio: Cuando la organización de la Institución, de la que el Servicio de Urgencias forma parte lo permita, sería útil contar con laboratorio exclusivo para

urgencias en la misma área de atención de los pacientes.

Sala de revelado: Las mismas consideraciones que para Laboratorio.

Esterilización: También de acuerdo a la organización institucional, es bueno recordar que o es práctico para un Servicio de Urgencias utilizar las instalaciones centrales del Hospital, sino, como en el caso de laboratorio y radiología, también en esterilización, contar con estructura propia diseñada para su funcionamiento particular.

EQUIPAMIENTO

El Servicio/Departamento de Emergencias /Urgencias, es el lugar del Hospital al que llega mayor cantidad de pacientes críticos en forma aguda, y en etapa pre-diagnóstica; por lo que el Servicio de Emergencias debe contar con los mejores medios diagnósticos y terapéuticos.

Todo Servicio de Urgencias debe contar con elementos mínimos para su funcionamiento, como son:

Instrumental de primeros auxilios en los “cubículos” de atención, sobre todo en lo que hace a curación y suturas de heridas, elementos para vías parenterales.

Equipamiento específico en Salas de Reanimación (“Shock-room”): monitor, oxicapnógrafo, respirador, electrocardiógrafo, sets para resolución de trastornos de la vía aérea y respiratorios, reanimación del shock y cardiovascular en general, radiología y ecografía portátil (hay centros de trauma en el mundo con tomógrafo portátil), instrumental para reanimación operatoria.

Elementos de monitoreo y vigilancia en áreas de observación de pacientes.

Adecuados elementos de transporte (camilla de traslado con monitoreo portátil y oxígeno

como mínimo).

9.1.3.3 Proyecto "Mi emergencia" del MS

Sistema Integrado de Seguridad brindará atención emergente cuando suceda algún evento como accidentes, partos, infartos, entre otros; una vez que el usuario o usuaria llame al 911, inmediatamente recibirá asistencia en línea.

El equipo del SIS ECU-911 evaluará la situación y enviará la ambulancia disponible más cercana al lugar del evento, manteniendo contacto con el usuario y con el equipo médico de emergencias para valorar y transferir al paciente al servicio hospitalario más cercano y conveniente dependiendo la emergencia.

En las unidades de salud de las provincias donde ya se encuentra operando el Servicio Integrado de Seguridad, se ha coordinado la contratación de personal tanto para las salas de operaciones de los centros, como para la operativización, 24 horas, de las ambulancias con las que actualmente cuenta el Ministerio de Salud, representando una inversión de \$3.944.745,13 en el 2012. De la misma manera, se gestionó la ubicación de líneas telefónicas en los servicios de emergencias para dar respuesta exclusiva a las llamadas del SIS ECU 911, con el fin de despachar recursos y realizar el proceso para la recepción de pacientes en dichas unidades de salud. Para fortalecer el sistema de ambulancias y dar respuesta a las emergencias médicas, el Ministerio de Salud realizó la adquisición de 200 ambulancias, que llegarán los primeros meses del 2013. A esta adquisición se suman 32 ambulancias que llegarán en el transcurso en el mismo año.

Se ha realizado la adquisición de equipos de telecomunicaciones, mismos que serán instalados tanto en las unidades de salud como en las ambulancias, esta red operará en una plataforma digital con protocolo troncalizado.

Además se ha diseñado el marco normativo necesario para la atención pre hospitalaria, el cual incluye la ratificación del nivel prehospitalario como un nivel de atención dentro de los servicios de salud, los procesos para licenciamiento de las ambulancias y su incorporación al sistema desde el enfoque público y privado, así como la inclusión de una unidad administrativa para gestión de este nivel en la estructura orgánica del MSP (Dirección Nacional de Atención Prehospitalaria y Unidades Móviles).

9.1.4 Protocolo Médico

PROTOCOLO MEDICO: definiciones.

- ✓ Los protocolos médicos son documentos que describen la secuencia del proceso de atención de un paciente en relación a una enfermedad o estado de salud.
- ✓ Son el producto de una validación técnica que puede realizarse por consenso o por juicio de expertos.
- ✓ En otras palabras los protocolos describen el proceso en la atención de una enfermedad para mejorar la rapidez en el diagnóstico, efectivizar el tratamiento, y hacer menos costoso el proceso de atención, tanto para el paciente como para la entidad prestadora de salud.
- ✓ Estos documentos son de utilidad para mejorar los procesos de atención, se encuentran agrupados en el documento de gestión sanitaria denominado: “Manual de Procedimientos para el Diagnóstico y Tratamiento.

PARTES DE UN PROTOCOLO

El título

La definición

Etiopatología

Niveles de atención

Los factores de riesgo y predisposición

Clasificación de la enfermedad

Criterios de diagnóstico

Diagnóstico diferencial

Tratamiento

Tratamiento alternativo

Criterios de hospitalización

Criterios de referencia

Criterios de alta

Anexos.

DESCRIPCION DE LAS PARTES DE LOS PROTOCOLOS:

EL TITULO: Es el nombre de la enfermedad, síndrome, o estado de salud. Ej.: Diabetes Mellitus tipo II (enfermedad), Hipoglicemia (síndrome), Embarazo de Bajo Riesgo (estado de salud).

LA DEFINICION: Se define la patología o estado de salud en forma resumida que sea fácilmente entendible.

ETIOPATOGENIA: Se describen la causa principal o las causas posibles y la forma como estas causas desarrollan la enfermedad. Ej.: el virus de la inmunodeficiencia humana (VHI) es el causante del SIDA, pertenece al grupo de los retrovirus, se contrae por

contacto con los fluidos corporales (sangre y semen fundamentalmente) de un paciente enfermo, y ataca a las células del sistema inmunológico (linfocitos T4 fundamentalmente)

NIVEL DE ATENCIÓN: Se refiere al nivel de atención en los cuales esta enfermedad o estado de salud debe ser atendida.

Los niveles de atención se pueden diferenciar según el sistema de salud de cada país, por ejemplo: En nuestro país hay 4 niveles de atención:

- En el primer nivel están los pequeños establecimientos de salud: las postas médicas y los centros de salud pequeños. Se dedican a hacer atención primaria de salud fundamentalmente.
- En el segundo nivel, están los centros de salud grandes, y los hospitales pequeños. Se resuelven fundamentalmente las patologías más comunes de las 4 especialidades básicas: cirugía general, ginecología y obstetricia, medicina interna, y pediatría.
- En el tercer nivel están los hospitales generales, que resuelven la mayoría de patologías comunes.
- En el cuarto nivel, están los institutos altamente especializados.

Ejemplo: un parto de bajo riesgo puede atenderse en el primer, segundo, y tercer nivel; de preferencia debería hacerse en el primer nivel y segundo nivel para no saturar otros niveles de atención. El cáncer de próstata que necesita de radioterapia y quimioterapia, necesita ser tratado en el cuarto nivel por ser de manejo especializado para un Instituto.

LOS FACTORES DE RIESGO Y DE PREDISPOSICION: Son los factores que el paciente puede tener para desarrollar la enfermedad. Ej.: el tabaco es factor predisponente

para hacer cáncer de pulmón; el alcohol y los antecedentes de hepatitis B son factores para el desarrollo de cáncer de hígado; la obesidad es factor de riesgo para la artrosis de rodilla; la piel clara y la exposición al sol son factores de riesgo para el melanoma, etc.

CLASIFICACION DE LA ENFERMEDAD: Es la forma de clasificar a la enfermedad. Ej.: en la Diabetes tipo II, pueden haber complicaciones crónicas: neuropatía diabética, nefropatía diabética, retinopatía diabética, pie diabético; y complicaciones agudas: estado hiperosmolar, cetoacidosis, hipoglicemia. La Brucelosis, puede ser aguda, subaguda y crónica. La Sífilis puede clasificarse en primaria, secundaria y terciaria.

CRITERIOS DE DIAGNOSTICO: Se describen los diversos criterios que se necesitan para el diagnóstico de la enfermedad. Por ejemplo para diagnosticar un caso de Hipertensión Arterial, se tiene que medir la presión en reposo y en tres oportunidades diferentes, y demostrar que esas presiones están elevadas.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Se describen resumidamente las enfermedades que se parecen al cuadro patológico principal, para que nuestro diagnóstico no sea errado.

TRATAMIENTO: Se describen las diversas medidas de tratamiento:

Tratamiento Específico: El que actúa directamente sobre la enfermedad. Tratamiento

Coadyuvante: Comprenden los aspectos psicológicos, la rehabilitación (masoterapia), o cualquier otra medida asociada al tratamiento específico.

Tratamiento alternativo: Aunque hay confusión en esto, pero hay algunas enfermedades que responden a otros tipos de tratamiento. Eje: acupuntura, homeopatía, medicina herbolaria; y que como alternativa pudiera plantearse, hasta que la medicina occidental lo haga conocimiento científico.

CRITERIOS DE HOSPITALIZACION. Aquí se describen los criterios de hospitalización de acuerdo al tipo de enfermedad.

CRITERIOS DE REFERENCIA. Son los criterios que se toman en cuenta cuando un paciente debe ser referido a un establecimiento de mayor nivel, por la complejidad de su tratamiento.

CRITERIOS DE ALTA. Son los diversos criterios que se tienen en cuenta para dar de alta a un paciente. Eje: un operado de apendicetomía no complicada puede irse a su domicilio al segundo día, siempre que se haya demostrado que no tiene fiebre, que la herida tenga buena evolución, que el paciente tenga buenos ruidos hidroaéreos, y que tolere la alimentación:

TRIAGE. El triage es el proceso mediante el cual un paciente es valorado a su llegada para determinar la urgencia del problema y asignar el recurso de salud apropiado para el cuidado del problema identificado; el paciente es clasificado de acuerdo con prioridades. En el manual de Advanced.

La palabra triage se deriva del término francés TRIER que significa clasificar o escoger. Su uso se inició en el campo de batalla; fue el proceso mediante el cual los soldados con heridas mortales eran dejados a un lado para morir mientras aquellos con lesiones menores serias recibían tratamiento. Desde la perspectiva militar la prioridad era dada a los soldados con heridas o lesiones tratables quienes deberían regresar rápidamente al campo de batalla.

9.2 MARCO REFERENCIAL

Cabe señalar que no existen estudios inherentes al tema, por esta razón hemos considerado de que en el hospital se elabore por sí mismo una propuesta en base a su propia necesidad

y realidad; sin embargo se puede resaltar que en el Internet existe información referente al tema pero con realidades totalmente diferente por ser de otros países.

La piedra angular del tratamiento inicial de toda enfermedad la constituyen la identificación precoz del paciente grave o no, su tratamiento correcto y el transporte rápido al hospital adecuadamente dotado por sus particulares demandas asistenciales. Este enfoque no puede llevarse a la práctica sin el establecimiento de sistemas asistenciales y protocolos de actuación que faciliten la concertación de los elementos que integran el esquema multidisciplinario dentro de un sistema asistencial del que participan usuarios, personal sanitario, fuerzas de seguridad, personal de apoyo y unidades de transporte.

El usuario que solicita los servicios de salud en esta entidad en un 92% son de escasos recursos, provenientes de actividades productivas de bajos escaños, cuya economía no le permite tomar otro tipo de atención médica, es decir la privada

Los usuarios constantemente se quejan del nivel de atención, de la calidad y eficacia del servicio, así como de la falta de medicina y del reducido espacio físico, lo que genera en ellos, niveles o grados de insatisfacción.

Esto refleja que la inadecuada planificación estratégica operativa en la reingeniería administrativa del recurso humano por parte del nivel central de acuerdo a la realidad poblacional ocasiona la insuficiencia de los recursos económicos, déficit en el desarrollo del talento humano y desmotivación, lo que incide en la calidad de prestación de servicios de salud a la población, ante la alta influencia de pacientes a la institución en el año 2008 y 2009 se han atendido aproximadamente 37.000 pacientes.

Con la presente investigación bibliográfica y de campo se pretende aplicar un protocolo, para mejorar el nivel de la calidad de atención y eficacia en los servicios que se

brinda en el área de emergencia y de consulta externa del Hospital “Divina Providencia”, cuya finalidad es elevar de un 70 % al 90% la utilización de nuevas estrategias y técnicas de atención médica y de enfermería.

Aplicar un protocolo de un 75 % al 90% de acuerdo a las directrices del MSP, para lo cual se canalizara la intervención de todo el personal médico y de enfermería para lograr:

- Compromiso de todo el personal que labora en el Hospital.
- El Ministerio de Salud da asistencia técnica permanente en el Hospital.
- El Ministerio de Salud contara con recursos para satisfacer las necesidades del Hospital.

Para lo cual se monitoreará aplicando técnicas e instrumentos de verificación como son:

- Encuestas a pacientes con diferentes patologías.
- Entrevista a familiares
- Encuestas a una muestra poblacional del Cantón La San Lorenzo
- Representación estadística.
- Cuadro estadístico
- Registro de asistencia de médicos y enfermeras.
- Memorias
- Certificados médicos
- Cuadro de valoraciones a pacientes con diferentes patologías
- Seguimiento del índice de calidad (línea de base).

9.3 POSTURA TEÓRICA

Según: Avedis Donabedian.

Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes.

son tres los componentes de la calidad asistencial a tener en cuenta. El componente técnico, el cual es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos. Por otra parte, el componente interpersonal, el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual.

Finalmente, el tercer componente lo constituyen los aspectos de confort, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención mas confortable.

Teniendo en cuenta que los costos son elevados, esto es un problema principal hasta de los países desarrollados , que nos han llevado a la guerra de la garantía de la calidad; por el otro lado, en nuestro país tenemos necesidad de incrementar la cobertura con recursos limitados, a pesar del incremento del presupuesto para la salud que se a dado en los últimos años, y esto quiere decir que con los recursos que tenemos, logremos mejorar la calidad de servicios de salud de nuestra población, dentro de una crisis económica y una pérdida de la legitimidad, y que ya no hay mucha diseminación del concepto y los métodos más que en algunos países , las demandas hacia los médicos sobre la atención a la salud y

que tengan que presentarse ante abogados y juicios, con tal de demostrar que si realmente estuvieron haciendo lo mejor. Los pacientes son las diferentes presiones que han llevado a que se vuelva de moda la garantía de la calidad o mejoramiento continuo.

Evaluando la calidad de la atención médica se debe comenzar por conocer los resultados o el impacto sobre las personas.

Para conocer la calidad de un servicio se debe conocer la situación de salud de la población y su necesidad, antes y después de efectuar las acciones. En estricto sentido, la calidad se refiere a indiferencias entre la situación de salud antes y después de la prestación de los servicios en un periodo dado.

Por lo expuesto la orientación o postura teórica del presente trabajo de investigación se encamina a la Gestión Estratégica de Calidad como la aplicación operativa de las políticas de calidad, que no es otra cosa que la calidad puesta en acción, basada en un principio básico que la guíe como es: descubiertas las necesidades del cliente (usuario-paciente), satisfacerlas al menor costo posible a fin de que la entidad alcance sus propios objetivos de crecimiento.

10. HIPÓTESIS.

10.1 HIPOTESIS GENERAL

¿ Un plan emergente de reingeniería de procesos administrativos mejorará la calidad de los servicios de salud en el área de emergencia del Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo Provincia de Esmeraldas?

10.2 SUBHIPÓTESIS.-

1.-El déficit de personal contribuye a la baja calidad de los servicios de salud en emergencia del Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo Provincia de Esmeraldas.

2.- La Tecnología disponible afecta directamente la calidad de los servicios de salud en emergencia del Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo Provincia de Esmeraldas.

3.- El área de emergencia carece de un orden secuencial de trabajo y cumplimiento de los protocolos de atención para ofrecer servicios de salud de calidad en el Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo Provincia de Esmeraldas.

4.- El área física y la disponibilidad de recursos humanos son las principales dimensiones deficitarias para mejorar la calidad de servicios de salud en emergencia del Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo Provincia de Esmeraldas.

11. RESULTADOS OBTENIDOS DE LA INVESTIGACIÓN

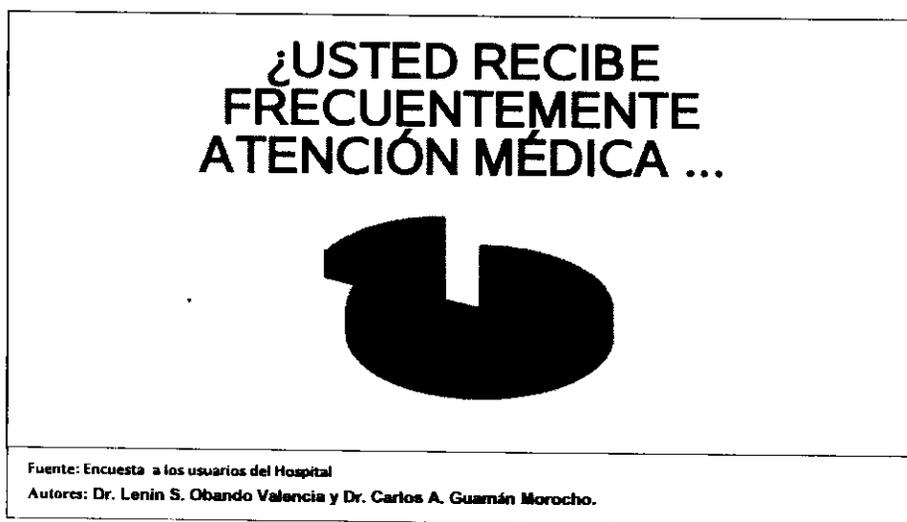
11.1 ANALISIS E INTERPRETACION DE LAS ENCUESTA APLICADAS A LOS USUARIOS DEL AREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL.

1 ¿USTED RECIBE FRECUENTEMENTE ATENCIÓN MÉDICA POR EMERGENCIA EN CASOS DE POLITRAUMATISMOS?

Cuadro No.1

RESPUESTAS	USUARIOS	PORCENTAJE
SI	280	82.35
NO	60	17.65
TOTAL	340	100.00

Gráfico No.1



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

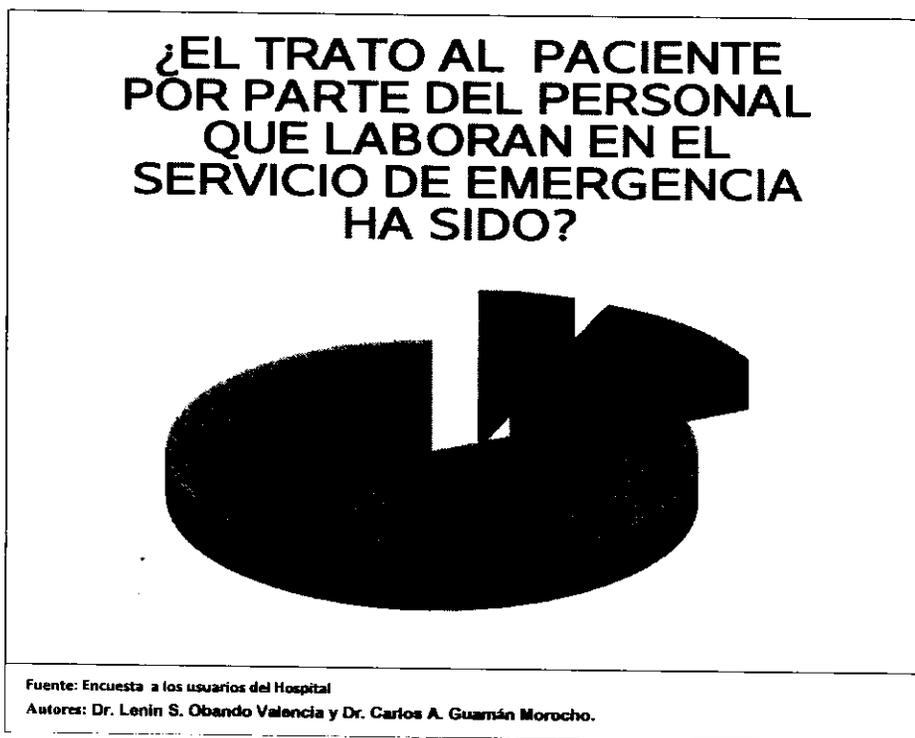
Se evidencia en el gráfico que el 82% si ha sido atendido por emergencia en el Hospital "Divina Providencia", siendo alto el porcentaje de pacientes con politraumatismo; el 17.65 no ha sido atendido, lo que debe corregirse ya que al tratarse de personas entre los que se agrupan los vulnerables como niños, niñas, mujeres y discapacitados y adultos mayores hay que darles atención de calidad, celeridad y calidez (se justifica la falta de personal).

2. **¿EL TRATO AL PACIENTE POR PARTE DEL PERSONAL QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA HA SIDO?**

Cuadro No.2

RESPUESTAS	USUARIOS	PORCENTAJE
EXCELENTE	20	5.88
BUENA	40	11.76
MALA	280	82.35
TOTAL	340	100.00

Gráfico No.2



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El gráfico demuestra que el 82% de los pacientes ha sido mal atendido en el Departamento de emergencia y que sólo el 6% ha sido atendido en forma excelente que ando el 12% que es atendido de buena manera; se infiere que existe un verdadero problema en el personal de emergencia en el Hospital y que están lejos de ajustar a lo que sostiene la ley sobre una atención con calidad y calidez.

3. ¿EL TRATO AL FAMILIAR POR PARTE DE QUIENES LABORAN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA HA SIDO?

Cuadro No.3

RESPUESTAS	USUARIOS	PORCENTAJE
MALO	268	78.82
BUENO	40	11.76
EXCELENTE	32	9.41
TOTAL	340	100.00

Gráfico No.3



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

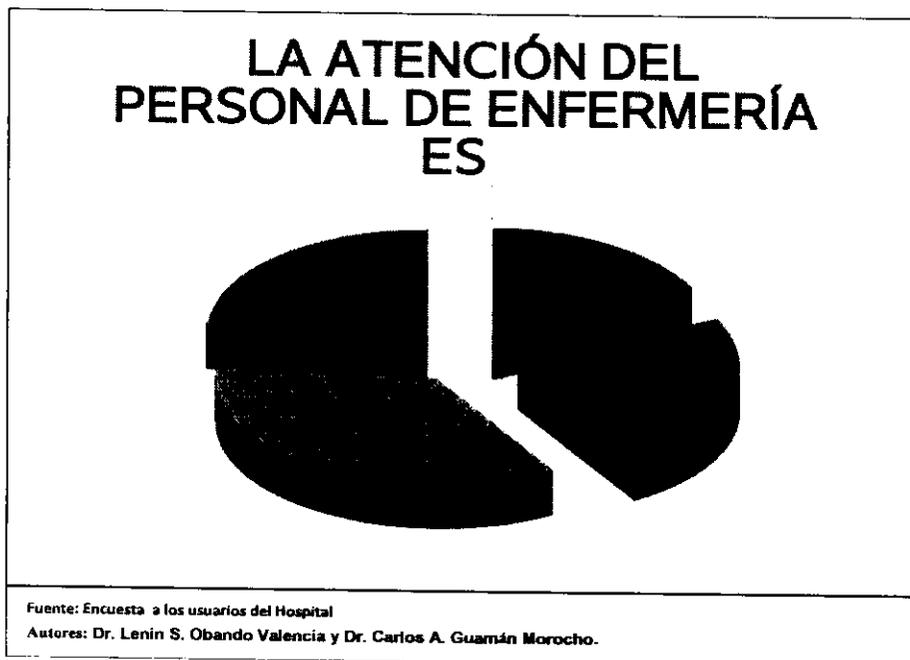
Los usuarios respondieron en un 79% que la atención a sus familiares fue mala, buena el 12% y sólo el 9% dijeron que excelentemente han sido atendidos sus familiares en el Hospital, esto demuestra que existe descuido en la atención a los familiares contrariamente a lo que demandan las normas de nuestro país.

4. ¿LA ATENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ES?

Cuadro No.4

RESPUESTAS	USUARIOS	PORCENTAJE
Muy buena	60	17.65
Buena	80	23.53
Regular	120	35.29
Mala	80	23.53
TOTAL	340	100.00

Gráfico No.4



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

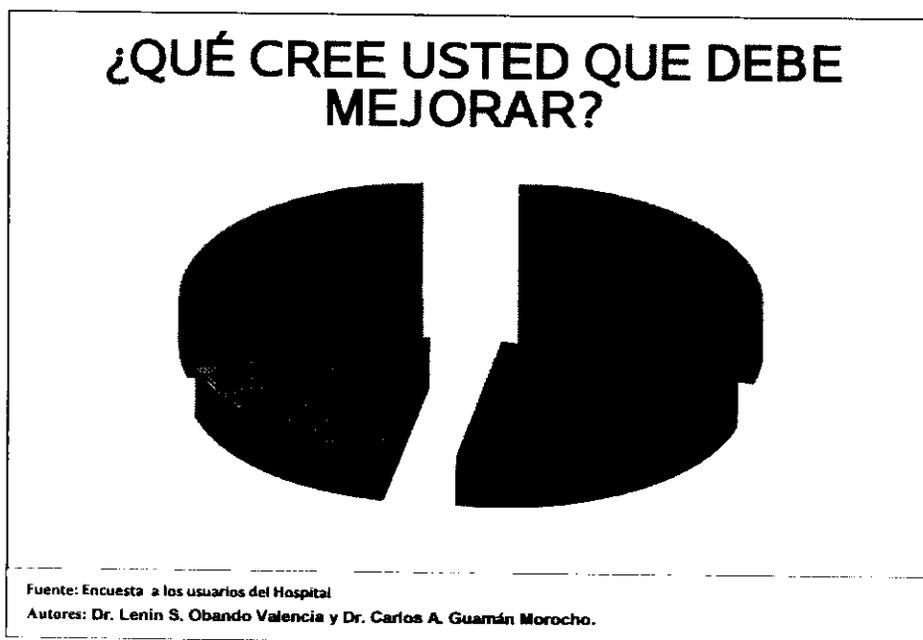
El 35% de los usuarios respondieron que la enfermería la atención es regular, mala el 24%, el 23% dijeron que la atención es buena y el 18% manifestaron que la atención es buena. De lo escrito se deduce que la enfermería necesita mejorar la atención a los pacientes del Hospital Divina Providencia.

5. ¿QUÉ CREE USTED QUE DEBE MEJORAR EN EL HOPITAL?

Cuadro No.5

RESPUESTAS	USUARIOS	PORCENTAJE
Espacio Físico	100	29.41
Medicación	80	23.53
Equipos	60	17.65
Personal	100	29.41
TOTAL	340	100.00

Gráfico No.5



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Se evidencia que el 29% dijeron que debe mejorarse tanto el espacio físico como efectuar cambios de actitud en el personal del Hospital, el 24% dijo que lo relacionado a la medicación debe ser mejorado y el 18% mejorar los equipos es urgente; por lo tanto se infiere que el problema grave del Hospital es de Infraestructura y el desempeño del personal que labora en esta entidad de Salud.

6. ¿USTED ESTÁ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE BRINDA EL SERVICIO DE EMERGENCIA?

Cuadro No.6

RESPUESTAS	USUARIOS	PORCENTAJE
SI	70	20.59
NO	270	79.41
TOTAL	340	100.00

Gráfico No.6



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

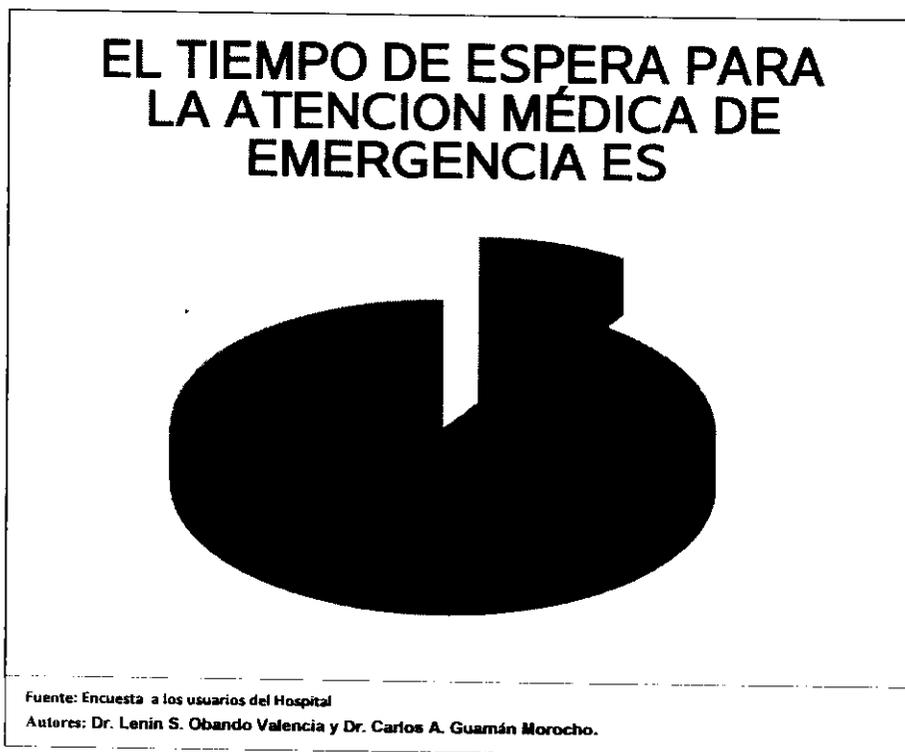
Según el 79% no está de acuerdo con la atención por el personal de emergencia del Hospital Divina Providencia y el 21% si dijo estar de acuerdo con la atención brindada, es realmente urgente el tratamiento del problema del personal de emergencia.

7. EL TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCION MÉDICA DE EMERGENCIA ES:

Cuadro No.7

RESPUESTAS	USUARIOS	PORCENTAJE
ACEPTABLE	30	8.82
NO ACEPTABLE	310	91.18
TOTAL	340	100.00

Gráfico No.7



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Según lo respondido por el 91% de los usuarios de emergencia del Hospital, el tiempo de espera no es el aceptable y el 9% dijo que si es aceptable, es evidente el descontento de la comunidad por la mala atención en la emergencia del Hospital.

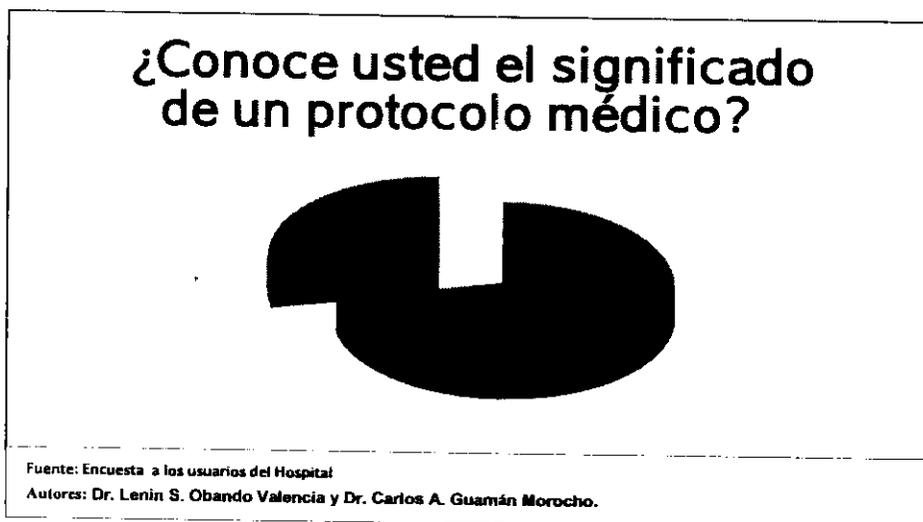
11.1.2 ENCUESTA AL PERSONAL DE LA SALUD DEL HOSPITAL

1. ¿CONOCE USTED EL SIGNIFICADO DE UN PROTOCOLO MÉDICO?

Cuadro No.8

RESPUESTAS	PERSONAL	PORCENTAJE
SI	5	71.43
NO	2	28.57
TOTAL	7	100.00

Gráfico No.8



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

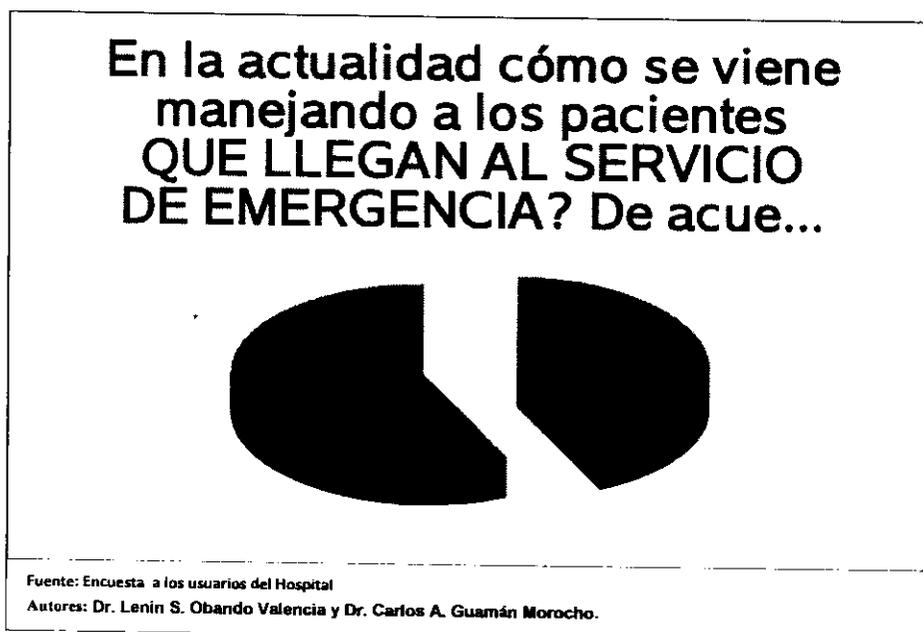
El gráfico muestra que el 71% del personal de la salud conoce el significado de un protocolo médico y el 29% no lo conoce, es evidente que la mayoría conoce sobre protocolo médico esto significa que si no se cumplen los pasos o fases en los tiempos establecidos es por falta de voluntad.

2. **¿EN LA ACTUALIDAD CÓMO SE VIENE MANEJANDO A LOS PACIENTES QUE LLEGAN AL SERVICIO DE EMERGENCIA? DE ACUERDO A ALGÚN ESQUEMA O GUÍA A SEGUIR.**

Cuadro No.9

RESPUESTAS	PERSONAL	PORCENTAJE
SI	3	42.86
NO	4	57.14
TOTAL	7	100.00

Gráfico No.9



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

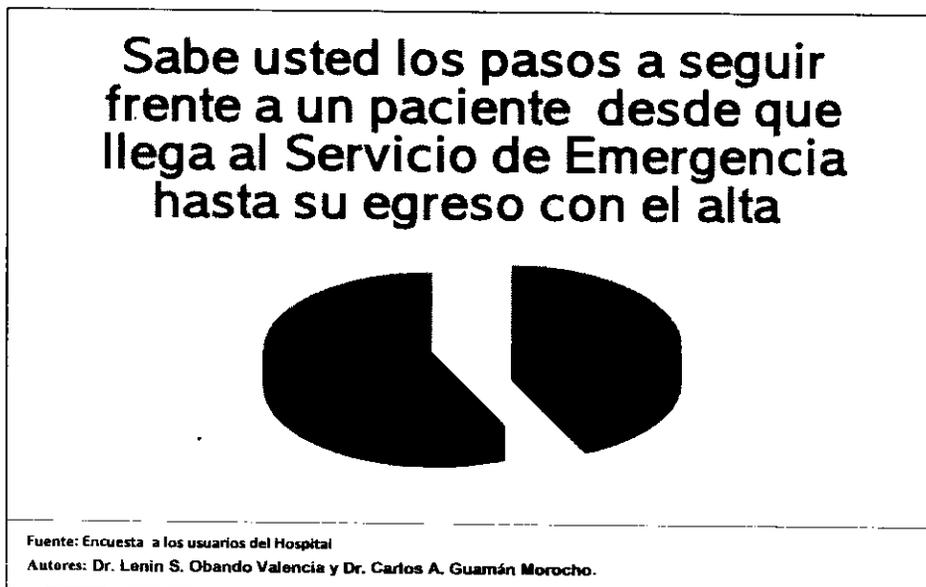
Se observa que el 57% dijeron no conocer ningún procedimiento a seguir cuando llega un paciente a la emergencia del Hospital y el 43% dijeron conocerlo; es evidente que existen opiniones dividida en una cuestión que debería ser de reacción automática y de una sola opinión por la importancia que tiene en el trabajo de emergencia hospitalaria.

3. SABE USTED LOS PASOS A SEGUIR FRENTE A UN PACIENTE DESDE QUE LLEGA AL SERVICIO DE EMERGENCIA HASTA SU EGRESO CON EL ALTA

Cuadro No.10

RESPUESTAS	PERSONAL	PORCENTAJE
SI	3	42.86
NO	4	57.14
TOTAL	7	100.00

Gráfico No.10



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

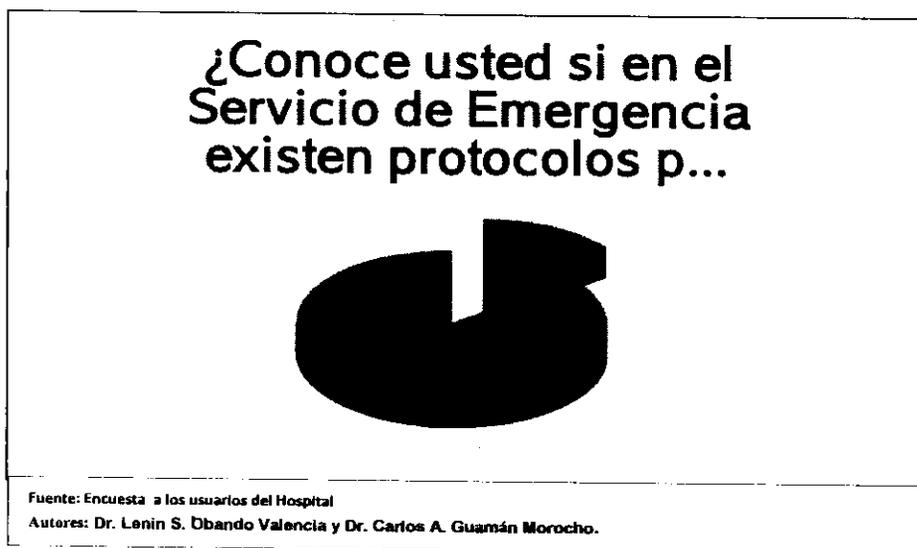
En el gráfico se muestra que el 57% del personal de la salud dijo no conocer los pasos a seguir desde que ingresa hasta el alta de un paciente atendido por emergencia y el 43% del personal dijo que si conocen, se infiere que existe poca difusión de las políticas hospitalarias y de los procedimientos a seguir en los casos de emergencias hospitalarias.

4. ¿CONOCE USTED SI EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EXISTEN PROTOCOLOS PARA MANEJO DE PACIENTES?

Cuadro No.11

RESPUESTAS	PERSONAL	PORCENTAJE
SI	1	14.29
NO	6	85.71
TOTAL	7	100.00

Gráfico No.11



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

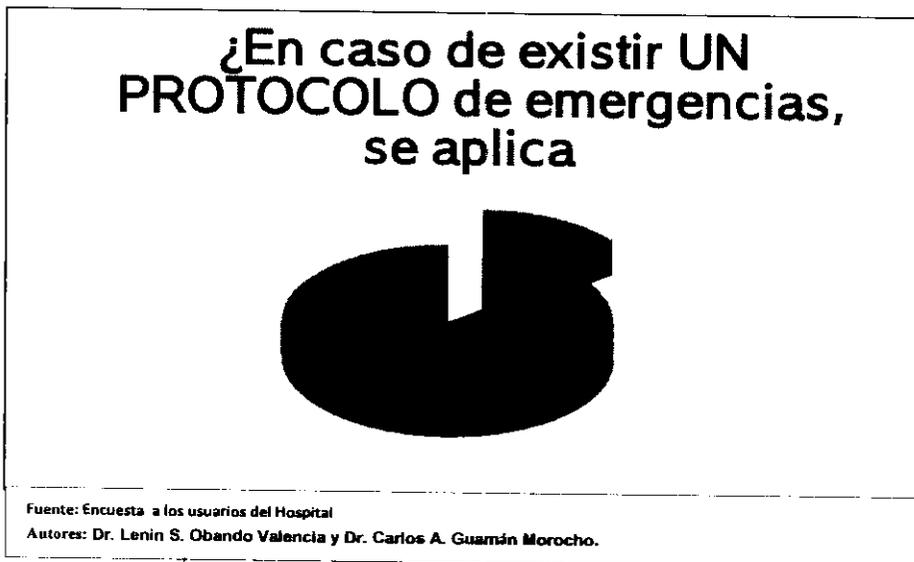
Se observa en el gráfico que el 86% no conoce ningún protocolo de emergencia hospitalaria que se aplique en el Hospital Divina Providencia y sólo el 14% del personal de la Salud conoce del procedimiento a seguir en el tratamiento de una emergencia hospitalaria; esto significa que se debe efectuar un buscar la estrategia adecuada para cambiar esta realidad que padece la emergencia del Hospital.

5. ¿EN CASO DE EXISTIR, SE APLICA UN PROTOCOLO DE EMERGENCIA?

Cuadro No.12

RESPUESTAS	PERSONAL	PORCENTAJE
SI	1	14.29
NO	6	85.71
TOTAL	7	100.00

Gráfico No.12



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

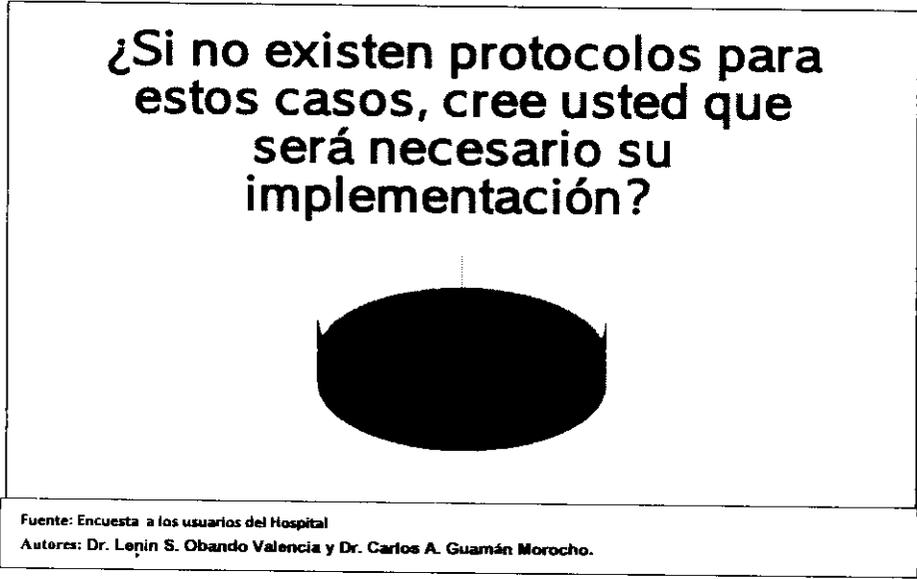
El gráfico nos muestra la respuesta del personal de la salud fue que el 86% no conoce ni aplica el protocolo de emergencia y el 14% si conoce y lo aplica, esto es alarmante que requiere de una intervención inmediata para efectuar una verdadera reingeniería de personal.

6. **¿SI NO EXISTEN PROTOCOLOS PARA ESTOS CASOS, CREE USTED QUE SERÁ NECESARIO SU IMPLEMENTACIÓN?**

Cuadro No.13

RESPUESTAS	PERSONAL	PORCENTAJE
SI	7	100.00
NO	0	0.00
TOTAL	7	100.00

Gráfico No.13



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

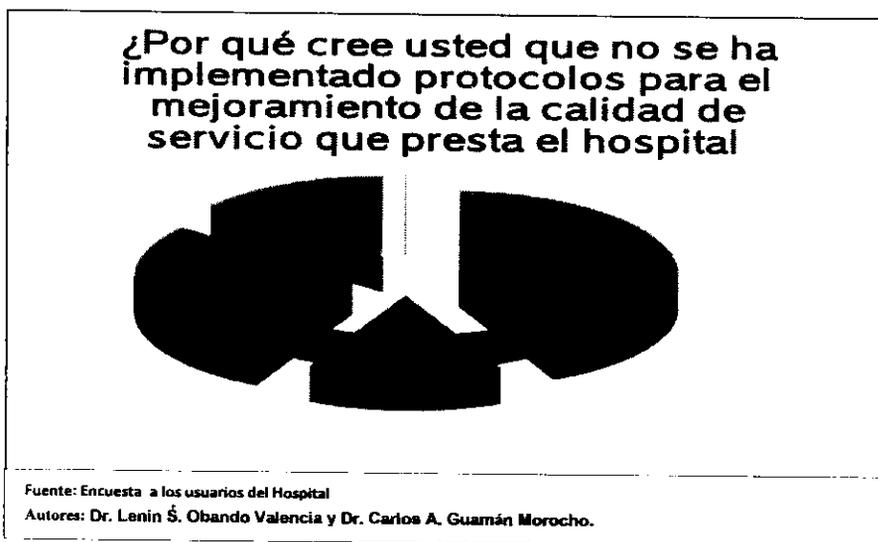
El 100% del personal de la salud opina que se debe implementarse un protocolo para el manejo de las emergencias hospitalarias.

7. ¿POR QUÉ CREE USTED QUE NO SE HA IMPLEMENTADO PROTOCOLOS PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE SERVICIO QUE PRESTA EL HOSPITAL

Cuadro No.14

RESPUESTAS	PERSONAL	PORCENTAJE
Falta de Presupuesto	0	0.00
No consta en POA	0	0.00
Falta de capacitación del personal	3	42.86
Falta de Información	1	14.29
Falta de planificación	2	28.57
Poco interés de Autoridades	1	14.29
TOTAL	7	100.00

Gráfico No.14



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Según los respondido por el personal de la salud, la falta de capacitación del personal con el 43% es el mayor problema del Hospital Divina Providencia, de ahí el 29% respondieron que la falta de planificación es también una debilidad institucional, el 14% del personal dijo que el poco interés o importancia que le dan las autoridades a los problemas institucionales, además de la falta de la información.

Objetivo General	Hipotesis General	Verificación
Implementar un plan de reingeniería de procesos administrativos para mejorar la atención a los usuarios en el área de emergencia del Hospital Divina Providencia – Cantón san Lorenzo, Provincia de Esmeraldas.	El plan emergente de reingeniería de procesos administrativos reconfigura los procesos administrativos con criterio de competencias esenciales y sistemáticas que generaría un mejor flujo de trabajo y calidad de servicios en el área de emergencia hospitalaria.	Según muestra el resultado de las encuestas, se puede afirmar que la hipótesis de partida es verdadera por que la Aplicación de un plan de reingeniería de procesos para optimizar los recursos de la institución, se mejoraría la atención en el área de emergencia del Hospital Divina Providencia.

11.2 Análisis e interpretación de datos

Al análisis de los datos de la investigación, siguió las fases de clasificación, codificación, tabulación, y comprobación, a fin de encontrar respuestas a las interrogantes del presente trabajo.

En relación al procesamiento de los datos estadísticos y correlación que existe en las preguntas realizadas a los usuarios del área de emergencia del Hospital Divina providencia el 82% de los usuarios fueron atendidos por politraumatismos de los cuales sólo el 20% dijo que fue atendido excelentemente, el 40% respondió que la atención fue buena, pero lo preocupante es el 82.35% respondió que fue mal atendido, esto se corrobora en la segunda pregunta donde respondieron sobre el trato al familiar del paciente por parte del personal del Hospital y el 78% dijo que era malo, el 11.76% dijo ser bueno y únicamente el 9.41% respondió que era excelente.

En la tercera pregunta sobre la atención del personal de enfermería la situación no cambia por cuanto de 340 usuarios los 120 dijeron que era regular y 80 que es mala, es decir que 200 de 340 personas están inconformes con la atención de la enfermería del Hospital, quedando 30 personas el 17.63% dijo haber tenido muy buena atención y 80 buena atención.

Se infiere que la atención que el hospital debe ser observada con detenimiento para tomar acciones que conlleven a corregir las fallas en el trato a los usuarios del Hospital.

De las preguntas relacionadas con la infraestructura, equipamiento y recursos humanos se deduce que los problemas más elegidos son en el espacio físico y el talento humano en los que la institución debe mejorar, esto por se deduce por las respuesta a la pregunta 5.

Existe gran cantidad de usuarios insatisfechos con la atención del servicio de emergencia del Hospital Divina Providencia, esto lo corroboramos en la pregunta 6 donde el 79.41% respondió que no está satisfecho con la atención de la emergencia hospitalaria debido a muchos factores y entre lo más notorios es el tiempo de espera para la atención médica de emergencias que según el 91.18% dijo ser no aceptable.

Además se encuestó al personal del Hospital sobre su desempeño y determinadas actividades que requieren de precisión para que haya una atención de calidad y calidez.

Entre las cuestiones preguntadas están sobre el conocimiento de un protocolo medido lo que fue respondido en un 71% que si conocen y que se cumplen los pasos establecidos, en la pregunta 2 sobre la existencia de un protocolo o procedimiento para atender a los pacientes que llegan a la emergencia existen opiniones divididas por cuanto el 57% dijo no conocer y el 43% dijo lo contrario; se infiere entonces una de las razones por la mala

atención en el área de emergencia. Esto se corrobora en la siguiente con las respuesta de la siguiente pregunta donde el 85% dijo no conocer un protocolo para atender las emergencias médicas del hospital. Por último se reafirma la necesidad de implementar un protocolo y el plan de reingeniería de procesos por cuanto en la pregunta 8 todos respondieron estar de acuerdo.

11.3 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

11.3.1 CONCLUSIONES

- Existe mala atención médica por parte del personal de la salud en la Emergencia del Hospital Divina Providencia.
- Necesita mejorarse la infraestructura del departamento de emergencia del Hospital. Poca socialización de las políticas de atención médica en el tratamiento de las emergencias hospitalarias.
- Falta de Planificación estratégica en el departamento de emergencias del Hospital Divina Providencia.

11.3.2 RECOMENDACIONES

- Implementar una reingeniería de personal, equipo, insumos e infraestructura en el departamento de emergencia del Hospital Divina Providencia.
- Socialización a todo el personal de la salud del hospital el protocolo de emergencia propuesto en este trabajo de investigación.
- Elaborar el POA del departamento de emergencias del Hospital Divina Providencia.

12. PROPUESTA DE APLICACIÓN DE RESULTADOS

1.1. ALTERNATIVA OBTENIDA

REINGENIERIA ADMINISTRATIVA DEL RECURSO HUMANO EN EL AREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA

1.2. ALCANCE DE LA ALTERNATIVA

El presente trabajo de investigación se aplicará a todo el personal que labora en la emergencia del Hospital, primero haciendo una auditoría de personal, de desempeño y de gestión para determinar las debilidades y potencialidades del talento humano.

Además de sugiere adecuar la infraestructura del departamento de emergencia para que sea funcional y brinde una atención oportuna.

Se pretende optimizar recursos por lo tanto el personal no será removido de sus cargos por el contrario obtendrá una actualización y capacitación sobre su funciones en la emergencia del hospital

12.3 ASPECTOS BÁSICOS DE LA ALTERNATIVA

12.3.1 ANTECEDENTES

El modelo de reingeniería de personal para el Hospital Divina Providencia considera el incremento de la demanda de los servicios de salud y hospitalario, derivado al crecimiento de la población envejecida y del deterioro de la salud, debido a diferentes agentes ambientales, biológicos o culturales que hace que los malos hábitos creen la propensión a las enfermedades de origen crónico degenerativos, entre otros como virales, estacionales, infecto-contagiosas, accidentes, esto genera el crecimiento de ofertas en la prestación de servicios de salud hospitalarias, debido a que el problema planteado genera por lo general saturación en los servicios de salud pública.

Los hospitales operan en entornos específicos y generan servicios específicos pero son empresas y por tanto pueden y deben ser gestionados con los mismos principios y criterios de dirección. Una cultura empresarial ganadora debe aspirar al mejoramiento continuo, marcando su identidad dentro del mercado que le permitan comprometerse en el desafío de la innovación permanente dentro del servicio que prestan en la comunidad.

El nuevo y cambiante entorno demográfico, sociológico, cultural y tecnológico debe interpretarse como oportunidades de mejora para la asistencia médica hospitalaria y el papel de los médicos como agentes en busca de un cambio radical centrado en "qué queremos ser" y no en "qué somos". La reingeniería de procesos técnicos y administrativos en el Hospital Divina Providencia, deben fijarse a la obtención de procesos de cambio creativo, de reinventar y renovar las estructuras, los procesos, los sistemas y las maneras de medir los resultados y el desempeño de la organización. La reingeniería está enfocada a los resultados, que se miden de acuerdo con la satisfacción de los usuarios.

Se ha tomado como referencia algunos trabajos de investigación relacionados con la reingeniería de procesos, los cuales se citan a continuación: **“Aplicación de la Reingeniería de Procesos al Departamento de Enfermería del Anexo Pediátrico “Rafael Tobías Guevara” del Estado Anzoátegui.”** Trabajo realizado en Mayo de 2008 por Acosta, V. y Guararima Y. En esta investigación se aplicó la reingeniería de procesos al Departamento de Enfermería del Anexo Pediátrico Dr. Rafael Tobías Guevara, para ello se utilizaron herramientas estratégicas. Debido a los resultados arrojados por las auditorias se procedió a implementar el concepto de reingeniería, para ello se modeló el proceso administrativo actual, en el cual se detectaron problemas, y se procedió a proponer un nuevo modelo el cual consistió básicamente en la implementación de un sistema de

información que ayudara al mejor funcionamiento administrativo del Departamento

“Aplicación de Reingeniería de Procesos al Sistema de Atención a Usuarios de Servicios para una Empresa Dedicada a la Explotación Petrolera.” Trabajo realizado en Junio de 2.007 por Nubia A. Rodríguez M. Este proyecto fue desarrollado como un requerimiento de la gerencia de servicio logístico, distrito social San Tome PDVSA Oriente a la Gerencia de Automatización Informática y Telecomunicaciones (AIT), con el principal objetivo de realizar un estudio de los procesos llevados a cabo en la superintendencia de transporte y de los procesos que se siguen para la generación de casos en el AUSER, todo ello, con la única finalidad de incorporar al sistema, el control y seguimiento del mantenimiento de la flota vehicular de PDVSA.

“Aplicación de la reingeniería de procesos al sistema de manejo y control de documentos: “Procedimientos Operacionales” en una planta de Fraccionamiento de gas”. (1999) Presentado por Cedeño Córdova, A. La problemática presentada era que el control existente no abarcaba el proceso completo por el que tenía que atravesar un procedimiento operacional antes de estar disponibles a los usuarios, originando retrasos que afectan directamente la disponibilidad de la información para la ejecución segura de tales procedimientos. Utilizando un conjunto de metodologías enmarcadas en un proceso de Reingeniería, se constituye un nuevo modelo de sistema que permite establecer un auténtico control sobre los procedimientos operacionales.

12.3.2 JUSTIFICACIÓN

La presente propuesta está considera como una alternativa de solución al problema de desatención que existe en la Emergencia del Hospital Divina providencia y tiene utilidad práctica por cuanto el fundamento no es el despido del personal si el aprovechamiento de sus experiencias dándole un valor agregado que es la capacitación en una atención de calidad y calidez.

Este trabajo de investigación tiene una utilidad teórica por cuanto se basa en la planificación estratégica como medio para alcanzar estándares de calidad que se podrán observar una vez que se haya aplicado la reingeniería de personal en la Emergencia del Hospital Divina Providencia, además es de utilidad metodológica ya que se plantea en la presente propuesta los procedimientos y protocolos más adecuados para mejorar la atención a los usuarios de la estación de Emergencia del Hospital.

La reingeniería de personal en el área de emergencia del Hospital Divina Providencia tendrá beneficiará a toda la población de la zona del Cantón San Lorenzo de la Provincia de Esmeraldas impactando positivamente a la comunidad.

12.3.3 OBJETIVOS

12.3.3.1 Objetivo General

- Implementar un plan de reingeniería de procesos administrativos para mejorar la atención a los usuarios en el área de emergencia del Hospital Divina Providencia – Cantón san Lorenzo, Provincia de Esmeraldas.

12.3.3.2 Objetivos Específicos

- Sensibilizar al personal de salud sobre el rol que tiene cada uno en el Departamento de emergencia del Hospital Divina Providencia para implementar la reingeniería de procesos
- Fortalecer el trabajo en equipo para brindar una atención con calidad y calidez a los usuarios del Hospital.
- Lograr que la población acuda a la emergencia cuando realmente sea una situación

de urgencia plena para evitar el desperdicio de recurso

12.3.4 ESTRUCTURA GENERAL DE LA PROPUESTA

- TITULO**

Implementación de un plan de reingeniería de procesos administrativos en el área de emergencia del Hospital Divina Providencia – Cantón san Lorenzo, Provincia de Esmeraldas.

- ESTRUCTURA**

ACRIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA					
		2014					
		J	J	A	S	O	N
Sensibilizar al personal de salud sobre el rol que tiene cada uno en el Departamento de emergencia del Hospital Divina Providencia para implementar la reingeniería de procesos	Maestranes Experto en Ingeniería de procesos. Directivos del Hospital	X	X				
Capacitación a todo el personal del Hospital sobre la Misión y Visión, Objetivos, estructura organizativa, funciones del Departamento de emergencias.	Maestranes Experto en las temáticas abordadas			X	X		
Capacitación a la población más cercana sobre Emergencia Hospitalaria	Maestranes					X	
Formar clubes de pacientes	Educadores para la salud Maestranes					X	X

- **APLICABILIDAD**

Esta propuesta es aplicable, ya que se cuenta con todos los recursos necesarios para su implementación, además de la anuencia y colaboración del Personal del Hospital junto a los directivos.

- **EVALUACIÓN**

El control de la aplicación de ésta propuesta estará a cargo del Departamento de Talento Humano del Hospital Divina Providencia.

12.3.5 RESULTADOS ESPERADOS DE LA ALTERNATIVA

- Directivos, personal de salud y líderes comunitarios, sensibilizados.
- Personal de salud trabajando en equipo para brindar una mejor atención de calidad y calidez.
- Usuarios, identificando los síntomas y signos de una emergencia.
- La unidad de salud contará con material de difusión sobre los protocolos a seguir en casos de emergencia médica.

13. BIBLIOGRAFÍA

- Acosta V., y Guararima Y. **“Aplicación de la Reingeniería de Procesos al Departamento de Enfermería del Anexo Pediátrico “Rafael Tobías Guevara” del Estado Anzoátegui”**. (2008). Trabajo de Grado, Ingeniería de Sistemas, Universidad de Oriente. Anzoátegui, Venezuela.
- Agudelo Luis Fernando, Escobar Jorge, (2007) **“Gestión por Procesos”**, Colombia. Ed. Medellín, 4ta Edición.
- Camacho L. **“Aplicación de la Reingeniería de Procesos en el Área de Sistemas del Departamento de Informática de una Empresa Ensambladora de Vehículos”**. (2006). Trabajo de Grado, Ingeniería de Sistemas, Universidad de Oriente. Anzoátegui, Venezuela.
- Carrizales M. **“Diseño de los Procesos de Registro Civil de la Prefectura de Barcelona del Estado Anzoátegui, Basado en la Aplicación de la Reingeniería de Procesos”**. (2003). Trabajo de Grado, Ingeniería de Sistemas, Universidad de Oriente. Anzoátegui, Venezuela.
- Cedeño A., **“Aplicación de la reingeniería de procesos al sistema de manejo y control de documentos: “Procedimientos Operacionales” en una planta de Fraccionamiento de gas”**. (1999). Trabajo de Grado, Ingeniería de Sistemas, Universidad de Oriente. Anzoátegui, Venezuela.
- Daft R. **“Teoría y Diseño Organizacional”**. (2000). International Thomson Editores, S.A. de C.V. México.
- Francés A. **“Estrategias y Planes para la Empresa con el Cuadro de Mando integral”**. (2006). 1^{era} Edición, Editorial Pearson Educación. México
- Fred D. **“Conceptos de Administración Estratégica”**. (1997). 5^a Edición. Editorial Pearson Educación. México.
- Fred D. **“La Gerencia Estratégica”**. (1998). Editorial Legis Editores. Colombia.
- Geisha. (2010). **Calidad y Medio ambiente: Evolución de las normas ISO**
- Gilmore, Carol M y Novaes, Humberto. **Gerencia de la Calidad**. Pág. 1 – 7.
- Gómez Jiménez J. **Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado**. *Emergencias*. 2006;18:156-64.
- Institute of Industrial Engineers, (2009) **“Más allá de la Reingeniería”**, Ed. CECS, México, p.4
- Mchugh J., y Wheeler P. **“Reingeniería de procesos de Negocios”**. (1995). 2^{da} Edición. Editorial Limusa. México:

Minzberg H., Quinn J. y Voyer J. "El Proceso Estratégico (Concepto, Contexto y Casos)". (1997). 1^{ra} Edición, Editorial Prentice Hall.

Monterroso, Elda Lcda. Normas (2010). ISO. Generalidades. Argentina. Ed. Universidad Nacional de Luján

Mora F. Schupnik Walter (2008) La Reingeniería. México. Ed. Mejores prácticas. organización. Bolivia. Ed. Oriente. Pág. 1.

Pasarín MI, Calafell J. Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. La población opina. Gac. Sanitaria, 2006;20:91-9.

Ponds, Jean-Claude y Sivardiere, Patrick. (2009). Manual de capacitación, Certificación de Calidad de los Alimentos Orientada a Sellos de Atributos de Valor en Países de América Latina. Certificación y Acreditación. Argentina. Ed. Seresi.

Pons, Jean-Claude y Sivardiere, Patrick. (2008). Manual de capacitación, Certificación de Calidad de los Alimentos Orientada a Sellos de Atributos de Valor en Países de América Latina. Certificación y Acreditación. Argentina. Ed. Seresi. P. 3.

Rodríguez N. "Aplicación de la reingeniería de Procesos al Sistema de Atención a usuarios de servicios para una empresa dedicada a la explotación petrolera". (2007). Trabajo de Grado, Ingeniería de Sistemas, Universidad de Oriente. Anzoátegui, Venezuela.

Rodríguez, Madrid de, Liza y Padilla, Gabriela. (2009). Acreditación. Pág. 5

ROEMER, Milton I. (2009). Evaluación de los Centros de Salud Pública Pág. 1-44

Roemer, Milton I. (2009). Evaluación de los Centros de Salud Pública Pág. 1-44

Romero A. y Sandor Miranda Drs. (2007) La calidad, su evolución histórica y algunos conceptos y términos asociados. La Habana. Cuba. Ed. Voel.

Santos Peña, Moisés y Pazos Carranza, Juan. (2009). La gestión de la calidad en las instituciones de salud. Pág. 1.

Schuldt J. (2009) y E. Navarro. Los epígrafes "Principios de la Reingeniería", "Características de la BPR" e "Instrumentos y técnicas". Sevilla. Ed.: Mateos

Schwartz, GR: "Principles and Practice of Emergency Medicine". Lippincott Williams & Wilkins, USA, 1992.

Sojo C, Pérez Sainz, JP. (2009). Reinventar lo social en América Latina. En: Desarrollo social en América Latina: temas y desafíos para las políticas públicas. Costa Rica. Ed. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.

Vasquez Lema, Marcelo. (2007) La Calidad, el concepto actual que debe ser manejado adecuadamente por los gerentes y funcionarios.

Vásquez Quinteros, Ana. (2008) Importancia de la habilitación y la acreditación de las instituciones prestadoras de servicios de salud. Pág. 5.

Voehl, magaña, Pedro. VOEHL, Frank; JACKSON, Meter; y ASHTON, David. (2010). ISO 9000, Guía Instrumental para pequeñas y mediana empresas. Normalización y Normas ISO. Pág. 20-28

Wales, jimmy. (2008). Acreditación. Pág. 1.

Williams Guillermo. (2008), Calidad de los servicios de Salud, Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Argentina. Ed. MSAS.

Williams, Guillermo I. (2010). Calidad de los servicios de salud. Pág. 1 – 9.

ANEXOS

14. -ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ - 1 PARA LA ELABORACION DEL DESARROLLO DEL PROYECTO

PROBLEMAS (SINTOMAS ADMINISTRATIVOS)	CAUSAS (LINEAS DE INVESTIGACION)
INCONFORMIDAD DE LOS USUARIOS	DEMORA EN LA ATENCION , FALTA DE PERSONAL, REDUCIDO ESPACIO DEL SERVICIO DE EMERGENCIA Y AREA DE OBSERVACION
PRONOSTICO	ALTERNATIVAS DE SOLUCION
AUMENTO DE AFLUENCIA DE LOS USUARIOS	PROPUESTA DEL PROCESO DE REINGENIERIA ADMINISTRATIVA DEL RECURSO HUMANO EN EL AREA DE EMERGENCIA

ANEXO 2

PROTOCOLO DE ATENCION A PACIENTES CON DIFERENTES PATOLOGIAS INTRAHOSPITALARIAS

AUTORES:

Dr. Lenin S. Obando Valencia

Dr. Carlos A. Guamán Morocho

INDICE

- 1.1. Introducción.
- 1.2. Objetivos.
- 1.3. Epidemiología.
- 1.4. Protocolo general.
- 1.5. Manejo por sistemas
- 1.6. Soporte técnico (monitoreo etc.)
- 1.7. Algoritmos de tratamiento
- 1.8. Bibliografía.

ANEXO 3

10 CAUSAS PRINCIPALES DE MORTALIDAD HOSPITALARIA Y 10 CAUSAS PRINCIPALES DE MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA DEL AREA Y DEL HOSPITAL "DIVINA PROVIDENCIA" DE SAN LORENZO DURANTE EL MES DE JULIO 2010 HASTA AGOSTO 2011.

**DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA Y REGISTROS MEDICOS
10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD HOSPITALARIA
HOSPITAL BASE DIVINA PROVIDENCIA. 2010-2011**

N de orden	Código	DIAGNOSTICO	N° DE CASOS	%
1	I50.0	INSUFICIENCIA CARDIACA	2	25,00
2	J18.9	NEUMONIA	1	12,50
3	E11	DIABETES MELLITUS TIPO 2	1	12,50
4	I46.9	PARO CARDIO RESPIRATORIO	3	37,50
5		NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD	1	12,50
6				0,00
7				0,00
8				0,00
9				0,00
10				0,00
		TOTAL	8	100,00
		OTRAS CAUSAS	0	0,00
		TOTAL DEFUNCIONES	8	100,00

FUENTE.-HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA.

**10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD
POR VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EPI 1
HDP CANTON SAN LORENZO**

N de orden	DIAGNOSTICO	Nº DE CASOS	%
1	A90 FIEBRE DEL DENGUE CLASICO	309	51,24
2	B01 VARICELA	108	17,91
3	J11 INFLUENZA DEBIDO A OTROS VIRUS DE INFLUENZA NO IDENTIFICADO	68	11,28
4	A02 INFECCIONES DEBIDAS A SALMONELLA	33	5,47
5	B26 PAROTIDITIS INFECCIOSA	23	3,81
6	B50 PALUDISMO (MALARIA)	22	3,65
7	B15 HEPATITIS AGUDA TIPO A	20	3,32
8	A05 INTOXICACIONES ALIMENTARIAS AGUDAS	15	2,49
9	A01 FIEBRES TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	3	0,50
10	A03 SHIGELOSIS	1	0,17
TOTAL		602	99,83

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE PREGUNTAS PARA EL PERSONAL DE SALUD DEL ÁREA DE EMERGENCIA.

1. ¿Qué cargo desempeña usted en la institución?

Médico _____ Licenciada en enfermería _____

Auxiliar de enfermería _____ Otro _____

2. ¿Conoce usted el significado de un protocolo médico? Sí _____ NO _____

3. ¿En la actualidad cómo se viene manejando a los pacientes QUE LLEGAN AL SERVICIO DE EMERGENCIA? De acuerdo a algún esquema o guía a seguir. Si _____ No _____

4. Sabe usted los pasos a seguir frente a un paciente desde que llega al Servicio de Emergencia hasta su egreso con el alta. Si _____ No _____
5. ¿Conoce usted si en el Servicio de Emergencia existen protocolos para manejo de pacientes?
SI _____ No _____
6. ¿En caso de existir, se aplica SI _____ NO _____
7. ¿Si no existen protocolos para estos casos, cree usted que será necesario su implementación?
Sí _____ No _____
8. ¿Por qué cree usted que no se ha implementado protocolos para el mejoramiento de la calidad de servicio que presta el hospital.

- falta de presupuesto.....
- no consta en el POA.....
- Falta de capacitación el personal.....
- Falta de información.....
- Falta de planificación.....
- Poco interés de las autoridades.....
- Otros.....

9. Existe la predisposición por parte del hospital que labora, de implementar los protocolos.
Si.....No.....
10. ¿Cree usted que el trato que se ha venido ofreciendo a los pacientes es el adecuado?
Si _____ No _____
11. Cuales son una de las quejas del servicio hospitalario que los pacientes manifiestan al ser atendidos.....
.....

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE PREGUNTAS DIRIGIDA A USUARIOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA

1. ¿USTED RECIBE FRECUENTEMENTE ATENCIÓN MÉDICA POR EMERGENCIA EN CASOS DE POLITRAUMATISMOS? Si.....No.....
2. ¿EL TRATO AL PACIENTE POR PARTE DEL PERSONAL QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA HA SIDO? Malo.....Bueno.....Excelente.....
3. ¿EL TRATO AL FAMILIAR POR PARTE DE QUIENES LABORAN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA HA SIDO? Malo.....Bueno.....Excelente.....
4. LA ATENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ES: Muy buena.....Buena.....Regular.....Mala.....
5. ¿QUÉ CREE USTED QUE DEBE MEJORAR: Espacio físico.....Medicación.....Equipos.....Personal.....
6. USTED ESTÁ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE BRINDA EL SERVICIO DE EMERGENCIA. Sí.....No.....
7. EL TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCION MÉDICA DE EMERGENCIA ES: ¿Aceptable.....No aceptable.....?
8. RECOMENDACIONES PARA SATISFACER SUS NECESIDADES:
.....
9. QUE OTROS SERVICIOS CREE USTED QUE DEBERIA TENER EN EL AREA DE EMERGENCIA.
.....