

**UNIVERSIDAD REGIONAL AUTÓNOMA DE LOS ANDES “UNIANDES”**



**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
MAGISTER EN GERENCIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD.**

**TEMA:**

**PLAN ESTRATÉGICO DE ARTICULACIÓN PARA OPTIMIZAR LOS  
SERVICIOS DE EMERGENCIA MEDICA DEL HOSPITAL GUSTAVO  
DOMÍNGUEZ, HOSPITAL DEL IESS, Y LA CLÍNICA TORRES MÉDICAS DE  
SANTO DOMINGO**

**AUTOR: ING. ANGEL FREDY CASTELO RIVAS MDE**

**ASESOR: Lcdo. Mgs. OLGIER VELASTEGUI - DR. Mgs.GALO PAZMAY**

**SANTO DOMINGO 2015**



## **CERTIFICACIÓN DE LOS ASESORES**

En calidad de Asesores de tesis, designada por disposición de RECTORADO de UNIANDES certifico que el Master Ing. Angel Castelo Rivas , de la carrera Medicina, ha cumplido y finalizado su trabajo de tesis con el tema: PLAN ESTRATÉGICO DE ARTICULACIÓN PARA OPTIMIZAR LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA MEDICA DEL HOSPITAL GUSTAVO DOMÍNGUEZ, HOSPITAL DEL IESS, Y LA CLÍNICA TORRES MÉDICAS DE SANTO DOMINGO.

Quien ha cumplido con todos los requerimientos científicos y metodológicos.

Atentamente:

.....  
**Lcdo. Mgs. OLGIER VELASTEGUI.**  
**ASESOR**

.....  
**DR. Mgs.GALO PAZMAY.**  
**ASESOR**



## **DECLARACIÓN DE AUTORÍA**

Ante las autoridades de la Universidad Regional Autónoma de los Andes declaro que el contenido del proyecto cuyo título es PLAN ESTRATÉGICO DE ARTICULACIÓN PARA OPTIMIZAR LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA MEDICA DEL HOSPITAL GUSTAVO DOMÍNGUEZ, HOSPITAL DEL IESS, Y LA CLÍNICA TORRES MÉDICAS DE SANTO DOMINGO. Presentada como requisito previo a la obtención del título de Maestría en Gerencia de los Servicios de Salud, el contenido de esta tesis es original, de responsabilidad del autor y su propiedad intelectual pertenece únicamente a la Universidad Autónoma de los Andes “UNIANDES”.

Ing. Angel Fredy Castelo Rivas MDE

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mi madre, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional.

A mi esposa por apoyarme y cumplir esta meta, gracias por todo te amo infinitamente. A mis hijos, Angel Gabriel y Tatiana Elizabeth porque todo este esfuerzo es para ustedes mis amores.

Ing. Angel Fredy Castelo Rivas MDE

## **AGRADECIMIENTO**

Mi gratitud, principalmente está dirigida al Dios por haberme dado la existencia y permitido llegar al final de la carrera.

A los docentes de la Universidad Regional Autónoma de los Andes UNIANDES, que me han acompañado durante el largo camino, brindándome siempre su orientación con profesionalismo ético en la adquisición de conocimientos y afianzando mi formación.

Igualmente a los asesores quien me ha orientado en todo momento en la realización de este proyecto que enmarca el último escalón hacia un futuro en donde sea partícipe en el mejoramiento del proceso de enseñanza y aprendizaje. Gracias.

-A todas y todos quienes de una u otra forma han colocado un granito de arena para el logro de este Trabajo de Grado, agradezco de forma sincera su valiosa colaboración.

Ing. Angel Fredy Castelo Rivas MDE

## Índice

Certificación de los asesores	
Declaración de autoría	
Dedicatoria	
Agradecimiento	
Índice	
Índice de tablas	
Índice de gráfico	
Índice de figuras	
Índice de anexos	
Resumen ejecutivo	
Summary	

### Introducción

Introducción.....	1
Antecedentes de la investigación.....	1
Planteamiento del problema.....	4
Problema científico.....	7
Objeto de investigación y campo de acción .....	7
Identificación de la línea de investigación. ....	7
Objetivo general .....	7
Objetivos específicos .....	8
Hipótesis /idea a defender.....	8
Operacionalización de la hipótesis .....	8
Metodología a emplear: métodos técnicos y herramientas empleadas en la investigación.....	9
Los tipos de la investigación a emplear son:.....	10
Investigación de campo.....	10
Investigación bibliográfica: .....	10
Los métodos investigativos a utilizar son: .....	10
Método inductivo-deductivo .....	10
Método analítico-sintético:.....	10
Aporte teórico, significación práctica y novedad científica. ....	10

## **Capítulo I**

### **Marco teórico**

1.1	Gestión de los servicios de salud .....	12
1.1.1	Tendencias de la gestión de los servicios de salud.....	13
1.1.2	Modelos de organización de servicios.....	14
1.1.3	Estructura y componentes de la organización .....	14
1.1.3.1	Ambiente y cultura organizacional.....	15
1.1.3.2	Benchmarking.....	16
1.1.3.2.1	Coaching .....	16
1.1.3.3	Perspectivas administrativas .....	17
1.1.3.4	Organización .....	18
1.1.3.5	Estructura organizativa .....	18
1.1.3.6	Componentes o partes de la organización .....	19
1.1.3.7	Mecanismos de coordinación .....	20
1.1.3.8	Tipos de estructuras organizacionales .....	20
1.2	Fundamentación legal .....	22
1.3	Planificación de los servicios de emergencia en salud .....	24
1.4	Articulación de los servicios de emergencia .....	24
1.5	Optimización de los servicios de emergencia .....	26
1.5.1	Calidad de los servicios de emergencia .....	27
1.6	Planeación.....	28
1.6.1	Visión general de la planificación.- .....	28
1.6.1.1	Tipos de planes .....	29
1.7	Planificación estratégica .....	30

## **Capítulo II**

### **Marco Metodológico y planteamiento de la propuesta**

2.1	Descripción de del procedimiento metodológico para el desarrollo de la investigación.....	33
2.1.1	Modalidad de la investigación.....	33
2.1.2	Tipos de investigación .....	34
2.1.2.1	Bibliográfica .....	34
2.1.2.2	De campo .....	34
2.1.2.3	Exploratoria .....	34
2.1.2.4	Descriptiva.....	35

2.1.3	Población y muestra .....	35
2.1.4	Métodos, técnicas e instrumentos de la investigación.....	36
2.1.4.1	Métodos.....	36
2.1.4.1.1	Inductivo – deductivo.....	36
2.1.4.1.2	Analítico – sintético .....	36
2.1.5	Técnicas de investigación.....	37
2.1.5.1	Entrevista.....	37
2.1.5.2	Encuesta.....	37
2.1.6	Instrumentos.....	37
2.1.6.1	El cuestionario .....	37
2.1.6.2	Guía de entrevista .....	38
	<b>Análisis de factores críticos y favorables en relación .....</b>	<b>72</b>
	<b>Análisis matemático de la hipótesis por medio del chi cuadrado .....</b>	<b>80</b>
2.2	Propuesta del investigador: modelo, sistema, metodología, procedimiento.....	83
2.3	Conclusiones parciales del capítulo.....	84

### **Capítulo III**

#### **Desarrollo de la propuesta**

3.1	Etapas 1: análisis de la situación.....	86
3.2	Etapas 2: diagnóstico de la situación. ....	87
3.2.1	Hospital público Gustavo Domínguez.....	87
3.2.2	IESS-Santo Domingo .....	88
3.2.3	Modelo Hospitalario de Clínica Torre Medica “San Andres”.....	90
3.2.4	Análisis foda de la investigación.....	92
3.2.4.1	Misión del plan.....	97
3.2.4.2	Visión del plan .....	97
3.2.4.3	Valores corporativos.....	97
3.2.4.4	Valor de un servicio de salud valor de un servicio de salud .....	98
3.2.4.5	Objetivos estratégicos .....	98
3.3	Etapas 3: declaración de objetivos estratégicos.....	98
3.3.1	Tabla objetivo estratégico 1.- optimizar la administración .....	98
3.3.1.1	Plan de atención médica pre-hospitalarea .....	99
3.3.1.1.1	Funciones antes, durante y después de la emergencia .....	100
3.3.1.1.2	Sección de planificación .....	100
3.3.1.1.3	Sección de operación.....	101



3.3.1.1.4	Sección de logística .....	101
3.3.1.1.5	Sección de finanzas .....	101
3.3.1.1.6	Rutas de evacuación de la emergencia .....	102
3.3.2	Modelo gráfico de optimización (emergencias) .....	102
3.3.3	Estrategias de satisfacción laboral .....	104
3.3.4	Objetivo estratégico 2 mejorar la calidad de los servicios .....	106
3.3.4.1	Cartera de servicios de las áreas de emergencias.....	107
3.3.4.2	Encuesta de fidelización de los pacientes .....	107
3.3.4.3	Encuesta satisfacción laboral interna .....	108
3.3.4.4	Encuesta para valorar la participación de los trabajadores .....	109
3.3.5	Objetivo estratégico 3 evaluar el desempeño con indicadores de eficiencia y eficacia .....	110
3.3.5.1	Característica diferenciadora entre urgencia y emergencia .....	111
3.3.5.2	Sistema de triaje set, cinco niveles de priorización de atención .....	111
3.3.5.3	Indicadores propuestos .....	111
3.3.5.3.1	Tiempo de registro del triaje .....	111
3.3.5.3.2	Tiempo de espera triaje – en pacientes de nivel 3 .....	112
3.3.5.3.3	Tiempo de espera triaje – consulta médica en pacientes nivel 4. ....	112
3.3.5.3.4	Tiempo de espera triaje – consulta médica en pacientes nivel 5. ....	112
3.3.5.3.5	Número de pacientes de nivel 1 que ingresan .....	112
3.3.5.3.6	Número de pacientes de nivel 2 que ingresan .....	112
3.3.5.3.7	Formula calculo en el mes : .....	112
3.4	Etapa 4: estrategias corporativas. ....	113
3.4.1	Miembros estratégicos ante emergencias hospitalaria .....	114
3.4.2	Proceso definido con el sistema de cooperación estratégico .....	114
3.4.3	Procesos propuestos .....	115
3.4.4	Proceso en tiempo estimado ante la respuesta .....	115
3.4.5	Flujograma del proceso actuación accidente de transito .....	116
3.5	Etapa 5: planes de actuación. ....	117
3.5.1	Plan operativo del servicio de emergencia .....	117
3.5.2	Area de emergencia .....	117
3.5.3	Organización de emergencias .....	118
3.6	Etapa 6: seguimiento. ....	121
3.6.1	Recursos humanos mínimos a controlar según categorización por turno en los servicios de emergencia .....	121

3.6.1.1	Apoyo diagnóstico .....	121
3.6.1.2	Normas y registros .....	122
3.6.1.3	Servicio de emergencia .....	122
3.6.1.3.1	Ingreso a pacientes .....	122
3.6.1.3.2	Recepción .....	123
3.6.1.3.3	Admisión.....	123
3.6.1.3.4	Pacientes asegurados u otra modalidad de aseguramiento.....	123
3.6.1.3.5	Atención al paciente: .....	124
3.6.1.3.6	Tópico de emergencia ii .....	124
3.6.1.3.7	Sala de observación.....	125
3.6.1.3.8	Tópico de emergencia iii .....	126
3.6.1.3.9	Interconsulta.....	126
3.6.1.3.10	Junta médica .....	126
3.6.1.3.11	Información.....	126
3.6.1.4	Servicio de apoyo .....	127
3.6.1.4.1	Exámenes auxiliares .....	127
3.6.1.4.2	Historia clínica .....	128
3.6.1.5	Egreso de pacientes.....	128
3.6.1.5.1	Sala de operaciones.....	128
3.6.1.5.2	Hospitalización .....	129
3.6.1.5.3	Referencia.....	130
3.6.1.5.4	Determinación de alta .....	130
3.6.1.5.5	Constancia de atención.....	131
3.6.1.5.6	Fallecimiento .....	131
3.7	Etapas 7: evaluación. ....	131
3.7.1	Fichas indicadores servicios extra-hospitalarios indicadores operativos: indicadores de calidad para servicios de emergencias extra-hospitalarios .....	132
3.7.1.1	Ratio de llamadas abandonadas realizadas a central de comunicaciones.....	133
3.7.1.2	Tiempo de activación de las unidades de ecu 911 sav (unidad transporte vial).....	135
3.7.1.3	Tiempo de respuesta o de llegada al lugar de las unidades de sva	136
3.7.1.4	II. Indicadores de calidad asistencial: indicadores ca .....	137

3.7.1.4.1	Pacientes con tce y gcs <9 con aislamiento completo de la vía aérea	137
3.7.1.4.2	Pacientes con sospecha diagnóstica de acv/ictus en los que se determinan: presión arterial, pulsioximetría y glucemia.....	138
3.7.1.4.3	Pacientes traumáticos graves a los que se administra analgesia intravenosa.....	139
3.7.1.4.4	Grado de cumplimentación la documentación clínica de las unidades de sva .....	140
3.7.1.5	III. Indicadores de seguridad laboral: indicadores se.....	141
3.7.1.5.1	Accidentes laborales con riesgo biológico por punción .....	141
3.7.1.6	IV. Indicadores de resultado o eficacia general: indicadores eg.....	142
3.7.1.6.1	De pacientes atendidos por parada cardiorrespiratoria (pcr) de origen médico no presenciada con recuperación neurológica .....	142
3.7.1.6.2	Porcentaje de pacientes síndrome coronario agudo sin elevación de st (scacest) tributarios de perfusión coronaria que son sometidos al tratamiento de perfusión durante las 3 primeras horas desde el inicio del dolor	143
3.7.1.6.3	Reclamaciones oficiales sobre servicios primarios .....	144
3.7.1.6.4	Encuestas de satisfacción de pacientes / usuarios .....	145
3.7.1.7	Ficha escala de evolución de atención pre-hospitalaria .....	145
3.7.1.8	Escala de calidad propuesto en las áreas de emergencia .....	146
	<b>Conclusiones y Recomendaciones .....</b>	<b>147</b>

## Índice de Tablas

Operacionalización de la hipótesis .....	8
Tabla legal de salud .....	23
Determinación de expertos de acuerdo al coeficiente de competencia.....	39
Estadísticos de fiabilidad .....	39
KMO y prueba de Bartlett .....	40
Tabla N° 1 El servicio y/o producto que brinda emergencia es el esperado....	50
Tabla N° 2 El personal se muestra dispuesto a ayudar a los usuarios.....	51
Tabla N° 3 El personal que lo atiende es amable y confiable en su trato .....	52
Tabla N° 4 El personal da la imagen de estar totalmente competente para las tareas que tiene que realizar .....	53
Tabla N° 5 Cuándo acude a emergencias hospitalarias es atendido con rapidez .....	54
Tabla N° 6 Las solicitudes o reclamos son atendidos .....	55
Tabla N° 7 Cuándo acudo al servicio, no tengo problemas en contactar con la persona que puede responder a mis dolores .....	56
Tabla N° 8 He podido comprobar que el personal dispone de programas y equipos médicos adecuados .....	57
Tabla N° 9 He tenido la oportunidad de comprobar que el personal cuenta con recursos materiales suficientes .....	58
Tabla N° 10 He observado mejoras en el funcionamiento general del Servicio en mis distintas visitas.....	59
Tabla N° 11 Su trabajo requiere realizar diferentes operaciones y utilizar un gran número de habilidades y conocimientos .....	60
Tabla N° 12 Los resultados de su trabajo afectan significativamente la vida o bienestar.....	61
Tabla N° 13 los supervisores/jefes de emergencia u otras personas le dan a conocer lo bien que lo están desarrollando su trabajo .....	62
Tabla N° 14 Puede cada miembro del grupo desarrollar con habilidad todas o gran parte de las tareas .....	63
Tabla N° 15 Se siente usted en todo momento apoyado por el grupo .....	64
Tabla N° 16 El salario que recibe está de acuerdo a la cantidad y calidad del trabajo que realiza.....	65
Tabla N° 17 Se conocen los aspectos que se evalúan para el otorgamiento de méritos y la selección de los más destacados.....	66

Tabla N° 18 El ambiente de trabajo le ofrece seguridad .....	67
Tabla N° 19 Las condiciones higiénicas de su ambiente de estética laboral le resultan agradables.....	68
Tabla N° 20 Los equipos, muebles, herramientas, útiles de trabajo y espacio, le permiten realizar el trabajo cómodamente .....	69
Tabla N° 21 Las condiciones de desarrollo personal y profesional (capacitación, desarrollo), aumentan posibilidades de ascenso.....	70
Tabla N° 22 Se considera usted comprometido con la entidad .....	71
Tabla N° 23 de ponderación para encuestas .....	77
Tabla N° 24 de ponderación encuesta 1 .....	77
Tabla N° 25 de ponderación encuesta 2 .....	78
Tabla N° 26 de análisis matriz axiológica de factores 1 .....	78
Tabla N° 27 de análisis matriz axiológica de factores 2 .....	79
Tabla N° 28 Resumen de factores relacionados a la investigación.....	79
Tabla N° 29 Factor promedio de la variable dependiente.....	80
Tabla N° 39 Factor promedio de la variable independiente.....	81
Tabla N° 40 de frecuencias observadas.....	81
Tabla N° 4ºde frecuencias esperadas .....	81

## Índice de gráfico

Gráfico N° 1 El servicio y/o producto que brinda emergencias es el esperado	50
Gráfico N° 2 El personal se muestra dispuesto a ayudar a los usuarios .....	51
Gráfico N° 3 El personal que lo atiende es amable y confiable en su trato .....	52
Gráfico N° 4 El personal da la imagen de estar totalmente competente para las tareas que tiene que realizar .....	53
Gráfico N° 5 Cuando acude a emergencias hospitalarias es atendido con rapidez .....	54
Gráfico N° 6 Las solicitudes o reclamos son atendidos.....	55
Gráfico N° 7 Cuando acudo al servicio, no tengo problemas en contactar con la persona que puede responder a mis dolores .....	56
Gráfico N° 8 He podido comprobar que el personal dispone de programas y equipos médicos adecuados .....	57
Gráfico N° 9 He tenido la oportunidad de comprobar que el personal cuenta con recursos materiales suficientes .....	58
Gráfico N° 10 He observado mejoras en el funcionamiento general del Servicio en mis distintas visitas.....	59
Gráfico N° 11 Su trabajo requiere realizar diferentes operaciones y utilizar un gran número de habilidades y conocimientos .....	60
Gráfico N° 12 Los resultados de su trabajo afectan significativamente la vida o bienestar.....	61
Gráfico N° 13 los supervisores/jefes de emergencia u otras personas le dan a conocer lo bien que lo están desarrollando su trabajo .....	62
Gráfico N° 14 Puede cada miembro del grupo desarrollar con habilidad todas o gran parte de las tareas .....	63
Gráfico N° 15 Se siente usted en todo momento apoyado por el grupo.....	64
Gráfico N° 16 El salario que recibe está de acuerdo a la cantidad y calidad del trabajo que realiza .....	65
Gráfico N° 17 Se conocen los aspectos que se evalúan para el otorgamiento de méritos y la selección de los más destacados.....	66
Gráfico N° 18 El ambiente de trabajo le ofrece seguridad.....	67
Gráfico N° 19 Las condiciones higiénicas de su ambiente de estética laboral le resultan agradables.....	68

Gráfico N° 20 Los equipos, muebles, herramientas, útiles de trabajo y espacio, le permiten realizar el trabajo cómodamente .....	69
Gráfico N° 21 Las condiciones de desarrollo personal y profesional (capacitación, desarrollo), aumentan posibilidades de ascenso.....	70
Gráfico N° 22 Se considera usted comprometido con la entidad .....	71

## Índice de figuras

Figura N° 1 Modelo de gestión de la nueva administración pública .....	13
Figura N° 2 Tipos de cambios estructurales .....	15
Figura N° 3 Proceso de estructura organizativa .....	19
Figura N° 4 Componentes de la organización .....	19
Figura N° 5 Marco conceptual determinantes de salud .....	25
Figura N° 5 Determinates de salud .....	25
Figura N° 6 Modelo Mais-Fci- Ecuador.....	26
Figura N° 7 Niveles de atención .....	26
Figura N° 8 Planificación territorial .....	27
Figura N° 9 Tipos de planes y sus dimensiones.....	29
Figura N° 10 Proceso de planeacion .....	30
Figura N° 11 Planificación estratégica Aplicada .....	32
Figura N° 12 Modelo de panificación estratégica .....	32
Figura N° 13 Egresos hospitalarios 2013 Hospital “Gustavo Domínguez” ...	87
Figura N° 14 Egresos clínicos 2013 Torres medicas.....	91
Figura N° 14 Egresos de salud del sector privado 2013.....	92



## **Índice de anexos**

Anexo N° 1 Encuesta aplicada a los expertos para valorar .....	155
Anexo N° 2 Encuesta para determinar el Coeficiente del Experto .....	156
Anexo N° 3 Encuesta experto .....	157
Anexo N° 4 Encuesta de Coeficiente de Gerencia Participativa .....	158
Anexo N° 5 Encuesta para el Nivel de Competencias Organizacionales.....	160
Anexo N° 6 Encuesta sobre la Fidelización de los pacientes Externos .....	161
Anexo N° 7 Factores inhibidores de la rotación de personal seleccionados por los expertos.....	162
ANEXO N° 8 Dimensiones y variables de la satisfacción laboral con coeficiente de concordancia .....	163
ANEXO N° 9 Encuesta para conocer el grado de importancia de las variables esenciales .....	164
Anexo N° 10 de cuestionarios.....	165
Anexo N° 11 tabla de ji cuadrada.....	167
Anexo N° 12 farmacia del IESS-SD AGOSTO 2014.....	168
Anexo N° 13 análisis de correlaciones.....	169
Anexo N° 14: Correlaciones no paramétricas .....	170
Anexo N° 15 Modelo de emergencia .....	171
Anexo N° 16 emergencias del hospital Dr. Gustavo Domínguez.....	171

## Resumen ejecutivo

Este trabajo de investigación tiene como finalidad el diseño y aplicación de un procedimiento que planifique y articule periódicamente el desempeño de áreas de emergencia médica, para optimizar los servicios de manera progresiva, con un enfoque estratégico y proactivo, basándose en el desarrollo de competencias del lugar objeto de estudio, y contribuir al perfeccionamiento de atención con calidad y calidez.

La aplicación de esta metodología, está sustentada en el diseño de planes estratégicos en siete etapas comunes, se encuentra estructurado con objetivos y tareas en cada una de las etapas para diagnosticar e identificar las debilidades o falencias del sistema como del personal. Todo aquello apoyará a la satisfacción del paciente interno como externo.

Para conocer los resultados de la investigación, se realiza una serie de encuestas, entrevistas y la observación directa en las áreas de emergencia médica, con una muestra de  $n=384$  de los cuales 75 laboran en emergencia y 309 son pacientes, analizando los datos y estructurando las principales causas del problema. Para validar el procedimiento y la hipótesis se selecciona un grupo de expertos para que proporcionen su criterio acerca del tema y los instrumentos diseñados adecuadamente, así mismo aplicación del chi cuadrado y un modelo matemático grafico de optimización.

Se concluye con literatura especializada propuestas, el procedimiento constituye un instrumento que permite dar solución desde la perspectiva teórico-metodológica al problema científico formulado, se comprueba con la metodología falencias de procesos y notables deficiencias, lo que hace pertinente cuanto a niveles de competencias organizacionales e individuales y al satisfactorio desempeño, existe orientación hacia la perspectiva de la eficacia y eficiencia, en calidad de atención al paciente con calidez permitir la utilización eficiente de los perfiles de cargos por competencias.

**Palabras clave: estrategia, optimización, emergencia, pacientes, calidad.**

## Summary

This study aims to design and implementation of a procedure that plan and articulate regularly the performance of areas of medical emergency, to optimize services progressively, with a strategic and proactive approach, based on the development of the place object of study, and contribute to the improvement of care with quality and warmth.

The application of this methodology, is supported by the design of strategic plans in seven common stages, is structured with goals and tasks in each one of the steps to diagnose and identify weaknesses or shortcomings of the system as staff. Everything will support internal and external patient satisfaction.

For the results of the research, is carried out a series of surveys, interviews and direct observation in the areas of medical emergency, with a sample of  $n = 384$  of which 75 working in emergency and 309 are patients, analyzing data and structuring the main causes of the problem. To validate the procedure and the hypothesis is selected a group of experts provide their judgement about the subject and instruments designed properly, the same implementation of the chi square and a mathematical model optimization graph.

Proposals it is concluded with specialized literature, the procedure is an instrument that allows to give solution to the scientific problem formulated theoretical-methodological perspective, checks with the shortcomings of processes and significant deficiencies methodology, which makes relevant as regards levels of organizational and individual competencies and satisfactory performance, there is orientation towards the perspective of effectiveness and efficiency, in quality of care for the patient with warm allow the efficient utilization of positions by competence profiles.

Key words: strategy, optimization, emergency, patients and quality.

## **INTRODUCCIÓN.**

### **Antecedentes de la Investigación.**

La presente investigación es una propuesta teórica al área de emergencia de salud, para los establecimientos de mayor selección del paciente o los organismos de socorro de la Provincia que son: Hospital Gustavo Domínguez, Hospital del IESS, y La Clínica Torres Médicas.

Luego de una investigación preliminar realizada en el CDIC UNIANDES extensión Santo Domingo se determinó que el presente trabajo de grado no registra antecedentes con el tema planteado, sin embargo existen trabajos de investigación de similar contenido en cuanto a la variable independiente como son los siguientes:

#### **Calidad de la atención y su Satisfacción. Servicio de Urgencias, CUBA.**

(Dr. Michel Escalona Martin, Dra Gertrudis Avila Parra, Lic. Dixania, Dr. Tomas Avila Niebla, 2009), se presentó un estudio, en el período de enero a diciembre del 2009, en el Hospital Pediátrico “Octavio de la Concepción de la Pedraja” de Holguín con el objetivo de evaluar la satisfacción de la calidad del proceso de urgencia. Para corroborar lo anterior se utilizaron diferentes métodos como: la observación, consulta a expertos, comparación, encuesta, histórico–lógico, análisis–síntesis e hipotético–deductivo.

Se apreció que la mayoría de los pacientes que acuden al cuerpo de guardia no tienen criterio de urgencia y pueden ser atendidos en el nivel de atención primario, y existen dificultades estructurales y organizativas que impiden la adecuada atención. Se arribó a la conclusión de que la población realiza un mal uso del servicio de urgencias por falta de educación para la salud, no obstante a ello muestran un alto nivel de satisfacción y la mayoría de los encuestados manifiestan su preferencia por nuestra institución.

## **Aplicación de la simulación discreta para proponer mejoras en los procesos de atención en el área de emergencia de un hospital público.**

**PERU** (Karem Delgado Encimas, Miguel Mejia Puente, 2011), los servicios de salud en el Perú se brindan a través de los sectores privado y público, este último sector concentra el 51% de los hospitales, según datos del Ministerio de Salud (MINSA, 2007). El hospital que se estudiará es considerado uno de los más importantes del país, debido a su infraestructura, cantidad de pacientes atendidos en consultorios y en el área de emergencia cada año, por la variedad y complejidad de casos atendidos, siendo posible esto último pues se cuenta con personal médico altamente especializado.

En el hospital el área de emergencia es una de las más críticas debido a que está encargada de proporcionar atención médica oportuna y eficiente a todas las personas cuya vida está en riesgo. La atención en esta área se realiza durante las 24 horas del día, todos los días. El área de emergencia tiene cuatro zonas: Emergencia Pediátrica, Emergencia Obstétrica, Salud Mental y Emergencia Adultos, siendo esta última la más concurrida en los últimos años. Por todo lo expuesto, el estudio se centrará en Emergencia Adultos.

Dada la importancia de que en el área de emergencia se brinde a los pacientes una atención rápida, y con el menor tiempo de espera posible, el estudio a realizar evaluará la zona Emergencia Adultos para proponer soluciones que reduzcan el tiempo de permanencia de los pacientes en esta área antes de que lo den de alta o lo deriven al área de internamiento del hospital.

**Análisis Del Diseño y Gestión de Servicios de Emergencia Hospitalaria en CHILE.** (Rodrigo Garcia Alvarado, Felipe Baesler Abufarde, Pedro Rodriguez Moreno, 2003), la planificación y diseño de servicios de emergencia hospitalaria, comparando la normativa chilena con documentos internacionales. Luego se analizan algunos casos, que corresponden a un establecimiento privado de especialización (el Hospital del Trabajador de Concepción), una institución estatal de gran magnitud (el Hospital Regional de Concepción) y un establecimiento de cobertura local (el Hospital de Chillán), en los cuales se

realizó una simulación de operaciones y modelación tridimensional para estudiar sus actividades.

Las simulaciones demostraron que en general la gestión de estos servicios es adecuada, aunque con algunas diferencias internas y recursos superiores a los recomendados por la normativa. A su vez, las representaciones virtuales revelaron que los diseños son consistentes con las distribuciones recomendadas, pero no cumplen las condiciones espaciales requeridas. Ambos procedimientos de estudio permitieron sugerir posibilidades de mejoramientos operativos y arquitectónicos de estos servicios, con una significativa convergencia entre ambos aspectos. Además, el trabajo demuestra el aporte de estos medios de estudio para la administración y planificación de unidades de emergencia, y su posible extensión a la generalidad de servicios hospitalarios y otros establecimientos. Planteando un método de análisis que puede contribuir a la gestión y diseño de edificaciones más apropiadas a las actividades que deben acoger.

**Modelo conceptual de datos difusos de triaje para emergencia hospitalaria representado con FuzzyEER. VENEZUELA** (Wilfredo Rangel, Alfredo Matleo, 2010), el triaje de emergencia persigue desarrollar el proceso de valorización clínica preliminar para ordenar los pacientes según el nivel de urgencia o gravedad, antes de la atención médica, de forma que en una condición de saturación del servicio o disminución de recursos, los pacientes más graves sean tratados con prioridad. Un proceso de triaje presenta un alto grado de imprecisión o incertidumbre al momento de expresar el estado de salud de un paciente, en consecuencia puede haber dificultad y riesgo en la clasificación de las urgencias.

En los servicios de emergencias de los hospitales públicos venezolanos, en especial el servicio de emergencia del Hospital Universitario de Caracas (HUC), se ha evidenciado un incremento en el número de casos que se atienden, siendo una constante la saturación del servicio, lo cual imposibilita que los pacientes con prioridad de atención, sean tratados más rápidamente de forma

oportuna y eficaz. En este trabajo se propone un modelo conceptual de datos difuso de triaje para el sector salud venezolano basado en el proceso de triaje hospitalario de la Sociedad Venezolana de Medicina de Emergencia y Desastres (SV-MED), ya que un modelo de datos que contemple la representación de atributos difusos puede representar de mejor forma los requerimientos del sistema. El modelo propuesto utiliza la notación Entidad Relación con elementos difusos (FuzzyEER) para la representación de las entidades y atributos con imprecisión. Dicho modelo será la base de un sistema automatizado de triaje que hará uso del lenguaje de consultas difusas FSQL (Fuzzy SQL).

La novedad científica se centra en cómo diseñar un plan estratégico articulado a los diferentes procesos de emergencia hospitalarios, en función de la calidad asistencial.

## Planteamiento del Problema

En nuestro país Ecuador en el área de salud a pesar de estar en la constitución de (Ecuador, Constitución del Ecuador , 2008) Artículo 11, el cual manifiesta lo siguiente: “Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, afiliación política, pasado judicial, condición socio-económica, condición migratoria, orientación sexual, **estado de salud**, portar VIH, discapacidad, diferencia física”; ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva, temporal o permanente, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos, aun se vulneran las distintas formas de discriminación.

(Ecuador, Constitución del Ecuador , 2008)En el Art. 3 de la misma incluye son deberes primordiales del Estado: 1. Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, **la salud**, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes. Se incumple el art 11, art 3, por la situación económica, el favoritismo, Así mismo en el art

32.- La **salud es un derecho** que garantiza el Estado. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

El Ministerio de Salud Pública en tema de los derechos de pacientes, Ley de derechos y amparo del paciente: derecho a una atención digna: toda/o paciente debe ser atendido de forma oportuna y ser tratado con respeto, esmero y cortesía, derecho a no ser discriminado: por ninguna razón de sexo, orientación sexual, etnia, edad, religión o condición social y económica, derecho a confidencialidad e intimidad: toda información sobre su condición de salud y tratamiento no es pública sino de estricta reserva para la/el paciente, derecho a la información: que se le informe sobre su condición de salud, las alternativas de tratamiento y los riesgos que implica, derecho a decidir: sobre el tratamiento médico sin presión y con la debida información, en la ley orgánica de salud en el (Salud, 2008) Art 202, 203 habla sobre el delito culposo o mala práctica médica: Cualquier acto u omisión, por parte del personal encargado de brindarlo, que cause: Negativa, Suspensión Retraso Deficiencia de un servicio público de salud, Afecten los derechos de cualquier persona.

Santo Domingo cuenta con un hospital público de segundo nivel, que inicio como hospital regional atiende todas las zonas aledañas. En la actualidad por el incremento poblacional no abastece las necesidades que amerita la población, por lo que siempre se transfiere a los pacientes a los hospitales de tercer nivel que se encuentran en Quito y Guayaquil.

El Hospital "Gustavo Domínguez" en la actualidad cuenta con una capacidad para 139 camas, brindando atención en las especialidades de medicina interna, infectología, cirugía, traumatología, pediatría, neonatología, ginecología y obstetricia. Las áreas de emergencia están subutilizadas en los hospitales públicos, el exceso de equipos ocasiona que el paciente busque atención pero el bajo número de personal capacitado para su uso satura la rápida atención.



La construcción de la casa asistencial con una inversión de **34 millones** de dólares cuenta con unidades médicas que antes no existían en la provincia, la casa de salud tiene 120 camas distribuidas así la Unidad de Cuidados Intensivos, por ejemplo, es el servicio que se requería de manera urgente. El área cuenta con 11 camas. También existe el servicio quirúrgico con 5 quirófanos (3 para cirugía general, 1 para gineco-obstétrico y 1 de emergencia). El servicio de fisioterapia, en cambio, tiene 36 camas para hospitalización. Además tiene unidades de gastroenterología, oftalmología, departamento de imagenología, laboratorio clínico; departamento de rehabilitación física y neonatología. Para cirugía existen 5 quirófanos, de los cuales 3 son integrados.

El Hospital Gustavo Domínguez, realizó una inversión de \$ 2500000 para el área de emergencia actualmente 97 personas entre médicos, enfermeras, auxiliares y camilleros, se encargan de atender a los cerca de 200 pacientes diarios que acuden al hospital por emergencias. La área de emergencia de la clínicas particulares es reducido cuentan con un médico y una enfermera no especialistas en el área prestan un servicio rápido para problemas sencillos, pero al momento de existir complicaciones son enviados al hospital Gustavo Domínguez.

La calidad se ha puesto como prioridad a nivel de gerencia y de gestión en las instituciones prestadoras de servicio de salud para lograr o mantener un nivel de competitividad ante la exigencia de la provincia pero se han detectado incoherencias y deficiencias en la gestión suscitando un ciclo de ineficiencia, baja productividad, apatía en los componentes del sistema nacional de salud. La débil comunicación y coordinación provincial de la dirección de salud ha generado obstáculos para acceder a los servicios de las unidades de emergencia generando la vulneración de los derechos de los pacientes así como un deficiente triaje.

La débil estandarización de protocolos en las unidades de emergencia, ha ocasionado saturación debida a que el paciente por no ser atendido en otras

unidades o por tener turnos para atención acuden a esta unidad y obtener una atención inmediata.

En consecuencia de no mejorar la articulación para la optimización en los servicios de emergencia en salud se incrementara el número de fallecidos, dolor y descontento en los familiares, el desprestigio y desconfianza hacia los médicos, y en consecuencia encubrimiento de mala práctica médica.

La problemática planteada orienta la formulación del siguiente problema:

### **Problema científico**

¿Cómo optimizar los servicios en el área de emergencia en salud del Hospital Gustavo Domínguez, Hospital del IESS, y la Clínica Torres Médicas de Santo Domingo?

### **Objeto de investigación y campo de acción**

El objeto de estudio gestión de servicio de salud, siendo su campo de acción plan estratégico articulado para atención de servicios de emergencia,

### **Identificación de la Línea de Investigación.**

Gestión de los servicios de salud.

### **Objetivo General**

Diseñar un plan estratégico de articulación para la optimización en los servicios de emergencia en salud del Hospital Gustavo Domínguez, Hospital del IESS, y la Clínica Torres Médicas de Santo Domingo.

## Objetivos Específicos

1. Fundamentar las bases teóricas de la planificación estratégica y procesos hospitalarios, protocolos de optimización en áreas de emergencia.
2. Analizar la problemática actual y establecer las posibles causas y efectos del problema en el área de emergencia de Hospital Gustavo Domínguez, Hospital del IESS, y la Clínica Torres médicas que está situada en la provincia de Santo Domingo, para emitir soluciones utilizando métodos, técnicas e instrumentos de investigación.
3. Proponer el diseño de un plan estratégico para optimización de atención en los servicios de emergencia en salud del Hospital Gustavo Domínguez, Hospital del IESS, y la Clínica Torres Médicas de Santo Domingo.
4. Validar la propuesta por vía de expertos.

## Hipótesis /Idea a Defender

Con el diseño de un plan estratégico articulado se potencializara y contribuirá a optimizar los servicios de emergencia médica del Hospital Gustavo Domínguez, Hospital del IESS, y la Clínica Torres Médicas de Santo Domingo

## Operacionalización de la hipótesis

Variable dependiente: Optimizar los servicios de emergencia

Variable Independiente: Plan estratégico de articulación

Variable interviniente: pacientes, 911, hospitales, médicos de emergencia

### Operacionalización de la hipótesis

Variable independiente	Propósito operativo	indicador	Técnica	instrumento
Plan estratégico de articulación	Establecer objetivos para determinar prioridades señalando	Mejorar la satisfacción en atención del paciente, # de pacientes atendidos/#total de pacientes en el mes	Investigación de campo	Cuestionario de preguntas empleados

	riesgos fortalezas y oportunidades	Incremento de servicios efectivos y relevantes # de servicios solicitados/# total de servicios ofrecidos	Investigación de campo	Cuestionario de preguntas empleados
<b>Variable dependiente</b>	<b>Propósito operativo</b>	<b>indicador</b>	<b>Técnica</b>	<b>instrumento</b>
Optimizar los servicios de emergencia	Mejorar los tiempos de espera y atención de pacientes por los médicos	Disminuir los tiempos de espera para que pacientes sean atendidos  Tiempo de espera del paciente de emergencia/tiempo determinado según escala de emergencia Glasgow  Mejorar el rendimiento de los procesos asistenciales  #de procesos ejecutados/#total de procesos solicitados	Encuestas y entrevistas	Cuestionario de preguntas pacientes Base de datos de los afiliados, pacientes en emergencias
Emergencia Medica	Mejorar la capacidad de servicio versus la demanda	Optimizar los tiempos de atención del médico en urgencias  Tiempo utilizado en atención al paciente según emergencia/ # total de emergencias en el día.	Encuestas y entrevistas	Cuestionario de preguntas pacientes

## Metodología a emplear: métodos técnicos y herramientas empleadas en la investigación.

La presente investigación se basó en el paradigma cuanti-cualitativo con énfasis en lo cuantitativo.

Cuantitativo porque el objeto de estudio son los procesos contables es decir numéricos además se obtendrán datos a través de la investigación de campo y la tabulación mediante la estadística; y lo cualitativo porque estos resultados serán examinados y fundamentados para la propuesta de solución y el predominio en la utilización de los métodos teóricos.

Los tipos de la investigación a emplear son:

Investigación de campo: Cuando se habla de estudios de campo, nos referimos a investigaciones científicas, no experimentales dirigidas a descubrir relaciones e interacciones entre variables sociológicas, psicológicas y educativas en estructuras sociales reales y cotidianas.

Investigación bibliográfica: se trata de aquella etapa de la investigación en la que se basa en la información existente de libros, e internet, la misma que será útil para elaborar el marco teórico que fundamente científicamente la solución planteada al problema, mediante un modelo teórico.

Los métodos investigativos a utilizar son:

Método Inductivo-Deductivo: Este se aplica para la observación de fenómenos y llegar a conclusiones generales de la situación.

Método Analítico-Sintético: Permite realizar un análisis de la problemática existente y dar la posible solución, descomponiendo el todo en sus partes y una síntesis que permita transmitir problema, objeto, objetivo.

Aporte teórico, significación práctica y novedad científica.

El aporte teórico del presente trabajo investigativo, se refleja en la base epistemológica que se construirá y puede ser fuente de consulta para otros estudiantes de la carrera de Medicina, Administración, Derecho así como la posibilidad de fundamentar los conceptos de planificación estratégica, calidad y calidez, derechos de los pacientes para extenderlos durante el desarrollo del plan que será un modelo teórico que permita solucionar problemas similares en otros hospitales dedicadas a la misma actividad.

La importancia de la planificación estratégica está orientada directamente al mejoramiento de la calidad y calidez de emergencias hospitalaria, que organizados disminuyan notablemente el riesgo y generen nuevas ideas de atención al cliente, procesos, protocolos, cumplimiento de derechos y obligaciones con los pacientes.

# **1 CAPITULO. MARCO TEÓRICO**

## **1.1 Gestión de los servicios de salud**

Los servicios de salud son de fundamental importancia para responder a la calidad asistencial. El proceso de evaluación permite evaluar la estructura, proceso y resultados de una organización, incluyendo todos los aspectos de su entorno. Es un instrumento de gestión y de investigación aplicada que ofrece herramientas para identificar las fortalezas y/o debilidades en las diversas fases del proceso asistencial, permitiendo el desarrollo de toma de decisiones con argumentos racionales para la implementación de estrategias y/o metas para la mejora de la calidad de los servicios de salud.

El propósito básico de las organizaciones del sector público es proveer servicios, no hacer ganancias. Los gobiernos definen los tipos de servicios y sus límites, lo cual debe basarse en procesos democráticos. La sociedad necesita que algunos productos o servicios sean producidos a gran escala y los servicios básicos, como el servicio de salud, deben ser distribuidos por el Estado para asegurar equidad y justicia. Según Walsh(1995), “algunos productos o servicios no deben estar abiertos al mercado porque ellos son parte de los derechos fundamentales del ser humano.

Para Hubbard(1997), un servicio se considera público si posee alguna de las siguientes características:

- Servicio meritorio, aquel que se considera un derecho fundamental de todos los ciudadanos, como el caso de la salud y la educación.
- No exclusión de aquellos que no pueden pagar por él, de tal manera que todos se benefician.
- No rivalidad, es decir, que al ser utilizado por alguien el servicio no limite su uso por otros.
- El sector privado no es capaz de producirlo en suficiente cantidad para satisfacer las necesidades de la sociedad, por ejemplo, el aire y los ríos limpios, las carreteras, etc.
- Peligro moral. La información es asimétrica por parte del productor del servicio y el usuario no tiene la capacidad para juzgar la calidad de éste, por ejemplo, los tratamientos médicos.
- Costos y beneficios externos y altas externalidades. Las personas que no reciben el servicio se benefician de éste, como en el caso de la inmunización.
- Beneficio personal y externo alto, como sucede con la

educación y la salud. • El incremento de retornos por rentabilidad social y económica y bajo costo por producción a gran escala.

**Figura N°1 modelo de gestión de la nueva administración pública**

<p><b>Búsqueda de la eficiencia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento del volumen de actividades con los mismos recursos. "Hacer más con menos"</li> <li>• Control financiero</li> <li>• Control de gestión</li> <li>• Auditoría</li> <li>• Énfasis en la atención al cliente</li> <li>• Menos regulación</li> <li>• Pagos según desempeño</li> <li>• Menos influencia y poder de los grupos profesionales y sindicatos</li> <li>• Énfasis en la dirección y perfiles directivos</li> </ul>	<p><b>Descentralización y flexibilidad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Énfasis en el mercadeo</li> <li>• Cambio de la administración jerárquica hacia la contratación y el desarrollo local</li> <li>• Eliminación de niveles administrativos y reducción de recurso humano en los niveles centrales e intermedios de las organizaciones</li> <li>• Separación de aseguradoras y productores de servicios</li> <li>• Cambio de la dirección y control por nuevos estilos administrativos</li> <li>• Estimulo a la formación de redes de organizaciones y alianzas estratégicas</li> <li>• Flexibilidad de la gestión</li> </ul>
<p><b>Búsqueda de la excelencia</b> (Human Relations School of Management)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gran importancia a la cultura y el desarrollo organizacional: valores, cultura, ritos y símbolos</li> <li>• Énfasis en los procesos de aprendizaje</li> <li>• Manejo del cambio basado en los valores culturales de los empleados y de la organización</li> <li>• Enfoque humanístico que estimula el autodesarrollo y la participación</li> <li>• Énfasis en el liderazgo carismático y transformacional más que en el liderazgo transaccional</li> </ul>	<p><b>Orientación al servicio público</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fusión de estilos administrativos de los sectores público y privado</li> <li>• Énfasis en la misión del sector público diferenciado del sector privado</li> <li>• Elevar la calidad administrativa involucrando prácticas del sector privado</li> <li>• Garantizar la responsabilidad social de los servicios</li> <li>• Mayor preocupación por la calidad del servicio</li> <li>• Énfasis en el usuario y en la relación con la ciudadanía</li> <li>• Devolución del poder a la autoridad local</li> <li>• Escepticismo en el mercado del sector público</li> </ul>

Fuente: Revista Facultad Nacional de Salud Pública Universidad Antioquia

### 1.1.1 Tendencias de la gestión de los servicios de salud

Los sistemas de salud han estado en la agenda de los gobiernos y han sido objeto de permanentes análisis y reformas que han implicado el desarrollo de nuevos modelos para la prestación de más y mejores servicios, para un número mayor de población. Según Walsh,(1995) “la clave de la eficiencia en la administración del servicio público, está en la separación de la responsabilidad del aseguramiento de la responsabilidad de producción de servicios. Para Frenk, “es la naturaleza de las relaciones entre los diferentes actores lo que caracteriza el sistema de salud.

Para Laurel AC(1994), una política sanitaria es satisfactoria cuando genera mejores condiciones de salud, satisfacción de los usuarios, mayor equidad y menores costos. Hay igualdad en la atención a la salud cuando a igualdad de



necesidades se da igual acceso e igual utilización de la atención existente, con la misma calidad de servicios para todos. En estos cambios del sistema de salud público, la gestión se orienta fundamentalmente hacia crear nuevos paradigmas centrados en:

- Lograr mayor equidad en la accesibilidad a los servicios de salud.
- Lograr solidez financiera del sistema para asegurar la sostenibilidad de los servicios.
- Lograr mayor eficiencia, efectividad y calidad en la prestación de los servicios.
- Destacar la orientación hacia el usuario, creando nuevos valores culturales en las organizaciones de salud.
- Crear incentivos basados en el desempeño y los resultados.
- Fortalecer el trabajo en equipo, interdisciplinario e intersectorial.
- Generar un mercado interno y crear competencia.
- Separar el papel del aseguramiento del de la producción de servicios.

(AC, 1994), Según los valores y circunstancias de cada país en materia de salud, se establecen prioridades en las políticas, las metas y las estrategias de la gestión

### **1.1.2 Modelos de organización de servicios**

Se han desarrollado diferentes formas de organización de los servicios y entre las más importantes, se destacan:

- a. Modelo integrado: financiamiento público y hospitales públicos con personal de salud asalariado.
- b. Modelo de contratos: seguro público y contratos con proveedores públicos y privados.
- c. Modelo de reembolso en el cual el estado o las aseguradoras reembolsan a los usuarios los servicios pagados; no hay contratos. (M., 2001)

### **1.1.3 Estructura y componentes de la organización**

Sergio Hernández define a la estructura como: “Ensamblaje de una construcción, una ordenación relativamente duradera de las partes de un todo y su relación entre ellas (Hernandez, 2002)”. Pero Max Weber en su enfoque del estructuralismo consideraba tres conceptos importantes:

1.- El concepto de burocracia: En la actualidad es un concepto mas usados y conocido entre todos lo que tenga relación con la función pública, que vendría siendo como la ineficiencia organizativa.

2.- Concepto de clasificación de autoridad: Es la capacidad de poder mandar e influir sobre otras personas.

3.- Modelo ideal de burocracia: Se basa en el concepto de burocracia pero un modelo de este debe estar integrado por: una máxima división de trabajo, jerarquía de autoridad, reglas de autoridad, reglas que definan la responsabilidad y la labor, actitud objetiva del administración, calificación técnica y seguridad en el trabajo y evitar la corrupción.

### 1.1.3.1 Ambiente y cultura organizacional

En el ambiente, Es necesario que las personas que pertenecen a una organización interactúen con el fin de lograr los objetivos propuestos, cada integrante contribuye en un rol específico que le permite desarrollar una serie de actividades, funciones y atribuciones para cumplir con el trabajo, (Carlos Julio Galindo Ruíz, 2006), en la cultura; es el modo de vida y desempeño de los trabajadores teniendo en cuenta sus necesidades, deseos, valores, creencias y ambiciones, existen cuatro tipos de cambios estructurales, tecnológicos, productos o servicios, culturales. (Carlos Julio Galindo Ruíz, 2006, pág. 111)

**Figura Nº 2 Tipos de cambios estructurales**



Fuente: Elaboración propia del Autor

Los cambios oportunos mejoran el nivel de estructura de las empresas así mismo la eficiencia y eficacia del personal que asume estos cambios para cumplir los objetivos de la empresa.

#### **1.1.3.2 Benchmarking**

Es una forma reciente de generalizar y evaluar el ambiente, mediante una investigación de los mejores resultados obtenidos entre competidores y no competidores así como sus prácticas para obtener resultados. En términos de resultados la valorización de los competidores que muestra la tasa de ingresos por empleados más alta servirá al administrador como referencia para evaluar su productividad (Hitt, 2006, pág. 310).

##### **1.1.3.2.1 Coaching**

Es un sistema que incluye conceptos, estructuras, procesos, herramientas de trabajo e instrumentos de medición y grupos de personas; comprende también un estilo de liderazgo, una forma particular de seleccionar gente o crear grupos de personas en desarrollo. El coaching está siendo aplicado cada vez más en empresas y organizaciones de todo tipo. La intervención de un coach profesional, en grupos de trabajo o en trabajo personal sobre los directivos, está transformándose rápidamente en una ventaja competitiva de la organización el coaching es importante para las empresas:

- Facilita que las personas se adapten a los cambios de manera eficiente y eficaz.
- Moviliza los valores centrales y los compromisos del ser humano.
- Estimula a las personas hacia la producción de resultados sin precedentes.
- Renueva las relaciones y hace eficaz la comunicación en los sistemas humanos.
- Predispone a las personas para la colaboración, el trabajo en equipo y la creación de consenso.
- Destapa la potencialidad de las personas, permitiéndoles alcanzar objetivos que de otra manera son considerados inalcanzables.

El COACH no es más que el líder que se preocupa por planear el crecimiento personal y profesional de cada una de las personas del equipo y del suyo propio

**El coaching se debe aplicar cuando:**

- Existe una retroalimentación pobre o deficiente sobre el progreso de los empleados, causando bajo rendimiento laboral.
- Cuando un empleado de cualquier área merece ser felicitado por la ejecución ejemplar de alguna destreza.
- Cuando el empleado necesita mejorar alguna destreza dentro de su trabajo.

**1.1.3.3 Perspectivas administrativas**

Perspectiva 1: el contexto organizacional.- la estructura organizacional deja en claro es imposible hacerlo sin tomar en cuenta el contexto organizacional. La estructura debe adaptarse a la estrategia. Si la respuesta es de rápida innovación, entonces una estructura con muchos niveles y unidades inflexibles sería inadecuada. es necesario considerar la naturaleza de su organización: su cultura y sus fortalezas y debilidades (Hitt, 2006, pág. 260), cuando una nueva estrategia es rápida y la vieja estructura en la toma de decisiones es lenta, formal y reflexiva, entonces su simple colocación sobre comportamientos antiguos no funcionara, y se ve necesario planear su implementación eficaz dentro del contexto de la organización.

Perspectiva 2.- el factor humano.- un error al estructurar organizaciones es suponer que si se cambia los cuadros y las líneas automáticamente comenzaran nuevas conductas. Para que una estructura funcione eficazmente ocurrirá solo si se trabaja con otros individuos que adquieran nuevas habilidades y capacidades para que la nueva estructura se desarrolle normalmente (Hitt, 2006, pág. 261)

Perspectiva 3.- dominio experto de las paradojas, el desarrollo de una estructura que está integrada y que haga diferenciación genera paradoja en los administradores.

Perspectiva 4.- mentalidad emprendedora, la mentalidad emprendedora y la innovación es vital para la organización y la supervivencia de la misma.

Demasiada formalización puede entorpecer la flexibilidad para el emprendedor e innovador. Si la organización de la compañía es fuerte e integrada a la vez tales ideas se comunicaran a otras unidades y estas las utilizaran para crear más y mejores productos y servicios. Una estructura de red permite que la organización participe en diversas alianzas con socios externos. Los administradores pueden aprovechar los conocimientos de otras sociedades para mejorar sus propias innovaciones.

Las perspectivas indican que el diseño de una estructura organizacional podría ser una de las actividades más complejas de la organización ya que garantizan a los administradores que comprendan el diseño organizacional mejorando el crecimiento.

#### **1.1.3.4 Organización**

Según Campus Bueno<sup>1</sup> (1996) define a la organización como función directiva al conjunto de proposiciones teóricas que estudian la naturaleza, estructura y funcionamiento de las organizaciones (sistemas y grupos humanos) y que intentan precisar la serie de principios, rutinas, reglas y métodos por la que se desarrollan. (Nekane Aramburo Goya, Olga Rivera Hernandez, 2007, pág. 15), así mismo define a la organización como entidad: al conjunto de personas con los medios necesarios y adecuados que se relacionan entre si y funcionan para alcanzar una finalidad determinada que puede ser lucrativa como no lucrativa.

#### **1.1.3.5 Estructura organizativa**

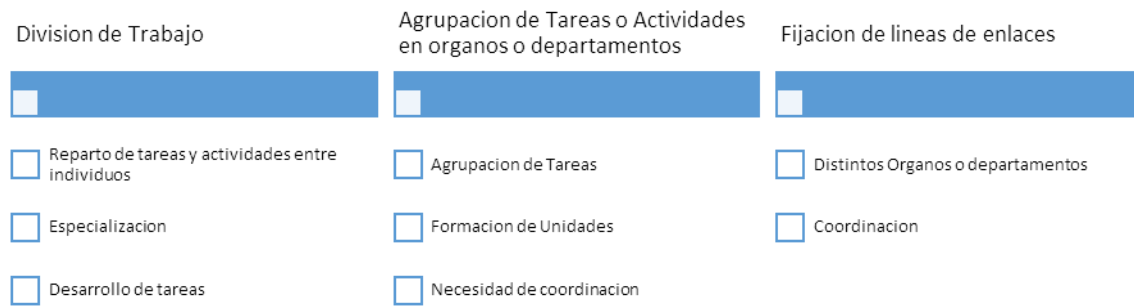
Es un instrumento sobre el que se apoya la función directiva de la organización que articula el conjunto de relaciones y actividades de la empresa.

Se define como esquema básico de reparto de tareas y responsabilidades de una organización. (Nekane Aramburo Goya, Olga Rivera Hernandez, 2007), la definición implica la determinación de las tareas y actividades específicas de cada individuo y reparto de tareas con coordinación.

---

<sup>1</sup> Bueno Campos, E (1996): Organización de Empresas, Estructuras procesos y modelos. Ed. Pirámide. Madrid.

**Figura 3 Proceso de estructura organizativa**



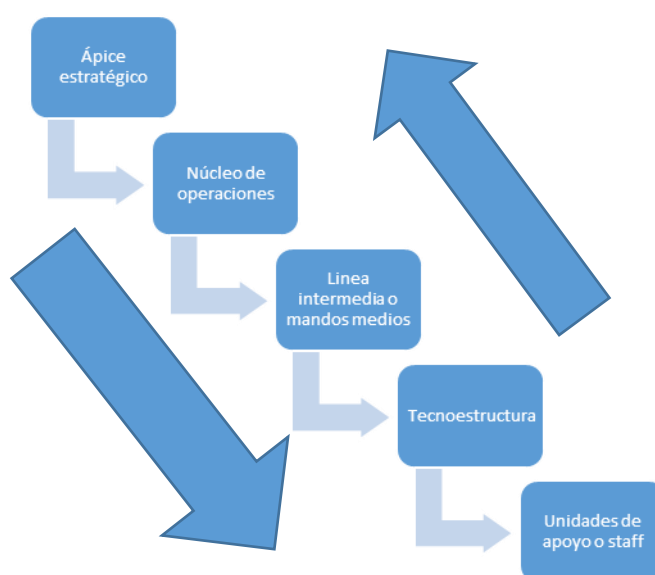
Fuente: Elaboración propia del Autor

### 1.1.3.6 Componentes o partes de la organización

Para comprender el funcionamiento de las organizaciones, debemos conocer primero, sus partes constitutivas y las funciones de cada una de ellas, así como la forma como se relacionan entre sí. Estas partes de la organización o componentes, según H. Mintzberg, se explican de la siguiente

Apéndice estratégico.- es el comienzo o inicio de una persona esta es el apéndice estratégico o de alta dirección, quien ostenta el cargo mas alto con la función de velar por el funcionamiento de la organización se las puede llamar: presidentes, directores, gerentes, ejecutivos, encargados, administradores, rectores (B., 2004, pág. 16). Núcleo de operaciones.- son los trabajadores que realizan el trabajo sustantivo, los que llevan a cabo directamente la producción de bienes y servicios

**Figura 4 Componentes de la organización**



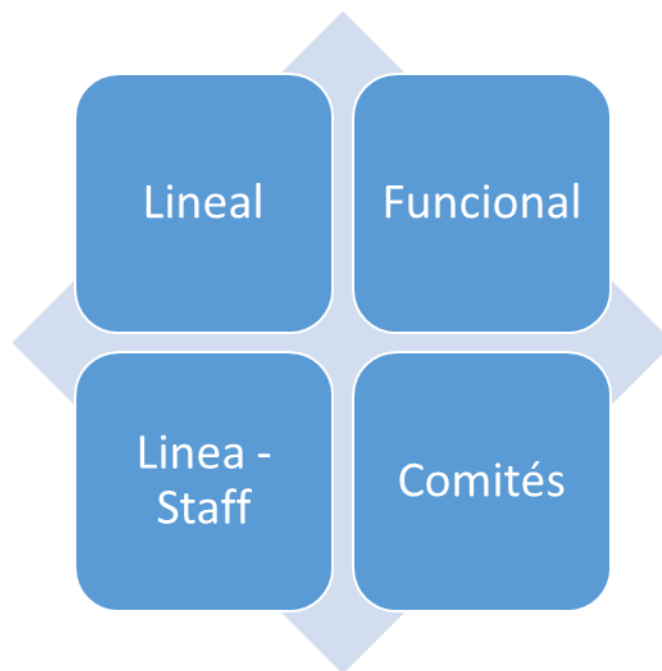
Fuente: Elaboración propia del Autor

### 1.1.3.7 Mecanismos de coordinación

### 1.1.3.8 Tipos de estructuras organizacionales

Según Chiavenato la estructura organizacional son los patrones de diseño para organizar una empresa, con el fin de cumplir las metas propuestas y lograr el objetivo deseado. Modelos de estructuras organizacionales en términos generales un “modelo” es la representación de alguna cosa, ó como lo definió Jorge Etkin. “En el sentido más general se llama modelo aun conjunto de elementos, sean estos materiales, símbolos gráficos, ideas ó palabras que son utilizadas para representar un fenómeno real con una finalidad práctica”; clasificación:

#### 1.- Estructuras formales: se dividen en 4 estructuras



Por organización formal se entiende, en general la estructura intencional de funciones en una empresa formalmente organizada. Pero describir a una organización como “formal” no significa que contenga nada inherente inflexible o indebidamente limitante. (Gallo, 2009)

**2.- Estructural informales.-** Estructura informal o estructura social tiene que ver con las dinámicas y relaciones entre los individuos que habitan la organización, y sus interpelaciones, comprende cinco componentes:

- a) Las relaciones de poder y de autoridad como tal (en lo formal e informal).

- b) Las expectativas e intereses, conflictos, y fines mutuos de sus miembros.
- c) Las interrelaciones humanas y sus comportamientos.
- d) La cultura organizacional propiamente dicha
- e) Los diferentes grupos informales con sus intereses.

### **Elementos básicos de la estructura organizacional**

Los elementos que se deben tener en la estructura organizacional vienen dados por variables:

- a) Atendiendo las disposiciones normativas.
- b) Redefiniendo los objetivos y las estrategias institucionales.
- c) A la reagrupación de unidades respetando áreas funcionales.
- d) Reduciendo personal conforme a la siguiente secuencia:
- e) Congelando puestos o plazas vacantes.
- f) Liquidación de personal de áreas adjetivas o de apoyo.
- g) Liquidación de personal de áreas sustantivas (siguiendo los niveles jerárquicos en forma ascendente, esto es, personal secretarial, analista, jefes de oficina, jefes de departamento.)
- h) Redistribuyendo y o re direccionando funciones.
- i) Diseñando y aplicando cuestionarios a través de entrevistas dirigidas en cada área para captar información sobre:
- j) Funciones por área.
- k) Procedimientos.
- l) Cargas de trabajo.
- m) Soporte tecnológico.
- n) Relaciones con el entorno.
- o) Replanteando territorios o áreas de trabajo.
- p) Revisando el tipo y presentación de productos y ó servicios que se ofrecen.
- q) Estableciendo condiciones de operación viables y oportunas.
- r) Replanteando relaciones de trabajo con organizaciones que brindan insumos, servicios o pautas de acción.
- s) Racionalizando recursos de trabajo (materiales y tecnológicos).
- t) Reduciendo la cadena escalar de autoridad.
- u) Capacitando a los mandos superiores y medios para asimilar el cambio.



- v) Desincorporando áreas.
- w) Promoviendo la creación de fuentes de trabajo suplementarias.
- x) En todos los casos se deben respetar los aspectos funcionales asignados a las áreas.

## **1.2 Fundamentación legal**

Desde 1995 se ha venido desarrollando en Ecuador un proceso de Reforma del Sector Salud, asentado sobre un proceso de descentralización y transferencia de funciones del MSP a las Municipalidades que lo soliciten. Al momento actual no existen consensos completos entre los diversos actores de cómo llevar adelante dicho proceso de descentralización, que no ha contado con decisiones políticas acordes. Esta situación, unida a la reducción muy importante de los recursos asignados al sector salud, ha repercutido en la calidad de atención, niveles de coberturas de servicios que no responden adecuadamente a las necesidades sentidas y a la realidad epidemiológica de poblaciones, especialmente en aquellas zonas más depauperadas.

A pesar de ello, tanto el MSP como el Consejo Nacional de Salud han reconocido esta situación de crisis y están comprometidos en llevar a delante el proceso de reforma del sector a nivel central y hacer lo necesario a fin de apoyar el proceso de transferencia de funciones a los gobiernos locales. Existen leyes en las cuales se apoya la reforma del sector como:

Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud; Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia; Ley de Medicamentos Genéricos de Uso Humano, Programa Nacional de Nutrición y alimentación, y la Ley de Descentralización y participación social. Varias de estas leyes apoyan la descentralización del SNS en Sistemas Cantonales de Salud, la participación ciudadana y el aumento de la cobertura. No obstante, el nivel de aplicación de estas leyes es muy reducido debido a inestabilidad política que ha sufrido el país en los últimos años.

**Tabla legal de salud**

<b>Funciones del Sistema Nacional de Salud</b>				
<b>Rectoría</b>	<b>Coordinación</b>	<b>Provisión de servicios</b>	<b>Aseguramiento</b>	<b>Financiamiento</b>
El Estado garantizará la rectoría del sistema a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.	Es la función del sistema que coordina el relacionamiento entre las demás funciones y entre los integrantes del Sistema. Su ejercicio es competencia del Ministerio de Salud Pública, en todos sus niveles, como autoridad sanitaria nacional, apoyado por los Consejos de Salud.	La provisión de servicios de salud es plural y con participación coordinada de las instituciones prestadoras. El Sistema establecerá los mecanismos para que las instituciones garanticen su operación en redes y aseguren la calidad, continuidad y complementariedad de la atención.	Es la garantía de acceso universal y equitativo de la población al Plan Integral de Salud en cumplimiento al derecho Ciudadano a la protección social en salud. Se promoverá la ampliación de cobertura de salud de todas las entidades prestadoras de servicios y del Seguro General Obligatorio y Seguro Social Campesino, pertenecientes al IESS, de otros seguros públicos, como el Issfa e Isspol.	El financiamiento es la garantía de disponibilidad y sostenibilidad de los recursos financieros necesarios para la cobertura universal en salud de la población. El Consejo Nacional de Salud establecerá mecanismos que permitan la asignación equitativa y solidaria de los recursos financieros entre grupos sociales, provincias y cantones del país, así como su uso eficiente.
Constitución de la República del Ecuador Art. 361	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art. 10	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art.11	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art.12	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art.13

### **De la responsabilidad profesional**

Según el código Orgánico De Salud Art. 380.- Si en el ejercicio de la práctica profesional se produce un daño a la salud del paciente, la responsabilidad de los profesionales u otro personal de la salud y entidades de salud será calificada como culpa grave, moderada o leve.

- Constituye culpa grave, cuando el procedimiento asumido comporta un evidente riesgo o inconveniente de notoria y previsible repercusión negativa sobre el paciente que podría ser previsto por cualquier persona;
- Constituye culpa moderada, cuando el procedimiento asumido comporta riesgo o inconveniente no evidente, difícilmente previsible que no podría ser previsto sino por ciertas personas; y,

c) Constituye culpa leve, cuando el procedimiento asumido comporta riesgo o inconveniente de muy difícil previsión, incluso con disponibilidad de recursos técnicos extraordinarios y en circunstancias de un entorno óptimo.

Art. 381.- Se exime de responsabilidad a los profesionales de la salud que en sus procedimientos ocasionen daños atribuibles a evolución natural de la enfermedad, caso fortuito, fuerza mayor, o fuerza irresistible (Humanos, 2013).

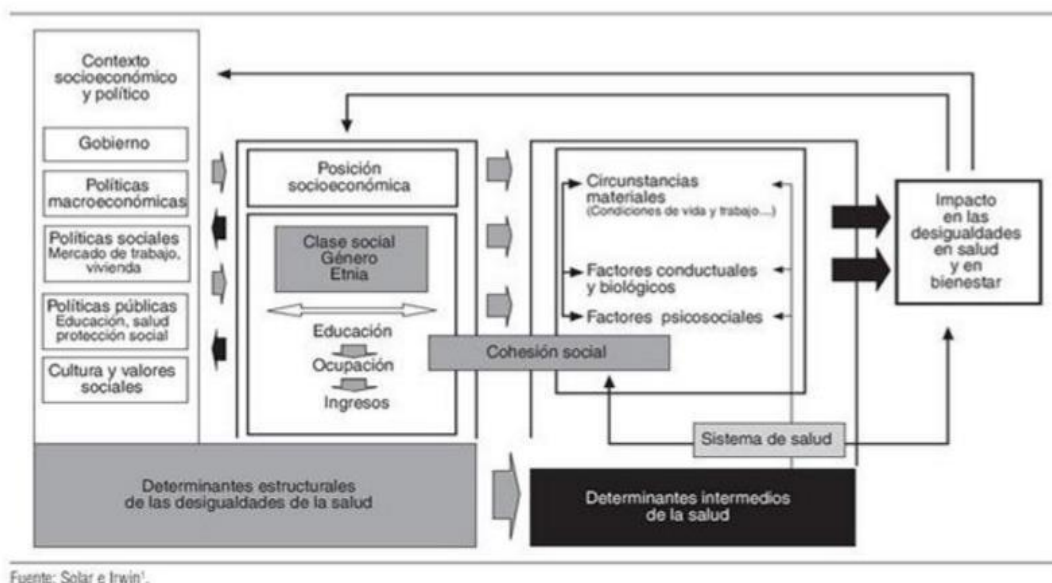
### **1.3 Planificación de los servicios de emergencia en salud**

Como para cualquier empresa el plan estratégico de centros de salud suele ser cualitativo, describe en términos medibles los objetivos de la organización el plan estratégico es también temporal en intervalos de tiempo explícitos (Zukerman, 2006), según Julia Li Vargas(2005) la planificación es un proceso administrativo y no puramente epidemiológico con el propósito de decidir lo que se quiere y adonde se quiere llegar en un tiempo determinado, las acciones que se tomaran los medios y los responsables (Vargas J. L., 2005). La Planificación Estratégica orienta esfuerzo e la planificación con el compromiso de accionistas o gobiernos a la consecución de objetivos.

### **1.4 Articulación de los servicios de emergencia**

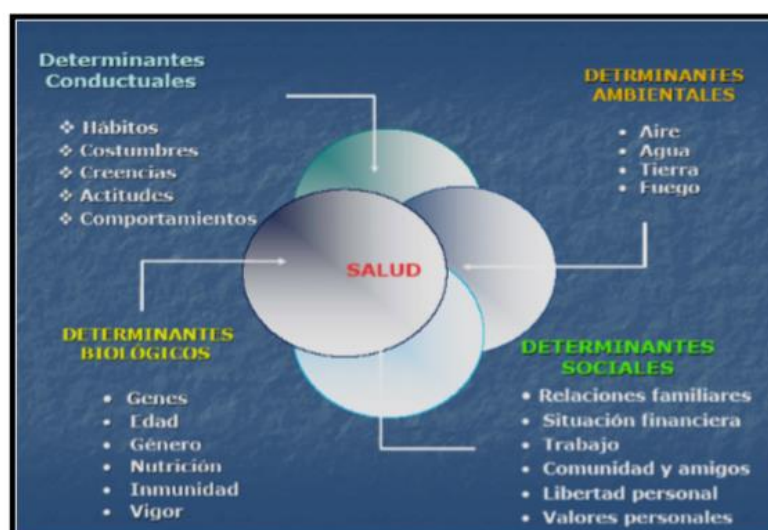
Según el Ministerio de Salud Pública(2013), el Modelo de Atención Integral de Salud( MAIS-FCI), es ofrecer prestación de salud en atención integral de personas, familias y comunidades en un espacio poblacional determinado, integrado y consolidado la estrategia de atención primaria de salud (APS), renovada en tres niveles de atención reorientando los servicios de salud hacia la promoción y de prevención de enfermedades, fortalecer la recuperación, rehabilitación de cuidados paliativos y atención pre hospitalaria para brindar una atención integral de calidad y en red (Publica, 2013).

**figura 5 Marco conceptual determinantes de salud**



El Ecuador se encuentra amenazado por la acción de varios fenómenos geológicos: sismos, erupciones volcánicas e inestabilidad de terrenos, además de inundaciones, sequías, granizadas, heladas, entre otros, debido a su ubicación geográfica en el denominado Cinturón de Fuego del Pacífico. Además, la actividad humana ha generado y genera deforestación, incendios forestales, derrames de petróleo, contaminación con sustancias químicas peligrosas, contaminación del agua superficial y subterránea que, en conjunto, pueden ocasionar desastres, y provocar un impacto importante en la salud directamente o alterando la disponibilidad de alimentos y del agua de calidad sanitaria. (Publica, 2013, pág. 35)

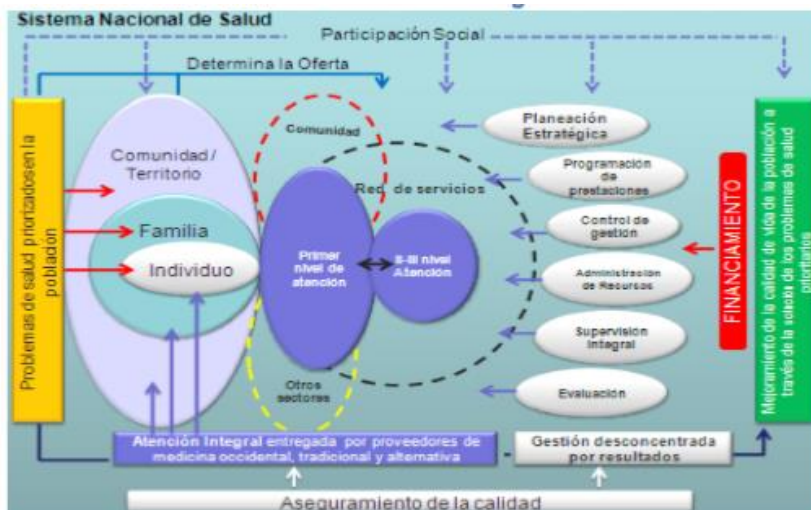
**Figura 5 Determinantes de salud**



Fuente: Marck Lalonde, 1974.

Por tanto el MAIS-FCI define como van a interactuar los actores de los sectores público y privado, los miembros de la red de servicios de salud y la comunidad para llevar a cabo las acciones conjuntas que permitan dar soluciones integrales a las necesidades o problemas de salud de la comunidad contribuyendo de esta manera a mejorar su calidad de vida

**Figura 6 MODELO MAIS-FCI- ECUADOR**



## 1.5 Optimización de los servicios de emergencia

### Tipología y homologación de establecimientos de salud

El Acuerdo Ministerial No0.0159 establece que en todos los establecimientos de salud se aplicará la Estrategia de Atención Primaria de Salud acorde a las necesidades de la población. Establece también que el sector salud representado por el Ministerio de Salud Pública, promoverá la investigación científica, y su integración con la actividad asistencial y docente en todas las unidades de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud, y orientará al abordaje de los problemas de salud prioritarios. Señala que el flujo del usuario se registrará estrictamente según la normativa del Sistema de Referencia y Contra referencia emitida por el Ministerio de Salud Pública.

**Figura 7 Niveles de atención**



Elaborado por: Equipo SEPPS

Las misiones y funciones de las Coordinaciones Zonales en Salud están explicitadas en el Estatuto Orgánico del MSP y son: Coordinar, controlar y planificar en la zona las acciones referentes a vigilancia de la Salud pública, de la vigilancia y control sanitario, la provisión de servicios de atención individual, prevención de enfermedades, promoción de la salud e igualdad, la gobernanza de salud, y participación social, modelo de atención y, redes pública y complementaria de salud

**Figura 8 Planificación territorial  
Nueva Organización Territorial**



### 1.5.1 Calidad de los servicios de Emergencia

La calidad la podemos definir como: “El conjunto de características que deben tener los servicios de salud, en el proceso de atención a los usuarios, desde el punto de vista técnico y humano, para alcanzar los efectos deseados, tanto por los proveedores como por los usuarios”. (Pabón, 1985, Pág. 134). Según Ruelas (1990) la calidad de la atención incluye dos grandes aspectos: la satisfacción del paciente y sus familiares con el trato que reciben, y la calidad con la que se aplica la tecnología médica y se evitan sus indeseables efectos colaterales. Los programas de calidad deben ser integrales, tanto la dimensión técnica como la interpersonal. La calidad técnica debe comprender la estructura, el proceso y los resultados de la atención. En la estructura juega un papel decisivo los programas de licenciatura de profesionales, certificación de especialistas y acreditación de unidades. La monitoría y el mejoramiento de los procesos de atención. Con relación a los resultados de la atención, es necesario contar con indicadores integrales, que incluyan no solamente la

mortalidad sino también la morbilidad y la calidad de vida, Para evaluar los servicios de salud se requiere inicialmente una descripción orientada de tres elementos generales: la población con sus necesidades; los recursos de salud existentes y las actividades fundamentales que desarrollan esos recursos, La evaluación de esfuerzo comprende: la estructura, la cual está constituida por la disponibilidad y accesibilidad, el proceso, que está constituido por la extensión e intensidad del uso, la utilización cuantitativa, la utilización organizacional, la calidad, la productividad y rendimiento, y por último, los resultados que está constituido por la efectividad, la cobertura, la eficacia y la eficiencia.

Donabedian (1991) establece una serie de elementos que facilitan el análisis de la calidad asistencial, los cuales son:

- Componente técnico, como expresión entre la asistencia que se presta y los avances científicos y la capacitación de los profesionales, lo que implica la ejecución de todos los procedimientos con destreza.
- Componente interpersonal, expresión de la importancia de la relación paciente profesional de la salud.
- Componente correspondiente al entorno, como expresión de la importancia que tiene para la asistencia el marco en el cual ésta se desarrolla

## **1.6 Planeación**

### **1.6.1 Visión General de la planificación.-**

los objetivos (condiciones o metas finales que los administradores de la compañía de esfuerzan por lograr), planes (medios a través de los cuales el administrador espera lograr las metas deseadas), planeación (proceso de toma de decisiones que centra su atención en el futuro de la organización y en la manera de lograr sus objetivos (Hitt, 2006, págs. 270-271), **la planeación es** en esencia un proceso de toma de decisiones que centra su atención en el futuro de la organización y en la manera de lograr sus metas. Desde esta perspectiva el establecimiento de objetivos organizacionales necesariamente precede al desarrollo de los planes de organización. Sin objetivos y metas no hay sentido en cualquier organización, los objetivos ayudan a fijar los rumbos o enfocar el esfuerzo, guiar las conductas y evaluar los progresos.

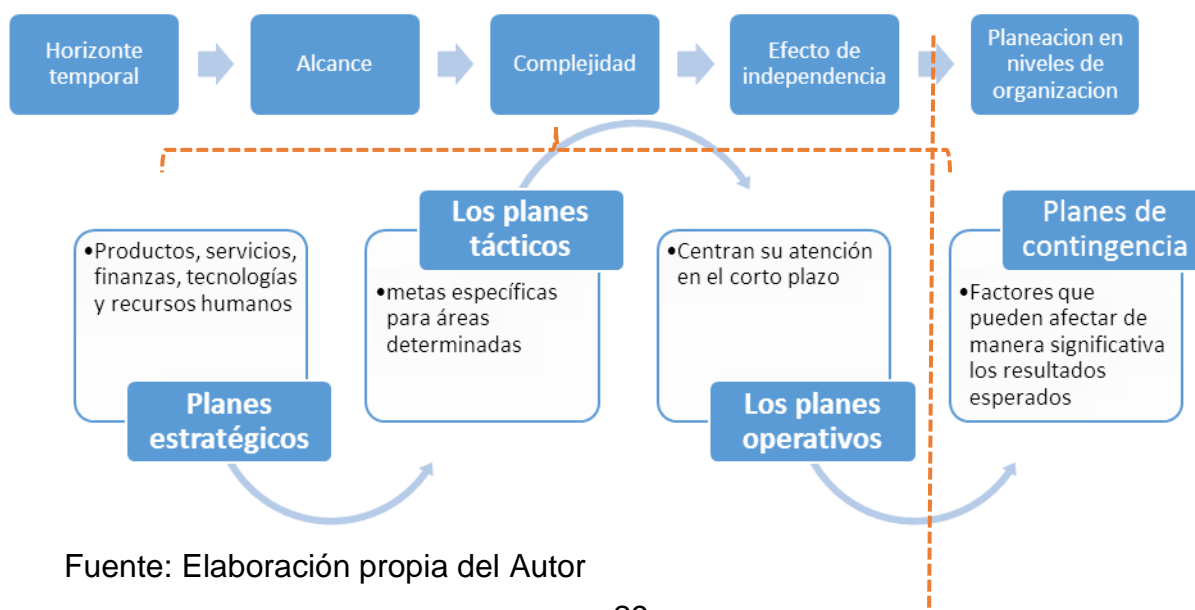
### 1.6.1.1 Tipos de planes

En las organizaciones complejas debemos existir 3 clases distintas: **Planes estratégicos.-** centran su atención en el futuro en lo más amplio de la organización e integran las demandas del ambiente externo y los recursos internos con las acciones de los administradores. Los planes estratégicos se refieren a aspectos principales como productos, servicios, finanzas, tecnologías y recursos humanos así se enfocan en lograr objetivos entre uno y cinco años.

**Los planes tácticos.-** traducen los planes estratégicos en metas específicas para áreas determinadas de la organización, el planteamiento de los planes tácticos debe ser un complemento de los planes estratégicos integrales en ocasiones suelen ser independientes de otros planes tácticos. **Los planes**

**operativos.-** centran su atención en el corto plazo y traducen los planes tácticos en metas y acciones específicas para pequeñas unidades de la organización. Los planes estratégicos, tácticos y operativos difieren entre sí en cinco dimensiones relevantes: horizonte temporal, alcance, complejidad, efecto de independencia y efecto de independencia además analizar la planeación en los diferentes niveles de la organización. Adicionalmente enfocamos los **planes de contingencia.-** que identifican los factores que pueden afectar de manera significativa los resultados esperados y especifican las acciones que se deben realizar si suceden los cambios anticipados, se puede indicar que el plan de contingencia anticipado la organización estaría mejor preparada para responder ante cualquier cambio interno o externo de la organización así los pronósticos tendrían respaldo técnico. (Hitt, 2006, pág. 280)

**Figura 9 Tipos de planes y sus dimensiones**



Fuente: Elaboración propia del Autor



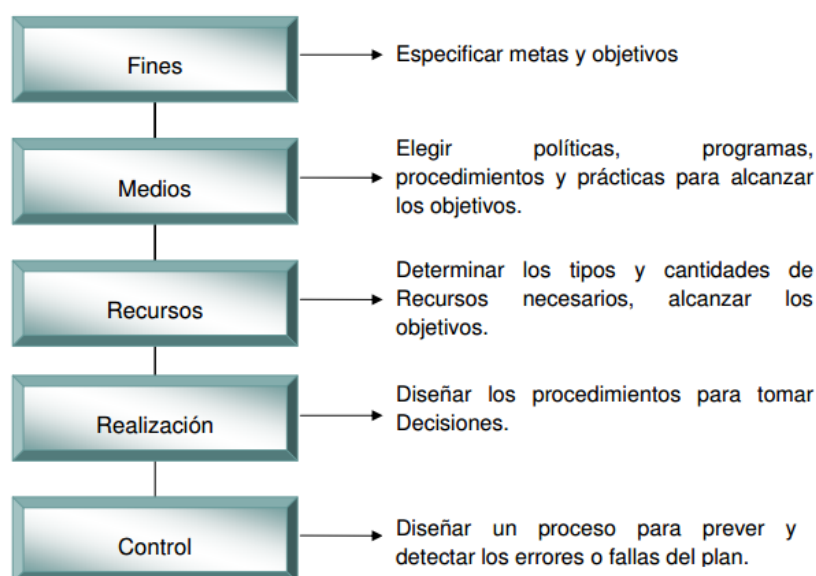
## 1.7 Planificación estratégica

### Planeación

Etapa que forma parte del proceso administrativo mediante la cual se establecen directrices, se definen estrategias y se seleccionan alternativas y cursos de acción, en función de objetivos y metas generales económicas, sociales y políticas; tomando en consideración la disponibilidad de recursos reales y potenciales que permitan establecer un marco de referencia necesario para concretar programas y acciones específicas en tiempo y espacio. Los diferentes niveles en los que la planeación se realiza son: global, sectorial, institucional y regional. Su cobertura temporal comprende el corto, mediano y largo plazos. (CASTRILLÓN, 2007)

**Figura 10 proceso de planeacion**

**Partes del proceso de planeación**



### Estrategia

En los últimos años el concepto de estrategia ha evolucionado de manera tal que en base a éste ha surgido una nueva escuela de administración y una nueva forma de dirigir las organizaciones, llamada “administración estratégica” (strategic mangement). Por estrategia para la administración básicamente se entiende la adaptación de los recursos y habilidades de la organización el entorno cambiante, aprovechando sus oportunidades y evaluando los riesgos en función de objetivos y metas. Es abordar la dirección hacia la cual debe dirigirse la organización, su fuerza direccionadora, y otros factores claves que

ayudarán a la organización a determinar su productos, servicios y mercados del futuros. (CASTRILLÓN, 2007, pág. pag 7)

### **Planeación Estratégica**

Planeación estratégica es una herramienta que permite a las organizaciones prepararse para enfrentar las situaciones que se presentan en el futuro, ayudando con ello a orientar sus esfuerzos hacia metas realistas de desempeño, por lo cual es necesario conocer y aplicar los elementos que intervienen en el proceso de planeación. En planeación estratégica se sigue el principio del compromiso, por lo que los administradores no deben incurrir en costos de planeación a menos que se anticipe un rendimiento razonable sobre la inversión.

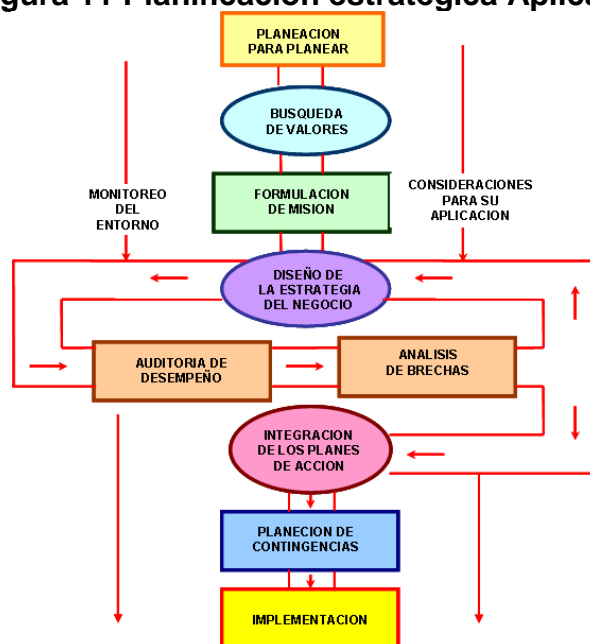
Sus principales características son:

- a) Está proyectada a varios años, con efectos y consecuencias previstos a varios años.
- b) Ampara a la empresa como una totalidad, abarca todos los recursos y áreas de actividades y se preocupa por trazar los objetivos a nivel organizaciones.
- c) Es definida por la cima de la organización y corresponde al plan mayor, al cual están subordinados todos los demás.

Según George A. Steiner, la planeación estratégica no puede estar separada de funciones administrativas como: la organización, dirección, motivación y control. Además, este tipo de planeación está proyectada al logro de los objetivos institucionales de la empresa y tienen como finalidad básica el establecimiento de guías generales de acción de la misma.

La planificación estratégica es un proceso que mantiene unido al equipo directivo para traducir la misión, visión y estrategia en resultados tangibles, reduce los conflictos, fomenta la participación y el compromiso a todos los niveles de la organización con los esfuerzos requeridos para hacer realidad el futuro que se desea.

**Figura 11 Planificación estratégica Aplicada**



Modelo de Planificación Estratégica Aplicada (1998)

Es el componente intermedio del proceso de planificación, situado entre el pensamiento estratégico y la planificación táctica.

**Figura 12 modelo de panificación estratégica**



Fuente: Chiavenato/gestión de talento humano (2009)

## 2 CAPITULO MARCO METODOLÓGICO Y PLANTEAMIENTO DE LA PROPUESTA

### 2.1 Descripción de del procedimiento metodológico para el desarrollo de la investigación

#### 2.1.1 MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación se fundamentó en el paradigma cualitativo y cuantitativo con énfasis en lo cualitativo. Cualitativo ya que el objeto de estudio serían estudio gestión de servicio de salud, siendo su campo de acción plan estratégico articulado para atención de servicios de emergencia, que son cualitativos por ser descriptivos y por el predominio en la utilización de los métodos teóricos, debido a que para obtener información de gestión, servicio en emergencia, plan estratégico articulado. Además es cualitativo porque los resultados que se obtengan de la investigación de campo serán examinados y fundamentados para el desarrollo de la propuesta.

Es cuantitativo por los datos numéricos que se obtuvo a través de la recolección de información en la aplicación de los instrumentos de investigación. Las encuestas con preguntas cerradas y que mediante la estadística serán tabuladas y presentadas para la interpretación.

La presente investigación se basó en estudios bibliográficos, revistas indexadas y en un trabajo de campo así como casos de articulación de servicios de emergencia nacionales o internacionales, se utilizó como fuente libros e internet, señalamiento actualizado de autores, así como clásicos los mismos que ayudan alcanzar los resultados de la investigación sustentada.

## **2.1.2 TIPOS DE INVESTIGACIÓN**

### **2.1.2.1 Bibliográfica**

Esta indagación apoya la investigación que se va a realizar, con conocimientos de experimentos ya hechos para repetirlos cuando sea necesario en planes de articulación de servicios de emergencia. Es investigación bibliográfica porque se apoya en textos, información del internet, revistas indexadas, información de discursos, foros que tienen sustento bibliográfico.

### **2.1.2.2 De Campo**

La investigación es de campo cuando se traslada al lugar de los hechos (Hospital Gustavo Domínguez<sup>2</sup>, Hospital Del IESS<sup>3</sup>, y La Clínica Torres Médicas), se presenta mediante el análisis de una variable, en condiciones rigurosamente controladas con el fin de describir de qué modo o porque causas se produce una situación o acontecimiento.

Su meta no se limita a la recolección de datos si no a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables.

### **2.1.2.3 Exploratoria**

Así mismo se puede aplicar la investigación exploratoria, mediante la recolección de los datos pues, no existen investigaciones previas sobre el objeto de estudio y nuestro conocimiento del tema es impreciso que nos impide sacar las más provisorias conclusiones sobre qué aspectos son relevantes y

---

<sup>2</sup> Acuerdo ministerial N° 4337 regente por el Dr. Luis Serrazín Dávila , Fue construido a partir de 1976 en un lote del seguro social adquirido por convenio del Ministerio de Salud Pública. El informe justificativo por su creación fue elaborado por los doctores Gustavo Domínguez Z, director del Hospital "Agusto Egas" y Gonzalo Cárdenas, jefe de fomento y protección del mismo hospital, gestión que fue aceptada por el señor Coronel de Sanidad Raúl Maldonado Mejía, Ministro de Salud Pública de ese entonces

<sup>3</sup> La provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas ahora cuenta con un hospital de segundo nivel, con capacidad para 120 camas, que beneficiará aproximadamente a más de 300 mil personas de esta provincia. Con una estética moderna y funcional, el hospital tiene 12.467 metros de construcción dividida en cinco plantas; adicionalmente contempla áreas verdes y de estacionamientos.

cuáles no, se requiere en primer término explorar e indagar, para lo que se utiliza la investigación exploratoria.

#### 2.1.2.4 Descriptiva

La investigación es de carácter descriptivo por cuanto el objeto de estudio se lo identificó en sus particularidades a partir de encuestas y entrevistas, las cuales se utilizaron para el análisis de los procesos que se efectuaran en las áreas relacionadas con las ventas para así dar alternativas de solución.

.

#### 2.1.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

**Universo.-** El universo de investigación para determinar la muestra de estudio es el seguro social de la Provincia de Santo Domingo: según INEC-2010

variables	Números	% aplicado
Población de Santo Domingo	368013	100%
Total		

La población está compuesta por los Afiliados al seguro social IESS 29864; Seguro campesino, 4264; Seguro voluntario 1985, las áreas de emergencia del Hospital 40 personas atienden, la área de emergencia del IESS 30 persona, en clínica 5. En el hospital público a toda la población de Santo Domingo.

**Muestra de la Investigación.-** Para poder determinar el tamaño de la muestra del universo de la investigación se usó el muestreo aleatorio simple, el uso de la siguiente fórmula se establece el total de la población que constituirá parte de la recolección de información.

Dónde:

Para que la investigación tenga mayor seguridad se aplica un nivel de significancia del 95% se ha considerado un 5% de margen de error.

$$n = \frac{Z^2 \cdot N \cdot P \cdot Q}{E^2 (N - 1) + Z^2 \cdot P \cdot Q}$$

Distribución Z=95% para P=0,50 y Q= 1-p= 0,50 el error E= 5%

En donde:

N Tamaño de la población total (368013)

n Tamaño de la muestra total

Z Referencia estandarizada dado un nivel de confianza (95% - 1,96)

E Margen de error (0,05) 5%

p 50%

q 50%

Ecuación:

$$n = \frac{368013 * 0,5 * 0,5 * 1,96^2}{(368013 - 1)(0,05^2) + (0,5)(0,5)*1,96^2}$$

$$n = 384$$

de los cuales 75 personas atienden en áreas de emergencia. así 309 encuestas son a pacientes y 75 a colaboradores.

## **2.1.4 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN.**

### **2.1.4.1 MÉTODOS**

Los métodos de la investigación nos permiten desarrollar de manera correcta la investigación así como el camino a seguir para indagar y recopilar información necesaria para el desarrollo de la propuesta.

#### **2.1.4.1.1 Inductivo – Deductivo.**

El inductivo es el que estudia los aspectos particulares para una comprensión general del tema investigado; parte de un conocimiento general de tema llegado a indagar las particularidades del mismo.

#### **2.1.4.1.2 Analítico – Sintético**

Para conocer un fenómeno es necesario descomponer en sus partes. Implica el análisis y la síntesis (del griego síntesis que significa unión de elementos para formar un todo. Este método entonces parte del análisis, esto es la separación

de un todo en sus partes o en sus elementos constitutivos para volverlos a unir mediante la síntesis.

### **2.1.5 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN**

La recaudación de información, es la actividad mediante la que se recoge, procesa y analizar fundamentos que se efectúa con orientación y sustento de entrevistas y encuestas que a la vez requieren de instrumentos de investigación.

#### **2.1.5.1 Entrevista**

Logra información en forma verbal, a través de preguntas que propone el investigador. Quienes responden en este caso pacientes, los cuales son usuarios potenciales del seguro campesino.

#### **2.1.5.2 Encuesta**

Técnica cuantitativa que consiste en una exploración realizada sobre una muestra de sujetos, representativa de un colectivo más amplio que se lleva a cabo en el contexto de la vida cotidiana, utilizando procedimientos estandarizados de interrogación con el fin de conseguir mediciones cuantitativas sobre una gran cantidad de características de los involucrados.

### **2.1.6 INSTRUMENTOS**

Los instrumentos de investigación que se aplicaron en este trabajo son:

#### **2.1.6.1 El Cuestionario**

Este instrumento se utiliza de un modo preferente, en el desarrollo de una investigación de carácter cualitativa. Contiene preguntas cerradas y opción múltiple que permiten verificar las variables de la investigación.



#### 2.1.6.2 Guía de Entrevista

Las preguntas en un formato deben ayudar al entrevistado a expresar todo lo que existe en su mente sobre la vida en la organización manifestando las posibles causas y efectos de la situación problemáticas así como las posibles soluciones al problema objeto de investigación.

### TABULACIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Para determinar un diagnóstico de la situación actual de la empresa se ha considerado importante conocer la situación actual para verificar la idea a defender así como demostrar que la investigación es verdadera.

**Diagnóstico del plan estratégico de articulación para optimizar los servicios de emergencia medica para conocer el criterio de los expertos.**

Para cumplir con este objetivo, se aplica el Criterio de Expertos, utilizando el método Delphi en su procesamiento, cuya primera ronda consiste en la aplicación de una encuesta que será contestada por los posibles expertos preseleccionados en el tema para calcular el coeficiente de competencia. Una vez recibida la información, se vuelven a realizar otro cuestionario para finalmente elaborar las conclusiones respectivas con los datos obtenidos. Por consiguiente, se identifican a 25 personas que se encuentran en el área de emergencias a quienes se realizó la primera encuesta. Tomando en cuenta los siguientes criterios de selección:

1. Tener dominio y conocimiento acerca de la temática, tanto en cuestión planes estratégicos articulados como la emergencia médica.
2. Contar con una amplia experiencia laboral y profesional acerca del tema a efectuarse.
3. Mantener funciones y tareas relativas a la selección de personal, formación, desarrollo, evaluación del desempeño y capacitación de personal.

### Determinación de expertos de acuerdo al coeficiente de competencia

Número del Experto	Kc	Ka	Kcomp.	Experto Seleccionado
1	0,50	0,50	0,45	No
2	0,60	0,50	0,60	No
3	0,80	0,80	0,75	Sí
4	0,70	0,60	0,65	Sí
5	0,80	0,80	0,80	Sí
6	0,80	0,80	0,80	Sí
7	0,80	0,82	0,81	Sí
8	0,40	0,30	0,30	No
9	0,40	0,50	0,45	No
10	0,60	0,50	0,60	No
11	0,80	0,82	0,81	Sí
12	0,80	0,80	0,80	Sí
13	0,80	0,80	0,80	Sí
14	0,80	0,82	0,81	Sí
15	0,80	0,82	0,81	Sí
16	0,50	0,50	0,50	No
17	0,70	0,50	0,60	Sí
18	0,80	0,75	0,78	Sí
19	0,50	0,55	0,53	No
20	0,40	0,50	0,45	No
<b>Cantidad de Expertos Seleccionados</b>				<b>12</b>

De los 25 especialistas preseleccionados, 20 respondieron la primera encuesta, de los cuales se seleccionaron 8 por tener un coeficiente de competencia superior a 0,8 ( $0,8 \leq K_{comp} \leq 1$ ), siendo categorizados como expertos altos. Mientras tanto, otros siete por presentar el coeficiente de competencias mayor o igual que 0,5 ( $0,5 \leq K_{comp} < 0,8$ ), son clasificados como expertos medios. El coeficiente de competencia promedio de los expertos seleccionados resultó de 0,98.

### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,980	,980	3

Fuente: spss vs.21

Por consiguiente se procedió a la realización de la segunda ronda de preguntas; un cuestionario<sup>4</sup> en donde se indagará sobre las opiniones y conocimientos que tienen los expertos seleccionados acerca del tema objeto plan estratégico de articulación para optimizar los servicios de emergencia medica

#### KMO<sup>5</sup> y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,645
Chi-cuadrado aproximado		92,800
Prueba de esfericidad de Bartlett	gl	3
	Sig.	,000

Fuente: spss vs.21

Después de conformar el equipo de expertos, pasamos a la segunda ronda, que estuvo dirigida a que respondieran la pregunta: “¿Cuáles considera que constituyen los factores inhibidores esenciales que influyen en la calidad de atención en el área de emergencia de unidades de salud? Tenga en cuenta el siguiente listado, marque con una X los que consideran y agregue todos los que considere pertinentes”.

1. Satisfacción laboral
2. Área de espera (se encarga de llevar a los familiares a visitar a los pacientes ingresados, y enseñarles a movilizarse por las diferentes áreas, para que puedan recibir los informes del estado de sus familiares de forma coordinada con los médicos tratantes)
3. Área Médica (Consultorio triaje: Donde se encuentra un médico residente encargado de derivar al paciente a las diferentes áreas. Consultorio 1: Consultas de cirugía. Consultorio 2 y 3: Consultas de medicina interna)
4. Coordinación y comunicación con unidades de ayuda al diagnóstico, cirugía y hospitalización

<sup>4</sup> Para evaluar la fiabilidad de esta encuesta se calculó el coeficiente Alpha de Cronbach que dio un valor de 0.98 y para evaluar la validez se usó el coeficiente de Káiser – Meyer – Olkin que arrojó un valor de 0.645, en ambos casos se consideran suficientes los valores para demostrar la fiabilidad y validez de dicho instrumento

<sup>5</sup> El índice de Kaiser-Meyer-Olkin –KMO—mide la adecuación de la muestra e indica qué tan apropiado es aplicar el análisis factorial. Este índice compara la magnitud de los coeficientes de correlación observados con la magnitud de los coeficientes de correlación parcial. Los valores entre 0.5 y 1 indican que el análisis factorial es pertinente para el conjunto de datos

5. Área de Shock Room (Los pacientes permanecen de 1 a 3 horas hasta que son estabilizados, y de ahí son derivados al área de Observación, UCI, Quirófanos, dependiendo de su condición)
6. Cirugía menor (Área de atención de traumas, poli traumas, intoxicación, injuria por cuerpos extraños, quemaduras, traumatología)
7. Áreas de consulta externa en emergencias (medicina general, odontología, pediatría, traumatología, cardiología, oftalmología)
8. Capacidad de camas en emergencia
9. Cultura ciudadana para asistir al área de emergencia
10. Equipos y laboratorios
11. Facilidad de acceso y edificación de un solo nivel
12. Gestión de calidad por mejorar los procesos críticos
13. Experiencia en emergencia
14. Médicos graduados en emergencias
15. Organización en el área de emergencia (área de espera, administrativa, área admisión, área médica, hidratación, cirugía menor, shock room, recepción, unidad de cuidados intensivos (UCI), pre-sala).
16. Especialistas insuficientes de turno (neurocirujanos, traumatólogos, anestesiólogos, intensivistas, cirujanos generales)

Como parte de los resultados de la ronda anterior se agregaron 11 nuevos factores:

1. Realización y procesamiento de encuestas de satisfacción y sondeos de opinión sobre la atención prestada en la institución.
2. Propuestas de implementación de mejora dirigidas a incrementar la calidad de atención
3. Dar al usuario una atención completa y exclusiva durante el tiempo de contacto
4. Estimulación moral y material
5. Capacidad para identificar y clasificar al paciente que acude a la sala de emergencia
6. Relaciones jefe-subordinado
7. Estilo de dirección
8. Trabajo en grupo y directivos

9. Desarrollo de competencias
10. Resolver quejas (enfado) y atender reclamos (insatisfacción) y sugerencias de los usuarios
11. Perspectivas.

Para desarrollar la tercera ronda se contaron con los dos grupos de factores (27 en total), elaborando una nueva tabla que enviamos a los expertos con la solicitud de confirmar cuáles constituyen los factores inhibidores principalmente que inciden en la calidad de atención al paciente en el área de emergencia médica. La pregunta fue respondida por los 11 especialistas. A partir de las respuestas de los expertos, se confeccionó la tabla que se presenta en el Anexo 7. En esta tabla también incluimos los resultados del análisis de concordancia entre expertos. Los principales factores inhibidores que resultaron relevantes en el análisis de incidencia en la rotación de personal son los que obtuvieron un  $C_c \geq 60\%$ . Los factores seleccionados se listan a continuación:

1. Área de Shock Room (Los pacientes permanecen de 1 a 3 horas hasta que son estabilizados, y de ahí son derivados al área de Observación, UCI, Quirófanos, dependiendo de su condición)
2. Capacidad de camas en emergencia
3. Médicos graduados en el área de emergencia
4. Realización y procesamiento de encuestas de satisfacción y sondeos de opinión sobre la atención prestada en la institución
5. Organización de área de emergencia
6. Resolver quejas y atender reclamos
7. Cirugía menor
8. Propuestas de mejorar en áreas de calidad de atención al usuario.

Como puede observarse al concluir este análisis, los factores más relevantes e influyentes sobre la calidad de atención al usuario en las áreas de emergencia en las organizaciones están relacionados con las dimensiones de la eficiencia, eficacia, calidad y calidez, satisfacción laboral. Por tanto, se decidió profundizar en el estudio de este indicador clave de la fundación, utilizando para ello una herramienta metodológica.

### **Diagnóstico del estado actual de la calidad de atención a los pacientes**

Los procesos de cambio organizacional, así como los de mejora continua, tomando como punto de partida el modelo de los cinco motivadores de López Rodríguez (1994), el modelo y procedimiento para la medición y mejora de la satisfacción del cliente en entidades turísticas de Noda Hernández (2004), el expuesto por Álvarez López (2008) y el procedimiento de Álvarez Santos (2012).

Esta herramienta recoge aspectos que han sido desarrollados por diversos autores, entre los que se destacan los aportes realizados por Álvarez López (2008) para la evaluación de la satisfacción laboral, la metodología propuesta por Noda Hernández (2004) para el cálculo del índice de satisfacción del cliente, así como algunas técnicas empleadas por otros autores como Sánchez Rodríguez (2013) para la determinación del nivel de competencia de los expertos

#### **Etapas I. Preparación inicial**

. Se desarrollaron las acciones de capacitación planificadas para el grupo de trabajo, y para todos los implicados con el estudio en cada una de las áreas. Como resultado de esta etapa se logró un favorable compromiso y colaboración de los directivos y trabajadores implicados en el estudio, de acuerdo con la comprensión de su papel y un intercambio favorable de expectativas, así como un buen nivel de información y conocimiento de todos los niveles del tema, así como los roles, el procedimiento y las técnicas a emplear.

#### **Etapas II. Diagnóstico de la calidad de atención en área de emergencia**

Para llevar a cabo los pasos del procedimiento se convocó al mismo grupo de 11 expertos seleccionado anteriormente.

Definir las dimensiones y variables esenciales, y diseñar los instrumentos y técnicas para la medición de la satisfacción laboral.- La segunda ronda de preguntas, estuvo dirigida a solicitar a los expertos que listaran todas las dimensiones y variables esenciales para la medición de la satisfacción laboral. La pregunta fue respondida por los 11 especialistas, teniendo en cuenta un amplio estudio de la bibliografía al respecto, detallándose los autores más destacados por cada dimensión analizada.

Después de eliminar las dimensiones discordantes, confeccionamos una tabla que fue enviada a los expertos, quienes ahora debían confirmar los resultados obtenidos anteriormente. A partir de las respuestas de los 11 especialistas, se confeccionó una tabla, en la tabla también incluimos los resultados del análisis de la concordancia de los expertos, Además se evaluó la validez de la técnica aplicada calculando el coeficiente Chi-cuadrado.

En la dimensión esencial vinculada a la naturaleza y contenido de trabajo se consideran como variables: Variedad de habilidades (Vh), Identificación de la tarea (I), Significación de la tarea (S), Autonomía (A), Retroalimentación (R). En esta dimensión se mantuvieron las variables que existían, pero si se reformularon las definiciones que tenían de estas.

En la dimensión esencial vinculada al trabajo en grupo y a sus directivos se consideran como variables: Cohesión (C), Atractivo (AT), Relaciones interpersonales (RI), Participación (P), Influencia de los directivos (Id). A partir del análisis realizado se consideró conveniente eliminar las variables: clima socio psicológico, variedad de habilidades, identificación de la tarea, significación de la tarea, retroalimentación y autonomía, referentes al grupo de trabajo. Se agregaron las variables de relaciones interpersonales, participación e influencia de los directivos, así como se modificaron las definiciones que existían de cohesión y atractivo.

En la dimensión esencial vinculada a la estimulación moral y material se consideran como variables: Suficiencia (Sf), Reconocimiento (Rc), Vinculación (V), Percepción (P), Equidad (E). Es por ello que se eliminaron las variables referentes a la correspondencia y la coherencia, agregándose una variable asociada al reconocimiento. Las definiciones de las variables de vinculación y percepción se reformularon y se renombra la referida a la justeza por el término de equidad.

En la dimensión esencial vinculada a las condiciones de trabajo se consideran como variables: Seguras (Cg), Estéticas (E), Higiénicas (H), Ergonómicas (Eg), Aseguramiento (A), En esta dimensión, de igual forma, se reformularon

las definiciones de las variables que estaban definidas, y se agrega como nueva variable la referente al aseguramiento.

En la dimensión esencial vinculada a las condiciones de bienestar se consideran como variables: Régimen de trabajo y descanso (Rtd), Servicios (Sv), Atención a la vida (Av), Superación personal y profesional (Spp), Seguridad de empleo (Se). Por lo que se observa que fueron renombradas las de régimen de trabajo y descanso, y la de los servicios, la cual cambia la definición que existía en estudios anteriores. Además, se modificaron los conceptos de atención a la vida y superación personal y profesional, y se agregó la variable referida a la seguridad de empleo.

La confección de las encuestas se realizó teniendo en cuenta las dimensiones y variables definidas. El empleo de estas variantes debe estar asociado a las características del estudio que se desea realizar, a las personas que se les quiere aplicar y a la tipología de la organización. La encuesta está formada por 27 preguntas, que recogen las variables esenciales, que indagan acerca de la satisfacción de cada persona acerca de cada variable. Cada variable esencial se relaciona por su número con las 25 primeras preguntas de la encuesta.

La pregunta 26, pretende medir la satisfacción de manera global y la 27 el compromiso del trabajador. Además, para la confección de las encuestas, se tomaron a consideración todos los elementos que fueron recogidos en la explicación de esta tarea del procedimiento, tales como la recogida de información adicional y el tipo de escala a emplear. También se elaboró la guía para la realización de las entrevistas de apoyo.

Por otra parte, se realizó el análisis de la validez de criterio, para ambas variantes de encuestas, en función de la relación existente entre los resultados obtenidos por cada una de las variables definidas y el valor global de satisfacción laboral, formulado mediante una única pregunta en las encuestas. Las matrices de datos obtenidas se procesaron mediante el paquete estadístico Spss, a partir del empleo del coeficiente de correlación de Spearman, siendo la correlación significativa al nivel 0.05. Las salidas reportadas por cada relación, demuestran el vínculo que se establece entre los valores obtenidos por cada



variable y el valor de satisfacción general en ambas variantes de encuestas, lo cual permiten concluir que los instrumentos diseñados tienen validez de criterio, desde el punto de vista concurrente.

Se concluye entonces que el instrumento diseñado es confiable y válido, pudiendo ser utilizado para la recolección de la información en la investigación, así como explicar el comportamiento de las variables incluidas en el estudio

Definir el estado deseado.- Se establece como estado deseado para la investigación alcanzar un índice de calidad y atención a pacientes en el área de emergencias con satisfacción laboral de 4,00 puntos para cada una de las áreas seleccionadas, pues en la planeación estratégica de la organización objeto de estudio, plantea un objetivo de trabajo encaminado a mejorar los niveles de calidad y atención al paciente y satisfacción laboral con el compromiso de, enfermeras, doctores, camilleros, laboratoristas, radiólogos, especialistas, administrativos, externos(policía, 911, bomberos, riesgos).

Durante el proceso de aplicación se observó en los trabajadores de todas las áreas, donde se realizó el estudio, independencia, autonomía y comprensión de la tarea que estaban desarrollando. De igual forma se realizó una evaluación del ambiente a la hora de aplicación de la encuesta, mostrándose aceptación del instrumento, opiniones emitidas a favor del estudio, comentarios de insatisfacciones con respecto a diversas variables

Determinación del índice satisfacción laboral (ISL).- A partir de la obtención de los pesos específicos y las valoraciones actuales, por cada variable y cada encuestado, se procedió al cálculo del indicador satisfacción laboral. Luego del procesamiento de la información se obtuvieron valores inferiores al estado deseado. Los resultados obtenidos a partir del procesamiento de la encuesta se muestran en la Tabla 8, donde se muestra un valor total de 3,42 que no sobrepasa el estado deseado (4,0). Seguidamente se realiza el análisis correspondiente del comportamiento de las variables analizadas para todas las áreas de la organización.

## Resultados de la variables

<b>DIMENSIONES Y VARIABLES</b>	<b>PESOS</b>
<b>NATURALEZA Y CONTENIDO DE TRABAJO</b>	<b>1,000</b>
Variedad de habilidades (Vh)	0,267
Identificación de la tarea (I)	0,267
Significación de la tarea (S)	0,133
Autonomía (A)	0,267
Retroalimentación (R)	0,067
<b>TRABAJO EN GRUPO Y LOS DIRECTIVOS</b>	<b>1,000</b>
Cohesión (C)	0,133
Atractivo (AT)	0,200
Relaciones interpersonales (RI)	0,267
Participación (P)	0,267
Influencia de los directivos (Id)	0,133
<b>ESTIMULACIÓN MORAL Y MATERIAL</b>	<b>1,000</b>
Suficiencia (Sf)	0,267
Reconocimiento (Rc)	0,267
Vinculación (V)	0,100
Percepción (P)	0,133
Equidad (E)	0,233
<b>CONDICIONES DE TRABAJO</b>	<b>1,000</b>
Seguras (Cg)	0,333
Estéticas (E)	0,133
Higiénicas (H)	0,233
Ergonómicas (Eg)	0,233
Aseguramiento (A)	0,067
<b>CONDICIONES DE BIENESTAR</b>	<b>1,000</b>
Régimen de trabajo y descanso (Rtd)	0,067
Servicios (Sv)	0,200
Atención a la vida (Av)	0,133
Superación personal y profesional (Dpp)	0,300
Seguridad de empleo (Se)	0,300

Comparar los resultados del diagnóstico con el estado deseado y determinar los factores que inhiben el logro de niveles superiores de calidad en atención a los pacientes con satisfacción laboral.- Esta tarea pretende realizar una comparación entre los resultados obtenidos del diagnóstico con el estado deseado definido anteriormente, con el objetivo de determinar aquellos elementos que frenan el logro de niveles de satisfacción laboral. Los análisis realizados se muestran a continuación:

### Resultados de la medición de la satisfacción laboral según variante I de la encuesta

Dimensiones	Variables	Vi	Wi	ISLVariable	ISLDimensión
<b>Naturaleza y contenido de trabajo en emergencia</b>	Variedad de habilidades (Vh)	4,35	0,267	1,16	<b>3,69</b>
	Identificación de la tarea (I)	3,70	0,267	0,99	
	Significación de la tarea (S)	3,35	0,133	0,45	
	Autonomía (A)	3,25	0,267	0,87	
	Retroalimentación (R)	3,50	0,067	0,23	
<b>Trabajo en grupo y los directivos en emergencia</b>	Cohesión (C)	3,55	0,133	0,47	<b>3,42</b>
	Atractivo (AT)	3,45	0,200	0,69	
	Relaciones interpersonales (RI)	3,25	0,267	0,87	
	Participación (P)	3,65	0,267	0,97	
	Influencia de los directivos (Id)	3,15	0,133	0,42	
<b>Estimulación moral y material en emergencia</b>	Suficiencia (Sf)	3,40	0,267	0,91	<b>3,29</b>
	Reconocimiento (Rc)	3,15	0,267	0,84	
	Vinculación (V)	3,30	0,100	0,33	
	Percepción (P)	3,40	0,133	0,45	
	Equidad (E)	3,25	0,233	0,76	
<b>Condiciones de trabajo en el área de emergencia</b>	Seguras (Cg)	3,65	0,333	1,22	<b>3,66</b>
	Estéticas (E)	3,80	0,133	0,51	
	Higiénicas (H)	3,60	0,233	0,84	
	Ergonómicas (Eg)	3,65	0,233	0,85	
	Aseguramiento (A)	3,60	0,066	0,24	
<b>Condiciones de bienestar de empleados a pacientes</b>	Régimen de trabajo y descanso (Rtd)	3,30	0,066	0,22	<b>3,04</b>
	Servicios (Sv)	3,05	0,200	0,61	
	Atención a la vida (Av)	2,60	0,133	0,35	
	Superación personal y profesional (Dpp)	3,15	0,300	0,95	
	Seguridad de empleo (Se)	3,05	0,300	0,92	
¿Se siente satisfecho de forma general en su Organización?		3,36	3,40		
¿Se considera comprometido con su Organización?		3,72	4,40		
<b>Totales</b>				<b>ISL<sub>total</sub></b>	<b>3,42</b>

En la exploración de los problemas y las causas se analizó el comportamiento mostrado se-gún los resultados derivados de la aplicación de las dos variantes de encuestas aplicadas y los datos demográficos solicitados a los trabajadores en las encuestas, de lo cual se concluye que existe una tendencia a una mejor valoración por parte de los trabajadores que llevan mayor cantidad de años en la organización, que de aquellos que llevan menos años laborando en la misma. Los análisis correspondientes a estos aspectos son necesarios para enriquecer los resultados del estudio, en posteriores investigaciones es

recomendable realizar una mayor profundización en estos aspectos, así como en la relación con el compromiso de los trabajadores con la organización

### Etapa III. Diseño de las estrategias de solución

En esta etapa se procedió al diseño de las estrategias y acciones que están encaminadas a darle solución a los problemas detectados en la etapa anterior. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos propiamente del diagnóstico de la satisfacción laboral en el servicio, el grupo de trabajo en varias sesiones conformó las estrategias y las acciones a seguir en la propuesta, con el objetivo de dar solución a las deficiencias que presenta la organización en torno a estos aspectos que repercuten de forma negativa en la satisfacción de sus trabajadores.

Las estrategias y acciones planificadas, quedan a disposición de la dirección de la organización para su posterior implementación, con el objetivo de atenuar los factores que inciden de forma negativa en la satisfacción de los trabajadores. Se recomienda comenzar a aplicar las estrategias y acciones elaboradas en función de las posibilidades con que cuenta la organización, pero siempre teniendo presente solucionar aquellas que se encuentran evaluadas de forma más desfavorable.

### Tabulación encuesta fidelización del Paciente/cliente (VD).

Pregunta 1.¿El servicio y/o producto que brinda emergencia es el esperado?

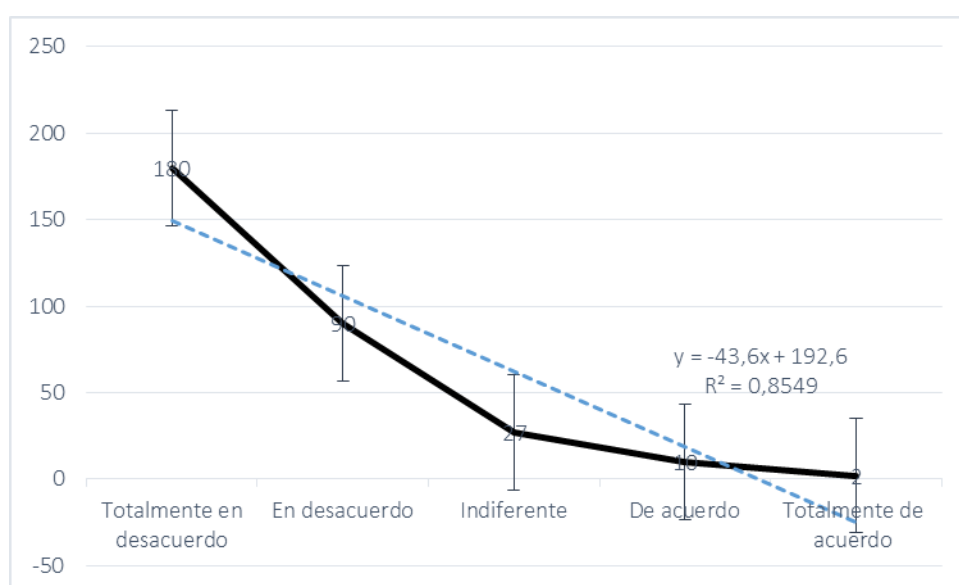
**Tabla Nº 1 El servicio y/o producto que brinda emergencia es el esperado**

Escala	Frecuencias	% frecuencia
Totalmente en desacuerdo	180	58
En desacuerdo	90	29
Indiferente	27	9
De acuerdo	10	3
Totalmente de acuerdo	2	1
total	309	100

Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas

**Gráfico Nº 1 El servicio y/o producto que brinda emergencias es el esperado**



Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas

### Análisis

Los pacientes encuestados responden en un 58% que están totalmente en desacuerdo en el servicio que brinda emergencia un 29% están en desacuerdo un 9% es indiferente un 3% en desacuerdo, el 1% totalmente de acuerdo en la gráfica se demuestra una relación de 0,85

## 2. ¿El personal se muestra dispuesto a ayudar a los usuarios?

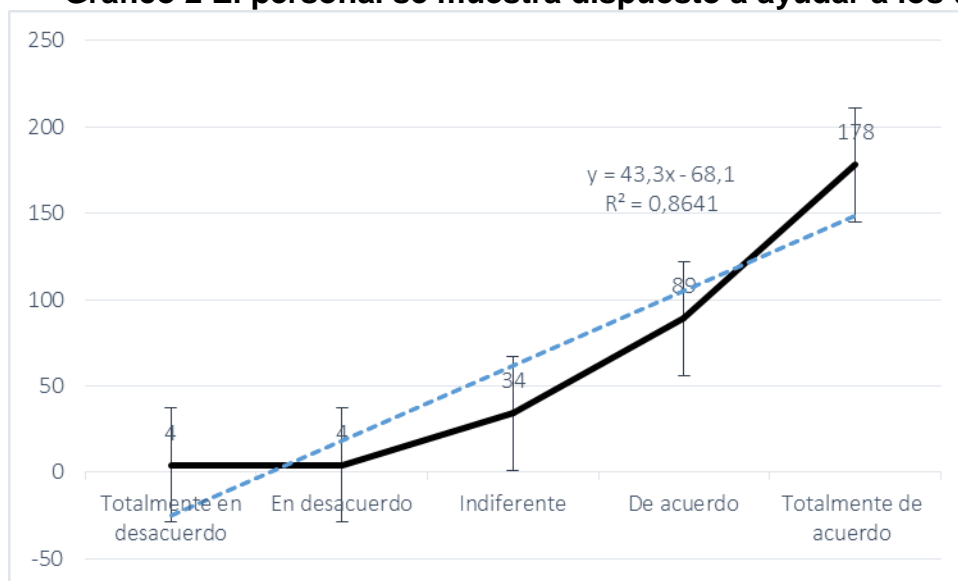
**Tabla 2 El personal se muestra dispuesto a ayudar a los usuarios**

Escala	Frecuencias	% frecuencia
Totalmente en desacuerdo	4	1
En desacuerdo	4	1
Indiferente	34	11
De acuerdo	89	29
Totalmente de acuerdo	178	58
total	309	100

Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas

**Grafico 2 El personal se muestra dispuesto a ayudar a los usuarios**



Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas

### Análisis

Al preguntar a los pacientes si el personal se muestra dispuesto a ayudar responden 58% estar totalmente de acuerdo, 29% de acuerdo, 11% indiferente, 1% en desacuerdo y 1% totalmente en desacuerdo, la gráfica muestra una relación 0,86 con un error del 5% .

### 3. ¿El personal que lo atiende es amable y confiable en su trato?

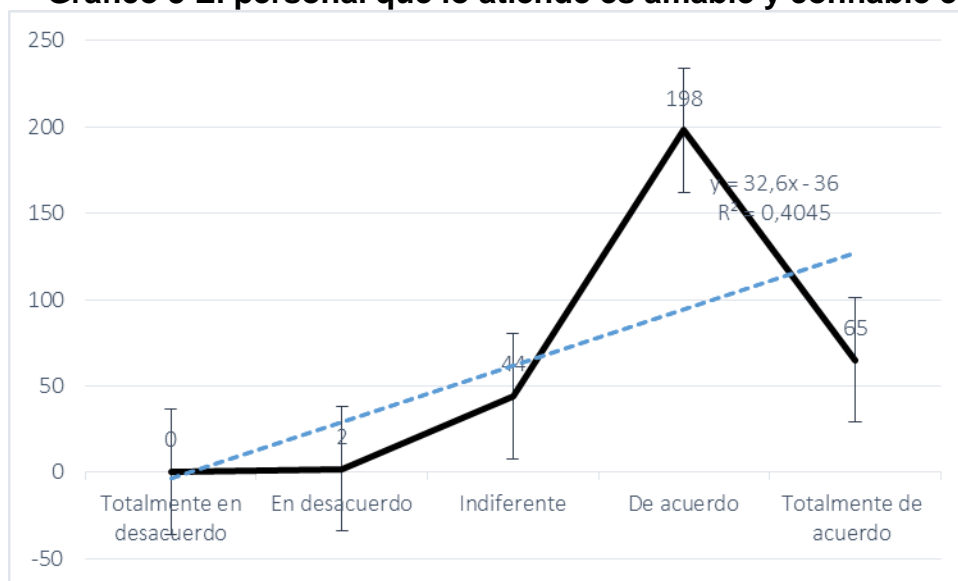
**Tabla3 El personal que lo atiende es amable y confiable en su trato**

Escala	Frecuencias	% frecuencia
Totalmente en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	2	1
Indiferente	44	14
De acuerdo	198	64
Totalmente de acuerdo	65	21
total	309	100

Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas

**Gráfico 3 El personal que lo atiende es amable y confiable en su trato**



Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas

#### Análisis

Los pacientes al preguntarles si el personal que lo atiende es amable y confiable es un trato responden el 64% estar de acuerdo el 21% totalmente de acuerdo el 14% indiferente el 1% en desacuerdo, en esta grafica la relación bajo en un 0,40

4. ¿El personal da la imagen de estar totalmente competente para las tareas que tiene que realizar?

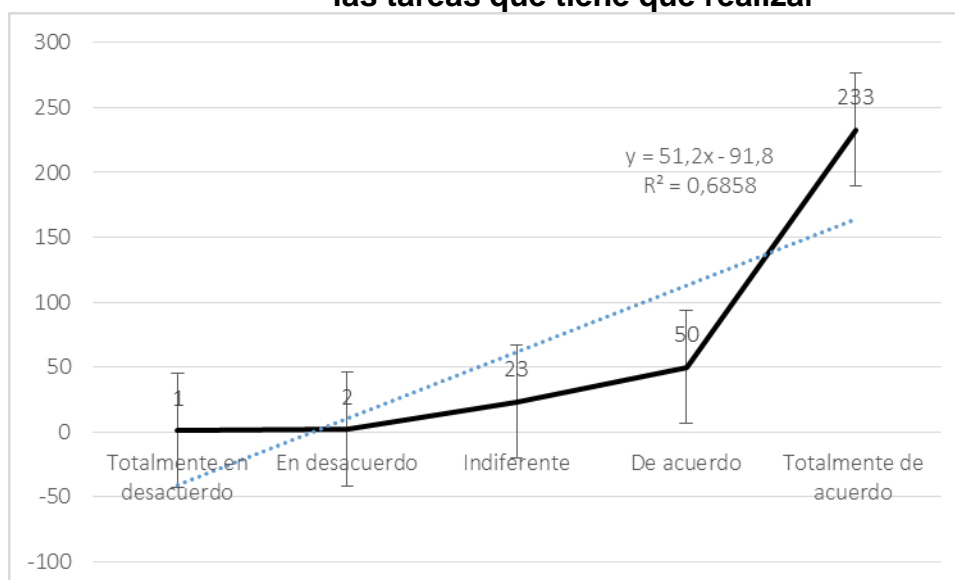
**Tabla 4 El personal da la imagen de estar totalmente competente para las tareas que tiene que realizar**

Escala	Frecuencias	% frecuencia
Totalmente en desacuerdo	1	0
En desacuerdo	2	1
Indiferente	23	7
De acuerdo	50	16
Totalmente de acuerdo	233	75
total	309	100

Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas

**Grafico 4 El personal da la imagen de estar totalmente competente para las tareas que tiene que realizar**



Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas

## Análisis

En la pregunta que se realizó a los pacientes sobre si el personal da la imagen de estar totalmente competente para tareas a realizar el 75% respondió estar totalmente de acuerdo el 16% de acuerdo el 7% indiferente el 1% en desacuerdo, en la grafica se puede apreciar la relación del 0,68



5. ¿Cuándo acude a emergencias hospitalarias es atendido con rapidez?

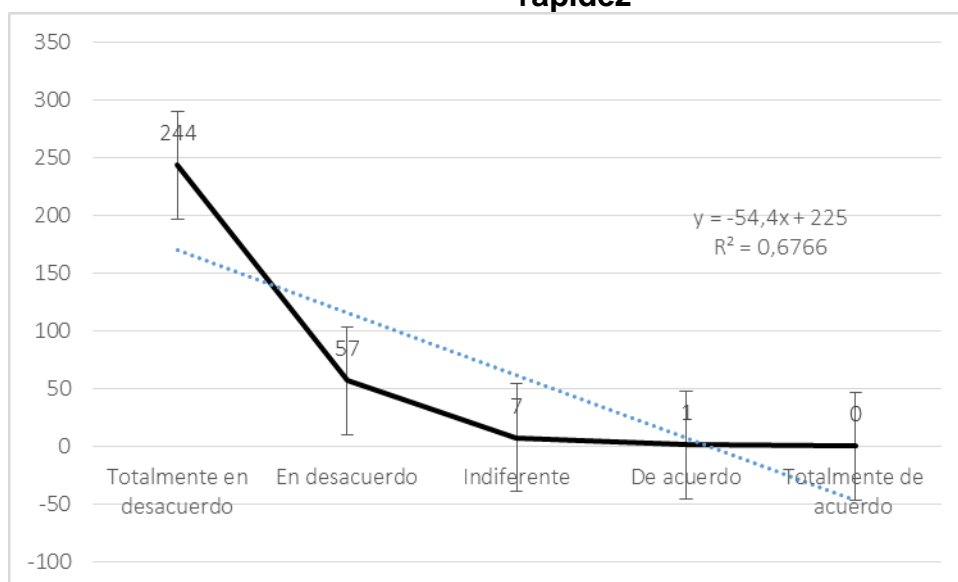
**Tabla 5 Cuándo acude a emergencias hospitalarias es atendido con rapidez**

Escala	Frecuencias	% frecuencia
Totalmente en desacuerdo	244	79
En desacuerdo	57	18
Indiferente	7	2
De acuerdo	1	0
Totalmente de acuerdo	0	0
total	309	100

Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas

**Grafico 5 Cuándo acude a emergencias hospitalarias es atendido con rapidez**



Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas

### Análisis

Los pacientes respondieron en cuanto acude a emergencias hospitalarias es atendido con rapidez, el 79% estar totalmente en desacuerdo, el 18% en desacuerdo, el 2% indiferente no respondieron en de acuerdo y totalmente de acuerdo, la gráfica muestra una relación 0,67.

6. ¿Las solicitudes o reclamos son atendidos con agilidad y responsabilidad por el personal?

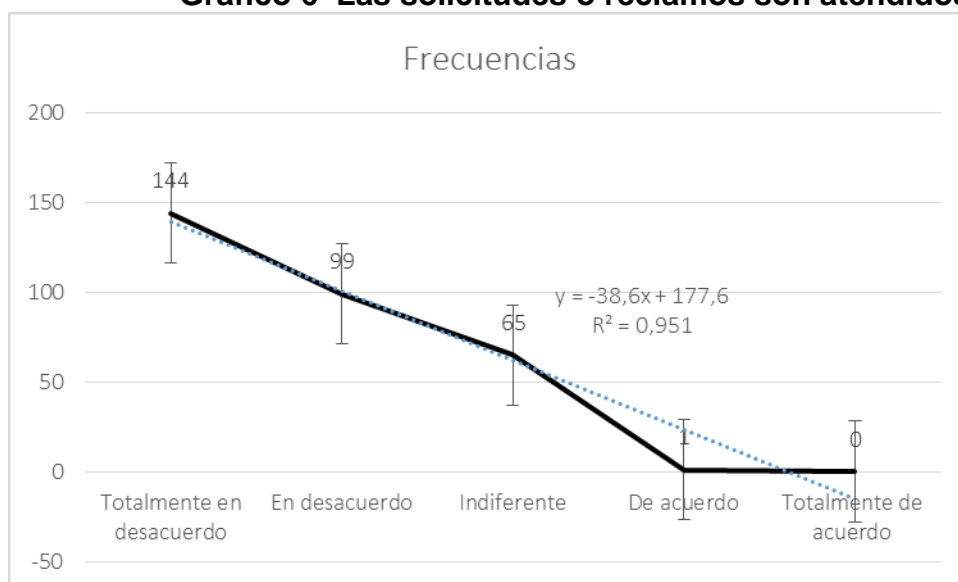
**Tabla 6 Las solicitudes o reclamos son atendidos**

Escala	Frecuencias	% frecuencia
Totalmente en desacuerdo	144	47
En desacuerdo	99	32
Indiferente	65	21
De acuerdo	1	0
Totalmente de acuerdo	0	0
total	309	100

Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas

**Grafico 6 Las solicitudes o reclamos son atendidos**



Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas

### Análisis

A los pacientes se preguntó si las solicitudes o reclamos son atendidos con agilidad y responsabilidad por el personal, ellos respondieron en un 47% estar totalmente en desacuerdo, un 32% en desacuerdo, 21% indiferentes, no responden en de acuerdo o totalmente de acuerdo, en la gráfica se presenta una relación del 0,95.

7.¿Cuándo acudo al servicio, no tengo problemas en contactar con la persona que puede responder a mis dolores?.

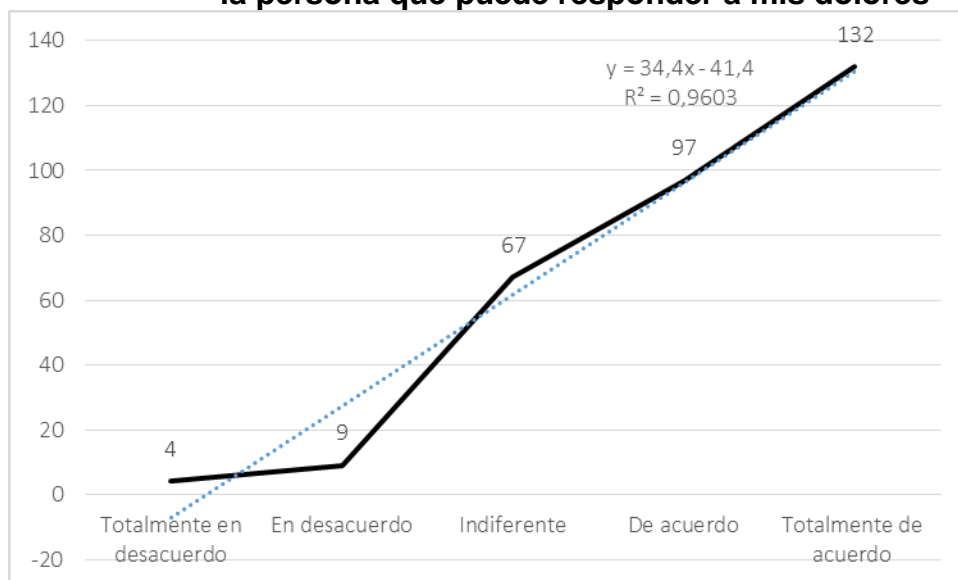
**Tabla 7 Cuándo acudo al servicio, no tengo problemas en contactar con la persona que puede responder a mis dolores**

Escala	Frecuencias	% frecuencia
Totalmente en desacuerdo	4	1
En desacuerdo	9	3
Indiferente	67	22
De acuerdo	97	31
Totalmente de acuerdo	132	43
total	309	100

Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas

**Grafico 7 Cuándo acudo al servicio, no tengo problemas en contactar con la persona que puede responder a mis dolores**



Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas

### Análisis

A los pacientes se preguntó si cuando acude a emergencias puede contactar con personal que ayude a sus dolores, en la escala respondieron estar totalmente de acuerdo en un 43% de acuerdo el 31% indiferentes el 22% en desacuerdo el 3% y totalmente en desacuerdo el 1%, el el grafico muestra una relación del 0,96 positiva la ecuación

8. ¿He podido comprobar que el personal dispone de programas y equipos médicos adecuados para llevar a cabo su trabajo?

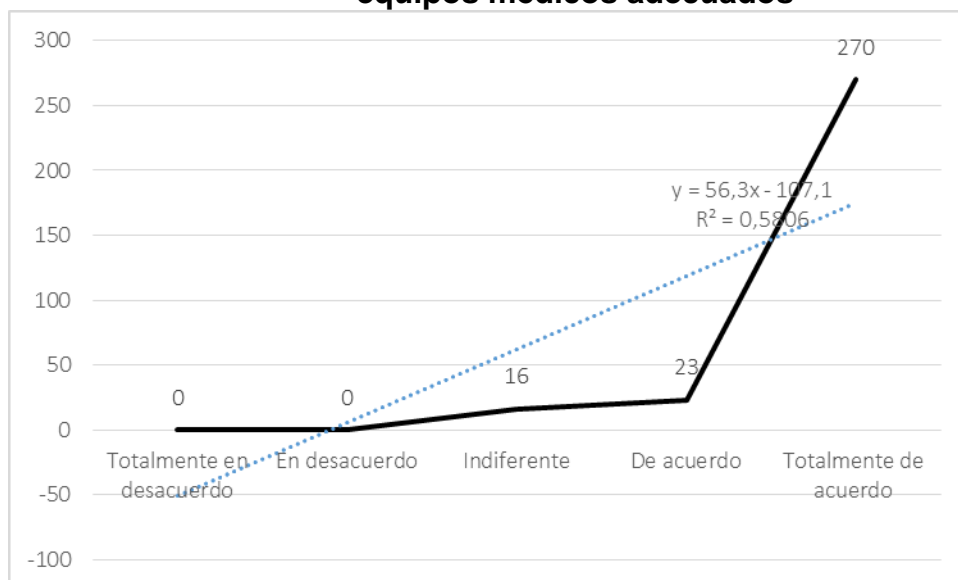
**Tabla 8 He podido comprobar que el personal dispone de programas y equipos médicos adecuados**

Escala	Frecuencias	% frecuencia
Totalmente en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	0	0
Indiferente	16	5
De acuerdo	23	7
Totalmente de acuerdo	270	87
total	309	100

Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas

**Grafico 8 He podido comprobar que el personal dispone de programas y equipos médicos adecuados**



Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas

### Análisis

A los pacientes se preguntó si han podido comprobar que el personal dispone de programas y equipos médicos adecuados para llevar a cabo su trabajo a lo que respondieron estar totalmente de acuerdo en un 87%, de acuerdo el 7% e indiferentes el 5%, la gráfica muestra una relación del 0,59

9. ¿He tenido la oportunidad de comprobar que el personal cuenta con recursos materiales suficientes para llevar a cabo su trabajo?

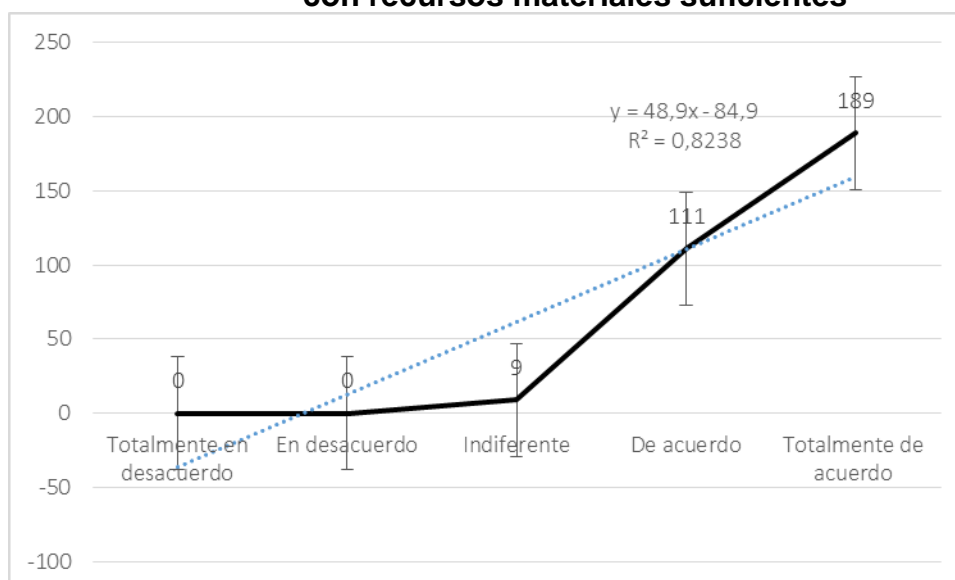
**Tabla 9 He tenido la oportunidad de comprobar que el personal cuenta con recursos materiales suficientes**

Escala	Frecuencias	% frecuencia
Totalmente en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	0	0
Indiferente	9	3
De acuerdo	111	36
Totalmente de acuerdo	189	61
total	309	100

Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas

**Gráfico 9 He tenido la oportunidad de comprobar que el personal cuenta con recursos materiales suficientes**



Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas

### Análisis

A los pacientes se preguntó si tuvieron la oportunidad de comprobar si el personal cuenta con recursos y materiales suficientes, a lo que respondieron estar totalmente de acuerdo en un 61% de acuerdo el 36% indiferente el 3%, además no respondieron estar en desacuerdo o totalmente en desacuerdo, la gráfica muestra una relación del 0,82.

10.¿He observado mejoras en el funcionamiento general del Servicio en mis distintas visitas al mismo?

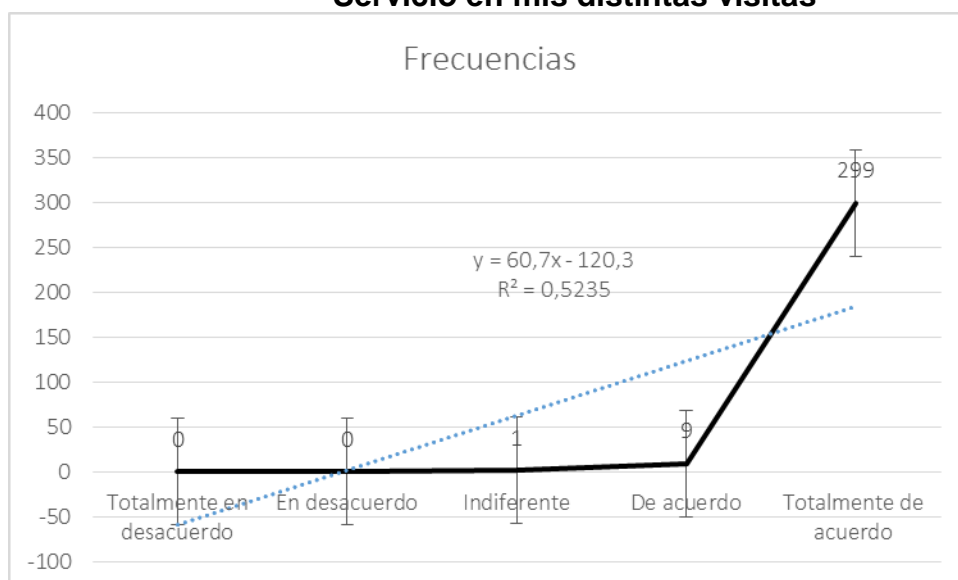
**Tabla 10 He observado mejoras en el funcionamiento general del Servicio en mis distintas visitas**

Escala	Frecuencias	% frecuencia
Totalmente en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	0	0
Indiferente	1	0
De acuerdo	9	3
Totalmente de acuerdo	299	97
Total	309	100

Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas

**Grafico 10 He observado mejoras en el funcionamiento general del Servicio en mis distintas visitas**



Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas

### Análisis

Se preguntó a los pacientes si ha observado mejoras en el funcionamiento general del servicio en sus visitas a lo que respondieron el 97% estar totalmente de acuerdo y el 3% de acuerdo, la gráfica indica una inclinación lineal con una relación del 0,52.

## Encuesta a los colaboradores del área de Emergencia (VI)

1.- Su trabajo requiere realizar diferentes operaciones y utilizar un gran número de habilidades y conocimientos

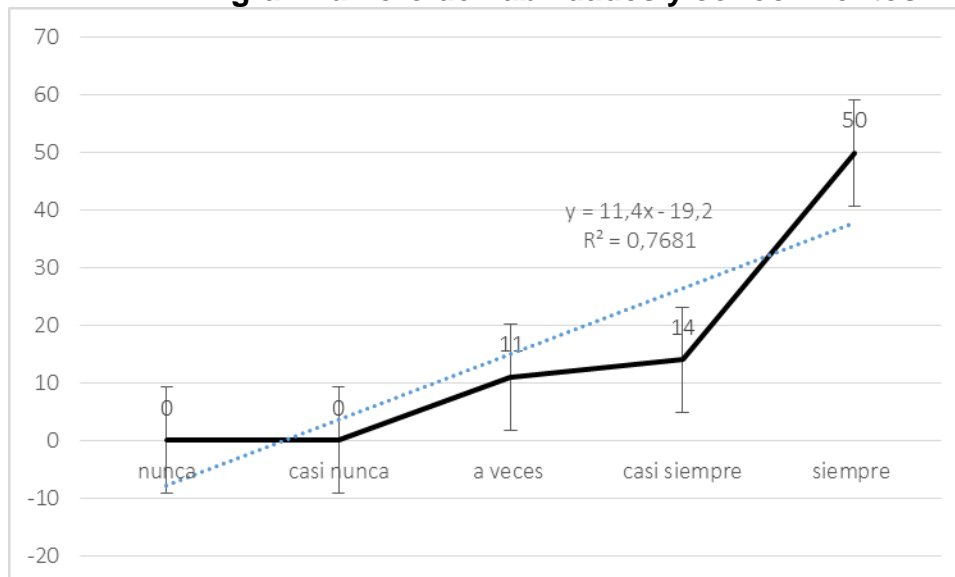
**Tabla 11 Su trabajo requiere realizar diferentes operaciones y utilizar un gran número de habilidades y conocimientos**

Escala	frecuencia	% de frecuencia
nunca	0	0,0
casi nunca	0	0,0
a veces	11	14,7
casi siempre	14	18,7
siempre	50	66,7
Total	75	100

Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas

**Grafico 11 Su trabajo requiere realizar diferentes operaciones y utilizar un gran número de habilidades y conocimientos**



Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas

### Análisis

La encuesta realizada a los colaboradores de las áreas de emergencia al preguntar si su trabajo requiere realizar diferentes operaciones y utilizar un gran número de habilidades y conocimientos respondieron, siempre en un 66,7%; casi siempre el 18,7%; a veces el 14,7%; pero no respondieron casi nunca y nunca, la gráfica muestra una relación del 0,76.

2.- Los resultados de su trabajo afectan significativamente la vida o bienestar de otras personas

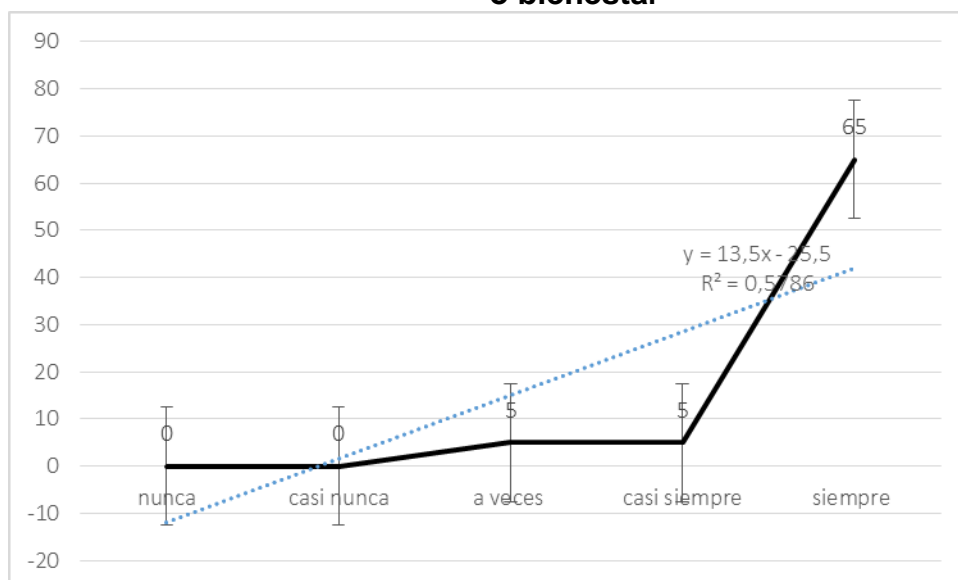
**Tabla 12 Los resultados de su trabajo afectan significativamente la vida o bienestar**

Escala	frecuencia	% de frecuencia
nunca	0	0,0
casi nunca	0	0,0
a veces	5	6,7
casi siempre	5	6,7
siempre	65	86,7
Total	75	100

Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas

**Grafico 12 Los resultados de su trabajo afectan significativamente la vida o bienestar**



Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas

### Análisis

El la pregunta a los colaboradores sobre los resultados de su trabajo afectan significativamente la vida o bienestar de otras personas respondieron en un 86,7% siempre, el 6,7% casi siempre y el 6,7% a veces, la gráfica muestra una relación del 0,56 con error de dispersión del 5%.



3.- Los supervisores/jefes de emergencia u otras personas le dan a conocer lo bien que lo están desarrollando su trabajo

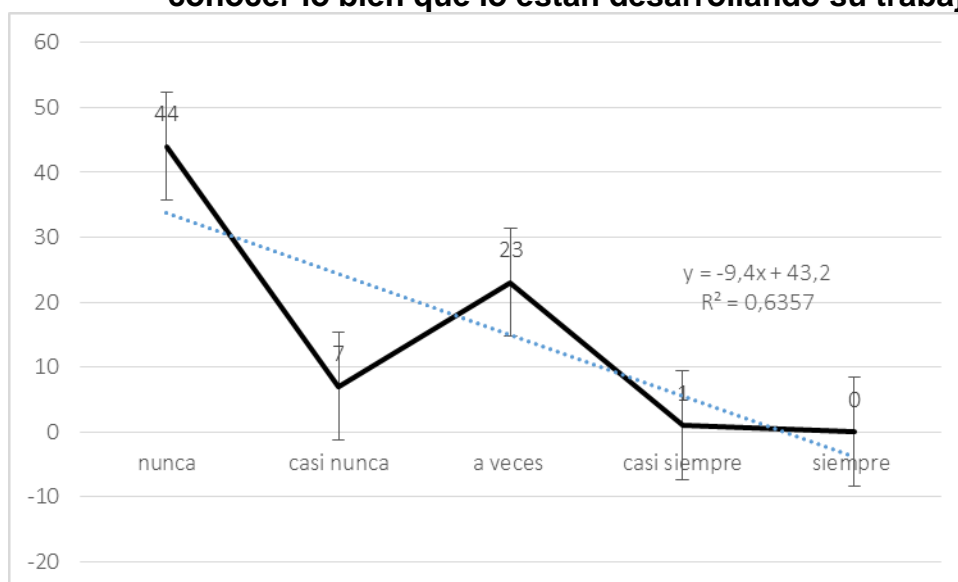
**Tabla 13 los supervisores/jefes de emergencia u otras personas le dan a conocer lo bien que lo están desarrollando su trabajo**

Escala	frecuencia	% de frecuencia
nunca	44	58,7
casi nunca	7	9,3
a veces	23	30,7
casi siempre	1	1,3
siempre	0	0,0
Total	75	100

Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas

**Grafico 13 los supervisores/jefes de emergencia u otras personas le dan a conocer lo bien que lo están desarrollando su trabajo**



Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas

### Análisis

En la pregunta sobre si los supervisores/jefes de emergencia u otras personas le dan a conocer lo bien que lo están desarrollando su trabajo respondieron nunca con el 58,7% el 30,7% a veces el 9,3% casi nunca el 1,3% casi siempre, el análisis de relación es de 0,63.

4.-Puede cada miembro del grupo desarrollar con habilidad todas o gran parte de las tareas que tiene asignado

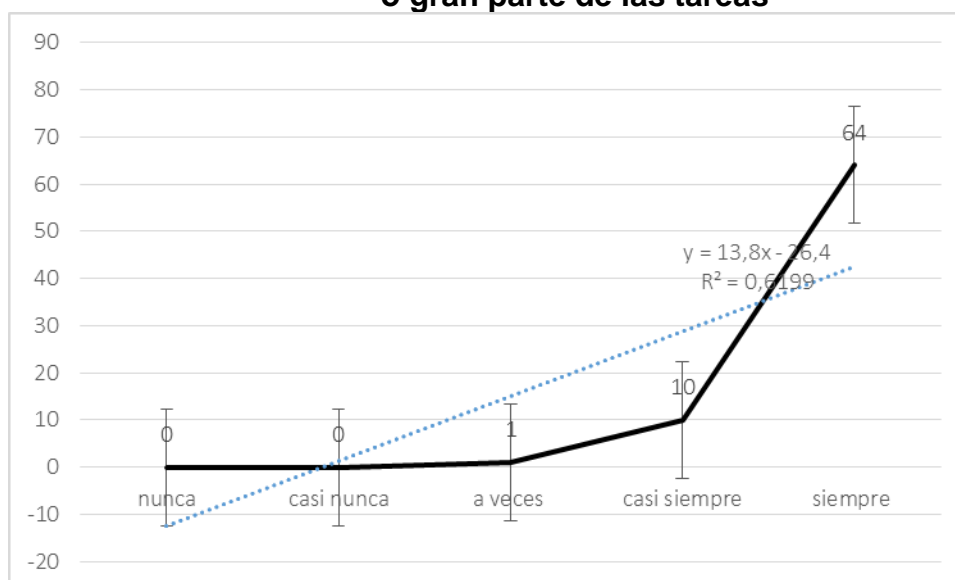
**Tabla 14 Puede cada miembro del grupo desarrollar con habilidad todas o gran parte de las tareas**

Escala	frecuencia	% de frecuencia
nunca	0	0,0
casi nunca	0	0,0
a veces	1	1,3
casi siempre	10	13,3
siempre	64	85,3
Total	75	100

Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas

**Grafico 14 Puede cada miembro del grupo desarrollar con habilidad todas o gran parte de las tareas**



Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas

### Análisis

Los colaboradores responden que siempre el 85,3% informan que cada miembro del grupo desarrolla con habilidad gran parte de las tareas el 13,3% casi siempre y el 1,3% a veces, la gráfica indica una relación del 0,61.

5.- Se siente usted en todo momento apoyado por el grupo

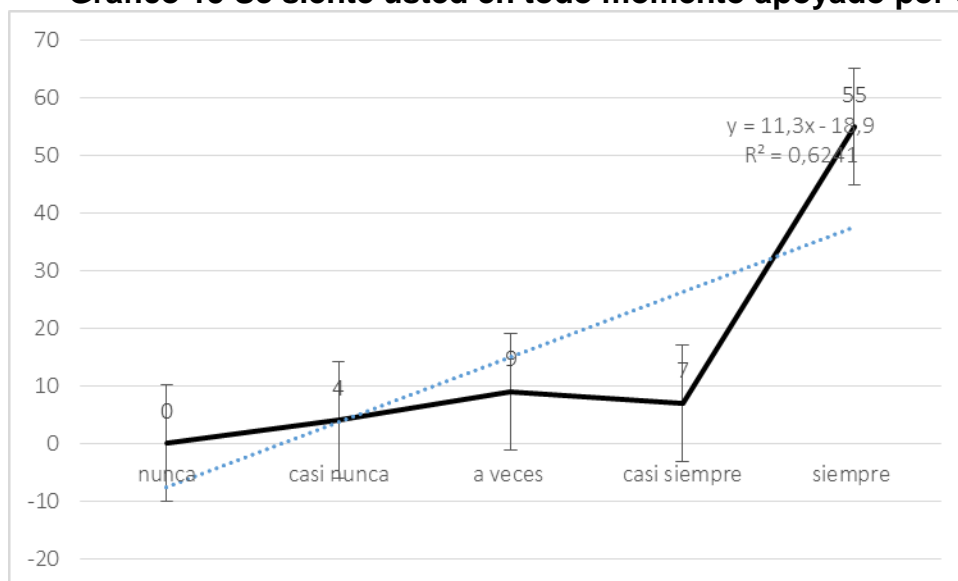
**Tabla 15 Se siente usted en todo momento apoyado por el grupo**

Escala	frecuencia	% de frecuencia
nunca	0	0,0
casi nunca	4	5,3
a veces	9	12,0
casi siempre	7	9,3
siempre	55	73,3
Total	75	100

Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas

**Grafico 15 Se siente usted en todo momento apoyado por el grupo**



Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas

### Análisis

Los colaboradores responden siempre un 73,3% que se sienten apoyado por el grupo, el 12% a veces el 9,3% casi siempre el 5,3% casi nunca, la gráfica indica 0,62 de relación.

6.- El salario que recibe está de acuerdo a la cantidad y calidad del trabajo que realiza es acorde a su preparación.

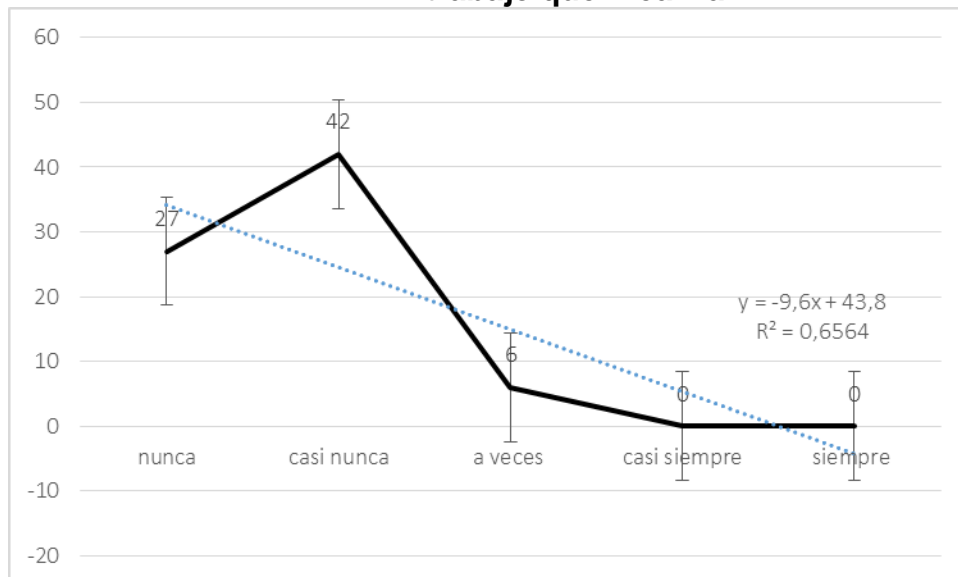
**Tabla 16 El salario que recibe está de acuerdo a la cantidad y calidad del trabajo que realiza**

Escala	frecuencia	% de frecuencia
nunca	27	36,0
casi nunca	42	56,0
a veces	6	8,0
casi siempre	0	0,0
siempre	0	0,0
Total	75	100

Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas

**Grafico 16 El salario que recibe está de acuerdo a la cantidad y calidad del trabajo que realiza**



Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas

### Análisis

Los colaboradores responden en la pregunta sobre si su salario está de acuerdo a la calidad y preparación del trabajo el 56% responde casi nunca, el 36% nunca y el 8% a veces no contestan en casi siempre o siempre, en el grafico la relación de descendente con el 0,65.

7.- Se conocen los aspectos que se evalúan para el otorgamiento de méritos y la selección de los más destacados (tanto morales como materiales).

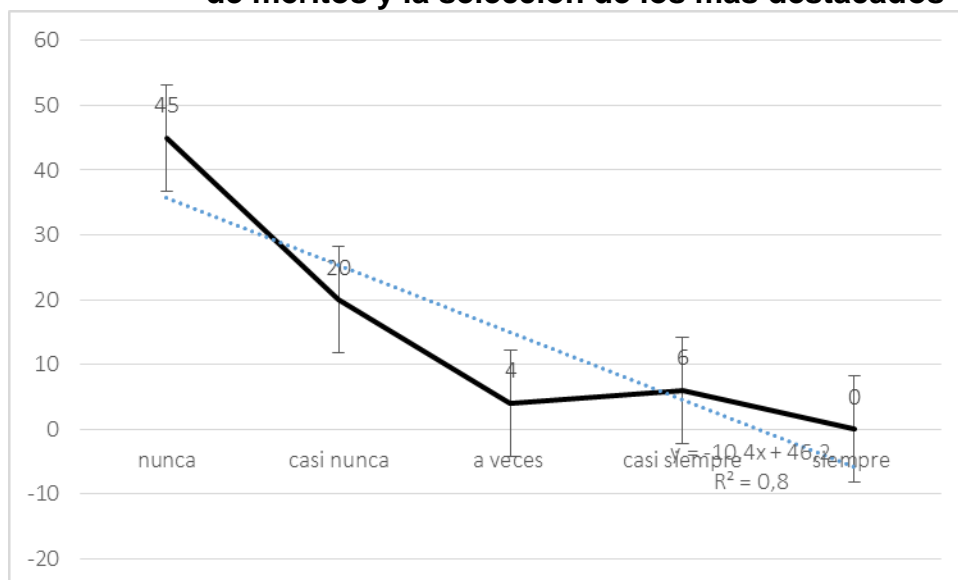
**Tabla 17 Se conocen los aspectos que se evalúan para el otorgamiento de méritos y la selección de los más destacados**

Escala	frecuencia	% de frecuencia
nunca	45	60,0
casi nunca	20	26,7
a veces	4	5,3
casi siempre	6	8,0
siempre	0	0,0
Total	75	100

Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas

**Grafico 17 Se conocen los aspectos que se evalúan para el otorgamiento de méritos y la selección de los más destacados**



Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas

### Análisis

Los colaboradores responden en un 60% nunca conocer los aspectos que se evalúan para el otorgamiento de meritos y la selección de los mas destacados para ascensos, un 26,7 % responde casi nunca un 5,3% a veces un 8% casi siempre, la relación en la pregunta 0,8.

8.- El ambiente de trabajo le ofrece seguridad, Las áreas están debidamente protegidas

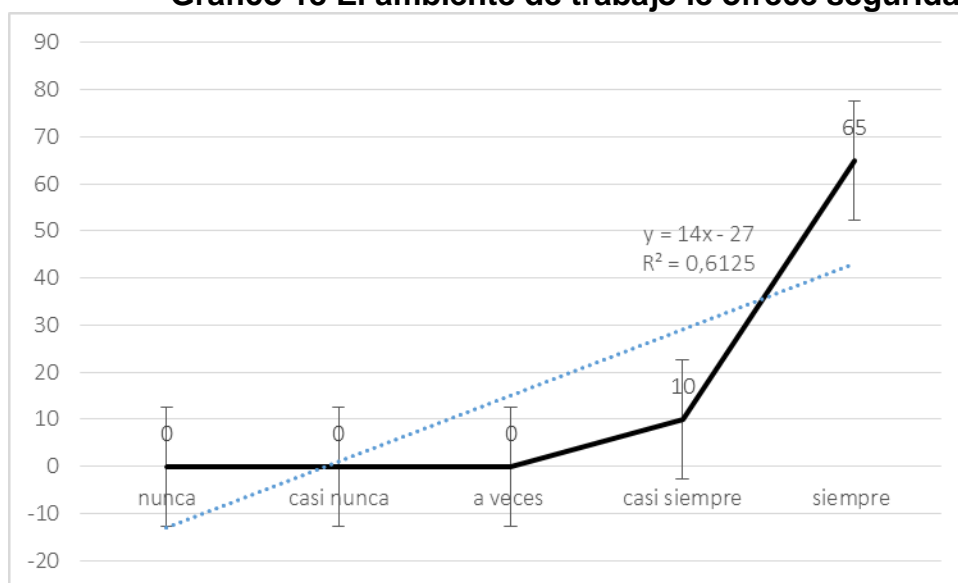
**Tabla 18 El ambiente de trabajo le ofrece seguridad**

Escala	frecuencia	% de frecuencia
nunca	0	0,0
casi nunca	0	0,0
a veces	0	0,0
casi siempre	10	13,3
siempre	65	86,7
Total	75	100

Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas

**Grafico 18 El ambiente de trabajo le ofrece seguridad**



Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas

### Análisis

El personal en un 86,7% siempre se siente protegidos en el trabajo, el 13,3% responde casi siempre, la relación es 0,61.

9.- Las condiciones higiénicas de su ambiente de estética laboral le resultan agradables

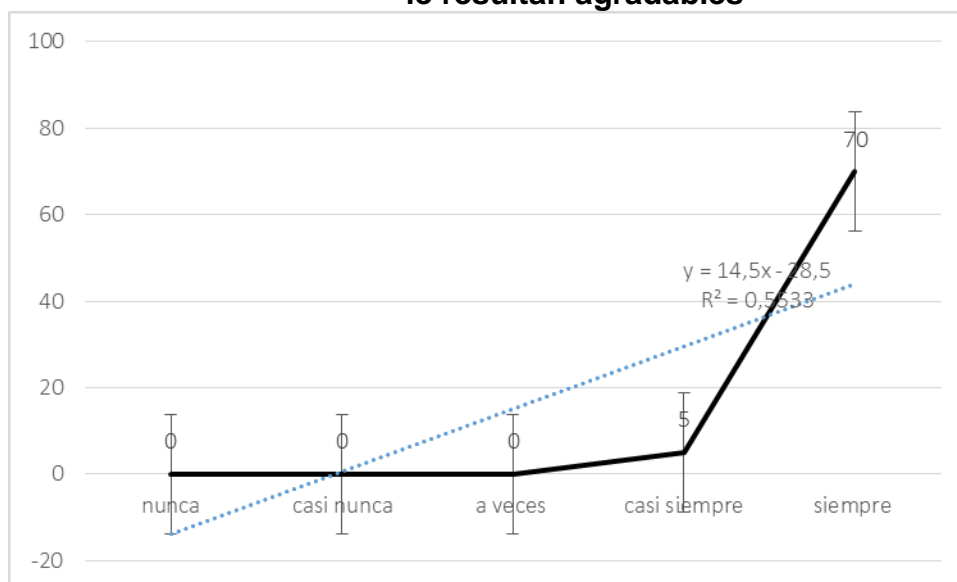
**Tabla 19 Las condiciones higiénicas de su ambiente de estética laboral le resultan agradables**

Escala	frecuencia	% de frecuencia
nunca	0	0,0
casi nunca	0	0,0
a veces	0	0,0
casi siempre	5	6,7
siempre	70	93,3
Total	75	100

Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas

**Grafico 19 Las condiciones higiénicas de su ambiente de estética laboral le resultan agradables**



Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas

### Análisis

Las condiciones higiénicas laborales son estéticas un 93,3% responde siempre; el 6,7 casi siempre, en la gráfica se observa una relación de 0,56.

10.- Los equipos, muebles, herramientas, útiles de trabajo y espacio, le permiten realizar el trabajo cómodamente al personal de emergencia

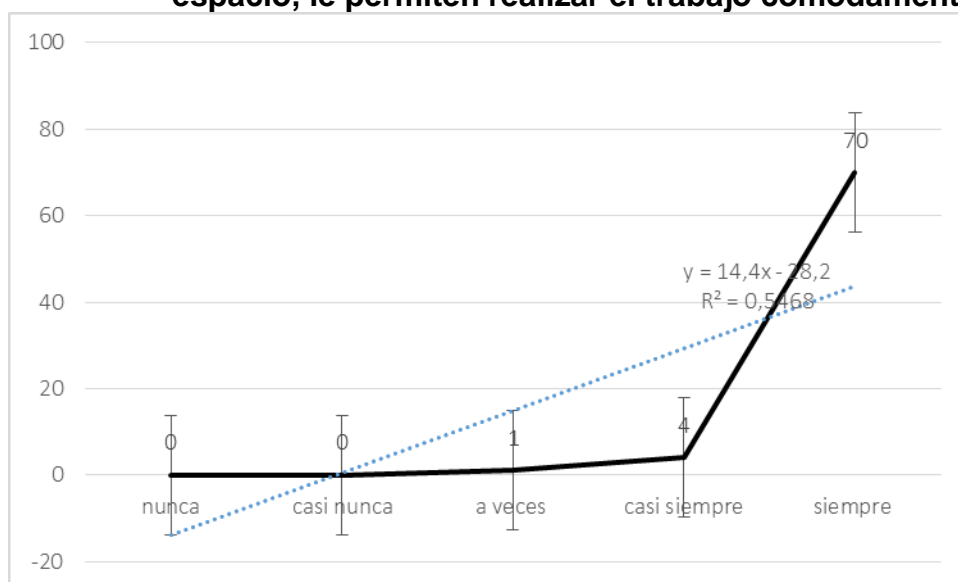
**Tabla 20 Los equipos, muebles, herramientas, útiles de trabajo y espacio, le permiten realizar el trabajo cómodamente**

Escala	frecuencia	% de frecuencia
nunca	0	0,0
casi nunca	0	0,0
a veces	1	1,3
casi siempre	4	5,3
siempre	70	93,3
Total	75	100

Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas

**Grafico 20 Los equipos, muebles, herramientas, útiles de trabajo y espacio, le permiten realizar el trabajo cómodamente**



Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas

### Análisis

El 93,3% responde siempre los equipos, herramientas, útiles y espacio le permiten realizar cómodamente el trabajo encomendado, el 5,3% casi siempre y el 1,3% a veces, la gráfica muestra una relación del 0,54.



11.- Las condiciones de desarrollo personal y profesional (capacitación, desarrollo), aumentan posibilidades de ascenso

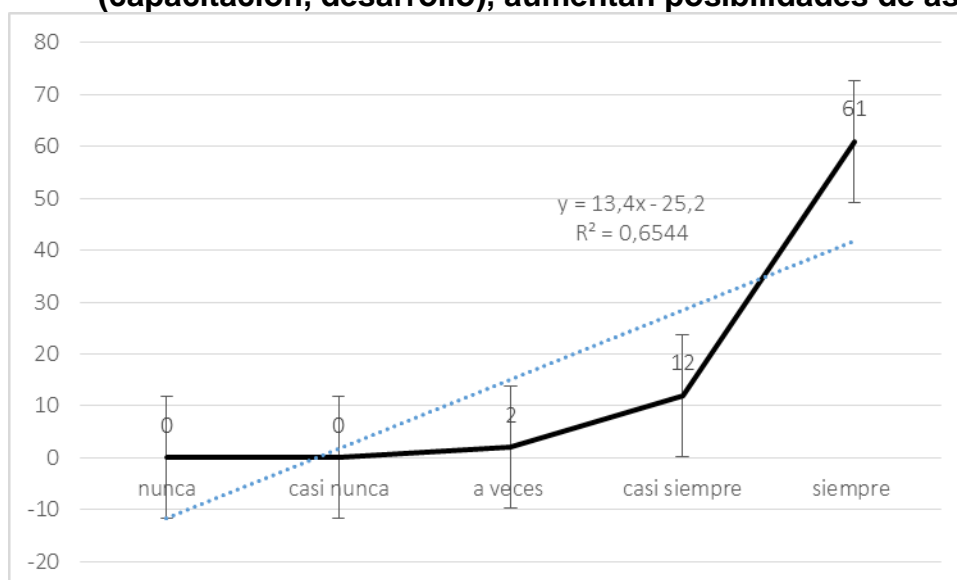
**Tabla 21 Las condiciones de desarrollo personal y profesional (capacitación, desarrollo), aumentan posibilidades de ascenso**

Escala	frecuencia	% de frecuencia
nunca	0	0,0
casi nunca	0	0,0
a veces	2	2,7
casi siempre	12	16,0
siempre	61	81,3
Total	75	100

Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas

**Grafico 21 Las condiciones de desarrollo personal y profesional (capacitación, desarrollo), aumentan posibilidades de ascenso**



Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas

### Análisis

El 81,3% respondieron siempre el desarrollo personal y profesional aumentan posibilidades de ascenso en el puesto de trabajo el 16,0% casi siempre y el 2,7% a veces, la relación es de 0,65.

12.- Se considera usted comprometido con la entidad

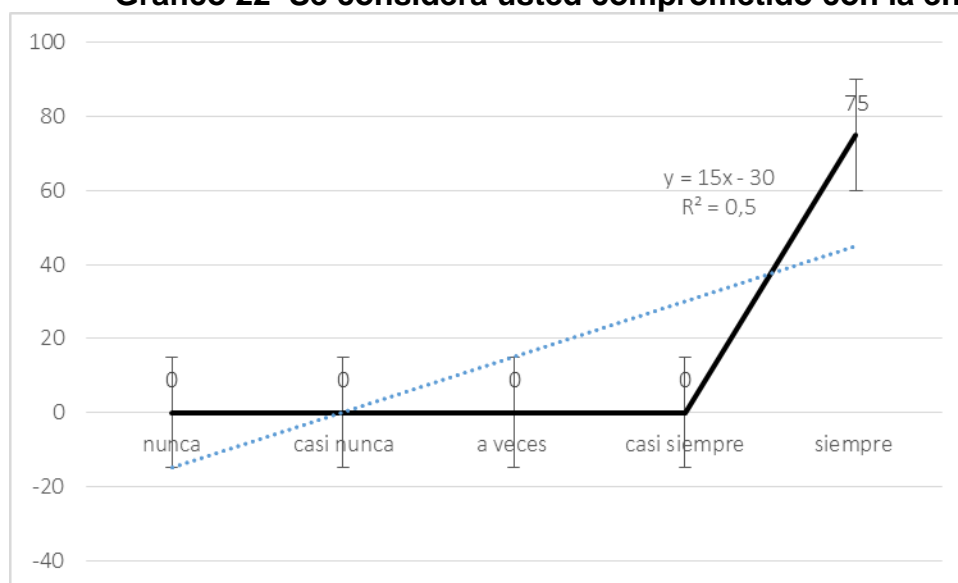
**Tabla 22 Se considera usted comprometido con la entidad**

Escala	frecuencia	% de frecuencia
nunca	0	0,0
casi nunca	0	0,0
a veces	0	0,0
casi siempre	0	0,0
siempre	75	100,0
Total	75	100

Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas

**Grafico 22 Se considera usted comprometido con la entidad**



Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas

### Análisis

El 100% de colaboradores responde estar siempre comprometido con la entidad, las otras escalas no se han seleccionado en este punto dando una relación del 0,5.

## Análisis de tablas de contingencia

Tabla de contingencia ¿El servicio y/o producto que brinda emergencia es el esperado? \* ¿El personal que lo atiende es amable y confiable en su trato?

			¿El personal que lo atiende es amable y confiable en su trato?				Total	
			en desacuerdo	indiferente	de acuerdo	totalmente de acuerdo		
¿El servicio y/o producto que brinda emergencia es el esperado?	totalmente en desacuerdo	Recuento	2	44	134	0	180	
		Frecuencia esperada	1,2	25,6	113,0	40,2	180,0	
		% dentro de ¿El personal que lo atiende es amable y confiable en su trato?	100,0%	100,0%	69,1%	0,0%	58,3%	
	en desacuerdo	Recuento	0	0	60	30	90	
		Frecuencia esperada	,6	12,8	56,5	20,1	90,0	
		% dentro de ¿El personal que lo atiende es amable y confiable en su trato?	0,0%	0,0%	30,9%	43,5%	29,1%	
	indiferente	Recuento	0	0	0	27	27	
		Frecuencia esperada	,2	3,8	17,0	6,0	27,0	
		% dentro de ¿El personal que lo atiende es amable y confiable en su trato?	0,0%	0,0%	0,0%	39,1%	8,7%	
	de acuerdo	Recuento	0	0	0	10	10	
		Frecuencia esperada	,1	1,4	6,3	2,2	10,0	
		% dentro de ¿El personal que lo atiende es amable y confiable en su trato?	0,0%	0,0%	0,0%	14,5%	3,2%	
	totalmente de acuerdo	Recuento	0	0	0	2	2	
		Frecuencia esperada	,0	,3	1,3	,4	2,0	
		% dentro de ¿El personal que lo atiende es amable y confiable en su trato?	0,0%	0,0%	0,0%	2,9%	0,6%	
	Total		Recuento	2	44	194	69	309
			Frecuencia esperada	2,0	44,0	194,0	69,0	309,0
			% dentro de ¿El personal que lo atiende es amable y confiable en su trato?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	212,002 <sup>a</sup>	12	,000
Razón de verosimilitudes	243,553	12	,000
Asociación lineal por lineal	145,482	1	,000
N de casos válidos	309		

a. 11 casillas (55,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,01.

según los datos generados a partir de las dos variables aleatorias hay 309 personas Al relacionar la pregunta 1 ¿el servicio y/o producto que brinda emergencia es el esperado frente la pregunta 3 ¿el personal que lo atiende es amable y confiable en su trato, con tablas de contingencia se registra la relación entre dos variables de naturaleza cualitativa, la tabla nos permite ver la proporción es igual pero no idénticas y la significancia estadística entre ella es evaluada por la prueba de ji cuadrada de Pearson, supuesto que las cifras son una muestra aleatoria de una población, el grado de asociación entre las dos variables se evalúa empleando el coeficiente de phi, en totalmente en desacuerdo se encuentra un 134 personas un (69,1%) , se muestran indiferente ante la pregunta 44 personas (100%) de coincidencia con relación a la atención, en desacuerdo 60 personas (30,9%), totalmente de acuerdo y desacuerdo 30 personas (43,5%), Sig. asintótica (bilateral)(0,000)

## Análisis por tabla de contingencia Phi.

Tabla de contingencia ¿El personal se muestra dispuesto a ayudar a los usuarios? \* ¿Cuándo acude a emergencias hospitalarias es atendido con rapidez?

			¿Cuándo acude a emergencias hospitalarias es atendido con rapidez?				Total	
			totalmente en desacuerdo	en desacuerdo	indiferente	totalmente de acuerdo		
¿El personal se muestra dispuesto a ayudar a los usuarios?	totalmente en desacuerdo	Recuento	4	0	0	0	4	
		Frecuencia esperada	3,9	,0	,1	,0	4,0	
		% dentro de ¿Cuándo acude a emergencias hospitalarias es atendido con rapidez?	1,3%	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%	
	en desacuerdo	Recuento	4	0	0	0	4	
		Frecuencia esperada	3,9	,0	,1	,0	4,0	
		% dentro de ¿Cuándo acude a emergencias hospitalarias es atendido con rapidez?	1,3%	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%	
	indiferente	Recuento	34	0	0	0	34	
		Frecuencia esperada	33,0	,1	,8	,1	34,0	
		% dentro de ¿Cuándo acude a emergencias hospitalarias es atendido con rapidez?	11,3%	0,0%	0,0%	0,0%	11,0%	
	de acuerdo	Recuento	89	0	0	0	89	
		Frecuencia esperada	86,4	,3	2,0	,3	89,0	
		% dentro de ¿Cuándo acude a emergencias hospitalarias es atendido con rapidez?	29,7%	0,0%	0,0%	0,0%	28,8%	
	totalmente de acuerdo	Recuento	169	1	7	1	178	
		Frecuencia esperada	172,8	,6	4,0	,6	178,0	
		% dentro de ¿Cuándo acude a emergencias hospitalarias es atendido con rapidez?	56,3%	100,0%	100,0%	100,0%	57,6%	
	Total		Recuento	300	1	7	1	309
			Frecuencia esperada	300,0	1,0	7,0	1,0	309,0
			% dentro de ¿Cuándo acude a emergencias hospitalarias es atendido con rapidez?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,822 <sup>a</sup>	12	,869
Razón de verosimilitudes	10,126	12	,605
Asociación lineal por lineal	4,244	1	,039
N de casos válidos	309		

a. 17 casillas (85,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,01.

En este caso la ji cuadrado es de 6,822 con una sig. Asintónica (bilateral) 0,869, Este nivel indica la probabilidad de rechazar la hipótesis nula de independencia siendo cierta. Si esta probabilidad es menor que 0,05 se rechaza la hipótesis nula y en consecuencia diremos que las variables son dependientes entre sí. no podemos rechazar la hipótesis nula y decimos que las variables son independientes entre sí, o que no guardan una relación de dependencia

## Aplicación de estadísticos para variable nominales<sup>6</sup>

### Medidas direccionales

			Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Lambda	Simétrica	,000	,000	<sup>b</sup>	<sup>b</sup>
		¿Cuándo acude a emergencias hospitalarias es atendido con rapidez? dependiente	,000	,000	<sup>b</sup>	<sup>b</sup>
		¿He observado mejoras en el funcionamiento general del Servicio en mis distintas visitas al mismo? dependiente	,000	,000	<sup>b</sup>	<sup>b</sup>
	Tau de Goodman y Kruskal	¿Cuándo acude a emergencias hospitalarias es atendido con rapidez? dependiente	,001	,000		,993 <sup>c</sup>
		¿He observado mejoras en el funcionamiento general del Servicio en mis distintas visitas al mismo? dependiente	,001	,000		,997 <sup>c</sup>

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. No se puede efectuar el cálculo porque el error típico asintótico es igual a cero.

c. Basado en la aproximación chi-cuadrado.

### Medidas simétricas

			Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi		,032	,999
	V de Cramer		,022	,999
	Coeficiente de contingencia		,032	,999
N de casos válidos			309	

Como se puede observar, los datos de los tres estadísticos coinciden en la tabla. Phi y Cramer siempre coinciden cuando al menos una de las variables tiene dos categorías de respuesta. El coeficiente de contingencia es exactamente el mismo, que no sale por defecto en SPSS, por lo que coincide con los otros dos estadísticos. Phi: Permite medir el grado de relación de dos variables. Se utiliza en el caso especial de tablas con dos filas y dos columnas (2x2). Valores cercanos a 0 indican poca relación y valores cercanos a 1 indican mucha fuerza en la relación, el Coeficiente de contingencia es una prolongación de la phi para variables con más de dos categorías. Sin embargo, sus valores no están normalizados y su límite es menor que 1, la V de Crammer es quizás el estadístico más utilizado en las tablas de contingencia junto con Lamda. Su origen es similar al de Phi, aunque es válido para

<sup>6</sup> La chi cuadrado nos avisa de si hay o no relación pero no nos habla muy bien de la fuerza de la relación, ya que su valor se haya relacionado con el tamaño muestral y no está acotado, Phi y Cramer, coeficiente de contingencia

variables con más de dos categorías de respuesta. Toma valores entre 0 y 1. 1 indica máxima dependencia y 0 independencia. El valor de la V para tablas con alguna variable con dos categorías coincide con el valor de phi. La V de Cramer se obtiene ajustando phi para el número de filas o columnas de la tabla, cualquiera que sea el menor así mismo ( $\lambda^7$ ) y (Tau de Goodman<sup>8</sup>) determinan dependencia

### Análisis de contingencia de la preg(1) y la preg (10)

Tabla de contingencia ¿El servicio y/o producto que brinda emergencia es el esperado? \* ¿He observado mejoras en el funcionamiento general del Servicio en mis distintas visitas al mismo?

			¿He observado mejoras en el funcionamiento general del Servicio en mis distintas visitas al mismo?			Total
			indiferente	de acuerdo	totalmente de acuerdo	
¿El servicio y/o producto que brinda emergencia es el esperado?	totalmente en desacuerdo	Recuento	1	9	170	180
		Frecuencia esperada	,6	5,2	174,2	180,0
		% dentro de ¿He observado mejoras en el funcionamiento general del Servicio en mis distintas visitas al mismo?	100,0%	100,0%	56,9%	58,3%
	en desacuerdo	Recuento	0	0	90	90
		Frecuencia esperada	,3	2,6	87,1	90,0
		% dentro de ¿He observado mejoras en el funcionamiento general del Servicio en mis distintas visitas al mismo?	0,0%	0,0%	30,1%	29,1%
	indiferente	Recuento	0	0	27	27
		Frecuencia esperada	,1	,8	26,1	27,0
		% dentro de ¿He observado mejoras en el funcionamiento general del Servicio en mis distintas visitas al mismo?	0,0%	0,0%	9,0%	8,7%
	de acuerdo	Recuento	0	0	10	10
		Frecuencia esperada	,0	,3	9,7	10,0
		% dentro de ¿He observado mejoras en el funcionamiento general del Servicio en mis distintas visitas al mismo?	0,0%	0,0%	3,3%	3,2%
	totalmente de acuerdo	Recuento	0	0	2	2
		Frecuencia esperada	,0	,1	1,9	2,0
		% dentro de ¿He observado mejoras en el funcionamiento general del Servicio en mis distintas visitas al mismo?	0,0%	0,0%	0,7%	0,6%
	Total		1	9	299	309
			1,0	9,0	299,0	309,0
			100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,406 <sup>a</sup>	8	,493
Razón de verosimilitudes	11,047	8	,199
Asociación lineal por lineal	4,819	1	,028
N de casos válidos	309		

a. 10 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,01.

<sup>7</sup> Lambda: Estadístico utilizado para determinar si usar los resultados de una de las variables sirve para predecir los resultados de otra. Lambda toma valores entre 0 y 1, donde 0 indica independencia entre las variables y 1 total dependencia

<sup>8</sup> Tau de Goodman Se parece a la Lambda aunque su cálculo es algo más complejo pues tiene en cuenta todas las categorías de respuesta y no únicamente la que más casos contempla. Al igual que Lambda adopta valores de 0 a 1, donde 0 es independencia y 1 total dependencia

#### Medidas direccionales

			Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Lambda	Simétrica	,000	,000	b	b
		¿El servicio y/o producto que brinda emergencia es el esperado? dependiente	,000	,000	b	b
		¿He observado mejoras en el funcionamiento general del Servicio en mis distintas visitas al mismo? dependiente	,000	,000	b	b
	Tau de Goodman y Kruskal	¿El servicio y/o producto que brinda emergencia es el esperado? dependiente	,016	,002		,013 <sup>c</sup>
		¿He observado mejoras en el funcionamiento general del Servicio en mis distintas visitas al mismo? dependiente	,022	,007		,099 <sup>c</sup>

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. No se puede efectuar el cálculo porque el error típico asintótico es igual a cero.

c. Basado en la aproximación chi-cuadrado.

#### Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,155	,493
	V de Cramer	,109	,493
	Coefficiente de contingencia	,153	,493
N de casos válidos		309	

En este análisis los resultados son insuficientes para determinar relación de dependencia entre las variables analizadas entre la pregunta 1 y la pregunta 10

## Análisis de factores críticos y favorables en relación a las encuestas realizadas plan estratégico de articulación para optimizar los servicios de emergencia médica del Hospital Gustavo Domínguez, Hospital del IESS, y la Clínica Torres Médicas

El presente enfoque se estipula de la siguiente manera:

- El estudio se enfoca en la incidencia de establecer **plan estratégico de articulación para optimizar los servicios de emergencia médica**, por cuanto se recalca que las interrogantes planteadas en las encuestas están elaboradas con la finalidad de recabar la mayor cantidad de información, que permita establecer la viabilidad de incorporar dicho modelo.

b) Los resultados de las encuestas se ponderan por medio de una tabla técnica referencial en la cual se estiman puntuaciones del 1 al 5 para los factores favorables y del -1 al -5 para críticos

**Tabla de ponderación para encuestas**

% (Resultado de encuestas)	Ponderación FF	Ponderación FC
0 - 20%	1	-1
20,1 - 40%	2	-2
40,1 - 60%	3	-3
60,1 - 80%	4	-4
80,1 - 100%	5	-5

Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas

En base a lo expuesto se establece la matriz general de ponderación, tal como se muestra a continuación:

**Tabla de ponderación encuesta 1**

#	Variable	respuesta	%	Análisis referencial	Factor favorable	Factor crítico	calificaciones
1	El servicio y/o producto que brinda emergencia es el esperado?	Totalmente desacuerdo	58	Descontento en el servicio		X	-3
2	¿El personal se muestra dispuesto a ayudar a los usuarios?	Totalmente de acuerdo	58	Todos deben ayudar	X		3
3	¿El personal que lo atiende es amable y confiable en su trato?	De acuerdo	64	Mejorar el servicio	X		4
4	¿El personal da la imagen de estar totalmente competente para las tareas que tiene que realizar?	Totalmente de acuerdo	75	Personal con profesionalismo	X		4
5	¿Cuándo acude a emergencias hospitalarias es atendido con rapidez?	Totalmente en desacuerdo	79	Aun es lento el servicio		X	-4
6	¿Las solicitudes o reclamos son atendidos con agilidad y responsabilidad por el personal?	Totalmente desacuerdo	47	No se escuchan los reclamos		x	-3
7	¿Cuándo acudo al servicio, no tengo problemas en contactar con la persona que puede responder a mis dolores?.	Totalmente de acuerdo	43	Es valorado el paciente	X		3
8	¿He podido comprobar que el personal dispone de programas y equipos médicos adecuados para llevar a cabo su trabajo?	Totalmente de acuerdo	87	Los pacientes conocen de las capacidades	X		5
9	¿He tenido la oportunidad de comprobar que el personal cuenta con recursos materiales suficientes para llevar a cabo su trabajo?	Totalmente de acuerdo	61	Los pacientes conocen de las capacidades	X		4
10	¿He observado mejoras en el funcionamiento general del Servicio en mis distintas visitas al mismo?	Totalmente de acuerdo	97	Se ha mejorado desde 2015	X		5

Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas



**Tabla de ponderación encuesta 2**

#	Variable	respuesta	%	Análisis referencial	Factor favorable	Factor crítico	calificación
1	Su trabajo requiere realizar diferentes operaciones y utilizar un gran número de habilidades y conocimientos	siempre	66,7	Deben ser profesionales	X		4
2	Los resultados de su trabajo afectan significativamente la vida o bienestar de otras personas	siempre	86,7	Las decisiones son precisas	X		5
3	Los supervisores/jefes de emergencia u otras personas le dan a conocer lo bien que lo están desarrollando su trabajo	Nunca	58,7	No se motiva al personal		X	-3
4	Puede cada miembro del grupo desarrollar con habilidad todas o gran parte de las tareas que tiene asignado	Siempre	85,3	Son competentes y eficaces	X		5
5	Se siente usted en todo momento apoyado por el grupo	Siempre	73,3	Existe trabajo en equipo	X		4
6	El salario que recibe está de acuerdo a la cantidad y calidad del trabajo que realiza es acorde a su preparación	Casi nunca	56	Sueldos bajos		X	-4
7	Se conocen los aspectos que se evalúan para el otorgamiento de méritos y la selección de los más destacados (tanto morales como materiales).	Nunca	60	No es claro el proceso de selección		X	-4
8	El ambiente de trabajo le ofrece seguridad, Las áreas están debidamente protegidas	Siempre	86,7	Es seguro el ambiente de trabajo	X		5
9	Las condiciones higiénicas de su ambiente de estética laboral le resultan agradables	Siempre	93,3	Es agradable las condiciones higiénicas	X		5
10	Los equipos, muebles, herramientas, útiles de trabajo y espacio, le permiten realizar el trabajo cómodamente al personal de emergencia	siempre	93,3	Tienen buenos equipos y herramientas de trabajo	X		5
11	Las condiciones de desarrollo personal y profesional (capacitación, desarrollo), aumentan posibilidades de ascenso	Siempre	81,3	Se puede escalar	X		5
12	Se considera usted comprometido con la entidad	Siempre	100	Todos están comprometidos	X		5

Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas

a.-Se establece la representación gráfica pertinente en matriz axiológica

**Tabla de análisis matriz axiológica de factores 1**

Nº	FACTORES	Factores críticos					Factores favorables				
		-5	-4	-3	-2	-1	1	2	3	4	5
1	El servicio y/o producto que brinda emergencia es el esperado?			X							
2	¿El personal se muestra dispuesto a ayudar a los usuarios?								X		
3	¿El personal que lo atiende es amable y confiable en su trato?									X	
4	¿El personal da la imagen de estar totalmente competente para las tareas que tiene que realizar?									X	
5	¿Cuándo acude a emergencias hospitalarias es atendido con rapidez?		X								

6	¿Las solicitudes o reclamos son atendidos con agilidad y responsabilidad por el personal?			X							
7	¿Cuándo acudo al servicio, no tengo problemas en contactar con la persona que puede responder a mis dolores?.							X			
8	¿He podido comprobar que el personal dispone de programas y equipos médicos adecuados para llevar a cabo su trabajo?									X	
9	¿He tenido la oportunidad de comprobar que el personal cuenta con recursos materiales suficientes para llevar a cabo su trabajo?								X		
10	¿He observado mejoras en el funcionamiento general del Servicio en mis distintas visitas al mismo?									X	

**Tabla de análisis matriz axiológica de factores 2**

Nº	FACTORES	Factores críticos					Factores favorables				
		-5	-4	-3	-2	-1	1	2	3	4	5
1	Su trabajo requiere realizar diferentes operaciones y utilizar un gran número de habilidades y conocimientos									X	
2	Los resultados de su trabajo afectan significativamente la vida o bienestar de otras personas										X
3	Los supervisores/jefes de emergencia u otras personas le dan a conocer lo bien que lo están desarrollando su trabajo			X							
4	Puede cada miembro del grupo desarrollar con habilidad todas o gran parte de las tareas que tiene asignado										X
5	Se siente usted en todo momento apoyado por el grupo									X	
6	El salario que recibe está de acuerdo a la cantidad y calidad del trabajo que realiza es acorde a su preparación		X								
7	Se conocen los aspectos que se evalúan para el otorgamiento de méritos y la selección de los más destacados (tanto morales como materiales).		X								
8	El ambiente de trabajo le ofrece seguridad, Las áreas están debidamente protegidas										X
9	Las condiciones higiénicas de su ambiente de estética laboral le resultan agradables										X
10	Los equipos, muebles, herramientas, útiles de trabajo y espacio, le permiten realizar el trabajo cómodamente al personal de emergencia										X
	Las condiciones de desarrollo personal y profesional (capacitación, desarrollo), aumentan posibilidades de ascenso										X
	Se considera usted comprometido con la entidad										X

Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas

### Resumen de factores relacionados a la investigación

Factores favorables	Factores críticos
El personal de emergencia está dispuesto ayudar al paciente	La percepción de pacientes indican que las áreas de emergencia no es adecuada
El personal de emergencia atiende con calidez	No existe atención inmediata en las áreas de emergencia
El personal de emergencia tiene presencia profesional	Los reclamos no son atendidos o escuchados
El paciente es valorado de acuerdo al turno	No se valora adecuadamente el trabajo realizado en el área de

	emergencia
Las ateadas de emergencia disponen de todos los equipos necesarios	Los sueldos son bajos y sin garantías de estabilidad laboral
Se continua mejorando permanentemente	No son claros los procedimientos para méritos
El personal es profesional y capacitado	
El ambiente y lugar de trabajo son seguros	
El personal es comprometido y empoderado	

Fuente: la Investigación

Elaborado por: Angel Fredy Castelo Rivas

En base al diagnóstico efectuado se establece que es pertinente y viable instaura Plan Estratégico de Articulación para Optimizar los Servicios de Emergencia Médica del Hospital Gustavo Domínguez, Hospital del IESS, y La Clínica Torres Médicas de Santo Domingo

## Análisis matemático de la hipótesis por medio del Chi cuadrado e interrelación de variables

Hipótesis: Con el diseño de un plan estratégico articulado se optimizaran los servicios de emergencia médica del Hospital Gustavo Domínguez, Hospital del IESS, y la Clínica Torres Médicas de Santo Domingo

a) Cálculo del factor promedial de las variables dependientes e independientes relacionadas con las encuestas tabuladas

### Factor promedio de la variable dependiente

Variable seleccionada	#Preg	Descripción	Valoración			
Pacientes	2	<b>El personal se muestra dispuesto a ayudar a los usuarios</b>	Opción	Totalmente acuerdo	De acuerdo	Indiferente
			Cantidad	58	29	11
			<b>Total</b>	58	29	11
	3	El personal que lo atiende es amable y confiable en su trato	Opción	Totalmente acuerdo	De acuerdo	Indiferente
			Cantidad	21	64	14
			<b>Total</b>	21	64	14
	4	El personal da la imagen de estar totalmente competente para las tareas que tiene que realizar	Opción	Totalmente acuerdo	De acuerdo	Indiferente
			Cantidad	75	16	7
			<b>Total</b>	75	16	7

	7	Cuándo acudo al servicio, no tengo problemas en contactar con la persona que puede responder a mis dolores	Opción	Totalmente acuerdo	De acuerdo	Indiferente
			Cantidad	43	31	22
			<b>Total</b>	43	31	22
<b>Factor promedial de totales de variable dependiente</b>				<b>49</b>	<b>35</b>	<b>14</b>

### Factor promedio de la variable independiente

Variable seleccionada	#Preg	Descripción	Valoración			
Variable independiente  empleados	1	Su trabajo requiere realizar diferentes operaciones y utilizar un gran número de habilidades y conocimientos	Opción	Siempre	Casi siempre	A veces
			Cantidad	67	19	15
			Total	67	19	15
	2	Los resultados de su trabajo afectan significativamente la vida o bienestar de otras personas	Opción	Siempre	Casi siempre	A veces
			Cantidad	87	7	7
			Total	87	7	7
	4	Puede cada miembro del grupo desarrollar con habilidad todas o gran parte de las tareas que tiene asignado	Opción	Siempre	Casi siempre	A veces
			Cantidad	85	13	1
			Total	85	13	1
	11	Las condiciones de desarrollo personal y profesional (capacitación, desarrollo), aumentan posibilidades de ascenso	Opción	Siempre	Casi siempre	A veces
			Cantidad	81	16	3
			Total	81	16	3
Factor promedial de totales de variable independiente			80	14	7	

b) Las frecuencias observadas son el resultado de los factores promediales tanto de la variable dependiente como independiente

### Tabla de frecuencias observadas

Detalle	Siempre	Casi siempre	A veces	Total
variable independiente	80	14	7	101
variable dependiente	49	35	14	98
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>49</b>	<b>21</b>	<b>199</b>

c) Frecuencias esperadas son las proporcionales calculadas en base a los resultados observados

$$Fe = (\text{Total marginal fila}) (\text{Total marginal Columna}) / n$$

### Tabla de frecuencias esperadas

frecuencia esperada	Alternativas		
	Siempre	Casi siempre	A veces
variable independiente	66	25	11
variable dependiente	64	24	10

d) Aplicación de la fórmula Chi cuadrado mediante matriz de cálculo

La fórmula de aplicación es la siguiente:

$$X^2 = \sum (F_o - F_e)^2 / F_e.$$

Dedución:

$X^2$  = Chi-cuadrado

$\Sigma$  = Sumatoria

$F_o$  = Frecuencia observada de realización de un acontecimiento determinado.

$F_e$  = Frecuencia esperada o teórica. (Calculada)

Tabla de Ji cuadrada calculada

Alternativas	fo	fe	fo-fe	(fo-fe) <sup>2</sup>	(fo-fe) <sup>2</sup> /fe
variable independiente siempre	80	66	14	196	2,97
variable independiente casi siempre	14	25	-11	121	4,84
variable independiente a veces	7	11	-4	16	1,45
variable dependiente siempre	49	64	-15	225	3,52
variable dependiente casi siempre	35	24	11	121	5,04
variable dependiente a veces	14	10	4	16	1,60
Total				<b>X<sup>2</sup></b>	19,42

Ji cuadrada calculada ( $X^2_c$ ) = 19,42

f) Estimación del margen de error, considerando a 384 elementos que representan el número de pacientes y colaboradores encuestados

$$MOE = 0,98 \sqrt{1/384}$$

$$MOE = 0,98 (0,051031036)$$

$$MOE = 0,050010415$$

Cálculo de los grados de libertad.

$$GL = (F-2)(C-3)$$

$$GL = (2-1)(3-1)$$

$$GL = 2 \quad \text{alfa al 95\%}$$

Ji cuadrada calculada ( $X^2_t$ ) = 5,991

g) Identificación del Ji – cuadrado referencial, con un margen de error de 0,050010415; factor estadístico que se aproxima al 0,1 establecido en la tabla de distribución GL= 2

Margen de error calculado= 0,050010415aproximado para la tabla o un alfa del 95%

Ji cuadrado de la tabla ( $X^2_t$ )= 5,991

h) Comparación Ji cuadrados.

$$Xc^2 = 19,42 > Xt^2 = 5,991$$

En base a los resultados resultantes de la interrelación de variables en base a las encuestas referenciales se establece que el Ji cuadrado calculado es mayor al Chi Cuadrado establecido en la tabla de distribución referencial. En efecto se acepta la hipótesis de trabajo.

## **2.2 Propuesta del investigador: modelo, sistema, metodología, procedimiento.**

Un plan estratégico se compone en general de varias etapas:

Etapa 1: Análisis de la situación. Permite conocer la realidad en la cual opera la organización.

Etapa 2: Diagnóstico de la situación. Permite conocer las condiciones actuales en las que desempeña la organización, para ello es necesario entender la actual situación (tanto dentro como fuera de la empresa).

Etapa 3: Declaración de objetivos estratégicos. Los Objetivos estratégicos son los puntos futuros debidamente cuantificables, medibles y reales; puestos que luego han de ser medidos.

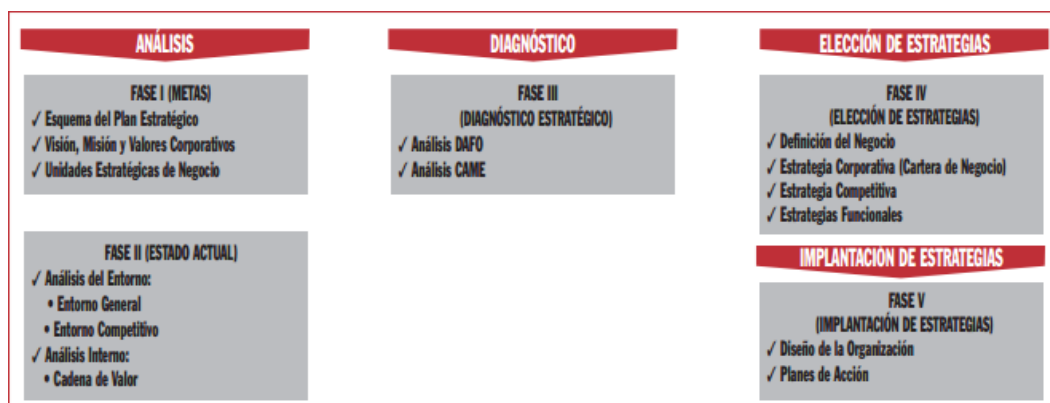
Etapa 4: Estrategias corporativas. Las estrategias corporativas responden a la necesidad de las empresas e instituciones para responder a las necesidades del mercado (interno y externo),

Etapa 5: Planes de actuación. La pauta o plan que integra los objetivos, las políticas y la secuencia de acciones principales de una organización en todo coherente.

Etapa 6: Seguimiento. El Seguimiento permite "controlar" la evolución de la aplicación de las estrategias corporativas en las Empresas u organizaciones; es decir, el seguimiento permite conocer la manera en que se viene aplicando y desarrollando las estrategias y actuaciones de la empresa; para evitar sorpresas finales, que puedan difícilmente ser resarcidas.

Etapa 7: Evaluación. La evaluación es el proceso que permite medir los resultados, y ver como estos van cumpliendo los objetivos planteados.

#### Esquema detallado de las fases de un plan estratégico



## 2.3 Conclusiones Parciales del Capítulo

El diseño metodológico de la presente investigación que tiene como modalidad lo cualitativo, un muestreo aleatorio simple y presenta resultados cuantitativos los mismos que permitirán la construcción de una propuesta viable ya que la información recopilada permite la aplicación de una base teórica que solucione la situación problemática expresada en la introducción de la tesis.

De acuerdo a los resultados encontrados mediante la aplicación de los instrumentos de investigación se determinó el modelo o base teórica es de *MINTZBERG* adecuada con los elementos del Plan Estratégico de Articulación para Optimizar Los Servicios de Emergencia Médica del Hospital Gustavo Domínguez, Hospital del IESS, y La Clínica Torres Médicas de Santo Domingo



### **3 CAPITULO DESARROLLO DE LA PROPUESTA**

**TITULO:** Plan Estratégico de Articulación para Optimizar los Servicios de Emergencia Médica del Hospital Gustavo Domínguez, Hospital del IESS, y La Clínica Torres Médicas de Santo Domingo.

#### **3.1 Etapa 1: Análisis de la situación.**

Existen múltiples financiadores y proveedores: Ministerio de Salud, Seguro Social IESS, ICS, ONG, etc., que actúan independientemente. La cobertura de la seguridad social es relativamente baja (IESS 10% y Seguro Campesino 10%) y la red asistencial pública muy limitada quedando aproximadamente sin cobertura un 30% de la población. Otros prestadores que cubren pequeñas cuotas de aseguramiento son: la Sociedad Ecuatoriana de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA), la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG) y los servicios de la Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional.

Santo Domingo de los Tsáchilas, es centro de cinco ejes viales y propenso a los accidentes y visita esporádicos de personas extranjeras y nacionales y al mismo tiempo es de gran importancia en el país: Santo Domingo-Manta; Santo Domingo-Guayaquil; Santo Domingo-Quito (Tambillo); Santo Domingo-Noroccidente de Pichincha (Los Bancos); Santo Domingo-Esmeraldas. Es la ciudad con una ubicación estratégica en el intercambio comercial del país y donde el tránsito vehicular es de especial magnitud; otra de las razones que hacía necesario la ubicación de un centro local que atendiera los múltiples emergencias y requerimientos de su población.

La ciudad de Santo Domingo cuenta con las parroquias urbanas de Santo Domingo, Chigüilpe, Río Verde, Bombolí, Zaracay, Abraham Calazacón y Río Toachi. Albergan en sus territorios la mayoría de las sedes de la institucionalidad pública local como la Policía Nacional, Gobierno Municipal, Gobierno Provincial, IESS, Ministerios, etc.; sedes religiosas y establecimientos educativos públicos y privados; barrios y urbanizaciones; instituciones y centros de servicios como los terminales terrestres, mercados, hospitales, centros de

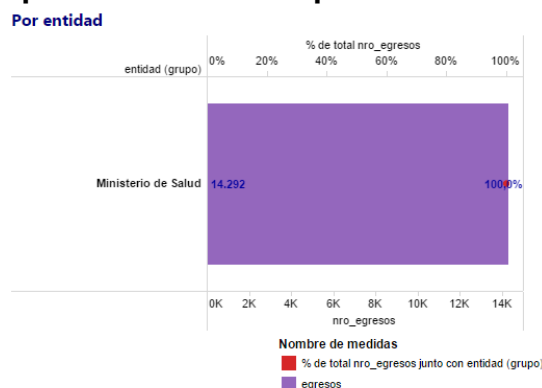
atención en salud y sucursales de prestación de servicios básicos; lugares de reunión, esparcimiento y desempeño de actividades colectivas como parques, coliseos y estadios; instituciones financieras como bancos, mutualistas y cooperativas de ahorro; servicios hoteleros y de alimentación; varias avenidas que conectan los diferentes puntos que conforman el área urbana; además es donde se concentra el mayor movimiento comercial de la región. Las parroquias rurales: San José de Alluriquín, Luz de América, Puerto Limón, San Jacinto del Búa, Santa María del Toachi, Valle Hermoso y El Esfuerzo. Las pre-parroquias rurales son: Julio Moreno, Nuevo Israel, Las Delicias, Las Mercedes, El Placer de Toachi y San Gabriel del Baba

## 3.2 Etapa 2: Diagnóstico de la situación.

### 3.2.1 Hospital Público Gustavo Domínguez

Santo Domingo cuenta con un hospital público de segundo nivel, que inicio como hospital regional ya que cubría todas las zonas aledañas. En la actualidad por el incremento poblacional no cubre las necesidades que amerita la población, por lo que siempre se transfiere a los pacientes a los hospitales de primer nivel que se encuentran en Quito y Guayaquil. El Hospital “Gustavo Domínguez” en la actualidad cuenta con una capacidad para 139 camas, brindando atención en las especialidades de medicina interna, infectología, cirugía, traumatología, pediatría, neonatología, ginecología y obstetricia.

#### Egresos hospitalarios 2013 Hospital “Gustavo Domínguez”



Fuente: Ministerio de salud publica<sup>9</sup>

<sup>9</sup> Egresos del HGD-SD-2013,

[https://public.tableausoftware.com/profile/javier.gaona#!/vizhome/EGRESOS\\_HOSPITALARIOS\\_MSP\\_2013/Presentacin](https://public.tableausoftware.com/profile/javier.gaona#!/vizhome/EGRESOS_HOSPITALARIOS_MSP_2013/Presentacin)

Según la Dirección Provincial de salud Santo Domingo, Cuenta con 1 unidad hospitalaria de referencia provincial: Hospital: Dr. Gustavo Domínguez Zambrano, 2 jefaturas de salud: área #17 Centro de salud Augusto Egas, con 14 unidades operativas (SCS Urbanos: Asistencia Municipal, Santa Martha, Rumiñahui, 30 de Julio, El Paraíso, Defensores de Paquisha, Los CSC RURALES: Las Mercedes, libertad del Toachi, Alluriquin, San Vicente del Nila, luz de América, el Esfuerzo, Santa María del Toachi, san Gabriel del baba) y AREA DE SALUD #22 (centro de salud los rosales, con 11 unidades operativas, (SCS: Urbanos:

La Modelo, Nueva Aurora, Montonero de Alfaro, Juan Eulogio Paz y niño, Ciudad Nueva. SCS: rurales: Las Delicias, Nuevo Israel, Puerto Limón, San Jacinto del Búa, Valle Hermoso). Encontramos 2 áreas de salud la 22 y 17:

En la área de Salud # 22 Centro De Salud Los Rosales esta compuesta `por: SCS Ciudad Nueva, SCS La Modelo, SCS Montoneros De Alfaro, SCS Plan De Vivienda, SCS 15 De Septiembre, SCS Nueva Aurora, SCS Puerto Limon, SCS Las Delicias, SCS Valle Hermoso, SCS Nuevo Israel SCS San Jacinto Del Bua, estas unidades atienden consultas generales no hay hospitalización ni se atiende emergencia. Y la área de Salud # 17 Centro De Salud Augusto Egas esta compuesta por: SCS Santa Martha, SCS Paquisha, SCS Asistencia Municipal, SCS Rumiñahui, SCS Libertad Del Toachi, SCS. Alluriquin, SCS Las Mercedes, SCS Santa María Del Toachi, SCS El Esfuerzo, SCS Luz De América, SCS San Vicente Del Nila, SCS El Paraíso, SCS Cristo Vive.

Estas unidades atienden consultas generales no hay hospitalización ni se atiende emergencia.

### **3.2.2 IESS-Santo Domingo**

Hospital del IESS, la tardanza en la entrega de citas se deben a la falta de personal en el nuevo centro. Esta casa de salud se inauguró el 17 de julio de 2012. Al momento, el déficit es de 94 médicos, entre 29 especialistas y 25 generales. En el hospital hay cuatro ginecólogos. Pero para cumplir con la

demanda de los afiliados (23 000) deberían contratar cuatro más, según un diagnóstico que se realizó en este sanatorio.

A los anestesiólogos, se los contrata de otras ciudades por horas. En el país faltan médicos especialistas en varias ramas. Es por ello que los médicos de posgrado doblan turnos en clínicas de las diferentes provincias. Para aprovechar la ayuda idónea de los galenos del Hospital se debe usar adecuadamente la central telefónica. “Hay pacientes que solicitan la ayuda de un especialista sin que el médico general lo recomiende. Por ello, este tipo de médicos tienen la agenda copada por meses”.

El promedio es de 60 días para conseguir un turno en el servicio de gastroenterología. La consulta fuera es de \$25 dólares. El Ministerio de Salud estratificó las casas asistenciales públicas por sectores. En el primario están los subcentros de salud. Este es el primer lugar al que debe acudir el paciente con enfermedades menores, como una gripe o alergia en la piel. En el caso del seguro social es el centro ambulatorio.

En segundo lugar se encuentran los hospitales Gustavo Domínguez y del IESS. Allí deberían ingresar solo los pacientes remitidos por el subcentro, el centro ambulatorio o las víctimas de enfermedades que amerita operación. El último sector son centros como el Carlos Andrade Marín, de Quito. Allí se atienden enfermedades graves.

Los pacientes siguen esta lógica, “Hay personas que vienen al hospital y tienen enfermedades que no son emergencias. Esos casos los puede tratar con un médico general”. En emergencia del Hospital hay dos consultorios con una capacidad para 70 pacientes. Pero se atienden hasta 230. Esta sección no cuenta con emergenciólogos. Se necesitan tres. El Hospital regional es de segundo nivel. Tiene una capacidad para 120 camas. En esta casa asistencial se atienden personas que pertenecen a la Red Plural Integral de Salud, de Santo Domingo de los Tsáchilas.

### MORBILIDAD 2014

ENFERMEDADES	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
DOLOR ABDOMINAL Y PÉLVICO	2566	2787	5353
INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	877	2774	3651
COLELITIASIS	1080	2110	3190
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	2561	1911	4472
HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)	1799	1643	3442
AMIGDALITIS AGUDA	1349	1003	2352
NEUMONÍA BACTERIANA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	917	837	1754
DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE	425	570	995
<b>CALCULO DEL RIÑÓN Y DEL URÉTER</b>	<b>1049</b>	<b>541</b>	<b>1590</b>
APENDICITIS AGUDA	762	482	1244
CARIES DE LA DENTINA	525	456	981
CELULITIS	633	293	926
CEFALEA	226	216	442
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	276	205	481
FARINGITIS AGUDA	213	173	386
RINITIS ALÉRGICA Y VASOMOTORA	133	124	257
OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	24	113	137
HERNIA INGUINAL	250	66	316

Fuente: HOSPITAL IESS SANTO DOMINGO 2014

### 3.2.3 Modelo Hospitalario De Clínica Torre Medica “San Andres”.

La Misión, es ofrecer y potenciar servicios de salud con la más alta tecnología, eficiencia y calidad, mejorando la vida de nuestros pacientes en la actualidad, apoyados siempre en nuestro más valioso recurso nuestra gente. Su Visión Clínica Torres Medicas San Andrés será una entidad líder a nivel local prestando servicios integrales en salud, generando crecimiento económico y desarrollo social para el país.

Las Política De Calidad, Los servicios son ofrecidos pensando siempre en satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes y sus familiares con oportunidad, calidez e información clara y completa. Proporcionamos atención médica basada en la racionalidad técnico-científica, la integralidad y la continuidad; con suficiencia, optimización de los recursos y realizando mejora continua.

La Política De Seguridad, La Clínica Torre Medica garantiza que sus servicios de salud sean prestados por profesionales idóneos, con programas de vigilancia epidemiológica, cultura de limpieza y desinfección, mantenimiento de

equipos e instalaciones, vigilancia farmacológica y seguimiento de los eventos adversos, que brinden seguridad al paciente y su familia.

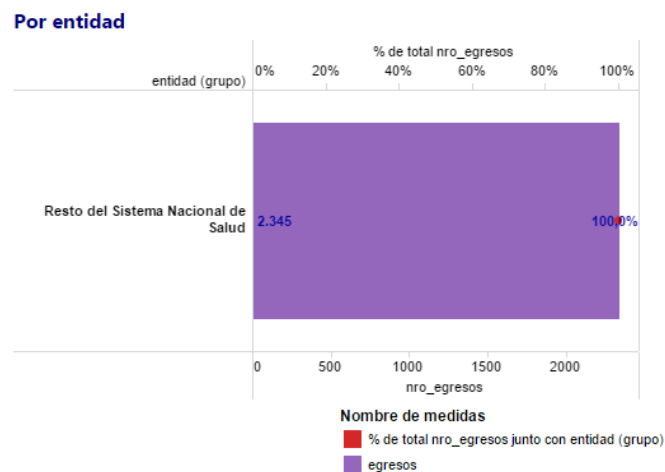
Servicios Integrales En Salud, Medicina interna, Cirugía general, Cirugía laparoscópica, Cirugía plástica, Pediatría (neonatología), Ginecología, Urología, Anestesiología, Nefrología, Traumatología, Neurología, Nutrición, Odontología, Laboratorio, Ecografía, Rayos x.

Estudio de necesidades, Unidad de cuidados intensivos, Quirófano en área de emergencia, Área de reanimación, Capilla hospitalaria, Morgue, Datos estadísticos diarios, Ambulancia equipada, Regirse a protocolos establecidos por la OMS/MSP, Principios y valores, Administración técnica y científica, Área de rehabilitación, Trabajo social, Implementación médicos especialistas (alergología, dermatología, endocrinología, hematología).

Tratamiento de desechos orgánicos, Hematología: banco de sangre. Mamografía. Tomografía axial computarizada, Resonancia magnética. Unidad de diálisis. Área quirúrgica, Anestesiología y reanimación. Área materna infantil, Ginecología: consultas externas, cirugía y hospitalización. Pediatría: consultas externas y hospitalización. Servicios centrales, Laboratorio, Diagnóstico por imagen: Radiología general. Ecografía. Farmacia hospitalaria. Necesidades de hospitalización global, Distribución del número de camas por áreas clínicas, Área de consultas externas, Área de urgencias, Área quirúrgica, Hospitalización, Zona de recuperación y observación, Zona de consultas/revisiones/tratamientos, Zona de espera, Zonas complementarias generales.

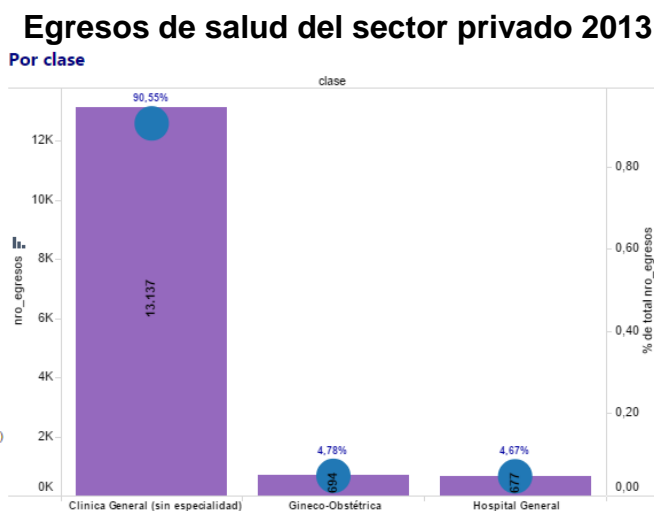
Servicios generales, Dirección y servicios administrativos. Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Servicio de Atención al Paciente. Salas de reuniones, Salón de Actos. Servicios de hostelería, Cafetería-Restaurante: destinado al personal. Cafetería-Restaurante: destinado al público en general.

### **Egresos clínicos 2013 Torres medicas**



Fuente : Ministerio de Salud Publica

En el análisis se presenta una ponderación del sector privado de Santo Domingo de los Tsáchilas de egresos clínicos en el 2013, claramente se observa que las clínicas sin especialidades dan cobertura en un 90,55% mientras que el hospital 4,67%, cifras tomadas del Ministerio de Salud Publica en su pag. Web.



Fuente : Ministerio de Salud Publica 2013

### 3.2.4 Análisis FODA de la investigación

#### Análisis externo Oportunidades

1. Política social de gobierno orientada a mejorar la calidad de vida de la población, con un aumento en la inversión social enfocada a reducir los factores de riesgo para la salud de la población.
2. Reforma en salud, cuyo principio orientador, es mejorar la salud y la calidad de atención de salud

3. Obligatoriedad de la autorización sanitaria para operar como Establecimiento de Salud, de acuerdo a estándares
4. Formar parte de la red de salud
5. Creciente formación de profesionales y técnicos en la región facilita la provisión de Recurso Humano en la provincia.
6. Centro de referencia pública y privada con atención de 24 horas.
7. Infraestructura adecuada

#### **Análisis externo Amenazas**

1. Falta de equidad nacional en la distribución de los recursos perjudica a nuestra Provincia.
2. Índice de desempleo en el grupo de jóvenes de la provincia que favorece la drogadicción, alcoholismo, delincuencia y prostitución.
3. Falta de alcantarillado en gran parte de la provincia.
4. Los estilos de vida de nuestra población favorecen los problemas de salud emergentes.
5. Poco atractiva es la provincia para la provisión de recurso humano calificado y su permanencia especialmente la oferta de Profesionales Médicos Especialistas.
6. El aumento progresivo en las expectativas de los usuarios del sistema de salud y su bajo nivel de satisfacción
7. Capacidad resolutoria rápida de las Instituciones privadas

#### **Análisis interno Fortalezas**

1. Somos parte de una red sanitaria de alta cobertura.
2. Sentido de pertenencia del personal de salud.
3. Disposición de nuevos pabellones quirúrgicos, equipados con tecnología de punta.
4. Capacidad de conformar equipos de trabajo efectivos y responsables
5. Campo clínico para la práctica de alumnos de Universidades, Institutos, permitiendo el desarrollo de la docencia y crecimiento profesional, además de constituir una fuente de ingreso

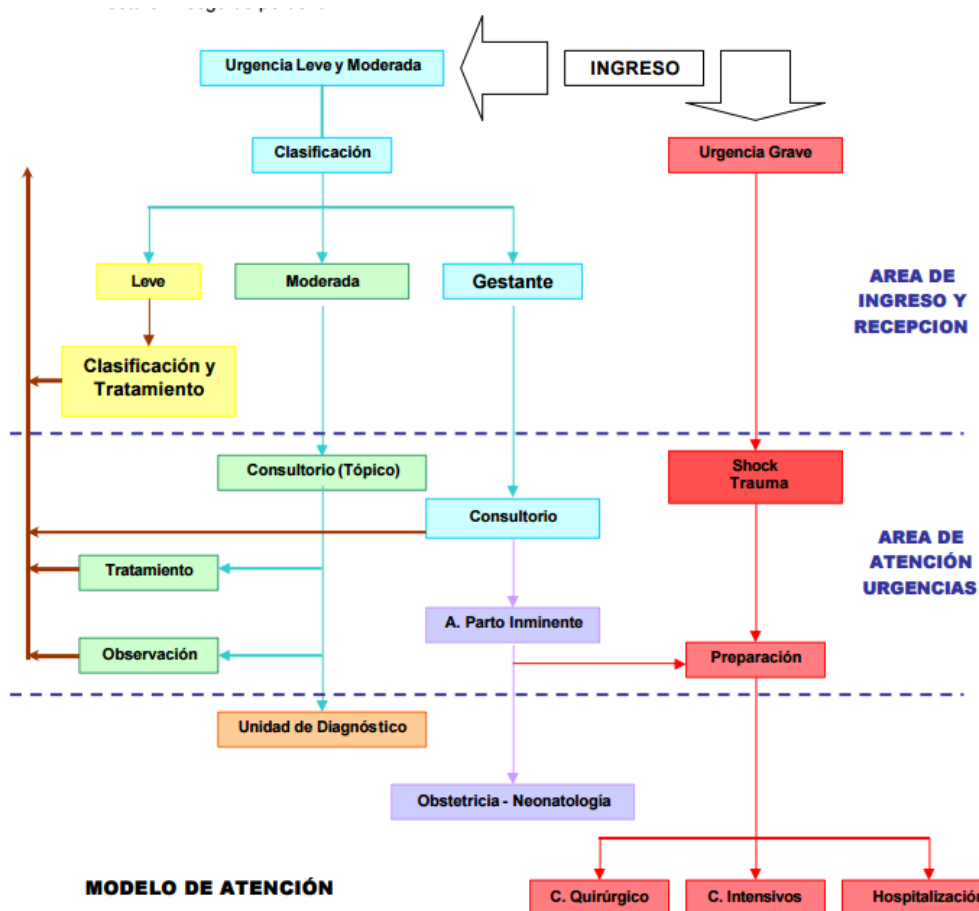
#### **Análisis interno debilidades**

1. Insuficiente Recurso Humano médico especialista
2. Disminución insuficiente de la tasa de ausentismo laboral



3. La existencia de la cartera de servicios del Establecimiento no satisface las necesidades de salud de la población
4. Existen casos de maltrato al usuario
5. Demanda insatisfecha en determinadas especialidades
6. Aplicación parcial de protocolos
7. Personal de salud inestable por contratos.
8. Cultura organizacional altamente conflictiva
9. Inexistencia de estudio real de costo de la cartera de servicios.
10. No existe reglamentación interna para aplicar la Estructura por Procesos.

### Modelo de Atención



#### a) Urgencia Médica Leve

Situación clínica de un paciente en la que solo requiere tratamiento sintomático y su vida no corre peligro. Debe ser atendida previa a la clasificación de la situación clínica que la realiza un profesional de la salud capacitado.

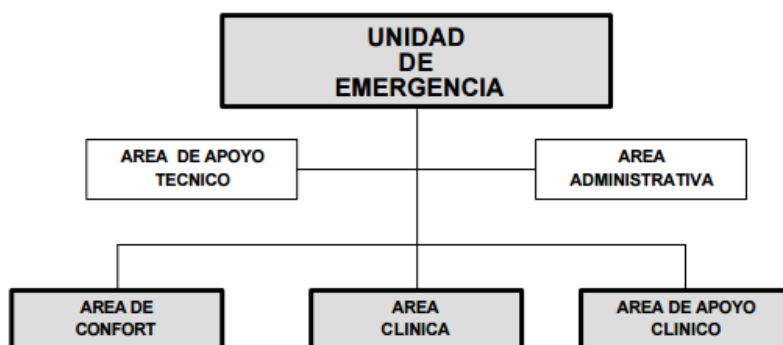
#### b) Urgencia Médica Moderada

Situación clínica de un paciente en la requiere necesariamente de consulta médica y exámenes complementarios y una proporción puede requerir internamiento.

c) Urgencia Médica Grave

Situación clínica donde el paciente no puede movilizarse ni valerse por sus propios medios y requiere internamiento y/o intervención quirúrgica inmediata.

En ambos casos la vida del paciente está en riesgo de perderla.



Area tecnica:

- a) Garita de Control de Ingreso Vehicular.
- b) Estacionamiento de Ambulancias.
- c) Sala de Choferes.

Área administrativa

- a) Ambiente para la Policía Nacional Ecuador.
- b) Admisión. Recepción, Caja y Registro de pacientes.
- c) Secretaría.
- d) Jefatura de la Unidad.
- e) Jefatura de Enfermeras.
- f) Servicio Social

Área de confort

- a) Sala de Espera Público
- b) Triage
- c) Servicios Higiénicos Públicos Hombres y Mujeres
- d) Servicios Higiénicos y Vestuarios Personal Hombres y Mujeres
- e) Sala de Espera de Pacientes
- f) Sala de Estar de Personal Médico
- g) Sala de Estar de Personal de Enfermería
- h) Sala de Estar de Personal Técnico en Enfermería

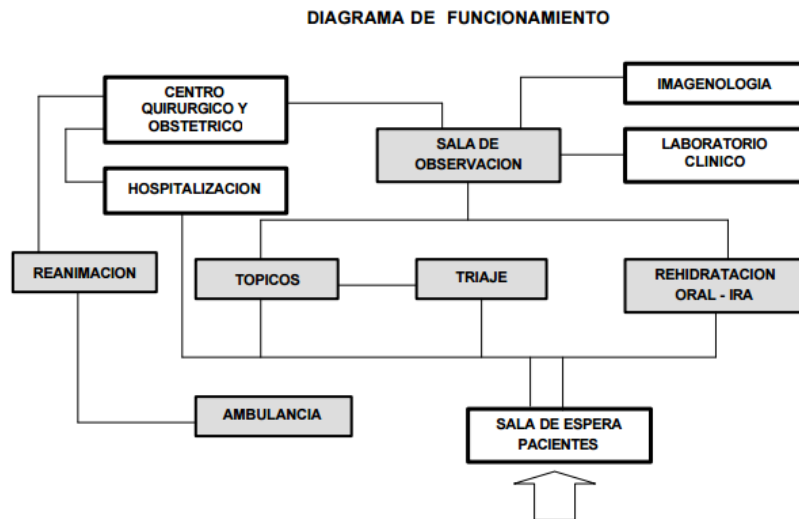
- i) Médico de Guardia
- j) Aula de Docencia

#### Área clínica

- a) Reanimación (SHOCK TRAUMA)
- b) Sala de Procedimientos y Cirugía Menor
- c) Tópico de Pediatría
- d) Tópico de Medicina
- e) Tópico de Gineco – Obstetricia
- f) Sala de Insuficiencia Respiratoria Aguda
- g) Tópico de Yeso
- h) Sala de Observación Para pacientes Hombres y Mujeres
- i) Servicio Higiénico para pacientes

#### Área de apoyo clínico

- a) Estación de Enfermeras
- b) Trabajo Limpio
- c) Trabajo Sucio
- d) Depósito de materiales.
- e) Ropa Limpia.
- f) Ropa Sucia y Residuos Sólidos.
- g) Estacionamiento de Camillas y Silla de Ruedas (Lava Camillas)
- h) Lavachatas
- i) Depósito de Equipos (Rayos X Portátil)
- j) Botiquín
- k) Laboratorio



#### 3.2.4.1 Misión del Plan

Promover la salud y atención inicial, intra y post hospitalaria, hasta la rehabilitación del paciente poli-traumatizado, así como actividades de prevención y promoción de accidentes con personal altamente capacitados: profesionales, técnicos y auxiliares, tanto de blanco como administrativos, cada uno de los cuales se desempeña a cabalidad en el área de su competencia a través de una iniciativa comprensiva familiar y comunitaria.

#### 3.2.4.2 Visión del plan

Optimizar los servicios de emergencia para prestar atención médico quirúrgica y traumatológica en todos los casos que fuera requerido.

#### 3.2.4.3 Valores Corporativos.

- Responsabilidad social: esfuerzo institucional al servicio de la colectividad
- Comportamiento ético: respetando los derechos que asisten al paciente
- Solidaridad: brindar ayuda a las clases más vulnerables
- Universalidad: Atención a todos los usuarios sin distinción de raza, religión, sexo
- Calidez: buen trato en la prestación del servicio
- Compromiso: empoderamiento individual de la misión hospitalaria.

### 3.2.4.4 Valor de un servicio de salud Valor de un servicio de salud

El valor de una prestación de salud no proviene no proviene del esfuerzo que ponemos en realizarlo sino de del esfuerzo que ponemos en realizarlo sino de los beneficios que el paciente desea obtener del servicio

### 3.2.4.5 Objetivos estratégicos

Objetivo estratégico 1.- Optimizar la Administración participativa y gestión

Objetivo estratégico 2 Mejorar la calidad de los servicios

Objetivo estratégico 3 Evaluar el desempeño con indicadores de eficiencia y eficacia

## 3.3 Etapa 3: Declaración de objetivos estratégicos.

Los Objetivos estratégicos son los puntos futuros debidamente cuantificables, medibles y reales; puestos que luego han de ser medidos.

### 3.3.1 Tabla Objetivo estratégico 1.- Optimizar la Administración participativa y gestión

Objetivo específico	meta	indicador	Actividades	Evidencia	recursos	Fecha	Responsable
Optimizar Administración participativa la con gestión	Plan de atención médica hospitalaria	Plan de atención	Diseño, selección, planificación, implementación, seguimiento, retroinformación, investigación	Plan borrador	Disponibilidad tiempo	Mayo 2015	Gerente Equipo de trabajo
	Modelo gráfico de optimización emergencias	$Z = X_1 + X_2$ Z=ganancia		Aplicación matemática	Equipo de trabajo	Mayo 2015	Equipo investigador
	Plantear estrategias de Satisfacción Laboral	<b>integración entre los grupos de trabajo y sus Directivos</b>	Establecer un proyecto de modificación de su cultura laboral hacia una más efectiva y motivadora.	Planificación	Humanos	Mayo 2015	Equipo de trabajo

Para este objetivo se presenta el:

### **3.3.1.1 Plan de atención Médica pre-hospitalarea**

**Objetivo del plan:** prestar a las víctimas de emergencia posibilitar el traslado que requieran a los centros de atención especializados mientras es remitido a un centro de asistencia.

**Modelo operativo:**

1. Se identifica una emergencia médica, ubicar inmediatamente a un integrante de la brigada de primeros auxilios
2. Los brigadistas dan soporte básico de vida y reportan al coordinador de la brigada para efectos de traslado.
3. Dependiendo del origen de emergencia médica debe reportar para los respectivos procesos administrativos.
4. En emergencia deben atender a los lesionados en el sitio estimado.
5. Los heridos se deben ubicar en zonas de clasificación para priorizar la remisión a centros asistenciales. Estos criterios dependen de los recursos externos existentes, la cantidad de lesionados y la magnitud del evento.

**Comité de emergencia:**

Es un sistema de comando de incidentes quien orienta el despliegue del personal y los equipos facilitan la comunicación reporte y el establecimiento de una cadena de comando.

**Grupo de operaciones internas atención de emergencia:**

Conformado por personal de la institución especializada y equipo para el desarrollo de actividades en caso de emergencia este grupo integra la brigada

**Grupo de operaciones externas:**

Conformado por instituciones públicas o privadas en atención a la emergencia declarada entre ellos, policía, cuerpo de bomberos, cruz roja.

**Organigrama propuesto**



### 3.3.1.1.1 Funciones de los comandos antes, durante y después de la emergencia

componente	Funciones en la emergencia		
	Antes	Durante	Después
Comandante	Brinda información Análisis de riesgo Organización y programación de capacitaciones Realizar acciones de intervención y mitigación	Evaluar las prioridades de emergencia Determinar objetivos operacionales Desarrollar planes de acción Administrar los recursos, suministros Mantener la coordinación	Auditar el resultado de la actuación Coordinar la recolección de informes en la emergencia Elaborar informe final
Seguridad operativa	Durante la emergencia		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Garantizar el aseguramiento de la zona para el cumplimiento de operativo</li> <li>Vigilar y evaluar las situaciones peligrosas</li> <li>Garantizar la seguridad de los grupos de emergencia</li> </ul>		
Enlace	Durante la emergencia		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Obtener el reporte rápido del incidente</li> <li>Identificar los representantes de cada organización</li> <li>Responder a las solicitudes del personal</li> </ul>		
Información publica	Durante la emergencia		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formular y emitir información del incidente a los medios de prensa</li> <li>Respetar la limitación de emisión de información impuestas por el comandante.</li> </ul>		

### 3.3.1.1.2 Sección de planificación

Jefe de sección	Funciones en la emergencia		
	Recursos	Documentación	Situación
Preparar planes de acción Proporcionar predicciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registro de recursos, suministros y servicio</li> <li>Procesar la información de cambios en los recursos suministro y servicios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mantener archivos preciso de la emergencia</li> <li>Entregar fotocopiado al</li> </ul>	Organizar la información de la emergencia

Organizar las estrategias Distribuir la información	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener listos los recursos para el transporte y apoyo</li> <li>• Actualizar registro de llegadas de recursos para la emergencia</li> </ul>	personal del incidente <ul style="list-style-type: none"> <li>• Empacar y almacenar los archivos</li> </ul>	
--	---	--	--

### 3.3.1.1.3 Sección de operación

Jefe de sección	Funciones en la emergencia
	Durante la emergencia
Elaborar planes de acción Informar al comandante de actividades especiales durante la emergencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar los componentes operacionales del plan de acción</li> <li>• Asignar el personal de operaciones con sus respectivos coordinadores</li> <li>• Supervisar las operaciones</li> <li>• Determinar las necesidades y solicitar recursos</li> </ul>

### 3.3.1.1.4 Sección de logística

Jefe de sección	Funciones en la emergencia		
	Servicios	Distribución	aprovisionamiento
Supervisar abastecimiento, recepción, almacenamiento, control y manejo de inventario Coordinar acciones de ingreso de suministros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar los servicios de apoyo como instalaciones, transporte, comunicación, personal.</li> <li>• Revisar los planes de acción</li> <li>• Informar las unidades activadas incluyendo nombres del personal asignado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procesar y priorizar suministros y servicios.</li> <li>• Hacer llegar los suministros donde son necesarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adquirir suministros</li> <li>• Realizar actividades para recibir suministros, prestamos, donación, compra, proveedores</li> <li>• Asegurar la confiabilidad de suministros y existencia</li> </ul>

### 3.3.1.1.5 Sección de finanzas

Jefe de sección	Funciones en la emergencia
	Costos y presupuestos
Recolectar información de costos Informar costos por cada emergencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe justificar, controlar y registrar gastos con documentación y gestionar reembolsos</li> <li>• Desarrollar un plan operativo para el funcionamiento de finanzas</li> <li>• Contacto diario con instituciones de asuntos financieros</li> <li>• Informar los tiempos del personal en atención a la emergencia</li> </ul>



### 3.3.1.1.6 Rutas de evacuación de la emergencia

Es muy importante el reconocimiento de las rutas utilizadas para la evacuación de la emergencia en tiempos reales e informar de anomalías en carreteras y decidir en base a criterios y observación, flujo de vehículos y personas anteponiendo la seguridad de los ocupantes.

Lugar	Ancho de carreteras	Ruta	Distancia	Tiempo
Avenida Quevedo	2 carriles	Avenida la paz-hospital publico	3 kilómetros	12 minutos

### 3.3.2 Modelo gráfico de Optimización (Emergencias)

Procesos	Tiempo de pacientes graves	Tiempo de pacientes leves	Tiempo disponible para cada proceso
Emergencia	3`	8`	20 minutos
Laboratorio	5`	10`	30 minutos
Tomografía computarizada	6`	20`	40 minutos
Ganancias	\$1500	\$500	

1. – Variable de decisión

- $X_1$ = Pacientes graves
- $X_2$ =Pacientes leves

2.- Función objetiva

- $Z=1500X_1 + 500X_2$

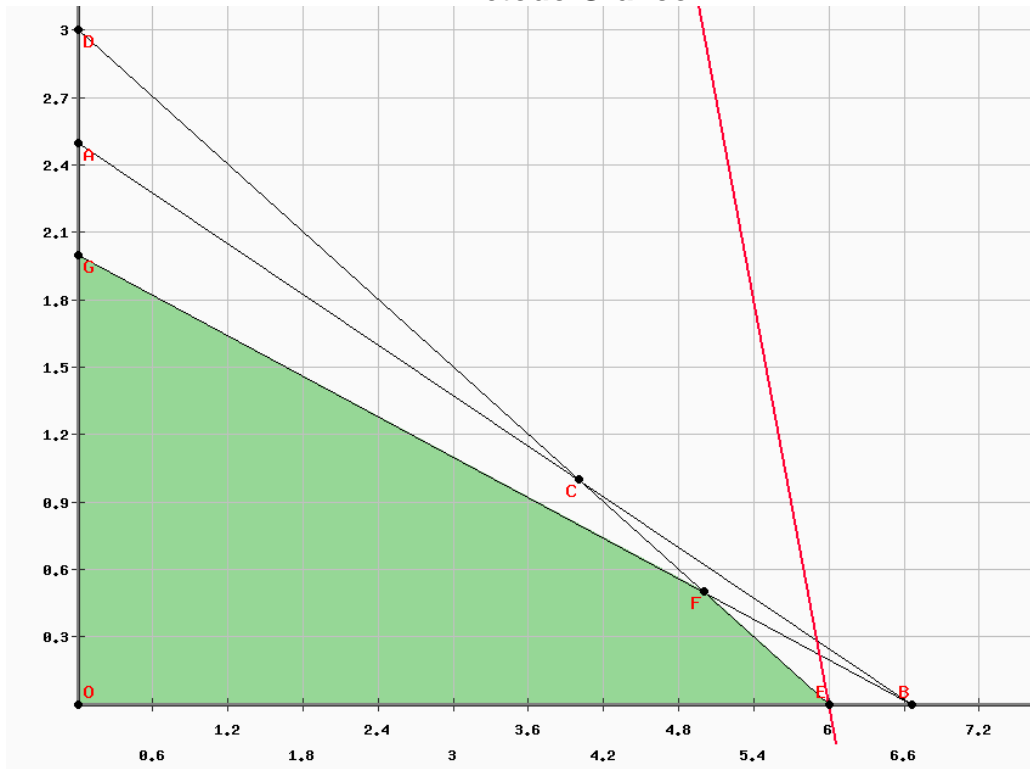
3.- Restricciones

Emergencia  $3X_1+8X_2<20$

Laboratorio  $5X_1+10X_2<30$

Tomografía computarizada  $6X_1+20X_2<40$

### Método Grafico



Fuente: propuesta de optimización del autor zona fiable de 4 vertices

Para el calculo d elos puntos de cada restriccion utilizamos las ecuaciones determinando cero (0) a la variable X1 y luego se asigna en la misma restriccion cero( 0) a la variable X2

$$3X_1 + 8X_2 = 20$$

$$X_1 = 0$$

$$3(0) + 8X_2 = 20$$

$$X_2 = 20/8 = 2,5 \text{ es decir } (0, 2.5)$$

$$3X_1 + 8X_2 = 20$$

$$X_2 = 0$$

$$3X_1 + 8(0) = 20$$

$$X_1 = 20/3 = 6,6 \text{ es decir } (6.6, 0)$$

Como se puede observar es el proceso para las siguientes restricciones propuestas .

Tabla: de vertice

Vértice	Coordenada X (X1)	Coordenada Y (X2)	Valor de la función objetivo $Z=1500X1+500X2$
O	0	0	0
A	0	2.5	1250
B	6.66	0	10000
C	4	1	6500
D	0	3	1500
E	6	0	9000
F	5	0.5	7750
G	0	2	1000

**NOTA:**

En color verde los puntos en los que se encuentra la solución.

En color rojo los puntos que no pertenecen a la región factible.

Como análisis según muestra el método gráfico de investigación de operaciones se maximiza si  $X1$ = pacientes graves son atendidos dentro de los 6 minutos, considerando  $X2$  que son los pacientes leves no deben ser atendidos por el área de emergencia maximizaría considerando la inversión que realiza el triaje del 911 hasta llegar a la área de emergencia, es recomendable abrir una nueva sala de emergencia para consulta externa obteniendo una ganancia de (z) en \$9000 dólares ya que atendería verdaderamente a quienes están en estado de emergencia y aplicaría por procedimientos propuestos

### 3.3.3 Estrategias de Satisfacción Laboral

No.	Estrategias	Actividades	Fecha de realización	Responsables	Ejecutan
1	<b>Fomentar y Facilitar la participación e integración entre los grupos de trabajo y sus Directivos.</b>	Establecer un proyecto de modificación de su cultura laboral hacia una más efectiva y motivadora.	Mayo-2015	Director de Recursos Humanos hospitales	Directivos y Jefes de áreas hospitales
		Revisar los estilos de liderazgo existentes en la organización y analizar en qué medida se encuentran las relaciones de los Trabajadores y sus Jefes o Directivos.	Mayo-2015	Director de Recursos Humanos, hospitales	Directivos, Jefes de áreas y trabajadores, hospitales
		Crear retos profesionales y laborales, fuera de las actividades repetitivas y cotidianas, estableciendo proyectos motivadores y a su vez retadores, donde se establezca fechas límites y presupuestos a respetar de tal forma que se motiven y exista una estimulación adicional.	Mayo-2015	Director de Recursos Humanos hospitales	Jefes de áreas y trabajadores hospitales

No.	Estrategias	Actividades	Fecha de realización	Responsables	Ejecutan
		Crear un ambiente agradable de trabajo, que permita una interacción positiva entre los directivos y trabajadores del área.	Mayo-2015	Directivos hospitales	Toda la institución hospitales
		Realizar actividades entre los grupos de trabajos, organizando algunos encuentros deportivos, sociales y recreativos, permitiendo compartir y crear amistades solidas que permitan ayudarse los unos a los otros en la solución de algún problema.	Mayo-2015	Jefes de departamentos y de áreas hospitales	Toda la institución hospitales
		Realizar por lo menos una vez al año un curso o seminario de motivación, de trabajo en grupo o de coaching empresarial, siendo herramientas importantes para mantener a los Jefes y a su equipo motivado y comprometido con la institución.	Mayo-2015	Directivos hospitales	Directivos y trabajadores hospitales
		Considerar las opiniones de los trabajadores en la toma de decisiones en la institución, estableciendo un sistema de sugerencias o comentarios que le permitan a sus directivos recoger las aportaciones del personal involucrado en los procesos de la institución, dar publicidad extensiva a este sistema y establecer algún procedimiento de reconocimiento.	Mayo-2015	Directivos hospitales	Directivos, Jefes de áreas y trabajadores hospitales
		Promover el trabajo en equipo, fomentando la sinergia entre las personas, donde se realicen actividades de grupo que logren cordialidad y un trabajo en grupo más ameno dentro de la institución.	Mayo-2015	Directivos hospitales	Toda la institución hospitales
2	Mejorar el sistema de estimulación existente en la institución	Crear políticas internas que garanticen la relación directa entre los estímulos materiales y morales que se les otorga a los trabajadores, según las competencias y resultados del trabajo.	Julio 2015	Directivos hospitales	Directivos hospitales
		Crear un grupo de apoyo, integrado por los mismos trabajadores, el cual permita la organización de actividades que se realicen para estimular a los trabajadores.	Permanente	Director de Recursos Humanos hospitales	Grupo de apoyo hospitales
		Establecer actividades que permitan la estimulación moral, y a su vez la integración de todos los compañeros de trabajo creando una buena comunicación entre ellos.	Permanente	Director de Recursos Humanos hospitales	Grupo de apoyo, trabajadores hospitales
		Crear métodos justos de recaudación de fondos, para financiar las actividades ya planificadas por el grupo de apoyo y a su vez incentivar o mejorar los buenos hábitos como por ejemplo: reciclar o un sistema de multas por atrasos y faltas.	Permanente	Grupo de Apoyo hospitales	Grupo de Apoyo y los trabajadores hospitales

No.	Estrategias	Actividades	Fecha de realización	Responsables	Ejecutan
		Crear un sistema justo, que permita estimular a los trabajadores más destacados por los resultados obtenidos en su trabajo, al finalizar cada año en base a sus metas cumplidas, otorgando reconocimientos, premios, etc.	Permanente	Director de Talento Humano y jefes de departamentos y de áreas hospitalares	Jefes de departamentos y de áreas hospitalares
		Socializar con todos los trabajadores los diferentes programas, actividades y sistema de incentivos para hacerlos partícipes y que se sientan motivados a trabajar alcanzando cada día mejores resultados individuales.	Permanente	Grupo de apoyo hospitalares	Grupo de apoyo y trabajadores hospitalares
3	<b>Mejorar las condiciones de trabajo y la satisfacción laboral</b>	Ambientar los lugares de trabajo a partir de las mismas iniciativas que surjan por parte del grupo de apoyo	Agosto 2015	Director de Recursos Humanos hospitalares	Grupo de apoyo y Trabajadores hospitalares
		Elaborar un plan de condiciones ventajosas para el trabajador, como proporcionando membresías en gimnasios, el cual permita reducir el estrés laboral y a su vez planificar un tiempo dentro de la institución de salud integral.	Septiembre 2015	Director de RRHH y director Financiero hospitalares	Grupo de apoyo y salud ocupacional
		Reordenar los lugares de trabajo, con el objetivo de lograr la mejor ubicación de los puestos	Octubre 2015	Directivos hospitalares	Directivos y Jefes de áreas
		Realizar un estudio ergonómico que permita determinar y fundamentar las principales consecuencias que le ocasionan al trabajador el empleo de puestos de trabajos incómodos y la adopción de posturas inadecuadas durante la jornada laboral	Noviembre 2015	Director de Seguridad Industrial y Salud Ocupacional hospitalares	Jefe de departamentos y aéreas hospitalares
		Evaluar y asegurar que los empleados trabajen con las mejores herramientas tecnológicas como materiales y suministros, de los cuales reciban la capacitación necesaria para tener éxito en sus labores diarias.	Noviembre 2015	Director de Seguridad Industrial y Salud Ocupacional hospitalares	Jefe de departamentos y áreas hospitalares
		Higienizar y embellecer las áreas, así como establecer un sistema de emulación entre las mismas.	Mayo 2015	Jefe de áreas y departamentos hospitalares	Trabajadores hospitalares

Adaptado por: Ing. Angel Castelo

### 3.3.4 Objetivo estratégico 2 Mejorar la calidad de los servicios

Objetivo específico	Meta	Indicador	Actividades	Evidencia	Fecha
aplicar mecanismos de control	Todas las necesidades de los pacientes	% personas satisfechas	Encuesta de satisfacción	Encuesta	Mayo 2015 de manera mensual
	generar y aplicar mecanismos de control de calidad en la atención	Calificación (sobre 10) promedio de funcionamiento de los servicios de Salud			
	Promover procesos de formación continua del personal de salud a fin de proveer servicios amigables, solidarios y de respeto a los derechos y a los principios culturales y bioéticos de acuerdo a las necesidades en los	% de Usuarios Externos e Internos satisfechos dentro del proceso de interrelación			

	territorios y su perfil epidemiológico.				
	valorar las condiciones particulares de salud de las mujeres diversas, en particular durante el embarazo, parto y posparto				
	fortalecer la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades crónico degenerativas y de las enfermedades transmisibles prioritarias y desatendidas				
Cartera de servicio	Comparativo en área de emergencia	Servicios propuestos	Tabla comparativa	Mayo 2015	

### 3.3.4.1 Cartera de servicios de las áreas de emergencias

Unidad	Servicios generales	Consulta externa	Emergencia	IESS-SD	HGD-SD	CTM-SD
Cuidados Intensivos	x	X	X	X	X	
Quirófano General	x	X	x	X	X	X
Cirugía Plástica	x	x	X			
Otorrinolaringología	x	x	x	X	X	X
Oftalmología	x	x	X	X	X	X
Traumatología	x	x	x	X	X	
Cirugía Vascular	x	x	X	X	X	X
Cirugía Oncológica	x	x	x			
Cirugía De Tórax	x	x	X			
Neurocirugía	x	x	x			
Neumología	x	x	X	X	X	X
Quirófano Ginecobstetricia.	x	x	x	X	X	X
Tomografía	x	x	X	X	X	
Medicina Física Y Rehabilitación	x	x	x	X	X	X
Endoscopia	x	x	X	X	X	X
Inyecciones Curaciones	x	x	x	X	X	X
Laboratorio Clínico	x	x	X	X	X	X
Patología Clínica	x	x	x	X	X	X
Banco De Sangre	x	x	X			
Electrocardiografía	x	x	x	X	X	X
Ecocardiografía	x	x	X	X	X	X
Radiografía	x	x	x	X	X	X
Farmacia	x	x	X	X	X	X
Central De Esterilización	x	x	x	X	X	X
Nutrición Y Hotelaría	x	x	X	X	X	X
Lavandería	x	x	x	X	X	X
Transporte.	x	x	X	X	X	X
Mantenimiento	x	x	X	X	X	X

Investigación de campo (2014)

### 3.3.4.2 Encuesta de Fidelización de los Pacientes

La valoración de las alternativas son:

1 = Totalmente en desacuerdo (TED)

3 = Indiferente (I)

5 = Totalmente de acuerdo (TDA)

2 = En desacuerdo (ED)

4 = De acuerdo (DA)

Afirmaciones...	Alternativas				
	TDA	DA	I	ED	TED
1. El servicio y/o producto que brinda el hospital es el esperado					
2. El personal se muestra dispuesto a ayudar a los pacientes					
3. El personal que lo atiende es amable y confiable en su trato					
4. El personal da la imagen de estar totalmente competente para las tareas que tiene que realizar					
5. Cuando acude a la área de emergencia es atendido con rapidez					
6. Las solicitudes o reclamos son atendidos con agilidad y responsabilidad por el personal de emergencia					
7. Cuando acudo al servicio, no tengo problemas en contactar con la persona que puede responder a mis demandas o enfermedades.					
8. He podido comprobar que el personal dispone de programas y equipos informáticos adecuados para llevar a cabo su trabajo					
9. He tenido la oportunidad de comprobar que el personal cuenta con recursos materiales suficientes para llevar a cabo su trabajo					
10. He observado mejoras en el funcionamiento general del Servicio en mis distintas visitas al mismo					

### 3.3.4.3 Encuesta satisfacción laboral interna

<b>Preguntas...</b>
¿Por qué decidió trabajar en este <b>Hospital- área de emergencia?</b> , Indique las dos razones más importantes.
1. _____ Almuerzo seguro y de calidad. 2. _____ Para establecer nuevas relaciones, entretenimiento y despeje mental. 3. _____ Necesidad económica. 4. _____ Cercanía. 5. _____ Por no encontrar trabajo en otros lugares. 6. _____ Aplicar mis conocimientos. 7. _____ Justificación ante la sociedad. 8. _____ Disponible. 9. _____ Otra, ¿Cuál? _____
¿Cuáles de las siguientes actividades se cumplieron con usted cuando ingreso <b>Hospital- área de emergencia?</b>
1. _____ Le explicaron el <b>proceso productivo de área emergencia</b> y su importancia, así como la misión, visión, valores compartidos y normas de comportamiento. 2. _____ Le informaron de sus deberes y derechos como trabajador. 3. _____ Le instruyeron sobre las normas técnicas del trabajo. 4. _____ Le instruyeron sobre lo referente al sistema de evaluación del desempeño, sus funciones y competencias laborales <b>en el área de emergencia</b> . 5. _____ Le hicieron pasar un periodo de adiestramiento sobre el trabajo especificado. 6. _____ Le presentaron la brigada o grupo con los que iba a trabajar.
¿Cómo cree que es su oficio u <b>ocupación en relación con otras áreas del Hospital?</b>
1. _____ Importante.    2. _____ Poco importante.    3. _____ Nada importante.
Si pudiera escoger entre el oficio que desempeña ahora y otro diferente ¿Cuál escogería?
1. _____ El mismo.    2. _____ Otro diferente, ¿Cuál?: _____
Le agrada el oficio o tipo de trabajo que desempeña actualmente.
1. _____ Me agrada.    2. _____ No me agrada mucho.    3. _____ No me agrada
¿Cuáles son las tres cosas que menos le agradan del oficio que desempeña actualmente?
1. _____ Es un tipo de trabajo de poco interés y aburrido.

2. ____ No se paga bien. 3. ____ No es importante para el país. 4. ____ No permite aumentar los conocimientos y habilidades. 5. ____ Es difícil y complicado. 6. ____ Requiere esfuerzo físico. 7. ____ Se realiza en condiciones difíciles. 8. ____ No permite realizar tareas más creadoras. 9. ____ No es bien considerado por las personas. 10. ____ Otro aspecto que le desagrade, ¿Cuál?:_____
Le ha sucedido alguna vez que ha estado tan involucrado en su trabajo que no se da cuenta que el tiempo ha transcurrido. 1. ____ Muy frecuente. 2. ____ Con poca frecuencia. 3. ____ Muy raras veces.
De las siguientes características cuáles son las tres más importantes que debe tener un trabajo para que te sientas satisfecho con él? 1. ____ Buen salario. 2. ____ Posibilidades de superación técnica y cultural. 3. ____ Tener buenas relaciones con los compañeros de trabajo. 4. ____ Que sea un trabajo de provecho a la sociedad. 5. ____ Que sea un trabajo que me guste. 6. ____ Que sea un trabajo bien visto por la gente. 7. ____ Que tenga posibilidades de llegar a ser dirigente.
Si pudiera cambiar de brigada o grupo de trabajo en su propio centro, ¿qué haría? 1. ____ Aunque pudiera cambiarme no lo haría. 2. ____ Lo pensaría. 3. ____ Me cambiaría con gusto.
En la actualidad desea cambiar de lugar de trabajo: 1. ____ SI                      2. ____ NO
¿Cuáles son las dos causas principales por las que cambiaría de lugar de trabajo? 1. ____ Malas condiciones de trabajo. 2. ____ Salarios muy bajos. 3. ____ Falta de estímulo y reconocimiento que me satisfaga. 4. ____ No me satisface el trabajo que realizo. 5. ____ No me satisfacen los métodos de dirección y organización del trabajo. 6. ____ No me siento bien dentro de del grupo de trabajo al que pertenezco.

Adaptado a emergencia por el autor

### 3.3.4.4 Encuesta para valorar la Participación de los Trabajadores

Enunciados...	Alternativas		
	SI	NO	En ocasiones
1. La participación de los trabajadores del área de emergencia en las decisiones es algo real en el Hospital.			
2. La vinculación de los trabajadores del área de emergencia al logro de los objetivos es permanente.			
3. Los trabajadores del área de emergencia aceptan los aumentos de responsabilidad en cuanto a organización y control de su propio trabajo.			
4. Los trabajadores del área de emergencia disponen de información suficiente dentro de su nivel jerárquico, para realizar aportes significativos a la gestión.			
5. Existen vías adecuadas para la canalización de sus demandas del área de emergencia.			
6. Los trabajadores del área de emergencia perciben que sus demandas son atendidas.			



7. Existe en área de emergencia algunos de los siguientes sistemas de participación:			
a) Dirección por objetivos.(DO)			
b) Reuniones para dar soluciones			
c) Reuniones para fijar políticas.			
d) Sistemas de información para encuestas.			
e) Círculos de calidad.			
f) Buzón de sugerencias.			
g) Reuniones para mejorar métodos.			
h) Reuniones para mejorar condiciones de trabajo.			
i) Otras.			
8. En área de emergencia la participación en estos sistemas es:			
a) Algo formal y esporádico.			
b) Está sistematizado y tiene calendario y objetivos previstos de antemano.			
9. Los canales de comunicación son los suficientemente fluidos para permitir el desarrollo de estos sistemas.			
10. El personal es el activo más importante en área de emergencia.			
11. La creatividad e imaginación son muy frecuentes en el trabajo área de emergencia.			
12. Los resultados de la participación de los trabajadores han sido efectivos en las siguientes áreas:			
a) Técnico productiva			
b) Económica			
c) Talento humano			
d) Comercial.			
13. La falta de participación se debe a:			
a) Falta de interés mostrado por la dirección			
b) Falta de interés por los trabajadores			
c) Falta de vías adecuadas para su canalización			
d) Deficiente flujo de información			
14. El personal percibe que sus aportes a la organización área de emergencia mejoran su posición en ésta.			

Adaptado por el autor

### 3.3.5 Objetivo estratégico 3 evaluar el desempeño con indicadores de eficiencia y eficacia

Objetivo específico	Meta	indicador	Actividades	Fecha	Responsable
Diseñar indicadores de eficiencia y eficacia	Evaluar a través del tiempo, funciones y procesos que se consideran prioritarios	Eficiencia y eficacia	Característica diferenciadora entre urgencia y emergencia	Mayo 2015	Coordinador Personal
	Evaluación basada en estándares		Sistema de triaje SET, estableciendo cinco niveles de priorización de atención		
	Seguimiento la estructura procesos y resultados.		Indicadores Propuestos		

### 3.3.5.1 Característica diferenciadora entre urgencia y emergencia

característica	Urgencia	Emergencia
Riesgo vital a corto plazo	No	Si
Necesidad de respuesta inmediata (en minutos)	No	Si
Alertante testigo	A veces	Si
Concurrencia de otros interviniente (Bomberos y Policía)	No	Si
Necesidad de coordinación con otros servicios emergencia	Si	No
Componente subjetivo	No	Si
Imprescindible entrenamiento específico Ingreso hospitalario	A veces	Siempre

### 3.3.5.2 Sistema de triaje SET, estableciendo cinco niveles de priorización de atención

Nivel	Color	Categoría	Tiempo de atención
I	Rojo	Emergencia	Inmediato
II	Naranja	Muy urgente	10 minutos
III	Amarillo	Urgente	45 minutos
IV	Azul	Menos urgente	120 minutos
V	Verde	No urgente	240 minutos

### 3.3.5.3 Indicadores Propuestos

Son una herramienta imprescindible para valorar regularmente, la demanda, procesos, resultados son útiles para detectar deficiencias.

#### 3.3.5.3.1 Tiempo de registro del triaje

El tiempo de llegada del paciente al servicio de urgencias hasta el momento que inicia la clasificación, se recomienda que sea  $\leq$  a 15 minutos valor de referencia  $\geq$  65% de pacientes clasificados.

### **3.3.5.3.2 Tiempo de espera triaje – consulta médica en pacientes de nivel 3**

Se evalúa por percentil de cumplimiento es decir porcentaje de pacientes dentro de ese nivel de triaje que han de ser visitados en el tiempo de asistencia establecido el valor de referencia  $\geq 80\%$  con una espera  $< 45$  minutos.

### **3.3.5.3.3 Tiempo de espera triaje – consulta médica en pacientes nivel 4.**

Se evalúa por percentil de cumplimiento como valor de referencia  $\geq 90\%$  con una espera  $< 120$  minutos.

### **3.3.5.3.4 Tiempo de espera triaje – consulta médica en pacientes nivel 5.**

Se evalúa por percentil de cumplimiento en valor de referencia  $\geq 90\%$  con una espera  $< 240$  minutos.

### **3.3.5.3.5 Número de pacientes de nivel 1 que ingresan**

Se evalúa por percentil de cumplimiento como referencia  $\geq 50\%$

### **3.3.5.3.6 Número de pacientes de nivel 2 que ingresan**

Se evalúa por percentil de cumplimiento valor de referencia  $\geq 43\%$

### **3.3.5.3.7 Formula calculo en el mes :**

a)% de pacientes que están menos de 15 minutos entre dar datos y realizarles el triaje=  $\frac{\text{\# de pacientes clasificados en menos de 15 minutos}}{\text{\#total de pacientes vistos en consulta triaje}}$

$$\%P = \frac{\text{\#Pclasificados}}{\text{\# Pvistos}}$$

Restricciones: en franja horaria de 12 a 15 horas y de 19 a 21 horas momento de máxima afluencia en urgencias más dificultad para alcanzar los valores de referencia.

b)% de pacientes nivel 3 que son atendidos en menos de 45 minutos=  $\frac{\text{\# de pacientes de nivel 3 atendidos en menos de 45 minutos}}{\text{\# total de pacientes nivel 3}}$

$$\%PN3 = \frac{\text{\#PN3 atendidos <45minutos}}{\text{\#PN3}}$$

%de paciente nivel 4 que son atendidos en menos de 120 minutos=#de pacientes de nivel 4 atendidos en menos de 120 minutos/ # total de pacientes en nivel 4

$$\%PN4=\#PN4 \text{ atendidos } <120\text{minutos}/ \#PN4$$

%de paciente nivel 5 que son atendidos en menos de 240 minutos=#de pacientes de nivel 5 atendidos en menos de 240 minutos/ # total de pacientes en nivel 5

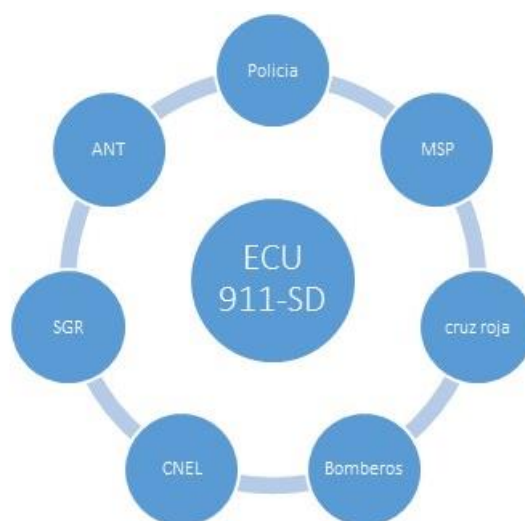
$$\%PN5=\#PN5 \text{ atendidos } <240\text{minutos}/ \#PN5$$

### **3.4 Etapa 4: Estrategias corporativas.**

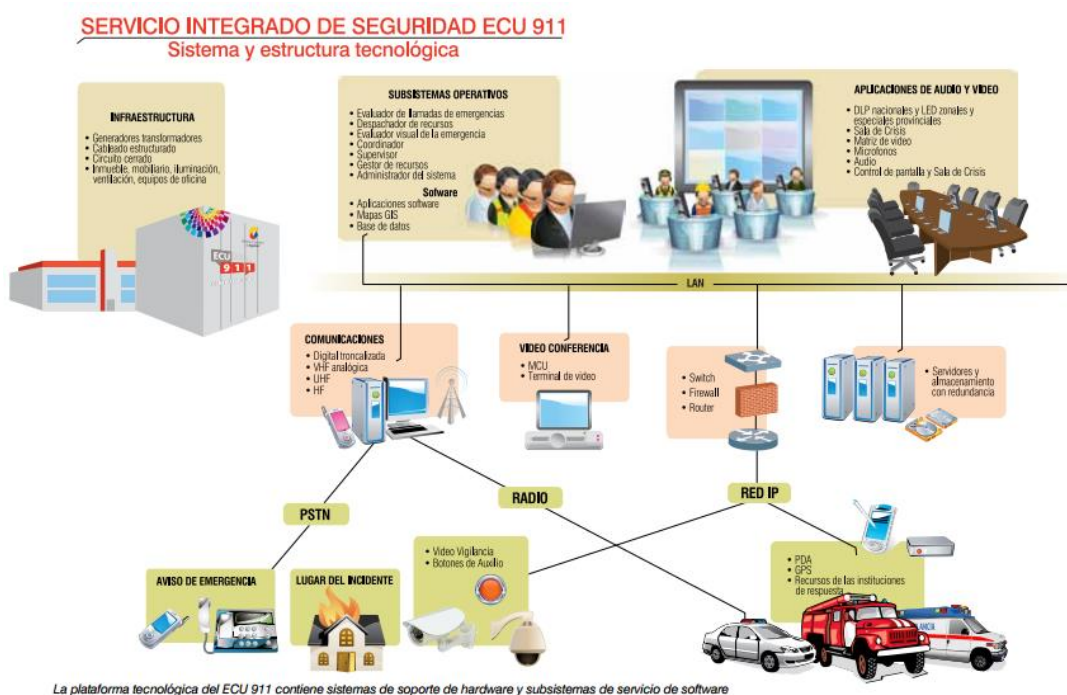
Las estrategias corporativas responden a la necesidad de las emergencias e instituciones para responder a las necesidades del mercado (interno y externo), desde este punto de vista Estos centros, ubicados estratégicamente y precedidos de un análisis minucioso e investigación, atienden necesidades particulares en materia de seguridad a partir de competencias y recursos georeferenciados en territorio.

Presentan características similares en infraestructura y tecnología a los zonales y nacionales, la diferencia radica en sus competencias; al igual que otros centros, los espacios exteriores son de libre acceso; algunos de estos centros en ámbitos provinciales tendrán helipuerto, y uno de ellos es el de Santo Domingo.

### 3.4.1 Miembros estratégicos ante emergencias Hospitalaria

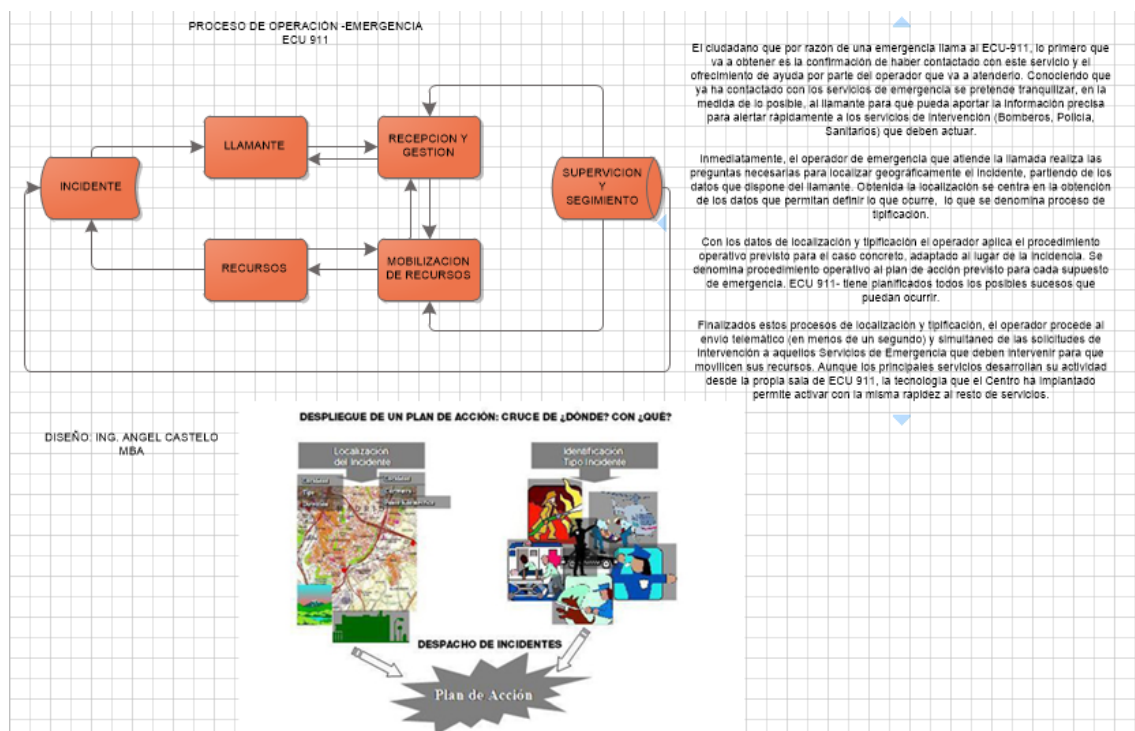


### 3.4.2 Proceso definido con el sistema de cooperación estratégico



Este Centro Local considera en su planificación 300 cámaras para el sistema de video-vigilancia de la provincia. En su etapa inicial, arranca con 9 en La Concordia y 80 en Santo Domingo.

### 3.4.3 Procesos propuestos



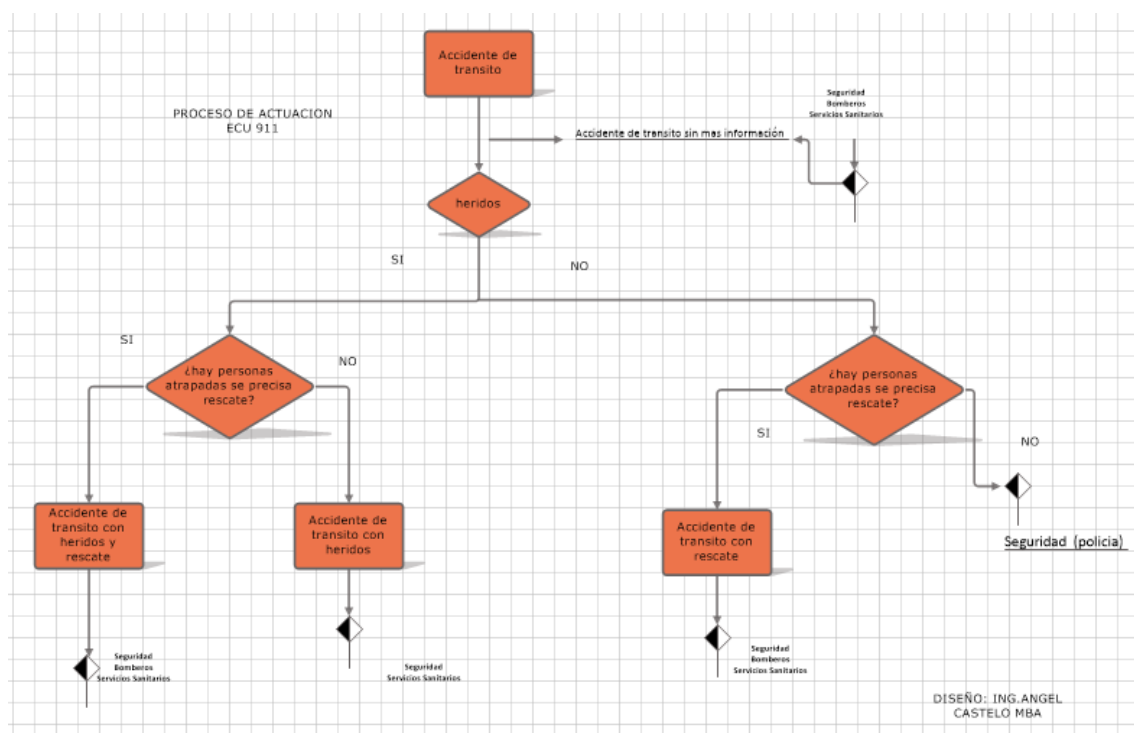
### 3.4.4 Proceso en Tiempo Estimado ante la Respuesta

LLAMADA TELEFÓNICA AL ECU 911 EMERGENCIA	Tiempos	Dinero
Ciudadano realiza llamada	30 segundos	1500
<b>OPERADOR ECU 911</b>		
Confirmación de haber contactado ecu911	3 segundo	1500
Ofrecimiento de ayuda del operador	10 segundos	
Conociendo que ha contactado con servicios de emergencia se procede a tranquilizar en lo posible	2 minutos	
Solicitar el aporte de información precisa	2 minutos	
Alertar rápidamente a los servicios de intervención (Bomberos, policía, ambulancia, sgr, hospitales)	5 segundos	17000
<b>Proceso tipificación del operador</b>		
Preguntar la localización geográfica del accidente o referencias del llamante	30 segundos	1500
Definir la localización	30 segundos	
Obtención de datos adicionales	40 segundos	
Procedimiento operativo		
Con los datos de localización y tipificación	3 segundos	
Aplica proceso definido para cada caso concreto adaptado al lugar del incidente.	5 segundos	
Aplica el plan de acción para cada supuesto de emergencia	10 segundos	
Ecu 911 tiene planificados todos los posible sucesos	0 segundos	
<b>Envío telemático</b>		

Procede a enviar (en menos de un segundo)	1 segundo	4000
Simultáneamente la solicitud de intervención(aquellos servicios de emergencia que deben intervenir)	10 segundos	
Movilización de recursos la mayoría está en la sala ECU 911,	5 minutos	
La tecnología implantada activa con la misma rapidez el resto de servicios	1 segundo	
<b>DIRECCION DE LA SALA</b>		
Realiza seguimiento de los incidentes abiertos hasta la finalización		7000
<b>Total</b>	718 segundos o suman 12 minutos	32500

Proceso tiempos propuestos: Investigación 2014

### 3.4.5 Flujograma del proceso Actuación Accidente de Tránsito



Elaborado por: Ing. Angel Castelo MBA.

Las estrategias planteadas se deben coordinar con las salas de emergencia de hospitales en la provincia.

### 3.5 Etapa 5: Planes de actuación.

La pauta o plan que integra los objetivos, las políticas y la secuencia de acciones principales de una organización en todo coherente.

#### 3.5.1 Plan operativo del servicio de emergencia

Problema	Objetivo	Indicadores	Actividades
Congestión en el área de emergencia	Priorizar atención y hospitalización	# de atenciones según procedencia # de hospitalizaciones	Reuniones de coordinación Reunión con jefes de emergencia
	Optimizar triaje en los servicios de emergencia	# de pacientes atendidos según prioridad	Realizar estadísticas
	Personal las 24 horas	# de horas extras	Contratación de personal
Demora en los procesos	Atención oportuna	Estándar de oportunidad	Control de estándares
	Sistema informático actualizado	Estadía de 48 horas	Consolidación estadística
	Equipos modernos	Ingreso de equipos	
Insatisfacción del usuario	Atención con calidad y calidez	Auditorías medicas Encuestas	Informe de auditoria
	Capacitación del personal	Nivel de quejas Capacitación	Informe de capacitaciones
Producto o servicio	Eliminar atenciones de prioridad IV	# de pacientes atendidos prioridad IV	Solicitar la incorporación de nuevos producto

#### 3.5.2 Área de Emergencia

Es aquel ambiente dependiente de un Centro Hospitalario, donde se otorgan prestaciones de salud las 24 horas del día a pacientes que demandan atención inmediata. De acuerdo a su Nivel de Complejidad pueden resolver diferentes categorías de daños.

**Daño.-** Compromiso del estado de salud en grado diverso. Los daños en el Servicio de Emergencia se clasifican 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

**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 invalidantes. Corresponde a pacientes con daños calificados como prioridad I y II.

**Tópico de Emergencia.-** Área para atención, evaluación, diagnóstico y tratamiento de pacientes con daños de prioridad I y II

**Triage.-** Proceso de evaluación, mediante el cual se prioriza el daño y se orienta acertadamente para su atención, a los pacientes que llegan al Servicio 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.

### **3.5.3 Organización de emergencias**

Generales:

1. Los establecimientos categorizados, de acuerdo a su demanda y accesibilidad podrán contar con Servicios de Emergencia que atiendan como mínimo 12 horas al día.<sup>1</sup>
2. El Servicio de Emergencia debe contar con el apoyo de Laboratorio y de
3. Diagnóstico por Imágenes, durante todo el horario programado para
4. atención en el Servicio de Emergencia.
5. Los Servicios de Emergencia deben tener permanentemente, el apoyo y la presencia de un representante de la Policía Nacional del Ecuador.

**Específicas:- colaboradores**

1. En los Servicios de Emergencia de los Hospitales del Sector Salud, el personal asistencial de base será a dedicación exclusiva para el área de Emergencia.
2. Todo Servicio de Emergencia cuenta, 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 Centro Asistencial. De manera progresiva se debe contar personal propio de diversas especialidades como cirugía, ginecología, traumatología, neurocirugía, anestesiología etc., como parte del staff de emergencia.
3. Los Servicios de Emergencia cuentan con el apoyo de Asistentes Sociales, quienes se encargarán de la identificación y ubicación de los familiares de los pacientes indocumentados, con problemas sociales o en abandono social, que se encuentren en el Servicio de Emergencia, a

efectos de dar solución y facilitar los trámites administrativos y sociales, para asegurar la atención del paciente. Asimismo se encargarán de la evaluación socio económico de los pacientes que requieran exoneración de pago

### **Coordinador de emergencia**

1. Cumplir el reglamento de emergencia
2. Médico especialista en medicina de emergencia, cuando no se tenga al médico Emergenciólogo y de manera temporal la asumirá el Médico Internista o especialidad afín con entrenamiento en Emergencia, considerado con una experiencia no menor a 3 años con actualización en el área.
3. Administración en gestión hospitalaria básica.

### **Jefe de guardia**

1. Será el medico especialista en medicina de emergencias
2. Con capacidades de liderazgo, decisión, gestión

### **Capacitación**

Programa de capacitación anual mediante cursos obligatorios a todo el personal de:

- a. Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada.
- b. Manejo Básico y avanzado del politraumatizado
- c. Muerte y complicaciones
- d. Auditoria medica
- e. Radiología
- f. Administración hospitalaria
- g. Medicina legal

### **Recursos materiales**

Equipamiento.- Los Servicios de Emergencia deben procurar contar con los equipos médicos mínimos indispensables de acuerdo a los niveles de atención.

• Todo servicio de Emergencia debe contar permanentemente con apoyo de unidades de laboratorio e imágenes

Transporte.- Debe establecerse un sistema de rutas para traslado de pacientes

Comunicaciones.- sistema telefónico y radial por medio de tres medios:

Central de asistencia médica, centro regulador de transporte de emergencia, coordinadores de guardia de seguridad.

### **Infraestructura**

El Servicio de Emergencia se ubica en el Primer Piso y tiene fácil acceso. Se cuenta con las siguientes áreas:

- Área de triaje
- Área de admisión
- Área de espera con servicios higiénicos
- Área de tesorería
- Área de servicio social
- Consultorio diferenciado por especialidad
- Tópico de inyectable y nebulizaciones
- Consultorio de emergencia (prioridad III y IV)
- Área de hidratación
- Unidad de shock trauma y reanimación
- Unidad critica de emergencia o vigilancia intensiva
- Área de procedimientos
- Sala de observación diferenciada de adultos y niños
- Sala de operaciones
- Área de esterilización rápida
- Área de pacientes infectocontagiosos
- Vestuario y reposo de personal con servicios higiénicos
- Servicios básicos
- Planta propia energía
- Área de depósito de medicina, ropa, materiales y equipos
- Área de depósito de residuos orgánicos
- Área de espera de familiares
- Área de camillas y sillas
- Estacionamiento de ambulancia
- Oficina jefatura medica de enfermería de emergencias
- Área policía nacional

### **Equipo 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.

### 3.6 Etapa 6: Seguimiento.

El Seguimiento permite "controlar" la evolución de la aplicación de las estrategias corporativas en las Empresas u organizaciones; es decir, el seguimiento permite conocer la manera en que se viene aplicando y desarrollando las estrategias y actuaciones de la empresa; para evitar sorpresas finales, que puedan difícilmente ser resarcidas.

#### 3.6.1 Recursos humanos mínimos a controlar según categorización por turno en los servicios de emergencia

personal	II-1	II-2	III-1
<b>Medico</b>	Médicos Internistas (*) Cirujanos Generales Pediatra Gineco-Obstetra Anestesiólogo Opcional de acuerdo al CAS. Traumatólogo	Médicos de emergencia o interistas(*) Cirujanos Generales Traumatólogo Pediatras Gineco-Obstetras Anestesiólogo  Programación Reten: Cardiólogo Otras especialidades de acuerdo a demanda.	Médicos Emergenciólogos(*) Cirujanos Generales Traumatólogos Anestesiólogos Neurocirujanos Pediatras Gineco-Obstetras Cirujano de Tórax Nefrólogo Cardiólogo Programación Reten: Psiquiatra Urólogo Oftalmólogo Otorrinolaringólogo Cirujano Cabeza y Cuello Neurólogo.
<b>Enfermería</b>	En tópico En sala de observación(**)	En cada Área En Sala de Observación. (**) Coordinadora	En cada Área En Sala de Observación. (**) Coordinador jefatura
<b>Obstetriz</b>			
<b>Técnico en enfermería</b>	Técnico de enfermería por Enfermero u Obstetriz Camiller	Técnico de enfermería por Enfermero u Obstetriz (***) Camillero	Técnico de enfermería por Enfermero u Obstetriz (***) Camillero

- (\*) Médicos Asistentes de Planta del Servicio de Emergencia. Para sala de observación 1 medico por 6 a 10 pacientes, según nivel.
- (\*\*) 01 enfermero por cada 06 pacientes
- (\*\*\*) 01 técnico de enfermería por cada 06 pacientes

##### 3.6.1.1 Apoyo Diagnostico

- Servicio de Rx portátil: 24 horas.
- Servicio de Ecografía: 24 horas.
- Servicio de Tomografía Axial Computarizada en Hospitales III-1 y III-2 (según el Instituto Especializado).
- Apoyo de Laboratorio Central del Hospital: 24 horas

### **3.6.1.2 Normas Y Registros**

- Todos los Servicios de Emergencia deberán tener aprobada e implementada la siguiente normatividad y registros:
- Manual de Organización y Funciones
- Instructivo de los procesos técnico administrativo del Servicio de Emergencias.
- Diez (10) guías de los Daños más frecuentes.
- Ocho (08) guías de los Procedimientos más frecuentes
- Registro de Indicadores de Producción.
- Registro de Indicadores de Eficiencia.
- Registro de Indicadores 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

### **3.6.1.3 Servicio de emergencia**

#### **3.6.1.3.1 Ingreso a pacientes**

- Los Centros Asistenciales de Sector Salud que cuenten con el Servicio o área de Emergencia están obligados a brindar atención médico quirúrgica a toda persona en situación de emergencia
- 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.
- La determinación de la condición de emergencia médica es realizada por el profesional médico encargado de la atención, bajo responsabilidad.
- Luego del ingreso, el Triage es la primera área donde el paciente debe ser atendido y evaluado.
- 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

#### **3.6.1.3.2 Recepción**

- La recepción y orientación de los usuarios se realizará a través del personal de apoyo, en coordinación con los servidores de Admisión y Triage.
- 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.
- 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.
- El acceso al Servicio o área de Emergencia debe ser directo y libre de obstáculos, con señalizaciones claras

#### **3.6.1.3.3 Admisión**

- Luego de ser evaluado en el Triage, el paciente será derivado al área de Admisión. Si se tratara de un caso crítico, el familiar o acompañante realizará los trámites respectivos en la Admisión.
- El área de Admisión se encarga de la identificación y verificación del paciente, de acuerdo a las normas institucionales vigentes
- Todos los Servicios o áreas de Emergencia, deben de contar con personal de Admisión mientras se brinde atención en el servicio. Esta área debe tener acceso a información actualizada de la Historia Clínica si correspondiera.
- Cuando el paciente es referido, se debe verificar de acuerdo a la Norma técnica de Referencia y Contrarreferencia vigente

#### **3.6.1.3.4 Pacientes Asegurados u otra modalidad de aseguramiento.**

- La atención de emergencia se otorgará en el Centro Asistencial donde acudió el paciente, 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

#### **3.6.1.3.5 Atención al paciente:**

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

- La atención en este ambiente se realiza por un equipo multidisciplinario, liderado por el Médico Emergenciólogo responsable del área.
- El tiempo de permanencia del paciente en la Sala de Shock Trauma, debe ser el estrictamente necesario, hasta conseguir la estabilidad del paciente que permita su traslado a otro Servicio que corresponda, para su tratamiento definitivo.
- 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.
- La sala de Reanimación deberá contar con sistema informático donde se registre los datos de la atención realizada. En aquellos servicios donde no se cuente con soporte informático, los pacientes atendidos serán consignados en libro de registros de atención, especificándose los siguientes datos: fecha, hora, nombre, edad, sexo, documento de identidad, número de registro o seguro, diagnóstico, tratamiento, destino, nombre y firma del Médico tratante

#### **3.6.1.3.6 Tópico de Emergencia II**

- 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.
- 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.
- 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.

- El Médico tratante determinará el traslado y continuidad del tratamiento del paciente en el área respectiva, previa comunicación

#### **3.6.1.3.7 Sala de observación**

- 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.
- A los pacientes de mayor riesgo se les ubicará físicamente cerca a la Estación de Enfermería.
- 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.
- 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.
- 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.



#### **3.6.1.3.8 Tópico de Emergencia III**

- La atención de pacientes categorizados como prioridad III, se realiza en el Tópico de Emergencia III y se registrará en el parte diario de atención, 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

#### **3.6.1.3.9 Interconsulta**

- En caso de requerirse la opinión de otro especialista, el Médico Emergenciólogo tratante solicita una interconsulta, registrando en la Historia Clínica la fecha y hora en que solicitó la interconsulta, precisando el diagnóstico, el motivo de la evaluación y la especialidad requerida.
- La respuesta del especialista solicitado debe ser realizada en un tiempo no mayor a los 30 minutos de generada.
- 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.

#### **3.6.1.3.10 Junta Médica**

- 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.
- La Junta Médica es presidida por el Jefe de Guardia, quien designa y convoca a los Médicos asistentes de las especialidades afines al caso.
- 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.

#### **3.6.1.3.11 Información**

- Los Servicios o áreas de Emergencia deben contar con normas definidas respecto al otorgamiento de información y visita de familiares, de acuerdo a las características climatológicos y culturales de la localidad.

Deben estar publicadas y expuestas en lugares visibles, para conocimiento del paciente y familiares responsables o acompañantes, al ingreso del Servicio o área.

- 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.
- 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.
- Para los pacientes hospitalizados en Sala de Observación, se fija como mínimo tres horarios 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 el Centro Asistencial y de acuerdo al estado del paciente.
- 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

#### **3.6.1.4 Servicio de apoyo**

##### **3.6.1.4.1 Exámenes Auxiliares**

- Las Emergencias 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.
- Las solicitudes de exámenes auxiliares deben registrar: fecha, hora, nombre del paciente, edad, sexo, número de registro o seguro,

diagnóstico, área donde se encuentra el paciente, así como nombre y firma del Médico tratante.

- 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 al médico tratante, quién anotará en la Historia Clínica el resultado comentado.
- 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 en la Historia Clínica del paciente, el informe del examen de imágenes realizado así como el número de registro.
- El archivo de placas radiográficas debe mantenerse accesible al personal de salud las 24 horas del día. Los responsables impartirán la directiva correspondiente.
- 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.

#### **3.6.1.4.2 Historia clínica**

- 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.
- El paciente con indicación de internamiento, debe hacerlo con su Historia Clínica

#### **3.6.1.5 Egreso de pacientes**

##### **3.6.1.5.1 Sala de operaciones**

- 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
- 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, teniendo siempre los pacientes de emergencia prioridad sobre los programados.

- 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”.
- Si el paciente en el Servicio o 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.
- El paciente que es derivado a Sala de Operaciones no deberá retornar al Servicio o área de Emergencia en la etapa Post-Operatoria

#### **3.6.1.5.2 Hospitalización**

- 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.
- De acuerdo a su estado, el paciente será trasladado, además de la Enfermera y Camillero, en compañía del Médico tratante.
- Los pacientes hospitalizados en Servicios de Internamiento no deben retornar al área de emergencia durante su permanencia en la institución.
- Los pacientes del servicio de emergencia tendrán prioridad para la hospitalización, pudiendo implementarse medidas de contingencias intrahospitalarias cuando la demanda excede la oferta del Servicio de Emergencia

### **3.6.1.5.3 Referencia**

- 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.
- La referencia es coordinada entre los Jefes de Guardia de los Centros Asistenciales de origen y destino, teniendo en cuenta las redes local y regional de los Servicios de Emergencia.
- 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.
- 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.
- Una copia del formulario de Referencia se enviará a la Unidad Funcional de Referencia del Centro Asistencial para las acciones correspondientes.

### **3.6.1.5.4 Determinación de Alta**

- 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.
- El Médico tratante explicará al paciente y/o familiar responsable los aspectos relacionados con su autocuidado y le entregará el formulario de Alta, indicaciones médicas y descanso medico correspondiente, si el caso lo amerita
- 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.

- Cuando el paciente requiera continuar la atención ambulatoria, se debe dar la orientación y documentación respectiva.
- 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. Antes del retiro voluntario, el paciente o su representante legal, firmará el documento correspondiente.

#### **3.6.1.5.5 Constancia de Atención**

- 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.
- La Constancia de Atención se debe consignar en la Historia Clínica o en el Libro de Registro.

#### **3.6.1.5.6 Fallecimiento**

- 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.
- 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.
- 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.
- En caso de muerte por actos de violencia, el Jefe de Guardia comunica a la Policía Nacional del Ecuador en este caso CP-23-SD para la necropsia de ley. En estos casos el Certificado de Defunción será emitido por los médicos que realizan la necropsia

### **3.7 Etapa 7: Evaluación.**

La evaluación es el proceso que permite medir los resultados, y ver como estos van cumpliendo los objetivos planteados.

**SUPERVISIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN**

- Supervisión, Monitoreo y Evaluación para el mejoramiento continuo de las actividades que se consideran componentes básicos del programa.
- Lograr una adecuada cobertura de la población con mayor riesgo de patología de cada Unidad Funcional.
- Asegurar la calidad y oportunidad en los procesos de diagnóstico y tratamiento en cada unidad Funcional.
- Seguimiento con el objetivo de asegurar, la oportunidad en el tratamiento del paciente que requiere terapia especializada.
- La evaluación tomará en cuenta todos los indicadores de los diferentes procesos que la integran.

#### INDICADORES DE PROCESO

- Indicadores de cobertura:
- Indicadores de calidad:
- Indicadores de calidad del diagnóstico:
- Indicadores de calidad del tratamiento:
- Indicadores de eficiencia:
- Indicadores de impacto:

#### **3.7.1 Fichas indicadores servicios extra-hospitalarios indicadores operativos: indicadores de calidad para servicios de emergencias extra-hospitalarios**

Un sistema de monitorización de calidad asistencial mide y evalúa, de forma periódica, aspectos relevantes de la asistencia mediante el uso de indicadores, que constituyen la unidad básica del sistema.

Los indicadores de calidad pretenden reflejar la realidad, suelen estar referidos a la estructura, los procesos (requisitos) y los resultados. El objeto último de los indicadores es la identificación de problemas o desviaciones así como la detección de posibilidades de mejora.

El Grupo de Trabajo de Indicadores Extra-hospitalarios de tiene como objetivo la definición de un grupo de indicadores de calidad asistencial que puedan ser utilizados por cualquier Servicio de Emergencias Extra-hospitalario de ámbito nacional, con el fin de establecer valores de referencia cuya comparación faciliten la mejora en la gestión y los resultados de los servicios españoles.

Las definiciones y propiedades de los indicadores han sido definidas por varios autores, con el objeto de homogeneizar la metodología utilizada, nos remitimos a las características descritas para los indicadores de calidad de los Servicios de Urgencias Hospitalarios, que ha considerado que un indicador debe cumplir con las tres propiedades siguientes:

1.Validez: un indicador es válido cuando cumple su objetivo de identificar situaciones en que se podría mejorar la calidad de la asistencia. También se puede hablar de “validez aparente” (FACE validity)= cuando nos referimos al grado en que el indicador es inteligible o, lo que es lo mismo, que se entiende su sentido e importancia sin demasiadas explicaciones.

2.Sensibilidad: cuando se detectan todos los casos en que se producen una situación o problema real de calidad.

3.Especificidad: cuando solamente se detectan aquellos casos en que existen problemas de calidad.

Asimismo, se considera que un buen indicador aplicable a todos los servicios y que permita una comparación entre centros debería ser:

-Relevante: mide características del sistema de salud que son útiles para los profesionales, usuarios y administración.

-Fiable: los diferentes resultados del indicador son debidos a diferencias reales de cumplimiento y no a diferencias de interpretación.

-Factible. Hace referencia a la posibilidad y facilidad de monitorizar el indicador.

En varias ocasiones el estándar se ha situado en el 100%, ya que se ha considerado que se trata de actividades esenciales que deben estar aseguradas en todos los casos.

### **3.7.1.1 Ratio de llamadas abandonadas realizadas a Central de Comunicaciones**

Nombre del indicador	EO/01. Ratio de llamadas abandonadas realizadas a Central de Comunicaciones / Centro Coordinador.
Dimensión	Accesibilidad
Justificación	Mide el número de llamadas entrantes a la Central de Comunicaciones / Centro Coordinador que no llegan a ser atendidas por un operador porque el demandante cuelga tras una espera mínima de 10 seg, con relación al total de llamadas recibidas en un período de tiempo



	<p>determinado.</p> <p>El objetivo de este indicador es conocer el grado de capacidad operativa de la Central de Comunicaciones / Centro Coordinador. Permite conocer la saturación ocasional o permanente de la Central de Comunicaciones / Centro Coordinador y por tanto, el adecuado dimensionamiento del centro para dar respuesta a la demanda.</p> <p>Se considera un indicador esencial ya que las dificultades de acceso al sistema pueden suponer demoras en patologías tiempo dependientes que determinen el resultado final de la asistencia.</p>
Fórmula	$\frac{\text{Nº de llamadas abandonadas tras un mínimo de 10 seg de espera} * 100}{\text{Nº de llamadas totales}}$
Explicación de términos	Llamadas abandonadas: llamada de un demandante que no consigue acceder al sistema tras un mínimo de 10 segundos, colgando la llamada.
Población	Todas las llamadas telefónicas de carácter urgente/emergente que han intentado acceder al sistema.
Tipo	Resultado
Estándar orientativo	Igual o inferior al 15%
Fuente de datos	Aplicación Gestión de Llamadas de Emergencias o Sistema de Registro Informático de Llamadas de Emergencias. Este indicador sólo puede ser medido si se dispone de una Central / Centro que registre dichos eventos, es decir, señales de llamada telefónica que no reciben respuesta
Comentarios	El Grupo de Trabajo ha establecido como referencia 10 segundos intentando eliminar aquellas llamadas en las que el demandante cambia de opinión.

### 3.7.1.2 Tiempo de activación de las unidades de ECU 911 SAV (UNIDAD TRANSPORTE VIAL)

Nombre del indicador	<b>EO/02. Tiempo de activación de las unidades de SVA (o tiempo de gestión de la llamada)</b>
Dimensión	Eficacia Oportunidad
Justificación	Mide el tiempo desde que se demanda la asistencia hasta que se activa la Unidad Móvil que la va a prestar. El objetivo primordial es conocer la eficacia del centro Gestor de Llamadas en la gestión de la demanda asistencial de emergencias. Este indicador ayuda además a valorar una dimensión de la calidad esencial como es la oportunidad de la asistencia. Su importancia radica en que el retardo en la activación de estas unidades pueden suponer demoras en patologías tiempo dependientes que determinen el resultado final de la asistencia.
Fórmula	$\frac{\sum \text{de tiempo que transcurre desde que se descuelga el teléfono al usuario hasta que se activa el recurso de SVA en un servicio primario, igual o inferior a 90 seg} \times 100}{\text{Total de activaciones de SVA por servicio primario}}$
Explicación de términos	<b>Servicios primarios:</b> aquellos en los que se demanda atención sanitaria urgente en primera instancia. <b>Unidad de SVA:</b> Unidad de Soporte Vital Avanzado, con las características recogidas de ordenación de los transportes terrestres.
Población	Todas las llamadas de demanda de asistencia sanitaria urgente/emergente en primera instancia a las que se había asignado un recurso de SVA
Tipo	Proceso
Estándar orientativo	100 %
Fuente de datos	Aplicación Gestión de Llamadas de Emergencias o Sistema de Registro Informático de Llamadas de Emergencias. Este indicador sólo puede ser medido si se dispone de una Central / Centro que registre dichos eventos, es decir, señales de llamada telefónica que no reciben respuesta.
Comentarios	El Grupo de Trabajo ha establecido por consenso como referencia 90 segundos. Quedan excluidos Servicios Secundarios y Programados ya que no están sujetos al mismo procedimiento de trabajo que los Servicios Primarios.

### 3.7.1.3 Tiempo de respuesta o de llegada al lugar de las Unidades de SVA

Nombre del indicador	<b>EO/03. Tiempo de respuesta o de llegada al lugar de las Unidades de SVA.</b>
Dimensión	Eficacia Oportunidad Conveniencia
Justificación	Se trata de uno de los indicadores más importantes para un Servicio de Emergencias. El objetivo no es sólo el evaluar la capacidad de respuesta operativa del Sistema de Emergencias, sino también conocer el grado en el que se proporciona la asistencia cuando se necesita y si ésta concuerda con las necesidades del paciente.
Fórmula	$\frac{\sum \text{de tiempo que transcurre desde que se activa la Unidad de SVA en un Servicio Primario hasta que llega al lugar del suceso, igual o inferior a 10 minutos en Zona Urbana y a 20 minutos en Zona Rural}^* 100}{\text{Total de activaciones de SVA por Servicios Primarios}}$
Explicación de términos	<p>Este indicador se define como el tiempo transcurrido desde la hora de recepción de la llamada en la Central de Comunicaciones/ Centro Coordinador, hasta la llegada al lugar del suceso del Equipo de Emergencias (EE).</p> <p>Se utilizará el tiempo promedio de los casos incluidos para el cálculo del indicador.</p> <p><b>Servicio Primario:</b> aquellos en los que se demanda atención sanitaria urgente en primera instancia.</p> <p><b>Unidad de SVA:</b> Unidad de Soporte Vital Avanzado, con las características recogidas de ordenación de los transportes terrestres.</p> <p><b>Zona urbana:</b> cuando el servicio se presta en un área geográfica dentro de un mismo término municipal con &gt; 10.000 habitantes.<sup>1</sup></p> <p><b>Zona rural:</b> área geográfica fuera de un término municipal considerado urbano. Puede incluir varios términos municipales rurales (&lt; 10.000 habitantes) y abarca un área geográfica mayor.</p>
Población	Todas las llamadas de demanda de asistencia sanitaria urgente/emergente primaria a las que se había asignado un recurso de SVA
Tipo	Proceso
Estándar orientativo	100 %
Fuente de datos	Aplicación Gestión de Llamadas de Emergencias o Sistema de Registro Informático de Llamadas de Emergencias. Este indicador sólo puede ser medido si se dispone de una Central / Centro que registre dichos eventos, es decir, señales de llamada telefónica que no reciben respuesta.
Comentarios	<p>Se trata de un indicador que evalúa varios aspectos del Sistema, como el grado de cobertura territorial, la distribución de las unidades y el grado de saturación del sistema.</p> <p>El Grupo de Trabajo ha consensuado los tiempos estándar Además en 10 y 20 minutos.</p> <p>Bibliografía:</p> <p>1. Capel H. La definición de lo urbano. Estudios Geográficos, nº 138-139, febrero-mayo 1975, p 265-301.</p>

### 3.7.1.4 II. INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL: indicadores CA

#### 3.7.1.4.1 Pacientes con TCE y GCS <9 con aislamiento completo de la vía aérea

Nombre del indicador	<b>CA/01. Pacientes con TCE y GCS &lt;9 con aislamiento completo de la vía aérea</b>
Dimensión	Efectividad Seguridad Adecuación
Justificación	El objetivo es valorar la calidad asistencial de las Unidades de SVA en la asistencia de pacientes con traumatismo craneoencefálico severo, contabilizando el número de casos en los que la vía aérea fue aislada durante la asistencia extrahospitalaria mediante intubación endotraqueal, siguiendo las recomendaciones internacionales, ya que esta medida aumenta la supervivencia de estos pacientes.
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes con TCE severo intubados} * 100}{\text{Número total de pacientes con TCE severo}}$
Explicación de términos	<b>TCE severo:</b> Traumatismo craneoencefálico con puntuación en la escala de coma de Glasgow < 9. <b>GCS:</b> Escala de Coma de Glasgow.
Población	Todos los pacientes con TCE y GCS <9
Tipo	Proceso
Estándar orientativo	100%
Fuente de datos	Base de datos de informes de asistencia
Comentarios	Las recomendaciones internacionales a las que se hace referencia han sido publicadas por el American College of Surgeons. Advanced Trauma Life Support 6 <sup>th</sup> edition Chicago: The American College of Surgeons; 1997. Van Olden, G.D., Meeuwis, J.D., Bolhuis, H.W., Boxma, H., & Goris, R.J. (2004, November). Clinical impact of advanced trauma life support. American Journal of Emergency Medicine, 22(7), 522-525.

### 3.7.1.4.2 Pacientes con sospecha diagnóstica de ACV/ICTUS en los que se determinan: presión arterial, pulsioximetría y glucemia

Nombre del indicador	<b>CA/02. Pacientes con sospecha diagnóstica de ACV/ICTUS en los que se determinan: presión arterial, pulsioximetría y glucemia.</b>
Dimensión	Efectividad Seguridad Conveniencia
Justificación	El objetivo de este indicador es evaluar el manejo global y la adherencia a las recomendaciones internacionales en la asistencia a los pacientes atendidos por el sistema (ya sea por Unidades de SVA o de SVB ó cualquier otro tipo de recurso asistencial) con sospecha diagnóstica de ACV/ICTUS en los que se determinan, al menos, los siguientes parámetros: presión arterial, pulsioximetría y glucemia.
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes con sospecha de ACV/ICTUS atendidos por cualquier unidad asistencial (SVA, SVB, Intermedias), en los que se registraron PA, SatO2 y glucemia} * 100}{\text{Nº total de pacientes con sospecha ACV/ICTUS}}$
Explicación de términos	<p><b>ACV/ ICTUS:</b> Accidente Cerebro Vascular, brusca interrupción del flujo sanguíneo al cerebro, que origina una serie de síntomas variables en función del área cerebral afectada (cabe definir sospecha de AVC/ictus no sólo el AVC/ictus)</p> <p><b>Unidad de SVA:</b> Unidad de Soporte Vital Avanzado, con las características recogidas en el RD 1211/1990 de 28-9 de ordenación de los transportes terrestres.</p> <p><b>Unidad de SVB:</b> Unidad de Soporte Vital Básico, con las características recogidas de ordenación de los transportes terrestres.</p> <p><b>Unidad Intermedia:</b> Unidad Asistencial cuyas características se recogen en ordenación de los transportes terrestres (Unidades de Enfermería, Vehículos de Intervención Rápida con médico – técnico de emergencias o enfermera - técnico de emergencias).</p>
Población	Todos los pacientes con sospecha diagnóstica de ACV/ICTUS
Tipo	Proceso.
Estándar orientativo	Igual o superior al 90%
Fuente de datos	Base de datos de informes de asistencia
Comentarios	<p>Además del indicador reflejado, se recomienda realizar una valoración por tipo de recurso.</p> <p>Las recomendaciones internacionales se basan en la siguiente bibliografía:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Pat 7: the era of reperfusion, section 2: Acute Stroke.</li> <li>-The European ad Hoc consensus Group. European Strategies for early intervention in stroke. A report of an hoc consensus group meeting. Cerebrovasc Dis 1996; 315-324</li> </ul>

### 3.7.1.4.3 Pacientes traumáticos graves a los que se administra analgesia intravenosa.

Nombre del indicador	<b>CA/03. Pacientes traumáticos graves a los que se administra analgesia intravenosa.</b>
Dimensión	Efectividad Seguridad Conveniencia
Justificación	El objetivo de este indicador es evaluar la utilización de analgesia vía intravenosa en el paciente traumático grave en el medio extrahospitalario. El control del dolor y la ansiedad ligada al mismo en pacientes con trauma grave mejoran el pronóstico
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes con traumatismo grave que son analgesiados vía intravenosa} * 100}{\text{Nº total de pacientes con traumatismo grave atendidos}}$
Explicación de términos	<p>A efectos de este indicador se considera como paciente con traumatismo grave todo paciente afecto de: -TCE severo (GCS&lt; 9) y/o Fractura / Aplastamiento de fémur</p> <p><b>TCE severo:</b> Traumatismo craneoencefálico con puntuación en la escala de coma de Glasgow &lt; 9.</p> <p><b>GCS:</b> Escala de Coma de Glasgow.</p> <p><b>Analgesia vía intravenosa:</b> administración de fármaco vía intravenosa. con propiedades para calmar o eliminar el dolor.</p>
Población	Todos los pacientes atendidos con traumatismo grave según los términos de la explicación.
Tipo	Proceso.
Estándar orientativo	Igual o superior al 90%
Fuente de datos	Base de datos de informes de asistencia
Comentarios	Se escogieron esas dos lesiones concretas por su fácil identificación y por la homogeneidad procedimental que existe con respecto a la administración de analgesia en las mismas.

### 3.7.1.4.4 Grado de Cumplimentación la Documentación Clínica de las unidades de SVA

Nombre del indicador	<b>CA/04. Grado de Cumplimentación la Documentación Clínica de las unidades de SVA</b>
Dimensión	Efectividad Continuidad Seguridad
Justificación	El objetivo de este indicador es evaluar la calidad de la de los informes realizados por las unidades asistenciales, valorando el grado de cumplimentación de parámetros considerados por consenso básicos de manera que la documentación clínica refleje convenientemente la asistencia prestada y garantice la continuidad del proceso asistencial.
Fórmula	$\frac{\text{Nº de informes de asistencia de Unidades de SVA correctamente cumplimentados} * 100}{\text{Número total de informes de asistencia.}}$
Explicación de términos	<p><b>Unidad de SVA:</b> Unidad de Soporte Vital Avanzado, con las características recogidas en el RD 1211/1998 de 28-9 de ordenación de los transportes terrestres.</p> <p><b>Informe de asistencia correctamente cumplimentado:</b> aquel en que consta de manera identificable la codificación diagnóstica final, tiempo de respuesta, datos de filiación del paciente. identificación de los profesionales asistenciales.</p> <p><b>Codificación diagnóstica final:</b> Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud.</p> <p><b>Tiempo de respuesta:</b> tiempo transcurrido desde la hora de recepción de la llamada en la Central de Comunicaciones/ Centro Coordinador, hasta la llegada al lugar del suceso del Equipo de Emergencias (EE).</p>
Población	Muestra representativa de los Informes Asistenciales de SVA
Tipo	Resultado
Estándar orientativo	Igual o superior al 90%
Fuente de datos	Base de datos de informes de asistencia
Comentarios	<p>Se tomarán como referencia los registros realizados por las unidades de Soporte Vital Avanzado que contengan al menos, todos los datos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Codificación diagnóstica final (dato clínico)</li> <li>Tiempos de activación y llegada (dato operativo)</li> <li>Datos de filiación del paciente (nombre, edad, sexo) (dato administrativo)</li> <li>Identificación profesional (dato administrativo)</li> </ul> <p>Será valido cualquier soporte del registro, papel o informático. Con la selección de estos datos se pretende la calidad de la documentación desde el punto de vista administrativo, operativo y clínico.</p>

### 3.7.1.5 III. INDICADORES DE SEGURIDAD LABORAL: Indicadores SE

#### 3.7.1.5.1 Accidentes laborales con riesgo biológico por punción

Nombre del indicador	<b>SE/01. Accidentes laborales con riesgo biológico por punción</b>
Dimensión	Seguridad
Justificación	El objetivo de este indicador es doble, ya que por una parte evalúa el nivel de accidentabilidad en los Servicios de Emergencias y por otra su registro, como parámetro de medición del riesgo profesional durante la asistencia.
Fórmula	$\frac{\text{Nº de accidentes laborales con riesgo biológico por punción sufridos por los trabajadores adscritos al sistema} \times 1000}{\text{Nº de servicios de SVA realizados al año.}}$
Explicación de términos	<p><b>Accidente laboral con riesgo biológico por punción:</b> todo aquel accidente producido por material cortante o punzante potencialmente contaminado con fluidos biológicos de pacientes.</p> <p><b>Unidad de SVA:</b> Unidad de Soporte Vital Avanzado, con las características recogidas en de ordenación de los transportes terrestres.</p> <p><b>Trabajadores adscritos al sistema:</b> trabajadores propios o por cuenta ajena que desempeñan su actividad laboral en el servicio de emergencias extrahospitalario.</p>
Población	Nº de servicios de SVA realizados al año
Tipo	Resultado
Estándar orientativo	Igual o inferior al 0,2‰ (2 por cada 10.000 servicios SVA)
Fuente de datos	Base de datos de accidentes laborales
Comentarios	<p>Bibliografía:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Updated U.S Public Health Service Guidelines for de Management or Occupational Exposures to HIV CDC. MMWR. 2005 / Vo. 54 / Nº RR-9.</li> <li>2.European recommendations for the management of healthcare workers occupationally exposed. Eurosurveillance, Volume 10, Issue 10, 01 October 2005)</li> <li>3.Manual de Procedimientos SAMUR-PC 4º Ed. 2006. Disponible en <a href="http://www.munimadrid.es/samur/procedimientos">http://www.munimadrid.es/samur/procedimientos</a>. [monografía en Internet]. [Epub ahead of print].</li> </ol> <p>El estándar se ha consensuado basado en los datos estadísticos recogidos en los servicios del Grupo de Trabajo.</p>



### 3.7.1.6 IV. INDICADORES DE RESULTADO O EFICACIA GENERAL:

#### Indicadores EG

#### 3.7.1.6.1 De pacientes atendidos por parada cardiorrespiratoria (PCR) de origen médico no presenciada con recuperación neurológica

Nombre del indicador	<b>EG/01. de pacientes atendidos por parada cardiorrespiratoria (PCR) de origen médico no presenciada con recuperación neurológica “ad integrum”</b>
Dimensión	Eficacia
Justificación	La asistencia a la Parada Cardíaca es uno de los eventos más complejos a los que se enfrentan los Servicios de Emergencia Extrahospitalaria. El mejor resultado posible es la recuperación neurológica completa, con el retorno del paciente a su actividad habitual en el periodo de un año. El éxito de estas asistencias refleja una gestión adecuada en lo relativo a la disponibilidad de recursos humanos formados y suficientes, así como recursos materiales adecuados y bien distribuidos. Es un parámetro que indirectamente refleja también la adecuación de la decisión de traslado a un centro útil. Dada su complejidad, se considera un indicador básico de la eficacia global del sistema en su conjunto,
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes atendidos por PCR de origen médico no presenciada con recuperación neurológica “ad integrum”}}{\text{Nº total de pacientes atendidos por PCR de origen médico no presenciada}} \times 100$
Explicación de términos	<b>PCR:</b> Parada cardiorrespiratoria. <b>PCR de origen médico:</b> todas aquellas PCR de origen no traumático. <b>Recuperación neurológica “ad integrum”</b> según la Escala de Glasgow Pittsburg (puntuación de 1-2 puntos),
Población	Total de pacientes atendidos por PCR de origen médico no presenciada
Tipo	Resultado
Estándar orientativo	Igual o superior al 10%
Fuente de datos	Base de datos de informes de asistencia y seguimiento hospitalario / domiciliario
Comentarios	Se considerarán sólo los pacientes con PCR de origen médico (no traumático) con inicio no presenciado por el personal sanitario del servicio. Se recomienda la utilización de la Escala de Glasgow Pittsburg (puntuación de 1-2 puntos). En cualquiera de los dos casos, se considerará como parada recuperada <i>ad integrum</i> , cuando tenga las máximas puntuaciones a lo largo del primer año.

**3.7.1.6.2 Porcentaje de pacientes síndrome coronario agudo sin elevación de ST (SCACEST) tributarios de reperfusión coronaria que son sometidos al tratamiento de reperfusión durante las 3 primeras horas desde el inicio del dolor**

Nombre del indicador	<b>EG/02. Porcentaje de pacientes SCACEST tributarios de reperfusión coronaria que son sometidos al tratamiento de reperfusión durante las 3 primeras horas desde el inicio del dolor</b>
Dimensión	Eficacia Accesibilidad Seguridad
Justificación	El objetivo de este indicador es evaluar la capacidad del servicio para manejar el SCACEST Y se valora para ello el hecho de conseguir la apertura de las arterias coronarias en los momentos de mayor beneficio para el paciente. El éxito de este tratamiento supone una disminución de morbi-mortalidad muy significativas.
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes con SCACEST tributario de reperfusión coronaria sometidos a tratamiento de reperfusión en un tiempo igual o inferior a 3 horas} \times 100}{\text{Nº total de pacientes con SCACEST}}$
Explicación de términos	<b>SCACEST:</b> Síndrome Coronario Agudo Con Elevación del ST. <b>Terapia de reperfusión:</b> fibrinólisis o angioplastia primaria.
Población	Total de pacientes afectados de SCACEST que son atendidos por el Servicio de Emergencias.
Tipo	Proceso
Estándar orientativo	Igual o superior al 90%
Fuente de datos	Base de datos de informes de asistencia y seguimiento hospitalario.
Comentarios	No se tendrán en cuenta los pacientes con elevación de ST por causas diferentes al Síndrome Coronario Agudo. Bibliografía: 1. Bonnefoy E, Steg PG, Bouitrie F, et al. Comparison of primary angioplasty and pre-hospital fibrinolysis in acute myocardial infarction (CAPTIM) trial: A 5-year follow-up. Eur Heart J. 2009;Epub ahead of print. 2. Bonnefoy E, Lapostolle F, Leizorovicz A, et al. Primary angioplasty versus hospital fibrinolysis in acute myocardial infarction: A randomized study. Lancet. 2002;360:825-829

### 3.7.1.6.3 Reclamaciones oficiales sobre servicios primarios

Nombre del indicador	<b>EG/03. Reclamaciones oficiales sobre servicios primarios</b>
Dimensión	Satisfacción Eficacia
Justificación	La monitorización de la tasa de reclamaciones sobre los servicios realizados son una fuente para detectar el grado de satisfacción con la atención recibida y permite detectar desviaciones que nos obliguen a un análisis más detallado, con el doble objetivo de subsanación y mejora.
Fórmula	$\frac{\text{Nº de reclamaciones oficiales referidas a servicios primarios}}{\text{Total de asistencias en servicios primarios}} * 100$
Explicación de términos	<p><b>Reclamación oficial:</b> toda aquella que entra por vías consideradas oficiales.</p> <p><b>Servicio Primario:</b> aquellos en los que se demanda atención sanitaria urgente en primera instancia, independientemente del tipo de unidad que atienda:</p> <p><b>Unidad de SVA:</b> Unidad de Soporte Vital Avanzado, con las características recogidas en el ordenación de los transportes terrestres.</p> <p><b>Unidad de SVB:</b> Unidad de Soporte Vital Básico, con las características recogidas en el de ordenación de los transportes terrestres.</p> <p><b>Unidad Intermedia:</b> Unidad Asistencial cuyas características se recogen en el de ordenación de los transportes terrestres (Unidades de Enfermería, Vehículos de Intervención Rápida con médico y técnico de emergencias o enfermera y técnico de emergencias).</p>
Población	Total de asistencias en servicios primarios.
Tipo	Resultado
Estándar orientativo	Igual o inferior a 0,1% (1 por cada 1.000 servicios)
Fuente de datos	Registro
Comentarios	<p>Se considerarán vías oficiales todas aquellas que permitan la posibilidad de consulta legal posterior, como las instancias, correos electrónicos, cartas manuscritas, etc. No se valorarán aquellas reclamaciones orales que no se acompañen de documento escrito o electrónico adjunto.</p> <p>El estándar se ha consensuado basado en los datos estadísticos recogidos en los servicios del Grupo de Trabajo.</p>

### 3.7.1.6.4 Encuestas de Satisfacción de Pacientes / Usuarios

Nombre del indicador	<b>EG/04. Encuestas de Satisfacción de Pacientes / Usuarios</b>
Dimensión	Satisfacción
Justificación	La realización de encuestas de satisfacción de pacientes permite detectar cómo valoran los pacientes aspectos determinados relacionados con la asistencia y conocer aquellos factores de la atención que influyen en la conformidad del paciente con la atención recibida.
Fórmula	Realización de Encuestas de Satisfacción que incluyan ítems sobre Accesibilidad / Rapidez / Trato Humano / Profesionalidad y competencia en una muestra representativa de Pacientes / Usuarios con una periodicidad anual.
Explicación de términos	<p><b>Accesibilidad:</b> facilidad del paciente (cliente) para establecer contacto con el Servicio.</p> <p><b>Rapidez:</b> velocidad de respuesta, es decir desde que se genera la demanda con la recepción del aviso en la Centro coordinador / Central de Comunicaciones, hasta que se inicie la asistencia.</p> <p><b>Trato humano:</b> respeto, educación, amabilidad, empatía y humanidad mostrada por el Servicio en la asistencia.</p> <p><b>Profesionalidad y competencia:</b> conocimientos, destreza, capacidad técnica y profesionalidad del equipo interviniente.</p>
Población	Muestra representativa de pacientes atendidos por el servicio de emergencias extrahospitalario
Tipo	Resultado
Estándar orientativo	Sí (1 encuesta válida / año)
Fuente de datos	Datos encuesta de satisfacción de pacientes y usuarios
Comentarios	No se busca el índice de satisfacción en esta primera etapa sino el hecho cualitativo de que se realicen las encuestas.

### 3.7.1.7 Ficha escala de evolución de atención pre-hospitalaria

característica	unidad	servicio	sistema	Sistema integrado
<b>Comunicaciones</b>	Enlace radial O telefónico	Centro regulador anexo del centro hospitalario	Centro regulador	Centro Coordinador
	1	2	3	4
<b>Personal</b>	piloto	hospitalario	propio	Propio e institucional
	1	2	3	4
<b>Administración de unidades de emergencia</b>	Dependen del centro hospitalario	Administra las unidades de emergencia y urgencia del hospital	Administra todas las unidades (emergencia, urgencia y traslado) de la red hospitalaria	Administra todas las unidades (medicas, policiales, rescate, etc.)
	1	2	3	4

<b>Cobertura</b>	Provincia	Provincia	Provincia	Provincia
	1	2	3	4
<b>Total</b>				
<b>Rango</b>	(1-4)	(5-8)	(9-12)	(13-16)

### 3.7.1.8 Escala de calidad propuesto en las áreas de emergencia

<b>Liderazgo 10%</b>	<b>Gestión de recurso humano 9%</b>	<b>Procesos 14%</b>	<b>Satisfacción del personal 9%</b>	<b>Resultados 15%</b>
	Estrategia 8%		Satisfacción del cliente 20%	
	Recursos 9%		Impacto en la sociedad 6%	

# CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

## Conclusiones

El desarrollo de esta investigación objeto de estudio, resalta las siguientes conclusiones generales:

- En la revisión de literatura especializada se detectó que en las propuestas desarrolladas se definen seis etapas comunes: análisis de la situación, diagnóstico de la situación, declaración de objetivos estratégicos, estrategias corporativas, planes de acción, seguimiento y evaluación. Que se utilizara para el diseño del plan estratégico de articulación para optimizar los servicios de emergencia médica.
- El procedimiento diseñado en el desarrollo de la investigación, constituye un instrumento que permite dar solución desde la perspectiva teórico-metodológica al problema científico formulado, por lo que queda demostrada su factibilidad, al permitir a los miembros de las áreas de emergencia y organizaciones la evaluación de su desempeño, se recolectó información de fuentes primarias además de la utilización de los métodos empíricos con involucrados de emergencias y urgencias médicas internas y externas de Hospital Gustavo Domínguez, Hospital del IESS, y la Clínica Torres médicas que aportaron información para el diseño del plan.
- Se comprueba con la metodología falencias de procesos y notables deficiencias, lo que hace pertinente la aplicación y estudio que permita determinar las principales carencias que inhiben la obtención de resultados superiores en cuanto a los niveles de competencias organizacionales e individuales y al satisfactorio desempeño para cumplir los objetivos y la misión definida.
- En las propuestas analizadas existe orientación hacia la perspectiva de la eficacia y eficiencia, en calidad de atención al paciente con calidez

sin embargo existe limitaciones en su integración con los procesos como el tiempo y la integración de las áreas de emergencias y urgencias médicas no se potencia el análisis de las causas raíces, la propuesta constituye una herramienta importante que permite indicar los deficiencias, formular problemas y proponer las vías de solución, involucrando la caracterización del entorno; el diagnóstico del cumplimiento de las políticas de los diferentes subsistemas de la en emergencias medicas basadas en competencias con la propuesta de un conjunto de indicadores y factores claves a evaluar en cada caso y realizar la planeación estratégica.

- La aplicación integral de este procedimiento en la investigación se convierte en base fundamental para las áreas de emergencia, ya que determina problemas existentes, necesidades estratégicas, mayor socialización de los procesos clave de calidad en atención al paciente, permitir la utilización eficiente de los perfiles de cargos por competencias; de manera progresiva y racional en su comportamiento, generando y proyectando políticas y estrategias encaminadas al buen desempeño de las tareas y fines de la misma.
- La estrategia metodológica empleada en esta investigación se basa en someter a las variables dependientes e independientes a un procedimiento o tratamiento para observar un efecto o resultado, con ciertas condiciones para demostrar la validez del mismo, de tal manera que se manifiesta la factibilidad práctica como herramienta estratégica integral en la optimización de las áreas de emergencia.
- Se comprobó la validez de la hipótesis gracias a instrumentos y técnicas (encuestas, entrevistas y la observación) previamente diseñada y aprobada, además del criterio de expertos.

## RECOMENDACIONES

De acuerdo con las premisas dadas en la investigación, se realiza las siguientes recomendaciones pertinentes:

- Se precisa continuar con la implementación del procedimiento para optimizar los servicios de emergencia basadas en competencias en las clínicas y hospitales ya sea públicas como privadas, para mejorar los niveles de desempeño organizacional individual como colectivo, fomentar las evaluaciones de desempeño de acuerdo a los perfiles de competencia, analizando indicadores de medición y control de una manera estratégica, progresiva, racional y constante.
- Proponer este Plan estratégico de articulación para optimizar los servicios de emergencia, como ejemplo y base para las demás Unidades de emergencia salud del Ministerio de Salud Pública (MSP), y así homologar todos los procesos de manera integral, contribuyendo a generar mayor valor corporativo, compromiso y satisfacción a los pacientes internos y externos. Además de ser un referente para otro tipo de instituciones de cualquier ámbito, realizando las adecuaciones pertinentes.
- Generar, a partir de próximas investigaciones, la automatización y perfeccionamiento de Planes estratégicos de articulación para optimizar los servicios de emergencia con la utilización de indicadores de medición adecuados para hacer más factible la aplicación de este procedimiento, creando compatibilidad entre los sistemas existentes
- Potencializar y brindar mayor atención a las competencias de Médicos, enfermeras, guardias, coordinadores y jefes de las áreas de emergencia indispensable para las clínicas y hospitales públicos o privados, en cuanto a la adquisición, desarrollo y estimulación tanto laborales como



personales, aprovechando al máximo sus capacidades y por ende lograr un óptimo ambiente de trabajo.

- Implementar en las instituciones educativas de nivel superior, la realización de estudios e investigaciones para generar mayor y mejores conocimientos acerca de la temática, existiendo información válida y comprobada, factible para la utilización y aplicación en las empresas, clínicas y hospitales.
- Continuar la divulgación de las experiencias y resultados obtenidos en la investigación mediante presentaciones en eventos del sector, así como de acciones de capacitación sobre esta temática en las empresas del territorio, lo cual contribuirá con la generalización de dichos resultados

## Bibliografía

- Aguirre, J. M. (2003). *Auditoría y Control Interno*.
- Alonso, A. B. (2004). *COMERCIO ELECTRONICO ANTECEDENTE, FUNDAMENTOS Y ESTADO ACTUAL*. MADRID: DYKINSON S.L.
- Ardura, I. R. (2010). *MARKETING.COM Y COMERCIO ELECTRONICO EN LA SOCIEDAD DE LA INFORMACION*. MADRID: ESIC.
- B., L. L. (2004). *Gestion Estrategica de los Servicios de Salud*. Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Balado, E. S. (2004). *LA NUEVA ERA DEL COMERCIO, COMERCIO ELECTRONICO*. ESPAÑA: IDEASPROPIAS.
- Carlos Julio Galindo Ruíz. (2006). *Manual para la creación de empresas: guía de planes de negocios*. Bogota : textos universitarios.
- CASTRILLÓN, C. A. (2007). *PLANEACIÓN ESTRATÉGICA HENRY MINTZBERG* . Colombia: Universidad Nacional de Colombia Sede Palmira .
- Cevallos Velasco, E. M. (2014). *Informe de Resultados Abril*. Santo Domingo.
- Dr. Michel Escalona Martin, Dra Gertrudis Avila Parra, Lic. Dixania, Dr. Tomas Avila Niebla. (2009). Calidad de la atencion y su Satisfaccion Servicio de Urgencias. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181522292003>, 20-40.
- Ecuador, C. d. (2008). *Constitucion del Ecuador* . En Ecuador.
- Ecuador, C. d. (2008). *Constitucion del Ecuador* . En Ecuador, *Constitucion del Ecuador* (pág. Art 3). Quito.
- Gaitan, O. E. (2010). *Analisis financiero y de gestión*. Mexico .
- Gaitan, O. E. (2010). *Análisis Financiero y de Gestión* . Mexico : ecoe ediciones.
- Gaitán, R. E. (2012). *Administración de riesgo ERM y la auditoria interna* . mexico : eqr.
- Gallo, U. N. (2009). *Tipos de estructuras organizacionales*. lima: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.
- Gariboldi, G. (1999). *COMERCIO ELECTRÓNICO: CONCEPTOS Y REFLEXIONES BÁSICAS*. BUENOS AIRES: BID-INTAL.
- GARIBOLDI, G. (1999). *COMERCIO ELECTRÓNICO: CONCEPTOS Y REFLEXIONES BÁSICAS*. BUENOS AIRES: BID-INTAL.

- Haro, A. d. (2011). *Medicion y control de riesgos financieros* . Mexico: libri mundi .
- Helgueros, Y. (2011). *REVISTA INTERNACIONAL ADMINISTRACION & FINANZAS (RIAF)*, 84.
- Hernandez, R. (2002). *Administración: pensamiento, proceso, estrategia y vanguardia*. Mexico: McGraw- Hill/ Interamericana editores México.
- Hitt, M. A. (2006). *Administracion*. Mexico: Person Educacion.
- Humanos, C. N. (2013). CÓDIGO ORGÁNICO DE SALUD. En C. N. Humanos, *Ley organica de salud*. Quito.
- Karem Delgado Encimas, Miguel Mejia Puente. (2011). Aplicacion de la simulacion discreta para proponer mejoras en los procesos de atencion en area de emrgencias de un hospital publico el area de emern. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81622582008>(  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81622582008>), 20-30.
- Koontz, H. (1955). *Auditoría Administrativa*.
- Laudon, K. C., & Laudon, J. P. (2012). *SISTEMA DE INFORMACION GERENCIAL*. PEARSON.
- Laudon, K. C., & Laudon, J. P. (2012). *SISTEMA DE INFORMACION GERENCIAL*. PEARSON.
- LLuberes, C. (05 de Marzo de 2013). *Estado del Internet en América Latina*. Obtenido de <http://dalealaweb.com/2013/03/estado-del-internet-en-america-latina-infografia/>
- Luna, C. (1 de Agosto de 2014). *Interbrand- CNN EXPANSIÓN*. Recuperado el 8 de octubre de 2014, de CNN EXPANSIÓN: [www.cnnexpansion.com/economia](http://www.cnnexpansion.com/economia)
- Lybrand, C. &. (2008). *Nuevos conceptos de control interno( informe COSO)*. Madrid: Diaz de Santos.
- Maldonado E., M. (2006). *Auditoría de Gestión*. Quito.
- Martinez, A. c. (2010). *ESTRATEGIAS EMPRESARIALES EN LA WEB 2.0*. ESPAÑA: CLUB UNIVERSITARIO.
- MERCURIO, A. E. (30 de 3 de 2013). EL MERCURIO. *Alto endeudamiento de la gente con sistema financiero*, pág. 5.
- Miller, F. (2007). *Contabilidad Intermedia*. mexico: hispanoamericana.
- Nekane Aramburo Goya, Olga Rivera Hernandez. (2007). *Organizacion de Empresas*. Mexico : Universidad de Deusto.

- Oelkers, D. B. (2003). *COMERCIO ELECTRONICO SERIE BUSINESS*. MEXICO: INTERNACIONAL THOMSON.
- Philip, K., & Armstrong, G. (2003). *FUNDAMENTO DE MARKETING*. MEXICO: PEARSON EDUCACION.
- Publica, M. d. (2013). *Modelo de Atencion Integrado de Salud MAIS-FCI*. Quito: Ministerio de Salud Publica .
- RROBERTO HERNANDEZ SAMPIERI, C. F. (2007). *FUNDAMENTOS DE METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION*. ESPAÑA: MCGRAW.
- Rodrigo Garcia Alvarado, Felipe Baesler Abufarde, Pedro Rodriguez Moreno. (2003). Analisis del Diseño y Gestion de servicios de emergencia Hospitalaria en Chile. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29901202>, 20-30.
- Salud, L. O. (2008). Ley Organica de Salud. En E.-i. d. salud.
- SENPLADES, S. N. (2008). *Cosntitucion de la Republica del Ecuador*. Quito: SENPLADES.
- TELEGRAFO, E. (25 de octubre de 2013). BNF CARTERA VENCIDA \$ 200 MILLONES. *ECONOMIA*, pág. 20.
- Torres, J. B. (5 de junio de 2011). *ingenius.ups.edu.ec*.
- Vargas, C. M. (2007). *Contabilidad Analisis de cuentas* . Costa Rica: Universidad Estatal San Jose ( Costa Rica).
- Vargas, J. L. (2005). *Planificacion en los Servicios de Salud*. Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Whittington Ray O. y PanyKart. (2004). *Principios de la Auditoría*. Colombia: Decimo cuarta edicion Mc. Graw Hill.
- Wilfredo Rangel, Alfredo Matleo. (2010). Modelo Conceptual de datos difusos de triaje para emergencias hospitalaria representado con FUZZYEER. (VENEZUELA, Ed.) <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=82315410006>, 20-30.
- Zukerman, A. M. (2006). *Healthcare strategic planning: approaches for the 21 st century*. ISBN 1567930689.

## **ANEXOS**

## Anexo N° 1 Encuesta aplicada a los expertos para valorar PLAN ESTRATÉGICO DE ARTICULACIÓN PARA OPTIMIZAR LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA MEDICA

Cuestionario para conocer el criterio de los expertos.

Usted ha sido seleccionado para valorar la utilidad práctica de la propuesta del estudio realizado para PLAN ESTRATÉGICO DE ARTICULACIÓN PARA OPTIMIZAR LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA MEDICA. En tal sentido, se solicita su opinión acerca de los elementos que son referidos a continuación.

D = **Total desacuerdo;**  
 NA = **No estoy de acuerdo;**  
 N = **Medianamente de acuerdo;**  
 A = **De acuerdo;**  
 MA = **Muy de acuerdo**

Aspectos analizados	Respuestas				
	D	NA	N	A	MA
Los aspectos presentes en la elaboración del modelo y los procedimientos garantizan la coherencia de estos y lo que se espera de ellos.					
Las etapas que integran el procedimiento están interrelacionadas					
Existe un alto grado de adecuación de las premisas que condicionan la implantación del modelo					
Los indicadores propuestos tiene gran capacidad de discernimiento					
Utilidad práctica del procedimiento diseñado para PLAN ESTRATÉGICO DE ARTICULACIÓN PARA OPTIMIZAR LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA MEDICA.					

Sugiera cualquier opinión que contribuya al objetivo de esta investigación:

Institución en la que labora: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Años de Experiencia \_\_\_\_\_ Graduado de: \_\_\_\_\_

**Gracias por su colaboración...**

**Elaborado por:** Ing. Angel Fredy Castelo Rivas

## Anexo N° 2 Encuesta para determinar el Coeficiente de Competencia del Experto

Estimado colega:

Ha sido usted seleccionado como posible experto para ser consultado respecto al PLAN ESTRATÉGICO DE ARTICULACIÓN PARA OPTIMIZAR LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA MEDICA, y para determinar las competencias que conformarán un Modelo Genérico que servirá de base para la determinación de los perfiles necesarios para un eficaz desempeño de cada uno de los cargos en esta institución.

Se necesita antes de realizarle la consulta, como parte del método empírico de investigación “criterio de expertos” determinar su coeficiente de competencia en este tema, a los efectos de reforzar la validez del resultado de la consulta que se le hará. Por tal motivo, le pedimos que responda las siguientes preguntas de la forma más objetiva posible.

1. Marque con una cruz (x), en la tabla siguiente, el valor que se corresponde con el grado de conocimiento que usted posee en relación con la problemática tratada en la investigación (PLAN ESTRATÉGICO DE ARTICULACIÓN PARA OPTIMIZAR LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA MEDICA ). Considere que la escala que se le presenta es ascendente, es decir, el conocimiento sobre la problemática referida va creciendo de 0 hasta 10.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. Realice una autovaloración del grado de influencia que cada una de las fuentes de argumentación que se le presentan a continuación, ha tenido en su conocimiento y criterio sobre la “PLAN ESTRATÉGICO DE ARTICULACIÓN PARA OPTIMIZAR LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA MEDICA, basada en el enfoque de competencias”. Para ello marque con una cruz (x), según corresponda, en A (alto), M (medio) o B (bajo)

Fuentes de argumentación	Grado de influencia de las fuentes de argumentación		
	Alto	Medio	Bajo
Análisis teóricos realizados por Ud.			
Su experiencia obtenida en la práctica			
Trabajo de autores nacionales			
Trabajo de autores extranjeros			
Su propio conocimiento del estado del problema en el territorio y el país			
Su intuición			

***Gracias por su colaboración...***

**Elaborado por:** Ing. Angel Fredy Castelo Rivas

### Anexo Nº 3 Cuestionario para el Diagnóstico PLAN ESTRATÉGICO DE ARTICULACIÓN PARA OPTIMIZAR LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA MEDICA.

Nos encontramos diagnosticando el proceso para ejecutar PLAN ESTRATÉGICO que se desarrolla en su organización para proceder a proyectar acciones de mejora más eficaces. Necesitamos su colaboración, para lo cual le pedimos que marque con una X en la casilla que considere que mejor concuerda con la veracidad de las siguientes afirmaciones.

Totalmente en Desacuerdo 1	En Desacuerdo 2	Mediana-mente de acuerdo 3	De acuerdo 4	Totalmente de Acuerdo 5
<b>Alternativas</b>				
<b>Preguntas...</b>				
1	2	3	4	5
1. Existe un modelo estructurado para llevar a cabo plan estratégico de articulación para optimizar los servicios de emergencia médica en su organización.				
2. Son conocidas las características básicas y el funcionamiento del plan estratégico de articulación para optimizar los servicios de emergencia médica por los miembros de línea y staff implicados con esta área.				
3. El plan estratégico de articulación para optimizar los servicios de emergencia médica implantada está estructurado de forma correcta, en cuanto a los subsistemas o procesos, interrelaciones, y otros elementos.				
4. Existe una integración eficaz entre las actividades plan estratégico de articulación para optimizar los servicios de emergencia médica que se llevan a cabo en la organización, como la selección, la evaluación, la formación y las propios protocolos y procesos				
5. Están claramente definidas las funciones y responsabilidades relativas a plan estratégico de articulación para optimizar los servicios de emergencia médica				
6. Las relaciones que se establecen entre los directores y mandos intermedios con el área Planificación son correctas y eficaces.				
7. El departamento de Emergencia brinda servicios de asesoría relativas a la realización de plan estratégico de articulación para optimizar los servicios de emergencia médica y otras y actividades de su área.				
8. Están definidos, se calculan, analizan y comunican los resultados de los indicadores de eficacia de los procesos identificados en plan estratégico de articulación para optimizar los servicios de emergencia médica en la organización				
9. Las políticas y objetivos de plan estratégico de articulación para optimizar los servicios de emergencia médica están correctamente formulados y se han comunicado a todas las partes interesadas.				
10. Se realizan revisiones por la dirección, y emergencia analizando las medidas correctivas y preventivas y los planes de mejoras derivados del plan estratégico de articulación para optimizar los servicios de emergencia médica.				
11. Están elaborados los perfiles de competencias o programas de los cargos.				
12. La organización garantiza que el nivel de competencia de cada individuo sea el adecuado para las necesidades actuales y futuras.				
13. Se relaciona la evaluación del desempeño con los requisitos de competencias laborales de los cargos.				
14. La remuneración y los incentivos recibidos están acorde con los resultados de la evaluación del desempeño.				
15. Los trabajadores de emergencia están conscientes de la relevancia e importancia de sus actividades y de cómo contribuyen al logro de los objetivos de la organización.				
16. La organización mantiene registros o controles de los conocimientos, habilidades, experiencias, acciones de capacitación y sobre la evolución de las evaluaciones de los trabajadores de emergencia.				
17. La organización controla el ambiente de trabajo para promover la motivación, la satisfacción, el desarrollo y el desempeño de su personal.				

**Gracias por su colaboración...**

Elaborado por: Ing. Angel Fredy Castelo Rivas



## Anexo N° 4 Encuesta de Coeficiente de Gerencia Participativa

Marque con una X frente al enunciado según la alternativa de respuesta que describa con exactitud la situación actual de la empresa sobre gerencia participativa. Su opinión será de gran utilidad para determinar la filosofía de la dirección.

La valoración de las alternativas de respuesta son las siguientes:

**1: nunca**

**2: rara vez**

**3: generalmente**

**4: casi siempre**

Enunciados...	Valoración			
	1	2	3	4
1. En realidad valoro las sugerencias de mis subordinados.				
2. Procuro planear específicamente las actividades para involucrar a los subordinados en la toma de decisiones.				
3. Mis subordinados generalmente son muy capaces y competentes en su trabajo.				
4. Tengo suficiente tiempo en mi trabajo para practicar la gerencia participativa				
5. En la mayor parte de las decisiones que tengo que tomar considero el uso de la gerencia participativa.				
6. Mis subordinados piensan que practico la gerencia participativa				
7. Mi superior piensa que practico la gerencia participativa				
8. Mis compañeros gerentes (los administradores de otras unidades con las que trato) piensan que practico la gerencia participativa				
9. plan estratégico de articulación para optimizar los servicios de emergencia médica en su organización funciona con la mayor parte de los empleados de la empresa				
10. La mayor parte de la gente goza de su trabajo y desea tener un sentido de responsabilidad.				
11. La mayor parte de los empleados se motiva con un sentido de logro y realización.				
12. La mayor parte de los empleados preferiría tener trabajos más interesantes que un pequeño aumento en un año particular.				
13. Cuando practico plan estratégico de articulación para optimizar los servicios de emergencia médica en su organización la encuentro compensadora y satisfactoria.				
14. En realidad creo que plan estratégico de articulación para optimizar los servicios de emergencia médica en su organización da por resultado decisiones de mejor calidad que aquellas que no podía tomar si actuara solo.				
15. Algunos administradores utilizan plan estratégico de articulación para optimizar los servicios de emergencia médica en su organización simplemente como una forma de manipular a los empleados				
16. Me siento seguro de mi trabajo				
17. En realidad uso mi trabajo como gerente para ser un líder de equipo en lugar de un controlador.				
18. Trato de dar capacitación y apoyo a mis subordinados para que se involucren en el proceso de participación.				
19. Aprovecho las oportunidades de adiestramiento y de educación que me ayuden a practicar las técnicas participativas.				
20. El ser humano promedio prefiere que no se le dirija en sus tareas diarias.				

21. Hasta el trabajador menos calificado busca un significado y una realización en su trabajo diario.				
22. La mayor parte de los empleados tiene un alto nivel de ambición.				
23. Para la mayoría de las tareas puedo confiar en que mis empleados ejercitarán un autocontrol.				
24. Mis empleados están interesados y quieren conocer las metas de nuestra división y nuestra organización.				
25. La mayor parte de los empleados que conozco tienen la capacidad de ejercitar un grado relativamente alto de imaginación, ingenio y creatividad para resolver problemas de la organización.				
26. Sería bueno para la organización dar mayor independencia a sus empleados.				
27. Generalmente siento que los beneficios plan estratégico de articulación para optimizar los servicios de emergencia médica en su organización sobrepasan por mucho o cualquier costo o desventaja que se asocie a ellos.				
28. Mis empleados generalmente están automotivados y autocontrolados				
29. La mayor parte de los empleados que conozco trata de hacer un buen trabajo.				
30. Aprovecharse de la superioridad para que las cosas se hagan, es aconsejable.				
31. En realidad me intereso en el desarrollo y crecimiento de mis subordinados				
32. Realmente procuro mantener una comunicación abierta y franca con mis subordinados				
33. Me parece que con una capacitación adecuada, cualquiera de mis subordinados podría hacer un trabajo tan bueno como el que yo hago en mi posición.				
34. Procuro interesarme tanto en mantener el ánimo y satisfacción de mis empleados como en hacer que nuestras tareas se cumplan.				
35. La mayoría de los empleados prefiere experimentar un sentido de realización en el trabajo y no fuera de él.				
36. La mayor parte de los empleados será más eficaz si se le dan amplios lineamientos de políticas en lugar de reglas específicas y regulaciones que seguir.				
37. Los administradores aumentan su autoridad cuando practican plan estratégico de articulación para optimizar los servicios de emergencia médica en su organización				
38. La mayor parte de los trabajos que hacen mis empleados y yo me permite practicar plan estratégico de articulación para optimizar los servicios de emergencia médica en su organización.				
39. Gozo practicando plan estratégico de articulación para optimizar los servicios de emergencia médica en su organización y no me resulta incómoda.				

***Gracias por su colaboración...***

## Anexo N° 5 Encuesta para medir el Nivel de Competencias Organizacionales

Estimado cliente:

A continuación encontrará una serie de afirmaciones acerca de nuestra empresa. Frente a cada una de ellas tendrá tres alternativas de respuesta: Excelente, Satisfactorio y Deficiente.

Deberá marcar con una X la alternativa que según su opinión describe con más exactitud la situación actual de la organización. Su opinión nos será de gran utilidad para perfeccionar nuestros servicios.

***Muchas gracias por su colaboración.***

	Excelente	Satisfactorio	Deficiente
1. En el área de <b>emergencia</b> , se logra crear un ambiente íntimo, familiar y acogedor para sus pacientes de manera que les motive ir a realizar los diferentes trámites en el mismo.			
2. En todas las <b>áreas de emergencia médica de la provincia</b> se percibe una combinación de confort y naturaleza.			
3. Considero que el nivel de calidad en los servicios <b>de emergencia</b> que se brinda <b>en la provincia</b> es:			
4. En cada visita se percibe un nivel superior en la calidad de los servicios <b>de emergencia</b> de manera:			

## Anexo N° 6 Encuesta sobre la Fidelización de los pacientes Externos

Estimado paciente:

A continuación encontrará una serie de afirmaciones acerca de servicios de emergencia hospitalaria. Deberá marcar con una X la alternativa que según su criterio describe con más exactitud el grado de conformidad de las siguientes afirmaciones. Su opinión nos será de gran utilidad para perfeccionar nuestros servicios.

La valoración de las alternativas son:

**1** = Totalmente en desacuerdo (**TED**)

**2** = En desacuerdo (**ED**)

**3** = Indiferente (**I**)

**4** = De acuerdo (**DA**)

**5** = Totalmente de acuerdo (**TDA**)

<i><b>Afirmaciones...</b></i>	<i><b>Alternativas</b></i>				
	<b>TD A</b>	<b>DA</b>	<b>I</b>	<b>ED</b>	<b>TE D</b>
11. El servicio y/o producto que brinda la empresa es el esperado					
12. El personal se muestra dispuesto a ayudar a los usuarios					
13. El personal que lo atiende es amable y confiable en su trato					
14. El personal da la imagen de estar totalmente competente para las tareas que tiene que realizar					
15. Cuando acude a emergencias hospitalarias es atendido con rapidez					
16. Las solicitudes o reclamos son atendidos con agilidad y responsabilidad por el personal					
17. Cuando acudo al servicio, no tengo problemas en contactar con la persona que puede responder a mis dolores.					
18. He podido comprobar que el personal dispone de programas y equipos médicos adecuados para llevar a cabo su trabajo					
19. He tenido la oportunidad de comprobar que el personal cuenta con recursos materiales suficientes para llevar a cabo su trabajo					
20. He observado mejoras en el funcionamiento general del Servicio en mis distintas visitas al mismo					

***Muchas gracias por su colaboración...***

**Anexo N° 7 Factores inhibidores de la rotación de personal seleccionados por los expertos**

N	Factores	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	Cc (%)
1	Satisfacción laboral		X										9,09
2	Área de espera						x						9,09
3	Área médica (traje)										x		9,09
4	Coordinación				x								9,09
5	Área de Shock Room		X	x	x	x			x	x	x		63,6
6	Desarrollo de competencias	x											9,09
7	Área de consulta externa				x								9,09
8	Capacidad de camas	x	X		x	x	x	x	x			x	72,7
9	Cultura ciudadana para acudir a emergencias		X								x		18,2
10	Equipos y laboratorios			x				x					18,2
11	Facilidad de acceso y edificación	x	X		x	x		x		x			54,6
12	Gestión de calidad			x									9,09
13	Experiencia en emergencia		X		x	x	x		x	x			54,6
14	Atención completa y exclusiva	x	X	x			x	x	x				54,6
15	Clasificar al paciente				x								9,09
16	Especialistas insuficientes en turno						x	x					18,2
17	Estimulación moral y material									x	x		18,1
18	Estilo de dirección					x	x						18,1
19	Médicos graduados en emergencias		X	x		x	x	x		x		x	63,6
20	Realización y proceso de encuestas satisfacción y opinión	x	X	x	x		x	x	x	x	x		72,7
21	Organización del área de emergencia		X	x	x		x	x		x		x	63,6
22	Resolver quejas y atender reclamos					x	x	x		x	x	x	63,6
23	Relación jefe subordinado	x											9,09
24	Cirugía menor		X	x		x		x	x	x	x		63,6
25	Propuestas de mejora en calidad de atención al usuario	x	X	x		x	x	x					72,7
26	Estilo de dirección			x									9,09
27	Perspectivas							x					9,09

**ANEXO N° 8 Dimensiones y variables de la satisfacción laboral con  
coeficiente de concordancia**

Dimensiones y variables	Expertos											Cc %
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	
<b>Naturaleza y contenido de trabajo</b>												
Variedad de habilidades (Vh)	x	x	x	—	x	x	x	x	x	x	x	91
Identificación de la tarea (I)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	100
Significación de la tarea (S)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	100
Autonomía (A)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	—	91
Retroalimentación (R)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	100
<b>Trabajo en grupo y a sus directivos</b>												
Cohesión (C)	x	—	x	x	—	x	—	x	x	—	x	64
Atractivo (AT)	x	—	—	—	x	x	—	x	—	x	x	54
Relaciones interpersonales (RI)	x	x	x	x	—	x	x	x	x	—	x	82
Participación (P)	x	x	—	x	—	x	x	x	—	x	x	73
Influencia de los directivos (Id)	x	—	x	x	x	—	x	—	x	x	—	64
<b>Estimulación moral y material</b>												
Suficiencia (Sf)	x	x	—	x	x	—	x	—	x	x	—	64
Reconocimiento (Rc)	x	x	x	—	x	x	x	x	x	—	x	82
Vinculación (V)	x	x	—	x	x	—	x	x	—	x	—	64
Percepción (P)	x	x	x	—	x	x	x	—	x	—	x	73
Equidad (E)	x	—	x	—	x	x	—	x	—	x	x	64
<b>Condiciones de trabajo</b>												
Seguras (Cg)	x	x	—	x	x	x	x	x	x	x	x	91
Estéticas (E)	x	x	x	x	—	x	x	—	x	x	x	82
Higiénicas (H)	x	x	x	—	x	x	x	x	x	x	—	82
Ergonómicas (Eg)	x	x	—	x	x	x	—	x	x	x	x	82
Aseguramiento (A)	x	—	—	x	—	x	—	—	—	x	x	45
<b>Condiciones de bienestar</b>												
Régimen de trabajo y descanso (Rtd)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	100
Servicios (Sv)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	100
Superación personal y profesional (Spp)	x	x	—	—	x	x	x	—	x	x	x	73
Seguridad de empleo (Se)	x	—	x	x	x	x	—	—	—	x	x	64

## ANEXO N° 9 Encuesta para conocer el grado de importancia de las variables esenciales

Estimado(a) trabajador(a): La organización está interesada en conocer el grado de importancia que usted le concede a las variables esenciales que aparecen a continuación, con el objetivo de contribuir en la mejora de su satisfacción laboral y en la de sus compañeros. Usted deberá ordenarlas de acuerdo al orden de prioridad que le conceda, otorgando una puntuación de 1 a 5 puntos; siendo el elemento más importante el de 5 puntos, y así sucesivamente hasta el elemento de menor importancia.

### Variables esenciales

<b>Naturaleza y Contenido De Trabajo</b>	<b>Puntuación</b>
Variedad de habilidades (Vh)	
Identificación de la tarea (I)	
Significación de la tarea (S)	
Autonomía (A)	
Retroalimentación (R)	

<b>Trabajo En Grupo y los Directivos</b>	
Cohesión (C)	
Atractivo (AT)	
Relaciones interpersonales (RI)	
Participación (P)	
Influencia de los directivos (Id)	

<b>Estimulación Moral y Material</b>	
Suficiencia (Sf)	
Reconocimiento (Rc)	
Vinculación (V)	
Percepción (P)	
Equidad (E)	

<b>Condiciones De Trabajo</b>	
Seguras (Cg)	
Estéticas (E)	
Higiénicas (H)	
Ergonómicas (Eg)	
Aseguramiento (A)	

<b>Condiciones De Bienestar</b>	
Régimen de trabajo y descanso (Rtd)	
Servicios (Sv)	
Atención a la vida (Av)	
Superación personal y profesional (Dpp)	
Seguridad de empleo (Se)	

**Anexo N° 10 de cuestionarios**  
**Tabulación encuesta fidelización del Paciente/cliente (VD).**

Estimado paciente:

A continuación encontrará una serie de afirmaciones acerca de los servicios de emergencia. Deberá marcar con una X la alternativa que según su criterio describe con más exactitud el grado de conformidad de las siguientes afirmaciones. Su opinión nos será de gran utilidad para perfeccionar nuestros servicios.

La valoración de las alternativas son: 1 = Totalmente en desacuerdo (TED)  
2 = En desacuerdo (ED), 3 = Indiferente (I), 4 = De acuerdo (DA), 5 = Totalmente de acuerdo (TDA)

1. ¿El servicio y/o producto que brinda emergencia es el esperado?
2. ¿El personal se muestra dispuesto a ayudar a los usuarios?
3. ¿El personal que lo atiende es amable y confiable en su trato?
4. ¿El personal da la imagen de estar totalmente competente para las tareas que tiene que realizar?
5. ¿Cuándo acude a emergencias hospitalarias es atendido con rapidez?
6. ¿Las solicitudes o reclamos son atendidos con agilidad y responsabilidad por el personal?
7. ¿Cuándo acudo al servicio, no tengo problemas en contactar con la persona que puede responder a mis dolores?
8. ¿He podido comprobar que el personal dispone de programas y equipos médicos adecuados para llevar a cabo su trabajo?
9. ¿He tenido la oportunidad de comprobar que el personal cuenta con recursos materiales suficientes para llevar a cabo su trabajo?
10. ¿He observado mejoras en el funcionamiento general del Servicio en mis distintas visitas al mismo?

**Encuesta a los colaboradores del área de Emergencia (VI)**

Estamos haciendo una investigación para conocer el estado en que usted considera están los factores que puedan favorecer o perjudicar la satisfacción laboral en su organización (nunca-casi nunca- a veces- casi siempre-siempre)

- 1.- Su trabajo requiere realizar diferentes operaciones y utilizar un gran número de habilidades y conocimientos



- 2.- Los resultados de su trabajo afectan significativamente la vida o bienestar de otras personas
- 3.- los supervisores/jefes de emergencia u otras personas le dan a conocer lo bien que lo están desarrollando su trabajo
- 4.-Puede cada miembro del grupo desarrollar con habilidad todas o gran parte de las tareas que tiene asignado
- 5.- Se siente usted en todo momento apoyado por el grupo
- 6.- El salario que recibe está de acuerdo a la cantidad y calidad del trabajo que realiza es acorde a su preparación.
- 7.- Se conocen los aspectos que se evalúan para el otorgamiento de méritos y la selección de los más destacados (tanto morales como materiales).
- 8.- El ambiente de trabajo le ofrece seguridad, Las áreas están debidamente protegidas
- 9.- Las condiciones higiénicas de su ambiente estéticamente le resultan agradables
- 10.- Los equipos, muebles, herramientas, útiles de trabajo y espacio, le permiten realizar el trabajo cómodamente
- 11.- Las condiciones de desarrollo personal y profesional (capacitación, desarrollo, posibilidades de ascenso)
- 12.- Se considera usted comprometido con la entidad

## Anexo N° 11 tabla de ji cuadrada


Tabla de la distribución Chi-cuadrado

g=grados de libertad p=área a la derecha

El valor x de la tabla cumple que para X es chi-cuadrado con g grados de libertad  $P(X > x) = p$

g	p										
	0.001	0.025	0.05	0.1	0.25	0.5	0.75	0.9	0.95	0.975	0.999
1	10.827	5.024	3.841	2.706	1.323	0.455	0.102	0.016	0.004	0.001	0
2	13.815	7.378	5.991	4.605	2.773	1.386	0.575	0.211	0.103	0.051	0.002
3	16.266	9.348	7.815	6.251	4.108	2.366	1.213	0.584	0.352	0.216	0.024
4	18.466	11.143	9.488	7.779	5.385	3.357	1.923	1.064	0.711	0.484	0.091
5	20.515	12.832	11.07	9.236	6.626	4.351	2.675	1.61	1.145	0.831	0.21
6	22.457	14.449	12.592	10.645	7.841	5.348	3.455	2.204	1.635	1.237	0.381
7	24.321	16.013	14.067	12.017	9.037	6.346	4.255	2.833	2.167	1.69	0.599
8	26.124	17.535	15.507	13.362	10.219	7.344	5.071	3.49	2.733	2.18	0.857
9	27.877	19.023	16.919	14.684	11.389	8.343	5.899	4.168	3.325	2.7	1.152
10	29.588	20.483	18.307	15.987	12.549	9.342	6.737	4.865	3.94	3.247	1.479
11	31.264	21.92	19.675	17.275	13.701	10.341	7.584	5.578	4.575	3.816	1.834
12	32.909	23.337	21.026	18.549	14.845	11.34	8.438	6.304	5.226	4.404	2.214
13	34.527	24.736	22.362	19.812	15.984	12.34	9.299	7.041	5.892	5.009	2.617
14	36.124	26.119	23.685	21.064	17.117	13.339	10.165	7.79	6.571	5.629	3.041
15	37.698	27.488	24.996	22.307	18.245	14.339	11.037	8.547	7.261	6.262	3.483
16	39.252	28.845	26.296	23.542	19.369	15.338	11.912	9.312	7.962	6.908	3.942
17	40.791	30.191	27.587	24.769	20.489	16.338	12.792	10.085	8.672	7.564	4.416
18	42.312	31.526	28.869	25.989	21.605	17.338	13.675	10.865	9.39	8.231	4.905
19	43.819	32.852	30.144	27.204	22.718	18.338	14.562	11.651	10.117	8.907	5.407
20	45.314	34.17	31.41	28.412	23.828	19.337	15.452	12.443	10.851	9.591	5.921
21	46.796	35.479	32.671	29.615	24.935	20.337	16.344	13.24	11.591	10.283	6.447
22	48.268	36.781	33.924	30.813	26.039	21.337	17.24	14.041	12.338	10.982	6.983
23	49.728	38.076	35.172	32.007	27.141	22.337	18.137	14.848	13.091	11.689	7.529
24	51.179	39.364	36.415	33.196	28.241	23.337	19.037	15.659	13.848	12.401	8.085
25	52.619	40.646	37.652	34.382	29.339	24.337	19.939	16.473	14.611	13.12	8.649
26	54.051	41.923	38.885	35.563	30.435	25.336	20.843	17.292	15.379	13.844	9.222
27	55.475	43.195	40.113	36.741	31.528	26.336	21.749	18.114	16.151	14.573	9.803
28	56.892	44.461	41.337	37.916	32.62	27.336	22.657	18.939	16.928	15.308	10.391
29	58.301	45.722	42.557	39.087	33.711	28.336	23.567	19.768	17.708	16.047	10.986
30	59.702	46.979	43.773	40.256	34.8	29.336	24.478	20.599	18.493	16.791	11.588
35	66.619	53.203	49.802	46.059	40.223	34.336	29.054	24.797	22.465	20.569	14.688
40	73.403	59.342	55.758	51.805	45.616	39.335	33.66	29.051	26.509	24.433	17.917
45	80.078	65.41	61.656	57.505	50.985	44.335	38.291	33.35	30.612	28.366	21.251
50	86.66	71.42	67.505	63.167	56.334	49.335	42.942	37.689	34.764	32.357	24.674
55	93.167	77.38	73.311	68.796	61.665	54.335	47.61	42.06	38.958	36.398	28.173
60	99.608	83.298	79.082	74.397	66.981	59.335	52.294	46.459	43.188	40.482	31.738
65	105.988	89.177	84.821	79.973	72.285	64.335	56.99	50.883	47.45	44.603	35.362
70	112.317	95.023	90.531	85.527	77.577	69.334	61.698	55.329	51.739	48.758	39.036
75	118.599	100.839	96.217	91.061	82.858	74.334	66.417	59.795	56.054	52.942	42.757
80	124.839	106.629	101.879	96.578	88.13	79.334	71.145	64.278	60.391	57.153	46.52
85	131.043	112.393	107.522	102.079	93.394	84.334	75.881	68.777	64.749	61.389	50.32
90	137.208	118.136	113.145	107.565	98.65	89.334	80.625	73.291	69.126	65.647	54.156
95	143.343	123.858	118.752	113.038	103.899	94.334	85.376	77.818	73.52	69.925	58.022
100	149.449	129.561	124.342	118.498	109.141	99.334	90.133	82.358	77.929	74.222	61.918

## Anexo N° 12 farmacia del IESS-SD AGOSTO 2014

<div><div><div></div><div><div>DIRECCIÓN NACIONAL MÉDICO SOCIAL</div><div>SUBDIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO Y CONTROL DE PRESTACIONES</div></div></div><div>INFORME ESTADÍSTICO MENSUAL DE FARMACIA</div></div>																																	
(1) UNIDAD MÉDICA: IESS HOSPITAL SANTO DOMINGO														(2) MES: AGOSTO							(3) AÑO: 2014												
DÍA	RECETAS DESPACHADAS																		SERVICIO														
	TIPO DE BENEFICIARIO										SEXO								GRUPOS DE EDAD							CONSULTA E		HOSPITALIZ		EMERGENCIA		OTRAS UNIDADES	TOTAL RECETA
	SEGURO P. SALUD NO INDI- CADO	SEGURO P. DE RIESGOS	ACTIVO	VOLUNTAR 7	DEPENDIENTE 8	CONYUGUE 9	VIUOS < 60 10	LIBERADO 11	S.S.C. 12	VULNERABLE 13	MONITOREO 14	PROTECCIÓN 15	NO AFILIADO 16	TOTAL 17	MASCULINO 18	FEMENINO 19	TOTAL 20	MEJOR DE 1 MES 21	DE 1 A 11 MESES 22	DE 1 A 14 AÑOS 23	DE 15 A 40 AÑOS 24	DE 41 A 60 AÑOS 25	61 Y + AÑOS 26	TOTAL 27	CONSULTA E 28	HOSPITALIZ 29	EMERGENCIA 30						
1	670			20	10	310	78	307	29	16	1440	724	716	1440			9	305	511	327	288	1440	481	628	330	1	1439						
2	410			4	7	279	38	200	5	16	959	554	405	959			7	265	334	191	162	959	106	477	375	1	958						
3	395			4	6	247	49	227	10	27	965	536	429	965			8	230	301	249	177	965	112	580	273		966						
4	745			13	4	296	68	247	20	33	1426	750	676	1426			12	255	552	331	276	1426	508	637	281		1427						
5	676			11	4	332	77	323	8	37	1468	737	731	1468			7	279	506	344	332	1468	488	659	321		1468						
6	773			9	17	266	47	248	8	32	1400	648	752	1400			15	200	569	375	241	1400	435	655	310		1400						
7	623			19	6	260	85	194	5	18	1210	548	662	1210			17	198	458	318	219	1210	434	530	246		1211						
8	545			8	10	302	61	225	11	69	1231	681	550	1231			32	251	483	239	226	1231	403	550	278		1232						
9	319			19	5	318	54	148	5	7	875	502	373	875			14	255	289	136	181	875	116	412	347		877						
10	359			5	8	258	61	139	5	0	835	529	306	835			17	211	277	169	161	835		427	408		835						
11	607			11	4	320	68	175	11	12	1208	619	589	1208			25	258	442	287	196	1208	527	460	221		1209						
12	662			31	8	305	98	246	13	17	1380	669	711	1380			16	256	515	307	286	1380	540	582	258		1381						
13	626			29	6	298	79	245	6	16	1305	660	645	1305			20	223	522	291	249	1305	364	644	297		1306						
14	617			12	8	387	68	224	18	21	1355	698	657	1355			33	341	497	298	186	1355	494	604	257		1356						
15	645			23	15	282	68	216	14	18	1281	577	704	1281			24	236	458	328	235	1281	490	559	231	1	1281						
16	383			7	3	295	60	152	10	4	914	545	369	914			21	258	270	163	202	914	188	488	238		914						
17	304					305	49	190	8	5	861	482	379	861			17	277	257	141	169	861	155	395	311		861						
18	815			27	3	422	87	297	21	33	1705	952	753	1705			19	395	548	399	344	1705	706	666	333		1706						
19	583			11	2	253	109	327	38	27	1350	683	667	1350			11	229	395	339	376	1350	456	645	249		1351						
20	517			15		313	97	310	32	31	1315	746	569	1315			20	245	446	304	300	1315	361	673	281		1316						
21	629			15	5	352	74	289	29	39	1432	760	672	1432			16	307	450	302	357	1432	494	704	234		1433						
22	619			28	4	363	82	292	25	8	1421	726	695	1421			25	290	471	323	312	1421	501	709	211		1422						
23	398			10	2	276	76	222	23	20	1027	575	452	1027			20	233	320	235	219	1027	201	587	239		1028						
24	327			7	6	247	60	170	15	20	852	476	376	852			27	220	236	194	175	852	162	511	179		853						
25	676			27	4	319	90	258	18	35	1427	742	685	1427			23	261	525	345	273	1427	586	585	256		1428						
26	673			13	4	386	99	279	13	26	1493	832	661	1493			19	317	464	367	326	1493	521	624	348		1494						
27	583			18	1	294	65	256	13	33	1263	690	573	1263			25	254	426	338	220	1263	430	616	217		1264						
28	605			6	13	300	89	239		45	1297	694	603	1297			14	266	509	271	237	1297	435	619	243		1298						
29	643			21	29	340	102	277	3	37	1452	791	661	1452			34	293	513	343	269	1452	386	645	421		1454						
30	407			9	6	247	69	194		17	949	576	373	949			12	237	307	181	212	949		515	434		949						
31	396			8	14	253	72	175	1	17	936	591	345	936			11	232	334	178	181	936		484	452		936						
TOTAL	17230	0	440	214	9425	2279	7291	417	736	38032	20293	17739	38032	0	570	8077	13185	8613	7587	38032	11080	17670	9079	3	38029								

## ATENCIONES 2014

ESPECIALIDADES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	TOTAL
CARDIOLOGIA	218	210	153	201	115	190	208	161	210	208	82	1956
CIRUGIA GENERAL	248	223	216	236	381	401	418	356	439	318	380	3616
CIRUGIA PLASTICA	164	176	170	227	236	265	119	312	274	229	206	2378
CIRUGIA VASCULAR		0	0	0	0	0	0	0	0	114	194	308
GASTROENTEROLOGIA	149	91	0	0	0	0	0	0	0	0	90	330
GINECOLOGIA	723	684	730	644	747	893	838	745	702	330	484	7520
MEDICINA GENERAL	493	454	56	117	1618	1694	2380	2061	1756	1638	1296	13563
MEDICINA INTERNA	456	530	536	371	371	324	421	397	610	594	518	5128
NEUROLOGIA	262	362	130	378	327	344	342	371	437	209	373	3535
OFTALMOLOGIA	892	741	878	572	820	871	898	611	704	573	237	7797
OTORRINOLARINGOLOG	671	621	455	377	614	653	699	703	643	522	329	6287
ODONTOLOGIA	685	599	595	635	460	342	308	404	438	345	402	5213
NUTRICION	92	62	115	158	177	225	257	253	256	237	297	2129
PEDIATRIA	0	0	176	405	404	390	322	342	346	426	418	3229
PSICOLOGIA	0	0	55	123	143	202	204	173	120	117	174	1311
REHABILITACION	283	342	268	321	331	347	341	338	364	368	49	3352
TRAUMATOLOGIA	430	553	636	712	666	686	637	437	871	805	736	7169
UROLOGIA	207	223	175	175	191	187	185	241	212	222	219	2237
TOTAL	5973	5871	5344	5652	7601	8014	8577	7905	8382	7255	6484	77058

## Anexo Nº 13 análisis de correlaciones

		Correlaciones				
		¿El servicio y/o producto que brinda emergencia es el esperado?	¿El personal se muestra dispuesto a ayudar a los usuarios?	¿El personal que lo atiende es amable y confiable en su trato?	¿Cuándo acude a emergencias hospitalarias es atendido con rapidez?	¿He observado mejoras en el funcionamiento general del Servicio en mis distintas visitas al mismo?
¿El servicio y/o producto que brinda emergencia es el esperado?	Correlación de Pearson	1	,510**	,687**	,516**	,125*
	Sig. (bilateral)		,000	,000	,000	,028
	N	309	309	309	309	309
¿El personal se muestra dispuesto a ayudar a los usuarios?	Correlación de Pearson	,510**	1	,753**	,117*	,566**
	Sig. (bilateral)	,000		,000	,039	,000
	N	309	309	309	309	309
¿El personal que lo atiende es amable y confiable en su trato?	Correlación de Pearson	,687**	,753**	1	,245**	,380**
	Sig. (bilateral)	,000	,000		,000	,000
	N	309	309	309	309	309
¿Cuándo acude a emergencias hospitalarias es atendido con rapidez?	Correlación de Pearson	,516**	,117*	,245**	1	,029
	Sig. (bilateral)	,000	,039	,000		,614
	N	309	309	309	309	309
¿He observado mejoras en el funcionamiento general del Servicio en mis distintas visitas al mismo?	Correlación de Pearson	,125*	,566**	,380**	,029	1
	Sig. (bilateral)	,028	,000	,000	,614	
	N	309	309	309	309	309

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* . La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

## Anexo N° 14: Correlaciones no paramétricas

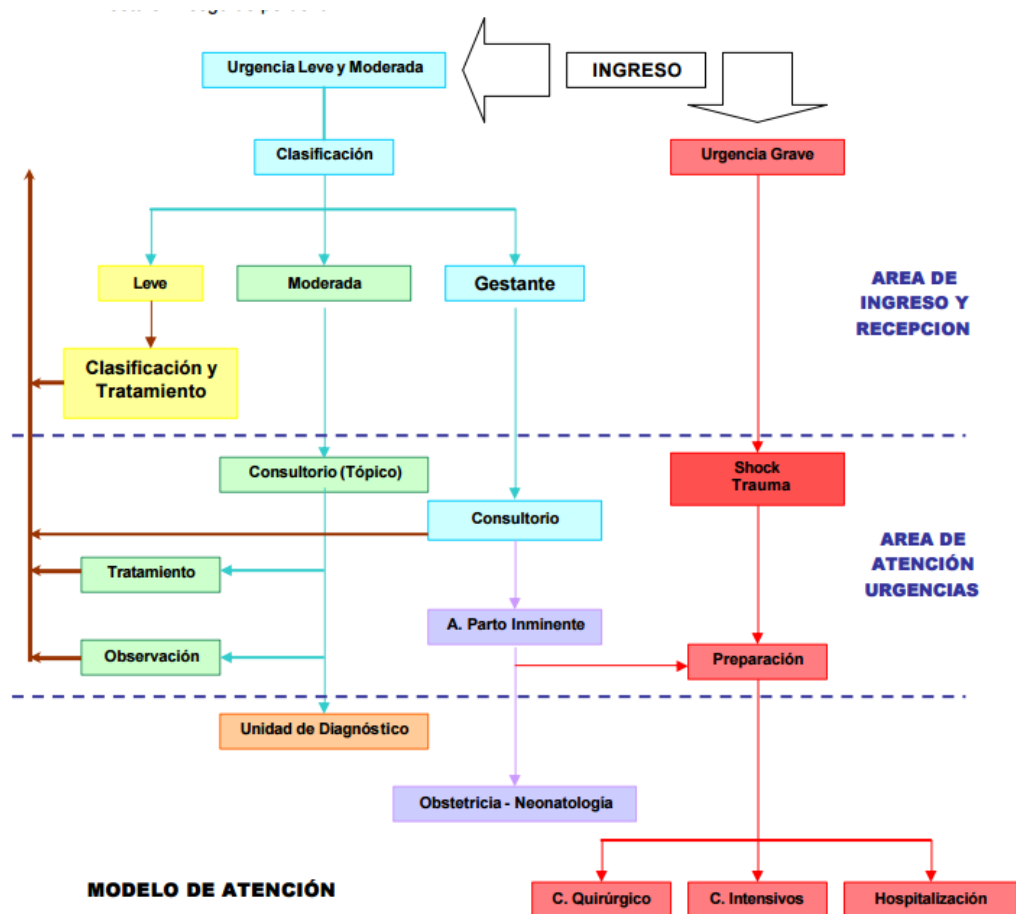
Correlaciones

			¿El servicio y/o producto que brinda emergencia es el esperado?	¿El personal se muestra dispuesto a ayudar a los usuarios?	¿El personal que lo atiende es amable y confiable en su trato?	¿Cuándo acude a emergencias hospitalarias es atendido con rapidez?	¿He observado mejoras en el funcionamiento general del Servicio en mis distintas visitas al mismo?
Tau_b de Kendall	¿El servicio y/o producto que brinda emergencia es el esperado?	Coefficiente de correlación	1,000	,621**	,666**	,296**	,143**
		Sig. (bilateral)	.	,000	,000	,000	,008
		N	309	309	309	309	309
	¿El personal se muestra dispuesto a ayudar a los usuarios?	Coefficiente de correlación	,621**	1,000	,670**	,137*	,324**
		Sig. (bilateral)	,000	.	,000	,012	,000
		N	309	309	309	309	309
	¿El personal que lo atiende es amable y confiable en su trato?	Coefficiente de correlación	,666**	,670**	1,000	,259**	,309**
		Sig. (bilateral)	,000	,000	.	,000	,000
		N	309	309	309	309	309
	¿Cuándo acude a emergencias hospitalarias es atendido con rapidez?	Coefficiente de correlación	,296**	,137*	,259**	1,000	,032
		Sig. (bilateral)	,000	,012	,000	.	,578
		N	309	309	309	309	309
	¿He observado mejoras en el funcionamiento general del Servicio en mis distintas visitas al mismo?	Coefficiente de correlación	,143**	,324**	,309**	,032	1,000
		Sig. (bilateral)	,008	,000	,000	,578	.
		N	309	309	309	309	309

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

## Anexo N° 15 Modelo de emergencia



## Anexo N° 16 emergencias del hospital Dr. Gustavo Domínguez

