

**ESCUELA DE SUPERIOR POLITÉCNICA DEL LITORAL**



**FACULTAD DE CIENCIAS NATURALES Y MATEMÁTICAS**

**DEPARTAMENTO DE MATEMÁTICAS**

**PROYECTO DE GRADUACIÓN**

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:  
“MAGÍSTER EN GESTIÓN DE LA PRODUCTIVIDAD  
Y LA CALIDAD”**

**TEMA**

**DISEÑO DE MEJORAS EN LOS PROCESOS DE VALOR AGREGADO  
HOSPITALARIOS**

**AUTOR:**

**UBALDO OLMEDO SALDARRIAGA CORONEL  
Guayaquil-Ecuador**

**AÑO**

**2013**

## **DEDICATORIA**

A mis padres, esposa e hijo quienes son mi fuente de inspiración y apoyo en todo momento.

## **AGRADECIMIENTO**

A mi tutor el Ing. Marcos Mendoza por su colaboración en el desarrollo del presente trabajo; a los directivos del Hospital ABCy todo el personal de la organización que me abrió las puertas en el desarrollo de este proyecto.

## DECLARACIÓN EXPRESA

La responsabilidad por los hechos y doctrinas expuestas en este Proyecto de Graduación, me corresponde exclusivamente; el patrimonio intelectual del mismo, corresponde exclusivamente a la **Facultad de Ciencias Naturales y Matemáticas, Departamento de Matemáticas** de la Escuela Superior Politécnica del Litoral.

---

Ubaldo Olmedo Saldarriaga Coronel

# TRIBUNAL DE GRADUACIÓN

---

Máster Janet Valdiviezo

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

---

MPC Marcos Mendoza Vélez

DIRECTOR DEL PROYECTO

---

MIM. Elkin Angulo Ramírez

VOCAL

## **AUTOR DEL PROYECTO**

---

Ing. Ubaldo Olmedo Saldarriaga Coronel

## CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
<b>Justificación.....</b>	<b>xv</b>
<b>Objetivos.....</b>	<b>xv</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>xv</b>
<b>Antecedentes.....</b>	<b>xvi</b>
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>1. ESTRATEGIA E INICIO</b>	
<b>1.1. Definición de SMART.....</b>	<b>1</b>
<b>1.2. Objetivo y alcance del proyecto .....</b>	<b>2</b>
<b>1.3. Grupo de trabajo .....</b>	<b>2</b>
<b>1.4. Plan Operativo Anual – POA.....</b>	<b>3</b>
<b>1.5. Plan de Trabajo .....</b>	<b>7</b>
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>2. SITUACIÓN ACTUAL</b>	
<b>2.1. Situación Actual .....</b>	<b>8</b>
<b>2.2. Misión.....</b>	<b>10</b>
<b>2.3. Visión.....</b>	<b>10</b>
<b>2.4. Estructura Orgánica Actual.....</b>	<b>10</b>
<b>2.5. Servicios del Hospital .....</b>	<b>12</b>
<b>2.6. Mapa de Procesos .....</b>	<b>13</b>

<b>2.7. Procesos de Valor Agregado.....</b>	<b>14</b>
	<b>Pág.</b>
<b>2.8. Normatividad.....</b>	<b>16</b>
<b>2.9. KPI's .....</b>	<b>16</b>
<b>2.9.1. Indicador de Producción Mensual.....</b>	<b>16</b>
<b>2.10. SLA's .....</b>	<b>21</b>
<b>2.11. Puntos de Control.....</b>	<b>21</b>
<b>2.12. Sistemas.....</b>	<b>21</b>

### **CAPÍTULO III**

#### **3. ANÁLISIS**

<b>3.1. Proceso de Servicios de Valor Agregado - Consulta Externa.....</b>	<b>22</b>
<b>3.2. Proceso de Servicios de Valor Agregado - Emergencia.....</b>	<b>26</b>
<b>3.2.1. Definición de Área de Emergencia.....</b>	<b>26</b>
<b>3.2.1.1. Área de Emergencia.....</b>	<b>26</b>
<b>3.2.1.2. Daño .....</b>	<b>27</b>
<b>3.2.1.3. Caos.....</b>	<b>27</b>
<b>3.2.1.4. Situación de Emergencia.....</b>	<b>27</b>
<b>3.2.1.5. Triage.....</b>	<b>27</b>
<b>3.2.1.6. Sala de Observación.....</b>	<b>28</b>
<b>3.2.1.7. Sala de Reanimación.....</b>	<b>28</b>
<b>3.2.1.8. Sala de Cirugía Menor.....</b>	<b>28</b>
<b>3.2.1.9. Consultorio de Emergencia.....</b>	<b>28</b>
<b>3.2.2. Área de Emergencia.....</b>	<b>28</b>

<b>3.2.3.</b>	<b>Análisis de Área de Emergencia.....</b>	<b>29</b>
---------------	--	-----------

## **CAPÍTULO IV**

**Pág.**

### **4. DISEÑO**

<b>4.1.</b>	<b>Proceso de Consulta Externa.....</b>	<b>34</b>
<b>4.1.1.</b>	<b>Diagrama de Flujo de Proceso.....</b>	<b>34</b>
<b>4.1.2.</b>	<b>Políticas Generales.....</b>	<b>37</b>
<b>4.1.3.</b>	<b>Descripción del proceso de Consulta Externa .....</b>	<b>39</b>
<b>4.1.4.</b>	<b>Puntos de Control.....</b>	<b>40</b>
<b>4.1.4.1.</b>	<b>Puntos de Control Generales.....</b>	<b>40</b>
<b>4.1.4.2.</b>	<b>Puntos de Control del Proceso de Consulta Externa.....</b>	<b>44</b>
<b>4.1.5.</b>	<b>Indicadores.....</b>	<b>45</b>
<b>4.1.5.1.</b>	<b>Eficacia de la Atención de Consulta Externa.....</b>	<b>45</b>
<b>4.1.5.2.</b>	<b>Eficiencia Financiera del Área de Consulta Externa.....</b>	<b>48</b>
<b>4.1.6.</b>	<b>Recursos.....</b>	<b>50</b>
<b>4.1.6.1.</b>	<b>Recursos Humanos e Infraestructura.....</b>	<b>50</b>
<b>4.1.7.</b>	<b>Equipos.....</b>	<b>53</b>
<b>4.1.8.</b>	<b>Diseño y Tecnología.....</b>	<b>54</b>
<b>4.1.9.</b>	<b>Ambiente.....</b>	<b>55</b>
<b>4.1.10.</b>	<b>Documentos.....</b>	<b>55</b>
<b>4.1.10.1.</b>	<b>Normas y Registros.....</b>	<b>55</b>
<b>4.1.11.</b>	<b>Comunicaciones.....</b>	<b>55</b>
<b>4.1.12.</b>	<b>Económicos.....</b>	<b>56</b>

<b>4.2. Proceso de Emergencia.....</b>	<b>56</b>
	<b>Pág.</b>
<b>4.2.1. Diagrama de Flujo de Proceso.....</b>	<b>56</b>
<b>4.2.2. Políticas Generales.....</b>	<b>58</b>
<b>4.2.2.1. Del Ingreso de Pacientes.....</b>	<b>58</b>
<b>4.2.2.2. De la Atención de Pacientes.....</b>	<b>59</b>
<b>4.2.2.3. Triage.....</b>	<b>59</b>
<b>4.2.2.4. De los Servicios de Apoyo.....</b>	<b>64</b>
<b>4.2.2.5. Del Egreso de Pacientes.....</b>	<b>65</b>
<b>4.2.2.6. De los Registros o del Reporte.....</b>	<b>69</b>
<b>4.2.3. Descripción del Proceso de Emergencia .....</b>	<b>69</b>
<b>4.2.4. Puntos de Control del Proceso de Emergencia.....</b>	<b>71</b>
<b>4.2.5. Indicadores.....</b>	<b>72</b>
<b>4.2.5.1. La Eficacia de la Atención de Emergencia.....</b>	<b>72</b>
<b>4.2.5.2. La Eficiencia Financiera del Área de Emergencia.....</b>	<b>74</b>
<b>4.2.6. Recursos Humanos e Infraestructura.....</b>	<b>76</b>
<b>4.2.6.1. Recursos Humanos .....</b>	<b>76</b>
<b>4.2.6.2. Infraestructura.....</b>	<b>80</b>
<b>4.2.7. Equipos.....</b>	<b>81</b>
<b>4.2.8. Diseño y Tecnología.....</b>	<b>81</b>
<b>4.2.9. Ambiente.....</b>	<b>82</b>
<b>4.2.10. Documentos.....</b>	<b>82</b>
<b>4.2.10.1. Normas y Registros.....</b>	<b>82</b>

<b>4.2.11. Comunicaciones.....</b>	<b>83</b>
	<b>Pág.</b>
<b>4.2.12. Económicos.....</b>	<b>83</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>84</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>84</b>
<b>ANEXOS 1. Plan de Trabajo Cadena de Valor Hospitalario.....</b>	<b>86</b>
<b>ANEXOS 2. Flujos de Procesos.....</b>	<b>88</b>
<b>ANEXOS 3. Consulta Externa Horarios Médicos 2011.....</b>	<b>91</b>
<b>ANEXOS 4. Motivo de Consulta Triage.....</b>	<b>93</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>104</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
<b>Figura 1. Metodología PMP.....</b>	<b>7</b>
<b>Figura 2. Principales Problemas.....</b>	<b>9</b>
<b>Figura 3. Síntomas de Corrupción.....</b>	<b>9</b>
<b>Figura 4. Estructura Organizacional Hospital ABC.....</b>	<b>11</b>
<b>Figura 5. Mapa de Procesos Hospital ABC.....</b>	<b>14</b>
<b>Figura 6. Modelo de Gestión por Procesos.....</b>	<b>33</b>
<b>Figura 7. Proceso de Consulta Externa.....</b>	<b>35</b>
<b>Figura 8. Proceso de Ingreso a Hospitalización desde Consulta Externa....</b>	<b>36</b>
<b>Figura 9. Proceso de Emergencia.....</b>	<b>57</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
<b>Tabla 1. Jefes de Servicios Médicos.....</b>	<b>3</b>
<b>Tabla 2. Plan Operativo Anual POA.....</b>	<b>5</b>
<b>Tabla 3. Paciente por Consulta Externa.....</b>	<b>16</b>
<b>Tabla 4. Paciente por Emergencia.....</b>	<b>17</b>
<b>Tabla 5. Indicadores de Hospitalización Enero.....</b>	<b>18</b>
<b>Tabla 6. Indicadores de Hospitalización Febrero.....</b>	<b>18</b>
<b>Tabla 7. Indicadores de Hospitalización Marzo.....</b>	<b>18</b>
<b>Tabla 8. Pacientes por Cirugía.....</b>	<b>19</b>
<b>Tabla 9. Pacientes por Exámenes Clínicos.....</b>	<b>19</b>
<b>Tabla 10. Pacientes por Imágenes.....</b>	<b>20</b>
<b>Tabla 11. Pacientes por Medicina Física y Rehabilitación.....</b>	<b>20</b>
<b>Tabla 12. Pacientes por Odontología.....</b>	<b>20</b>
<b>Tabla 13. Tipo de Revisiones de Control Interno.....</b>	<b>41</b>
<b>Tabla 14. Puntos de Control Estándar.....</b>	<b>43</b>
<b>Tabla 15. Puntos de Control del Proceso.....</b>	<b>44</b>
<b>Tabla 16. Definición de Límites de Control.....</b>	<b>46</b>
<b>Tabla 17. Objetivos SMART - Eficacia de Atención de Consulta Externa.</b>	<b>48</b>
<b>Tabla 18. Objetivos SMART – Eficiencia de Atención de Consulta Externa.</b>	<b>49</b>
<b>Tabla 19. Médicos por Especialidad.....</b>	<b>51</b>
<b>Tabla 20. Total de Horas de Lunes a Viernes.....</b>	<b>52</b>
<b>Tabla 21. Total de Horas Sábado.....</b>	<b>52</b>

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 22. Puntos de Control de Proceso - Emergencia.....</b>	<b>71</b>
<b>Tabla 23. Definición de Límites de Control de Emergencia.....</b>	<b>72</b>
<b>Tabla 24. Objetivos SMART – Eficacia de Emergencia.....</b>	<b>74</b>
<b>Tabla 25. Objetivos SMART – Eficiencia Financiera de Emergencia.....</b>	<b>75</b>
<b>Tabla 26. Personal de Emergencias.....</b>	<b>78</b>

## **JUSTIFICACIÓN**

El proyecto elegido se presenta en un hospital de la ciudad de Guayaquil, que tiene como objetivo servir principalmente a la comunidad de escasos recursos económicos. Por esta razón el Gobierno Nacional tiene como uno de los ejes principales del desarrollo del País la atención de salud, en tal virtud este proyecto se ha creado para ser un complemento de la mejora de la infraestructura hospitalaria y tecnológica (software y hardware informático), a través de una adecuada gestión administrativa que sea moderna, ágil y eficiente, respetando el compromiso adquirido con la comunidad, el medio ambiente, sus empleados y proveedores.

## **OBJETIVOS**

Los objetivos estratégicos son entregados por el ente rector de los hospitales públicos y esta dado a través del POA (Plan Operativo Anual). De esto se desprende que los indicadores inductores de este proyecto son:

**Objetivo 2.-** Diseñar y gestionar los procesos estratégicos operativos, apoyo, asesoría y socialización.

**Objetivo 7.-**Automatización del sistema administrativo del Hospital.

**Ver Tabla 2. Plan Operativo Anual (POA) -Capítulo 1. Pág. 5**

## **INTRODUCCIÓN**

La reforma estructural de salud emprendida por la administración del Hospital, está ligada a la ejecución coordinada de transformaciones, tanto políticas, técnicas, administrativas, financieras y jurídicas, cuyo propósito es fortalecer y mejorar la práctica de salud en el hospital y fortalecer el rol rector de las autoridades de salud.

Los procesos del Hospital se han dividido en procesos de carácter estratégico, procesos de valor agregado y procesos de apoyo. El proyecto abarcará de forma específica la mejora de una parte de los procesos de valor agregado que incluyen los siguientes subprocesos:

- Atención de Consulta Externa
- Atención de Emergencia

El proyecto en sí busca mejorar los procesos antes mencionados e implementar el nuevo concepto de mejora continua integral que cumpla con los principios de calidad modernos y especialmente con el relacionado a la gestión por procesos que engranen con el desarrollo de la implementación tecnológica de un software informático que se está implementando actualmente en el hospital por parte de un proveedor y el mejoramiento de la infraestructura.

La mejora del diseño del proceso de Consulta Externa se basa también en la reestructuración de los horarios de los médicos y la optimización de los consultorios reordenando su uso y el establecimiento de procedimientos que establezcan los controles adecuados. Tal mejora está enfocada en incrementar sustancialmente la gran demanda de dicho servicio.

En el caso del diseño del proceso de Emergencia se basa principalmente en el diseño de un modelo de Triage que se emplea en varios países del mundo y que dentro del hospital fue diseñado por un equipo conformado por mi persona y personal médico para que ayude a eliminar la duplicidad de atenciones al ser evaluados previo a consulta de emergencia por personal especializado que evaluará qué tipo de atención es la que requiere el paciente, también se busca con este modelo eliminar aquellas atenciones que no correspondan a un servicio de emergencia.

Dentro de cada subproceso se realizará el levantamiento de la información de las actividades principales, se identificarán los problemas y se establecerán los respectivos planes de acción y diseño para la solución definitiva, a través de un análisis causa efecto. Adicionalmente se establecerán indicadores que determinen el seguimiento de la acción tomada para evaluar los resultados, en los casos que se determine necesarios y prioritarios se elaborarán los manuales de procedimientos, se establecerán los puntos de controles de procesos para garantizar la calidad de los procesos de mayor riesgo dentro del área médica.

## **ANTECEDENTES**

Actualmente el hospital no cuenta con una infraestructura adecuada para cubrir la demanda de una población de la ciudad de Guayaquil con más de dos millones de

habitantes y además de poblaciones de los cantones más cercanos que vienen a hacerse atender.

Adicionalmente existen procesos totalmente manuales que forman cuellos de botellas y entorpecen la atención de salud como son: llevar registros manuales de separación de citas medicas, historias clínicas, resultados de laboratorios, stock de farmacia, no disponer de una marcación adecuada de ingreso y salida de horarios de trabajo de los empleados de hospital.

La falta de controles en los procesos médicos tanto en los recursos humanos, medicinas, protocolos médicos e insumos hace que se deteriore la calidad de atención.

La poca definición en los roles que cumplen los empleados y su respectivo empoderamiento, así como el mínimo respeto a la cadena de mando, la falta de liderazgo, la carencia de compromiso por parte de los líderes de las áreas, falta de capacitación y la falta de implementación de una estructura jerárquica funcional que esté adecuada a los tiempos modernos, hacen que el recurso humano no pueda realizar sus funciones con la eficacia y eficiencia necesaria.

Todos estos problemas han desencadenado una baja productividad y profunda apatía en algunos servicios, todo esto ha suscitado un ciclo de ineficiencia, a esto se suma la no relación entre instituciones salud, clientes y obstáculos administrativos que redundan en la insatisfacción del usuario.

Con el propósito de solucionar estos problemas y alcanzar la satisfacción de los clientes externos e internos que nos permita aumentar la competitividad y permanencia en la Institución e incrementar la calidad de los productos, es necesario crear la estabilización organizacional encaminada al ajuste progresivo de compromisos y actividades del talento humano hacia una gestión cimentada en la rendición de cuentas.

## CAPÍTULO I

### 1. ESTRATEGIA E INICIO

#### 1.1. SMART (Objetivos/Indicadores).[7]

Es un acrónimo inglés y sirve para marcar principios que nos ayuden a clarificar y estipular adecuadamente nuestros objetivos. Son los principios por los que un objetivo se debe regir:

**Concretos** (Specific): Se ha de buscar la mayor concreción posible para que no haya luego problemas de interpretación y todo el mundo lo tenga claro. Nada de vaguedades.

**Medible** (Measurable): Lo que no se puede medir, simplemente no existe. Se ha de establecer siempre objetivos cuantitativos (que pueden reflejar cualidad). No es lo mismo tener como objetivo ofrecer una gran atención al cliente que reducir el número de quejas un 50%. En el segundo caso se podrá saber exactamente en qué grado se ha cumplido el objetivo o no.

**Alcanzable** (Attainable): Los objetivos tienen que conseguir sacar lo mejor de nosotros o del equipo. Tiene que ser un reto. Pero si es demasiado ambicioso y queda fuera de lo posible, entrará en juego la desmotivación. Por ello el objetivo debe ser siempre ambicioso pero posible. Además, hay que prever la posibilidad de reajustar los objetivos si hay una causa de fuerza mayor, por ejemplo, un cambio inesperado en el entorno que no se podía prever en el Análisis DAFO. (Debilidades-Amenazas-Fortalezas-Oportunidades).

**Realista** (realistic): No hay que despegar nunca los pies del suelo. Sin duda hay muchas cosas que se pueden hacer pero es más importante saber si se deben hacer. Hay que buscar siempre enmarcar los objetivos dentro de la ética, los valores de la compañía -o de uno mismo-, y el entorno; así como, analizar cómo pueden afectar a terceras partes.

**Tiempo** (timely): Hay que ser claros con la dimensión temporal de cada objetivo, así como elaborar una línea del tiempo donde vayan marcados los distintos subobjetivos o etapas para llegar al objetivo. Si nos proponemos reducir las quejas de los clientes en un año al 50% deberíamos establecer una reducción progresiva para cada mes. Así es

posible ir corrigiendo las cosas en lugar de tomar medidas drásticas a falta de tres meses de finalización del plazo.

## **1.2. Objetivo y alcance del proyecto**

Objetivo del proyecto es optimizar los procesos de valor agregado, generando satisfacción para el cliente, estandarizando procesos, incrementando ingresos y disminuyendo gastos.

El alcance del proyecto comprende el diseño de la mejora de los procesos de valor agregado del Hospital ABC: Proceso de Consulta Externa y el Proceso de Emergencia.

## **1.3. Grupo de trabajo**

Las unidades administrativas médicas del hospital se encuentran lideradas por el personal técnico médico que se detalla a continuación:

<b>SEC.</b>	<b>CARGO</b>
<b>1</b>	<b>Coordinador de Servicios Médicos</b>
<b>2</b>	<b>Jefe de Docencia e Investigación</b>
<b>3</b>	<b>Jefe de Farmacia</b>
<b>4</b>	<b>Coordinador de Consulta Externa</b>
<b>5</b>	<b>Jefe de Rayos X</b>
<b>6</b>	<b>Jefe de Fisiatría</b>
<b>7</b>	<b>Jefe de Cardiología</b>
<b>8</b>	<b>Jefe de Emergencia</b>
<b>9</b>	<b>Jefe de Laboratorio</b>
<b>10</b>	<b>Jefe de Patología</b>
<b>11</b>	<b>Jefe de Odontología</b>
<b>12</b>	<b>Jefe de Pediatría</b>

13	Jefe de Ginecología
14	Jefe de Medicina Interna
15	Jefe de Cirugía
16	Jefe de Anestesiología
17	Jefe de UCI

**Tabla 1. Jefes de Servicios Médicos**

**Fuente:** Gerencia Hospitalaria

El equipo de Diseño de Mejora de los Procesos de Valor Agregado Hospitalarios estará conformado por los siguientes líderes:

- Jefe de Calidad y Procesos
- Jefe de Consulta Externa
- Jefe de Emergencias
- Jefe de Enfermería

#### **1.4. Plan Operativo Anual – POA**

A continuación se describe el Plan Operativo Anual del 2011, del cual se tomarán algunos puntos que serán los inductores principales del trabajo a realizarse y especialmente con respecto al establecimiento de los indicadores de gestión y sus objetivos SMART que es presentado en este documento en el capítulo 4 de Diseño, Pág. 32.

El objetivo # 2 diseñar y gestionar procesos estratégicos, operativos, apoyo, asesoría y socialización del plan operativo anual es el que tiene una relación directa con el proyecto, pero debido a la magnitud del objetivo este trabajo sólo está orientado a los procesos de Valor Agregado de Consulta Externa y Emergencia.

Con relación al objetivo # 7 automatización del hospital, el proyecto tiene una relación indirecta, ya que es un software hospitalario estándar que está siendo implementado por un proveedor externo, pero que este proyecto utiliza esas tecnologías de información como complemento a una gestión por proceso integral, que permita realizar un análisis completo de todos los recursos de la gestión por proceso descritos en el capítulo 4. Ver Diseño, página 32. Fig. 3. Modelo de Gestión por Proceso.

Estos son los 2 objetivos impuestos por el máximo organismo de control de los Hospitales Públicos, los cuales están enfocados al cumplimiento de tareas y no al resultado de la gestión del Hospital ABC. De acuerdo a ese indicador este proyecto con solamente existir y normar a 2 procesos principales, estaría aportando en un 10% del objetivo del año 2.011 que es Diseñar y Gestionar los Procesos Estratégicos, Operativos, Apoyo, Asesoría y Socialización en un 50%. Ver figura # 2 Mapa de Procesos del Hospital ABC Página 12, donde se han definido 20 procesos como los más importantes de la Gestión Hospitalaria.

Objetivo Estratégico Institucional (OEI)	Indicador de gestión del Objetivo	Meta Anual de gestión del Objetivo	Tiempo previsto para alcanzar la meta (en meses)	Programación trimestral en % de la meta			
				I	II	III	IV
Objetivo 1.- Garantizar la atención médica, el control y la vigilancia de las enfermedades y el desarrollo de capacidades para describir, prevenir y controlar la morbi-mortalidad hospitalaria	Producción hospitalaria	0,2	12	25	25	25	25
Objetivo 2.- Diseñar y gestionar procesos estratégicos, operativos, apoyo, asesoría y socialización	Número de procesos normalizados, validados y ejecutados	0,5	12	25	25	25	25
Objetivo 3.- Implementación e innovación estructurales y tecnológicos, según necesidad proyectada por los servicios	Número de necesidades estructurales tecnológicas proyectadas por servicios	0,5	12	25	25	25	25
Objetivo 4.- Promover el funcionamiento y mantenimiento integral de equipos, red eléctrica, red sanitaria y otros	Número de informe de programas de mantenimiento realizados	0,2	12	25	25	25	25
Objetivo 5.- Elaborar y ejecutar programas de educación continua e investigación para el desarrollo profesional con impacto a la atención del usuario	Número de programas educativos y de investigación ejecutados sobre los programados	0,5	12	25	25	25	25

Objetivo 6.- Proyectar las necesidades del talento humano de acuerdo al incremento de los servicios, en relación a la atención hospitalaria	Número de talento humano incrementado de acuerdo a la atención del servicio	0,5	12	25	25	25	25
Objetivo 7.- Automatización del hospital	Número de servicios automatizados	0,6	12	25	25	25	25
Objetivo 8.- Incrementar y optimizar los recursos económicos de acuerdo a las necesidades de los servicios	Número de indicadores de gestión financiera	0,4	12	25	25	25	25
Objetivo 9.- Fortalecer el plan de contingencia y desastres del hospital	Número de talleres y simulacros ejecutados sobre lo programado	0,33	12	25	25	25	25
Objetivo 10- Fortalecimiento de la red vinculado con los sistemas locales de salud	Número de referencia y contra referencia	0,4	12	25	25	25	25
<b>TOTAL POA 2011</b>							

**Tabla 2. Plan Operativo Anual POA**

**Fuente:** Gerencia Hospitalaria

Este proyecto contribuirá al logro de los objetivos Planteados en el Plan Operativo Anual POA de 2011.

### 1.1. Plan de Trabajo Cadena de Valor Hospitalario

Metodología de Plan de Trabajo [4]



Fig. 1. Metodología PMP

Fuente: Telmex México

Elaborado por: Ing. Ubaldo Saldarriaga

Nota: Para el desarrollo de este proyecto se incluye las etapas del recuadro rojo.

El Plan de Trabajo lo podemos ver al detalle en el Anexo 1. Ver anexo 1.

## **CAPÍTULO II**

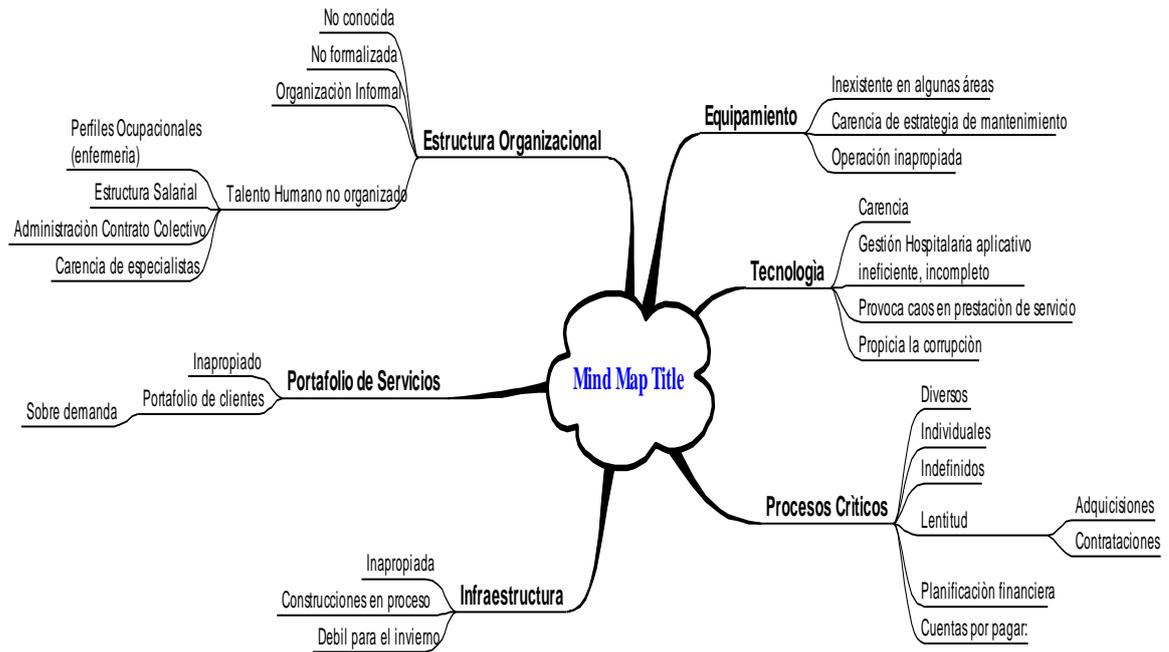
### **2. SITUACIÓN ACTUAL**

#### **2.1. Situación actual**

El hospital no cuenta con una infraestructura adecuada para cubrir la demanda de una población de la ciudad de Guayaquil con más de 2 millones de habitantes y adicionalmente poblaciones de los cantones más cercanos que se atienden en él.

El principal problema del hospital radica en que tiene casi 40 años con la misma infraestructura, siendo el único hospital público de la ciudad de Guayaquil, realmente esto denota el olvido de las autoridades por la atención masiva de salud a los más necesitados de la patria. Otro de los problemas es la gestión administrativa del Hospital de la cual podemos desprender algunos sub-problemas como el atraso tecnológico donde todo se lleva de forma manual y además también de su sistema de gestión demasiado arcaico con problemas de grupos de poder anárquicos, falta de capacitación, despilfarro de recursos en compra, consumo y distribución de medicamentos que no se controlan por decir lo menos, problemas con los registros de historial clínicos que son archivados físicamente y no son de fácil acceso y no permiten el control adecuado de la aplicación de los protocolos médicos definidos para cada caso, así como estar expuestos a la manipulación del mismo personal de hospital, falta de control en el ingreso y salida del personal para garantizar una adecuada atención dentro de los horarios establecidos, caótica asignación de citas médicas registradas de forma manual a un Call Center que nunca responde, control deficiente sobre los activos fijos y sobre los planes de mantenimiento preventivo y correctivo donde es fácil que dejen de operar equipos de alto costo como: tomógrafos, máquinas de rayos X, etc. la gestión administrativa obsoleta y la poca definición en los roles que cumplen los empleados y su respectivo empoderamiento, así como el respeto a la cadena de mando y en especial la falta de liderazgo y la falta de compromiso por parte de los líderes de las áreas, hacen que el recurso humano no pueda realizar sus funciones con efectividad.

A continuación se describe gráficamente los principales problemas que tiene el Hospital ABC.

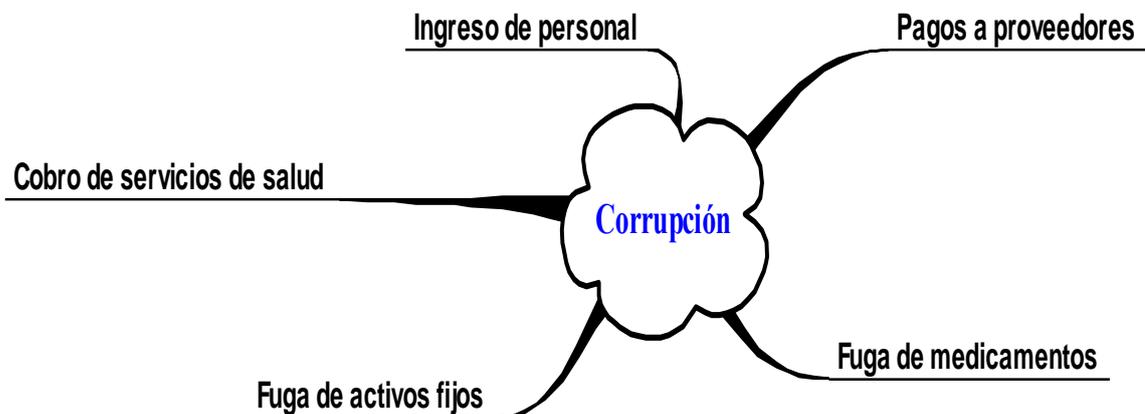


**Fig. 2. Principales problemas**

**Fuente:** Departamento Calidad

**Elaborado por:** Ing. Ubaldo Saldarriaga

**Síntomas de Corrupción.**



**Fig. 2. Principales problemas**

**Fuente:** Departamento Calidad

**Elaborado por:** Ing. Ubaldo Saldarriaga

## **2.2. Misión**

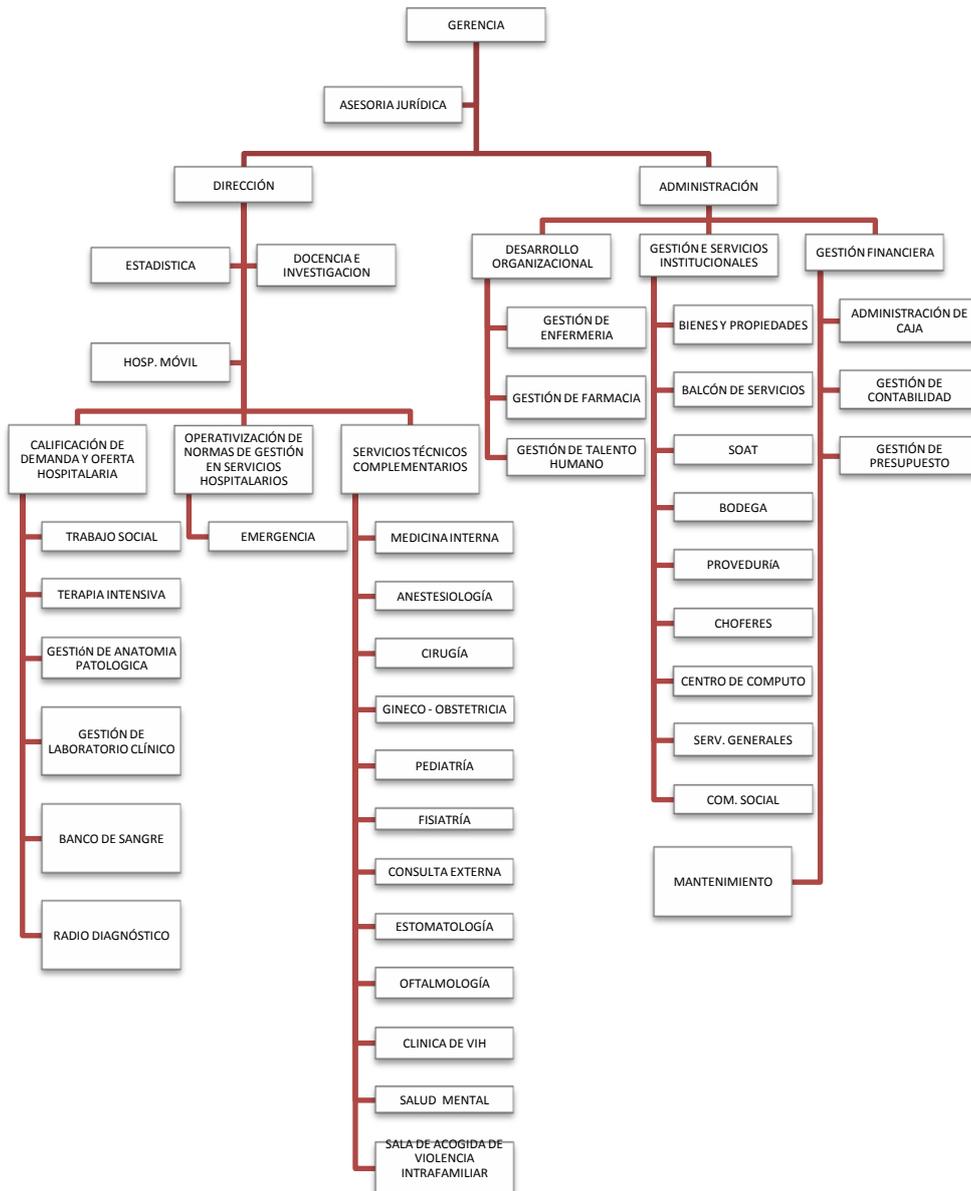
“Somos un hospital público que brinda atención integral continua, satisfaciendo con calidad y eficiencia las necesidades de salud de nuestros pacientes, contribuyendo al restablecimiento y mejoramiento de la calidad de vida de la población.”

## **2.3. Visión**

“Ser el Hospital de Especialidades con la mejor Infraestructura, Tecnología de Punta y Recurso Humano de excelencia, que garantice una atención Médico – Quirúrgica de calidad y calidez a los usuarios.”.

## **2.4. Estructura Organizacional Actual**

La estructura organizacional del hospital está totalmente obsoleta y para ello se necesita de un análisis integral que no es objeto de este estudio, pero que sin embargo se muestra en la figura 1 pág. 9, como parte del conocimiento de la situación actual de la empresa.



**Fig. 4. Estructura Organizacional Hospital ABC**

**Fuente:** Departamento de RRHH

**Elaborado por:** Jefe de Talento Humano

## **2.5. Servicios del Hospital**

Dentro del Hospital ABC tenemos que los servicios que se prestan a la comunidad son los siguientes:

- Servicios Hospitalarios
- Atención de Emergencia
- Consultorios de Urgencia
- Reanimación
- Consulta Externa
- Clínica de VIH
- Centro Quirúrgico
- Cuidados Intensivos (adultos, pediátricos y neonatal)
- Odontología
- Psicología
- Fisiatría
- Laboratorio
- Hemoterapia
- Diagnóstico por Imágenes
- Farmacia
- Servicios de Ambulancia

## **2.6. Mapa de Procesos**

El mapa describe los procesos estratégicos, procesos de valor agregado y procesos de apoyo del hospital, los cuales se muestran a continuación, en el cual se encuentran remarcados con líneas punteadas de color rojo los procesos que serán objeto del estudio de este proyecto.

## Mapa de Procesos HOSPITAL ABC

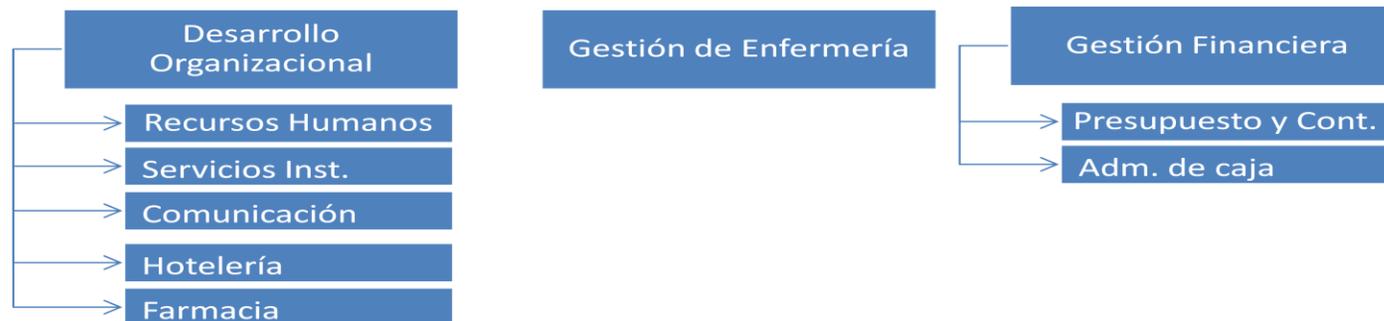
### O. Procesos Estratégicos



### 1. Procesos Operativos



### 2. Procesos de Apoyo - Administrativos



**Figura 5. Mapa de Procesos Hospital ABC**

**Fuente: Departamento de Calidad**

**Elaborado por: Ing. Ubado Sadarriaga C.**

## **2.7. Procesos de Valor Agregado [2]**

Los servicios que brinda el Hospital, a través de los procesos de valor agregado hospitalario se dan principalmente por las siguientes áreas:

- Consulta Externa
- Emergencia
- Hospitalización
  - Cirugías Normales y Ambulatorias
- Servicios Técnicos Complementarios
  - Laboratorio Clínico
  - Radiología
  - Análisis Patológico

Este proyecto busca el diseño de mejora a través de un modelo de calidad basado en la gestión por proceso, para los dos primeros procesos:

- Proceso de Atención de Consulta externa
- Proceso de Atención de Emergencias

A continuación se muestra los diagramas de flujos para los siguientes procesos:

- Proceso de Atención de Consulta externa
- Proceso de Atención de Emergencias
- Proceso de Atención de Hospitalización
- Proceso de Atención de Cirugías

Ver Anexo 1\_Flujos de procesos

## **2.8. Normatividad**

Dentro del Hospital ABC no existe una normalización de procesos administrativos, ni una estandarización en base a protocolos médicos definidos para todos los procedimientos, por lo que se hace muy difícil tener un control de los mismos.

## **2.9. KPI's [8]**

**KPI**, del inglés Key Performance Indicators, o **Indicadores Clave de Desempeño**, miden el nivel del desempeño de un proceso, enfocándose en el "cómo" e indicando el rendimiento de los procesos, de forma que se pueda alcanzar el objetivo fijado.

Los indicadores del desempeño de los procesos en muchos casos están determinados por la máxima autoridad de salud, pero estos datos que se reportan mensualmente, no se los están convirtiendo en verdaderas fuentes de información que permita a la dirección tomar decisiones, solamente existen para cumplir con el ente regulador, pero no hay un adecuado análisis que nos permita mejorar los procesos en base a una metodología de calidad.

En todo caso para tener una idea clara de los indicadores que se reportan se muestra la información de los indicadores por servicios de los primeros cinco meses del 2011.

### **2.9.1. INDICADORES DE PRODUCCIÓN MENSUALES 2011**

#### **1. Producción de Consulta Externa por Servicios**

	<b>Médico</b>	<b>Psicología</b>
<b>Enero</b>	17058	469
<b>Febrero</b>	18751	412
<b>Marzo</b>	19044	339
<b>Abril</b>	18699	428
<b>Mayo</b>	21147	396

**Tabla 3. Paciente por Consulta Externa**

**Fuente: Departamento de Estadísticas**

**Elaborado por: Jefe de Estadísticas**

La capacidad instalada del hospital, tanto en infraestructura, insumos, recursos humanos es de aproximadamente 1.131 consultas diarias, unas 24.882 consultas mensuales, por lo que podemos concluir que se está realizando las atenciones en el

Hospital ABC muy por debajo del rendimiento que se espera de acuerdo al volumen de la demanda de los servicios.

## **2. Número de Emergencias**

**Triage.-** Valoración de los signos vitales del paciente, a fin de priorizar el daño del mismo y derivarlo al área correspondiente según el protocolo de Triage.

	<b>EMERGENCIA</b>	<b>TRIAGE</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Enero</b>	11553	7155	18708
<b>Febrero</b>	12736	6698	19434
<b>Marzo</b>	16292	5568	21860
<b>Abril</b>	13913	2225	16138
<b>Mayo</b>	12748	3427	16175

**Tabla 4. Paciente por Emergencias**

**Fuente: Departamento de Estadísticas**

**Elaborado por: Jefe de Estadísticas**

De la capacidad instalada del hospital, tanto en infraestructura, insumos, recursos humanos, etc., obtenemos que el total de emergencias atendidas en promedio es de 18.463, para lo cual hemos considerado este valor de emergencias atendidas se puede optimizar evaluando y derivando a los pacientes, a través del TRIAGE de Emergencia.

Los siguientes indicadores son de carácter informativo, ya que el ingreso de los pacientes al Hospital es por las áreas de Consulta Externa y Emergencias, pero adicionalmente a este servicio pueden también ser usuarios de los servicios de hospitalización, cirugías, anestesias, laboratorio clínico, radiología, odontología y medicina física y rehabilitación.

### 3. Cuadro de Producción de Indicadores de Hospitalización

#### Enero

INDICADORES		H. GENERAL ABC						
		ESPECIALIDADES						
		MEDICINA INTERNA	CIRUGIA	PEDIATRIA	GINECO OBSTETRICIA	UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS	TOTAL	
EGRESOS	ALTAS	198	356	162	537	6	1259	
	TOTAL DEFUNCIONES	35	9	5	1	15	65	
	MENOS 48 HORAS	1	3	2		1	7	
	MAS 48 HORAS	34	6	3	1	14	58	
	TOTAL EGRESOS	233	365	167	538	21	1324	
AUDITORIA MEDICA:INTERCONSULTA							0	
AUTOPSIAS:							0	
TOTAL DIAS ESTADA		1541	1690	855	1088	216	5390	
TOTAL DIAS PACIENTE		1631	1797	913	1403	236	5980	
DIAS CAMAS DISPONIBLES		1860	2010	1860	1488	248	7466	
INDICADORES	GIRO DE CAMAS	3,9	5,6	2,8	11,2	2,6	5,5	
	INTERVALO GIRO	1,0	0,6	5,7	0,2	0,6	1,1	
	X DIAR.DIAS PACIENTE	52,6	58,0	29,5	45,3	7,6	192,9	
	% DE OCUPACION	87,7	89,4	49,1	94,3	95,2	80,1	
	X DIAS ESTADA	6,6	4,6	5,1	2,0	10,3	4,1	
	X DIAR.CAMAS DISP.	60,0	64,8	60,0	48,0	8,0	240,8	
	X DIARIOS EGRESOS	7,5	11,8	5,4	17,4	0,7	42,7	
	TASAS	MORTALIDAD + 48 HORAS	14,6	1,6	1,8	0,2	66,7	4,4
		AUTOPSIAS						
		INTERCONSULTA	468,0	221,0	261,0	183,0	32,0	1165,0
PARTOS					292		292	
DOTACION NORMAL DE CAMAS		61	67	70	48	8	254	

Tabla 5. Indicadores de Hospitalización Enero

Fuente: Departamento de Estadísticas

Elaborado por: Jefe de Estadísticas

#### Febrero

INDICADORES		H. GENERAL ABC						
		ESPECIALIDADES						
		MEDICINA INTERNA	CIRUGIA	PEDIATRIA	GINECO OBSTETRICIA	TOTAL		
EGRESOS	ALTAS	172	410	168	571		1321	
	TOTAL DEFUNCIONES	46	13	4	0		63	
	MENOS 48 HORAS	2	4				6	
	MAS 48 HORAS	44	9	4			57	
	TOTAL EGRESOS	218	423	172	571		1384	
AUDITORIA MEDICA:INTERCONSULTA							0	
AUTOPSIAS:							0	
TOTAL DIAS ESTADA		1600	1760	812	1204		5376	
TOTAL DIAS PACIENTE		1707	1809	1044	1260		5820	
DIAS CAMAS DISPONIBLES		1848	1960	1680	1344		6832	
INDICADORES	GIRO DE CAMAS	3,3	6	2,9	11,9		5,7	
	INTERVALO GIRO	0,6	0,4	3,7	0,1		0,7	
	X DIAR.DIAS PACIENTE	61	64,6	37,3	45		207,9	
	% DE OCUPACION	92,4	92,3	62,1	93,8		85,2	
	X DIAS ESTADA	7,3	4,2	4,7	2,1		3,9	
	X DIAR.CAMAS DISP.	66	70	60	48		244	
	X DIARIOS EGRESOS	7,8	15,1	6,1	20,4		49,4	
	TASAS	MORTALIDAD + 48 HORAS	20,2	2,1	2,3	4,7		4,1
		AUTOPSIAS				#?DIV/0!		
		INTERCONSULTA	423	257	293	241		1214
PARTOS					313		247	
DOTACION NORMAL DE CAMAS		66	70	70	48		254	

Tabla 6. Indicadores de Hospitalización Febrero

Fuente: Departamento de Estadísticas

Elaborado por: Jefe de Estadísticas

**Marzo**

INDICADORES		H. GENERAL ABC					
		ESPECIALIDADES					
		MEDICINA INTERNA	CIRUGIA	PEDIATRIA	GINECO OBSTETRICIA	TOTAL	
EGRESOS	ALTAS	207	448	233	609	1497	
	TOTAL DEFUNCIONES	70	13	8	1	92	
	MENOS 48 HORAS	2	1	2	1	6	
	MAS 48 HORAS	68	12	6	0	86	
	TOTAL EGRESOS	277	461	241	610	1589	
AUDITORIA MEDICA:INTERCONSULTA						0	
AUTOPSIAS:						0	
TOTAL DIAS ESTADA		1771	1790	964	1432	5957	
TOTAL DIAS PACIENTE		1879	1965	1789	1395	7028	
DIAS CAMAS DISPONIBLES		2046	2356	1860	1488	7750	
INDICADORES	GIRO DE CAMAS	4,2	6,1	4,0	12,7	6,4	
	INTERVALO GIRO	0,6	0,8	0,3	0,2	0,5	
	X DIAR.DIAS PACIENTE	60,6	63,4	57,7	45,0	226,7	
	% DE OCUPACION	91,8	83,4	96,2	93,8	90,7	
	X DIAS ESTADA	6,4	3,9	4,0	2,3	3,7	
	X DIAR.CAMAS DISP.	66,0	76,0	60,0	48,0	250,0	
	X DIARIOS EGRESOS	8,9	14,9	7,8	19,7	51,3	
	TASAS	MORTALIDAD + 48 HORAS	24,5	2,6	2,5		5,4
		AUTOPSIAS					
		INTERCONSULTA	397,0	261,0	287,0	232,0	1177,0
PARTOS					377	377	
DOTACION NORMAL DE CAMAS		66	70	70	48	254	

**Tabla 7. Indicadores de Hospitalización Marzo**

**Fuente: Departamento de Estadísticas**

**Elaborado por: Jefe de Estadísticas**

**4. Número de Cirugías, Anestias**

	CIRUGÍAS GINECOLOGICAS	ELECTIVAS Y PROGRAMADAS	TOTAL
Enero	324	424	748
Febrero	390	568	958
Marzo	400	603	1003
Abril	351	663	1014
Mayo	383	625	1008

**Tabla 8. Pacientes por Cirugía**

**Fuente: Departamento de Estadísticas**

**Elaborado por: Jefe de Estadísticas**

**5. Cuadro de Laboratorio Clínico con pacientes de Consulta Externa, Emergencia y hospitalización.**

	Hematológico	Bacteriológico	Químico sanguínea	Materias fecales	Orina	Otros	Total
Enero	44156	1877	36490	1027	10162	1822	95534
Febrero	52877	1631	43338	1266	12100	1431	112643
Marzo	48326	3979	53604	2924	15028	993	124854

<b>Abril</b>	69038	2123	45518	1435	14025	1614	133753
<b>Mayo</b>	63376	2700	48423	1582	17135	1756	134972

**Tabla 9. Paciente por Exámenes Clínicos**

**Fuente: Departamento de Estadísticas**

**Elaborado por: Jefe de Estadísticas**

## 6. Radiología

	<b>RADIOGRAFÍA</b>	<b>RESONANCIA MAGNÉTICA</b>	<b>MAMOGRAFÍA</b>	<b>TOMOGRAFÍA</b>
<b>Enero</b>	3523	1189	380	1804
<b>Febrero</b>	3869	1220	228	2407
<b>Marzo</b>	5852	1520	400	2841
<b>Abril</b>	5152	584	336	2802
<b>Mayo</b>	5690	984	556	0

**Tabla 10. Pacientes por Imágenes**

**Fuente: Departamento de Estadísticas**

**Elaborado por: Jefe de Estadísticas**

## 7. Cuadro de Medicina Física y Rehabilitación

	<b>TERAPIA RESPIRATORIA</b>	<b>EJERCICIO TERAPÉUTICO</b>	<b>TERAPIA OCUPACIONAL</b>	<b>TERAPIA DE LENGUAJES</b>	<b>COMPRESAS QUÍMICAS</b>	<b>ELECTROTÉR- APIA</b>	<b>TOTAL</b>
<b>ENERO</b>	421	362	257	395	756	446	2637
<b>FEBRERO</b>	557	378	462	417	760	810	3384
<b>MARZO</b>	1320	281	169	152	350	350	2622
<b>ABRIL</b>	2164	2036	1393	1213	2020	2041	10867
<b>MAYO</b>	2849	636	851	697	960	960	6953

**Tabla 11. Pacientes por Medicina Física y Rehabilitación**

**Fuente: Departamento de Estadísticas**

**Elaborado por: Jefe de Estadísticas**

## 8. Odontología

	<b>Odontología</b>
<b>Enero</b>	748
<b>Febrero</b>	983
<b>Marzo</b>	1051
<b>Abril</b>	897
<b>Mayo</b>	981

**Tabla 12. Paciente por Odontología**

**Fuente: Departamento de Estadísticas**

**Elaborado por: Jefe de Estadísticas**

## **2.10. SLA´s[9]**

### **SLA Service Level Agreement – Niveles Acordados de Servicios.-**

Documento contractual con proveedores donde se determina los niveles de cumplimiento estándares en base a las especificaciones del producto solicitado.

No existen los Niveles de Acuerdos de Servicios determinados en los principales servicios del área médica, a fin de poder evaluar el desempeño de proveedores y peor aún tener un procedimiento definido de Selección y Evaluación de Proveedores. Dentro de este trabajo no se considera este punto, ya que el análisis y diseño corresponde al proceso de compras que no forma parte del estudio, por lo tanto tampoco se van a establecer SLA´s relacionados con los procesos en mención.

## **2.11. Puntos de Control**

No existen definidos los puntos de control dentro de los procesos de Valor Agregado por lo que se presentan irregularidades y desorden en los procesos de Consulta Externa, Emergencia, Hospitalización y de los Servicios Técnicos Complementarios. Dentro de este trabajo se determinarán en el capítulo 4 de Diseño, los puntos de control más importantes para el proceso de Atención de Consulta Externa y el proceso de Atención de Emergencias. Ver puntos de control pág. 44 y 71.

## **2.12. Sistemas**

Dentro de los procesos revisados de Atención de Consulta Externa, Emergencia, Hospitalización y Servicios Técnicos Complementarios el proceso es totalmente manual no existe un sistema de agenda de consultas médicas, ni el historial clínico a través de un sistema informático, por lo que se presentan muchos inconvenientes. En este trabajo se está considerando en base al conocimiento del consultor de los procesos y de la herramienta informática escogida por la dirección que es el software HOSVITAL que se está implementando por parte del Hospital ABC, a fin de considerarlo dentro de la propuesta del manejo de los procesos rediseñados.

## **CAPÍTULO III**

### **3. ANÁLISIS**

#### **3.1. Procesos de Servicios de Valor Agregado – Consulta Externa**

Existen en total 28 consultorios que se encuentran operativos, algunos improvisados (1 en la jefatura de Consulta Externa) adicionalmente existen 3 consultorios en el área de rehabilitación.

Las 5 especialidades de mayor demanda en el mes de febrero del 2012 son las siguientes:

- Medicina General 3.200
- Ginecología 1.889
- Pediatría 1.588
- Oftalmología 1.117
- Traumatología 993

El médico de cirugía vascular se jubiló por lo que hay que coordinar quien lo reemplace y atienda los pacientes ya programados en la agenda.

Los principales problemas que se presentan en el área de Consulta Externa los tenemos a continuación:

**Problema 1:** Se ha denunciado que los teléfonos del Call Center se encuentran pinchados, es decir que sólo reciben llamadas de un número específico, el cual se rumora que cobra por el alquiler del teléfono para que le permita a los usuarios separar turnos directamente para acceder a la atención de Consulta Externa.

**Solución:** Como una solución a este problema se plantea poner unos teléfonos con identificador de llamadas, que permita a simple vista observar que las llamadas entran de un sólo número.

**Problema 2:** Para la separación de citas a través del Call Center los dos usuarios comparten un mismo archivo de Excel para el registro de la información de citas médicas, lo cual quita tiempo al usuario, ya que mientras uno ingresa el otro usuario debe esperar a que desocupe la matriz de Excel y adicionalmente este método de trabajo limita su crecimiento, ya que operar con esa misma matriz para más de dos usuarios sería impráctico.

**Solución:** Para poder mejorar este punto el software HOSVITAL ofrece un módulo llamado CONTROL DE CITAS que permite registrar las citas para todos los usuarios de Consulta Externa, ver capítulo 4. Diseño de proceso pág. 31.

En relación a la función del Call Center creemos que sus funciones deben ser ampliadas y llevadas a operar como los centros de Call Center de las empresas de telecomunicaciones donde se desarrolla una guía de servicios hospitalarios que debe incluir:

- Atención Informativa
- Solicitudes
- Quejas de los Usuarios.

En la atención informativa debe incluirse todos los trámites que se realizan dentro del Hospital derivados de la gestión propia del mismo.

Las solicitudes se refieren a la separación de citas de todos los servicios que ofrece el hospital de acuerdo a su grado de especialidad.

También dentro de este Call Center el usuario puede realizar sus quejas de carácter médicas y administrativas. Cabe mencionar que estas bondades de CustomerRelationship Management en inglés o Administración Basada en la Relación con el Cliente - CRM no las tienes el sistema HOSVITAL, por lo que se podría realizar las especificaciones necesarias para su desarrollo o buscar un software que cumpla con las especificaciones del servicio solicitado.

**Problema 3:** Adicionalmente sólo se separa citas programadas para un médico general y en ocasiones citas subsecuentes, así como otorga una cierta cantidad de cupos

mínimos en las siguientes especialidades: Pediatría, Odontología, Ginecología, y Mastología.

**Solución:** En el nuevo esquema el proceso de Consulta Externa la separación de citas es total para las consultas programadas y las subsecuentes de especialidades, bondades que como hemos anotado están cubiertas por el sistema HOSVITAL.

En las funciones de un Call Center las llamadas deben ser grabadas para lo que se debe implementar un sistema que permita la grabación de llamadas telefónicas.

**Problema 4:** El problema más grande del hospital es su capacidad instalada en infraestructura, equipos, personal, y el área de consulta externa no es una excepción, por lo que la agenda de citas programadas (citas por primera vez en medicina general) en el mejor de los casos hay citas disponibles para dentro de un mes y en el caso de especialidades (citas con especialistas y subsecuentes) hay citas que llegan a los tres meses.

**Solución:** En el capítulo 4 de diseño se plantea una solución en el punto de recursos humanos e infraestructura. Ver punto 4.1.6.1 Recursos humanos e infraestructura pág. 48.

También para contrarrestar esta situación se puede realizar un pequeño Triage telefónico realizado por personal competente que pueda direccionar a los pacientes de acuerdo al diagnóstico previo a los subcentros de salud más cercanos a su lugar de residencia.

**Problema 5:** Las demoras y filas para otorgar tickets de atención para la primera consulta donde tienen que abrir carpeta el paciente y para las citas subsecuentes para medicina general y ciertas especialidades específicas.

Cabe adicionar también que las citas programadas no se respetan y los pacientes tienen que andar atrás del departamento estadístico para que busquen su Historia Clínica y esta pueda ser enviada al Doctor que lo va a atender, causando aglomeraciones y sobre todo malestar en los usuarios.

**Solución:** Todo este punto se soluciona con el sistema HOSVITAL a través del módulo de CONTROL DE CITAS, que se puede observar en el diseño presentado en el capítulo 4 Diseño de Proceso de Consulta Externa pág. 33. Cabe mencionar que con la

implementación del control de citas los pasillos en el área de Consulta Externa lucirán más vacío, cumpliendo rigurosamente con los horarios de las citas separadas.

**Problema 6:** El extravío y duplicidad de carpetas de expedientes e historiales clínicos, también es solucionado por el software HOSVITAL a través del módulo HISTORIAS CLÍNICAS.

**Solución:** El sistema deberá funcionar directamente con órdenes de medicinas a través del sistema HOSVITAL lo que mejora el control, con lo cual también se han definido puntos de control para que valide pacientes vs. Procedimiento médico (protocolo), comparando los resultados de exámenes, ecos, etc., vs, los diagnósticos y la prescripción médica, esta parte se observa en el modelo de propuesto en el siguiente capítulo 4 Diseño. Puntos de Control pág. 41.

**Problema 7:** Cuando se presentan eventualidades en los médicos y no asisten a laborar los pacientes no son comunicados y mucho menos reprogramados.

**Solución:** Prever a través de un control de permisos más eficiente otorgados a los médicos por parte de recursos humanos, y tener los reemplazos disponibles para no afectar la consulta del usuario.

Además en los casos que no se pueda poner reemplazo por la especialidad, el Call Center debe ser comunicado por el Jefe de Consulta Externa y de inmediato llamará a los pacientes y darle una nueva cita.

**Problema 8:** En muchos casos los pacientes no están viniendo a las consultas. De una muestra tomada para un Médico, de 35 pacientes para atender faltaron a la consulta 12 pacientes programados, por lo que se desperdicia la capacidad instalada en un Hospital que no se abastece la demanda esto es una situación muy seria y hay que tomar medidas en el asunto.

**Solución:** Creemos que al disminuir los días de espera ampliando los horarios de atención y enviando mensajes de recordatorio de cita médica al celular, podría disminuir este ausentismo e impuntualidad.

**Problema 9:** El exceso de personal que transita libremente por el hospital sin ningún motivo médico, entorpece la gestión y abarrota las instalaciones.

**Solución:** El CallCenter envía un listado con las personas que tienen separadas las citas para consulta externa al departamento de seguridad, a fin de que controle el acceso al área de Consulta Externa, pero se ha detectado que el acceso se lo realiza de forma libre sin control.

Se puede colocar una computadora y verificar a los pacientes a fin de mejorar el control de acceso a las instalaciones por parte de la seguridad del hospital.

**Problema 10:** Falta de planificación y control de horarios de los médicos de consulta externa, ya que se ha observado innumerables quejas de usuarios que los médicos no están dando atención en horas que tienen Consulta Externa.

**Solución:** Se debe establecer una planificación semanal de los horarios de atención de consulta externa e implementar un control de asistencia por parte de la jefatura de consulta externa y del departamento de Recursos Humanos, este punto de control se menciona en el siguiente capítulo 4 diseño. Ver puntos de control del proceso de Consulta Externa pág. 42.

**Problema 11:** Pacientes que entran por alguna emergencia con casos graves son derivados a Consulta Externa para tratamiento con el especialista y son enviados a la cola con citas programadas hasta después de un mes aproximadamente.

**Solución:** En las políticas descritas en el punto de diseño se menciona que los médicos de emergencia pueden generar a través del sistema HOSVITAL una cita de interconsulta a través del modulo de historia clínica. Ver capítulo 4. Políticas Generales pág. 35.

## **3.2. Procesos de Servicios de Valor Agregado – Proceso de Emergencia**

### **3.2.1. Definición de Área de Emergencia**

Para conocer un área de Emergencia es necesario revisar algunos términos definidos a continuación:

#### **3.2.1.1. Área de Emergencia**

Según la OMS es aquel caso en que la falta de asistencia conduciría a la muerte en minutos y en el que la aplicación de primeros auxilios por cualquier persona es de importancia vital. Otras definiciones hablan de un tiempo menor a 1 hora hasta llegar a la muerte o la puesta en peligro de forma más o menos inmediata de la vida de una persona o la función de sus órganos.

### **3.2.1.2. Daño**

Se reconoce como daño dentro del servicio de Emergencia, según los tipos de gravedad, clasificados de acuerdo a su prioridad:

- Prioridad I Emergencia o Gravedad Súbita Extrema
- Prioridad II Urgencia Mayor
- Prioridad III Urgencia Menor
- Prioridad IV Patología Aguda Común
- Prioridad V Patología Aguda Común

**Ver Anexo 4. Motivo de Consulta según TRIAGE**

### **3.2.1.3. Caos**

Estado de confusión y desorden. Se denominará caos en el Área de Emergencia cuando el número de pacientes o la gravedad de sus padecimientos y lesiones son tales que es imposible seguir operando normalmente. La atención sólo será posible con ayuda externa.

### **3.2.1.4. Situación de Emergencia**

Alteración súbita y fortuita, que de no ser atendida de manera inmediata, pone a una persona en grave riesgo de perder la vida, puede conducir a la muerte o dejar secuelas permanentes. Corresponde a pacientes con daños calificados como prioridad I y II.

### **3.2.1.5. Triage**

Proceso de evaluación mediante el cual se prioriza el daño y se orienta acertadamente para su atención a los pacientes que llegan al Área de Emergencia.

Es la primera actividad que debe realizar el personal asistencial. Debe funcionar en todos los establecimientos de salud, prioritariamente en aquellos donde la demanda supere la oferta de servicios. Estará a cargo de un profesional de la salud capacitado y acreditado.

### **3.2.1.6. Sala de Observación**

Área de hospitalización de corta estancia para la atención y tratamiento del paciente. Reevaluación y observación permanente de pacientes con daños de prioridad I y II, en un período que no debe exceder de 12 horas para los pacientes de prioridad I y de 24 horas para los de prioridad II.

### **3.2.1.7. Sala de Reanimación**

Área destinada para evaluación, diagnóstico y tratamiento de pacientes que presentan daños de Prioridad I.

### **3.2.1.8. Sala de Cirugía Menor**

Sala destinada para curaciones y cirugías de menor grado que no registran mayor peligro o complejidad como por ejemplo realización de suturas.

### **3.2.1.9. Consultorio de Emergencia**

Área para atención, evaluación, diagnóstico y tratamiento de pacientes con daños de prioridad II y III.

## **3.2.2. Área de Emergencia**

Los consultorios de emergencia que son direccionados del TRIAGE son:

- Cirugía Menor
- Medicina interna – Consultorio 1
- Ginecología- Consultorio 2
- Pediatría- Consultorio 3
- Medicina Interna – Consultorio 4

Adicionalmente dentro de emergencia existen los siguientes departamentos de servicios médicos complementarios:

- Laboratorio de toma de muestra
- Laboratorio de emergencia
- Farmacia de emergencia

En la parte exterior de emergencia existen los siguientes servicios:

- Consultorio de medicina interna con cuatro doctores y adicionalmente una doctora de pediatría.
- Un consultorio para realizar curaciones a pacientes diabéticos.

### **3.2.3. Análisis del Área de Emergencias**

A partir de diversas experiencias, podemos constatar que llegar a dar una atención adecuada dentro del Área de Emergencia en el Hospital ABC, es un verdadero reto, ya que anteriormente no se han establecido procesos que exijan orden mediante políticas de eficiencia y calidad atención.

En general, el Área de Emergencia en hospitales, presenta un tráfico de pacientes que se torna muchas veces caótico, debido a que los servicios de emergencia permanecen abiertos las 24 horas con dos misiones conflictivas:

- Misión formal: prestar asistencia a los que necesitan objetivamente atención inmediata para solucionar los problemas críticos que presentan.
- Misión informal: responder y tratar la demanda subjetiva de atención sanitaria a pacientes que acuden a la Emergencia con razón o sin ella, sabiendo que no siempre será posible satisfacer todas las demandas.

Uno de los fenómenos que en los últimos tiempos se registra como el mayor factor de incremento en la atención dentro del Área de Emergencia es, sin duda, las urgencias primarias atendidas en el hospital, las mismas que podrían ser valoradas y tratadas en los sub centros de salud.

Debido a un concepto cultural equívoco, existe una gran cantidad de pacientes que sin presentar estado de gravedad, prefieren ir directamente al hospital, congestionando el área y dificultando su movimiento. Este fenómeno afecta a todas las instituciones del sistema de salud ecuatoriano.

Los diferentes sistemas de urgencias y emergencias a nivel internacional, no se limitan solamente a ejecutar las mejoras necesarias en la atención hospitalaria de urgencias, sino que consideran también la interrelación entre los distintos niveles asistenciales y tienen como pilar fundamental la atención de urgencias en el nivel primario, el cual debe funcionar como la puerta de entrada al servicio de urgencia hospitalario, actuando como filtro sanitario salvo casos emergentes.

Dentro del área de emergencia existen dos quirófanos como ya se lo mencionó, pero el mismo que no está funcionando por falta de enfermeras que posean las competencias.

**Problema 1:** Existe carencias del personal de enfermería para poner un ejemplo tenemos que existe una sola enfermera que atiende la sala de reanimación con 15 a 18 pacientes.

**Solución:** Realizar un estudio de tiempos y establecer un estándar de cuántas enfermeras se necesitan en cada turno.

**Problema 2:** En el área de emergencia existe carencia de espacio físico, ya que los pasillos se encuentran abarrotados de personas por falta de espacio físico.

**Solución:** El desarrollo de la infraestructura y la acción de permitir el ingreso de un limitado número de acompañantes por pacientes.

**Problema 3:** Existen carencias del personal de camillero asignado al área de emergencia.

**Solución:** Realizar un estudio de tiempos y establecer un estándar de cuantos camilleros se necesitan en cada turno.

**Problema 4:** Falta de continuidad en la entrega del listado de stock disponible de medicamentos en la farmacia de emergencia, farmacia general y almacén diariamente.

**Solución:** Utilizar el sistema HOSVITAL.

**Problema 5:** No contar con un adecuado sistema de Triage médico para la evaluación y derivación de los pacientes a las áreas de emergencia según su gravedad y no según orden de llegada como es actualmente.

Como resultado de esta carencia de Triage los pacientes son mal direccionados a las especialidades que correspondan por lo que probablemente se terminará dando una mala atención o duplicando la consulta de emergencia. Adicionalmente no se está priorizando la consulta de acuerdo adecuadamente de acuerdo a la gravedad que presenta el paciente por lo que el servicio se cataloga como deficiente e inhumano por decir los menos.

**Solución:** Implementar la utilización de TRIAGE a través del sistema HOSVITAL.

**Problema 6:** Los 2 Quirófanos de emergencia no están funcionando por falta de enfermeras y los pacientes deben ser trasladados a los quirófanos del 5to. Piso.

**Solución:** Poner el personal de enfermeras que se requieran.

## **CAPÍTULO IV**

### **4. DISEÑO**

La implementación de los procesos se realizará según los principios de gestión de calidad especialmente el principio número 4 Enfoque basado en procesos según la norma ISO 9001.

A continuación se muestra el cuadro de la estructura de enfoque de procesos y la implementación que se seguirá para el proceso de Consulta Externa y Emergencias descritos aquí respectivamente:

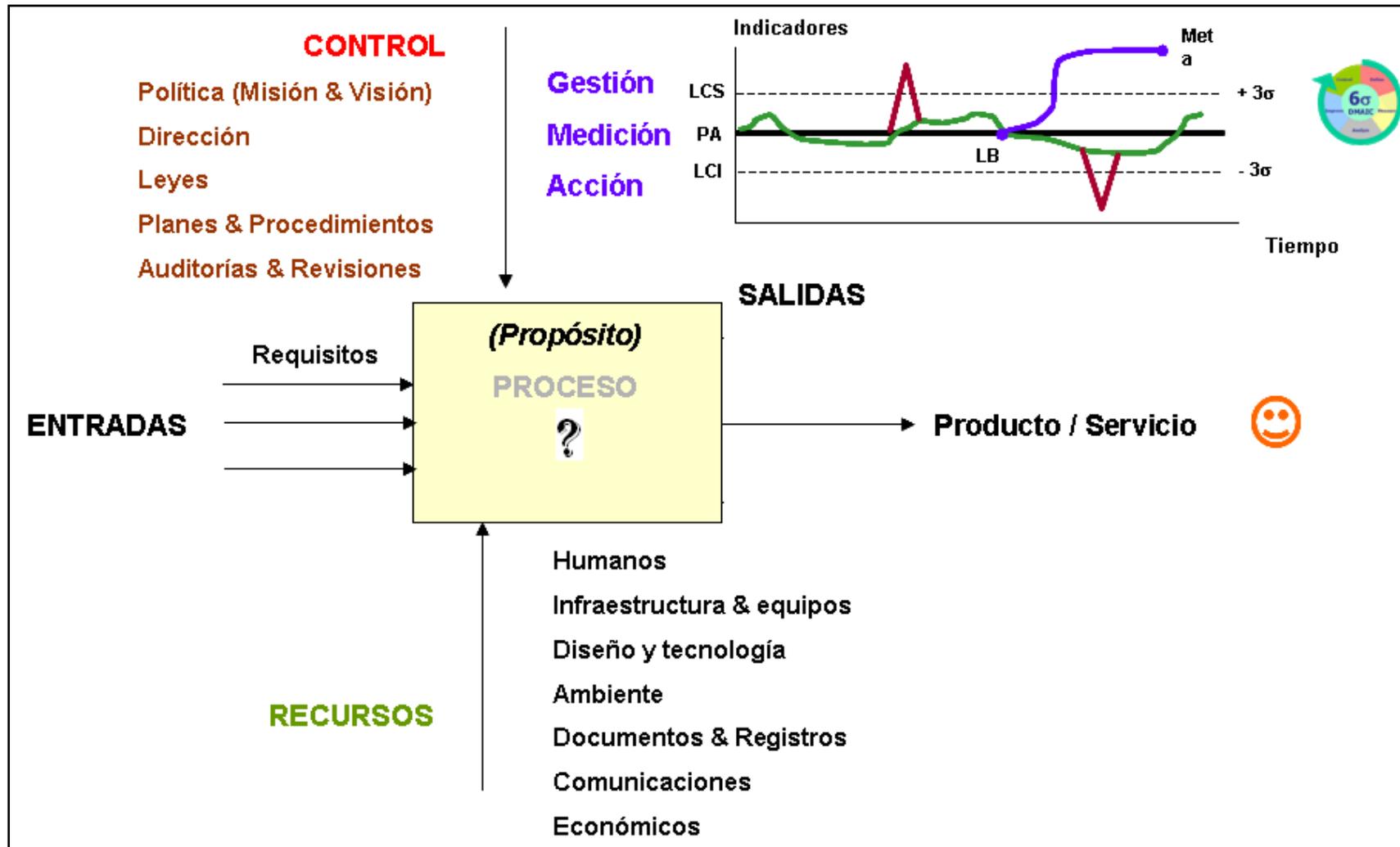


Figura 6. Modelo de Gestión por Procesos

Fuente: Materia de Apoyo Ing. Pablo Vallejo MSC.

## **4.1. Proceso de Consulta Externa[3]**

### **4.1.1. Diagrama de flujo de proceso**

En el capítulo de situación actual se describió el proceso de Consulta Externa como estaba funcionando, en este capítulo se describe cómo va a funcionar, incluso ya implementada la herramienta informática adquirida por la Dirección del Hospital, el mismo que es un Software hospitalario con una infraestructura robusta que soporta las necesidades e integración de todos los procesos del Hospital, tanto asistencial como financiera.

Diagrama de Flujo de Proceso de Consulta Externa:

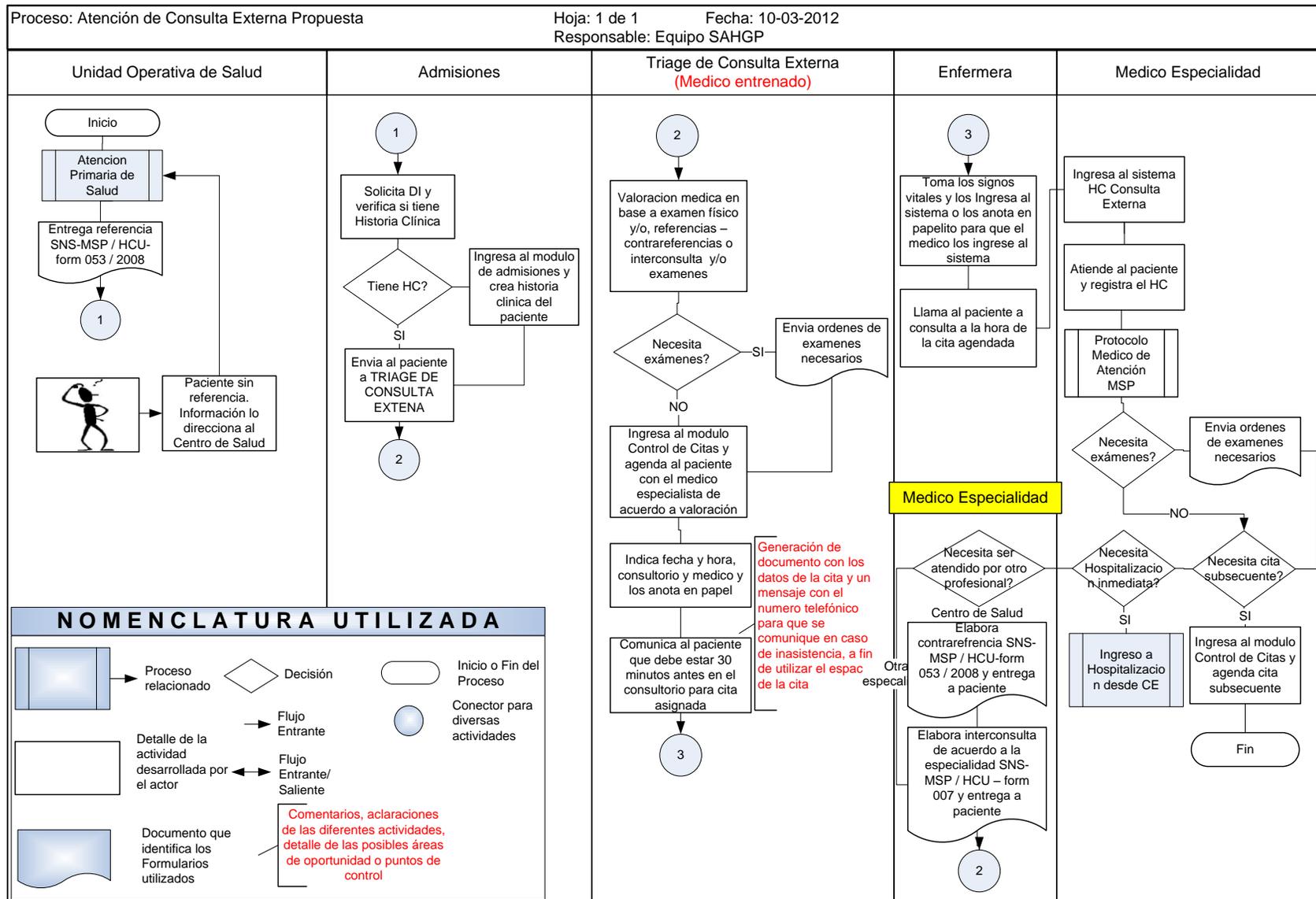
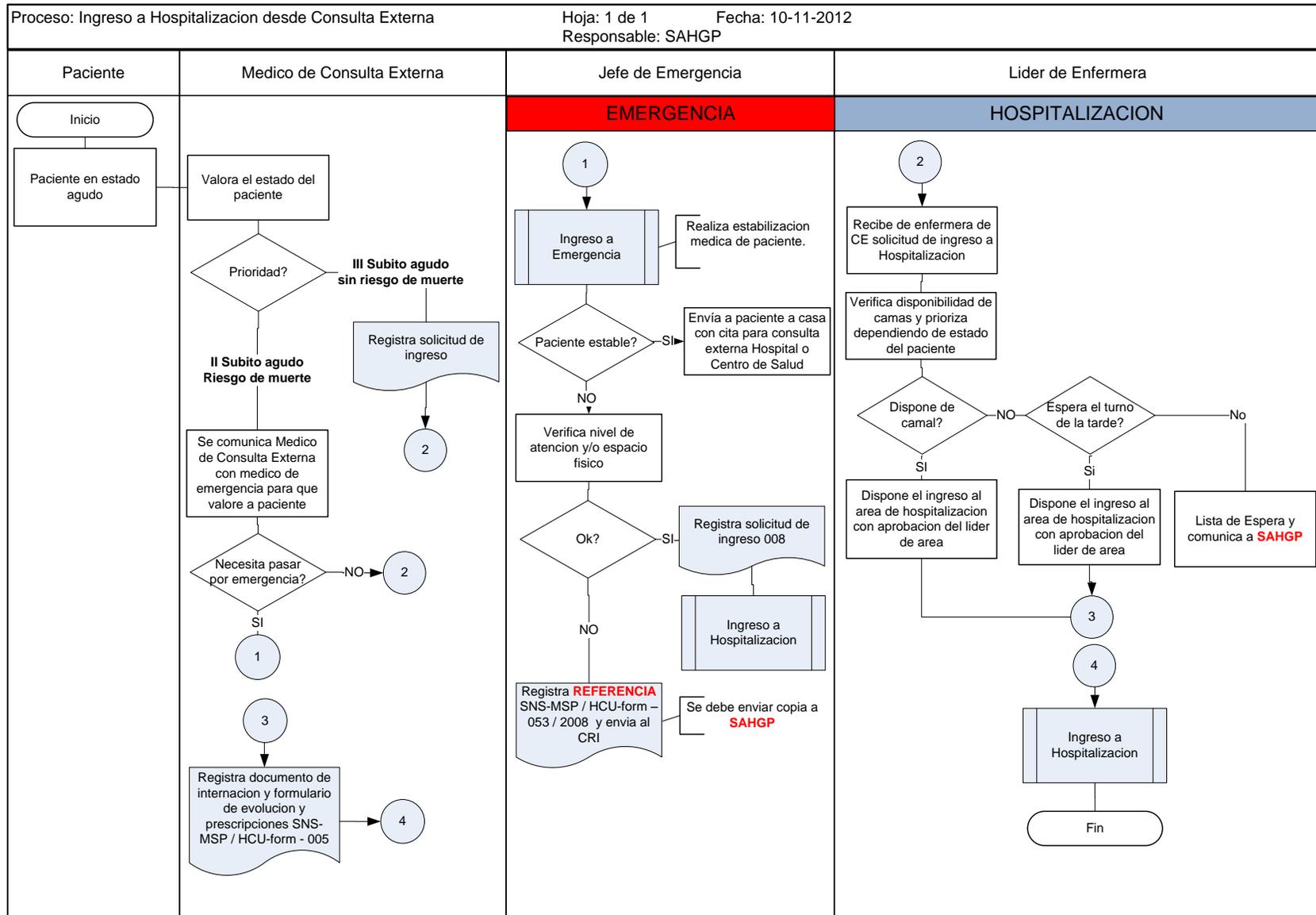


Fig. 7. Proceso de Consulta Externa  
 Elaborado por: Ing. Ubaldo Saldarriaga



**Fig. 8. Proceso de Ingreso a Hospitalización desde CE**

Elaborado por: Ing. Ubaldo Saldarriaga

#### **4.1.2. Políticas Generales**

1. El Hospital ABC proporcionará atención médica a la población cuando así lo requiera, a través de la Consulta Externa se brindaran los siguientes servicios por especialidades:
  - Alergología
  - Cardiología
  - Cirugía Vascular
  - Cirugía General
  - Cirugía Maxilo Facial
  - Cirugía Pediátrica
  - Cirugía Plástica
  - Colposcopia
  - Dermatología
  - Endocrinología
  - Fisiatría
  - Psicología
  - Pediatría
  - Psiquiatría
  - Reumatología
  - Terapia Ocupacional
  - Traumatología
  - Gastroenterología
  - Genética
  - Geriatría
  - Ginecología
  - Mastologia
  - Medicina Interna
  - Neumatologia
  - Neuro Cirugía
  - Neurología
  - Oftalmología
  - Otorrino
  - Urología
2. Los protocolos médicos deberán estar apegados estrictamente a los emitidos por el Ministerio de Salud Pública - MSP.
3. El personal de salud y/o administrativo deberá atender a los usuarios con la debida diligencia y la debida ética que el servicio lo requiera.
4. La atención medica se brindara dentro de los horarios que señalen las autoridades competentes y se pondrá de manifiesto en las respectivas agendas médicas.

5. El personal médico tratante y el personal auxiliar en salud, debe apegarse a los tiempos que asignen las autoridades competentes para la atención de cada usuario (Ver estándar de atención).
6. Los pacientes atendidos por la Consulta Externa serán hospitalizados directamente, en coordinación con el encargado de la gestión de cama. Ver flujo de Ingreso a Hospitalización por Consulta Externa. Anexo 4.
7. Los pacientes que ingresan por primera vez a la Consulta Externa del Hospital ABC deberán tener el documento de referencia SNS-MSP / HCU-form 053 / 2008.
8. Los pacientes deberán presentar su documento de identidad, cuyo número será el código de la Historia Clínica.

En caso de no poseer una identificación, por ser un recién nacido o NN se podrá crear un código secuencial otorgado por el sistema.

9. Los turnos de atención para los pacientes estarán divididos en 3 categorías:
  - Pacientes con Referencia o Interconsulta.
  - Pacientes con Citas Subsecuentes.

Los pacientes con referencia / interconsulta deberán ser valorados por un médico de Triage el mismo que priorizara y agendara su cita de acuerdo a la urgencia.

En caso de referencias mal elaboradas estas serán documentadas y enviadas a la dirección provincial de salud con copia al equipo de Auditores Médicos.

10. Los pacientes con citas subsecuentes serán agendados por los mismos médicos en base a las necesidades prioritarias de atención.
11. Los pacientes que necesitan ser sobre agendados será realizado por los médicos especialistas y/o médicos de Triage de Admisión.
12. Todos los días viernes el Líder de Consulta Externa enviara al departamento de RR.HH. y Estadísticas un listado con los todos los permisos por vacaciones, seminarios o calamidades domésticas, etc. programados para la siguiente semana y sus reemplazos en la Atención de Consulta Externa.
13. En su mayoría las calamidades domesticas son muy ocasionales pero la idea es poder mitigar en la medida de lo posible la no atención a los usuarios y para ello se deberá contar con reemplazos de acuerdo a las necesidades.
14. En caso de retrasos de los pacientes estos perderán el turno y estos podrán ser utilizados por otros pacientes.

15. El Líder de Consulta Externa deberá emitir un reporte de evaluación del proceso de consulta externa semanalmente con el resultado de los indicadores definidos para su evaluación.

### **4.1.3. Descripción del Proceso de Consulta Externa**

#### **Paciente**

1. Paciente sin referencia se acerca al Hospital ABC. Información lo direcciona al Centro de Salud.

#### **Unidad Operativa de Salud**

2. Paciente es atendido en Centros de Atención Primaria.

#### **Médico de Centro de Salud**

3. Entrega referencia SNS-MSP / HCU-form. 053 / 2008.

#### **4. Admisiones**

5. Verifica que paciente posea Historia Clínica.

- 5.1. En caso de que paciente no posea historia clínica ingresa al módulo de admisiones y registra los datos del paciente.

6. Envía al paciente al TRIAGE DE CONSULTA EXTERNA.

#### **Médico de Triage de Consulta Externa**

7. Realiza una valoración física en base a examen físico y/o referencia, interconsulta y/o exámenes.

- 7.1. En caso de necesitar exámenes envía las órdenes necesarias.

8. Ingresa al módulo Control de Citas y agenda al paciente con el médico especialista de acuerdo a valoración.

9. Indica fecha, hora, consultorio y médico especialista a tratar en papel.

10. Comunica al paciente que debe estar 15 minutos antes en el consultorio.

#### **Enfermera**

11. Llama a pacientes de acuerdo a la agenda programada.

12. Ingresa a la Historia Clínica del paciente en el sistema.

13. Atiende al paciente según el PROTOCOLO MÉDICO del MSP.

- 13.1. En caso de necesitar exámenes envía las órdenes necesarias.

14. Verifica si paciente necesita cita subsecuente.
  - 14.1. En caso de necesitar cita lo agenda.
15. Verifica si paciente necesita ser atendido por otro profesional.
  - 15.1. Elabora referencia y contra referencia y entrega al paciente.
  - 15.2. Elabora interconsulta a otra especialidad.

#### **4.1.4. Puntos de Control**

##### **4.1.4.1. Puntos de Control Generales[10]**

El proceso de Consulta Externa y Emergencias, tal y como se describe en el capítulo 2 situación actual página. 7, se realiza de forma totalmente manual y los puntos de control de cada proceso no se encuentran definidos y mucho menos supervisándose o auditándose, ya que el Hospital ABC no cuenta con una estructura de auditoría y sólo se rige por las visitas de aproximadamente cada cuatro años del área Externa de Auditoría de la Contraloría, la misma que en sus informes normalmente sólo hace recomendaciones de mejora en la gestión, lo que es insuficiente; por lo que este trabajo logra definir los puntos de control y determinar las responsabilidades. El primer nivel de control que son los líderes de cada área y el posterior control se debe hacer vía muestreo sobre el segundo nivel de responsabilidad que es el área de Control Interno.

A continuación se describen todos los puntos de control definidos para el proceso de Consulta Externa:

El diseño de los procesos para Consulta Externa, incluye puntos de control interno los cuales se definieron de forma conjunta con los responsables de cada proceso a nivel corporativo.

El diseño de las Matrices de Evaluación de control interno está planeado para dar respuesta a los siguientes aspectos:

Orientada a procesos con el: ¿Qué?, ¿Cómo?, ¿Quién? y ¿Cuándo? debe evaluarse el control interno.

A continuación se describen cada una de estas características:

- Definición de **¿Qué evaluar?**, a través de la identificación del binomio “Proceso-Actividad” al cual debe apuntar el control requerido.
- Establecimiento del **“Cómo”**, lo que da respuesta al tipo de revisión y la forma con base en las cuales debe evaluarse la actividad seleccionada, a través de la aplicación de los siguientes criterios:

<b>¿Cómo?</b>		
➤ Revisión Documental	Selectivo	Una muestra
➤ Realización de cálculos	Selectivo	Una muestra
➤ Inspección física	Selectivo	Una muestra

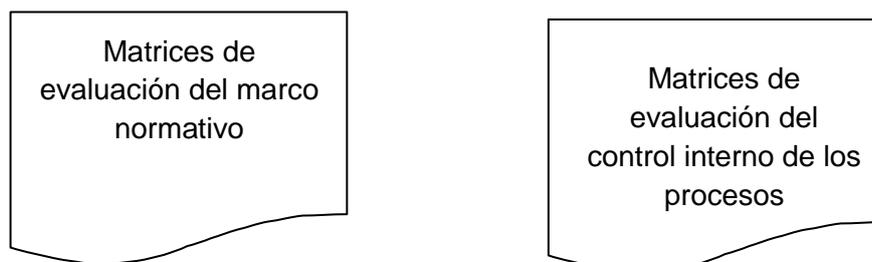
**Tabla 13. Tipos de Revisiones de Control Interno**

**Fuente:** Telmex México

- Las matrices proponen el **¿Cuándo?** debe realizarse la evaluación de los puntos de control definidos, pudiendo ser estos en forma mensual, semestral o anual. El diseño de las matrices permite establecer **¿Quién?** es el responsable de realizar la evaluación a través de dos niveles: **Autoevaluación:** Es realizada por los participantes del proceso de acuerdo a su ámbito de responsabilidad y tramo de control.

**Evaluaciones realizadas por terceros:** Son los aspectos que deben ser evaluados por las áreas de Control Interno de las empresas, lo que permite asegurar que se estén cumpliendo los puntos de control definidos en las actividades clave del proceso.

La evaluación del Control Interno se realiza con base en los puntos de control definidos en el diseño de dos tipos de matrices que deben elaborarse para los procesos definidos.



El marco normativo contempla los puntos de control sobre las políticas, los procedimientos, el control de información, seguridad en la operación de los sistemas, autorizaciones e información:

Revisión de actividades específicas de control interno	Tipo de revisión	Frecuencia de revisión	Alcance		Quién evalúa	
			Selectivo	Total	Auto evaluación	Por terceros
<b>Políticas</b>						
1. Verificar que se aplique y respeten las políticas emitidas por la alta dirección.	<b>D</b>	<b>S</b>		<b>X</b>		<b>X</b>
<b>Procedimientos</b>						
1. Verificar que el personal responsable conoce y aplica los procedimientos que le corresponden.	<b>D</b>	<b>S</b>		<b>X</b>		<b>X</b>
2. Verificar con el personal responsable cuenta con los procedimientos y documentos debidamente autorizados al momento de la revisión.	<b>D</b>	<b>S</b>		<b>X</b>		<b>X</b>
3. Solicitar al personal responsable de la aplicación del procedimiento sus observaciones para eficientar la operación a su cargo.	<b>D</b>	<b>S</b>		<b>X</b>		<b>X</b>
<b>Control de información</b>						
1. Verificar que la documentación de soporte de los procesos se encuentre adecuadamente resguardada en lugar seguro, protegida contra un mal uso y en condiciones que eviten su deterioro.	<b>D</b>	<b>S</b>		<b>X</b>		<b>X</b>
<b>Seguridad en la operación de los sistemas de cómputo.</b>						
1. Obtener del departamento de informática la matriz de acceso y niveles de seguridad para la operación de los sistemas utilizados por el proceso.	<b>D</b>	<b>T</b>		<b>X</b>		<b>X</b>
2. Verificar que la matriz se encuentra actualizada y cada empleado opera con su clave de	<b>D</b>	<b>T</b>		<b>X</b>		<b>X</b>

Revisión de actividades específicas de control interno	Tipo de revisión	Frecuencia de revisión	Alcance		Quién evalúa	
			Selectivo	Total	Auto evaluación	Por terceros
acceso en cada una de las rutinas que le corresponda.						
<b>Autorizaciones</b>						
1. Solicitar las matrices de autorizaciones con firmas actualizadas y compararlas con las que se encuentre registradas y autorizadas en el área de Auditoría Interna.	<b>D</b>	<b>T</b>		<b>X</b>		<b>X</b>
2. Verificar que se respeten los montos y niveles de autorización.	<b>D</b>	<b>T</b>		<b>X</b>		<b>X</b>
<b>Información</b>						
1. Solicitar al responsable del proceso los reportes y consultas principales que se generan.	<b>D</b>	<b>S</b>		<b>X</b>		<b>X</b>
2. Analizar con el responsable si la información de los reportes que no se consideran principales, pueda ser sustituida por consulta directa a los sistemas (pantallas).	<b>D</b>	<b>S</b>		<b>X</b>		<b>X</b>
3. Revisar con el personal usuario de la información si la información contenida en los reportes y consultas es suficiente para la realización de sus actividades e informes.	<b>D</b>	<b>S</b>		<b>X</b>		<b>X</b>
<b>D: Documental    M: Mensual    T: Trimestral    S: Semestral</b>						

**Tabla 14. Puntos de Control Estándar**

**Fuente:** Telmex México

### 4.1.4.2. Puntos de Control del Proceso de Consulta Externa

REFERENCIA DE LA ACTIVIDAD	PUNTO DE CONTROL INTERNO		RIESGO	TIPO DE CONTROL	FRECUENCIA	ALCANCE	EVIDENCIA
	ID	DESCRIPCIÓN					
Asistencia del personal médico de Consulta Externa en base a los horarios asignados	1	Asegurar el cumplimiento del horario de atención al público.	No cumplir con los estándares de atención propuesta, mala atención y protestas de los usuarios.	Manual	Revisión mensual	Total	Sistema de Marcación Biométrico. Verificación aleatoria de Asistencia en Consultorios durante su jornada de trabajo en base al listado de de horarios creados en el sistemas HOSVITAL y firma de Registro.
Atención a pacientes	2	Asegurar que se haya dado una atención adecuada al paciente de acuerdo a sus necesidades.	Existen riesgos de una atención no adecuada y aplicación de malos protocolos médicos.	Manual	Revisión mensual	Total	Sistemas Hosvital – Historia Clínica Medica Verificar Diagnostico vs. Medicinas, Exámenes y Servicios Radiológicos.
Control de Medicinas	3	Asegurar que se recete los medicamentos en base a los Diagnósticos Médicos.	Existen riesgos de desabastecer la farmacia por el robo de medicamentos.	Manual	Revisión mensual	Total	Sistemas Hosvital – Obtener un ranking de los medicamentos más caros con los médicos y diagnósticos, a fin de investigar los casos.
Registro de ordenes de laboratorio e imágenes	4	Asegurar que se optimicen los recursos de imágenes y laboratorios	Existen riesgo de enviar exámenes innecesariamente con el respectivo despilfarro de recursos	Manual	Revisión mensual	Total	Sistemas Hosvital – Verificar el Diagnostico vs. Los exámenes y Servicios Radiológicos.
Control de Agenda Medica	5	Asegurar que el servicio de Call Center sea respetado	Que el personal médico tenga su propia agenda médica y cobre por los servicios.	Manual	Revisión Mensual	Total	Sistema Hosvital – Obtener el Listado de Cumplimientos de las Agendas y verificar por doctor el cumplimiento.

**Tabla 15. Puntos de Control del Proceso**

**Elaborado por:** Ing. Ubaldo Saldarriaga

#### **4.1.5. Indicadores**[1][5]

Los indicadores en la organización son las que nos permiten no caer en análisis subjetivos de mejora de procesos, sino que nos permite ver que tan buenas son las acciones y cómo vamos avanzando en el cumplimiento de los objetivos planteados. La norma ISO 9001: 2008 – Capítulo 8 medición, análisis y mejora – 8.1. Generalidades manifiesta como requisito lo siguiente: [6]

La organización debe planificar e implementar los procesos de seguimiento, **medición**, análisis y mejora necesarios para:

- Demostrar la conformidad del producto
- Asegurar la conformidad del SGC
- Mejorar continuamente la eficacia del SGC

En este punto lo que se pretende es definir los principales indicadores del proceso, los mismos que establecerán el punto de ajuste, los límites de control superior e inferior, determinados a través de estándares definidos, o en base al comportamiento de los datos de una muestra representativa de varios meses, los que nos darán los límites de control natural del proceso. En el capítulo de situación actual se mostraron los datos obtenidos de los primeros meses del año 2011 los mismos que nos servirán como referencia para establecer estándares de atención y además poder plantear objetivos SMART (Específicos, Medibles, Alcanzables y Realizables y con Tiempo establecidos).

Los indicadores que se establecieron de vital importancia evaluar son los siguientes:

##### **4.1.5.1. La Eficacia de la Atención de Consulta Externa**

###### **Definición de los Límites de Control**

<b>Año</b>	<b>Mes</b>	<b>Atención de Consultas Externas</b>
2011	Ene	775
2011	Feb	852
2011	Mar	866
2011	Abr	850
2011	May	961

ó



	Situación Actual	Diseño Propuesto
Especificación	1018.00	2294.0
Tolerancia $\pm 10\%$	113.00	254.0
Media	860.80	-
Desviación Estándar	66.38	-
Capacidad de proceso Cp	0.57	-
Límite de Control Superior –LCS	1131.00	2548.0
Límite de Control Inferior –LCI	905.00	2040.0
ANCHO DE BANDA	226.00	508.0

**Tabla 16. Definición de Límites de Control**

**Fuente:** Departamento de Estadísticas Hospital ABC

**Elaborado por:** Ing. Ubaldo Saldarriaga

### Descripción de los cálculos realizados

De la capacidad instalada del hospital, tanto en infraestructura, insumos, recursos humanos, etc, obtenemos que el total de citas programas. (Ver en este capítulo 4.1.6 Recursos humanos e infraestructura) tenemos que es de 1.131 consultas diarias, para lo cual hemos considerado el valor de la especificación de un 10 % menos, de lo cual obtenemos un total de 1.080 consultas de la cual la tolerancia será de 10 %  $\pm$  el mismo que es determinado como un objetivo de la dirección. De la información estadística de los meses de enero, febrero, marzo, abril y mayo expuestos en los cuadros anteriores del total de atención de Consultas Externas obtenemos a media de los datos que es de 861 pacientes atendidos que nos daría según la fórmula a utilizar en nuestra tabla de

indicadores SMART de eficacia de atenciones el 76% de eficacia, Para determinar si el proceso es capaz de cumplir con las especificaciones definidas en el cuadro 18 Objetivos SMART, utilizamos la fórmula:

$$C_p = \frac{LCS - LCI}{6\sigma}$$

Donde obtenemos como resultado  $C_p = 0,57$  lo cual indica que el proceso no es capaz de cumplir las especificaciones establecidas.

En el diseño propuesto las nuevas especificaciones se marcan en base principalmente a la propuesta de ampliación de los horarios de trabajo del personal médico. Así como un aumento de políticas y controles definidos en este capítulo. Ver en este capítulo 4.1.6 Recursos humanos e infraestructura donde el límite de control superior  $LCS = 2.548$ ; Especificación = 2.294 y el límite de control inferior  $LCI=2.040$  con un ancho de banda de 508.

Del análisis anterior se desprende el siguiente cuadro de indicadores SMART

**Tabla de indicadores SMART**

La eficacia de la atención de consultas atendidas mide en qué porcentaje se cumple con las especificaciones de citas programadas.

<b>Inductor</b>	<b>Diseñar y gestionar procesos estratégicos, operativos, apoyo, asesoría y sociabilización.</b>	
	Diseñar y mejorar la eficacia del número de pacientes atendidos en 200 % en el proceso de Consulta Externa.	
<b>M</b>	Indicador	Concentración de consultas
	Frecuencia	Diario - Semanal – Mensual
	Evaluación	<i>Eficacia</i> de Atención Consulta Externa $CE = \frac{No. Total de CE realizadas}{No. Total de CE programadas}$
	Observaciones	La concentración de consultas médicas está enfocada a evaluar el cumplimiento de la atención de pacientes programados.
<b>A</b>	Línea Base LB	823 de 1131 la eficacia del proceso actual es del 73 %
	META	2.548,0
	Punto de Ajuste PA	2.548,0
	Límite de Control	2.548,0

	Superior - LCS	
	Límite de Control Inferior -LCI	2.040,0
<b>R</b>	Estrategia y Beneficio	La implementación de todo el capítulo de diseño.
<b>T</b>	Tiempo	6 meses

**Tabla 17. Objetivos SMART – Eficacia de Atención de Consulta Externa**

**Fuente:** Dirección del Hospital ABC

**Elaborado por:** Ing. Ubaldo Saldarriaga

**Niveles de detalle**

- Consulta Externa
- Especialidad
- Médico

**Responsable:** Departamento de estadísticas – datos el Sistema Hosvital.

**4.1.5.2. La Eficiencia Financiera del Área de Consulta Externa**

La eficiencia financiera del departamento de Consultas Externas mide los resultados de la utilización óptima de los recursos.

<b>Inductor</b>	<b>Diseñar y gestionar procesos estratégicos, operativos, apoyo, asesoría y sociabilización.</b>
-----------------	--

<b>S</b>	Diseñar y mejorar la eficiencia de la utilización de los recursos financieros en 10% en el proceso de consulta externa	
<b>M</b>	Indicador	Eficiencia Financiera de Consultas Externas
	Frecuencia	Diario - Semanal – Mensual
	Evaluación	$\text{Eficiencia Financiera de CE} = \frac{\text{Recursos Presupuestados}}{\text{Recursos Utilizados}} \times 100\%$
	Observaciones	La eficiencia financiera del área de consultas externas enfocada a controlar los recursos financieros.
<b>A</b>	Línea Base LB	Actualmente no se está sacando esta información por lo que no tenemos una línea base

	META	90%
	Punto de Ajuste PA	100%
	Límite de Control Superior - LCS	120%
	Límite de Control Inferior -LCI	80%
<b>R</b>	Estrategia y Beneficio	La implementación principalmente de los puntos críticos de control # 3 control de medicinas y punto de Control # 4 registro de órdenes de laboratorio e imágenes van a contribuir a mejorar la eficiencia financiera. Ver puntos de control del proceso de Consulta Externa página 37.
<b>T</b>	Tiempo	6 meses

**Tabla 18. Objetivos SMART – Eficiencia de atención de Consulta Externa**

**Fuente:** Dirección del Hospital ABC

**Elaborado por:** Ing. Ubaldo Saldarriaga

#### **Niveles de detalle**

- Consulta Externa
- Especialidad

**Responsable:** Departamento de estadísticas – medio de obtención de datos el Sistema Hosvital

Como se menciona en la celda de línea base del objetivo SMART, no se está obteniendo los indicadores de eficiencia de los recursos en los procesos del hospital, por la falta de tecnologías de la información que permitan mantener el control. Actualmente con la implementación de la herramienta HOSVITAL la información financiera puede ser obtenida a través de los centros de costos y comparado con los presupuestos asignados por el Ministerio de Salud Pública.

El objetivo propuesto por la Dirección de Hospital es que exista máximo una desviación del 10 % de lo presupuestado por el Ministerio de Salud Pública y el costo real de la atención de la Consulta Externa.

La combinación de los indicadores de eficacia del proceso, con los indicadores de eficiencia financiera, nos pueden dar una análisis real y la certeza de que las acciones

tomadas dentro de este capítulo y las futuras acciones que tomemos realmente han obtenido los resultados esperados y la consecución del alcance de las metas propuestas.

#### **4.1.6. Recursos**

##### **4.1.6.1. Recursos Humanos e Infraestructura**

El personal de recursos humanos del Hospital ABC y las especialidades con que se cuenta en el área de Consulta Externa es el siguiente:

<b>Sec.</b>	<b>Especialidad</b>	<b># médicos</b>
1	Medicina Interna	2
2	Medicina general	12
3	Cardiología	3
4	Dermatología	1
5	Fisiatría	3
6	Gastroenterología	2
7	Hematología	2
8	Infectología	4
9	Inmuno – alergia	1
10	Nefrología	3
11	Neumología	2
12	Neurología	4
13	Psiquiatría	1
14	Reumatología	1
15	Urología	3
16	Genetista	1
17	Oncología	3
18	Neurocirugía	5
19	Oftalmología	4
20	Otorrinolaringólogo	3
21	Traumatólogo	5
22	Cirugía oncológica	2
23	Pediatría	11
24	Ginecología	10
25	Colposcopia	1
26	Mastología	2
27	Cirugía general	11
28	Cirugía pediátrica	1
29	Cirugía plástica	1
30	Cirugía vascular	1
31	Endocrinología	2
	<b>Total</b>	<b>107</b>

32	Psicología Clínica	4
	<b>Total</b>	108

**Tabla 19. Médicos por Especialidad**

**Fuente:** Talento Humano del Hospital ABC

**Elaborado por:** Ing. Ubaldo Saldarriaga

Los horarios establecidos por el Hospital no son los más adecuados para cumplir con la demanda de servicios. Ver Anexo 2. Horario Consulta Externa.

A continuación se describe el diseño con la propuesta de horarios para la optimización de los consultorios y la solución del problema más grande del Hospital ABC la poca infraestructura para la demanda actual.

**HORARIOS CON EL TOTAL DE HORAS DISPONIBLES DE LUNES A VIERNES**

Cantidad	Consultorio	Carga Horaria	Días	Total	Turno
2	1	26 horas	5	130	7:00 – 13:30 y 13:30 - 20:00
3	2	39 horas	5	195	7:00 – 13:30 y 13:30 - 20:00
2	3	26 horas	5	130	7:00 – 13:30 y 13:30 - 20:00
2	4	26 horas	5	130	7:00 – 13:30 y 13:30 – 20:00
2	5	26 horas	5	130	7:00 – 13:30 y 13:30 - 20:00
3	6	39 horas	5	195	7:00 – 13:30 y 13:30 - 20:00
4	7	52 horas	5	260	7:00 – 13:30 y 13:30 – 20:00
1	8	13 horas	5	65	7:00 – 13:30 y 13:30 - 20:00
2	9	26 horas	5	130	7:00 – 13:30 y 13:30 - 20:00
2	10	26 horas	5	130	7:00 – 13:30 y 13:30 – 20:00
2	11	26 horas	5	130	7:00 – 13:30 y 13:30 - 20:00
2	12	26 horas	5	130	7:00 – 13:30 y 13:30 – 20:00
1	13	13 horas	5	65	7:00 – 13:30 y 13:30 - 20:00
1	14	13 horas	5	65	7:00 – 13:30 y 13:30 - 20:00
2	15	26 horas	5	130	7:00 – 13:30 y 13:30 – 20:00
1	16	13 horas	5	65	7:00 – 13:30 y 13:30 - 20:00
2	17-21	26 horas	5	130	7:00 – 13:30 y 13:30 - 20:00
1	23	13 horas	5	65	7:00 – 13:30 y 13:30 – 20:00
2	18	26 horas	5	130	7:00 – 13:30 y 13:30 - 20:00
1	19	13 horas	5	65	7:00 – 13:30 y 13:30 – 20:00
1	20	13 horas	5	65	7:00 – 13:30 y 13:30 – 20:00

2	21	26 horas	5	130	7:00 – 13:30 y 13:30 – 20:00
1	24	13 horas	5	65	7:00 – 13:30 y 13:30 – 20:00
1	25	13 horas	5	65	7:00 – 13:30 y 13:30 – 20:00
1	26	13 horas	5	65	7:00 – 13:30 y 13:30 – 20:00
5	27	65 horas	5	325	7:00 – 13:30 y 13:30 – 20:00

**Tabla 20. Total de Horas de Lunes a Viernes 3.185 horas**

**Fuente:** Talento Humano del Hospital ABC

**Elaborado por:** Ing. Ubaldo Saldarriaga

HORARIOS CON EL TOTAL DE HORAS DISPONIBLES EL DÍA SÁBADO

Cantidad	Consultorio	Carga Horaria	Total	Turno
49	Todos	6.5	318	7:00 – 13:30 o 13:30 – 20:00

**Tabla 21. Total de horas sábado 318 horas**

**Fuente:** Talento Humanos del Hospital ABC

**Elaborado por:** Ing. Ubaldo Saldarriaga

**Cálculo de capacidad instalada de pacientes**

Total de horas disponibles 3.503 horas semanales de atención en consulta externa. De estos 3.503 por 60 minutos la hora tenemos 210.180 minutos disponibles, los mismos que divididos para el estándar de 15 minutos de atención dan como resultado 14.012 pacientes por semana, esto a su vez dividido para 5,5 días es igual a 2.548 pacientes que se atenderían de manera diaria en el Hospital ABC.

**Cálculo de número de médicos**

Para poder ejecutar esta capacidad instalada de 3503 horas semanales requeridas dividido para el total de horas de consultas que serian  $6.5 * 5 = 32,5$  horas de atención, nos da que se requieren 108 doctores, que es igual a la cantidad actual de doctores que se tiene por Consulta Externa, por lo que con este modelo no se requiere contratar más doctores sino establecer la jornada de 40 horas de trabajo semanal.

**Nota:** Los turnos para el personal médico y paramédico serán de 6,5 horas para atención con consulta de pacientes, quedando una hora y media para labores administrativas (reuniones, reportes, etc.) y personales (necesidades fisiológicas).

**Turnos 1** 7:00 hrs. a 13:30 hrs. de lunes a sábado.

**Turnos 2** 13:30 hrs. a 20:00 hrs. de lunes a viernes.

Con esta medida en los horarios se busca incrementar el número de pacientes que se atienden diariamente, optimizando una de las carencias más grandes del Hospital ABC la limitada infraestructura que no abastece a la demanda actual, con esta disposición se estaría incrementando la capacidad instalada de 1.131 pacientes diarios a un total de 2.548 pacientes que se atienden diariamente, el incremento de la atención sobrepasa el doble por lo que estaría aumentando en 125% la cantidad de pacientes sin gastar un centavo en desarrollo de infraestructura por lo que se constituye en una solución muy atractiva y rápida de implementar.

Cabe mencionar que el sentido de los cálculos buscan mantener siempre operativos la infraestructura construida con relación a los consultorios de Consulta Externa de Lunes a Viernes de 7:00 a 20:00 hrs. y el día sábado de 7:00 a 13:00 por lo que la distribución se debe siempre cumplir en horarios que están acorde a las leyes del Ministerio de Relaciones Laborales amparadas en la Constitución de la República del Ecuador de 40 horas semanales, ya la distribución dependerá de la propuesta específica que debe presentar el líder del área, no sin antes mencionar que podrán ser combinadas las horas de quirófano en el caso de los cirujanos y las horas de paso de visita para los que tengan a cargo ambientes de hospitalización, y con horas administrativas para los que sean responsables de unidades, pero lo que se debe cumplir una regla fundamental, es el respeto de los turnos asignados durante el día en los horarios mencionados y que no se podrá realizar combinación de funciones, es decir el día de consulta externa no podrán tener turnos de visitas a hospitalización, ni programar cirugías.

#### **4.1.7. Equipos**

El hospital contará para funcionar con el sistema HOSVITAL y una nueva infraestructura tecnológica que soporta el diseño propuesto, pero cuya implementación

de este trabajo fue bajo contrato y la responsabilidad de automatización pertenece al proveedor. No obstante este trabajo se soporta para el diseño de gestión en las tecnologías de información propuestas en este software, por lo tanto los procesos están definidos al uso de las bondades tecnológicas brindadas por el mismo.

Los problemas con relación a los activos fijos en general son diversos y se los va a mencionar dentro de este punto, no obstante el diseño del manejo de activos fijos corresponde a el proceso mencionado que tendrá que ser definido en su momento por el hospital ABC, a fin de garantizar los bienes y su uso para poder servir de una mejor manera a la comunidad.

En primer lugar no existe un inventario de los activos fijos que se encuentre al día, pero que no han sido auditados desde hace varios años y podría no encontrarse el bien o algunas de sus partes.

La codificación, asignación y registro de los activos a un sistema no existe, todo es manual y pero aún no están asignados a usuarios responsables.

Lo mismo sucede al momento de realizar un mantenimiento a cualquier activo, como no existe un usuario asignado a cuidar el bien y que se responsabilice de estar pendiente que los activos funcionen adecuadamente y tampoco existe dentro del departamento de mantenimiento quien realice los informes técnicos para garantizar y supervisar, el mantenimiento realizado por el proveedor.

Tampoco se lleva un registro de las garantías ofrecidas por el fabricante o laboratorios autorizados por lo que este rubro se pierde en todos los casos.

Como medida complementaria a la utilización del módulo de Activos Fijos urge como necesidad la definición de los procedimientos de Activos Fijos, situación que no está incluida ya que forma parte de otro proceso.

#### **4.1.8. Diseño y Tecnología**

En la parte del diseño informático que soporta el sistema está dado por el software HOSVITAL que es externo.

El diseño administrativo utilizado para el diseño y desarrollo tiene como pilar fundamental el modelo de gestión por procesos y el cumplimiento de los requisitos de

un sistema de gestión de calidad ISO 9001, que estén asociados a los procesos principalmente que puedan servir como un avance a dicho sistema que se puede implementar más adelante.

#### **4.1.9. Ambiente**

El diseño en sí mejora los procesos de Consulta Externa y Emergencia por lo que mejora el ambiente tanto interno como de cara al cliente externo, ya que se reducen los tiempos de atención, el uso de control de citas elimina el malestar de estar a las 5 de la mañana haciendo cola fuera del hospital para ser atendido, con el control de citas el paciente reserva su turno y deberá llegar 30 minutos antes para abrir la historia clínica sino la tuviere y confirmar su cita en el departamento de estadísticas, ver 4.1.3. Descripción del proceso de Consulta Externa en este capítulo, página 36.

#### **4.1.10. Documentos**

El sistema mejora de gran forma el uso de documentos y de registros principalmente para sus operaciones, pero adicionalmente como complemento a esta acción el modelo presentado de gestión por procesos será el que complemente y sirva para herramienta de análisis y mejora continua de los procesos del Hospital ABC, para ello la normalización y definición de documentos y registro como el que se ha hecho a lo largo de este trabajo y adicionalmente se sugiere también normar y generar la siguiente documentación y registros:

##### **4.1.10.1. Normas y Registros**

Todos los Servicios de Consulta externa deberán tener aprobada e implementada la siguiente normatividad y registros:

- Manual de Organización
- Manual de Funciones con el respectivo perfil del cargo.
- Instructivo de los procesos técnico administrativos del Servicio de Consulta Externa.
- Manual de los Procedimientos Administrativos más frecuentes
- Manual de los Procedimientos Médicos (Protocolos Médicos)
- Guías de los Daños más frecuentes.

- Registro de Indicadores de Producción, Eficiencia y Calidad.

#### **4.1.11. Comunicaciones**

Las comunicaciones dentro del hospital son uno de los principales inconvenientes, ya que todo se realiza de forma manual a través del uso de Memos y Oficios que no en todos los casos son versátiles, de gran utilidad y necesarios por lo que al estar ya implementado el Hardware necesario en todo el hospital se necesita implementar una cultura de uso del email / correo electrónico interno claro, definiendo cuando es apropiado y cuando no, su uso.

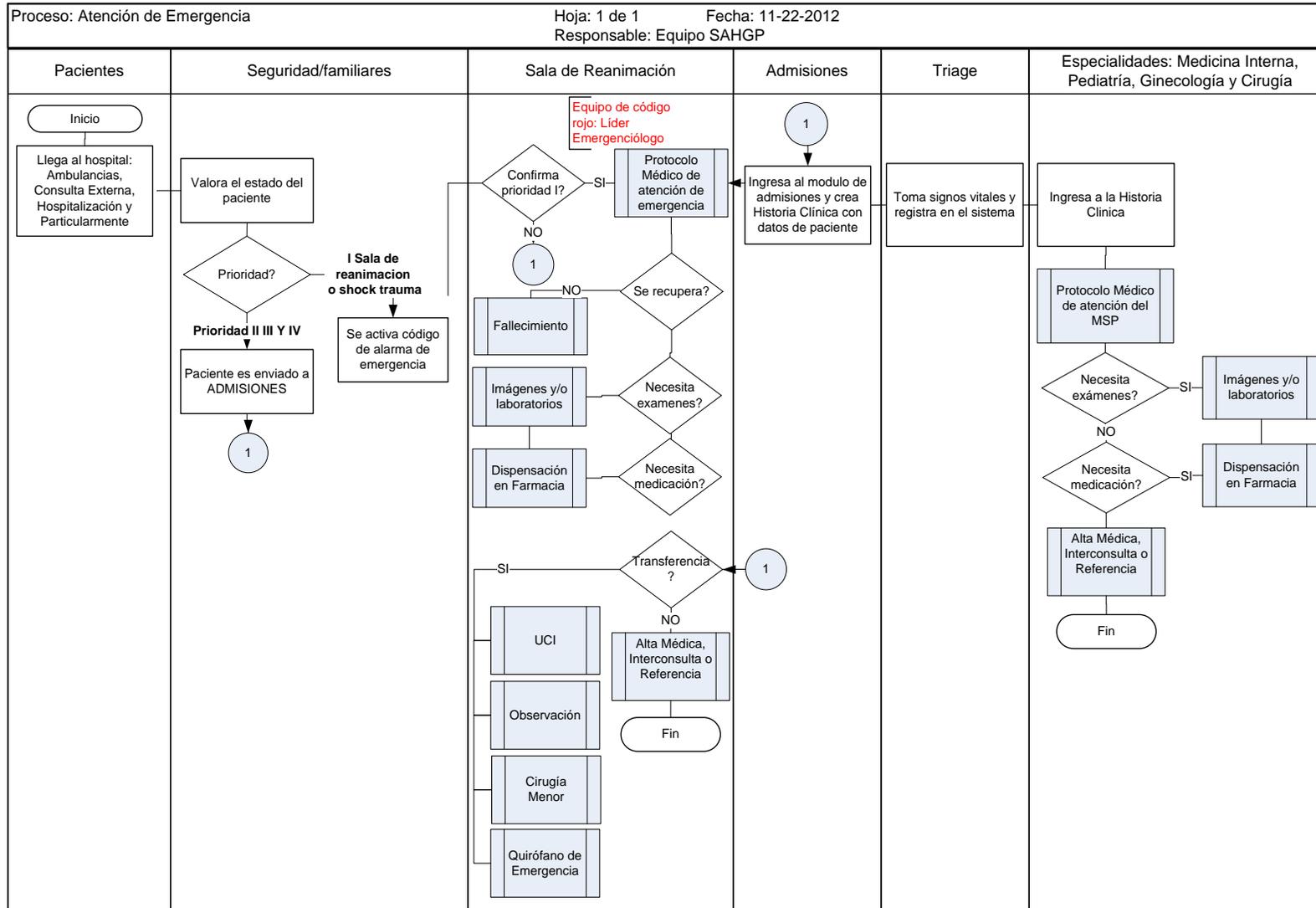
#### **4.1.12. Económicos**

La gerencia Hospitalaria debe estar comprometida con la Calidad del servicio por lo que asignará los recursos económicos necesarios que garanticen la calidad del servicio al usuario.

En relación a este punto creemos que se destinan los recursos pero no son utilizados eficientemente, por lo que para controlar se debe tomar como modelo de procesos este trabajo.

### **4.2. Proceso de Emergencia [3]**

#### **4.2.1. Diagrama de Flujo de Proceso**



**Figura 9. Proceso de Emergencia**

## **4.2.2. Políticas Generales**

### **4.2.2.1. Del Ingreso de Pacientes**

1. El área de Emergencia está obligada a brindar atención médico quirúrgica a toda persona *en situación de emergencia* (según la Ley General de Salud).
2. Todo paciente que llega al servicio de emergencia, debe ser admitido y atendido integralmente, posteriormente se procederá a referirlo a otro Centro Asistencial si el caso lo amerita.
3. La determinación de la condición de emergencia médica es realizada por el profesional médico encargado de la atención, bajo responsabilidad.
4. Luego del ingreso, el Triage es la primera área donde el paciente debe ser atendido y evaluado.
5. El médico que brinda atención médica a una persona por herida de arma blanca, herida de bala, accidente de tránsito o por causa de otro tipo de violencia que constituya delito perseguible de oficio o cuando existan indicios de aborto criminal, está obligado a poner el hecho en conocimiento de la autoridad competente.

### **Recepción**

6. La recepción y orientación de los usuarios se realizará a través del personal de apoyo, en coordinación con los servidores de Admisión y Triage.
7. A la recepción de un paciente en situación de emergencia, el personal de vigilancia facilitará el ingreso al Servicio o área de Emergencia de un familiar o acompañante de acuerdo a la necesidad.
8. Las camillas y sillas de ruedas permanecerán en la entrada del Servicio o área de Emergencia para un rápido traslado del paciente, la Enfermera jefe designará al personal de apoyo responsable de esta área.

9. El acceso al Servicio o área de Emergencia debe ser directo y libre de obstáculos, con señalizaciones claras.

### **Admisión**

10. Luego de ser evaluado en el Triage, el paciente será derivado al área correspondiente. Si se tratara de un caso crítico, el familiar o acompañante realizará los trámites respectivos en la Admisión.
11. El área de Admisión se encarga de la identificación y verificación del paciente, de acuerdo a las normas institucionales vigentes.
12. Cuando el paciente es referido, se debe verificar de acuerdo a la Norma técnica de Referencia y Contra referencia vigente.

### **Pacientes con SOAT.**

13. La atención de Emergencia se otorgará en el Hospital mientras subsista el estado de gravedad que motivó el ingreso. Así mismo, de acuerdo a la complejidad del daño se procederá a referirlo a otro establecimiento si fuera necesario.

## **4.2.2.2. De la Atención de Pacientes**

14. El Médico Emergenciólogo Jefe de Guardia definirá el rol y los responsables de las diferentes áreas de la Emergencia por turnos debiendo publicarlo en cada área para conocimiento.

## **4.2.2.3. Triage**

15. El profesional de salud encargado del Triage, realiza el control de las funciones vitales del paciente y determina la prioridad del daño del mismo, a fin de derivarlo al área correspondiente de acuerdo al Protocolo del Triage:

– Prioridad I a Sala de Reanimación o Shock Trauma.

- Prioridad II a Tópico de Emergencia II.
- Prioridad III a Tópico de Emergencia III.
- Prioridad IV a Consulta Externa u otros servicios ambulatorios.
- Prioridad V a Consulta Externa u otros servicios ambulatorios.

## **LISTA DE DAÑOS SEGÚN PRIORIDAD**

Se enumeran las patologías más frecuentes relacionadas con cada una de las Prioridades establecidas en el Triage: Ver anexo 3: Motivo de Consulta-Triage.

16. El profesional de salud encargado del Triage, estará permanentemente en coordinación con el Médico Emergenciólogo Jefe de Guardia o quien esté programado como responsable.
17. En el área Triage se activará el código de alarma de emergencia ante la llegada de un paciente de Prioridad I, para que el equipo de reanimación se constituya en el acto, en la Sala de Shock Trauma.

### **Sala de Reanimación (Shock Trauma)**

18. La atención en este ambiente se realiza por un equipo multidisciplinario, liderado por el Médico Emergenciólogo responsable del área.
19. El tiempo de permanencia del paciente en la Sala de Shock Trauma, debe ser estrictamente necesario, hasta conseguir la estabilidad del paciente que permita su traslado a otro Servicio que corresponda, para su tratamiento definitivo.
20. Todo traslado del paciente a otra área o Servicio será indicado por el Médico tratante, así también determinará al personal encargado del traslado de acuerdo al estado del paciente y previa coordinación con el área de destino.

### **Tópico de Emergencia II**

21. Los pacientes con daños de prioridad II, permanecerán en éste Tópico el tiempo suficiente para definir su destino final, que podría ser: Hospitalización, Centro

Quirúrgico, Sala de Observación, referencia a otro Centro Asistencial o Alta Médica.

22. La atención del paciente será registrada en todos sus aspectos en la denominada Historia Clínica de Emergencia, debiendo constar la firma y el sello del Médico asistente responsable e ingresado en el software Hospitalario.
23. En aquellos servicios donde no se cuente con soporte informático, los pacientes atendidos serán registrados en el parte diario de atención donde quedará consignados los siguientes datos: fecha, hora, nombre, edad, documento de identidad, número de registro o seguro, diagnóstico, tratamiento, destino, nombre y firma del Médico tratante.
24. El Médico tratante determinará el traslado y continuidad del tratamiento del paciente en el área respectiva, previa comunicación.

### **Sala de Observación**

25. El ingreso de todo paciente a Sala de Observación implica la máxima coordinación entre el personal médico y el de enfermería que traslada y recibe al paciente, debe ingresar con Historia Clínica de Emergencia haciendo énfasis en el motivo de ingreso, estado actual, tratamiento u otros datos clínicos de importancia, con la finalidad de asegurar la atención integral y continua del mismo.
26. A los pacientes de mayor riesgo se les ubicará físicamente cerca a la Estación de Enfermería.
27. La periodicidad de evaluación de los pacientes se realizará de acuerdo a su estado clínico, debiendo como mínimo tener dos evaluaciones por turno. Los resultados serán registrados en las notas de evolución e incluirán el estado actual, apreciaciones diagnósticas y comentarios respectivos en concordancia con los resultados de los exámenes solicitados; así como apreciaciones de las respuestas terapéuticas.
28. La estancia del paciente en la Sala de Observación está en relación directa a la decisión médica de acuerdo a la evolución de su estado de salud. El paciente no

debe permanecer por un tiempo mayor de 12 horas para prioridad I y de 24 horas para prioridad II.

29. Cuando no exista el soporte informático, la Enfermera encargada de Sala de Observación, debe registrar todos los pacientes que ingresan y egresan de Sala de Observación, consignando en el Libro de Registro: fecha y hora de ingreso y egreso, nombre del paciente, edad, sexo, número de registro o seguro, diagnóstico, destino, médico que indicó el ingreso y el egreso.

### **Tópico de Emergencia III**

30. La atención de pacientes categorizados como prioridad III, se realiza en el Tópico de Emergencia III y se registrará a través del sistema, donde queda consignado los siguientes datos: fecha, hora, nombre, edad, documento de identidad, número de registro o seguro, diagnóstico, tratamiento, destino, nombre y firma del Médico tratante.

### **Interconsulta**

31. En caso de requerirse la opinión de otro especialista, el Médico Emergenciólogo tratante solicita una interconsulta, registrando la cita médica y la orden a través de la Historia Clínica, la fecha y hora en que solicitó la interconsulta, precisando el diagnóstico, el motivo de la evaluación y la especialidad requerida.

32. La respuesta del especialista solicitado debe ser realizada en un tiempo no mayor a los 30 minutos de generada.

33. La interconsulta solicitada por el Servicio o área de Emergencia, tiene prioridad de atención y debe ser contestada inmediatamente al ser recibida por el especialista requerido.

### **Junta Médica**

34. En caso de indeterminación diagnóstica o discrepancia terapéutica médica ó quirúrgica respecto a un paciente, el Médico tratante solicitará una Junta Médica, haciendo de conocimiento del Jefe de Guardia.
35. La Junta Médica es presidida por el Jefe de Guardia, quien designa y convoca a los Médicos asistentes de las especialidades afines al caso.
36. La realización de la Junta Médica deberá quedar consignada en la Historia Clínica, registrándose: la fecha, hora, objetivo de la convocatoria, conclusiones y recomendaciones a seguir y la firma de todos los participantes.

### **Información**

37. El área de Emergencia debe contar con normas definidas respecto al otorgamiento de información y visita de familiares, de acuerdo a las características climatológicas y culturales de esta localidad. Deben estar publicadas y expuestas en lugares visibles, para conocimiento del paciente y familiares responsables o acompañantes, al ingreso del Servicio o área.
38. El paciente que se atiende en el Servicio o área de Emergencia tiene derecho a recibir información oportuna, previo a todo acto o procedimiento diagnóstico o terapéutico a realizarle. Si el paciente se encuentra inconsciente, es menor de edad o tiene problemas de salud que impidan la correcta toma de decisiones, la información se pondrá en conocimiento del familiar directo ó representante legal.
39. El familiar directo o representante legal del paciente será informado por el Médico tratante o por el Jefe de Guardia acerca de la situación del paciente, inmediatamente después de la atención en cualquiera de las áreas del Servicio de Emergencia.
40. Para los pacientes hospitalizados en Sala de Observación, se fija como mínimo tres horas por día para la información médica. Para los casos de pacientes críticos, la información al familiar directo o representante legal se realizará todas las veces

que el caso lo amerite. El ingreso a la Sala de Observación del familiar responsable será en los horarios establecidos por este Centro Asistencial y de acuerdo al estado del paciente.

41. Si el paciente o representante legal no autoriza la realización de procedimientos o medidas terapéuticas que sean indispensables para la vida del paciente, el Jefe de Guardia notificará a la autoridad judicial competente.

#### **4.2.2.4. De los Servicios de Apoyo**

##### **Exámenes Auxiliares**

42. La Emergencia debe contar permanentemente con oferta de servicios de Ayuda al Diagnóstico que aseguren atención inmediata, y de acuerdo a su nivel de complejidad estos servicios deben estar muy cerca o dentro del área de Emergencia.
43. Las solicitudes de exámenes auxiliares deben emitirse la orden a través del sistema y registrar: fecha, hora, nombre del paciente, edad, sexo, número de registro o seguro, diagnóstico.
44. Los resultados de laboratorio se expiden en el menor tiempo posible y deberán incluir valores normales y sus unidades respectivas. Una vez obtenido el resultado debe ser inmediatamente entregado enviados mediante el sistema al médico tratante, quién consultara en la Historia Clínica el resultado comentado.
45. Solicitado un examen de imágenes, el paciente será trasladado por el personal de salud designado, de ser el caso irá acompañado del Médico tratante, de acuerdo a la gravedad del paciente. El Médico responsable debe reportar a través del sistema en la Historia Clínica del paciente, el informe del examen de imágenes realizado, así como el número de registro.
46. El archivo de placas radiográficas debe mantenerse accesible al personal de salud las horas del día. Los responsables impartirán la directiva correspondiente.

47. El Jefe del Servicio de Emergencia es responsable de supervisar el uso racional de exámenes auxiliares en emergencia, estableciendo para ello los mecanismos necesarios de coordinación, control y evaluación.

#### **Archivo de Historia Clínica**

48. A pedido del Médico tratante, el área de Archivo e Historia Clínica provee la Historia Clínica del paciente. La solicitud se realiza inmediatamente decidida la hospitalización.

49. El paciente con indicación de internamiento, debe hacerlo con la Historia Clínica a través del sistema Hospitalario.

### **4.2.2.5. Del Egreso de Pacientes**

#### **Sala de Operaciones**

50. Cuando exista indicación de intervención quirúrgica, el paciente o representante legal debe firmar el Formulario “Consentimiento Informado”. En ausencia del representante legal o incapacidad del paciente para realizarlo, si la intervención quirúrgica es de alta prioridad la indicación será dada por una Junta Médica de Emergencia. (En emergencia, está exceptuado de este requisito).

51. La determinación de la prioridad para la intervención de pacientes quirúrgicos de emergencia y uso de la Sala de Operaciones, la realiza el Jefe de Guardia previa coordinación con el Jefe de Equipo de Cirugía de Guardia. Ante la eventualidad de cirugías de emergencia simultáneas, se habilitarán Salas de Operaciones adicionales.

52. En caso que el paciente o representante legal no autoriza la realización del acto quirúrgico y tratándose de una intervención de emergencia, se comunicará a un representante del Ministerio Público para dejar expeditas las acciones a que hubiere lugar en salvaguarda de la vida y la salud del paciente. Además es necesario que el

paciente y familiar responsable firmen el formulario “Exoneración de Responsabilidad”.

53. Si el paciente en el área de Emergencia tiene indicación de intervención quirúrgica, deberá ser preparado por el personal de enfermería del área donde se decidió el acto (Sala de Reanimación, Tópico de Emergencia, Sala de Observación), y se efectúa conservando la privacidad y pudor del paciente.
54. El paciente que es derivado a Sala de Operaciones no deberá retornar al Servicio o área de Emergencia en la etapa Post-Operatoria.

### **Ingreso a Servicios de Hospitalización**

55. El ingreso de un paciente del Servicio o área de Emergencia en otro servicio (Unidad de Cuidados Intensivos, Servicios de Internamiento), se realiza previa coordinación con el servicio de destino, informándose sobre la situación del paciente y motivo de ingreso, debe portar la Historia Clínica de Emergencia y la antigua Historia si la tuviera.
56. De acuerdo a su estado, el paciente será trasladado, además de la Enfermera y Camillero, en compañía del Médico tratante.
57. Los pacientes hospitalizados en Servicios de Internamiento no deben retornar al área de emergencia durante su permanencia en la institución.
58. Los pacientes del servicio de emergencia tendrán prioridad para la hospitalización, pudiendo implementarse medidas de contingencias intra hospitalarias cuando la demanda excede la oferta del Servicio de Emergencia.

### **Referencia**

59. La referencia del paciente en situación de emergencia a otro Centro Asistencial se realiza de acuerdo a criterios de oportunidad, accesibilidad y capacidad resolutive del Centro Asistencial de destino. En las primeras 24 horas luego de ser referido el

paciente, se remitirá a la Unidad Funcional de Referencia y Contra referencia los Formularios de referencia para el registro y trámite correspondiente.

60. La referencia es coordinada entre los Jefes de Guardia de los Centros Asistenciales de origen y destino, teniendo en cuenta las redes locales de los Servicios de Emergencia.
61. Solicitada la referencia, el paciente será trasladado por el personal de salud designado, de ser el caso irá acompañado del Médico tratante, de acuerdo a la gravedad del paciente.
62. La referencia debe estar acompañada por una Epicrisis donde figuren datos de Filiación, breve resumen de la Historia Clínica, examen físico completo, diagnósticos establecidos al momento de la Referencia, tratamientos efectuados, así como los resultados originales de exámenes auxiliares de laboratorio e imágenes. Toda la documentación será entregada al personal responsable del traslado del paciente.
63. Una copia del formulario de Referencia se enviará a la Unidad Funcional de Referencia del Centro Asistencial para las acciones correspondientes.

#### **Determinación de Alta**

64. La fecha y hora de Alta, las indicaciones y recomendaciones médicas, así como la hora en que el paciente se retira del Servicio o área de Emergencia, deben quedar registrados en la Historia Clínica del software hospitalario.
65. El Médico tratante explicará al paciente y/o familiar responsable los aspectos relacionados con su auto cuidado y le entregará el formulario de Alta, indicaciones médicas y descanso medico correspondiente, si el caso lo amerita.
66. Dentro de las 24 horas siguientes al Alta se devuelve la Historia Clínica y placas radiográficas del paciente al área de Archivo correspondiente, debiendo registrar dicha acción en un cuaderno de cargos.

67. Cuando el paciente requiera continuar la atención ambulatoria, se debe dar la orientación y documentación respectiva.
68. En caso de Retiro Voluntario o solicitado, el Médico tratante informará al paciente y/o familiares sobre el estado de salud y los riesgos de su condición clínica. Si se tratara de un paciente con un alto riesgo y bajo estas condiciones, el pedido de retiro se deberá comunicar a la autoridad competente, ante cuya presencia se procederá. Antes del retiro voluntario, el paciente o su representante legal, firmará el documento correspondiente.

### **Constancia de Atención**

69. La Constancia de Atención es emitida por el Médico tratante, en ella consta los nombres y apellidos del paciente, fecha y hora de atención, diagnóstico, firma y sello respectivo.
70. La Constancia de Atención se debe consignar en la Historia Clínica o en el Libro de Registro.

### **Fallecimiento**

71. En caso de ocurrir un fallecimiento y de producirse alguna de las causales establecidas en la normatividad legal vigente, se procederá a solicitar necropsia de ley.
72. Si existiera en los Registros Médicos información que explique que el fallecimiento es producto del proceso evolutivo de una enfermedad ya diagnosticada, es procedente extender el Certificado de Defunción.
73. Cuando en los Registros Médicos del Centro Asistencial no exista información del fallecido, el médico tratante, que puede o no ser de la Institución, puede apersonarse y extender el Certificado de Defunción, el mismo que será considerado válido en toda su extensión.

74. En caso de muerte por actos de violencia, el Jefe de Guardia comunica a la Policía Nacional para la necropsia de ley. En estos casos el Certificado de Defunción será emitido por los médicos que realizan la necropsia.

#### **4.2.2.6. De los Registros o del Reporte**

75. Los Jefes de Servicio y los Médicos Jefes de Guardia son responsables de realizar el informe basado en datos estadísticos, perfiles epidemiológicos e indicadores, que reflejen la calidad de servicios médicos brindados. Estos deben ser remitidos a la instancia superior.

76. En caso de falta de soporte informático, se debe registrar en el Libro de Registros o en el Parte Diario: la fecha y hora de atención, nombre del paciente, edad y sexo, documento de identidad, dirección domiciliaria, diagnóstico de ingreso, diagnóstico, prioridad de atención, nombre del Médico y destino, de todos los pacientes atendidos. Se registra con letra legible evitando borrones y enmendaduras.

77. En cada cambio de turno se debe realizar la entrega de Guardia, a través de un reporte verbal y escrito de los pacientes que quedan en Sala de Observación, Tópicos de Emergencia y otras áreas del Servicio o área de Emergencia; el reporte debe realizarlo el Médico responsable de cada área al Médico que ingresa.

#### **4.2.3. Descripción del Proceso de Emergencia**

##### **Admisión - Triage**

1. Paciente es registrado en emergencia-admisión
2. Toman los signos vitales y su motivo de consulta
3. Valora en base a esta información el motivo de consulta en base a la prioridad I, II, III, IV.

##### **Doctores de emergencia**

4. Verifica que tipo de atención es en base a la prioridad.

- 4.1 Si no es una atención prioritaria catalogada dentro de la atención de emergencia envía registra cita a consulta externa.
5. Paciente pasa a consulta externa para ser atendido según prioridad en Historia Clínica a través del sistema.
6. Según el caso envía las órdenes médicas para: cirugía, orden de laboratorio, orden radiológica, farmacia y apoyo terapéutico.

### **CIRUGÍA**

7. Programación de cirugía y asignación de sala por medio del sistema.
8. Solicita insumos quirúrgicos.
9. Realiza la operación y descarga insumos médicos.
10. Anestesiólogo registra el record de anestesia.
11. Realiza la orden del Proceso de Hospitalización

### **ORDEN DE LABORATORIO Y RADIOLÓGICOS**

12. Realiza proceso y adjunta resultados en el sistema HC.
13. Pasa a consulta y verifica resultados, dependiendo de eso puede derivar a una orden de cirugía (ver actividades de cirugía), farmacia y apoyo terapéutico.

### **FARMACIA**

14. Realiza dispensación de medicamentos.
15. Despacha medicinas por farmacia de emergencia.

### **APOYO TERAPÉUTICO**

16. Ver proceso de apoyo terapéutico.

#### 4.2.4. Puntos de Control del Proceso de Emergencia

REFERENCIA DE LA ACTIVIDAD	PUNTO DE CONTROL INTERNO		RIESGO	TIPO DE CONTROL	FRECUENCIA	ALCANCE	EVIDENCIA
	ID	DESCRIPCIÓN					
Asistencia del personal médico de Emergencia en base a los horarios asignados	1	Asegurar el cumplimiento del horario de atención al público.	No cumplir con los estándares de atención propuesta, mala atención y protestas de los usuarios.	Manual	Revisión mensual	Total	Sistema de Marcación Biométrico. Verificación aleatoria de Asistencia en Consultorios durante su jornada de trabajo en base al listado de de horarios creados en el sistemas HOSVITAL y firma de Registro.
Atención a pacientes	2	Asegurar que se haya dado una atención adecuada al paciente de acuerdo a sus necesidades.	Existen riesgos de una atención no adecuada y aplicación de malos protocolos médicos.	Manual	Revisión mensual	Total	Sistemas Hosvital – Historia Clínica Medica Verificar Diagnostico vs. Medicinas, Exámenes y Servicios Radiológicos.
Atención a pacientes en base a las prioridades definidas	3	Asegurar que se haya dado una atención adecuada en base a las prioridades asignadas por motivo de consulta	Existen riesgos de una atención no adecuada y dejar de atender a pacientes en estado más grave.	Manual	Revisión mensual	Total	Sistemas Hosvital – Historia Clínica Medica Verificar los tiempos de espera desde el ingreso al Triage y su atención.
Registro de órdenes de laboratorio e imágenes	4	Asegurar que se optimicen los recursos de imágenes y laboratorios	Existen riesgo de enviar exámenes innecesariamente con el respectivo despilfarro de recursos	Manual	Revisión mensual	Total	Sistemas Hosvital – Verificar el Diagnostico vs. Los exámenes y Servicios Radiológicos.
Control de Medicinas	5	Asegurar que se recete los medicamentos en base a los Diagnósticos Médicos.	Existen riesgos de desabastecer la farmacia de emergencia por el robo de medicamentos	Manual	Revisión mensual	Total	Sistemas Hosvital – Obtener un ranking de los medicamentos más caros con los médicos y diagnósticos, a fin de investigar los casos.

**Tabla 22. Puntos de Control del Proceso – Emergencia**

**Elaborado por:** Ing. Ubaldo Saldarriaga

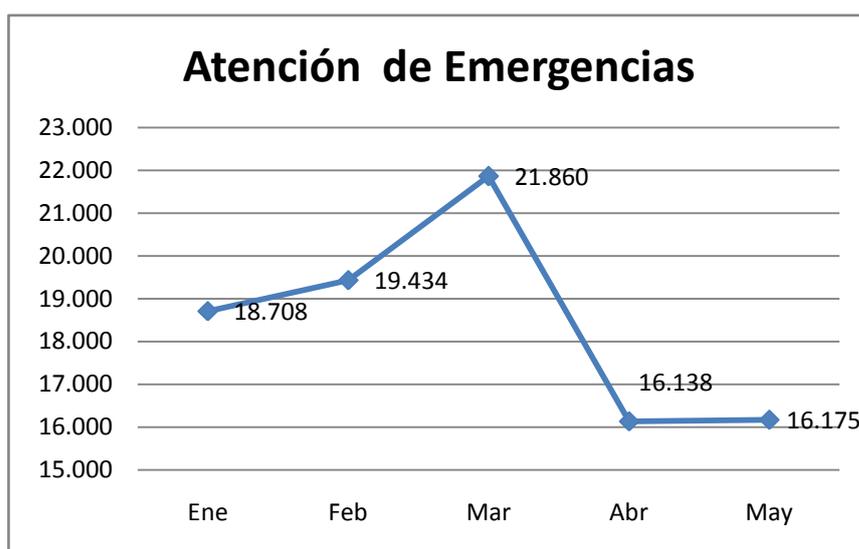
### 4.2.5. Indicadores [1] [5]

Los indicadores que se establecieron de vital importancia evaluar son los siguientes:

#### 4.2.5.1. La Eficacia de la Atención de Emergencia

Año	Mes	Atención de Emergencias
2011	Ene	18,708
2011	Feb	19,434
2011	Mar	21,860
2011	Abr	16,138
2011	May	16,175

18,463



	Situacion Actual	Diseno Propuesto
Especificación	18463.00	16617.0
Tolerancia ± 10%	1846.00	1662.0
Media	18463.00	-
Desviación Estándar	2407.44	-
Cp	0.26	-
LCS	20309.00	18279.0
LCI	16617.00	14955.0
ANCHO DE BANDA	3692.00	3324.0
LCSN	73852.00	
LCIN	11240.68	

Tabla 23. Definición de Límites de Control Emergencias

Fuente: Departamento de estadísticas del hospital ABC

Elaborado por: Ing. Ubaldo Saldarriaga

**Descripción de los cálculos realizados**

De la capacidad instalada del hospital, tanto en infraestructura, insumos, recursos humanos, etc, obtenemos que el total de emergencias atendidas en promedio es de 18.463, para lo cual hemos considerado este valor de la especificación un  $\pm 10\%$  de lo cual obtenemos un total de 20.309 consultas en el límite superior y de 16.617 consultas en el límite inferior. Para determinar si el proceso es capaz de cumplir con las especificaciones definidas en el cuadro 24 Definición de Límites de Control de Emergencias. Utilizamos la fórmula:

$$C_p = \frac{LCS - LCI}{6\sigma}$$

Donde obtenemos como resultado  $C_p = 0,26$  lo cual indica que el proceso no es capaz de cumplir las especificaciones establecidas.

En el diseño propuesto las nuevas especificaciones se marcan en base a la propuesta la implementación de un TRIAGE de emergencia para derivación adecuada de pacientes, que busca entre otras cosas evitar la duplicidad de atenciones y eliminar las atenciones que no pertenecen al servicio de emergencias. Ver en este capítulo 4.2.3 Descripción del proceso de Emergencia donde el Límite de Control Superior  $LCS = 18.279$  Especificación = 16.617 y el límite de control inferior  $LCI=14.955$  con un ancho de banda de 3.324 pacientes.

El número de consultas de emergencia mide la eficacia de la atención de consultas atendidas tomando como punto de ajuste el promedio de los datos de los primeros meses del año 2011.

<b>Inductor</b>	<b>Diseñar y gestionar procesos estratégicos, operativos, apoyo, asesoría y sociabilización.</b>
-----------------	--

<b>S</b>	Diseñar y reducir el número de atenciones en base a un TRIAGE eficiente en 10 % en el proceso de emergencia	
<b>M</b>	Indicador	Concentración de consultas
	Frecuencia	Diario - Semanal – Mensual
	Evaluación	Eficacia de consultas emergencia s = $\frac{\text{No. de consultas emergencia s}}{\text{Promedio de consultas emergencia s}}$

	Observaciones	La concentración de consultas médicas está enfocada a evaluar el cumplimiento de la atención de pacientes atendidos en base al promedio de atención mensual.
<b>A</b>	Línea Base	18.279
	META	(-10% LB) 16.617
	Punto de Ajuste	14.955
	Límite de Control Superior – LCS	18.279
	Límite de Control Inferior - LCI	14.955
<b>R</b>	Estrategia y Beneficio	La implementación de todo el capítulo de diseño
<b>T</b>	Tiempo	6 meses

**Tabla 24. Objetivos SMART – Eficacia de Emergencia**

**Fuente:** Dirección del Hospital ABC

**Elaborado por:** Ing. Ubaldo Saldarriaga

**Niveles de detalle**

- Emergencia
- Especialidad
- Médico

**Responsable:** Departamento de estadísticas – medio de obtención de datos el Sistema Hosvital

**VER ANEXO 1. EMERGENCIA INDICADOR**

**4.2.5.2. La Eficiencia Financiera del Área de Emergencia**

La eficiencia financiera del departamento de emergencia mide los resultados de la utilización óptima de los recursos.

<b>Inductor</b>	<b>Diseñar y gestionar procesos estratégicos, operativos, apoyo, asesoría y sociabilización.</b>	
<b>S</b>	Diseñar y mejorar la eficiencia de la utilización de los recursos financieros en 10% en el proceso de emergencia	
<b>M</b>	Indicador	Eficiencia Financiera de Emergencia
	Frecuencia	Semanal – Mensual
	Evaluación	$\text{Eficiencia Financiera Emergencia} = \frac{\text{Recursos Pres.}}{\text{Recursos Utiliz.}} \times 100\%$
	Observaciones	La eficiencia financiera del área de emergencia está enfocada a controlar los recursos financieros.
<b>A</b>	Línea Base LB	Actualmente no se está sacando esta información por lo que no tenemos una línea base
	META	90%
	Punto de Ajuste PA	100%
	Límite de Control Superior - LCS	120%
	Límite de Control Inferior - LCI	80%
<b>R</b>	Estrategia y Beneficio	La implementación de los puntos de control 4 Registro de Ordenes de Laboratorio e Imágenes y el punto de control # 5 Control de Medicinas van a contribuir a mejorar la eficiencia financiera.
<b>T</b>	Tiempo	6 meses

**Tabla 25. Objetivos SMART – Eficiencia Financiera Emergencia**

**Fuente:** Dirección del Hospital ABC

**Elaborado por:** Ing. Ubaldo Saldarriaga

**Niveles de detalle**

- Emergencia
- Especialidad

**Responsable:** Departamento de estadísticas – medio de obtención de datos el Sistema Hosvital

Como se menciona en la celda de línea base del objetivo SMART, no se está obteniendo los indicadores de eficiencia de los recursos en los procesos del hospital, por la falta de

tecnologías de la información que permitan mantener el control. Actualmente con la implementación de la herramienta HOSVITAL la información financiera puede ser obtenida a través de los centros de costos y comparado con los presupuestos asignados por el Ministerio de Salud Pública.

La combinación de los indicadores de eficacia del proceso, con los indicadores de eficiencia financiera, nos pueden dar una análisis real y la certeza de que las acciones tomadas dentro de este capítulo y las futuras acciones que tomemos realmente han obtenido los resultados esperados y la consecución del alcance de las metas propuestas.

#### **4.2.6. Recursos Humanos e Infraestructura**

Los Hospitales deben contar con Servicios de Emergencia que funcionen las 24 horas del día durante los 365 días del año. De acuerdo a su complejidad y demanda contarán con mayor número de especialistas programados.

El Área de Emergencia debe contar con el apoyo de un Laboratorio y de Diagnóstico por Imágenes, durante todo el horario programado para atención en el Servicio de Emergencia.

Los Servicios de Emergencia deben tener permanentemente el apoyo y la presencia de un representante de la Policía Nacional del Ecuador.

##### **4.2.6.1. Recursos Humanos**

El personal asistencial de base (médicos, enfermeras, camilleros y personal de limpieza) será designado exclusivamente para el área de Emergencia, debiendo estar acreditados para cumplir con el perfil que requiere el área. Toda el Área de Emergencia debe contar – además del personal propio de servicio – con el apoyo de personal.

Médico especializado a través del sistema rotativo de guardias y de acuerdo a la complejidad del hospital.

De manera progresiva, se debe contar con personal propio de diversas especialidades como: cirugía, ginecología, traumatología, neurocirugía, anestesiología etc., como parte del *staff* de emergencia.

El personal asistencial que se encuentra de guardia no debe ser programado en Consulta Externa, Intervenciones Quirúrgicas Programadas o pasar Visita Médica en áreas de hospitalización ajenas al Servicio de Emergencia.

El personal médico mayor de 50 años de edad no podrá continuar realizando guardias, salvo excepciones que se pueden dar opcionalmente.

El Área de Emergencia debe contar con el apoyo del Dpto. de Trabajo Social, quienes se encargarán de la identificación y ubicación de los familiares de los pacientes indocumentados, con problemas sociales o en abandono que se encuentren en el Área de Emergencia, a efectos de dar solución y facilitar los trámites administrativos y sociales, para asegurar la atención oportuna del paciente.

### **Líder de Servicio / Coordinador de Emergencia**

Debe cumplir con los requerimientos señalados en el Reglamento de concurso para Líderes de Departamento y Servicios.

Debe constar con un perfil de Médico Especialista en Medicina de Emergencia y Desastres.

Cuando no se tenga al médico Emergenciólogo, de manera temporal, asumirá la responsabilidad el Médico Internista o especialista afín con entrenamiento en Emergencia.

Poseer experiencia acreditada en el Servicio de Emergencia, no menor de 3 años y con capacitación actualizada en Emergencias.

Así mismo, deberá tener experiencia mayor de 3 años como médico asistente en Servicios de Emergencia.

Deberá actualizarse constantemente con cursos de Administración y/o Gestión Hospitalaria Básica.

### **Jefe de Guardia**

Será programado el más experimentado Médico Especialista en Medicina de Emergencias y Desastres para la guardia. Deberá contar con capacidades de liderazgo, decisión y gestión. En su ausencia asumirá sus funciones el médico con más experiencia en Emergencias.

### **Recursos Humanos por Niveles de Atención.**

## **RECURSOS HUMANOS MÍNIMOS SEGÚN CATEGORIZACIÓN DE HOSPITALES POR TURNO DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA**

<b>PERSONAL</b>	
<b>MÉDICO</b>	Médicos Emergenciólogos(*) Cirujanos Generales Traumatólogos Anestesiólogos Neurocirujanos Pediatras Gineco-Obstetras Nefrólogo Cardiólogo
<b>ENFERMERA</b>	En cada Área En Sala de Observación. (**) Coordinadora Jefatura
<b>TÉCNICO EN ENFERMERIA</b>	Auxiliares de Enfermería(***) Camilleros.
<b>ADMINISTRATIVO</b>	Supervisor Administrativo

## **Tabla 26. Personal Emergencia**

**Fuente:** Dirección del Hospital ABC

**Elaborado por:** Ing. Ubaldo Saldarriaga

(\*) Médicos Asistentes de Planta del Servicio de Emergencia.

Para sala de observación 1 medico por 6 a 10 pacientes, según nivel.

(\*\*) 1 enfermera por cada 6 pacientes

(\*\*\*) 2 Auxiliares de enfermería por cada 6 pacientes

### **ÁREAS DE APOYO DIAGNÓSTICO**

- Servicio de Rx portátil: 24 horas.
- Servicio de Ecografía: 24 horas.
- Servicio de Tomografía
- Apoyo de Laboratorio de Emergencia: 24 horas.

### **Capacitación**

Los Servicios de Emergencia deberán tener un programa de capacitación anual, el mismo que se realiza en coordinación con RRHH y el Centro Docente. Este programa contendrá:

- Cursos obligatorios para todo el personal:
  - a. Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada.
  - b. Manejo Básico y Avanzado del Politraumatizado.
- Revisión de temas de actualización científica relacionados con Emergencia.
- Muerte y Complicaciones.
- Auditoria Médica.
- Discusiones Clínico - Radiológicas.
- Administración Hospitalaria.
- Desastres
- Medicina legal

El personal asistencial del área de emergencia, rotará temporal y periódicamente por los servicios de Emergencia y de áreas críticas de menor a mayor complejidad.

#### **4.2.6.2. Infraestructura**

El Área de Emergencia se ubica en la planta baja y tiene fácil acceso. Se cuenta con lo siguiente:

- Triage.
- Sala de espera para pacientes con servicios higiénicos para hombres y mujeres.
- Oficina de Trabajo Social.
- Consultorios diferenciados por especialidad.
- Sala de Cirugía Menor
- Sala de Hidratación.
- Sala de Reanimación y Unidad de Shock Trauma.
- Sala de Observación diferenciada: adultos y niños
- Quirófanos.
- Área de Procedimientos.
- Área de Curaciones.
- Área de Esterilización Rápida.
- Vestidor para el personal con servicios higiénicos y casilleros.
- Servicios Básicos:
  - Luz auxiliar y grupo electrógeno.
  - Señales de ubicación y de seguridad.
  - Extintores portátiles.
  - Servicios sanitarios diferenciados de pacientes, familiares y personal.
  - Área para materiales de limpieza.
- Bodega para: medicinas, ropa, materiales y equipos.
- Zona de carga y descarga de residuos.
- Zona de Espera para familiares en los exteriores.
- Área para camillas y sillas de ruedas.
- Estacionamiento de ambulancias.
- Oficina de Jefatura Médica, Enfermería y Supervisión de Emergencia.
- Área para Policía Nacional.

El Área de Emergencias estará dotada de un área exterior para recepción y acceso de pacientes y familiares, con privacidad para vehículos que llegan, área de parqueo de camillas, área de recepción de pacientes en camilla, local para el oficial de la policía, área para la resucitación cardiopulmonar, área para la resucitación de trauma, estación de guardianía, estación de enfermería, salón de operaciones de emergencia, oficina de la jefatura.

El área exterior de recepción será lo suficientemente amplia para que sirva de recepción masiva de enfermos, heridos o intoxicados en cumplimiento de los planes del hospital. Así mismo, deberá servir también para la recepción masiva en casos de desastres naturales o artificiales y contará con servicios telefónicos, bancas exteriores y con acceso vial diferenciado e independiente para la urgencia y la emergencia.

#### **4.2.7. Equipo**

El área de Emergencia debe contar con los equipos médicos mínimos indispensables de acuerdo a los niveles de atención.

Toda área de Emergencia debe contar permanentemente con apoyo de un laboratorio y un departamento de imágenes que permita realizar los exámenes de acuerdo al perfil de demanda.

Se establecerá un sistema de traslado de pacientes en el perímetro urbano, el cual debe ser coordinado y adecuado a las realidades locales y los alcances de los servicios que ofrece el Hospital.

#### **EQUIPAMIENTO BIOMÉDICO:**

Los Servicios de Emergencia contarán con equipos médicos, material médico fungible, insumos y fármacos de acuerdo al nivel de categorización del Hospital y la demanda que tenga que resolver.

#### **4.2.8. Diseño y Tecnología**

En la parte del diseño informático que soporta el sistema está dado por el software HOSPITAL que es externo.

El diseño administrativo utilizado para el diseño y desarrollo tiene como pilar fundamental el modelo de gestión por procesos y el cumplimiento de los requisitos de un sistema de gestión de calidad ISO 9001, que estén asociados a los procesos principalmente que puedan servir como un avance a dicho sistema que se puede implementar más adelante.

#### **4.2.9. Ambiente**

El diseño en sí mejora los procesos de consulta externa y emergencia por lo que mejora el ambiente tanto interno como de cara al cliente externo ya que se reducen los tiempos de atención, el uso de control de citas elimina el malestar de estar a las 5 de la mañana haciendo cola fuera del hospital para ser atendido primero, con el control de citas el paciente reserva su turno y deberá llegar 30 minutos antes para abrir la historia clínica sino la tuviere y confirmar su cita en el departamento de estadísticas.

#### **4.2.10. Documentos**

El sistema mejora de gran forma el uso de documentos y de registros principalmente para sus operaciones, pero adicionalmente como complemento a esta acción el modelo presentado de gestión por procesos será el que complemente y sirva para herramienta de análisis y mejora continua de los procesos del Hospital ABC, para ello la normalización y definición de documentos y registro como el que se ha hecho a lo largo de este trabajo y adicionalmente se sugiere también normar y generar la siguiente documentación y registros:

##### **4.2.10.1. Normas y Registros**

Todos los Servicios de Consulta externa deberán tener aprobada e implementada la siguiente normatividad y registros:

- Manual de Organización
- Manual de Funciones con el respectivo perfil del cargo.
- Instructivo de los procesos técnico administrativo del Servicio de Emergencia.
- Manual de los Procedimientos Administrativos más frecuentes
- Manual de los Procedimientos Médicos (Protocolos Médicos)
- Guías de los Daños más frecuentes.

- Registro de Indicadores de Producción, Eficiencia de Calidad.
- Registro Epidemiológico de Emergencias por Triage (según Prioridad de pacientes), por Tópicos diferenciados, Sala de Observación, Sala de Operaciones de Emergencias.
- Registro de Complicaciones e Infecciones Intrahospitalarias.
- Plan de Emergencias y Desastres del Servicio de Emergencia y del Hospital.

#### **4.2.11. Comunicaciones**

El Área de Emergencia deberá tener sistema de comunicación telefónica y radial. La comunicación telefónica será por línea propia local y troncalizada para servicio del Hospital.

Los equipos de comunicación (radio y teléfono) se ubicarán dentro del área de emergencia y en lugares que no interrumpen las actividades propias del mismo. El personal responsable del manejo de la radio se designa en cada turno de guardia.

La comunicación interna del área de emergencia con los servicios intrahospitalarios, se realizará por intercomunicadores y/o anexos telefónicos.

El centro regulador de transporte de pacientes en situación de emergencia será la ambulancia, destinada exclusivamente para este servicio, debiendo permanecer en el exterior del área para su uso inmediato cuando sea requerida.

Deberá existir comunicación perenne entre líderes, jefes, administración y dirección, formando un equipo, con el fin de mantenerse al tanto de los acontecimientos e inconvenientes que se presenten y gestionar de manera eficiente las soluciones.

#### **4.2.12. Económicos**

La Gerencia Hospitalaria debe estar comprometida con la calidad del servicio por lo que asignará los recursos económicos necesarios que garanticen la calidad del servicio al usuario.

## **CONCLUSIONES**

- ✓ Como conclusión se puede observar que este trabajo puede servir para mejorar el diseño actual de otros procesos importantes como son: Hospitalización, Cirugías, Radiología y Laboratorios entre otros, a fin de obtener una administración adecuada en base a procedimientos, indicadores, puntos de control interno y externo de los principales servicios hospitalarios.
- ✓ Los registros manuales que se llevan actualmente son difíciles de asegurar su eficacia, no obstante con la automatización de los servicios integrados se han mejorado los controles, pero hay que establecer una estrategia para hacerlos funcionar realmente. Hospital nos permite tener un sistema de información que a través de este diseño pueden brindar herramientas efectivas para mejorar los controles de los servicios hospitalarios que la comunidad tanto necesita.
- ✓ Los Servicios del Hospital ABC son caóticos por decir lo menos, para mejorarlos se necesita además de aplicar un modelo de gestión moderno que hemos mencionado en los párrafos anteriores, realizar los cambios en la infraestructura acorde a la demanda actual.
- ✓ Con la optimización de la infraestructura de consultorios y el cambio de los horarios y sus controles dentro de la atención de la Consulta Externa se puede concluir que se pasar de una capacidad instalada de 1.018 a 2.294pacientes diarios aproximadamente, situación muy relevante debido a la carencia de Hospitales Públicos en la Provincia del Guayas y especialmente en Guayaquil, ciudad que acoge a más de dos millones de personas.
- ✓ Con el diseño del sistema de TRIAGE elaborado por un equipo mixto de Médicos y de la Dirección se espera disminuir la concurrencia de pacientes de 18.463 a 16.617mensuales aproximadamente, direccionando de forma efectiva a los servicios que correspondan tanto de Consulta Externa, Centros de Salud y de las Especialidades de atención respectivas, dejando el área de emergencia para situaciones que ameriten una intervención inmediata en los casos de verdaderas emergencias.

## **RECOMENDACIONES**

- ✓ Se recomienda estandarizar el proceso en base a la propuesta hecha en este informe, para los procesos del hospital, priorizando en base a la criticidad de los mismos.
- ✓ Establecer un comité o reunión mensual donde se presente en primera instancia el resultado de los indicadores y se identifiquen principales problemas para alcanzar las metas propuestas, para generar un compromiso de planes de acción para atacar la causa raíz de los principales problemas del hospital.

- ✓ Implementar el proceso de control de documentos para la normalización de los documentos y registros
- ✓ Desarrollar un modelo de Call Center y atención enfocada en brindar una adecuada estructura de solicitud de servicios, información de servicios y quejas de los usuarios.
- ✓ Se recomienda implementar la estructura organizacional determinada por el Ministerio de Salud Pública, que es en base a procesos, para los cuales este trabajo de gestión por proceso sería ideal para la administración de esa estructura.
- ✓ Elaborar los procedimientos de Activos Fijos que puedan complementar el uso de la herramienta informática y control de una mejor forma su ubicación, estado y uso de todos los equipos del Hospital.
- ✓ Establecer los puntos de control necesarios para el buen control de los inventarios de medicamentos e insumos médicos en farmacias, hospitalización y áreas que se tiene asignados el stock.

Adicionalmente estandarizar los controles internos realizados por todos los niveles de jefatura, áreas de control interno y áreas de control externo como pueden ser la contraloría general del estado.

- ✓ Revisar y estandarizar en base a la metodología mostrada en este trabajo los siguientes procesos críticos:
  - Proceso de Hospitalización
  - Proceso de Apoyo Terapéutico
  - Proceso de Cirugía
  - Proceso de Compras.
  - Proceso de Pago a Proveedores.
  - Proceso de Selección y Evaluación de Proveedores
  - Proceso de Mantenimiento Correctivo de Equipos
  - Proceso de Mantenimiento Preventivo de Equipos
  - Proceso de Evaluación del Recurso Humano

## **BIBLIOGRAFÍA**

[1] **Hodson William, Manual del Ingeniero Industrial. Cuarta Edición de Maynard- Agosto de 1.996, Sección 5.**

ISBN-970-10-1058-2 Obra completa.

[2] **Johnson Gerry, ScholesKevan y Whittington Richard, Dirección Estratégica.Séptima Edición – 2.006, Página 133-143.**

ISBN-10: 84-205-4618-6

ISBN-13:978-84-205-4618-6

[3] **Juran J. M.y Grina Frank, Manual de Control de Calidad. Cuarta Edición – 1.993, Página 6.7.**

ISBN-84-481-0055-7

[4] **Guía del Pmbok. Cuarta Edición. Norma Nacional Americana ANSI/PMI 99-001-2010, Página 43. (Estructura del proyecto).**

ISBN: 978-1-933890-72-2

[5] **Navidi William, Estadísticas para Ingenieros y Científicos. Primera Edición – 2.006, Página 723 - 761.**

ISBN: 13: 978-970-10-5629-5

[6] **Norma de Calidad ISO 9001: 2008.**

[7] **Grupo Kaizen <http://www.grupokaizen.com> (SMART).**

[8] **<http://es.wikipedia.org> (KPI).**

[9] **<http://es.wikipedia.org> (SLA).**

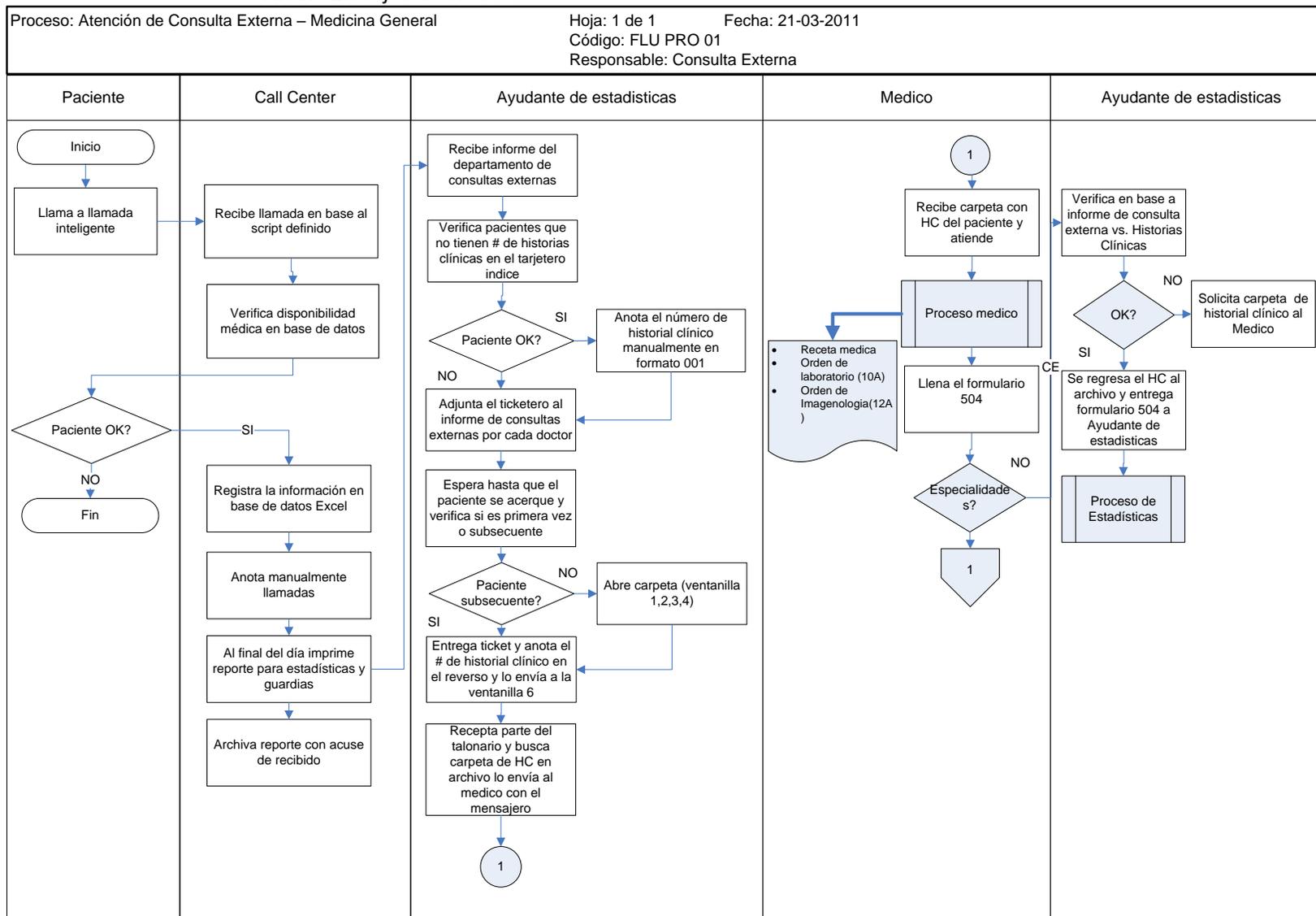
[10] **Proyecto Implementación de la Cadena de Suministro Telmex México.**

# ANEXOS

---

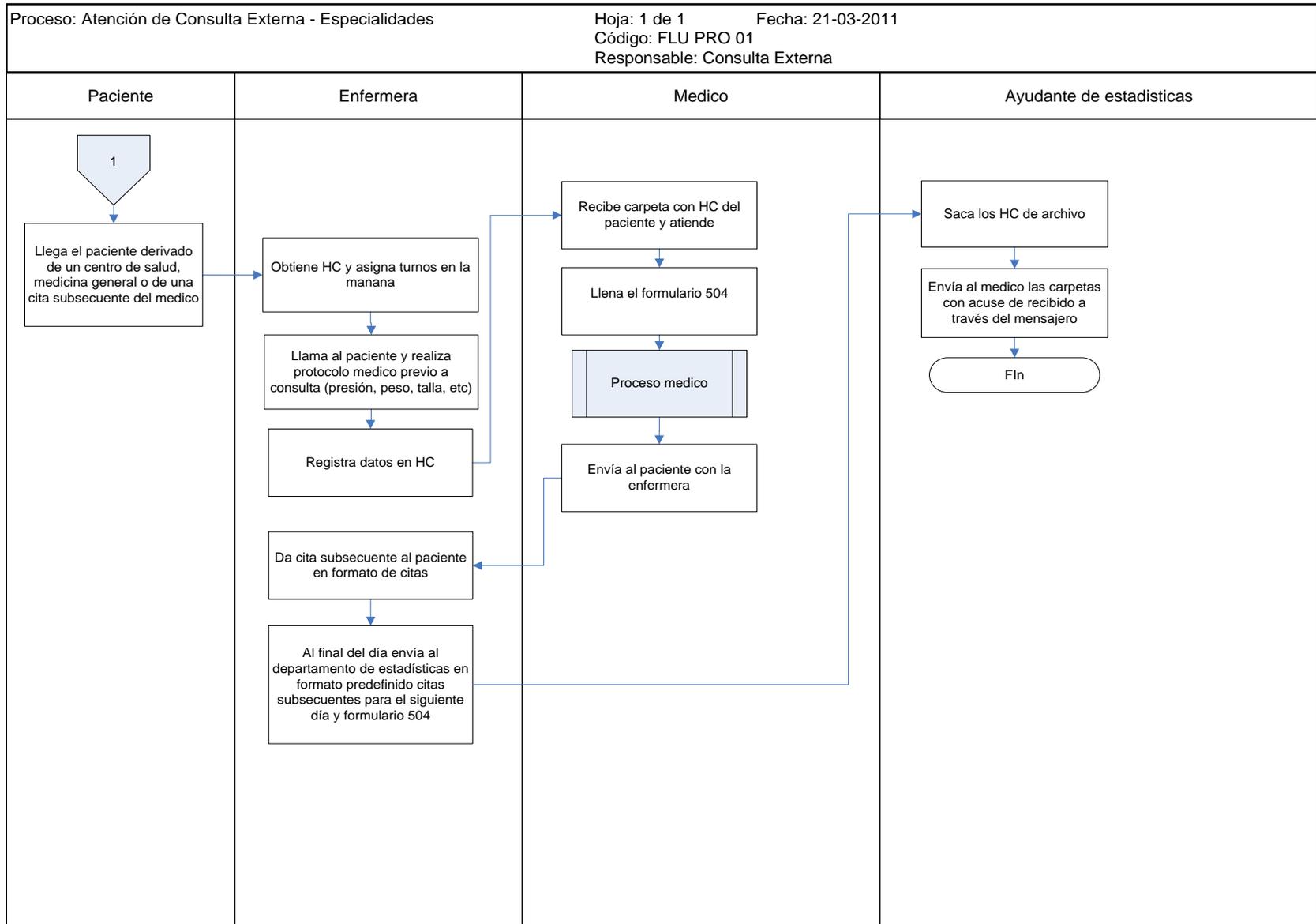
Id	Nombre de tarea	%	Completado	Duración	Comienzo	Fin	Nombres de los recursos	Predecesor
1	<b>Plan desarrollo de Cadena de Valor</b>	0%	0%	68 días	vie 01/04/11	mar 05/07/11		
2	<b>Estrategia e Inicio</b>	0%	0%	13 días	vie 01/04/11	mar 19/04/11	ecceión - Ing. Ubaldo Saldarraga	
3	Levantamiento de estructura administrativa	0%	0%	1 día	vie 01/04/11	vie 01/04/11	RRHH - Ing. Ubaldo Saldarraga	
4	Elaboración del Plan de Trabajo	0%	0%	1 día	lun 04/04/11	lun 04/04/11	Ing. Ubaldo Saldarraga 3	
5	Aprobación del Plan de Trabajo	0%	0%	2 horas	mar 05/04/11	mar 05/04/11	Ing. David Muñoz 4	
6	Elaboración y entrega de la Visión del Proyecto (Objetivos, Plan de trabajo con Responsabilidades)	0%	0%	1 día	mar 05/04/11	mié 06/04/11	Ing. David Muñoz 5	
7	Presentación a los involucrados de la Visión del Proyecto	0%	0%	2 horas	mié 06/04/11	mié 06/04/11	Ing. David Muñoz 6	
8	Recopilación y análisis de la información trabajos anteriores (auditorias, procesos, sistemas, etc.)	0%	0%	1 día	mié 06/04/11	vie 07/04/11	Usuarios - Ing. Ubaldo Saldarraga 7	
9	Recopilación y análisis regulatorio de los Procesos de la Cadena de Valor	0%	0%	3 días	vie 07/04/11	mar 12/04/11	Legal - Ing. Ubaldo Saldarraga 8	
10	Recopilación, análisis y evaluación del manual de funciones	0%	0%	5 días	mar 12/04/11	mar 19/04/11	RRHH-Usuarios-Ing. David Muñoz 9	
11	Capacitación Metodológica de Procesos	0%	0%	4 horas	mar 19/04/11	mar 19/04/11	Ing. Ubaldo Saldarraga C. 10	
12	<b>Situación Actual - Macro Proceso de Consulta Externa</b>	0%	0%	8,5 días	mié 20/04/11	lun 02/05/11		
13	<b>Identificación de herramientas informáticas</b>	0%	0%	1,25 días	mié 20/04/11	vie 21/04/11	Ing. Ubaldo Saldarraga C.	
14	Identificación de aplicaciones	0%	0%	4 horas	mié 20/04/11	mié 20/04/11	Ing. Ubaldo Saldarraga 11	
15	Identificación de autorizaciones	0%	0%	4 horas	mié 20/04/11	mié 20/04/11	Ing. Ubaldo Saldarraga C. 14	
16	Revisión de perfil actual	0%	0%	2 horas	vie 21/04/11	vie 21/04/11	Ing. Ubaldo Saldarraga 15	
17	<b>Identificación del proceso seleccionado</b>	0%	0%	7,25 días	vie 21/04/11	lun 02/05/11	Ing. Ubaldo Saldarraga C.	
18	Identificación de las entradas y salidas	0%	0%	2 horas	vie 21/04/11	vie 21/04/11	Usuario - Ing. Ubaldo Saldarraga 16	
19	Diagramación del Macro proceso horizontal	0%	0%	3 días	vie 21/04/11	mar 26/04/11	Ing. Ubaldo Saldarraga C. 18	
20	Identificación de SLA, Puntos de Control e Indicadores	0%	0%	2 días	mar 26/04/11	mar 26/04/11	Usuario - Ing. Ubaldo Saldarraga 19	
21	Identificación y evaluación de los recursos necesarios (RRHH, Infraestructura & equipo, diseño y tecnología, ambiente, document	0%	0%	1 día	vie 28/04/11	vie 28/04/11	Usuario - Ing. Ubaldo Saldarraga 20	
22	Recopilación y análisis de especificaciones funcionales de sistemas	0%	0%	1 día	vie 28/04/11	vie 28/04/11	Usuarios - Ing. Ubaldo Saldarraga 21	
23	<b>Analisis</b>	0%	0%	14 días	lun 02/05/11	vie 20/05/11		
24	<b>Efectividad de los procedimientos vigentes</b>	0%	0%	11 días	lun 02/05/11	mar 17/05/11	Ing. Ubaldo Saldarraga	
25	Toma de datos de los indicadores de procesos vigentes (Lectura inicial)	0%	0%	3 días	lun 02/05/11	vie 05/05/11	Usuario - Ing. Ubaldo Saldarraga 22	
26	Identificación de los hallazgos del Primer Nivel - Procesos (Tablero de brechas)	0%	0%	2 días	vie 05/05/11	lun 09/05/11	Usuario - Ing. Ubaldo Saldarraga 25	
27	Analisis Causa - Efecto - 5 M - 5 porque	0%	0%	5 días	lun 09/05/11	lun 16/05/11	Usuario - Ing. Ubaldo Saldarraga 26	
28	Establecimiento de Objetivos SMART	0%	0%	1 día	lun 16/05/11	mar 17/05/11	Usuario - Ing. Ubaldo Saldarraga 27	
29	<b>Planteamiento y aprobación</b>	0%	0%	3 días	mar 17/05/11	vie 20/05/11	Equipo de Trabajo	
30	Elaboración de propuesta	0%	0%	1 día	mar 17/05/11	mié 18/05/11	Ing. Ubaldo Saldarraga 28	
31	Análisis Normativo-Jurídico de propuesta	0%	0%	1 día	mié 18/05/11	vie 19/05/11	Departamento Jurídico - David Muñoz 30	
32	Presentación	0%	0%	4 horas	vie 19/05/11	vie 19/05/11	Ing. David Muñoz 31	
33	Aprobación de autoridades	0%	0%	4 horas	vie 20/05/11	vie 20/05/11	Comité 32	
34	<b>Diseño y desarrollo</b>	0%	0%	7 días	vie 20/05/11	mar 31/05/11		
35	Elaboración y control de Planes de Trabajo paralelos para cada brecha	0%	0%	2 días	vie 20/05/11	mar 24/05/11	Usuarios involucrados 33	
36	<b>Sistemas</b>	0%	0%	0 días	mar 24/05/11	mar 24/05/11	Usuario - Ing. David Muñoz	
37	Desarrollo del plan de sistemas	0%	0%	0 días	mar 24/05/11	mar 24/05/11	Departamento de Sistemas 35	
38	<b>Planes de Trabajos Paralelos</b>	0%	0%	0 días	mar 24/05/11	mar 24/05/11	Area Usuario	
39	Desarrollo del plan de trabajo paralelo	0%	0%	0 días	mar 24/05/11	mar 24/05/11	Usuario 35	
40	<b>Proceso Consulta Externa</b>	0%	0%	5 días	mar 24/05/11	mar 24/05/11	Equipo de Trabajo	
41	<b>Normalización</b>	0%	0%	5 días	mar 24/05/11	mar 31/05/11	Ing. Ubaldo Saldarraga C.	
42	Diseño del proceso	0%	0%	1 día	mar 24/05/11	mié 25/05/11	Usuario - Ing. Ubaldo Saldarraga 35	
43	Desarrollo del procedimiento	0%	0%	2 días	mié 25/05/11	vie 27/05/11	Usuario - Ing. Ubaldo Saldarraga 42	
44	Desarrollo de SLA's	0%	0%	2 horas	vie 27/05/11	vie 27/05/11	Usuario - Ing. Ubaldo Saldarraga 43	
45	Desarrollo de Puntos de Control	0%	0%	3 horas	vie 27/05/11	lun 30/05/11	Usuario - Ing. Ubaldo Saldarraga 44	
46	Desarrollo de Indicadores	0%	0%	3 horas	lun 30/05/11	lun 30/05/11	Usuario - Ing. Ubaldo Saldarraga 45	
47	Revisión del procedimiento	0%	0%	2 horas	lun 30/05/11	lun 30/05/11	Usuario - Ing. Ubaldo Saldarraga 46	
48	Ajustes del procedimiento	0%	0%	2 horas	lun 30/05/11	lun 30/05/11	Usuario - Ing. Ubaldo Saldarraga 47	
49	Aprobación de puntos de control	0%	0%	2 horas	mar 31/05/11	mar 31/05/11	Auditoria - Ing. Ubaldo Saldarraga 48	
50	Aprobación del procedimiento	0%	0%	2 horas	mar 31/05/11	mar 31/05/11	Técnico - Gerencia Hospitalaria 49	
51	<b>Situación Actual - Macro Proceso de Emergencia</b>	0%	0%	8,5 días	mar 31/05/11	vie 10/06/11		
52	<b>Identificación de herramientas informáticas</b>	0%	0%	1,25 días	mar 31/05/11	mié 01/06/11	Ing. Ubaldo Saldarraga C. 50	
53	Identificación de aplicaciones	0%	0%	4 horas	mar 31/05/11	mar 31/05/11	Ing. Ubaldo Saldarraga 50	
54	Identificación de autorizaciones	0%	0%	4 horas	mié 01/06/11	mié 01/06/11	Ing. Ubaldo Saldarraga C. 53	

## Anexo 2. Flujos de Procesos



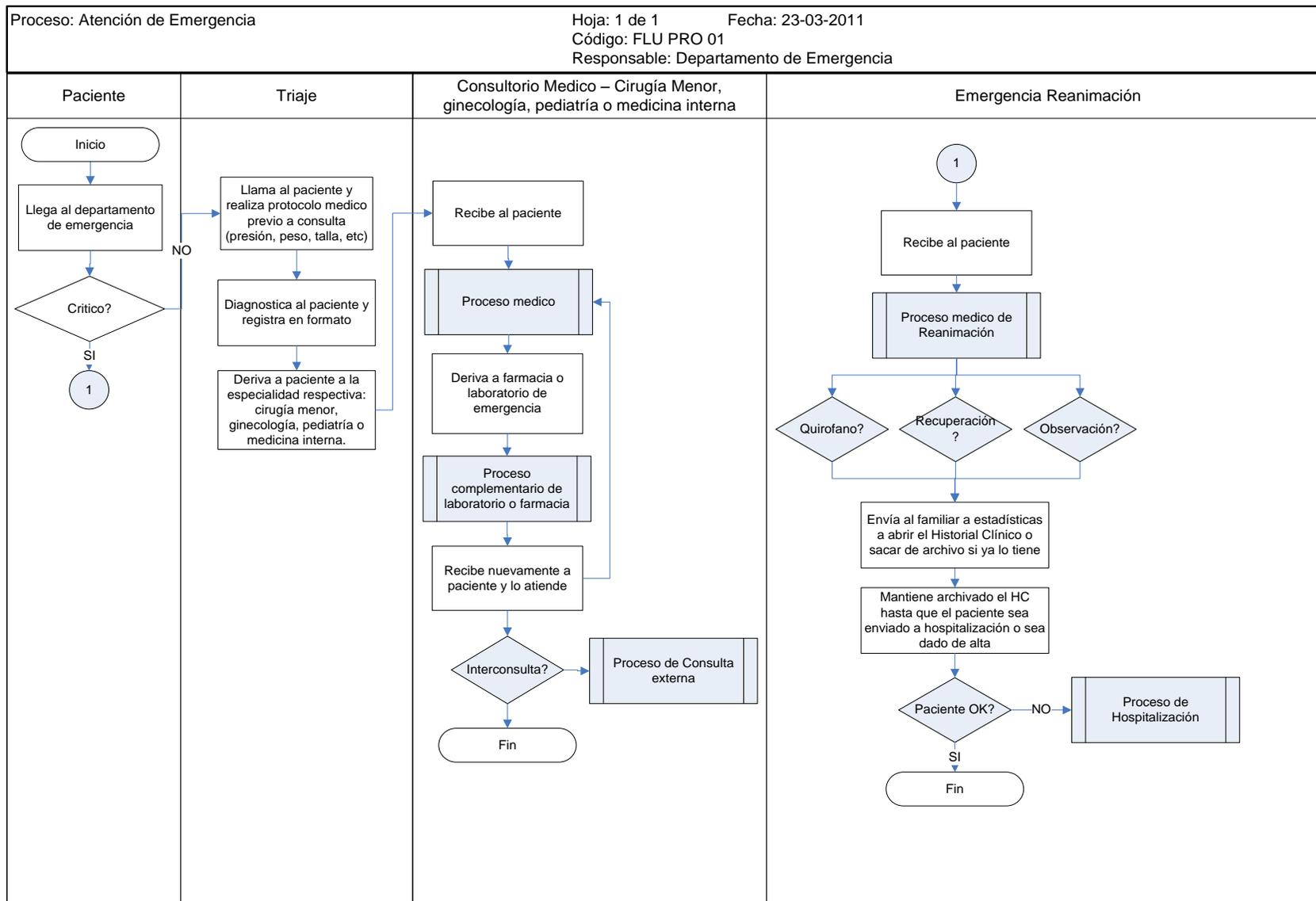
Elaborado por: Ing. Ubaldo Saldarriaga C.

## Anexo 2. Flujos de Procesos



Elaborado por: Ing. Ubaldo Saldarriaga C.

## Anexo 2. Flujos de Procesos



Elaborado por: Ing. Ubaldo Saldarriaga C.

ANEXO 3. HORARIOS DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL GUAYAQUIL\* DR. ABEL GILBERT PONTON.

HORARIO CONSULTA EXTERNA

L ESPECIALIDAD	# Teléf.	Cons	HORAS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
ATENCION			08H00-12H00	Dr.Miguel Cumbe	Dr.Miguel Cumbe	Dr.Miguel Cumbe	Dr.Miguel Cumbe	Dr.Miguel Cumbe
ADULTO MAYOR		1	08h00-16h00	Dra.Dolma Muresanu	Dra.Dolma Muresanu	Dra.Dolma Muresanu	Dra.Dolma Muresanu	Dra.Dolma Muresanu
			13h00-20h00	Dra. Karina Arteaga	Dra. Karina Arteaga	Dra. Karina Arteaga	Dra. Karina Arteaga	Dra. Karina Arteaga
Neumología	4355	2	08H00-11H00	Dra. Glenda Aguilera	Dr. José Cevallos	Dra. Glenda Aguilera		Dra. Glenda Aguilera
Medicina-general-			12h00-16h00		Dr. Glenda Aguilera		Dra. Glenda Aguilera	
			08h00-12h00				Dra.Monica briones	
Gastroenterología.			08H00-16H00	Dra.Silvia Estacio		Dra.Silvia Estacio		Dra.Silvia Estacio
			12h00-16h00		Dr.Silvia Estacio		Dr.Silvia Estacio	
Psiquiatría	4356	3	08H:0012H00	Dra. Amanda Fiallos		Dra. Amanda Fiallos		Dra. Amanda Fiallos
Medicina Interna			08H:0012H00		Dr. Fernando elizalde		Dr.fernando elizalde	
Cirugía Vasculuar			14H00-17H00	Dr.luis casanova		Dr.luis casanova		Dr luis casanova
Dermatología	4358	4	08H00-12H00	Dra.Márcia Ramirez	Dra. Márcia Ramirez	Dra. Márcia Ramirez	Dra. Márcia Ramirez	Dra. Márcia Ramirez
Neurocirugía			12H00-16H00		DR. CESAR CHONG		DR. CESAR CHONG	
Genética			13h00-16h00	dr.ramon vargas		r.Ramon Vargas		Dr.Ramon Vargas
Neurología	4359	5	08H00-12H00	Dr. Juan Quintana	Dr. Luís Jairada Quade	Dr. Juan Quintana	Dr. Luís Jairala Quade	Dr.Juan Quintana
			" " "	Dra. Lorena Jaramillo		Dra. Lorena Jaramillo		
			" " "					Dr. Luís Jairala Zunino
Neurocirugía			11h00-13h00				Dr. Enrique Guzman	
			12h0016h00	Dr. Eduardo León	Dr. Eduardo León	Dr. Eduardo Leon	Dr. Eduardo Leon	Dr. .Eduardo Leon
Traumatología	4360	6	08H00-11H00	Dr.Danilo Torres			Dr. Danilo Torres	
			10h00-16	Dra.Johanna Ramirez	dra.garcia solorzano	Dra.Johanna Ramirez	Dra.Johanna Ramirez	Dra.Johanna Ramirez
			12H00-16H00			Dr. Ivan Argencio	dra.garcia solorzano	Dr. Ivan Argencio
			13h00-20h00	Dr. Juan Montoya		Dr. Juan Montoya		Dr. Juan Montoya
Cirugía General	4361	7	08H00-09H00	Dr. Gonzalo Bermudez	Dr. Cristobal Torres	Dr. Guido Moreno	Dr. Luís Bonilla	Dr. Cristobal Torres
			9hoo-11h00	Dra.Pilar Alvarez		Dr. Washington Vaca		
Cirugía Plástica			10h00-13h00				Dr.Fernando Moncayo	
			11h0016h00	Dr Mario Garcia	Dr-Carlos Esteves			
			12H00-14H00	Dr. Luis Cedeño V		Dr. Luis Cedeño V		
			13h00-16h00	Dr.Jose L.Borja	Dr. Jimmy Navarro	DR. Walter Mendoza	dDr.Maxwuel Rodriguez	Dr.fernando Pelaez
Oncología	4362	8	08H0016H00	Dr. Luis Martínez	Dr. Luis Martínez s	Dr. Luis Martínez	Dr. Luis Martínez	Dr. Luis Martínez
			8H00-12H00			Dr. Luís Salvador		Dr. Luís Salvador
Ginecología	4363	9	08H00-11H00	Dra Mercedes Borja Y/O Washington Yoong	Dr. Washington Yoong		Dr. Washington Yoong	
			12H00-16H0	Dr. Alfonso Carrion	Dr..Alfonso Carrion	Dr. Alfonso Carrión	Dr. Alfonso Carrion	Dr. Alfonso Carrion
Ginecología	4364	10	08H00-11H00	Dr.Wilson Druet		Dr.Wilson Druet		Dr.Wilson Druet
			8h00-12h00		Dra. Alicia Sanchez		Dra. Alicia Sanchez	
			12H00-16H00	Dr. Galo Salazar	Dr. Ricardo Sotomayor	Dr.Galo Salazar	Dr. Ricardo Sotomayor	Dr.Galo Salazar
			16H:0-20H:00	Dra. Patricia Salazar	Dra. Patricia Salazar	Dra. Patricia Salazar	Dra. Patricia Salazar	Dra.Patricia Salazar
Pediatría	4365	11	08h00-12h00	dr.julio Mendoza	Dra. Castro	dr.julio Mendoza	Dra. Castro	dr.julio Mendoza
			12h00-14hh	dr			Dr. Jaime Miranda	
			neonatología		Dr. Katuska moran		Dr. Katuska moran	
			13H00-20H00	Dra. Teresa Loor	Dra Teresa Loor	Dra. Teresa Loor	Dra. Teresa Loor	Dra. Teresa Loor

	C	D	E	F	G	H	I	J	K
5	Reumatología	4366	12	08H00-12H00 10H00-12H00 13H00-20H00	Dr. Julio Peñañiel Dr. Roxana Chong Dra. Luisa Lopez	Dr. Guido Tulvén Dr. Roxana Chong Dra. Luisa Lopez	Dr. Julio Peñañiel Dr. Roxana Chong Dra. Luisa Lopez	Dr. Guido Tulvén Dr. Roxana Chong Dra. Luisa Lopez	Dr. Julio Peñañiel Dr. Roxana Chong Dra. Luisa Lopez
6	Medicina General								
7									
8									
9	Pediatría	4367	13	08H00-11H00 12H00-14H00 16H00-20H00	Dra. Janeth Castro Dr. Francisco Obando Dra. Fanny Sanchez	Dra. Janeth Castro Dr. Francisco Obando Dra. Fanny Sanchez			
10									
11									
12	Urología	4368-9	14	08H00-12H00	Dr. Edgar Suquilandá Dr. Pablo Gonzalez	Dr. Edgar Suquilandá Dr. Pablo Gonzalez			
13									
14									
15	Oftalmología	4370	15	12H30-14H00 08H00-17H00	Dr. Ernesto Díaz Cevallos Dr. Nelson Ingoyen	Dr. Ernesto Díaz Cevallos Dr. Nelson Ingoyen	Dr. Ernesto Díaz Cevallos Dr. Nelson Ingoyen	Dr. Ernesto Díaz Cevallos Dr. Diana Na via	Dr. Nelson Ingoyen Dra. Diana Na via
16									
17									
18									
19	Medicina General	4371	16	08H00-14H00 12H00-18H00 08H00-12H00 12H00-20H00	Tecnólogo, Gonzalo Giler Dr. Gerardo Romo Dra. Lourdes Barrios Dra. Virginia Burgos	Tecnólogo, Gonzalo Giler Dr. Gerardo Romo Dra. Lourdes Barrios Dra. Virginia Burgos	Tecnólogo, Gonzalo Giler Dr. Gerardo Romo Dra. Lourdes Barrios Dra. Virginia Burgos	Tecnólogo, Gonzalo Giler Dr. Gerardo Romo Dra. Lourdes Barrios Dra. Virginia Burgos	Dr. Gerardo Romo Dra. Lourdes Barrios Dra. Virginia Burgos
20									
21									
22	Psicología (Mezantina) *								
23	Psicología (Con. Ext.)	-17		09H00-15H00 09h00-15h00	Ps. Marisol Valle * Dra. Aurora Macias	Ps. Marisol Valle * Dra. Aurora Macias			
24									
25		4372	21	10H00-13H00	Psc. María Rosero	Psc. María Rosero	Psc. María Rosero	Psc. María Rosero	Psc. María Rosero
26									
27	Neftrología	4373	23	08H00-12H00	Dr. Fernando Martínez	Dr. Fernando Martínez	Dr. Fernando Martínez	Dr. Fernando Martínez	Dr. Fernando Martínez
28	Onco Hematología								
29	Inmuno -Alergia	4374	18	08H00-11H00	Dra. Aurora Ochoa	Dra. Aurora Ochoa	Dra. Aurora Ochoa	Dra. Aurora Ochoa	Dra. Aurora Ochoa
30									
31	Diabetología								
32									
33	Otorrinolaringología	4375	19	08H00-12H00 12h00-20h00	Dr. Camilo Lopez Dr. Fernando Monroy Dra. Virginia Cabrera Dr. Alfredo Escobar	Dr. Camilo Lopez Dr. Fernando Monroy Dra. Virginia Cabrera Dr. Alfredo Escobar	Dr. Camilo Lopez Dr. Fernando Monroy Dra. Virginia Cabrera Dr. Alfredo Escobar	Dr. Camilo Lopez Dr. Fernando Monroy Dra. Virginia Cabrera Dr. Alfredo Escobar	Dr. Camilo Lopez Dr. Fernando Monroy Dra. Virginia Cabrera Dr. Alfredo Escobar
34									
35	Cardiología	4400	20	08H00-12H00	Dr. Humberto Torres	Dr. Humberto Torres	Dr. Humberto Torres	Dr. Humberto Torres	Dr. Humberto Torres
36									
37									
38									
39	Fisiatría	4389	21	08H00-12H00 08H00-16H00 12H00-16H00	Dr. Jose Romero Dr. Oswaldo Rivas Dra. Elena Alcivar	Dr. Jose Romero Dr. Oswaldo Rivas Dra. Elena Alcivar			
40									
41									
42									
43	Mastología		24	8H00-12H00	Dr. Luis Argudo	Dr. Luis Argudo	Dr. Luis Argudo	Dr. Luis Argudo	Dr. Luis Argudo
44									
45	Cirurgía Maxilo Facial								
46	NEFROLOGIA		25	08H00-16H00	Dra. Maria Fernandez	Dra. Maria Fernandez	Dra. Maria Fernandez	Dra. Maria Fernandez	Dra. Maria Fernandez
47	Oncología-Mastología		26	08H00-16H00	Dr. Freddy Moncayo	Dr. Freddy Moncayo	Dr. Freddy Moncayo	Dr. Freddy Moncayo	Dr. Freddy Moncayo
48	DRA.NELLY AVILES	4391	27	08H00-16H00	DRA.NELLY AVILES	DRA.NELLY AVILES	DRA.NELLY AVILES	DRA.NELLY AVILES	DRA.NELLY AVILES
49	DRA.RITA VERA								
50	DR. NEXSON TOALA								
51	DRA.FLOR INTRAIGO								
52	DRA.JAIME MIRANDA								
53									

## Anexo 4

### Motivo de Consulta TRIAGE

#### Prioridad I

Pacientes con alteración súbita y crítica del estado de salud, en riesgo inminente de muerte y que requieren atención inmediata en la Sala de Reanimación – Shock Trauma.

Motivo de Consulta	Tipo de TRIAGE
PARO CARDIACO (NO TRAUMATICO)	1
PARO CARDIACO (TRAUMATICA)	1
DEBILIDAD GENERAL CON DESHIDRATACION SEVERA	1
EXPOSICION A SUSTANCIAS QUIMICAS / GRANDES QUEMADURAS> 25% DE BSA	1
DIARREA / DESHIDRATACION GRAVE	1
VOMITO Y / O NAUSEA / DESHIDRATACION GRAVE	1
COMPORTAMIENTO VIOLENTO - HOMICIDA / PELIGRO INMINENTE PARA SI MISMO U OTROS	1
COMPORTAMIENTO EXTRAÑO / SIN CONTROL	1
PREOCUPACION POR EL BIENESTAR DEL PACIENTE / CONFLICTO O UNA SITUACION INESTABLE	1
CONVULSIONES / ACTIVAS	1
PROBLEMAS DE EMBARAZO> 20 SEMANAS / PRESENTACION DE PARTES FETALES / PROLAPSO DEL CORDON UMBILICAL	1
PROBLEMAS DE EMBARAZO> 20 SEMANAS / SANGRADO VAGINAL TERCER TRIMESTRE	1
AMPUTACION TRAUMATICA DE UNA EXTREMIDAD.	1
PARO RESPIRATORIO	1
ESTRIDOR / CON COMPROMISO DE LAS VIAS RESPIRATORIAS	1
EPISODIOS DE APNEA EN LOS NIÑOS / EN LA PRESENTACION	1
SINDROME DE ABSTINENCIA / ACTIVO	1
NIVEL DE CONCIENCIA / INCONCIENTE GCS 3-9	1
ESTADO HEMODINAMICO / SHOCK	1
TRANSTORNO RESPIRATORIO / DISTRESS RESPIRATORIO SEVERO	1

Cualquier otro caso que amerite atención inmediata en la Sala de Reanimación.

#### Prioridad II

Pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias, cuya atención debe realizar en un tiempo de espera no mayor o igual de 10 minutos desde su ingreso, serán atendidos en Consultorios de Emergencia.

DOLOR DE PECHO CON FALLA CARDIACA	2
DOLOR TORACICO SIGNIFICATIVO	2
PALPITACIONES / LATIDOS DEL CORAZON IRREGULARES / DOLOR TORACICO TIPO CARDIACO	2
PALPITACIONES / ARRITMIA / HISTORIA O EVIDENCIA DOCUMENTADA DE ARRITMIA POTENCIALMENTE LETAL	2
HTA (PAS> = 220 O PAD> = 130) CON +/- (SOB, DOLOR DE PECHO, CONFUSION, HA REPENTE, N / V)	2
DEBILIDAD GENERAL CON DESHIDRATACION MODERADA	2

SINCOPE DE NUEVA APARICION DE ARRITMIA, PULSO IRREGULAR Y / O CAMBIO DE FRECUENCIA	2
SINCOPE SIN SINTOMAS PRODROMICOS	2
SINCOPE DURANTE EL EJERCICIO	2
EXTREMIDADES FRIAS Y SIN PULSO	2
CUERPO EXTRAÑO OIDO / DOLOR AGUDOPERIFERICO (8-10)	2
TINITUS SOSPECHA DE INGESTION DE ASPIRINA	2
LESIONES DEL OIDO / AMPUTACION	2
P. DENTALES / DE LAS ENCIAS / AVULSION DENTAL (LOS ULTIMOS CON LA PRESENCIA DE DIENTES INTACTOS)	2
DOLOR DE GARGANTA/ BABEO O ESTRIDOR	2
DOLOR DE GARGANTA / EDEMA OBVIO / INFLAMACION DE LOS LABIOS, LENGUA U OROFARINGE	2
EDEMA DE CUELLO / DOLOR / RIGIDEZ EN EL CUELLO / MENINGISMO + / - FIEBRE	2
TRAUMA DE CUELLO / SIGNOS NEUROLOGICOS DE PARESTESIAS	2
TRAUMA DE CUELLO / RONQUERA Y DISFASIA	2
DIFICULTAD PARA TRAGAR / DISFAGIA / BABEO O ESTRIDOR	2
EPISTAXIS NO CONTROLADOS (PESE A LA COMPRESION)	2
CUERPO EXTRAÑO NASAL / DIFICULTAD RESPIRATORIA MODERADA	2
TRAUMA NASAL / EPISTAXIS NO CONTROLADOS (PESE A LA COMPRESION)	2
CONGELACION / LESIONES POR EL FRIO / MIEMBRO FRIO SIN PULSO	2
LESION ELECTRICA / LESIONES CUTANEAS EVIDENTES	2
EXPOSICION A SUSTANCIAS QUIMICAS / QUEMADURA EXTENSA EN MANOS, PIES, INGLE O EN LA CARA	2
EXPOSICION A SUSTANCIAS QUIMICAS / QUERATO CONJUNTIVITIS ACTINICA	2
HIPOTERMIA, LA TEMPERATURA CENTRAL <32 ° C	2
AHOGAMIENTO / HIPOTERMIA / TEMPERATURA CENTRAL <32 ° C	2
DIARREA / DESHIDRATACION MODERADA	2
VOMITO Y / O NAUSEA / HEMATEMESIS ACTIVO	2
VOMITO Y / O NAUSEA / DESHIDRATACION MODERADA	2
VOMITO DE SANGRE / HEMATEMESIS ACTIVA IMPORTANTE	2
SANGRE EN LAS HECES / MELENA / GRAN CANTIDAD O SANGRADO RECTAL	2
ORAL / CUERPO EXTRAÑO EN ESOFAGO / BABEO O ESTRIDOR	2
ORAL / CUERPO EXTRAÑO EN ESOFAGO / RONQUERA Y DISFASIA	2
DIFICULTADES EN LA ALIMENTACION DE LOS RECIEN NACIDOS	2
ICTERICIA NEONATAL / INFANTIL <7 DIAS DE EDAD	2
INFLAMACION DEL PENE / PRIAPISMO	2
INFLAMACION DEL PENE / PARAFIMOSIS (PREPUCIO RETRAIDO, INCAPAZ DE REDUCIR)	2
DEPRESION / SUICIDIO / AUTOLESION DELIBERADA / INTENTO DE SUICIDIO O CON PLAN DE SUICIDIO CLARO	2
DEPRESION / SUICIDIO / AUTOLESION DELIBERADA / INTENTO EVIDENTE DE SUICIDIO	2
DEPRESION / SUICIDIO / AUTOLESION DELIBERADA / VUELO INCIERTO O RIESGO PARA LA SEGURIDAD	2
ANSIEDAD Y / O CRISIS EMOCIONAL / ANSIEDAD SEVERA / AGITACION	2
ANSIEDAD Y/O CRISIS EMOCIONAL CON RIESGO PARA SEGURIDAD	2
ALUCINACIONES/ILUSIONES/PSICOSIS AGUDA/SEV. ANSIEDAD/AGITACION/ INCERTIDUMBRE/R. PERSONAL /TERCEROS	2
COMPORTAMIENTO VIOLENTO - HOMICIDA / PARA SI MISMO U OTROS	2
COMPORTAMIENTO EXTRAÑO / INCIERTO / RIESGO PARA LA SEGURIDAD	2

PREOCUPACION POR EL BIENESTAR DEL PACIENTE / RIESGO DE FUGA O DE ABUSO CONTINUADO	2
COMPORTAMIENTO DISRUPTIVO PEDIATRICO / INCIERTO O RIESGOS DE SEGURIDAD / ANGUSTIA DE LA FAMILIA	2
ALTERACION DEL NIVEL DE CONCIENCIA / BS <3 MMOL / L Y / O SINTOMAS	2
CONFUSION / BS <3 MMOL / L Y / O SINTOMAS	2
CONFUSION / AGUDA, CON DOLOR DE CABEZA O ALTERACION LOC	2
VERTIGO / NO POSICIONAL + / - OTROS SIGNOS NEUROLOGICOS	2
DOLOR DE CABEZA / REPENTINO E INTENSO, SEVERO	2
DOLOR DE CABEZA /ALTERACION DE AGUDEZA VISUAL + / - DOLOR EN LOS OJOS	2
CONVULSIONES / POST-ICTAL	2
ALTERACIONES DE LA MARCHA / ATAXIA / HORA DE INICIO <3 HORAS	2
LESION EN LA CABEZA / HALLAZGOS NEUROLOGICOS FOCALES	2
DEBILIDAD EN EXTREMIDADES / SINTOMAS ACV / HORA DE INICIO <3 HORAS	2
BEBE SIN TONO MUSCULAR / INCAPAZ DE SOSTENER LA CABEZA	2
ABUSO SEXUAL / <2 HORAS	2
SANGRADO VAGINAL ABUNDANTE + / - EL EMBARAZO	2
PROBLEMAS DE EMBARAZO> 20 SEMANAS / TRABAJO DE PARTO ACTIVO (CONTRACCIONES <2 MIN)	2
PROBLEMAS DE EMBARAZO> 20 SEMANAS SIN MOVIMIENTOS FETALES / NO LATIDOS DEL CORAZON FETAL	2
PROBLEMAS DE EMBARAZO> 20 SEMANAS EL DOLOR DE CABEZA + / - EDEMA + / - DOLOR ABDO + /-HIPERTENSION	2
PROBLEMAS DE EMBARAZO> 20 SEMANAS / POST PARTO	2
PROBLEMAS DE EMBARAZO <20 SEMANAS / SANGRADO VAGINAL ABUNDANTE + / - EL EMBARAZO	2
EXPOSICION A SUSTANCIAS QUIMICAS, LOS OJOS	2
CUERPO EXTRAÑO PENETRANTE EN OJO	2
CUERPO EXTRAÑO, OJO / CAMBIO AGUDO O ABRUPTO EN LA VISION	2
TRASTORNOS VISUALES / CAMBIO AGUDO O ABRUPTO EN LA VISION	2
DOLOR EN LOS OJOS / CAMBIO AGUDO O ABRUPTO EN LA VISION	2
TRAUMA OCULAR / LESION PENETRANTE, QUIMICO O QUEMADURA TERMICA DIRECTA	2
TRAUMA OCULAR / TRAUMA CERRADO CON PERDIDA VISUAL	2
TRAUMA OCULAR / CAMBIO AGUDO O ABRUPTO EN LA VISION	2
TRAUMA OCULAR / ENFERMERA NO PUEDE VISUALIZAR LOS OJOS	2
REVISION OCULAR / CAMBIO AGUDO O ABRUPTO EN LA VISION	2
DOLOR DE ESPALDA / NEURO-DEFICIT DE + / - PROBLEMAS DE VEJIGA E INTESTINO	2
TRAUMA DORSAL / COLUMNA VERTEBRAL LESIONES / NEURO-DEFICIT DE + / - PROBLEMAS DE VEJIGA E INTESTINO	2
AMPUTACION TRAUMATICA DE UNA FALANGE	2
LESIONES EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES / FRACTURA ABIERTA O COMPROMISO NEURO-VASCULAR	2
LESIONES DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES / FRACTURA ABIERTA O COMPROMISO NEURO-VASCULAR	2
DOLOR EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES / COMPROMISO NEURO-VASCULAR	2
DIFICULTAD PARA RESPIRAR / ASMATICOS CONOCIDOS CON EL FEV1 O PEFR <40% DEL VALOR (MUY FUERTE)	2
CUERPO EXTRAÑO EN VIAS RESPIRATORIAS / BABEO O ESTRIDOR	2
CUERPO EXTRAÑO EN VIAS RESPIRATORIAS / RONQUERA Y DISFASIA	2

REACCION ALERGICA / ANTECEDENTE DE REACCION SEVERA	2
MARCADO ESTRIDOR	2
EPISODIOS DE APNEA EN LOS NIÑOS / INFANTIL <7 DIAS DE EDAD	2
EPISODIOS DE APNEA EN LOS NIÑOS / RECIENTE / COMPROMISO RESPIRATORIO	2
MORDIDA / REACCION SEVERA ANTERIOR	2
PICADURA / REACCION SEVERA ANTERIOR	2
LACERACION / PUNCION / HERIDAS COMPLEJAS CON COMPROMISO NEUROVASCULAR	2
QUEMADURAS / > CUERPO 25% DE LA SUPERFICIE (BSA)	2
QUEMADURAS / PARCIAL / TOTAL DE ESPESOR DE LAS MANOS, PIES, CARA, PERINE	2
EXPOSICION SANGRE/FLUIDOS CORPORALES/ALTO RIESGO PINCHAZOS DE AGUJAS HUECAS SOSPECHA VIH O HEPATITIS	2
ERUPCION / CELULITIS FACIAL, ESPECIALMENTE PERIORBITAL	2
ERUPCION / PURPURA O PETEQUIAS	2
EDEMA LOCALIZADA / ENROJECIMIENTO / CELULITIS FACIAL, ESPECIALMENTE LA ZONA PERIORBITAL	2
EDEMA LOCALIZADA / ENROJECIMIENTO / PURPURA O PETEQUIAS	2
ABUSO DE SUSTANCIAS / INTOXICACION / PRODUCTO DE ALTO RIESGO / SUSTANCIA DESCONOCIDA	2
ABUSO DE SUSTANCIAS / INTOXICACION / INCIERTO / RIESGO PARA LA SEGURIDAD	2
SOBREDOSIS / PRODUCTO DE ALTO RIESGO / SUSTANCIA DESCONOCIDA	2
SOBREDOSIS / INCIERTA	2
SOBREDOSIS / INTENTO DE SUICIDIO	2
SINDROME DE ABSTINENCIA / RECIENTE, POST ICTAL, AGITADO	2
SINDROME DE ABSTINENCIA / INCIERTA / RIESGO PARA LA SEGURIDAD	2
SINDROME DE ABSTINENCIA / ANSIEDAD SEVERA / AGITACION	2
TRAUMA MAYOR - PENETRANTE / COMPROMISO NEUROVASCULAR DE LA EXTREMIDAD	2
TRAUMA MAYOR - PENETRANTE / CABEZA / TORAX / ABDOMEN	2
TRAUMA MAYOR - CERRADO / COMPROMISO NEUROVASCULAR DE LA EXTREMIDAD	2
TRAUMATISMO TORACICO AISLADO - PENETRANTE	2
TRAUMA ABDOMINAL AISLADO - PENETRANTE	2
FIEBRE / ERUPCION PETEQUIAL	2
HIPERGLUCEMIA / > 18 MMOL / L SINTOMATICO / DISNEA / DESHIDRATACION / DEBILIDAD	2
HIPOGLUCEMIA/<3 MMOL/L SINTOMAT./CONFUSION/SUDORACION/CAMBIO COMPORTAMIENTO/CONVULSION/INFANT<1 AÑO	2
RETIRO DE ANILLO / NEURO-VASCULAR COMPROMISO	2
LLANTO INCONSOLABLE EN LOS BEBES / SIGNOS VITALES ANORMALES	2
PROBL CONGENITO NIÑOS/CONDICIONES/IDENTIFICA PREOCUPACION X RAPIDO DETERIORO/NECESIDAD TTO INMEDIATO	2
PROBL CONGENITO NIÑO/VOMITO/DIARREA/ENFER METABOLICA HEREDITARIA DIABETES TIPO 1 O INSUF SUPRARRENAL	2
DIARREA Y LA FIEBRE / DESHIDRATACION MODERADA	2
DEPRESION / INCIERTO / RIESGO PARA LA SEGURIDAD	2
IDEAS SUICIDAS / PLAN DE SUICIDIO CLARO	2
IDEAS SUICIDAS / INTENTO DE SUICIDIO	2
IDEAS SUICIDAS / INCIERTO / RIESGO PARA LA SEGURIDAD	2
INTENTO DE SUICIDIO	2
INTENTO DE SUICIDIO / INCIERTO / RIESGO PARA LA SEGURIDAD	2

NIVEL DE CONCIENCIA / ALTERACION LEVE DE LA CONCIENCIA GCS 10-13	2
ESTADO HEMODINAMICO / COMPROMISO HEMODINAMICO	2
TRANSTORNO RESPIRATORIO / DISTRESS RESPIRATORIO MODERADO	2
TRANSTORNO DE LA TEMPERATURA / FIEBRE, INMUNOCOMPROMETIDO	2
TRANSTORNO DE LA TEMPERATURA / APARIENCIA SEPTICA (3 CRITERIOS SIRS)	2
TRANSTORNO DE LA COAGULACION / ALTERACION DE LA COAGULACION (PELIGRO DE SANGRADO DEL MIEMBRO)	2
MECANISMOS DEL TRAUMA / MECANISMO DE ALTO RIESGO - LESION	2
DOLOR AGUDO SEVERO DE ORIGEN CENTRAL (8-10)	2

Cualquier otro caso que a criterio del Médico tratante considere necesario la atención en algún Tópico de Emergencia.

### **Prioridad III**

Paciente que no presentan riesgo de muerte ni secuelas invalidantes. Amerita atención en el Tópico de Emergencia III, teniendo prioridad la atención de casos I y II.

PALPITACIONES / LATIDOS DEL CORAZON IRREGULARES / INICIO AGUDO, EN CURSO	3
HTA (PAS > = 220 O PAD > = 130), CON O SIN OTROS SINTOMAS ACOMPAÑANTES	3
HIPERTENSION (PAS 200-220 Y PAD 110-130) CON SINTOMAS DE HIPERTENSION	3
DEBILIDAD GENERAL CON INCAPACIDAD PARA DEAMBULACION AGUDA	3
DEBILIDAD GENERAL CON DESHIDRATACION LEVE	3
SINCOPE CON SINTOMAS PRODROMICOS O AL CAMBIAR LA POSICION	3
MIEMBRO CON ERITEMA Y CALIENTE UNILATERAL INFLAMACION EXTENSA	3
CUERPO EXTRAÑO OIDO / DOLOR AGUDO MODERADO PERIFERICO (4-7)	3
PERDIDA DE AUDICION, APARICION SUBITA	3
LESIONES DEL OIDO POR EL FRIO CON INTENSA PALIDEZ, CIANOSIS	3
DOLOR DE GARGANTA / DIFICULTAD PARA TRAGAR	3
DIFICULTAD PARA TRAGAR / DISFAGIA / POSIBLE CUERPO EXTRAÑO EN ESOFAGO	3
EPISTAXIS / CONTROLA EL SANGRADO CON COMPRESION	3
CONGELACION / LESIONES POR EL FRIO / PALIDEZ DE LA PIEL	3
INHALACION DE TOXICOS / INHALACION DE HUMO, O DE OTRO TIPO, SIN ANGSTIA	3
LESION ELECTRICA / NO HAY LESIONES CUTANEAS EVIDENTES	3
HIPOTERMIA TEMPERATURA CENTRAL DE 32-35 ° C	3
AHOGAMIENTO / TEMPERATURA CENTRAL DE 32-35 ° C	3
ANOREXIA / PERDIDA SIGNIFICATIVA DE PESO	3
DIARREA CON SANGRE NO CONTROLADA	3
DIARREA / DESHIDRATACION LEVE	3
VOMITO Y / O NAUSEA / CONCHO DE CAFE / MELENA	3
VOMITO Y / O NAUSEA / DESHIDRATACION LEVE	3
VOMITO DE SANGRE / CONCHO DE CAFE / MELENA	3
VOMITO DE SANGRE / PEQUEÑA CANTIDAD, SIGNOS VITALES NORMALES	3
SANGRE EN LAS HECEs / MELENA / MODERADA CANTIDAD O SANGRADO RECTAL	3
MASA ABDOMINAL / DISTENSION / VOMITOS PERSISTENTES	3
ORAL / CUERPO EXTRAÑO EN ESOFAGO / VOMITOS PERSISTENTES	3
ICTERICIA NEONATAL / INFANTIL > 7 DIAS DE EDAD	3

TRAUMA GENITAL / AGRESION SEXUAL, ESTABLE	3
DEPRESION / SUICIDIO / AUTOLESION DELIBERADA / IDEA SUICIDA	3
ANSIEDAD Y / O CRISIS EMOCIONAL / ANSIEDAD MODERADA / AGITACION	3
ALUCINACIONES / ILUSIONES / ANSIEDAD MODERADA / AGITACION O PARANOIA	3
COMPORTAMIENTO VIOLENTO - HOMICIDA / IDEACION VIOLENTO / HOMICIDIO, SIN PLAN	3
PROBLEMA SOCIAL / ABUSO FISICO, EL ESTRES MENTAL, EMOCIONAL ALTA	3
COMPORTAMIENTO EXTRAÑO / CONTROLADO	3
PREOCUPACION POR EL BIENESTAR DEL PACIENTE / ABUSO FISICO O SEXUAL	3
COMPORTAMIENTO DISRUPTIVO PEDIATRICO / GRAVES DIFICULTADES CON LOS DEMAS / MEDIO AMBIENTE	3
CONFUSION / AGUDA SIN DOLOR DE CABEZA O ALTERACION LOC	3
VERTIGO / POSICIONAL, NO PRESENTAN OTROS SINTOMAS NEUROLOGICOS	3
CONVULSIONES / SE RESUELVE, CON NIVELES NORMALES DE ALERTA	3
LESION EN LA CABEZA / HISTORIA DE LA LOC	3
LESION EN LA CABEZA / PROLONGADA INMOVILIZACION DE LA COLUMNA	3
DEBILIDAD EN EXTREMIDADES / SINTOMAS ACV / > 3 HORAS O RESUELTOS	3
PERDIDA DE LA SENSIBILIDAD / PARESTESIAS / NUEVO EPISODIO	3
BEBE SIN TONO MUSCULAR / LIMITADA / MENOS TONO MUSCULAR	3
ABUSO SEXUAL / > = 2 HORAS Y <12 HORAS	3
SANGRADO VAGINAL / VS NORMALES	3
PROBLEMAS DE EMBARAZO > 20 SEMANAS / TRABAJO DE PARTO ACTIVO (CONTRACCIONES > 2 MIN)	3
PROBLEMAS DE EMBARAZO > 20 SEMANAS ES POSIBLE PERDIDA DE LIQUIDO AMNIOTICO	3
PROBLEMAS DE EMBARAZO <20 SEMANAS / SANGRADO VAGINAL - CON SIGNOS VITALES NORMALES	3
DIPLOPIA INICIO AGUDO	3
AMPUTACION	3
LESIONES EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES / DEFORMIDAD OBVIA	3
LESIONES EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES / YESO APRETADO CON COMPROMISO NEURO-VASCULAR	3
LESIONES DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES / DEFORMIDAD EVIDENTE	3
LESIONES DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES / YESO APRETADO CON COMPROMISO NEURO-VASCULAR	3
DOLOR EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES / YESO APRETADO / COMPROMISO NEURO-VASCULAR	3
DOLOR DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES / YESO APRETADO CON COMPROMISO NEURO-VASCULAR	3
PEDIATRIA TRASTORNO DE LA MARCHA / CAMINAR DOLOROSO / PROBLEMAS DE COJERA CON FIEBRE	3
CAMBIO DE YESO / YESO APRETADO CON COMPROMISO NEURO-VASCULAR	3
DIFICULTAD PARA RESPIRAR / ASMA CONOCIDOS CON EL FEV1 O PEFR 40-60% DEL VALOR DE (MODERADO)	3
CUERPO EXTRAÑO EN VIAS RESPIRATORIAS / SIN ANGUSTIA, PERO CON DIFICULTAD PARA TRAGAR	3
ESTRIDOR AUDIBLE	3
SIBILANCIAS / SIN OTRO SIGNO	3
EPISODIOS DE APNEA EN LOS NIÑOS / HISTORIA DE UN EPISODIO DE APNEA	3

LACERACION / PUNCION / SANGRADO ACTIVO	3
QUEMADURAS / 5 -25% BSA	3
EXPOSICION SANGRE/FLUIDOS CORPORALES/BAJO RIESGO NO AGUJA HUECA O SALPICADURAS LIQUIDO BAJO RIESGO	3
CIANOSIS	3
HEMATOMAS ESPONTANEOS	3
SOBREDOSIS / IDEA SUICIDA	3
SINDROME DE ABSTINENCIA / ANSIEDAD MODERADA / AGITACION	3
TRAUMA MAYOR PENETRANTE	3
TRAUMA MAYOR - CERRADO / PROLONGADA INMOVILIZACION DE LA COLUMNA	3
HIPERGLUCEMIA / > NO 18 MMOL / L SINTOMATICA	3
HIPOGLUCEMIA / <3 MMOL / L NO SINTOMATICA	3
VALORES ANORMALES DE LABORATORIO / VS NORMAL / VALOR CRITICO	3
LLANTO INCONSOLABLE EN LOS BEBES / SIGNOS VITALES ESTABLES	3
PROBLEMA CONGENITO EN LOS NIÑOS / IDENTIFICAR CARACTERISTICAS QUE REQUIEREN CUIDADO	3
DIARREA Y LA FIEBRE / SANGRE NO CONTROLADA	3
DIARREA Y LA FIEBRE / DESHIDRATACION LEVE	3
IDEACION SUICIDA	3
ESTADO HEMODINAMICO / ALTERACION DE FRECUENCIA CARDIACA-PRESION (ESTABLE HEMODINAMICAMENTE)	3
TRANSTORNO RESPIRATORIO / DISTRESS RESPIRATORIO LEVE	3
TRANSTORNO DE LA TEMPERATURA / FIEBRE (SIN APARIENCIA) < 3 CRITERIOS SIRS	3
TRANSTORNO DE LA COAGULACION / ALTERACION DE LA COAGULACION (SANDRADO MODERADO - MENOR)	3
DOLOR AGUDO MODERADO DE ORIGEN CENTRAL (4-7)	3
DOLOR CRONICO SEVERO DE ORIGEN CENTRAL (8-10)	3
DOLOR AGUDO PERIFERICO SEVERO(8-10)	3

Cualquier otro caso que el Médico tratante considere que la atención puede ser postergadasólo con relación a las anteriores prioridades de atención.

#### **Prioridad IV**

Pacientes sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata, que puede ser atendido en Consulta Externa o Consultorios Descentralizados.

PALPITACIONES / ARRITMIA / ANTECEDENTES DE PALPITACIONES / ACTUALMENTE RESUELTAS	4
HIPERTENSION (PAS 200-220 Y PAD 110-130) SIN SINTOMAS ACOMPAÑANTES	4
DEBILIDAD GENERAL CON POSIBLE DESHIDRATACION	4
DEBILIDAD CRONICA	4
SINCOPE CON SIGNOS VITALES NORMALES, SINTOMAS RESUELTOS	4
EDEMA GENERALIZADO, SIGNOS VITALES , NORMALES	4
MIEMBRO CON ERITEMA Y CALIENTE UNILATERAL INFLAMACION LOCALIZADA	4
DOLOR DE OIDO LEVE	4
CUERPO EXTRAÑO EN OIDO / DOLOR LEVE (<4)	4
TINNITUS	4

LESIONES DEL OIDO POR EL FRIO, MENOR DE EDAD SIN CIANOSIS	4
LACERACIONES DEL OIDO QUE REQUIEREN PUNTOS DE SUTURA	4
EPISTAXIS AGUDA SIN SANGRADO ACTIVO	4
CUERPO EXTRAÑO, EN NARIZ CON UN LIGERO DOLOR AGUDO	4
INHALACION DE TOXICOS / EXPOSICION A DISTANCIA, NO PRESENTA SINTOMAS	4
HIPOTERMIA SIN CONGELACION, SIGNOS VITALES NORMALES	4
ANOREXIA	4
VOMITO Y / O NAUSEA / POSIBLE DESHIDRATACION	4
SANGRE EN LAS HECES / MELENA / CANTIDAD PEQUEÑA HEMORRAGIA RECTAL	4
HIPO CRONICO SIN ANGUSTIA	4
ORAL / CUERPO EXTRAÑO EN ESOFAGO / DIFICULTAD RESPIRATORIA	4
RETENCION URINARIA	4
OLIGURIA	4
POLIURIA	4
TRAUMA GENITAL / POLIURIA	4
DEPRESION / SUICIDIO / AUTOLESION DELIBERADA / DEPRIMIDO, NO SUICIDA	4
ANSIEDAD Y / O CRISIS EMOCIONAL / ANSIEDAD LEVE / AGITACION	4
ALUCINACIONES / ILUSIONES / AGITACION SUAVE Y ESTABLE	4
INSOMNIO AGUDO	4
PROBLEMA SOCIAL / INCAPAZ DE HACER FRENTE	4
COMPORTAMIENTO EXTRAÑO / COMPORTAMIENTO INOFENSIVO	4
PREOCUPACION POR EL BIENESTAR DEL PACIENTE / HISTORIA / SIGNOS DE ABUSO O MALTRATO	4
COMPORTAMIENTO DISRUPTIVO PEDIATRICO / CONDUCTA PROBLEMATICA PERSISTENTE	4
CONFUSION / CRONICA, SIN CAMBIO DE SU ESTADO HABITUAL	4
LESION EN LA CABEZA / NO HAY HISTORIA DE LOC	4
TEMBLORES CRONICOS	4
PERDIDA DE LA SENSIBILIDAD / PARESTESIAS / CRONICA	4
TRANSTORNOS MENSTRUALES	4
ABUSO SEXUAL / > = 12 HORAS, SIN LESIONES	4
SANGRADO VAGINAL / MENOR DE EDAD / MANCHAS	4
DOLOR VAGINAL / PRURITO	4
PROBLEMAS DE EMBARAZO > 20 SEMANAS	4
PROBLEMAS DE EMBARAZO < 20 SEMANAS / SANGRADO VAGINAL - MENOR DE EDAD / MANCHAS	4
PROBLEMAS DE EMBARAZO < 20 SEMANAS	4
TRASTORNOS VISUALES / CAMBIO EN LA VISION CRONICA / GRADUAL	4
ERITEMA OCULAR / SECRESION , AGUDO	4
FOTOFOBIA	4
DIPLOPIA / CRONICA	4
TRAUMA OCULAR / DOLOR AGUDO LEVE (<4)	4
TRAUMA DORSAL / COLUMNA VERTEBRAL LESIONES / DOLOR CENTRAL LEVE	4

LESIONES EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES / YESO APRETADO SIN COMPROMISO NEURO-VASCULAR	4
LESIONES DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES / YESO APRETADO SIN COMPROMISO NEURO-VASCULAR	4
DOLOR EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES / YESO APRETADO SIN COMPROMISO NEURO-VASCULAR	4
DOLOR DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES / YESO APRETADO SIN COMPROMISO NEURO-VASCULAR	4
PEDIATRIA TRASTORNO DE LA MARCHA / CAMINAR DOLOROSO / DEAMBULACION CON DIFICULTAD	4
CAMBIO DE YESO / YESO APRETADO SIN COMPROMISO NEURO-VASCULAR	4
DIFICULTAD PARA RESPIRAR / ASMATICOS CONOCIDOS CON EL FEV1 O PEFR> 60% DEL VALOR DE (LEVE)	4
DIFICULTAD PARA RESPIRAR / SOB	4
HIPERVENTILACION RESUELTO	4
HEMOPTISIS	4
CUERPO EXTRAÑO EN VIA RESPIRATORIA CON DOLOR LEVE	4
ABRASION MENOR	4
LACERACION / PUNCION / SANGRADO RESUELTO / CONTROLADA	4
LACERACION / PUNCION / REQUIERE SUTURA	4
QUEMADURAS / <5% DE BSA COMPLETA, O <10% BSA ESPESOR PARCIAL	4
ERUPCION / CELULITIS LOCALIZADA	4
EDEMA LOCALIZADA / ENROJECIMIENTO / CELULITIS LOCALIZADA	4
ABUSO DE SUSTANCIAS / INTOXICACION / SUSTANCIA CONOCIDA BAJO RIESGO	4
SOBREDOSIS / INGESTION	4
SINDROME DE ABSTINENCIA / ANSIEDAD LEVE / AGITACION	4
TRAUMA MAYOR - CERRADO / CONTUNDENTE	4
TRAUMATISMO TORACICO AISLADO - CERRADO	4
TRAUMATISMO TORACICO AISLADO - CERRADO	4
TRAUMATISMO ABDOMINAL AISLADO - CERRADO	4
FIEBRE	4
PROBLEMA DE DISPOSITIVOS MEDICOS, "ASINTOMATICOS" O "NO DE PANICO"	4
RETIRO DE ANILLO	4
COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS / VS NORMAL, SIN DOLOR / CHEQUEO DE RUTINA	4
PALIDEZ / ANEMIA	4
LLANTO INCONSOLABLE EN LOS BEBES / IRRITABLE, PERO SE CONSUELA	4
PROBLEMA CONGENITO EN LOS NIÑOS/NIÑO ESTABLE CON UNA ENFERMEDAD CONGENITA CON POTENCIAL PROBLEMAS	4
DEPRESION / NO SUICIDA	4
TRANSTORNO DE LA TEMPERATURA / FIEBRE 1 CRITERIO DE SIRS	4
DOLOR AGUDO LEVE DE ORIGEN CENTRAL (< 4)	4
DOLOR CRONICO MODERADO DE ORIGEN CENTRAL (4-7)	4
DOLOR AGUDO PERIFERICO MODERADO (4-7)	4

**Prioridad V**

Pacientes sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata, que puede ser atendido en Consulta Externa o Consultorios Descentralizados.

DOLOR TORAXICO, NO CARDIACO	5
EDEMA / INFLAMACION BILATERAL DE LAS PIERNAS, CRONICA	5
PERDIDA DE AUDICION, APARICION GRADUAL	5
LESIONES DEL OIDO / LACERACION / ABRASION NO REQUIEREN PUNTOS DE SUTURA	5
PROBLEMAS DENTALES / DE LAS ENCIAS / PROBLEMA DENTAL MENOR	5
DOLOR DE GARGANTA LEVE + / - LARINGITIS	5
EDEMA EN EL CUELLO /CON DOLOR CRONICO DE ORIGEN CENTRAL DE LEVE (<4)	5
EPISTAXIS / PERIODICA / RECURRENTE, SIN SANGRADO ACTIVO	5
CONGESTION NASAL / FIEBRE DEL HENO	5
INFECCION DE VIAS RESPITARATORIAS ALTAS / SIN FIEBRE	5
CONGELACION / LESIONES POR EL FRIO	5
DOLOR ABDOMINAL CRONICO LEVE	5
ESTREÑIMIENTO	5
DIARREA CRONICA / SIGNOS VITALES NORMALES	5
CUERPO EXTRAÑO EN EL RECTO	5
DOLOR EN LA INGLE / MASA	5
VOMITO CRONICO Y / O NAUSEA, SIGNOS VITALES NORMALES	5
RECTAL / DOLOR PERINEAL / DOLOR CRONICO LEVE	5
ICTERICIA	5
MASA ABDOMINAL CRONICO / DISTENSION	5
ANAL / RECTAL TRAUMA	5
DOLOR EN EL FLANCO / CRONICO FLANCO LEVE	5
HEMATURIA / DOLOR LEVE CRONICO	5
FLUJO GENITAL / LESION	5
INFLAMACION DEL PENE / EDEMA / DOLOR LEVE O CRONICO	5
DOLOR EN EL ESCROTO Y / O EDEMA	5
INFECCION RESPIRATORIA ALTA / CRONICA / SINTOMAS LEVES	5
TRAUMA GENITAL, SIN DOLOR	5
ALUCINACIONES / ILUSIONES / LEVES DE ANSIEDAD / AGITACION, ALUCINACIONES CRONICAS	5
INSOMNIO CRONICO	5
PROBLEMA SOCIAL / ENFERMEDAD CRONICA, NO URGENTE	5
COMPORTAMIENTO EXTRAÑO / ENFERMEDAD CRONICA, NO URGENTE	5
COMPORTAMIENTO DISRUPTIVO PEDIATRICO / COMPORTAMIENTO CRONICO, SIN CAMBIOS	5
DOLOR DE CABEZA CRONICO O RECURRENTE	5
CUERPO EXTRAÑO / VAGINA	5
FLUJO VAGINAL / SINTOMAS LEVES	5

EDEMA DE LOS LABIOS	5
CUERPO EXTRAÑO, OJO / DOLOR AGUDO LEVE PERIFERICOS	5
DOLOR EN LOS OJOS, CRONICA	5
ERITEMA OCULAR / SECRESION, CRONICA	5
EDEMA PERIORBITARIO	5
REVISION OCULAR	5
DOLOR DE ESPALDA	5
LESIONES EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES / TRAUMA DE LAS EXTREMIDADES SUPERIORES, DOLOR LEVE CRONICO	5
LESIONES DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES / TRAUMA DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES, DOLOR LEVE CRONICO	5
DOLOR EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES / EXTREMIDAD SUPERIOR / DOLOR CRONICO LEVE	5
DOLOR DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES / DOLOR CRONICO LEVE	5
ARTICULACION (S) INFLAMACION / EDEMA	5
CAMBIO DE YESO	5
TOS / CONGESTION / CRONICA / SIGNOS VITALES NORMALES	5
REACCION ALERGICA / FIEBRE DEL HENO QUE CAUSA LA CONGESTION NASAL	5
MORDIDA / MENOR	5
PICADURA	5
LACERACION / PUNCION / NO REQUIERE PUNTOS DE SUTURA	5
QUEMADURA / LEVE SIN DOLOR	5
PRURITO	5
ERUPCION / CUTANEA LOCALIZADA	5
EDEMA LOCALIZADA / ENROJECIMIENTO / ERUPCION CUTANEA LOCALIZADA	5
HERIDA / REVISION	5
OTRAS CONDICIONES DE LA PIEL	5
NODULOS HEMATOMAS, CALLOSIDADES	5
ENROJECIMIENTO / SENSIBILIDAD, DE MAMA	5
DESCARTAR LA INFESTACION	5
CUERPO EXTRAÑO, EN LA PIEL	5
RETIRO DE GRAPAS / SUTURAS	5
EXPOSICION A ENFERMEDADES CONTAGIOSAS	5
CONSULTA PRIORITARIA	5
CAMBIO DE APOSITO	5
PRUEBAS DE IMAGEN	5
RECETA / REQUIERE MEDICAMENTO	5
VALORES ANORMALES DE LABORATORIO / VS NORMALES / VALOR NO CRITICO	5
QUEJAS DE MENOR IMPORTANCIA, SIN ESPECIFICAR	5
DOLOR CRONICO LEVE DE ORIGEN CENTRAL (< 4)	5
DOLOR AGUDO PERIFERICO LEVE (< 4)	5
DOLOR CRONICO PERIFERICO (< 8)	5