



FACULTAD DE POSTGRADO

TESIS DE POSTGRADO

**DIAGNÓSTICO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS Y
PROTOCOLOS DE ATENCIÓN DE LA SALA DE EMERGENCIA
DE HOSPIMED**

SUSTENTADO POR:

MARÍA GABRIELA LINARES MATA

JORGE CARLOS PINEDA GARCÍA

**PREVIA INVESTIDURA AL TÍTULO DE
MÁSTER EN FINANZAS Y DIRECCIÓN EMPRESARIAL**

**TEGUCIGALPA, M.D.C., FRANCISCO MORAZÁN,
HONDURAS, C.A.**

ENERO 2013

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA CENTROAMERICANA
UNITEC**

FACULTAD DE POSTGRADO

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR

LUIS ORLANDO ZELAYA MEDRANO

SECRETARIO GENERAL

JOSÉ LÉSTER LÓPEZ

VICERRECTOR ACADÉMICO

MARLON ANTONIO BREVÉ REYES

DECANO DE LA FACULTAD DE POSTGRADO

JEFFREY LANSDALE

**DIAGNÓSTICO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS Y
PROTOCOLOS DE ATENCIÓN DE LA SALA DE EMERGENCIA
DE HOSPIMED**

**TRABAJO PRESENTADO EN CUMPLIMIENTO DE LOS
REQUISITOS EXIGIDOS PARA OPTAR AL TÍTULO DE
MÁSTER EN**

FINANZAS Y DIRECCIÓN EMPRESARIAL

**ASESOR METODOLÓGICO
MARLON ANTONIO BREVÉ**

**ASESOR TEMÁTICO
HENRY ANDINO VELÁSQUEZ**

MIEMBROS DE LA TERNA:

**VIRGILIO PAREDES
RAFAEL ATMELLA
HENRY ANDINO**

DEDICATORIA

Dedicamos la culminación de esta investigación a Dios por ser apoyo espiritual incondicional, fuente de inspiración y fuerza en los momentos difíciles y por brindarnos la sabiduría, entendimiento y fortaleza necesaria para culminar con éxito esta trayectoria académica.

A nuestros padres, quienes con su incondicional apoyo, paciencia y sabios consejos han sabido guiarnos con rectitud y templanza en el camino de la vida brindándonos ánimo al creer en nosotros.

María Gabriela Linares y Jorge Carlos Pineda

AGRADECIMIENTO

Agradecemos en primer lugar a Dios por acompañarnos e iluminar nuestras mentes en todos los momentos y aspectos de nuestra formación académica así como en la elaboración y culminación de esta investigación. A nuestros padres y demás familiares que han creído en nosotros y han concedido su apoyo moral, económico y emocional, de forma directa o indirecta, en el emprendimiento y culminación de esta etapa de nuestras vidas.

Agradecemos también a todos los catedráticos de esta universidad que han contribuido a nuestra formación profesional a través de los conocimientos, experiencias y valores transmitidos durante las horas de clases y en especial a nuestros asesores de tesis Dr. Marlon Antonio Brevé Reyes y el Dr. Henry Andino Velásquez quienes nos guiaron con sus conocimientos, ideas, sabiduría y paciencia a fin de que pudiéramos generar y concretar un trabajo armonioso de valor académico y profesional para nosotros y para esta institución. De igual modo agradecemos al Lic. Guillermo Federico Fiallos Aguilar por mostrarnos que el primer paso hacia el éxito personal y profesional es cambiar aquello que se debe cambiar (*mutatis mutandis*).

Asimismo, agradecemos a nuestros amigos y amigas quienes han sido fuente de alegría, consejo y ánimo en esta ardua tarea. Al Director General y personal de HOSPIMED por abrirnos las puertas y permitirnos realizar de esta investigación.

Finalmente, agradecemos a esta universidad por contribuir con nuestra transformación y preparación para ser mejores profesionales.

María Gabriela Linares Mata y Jorge Carlos Pineda García



FACULTAD DE POSTGRADO

DIAGNÓSTICO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN DE LA SALA DE EMERGENCIA DE HOSPIMED

AUTORES:

MARÍA GABRIELA LINARES MATA

JORGE CARLOS PINEDA GARCÍA

RESUMEN

El presente estudio fue realizado sobre la base de las teorías de las normas administrativas y protocolos de atención médica, enfocándose en determinar la existencia y aplicación de estas herramientas en la sala de emergencia del Hospital y Clínica de Especialidades (HOSPIMED), ubicado en la colonia Kennedy de Tegucigalpa. La investigación se basó en un diseño mixto, siendo analizados factores cualitativos y cuantitativos referentes a la información recopilada de las fuentes primarias a través de instrumentos como entrevistas, encuestas y de fuentes secundarias. Se concluyó que dicho hospital cuenta con normas administrativas para la sala de emergencia, pero éstas no se encuentran formalizadas. Asimismo, se constató que la atención médica de la sala de emergencia no se basa en protocolos de atención médica, aunque éstos no son de carácter obligatorio, constituyen una buena práctica en materia de medicina pues contribuyen a mejorar calidad de atención médica y el nivel de ingresos económicos. Sobre estos aspectos, se determinó que los pacientes de la

sala de emergencia de HOSPIMED tienen una buena percepción de la calidad del servicio, considerando que el 56% de los encuestados calificó la atención de buena y un 33% de excelente. Asimismo, se demostró que los ingresos económicos generados por dicha sala se pueden incrementar en un 22% con el uso de protocolos médicos. Finalmente, se propuso un plan de acción para HOSPIMED a fin de que éste fortalezca la calidad de atención médica, así como su gestión administrativa.

Palabras claves: Sala de emergencia, normas administrativas, protocolos de atención médica, calidad de atención, plan de acción.



GRADUATE SCHOOL

DIAGNOSTICS OF ADMINISTRATIVE RULES AND CARE PROTOCOLS OF HOSPIMED'S EMERGENCY ROOM

AUTHORS:

MARÍA GABRIELA LINARES MATA

JORGE CARLOS PINEDA GARCÍA

ABSTRACT

The present study, carried out on the basis and theories of administrative rules and medical care protocols, focused on determining the existence and application of these tools in the emergency room of the Hospital and specialty Clinic (HOSPIMED), located in the Kennedy neighborhood of the city of Tegucigalpa. The information for this research was gathered through primary sources using evaluation instruments such as interviews and surveys and secondary sources. This research is based on a mix design due that qualitative and quantitative factors were analyzed from the collected information from both medical and administrative staff as well as patients that visited the emergency room of the hospital.

It was concluded that this hospital has administrative rules for the emergency room, but these are not formalized. Also, it was confirmed that the emergency room is not based health care protocols, although these are not a compulsory regulation, they constitute a good practice in the medical field because they contribute to improve care quality and income level. On these aspects, it was determined that the patients that attend HOSPIMED's emergency room have a good quality perception of the medical service offered, where 56% of the sample population rated the emergency service as good and 33% as excellent. Also, it was showed that the income generated by this room may increase by 22% with the use of medical protocols. Finally, an action plan for the emergency room of HOSPIMED has been proposed in order to improve its administrative management and strengthen the medical health care attention.

Key words: Emergency room, administrative rules, medical health care protocols, care quality, action plan.

ÍNDICE

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 INTRODUCCIÓN.....	1
1.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	2
1.3 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.3.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....	3
1.3.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.3.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	4
1.4 OBJETIVOS DEL PROYECTO.....	5
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	5
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
1.5 VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
1.6 JUSTIFICACIÓN.....	6

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 CONCEPTOS Y DEFINICIONES BÁSICAS.....	8
2.2 PROCESOS DE ATENCIÓN SANITARIA.....	10
2.2.1 GESTIÓN DE PROCESOS EN INSTITUCIONES DE SALUD.....	13
2.2.2 DEFINICIÓN Y CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LOS PROCESOS.....	14
2.2.3 CARACTERÍSTICAS DE LOS PROCESOS.....	15
2.3 CALIDAD DE LOS SERVICIOS.....	16
2.3.1 CALIDAD DE LOS SERVICIOS MÉDICOS.....	17
2.4 NORMAS ADMINISTRATIVAS.....	20
2.5 PROTOCOLOS DE ATENCIÓN MÉDICA.....	22
2.5.1 TIPOS DE PROTOCOLOS.....	22
2.5.2 ROL DE LOS PROTOCOLOS.....	24
2.5.3 PARTES DE UN PROTOCOLO.....	25
2.5.4 CONSIDERACIONES IMPORTANTES SOBRE LOS PROTOCOLOS.....	28
2.6 GUÍA CLÍNICA.....	28

2.7 SERVICIOS HOSPITALARIOS.....	30
2.7.1 MODELO DE NEGOCIOS DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS.....	31
2.7.2 SERVICIOS HOSPITALARIOS EN HONDURAS.....	32
2.8 SERVICIO DE EMERGENCIA.....	34
2.8.1 INDICADORES DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS MÉDICOS.....	37
2.9 HOSPITAL Y CLÍNICAS DE ESPECIALIDADES HOSPIMED.....	47
2.9.1 ORIGEN.....	47
2.9.2 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA.....	48
2.9.3 SALA DE EMERGENCIA HOSPIMED.....	50

CAPITULO III. METODOLOGÍA

3.1 ENFOQUE.....	51
3.2 DISEÑO.....	51
3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	52

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y ANÁLISIS

4.1 EVALUACIÓN DEL NIVEL DE APLICACIÓN DE NORMAS ADMINISTRATIVAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN.....	56
4.1.1 ENTREVISTA A DIRECTOR GENERAL.....	56
4.1.2 ENTREVISTA A PERSONAL ADMINISTRATIVO.....	58
4.1.3 ENTREVISTA A MÉDICOS ASISTENCIALES DEL SERVICIO DE EMERGENCIA.....	60
4.1.4 ENCUESTAS A PACIENTES.....	63
4.1.5 SÍNTESIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LAS NORMAS ADMINISTRATIVAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN.....	70
4.2 ANÁLISIS DE ESTADÍSTICAS Y GENERACIÓN DE INGRESOS DE LA SALA DE EMERGENCIA A PARTIR DE LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN MÉDICA.....	72
4.3 ANÁLISIS COMPARATIVO DE HOSPITALES SIMILARES.....	76
4.4 ANÁLISIS FODA DE LA SALA DE EMERGENCIA DE HOSPIMED.....	77

CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

5.1 CONCLUSIONES.....	79
5.2 RECOMENDACIONES.....	81

CAPÍTULO VI. APLICABILIDAD.

6.1 INTRODUCCIÓN.....	83
6.2 OBJETIVOS.....	83
6.3 ALCANCE.....	84
6.4 IMPACTO.....	84
6.5 PROCESO DE ATENCIÓN MÉDICA DE LA SALA DE EMERGENCIA DE HOSPIMED.....	84
6.5.1 PARTICIPANTES Y ROLES.....	84
6.5.2 PRINCIPALES FALLAS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA DEL PROCESO.....	86
6.6 ANÁLISIS DEL COSTO BENEFICIO DE IMPLEMENTAR EL PLAN DE ACCIÓN.....	90

BIBLIOGRAFÍA.....	93
--------------------------	-----------

ANEXOS.....	98
--------------------	-----------

ÍNDICE DE TABLAS.....	114
------------------------------	------------

ÍNDICE DE FIGURAS.....	115
-------------------------------	------------

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 INTRODUCCIÓN

En la actualidad el crecimiento poblacional y el surgimiento de nuevas y diversas patologías generan necesidades en materia de salud que exigen a los hospitales públicos y privados requerimientos funcionales cada vez más específicos para atender y satisfacer la demanda de los usuarios. En este contexto, las instituciones prestadoras de servicios de salud enfrentan dos grandes retos, el primero es proporcionar soluciones médicas que aseguren la calidad de vida de las personas y en segundo lugar, ser entes económicamente sostenibles o rentables, según su naturaleza (pública o privada).

Una institución hospitalaria al igual que cualquier empresa de servicios, adopta normas, procesos y métodos de trabajo estandarizados en donde la dirección es la parte esencial y central de la administración, a la cual se deben subordinar y ordenar todos los demás elementos. Domingo Celis en su tesis de gestión hospitalaria define que: “en un hospital a parte de la administración de los recursos financieros, recursos materiales y tecnológicos, es fundamental para la dirección y gestión, la administración de recursos humanos” (Domingo, 2011). Estos elementos se enfocan a la mejora en la calidad de atención médica y en muchas ocasiones este factor se vuelve un valor agregado para los hospitales privados que desean destacar ante una creciente ola de competidores.

Partiendo de esto, la presente propuesta de investigación busca determinar en qué medida el nivel de calidad de atención médica se ve afectado por el estilo de administración hospitalaria que tiene como base la aplicación de normas administrativas y protocolos de atención, delimitándose ésta al servicio de atención médica de la sala de emergencia del Hospital y Clínicas de Especialidades (HOSPIMED), considerando que la misma representa una las principales áreas de atención de dicho hospital.

El estudio se desarrolló a través de un diseño mixto y se fundamentó en las principales teorías y estándares establecidos sobre calidad, normas administrativas, procesos, protocolos de atención médica e indicadores de desempeño de un servicio de emergencia. Su estructura se ve representada en seis grandes apartados. En el primero (Capítulo I) se establece el planteamiento de la investigación, en el segundo (Capítulo II) se enuncian los principales fundamentos teóricos, en el tercero (Capítulo III) se describe la metodología de investigación, en el cuarto apartado (Capítulo IV) se muestran los principales resultados derivados de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, el quinto apartado (Capítulo V) concentra las principales conclusiones y recomendaciones y el último apartado (Capítulo VI) constituye la propuesta definida en pro de la institución hospitalaria que propició la ejecución de la investigación.

1.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

Las fallas en los sistemas de salud de los países en desarrollo constituyen las principales barreras para el acceso de la población a la atención sanitaria. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS), reconoce que:

A pesar del progreso que se ha tenido en las ciencias y técnicas sanitarias, el estado de salud de gran parte de la población del mundo continúa siendo malo, lo cual impide el desarrollo humano en general, obtener provecho de las posibilidades de vida productiva y el derecho de vivir y morir con dignidad (Organización Mundial de La Salud, 2012).

En el caso de Honduras, la atención sanitaria no se escapa de estos problemas. La Secretaría de Salud establece que el sistema de salud hondureño no cubre los requisitos de equidad, eficiencia, calidad y participación social. Asimismo, indica que la capacidad existente es insuficiente ante la demanda desproporcionada de los servicios. Bajo esta situación, la participación de las instituciones de salud privada ha contribuido en gran medida a cubrir esa demanda insatisfecha en términos de cobertura y de calidad.

No obstante, siguen siendo un reto tanto para las instituciones hospitalarias públicas y privadas alcanzar mayores niveles de eficiencia, eficacia y calidad a fin de ser auto-sostenibles y rentables, respectivamente.

En materia de calidad y rentabilidad de las instituciones hospitalarias, es bien conocido que las mismas dependen entre otros factores del estilo de administración, de aquí se derivaran los lineamientos, estándares médicos y acciones concretas que estén dispuestos a emprender en pro de la calidad y eficiencia operativa. La calidad de servicio es un factor importante para cualquier institución pero lo es más para los hospitales, pues de esta depende la salud y vida de los pacientes en vista de que evita y reduce la cantidad de fallas médicas. Además es un medio para ganar prestigio y una herramienta para fidelizar pacientes y por lo tanto mantener la capacidad de generar ingresos económicos.

1.3 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

La expectativa de un paciente al acudir a instituciones hospitalarias privadas, es que las herramientas, personal médico y procedimientos empleados sean de la más alta calidad y que garanticen una atención oportuna, personalizada, integral, con un diagnóstico confiable y un tratamiento eficaz. Sin embargo, en los hospitales a menudo se presentan fallas y dificultades en la calidad de atención originadas en gran parte por el incumplimiento de las disposiciones de carácter administrativo y de los protocolos de atención establecidos, o bien por la ausencia de éstos en los servicios de salud. Según estimaciones, un 4% de las desviaciones en las prácticas médicas se traducen en muertes y apenas un 20% de la práctica médica tiene fundamento en actos de rigurosa efectividad, el otro gran porcentaje no tiene fundamento científico sólido (Rivera, 2003).

Para contrarrestar lo antes señalado, a nivel mundial muchas instituciones hospitalarias han optado por establecer protocolos de atención como una buena práctica que se deriva de la Medicina Basada en Evidencia. Sin embargo, en Honduras no existen datos o estudios que muestren si las instituciones de salud privada y específicamente, sus salas de emergencia se desempeñan con base a protocolos de atención. La adopción de estas no constituye una obligación, sino una mejor práctica y por lo tanto su uso dependerá de la filosofía y normas administrativas que establezcan los altos mandos de las mismas.

En este contexto, se enmarca el caso del Hospital y Clínicas de Especialidades (HOSPIMED), institución de atención de salud privada ubicada en la colonia Kennedy de Tegucigalpa, que cuenta con una sala de emergencia, sobre la cual se desconoce su forma de administración y su sistema particular de atención médica así como el nivel de calidad de la misma.

1.3.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se desconoce el nivel de aplicación y conocimiento de normas administrativas y protocolos de atención en la sala de emergencia de HOSPIMED y el impacto de éstos en la calidad de atención médica.

1.3.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- 1) ¿Existen normas administrativas y protocolos de atención médica establecidos para la sala de emergencia de HOSPIMED?
- 2) ¿Se aplican o se da cumplimiento a las normas administrativas y protocolos de atención de la sala de emergencia de HOSPIMED?
- 3) ¿Cumple HOSPIMED con las prácticas mínimas o básicas de atención de una sala de emergencia?

- 4) ¿De qué forma la existencia y aplicación de normas administrativas y protocolos de atención de la sala de emergencia de HOSPIMED impacta en la calidad de atención médica que se brinda así como en la generación de ingresos económicos?

1.4 OBJETIVOS DEL PROYECTO

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el conocimiento y aplicación de normas administrativas y protocolos de atención en la sala de emergencia de HOSPIMED y su relación con la calidad de atención y generación de ingresos económicos.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Evaluar el nivel de conocimiento y aplicación de normas y protocolos de atención en la sala de emergencia de HOSPIMED.
2. Realizar un análisis de las estadísticas, costos e ingresos de la sala de emergencia de HOSPIMED.
3. Realizar un análisis comparativo de hospitales similares.
4. Identificar oportunidades de mejora en la sala de emergencia de HOSPIMED.
5. Evaluar la importancia de que existan normas administrativas y protocolos de atención médica.

1.5 VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

Variable dependiente: Calidad de atención de la sala de emergencia de HOSPIMED.

Variables independientes:

- 1) Existencia y aplicación de las normas administrativas.
- 2) Existencia y aplicación de los protocolos de atención.

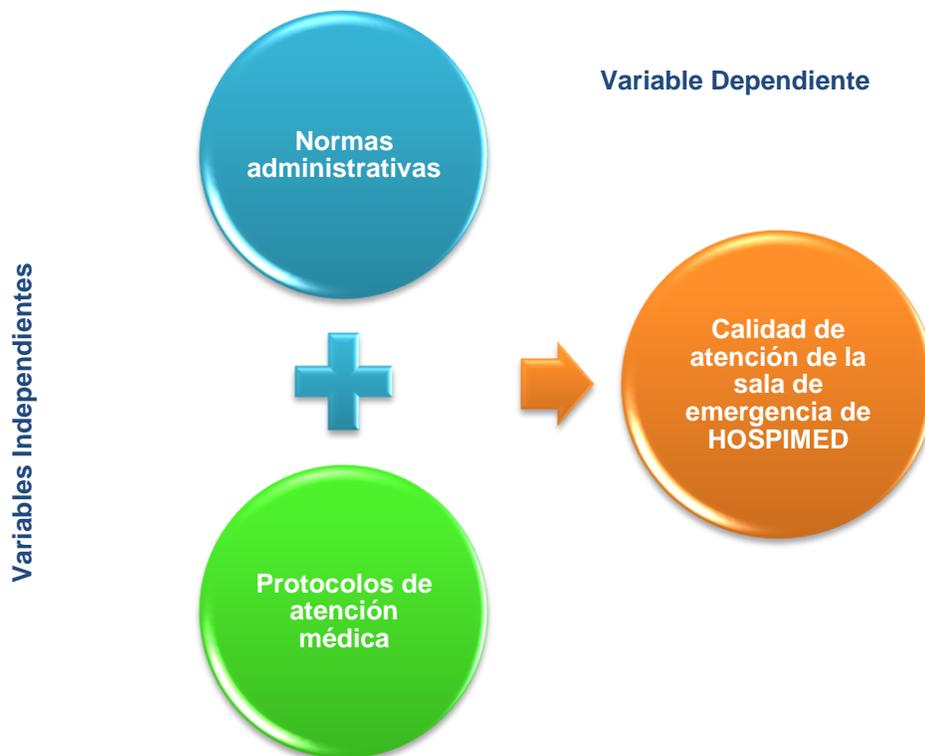


Figura 1. Variables de estudio

1.6 JUSTIFICACIÓN

El sistema de salud de Honduras está compuesto por centros de salud, césamos, hospitales públicos, clínicas y hospitales privados, que según el Instituto Nacional de Estadística representan el 40% de la atención en salud. El aporte que brindan los hospitales y clínicas privadas al país se ve reflejado de dos formas: 1) Ayudan a mantener la salud de la población hondureña y 2) Contribuyen al desarrollo económico y social del país, al ser empresas con fines de lucro y proveedores de fuentes de empleo.

Una parte importante de los ingresos que aseguran la rentabilidad de los hospitales privados proviene de la atención médica que se brinda en las salas de emergencia, por medio de éstas se atiende a los pacientes que acuden al hospital en estados críticos de salud; razón por la cual, para los hospitales debe ser una prioridad contar con salas de

emergencia que cumplan con los estándares de atención e infraestructura requeridos para garantizar la calidad de servicio y asegurar los ingresos.

En la gestión hospitalaria, la calidad de la atención en salud debe ser alcanzable, medible y estar plasmada a través de normas administrativas y protocolos de atención médica estandarizados. Estos factores facilitan a la gerencia y al personal involucrado en los servicios de salud, la toma de decisiones asertivas y una mejor utilización de los recursos disponibles. En este contexto, se considera relevante conocer cuáles son las principales brechas en cuanto a la aplicación de las normas administrativas y protocolos de atención médica en la sala de emergencia de HOSPIMED para proponer las correcciones necesarias.

Esta investigación permitirá conocer si la sala de emergencia de HOSPIMED implementa normas administrativas y protocolos de atención, así como el nivel de aplicación de los mismos. Derivado de esto se identificarán las mejoras que se podrían realizar para ofrecer una medicina protocolaria y su impacto en la calidad de atención. En otras palabras, HOSPIMED podrá tener un panorama claro y preciso, que en términos de gerencia hospitalaria contribuirá a la toma de decisiones respecto a las variables antes indicadas.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 CONCEPTOS Y DEFINICIONES BÁSICAS

A continuación se presentan la definición de los principales términos que serán empleados en el presente documento.

Atención médica: La disposición de un médico, de los servicios relacionados con el mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad y el tratamiento de enfermedades o lesiones.

Calidad de vida: La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

Calidad de atención médica: Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo de riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso.

Emergencia: Aquel caso en que la falta de asistencia conduciría a la muerte en minutos y en el que la aplicación de primeros auxilios por cualquier persona es de importancia vital.

Emergencia médica: Lesión o enfermedad que es grave y supone un riesgo inmediato para la vida de una persona o la salud a largo plazo; condición médica que se manifiesta con síntomas agudos de suficiente severidad (incluyendo dolor severo), y

que la ausencia de atención médica inmediata manifieste grave peligro para la salud de una persona, el deterioro grave de las funciones corporales y la disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Guía clínica: Directrices elaboradas sistemáticamente para asistir a los clínicos y a los pacientes en la toma de decisiones sobre la atención sanitaria adecuada para problemas clínicos específicos (García Gutiérrez & Bravo Toledo, 2001).

Hospital: Parte integrante de la organización médica social cuya función es la de proporcionar a la población atención médica completa tanto preventiva como curativa y cuyo servicio de consultorio externo alcanza a la familia en el hogar.

Medicina de emergencia: Especialidad de la medicina dedicada al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad o lesión imprevista. Incluye la evaluación inicial, diagnóstico, tratamiento y disposición de cualquier paciente que requiera pronta atención médica, quirúrgica o psiquiátrica.

Norma administrativa: Expresión usada en el contexto de la administración, organización de la empresa, negocios y gestión. Regla de conducta, obligatoria en su cumplimiento, emitida por quien legalmente tiene facultades para ello, que rige y determina el comportamiento de los servidores públicos y de los particulares frente a la Administración Pública.

Protocolo de atención médica: Documentos que describen la secuencia del proceso de atención de un paciente en relación a una enfermedad o estado de salud.

Sala de emergencia: Sección de un centro de atención médica que tiene por objeto proporcionar un tratamiento rápido para las víctimas de una enfermedad o trauma.

Triage: Es un método de la medicina de emergencias y desastres para la selección y clasificación de los pacientes basándose en las prioridades de atención, privilegiando la posibilidad de supervivencia, de acuerdo a las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles. Trata por tanto de evitar que se retrase la atención del paciente que empeoraría su pronóstico por la demora en su atención.

Urgencia: Toda situación que, en opinión del paciente, su familia o quién quiera que tome la decisión, requiere una atención médica inmediata. Toda aquella patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que debe ser atendida en máximo 6 horas; es preciso que el paciente padezca una enfermedad, que sin el tratamiento adecuado evolucione en un período de tiempo más o menos amplio hasta comprometer su vida.

2.2 PROCESOS DE ATENCIÓN SANITARIA

En la práctica y ejercicio profesional, el médico y demás personal de salud, poseen como objetivo la asistencia en salud a diferentes personas. El personal de salud emplea sus conocimientos, habilidades y capacidades en el desarrollo y cumplimiento de cuatro funciones sanitarias básicas:

- ▶ Asistencia.
- ▶ Docencia.
- ▶ Investigación.
- ▶ Administración

La función asistencial posee una connotación relevante en la práctica diaria, en vista que se subdivide en cuatro dimensiones que se interrelacionan con el ejercicio cotidiano y que en algunas ocasiones, una de estas predomina en la praxis diaria. Las dimensiones involucradas son la promoción de salud, la prevención, la curación (recuperación) y la rehabilitación. Por ello en el aspecto curativo, la función asistencial a individuos es realizada a través de lo que se denomina proceso de atención médica.

La atención médica se lleva a cabo cuando paciente y médico interactúan debido a la existencia de un problema de salud y puede considerarse un proceso ya que existe un ente al que se debe cambiar o alterar, que suele ser la enfermedad del paciente. Un significado que abarca el aspecto general de un proceso se entiende por:

Procedimientos constituidos por actividades (productivas), con la utilización de medios humanos y materiales, se obtendrá productos, que, de forma general, serán bienes o servicios (según el tipo de empresa y su producción); estos bienes o servicios se pondrán finalmente a disposición de los llamados consumidores; es decir, a quienes pueda interesar la adquisición o beneficio de los mismos (Cuatrecasas, Álvarez, Amat, & Otros, 2000).

Esta disposición permite que se origine una circunstancia o condición preliminar, que es el paciente enfermo, y un estadio final, que es el paciente curado. La enfermedad o problema de salud significa una determinada situación no favorable en el estado de salud del enfermo; el estado de enfermedad se convierte entonces en el objeto que debe transformarse, cambiar sucesivamente con la interacción médico paciente. Es este objeto, sobre el cual recae la interacción y se logra identificar un estado inicial y otro final, conformando así un proceso en la asistencia médica.

Como proceso en el que interviene el ser humano, la atención médica constituye un objeto al cual se le aplica un enfoque de sistema para un adecuado estudio. Un sistema se define como un "Conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan" (Antonio, 2010). El significado de elemento hace referencia a "El componente de un sistema que provoca o determina una transformación en el objeto" (Álvarez de Zayas, 1999). Dicho lo anterior, se puede afirmar que la atención médica posee un enfoque sistémico y que el análisis de los procesos conduce a la determinación de los elementos que lo componen y de las relaciones que se establecen entre estos elementos.

Con base en lo anterior a continuación se desglosan los componentes involucrados en la atención médica:

- El objeto: Es el hombre, y concretamente su estado de salud (campo).
- Los sujetos: Son el médico y el propio paciente.
- El objetivo: Es la solución del problema del paciente.
- El problema: Está dado por la contradicción entre el estado de salud percibido por el individuo (paciente) y el estado deseado; este problema “general” se concreta, se individualiza, en uno o más problemas de salud específicos.
- El método: Es el método clínico.
- Los medios: Son los instrumentos, equipos, fármacos y otros insumos que pueden ser utilizados.
- La forma: Se refiere a la configuración témporo-espacial del proceso (atención de urgencia, consulta ambulatoria, ingreso hospitalario o domiciliario, situaciones fortuitas).
- Los contenidos: Son los conocimientos, habilidades y valores con los que opera el médico para (mediante el método, utilizando diversos medios y en función del objetivo) resolver el problema. También incluye las necesidades y expectativas de los pacientes y familiares.
- El resultado: Es el producto del proceso; la transformación lograda en el estado de salud del paciente; la superación o no del “problema”.

Estos elementos conforman la estructura externa del proceso de atención médica, el análisis de la asistencia médica mediante este enfoque es el esclarecimiento de las diferencias entre proceso y método: “El método forma parte del proceso; este último es el todo. No obstante, el método es el componente que expresa la configuración interna del proceso, la lógica de ejecución, su dinámica” (Corona Martínez, 2005). Sólo desde este punto de vista pueden ser indistintamente utilizados los términos proceso y método. Es evidente por tanto, la existencia de implicaciones docentes, asistenciales e investigativas del enfoque sistémico y de proceso aplicado a la atención médica.

2.2.1 GESTIÓN DE PROCESOS EN INSTITUCIONES DE SALUD

La gestión de procesos es una forma de organización diferente a la clásica organización funcional en la que prevalece la visión del cliente sobre las actividades de la organización. En esta línea, los procesos son gestionados de modo estructurado y sobre su mejora se logra también la mejora de la organización.

Una buena gestión de procesos en las instituciones sanitarias implica tener una visión clara sobre cuáles son los procesos de la misma. A continuación se presenta una clasificación de los procesos según el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM 2002):

- ▶ **Procesos clave:** Afectan de modo indirecto la prestación del servicio asistencial y por tanto la satisfacción del cliente externo (paciente). Ejemplo: Hospitalización en planta, atención en urgencias, hospitalización post-quirúrgica.
- ▶ **Procesos estratégicos:** Son los que permiten desarrollar e implementar la estrategia de la institución sanitaria. Ejemplo: Sistema de Dirección, Planificación Estratégica, Marketing, otros.
- ▶ **Procesos de soporte:** Éstos permiten la operación de la institución sanitaria, pero no son considerados claves por la misma. También se les denomina procesos de gestión. Ejemplo: Pago de nómina, facturación, contabilidad.

Un aspecto fundamental para la gestión de procesos, es la identificación y asignación de un Propietario del Proceso, quien asume la responsabilidad global de la gestión del mismo y de su mejora continua. El propietario debe tener la suficiente autoridad para implantar los cambios en los procesos que conduzcan a la mejora de los resultados, sus principales funciones son:

- ▶ Asumir la responsabilidad sobre el proceso y asegurar su eficacia y eficiencia de manera continua.
- ▶ Mantener la relación con el resto de los procesos y establecer requerimientos adecuados.
- ▶ Asegurar que el proceso está debidamente documentado y que la información se distribuye a todas las personas afectadas.
- ▶ Controlar y medir los resultados con el objetivo de mejorar el proceso de forma continua.

La gestión de proceso, también incluye actividades de modernización de los procesos, ésta consiste en:

- ▶ Eliminar la burocracia.
- ▶ Eliminar duplicidades
- ▶ Analizar el valor añadido al cliente.
- ▶ Simplificar los procesos.
- ▶ Reducir el tiempo de ciclo de proceso
- ▶ Revisión de las actividades de control.
- ▶ Prueba de errores.
- ▶ Promover la eficiencia de los recursos

2.2.2 DEFINICIÓN Y CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LOS PROCESOS

Una definición de proceso es la siguiente:

Un proceso implica el uso de los recursos de una organización para producir algo de valor. Ningún servicio puede prestarse y ningún producto puede fabricarse sin un proceso y ningún proceso puede existir sin un servicio o producto por lo menos. (Krajewesky, Ritzman, & Malhotra, 2008).

Según informe de SESCAM (2002), un proceso es el conjunto de actividades de trabajo interrelacionadas que se caracterizan por requerir insumos y tareas específicas que

generan valor añadido con miras a obtener resultados establecidos. Como se observa, un aspecto común en ambas definiciones es que los procesos se realizan con base a insumos (recursos).

Los autores antes mencionados, Krajewesky et al. Indican que al momento de establecer los procesos, se debe tener en cuenta tres principios relativos a las decisiones sobre los procesos:

- 1) Debe buscarse que los procesos sean apropiados a la situación y que funcionen bien en conjunto.
- 2) Los procesos deben ser componentes básicos de la cadena de valor de la empresa.
- 3) La gerencia debe prestar atención a las relaciones entre los procesos.

En ocasiones suele utilizarse indistintamente la palabra proceso y procedimiento. Sin embargo, existen diferencias entre ambas pues un proceso define lo que se hace, mientras que un procedimiento define como hacerlo.

2.2.3 CARACTERÍSTICAS DE LOS PROCESOS

No todas las actividades que se realizan en una organización constituyen un proceso o sub-procedimiento, un proceso se caracteriza principalmente por:

- ▶ Tener una misión o propósito claro.
- ▶ Contener entradas y salidas, permitir identificar los clientes, proveedores y producto final.
- ▶ Ser susceptible a descomponerse en operaciones o tareas.
- ▶ Se puede estabilizar mediante la aplicación de la metodología de gestión por proceso (tiempo, recursos, costos).
- ▶ Se puede asignar la responsabilidad del proceso a una persona.

2.3 CALIDAD DE LOS SERVICIOS

En la actualidad muchas empresas reconocen la importancia de la calidad como un medio para lograr la satisfacción del cliente. La filosofía de calidad fue adoptada primeramente por empresas manufactureras. Sin embargo, ahora se ha extendido a las empresas de servicios, entendiéndose como servicio cualquier actividad primaria o complementaria que no produce directamente un bien físico (relación cliente-proveedor). Como lo predijo el Dr. Armand Feigenbaum, fundador del movimiento de la calidad total, la calidad llegaría a ser de gran relevancia para la satisfacción del cliente, inclusive más importante que el precio.

Existen diversas definiciones de calidad, al respecto Summer (2006) cita la siguiente definición establecida por el doctor Feigenbaum:

Una determinación del cliente, basada en la comparación entre su experiencia real con el producto o servicio y sus requerimientos -sean éstos explícitos o implícitos, conscientes o apenas detectados, técnicamente operativos o completamente subjetivos-, que representa siempre un blanco móvil en los mercados competitivos.

En este contexto, el reconocido teórico del tema, Doctor Deming, también coincide en que la calidad debe definirse en términos de la satisfacción del cliente y reconoce que la calidad de un producto o servicio es multidimensional y que existen diferentes grados de calidad, es decir que un producto que satisface por completo al cliente A no necesariamente puede satisfacer al cliente B. Asimismo, el Doctor Deming establece que las actividades que se realicen para mejorar la calidad y los procesos provocarán una reacción económica en cadena en vista de que disminuirá los costos, errores, retrasos y mejorará la utilización de los recursos, conduciendo a una mejor productividad y por lo tanto mayor participación de mercado.

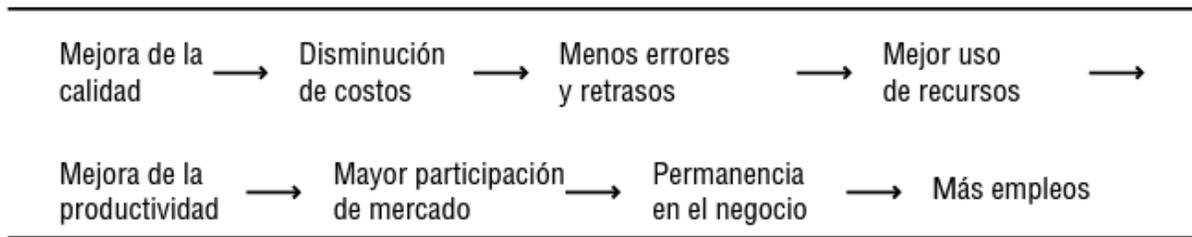


Figura 2. Reacción económica en cadena de Deming

Fuente: Summers, Donna. Administración de la Calidad (2006)

2.3.1 CALIDAD DE LOS SERVICIOS MÉDICOS

El objeto de la calidad en la atención médica consiste en otorgar cuidados e interés médico al usuario, con oportunidad, conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, de manera segura que permita satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas, con satisfacción de los prestadores de servicios y de la institución.

Se entiende que la calidad del servicio que se presta en un hospital depende en gran medida de las interacciones entre pacientes, enfermeras, médicos y otros empleados. Esto significa calidad en la comunicación entre el médico, el paciente, el equipo de salud y los familiares con el fin de mantener la confianza, la empatía, el interés, la honestidad, la solidaridad, la sensibilidad y el respeto a los valores y principios de los enfermos. Para asegurar la calidad en el ejercicio de los servicios de atención sanitaria, toma relevancia que las instituciones prestadoras de servicios de salud y el personal que integra las mismas conozcan y hagan valer el consentimiento informado, cuyo objetivo, como procedimiento médico formal, es aplicar el principio de autonomía del paciente, es decir la obligación de respetar a los pacientes como individuos y hacer honor a sus preferencias en cuidados médicos.

El Manual de Ética de 1984 de la Asociación Médica Americana, a través de la OMS, afirma sobre el Consentimiento Informado lo siguiente:

Consiste en la explicación, a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de la enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su consentimiento para ser sometido a esos procedimientos. La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada; la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coerción; el médico no debe sacar partido de su potencial dominancia psicológica sobre el paciente.

El rubro de la salud es uno de los sectores de servicio que enfrenta presiones continuas por mejorar la calidad. A raíz de esto, desde hace varios años se han realizado esfuerzos por concentrarse en la misma, así en 1910, Ernest Codman propuso el denominado “Sistema de resultado final de la estandarización en los hospitales” dicho sistema se fundamenta en el seguimiento de los pacientes durante un período de tiempo suficiente para determinar la eficacia del tratamiento e identificar la razón de los tratamientos que no resulten eficaces con el objetivo de lograr el éxito en casos futuros similares.

En este camino por lograr la calidad, a nivel internacional, principalmente en Estados Unidos han surgido diversas instituciones que en la actualidad se encargan de velar por la calidad de los servicios de salud. A continuación se mencionan algunas de éstas:

- El American College of Surgeons (ASC), estableció en 1917 los estándares mínimos para hospitales.
- La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JACHO), creado en 1951, es considerado el principal organismo de acreditación para el cuidado de la salud.

Una de las contribuciones más importantes de este organismo es el establecimiento de nuevas normas, mismas que incentivan la capacitación de los directores generales de hospitales en métodos de mejoramiento continuo de la calidad (MCC).

- El National Committee for Quality Assurance (NCQA), se centra en las actividades de acreditación y evaluación del desempeño de las organizaciones de atención administradas (OAA).

Aún cuando se realizan esfuerzos por mejorar la calidad se siguen presentando fallas significativas, los autores Evans y Lindsay en su libro Administración y Control de la Calidad (2008) citan el estudio realizado en 1998 por la President's Advisory Commissions on Consumer Protection and Quality in the Health Care Industry titulado "Primero la calidad: mejor cuidado a la salud de todos los estadounidenses" en el cual se pusieron de manifiesto los siguientes problemas de calidad en el cuidado de la salud:

1. Errores evitables: Lesiones durante el tratamiento que en algunos casos provocan muertes prematuras, sucesos ocasionados por negligencia médica.
2. Subutilización de servicios: Carencias de cuidados necesarios que se traduce en complicaciones innecesarias que aumentan los costos del cuidado de la salud y reducen la productividad.
3. Uso excesivo de servicios: Servicios innecesarios sobre el cuidado de la salud que incrementan los costos y ponen en riesgo la salud de los estadounidenses.
4. Variación en los servicios: Variaciones en la práctica del cuidado de la salud a nivel regional y en áreas menores, patrón que indica que dicha práctica no va de la mano con el área de la ciencia del cuidado de la salud para garantizar una práctica basada en evidencias.

2.4 NORMAS ADMINISTRATIVAS

Las normas administrativas son reglas de conducta de cumplimiento obligatorio, emitidas por quien legalmente tiene facultad para ello, éstas rigen y determinan el comportamiento de las personas respecto a las funciones y atribuciones que tienen encomendadas. Se emiten cuando se requiere determinar o dirigir una actividad o inactividad. Otra definición común para este término, es la que se refiere a “Estándares o expectativas aceptables que comparten los miembros de un grupo” (Robbins & Couter, 2005). Por otra parte el Instituto Tecnológico Superior de Libres en Puebla, México, define norma como:

Un ordenamiento imperativo de acción que persigue un fin determinado con la característica de ser rígido en su aplicación. Regla, disposición o criterio que establece una autoridad para regular acciones de los distintos agentes económicos, o bien para regular los procedimientos que se deben seguir para la realización de las tareas asignadas. (Instituto Tecnológico de Libres, 2009)

En la tabla que se presenta a continuación, se enuncian los componentes de una norma:

Tabla 1. Elementos de una norma administrativa

APARTADO	DESCRIPCIÓN
Objetivo	El objetivo debe explicar el por qué y para qué de la existencia y aplicación de una norma administrativa interna.
Marco Normativo	Señala los ordenamientos jurídicos en que se sustenta la norma, debe incluir artículos y fracciones apartados e incisos según corresponda.
Ámbito de aplicación	Define las personas u organismos responsables de cumplir la norma, aplicar la norma y el lugar en donde resulte aplicable.
Vigencia	Indica la fecha a partir de la cual la norma tiene validez, así como el período en el cual estará vigente.
Disposiciones generales	Precisa el contenido de la norma.

Emisor, fecha y firma	Datos de la unidad o área emisora.
Transitorios	Establecen las actividades y los procesos previos o simultáneos que deben cumplirse para la aplicación de la norma y la fecha a partir de la cual entrará en vigor.

Las estructuras de planes para resolver problemas que se repiten una y otra vez, cimentan la estabilidad necesaria y señalan una pauta al comportamiento. Esto hace más satisfactorio el trabajo para casi todos los colaboradores de una institución, debido a que la mayoría de éstos experimentan una sensación de seguridad gracias al conjunto estable que brindan las normas administrativas. Un buen conjunto de planes permanentes y de normas administrativas definidas facilita también el desempeño de las tareas y funciones laborales.

La razón de ser de las normas se encuentra en los decretos generales ejecutivos de una institución, ésta será la encargada de determinar los modos de aplicación, cumplimiento, operatividad y obligatoriedad de las mismas con base a las necesidades u objetivos por las que fueron creadas.

Las normas u actos administrativos que estén ligados a una comunidad o institución, es decir, tienen como sujeto pasivo a una comunidad o empresa, se les conocerá como normas u actos administrativos generales. Cuando las normas estén dirigidas a una persona o personas determinadas se denominarán normas administrativas o actos administrativos singulares (Bunge, 2004) . Por lo tanto, deben llegar a ser conocidas por quienes se verán obligados a cumplirlas antes de que entren en vigor.

2.5 PROTOCOLOS DE ATENCIÓN MÉDICA

Existen diversas definiciones sobre protocolo médico, la revista Zurich (2002) establece que:

Los protocolos médicos son un conjunto heterogéneo de herramientas técnicas, que buscan ante todo acuerdos sobre los mínimos requeridos en la atención sanitaria. Cumplen con el objetivo de acercar la ciencia a la práctica cotidiana y además buscan optimizar recursos e involucrar los conceptos de enfoque de riesgo.

Los protocolos médicos también se conocen como instrucciones sobre manejo operativo de problemas de salud determinados, elaborados en carácter referencial. Otra definición es “Los protocolos son instrumentos de aplicación, de orientación, eminentemente práctica, que pueden o no resumir los contenidos de una Guía de Práctica Clínica o Guía de Atención”. (Caja Costarricense de Seguro Social, 2007). Finalmente, los protocolos son definidos como documentos que describen la secuencia del proceso de atención de un paciente en relación a una enfermedad o estado de salud, producto de una validación técnica que puede realizarse por consenso o por juicio de expertos. Es decir, que los protocolos describen el proceso en la atención de una enfermedad para mejorar la rapidez en el diagnóstico, efectivizar el tratamiento, y hacer menos costoso el proceso de atención, tanto para el paciente como para la entidad prestadora de salud.

2.5.1 TIPOS DE PROTOCOLOS

Algunos autores proponen la siguiente clasificación:

1) Protocolos de atención: Consideran en conjunto las pautas de diagnóstico y la elección de la terapia. Son necesarios en patologías agudas, situaciones críticas, atención de urgencias, unidades de cuidado intensivo y decisiones quirúrgicas de emergencia.

Estos protocolos facilitan la atención en el sistema sanitario público o de seguridad social. Permiten la delegación de algunas actividades en personal no médico y facilitan la continuidad de tratamientos y una relación más cercana con los pacientes, que en el proceso de seguimiento se apropian del conocimiento de signos y síntomas de alarma, lo que les permite asumir responsabilidades frente a su propia salud. Incluye diagnóstico, tratamiento y atención, pero además se extienden a la participación de los enfermos y otros profesionales de salud¹.

2) Protocolos de prevención: Tienen un nivel de complejidad mayor que los protocolos de atención. Incluyen el seguimiento integral de los expuestos a factores de riesgo conocidos o eventuales y consideran todos los efectos potenciales de la exposición y no sólo un efecto específico. Ahondan en la comprensión de los diferentes niveles y tiempos de exposición. Definen las decisiones en un complejo esquema que incluye tamización, diagnósticos y tratamientos. Permiten un mayor control del factor de riesgo en la medida que consideran controles en la fuente, en el medio y en la persona.

3) Protocolos de investigación: Pueden tomar información primaria o utilizar la información de protocolos de vigilancia o de atención. Del mismo modo, pueden partir de la identificación de casos o del estudio de efectividad de los medicamentos. Han mostrado ser útiles para valorar adecuación de propuestas a los objetivos, calidad científica técnica, relevancia y viabilidad de los proyectos.

4) Protocolos de evaluación: Con frecuencia hacen parte de las herramientas de calidad, tanto para control de procesos como para certificación. Su objetivo es valorar los aciertos en la atención sanitaria, con el propósito de corregir los fallos y minimizar las complicaciones. Casi siempre la información se obtiene de la historia clínica de las personas atendidas en los servicios y engloba tanto actividades de diagnóstico como de tratamiento, atención y seguimiento. La atención no se concentra en el criterio médico individual sino más bien en el cumplimiento de las normas de atención, estén o no formalmente protocolizadas.

¹ Para efectos de esta investigación solo se tomarán en cuenta los protocolos de atención.

2.5.2 ROL DE LOS PROTOCOLOS

Los protocolos permiten incluir de forma expresa conceptos de valoración o manejo de riesgo, de una forma mucho más eficiente que cuando se prescinde de ellos. De hecho un buen diagnóstico es imprescindible para prevenir complicaciones y orientar el tratamiento. Un buen tratamiento evita efectos secundarios, reacciones adversas, deterioro, limitación y otras complicaciones. Siendo así los protocolos facilitan la inclusión de componentes fundamentales para el manejo de riesgo.

Los protocolos de atención sirven como respaldo de la medicina basada en evidencia y en lo que refiere a la normativa de calidad, la creación de estándares no está muy lejos de lo que en la práctica clínica llamamos guías o protocolos, de tal forma que las exigencias de garantía de calidad pueden convertirse en un motor para la creación de protocolos. De esta forma, los protocolos mejoran tanto la eficiencia como la eficacia de en la atención.

En la atención médica los protocolos permiten el control en muchos sentidos, no sólo porque mejoran los estándares de inversión-resultado, sino porque pueden identificar y, en muchos casos, transformar las condiciones de exposición al riesgo y los factores que amenazan la vida y la salud. De este modo, una buena administración sanitaria requiere la protocolización de muchos procesos, entre estos los de atención clínica.

Las demandas de mala práctica son las situaciones en las que los protocolos tienen su mayor fortaleza y es casi unánime el acuerdo que existe de considerarlos herramientas de buena práctica.

2.5.3 PARTES DE UN PROTOCOLO

Un protocolo de atención debe incluir lo siguiente:

- ▶ Título
- ▶ Definición
- ▶ Etiopatología
- ▶ Nivel de atención
- ▶ Factores de riesgo y predisposición
- ▶ Clasificación de la enfermedad
- ▶ Criterios de diagnóstico
- ▶ Diagnóstico diferencial
- ▶ Tratamiento
- ▶ Tratamiento alternativo
- ▶ Criterios de hospitalización
- ▶ Criterios de referencia
- ▶ Criterios de alta
- ▶ Anexos

A continuación se presenta la definición de cada uno de los aspectos que debe tener un protocolo:

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

Definición: Define la patología o estado de salud en forma resumida y fácil de entender.

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

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

Nivel de atención: Se refiere al nivel de atención en los cuales la enfermedad o estado de salud debe ser atendida. Los niveles de atención se pueden diferenciar según el sistema de salud de cada país, pero pueden ser los siguientes:

- ▶ Primer nivel, están los pequeños establecimientos de salud, como son las postas médicas y los centros de salud pequeños. Se dedican a hacer atención primaria de salud fundamentalmente.
- ▶ Segundo nivel, en este se encuentran los centros de salud grandes, y los hospitales pequeños. Se resuelven fundamentalmente las patologías más comunes de las 4 especialidades básicas: cirugía general, ginecología y obstetricia, medicina interna, y pediatría.
- ▶ Tercer nivel, incluye los hospitales generales, que resuelven la mayoría de patologías comunes.
- ▶ Cuarto nivel, están los institutos altamente especializados. Por ejemplo: un parto de bajo riesgo puede atenderse en el primer, segundo, y tercer nivel; de preferencia debería hacerse en el primer nivel y segundo nivel para no saturar otros niveles de atención. El cáncer de próstata que necesita de radioterapia y quimioterapia, necesita ser tratado en el cuarto nivel por ser de manejo especializado para un Instituto.

Los factores de riesgo y de predisposición: Son los factores que el paciente puede tener para desarrollar la enfermedad. Ej.: el tabaco es factor predisponente para hacer cáncer de pulmón; el alcohol y los antecedentes de Hepatitis B son factores para el desarrollo de cáncer de hígado; la obesidad es factor de riesgo para la artrosis de rodilla; la piel clara y la exposición al sol son factores de riesgo para el melanoma, etc.

Clasificación de la enfermedad: Son las distintas formas que adopta una enfermedad. Ej. En la Diabetes tipo II, pueden haber complicaciones crónicas como, neuropatía diabética, nefropatía diabética, retinopatía diabética, pie diabético; y complicaciones agudas: estado hiperosmolar, cetoacidosis, hipoglicemia. La Brucelosis, puede ser aguda, subaguda y crónica. La Sífilis puede clasificarse en primaria, secundaria y terciaria.

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

Diagnóstico diferencial: Se describen resumidamente las enfermedades que se parecen al cuadro patológico principal, para que el diagnóstico no sea errado. Ejemplo: la forma pulmonar de la Histoplasmosis, debe ser diferenciado de la Tuberculosis Pulmonar.

Tratamiento: Describe las diversas medidas de tratamiento. Este puede ser específico o coadyuvante, el primero es el actúa directamente sobre la enfermedad. Ejemplo: Antirretrovirales para el SIDA, antibióticos para fiebre tifoidea. El segundo comprende los aspectos psicológicos, la rehabilitación (masoterapia), o cualquier otra medida asociada al tratamiento específico.

Tratamiento alternativo: Existen algunas enfermedades que responden a otros tipos de tratamiento que pudieran plantearse como alternativa. Ejemplo: Acupuntura, homeopatía, medicina herbolaria.

Criterios de hospitalización: Aquí se describen los criterios de hospitalización de acuerdo al tipo de enfermedad. Ejemplo: La Leishmaniasis resistente necesita ser hospitalizada para recibir el tratamiento con anfotericina, el Estatus Asmático (que no responde al tratamiento convencional) necesita hospitalizar, un Embarazo de Alto Riesgo con Pre-eclampsia Severa, necesita ser hospitalizado.

Criterios de referencia: Son los criterios que se toman en cuenta cuando un paciente debe ser referido a un establecimiento de mayor nivel, por la complejidad de su tratamiento. Ejemplo: un niño recién nacido con una probable Enfermedad de Membrana Hialina, deberá ser referido a un hospital con un servicio de natología.

Criterios de alta: Son los diversos criterios que se tienen en cuenta para dar de alta a un paciente. Ejemplo: Un operado de apendicetomía no complicada puede irse a su domicilio al tercer día, siempre que se haya demostrado que no tiene fiebre, que la herida tenga buena evolución, que el paciente tenga buenos ruidos hidro-aéreos, y que tolere la alimentación.

Anexos: En los anexos de un protocolo pueden incluirse los flujogramas (algoritmos), tablas, dosis de medicamentos, entre otros.

2.5.4 CONSIDERACIONES IMPORTANTES SOBRE LOS PROTOCOLOS

- Es recomendable que todo establecimiento de salud tenga protocolos médicos, considerando que los mismos son documentos de gestión que tienen valor legal.
- Se hacen sobre las principales enfermedades.
- El lenguaje usado debe ser claro, sencillo, y completo.
- Deben ser de conocimiento obligatorio de todos los médicos tratantes, según su especialidad.

2.6 GUÍA CLÍNICA

Los avances en los campos de la medicina, la biomedicina y la investigación en los servicios de salud han permitido reducir el nivel de incertidumbre en la práctica clínica. Las guías clínicas complementan este progreso al establecer altos estándares de

cuidados y atención en salud respaldados por fuerte evidencia clínica. En este sentido, las Guías Clínicas se definen como "... declaraciones y afirmaciones que incluyen recomendaciones intencionadas a optimizar el cuidado del paciente" (Graham, Mancher, Wolman, & Sheldon Greenfield, 2011). Estas declaraciones son actualizadas e informadas a través de revisiones sistemáticas de evidencia y asesoramiento del costo/beneficio de las alternativas en el cuidado de pacientes.

Por su parte, el Ministerio de Salud de Chile, en su Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2009 califica las Guías Clínicas como, cualquier conjunto de recomendaciones cuyo objetivo sea apoyar la toma de decisiones de profesionales de salud o pacientes, acerca de los cuidados de salud que resultan apropiados para circunstancias clínicas específicas, que considere la mejor evidencia científica disponible, identificada a partir de una revisión sistemática de la literatura.

Las Guías Clínicas no pueden considerarse como la solución a los problemas médicos de una institución Hospitalaria, en particular, el problema del aumento de los costos. Sin embargo, las directrices sistemáticamente desarrolladas y la medicina protocolaria, basada en la ciencia pueden convertirse en parte fundamental de la atención de la salud de un hospital, y pueden servir como herramientas útiles para muchos cambios deseables. El alcance potencial, de estas herramientas, se extiende desde la mejora de la calidad de la atención clínica (y su medición) hasta la reducción de los costos financieros originados por un inadecuado e innecesario cuidado del paciente.

El conocimiento a través de la experiencia médica, las destrezas clínicas y los valores de preferencia de los pacientes son factores que representan una contribución esencial, a las ciencias médicas, sobre la calidad y cuidado práctico en salud. Las guías clínicas plasman la interrelación y conexión entre estos factores a la toma de decisiones clínicas de forma más razonable, práctica y eficiente. En lugar de dictar un enfoque único para el cuidado del paciente, las guías clínicas son capaces de mejorar las decisiones del personal clínico y el paciente, mediante una clara descripción, apreciación y evaluación de la evidencia y razonamiento científico (los posibles riesgos y beneficios) que

involucran las recomendaciones clínicas, haciéndolas relevantes para el encuentro con el paciente individual.

2.7 SERVICIOS HOSPITALARIOS

El término hospital data desde el siglo V d. C. La palabra en sí deriva del latín *hospitium* la cual hacía referencia a un lugar destinado a la recepción de extraños y peregrinos. Después del nacimiento de la Cristiandad el peregrinaje a lugares santos tomó fuerza y el viaje de personas del oeste europeo a estas partes del mundo se volvió común. Estos peregrinos recibían asistencia en el camino de ciudadanos acomodados que se encontraban en la ruta de paso.

En el siglo XVIII aparecen en Estados Unidos los primeros indicios de un hospital con servicios continuos de atención en salud. Eran estructuras rápidamente elaboradas construidas principalmente para confinar infecciones contagiosas durante las epidemias. Estas se establecieron primordialmente para atender a los enfermos desamparados y a los pobres del casco urbano. Al recuperarse los pacientes, éstos eran requeridos para atender necesidades del hospital como el servir comida a otros pacientes y limpiar pisos como una forma de pago por sus largas estadías en el hospital.

Para finales del siglo XIX, con los avances en los campos de la bacteriología y las cirugías asépticas los hospitales empezaron a emerger como instituciones o lugares para la mejora en salud. La introducción de las sulfas en la década de 1930 y de la penicilina en la década de 1940 hizo posible la realización de cirugías con un porcentaje significativamente menor de mortalidad por infecciones post cirugía. A partir de este punto los hospitales empezaron a adquirir una mejor imagen para el tratamiento y recuperación del enfermo.

A principios del siglo XX, para el año de 1910, destaca la institucionalización de la medicina científica. Este hecho determina la práctica a partir de un conjunto de

elementos – con base al Informe de Flexner² de 1910 - particularmente, el mecanicismo, la especialización y el individualismo. La determinación biológica y los nuevos elementos son los precursores de la institucionalización de la atención de la salud en los hospitales. A partir de esta época y de ese modelo, los servicios de salud que hoy se conocen, se organizan como centros de trabajo, con procesos y protocolos de trabajo fragmentados. (Caja Costarricense de Seguro Social - Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y seguridad Social., 2003)

En la actualidad los hospitales han evolucionado al punto que se han convertido en establecimientos que tienden a reducir nexos con los diferentes vínculos involucrados en el sector salud y las comunidades con el fin de optimizar el uso de recursos destinados a impulsar y resguardar la salud individual y colectiva. Ante estas circunstancias y propósitos sociales la Organización Mundial de la Salud ha expuesto una valoración que puntualiza el concepto de un hospital y lo define de la siguiente manera:

Instituciones sanitarias de convalecencia y de cuidados paliativos, con los medios diagnósticos y terapéuticos necesarios para responder a manifestaciones agudas y crónicas debidas a enfermedades, así como a traumatismos o anomalías genéticas. De ese modo generan información esencial para las investigaciones, la educación y la gestión. (Organización Mundial de La Salud, 2012).

2.7.1 MODELOS DE NEGOCIO DE LOS SERVICIOS MÉDICOS

La importancia de la decisión médica en la utilización y el gasto sanitario queda reflejada en el hecho de que hasta un 70% de los recursos disponibles son asignados por los médicos a través de sus decisiones clínicas. En la empresa hospitalaria, por tanto, no es el gerente sino el propio médico el verdadero decisor de la utilización de los

² Abraham Flexner (1886 – 1959). Eminent educador que dedicó la mayor parte de su labor pedagógica. al perfeccionamiento de la educación médica norteamericana y sus trabajos han tenido influencia prácticamente universal sobre la enseñanza de la medicina.

recursos, que no debe olvidar que no se trata de no gastar, sino de gastar bien los recursos disponibles. Por tanto, los métodos de revisión de la utilización surgen en este contexto como herramientas de gestión (meso y micro) al intentar influir sobre la decisión médica de ingreso y de consumo de estancias en el hospital.

Christopher Lovelock en su libro administración de servicios afirma:

Una compañía puede incrementar valor neto de un servicio al agregar beneficios al servicio esencial, aumentar los servicios suplementarios o reducir los costos financieros relacionados con la compra y utilización del servicio, en muchos casos las empresas de servicios tienen la opción de mejorar el valor a través de minimizar los costos no monetarios de los clientes (Lovelock, 2004)

Es bien conocido que algunos de los pacientes que ingresan en hospitales de agudos podrían haber sido tratados de forma ambulatoria o en instituciones sanitarias de nivel asistencial de menor complejidad, con una menor intensidad de recursos para atender sus necesidades de salud. Hasta un 80% de las consultas que son atendidas en las urgencias de un hospital se producen por iniciativa del propio paciente y en un 70% no precisarían de atención especializada para ser solucionadas: se afirma que por lo general, aproximadamente la mitad de todas las visitas a un servicio de urgencias son consultas por problemas médicos menores los mayores costes respecto a la atención primaria (menor eficiencia hospitalaria en el manejo de los casos inadecuados de urgencia). Se ha cuantificado que el coste de una visita no urgente a un SUH triplica el coste de la misma visita si fuera atendida a nivel ambulatorio.

2.7.2 SERVICIOS HOSPITALARIOS EN HONDURAS

En Honduras la prestación de servicios de salud a nivel público le compete a la Secretaria de Salud, esta tiene a su cargo las tareas concernientes a la:

Formulación, coordinación, ejecución y evaluación de las políticas relacionadas con la protección, fomento, prevención, preservación, restitución y rehabilitación de la salud de la población, las regulaciones sanitarias relacionadas con la

producción, conservación, manejo y distribución de alimentos destinados al consumo humano, el control sanitario de los sistemas de tratamiento, que de las aguas pluviales, negras y servidas y la disposición de excretas, así como lo referente a inhumaciones, exhumaciones, cementerios, crematorios, en coordinación con las autoridades municipales, el control y vigilancia de la producción y venta de productos farmacéuticos, cosméticos y sustancias similares de uso humano y la producción, tráfico, tenencia, uso y comercialización de drogas sicotrópicas. (Gobierno de Honduras , 2005).

El sistema de salud de Honduras está compuesto por un sector público y un sector privado. El sector público incluye a la Secretaría de Salud (SS) y al Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), además de otras instituciones públicas que administran regímenes especiales de aseguramiento (Fuerzas Armadas) o atienden a poblaciones específicas.

Los consultores en Desarrollo, Sociedad y administración (CONEDSA), en su estudio del 2011, describen el sistema de salud de Honduras de la siguiente manera:

La Secretaría de Salud ofrece atención a toda la población en sus propias instalaciones y con sus propios médicos y enfermeras, pero se estima que sólo 60% de los hondureños hacen uso regular de estos servicios. El IHSS cubre a 40% de la población económicamente activa empleada en el sector formal y sus dependientes, es decir, 18% de la población total. Este Instituto presta sus servicios en instalaciones privadas (primer nivel) y en instalaciones propias y de la Secretaría de Trabajo y Seguridad Social. El sector privado atiende alrededor de 5% de la población, en particular, a la población con capacidad de pago. Este sector incluye a las aseguradoras privadas y a los consultorios, clínicas y hospitales privados con y sin fines de lucro. Se calcula que 17% de los hondureños no cuenta con acceso regular a servicios de salud (Consultores en Desarrollo, Sociedad y Administración. CONEDSA., 2011)

La siguiente figura describe la distribución del sistema de salud en Honduras.

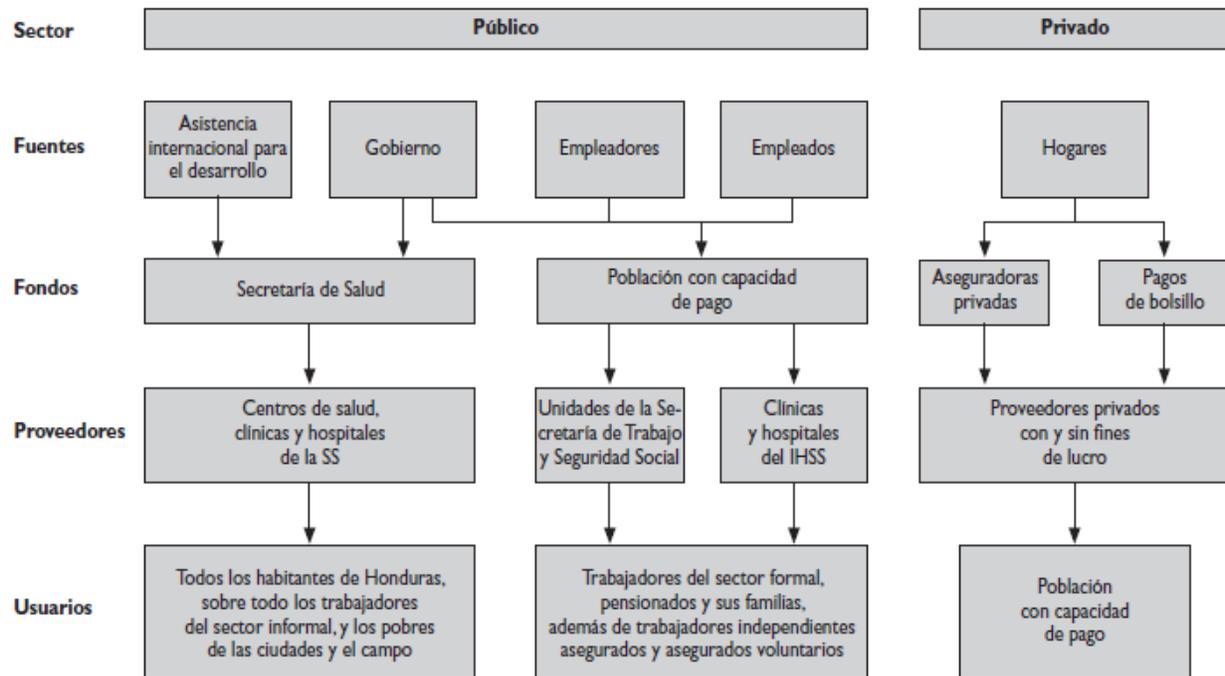


Figura 3. Sistema de Salud de Honduras

Fuente: Consultores en Desarrollo, Sociedad y Administración

2.8 SERVICIO DE EMERGENCIA

Las modificaciones en las áreas de atención médica son constantes y permanentes, el acelerado ritmo de los avances tecnológicos y científicos hace que sea imprescindible una atención eficiente y de calidad para el paciente en las salas de emergencia, tanto en la etapa pre-hospitalaria como intra-hospitalaria, ocasionando una creciente y progresiva demanda social por estos servicios.

Una visión tradicional de la sala de emergencias podría representar un drenaje de recursos hospitalarios, dependiendo de la afluencia y captación de los pacientes que visiten este departamento podría incurrirse en una pérdida o ganancia financiera para el establecimiento, por lo que el concepto y aplicación de una medicina protocolaria se vuelve cada vez más necesario con el fin de mejorar la rentabilidad de la institución y

ofrecer una ventaja competitiva que le faculte hacer frente a la creciente amenaza de los competidores.

En un hospital medio, una parte significativa de pacientes hospitalizados provienen del departamento de emergencias, éstos son altos usuarios de servicios auxiliares del hospital. El alto uso de los servicios auxiliares de pacientes ambulatorios y pacientes hospitalizados contribuye a una mayor carga estructural de enfermos y podría mejorar el flujo de efectivo para el hospital.

Las dimensiones financieras de la unidad de emergencia suelen ser complejas, por lo general un tercio de la factura de un paciente hospitalizado proviene del departamento de emergencia y los cargos restantes son generados a través de los usos de servicios de apoyo. Don Griffin en su libro HOSPITALES: Que son y cómo funcionan, establece que la factura generada a raíz de una visita común a la sala de emergencia de un hospital incluyen tres diferentes tipos de cargos:

En primer lugar, hay un cargo básico que varía entre hospitales; esta es la parte de la factura que ayuda a pagar los gastos fijos y generales del departamento. En segundo lugar, puede haber un cargo adicional por el servicio médico. Si el hospital cuenta con el médico de urgencias o se utiliza el personal de planta, no puede haber un cargo adicional por servicios profesionales. Por lo general el grupo de contratación con el hospital hará su propia facturación. En tercer lugar, puede haber un cargo de servicios auxiliares o especiales por drogas, imágenes, patología o incluso anestesia (Griffin, 2006).

Las emergencias sanitarias poseen dos elementos característicos: 1) la necesidad de una respuesta rápida, adecuada en medios, con personal calificado, y priorizada en función de la gravedad y 2) la decisión de solicitar atención, que en este caso corresponde al paciente o familiar. Con los elementos referidos se puede definir una emergencia sanitaria como “Toda aquella situación patológica que precisa de una atención priorizada, rápida, cualificada y con una dotación adecuada” (Montes, torres,

& Mercedes, 2007). La medicina de urgencia abarca cualquier alteración de la salud, desde leve a muy grave.

El objeto de la medicina de emergencia son los pacientes graves en el primer momento de una escena de urgencia, es decir, en toda aquella situación en la cual el paciente, o familiar del mismo, decide que se requiere de atención médica inmediata. En este tipo de urgencias suele existir un riesgo inmediato, actual o potencial, para la vida del paciente o de un órgano, debido a un compromiso de las funciones vitales, o de secuelas graves permanentes.

La adecuada atención de las personas en situación de urgencias y emergencias sanitarias que acuden a un centro hospitalario debe plantearse desde una perspectiva unitaria, integral y continua. Unitaria porque los diferentes elementos que conforman la atención urgente deben modularse y adaptarse para prestar un servicio individualizado y único al paciente, integral porque ha de completar la atención en cada uno de los niveles asistenciales (extrahospitalarios y hospitalarios); y continua porque dicha atención debe prestarse sin interrupción desde que se genera la urgencia o emergencia hasta que el paciente recibe el tratamiento definitivo en el lugar más adecuado. Esta forma de atención se puede realizar a través de procesos asistenciales y con un sistema organizativo que integre protocolos de atención, y elementos extra-hospitalarios y hospitalarios de la atención en salas de emergencias.

Una sala de emergencia bien gestionada, en cuanto a idoneidad de ingreso hospitalario, estancia en observación, relación con la atención primaria y recursos sociales, etc., permitirá mantener una adecuada presión de urgencias, para que la actividad programada del hospital no se vea interrumpida y el paciente resuelva del modo más eficaz y eficiente su problema de salud o socio-sanitario.

Sobre las bases de las consideraciones anteriores es conveniente citar la definición que la OMS plantea para la medicina de emergencia:

La medicina de emergencia es una disciplina mundial que contempla la prevención secundaria de enfermedades y se utiliza también como instrumento de prevención primaria. Es un sistema de atención de emergencia integrado horizontalmente que abarca la atención de medicina de emergencia; el suministro de servicios de emergencia en la comunidad y durante el transporte de pacientes; y el suministro de atención en el centro receptor o el servicio de urgencias del hospital (Organización Mundial de la Salud, 2006).

En relación con este último, se hace notorio que la medicina de emergencia ofrece numerosas herramientas para mejorar la salud pública. Entre ellas cabe mencionar la prevención primaria; las intervenciones destinadas a combatir el abuso de sustancias y la violencia interpersonal; la educación sobre las prácticas de seguridad; la vigilancia epidemiológica; el reclutamiento de pacientes para ensayos de investigación clínica centrados en intervenciones agudas; la educación y formación clínica de dispensadores de atención sanitaria; y la participación en las respuestas locales y regionales a los desastres naturales o causados por el hombre.

2.8.1 INDICADORES DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA

Con la finalidad de establecer una herramienta de evaluación, seguimiento y comparación de las actividades de los servicios de emergencias hospitalarias, en el año 2001 la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) definió un conjunto de indicadores de calidad y actividad que representan un marco único a partir del cual cada centro hospitalario puede desarrollar sus propios planes de mejora de la calidad. La clasificación y detalle de dichos indicadores se muestra a continuación:

1. Indicadores de actividad

■ Número de consultas urgentes

Descripción: Describe el número total de consultas de asistencia sanitaria realizadas en un período de tiempo determinado.

Fundamento: Indicador descriptivo de la cantidad total de trabajo asistencial realizado en una sala de emergencia. Sirve para estimar costos y, en combinación con otros indicadores, para evaluar la adecuación de recursos.

Expresión: Número.

Fórmula: Número de casos que cumplen el requisito en un período de tiempo dado

■ Frecuencia Relativa

Incluye dos indicadores que miden la actividad en relación a la población cubierta: a) la frecuentación anual y b) la frecuentación diaria para un período de tiempo dado.

a) Frecuencia relativa anual:

Descripción: Mide la cantidad de asistencias urgentes realizadas en relación con la población bajo cobertura del centro. Se define como "población cubierta" la del censo de población en el área geográfica de cobertura del centro hospitalario.

Fundamento: Permite identificar zonas o centros con mayor o menor demanda en relación a otros hospitales. También permite comparar dicha actividad con una media de hospitales de determinado grupo, o con un estándar. Facilita en caso de desviaciones significativas la investigación de factores causales (carencias de recursos, déficit informativo, adhesión a un servicio, etc.). Al suprimir el sesgo de la estacionalidad es útil para planificar la gestión y los recursos asistenciales, así como para evaluar a posteriori la misma. En combinación con otros indicadores permite evaluar la adecuación de los recursos.

Expresión: Se expresa en forma de ratio por cada agregado de 100.000 habitantes (Nº de consultas /100.000 habitantes/año). También puede ser útil medirlo para períodos de tiempo menores (mes, trimestre, etc.).

Fórmula:

Numerador: Número total de consultas en el período estudiado.

Denominador: Población censada / 100.000.

b) Frecuencia relativa diaria:

Descripción: Mide el número de pacientes que consultan cada día con un servicio de urgencias en relación a la población cubierta por dicho servicio. Se define como población cubierta la población censada en el área geográfica asignada y bajo cobertura del centro.

Fundamento: Permite identificar zonas o centros con mayor o menor demanda en relación a otros hospitales. También permite comparar dicha actividad con una media de hospitales de determinado grupo. O con un estándar. Igualmente hace posible comparar demandas de servicios en áreas o lugares con diferente cantidad de población. Facilita, en caso de desviaciones significativas, la investigación de factores causales (por ejemplo, carencias de recursos, déficit informativo, adhesión a un servicio, etc.). Es útil para planificar la gestión y los recursos asistenciales, así como para evaluar a posteriori la misma. En combinación con otros indicadores permite evaluarla adecuación de los recursos.

Expresión: Se expresa en forma de ratio por cada agregado de 1.000 habitantes (Nº consultas/día/1.000 habitantes).

Fórmula:

Numerador: Número de pacientes atendidos en un período x de tiempo dividido por el número de días del período.

Denominador: Número de habitantes censados en el área de cobertura dividido por 1.000.

2. Indicadores de calidad

■ Tiempo medio de primera asistencia facultativa

Descripción: Mide el tiempo medio medido en minutos que tardan los pacientes en recibir la primera asistencia por un médico desde que accede al servicio de urgencias (definido por la hora registrada de llegada).

Fundamento: Uno de los aspectos clave en la calidad de la atención urgente, tanto desde el punto de vista clínico como del de la calidad percibida por los usuarios, es la rapidez con la que un médico atiende y evalúa al paciente cuando éste acude por un problema que considera urgente. Este indicador permite conocer la rapidez (o lentitud) con la que se comienza a prestar atención por un médico, y por tanto la eficacia y eficiencia de la organización del proceso para evitar que las patologías graves no se vean afectadas negativamente por demoras en la asistencia inicial.

Expresión: Se expresará como minutos de media (En aquellos centros hospitalarios que dispongan de un sistema de información automatizado podrá incluir minutos y segundos).

Criterios de exclusión: Se excluirán del cómputo de este indicador aquellos casos en los que la consulta sea anulada o interrumpida, y aquellos otros en los que el usuario desista de consultar y se ausente. Igualmente deben excluirse los casos en los que no existe constancia o registro de los datos horario, sean de la llegada o de la consulta.

Fórmula:

Numerador: Sumatorio del tiempo de 1ª asistencia de cada uno de los pacientes atendidos en un período de tiempo dado que no tengan criterios de exclusión.

Denominador: Número total de pacientes atendidos en dicho período de tiempo sin criterios de exclusión.

■ Tiempo medio de permanencia en urgencias

Descripción: Tiempo total que permanece el paciente en una sala o servicio de emergencia desde que llega hasta que abandona el mismo, sea por alta, por ingreso, por fallecimiento, por traslado a una unidad de observación o por traslado a otro centro.

Fundamento: Una característica fundamental de la atención urgente es la rapidez. El paciente que es visto en la sala de emergencia debe ser atendido sin grandes dilaciones con el objetivo de identificar en poco tiempo su problema y buscarle la solución más adecuada en el contexto real en que se presenta. Un tiempo de estancia prolongado en la sala de emergencia puede significar que existen déficits de coordinación, circuitos inadecuados, servicios de soporte insuficientes, etc. En este caso, cada hospital debería establecer sus indicadores internos para averiguar las causas del incremento de la permanencia.

Expresión: Minutos de permanencia media.

Criterios de exclusión: Se excluirán del cómputo de este indicador aquellos casos en los que la consulta sea anulada o interrumpida, y aquellos otros en los que el usuario desista de consultar y se ausente. Igualmente deben excluirse los casos en los que no existe constancia o registro de los datos horarios, sean de la llegada o de la consulta.

Fórmula:

Numerador: Sumatorio de los tiempos de permanencia de todos los pacientes atendidos en un determinado período de tiempo y que no tengan criterios de exclusión.

Denominador: Número total de pacientes atendidos en dicho período sin criterios de exclusión. Se proponen además los indicadores de tiempo de permanencia:

- Porcentaje de pacientes que permanecen más de 3 horas en el Servicio de Urgencias.

- Porcentaje de pacientes que permanecen más de 6 horas en el Servicio de Urgencias.

■ Grado de cumplimiento de la historia clínica.

Fundamento: El registro correcto y completo de la documentación clínica generada en el proceso asistencial es un aspecto básico de la calidad de la asistencia: sin dicha documentación no es posible evaluar la calidad de los actos médicos y su idoneidad o adecuación al problema de salud del paciente. Además, la historia es el instrumento mediante el cual se comunica la información clínica a otros profesionales que puedan tener responsabilidad asistencial sobre el paciente y permite el seguimiento clínico del mismo, de modo que un acto médico no puede considerarse completo y de calidad sin una historia bien documentada y registrada de acuerdo a unas pautas comunes establecidas en cada centro.

Descripción: Proporción de historias clínicas que han sido cumplimentadas de manera legible en, al menos, los siguientes ítems:

- Identificación del paciente (se considera aceptable que conste el nombre y dos apellidos o algún término identificador; "desconocido" o similar, tales como sexo y edad y algún elemento fisonómico descriptor).
- Identificación del responsable (nombre y un apellido o dos apellidos).
- Hora de inicio de la asistencia médica.
- Fecha.
- Motivo de la consulta (el relatado por el paciente).
- Exploración física.
- Pruebas complementarias solicitadas. A efectos de valorar este ítem, se considera suficiente su enumeración, no siendo imprescindible que conste su informe o resultado).
- Juicio diagnóstico codificado. Debe constar, aunque éste sea provisional y sometido a las reservas y limitaciones propias de la asistencia urgente.

- Tratamiento prescrito o recomendado. Debe incluir, en su caso, el tratamiento administrado durante la permanencia en la sala o servicio de emergencia.

Fórmula:

Se expresa en forma de proporción de historias clínicas correctamente cumplimentadas respecto del total de historias evaluadas.

Numerador: Número de historias correctamente cumplimentadas multiplicado por 100.

Denominador: Número total de historias clínicas analizadas.

Estándar: Debe tender a 100.

■ Información a pacientes y familiares

Descripción: Mide el hecho de que el paciente y sus familiares han sido informados acerca de: la identificación del médico responsable, motivo de consulta (impresión inicial, procedimientos y técnicas a realizar, circuitos en el servicio de urgencias, diagnóstico y plan terapéutico, si existe y procede.

Fundamento: Al hecho positivo y suficiente de tratarse de un derecho de los pacientes reconocido en las leyes, se añade la evidencia constatada de que una buena información mejora la relación terapéutica médico-paciente y alivia la angustia de los familiares, además de evitar reclamaciones como consecuencia de una insuficiente comprensión de la naturaleza y alcance de los problemas y de los cuidados procurados.

Medición: Se recomienda medir los siguientes puntos:

- Existencia de un Plan de información del Servicio de Urgencias, basado en las líneas generales de la Guía Hospitalaria sobre la Información a Pacientes y Familiares. Se medirá por variable dicotómica (existencia del plan de información documentado: sí/no).
- Existencia de información previa sobre el funcionamiento del servicio de urgencias. Se aconseja disponer de folletos en la sala de espera y reforzarlo con información escrita en las salas de espera u oral por parte de admisiones en la

llegada. Se medirá por variable dicotómica (presencia de información previa: sí/no).

■ Codificación diagnóstica de altas

Descripción: Mide la cantidad de informes de alta en los cuales el diagnóstico clínico ha sido codificado. Como instrumento de codificación se propone la CIE 9 MC³. Se considera adecuado codificar al menos el diagnóstico principal. Si se emiten varios diagnósticos simultáneos respecto de la consulta actual, deben ser codificados todos ellos.

Fundamento: La enorme variabilidad de la práctica clínica tiene una expresión particularmente importante en el hecho diagnóstico. Siendo este elemento de la historia un objetivo fundamental del médico en su práctica, de una importancia capital tanto desde la perspectiva clínica (por razones evidentes) como desde las perspectivas investigadora, evaluativa y gestora, la simplificación y homogeneización de los diagnósticos por medio de un sistema definido de códigos universal, preciso y validado se constituye no sólo como una herramienta importante para la planificación y evaluación de los servicios, sino en elemento principal de la calidad asistencial. En este sentido, el sistema desarrollado y avalado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) denominado Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 9 modificación clínica (CIE 9 MC) establece una referencia universalmente válida, habiéndose constituido en un estándar.

Expresión: Proporción porcentual de altas codificadas.

Fórmula:

Numerador: Número de pacientes con informe de alta codificado multiplicado por 100.

Denominador: Número total de altas en el período evaluado.

Estándar: Debe tender a 100.

³ CIE 9 MC es un acrónimo de Clasificación Internacional de Enfermedades, Novena Revisión, Modificación Clínica. Esta clasificación de enfermedades y procedimientos es utilizada en la codificación de información clínica derivada de la asistencia sanitaria, principalmente en el entorno de hospitales y centros de atención médica especializada.

■ Proporción de ingresos

Descripción: Mide la cantidad de pacientes que han requerido ingreso hospitalario respecto del total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias.

Fundamento: Da información indirecta sobre la gravedad de las urgencias atendidas, así como (de forma indirecta y relativa) sobre la capacidad resolutive del servicio de urgencias. Mide de modo indirecto la complejidad del servicio de urgencias. Es recomendable combinar esta información con la presión de urgencias.

Expresión: Proporción porcentual.

Fórmula:

Numerador: Número de pacientes ingresados con carácter urgente por el servicio de urgencias multiplicado por 100. Este dato debe incluir los pacientes que son trasladados a otro centro hospitalario.

Denominador: Número total de urgencias atendidas en un período definido.

■ Tasa de retorno a urgencias

Denominación: Tasa de retorno.

Descripción: Mide la cantidad de pacientes que, después de ser atendidos en la sala o servicios de urgencias y ser dados de alta, regresa en las 72 horas siguientes (3 días) por cualquier causa. Indirectamente da una medida de la calidad técnica de las soluciones dadas por el servicio de urgencias. Si bien, en sentido estricto deberían tenerse en cuenta únicamente los que vuelven por el mismo motivo, resulta muy difícil, cuando no imposible, considerar si eso no es el mismo motivo el que hace retornar. En este sentido, una complicación o un síntoma nuevo sobrevenido en el curso de un problema no bien resuelto podrían falsear la bondad del dato. Por este motivo es preferible incluir los retornos por cualquier causa, dado que el sesgo introducido es menor y menos relevante.

Fundamento: Aunque es normal que una proporción de pacientes, aún habiendo sido correctamente atendidos y tratados, tengan una evolución desfavorable y precisen de nuevo la asistencia por el servicio de urgencias, no es menos cierto que cuando la calidad técnica de la misma no es la óptima es más probable que algunos pacientes no reciban el diagnóstico o el tratamiento adecuado, o no hayan sido detectados todos los problemas de salud, y precisen por ello de una nueva atención.

Por este motivo parece pertinente medir y monitorizar en el tiempo este indicador como reflejo indirecto de la efectividad real y definitiva del servicio de urgencias y de la calidad de su asistencia.

Expresión: En forma de tasa o ratio por cada 1.000 asistencias.

Fórmula:

Numerador: Número de pacientes que retornan a la sala de emergencia en las 72 horas siguientes en un determinado período de tiempo.

Denominador: Número total de pacientes atendidos en la sala de emergencia en dicho período dividido por mil.

■ Tasa de mortalidad en urgencias

Descripción: Mide la proporción de pacientes que fallecen en la sala de emergencia habiendo accedido con vida a la misma. Se excluyen los que, ingresando cadáver, no reciben ninguna maniobra de reanimación ni otros actos terapéuticos. Incluye a todos los fallecidos por cualquier causa durante su permanencia en el Servicio de Urgencias y sus dependencias (incluyendo los desplazamientos a salas para pruebas diagnósticas tales como Radiología, etc.). Así como durante los traslados internos.

Fundamento: Mide indirectamente la capacidad y eficacia del servicio de urgencias para resolver los casos más críticos con rapidez, sea solucionando el problema con sus medios o derivando al paciente al servicio, unidad o centro adecuado a la gravedad del caso.

Expresión: En forma de tasa o ratio por cada 1.000 asistencias.

Fórmula:

Numerador: Número de pacientes fallecidos en la sala de emergencia en un período de tiempo definido multiplicado por 100.

Denominador: Número total de pacientes atendidos en la sala de emergencia en el mismo período de tiempo.

2.9 HOSPITAL Y CLÍNICA DE ESPECIALIDADES (HOSPIMED)

2.9.1 ORIGEN

En 1981 los médicos Nicolás Urbina Guerrero y Elías Alemán tuvieron la idea de brindar atención médica gratuita a un segmento desfavorecido de la población de Tegucigalpa. En aras de trabajar por esta causa en 1982, fundaron la Cooperativa de Atención Médica ubicada en la sexta avenida de Comayagüela, ésta funcionaba con 17 miembros entre médicos, microbiólogos y enfermeras hasta 1985, año en el que se establecieron como una Sociedad de Servicios Médicos que contaba con 12 miembros, en este año también se realizó la compra de los terrenos en los que actualmente funciona HOSPIMED.

El hospital comenzó a operar en las instalaciones de la colonia Kennedy, bajo el nombre “HOSPISESA”, con un capital inicial de L.1,200,000.00. Dicho capital ha sido modificado en varias ocasiones y actualmente es de L. 8,500,000.00. La transición de HOSPISESA a HOSPIMED se realizó de forma posterior a las adversidades económicas y legales que el Hospital se vio obligado a soportar debido a la mala administración y abuso de poder parte de unos de sus socios. Actualmente HOSPIMED cuenta con 71 socios que poseen acciones con valor nominal de L.100.00. El capital social no está suscrito en su totalidad y de las 8,500 acciones aún están disponibles 900. Sin embargo, éstas solo pueden ser suscritas por los mismos socios del hospital.

2.9.2 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

El órgano de máxima autoridad de HOSPIMED es la asamblea de socios, de ésta se desprende el Consejo de Administración, el cual se compone de 7 miembros: Presidente, Vicepresidente, Comisario, Secretario y 3 Vocales. Seguidamente, se encuentra el Director General siendo el Doctor Elías Alemán quien desempeña dicha función y tiene bajo su responsabilidad del desempeño de las diferentes áreas del hospital. A continuación se muestra el organigrama de HOSPIMED.

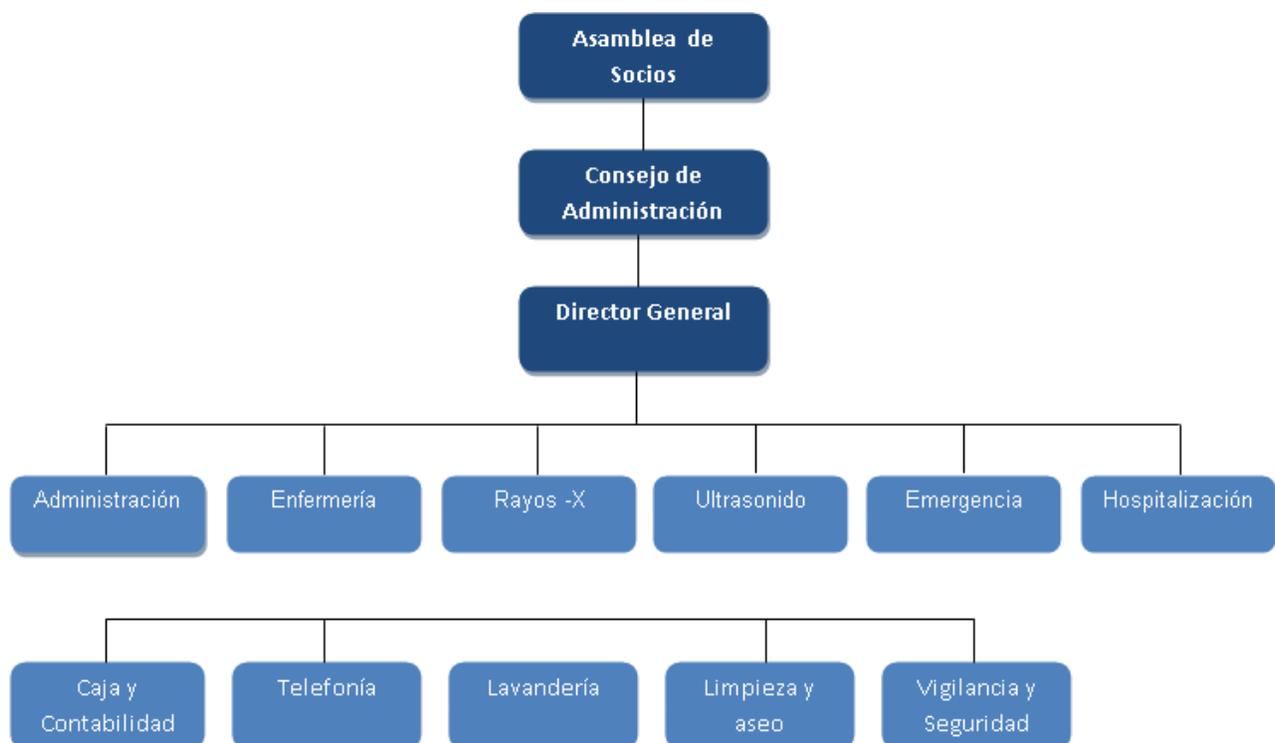


Figura 4. Organigrama HOSPIMED

Los principales servicios y especialidades de HOSPIMED se muestran en la tabla 2.

Tabla 2. Servicios y Especialidades de HOSPIMED

SERVICIOS MÉDICOS	ESPECIALIDADES
Emergencia de niños	Cirugía general
Emergencia de adultos	Medicina interna
Laboratorio (24 horas)	Pediatría
Servicio de información (24 horas)	Gineco-obstetricia
Rayos X (24 horas)	Dermatología
Ultrasonido (disponible solo en el día)	Neurología
Mamografía (disponible solo en el día)	Neurocirugía
Atención de partos (2 salas)	Psiquiatría
Quirófanos (2 salas)	Gastroenterología
Servicio de enfermería	Otorrinolaringología
Oxígeno terapia	Ortopedia
Nebulizaciones	Radiología
Esterilización de equipo	Urología
	Cardiología
	Psicología

De la tabla anterior es importante señalar que el servicio de laboratorio no es brindado por el hospital sino por la empresa Martínez Ponce. HOSPIMED cuenta con un total de 30 clínicas, 22 en la primera y 8 en la segunda planta. La sala de emergencia, rayos X, ultrasonido y el área de gases se ubican en la primera planta. La sala de atención de hospitalización está en el segundo piso, así como la sala de enfermería, las salas de parto, los quirófanos, la central de equipos y la administración. El área de lavandería se encuentra en el tercer nivel. El personal que labora en HOSPIMED asciende a 36 empleados, 23 de los cuales tienen nombramiento y 13 por contrato. De los 71 socios de HOSPIMED, 43 son médicos pero solo 32 laboran en el hospital.

2.9.3 SALA DE EMERGENCIA DE HOSPIMED

La sala de emergencia de HOSPIMED es atendida por 10 médicos generales, 6 de ellos cubren los diferentes turnos de atención y 4 médicos están contratados bajo la modalidad “Por Razones Necesarias” (PRN). Para brindar la atención medica la sala de emergencia cuenta con cinco camillas, 2 para los pacientes en observación, 2 para evaluación y 1 para procedimientos. La sala se encuentra equipada con 1 desfibrilador, 1 electrocardiógrafo y monitores para el control de los pacientes en observación así como un botiquín de insumos y medicamentos para atender las urgencias.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1 ENFOQUE

La presente investigación se basó en un enfoque mixto, este es un proceso que permite recolectar, analizar y vincular datos cuantitativos y cualitativos para responder al problema de estudio planteado.

3.2 DISEÑO

El diseño de la investigación es de tipo correlacional (causal), a través de éste se pudo conocer la interacción entre las variables de investigación; calidad de atención de la sala de emergencias de HOSMPIMED con relación a la existencia y aplicación de las normas administrativas y protocolos de atención médica. La investigación se realizó en dos etapas:

1) Primera etapa (fase cualitativa):

En esta etapa se llevó a cabo la recolección de datos cualitativos aplicando los instrumentos de investigación (entrevistas y encuestas) en las siguientes líneas de evaluación:

- Línea base, se recabó información sobre de las normas administrativas del Hospital y los principales lineamientos que orientan el quehacer de éste. Asimismo, se aplicó una entrevista semi-estructurada al Director General del Hospital a fin de obtener información general sobre las normas y protocolos utilizados en la sala de emergencia.

- Línea real, incluyó la realización de entrevistas semi-estructuradas a 7 médicos generales que atienden la sala de emergencia en diferentes turnos. Cabe señalar que por efectos de tiempo se dejaron por fuera 3 médicos generales que laboran

bajo la modalidad “Por Razones Necesarias” (PRN). En esta línea, también se aplicó un cuestionario de satisfacción a 18 pacientes de la sala de emergencia de HOSPIMED y se entrevistó a 2 empleados del área administrativa de HOSPIMED (Contabilidad y Caja).

- Línea de la competencia, en esta base se entrevistó a personal médico de otras instituciones hospitalarias (MEDICASA y Hospital San Jorge), obteniéndose información referente a las normas administrativas y protocolos de atención utilizados en la sala de emergencia de dicho hospital. El propósito de esta actividad fue realizar una comparación entre los modos de operar de las salas de emergencia los dichos hospitales.

2) Segunda etapa (fase cuantitativa):

Esta etapa consistió en obtener información del área administrativa con referencia a: ingresos mensuales que genera el hospital por medio de la sala de emergencia, cantidad de pacientes que son atendidos en la sala de emergencia, y otros datos que se consideraron relevantes para la investigación. Sobre estos aspectos es importante resaltar, que se presentaron varias dificultades para obtener la información.

Sobre esta fase también se debe mencionar que se hizo necesario aplicar una segunda entrevista a un médico general de sala de emergencia de HOSPIMED, pero esta fue orientada específicamente a determinar el proceso de atención de las 5 patologías que fueron consideradas para el análisis comparativo de los protocolos de atención médica.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La sala de emergencia de HOSPIMED funciona las 24 horas del día los 7 días de la semana. Es atendida por 7 médicos asistenciales y 3 médicos PRN (Por Razones Necesarias) que hacen un total de 10 médicos exclusivos para este servicio. Los médicos se distribuyen en tres turnos a lo largo del día; turno “A” de siete de la mañana a una de la tarde, turno “B” de una de la tarde a siete de la noche y el último turno del

día que es el turno C de siete de la noche a siete de la mañana del día siguiente. Estos turnos abarcan los 7 días de la semana logrando así una atención continua todos los días del año.

Para efectos de esta investigación se consideraron dos unidades de análisis, personas y empresas, ésta última para análisis en la línea de la competencia. La población se dividió de la siguiente forma: a) Director General de HOSPIMED, b) Médicos generales de la sala de emergencia de HOSPIMED, c) Personal administrativo y c) Pacientes que acudieron a la sala de emergencia. Para la población se seleccionó una muestra no probabilística, a continuación se da a conocer la muestra seleccionada.

Tabla 3. Muestra no probabilística

UNIDAD DE ANÁLISIS	POBLACIÓN	MUESTRA “NO PROBABILÍSTICA”
Director General	1	1
Médicos Generales	10	7
Personal Administrativo	3	2
Pacientes (por semana)	63	18

► **Director General**

La entrevista semi - estructurada se realizó en la oficina del director general en los días del 27 de octubre y 10 de noviembre del 2012. La misma fue grabada y almacenada en un dispositivo de grabación de notas de voz.

► **Médicos Generales**

La recopilación de información fue mediante entrevistas las cuales fueron almacenadas en dispositivos de grabación de notas. Dicha recopilación se llevó a cabo el día sábado 27 de octubre, sábado 10, domingo 11 y lunes 12 de noviembre de 2012 respectivamente.

Los médicos de la sala de emergencia brindan asistencia exclusiva a todos los pacientes que requieran atención médica específica de esta sala. Los mismos han

afirmado que aunque la sala de emergencia se encuentra abierta las 24 horas del día la afluencia de pacientes es muy variada a lo largo de la semana y que el mayor ingreso de pacientes a esta sala se centra en los fines de semana, sin embargo comentan que el promedio de pacientes que ingresan a la sala de emergencia son tres por turno, por lo que se estima que a la semana se atienden 63 pacientes en dicha sala.

■ Personal administrativo

Se llevaron a cabo entrevistas a la persona encargada del departamento de contabilidad y la persona encargada de caja y cobranza. Ambas entrevistas se llevaron a cabo el día sábado 17 de noviembre de 2012.

■ Pacientes

La información referente a los pacientes se realizó mediante una encuesta que midió el grado de satisfacción de estos con respecto al servicio que se les brindó en la sala de emergencia. La encuesta fue aplicada en los días sábado 11, domingo 12 y lunes 13 de noviembre durante los diferentes turnos que comprenden la atención médica de dicha sala. Esto permitió obtener la información de los pacientes después de ser evaluados por los distintos médicos con el fin de obtener una información respecto a los procedimientos y atención médica que se brindan en los 3 diferentes turnos en que opera la sala de emergencia de HOSPIMED. La siguiente tabla ilustra la muestra de los pacientes encuestados:

Tabla 4. Distribución de los pacientes encuestados

HORARIO TURNOS	SÁBADO	DOMINGO	LUNES	TOTAL
TURNO A (7:00 am – 1:00 pm)	5	0	2	7
TURNO B (1:00 pm – 7:00 pm)	3	4	2	9
TURNO C (7:00 pm – 7:00 am)	0	2	0	2
TOTAL	8	6	4	18

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y ANÁLISIS

4.1 EVALUACIÓN DEL NIVEL DE APLICACIÓN DE NORMAS ADMINISTRATIVAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN

Los resultados y análisis que se desglosan a continuación son producto de la investigación realizada en la sala de emergencia de HOSPIMED, por medio de los instrumentos que se dieron a conocer en el capítulo anterior.

4.1.1 ENTREVISTA A DIRECTOR GENERAL

Para efectos de análisis la entrevista realizada al Director General de HOSPIMED, las respuestas a las preguntas se agruparon en 4 categorías que se muestran a continuación en la Tabla 5.

Tabla 5. Resultados Entrevista Director General de HOSPIMED

Categoría	Principales Resultados
I. Importancia de las normas administrativas y protocolos de atención médica para el Director General de HOSPIMED.	<ul style="list-style-type: none"> ■ No se pudo obtener una respuesta concreta a través de la entrevista Sin embargo, se puede inferir por medio de las demás respuestas que el establecimiento y formalización de las normas administrativas y protocolos de atención no es prioridad para el Director General, porque se siente cómodo con el esquema actual bajo el cual se desarrollan las actividades del HOSPITAL.
II. Existencia de normas administrativas y protocolos de atención médica para la sala de emergencia de HOSPIMED.	<p>Normas administrativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ No se cuenta con normas escritas, pero si existen normas de atención a los pacientes. ■ Los médicos generales que atienden la sala de emergencia no están autorizados para internar pacientes, solamente pueden hacerlo los médicos especialistas. ■ Si un médico general no logra contactar a un médico especialista y el primero tiene indicios de que el paciente requiere hospitalización, debe abocarse al Director General para que sea éste quien determine si el paciente puede hospitalizarse o no. ■ Los pacientes que acuden a la sala de emergencia no pueden permanecer más de dos horas en la misma. ■ Los pacientes atendidos en la sala de emergencia y que requieren hospitalización deben pagar un depósito de L. 5,000.00. ■ Los médicos generales que asisten en la sala de emergencia llenan el “In

<p>III. Aplicación y controles de seguimiento de las normas administrativas y protocolos de atención médica de la sala de emergencia</p>	<p>pronto” cada vez que atienden a un paciente y en los casos que requieren hospitalización, adicionalmente realizan la historia clínica.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Los precios de los medicamentos y de los procedimientos médicos son revisados anualmente. ■ Los médicos generales contratados para la sala de emergencia, trabajan bajo la modalidad de “Riesgo Compartido”, no como empleados directos del hospital. <p>Protocolos de atención médica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ El hospital no cuenta con protocolos de atención médica, sino que cada especialista se basa en los protocolos de atención propios de su especialidad. ■ Ningún hospital cuenta con protocolos de atención propios, sino con los protocolos comunes establecidos por el Ministerio de Salud. <p>Normas administrativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ El Director General realiza una revisión periódica sobre la labor de los médicos generales que atienden la sala emergencia, la verificación incluye aspectos como: Llenado del “In pronto”, aplicación de medicamentos, cantidad de horas que permaneció el paciente en la sala de emergencia, cobro por la atención médica. <p>Protocolos de atención médica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Ninguno.
<p>IV. Percepción sobre la sala de emergencia y el funcionamiento del Hospital.</p>	<p>Sobre la sala de emergencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ La mayor parte de los ingresos (hospitalizaciones) se generan desde la sala de emergencia. ■ La sala de emergencia es un medio de enseñanza para el médico general <p>Sobre el hospital:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ El hospital funciona bien actualmente pero no se lleva estadística del número de consultas externas que se realizan en el hospital. El Estado no exigen esos datos. ■ Las cuentas incobrables del hospital ascienden a L.200,000.00 por año.

La información de la tabla anterior reflejó aspectos claves sobre las variables independientes de esta investigación (Existencia y aplicación de las normas administrativas en la sala de emergencia de HOSPIMED), éstas se detallan a continuación:

- Existen normas administrativas, pero las mismas no están documentadas. No obstante, aún cuando éstas no se encuentra por escrito se aplican controles de seguimiento de las mismas.

- No existen protocolos de atención médica. La entrevista muestra que si bien el Director General de HOSPIMED conoce el término “Protocolo de atención medica”, desconoce el proceso mediante el cual, los hospitales pueden establecer sus propios protocolos de atención de los pacientes.

- Los resultados de esta entrevista también demuestran que la mayor parte de los pacientes que son hospitalizados en HOSPIMED, provienen de la sala de emergencia. De esta forma, se confirma lo que teóricamente se indicó en el presente documento “las salas de emergencia son el principal medio de acceso de los pacientes a los hospitales”.

4.1.2 ENTREVISTAS A PERSONAL ADMINISTRATIVO

En este apartado se presenta la información proporcionada por el personal administrativo de HOSPIMED, en lo referente a la existencia y nivel de aplicación de las normas administrativas generales del hospital y las que están relacionadas con la sala de emergencia. Los resultados se resumen en la Tabla 6.

Tabla 6. Resultados entrevistas al personal administrativo de HOSPIMED

I CATEGORÍA: Existencia y conocimiento de las normas administrativas de HOSPIMED y para la sala de emergencia.	
Contadora	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Normas Generales: Si existen y las conoce. ▶ Normas para la sala de emergencia: Si existen y conoce algunas. Prioridad de atención a los pacientes. Control de medicamentos de la sala de emergencia.
Cajera	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Normas Generales: Si existen y las conoce. ▶ Normas para la sala de emergencia: Si existen y conoce algunas. Cobro de L100.00 a los pacientes por uso de sala de emergencia. Control de medicamentos de la sala de emergencia
II. CATEGORÍA: Medios por los que se les dan conocer las normas administrativas generales o específicas para la sala de emergencia.	
Contadora	▶ Se las dio a conocer el Director General de forma verbal.
Cajera	▶ Mediante el proceso de inducción.

III. CATEGORÍA: Disponibilidad de las normas administrativas	
Contadora	▶ El Reglamento Interno de Trabajo que aplica únicamente para empleados del área administrativa.
Cajera	▶ Existe un Reglamento Interno de Trabajo, pero nunca se lo han proporcionado.
IV. CATEGORÍA: Importancia de las normas administrativas	
Contadora	▶ Si son importantes, porque sirven para la administración y un mejor control de los medicamentos, equipo y personal.
Cajera	▶ Si son importantes, porque así en los distintos departamentos cada quien hace lo que le corresponde.
V. CATEGORÍA: Aplicación de las normas administrativas	
Contadora	▶ No se aplican en un 100%.
Cajera	▶ No se obtuvo respuesta.
VI. CATEGORÍA: Aspectos de mejora de las normas administrativas	
Contadora	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mejorar los controles de los ingresos: que los pacientes paguen exactamente lo que están gastando según los medicamentos que se les han aplicado, sobre todo en los turnos nocturnos. ▶ Mantener personal administrativo las 24 horas para el control de los medicamentos y del personal que labora por la noche.
Cajera	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mejorar aspecto de seguridad para el personal del hospital. ▶ Que se provea el equipo necesario (caja registradora) para llevar a cabo el trabajo, actualmente todo se hace de forma manual.

- De esta tabla se deduce que los empleados del área administrativa tienen al menos los conocimientos mínimos de las normas administrativas del hospital y aunque no laboran en la sala de emergencia también conocen los principales lineamientos relacionados con la misma. Sin embargo, es importante señalar que aún cuando existe un Reglamento Interno de Trabajo que atañe al personal administrativo, éste no les ha sido proporcionado por escrito.
- Con relación a la importancia de las normas para el personal administrativo, ambas entrevistadas coincidieron en que si es relevante contar con normas administrativas porque a través de las mismas se puede, administrar, enfocar y controlar de una mejor forma las diversas actividades del hospital.

- Aquí cabe indicar que en los aspectos de mejora de las normas administrativas se hace énfasis en implementar controles sobre los cobros a los pacientes, pues aduce que puede ser un canal de fuga de los ingresos.

4.1.3 ENTREVISTAS A MÉDICOS ASISTENCIALES DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

En la Tabla 7 se presentan los resultados de entrevistas realizadas a los médicos generales que asisten en la sala de emergencia de HOSPIMED. Para facilitar su comprensión, los datos fueron agrupados en diferentes categorías de análisis.

Tabla 7. Resultados de las entrevistas a los médicos asistenciales de la sala de emergencia de HOSPIMED

I CATEGORÍA: Existencia y conocimiento de las normas administrativas y protocolos de atención médica para la sala de emergencia de HOSPIMED.	
Médico 1	<ul style="list-style-type: none"> ■ No conoce normas administrativas. ■ Conoce protocolos de atención aprendidos durante sus años de estudio.
Médico 2	<ul style="list-style-type: none"> ■ Conoce las reglas del hospital sobre el manejo de los pacientes. ■ No conoce protocolos de atención.
Médico 3	<ul style="list-style-type: none"> ■ Conoce las normas administrativas relacionadas al manejo de la sala y los medicamentos. ■ No conoce protocolos de atención específicos del hospital porque los protocolos son estándar.
Médico 4	<ul style="list-style-type: none"> ■ No conoce normas administrativa, pero si el Reglamento Interno del Hospital sobre uso de los recursos del mismo. ■ No existen protocolos de atención médica definidos.
Médico 5	<ul style="list-style-type: none"> ■ Si conoce lo básico en cuanto a precios y manejo del paciente.
Médico 6	<ul style="list-style-type: none"> ■ Conoce las normas administrativas pero no está por escrito.
Médico 7	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recibió inducción en cuanto al manejo de los pacientes, medicamentos y los costos de cada tratamiento y medicamento. ■ Conoce los protocolos que ha utilizado en su carrera.
II. CATEGORÍA: Medios por los que se les dan conocer las normas administrativas para la sala de emergencia.	
Médico 1	<ul style="list-style-type: none"> ■ No se le dieron a conocer las normas administrativas.
Médico 2	<ul style="list-style-type: none"> ■ Al comenzar a trabajar en HOSPIMED le explicaron las normas administrativas de la sala de emergencias.
Médico 3	<ul style="list-style-type: none"> ■ Las normas se le dieron a conocer por medio de una charla en el momento en que

	se le contrató.
Médico 4	<ul style="list-style-type: none"> No indicó medio.
Médico 5	<ul style="list-style-type: none"> Al ingresar al hospital recibió inducción acerca de lo que tenía que hacer.
Médico 6	<ul style="list-style-type: none"> Recibió inducción de dos a tres días sobre el funcionamiento del hospital.
Médico 7	<ul style="list-style-type: none"> No indicó medio.
III. CATEGORÍA: Importancia de las normas administrativas y protocolos de atención para los médicos asistenciales.	
Médico 1	<ul style="list-style-type: none"> Contar con protocolos médicos ayudaría mucho principalmente para evitar muertes innecesarias.
Médico 2	<ul style="list-style-type: none"> Las normas y protocolos le servirían como apoyo para atender a los pacientes.
Médico 3	<ul style="list-style-type: none"> No se obtuvo respuesta.
Médico 4	<ul style="list-style-type: none"> No considera necesario contar con protocolos por escrito para el manejo del paciente.
Médico 5	<ul style="list-style-type: none"> La forma actual de hacer las cosas está bien porque se puede llamar al médico especialista.
Médico 6	<ul style="list-style-type: none"> No se obtuvo respuesta.
Médico 7	<ul style="list-style-type: none"> Sería bueno contar con protocolos, porque no todo puede estar en la mente y si tienen un protocolo sería más fácil, aunque no es tan práctico tenerlo en una sala de emergencia.
IV. CATEGORÍA: Percepción de los médicos asistenciales sobre los servicios y personal de apoyo e instalaciones físicas de la sala de emergencia.	
Médico 1	<ul style="list-style-type: none"> No contestó.
Médico 2	<ul style="list-style-type: none"> No contestó.
Médico 3	<ul style="list-style-type: none"> En la mayoría de los casos los recursos y equipos son suficientes. Algunas veces no se puede localizar a los médicos especialistas.
Médico 4	<ul style="list-style-type: none"> No contestó.
Médico 5	<ul style="list-style-type: none"> Las camillas de la sala de emergencia no son tan especializadas. Los baños están afuera.
Médico 6	<ul style="list-style-type: none"> El equipo de apoyo está bien, pero no cuentan con cierto equipo especializado. Los fines de semana y en el turno de la noche no cuentan con una enfermera.
Médico 7	<ul style="list-style-type: none"> La sala y el personal de apoyo es suficiente para trabajar en la sala de emergencia.

Las entrevistas a los médicos de la sala de emergencia confirman que HOSPIMED si tiene normas administrativas, no así, protocolos de atención médica. El único medio por el cual las normas administrativas de esta sala y del hospital en general son dadas a conocer a los médicos es a través de la etapa de inducción. Los médicos no tienen acceso a un documento que detalle dichos lineamientos. Actualmente, HOSPIMED solo ha formalizado el Reglamento Interno de Trabajo y de Seguridad por ser un requisito que la Secretaría de Salud exige a las instituciones hospitalarias del país.

Un aspecto muy importante que se pudo obtener producto de las entrevistas, es que en general, los médicos de la sala de emergencia consideran que los protocolos de atención médica les servirían de apoyo para brindar una mejor atención a sus pacientes. Asimismo, se pudo determinar que los médicos tienen una buena percepción acerca de la calidad de los servicios, personal de apoyo y las instalaciones físicas de la sala de emergencia, pero es importante señalar, que algunos hicieron énfasis sobre aspectos de mejora como:

1. Contar con personal de enfermería (una persona) asignado para los turnos sabatinos y nocturnos.
2. Contar con baños sanitarios dentro de la sala de emergencia.
3. Contar con camillas más especializadas.

4.1.4 ENCUESTA A PACIENTES

A continuación se dan a conocer los resultados de las encuestas que se aplicaron a los pacientes de la sala de emergencia de HOSPIMED.

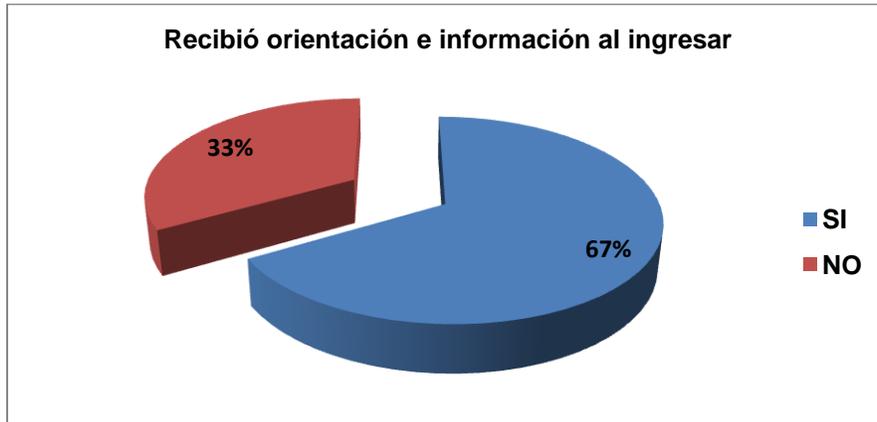


Figura 5. Pacientes que recibieron información previa a su ingreso a la sala de emergencia.

La muestra poblacional evaluada reveló que al momento de ingresar al hospital la mayoría de los pacientes (67%) reciben información, orientación o asesoramiento por parte del personal que atienden en el área de información de HOSPIMED.

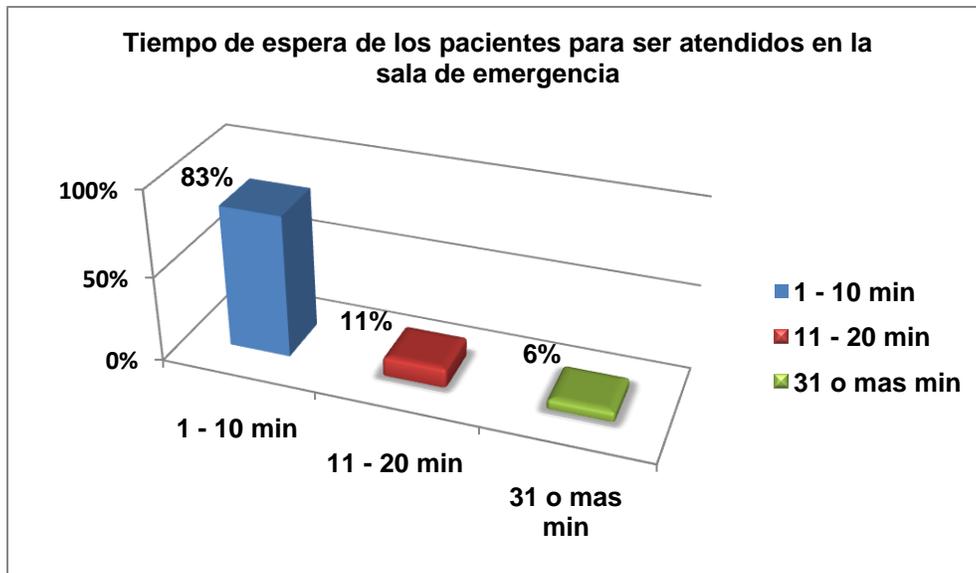


Figura 6. Tiempo que los pacientes esperan para ser atendidos.

Los tiempos de espera para el ingreso y la atención en la sala de emergencia son cortos. El 83% de los pacientes que son atendidos en la sala de urgencia permanecen en promedio de 1 a 10 minutos en la sala de espera. Aquí se debe mencionar que la mayoría de los pacientes encuestados no presentaban estados de emergencia sino que podían ser tratados ambulatoriamente, factor que incide en que este tiempo sea corto.



Figura 7. Pacientes a los que se les realizan exámenes médicos.

Las pruebas médicas y laboratoriales así como los exámenes médicos son parte fundamental de la atención médica, son herramientas indispensables para ofrecer servicios médicos de calidad y establecer un diagnóstico más preciso para proporcionar un tratamiento adecuado y eficaz a cada paciente. De la misma manera, son fuente importante de ingresos para el servicio de emergencia y de un hospital en general.

En HOSPIMED, solo al 33% de los pacientes se les realizan pruebas o exámenes médicos mientras son atendidos en la sala de emergencia, esto podría significar diversidad en el diagnóstico, variedad y poca estandarización en el proceso de atención que brinda el personal asistencial de la sala de emergencia. Con esto no se pretende señalar que sea necesario en todos los casos, realizar exámenes médicos porque seguramente el conocimiento y la experiencia de los médicos les permiten identificar más fácilmente algunas patologías. Lo importante, es tener en cuenta que las exámenes médicos aseguran una mejor calidad del diagnóstico, lo cual debe ser el

propósito general en cualquier sala de emergencia para indicar un tratamiento efectivo al paciente, ganar mayor confianza por parte de los pacientes respecto al diagnóstico y tratamiento brindado y lograr que tanto los éstos como el hospital eviten gastos innecesarios en tratamientos erróneos.

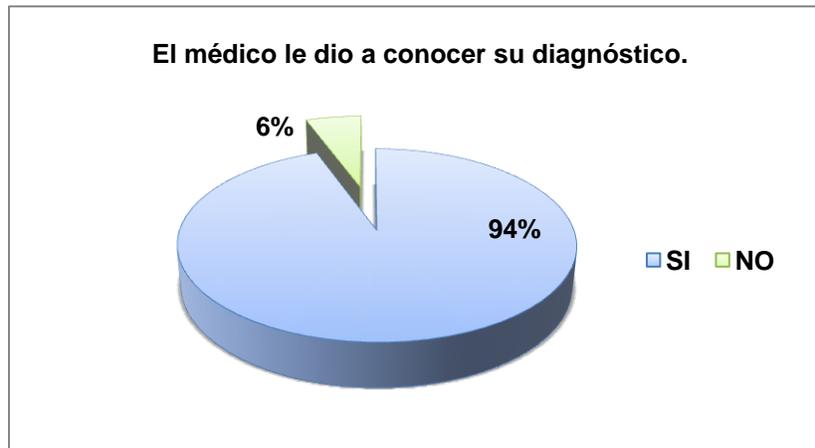


Figura 8. Pacientes que reciben su diagnóstico

Como se observa en la gran mayoría de los casos (94%), los médicos asistenciales de la sala de emergencia esclarecen el diagnóstico a los pacientes que ingresan a la misma, esta información que brindan a los pacientes es parte del acto médico y la vez significa que se está respetando el derecho que el paciente tiene de conocer todo lo referente a su patología. El 6% de los pacientes a los que no se les dio a conocer su diagnóstico, se debe a que los mismos esperaban los resultados de los análisis de laboratorio para que el médico pudiera establecer el diagnóstico.

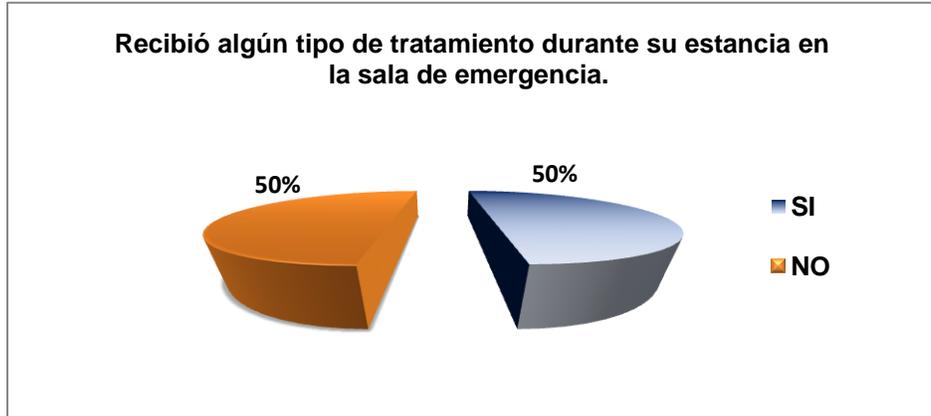


Figura 9. Pacientes que reciben tratamiento.

El tratamiento médico que se brinda en una sala de emergencia es vital para la salud del paciente. La pronta y adecuada atención médica, el suministro de medicamentos e insumos es indispensable para la estabilización del paciente y el subsiguiente tratamiento en pro de mejorar su condición.

Según la muestra solo el 50% de los pacientes que ingresan a la sala de emergencia de HOSPIMED reciben algún tratamiento médico inicial para la patología o urgencia por la cual acuden al hospital. Este dato refleja la variabilidad de las patologías que se atienden en la sala de emergencia y a la vez muestra que el criterio médico de la atención en salud de esta sala, no se basa en protocolos de atención sino más bien en criterios propios de atención médica.

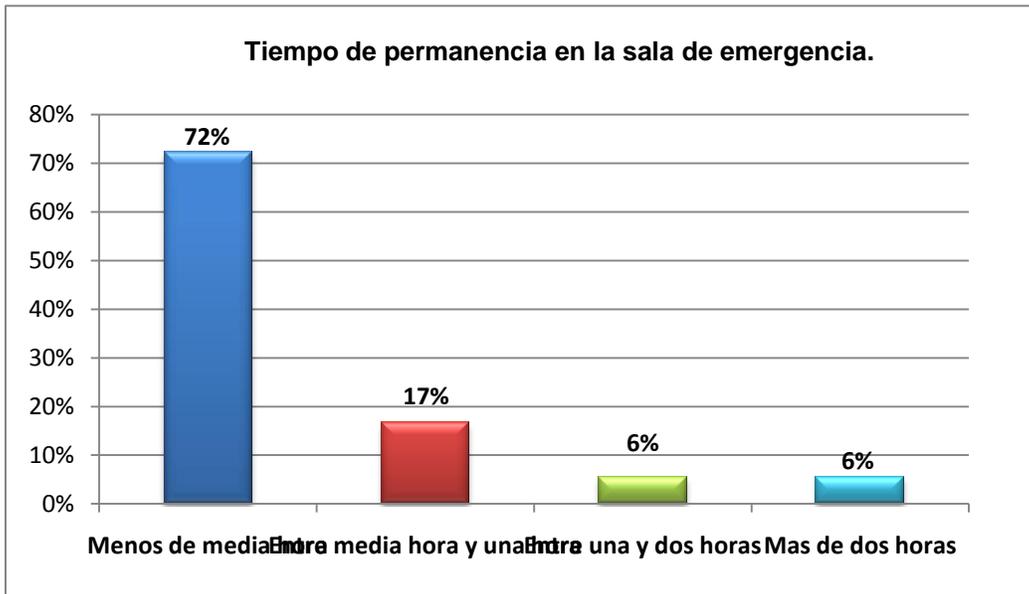


Figura 10. Tiempo que permanece en la sala de emergencia

El 72% de los pacientes que ingresan a la sala de emergencia permanecen menos de media hora. Esto indica que la atención médica se realiza de forma rápida, un factor que influye en este patrón es que la mayoría de los pacientes que asisten reciben tratamiento ambulatorio porque no constituyen casos de urgencia. Sobre este dato se debe considerar que un indicador de calidad de la sala de emergencia según la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) (2001), es el tiempo medio de permanencia en urgencias, este indicador se fundamenta en que la atención urgente debe ser rápida y que un tiempo de estancia muy largo en el servicio de emergencia puede representar deficiencias de coordinación, circuitos inadecuados, servicios de soporte insuficientes, entre otros.



Figura 11. Pacientes que requirieron hospitalización

La gráfica muestra que ninguno de los pacientes encuestados requirió hospitalización. En concordancia con lo mencionado anteriormente, al ser pacientes que no se presentan en estados de urgencia, solamente requieren medicina ambulatoria. Este dato resulta inquietante si se toma en cuenta que el Director General del hospital indicó que la mayoría de los pacientes que se hospitalizan en HOSPIMED provienen de esta sala.

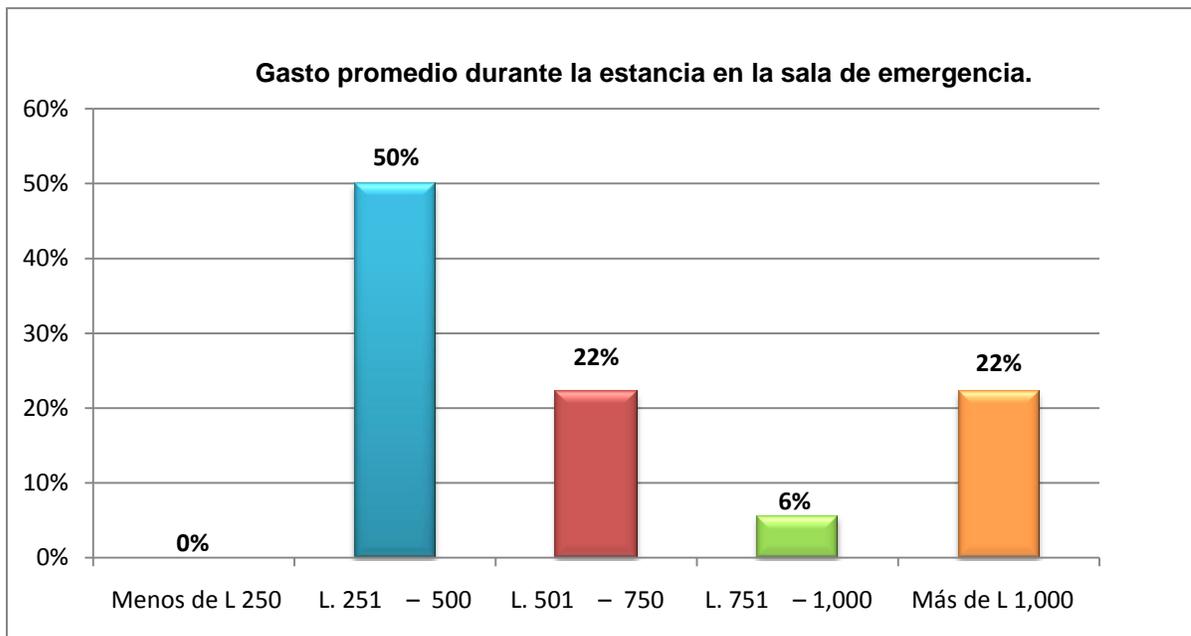


Figura 12. Gasto de los pacientes en la sala de emergencia.

EL 50% de los pacientes que ingresan a la sala de emergencia generan un ingreso de entre L. 251 – L. 500 en cada visita mientras que el 22% de las personas atendidas gastan más de mil Lempiras en concepto de atención médica y otro 22% generan ingresos que oscilan entre los L. 501 – L. 750 por visita. La falta de una medicina protocolaria permite que estos valores sean tan dispersos y que la mayor parte de las personas atendidas generen pocos ingresos a la sala de emergencia. Los ingresos generados por estas atenciones no siempre justifican los insumos y recursos utilizados y que se deprecian en la atención medica brindada en esta sala.

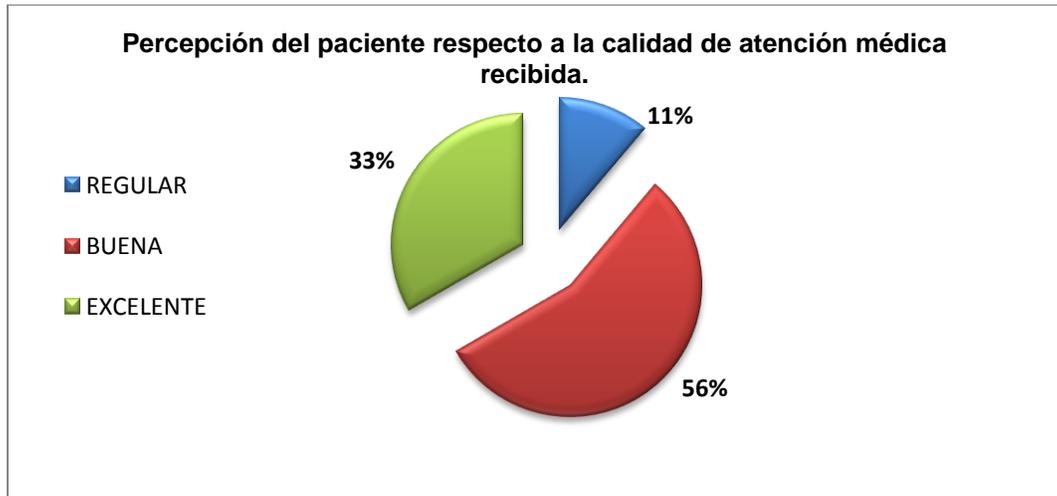


Figura 13. Percepción sobre la calidad de servicio.

La atención médica ofrecida por la sala de emergencia de HOSPIMED es percibida como buena por el 56% de la población atendida, un 33% considera que es excelente y un 11% de la población la cataloga como regular. La aplicación de protocolos médicos servirá como estándar de atención y contribuirá a establecer mejores diagnósticos y tratamientos e incrementar el nivel actual de confianza y de satisfacción del paciente.

4.1.5 SÍNTESIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LAS NORMAS ADMINISTRATIVAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN

Con base a la información anterior, se puede afirmar que el estado actual de la sala de emergencia de HOSPIMED en lo que se refiere a normas administrativas y protocolos de atención médica presenta ciertas debilidades o carencias. Las normas administrativas que deben seguir los médicos generales de la sala de emergencia han sido transmitidas de un médico a otro a través de charlas de inducción y no están formalizadas, lo cual puede, en primer lugar transmitir un mensaje erróneo a los sujetos responsables de su cumplimiento respecto a la importancia que tienen las mismas para las más altas autoridades del hospital.

En segundo lugar, el hecho de no contar con normas administrativas escritas puede provocar confusión al nuevo personal, conflictos en cuanto a la forma de proceder, limitar la aplicación de controles e incluso la aplicación de sanciones y/o medidas correctivas, pero sobretodo limita el crecimiento económico y empresarial de HOSPIMED como institución prestadora de servicios de salud.

Por otra parte, la “ausencia de protocolos de atención médica” propiamente establecidos para las principales patologías, o traumas de emergencia⁴ que se presentan en esta sala, promueve la subutilización de los recursos (medicamentos, equipo médico y personal de apoyo) de la sala de emergencia y puede provocar una variabilidad en el diagnóstico.

Finalmente, lo anterior origina que el trabajo del personal de la institución no se realice de manera ordenada, provocando que los servicios de atención médica no se presten de forma más eficiente. Las normas administrativas juegan un rol importante para el desarrollo operativo y económico del hospital, su acceso, aplicación en todos los niveles, así como la revisión y evaluación periódica de estos lineamientos podrá generar un mejor desempeño administrativo y financiero de la institución así como una notable mejora en la calidad de los servicios de salud ofertados.

⁴ No todos los pacientes que acuden a la sala de emergencia llegan en estados o con padecimientos de urgencia.

A continuación se presentan en forma detallada algunos aspectos observados sobre las normas administrativas y protocolos de atención de la sala de emergencia de HOSPIMED:

- No se ha establecido una norma administrativa que indique al personal la forma de brindar un adecuado recibimiento y orientación a todo paciente que ingrese al hospital de modo que pueda ubicársele en el área que éste busque o necesite según la patología o necesidad por la cual asiste a este centro hospitalario.
- Durante el tiempo de espera de los pacientes para ingresar a la sala de emergencia no se indica o señala, al personal de enfermería, realizar el registro de información relevante como lo es la toma de signos vitales, sintomatología o antecedentes patológicos del paciente. Esta actividad suele ser una práctica general en las salas de emergencia que contribuye a identificar el nivel de urgencia y por lo tanto la prioridad con el que debe ser atendido el paciente.
- Al no existir protocolos de atención médica definidos para la sala de emergencia, cada médico asistencial se basa en sus propios conocimientos y experiencias para dilucidar el diagnóstico de cada paciente. Las normas administrativas no establecen que éste deba indicar exámenes o pruebas de laboratorio para confirmar o descubrir una patología. Las pruebas y exámenes se realizan según la sintomatología del paciente o cuando el médico lo considere pertinente.
- La norma administrativa más conocida y aplicada en la sala de emergencia de HOSPIMED está relacionada con la hospitalización de los pacientes. Dicha norma establece que los pacientes que requieren hospitalización solo pueden ser ingresados mediante autorización de un médico especialista o en su defecto por el Director General del hospital.

4.2 ANÁLISIS DE ESTADÍSTICAS Y GENERACIÓN DE INGRESOS DE LA SALA DE EMERGENCIA A PARTIR DE LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN MÉDICA

Según información proporcionada por el Jefe Administrativo de HOSPIMED, el 85% de los pacientes que ingresan a hospitalización provienen de la sala de emergencia. En la Tabla 8 se aprecia la cantidad mensual de pacientes que ingresan a hospitalización y cuántos de éstos se derivan de la atención médica de la sala de emergencia.

Tabla 8. Cantidad de pacientes hospitalizados que ingresan por la sala de emergencia de HOSPIMED⁵

MES	Pacientes 2010		Pacientes 2011		Pacientes 2012*	
	Total	Emergencia	Total	Emergencia	Total	Emergencia
Enero	40	34	39	33	18	15
Febrero	32	27	20	17	25	21
Marzo	33	28	30	26	28	24
Abril	34	29	26	22	38	32
Mayo	29	25	31	26	29	25
Junio	52	44	33	28	24	20
Julio	94	80	28	24	26	22
Agosto	65	55	28	24	18	15
Septiembre	23	20	31	26	27	23
Octubre	33	28	21	18	29	25
Noviembre	27	23	16	14	14	12
Diciembre	35	30	24	20	0	0
TOTAL	497	422	327	278	276	235

Fuente: HOSPIMED

En los datos anteriores se refleja la importancia que debe tener la sala de emergencia para la administración de HOSPIMED, pues como se indicó anteriormente al ser el principal canal para los pacientes que pasan a hospitalización, se convierte también en una fuente directa e indirecta de ingresos.

⁵ Para el año 2012 la tabla refleja datos hasta el 15 de noviembre de 2012.

A continuación se presenta el nivel de ingresos generados por HOSPIMED a través de la sala de emergencia, en la tabla se observa tanto el promedio de ingresos mensuales como el promedio generado por paciente.

Tabla 9. Ingresos generados por la sala de emergencia de HOSPIMED

2012	Atención en Sala de Emergencia	Medicamentos Sala de Emergencia	Total Ingresos Emergencia	Pacientes (Emergencia)	Ingresos por paciente
Julio	L. 48,484.00	L. 44,969.00	L. 93,453.00	22	L. 4,247.86
Agosto	L. 36,205.00	L. 29,839.00	L. 66,044.00	15	L. 4,402.93
Septiembre	L. 42,315.00	L. 23,449.00	L. 65,764.00	23	L. 2,859.30
TOTAL	L. 127,004.00	L. 98,257.00	L. 225,261.00	60	L. 11,510.10
PROMEDIOS	L. 42,334.67	L. 32,752.33	L. 75,087.00	20	L. 3,836.70

Fuente: HOSPIMED

Como se observa en la tabla, tanto para el promedio de ingresos mensuales como el promedio generado por paciente, solamente se están considerando los meses julio, agosto y septiembre del 2012, debido a que al momento de recolección de los datos el hospital no contaba con información completa de octubre. Sin embargo, lo que se pretende puntualizar es que el dato de los ingresos por paciente (L. 3,836.70), resulta contradictorio si se considera que en la encuesta aplicada a los pacientes el 50% de la muestra, gastó entre L.251 a L. 500.00. No obstante, en vista de que ésta es información oficial, será el dato que se tome en cuenta para cualquier otro cálculo. Finalmente, de esta información se rescata que para cualquier hospital, sin ser la excepción HOSPIMED, es de gran relevancia mantener la calidad de atención de la sala de emergencia.

En cumplimiento del objetivo de esta investigación, en seguida se muestran los resultados del análisis comparativo de los ingresos generados por los procesos de atención de la sala de emergencia de HOSPIMED contra los ingresos que se derivan de la aplicación de los protocolos médicos. En esta actividad se consideraron los datos obtenidos de las entrevistas a las médicos generales de HOSPIMED para 5 de las patologías más recurrentes en la sala de emergencia, asimismo, se emplearon los protocolos de atención médica del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).

Estos incluyen las pruebas de laboratorio y los medicamentos que indica el protocolo (por paciente), los precios de los medicamentos y pruebas de laboratorio, fueron proporcionados por HOSPIMED.

Tabla 10. Análisis comparativo de los protocolos de atención médica

PATOLOGÍA	PROTOCOLO	HOSPIMED	DIFERENCIA	
			Monto	%
Crisis de Asma	L. 1,390.00	L. 935.00	L. 455.00	33%
Crisis de Diábetes	L. 4,838.20	L. 1,084.75	L. 3,753.45	78%
Diarrea	L. 472.05	L. 1,264.00	-L. 791.95	-63%
Hipertensión Arterial	L. 2,618.00	L. 1,352.00	L. 1,266.00	48%
Heridas	L. 1,215.00	L. 1,588.00	-L. 373.00	-23%
Aumento Promedio en Lempiras			L. 861.90	

De este análisis se deduce que al no aplicar protocolos de atención médica, en 3 de las 5 patologías analizadas (Crisis de Asma, Crisis de Diabetes, Hipertensión Arterial) se pueden estar omitiendo algunos pasos que generan menor valor al tratamiento de HOSPIMED. Por otra parte, los demás casos muestran que si el hospital aplicara protocolos de atención, se reduciría el costo de la atención. En forma general, HOSPIMED en algunos casos está dejando de percibir ingresos por no aplicar protocolos y en otros está percibiendo más de lo que recibiría con base a un protocolo. Considerando ambas variantes, el valor promedio en que aumentaría el ingreso por paciente es de L. 861.90. A continuación se presenta el cálculo del ingreso por paciente incorporando dicho aumento.

Tabla 11. Aumento porcentual de ingresos por paciente aplicando protocolos

Aumento Porcentual	
Ingreso promedio actual por paciente	L. 3,836.70
(+) Aumento promedio según protocolo	L. 861.90
Nuevo ingreso promedio por paciente	L. 4,698.60
% de incremento	22%

Finalmente, se muestra un Estado de Resultados comparativo aplicando el 22% de aumento de los ingresos generados por la sala de emergencia, cabe señalar que en este Estado de Resultados se han omitido los ingresos que HOSPIMED genera a través de los alquileres porque no corresponde a la actividad principal del hospital, de igual forma, por efectos de presentación se ha omitido el detalle de las subcuentas del mismo. al cierre del ejercicio 2011.

Tabla 12. Estado de Resultados Comparativo de HOSPIMED al 31/12/2011

			Aplicando el 22% de incremento	
	M. Actual	Acumulado	M. Actual	Acumulado
INGRESOS				
INGRESOS DE CONSULTA DE EMERGENCIA	L. 39,739	L. 495,421	L. 48,482	L. 604,413
INGRESOS DE RAYOS X DE CONSULTA EXTERNA	L. 92,994	L. 1282,739	L. 92,994	L. 1282,739
INGRESOS DE ULTRASONIDOS DE CONSULTA EXTERNA	L. 115,505	L. 1440,246	L. 115,505	L. 1440,246
INGRESOS VARIOS	L. 11,816	L. 323,956	L. 11,816	L. 323,956
INGRESOS POR PACIENTES HOSPITALIZADOS	L. 295,355	L. 3293,229	L. 295,355	L. 3293,229
INGRESOS DE MAMOGRAFÍAS	L. 7,855	L. 65,015	L. 7,855	L. 65,015
INGRESOS POR MEDICAMENTOS	L. 65,009	L. 637,643	L. 65,009	L. 637,643
TOTAL DE INGRESOS	L. 628,273	L. 7538,248	L. 637,016	L. 7647,241
EGRESOS				
GASTOS DE HOSPITAL	-L. 206,532	-L. 3031,275	-L. 206,532	-L. 3031,275
GASTOS DE ADMINISTRACIÓN	-L. 1057,796	-L. 4299,966	-L. 1057,796	-L. 4299,966
GASTOS RAYOS X	-L. 119,552	-L. 1134,857	-L. 119,552	-L. 1134,857
GASTOS DE ULTRASONIDO	-L. 32,705	-L. 452,509	-L. 32,705	-L. 452,509
DESCUENTOS DE HOSPITALIZACIÓN	-L. 106,680	-L. 540,113	-L. 106,680	-L. 540,113
GASTOS DE MAMOGRAFÍAS	L. 0	-L. 34,469	L. 0	-L. 34,469
TOTAL GASTOS	-L. 1523,265	-L. 9493,190	-L. 1523,265	-L. 9493,190
UTILIDAD (PÉRDIDA) DEL EJERCICIO	-L. 894,992	-L. 1954,942	-L. 886,249	-L. 1845,949

Fuente: HOSPIMED

El Estado de Resultados indica que al aplicar el porcentaje de crecimiento del 22% (derivado del análisis de los protocolos de atención médica) sobre los ingresos y bajo el supuesto de que las demás cuentas permanecen iguales, los ingresos totales de HOSPIMED aumentan en L. 108,993.00 y la pérdida neta del ejercicio disminuye en la misma proporción. De esta forma, se demuestra que la aplicación de los protocolos no solo contribuye a mejorar la calidad de atención sino que además aumenta los ingresos del hospital.

4.3 ANÁLISIS COMPARATIVO DE HOSPITALES SIMILARES

En la Tabla 13 se presentan datos comparativos sobre las variables de estudio y otros factores importantes de las salas de emergencia de 2 hospitales de categoría similar a HOSPIMED.

Tabla 13. Comparación salas de emergencia

ASPECTO DE COMPARACIÓN	MEDICASA	HOSPITAL SAN JORGE	HOSPIMED
1. Normas Administrativas	No están formalizadas	No están formalizados	No están formalizadas
2. Protocolos de atención médica	No existen, los médicos se basan en sus conocimientos y experiencia médica para atender a los pacientes.	No existen, los médicos se basan en sus conocimientos y experiencia médica para atender a los pacientes.	No existen, los médicos se basan en sus conocimientos y experiencia médica para atender a los pacientes.
3. Niveles de autoridad	Los médicos generales tienen autorización para hospitalizar a los pacientes que lo requieran.	Los médicos generales tienen autorización para hospitalizar a los pacientes que lo requieran.	Los médicos generales no están autorizados para hospitalizar pacientes, solamente los médicos especialistas.
4. Personal de apoyo	Cuentan con 2 enfermeras de apoyo en todos los turnos.	Cuentan con 3 enfermeras para emergencia durante el día y 2 para la jornada nocturna.	Solamente cuentan con 1 enfermera y no está disponible en la jornada nocturna ni los sábados.
5. Otros aspectos relacionados con la calidad de atención	Previo a la atención médica, el personal de enfermería revisa los signos vitales de los pacientes.	Previo a la atención médica, el personal de enfermería revisa los signos vitales de los pacientes y sus antecedentes patológicos.	Los pacientes son revisados al momento de pasar a consulta con el médico general.

Los datos más importantes que resultan de esta comparación muestran que ninguno de los hospitales ha establecido protocolos de atención médica para la sala de emergencia, pese a que las mismas son el principal canal por el cual reciben la mayor cantidad de pacientes. Tampoco cuentan con normas administrativas debidamente formalizadas. Se debe hacer notar la variante en la norma administrativa que por parte de MEDICASA y Hospital San Jorge habilita a los médicos generales a tomar decisión sobre el ingreso de los pacientes, en tanto, que en la sala de emergencia de HOSPIMED los médicos generales no pueden hacerlo. Este es un factor importante a ser analizado por HOSPIMED pues según los datos obtenidos, en cierta medida esto entorpece el flujo normal de pacientes, que por sus patologías deben pasar de la sala de emergencia a una sala de hospitalización. Por último, se destaca que la información de MEDICASA y Hospital San Jorge se obtuvo por medio de una sola entrevista, por lo que la misma podría no estar reflejando algunos detalles importantes para efectos de este estudio.

4.4 ANÁLISIS FODA DE LA SALA EMERGENCIA DE HOSPIMED

Con base a los resultados obtenidos sobre la existencia y aplicación de las normas administrativas y protocolos de atención médica de la sala de emergencia de HOSPIMED, en este segmento se muestra un análisis de las principales Fortalezas, Oportunidades y Amenazas para esta sala. Como se observará en la Tabla 11, en el análisis se consideraron, además de las dos variables independientes (Normas Administrativas y Protocolos), otros factores como ser las instalaciones físicas que de igual forma afectan positiva o negativamente la calidad de atención de dicha sala.

Tabla 14. Análisis FODA de la Sala de Emergencia de HOSPIMED

F	<p>ORTALEZAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La sala de emergencia permanece abierta las 24 horas del día, los 7 días de la semana. ▪ Cuenta con el equipo médico e instrumentación necesarias para la atención de los pacientes. ▪ Poseen un laboratorio disponible las 24 horas del día los 7 días de la para la realización de diferentes pruebas y exámenes clínicos. ▪ Es atendida por 7 médicos generales y 3 por razones necesarias, según los turnos asignados. La mayoría de los médicos cuentan con la suficiente experiencia en la atención médica brindada en esta sala. ▪ Los actuales pacientes de HOSPIMED se muestran satisfechos con la atención médica de esta sala. ▪ Se realiza control sobre el inventario de medicamentos de la sala de emergencia.
O	<p>PORTUNIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Convertirse en líder en la implementación de un sistema de medicina protocolaria. ▪ Modernizar y mejorar el espacio físico de la sala de emergencia. ▪ Establecer mecanismos de socialización de las normas administrativas de la sala de emergencia de HOSPIMED.
D	<p>EBILIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Marco normativo no está formalizado. ▪ Limitada asignación de autoridad a los médicos generales de HOSPIMED para tomar decisiones referente al ingreso de pacientes a hospitalización. ▪ No cuenta con suficiente personal de enfermería para apoyar la atención médica de la jornada nocturna y fines de semana. ▪ No todos los servicios de apoyo (ultrasonido) se encuentran disponibles en la jornada nocturna. ▪ La información administrativa epidemiológica no está centralizada, los diferentes departamentos involucrados en estas actividades no manejan información específica ni actualizada. ▪ Cada médico lleva registro personal de los pacientes atendidos lo que se presta a repetición de información cuando el paciente es atendido por otro médico. ▪ El servicio de caja y cobros no posee equipo de cómputo y caja registradora que le facilite y agilice la realización del trabajo.
A	<p>MENAZAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Interna: Las autoridades de HOSPIMED no estén conscientes de la relevancia de implementar un estilo de administración orientada a lograr calidad, eficiencia operativa y mayor rentabilidad. ▪ Externa: Incremento de clínicas en zonas aledañas.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

1. Se constató, a través de la información recopilada, que el conocimiento de las normas administrativas por el personal de HOSPIMED es mínimo y en ciertos casos nulo. El nivel de instrucción y entendimiento de las mismas es muy bajo y limitado ya que al no estar formalizadas y documentadas el personal no puede hacer referencia a estas en el ejercicio cotidiano de labores. Únicamente se remiten a las directrices que se han establecido de manera verbal e informal.
2. El conocimiento de los protocolos de atención médica para la sala de emergencia es variado. Los médicos asistenciales poseen conceptos diversos sobre lo que son los protocolos de atención. Para éstos el protocolo a seguir se basa en la experiencia personal de cada uno. El nivel de aplicación es bajo ya que para el personal médico los protocolos de atención representan un apoyo leve para el desarrollo y ejercicio de la práctica médica y según éstos no son de vital importancia.
3. A través de los instrumentos de investigación se identificó que existen normas administrativas que orientan las actividades de la sala de emergencia de HOSPIMED. Asimismo, se determinó que las mismas se aplican a pesar de no estar formalizadas. La única normativa documentada en este hospital es el Reglamento Interno de Trabajo. Sin embargo, este instrumento no es aplicable a la sala de emergencia, su alcance se limita a los empleados del área administrativa y deja por fuera al personal médico de la sala de emergencia, quienes no son empleados directos del hospital.

4. HOSPIMED no cuenta con protocolos de atención médica. Cada médico asistencial de la sala de emergencia se basa en sus propios conocimientos y experiencia para atender y establecer los diagnósticos clínicos de los pacientes. Si bien, la mayoría de los médicos generales consideran que los protocolos de atención médica representarían una buena herramienta de apoyo para desempeñar sus actividades, no se pudo determinar la importancia que las máximas autoridades del hospital le dan a este tema.
5. Los médicos asistenciales están satisfechos con el equipo, personal de apoyo e instalaciones físicas de la sala de emergencia de HOSPIMED. No obstante, para efectos de brindar una mejor atención es importante mejorar ciertos aspectos relacionados con la infraestructura de la misma.
6. Todos los pacientes encuestados en la sala de emergencia de HOSPIMED, acudieron por medicina ambulatoria, y no por casos de urgencia que requirieran hospitalización. Este fenómeno resultó contrastante con los datos estadísticos obtenidos y con la información brindada por el Director General, los cuales afirman que la mayor parte de los pacientes que ingresan a hospitalización provienen de dicha sala (85% aproximadamente).
7. En forma general, los pacientes de la sala de emergencia de HOSPIMED consideran que el servicio que se les brinda es bueno. Contrario a lo que se esperaba, esto evidencia que aún cuando el hospital no cuenta con normas administrativas formalizadas y no aplica protocolos de atención médica el servicio que proporciona es aceptable. Sin embargo, el análisis de los costos y de los protocolos médicos evidencia que si el hospital implementara la medicina protocolaria se verá beneficiado con un incremento del 22% (aproximadamente) sobre el monto actual de los ingresos generados por la sala de emergencia.
8. El análisis comparativo de la sala de emergencia de HOSPIMED y otras instituciones hospitalarias, demostró que la diferencia más significativa entre éstas,

radica en que las normas administrativas de HOSPIMED restringen a los médicos generales en cuanto a la toma de decisiones para hospitalizar⁶ a un paciente, mientras que en las demás instituciones los médicos de la sala de emergencia si tienen la facultad para ingresar pacientes. Aunque este aspecto no fue objeto de estudio, es posible que represente una fuga de pacientes y por ende de ingresos para el hospital, debido a las fallas de comunicación que se presentan entre médicos generales y médicos especialistas de HOSPIMED.

9. Las instituciones hospitalarias que se indagaron para efectos de comparación con HOSPIMED, tampoco cuentan con protocolos de atención médica. Ante este hecho, surge la inquietud por saber hasta qué nivel los hospitales públicos y privados de Honduras se interesan por conocer e implementar sistemas de atención basados en protocolos de atención.

5.2 RECOMENDACIONES

1. Es necesario que HOSPIMED establezca por escrito todas y cada una de las normas administrativas que en la actualidad son transmitidas de forma verbal. Así podrá asegurar no solamente las bases para una mejor administración sino que además incrementará sus expectativas de crecimiento. La importancia de que se establezcan normas administrativas y protocolos de atención radica en que cada colaborador de dicho Hospital podrá ejercer sus labores profesionales con mayor eficacia, eficiencia, equidad y calidad, así mismo, sabrán con mayor especificidad las tareas y funciones a desempeñar. HOSPIMED podrá brindar a sus pacientes un beneficio en salud ético, confiable y eficaz y al mismo tiempo estará asegurando los ingresos económicos que garanticen su rentabilidad.

⁶ Debe recordarse que según las entrevistas realizadas al Director y a los médicos generales de HOSPIMED, solamente los médicos especialistas puede autorizar la hospitalización de un paciente.

2. Por otra parte, para mejorar la calidad de atención, reducir costos y generar mayores ingresos, se sugiere establecer un sistema de atención médica basado en protocolos de atención. Al respecto, cabe señalar que dicha actividad será difícil implementar si previamente las máximas autoridades de HOSPIMED no se preocupan por conocer y entender el fundamento de la medicina protocolaria y los beneficios que ésta representa.
3. Asimismo, resulta importante que la dirección del hospital evalúe la normativa referente a la hospitalización de pacientes atendidos en la sala de emergencia, de modo que se analice y contemple la opción de proporcionar autoridad a los médicos generales para hospitalizar pacientes cuando éstos lo consideren oportuno y la evidencia clínica así lo sugiera.
4. Finalmente, considerando que la sala de emergencia de HOSPIMED representa el escaparate del hospital, se recomienda trabajar en otros aspectos que también inciden en la calidad de atención de la sala de emergencia, como son:
 - Personal de apoyo: Contratar más personal de enfermería que asista a los médicos generales durante los sábados y turnos de la noche.
 - Instalaciones físicas: Construir baños sanitarios en un sitio más accesible para los pacientes de la sala de emergencia, sobre todo para aquellos que por sus síntomas o padecimientos no pueden trasladarse hasta el lugar donde se encuentran ubicados actualmente.
 - Equipo de apoyo: Para modernizar la sala de emergencia y aumentar la comodidad de los pacientes es importante considerar la compra de camillas nuevas y especializadas.

CAPÍTULO VI. APLICABILIDAD

PROPUESTA DE MEJORA PARA LA SALA DE EMERGENCIA DE HOSPIMED

6.1. INTRODUCCIÓN

La adopción de un sistema basado en medicina protocolaria en la sala de emergencia de HOSPIMED le permitirá elevar sus ingresos económicos en un 22%, lograr mayor rentabilidad y aumentar sus estándares de calidad en el servicio ofertado a fin de convertirse en un hospital de primer nivel.

Producto de la investigación realizada en el Hospital y Clínica de Especialidades (HOSPIMED) se identificó que la sala de emergencia de este hospital se basa en normas administrativas pero que las mismas no están escritas y no han sido socializadas. Por otra parte, se concluyó que no se cuenta con protocolos de atención médica que sirvan como instrumento de apoyo a los médicos generales de dicha sala en la atención a los pacientes. En este contexto, el presente documento constituye un “Plan de acción” que permitirá a las principales autoridades de HOSPIMED tener un panorama claro sobre la situación actual referente a las variables antes indicadas y más allá de eso, les mostrará cual es la importancia y el beneficio que puede representar para el hospital, la implementación de las mismas.

6.2 OBJETIVO

Dar a conocer las principales acciones y beneficios que HOSPIMED puede generar al establecer formalmente las normas administrativas, implementar protocolos de atención médica en la sala de emergencia y mejorar otros factores importantes que afectan la calidad de atención de los pacientes.

6.3 ALCANCE

El plan estará enfocado a normas y protocolos de atención médica de la sala de emergencia de HOSPIMED.

6.4 IMPACTO

Con el desarrollo del “Plan de Acción” HOSPIMED podrá mejorar y establecer formalmente una base normativa que oriente el orden y el logro de objetivos de calidad y rentabilidad económica de dicha institución.

6.5 PROCESO DE ATENCIÓN MÉDICA DE LA SALA DE EMERGENCIA DE HOSPIMED

6.5.1 PARTICIPANTES Y ROLES:

Los principales actores del proceso de atención de la sala de emergencia de HOSPIMED son:

- **Pacientes:** Son en su mayoría personas que residen en la colonia Kennedy y acuden a HOSPIMED en busca de ayuda médica.
- **Médicos generales:** Son los que tienen la responsabilidad de atender las patologías de los pacientes que llegan a la sala de emergencia.
- **Personal de enfermería:** Asisten a los médicos generales en la atención médica de la sala de emergencia.
- **Servicios de apoyo:** Representados por los laboratorios, rayos x, ultrasonido y mamografía a los cuales los pacientes son remitidos cuando se requieren pruebas y/o exámenes médicos que permiten efectuar diagnósticos médicos más acertados.

- ▮ Médicos especialistas: Su intervención en el proceso de atención de la sala de emergencia dependerá de la complejidad de la patología de los pacientes. Regularmente, los médicos especialistas entran en juego cuando los médicos generales consideran que los casos requieren atención especializada o cuando tienen indicios de que los pacientes necesitan hospitalización. Son los médicos especialistas los que tienen potestad para decidir si un paciente será ingresado o no.



Figura 14. Participantes en la sala de emergencia de HOSPIMED

En esta figura se aprecian los principales participantes en el proceso de atención de la sala de emergencia de HOSPIMED. Lo que se desea enfatizar es que la intervención de los médicos especialistas, si bien se hace necesaria en casos en los que los médicos generales tengan dudas para atender las emergencias, no debería de representar el único punto de decisión sobre el ingreso de pacientes.

En la siguiente imagen se presenta el flujograma de la sala de emergencia de HOSPIMED.

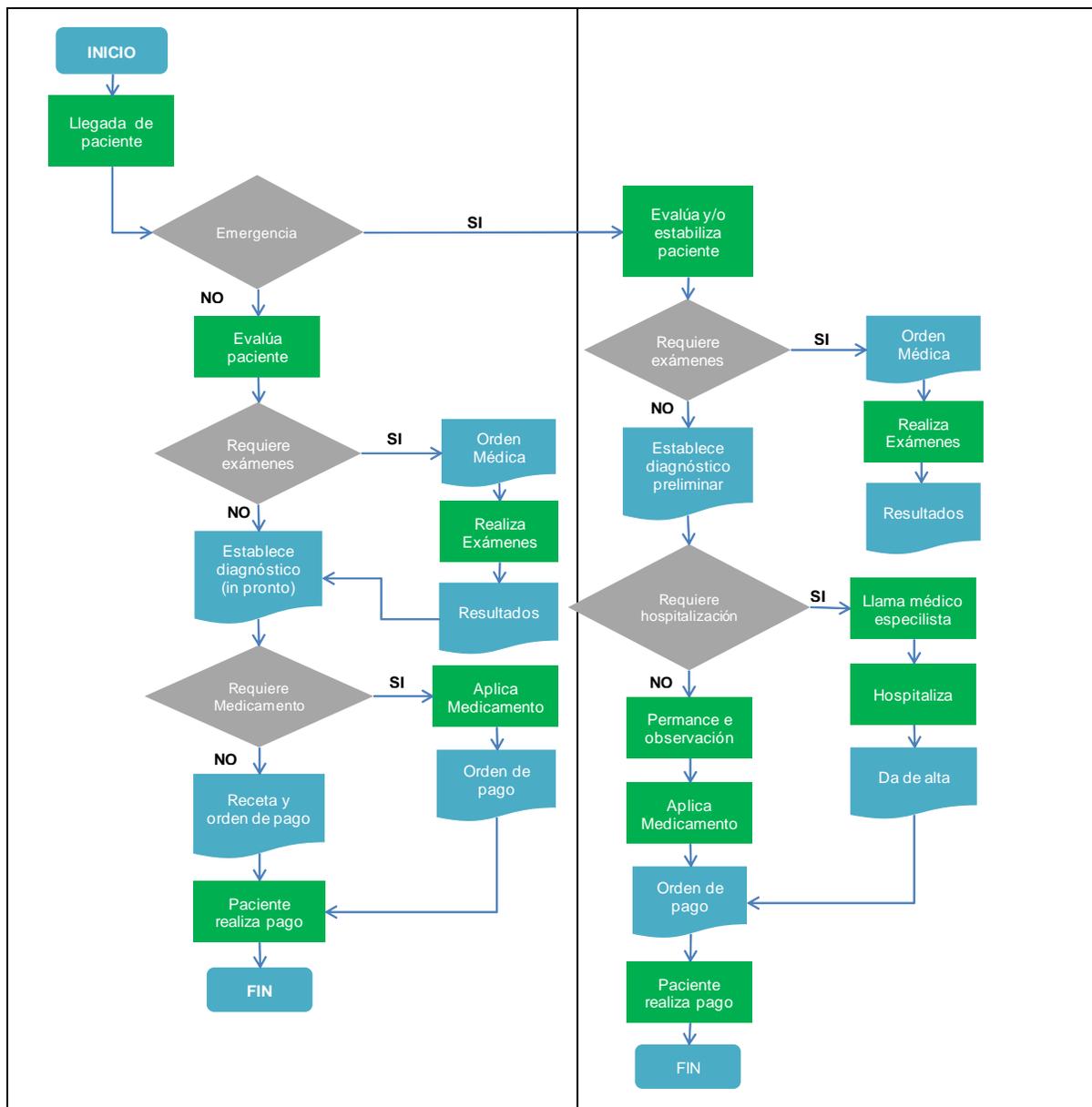


Figura 15. Flujo del proceso de atención sala de emergencia de HOSPIMED

6.5.2 PRINCIPALES FALLAS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA DEL PROCESO:

- Las normas administrativas existentes no se encuentran formalizadas, es decir que no están documentadas, tampoco han sido socializadas con el personal de HOSPIMED.

- La unidad de caja y de información de HOSPIMED presentan debilidades que interfieren en el desempeño de las actividades del personal administrativo, en la calidad de la información generada y en la calidad de atención de los pacientes. Para el caso, la unidad de cobro no cuenta con una caja registradora ni equipo de cómputo que permita agilizar su trabajo. De igual forma, la unidad de información no cuenta con equipo de cómputo ni existe una señalización que identifique claramente el lugar.
- No existe disponibilidad del 100% de los servicios de apoyo médico durante la jornada nocturna y carecen del apoyo del personal de enfermería para esta jornada.
- La mayor parte de los pacientes que ingresan a la sala de emergencia no reciben tratamiento médico, ni se les solicita la elaboración de exámenes durante su estancia en la sala de emergencia.
- Los médicos generales no tienen la facultad para hospitalizar pacientes aún cuando tengan certeza sobre el diagnóstico del paciente. Solamente los médicos especialistas o en su defecto el Director del hospital tienen la autoridad para decidir el ingreso o no de un paciente.
- En ocasiones el proceso de atención y de hospitalización del paciente se ve afectado debido a las dificultades para contactar a los médicos especialistas.

Con base a las deficiencias identificadas a continuación se propone una serie de acciones, por medio de las cuales se pretende que HOSPIMED mejore la calidad de atención de la sala de emergencia y logre incrementar sus ingresos económicos

Tabla 15. Plan de Acción de HOSPIMED

Fallas u oportunidades de Mejora	Plan de Acción	Responsable
ASPECTO GERENCIAL Y ADMINISTRATIVO		
Alta Administración	Presentar al Director General de HOSPIMED las principales oportunidades de mejora del hospital así como las ventajas de formalizar (documentar) las normas administrativas y los beneficios económicos y no económicos de implementar una medicina protocolaria en la sala de emergencia.	Maestranes: María Gabriela Linares y Jorge Carlos Pineda
Normas administrativas no formalizadas.	Establecer por escrito los principales lineamientos administrativos (Políticas) que rigen las actividades de HOSMPIMED, incluyendo la sala de emergencia de dicho hospital.	Consejo de Administración Director General
	Diseñar e implementar una actividad de socialización de las normas administrativas aprobadas por las principales autoridades del hospital. Esta actividad deberá consistir en dar a conocer a los empleados de HOSPIMED, incluyendo a los médicos generales de la sala de emergencia, los principales lineamientos aprobados en la fase anterior tanto de forma verbal como por escrito.	Director general o quien designe.
ASPECTOS OPERATIVOS		
Implementación de protocolos de atención.	Identificar y seleccionar al menos dos hospitales privados de otros países, en los cuales se haya desarrollado un sistema basado en protocolos de atención médica a fin de obtener experiencias y conocimientos que ayuden a la implementación de esta buena práctica médica. ⁷	Director General y personal médico designado
	Diseñar protocolos de atención para las	Consejo de

⁷ Esta actividad no se considera obligatoria pero si necesaria para realizar una mejor implementación de este proyecto.

	principales patologías que se presentan en la sala de emergencia. Esto contribuirá a estandarizar el proceso de atención y disminuir el tiempo de los médicos en diagnosticar las enfermedades de los pacientes. Asimismo, contribuirá a que los médicos generales de la sala de emergencia tengan un mayor criterio al momento de decidir si un paciente requiere hospitalización. Al conferir a estos médicos la facultad de poder ingresar, se evitarían fugas de pacientes originados por las deficiencias en la comunicación con los especialistas.	Administración Director General
Disponibilidad de los Servicios de Apoyo.	Contratar personal de enfermería y personal técnico (ultrasonido) que cubra el turno de la noche y sabatino.	Departamento de Administración
Disponibilidad de los médicos especialistas.	Establecer un mecanismo alternativo que permita a los médicos generales contar con el apoyo oportuno de los especialistas en los casos en los que los pacientes requieren hospitalización.	Director General
Debilidades de la unidad de caja y de información de HOSPIMED.	Fortalecer la unidad de cobro (caja) y de información con los recursos tecnológicos necesarios para que las mismas puedan brindar un mejor servicio a los pacientes de HOSPIMED.	Departamento de Administración
ASPECTO DE INSTALACIONES FÍSICAS		
Mejoras en las instalaciones de la sala de emergencia de HOSPIMED.	<p>Construcción de baños sanitarios dentro de la sala de emergencia de HOSPIMED. A fin de brindar mayor comodidad a los pacientes de dicha sala.</p> <p>Adquisición de nuevas camillas o colchones que brinden mayor comodidad al paciente mientras es atendido en la sala de emergencia.</p> <p>Mejorar la iluminación y apariencia del piso de la sala de emergencia.</p>	Director General

6.6 ANÁLISIS DEL COSTO BENEFICIO DE IMPLEMENTAR EL PLAN DE ACCIÓN

Con las acciones antes mencionadas, el propósito es que HOSPIMED pueda mejorar los principales indicadores establecidos para una sala de emergencia. En este sentido, es importante que previamente se lleve a cabo un levantamiento de la información para definir dichos indicadores y que los mismos puedan servir como punto de comparación sobre los resultados derivados de este plan de acción, a continuación se detallan los factores que se podrán mejorar como producto de estas acciones:

1. Aumentar la cantidad de emergencias atendidas en la sala de emergencia con referencia a la población que cubre HOSPIMED (Colonia Kennedy), esto se logrará al generar una mejor reputación y por lo tanto mayor preferencia en cuanto a los servicios de atención.

Indicadores: Frecuencia relativa diaria y frecuencia relativa anual.

2. Aún cuando el tiempo actual de permanencia en la sala de emergencia es bajo, éste se podrá disminuir con la implementación de las primeras dos acciones propuestas en el plan de acción. La reducción se fundamenta en que al implementar los protocolos de atención, los médicos generales podrán contar con instrumentos de apoyo para esclarecer dudas en cuanto al proceso de atención y determinación del diagnóstico del paciente. Unido a esto, si se considera el cambio en la norma administrativa de autorizar a los médicos generales para que puedan ingresar a los pacientes, el flujo se realizará de forma espontánea en vista de que los pacientes que actualmente son retenidos en la sala de emergencia, mientras se contacta a los especialistas pasarán de forma más rápida a hospitalización.

Indicador: Tiempo medio de permanencia en urgencias

3. Las actividades que se realicen para fortalecer la unidad de información incidirán para que todos o la mayoría de los pacientes y/o familiares reciban información correcta y oportuna, sea previo a su ingreso a la sala de emergencia así como

durante su estancia en ésta, entendiéndose que en el segundo de los casos, la responsabilidad de brindar la información le compete al médico general de turno.

Indicador: Información a pacientes y familiares.

4. Por último, al ejecutar estas acciones también se espera que HOSPIMED incremente su nivel de confiabilidad en el mercado meta y que producto de esto, la proporción de ingresos (hospitalizaciones) aumente. Esto no debe representar una práctica oportunista de hospitalizar a pacientes que no lo requieran sino que debe ser el resultado de la capacidad resolutive de la sala emergencia para atender casos de gravedad y hacerlos llegar al siguiente nivel (hospitalización).

Indicador: Proporción de ingresos.

Para la implementación de cualquier acción se debe incurrir en costos y el plan de acción de HOSPIMED no es la excepción, como se verá en el cronograma de actividades presentado a través de la Figura No.16, se estima que para hacer efectivos los cambios propuestos, HOSPIMED debe realizar una inversión aproximada de L.53,000.00, éste valor en comparación con los beneficios económicos que dicho hospital estaría generando anualmente (L.108,993.00) por la aplicación de protocolos de atención, indica que el costo de implementar este plan se cubre en un período menor de un año, es decir que el retorno de la inversión se hará efectivo a partir del primer año. Sobre este análisis es importante señalar que en términos económicos solamente se están considerando los beneficios derivados de la medicina protocolaria pero a esto se deben agregar también todos los beneficios colaterales como ser mejorar los indicadores antes mencionado, así como lograr mayor prestigio y reputación con lo cual se aumentaría la cantidad de pacientes, entre otros beneficios sobre los cuales no se ha realizado un cálculo monetario.

CRONOGRAMA IMPLEMENTACIÓN PLAN DE ACCIÓN-HOSPIMED 2013																	
#	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	FECHA										COSTO DE ACTIVIDAD				
			Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct		Nov	Dic		
I	ASPECTO GERENCIAL Y ADMINISTRATIVO																
I.1	Formalización de normas administrativas:	Consejo de Administración/ Director General															
	Presentación y explicación detallada al consejo administrativo y director general de las ventajitas administrativas y económicas de la formalización de las normas administrativas y la implementación de un sistema de medicina protocolaria para la sala de emergencias.	Maestranes: María Gabriela Linares y Jorge Carlos Pineda															
	Recopilación y evaluación de los principales lineamientos existentes para la administración de HOSPIMED.																
	Definición de nuevos lineamientos* y redacción de la normativa incorporando los antiguos y nuevos lineamientos.																
I.2	Socialización de las normas administrativas	Director General o quien designe															
	Charlas de divulgación de la normativa aprobada, dirigidas al personal administrativo, técnico y médico de HOSPIMED.																L. 2,000
II	ASPECTO OPERATIVO																
II.1	Implementación de protocolos de atención médica.	Consejo de Administración/ Director General															
	Identificación de dos hospitales privados extranjeros que implementen la medicina protocolaria a fin de obtener experiencias y conocimientos de esta buena práctica médica para ser aplicadas en HOSPIMED y fomentar la ética y calidad en los servicios de salud.																
	Identificación y análisis clínico de las principales patologías que se presentan en la sala de emergencia de HOSPIMED.																
	Redacción y formalización de los protocolos de atención médica.																
	Socialización de los protocolos de atención médica																L. 5,000
II.2	Fortalecer los servicios de apoyo de la sala de emergencia (Enfermería y laboratorios).	Director General o quien designe															
II.3	Fortalecer el Plan Alterno de Médicos Especialistas.	Director General o quien designe															
II.1	Fortalecer la unidad de caja y de información de HOSPIMED (Compra de Equipo de Cómputo y Caja Registradora).	Director General o quien designe															L. 11,000
III	ESPACIO FÍSICO																
III.1	Mejorar las instalaciones físicas de la sala de emergencia de HOSPIMED.	Administrador General															L. 35,000
																	L. 53,000
																	TOTAL

* Los nuevos lineamientos normativos pueden o no incluir la incorporación de protocolo de atención médica.

Figura 16. Cronograma del Plan de Acción de HOSPIMED

BIBLIOGRAFÍA

1. Amilcar Rios Reyes. (26 de 01 de 2003). *http://www.geocities.com*. Recuperado el 23 de octubre de 2012, de <http://www.geocities.com>: http://www.geocities.com/amirhali/_fpclass/protocolos_medicos.htm
2. Caja Costarricense de Seguro Social. (2007). *http://www.binasss.sa.cr*. Recuperado el 23 de 10 de 2012, de <http://www.binasss.sa.cr>: <http://www.binasss.sa.cr/libros/metodologia07.pdf>.
3. Domingo, C. H. (2011, mayo 20). Monografias. Recuperado el 12 de marzo de 2012, de Salud: <http://www.monografias.com/trabajos85/hospitales-sector-salud-direccion-gestion-efectivas/hospitales-sector-salud-direccion-gestion-efectivas.shtml>
4. Graham, R., Mancher, M., Wolman, D. M., & Sheldon Greenfield, a. E. (2011). *Clinical Practice Guidelines We Can Trust*. Washington, D.C: Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines; Institute of Medicine .
5. Griffin, D. (2006). *HOSPITALS: What they are and how they work*. Massachusetts: Jones and Bartlet.
6. Krajewesky, L., Ritzman, L., & Malhotra, M. (2008). *Administración de Operaciones, Procesos y Cadenas de Valor*. México: Pearson Education.
7. Ministerio de Salud de Chile. (30 de Noviembre de 2009). *slidesahere*. Recuperado el 23 de Octubre de 2012, de Protocolos y Guías Clínicas: <http://www.slideshare.net/gabrielapazita/protocolo-y-guias-clinicas-1>
8. Montes, T., torres, J. L., & Mercedes. (2007). *Gestion Hospitalaria*. España: McGraw-Hill.

9. Organización Mundial de La Salud. (2012). *Organización Mundial de La Salud*. Recuperado el Octubre de 2012, de Temas de Salud - Hospitales: <http://www.who.int/topics/hospitals/es/>
10. SESCOAM. (2002). Servicio de Salud Castilla - la Mancha. Recuperado en Noviembre 2012, from Servicios de Atención Sanitaria: <http://sescam.jccm.es/web1/home.do>
11. (IHSS), I. H. (2009). <http://www.ihss.hn>. Recuperado el 20 de noviembre de 2012, de <http://www.ihss.hn>: <http://www.ihss.hn/EM/farmacoterapia/Documents/TOMO%20I-GC%20CIRUGIA%2009.pdf>
12. Antonio, D. V. (2010). *Gestión por procesos*. Madrid, España: ESIC EDITORIAL.
13. Bunge, W. B. (2004). *mercaba*. Recuperado en noviembre 2012, de Pontificia Universidad Católica de Argentina: <http://mercaba.org/Codigo/BUNGE/NG1Unidad5.pdf>
14. Caja Costarricense de Seguro Social - Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y seguridad Social. (2003). *C E N D E I S S S*. Recuperado en Noviembre 2012, de Curso Especial de Posgrado en Atención Integral para Médicos Generales: <http://www.cendeisss.sa.cr/modulos/AISmodulo1.pdf>
15. Álvarez de Zayas, C. (1999). *La escuela en la vida*. Didáctica. La Habana, Cuba: Pueblo y Educación.
16. Consultores en Desarrollo, Sociedad y Administración. CONEDSA. (2011). Sistema de Salud de Honduras. *Salud Pública de México*, 209 - 212.
17. Corona Martínez, L. A. (2005). La atención médica como proceso. Aplicación del enfoque sistémico al estudio de la asistencia médica. *MediSur*, 31-33.
18. Cuatrecasas, L., Álvarez, J. L., Amat, O., & Otros, y. (2000). *Lo que se aprende en los mejores MBA*. Barcelona, España: Gestión 2000.

19. Definición.de. (2008). *Definicion.de*. Recuperado en noviembre 2012, de Definicion: <http://definición.de/norma/>

20. Evans, J. R., & Lindsay, W. M. (2008). *Administración y Control de la Calidad*. México D.F.: Cengage Learning.

21. Farlex, Inc. (2012). *Diccionario Médico*. Recuperado el 30 de Noviembre de 2012, de El Diccionario Gratis por Farlex: <http://translate.google.hn/translate?hl=es&langpair=en%7Ces&u=http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/medical%2Bcare>

22. García Gutiérrez, J., & Bravo Toledo, R. (2001). Guías de práctica clínica en Internet. *Atención Primaria* , 28 (01), 74-79.

23. Gobierno de Honduras . (2005). *Secretaria de Salud*. Recuperado en Noviembre de 2012, de Mandato: http://www.gob.hn/portal/poder_ejecutivo/secretarias/salud/

24. Gonzales Hernández, J. A. (2009, octubre). *CRAI*. Recupero en Noviembre 2012, deEbrary:<http://site.ebrary.com/lib/bvunitecvirtualsp/docDetail.action?docID=10344870&p00=administrar>

25. Graham, R., Mancher, M., Wolman, D. M., & Sheldon Greenfield, a. E. (2011). *Clinical Practice Guidelines We Can Trust*. Washington, D.C: Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines; Institute of Medicine .

26. Griffin, D. (2006). *HOSPITALS: What they are and how they work*. Massachusetts: Jones and Bartlet.

27. Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas “Victoria de Girón”. (2002). Personalidades de la ensenaza médica en cuba. *Revista cubana de educacion en medicina superior.* , 156 - 163.

28. Instituto Nacional para la Educación de los Adultos. (n.d.). <http://bibliotecadigital.conevyt.org.mx>. Recuperado el 25 de Noviembre de 2012, de http://bibliotecadigital.conevyt.org.mx/normateca/Documentos/DPAEyD/GUIA_DOC_NORMATIVOS_aprobada.pdf
29. Instituto Tecnológico de Libres. (2009, julio 03). *Slide share*. Recuperado en noviembre de 2012, de Education: <http://www.slideshare.net/jamsegreste/definicion-de-ley-norma-etc#btnNext>
30. Lovelock, C. (2004). *Administración de Servicios*. Mexico D.F.: Pearson Education.
31. Ministerio de Salud de Chile. (2009). *Requisitos básicos para la elaboración de Guías Clínicas y Protocolos del Ministerio de salud*. Santiago de Chile.
32. Minúe, S. (2012, abril 19). *El gerente de mediado*. Recuperado el 1 de Diciembre de 2012 de El síndrome de fatiga protocolaria.: <http://gerentedemediado.blogspot.com/2012/04/el-sindrome-de-fatiga-protocolaria.html#!/2012/04/el-sindrome-de-fatiga-protocolaria.html>
33. Organización Mundial de la Salud. (2006). La mundialización de la medicina de emergencia y su importancia para la salud pública. *Public Health Reviews* , 235-239.
34. Organización Mundial de La Salud. (2012). *Organización Mundial de La Salud*. Recuperado en Octubre 2012, de Temas de Salud - Hospitales: <http://www.who.int/topics/hospitals/es/>
35. Ortiz, J. A. (2001, mayo 30). *Monografías*. Recuperado el 28 de noviembre 28 de 2012, de Historia de la Administración: <http://www.monografias.com/trabajos7/admi/admi.shtml>
36. Rivera, L. B. (2003, febrero 23). <http://scielo.sld.cu>. Recuperado el 3 de noviembre de 2012, de <http://scielo.sld.cu>: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1024-94352003000300002&script=sci_arttext
37. Robbins, P. S., & Couter, M. (2005). *Administración*. México: Pearson Education.

38. Secretaria de Salud, Instituto Nacional de Estadística y Macro International. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Demografía 2005 - 2006*. Tegucigalpa, Honduras: SS, INE y Macro International.
39. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). (2001). <http://www.semes.org>. Recuperado el 1 de Diciembre de 2012, de <http://www.semes.org>: http://www.semes.org/revista/vol13_1/60-65.pdf
40. Summers, D. C. (2006). *Administración de la Calidad*. México: Pearson Educación de México, S.A. de C.V.

ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA CENTROAMERICANA
Guía de entrevista sobre Normas y Protocolos de HOSPIMED
(Director General de HOSPIMED)

Fecha: _____

Hora: _____

Lugar: _____

Entrevistador (a): _____

Entrevistado (a): _____

INTRODUCCIÓN: El propósito de esta entrevista es recolectar información relevante que nos guíe en la investigación que estamos llevando a cabo sobre la existencia y aplicación de las normas administrativas y protocolos de atención de HOSPIMED en la sala de emergencia y el impacto económico que ésta obtendría de una atención médica basada en normas y protocolos. La información que usted suministre es de carácter confidencial y será utilizada solo para efectos de esta investigación.

PREGUNTAS:

1. ¿Qué importancia tiene para usted la medicina protocolaria?
2. ¿Qué importancia tiene para usted que un hospital funcione con base a normas administrativas?
3. ¿Cómo cree que se relacionan o complementan las normas y protocolos de atención?
4. ¿Considera usted que el hospital cuenta con normas administrativas y protocolos de atención médica?

5. ¿Considera que existen normas y protocolos de atención definidos para la sala de emergencia de HOSPIMED?
6. ¿Cuáles son las principales normas administrativas y protocolos de atención que se emplean en la sala de emergencia de HOSPIMED?
7. Las normas administrativas y protocolos de atención que existen ¿Están por escrito (documentados)?
8. ¿Las normas y protocolos son claros y están al alcance del personal que atiende la sala de emergencia de HOSPIMED?
9. ¿Realizan o han realizado actividades de socialización de las normas y protocolos de atención médica?
10. ¿Cree que las normas y protocolos de atención con los que cuentan son aplicados por el personal médico de la sala de emergencia y por el personal administrativo?
11. ¿Aplican alguna medida de control para asegurar el cumplimiento de las normas administrativas y protocolos de atención en la sala de emergencia?
12. ¿Quiénes son los responsables de establecer las normas y protocolos de atención de la sala de emergencia y quiénes velan por su funcionamiento?
13. ¿Cuáles son sus expectativas en cuanto a la aplicación de las normas y protocolos de atención médica en la sala de emergencia de HOSPIMED, es decir, de qué forma espera que la aplicación de éstas contribuya a mejorar la atención en la sala de emergencia?
14. ¿Con qué frecuencia se revisan y/o actualizan las normas y protocolos de atención de la sala de emergencia?
15. ¿Considera que los protocolos establecidos otorgan comodidad, confiabilidad y calidad de atención a los pacientes?
16. ¿Qué aspectos de las normas y protocolos de atención considera que requieren ajustes o que se pueden mejorar?
17. ¿Puede describir el proceso que se sigue desde que un paciente ingresa a la sala de emergencia hasta que sale?

ANEXO 2

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA CENTROAMERICANA

Guía de entrevista sobre Normas y Protocolos de HOSPIMED

(Médicos asistenciales de la sala de emergencia)

Fecha: _____

Hora: _____

Lugar: _____

Entrevistador (a): _____

Entrevistado (a): _____

INTRODUCCIÓN: El propósito de esta entrevista es recolectar información relevante que nos guíe en la investigación que estamos llevando a cabo sobre la existencia y aplicación de las normas administrativas y protocolos de atención de HOSPIMED en la sala de emergencia y el impacto económico que ésta obtendría de una atención médica basada en normas y protocolos. La información que usted suministre es de carácter confidencial y será utilizada solo para efectos de esta investigación.

PREGUNTAS:

1. ¿Existen y conoce las normas administrativas y protocolos de atención médica definidas para la sala de emergencia del hospital? ¿A través de qué medios se le dieron a conocer?
2. ¿Cree que las normas y protocolos son claros, entendibles y están disponibles para el personal que atiende la sala de emergencia de HOSPIMED?
3. ¿Considera que los servicios, personal de apoyo e instalaciones físicas de la sala de emergencias le facilitan o facilitarían la aplicación adecuada de los protocolos de atención médica?

4. ¿Considera que la existencia y debida aplicación de los protocolos y normas de atención médica podrían mejorar la calidad del servicio que se ofrece en la sala de emergencia del hospital?

5. Desde su punto de vista como médico general de la sala de emergencias ¿Cuál es el rol que desempeñan los médicos especialistas en la aplicación de los protocolos de atención de la sala de emergencia?

6. ¿Puede describir el proceso que se sigue desde que un paciente ingresa a la sala de emergencia de HOSPIMED hasta que sale?

ANEXO 3

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA CENTROAMERICANA (UNITEC)

ENCUESTA

(Pacientes de HOSPIMED)

El propósito de esta encuesta es conocer la opinión de los pacientes respecto a la calidad de atención médica que recibieron en la sala de emergencia del Hospital y Clínicas de Especialidades – HOSPIMED.

DATOS GENERALES:

Edad: _____

Género: M () F ()

Colonia o Residencia _____

INSTRUCCIONES: Seleccione su respuesta marcando con una **x** la opción de su preferencia.

1. ¿Cuando llegó al Hospital recibió orientación o información previa a su ingreso a la sala de emergencia?
a) Si ()
b) No ()

2. ¿Cuánto tiempo esperó para ser atendido en la sala de emergencia?
a) 1 – 10 min ()
b) 11 – 20 min ()
c) 21 – 30 min ()
d) 31 o más min ()

3. ¿Durante su estancia en la sala de emergencia le realizaron pruebas y exámenes médicos?
a) Si ()
b) No () ¿Por qué? _____

4. ¿El médico le dio a conocer y le explicó su diagnóstico?
a) Si ()
b) No ()

5. ¿Recibió algún tipo de tratamiento durante su estancia en la sala de emergencia?
- a) Si ()
 - b) No () ¿Por qué? _____
6. ¿Cuánto fue el tiempo promedio de su estancia en la sala de emergencia?
- a) Entre media hora ()
 - b) Entre una hora ()
 - c) Entre dos horas ()
 - d) Más de dos horas () ¿Cuánto? _____
7. ¿Requiere hospitalización?
- a) Si ()
 - b) No ()

Si su respuesta fue negativa pasar a la pregunta No. 10

8. En caso de requerir hospitalización ¿El médico le explicó el proceso administrativo a seguir para ser internado?
- a) Si ()
 - b) No ()
9. ¿En qué lugar será hospitalizado?
- a) HOSPIMED ()
 - b) Otro ()

En caso elegir otro hospital explique por qué:

10. ¿Cuál fue el gasto promedio durante su estancia en la sala de emergencia?
- a) L. 01.00 – 200.00 ()
 - b) L. 201.00 – 400.00 ()
 - c) L. 401.00 – 600.00 ()
 - d) L. 601.00 – 800.00 ()
 - e) L. 801.00 – más ()

11. ¿Cómo calificaría la atención brindada en la sala de emergencia?

- a) Mala ()
- b) Regular ()
- c) Buena ()
- d) Excelente ()

Por favor indique algún otro comentario referente a la calidad de atención y grado de satisfacción con el servicio brindado en la sala de emergencia.

ANEXO 4

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA CENTROAMERICANA

Guía de entrevista sobre Normas y Protocolos de HOSPIMED

(Personal administrativo de HOSPIMED)

Fecha: _____

Hora: _____

Lugar: _____

Entrevistador (a): _____

Entrevistado (a): _____

INTRODUCCIÓN: El propósito de esta entrevista es recolectar información relevante que nos guíe en la investigación que estamos llevando a cabo sobre la existencia y aplicación de las normas administrativas y protocolos de atención de HOSPIMED en la sala de emergencia y el impacto económico que ésta obtendría de una atención médica basada en normas y protocolos. La información que usted suministre es de carácter confidencial y será utilizada solo para efectos de esta investigación.

PREGUNTAS:

1. ¿Existen y conoce las normas administrativas de HOSPIMED? ¿A través de qué medios se le dieron a conocer?
2. ¿Conoce alguna norma administrativa para la sala de emergencia?
3. ¿Qué normas generales del hospital y específicas para la sala de emergencia de puede indicar?
4. ¿Considera que las normas administrativas son claras, entendibles y están disponibles para el personal que atiende la sala de emergencia de HOSPIMED? ¿A través de qué medios están disponibles?

5. ¿Considera que las normas administrativas se aplican?

6. ¿Considera importante que HOSPIMED cuente con normas administrativas?
¿Por qué?

7. En cuanto a las normas administrativas existentes. ¿Qué aspectos importantes considera se pueden mejorar?

ANEXO 5

PROTOCOLO

No.	TRATAMIENTO: Manejo Crisis de Asma Leve.	COSTO EN L.
Durante la primera hora		
1	Tratamiento Inicial en la crisis leves o moderadas	
2	Salbutamol en Aerosol 2-4 inhalaciones cada 20 minutos para la primera hora o nebulización con salbutamol 0.5-1 ml + 4 ml solución salina al 0.45-0.9 % cada 20 minutos por 3 dosis	120.00
3	Esteroides sistémicos en caso que no haya una inmediata respuesta, o si el paciente recibió recientemente esteroide vía oral	65.00
4	Metilprednisolona 120-250 mg dosis de ataque y continuar 40-80 mg cada 6 horas IV	710.00
5	Prednisona oral 50 mg diario durante 5-7 días	10.00
Después la primera hora		
6	Si la crisis persiste agregar Bromuro de Ipratropio; 2 inhalaciones o nebulización cada 20-30 minutos por 3 dosis y continuarla cada 4-6 horas.	230.00
7	Agregar esteroide parenteral u oral como metilprednisolona o prednisona según descrito anteriormente	163.00
Total Medicamentos		1,298.00

No.	TRATAMIENTO: Manejo crisis de asma moderado	COSTO EN L.
Monitoreo de signos vitales.		
1	Oxígeno para mantener una saturación mayor de 92%.	350.00
2	Salbutamol en nebulización 1 ml + 4 ml solución salina 0.45- 0.9 % cada 20 minutos por 3 dosis la primera hora + Bromuro de Ipratropio 1 ml diluido en 4 ml de solución salina al 0.45. 0.9 %.	120.00
3	Esteroides sistémicos: Metil prednisona I.V. 120—250 mg dosis de carga, continuar de 40 a 80 mg IV cada 6 horas.	710.00
4	Presentación: metilprednisolona igual que anteriores:80-500 mg, fco o utilizar.	
5	Hidrocortisona dosis de carga 250—500 mg y continuar 100-200 mg cada 6 horas.	210.00
Total Medicamentos		1,390.00

HOSPIMED

No.	TRATAMIENTO: Manejo Crisis de Asma	COSTO EN L.
Crisis Leve		
1	Pueden tratarse ambulatoriamente con broncodilatadores y prednisona por 7 días.	130.00
Crisis Moderada		
2	Aplicar esteroide intravenoso	65.00
3	Nebulizaciones (mínimo 3), con broncodilatador como el salbutamol	360.00
4	Pueden incluir lactove (coadyuvante)	
5	*Si disminuye se le da tratamiento ambulatorio con broncodilatadores	150.00
6	Si la crisis no cede, aplican tres nebulizaciones más.	360.00
7	Si no mejora, hacen radiografía para ver grado de broncoespasmo y descartar neumonía, si persiste pasa a hospitalización	300.00
Total Medicamentos		935.00

* Este se adquiere en una farmacia. (precio farmacia) incluye salbutamol aerosol más prednisona

Comparativo Protocolos vs. Aplicación HOSPIMED

Diferencia en L.

455.00 HOSPIMED <

% de diferencia

33%

PROTOCOLO

No.	TRATAMIENTO: Manejo de la cetoacidosis diabética	COSTO EN L.
1	Resucitación con líquidos	
	El déficit de volumen se encuentra entre 3 - 5 L en la cetoacidosis	
	Administrar 1 litro de SSN 0.9% en la primera hora	160.00
	Administrar mas SSN 0.9% a un ritmo apropiado para mantener una presión sanguínea, pulso y diuresis adecuada	100.00
	La dosis usual de fluidos, es de 500 ml / hr x 2 - 4 horas; después 250 ml / hora si el déficit es de leve a moderado, 750 - 1000 ml / horas por 2 a 4 horas y después 500 ml / hr en shock hipovolémico.	
	Después de la estabilización inicial cambie a SS al 0.45% aplicando entre 200-1,000 ml/hora.	150.00
2	Reemplazo del Potasio	
	Primero verificar que la diuresis sea adecuada	
	Si el nivel de potasio es mayor de 6 mEq/L no administrar suplementos de potasio por el momento	0.00
	Si el nivel de potasio está entre 4.5 - 6 administrar 10 mEq KCL/hora junto a los líquidos.	66.00
	Si el nivel de potasio esta entre 3 - 4.5 administrar 20 mEq KCL/hora junto a los líquidos	52.00
	Si el potasio es menor de 3 mEq/L no iniciar la terapia con insulina a menos que el reemplazo del potasio ya este en curso, esto para evitar arritmias cardiacas serias debido al empeoramiento de la hipokalemia	0.00
	Monitorear los niveles de potasio cada hora durante el estado critico, la infusión deberá detenerse si el potasio sobrepasa los 5 mEq/L	0.00
	El monitoreo de los niveles de potasio debe continuar aun si la infusión se ha detenido para detectar los casos de hipokalemia recurrente	0.00
	Presentación: POTASIO (cloruro) 2 mEq/ml ampollas de 10ml.	
3	Aplicar monitoreo cardiaco y administrar O2 si hay alteración del estado de conciencia o shock.	350.00
4	Obtener exámenes laboratoriales, glicemia, glucosuria, cetonuria	149.00
5	Aplicación de Insulina Cristalina	
	Dosis inicial 0.1 U/Kg/hora vía IV en bomba de infusión hasta que la glicemia caiga a 200 mg/dl de allí en adelante la dosis se reduce a 0.05 U/Kg/hora, si está disponible una bomba de infusión.	655.20
	Si no se dispone de bomba de infusión mezclar 60 u insulina cristalina en 500 ml de SSN 0.9% y administrar a un ritmo de 50 ml/hora (6 U/hora).	0.00
	El rango ideal de disminución de la glucosa sanguínea es de 80 mg/dl	0.00
	Cuando la glucosa sanguínea caiga a 200 mg/dl disminuir el ritmo de infusión a 20-25 ml/hora (2-3 U/hora) hasta que la cetoacidosis desaparezca.	0.00
6	Cuando la glucosa sanguínea disminuya a 200 mg/dl administrar junto a la insulina suero glucosado.	100.00
7	No se debe permitir que la glucosa sanguínea caiga por debajo de 200 mg/dl durante las primeras 4-5 horas de tratamiento por el riesgo de edema cerebral e hipoglucemia.	0.00

8	Administrar una mezcla de SUERO GLUCOSADO AL 5% mas SSN 0.45% a un ritmo de 150 - 250 ml/hora junto a la dosis de insulina cristalina de mantenimiento (0.05 - 0.1 U / Kg / hora) para mantener la glucosa entre 180 y 200 mg/dl hasta lograr la resolución del estado de cetoacidosis.	250.00
9	Corrección del Desequilibrio Acido-Base	0.00
	Solo administrar BICARBONATO DE SODIO si existe acidosis descompensada que amenaza la vida del paciente especialmente cuando está asociada a sepsis o a acidosis láctica.	7.00
	Si el bicarbonato está indicado administrar 50 - 100 mEq, NaHCO3 diluidos en 200 - 400 mL de agua estéril con la meta de elevar el pH a 7.15 - 7.20	100.00
	Presentación: SODIO (bicarbonato) 7.5% solución inyectable Fco 50 ml.	0.00
10	Tratamiento de la Infección	
	*Si existe evidencia de infección administrar los antibióticos adecuados	352.00
	Es aconsejable iniciar terapia empírica con antibióticos si hay sospecha de infección mientras se esperan los resultados de cultivos	
11	Monitoreo Laboratorial	
	Glucosa cada 1 - 2 horas, electrolitos, PO4 y pH venoso (0.03 unid.<pH arterial) o arterial cada 2 - 6 horas 123	2,347.00
Total Medicamento		4,838.20

* Al ser una terapia empírica mientras se espera el resultado del cultivo, el valor de L.352.50 corresponde al precio medio de todos los antimicrobianos que maneja el hospital

HOSPIMED

No.	TRATAMIENTO: Manejo de la cetoacidosis diabética	COSTO EN L.
1	Se revisan signos vitales	
	Se hace glucometría, si glucosa < de 200 y no presenta síntomas, se trata ambulatoriamente, si es < de 200 o > 200 y presenta síntomas se aplica criterios:	149.00
	Si < 200 no se pone insulina. Otro criterio si es < de 200 se pueden aplicar 5 unidades de insulina cristalina	655.20
2	Si está entre 200 - 250, 8 unidades de insulina.	52.41
	Si está entre 250 - 300, 10 unidades de insulina.	65.52
	Si es > de 300, 12 unidades de insulina.	78.62
	La insulina se aplica con solución salina intravenosa.	
	Se toma nuevamente examen de glucosa	84.00
3	Si los síntomas persisten el paciente pasa a hospitalización	
Total Medicamento		1,084.75

Comparativo Protocolos vs. Aplicación HOSPIMED

Diferencia en L.	3,753.45
% de diferencia	78%
HOSPIMED <	

PROTOCOLO

No.	TRATAMIENTO: Diarrea	COSTO EN L.
Tratamiento farmacológico		
1	Rehidratación según la severidad y el grado de hidratación. -Oral. -Parental.	L. 100.00
Controlar el dolor abdominal y disminuir la frecuencia de las evacuaciones		
2	Hioscina 10 mg TID (Cantidad a prescribir 30 tabletas)	L. 15.00
3	Si el problema no se controla con hioscina se puede prescribir: Loperamida: 2-4 mg BID-TID	L. 5.00
En caso de diarrea infecciosa		
4	Se indicarán antimicrobianos cuando la diarrea tenga causa infecciosa comprobada mediante examen de heces y/o cultivo y antibiograma.	L. 352.05
Total Medicamentos		L. 472.05

HOSPIMED

No.	TRATAMIENTO: Diarrea	COSTO EN L.
1	Si el paciente está hidratado se trata ambulatoriamente con:	
	Antibiótico para el estómago	L. 352.00
	Metroclopramida para vómito	L. 60.00
	O lactobasilos	
2	Si hay demasiado dolor y hay deshidratación se trata en emergencia y se aplica:	
	Solución intravenosa	L. 100.00
	Antiespasmódico intravenoso	L. 90.00
	Protector gástrico intravenoso	L. 250.00
	Antiemético para el vómito	L. 60.00
	Antibiótico	L. 352.00
3	Si paciente mejora, se trata con medicamento tomado	
Total Medicamentos		L. 1,264.00

Comparativo Protocolos vs. Aplicación HOSPIMED

Diferencia en L.	791.95
% de diferencia	63%
HOSPIMED >	

PROTOCOLO

No.	TRATAMIENTO: Manejo de una crisis hipertensiva.	COSTO EN L.
1	Valorar como dato de gravedad la afección sobre órganos diana. Considerar a partir de cifras superiores a 220/110 mmHg como una crisis hipertensiva.	
2	Administrar fármacos sobre vía intravenosa como la nitroglicerina o eurapidil/labetalol. - Nitroglicerina intravenosa (Solinitrina R). Se diluyen 3 ampollas de 5 mg en 250 cm ³ de suero glucosado al 5% y se perfunden a una velocidad de 7 gotas/minuto (para una perfecta dosificación recordar que el frasco de suero siempre debe ser de cristal, o con los nuevos plásticos sin capacidad adherente de algunas sustancias a sus paredes). - Otros Fármacos a utilizar podrían ser: Nitroprusiato, Hidralazina, Diazóxido, Labetolol, Fentolamina, Trimetafan, Alfametildopa, como alternativa al tratamiento de la emergencia hipertensiva.	85.00
3	Alcanzar cifras tensionales a 160/100mmHg antes de intentar alcanzar valores completamente normales.	
4	Reposo de 30 - 60 minutos	
La exploración irá encaminada a descartar etiología secundaria de la Hipertensión Arterial		
1	Se puede considerar la realización de pruebas complementarias como ser: Electrocardiografía, Tira reactiva de orina, Proyección posteroanterior y lateral de tórax Hemograma completo con fórmula y recuento leucocitario; bioquímica sanguínea que incluya urea, creatinina, glucosa, sodio, potasio, calcio y proteínas totales.	400.00 5.00 600.00 1,048.00
Al descartar la emergencia, la actuación ante la urgencia hipertensiva será:		
1	Reposo en decúbito, durante 15 - 30 minutos y repetir la toma de presión arterial para controlar las cifras tensionales	
2	Si persiste la elevación de presión arterial iniciaremos tratamiento oral. Si el paciente no ha tomado su medicación pautaada es posible que sólo haya que restaurarla.	
Inicio de tratamiento oral		
1	Primera Opción: Administrar Captopril oral/sublingual. En composición de 25 mg, vía oral, en el momento del diagnóstico. Se repetirá la medición a los 30-40 minutos, caso de no normalizar cifras tensionales se administrará otro comprimido a los 30 minutos y si hiciese falta hasta un tercero a los 30-40 minutos del segundo comprimido.	360.00
2	Segunda Opción: Administrar Furosemda i.v. *Suministrar 20 mg (1 ampolla), pudiéndose repetir la dosis a los 30 minutos si fuera necesario. *Evitar la vía intramuscular por su absorción errática.	60.00

3	<p>Tercera Opción: Administrar Urapidil</p> <p>*Se administra de inicio a dosis de 25 mg (1/2 ampolla) IV en 20 segundos, repitiendo dosis a los 5 minutos y por la misma vía, si no hay respuesta adecuada. Podemos volver a administrarlo a los 15 minutos, ante la falta de nuevo de respuesta, a dosis de 50 mg una ampolla) por vía IV en 20 segundos.</p> <p>(*Caso de necesidad podemos instaurar una perfusión (5 ampollas del preparado comercial en 500 cc de suero glucosado al 5% y perfundir a 7 gotas/minuto).</p>	60.00
Total Medicamentos		2,618.00

HOSPIMED

No.	TRATAMIENTO: Manejo de una crisis hipertensiva.	COSTO EN L.
1	Toman presión al paciente, se le pregunta si es hipertenso o si es la primera vez y se le preguntan los síntomas. Si la presión está arriba de lo normal se aplica el medicamento:	
2	20 mg de Furosemida/Enalaprilato intravenoso	420.00
3	Si presión no baja se aplica una segunda o hasta tercera dosis.	420.00
4	Si presión no disminuye con el medicamento, el paciente debe pasar a hospitalización.	
5	Exámenes se aplican solamente si saben que el paciente tiene órganos en shock (infarto o derrame cerebral), los exámenes pueden ser:	
	Hemograma	84.00
	Pruebas renales	80.00
	Pruebas hepáticas	80.00
	Electrolitos	268.00
Total Medicamentos		1,352.00

Comparativo Protocolos vs. Aplicación HOSPIMED

Diferencia en L.	1,266.00
% de diferencia	48%
HOSPIMED <	

Herida Infeccionada		
1	Si despues de la valoracion de la herida encuentra como hallazgos un tejido rojo brillante, ausencia de olor fetido, sangrado facil y ausencia de drenaje seropurulento, orientar su cuidado para un individuo con herida abierta no complicada.	
2	Si los hallazgos son: dolor intenso, olor fetido, drenaje purulento abundante, tener en cuenta los pasos para el manejo de herida limpia y considerar ademias los siguientes:	
3	Administrar analgesico ordenado media hora antes de la curacion.	80.00
4	Realizar la curacion cada 12 a 24 horas, teniendo en cuenta si el drenaje es excesivo o abundante conservar la tecnica asptica.	
5	Proteger los tendidos y ropas del paciente del contacto con los liquidos de la curacion o del drenaje de la herida.	
6	Realizar lavado de la herida a presion con SSN 0.9% y jabon antisptico, irrigar las heridas infectadas, exudativas o necroticas asi:	1,080.00
7	Utilizar presion continua sobre la bolsa y dirigir la salida de liquidos en Spray a la base de la herida o al borde del tejido necrotico, este metodo proporciona una presion ideal de la solucion para lavar las heridas con un traumatismo tisular minimo.	
8	Repetir hasta que la solucion este limpia y se haya removido la mayor cantidad de exudado y tejido desvitalizado	
9	Realizar desbridamiento de la herida si observa tejido muerto lesionado ya que este tejido retrasa la curacion y predispone a la infeccion. (Utilizando colagenasa o apositos humedecidos en SSN).	55.00
10	Luego del lavado dejar perfectamente cubierta la herida empleando material estiril.	
11	Valorar la cantidad y caracteristicas del drenaje en cada curacion.	
Total Medicamentos		1,215.00

*precio del rollo

HOSPIMED

No.	TRATAMIENTO: Heridas	COSTO EN L.
1	*Limpieza	1,035.00
2	Lavado	
3	*Aplicacion de anestesia	95.00
4	*Sutura de herida	158.00
5	Si la herida es producto de una caida u otro accidente, se verifica por rayos X que no haya ninguna fractura.	300.00
Total Medicamentos		1,588.00

*Incluye algodn y jabon antisptico *Se toma en cuenta el costo de la jeringa, los guantes, aguja e hilo

Comparativo Protocolos vs. Aplicacion HOSPIMED

Diferencia n L.	373.00
% de diferencia	23%
HOSPIMED >	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Elementos de una norma administrativa.....	20
Tabla 2. Servicios y especialidades de HOSPIMED.....	49
Tabla 3. Muestra no probabilística.....	53
Tabla 4. Distribución de los pacientes encuestados	55
Tabla 5. Resultados entrevistas a Director General de HOSPIMED.....	56
Tabla 6. Resultados de entrevistas al personal administrativo de HOSPIMED.....	58
Tabla 7. Resultados de las entrevistas a los médicos asistenciales de la sala de emergencia de HOSPIMED.....	60
Tabla 8. Cantidad de pacientes hospitalizados que ingresan por la sala de emergencia de HOSPIMED.....	72
Tabla 9. Ingresos generados por la sala de emergencia de HOSPIMED.....	73
Tabla 10. Análisis comparativo de los Protocolos de Atención Médica.....	74
Tabla 11. Aumento porcentual de ingresos por paciente aplicando los protocolos.....	74
Tabla 12. Estado de resultados comparativo de HOSPIMED al 31/12/11.....	75
Tabla 13. Comparación salas de emergencia.....	76
Tabla 14. Análisis FODA de la sala de emergencia de HOSPIMED.....	78
Tabla 15. Plan de Acción de Hospimed.....	88

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Variables del estudio.....	6
Figura 2. Reacción económica en cadena de Denning.....	17
Figura 3. Sistema de salud de Honduras.....	34
Figura 4. Organigrama de HOSPIMED.....	48
Figura 5. Pacientes que recibieron información previo a su ingreso a la sala de emergencia.....	63
Figura 6. Tiempo que los pacientes esperan para ser atendidos.....	63
Figura 7. Pacientes a los que se les realiza exámenes médicos.....	64
Figura 8. Pacientes que reciben su diagnóstico.....	65
Figura 9. Pacientes que reciben tratamiento.....	66
Figura 10. Tiempo que permanece en la sala de emergencia.....	67
Figura 11. Pacientes que requirieron hospitalización.....	68
Figura 12. Gasto de los pacientes en la sala de emergencia.....	68
Figura 13. Percepción sobre la calidad de servicio.....	69
Figura 14. Participantes en la sala de emergencia de HOSPIMED.....	85
Figura 15. Flujo del proceso de atención en la sala de emergencia de HOSPIMED.....	86
Figura 16. Cronograma del Plan de Acción de HOSPIMED.....	92

