

ESCUELA POLITÉCNICA NACIONAL

FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS

**MODELO DE GESTIÓN SISTÉMICA PARA LA UNIDAD DE
TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL DEL SEGURO
“CARLOS ANDRADE MARÍN” DE QUITO.**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE MAGISTER EN
GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

**AUTOR: PROAÑO ENRÍQUEZ LUIS ANIBAL
luisproen69@hotmail.com**

**DIRECTOR: Dr. OÑA MANOLO
onamanolo@hotmail.com**

2010

DECLARACIÓN

Yo, Luís Aníbal Proaño Enríquez, declaro que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentada para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

La Escuela Politécnica Nacional, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este trabajo, según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual, por su Reglamento y por la normatividad institucional vigente.

LUÍS A. PROAÑO E.

CERTIFICACIÓN

Certifico que el presente trabajo fue desarrollado por Luís Aníbal Proaño Enríquez, bajo mi supervisión.

DR. MANOLO OÑA
DIRECTOR DE PROYECTO

DEDICATORIA

Con mucho cariño, a mi madre y a mis hijos que han sido el incentivo para mi crecimiento personal y profesional.

Luís.

AGRADECIMIENTO

Mi reconocimiento a la Escuela Politécnica Nacional, en especial a la Facultad de Ciencias Administrativas, porque gracias a ésta he reafirmado la más noble de las misiones, como es elevar el nivel de salud y garantizar la vida de las personas.

Profundo agradecimiento merecen: el Dr. Manolo Oña, Tutor de Tesis; los directivos, personal administrativo, profesionales médicos y de enfermería, personal de servicios generales de la Unidad de Terapia Intensiva motivo de investigación, y todas las personas que de una u otra manera contribuyeron en la culminación de mi trabajo.

El autor.

INDICE GENERAL

pp.	
PORTADA	i
DECLARACIÓN	ii
CERTIFICACIÓN	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
INDICE GENERAL	vi
INDICE DE CUADROS	xii
INDICE DE GRÁFICOS	xiv
RESUMEN	xvii
ABSTRACT	xix
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I	
EL PROBLEMA	3
1.1 Planteamiento del Problema	3
1.1.1 Formulación y Sistematización del Problema	6
1.2 Objetivos de la Investigación	7
1.2.1 General	7
1.2.2 Específicos	8
1.3 Justificación	8
1.3.1 Justificación Teórica	8
1.3.2 Justificación Metodológica	9
1.3.3 Justificación Práctica	10
1.4 Hipótesis del Trabajo	11
1.4.1 General	11
1.4.2 Específicas	11

CAPITULO II	
MARCO TEÓRICO	13
2.1 Gestión Institucional	13
2.2 Caracterización del Servicio	18
2.2.1 Reseña Histórica	18
2.2.2 Identidad Institucional	21
2.2.2.1 Visión	22
2.2.2.2 Misión	22
2.2.2.3 Objetivos	22
2.2.2.4 Metas	24
2.2.2.5 Políticas	24
2.2.2.6 Valores	26
2.2.2.7 Tipo de Organización	27
2.2.3 Producto y Servicio	28
2.2.3.1 Características de los Servicios	28
2.2.4 Proveedores	30
2.2.5 Mercado	31
2.2.6 Clientes	31
2.2.6.1 Cliente interno	31
2.2.6.2 Cliente Externo	32
2.2.6.3 Impacto de demandas de los clientes en la operación del Servicio de Terapia Intensiva.	32
2.2.7 Diagnóstico Situacional	33
2.2.7.1 Aspectos Internos	34
2.2.7.2 Aspectos Externos	37
2.2.7.3 Problema central	39
2.3 Epidemiología de su Utilización	40
2.3.1 Tendencias en su Utilización	40
2.3.1.1 Recursos	40
2.3.1.2 Utilización del servicio	41
2.3.1.3 Gastos en servicios de salud	43
2.3.2 Factores determinantes para su utilización	45

2.3.2.1 Factores Socio-culturales	45
2.3.2.2 Factores de la Organización	46
2.3.2.3 Factores Relativos al Usuario	49
2.3.2.4 Factores Relativos a los profesionales	51
2.3.3 Análisis Epidemiológico	52
2.4 Procesos para Atención del Paciente	54
2.4.1 Macro, meso y micro procesos de Producción	54
2.4.2 Cadena de valor	58
2.4.3 Competitividad	59
2.4.4 Operaciones	59
2.4.5 Marketing	62
2.4.6 Productividad	62
2.4.6.1 Variables que intervienen	63
2.4.6.2 Indicadores de logro	64
2.4.7 Puntos en que se puede mejorar	66
2.5 Estructura de Cargos e Infraestructura para Atención al Paciente	68
2.5.1 Estructura de Cargos	68
2.5.1.1 Personal del servicio	68
2.5.1.2 Perfil del servidor	69
2.5.1.3 Orgánico Estructural y Funcional	70
2.5.1.4 Evaluación de su desempeño	71
2.5.2 Infraestructura	73
2.5.2.1 Infraestructura física	73
2.5.2.2 Infraestructura de soporte	74
2.5.2.3 Evaluación del apoyo en operaciones	74
2.6 Mejoramiento de la Calidad de Servicio: Modelo de Gestión para la UTI	76
2.6.1 Mejoramiento: Modelo de Gestión	76
2.6.1.1 ¿Por qué es un MODELO de Gestión Sistémica?	81
2.6.1.2 Metodología de su Diseño	84
2.6.1.3 Objetivos	86

2.6.1.4 Beneficios que provee a la UTI, talento humano y usuarios	86
2.6.1.5 Estructuración del Modelo de Gestión Sistémica	88
2.6.1.5.1 Componentes	91
2.6.1.6 Ciclo de Vida	94
2.6.1.7 Criterios para la Evaluación del Modelo	98
2.6.1.7.1 Indicadores de Evaluación del Modelo de Gestión	100
2.6.1. 8 Sostenibilidad	100
2.6.1.9 Implementación del Modelo de Gestión Sistémica en la UTI	101
2.6.1.9.1 Metodología de Aplicación	102
2.6.2 Características especiales del gerenciamiento de la UTI	103
2.6.2.1 Procesos y Subprocesos a Ejecutar	105
2.6.2.1.1 Ejecución de los Procesos y Subprocesos	109
2.6.2.1.2 Nueva Cadena de Valor	110
2.6.2.2 Estrategias	112
2.6.2.3 Construcción e Interpretación de Indicadores Gerenciales	115
2.6.2.3.1 Indicadores para el Servicio de Terapia Intensiva	120
2.6.3 Cambio de roles y responsabilidades de Jefes y personal del servicio	122
2.6.3.1 Perfil del servidor por competencias	125
2.6.3.2 Diseño del Trabajo	127
2.6.4 Las Operaciones como Servicio	132
2.6.5 Redistribución y Potenciación de Instalaciones, muebles y equipos	136
2.6.6 ¿Qué se busca con el cambio?	137
2.6.7 Gerencia de los Cambios	142
CAPITULO III	
METODOLOGÍA	144
3.1 Tipo de Investigación	144
3.2 Universo y Muestra, Lugar	145
3.3 Técnica e Instrumento	146

CAPITULO IV	
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	148
4.1 Procesamiento de la Información	148
4.2 Análisis de los datos de los Pacientes que Ingresaron a la UTI durante los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2008	149
4.3 Análisis de las encuestas aplicadas al personal de la UTI	176
CAPITULO V	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	199
5.1 Conclusiones	199
5.2 Recomendaciones	201
BIBLIOGRAFIA	203
ANEXOS	208
Anexo A	
MANUAL DE PROCESOS	208
Introducción	208
Objetivos del Manual	209
Alcance del Manual	209
Instructivos	210
A. Proceso de Gestión Administrativa Gerencial	210
1.- Recabar información	210
2.- Elaboración, registro y archivo de documentación	212
3.- Suministrar información del Servicio	214
4.- Capacitación del Personal de la UTI	218
5.- Planificación, Control y Manejo de Inventarios	220
6.- Mantenimiento de Infraestructura física y muebles de la UTI	225
7.- Infraestructura de soporte y mantenimiento	227
8.- Realización compras y o contratación de servicios	233
9.- Evaluación y selección de Proveedores	234

B. Procesos de Realización del Servicio.- Atención al Paciente	236
1.- Planificación de atención al Paciente	236
2.- Ingreso Recepción del Paciente	238
3.- Diagnóstico y Tratamiento al paciente	244
4.- Egreso y Transferencia del Paciente	250
5.- Apoyo y Asesoramiento al paciente y familiares	257
6.- Elaboración y suministro de alimentación enteral	260
C. Proceso de Evaluación, Seguimiento y Mejoramiento	265
1.- Seguimiento control y monitoreo de la atención a los pacientes	265
2.- Evaluación Eventos de Capacitación	269
3.- Evaluación área de Dietética	270
4.- Evaluación al proveedor de servicios y materiales, insumos y medicamentos	271
Glosario de Términos	272
 Anexo B	
Ficha Clínica del paciente que ingresa a la UTI	283
 Anexo C	
Encuesta a los servidores de la Unidad de Terapia Intensiva	284
 Anexo D	
Glosario	289

INDICE DE CUADROS

CUADRO

pp.

1. Funciones que el personal de la UTI cumple para atender al paciente	55
2. Supuestos teóricos para comprender el Modelo de Gestión	92
3. Interacción de los procesos productivos en la UTI	107
4. Procesos ejecutados en pacientes con Neumonía	109
5. Procesos ejecutados en pacientes con Trauma Torácico	109
6. Descripción de revisiones	111
7. Indicadores para el servicio de Terapia Intensiva	120
8. Tablero de Indicadores	121
9. Número de pacientes que ingresaron a la UTI de septiembre a noviembre de 2008.	149
10. Pacientes que ingresaron a la UTI por edad y sexo	150
11. Procedencia de los pacientes que ingresaron a la UTI	151
12. Instrucción de los pacientes que ingresaron a UTI	153
13. Tipo de beneficiario de los pacientes que ingresaron a la UTI	154
14. Servicio de Transferencia de los pacientes a la UTI	156
15. Especialidad de Transferencia de pacientes a la UTI	158
16. Pacientes que fallecieron en la UTI	160
17. Diagnóstico de Ingreso de los pacientes de la UTI	161
18. Procedimientos realizados con los pacientes de la UTI	163
19. Días de permanencia de los pacientes en la UTI	165
20. Insumos utilizados en atención a pacientes de la UTI	168
21. Medicamentos utilizados en atención a pacientes de la UTI	171
22. Nutrición enteral suministrada a pacientes de la UTI	172
23. Equipos utilizados para atención de pacientes de la UTI	174
24. Sexo de los servidores de la UTI	176

25. Título o grado que poseen los servidores de la UTI	176
26. Función que desempeña dentro de la UTI	177
27. Tiempo de servicio en la UTI	178
28. Existencia de documentos con directrices para atender a paciente	179
29. Tipo de documento existente en la UTI	179
30. Claridad de directrices en documentos de la UTI	180
31. Suficiencia de documentos en la UTI.	181
32. Existencia de Modelo de Gestión de la UTI.	182
33. Tipo de Modelo de la UTI	183
34. Acciones que generan los servidores de la UTI	183
35. Principales Funciones o Procesos que se desarrollan	184
36. Qué actividades contiene cada función o proceso.	185
37. Forma en que se asigna la ejecución de funciones o procesos	186
38. Prioridades en atención al paciente de la UTI	187
39. Cómo y por qué	187
40. Evaluación de funciones o procesos	188
41. Finalidad de la Evaluación	189
42. Indicadores de evaluación en la UTI	190
43. Recursos necesarios para los procesos o las funciones.	190
44. Personal de la UTI obtiene o proporciona información, documentos o resultados de sus acciones	191
45. Tipo de información, documento o resultado requerido o proporcionado	192
46. Cantidad de personal en la UTI.	192
47. Sugerencia para compensar faltantes	193
48. Calidad de Preparación o capacitación de personal de la UTI	193
49. Sugerencia para lograr perfil del servidor de la UTI	194
50. Conocimiento sobre funcionamiento, manejo o uso de muebles, equipos, insumos, medicamento.	195
51. Deseo de capacitación o perfeccionamiento del personal	195
52. Tipo o área de capacitación o perfeccionamiento	196

53. Participación en planificación del trabajo en la UTI.	197
54. Razón	197
55. Evaluación eventos de capacitación	269
56. Evaluación área de dietética	270
57. Evaluación al proveedor de servicios, insumos, medicamentos	271
58. Evaluación del proveedor	271
59. Registro de entrega recepción de documentos	272

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO

pp.

1. Orgánico Estructural del Hospital del Seguro “Carlos Andrade Marín”	20
2. Logros que se pretenden alcanzar en la UTI, con visión, misión, políticas	27
3. Procesos que se ejecutan actualmente en la UTI	55
4. Flujograma de procesos ejecutados en la UTI	56
5. Mapa de procesos actual de la UTI	57
6. Cadena de valor relacionada actualmente con la UTI	58
7. Subprocesos que guardan correlación con la UTI	58
8. Subprocesos ejecutados para colaborar con la UTI	59
9. Operaciones desarrolladas en la UTI	60
10. Actual Orgánico Estructural y Funcional de la UTI	70
11. Metodología de Diseño del Modelo de Gestión Sistémica para la UTI	85
12. Modelo de Gestión Sistémica para la UTI: Procesos	90
13. Ciclo de Vida para el Modelo de Gestión propuesto para la UTI	96
14. Mapa de procesos para la UTI según Modelo de Gestión propuesto	106
15. Nueva Cadena de Valor para la UTI	110
16. Cadena de Valor para procesos Gestión Administrativa Gerencial	110
17. Cadena de Valor para proceso de Atención al paciente	111
18. Cadena de Valor para proceso de Evaluación en la UTI	111
19. Perspectivas y requerimientos de generadores y beneficiarios del servicio en la UTI	141
20. Productividad y Crecimiento que se espera de la UTI	142
21. Porcentaje de pacientes que ingresaron a la UTI de septiembre a	

noviembre de 2008.	149
22. Porcentaje de pacientes que ingresaron a la UTI por edad y sexo	150
23. Procedencia de los pacientes que ingresaron a la UTI	152
24. Instrucción de los pacientes que ingresaron a la UTI	153
25. Tipo de beneficiario que es el pacientes que ingresó a la UTI	154
26. Servicio de Transferencia de los pacientes a la UTI	156
27. Especialidad de Transferencia de pacientes a la UTI	158
28. Pacientes que fallecieron en la UTI	160
29. Diagnóstico de Ingreso a la UTI	162
30. Procedimientos realizados con los pacientes de la UTI	163
31. Días de permanencia de los pacientes en la UTI	166
32. Insumos utilizados en pacientes de la UTI	168
33. Medicamentos utilizados en pacientes de la UTI	171
34. Nutrición enteral suministrada a pacientes de la UTI	173
35. Equipos utilizados para atención de pacientes de la UTI	174
36. Sexo del personal de la UTI	176
37. Título o grado del personal de la UTI	177
38. Función que desempeña el personal de la UTI	177
39. Tiempo de servio del personal de la UTI	178
40. Existencia de documento con directrices en la UTI.	179
41. Tipo de documento que contiene directrices.	180
42. Claridad de las directrices.	180
43. Directrices son o no suficientes.	181
44. Por qué son o no suficientes las directrices.	182
45. Existencia de un Modelo para la UTI	182
46. Tipo de Modelo de la UTI	183
47. Acciones que genera el personal de la UTI	184
48. Funciones o procesos desarrollados por personal de la UTI.	184
49. Actividades que contienen los procesos o funciones.	185
50. Cómo o quiénes asignan las funciones	186
51. Prioridades en atención al paciente	187
52. Por qué la prioridad	188

53. Evaluación de los procesos o funciones	188
54. Finalidad de la evaluación.	189
55. Indicadores de Evaluación.	190
56. Recursos para procesos o funciones	191
57. Resultados que requiere o proporciona	191
58. Tipo de resultado que requiere o proporciona	192
59. Personal de UTI suficiente para atender a paciente	192
60. Sugerencias para cubrir falta de personal en la UTI	193
61. Preparación o capacitación del personal de la UTI	194
62. Sugerencias para lograr perfil de personal de la UTI	194
63. Conocimiento de uso y operación de recursos.	195
64. Requerimiento de capacitación	196
65. Tipo o Área de capacitación	196
66. Planificación del Trabajo.	197
67. Por qué capacitarse.	198

RESUMEN

Este Trabajo de Investigación se realizó con el propósito de conocer, analizar y determinar las metodologías y planes de calidad ejecutados en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital del Seguro Social “Carlos Andrade Marín”, la existencia o no de un Modelo de Gestión acorde con su propia realidad; los instrumentos utilizados para identificar las necesidades de los pacientes, los sistemas de Registro y las acciones dispuestas con ellos y sus familias para brindarles confort corporal, emocional y psíquico; los medios de recavar inquietudes y requerimientos de los agentes y actores del proceso productivo, las formas de potenciar la participación, capacidades, ideas de los generadores del servicio; en base a ello proponer alternativas de gestión, generación, control y evaluación del servicio, viables y dúctiles para la toma de decisiones y el mejoramiento continuo de los procesos. La metodología se basó en triangular información mediante encuestas, la observación de las actividades relacionadas, el análisis de las fichas clínicas de los pacientes, a fin de obtener resultados de mayor validez y rigurosidad metodológica. Se aspira lograr resultados estrictamente verificables, con procedimientos que aseguren credibilidad, transferenciabilidad y comparabilidad. Los resultados y conclusiones obtenidas tendrán una adecuada difusión y serán dados a conocer a las Autoridades del Servicio en los niveles pertinentes; se los implementará conforme a la metodología que demanda el Modelo de Gestión Sistémica propuesto.

Fundamento. Con el objetivo de mejorar a medio plazo la posición competitiva de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital del Seguro “Carlos Andrade Marín” en el contexto hospitalario; por las demandas cada vez crecientes de la sociedad de que se le garantice un servicio de calidad excelente con el mejoramiento continuo de sus procesos productivos, las de sus pacientes y agentes y gestores del servicio porque

sean atendidos sus requerimientos, necesidades y expectativas, se decidió la elaboración de un Modelo de Gestión Sistémica que le sea propio.

Métodos. Siguiendo una metodología aportado por los Sistemas de Gestión Aplicables: Normas ISO, EFQM y de Malcom Baldrige así como por los lineamientos del Balanced Score Card para el establecimiento de estrategias; realizando un análisis racional de las necesidades, requerimientos y expectativas tanto de los pacientes como de los profesionales que trabajan en la Unidad Médica; jerarquizando posibles alternativas de procesos a ejecutar en la prestación de servicios; y determinando la metodología de su implementación, se elabora un Modelo de Gestión propio para la Unidad de Terapia Intensiva, que incluye: el diagnóstico de situacional, la definición de las políticas generales, la declaración de misión y visión, competencias que deben desarrollar los prestadores del servicio; posiciones y actitudes que deben adoptar gerentes y gestores del servicio y finalmente, la identificación, el desarrollo y la priorización de las líneas de acción estratégicas a través de instructivos.

Resultados. La elaboración del Modelo de Gestión Sistémica para la UTI ha permitido identificar y desarrollar líneas de acción estratégicas detalladas en los instructivos para el desarrollo de los procesos productivos, todas ellas relacionadas con la gestión del conocimiento y las competencias esenciales propias de sus servidores. Se priorizan las acciones relacionadas directamente con la atención al paciente que ingresa a la Unidad Médica.

Conclusiones. Importante por sí mismo, es el nivel de participación de los agentes y actores del proceso productivo como punto básico para cumplir la misión y cristalizar la visión de la UTI. La elaboración del Modelo de Gestión permite priorizar las líneas de acción de sus agentes y

actores facultando así el mejoramiento continuo de los procesos centrados en la atención al paciente crítico y consecuentemente llegar a brindar un servicio de calidad excelente. Se espera sus lineamientos favorezcan la posición competitiva de la UTI en el marco Hospitalario, y permitan su implantación en la medida que se desee.

Palabras clave: enfermo crítico, Modelo de Gestión, procesos, atención al paciente, agentes y actores, servicio, calidad.

ABSTRACT

This search was carried out with the purpose to know, to analyze and to determine the methodologies and plans of quality executed in the Unit of Intensive Therapy (UIT) of the Social Health Hospital's Carlos Andrade Marín, the existence or not of a Model of Administration according to its own reality; the instruments used to identify the necessities of the patients, the systems of Registration and the actions willing with them and their families to offer them corporal, emotional and psychical comfort; it means to obtain inquisities and the requirements of agents and actors of the productive process, the ways of to improve the participation, capacities, ideas of the service generators; based on it to propose administration alternatives, generation, control and evaluation of the service, viable and ductile in order to make decisions and the continuous improvement of the processes. The methodology was based on triangular information by means of surveys, the observation of the related activities, the analysis of the clinical records of the patients, in order to obtain qualified results and rigorous methodological. The aim is to achieve strictly verifiable results, with procedures that assure credibility, transferability and comparability. The results and obtained conclusions will have an appropriate diffusion and they will be given to know to the corresponding Authorities; it will implement according to the methodology which demands the proposed Pattern of Systemic Administration.

Foundation: With the aim of improving in the short term the competitive position of the Unit of Intensive Therapy of the Social Health Hospital's Carlos Andrade Marín in the hospital context; for the demands of the society which increase every day, asking guarantee in the quality of an excellent service with the continuous improvement of their productive processes, the demands of their patients and agents and actors of the

service in order to find a positive answer to requirements, necessities and expectations are assisted, it is decided to elaborate an own Model of Systemic Administration.

Methods: Following a methodology contributed by the Applicable Systems of Administration: Norms ISO, EFQM and of Malcolm Baldrige as well as for the limits of the Balanced Score Card for the establishment of strategies; carrying out a rational analysis of the necessities, requirements and expectations of patients as well professionals as who work in the Medical Unit; possible alternatives of processes to execute in the benefit of services; and determining the methodology of its implementation. An own Model of Administration is elaborated for the Unit of Intensive Therapy that includes: the situational diagnosis, the definition of the general politics, the mission declaration and vision, competences which should be developed by services lenders; position and attitudes that managers and agents of service should adopt and finally, the identification, the development and the prioritization of the strategies by means of the instructives.

Results: The elaboration of the Pattern of Systemic Administration for UIT has allowed to identify and to develop strategic action lines detailed in the instructive for the development of the productive processes, all of them related with the administration of the management of the knowledge and the essential competitions of this service. The actions related with the patient's attention who enters to the Medical Unit are prioritized.

Conclusions: It's important the level of the agents' participation and actors of the productive process as a basic point to complete the mission and to make reality the vision of UIT. The elaboration of the Pattern of Administration allows to prioritize the action lines of its agents and actors, authorizing the continuous improvement of the processes centered in the attention to the critical patient and consequently to end up offering a

service of excellent quality. It is expected that it helps the competitive position of UIT in the Hospital framework, and allow their installation as it is wanted.

Key Words: critical sick person, Model of Administration, processes, attention to the patient, agents and actors, service, quality.

INTRODUCCIÓN

La búsqueda de la Calidad en los Servicios de Salud, principalmente en el área de Cuidados Intensivos, no ha sido un imperativo siempre presente. Muchas veces hemos asistido a decisiones tomadas, tanto en el ámbito clínico como en los niveles de decisión que no se han basado en hechos y datos reales, sino más bien en reflejos, en la experiencia vivida, en las intuiciones o disposiciones emanadas por los jefes o coordinadores del Servicio, y sin tener en cuenta el factor humano que es central en esta actividad: paciente con sus demandas como beneficiario del servicio, profesional con sus requerimientos como generador del servicio.

El proceso de evolución hacia una gestión de calidad en servicios de salud sólo es posible si quienes los administran y generan, incorporan los variados conceptos y las múltiples herramientas que se requieren en la actividad diaria. Para que esto sea posible, a través de esta investigación se pone al alcance de todos los gestores y actores del servicio en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital del Seguro “Carlos Andrade Marín”, un Modelo de Gestión Sistémica como una opción viable para incorporar la cultura de la calidad en todos los procesos que involucran la atención al paciente y así en el desarrollo mismo de éstos analicen situaciones que demoran o impiden su consecución, propongan soluciones inmediatas, tomen decisiones oportunas, efectivas y eficientes compartiendo experiencias e ideas como un equipo multidisciplinario de trabajo ello posibilitará a que todos colaboren a mejorar y rediseñar su servicio y así crear valor agregado para el paciente.

Para una mejor comprensión y aplicación al presente estudio se lo ha distribuido en cinco capítulos, en los que el lector encontrará los

lineamientos teóricos prácticos que lo orientarán en las fases del proceso: administrativo gerencial, de atención al paciente, su ejecución y evaluación.

En el Capítulo I. EL PROBLEMA, se explican los objetivos, la trascendencia y utilidad que proporcionará el trabajo.

El Capítulo II. MARCO TEÓRICO, contiene los fundamentos teóricos de la investigación, se incluyen ejemplos para ciertos aspectos así como también esquemas que faciliten la comprensión de los temas. En éste se pondrá a disposición no sólo de quienes conforman la UTI, sino de todos quienes se interesen por mejorar los procesos dirigidos y centrados en el paciente, una opción de Modelo de Gestión Sistémico, que les ayudará a ejecutar actividades y tareas, a identificar e interpretar las situaciones problemáticas en su desempeño y desarrollo de los procesos así como a tomar las decisiones oportunas y efectivas.

En el III y IV se presenta la el ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS, así como las CONCLUSIONES a las que se llegaron y RECOMENDACIONES que debían ser planteadas.

Finalmente se presentan las REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS que sustentaron la investigación y los ANEXOS.

El tipo de estudio efectuado demandó de una organización metodológica que permitiría una veraz recolección de la información tanto bibliográfica como de campo de la problemática investigada. Se basó en la correlación de la información recabada mediante encuestas, entrevistas y en la observación de las actividades relacionadas, a fin de obtener resultados de mayor validez y rigurosidad metodológica

El estudio de investigación es básicamente: Exploratorio, Descriptivo, Transversal.

Exploratorio: por los conocimientos que sobre el proceso productivo para prestar servicio al paciente dentro de la UTI tienen los Jefes de Unidad y profesionales Salud que allí se desempeñan.

La información se obtuvo de las encuestas y entrevistas personales a profesionales de la salud, jefes de Unidad, pacientes y familiares, documentos sobre desempeño de personal, funcionamiento y funcionalidad de los recursos allí existentes, de la observación directa de la relación funcionario, paciente y equipo; del análisis de las fichas médicas de cada paciente que ingresó durante el periodo de estudio.

Descriptivo: porque se relataron ciertos hechos y fenómenos dados en el proceso de atención al paciente y que se relacionan con los conocimientos, actitudes y prácticas sobre cuidados intensivos.

Transversal: porque se llevó a cabo en un determinado tiempo y abarcó a pacientes y funcionarios de la UTI desde septiembre 2008 a enero 2009.

El universo de estudio lo conforman los profesionales de Salud que allí laboran (Jefes de Unidad, personal médico, personal de enfermería y de servicio), los pacientes que ingresan a esta Unidad Médica y a sus familiares durante el período 15 de septiembre al 31 de noviembre 2008.

Siendo esta la unidad médica del Hospital Carlos Andrade Marín que mayor trascendencia tiene por el tipo de servicio que presta, se considera que es uno de los lugares que mayor afluencia de personas tiene.

Estimando que diariamente se atiende alrededor de 8 pacientes, se obtiene un promedio de aproximadamente 240 cada mes, por lo que se aplicó una muestra aleatoria simple, que comprende en el 20%; el mismo procedimiento se aplica para el personal de la UTI, de un total de 125 se toma el 20% correspondiente a 25 personas: 1 jefe de Unidad, 1 médico tratante, 1 médico residente, 1 trabajadora social, 1 secretaria, 2 de farmacia, 1 de dietética, 12 enfermeras/os, 4 auxiliares de enfermería, 1 de servicios generales.

El estudio se efectuó en el Servicio de Terapia Intensiva que es una Unidad Médica del Hospital del Seguro “Carlos Andrade Marín”, está ubicado en el cuarto piso junto a Neumología, Cardio-torácica, Neurocirugía y Cirugía Plástica. Dicha unidad presta acciones de salud a enfermos con complicaciones.

La técnica utilizada fue la entrevista personal, la encuesta, la observación directa.

Se aplicaron como instrumento los cuestionarios anónimos y con preguntas exclusivamente dirigidas al tema de estudio y la ficha de observación.

La información se obtuvo directamente de los profesionales de Salud, pacientes y familiares, así como de las fichas clínicas o bitácoras y la observación o prueba del funcionamiento y funcionalidad de insumos, muebles y equipos.

En cuanto a la recopilación de datos referentes a diagnóstico, evolución, tiempo de estadía del paciente en la UTI, uso de equipos, insumos, medicamentos, talento humano que interviene; se procedió a reunir a los pacientes en grupos que tenían coherencia clínica y un patrón similar de consumo de recursos, lo que proveyó datos precisos para la generación

de información válida, confiable y sistemática que apoyó el planteamiento de procesos para mejoramiento continuo de los procedimientos clínicos en manejo, cuidado y atención a pacientes en estado crítico. Para desarrollar estos procesos el investigador definió el conjunto mínimo básico de datos requeridos, revisó la totalidad de las fichas de los pacientes que ingresaron a la Unidad Médica durante el periodo comprendido entre septiembre y noviembre del año 2008.

Como resultado de este trabajo, se logró una base de datos de más de 180 ingresos y hospitalizaciones, caracterizados detalladamente, se determinó su complejidad hospitalaria a través de indicadores cuantitativos válidos y confiables y se concluyó el nivel de eficiencia de los procedimientos ejecutados por los profesionales, el uso de las camas en días de rotación de pacientes, de acuerdo con la complejidad de la casuística atendida, así como el impacto en la generación del servicio y uso de recursos.

Para elaborar el marco de referencia y sustentar las bases teóricas, se manejó la investigación documental; y como instrumento se utilizaron fichas nemotécnicas y bibliográficas.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema

La Unidad de Terapia Intensiva (UTI) dentro de todos los centros de atención de salud es una parte fundamental pues hacia allá llegan pacientes que se encuentran en estado de gravedad y requieren de cuidados especiales para restablecerse.

En el caso que compete para el presente estudio, el Servicio de Terapia Intensiva es una de las Unidades Médicas que conforman el Hospital “Carlos Andrade Marín”, a la que se le puede calificar como una estructura administrativa tipo lineal por depender directamente tanto en regencia como en contratación de personal, adquisición de equipos, insumos, medicinas, delegación de funciones y normativas para su cumplimiento, de la Administración central del Hospital.

En la toma de decisiones y en la planificación de funciones y actividades no interviene el personal que en ésta presta sus servicios, no hay delegación de funciones y atribuciones sólo de responsabilidades u obligaciones con pocos derechos.

No se ha realizado un estudio real para establecer si las funciones y operaciones del talento humano son correctas tanto en cantidad, calidad o tiempo efectivo. Todas las actividades se efectúan según parámetros dados por el Reglamento de la Unidad de Servicio, o los que constan en el orgánico funcional acorde con su profesión y/o especialización, pero cabe plantearse las siguientes interrogantes: ¿en verdad es eso y así es lo que se hace y cómo se hace? ¿es ese el tipo y calidad de servicio que

espera el paciente y sus familiares? ¿existen otros procesos a seguir? ¿los recursos son los suficientes y adecuados? ¿los equipos son propicios y funcionales? ¿el personal cuenta con todas las competencias para brindar servicio a este tipo de paciente?

Interrogantes que surgen de una necesidad de mejora continua del proceso de producción del servicio, pues generalmente se imprime el modelo funcional de los diferentes segmentos en los que se ha fragmentado el proceso: se fraccionan las tareas, las responsabilidades, se divorcian los resultados, se exige por indicadores resultativos, y no se presta atención a la gestión a lo largo de un proceso, con la finalidad de alcanzar los resultados planeados de una manera sustentada y orientada al aseguramiento de la calidad del producto final.

Así lo manifiesta el personal del servicio en la encuesta aplicada para determinar sus intereses, requerimientos y necesidades en cuanto a estar aptos y contar con los recursos necesarios para atender a los pacientes críticos. Revelan que, se efectúa un reparto de trabajo nada práctico ni eficaz en el que no se estructura un verdadero equipo de trabajo multidisciplinar en número propicio y con suficiente claridad de sus actividades provocando: desconocimiento e incompreensión del proceso productivo a desarrollar, sobrecarga de trabajo, cansancio, consecuentemente cumplimiento a medias o incumplimiento en aplicación de estándares y protocolos de atención, duplicidad de funciones por ende, pérdida de tiempo y entorpecimiento del proceso productivo.

El personal nuevo que ingresa a la Unidad no es lo suficientemente orientado o capacitado para el tipo de servicio, manejo de equipos, ni suministro o provisión de insumos y medicamentos; el Hospital no invierte en capacitación, no hay incentivo de esta clase, por lo que no se empodera de su verdadero rol dentro de la UTI y con sus principales clientes.

No siempre hay un inventario oportuno y en las cantidades adecuadas y necesarias. No se hace estudios de inversión en equipos principalmente en los que están por cumplir, han cumplido su vida útil o los que están en mal estado, constantemente inducen contratiempos por sus fallas dificultando el trabajo del personal y provocando problemas con el paciente.

Es evidente la carencia de un sistema de información adecuado que contenga base de datos de los pacientes, sus problemas, estudios y soluciones aplicadas, como tampoco un canal de comunicación apropiado para receptor o emitir situaciones o demandas para tenerlos como de referente y aplicar correctivos oportunos y propicios.

Deducciones a las que se han llegado también luego de la observación directa, experiencia propia y del análisis de la mencionada encuesta.

Además se debe considerar que la época actual se caracteriza por un acelerado proceso de transformación en donde las organizaciones que no demuestren su competitividad están destinadas si no a desaparecer por lo menos a quedar rezagadas, por consiguiente deben mejorar su gestión tanto a nivel interno como externo.

Deduciendo se puede decir que el Modelo de Gestión actual de la UTI no cubre las expectativas de un servicio de calidad.

En este marco la gestión de sus gerentes y la evaluación de los procesos productivos basados en un Modelo de Gestión Sistémica propio de la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), representa un medio para un fin: lograr servicios eficaces y de calidad a través de un sistema que permita controlar, valorar y tomar decisiones en un proceso continuo y sistemático que facilite un desarrollo progresivo en el logro de los objetivos y de este modo avanzar y construir una atención de calidad, como meta final.

Ante esta problemática, se ha planteado como **problema científico**: La factibilidad de crear un sistema de gestión acorde con los requerimientos de la Unidad Médica y la realidad de la misma, tomando como base de referencia y análisis el caso de la Unidad de Terapia Intensiva (UTI).

El principal propósito de la investigación es: **ofrecer una alternativa racional y viable de gestión** a partir de considerar las tareas sustantivas de esta componente estructural, la complejidad del entorno en que se desenvuelve, la acrecentada exigencia de la sociedad, las demandas por satisfacer provenientes del entorno, la precisión de los diversos procesos que se entrelazan en el desempeño de los profesionales que prestan servicio, las características que es necesario garantizar en las componentes (recursos materiales, financieros y talento humano) que en el mismo intervienen, los modos de controlar, registrar, medir, evaluar, normalizar, acreditar y certificar los procesos para garantizar su calidad de excelencia, fortalecer la eficacia, optimizar el uso de los recursos disponibles, asegurar un crecimiento y desarrollo sostenido y sustentable de los colectivos en el entorno y dirección que le está socio-económicamente determinado.

1.1.1 Formulación y Sistematización del Problema

¿Será factible desarrollar un Modelo de Gestión Sistémica acorde con los requerimientos y realidad de la Unidad de Terapia Intensiva, que mejore la eficiencia y eficacia de su proceso productivo y eleve la calidad de servicio al paciente?

Preguntas directrices

De manera provisional se plantean las siguientes interrogantes, que se irán desarrollando en el transcurso de la investigación:

¿Una planificación basada en estudios reales de la oferta y demanda generaría un servicio efectivo y eficiente?

¿Al contar con un perfil de organización eficaz la UTI mejoraría su gestión administrativa por ende su desempeño?

¿Un monitoreo y evaluación continuo y sistemático con instrumentos adecuados a tipo de servicio, talento humano, insumos y equipos, facultaría una toma de decisiones oportuna y pertinente por ende garantizar calidad y excelencia en el servicio que brinda la UTI?

¿La capacitación y perfeccionamiento continuo y permanente del talento humano, brindará la oportunidad de estar actualizado acorde con la ciencia y tecnología que requiere el tipo de servicio consecuentemente elevar eficiencia y calidad en sus funciones?

¿Un sistema informático propicio permitirá tomar decisiones adecuadas y oportunas de intervención con el paciente?

¿Con un canal de información adecuado se tendrán claras las orientaciones y acciones de sus componentes estructurales y clientes de la UTI.

1.2 Objetivos de la Investigación

1.2.1 Objetivo General

- Desarrollar un Modelo de Gestión Sistémica que responda a requerimientos y realidad de la Unidad de Terapia Intensiva del HCAM y permita el mejoramiento de la eficiencia y eficacia de su proceso productivo consecuentemente la calidad de servicio al paciente.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Ofrecer lineamientos de planificación sistémica que permitan la interpretación real de la oferta y la demanda del servicio así como la generación de un servicio efectivo y eficiente.
- Desarrollar un perfil de Organización por procesos para que la UTI mejore su gestión administrativa por ende su desempeño.
- Propiciar la toma de decisiones oportuna y pertinente basada en referentes del monitoreo y evaluación continuo y sistemático producto de la aplicación de instrumentos adecuados, y que garantice calidad y excelencia en el servicio que brinda.
- Motivar al talento humano a someterse a una capacitación y perfeccionamiento continuo y permanente para que así esté actualizado acorde con la ciencia y tecnología que requiere el tipo de servicio y eleve eficiencia y calidad en sus funciones
- Proponer un sistema informático viable para que el profesional de esta Unidad Médica tome decisiones adecuadas y oportunas de intervención con el paciente.
- Diseñar un canal de información dúctil entre gerencia, personal de la UTI, paciente y familiar en el que se evidencie con claridad orientaciones y acciones

1.3 Justificación

1.3.1 Justificación Teórica

De la experiencia que día a día se va acumulando resulta sorprendente las graves falencias que en materia de control interno y evaluación institucional adolecen las Unidades Médicas, de no superarlas pueden enfrentar complicaciones aunque no imposibles pero sí con cierto grado de dificultad en su solución.

En primer lugar se debe subrayar la **falta de cumplimiento a las normas básicas y fundamentales** en materia de administración, pero por otro lado está la ausencia de amplitud de conceptos en cuanto a control interno y al patrimonio a proteger, y de los métodos e instrumentos de análisis a ser utilizados para evaluar su gestión.

1.3.2 Justificación Metodológica

Al igual que en otro tipo de organizaciones, la falta de planificación y prevención es la norma en las Unidades Médicas en lo relativo tanto al control interno, como al accionar de sus autoridades, administrativos, personal médico, personal de enfermería, personal de servicios generales. Por ello no es de sorprenderse ver a los administradores de salud tratando de analizar que es lo que salió mal, por qué, y qué hacer para evitar su repetición.

Otro aspecto importante a cuestionar es la forma en cómo se percibe la función de los gerentes, se la ve como una **tarea dedicada sólo a la inspección, y no al asesoramiento** con el objetivo de proteger y mejorar el desempeño de la organización.

Es menester conformar una nueva visión de la Unidad Médica desde un **enfoque sistémico**, de tal manera de ubicar a la evaluación de su gestión como un componente de dicho sistema, encargado no sólo de proteger sino de salvaguardar el buen funcionamiento de éstos a los efectos de su supervivencia y logro de las metas propuestas.

Es interesante significar que sólo el gerente de salud que reconozca la necesidad de considerar a la organización que dirige como **un conjunto de sistemas interrelacionados y entrelazados**, habrá descubierto la clave para entender cómo opera realmente la misma.

Muchas Unidades Médicas han experimentado una pérdida considerable de credibilidad ante la sociedad que incluso les coloca ante un riesgo inminente, ser desacreditados o juzgados continuamente, como producto de sus falencias en el control interno, y en la falta de un sistema propio de gestión. La falta de buenos controles internos (no meramente normativos, sino aplicados) y buenos modelos de gestión no sólo ha dado lugar a defraudaciones (sea esta por parte de directivos, personal médico, personal de enfermería y personal de servicio o pacientes, familiares y comunidad), sino también a graves errores en materia de decisiones.

Por lo hasta aquí descrito, se considera importante diseñar un sistema alternativo de gestión institucional, pues éste contribuirá a que las personas encargadas de esta función puedan desempeñarse con objetividad y de manera más técnica y comprometida con su organización.

1.3.3 Justificación Práctica

Respecto a la utilidad del producto que se pretende entregar, ésta radica en contribuir a que todos los componentes de la Unidad de Terapia Intensiva sean partícipes activos del mejoramiento de su desempeño.

Ellos conociendo la importancia de una evaluación constante, permanente y objetiva de su gestión y de la Unidad no pondrán resistencia a la misma y sabrán cuando tomar decisiones racionales de manera oportuna.

En la actualidad no se necesita de gerentes que solamente cumplan determinadas funciones, sino que sean capaces de aceptar los cambios, de prever y solucionar problemas estableciendo mecanismos viables. Con un sistema propio de gestión se irá extinguiendo la tendencia de ser dependientes de sistemas ajenos a su realidad. El diseño del sistema alternativo de gestión sistémica, permitirá satisfacer esta demanda latente, redundando en el mejoramiento de la calidad del servicio y desarrollo institucional cuyos beneficiarios directos serán los directivos, personal médico, de enfermería, de servicios generales, pacientes, familiares y comunidad.

1.4 Hipótesis de Trabajo

1.4.1 Hipótesis General

Si en la UTI se desarrolla un Modelo de Gestión Sistémica que responda a requerimientos y realidad de la Unidad de Terapia Intensiva del HCAM, se puede lograr el mejoramiento de la eficiencia y eficacia de su proceso productivo consecuentemente la calidad de servicio al paciente.

1.4.2 Hipótesis Específicas

Si se establecen lineamientos de planificación sistémica la UTI puede hacer una interpretación real de la oferta y la demanda del servicio así como la generación de un servicio efectivo y eficiente.

Si se diseña un perfil de Organización por procesos la UTI mejoraría su gestión administrativa por ende su desempeño.

Si se aplican instrumentos de monitoreo y evaluación continuo y pertinente, adecuados para los componentes estructurales se puede lograr una toma de decisiones oportuna y pertinente por ende garantizar calidad y excelencia en el servicio que brinda.

Si el talento humano se capacita y se perfecciona continua y permanentemente estará actualizado acorde con la ciencia y tecnología por ende empoderado de su rol y apto para elevar eficiencia y calidad en sus funciones

Si se cuenta con un sistema informático viable, el profesional de esta Unidad Médica podrá tomar decisiones adecuadas y oportunas de intervención con el paciente.

Si se diseña un canal de información flexible, gerentes, personal de Salud, paciente y familiar tendrán claras las orientaciones y acciones a desarrollar.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Gestión Institucional

Definida como el conjunto de actividades que se ejecutan por y en la institución para lograr su buen funcionamiento lo que implica propiciar la calidad dentro de la organización.

Como se puede observar, la calidad en el servicio cumple un papel muy importante dentro de la Unidad Médica, porque no sólo se pone en juego el servicio dado o la oferta que se propone, sino también la imagen y la confianza que deposita la colectividad en su servicio; por consiguiente, un paciente o usuario insatisfecho representa una pérdida para la organización tanto en utilidad como en imagen, y si pasa lo contrario, obtenemos pacientes, familiares, colectivo social, satisfechos y leales a nuestro servicio, además de una publicidad gratis por sus recomendaciones y mayores ingresos en cuanto a personal capacitado y competente y número de pacientes atendidos, por consiguiente mayor asignación de recursos por parte de la Gerencia del Hospital.

Cuando una Unidad Médica está funcionando y decide implantar un modelo de calidad, es señal de que tiene el propósito de permanecer y crecer en el medio, ser competitiva, proteger los intereses de los agentes y actores del proceso productivo, cuidar la fuente de trabajo y mejorar la calidad de vida de su personal y sus usuarios.

Se requiere de un modelo que una la misión de la Unidad Médica y el esfuerzo de Jefes de Unidad, personal médico, personal de enfermería y

de servicio, que funcione en una sinergia de resultados hacia la competitividad y la calidad de clase mundial.

La base para diseñar e implantar un buen modelo de calidad es conocer profundamente las características y necesidades de la institución a la que se aplicará y los deseos y pretensiones de sus clientes internos y externos actuales y potenciales.

Es necesario que todos sus elementos se estructuren con precisión para que permitan un control y aseguramiento de todos los procesos involucrados con la calidad. Es decir reúna todas las actividades y funciones en forma tal que ninguna de ellas sea más importante que las otras y que cada una se planee, controle y ejecute de un modo formal y sistemático.

Para ello se requiere ver a la Unidad de Terapia Intensiva, como un ente dinámico que se realimenta del interior y del exterior y que tiene interacciones e interdependencias con los diferentes actores relacionados con la y el mismo. (sectores sociales, instituciones que lo rigen, normas, clientes, personal, etc.).

La mejor forma de iniciar la cultura de calidad, es realizando una evaluación integral para tener un diagnóstico que permita conocer su situación actual, sus fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas y con base en el resultado, establecer estrategias y mecanismos para facilitar su práctica. Es necesario evaluar los sistemas y procesos, a las personas involucradas y los resultados cualitativos y cuantitativos que se están observando, para conocer lo que provoca las desviaciones y lo que causa las limitaciones en su desarrollo.

Macario. B, la define como **"el acto que consiste en emitir un juicio de valor, a partir de un conjunto de informaciones sobre la evolución o los resultados de un individuo, con el fin de tomar una decisión. "**

Según, Antonio Allende. **"Evaluar es preguntarse cómo van las cosas, si están yendo bien o mal, si es lo que queremos o lo que necesitamos, y, en último caso, pensar si lo que estamos haciendo es lo que hay que hacer"**¹.

Como dice Stenhouse (1984), **" para evaluar hay que comprender"**. Cabe afirmar que las evaluaciones convencionales del tipo objetivo no van destinadas a comprender el proceso. Lo tratan en términos de éxito y de fracaso. En este contexto, **" el administrador debería ser un crítico, y no un simple calificador"**.

Evaluación implica entonces, comparación entre los objetivos impuestos a una actividad intencional y los resultados que produce. Es preciso evaluar no solamente los resultados, sino los objetivos, las condiciones, el sistema y los diferentes medios de su puesta en acción.

Esto supone:

Evaluación del contexto, determinar los objetivos, sus posibilidades, sus condiciones y medios de realización, lo que será de fundamental importancia al momento de elaborar la planificación.

Evaluación de las necesidades inherentes al proyecto (Input), o sea la determinación de la puesta en práctica, de los recursos y de los medios.

¹ Reyes Ponce, Agustín. Administración por *objetivos*, Editorial Limusa, S. A. de CV Grupo Noriegas Editores, Balderas 95, México, DF. (1996)

Evaluación del proceso, estudio de los datos sobre los efectos que produjeron los métodos empleados, su progresión, sus dificultades y su comparación para tomar decisiones de ejecución.

Evaluación del producto (servicio –atención de calidad), medición, interpretación, juicio acerca del cumplimiento de los objetivos, de la eficacia de la gestión, en suma evaluación de los resultados para tomar decisiones de reciclaje.

La toma de decisiones se hace permanentemente evaluando y eligiendo lo que consideramos más acertado.

En definitiva, la finalidad general de la evaluación es tomar decisiones de cambio y mejora a lo largo del proceso y tras finalizar la intervención del plan, programa o proyecto.

Esta toma de decisiones permitirá efectuar una mejor delegación de funciones conforme los conocimientos y capacidades de los profesionales de la Unidad Médica lo que redundará en eficiencia y eficacia del proceso productivo del servicio, en otros términos facultará la *gestión del conocimiento*.

El concepto de gestión del conocimiento, introducido por Peter Drucker a finales de la década de los 90 y promovido por figuras como Gary Hamel y CK Prahalad, se basa en que las empresas deben volcarse y orientarse al conocimiento de sus profesionales para obtener una ventaja competitiva, ya sea en costes o en diferenciación, y más valor para el cliente. En los últimos años, esta concepción, ligada a la sociedad post-capitalista, se está abriendo espacio en el ámbito de la medicina.

Según Javier Ruiz Moreno, director del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Sagrat Cor, de Barcelona, la traslación práctica "se

basa en que los gestores de los centros, ya sean públicos o privados, orienten éstos hacia sus profesionales de salud, fundamentalmente médicos y enfermería, ya que son quienes tienen el conocimiento para generar más valor añadido en el enfermo, la razón de ser de cualquier organización sanitaria".

Ruiz Moreno, en el XLIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (Semicyuc), manifestó que "en el ámbito de la medicina intensiva, partiendo de un concepto acuñado por Hamel y Prahalad, es necesario identificar las competencias esenciales de cada uno de los servicios, para poder dirigir, organizar y estructurarlos según ellas, y no a sistemas más burocráticos o rígidos de gestión". Esa gestión del conocimiento "también va en contra de cualquier actividad que no genere valor al enfermo"².

Las **actividades anti-eficiencia o anti-ventaja competitiva** son aquéllas que "se realizan porque el sistema funciona de **manera vertical** o muy burocratizada", como por ejemplo la gestión de servicios orientada a la reducción de costes o al número de profesionales del servicio.

² Mezquita Enrique. Gestionar el Conocimiento Genera Valor al Enfermo. Gestión en Salud. Valencia Argentina 12/06/2008 e-mail: editorial@gestionensalud.com

2.2 Caracterización del Servicio

2.2.1 Reseña Histórica

Uno de los pilares de la medicina de nuestro país es sin duda el Hospital “Carlos Andrade Marín” (HCAM), institución que a través de los años ha aportado al desarrollo de la misma. Creado el 30 de mayo de 1970, con el principal propósito de entregar servicios de salud y constituirse en el más importante centro médico del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS).

Inicia con cuatro departamentos: Cirugía, Medicina, Gineco-Obstetricia y Pediatría, cada uno con sus respectivas sub.-especialidades. La capacidad inicial hospitalaria fue de 200 camas. El equipo de salud lo integraron 63 médicos tratantes, 6 médicos residentes y 66 enfermeras.

La medicina avanzó, aparecieron nuevas patologías, la población afiliada y jubilada creció y fue necesario incorporar nuevas especialidades, posteriormente se impulsaron las cirugías de corazón, vascular, trasplante renal, diálisis para insuficientes renales; la Unidad de Terapia Intensiva, la más avanzada del país; Medicina Interna que atiende epidemias como el SIDA, cólera, difteria, tifoidea, lupus e intoxicaciones; y, avanzó con Cirugía Plástica, Litotripsia, Unidad de Quemados y Banco de Sangre.

Por consiguiente se incrementó el personal, hoy cuenta con 250 médico@s tratantes, 149 médic@s residentes y 419 enfermer@s. Su capacidad actual es de 720 camas hospitalarias.

En el 2004, surgió el compromiso expreso de las autoridades del IESS y de la actual administración del hospital de reequipar, readecuar y remodelar el hospital y así retomar su imagen y prestigio³. El reto fue asumido, los cambios necesarios se han dado.

Con el fin de proporcionar un servicio médico de alta calidad, el IESS cuenta con equipos de tecnología de punta para el diagnóstico y tratamiento clínico y/o quirúrgico de los pacientes que adolecen de múltiples enfermedades, como: Angiógrafo Digital, Gamma-Cámara, Litotripsor, etc.

El equipo humano de salud que otorga atención a la población afiliada sea activa, jubilada, de seguro campesino o en forma voluntaria, del país, está meritoriamente capacitada para desempeñar sus funciones en cada una de las áreas.

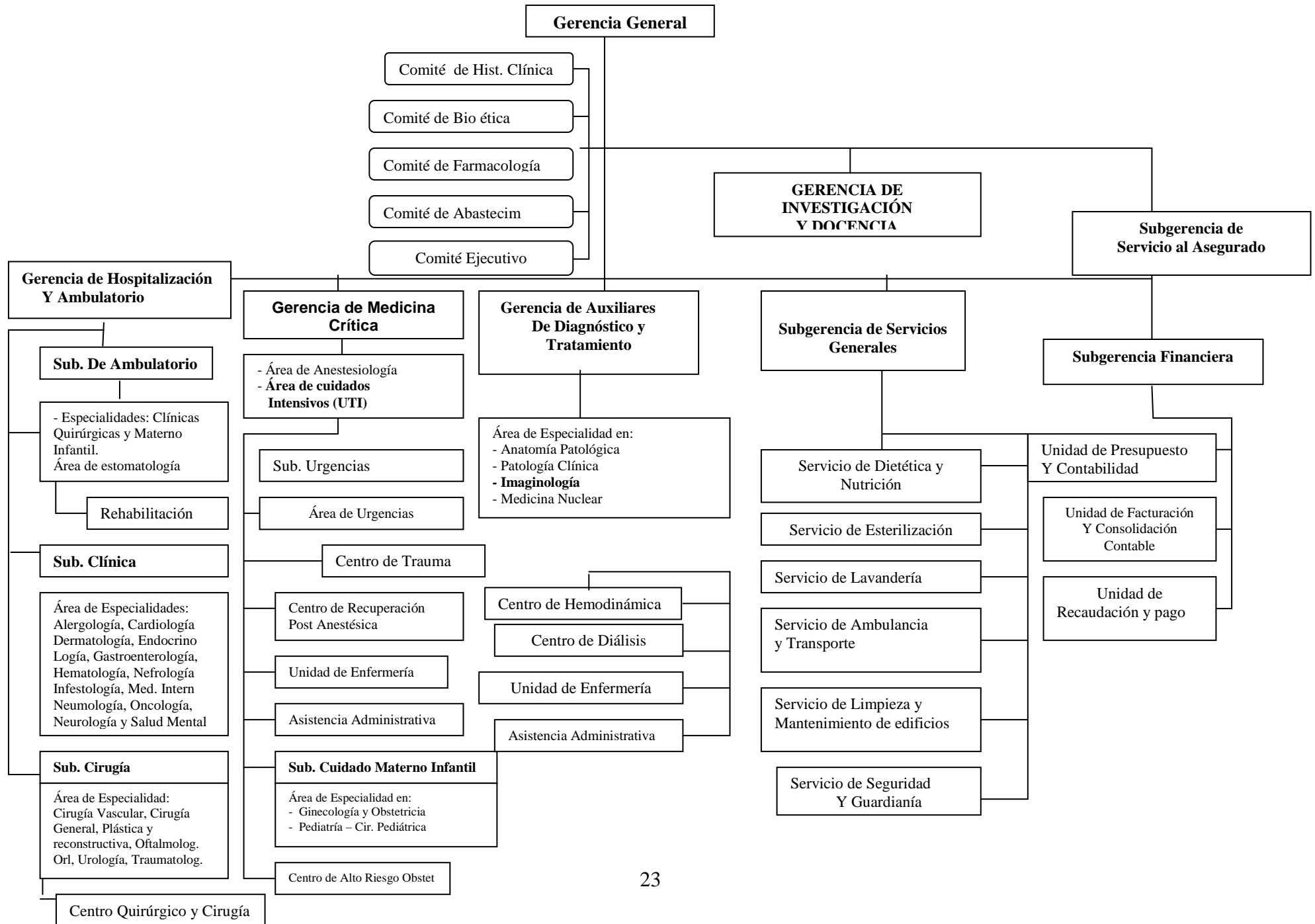
Al Hospital “CAM”, acceden todos los afiliados y beneficiarios del IESS, a quienes se dispensa una atención altamente especializada y con tecnología moderna, sin escatimar el costo de su cotización ni el que se invierta en recuperar su salud.

El modelo del H. “CAM” se caracteriza por la solidaridad, principio fundamental, en virtud de lo cual, todos aportan en beneficio de quien necesita la atención por onerosa que ésta resulte⁴.

El Hospital “Carlos Andrade Marín” se encuentra estructurado por; Gerencia General como máxima autoridad, seguida por Gerencia de Hospitalización y ambulatorio, Gerencia de Medicina Crítica, Gerencia de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, Gerencia de Investigación y Docencia y Subgerencia de Servicio al Asegurado con sus respectivas subdivisiones. (Véase el organigrama adjunto)

³ info@hcam.med.ec

⁴ Anuario del Hospital del Seguro Social “Carlos Andrade Marín”. Quito. 2007.



2.2.2 Identidad Institucional

La Unidad de Terapia Intensiva dentro de todos los centros de atención de salud es una parte fundamental pues hacia allá llegan pacientes que se encuentran en estado de gravedad y requieren de cuidados especiales para restablecerse.

En el caso que compete para el presente estudio, el Servicio de Terapia Intensiva es una de las Unidades Médicas que conforman el Hospital “Carlos Andrade Marín”. Está ubicada en el cuarto piso, junto a los servicios de neumología, cardiorácica y neurocirugía por ser los servicios de donde se transfieren o afluyen la mayor cantidad de pacientes.

En la Unidad el talento humano trabaja previo cronograma establecido como un equipo interdisciplinar.

No se ha realizado un estudio real para establecer si las funciones y operaciones del talento humano son correctas tanto en cantidad, calidad o tiempo efectivo. Todas las actividades se efectúan según parámetros dados por el Reglamento del Servicio, o los que constan en el orgánico funcional acorde con su profesión y/o especialización o según tipo de paciente, diagnóstico de ingreso y evolución que éste tenga dentro de la Unidad Médica; cada uno conoce sus funciones y responsabilidades dentro del proceso productivo, tiene su visión y cumple una misión. Sin embargo UTI no cuenta con un documento en que estén plasmados sus más altos propósitos, sus procedimientos, formas o políticas a seguir.

Consecuentemente el investigador define lo que constituiría una síntesis de sus grandes fines, valores, políticas, misión y visión como lineamientos generales de actuación para que determinen la forma de proceder de la organización, así propone:

2.2.2.1 Visión

La Unidad de Terapia Intensiva del HCAM es un sistema organizado, reconocido en el medio por la solidez de sus resultados que facilitan la toma de decisiones acordes con las necesidades y demandas de la Unidad Médica y de la sociedad, viabilizar los procesos para brindar una atención integral de calidad y calidez excelente, con alto grado de satisfacción del usuario; con personal médico, de enfermería y de servicios generales pro activo capacitado, humanístico, mente crítica y pensamiento estratégico, capaz de generar cambios significativos en la productividad con valor agregado, apoyándose siempre en la tecnología a su alcance con un compromiso de ciudadanía global.

2.2.2.2 Misión

La Unidad de Terapia Intensiva es parte valiosa del HCAM, entrega un servicio integral a los afiliados con calidad y calidez espiritual. La ética en los servicios y el trabajo eficiente son principios fundamentales que guían la actividad de su personal, respetando siempre la condición humana del paciente, apoyada con la tecnología de punta disponible y contribuyendo a elevar la calidad de vida de la clase más necesitada y sensible.

2.2.2.3 Objetivos

Corporativos o Generales:

Garantizar una atención de calidad y calidez, mediante la distribución equitativa de los recursos, considerando la complejidad de los servicios y necesidades del usuario.

Proponer e impulsar iniciativas que se encuentren orientadas a reducir errores en la atención al paciente, mejorar las relaciones interpersonales

entre los profesionales del servicio, profesionales y directivos, profesionales y pacientes, y a la construcción de la identidad institucional e individual mediante la difusión y práctica de normas que propicien ambiente de trabajo favorable, con la participación activa de los agentes productivos.

Específicos:

- Ejecutar y evaluar nuevos roles de los directivos y demás profesionales en la prestación de servicios al paciente que ingresa a esta Unidad.
- Aplicar y evaluar nuevas modalidades de trabajo como la de equipos mixtos de directivos y empleados sean médicos, enfermeros, auxiliares o de servicio general, y de profesionales con familiares de pacientes, si sus resultados son positivos integrarlas dentro de las modalidades operativas de la Unidad Médica y de la política institucional.
- Impulsar la coordinación de esfuerzos e iniciativas entre los agentes y actores de las operaciones comprometidos en la lucha contra la influencia negativa de factores externos que deterioran el trabajo, las relaciones interpersonales y la imagen de la Unidad, por medio de redes operativas para el intercambio de experiencias y ejercitación de aspectos positivos.
- Promover el trabajo en equipo y mediante la coordinación y motivación permanente de sus integrantes.
- Planificar y ejecutar programas de capacitación para el personal que pertenece a esta Unidad.

2.2.2.4 Metas:

Cumplir bien los procesos desde la primera vez.

Reducir en un 95% los errores en la atención al paciente.

Aumentar en un 85% de eficiencia en el uso y manejo de equipo, insumos e instrumentos.

Alcanzar el 100% de la satisfacción del paciente.

Reducir al 0% el desperdicio de recursos.

2.2.2.5 Políticas

Mejoramiento de la calidad de atención al paciente que ingresa a esta Unidad, potenciando los recursos con los que cuenta, por lo que el Jefe de Servicio, canalizará las gestiones respectivas para fortalecer el desarrollo de la competitividad mediante talleres de capacitación del personal médico, de enfermería y de servicios.

Brindar una atención oportuna y abastecer la demanda.

Con el fin de proporcionar un servicio médico de alta calidad, el servicio cuenta con equipos de tecnología de punta para tratamiento y manejo a pacientes críticos.

Los profesionales que prestan sus servicios en la Unidad Médica evaluarán su accionar en forma cualitativa y cuantitativa considerando la complejidad de sus funciones, obligaciones, responsabilidades y factores que inciden en el cumplimiento de las mismas.

Con actitud auténtica frente a los pacientes siendo íntegros y humanos para que además de confort físico adquieran también confort espiritual.

Todos los servidores de esta Unidad estarán en la capacidad de sugerir mediante propuestas alternativas, cambios sustanciales a la normativa que rige su desempeño en lo que se refiere a mejoramiento en el trato al paciente, relaciones interpersonales, capacitación y perfeccionamiento profesional, estrategias de trabajo corporativo, documentación referente a datos del paciente, base de datos, canales y medios de comunicación, descentralización de funciones y atribuciones, formas de difundirlas y aplicarlas, así como de los procedimientos que utilizan para evaluar su observancia o no. Estas sugerencias se formularán cuando la situación amerite o la evolución social así lo demande.

Fortalecerán las actitudes de respeto a la vida, de solidaridad, confraternidad, igualdad y veracidad a través de la práctica de normas éticas, morales y humanísticas.

La Jefatura de la UTI propiciará la operatividad a lo propuesto y diseñando en forma conjunta con actividades colaterales que orienten y dinamicen los procesos productivos.

Políticas que la UTI está en la capacidad de aplicarlas toda vez que la asignación de equipos, insumos y medicamentos es efectuada por la administración central conforme avance tecnológico e incremento de demanda, para lo cual los directivos de la Unidad revisan el plan de compras que envía el Comité de Contrataciones y añaden sus necesidades prioritarias; para compras de equipos para los tres hospitales más grandes del IESS con prioridad al de Quito, hay una asignación presupuestaria global de 18 millones de dólares⁵, en el HCAM para insumos y medicamentos hay una asignación de \$320 mil al mes aunque

⁵ ECUADOR INMEDIATO. HOY (Quito). IESS sigue en crisis htm. 2008-06-05

lo óptimo es de \$480 mil⁶; en cuanto a capacitación y perfeccionamiento de su talento humano, cabe indicar que se encuentra organizado para auto solventar gastos que esta actividad genere, tan sólo se espera que las autoridades den facilidad, con los permisos respectivos y/o acomodación de horario de trabajo; de ser necesaria una inversión por parte de la UTI, podría provenir del ahorro que se haría al optimizar talento humano y recursos así como del mejoramiento de sus procesos productivos lo que evitaría transferir a los pacientes a clínicas privadas que actualmente genera un gasto al HCAM de 16 millones de dólares anuales⁷.

2.2.2.6 Valores:

Los valores que los profesionales que trabajan en UTI pretenden cultivar y potenciar entre ellos, con los directivos y principalmente con los pacientes son:

Amor: a la vida, al trabajo honesto, a la verdad.

Respeto: a sí mismos, a los demás, a las normas.

Solidaridad: ayuda y contingencia en la solución de problemas; sensibilidad ante situaciones sentimentales o emocionales de los demás.

Honestidad: en actitudes, opiniones, intenciones.

Responsabilidad: en su trabajo, en sus actitudes, en su asistencia, en su forma de ser y actuar.

Puntualidad: en sus acciones, en el cumplimiento de funciones, atribuciones, responsabilidad y tareas, en la asistencia a su lugar de

⁶ HORA GMT. "10 Años de compras absurdas". Quito. Agosto 9 de 2000.

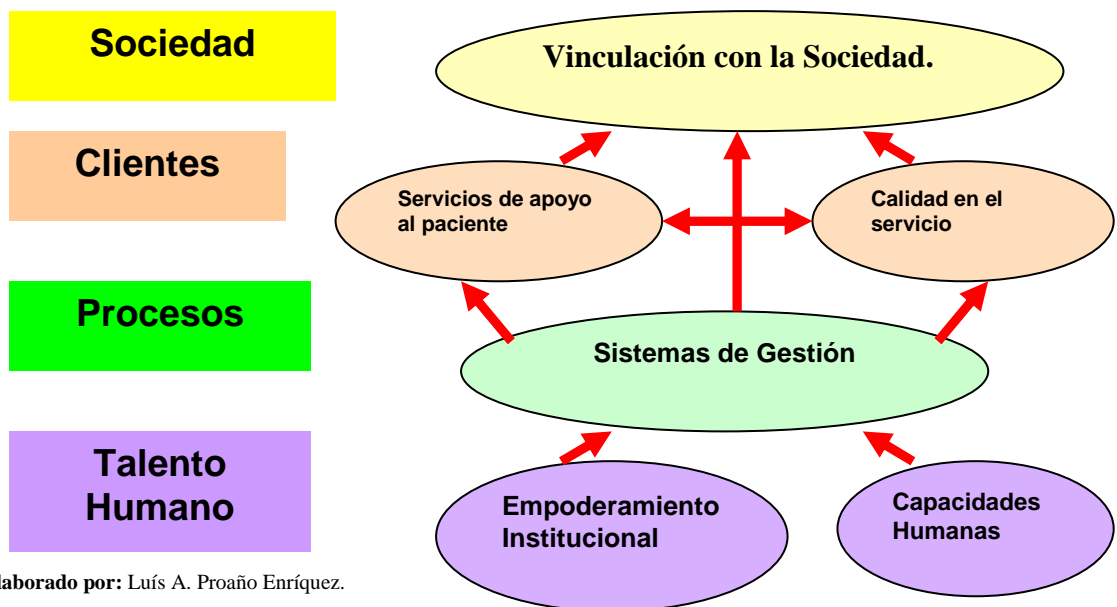
⁷La Hora online Quito. "La demanda asfixia al IESS". 2009-01-25

trabajo, en la toma de decisiones, en el apoyo o contingencia ante problemas grupales, sociales o comunitarios.

Lealtad: a sus principios, a la institución, a sí mismos a su familia y comunidad, a su país.

Valores que los logrará en concordancia con los más altos principios de **Libertad, Justicia y Equidad.**

Con lo antes descrito se pretende alcanzar:



2.2.2.7 Tipo de Organización:

La Unidad de Terapia Intensiva es una organización social cuyo capital y demás recursos son de propiedad de los afiliados pero lo controla el Estado que lo rige a través del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, brinda atención médica a pacientes que son transferidos desde quirófanos, urgencias, hospitalización u otros como Centros Médicos, Hospitales privados y estatales o del mismo Seguro Social sea de Quito o de otro lugar del país.

Su finalidad es atender requerimientos de afiliados y solventar la necesidad de salud, en otros términos su bienestar integral.

Su estructura administrativa es compleja por ser centralizada, depende de decisiones de mandos superiores: directorio del Hospital y del Consejo Superior del IESS.

Busca ser considerada como área trascendental de la Entidad; que sus empleados tengan constante capacitación y perfeccionamiento

2.2.3 Producto y Servicio

El personal que presta sus servicios en el HCAM dependiendo del área en el que se desempeña debe siempre estar proporcionando al paciente un servicio de calidad, así garantiza que los resultados obtenidos sean positivos.

En el caso del área de Terapia Intensiva su misión es precisamente garantizar que el paciente egrese de este servicio estable.

2.2.3.1 Características de los Servicios:

El servicio de Terapia Intensiva es, un conjunto de personas de diferente formación y especialización que trabaja integrada en un equipo para obtener objetivos específicos de esta entidad, para lo cual dispone de un área física originalmente adecuada para el alojamiento de las personas que requieren los servicios de esta Unidad, en la cual se ha distribuido una serie de equipos de diferente grado de desarrollo tecnológico, para asistir en la atención de las necesidades de los pacientes que los demandan. Según consta en archivos, la UTI cuenta con:

18 camas, 1 camilla de emergencia, 2 camillas para transportar a los pacientes desde y hacia la UTI, que son utilizadas en su 100%, dado a que constantemente ingresan pacientes del quirófano, urgencias, hospitalización u otros centros u hospitales de la ciudad y/o del país.

El talento humano que trabaja en el servicio de terapia intensiva en su mayoría cuenta con preparación académica superior y otros capacitación técnica administrativa o mínimo con nivel medio completo, lo que garantiza una atención al paciente, de calidad. Existen 59 enfermera/os; 19 auxiliares de enfermería, 1 laboratorista, médicos tratantes 14, 12 médicos residentes, 6 camilleros, 4 personas de limpieza, 1 secretaria de la administración, 1 trabajadora social, 2 doctores de farmacia, 2 auxiliares de farmacia, 1 médico dietista y 1 auxiliar de dietética, más el jefe de Unidad; en total son 125 personas que se interrelacionan e interactúan en la atención al paciente.

El equipo mínimo que se dispone es de 18 respiradores de tres tipos, 18 monitores fijos, 2 monitores con su respectivo desfibrilador, 18 tensiómetros, 2 coches de paro, 1 equipo de eco, 1 equipo portátil de RX, 3 laringoscopios, 6 tanques de oxígeno de transporte, 4 respiradores de transporte, 18 flujómetros, 4 computadores, equipos de diagnóstico.

El trabajo en equipo que aquí se desarrolla, está matizado por una serie de circunstancias inherentes a cada una de las personas que en el participan, así como sus profesiones y grados de especialización, que les confieren diferentes niveles de conocimientos y destrezas. Por tanto hay una dinámica intensa, en pro de la consecución del mayor propósito de esta Unidad, cual es la recuperación del usuario o paciente que demanda una efectiva y eficiente atención que le garantice egresar en condiciones

que le permitan ser transferido a otro servicio para la continuación de su tratamiento⁸.

Entonces el personal que labora en el servicio de Terapia Intensiva ha de interiorizar sus funciones y acciones que demuestran su capacidad o competencia lo que le permitirá mejorar sus procesos de gestión, es decir efectuarlos con mayor eficiencia y eficacia, esto se verá reflejado en el tipo de atención que se presta al paciente, el apoyo que se le brinde para una recuperación más temprana, en consecuencia el usuario y la familia se mostrará satisfecho; cumpliendo el principal objetivo institucional estar al servicio de la sociedad con un personal comprometido con el trabajo.

Para cumplir con lo antes mencionado el Servicio de Terapia Intensiva trabaja acorde con las características de la Unidad Médica, en forma ininterrumpida las 24 horas. Los médicos tratantes en turnos de 4 y 12 horas, médicos residentes 4 y 24 horas, enfermería en turnos de 6 y 12 horas, camilleros y personal de limpieza turnos de 6 y 12 horas, trabajadora social y personal administrativo, dietética, farmacia 8 horas, laboratorio 6 horas. Además existen servicios de apoyo como los medios de diagnóstico, laboratorio, Rx y farmacia centrales que laboran las 24 horas.

2.2.4 Proveedores

Tomando en consideración que los pacientes que utilizan este servicio tienen como característica fundamental: que requieren cuidados especiales para recuperar su estabilidad, y luego ser dados de alta y trasladados a sus respectivas salas de especialidades en las que requieren atención; que fueron suministrados de medicamentos; y, que

⁸ CAMBIOS órgano oficial de difusión científica HCAM, volumen 8 julio-diciembre 2005 *El Servicio de Medicina Interna del HCAM: Filosofía y Reseña Histórica* Por: Dr. Hernán Proaño Rodríguez. Quito

requieren de ciertos insumos médicos que contribuyen a su estabilización. Los proveedores de este servicio son:

Principalmente los **quirófanos, urgencias, la unidad de hospitalización**, lugares de donde provienen el mayor número de pacientes que demandan atención para recuperarse de la mejor manera.

Los **anestesiólogos** son responsables de entregar al paciente post operado y en determinados casos de la valoración preoperatoria.

La **farmacia** interna y central porque provee de medicamentos e insumos para que el paciente se recupere prontamente.

Dietética porque provee de nutrición enteral y oral para los pacientes.

La **empresa de mantenimiento** de equipos, instrumentos e instalaciones, porque se encarga de reparar, dar mantenimiento y de que la Unidad cuente con todo lo requerido para atender al paciente en el momento oportuno.

2.2.5 Mercado

La Unidad de Terapia Intensiva atiende demanda de su mercado consumidor conformado por empleados públicos o privados afiliados al Seguro Social General o al Seguro Campesino en estado pasivo o activo, así como también voluntarios.

2.2.6 Clientes:

En el servicio de Terapia Intensiva coexisten dos tipos de clientes: El interno que vendría a ser el personal que labora en esta dependencia y el externo que no es sino el paciente que es transferido de un quirófano, del

servicio de Urgencias, de Hospitalización u otro Centro Médico u Hospital Estatal o privado sea de Quito o de provincias.

Los dos clientes demandan de ciertas atenciones, el primero para poder cumplir a cabalidad sus funciones y el segundo para recuperarse y sentirse bien en el más corto plazo posible.

Estas atenciones se refieren:

2.2.6.1 Cliente interno:

Contar con el todo el material, recursos e insumos médicos necesarios.

Disponer de equipos médicos y otra infraestructura de soporte en perfectas condiciones.

Estar capacitado con los avances científicos y tecnológicos de forma constante y permanente.

Solamente contando con estas herramientas podrá contribuir a la consecución de los objetivos de este servicio, brindar una atención de calidad para que el paciente se sienta satisfecho.

2.2.6.2 El cliente externo:

Ser atendido en forma oportuna y con los recursos necesarios que le brinden bienestar.

En su recuperación se apliquen los métodos de atención más eficaces, para poder ser egresado en corto plazo.

Ser tratado como el ente más importante de este servicio.

2.2.6.3 Impacto de demandas de los clientes en la operación del Servicio de Terapia Intensiva.

Las demandas de los clientes tanto internos como externos podrían influir en las operaciones que tanto personal como equipos, insumos y materiales desarrollan tal como se describe en forma sintética a continuación:

Incrementar número de intervenciones y mejorar la atención tanto profesional como humana al paciente para lo cual se requiere implementar más equipos, muebles, insumos, materiales en especial más personal pero capacitado para el servicio, acordes con el avance de la ciencia, la tecnología y cambios de las manifestaciones sociales.

Potenciar a lo máximo la capacidad instalada, como son sus instalaciones, muebles y equipos sin que ello signifique rápido deterioro de equipos y cansancio del personal; así como cambiar estrategias relacionadas con la especialización e incremento del personal que labora en ella.

Directivos del Hospital precisados a brindar mayor capacitación a sus empleados en todas las acciones y funciones a ejecutar tanto con el paciente como con los equipos, insumos y materiales, así como a mayor inversión para adquisición de insumos, equipos y materiales para evitar que los inventarios estén incompletos o nulos por consiguiente no sean oportunos en los casos emergentes.

Los costos que generen estos impactos estarán supeditados a la prioridad que se de a cada aspecto, en el caso del incremento de personal capacitado se sugiere hacer un análisis del existente en el HCAM y se seleccione al apto para brindar este tipo de servicio; en el caso de instalaciones se debe optimizar su espacio y en cuanto a equipos y

muebles motivar a quienes lo usan y manejan den el cuidado que éstos requieren así no habrá erogaciones mayores e injustificadas, más que las se encuentran dentro del presupuesto.

2.2.7 Diagnóstico Situacional

El diagnóstico de situación de la UTI incluye el análisis del contexto social (es decir, el entorno genérico), el análisis de la competencia y el análisis interno de la propia Unidad Médica. Para realizar el análisis, se utilizó la técnica clásica del FODA. Con la doble finalidad implícita: identificar los puntos fuertes (F) y los débiles (D) internos de la UTI, por un lado, e identificar las oportunidades (O) y las amenazas (A) del contexto social, por otro.

El levantamiento de información se efectuó siguiendo los procedimientos de la investigación científica y empleando instrumentos de investigación de campo como las fichas de observación, encuestas y sondeos. Fue proporcionada por el personal de la UTI y los familiares de los pacientes, además de la recogida por observación directa al momento de generar el servicio a los pacientes.

Con los datos obtenidos se procedió a elaborar cuadros explicativos de la realidad actual de la Unidad de Terapia Intensiva para luego ser resumidas en el cuadro FODA; las conclusiones a las que se llegue luego de su análisis permitirán en lo posterior plantear alternativas de solución.

El Servicio de Terapia Intensiva al igual que toda organización en la que coexisten personas interrelacionadas e interactuantes entre sí y con materiales, equipos, insumos, espacio físico para brindar atención a un paciente que por su delicado estado de salud requiere sea de alta calidad; tiene aspectos positivos pero también negativos tanto internos como externos, lo que interfiere se cumplan o no los procesos adecuadamente

por ende en las relaciones interpersonales como en la calidad de servicio que se presta.

De éste análisis se extrajeron los siguientes aspectos positivos y negativos:

2.2.7.1 Aspectos Internos:

Fortalezas:

Instalaciones asignadas exclusivamente para brindar este tipo de servicio, adecuadas con implementos y muebles apropiados.

Médicos, enfermer@s, auxiliares son profesionales formados en centros de estudios superiores, algunos de cuarto nivel.

Empleados dispuestos a mejorar su desempeño.

Personal de apoyo que cubre las ausencias por vacaciones, permisos de calamidad doméstica y reposo por enfermedad o maternidad.

La mayoría del personal conoce las funciones u obligaciones y atribuciones dentro de la unidad, con sus compañeros y con el paciente

Tiene usuarios en forma permanente y en estado crítico, justificando su razón de ser.

Los equipos son los básicos para atender cualquier necesidad o urgencia

Se garantiza al paciente una atención permanente porque las 24 horas están laborando sus empleados según distributivo de trabajo.

Trabajo Social en conexión directa con el paciente para defensa de derechos y trato humano, así como también brindar apoyo socio-afectivo de ser posible económico, que requiera.

Debilidades:

Falta de orientación y capacitación al personal nuevo de enfermería.

Médicos que aún no completan su formación académica como profesionales

Inexistencia de planificación de intervenciones con el paciente.

No contar oportunamente con todos los insumos, medicamentos y materiales (se espera que se termine o surja la necesidad para solicitar que se les provea).

Existen equipos e instrumentos en deterioro, que han cumplido su tiempo de vida útil por ende no funcionan bien, retrasan el trabajo, aumentan ansiedad del personal así como la insatisfacción del usuario.

Área física insuficiente para el número de pacientes que ingresan y permanecen en la Unidad, por lo que se precisa transferirlos a clínicas de convenio.

Falta de cursos de capacitación para camilleros en manejo, transporte o tratamiento al tipo de paciente así como de capacitación constante para el personal de limpieza.

Insuficiente personal para cubrir todas las necesidades del servicio, tanto en personal médico y de enfermería así como de servicios generales.

Sobrecarga de trabajo provoca bajo rendimiento laboral e inadecuada aplicación de estándares y protocolos de atención al paciente.

El registro de información se realiza en forma manual, con registros diarios, mensuales y anuales. No se tiene un registro de accidentes con pacientes. La información no se difunde con oportunidad.

No cuenta con un Modelo de Gestión que facilite los **procesos** y se cumplan los objetivos.

2.2.7.2 Aspectos Externos:

Oportunidades:

Otras unidades de servicio que proveen de usuarios.

Apoyo de médicos y personal de traslado para la estabilidad del paciente que ingresa al servicio; lo hacen conforme al diagnóstico o condición.

Actitud positiva de familiares en provisión de referencias para un mejor diagnóstico y predisposición para adquirir faltantes de insumos y medicamentos que se presenten así como de espera.

Farmacia en el hospital para suplir la falta en inventarios de insumos y medicamentos

Entidades de formación académica que pueden capacitar y perfeccionar al personal de la unidad a través de Convenios interinstitucionales

Avances científicos y tecnológicos para el tratamiento del tipo de paciente que ingresa a la Unidad Médica.

Políticas de gobierno y Estado para mejorar la atención del sector Salud

Reglamentos de funciones y atribuciones que orientan el desempeño.

Ofertas de formación académica con propuesta de cursos y programas de perfeccionamiento y capacitación profesional.

Buenas relaciones interinstitucionales para transferencia de pacientes por incapacidad física de la sala de UTI.

Amenazas:

Insuficiente asignación de presupuesto para necesidades del personal y del propio servicio

Inoportuna provisión de insumos, materiales, medicamentos, dado a que no se lleva adecuadamente el inventario o no se planifica la provisión oportuna de los mismos.

Insatisfacción del cliente y sus familiares cuando algún profesional o servidor de la Unidad no atiende con buena actitud su requerimiento de información sobre el estado de salud del paciente o simplemente no lo hace, o cuando los resultados obtenidos no son los esperados.

Políticas institucionales que limitan muchas veces la contratación de más personal a pesar de los requerimientos que esta Unidad demanda.

Falta de incentivos para que personal se capacite y perfeccione, razón por la cual cada profesional o funcionario por su parte busca y accede a un curso o grado de especialización, perfeccionamiento y capacitación.

Centralismo en la toma de decisiones, se depende de la administración del Hospital y del IESS así como de los directivos de la Unidad, no existe delegación de funciones y responsabilidades, en sí no se potencia su creatividad o pericia en la acción, casi todo debe estar en conocimiento o con el consentimiento de la jefatura sea de grupo o de la Unidad.

Equipos con muchos años de uso, con mal funcionamiento y que pueden dejar de funcionar.

Retraso de los procesos administrativos a nivel jerárquico.

2.2.7.3 Problema central

Inexistencia de un Manual de procedimientos que contenga las acciones, funciones y responsabilidades para con el paciente que ingresa a la Unidad de Terapia Intensiva, por lo que la toma de decisiones no es la óptima y oportuna, limita el accionar y fluidez de los procesos que generan los profesionales que aquí trabajan, lo que afecta en la calidad de atención que se brinda a su usuario interno y externo.

Este análisis facilitó tener una visión global de la situación externa e interna en la que se desenvuelve la Unidad y a la vez permite conocer su posición estratégica actual, para plantear como propuesta un Modelo de Gestión propio que facilite el cumplimiento de funciones y responsabilidades para mejorar la calidad de servicio que sus agentes y gestores generan y brindan.

2.3 Epidemiología de su Utilización

A Terapia Intensiva ingresan pacientes que provienen de cirugía, medicina, neurología, cardio neumología, traumatología de las unidades médicas del propio HCAM como emergencia, quirófanos, hospitalización o de otros centros hospitalarios de la ciudad o del resto del país, y que presentan agravamiento en su condición de salud principalmente insuficiencia respiratoria, shock séptico, insuficiencia renal, coma, trauma craneo encefálico, complicación en su cirugía torácica o cirugía cardio vascular.

Esta ocurrencia de complicaciones o agravamientos se traducen en lo que se denomina utilización del servicio, en la cual influyen factores inherentes a la Unidad Médica, a los profesionales que prestan su servicio o al propio paciente y determinan sus tendencias en la utilización así como también hacen que se evidencien falencias y problemas existentes, los mismos que hay que analizarlos.

2.3.1 Tendencias en su Utilización

Se lo determina en términos de personal y de servicios disponibles y en términos de gastos en atención de la salud y de atención a los pacientes internados.

2.3.1.1 Recursos: La variación de su uso depende del tipo y condición de paciente, así como de lugar y distancia con respecto a su procedencia, las condiciones ambientales y el desarrollo socio político cultural en que está inserta la UTI del HCAM.

En pacientes que provienen desde emergencia o quirófanos, con politraumatismos, en estado de coma, con insuficiencia respiratoria y cardiaca actúa mayor número de talento humano así como también se asignan mayores recursos sean insumos, muebles o equipo, que en pacientes de otras unidades médicas como hospitalización e incluso de quirófanos con complicaciones menores como ginecológicas o abdominales. Del mismo modo depende del lugar geográfico de donde provenga si es de provincias alejadas como por ejemplo Loja o del Oriente se preparará y empleará más recursos que los de la misma ciudad de Quito, de sectores aledaños o provincias cercanas dado a que de una u otra manera en los mismos centros hospitalarios de donde son trasladados ya se han aplicado todas las acciones y recursos básicos, lo que no sucede con los otros lugares puesto que no se cuentan con el número o cantidad suficiente de personal, equipo, mueble, o insumo.

Esto se explica porque en lugares en donde hay accesibilidad geográfica con infraestructura más desarrollada, en el presente caso Quito que por ser la matriz de los hospitales de seguridad social se da mayor incremento de recursos que a otros menos desarrollados, debido a su distancia, condiciones ambientales, problemas socio-políticos-culturales y si tienen recursos éstos no tienen misma calidad o son de menor capacitación.

2.3.1.2 Utilización del servicio.- El nivel de utilización de uno u otro servicio de salud depende del grupo o sector poblacional al que pertenece su usuario así: de su sexo, edad, complicación en el diagnóstico, lugar geográfico del que procede, tipo de beneficiario, nivel de instrucción.

Analizando datos tomados de los 181 pacientes que ingresaron en septiembre, octubre y noviembre de 2008 se concluye que:

A la UTI ingresan, más varones (108) que mujeres (73); en los dos grupos se destaca el ingreso de mayor número de personas en edad comprendida entre 5 y 60 años (total 95: mujeres 35, varones 60).que de los mayores a 60 años (86: mujeres 17, varones: 69).

La mayoría procede del Distrito Metropolitano de Quito (120), seguido muy por debajo de los de Latacunga (11), Riobamba (7), Cayambe (6), Ibarra (5), Santo Domingo y Loja (4 cada una), Lago Agrio (3), Ambato, Tena, Cuenca, Carchi, Machala, Esmeraldas (2 cada una), Guayaquil, Bolívar, Zamora, Chone y Machachi (1 cada una).

Con respecto al tipo de beneficiario, el mayor número de pacientes se encuentran en estado activo (75), seguido por los jubilados (72), el menor número es de voluntarios (6). También son atendidos los del Seguro Campesino (17) y otros (11) que ingresan por emergencia.

Considerando el nivel de instrucción, en este periodo ingresaron más pacientes con instrucción primaria (70) que de los otros niveles, en menor número (9) los que no poseen instrucción.

Ingresan más pacientes con insuficiencia respiratoria (83), shock séptico (34), cirugía torácica (24), insuficiencia renal (23), en coma (19), infección (16), cirugía neurológica (11), cáncer (10), politraumatismos (9) también con otros diagnósticos como shock hipovolémico (8), trauma cráneo encefálico (7), cirugía gineco obstétrica, diabetes, ECV Hemo, Embolia (4 de cada uno); cirugía abdominal, cirugía vascular, IAM, arritmia, sepsis biliar, PCR (3 de cada uno); abdomen agudo, IRCT, pancreatitis (2 de cada uno); cirrosis, hemorragia, coloangitis, convulsiones epilépticas, TEP, leucemia, TCOA, RESECT, leucemia, hemorragia hepática, meningitis, apendicitis, embolia (1 de cada uno).

Son transferidos de quirófanos (86), urgencias (46), hospitalización (36), otros en especial de hospitales privados o de otras provincias o ciudades (12) principalmente de las especialidades de cirugía (75), medicina (73), otros (61), cardio neumología (59), neurología (47), Traumatología (21).

El periodo de internación que predomina es el que va de 1 a 5 días (109), principalmente los pacientes comprendidos entre 11 a 65 años (62) con excepción del paciente de 5 a 10 años que permaneció de 30 a más días.

La permanencia depende a más de la edad, de la complicación de su diagnóstico; así hay pacientes que están de 6 a 10 días (28 pacientes), de 11 a 15 días (17 pacientes), de 16 a 20 días (12 pacientes), de 30 a más días (11 pacientes), de 26 a 30 días (5 pacientes) y de 21 a 25 días (4 pacientes). Aumenta con la edad y disminuye con respecto a complicación.

2.3.1.3 Gastos en servicios de salud.- Pueden ser influenciados por la existencia de problemas importantes en la utilización (factores de utilización).

Los administradores para influir en estas tendencias deben hacer un análisis epidemiológico, enfoque que relaciona la epidemiología de un grupo poblacional con la utilización de los servicios; de sus conclusiones tomar decisiones en lo que respecta mejora continua en atención al paciente, provisión de recursos, actualización tecnológica de equipos y capacitación permanente del talento humano.

En la Unidad de Terapia Intensiva del HCAM de Quito, por el tipo de servicio que se brinda los recursos tanto materiales (insumos, muebles, equipos) como financieros (asignaciones que hace el directorio del Hospital) y talento humano (personal médico, de enfermería, de servicios generales y otros de apoyo) son asignados en cantidad y calidad

suficiente. Depende de tipo de paciente, complicación en diagnóstico, y procedimiento efectuado.

En cuanto a talento humano desde la preparación de la sala de Unidad para recepción del paciente hasta que éste egresa o es trasladado actúan médicos, enfermer@s, auxiliares de enfermería, personal de servicios generales y otros de apoyo; el personal que más interviene es el de enfermería. Para su desempeño utilizan los siguientes insumos y equipos:

En orden de cantidad empleada de lo mayor a menor en cuanto a insumos se utiliza: medicina parenteral (en 173 pacientes), catéter urinario (en 166 pacientes), antibióticos (en 136 pacientes), catéter venoso periférico (en 127 pacientes), línea arterial (en 125 pacientes), oxígeno (en 111 pacientes), medicina en bolo (en 95 pacientes), sonda nasogástrica (en 90 pacientes), droga vaso activa (77 pacientes), apósitos (58 pacientes), insumos de nutrición enteral (en 52 pacientes), tubo de drenaje torácico (en 34 pacientes), sangre e intubación (23 pacientes cada uno), marcapasos (11 pacientes), solución concentrada (9 pacientes), manta hipo térmica (5 pacientes), swanganz (3 pacientes), catéter peridural (2 pacientes), antiarrítmicos (1 paciente).

En cuanto a equipos si bien se emplean conforme la complicación del diagnóstico, los que más se utilizan son: el monitor (102 pacientes), toma de oxígeno (69 pacientes), ventilador (49 pacientes).

Evaluar las necesidades permitirá una mejor distribución de los recursos así como su satisfacción, para lo cual se considerarán cantidad, tipo de recurso, crecimiento demográfico y los cambios en la utilización y/o servicios.

Además contribuirá a determinar que recurso es el de mayor demanda para que se planifique su reposición antes de que sea escasa o nula su existencia.

Cabe anotar que los datos expuestos corresponden a los obtenidos de las fichas de los pacientes que ingresaron a UTI en el periodo antes mencionado.

2.3.2 Factores determinantes para su utilización

Si la utilización de un servicio surge de la interacción paciente profesional, entonces está influenciada por factores socio culturales, organizativos, relativos al consumidor y relativos al profesional de salud.

2.3.2.1 Factores Socio-culturales.- Se refieren a la tecnología utilizada y los valores sociales imperantes.

La tecnología Demuestra el bajo control relativo que tienen los administradores sobre ella, puesto que su funcionamiento, capacidad de trabajo y vida útil no dependen de ellos sino de la calidad de la misma.

En la UTI se emplea tecnología decisiva para bajar el nivel de la complicación es decir aquella que reduce la posibilidad de que ocurra nuevamente, por ejemplo los profesionales en especial médicos aplican métodos modernos de inmunización, como el suministro de antibióticos propicios para las infecciones bacterianas que comúnmente ocurren en los pacientes internados en la Unidad sea cual fuere su origen.

También la tecnología a mitad de camino que limita la necesidad de atención porque compensa efectos discapacitantes de la enfermedad o retrasa la muerte del paciente, así se emplea: marcapasos, sondas, tubos endotraqueales y respiradores.

Los valores sociales: con respecto a este factor, la utilización del servicio de Terapia Intensiva está determinada por las normas o creencias sociales, grupo cultural o étnico de referencia. Rigiéndose al análisis de datos de los pacientes que ingresaron entre septiembre y octubre, se puede manifestar que si bien existe un gran número de afiliados, no todos acuden al HCAM porque un sector poblacional considera que es para las personas de escasos recursos y prefieren acudir a hospitales o centros de salud privados a los que erradamente consideran mejores, quizá se deba a que por su misma condición de privados cuentan con infraestructura física y de soporte de mejor adecuación y tecnología.

Como se expuso anteriormente, con respecto al aspecto cultural, ingresan más afiliados con un nivel de instrucción nulo (9) o primario (70), sólo algunos de nivel superior (38).

Grupos cosmopolitas recurren a atención médica más precozmente y los de sector urbano marginal y rural acuden muchas veces a no profesionales o centros médicos en los que no les represente mayor erogación de dinero y sólo cuando hay complicaciones graves en su salud, es decir van con fines curativos más no preventivos y cuando ya no queda mucho por hacer acuden o son trasladados al HCAM y específicamente a la UTI por lo que en ocasiones los resultados son nefastos tal como lo demuestran los datos de defunciones en el periodo estudiado (27 pacientes fallecidos), pacientes de 51 a 65 años (6), de 66 a 70 años (5), de más de 81 años (4), de 76 a 80 años (3), de 41 a 45 y de 71 a 75 años (2 cada uno), de 5 a 15, 26 a 35, 46 a 50 años (1 cada uno), la principal causa shock séptico de tipo pulmonar o abdominal.

2.3.2.2 Factores de la Organización.- comprenden:

Disponibilidad de recursos (oferta de recursos): Se refiere tanto a los humanos como a los materiales, equipos e insumos. Sólo si están

disponibles se pueden utilizar y se expresan según volumen relativos a la población (personal/población, camas/población)

En la UTI del HCAM existen profesionales con un mínimo de tercer nivel y varios incluso de cuarto nivel tanto en personal médico como en personal de enfermería, por ende están capacitados para atender la demanda.

El equipo instalado es de alta tecnología y en número apto por lo que al momento de presentarse una emergencia no representa riesgo su utilización pues disminuye los accidentes con el paciente.

Refiriéndose a insumos y más recursos empleados son los propicios y adecuados para el tipo de servicio que se brinda y el tipo de paciente que se atiende.

Accesibilidad Geográfica: Se refiere a la ubicación espacial del servicio y a la de procedencia del usuario dada en distancia, tiempo y costo de viaje. Mejor acceso mayor utilización por ende mayor satisfacción.

En el caso que compete al presente estudio. La Unidad Médica está estratégicamente ubicada por la localización del HCAM situado en un sector popular, centro norte de la ciudad de Quito, sus vías de acceso son de fluidez media con un gran número de líneas de transporte terrestre que llegan hasta la puerta del hospital, considerando que su mayor número de usuarios son del Distrito Metropolitano la distancia no significa un obstáculo para acceder a ésta así como tampoco resulta oneroso tanto en tiempo como en costo del transporte.

Y si provienen de ciudades o provincias cercanas e incluso alejadas a Quito si se medita sobre los beneficios que ofrece, tampoco resulta extralimitado o difícil de cubrir y solventar.

Accesibilidad Social: Incluyen la aceptabilidad y la posibilidad de pago.

Aceptabilidad.- son las actitudes que tanto el usuario como el profesional manifiestan entre sí, pues aceptan o rechazan el buscar y brindar un servicio debido a cierto atributo de uno u otro. Puede darse por atributos como sexo del profesional (hombres no aceptan ser atendidos por mujeres), edad, raza, etnia, religión.

En la UTI no existe desinterés o negativa en brindar servicio al paciente crítico que ingresa en ésta, puesto que todo el talento humano que aquí trabaja es conciente de su labor y de que se debe a la población más sensible, lo único que le interesa es elevar su calidad de atención mejorando continuamente sus procesos productivos. El paciente por su parte en el mayor de los casos está en estado de inconsciencia por lo que no manifiesta rechazo a ser atendido por uno u otro profesional del servicio, como tampoco sus familiares pues ellos se interesan más en que el enfermo salga de la situación crítica; al contrario se muestran generalmente satisfechos.

Posibilidad de Pago.- Dada por el precio de un servicio comparado con los ingresos del usuario; mejora cuando se ofrecen alternativas accesibles (programas de cobertura, seguros, etc.).

Los que tienen seguro general, es decir los que no son del seguro campesino o voluntarios, utilizan más que los que no tienen. Se debe a que no tienen que pagar por el servicio que obtienen porque durante su vida activa o mientras son activos ya fueron descontados para ser favorecidos con el acceso y atención en esta Unidad Médica y cualquier otra del HCAM y de todos los centros médicos u hospitales del Seguro Social del país.

Características de la estructura y proceso de atención médica.- La forma en que presta atención la organización administrativa, su aspecto físico, calidad de profesionales con que cuenta, tipo y calidad de servicio influye en los patrones de su utilización.

Los profesionales al tener diferencia de salario con respecto a sus pares que trabajan en otros centros médicos u hospitales se muestran motivados para desarrollar los procesos productivos sumado a ello las formas alternativas que aplican en éstos como la práctica individual, grupal, especializada o planes integrales generan patrones de actuación por consiguiente confianza en sus usuarios directos.

2.3.2.3 Factores Relativos al Usuario: Características y atributos del paciente como nivel de enfermedad o necesidad de atención, nivel de movilidad, los síntomas que presenta, limitación crónica de la actividad y el diagnóstico.

Como ya se indicó generalmente su diagnóstico es delicado en consecuencia su nivel de movilidad y actividad será limitada.

Socio demográficos: Sexo, edad, tipo de beneficiario, educación.

Personas entre 5 y 60 años de edad son las que más utilizan el servicio de UTI principalmente varones, esto si se analiza en forma individualizada pero si se hace el análisis general sumados hombres y mujeres se determina que son las personas comprendidas entre los 56 a 60 años (25) las que más utilizan seguidas por las de 66 a 70 años (21), de 61 a 65 años (18), 76 y 80 años (17), de 51 a 55 (13), de 71 a 75 años (12) y muy cercano los de 26 a 30 y 36 a 40 años (10 cada uno); los que ingresan en menor cantidad son aquellos que tienen una edad de 5 a 10 años (2), 11 a 15 años (3) y de 16 a 20 (4); dato que debería considerarse como importante para planificar mejor los procesos o desarrollar nuevos,

planificar el equipo de trabajo y la distribución de recursos, ampliar el área física, dotar de otros equipos, etc.

La internación es menor en pacientes de 56 a 60 años pero principalmente se relaciona con tipo de condición con la que ingresó o evolucionó el paciente e incluso de los resultados del tratamiento; se evidencia mayor número de pacientes que permanecen internos en UTI de 6 a más de 30 días a partir de los 56 años hasta los 70 años, reduce en los 71 a 75 años para incrementar en pacientes de 76 a 80 años y reducir nuevamente en pacientes de más de 80 años. También el consumo insumos, alimentos, medicinas y equipos recetadas o sugeridas o no, aumentan en forma constante con la edad a partir de los 21 años hasta los 70 (de 53 a 184 insumos, medicinas, alimentos empleados), llega a su cantidad máxima de 56 a 60 años (184), disminuye en pacientes de 71 a 75 años (92), incrementa nuevamente a partir de los 76 años se utiliza menos insumos en pacientes menores de 20 años. Esto evidentemente está dado por nivel de complicación y número de pacientes de dichas edades que ingresan al servicio.

Menor cantidad de pacientes ingresan con diagnóstico de cirrosis, hemorragia, coloangitis, convulsiones epilépticas, TEP, leucemia, TCOA, RESECT, leucemia, hemorragia hepática, meningitis, apendicitis, embolia (1 de cada uno).

Los activos son los que más utilizan el servicio (77 pacientes) los que menos lo hacen son los voluntarios (6). Los pacientes que tienen instrucción primaria porque dado a las condiciones de sus ocupaciones son los que mayor morbilidad y mortalidad tienen, pues sufren enfermedades más serias o crónicas que el resto de la población.

Socio psicológico: distintas personas tienen distinta percepción de la enfermedad que los afecta, por consiguiente su actitud al acudir al médico

también difiere lo que determina que algún momento se agrave su condición e influye en la utilización del servicio.

Actitudes, percepciones y creencias pueden afectar en gran medida la primera decisión de requerir atención.

Según las características que posee el paciente que ingresa a UTI será el grado de utilización o demanda de este servicio de salud.

2.3.2.4 Factores Relativos a los profesionales: Especialmente médicos.

Situación económica.- El desplazamiento de la demanda o inducción para utilizar un servicio o capacidad del médico para generar demanda para sus servicios, lo determina la tecnología y número de médicos.

Los usuarios no tienen verdadera conciencia de la magnitud de necesidades es decir la definición de necesidad difiere según punto de vista del usuario o profesional; en emergencias o enfermedades de alto riesgo en donde no se cuenta con la capacidad y movilidad aceptable, el paciente no decide en la atención a recibir.

Los usuarios no evalúan que profesional puede ofrecerle mejor atención o quien le puede sustituir. No saben que tipo de servicio requieren, solamente desean ser atendidos, por lo que el profesional está en libertad para decidir el servicio adecuado según la condición en la que ingreso el paciente.

El proceso de utilización lo inicia el paciente y continúa por generación del profesional (otras intervenciones).

Características de los profesionales.- Su conducta al generar la utilización de servicios depende de: su preparación académica,

experiencia y práctica o ejercicio profesional en la Unidad de Terapia Intensiva o afines relativas al cuidado de pacientes en estado crítico.

Los entornos con sus normas y reglamentos también ejercen sobre su conducta así como el número y calidad de personas auxiliares con los que trabaje, equipos e innovaciones tecnológicas que emplee.

2.3.3 Análisis Epidemiológico

Lo antes descrito, permite conocer las falencias u oportunidades de mercado que posee la Unidad de Terapia Intensiva para mejorarlas, satisfacerlas u optimizarlas, así: causas de atención menos satisfechas para implementar ese servicio, la población potencial a atender para expandir su influencia. Su logro requiere de la investigación de las principales barreras para su accesibilidad como: socio-demográfica, socio-psicológica o geográfica (en donde reside o permanece el usuario).

Esta información puede servir para tomar decisiones de expandir el servicio, crear otros procesos o jerarquizarlos, como por ejemplo planificar el inventario de insumos, solicitar la dotación de nuevos equipos, ampliar el área física porque al momento resulta insuficiente para atender la demanda, e incluso implementar áreas de apoyo que coadyuven en los procesos productivos.

2.4 Procesos para Atención del Paciente

2.4.1 Macro, meso y micro procesos de Producción

Aunque en Terapia Intensiva no exista un documento que diseñe la realización del servicio centrado en el desarrollo de procesos, **su accionar se orienta o desarrolla en procesos clave pero predominan las funciones**. Así se deduce que los macro procesos o procesos globalizadores que se efectúan dentro de la Unidad de Terapia Intensiva son: recepción del paciente, tratamiento y egreso o transferencia

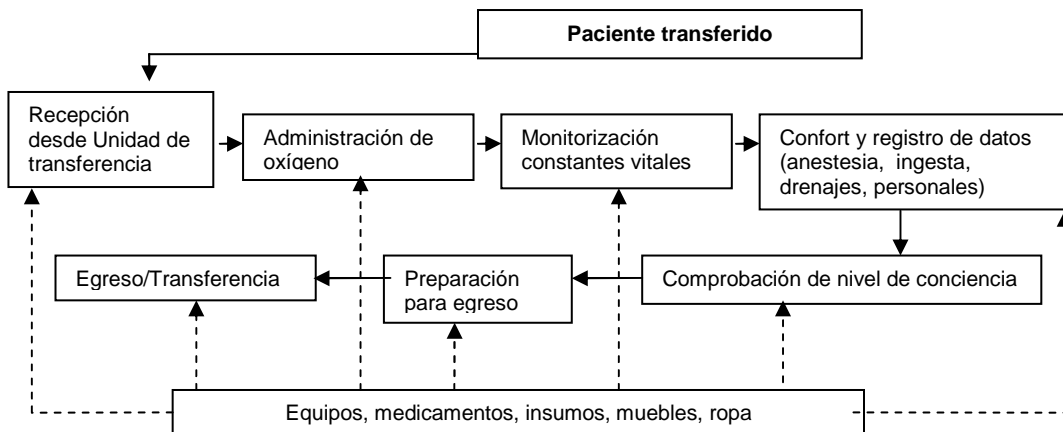
Cada uno de éstos contemplan la ejecución de actividades y tareas, lo que constituyen los meso y micro procesos.

Se consideran como procesos meso a las actividades que cada profesional o empleado realiza cuando el paciente es recibido, internalizado, egresado o transferido a, en y de la Unidad. Entre éstos se encuentran la preparación de la sala de Unidad, valoración del paciente, la aplicación de medicamentos e insumos, conexión a equipos, preparación de informes y del paciente, transporte a servicio de especialidad.

Como micro procesos a las tareas que cada actividad demanda se efectúen, como toma de signos vitales, toma de datos personales y de antecedentes clínicos, de aplicación de medicamentos según recomendaciones del médico o profesional en la dolencia por horario o número de veces indicadas, control permanente de la evolución que muestre el paciente, conexión o desconexión de equipos, suspensión de ciertas acciones por superación de problema, registro de datos, signos,

uso de insumos, de medicamentos, de procedimientos efectuados, redacción de informes, preparación para traslado o dada de alta.

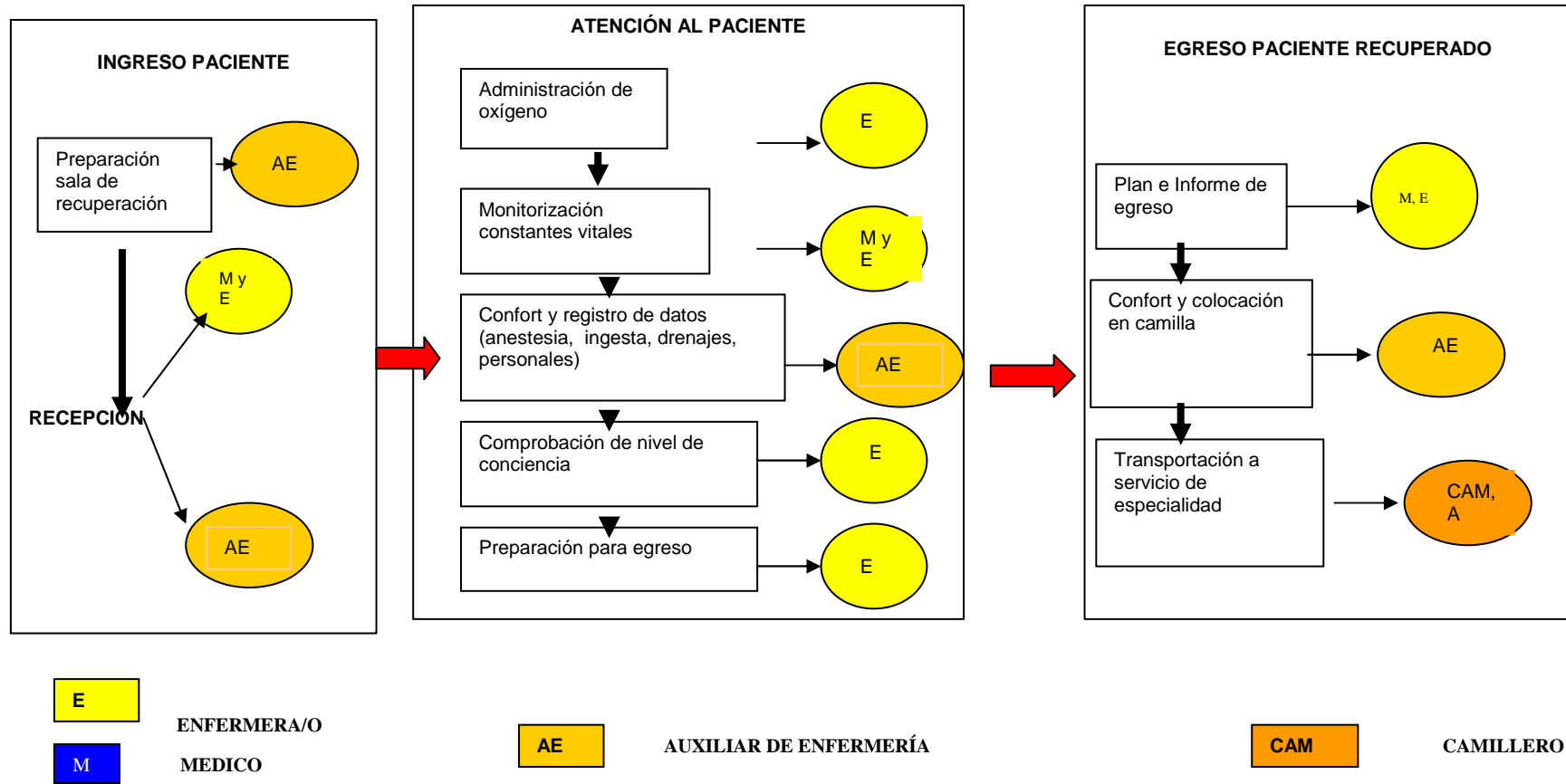
Gráficamente los procesos que en la Unidad de Terapia Intensiva son realizados, se representarían de la siguiente manera:



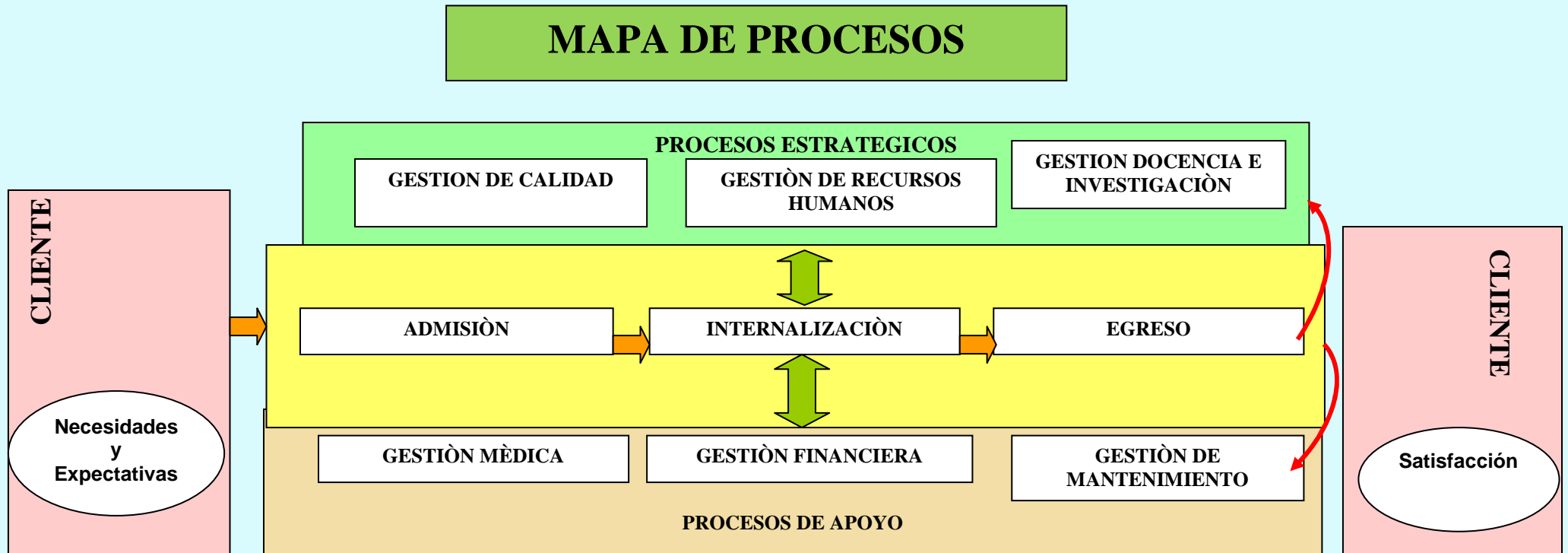
Es importante señalar que en cada uno de ellos interviene personal capacitado y **propicio para la “función”**, tipo de paciente y diagnóstico que presente su usuario, en los momentos necesarios, como se señala en el siguiente cuadro de funciones del personal:

ACTIVIDAD	RESPONSABLE
se recibe al paciente	Médico, enfermer@
se apoya a su autonomía respiratoria con oxígeno	Enfermera
se monitoriza (toma de signos vitales)	Enfermera
se toma datos	Enfermera
se invade vía aérea	Médico
se intuba	Médico
se registra en el cuaderno	Enfermera
se recibe al paciente	Auxiliar de enfermería
se da confort al paciente	Auxiliar de enfermería
se miden drenajes	Auxiliar de enfermería
se valora efectos de anestesia	Enfermera
se valora estado general	Enfermera
se realiza informe	Enfermera
se prepara y se envía	Enfermera
se prepara y se envía	Auxiliar de enfermería
se transporta	Camillero

Se ilustra en flujograma según momentos de intervención y responsables de ejecución.



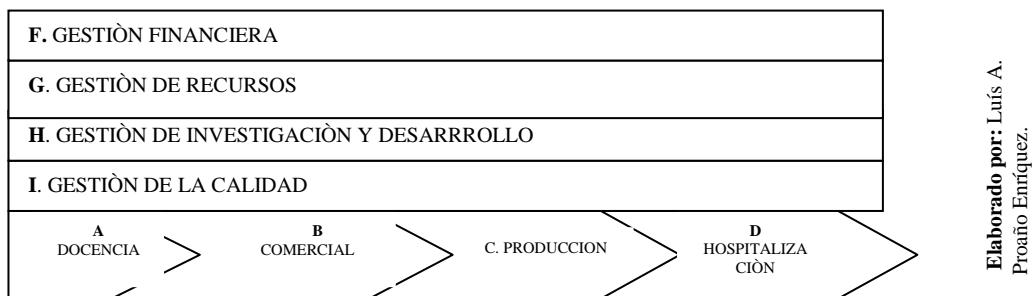
Mapa de Procesos



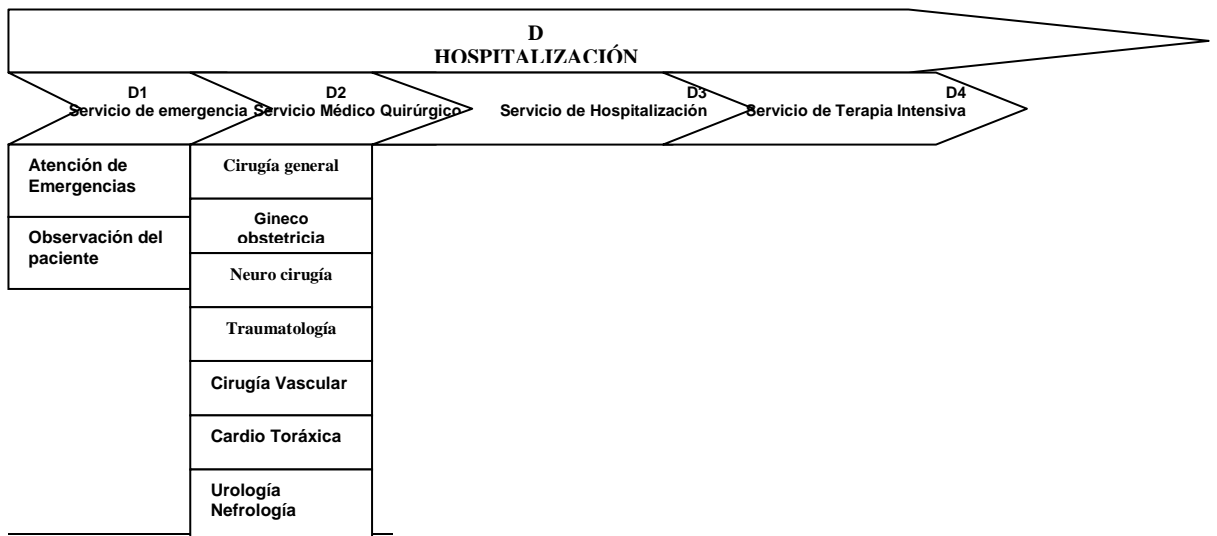
2.4.2 Cadena de valor

La cadena de valor es esencialmente una forma de análisis de la actividad empresarial mediante la cual descomponemos una empresa en sus partes constitutivas, buscando identificar fuentes de ventaja competitiva en aquellas actividades generadoras de valor. Por consiguiente la cadena de valor está conformada por todas sus actividades generadoras de valor agregado y por los márgenes que éstas aportan. . El propósito de analizar la cadena de valor es identificar aquellas actividades de la empresa que pudieran aportarle una ventaja competitiva⁹.

Para fines de esta investigación, se considera como tal a la secuencia con la que se brinda atención al paciente que luego ingresa a la UTI y se la grafica clasificando los niveles de procesos que se desarrollan, así:



Subprocesos:



⁹ PORTER, Michael E. *Ventaja Competitiva*. Compañía Editorial Continental. México. 1996



2.4.3 Competitividad

Para satisfacer la demanda de su principal usuario, el paciente en estado crítico, la Unidad de Terapia Intensiva cuenta con 125 personas que se interrelacionan e interactúan constantemente. Es un talento humano conciente de que su función es delicada y exacta, con aptitud y actitud de servicio, trabajan en turnos de 4 ó 24 horas

Organizado en espacio adecuado con muebles y equipos necesarios para el tipo de atención o servicio que brinda

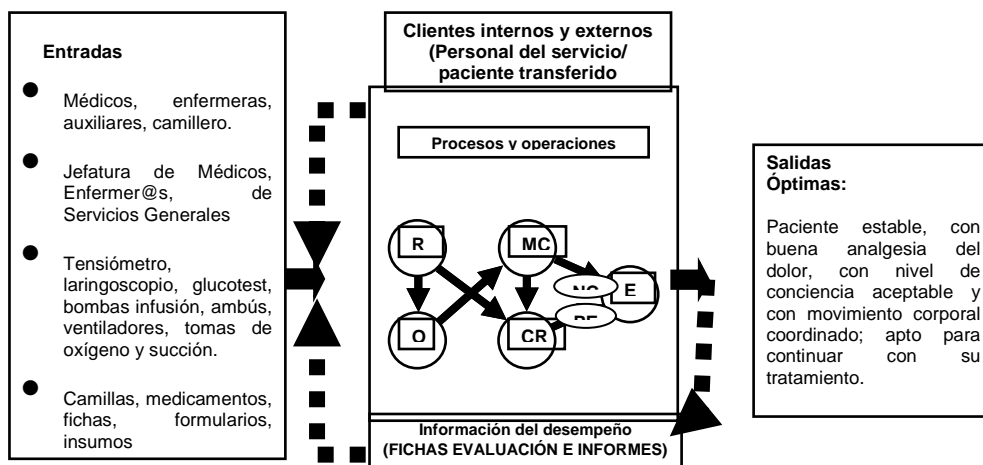
Cuenta con mobiliario y equipos que dan ductilidad a las operaciones dentro de los procesos productivos, mismos que ya fueron detallados en acápite anteriores. Para su mejor optimización trabajan al 100% las 24 horas durante todo el año.

2.4.4 Operaciones

En la Unidad de Terapia Intensiva se desarrollan procesos productivos o de atención tendientes a lograr que su servicio sea de calidad en pos del bienestar fisiológico, psicológico y emocional del paciente que sea transferido a ésta por lo que su personal ejecuta operaciones inherentes a dichos procesos.

Entre las operaciones que con mayor frecuencia se producen están la preparación de la Sala de la Unidad para que esté apta al momento de recibir al paciente, consiste en ordenar equipos, muebles e insumos a ser utilizados según el tipo de diagnóstico que presente; de inmediato al ingreso: tomar signos vitales, estabilizarlo y suministrar medicamentos o insumos necesarios; durante su estadía: aplicar los protocolos y estándares de atención, para que su mejoría sea en el menor tiempo posible; dependiendo de la gravedad o tipo de diagnóstico prepararlo para su egreso, ser transferirlo a la Unidad Médica correspondiente, a otro centro hospitalario o si el desenlace es fatal a morgue. Durante todo el tiempo se hace un seguimiento riguroso del progreso o no obtenido.

A estas operaciones se las puede apreciar de mejor manera en el siguiente esquema.



Para lo cual el Gerente de Operaciones determina estrategias en cuanto a:

Optimización de recursos, reducción del tiempo en manejo de equipos, mejorar técnicas y procedimientos de atención, incrementar satisfacción del paciente. Dotando al servidor de equipos adecuados en perfectas condiciones, insumos, materiales, medicamentos en cantidad y calidad requerida.

Es decir busca constantemente brindar al paciente un servicio de calidad con calidez y solvencia; por ende tendrá que afrontar desafíos como el incremento de celeridad en desarrollo de funciones, principalmente en llenado de fichas y formularios, así como en medición de ingesta y drenajes.

Que las actividades sean coordinadas de manera que funcione el equipo interdisciplinario, garantizando asistencia y apoyo entre y a cada uno de los funcionarios o empleados

Todos los esfuerzos se direccionen a cumplir la misión del servicio de manera que se vea y funcione como un todo integrado y no como tareas aisladas.

Innovación de equipos con tecnología de punta que soporten más carga de trabajo y permitan obtener y brindar servicios de mayor calidad, que tengan especificaciones de uso y manejo claras, precisas y fáciles de ejecutar, y determinen exactamente su vida útil.

Alcanzar alta calidad rápidamente y mantenerse, para lo cual ha de diseñar estrategias viables, convincentes y factibles de ejecutar.

Gestionar asignación de empleados debidamente seleccionados e incremento de personal de enfermería para cubrir faltantes o ausencias; mayor oportunidad de crecimiento profesional con capacitación.

Cumplir funciones observando leyes que rigen según la profesión que posea, los reglamentos y protocolos de actuación, contribuyendo a mantener un medioambiente sano.

2.4.5 Marketing

La Unidad de Terapia Intensiva evidencia su oferta o la manera en que satisface la demanda a través de informes al público (pacientes, familiares, instituciones, etc.) específicamente de beneficios brindados, actividad real que se realiza, eficiencia y eficacia en el servicio.

También a través de documentos expuestos en cartelera, de informes a la dirección de la Unidad, pero principalmente a través de la calidad de servicio que presta al transferir o entregar a la especialidad correspondiente una persona en condiciones favorables para continuar su tratamiento y así salvar su vida.

2.4.6 Productividad

Son acciones que despliegan los profesionales conforme a capacidades intelectivas y prácticas adquiridas en su formación académica o por el contacto con los pacientes.

Por consiguiente es intensiva en mano de obra porque requiere que haya personal interdisciplinario las 24 horas del día y con una secuencia determinada para cada función a ejecutar.

Es observada y evaluada según el personal que intervenga, la función que desempeña y tiempo que emplea para su trabajo

La atención no puede ser reemplazada con una máquina o ser ejecutada en forma mecánica ya que requiere de criterio, reflexión, actitud de servicio y afectividad.

Aunque no hayan instrumentos o formas exactas de evaluación, se puede decir que se obtiene generalmente el producto que se desea: un paciente rehabilitado entonces satisfecho.

En sí la productividad efectuada en la UTI, se refiere al tipo y calidad de servicio que ofrece y obtiene y está determinada por factores internos sea de la Unidad, de su personal, del tipo de paciente y diagnóstico a tratar, o de los provenientes del contexto como pueden ser de los familiares, de las decisiones jerárquicas o de la sociedad misma. Los más frecuentes o comunes se citan a continuación y se les denomina variables intervinientes.

2.4.6.1 Variables

Trabajo – compromiso de los profesionales y demás empleados del servicio, que incrementa conforme incentivos, seguridad y oportunidad de ser capacitados según avance científico y tecnológico.

Capital – Asignación presupuestaria que los directivos del Hospital hacen al Servicio de Terapia Intensiva para que satisfaga necesidades de personal, equipos, medicamentos, materiales e insumos; así como la calidad de preparación y solvencia que el talento humano posea y aplique en la atención al paciente transferido a esta Unidad.

Administración – Capacidad de dirección, liderazgo, independencia y precisión en la toma de decisiones y delegación de funciones y atribuciones de la jefatura del talento humano.

Por el tipo de actividad que aquí se realiza, existe problemas o dificultades para medir la productividad que ésta tiene, por ejemplo no se puede medir con exactitud el rendimiento tanto del personal como de los equipos dado a que muchas ocasiones la intervención o uso no están

planificadas sino que surgen conforme condición del paciente y tipo de diagnóstico y complicación que tiene.

El número de pacientes que ingresa y egresa al y del servicio en el día, depende de cuántos hayan sido intervenidos quirúrgicamente, atendidos en urgencias, presentado complicaciones en la unidad de hospitalización o transferidos de otros centros hospitalarios de la ciudad o de provincias; en este servicio permanecen un tiempo aproximado que va de uno a quince días promedio, su estadía depende de la complicación que presente durante el diagnóstico y fluyen con gran frecuencia.

Si bien se lleva en archivo un registro de cuántos pacientes ingresan, cuántas intervenciones se han ejecutado, cuánto de insumos, medicamentos y materiales se han empleado, no se cuenta con **unidades de medición precisas**, en especial para determinar la capacidad de carga que soportaron los equipos y la fuerza de trabajo que imprimieron los profesionales y otros empleados.

2.4.6.2 Indicadores de logro:

La UTI no cuenta con un parámetro de medición de sus logros, por lo cual en conformidad a los análisis realizados de su realidad, se han establecido en atención a la visión, los objetivos, las metas y políticas de la Unidad, por consiguiente se refieren específicamente a lo que ejecuta o no el talento humano mientras cumple los procesos productivos, y deberían ser los siguientes:

Número de procesos llevados a cabo correctamente desde la primera vez.

Ausencia o mínimo número de errores al atender a los pacientes

Eficiencia en el uso y manejo de equipo, insumos e instrumentos por parte del personal durante la atención al paciente crítico.

Paciente completamente satisfecho porque desde su ingreso hasta su egreso de la Unidad ha recibido atención de calidad y buen trato humano.

Recursos optimizados y utilizados en forma propicia y oportuna.

Número de profesionales que aplican bien los estándares y protocolos de atención al paciente crítico, conforme tipo de paciente y complicación en su estado de salud.

Mantenimiento y reforzamiento de las habilidades de los profesionales, en un medio de cambio rápido en la tecnología y conocimiento

Mayor número de profesionales capacitados con tecnología y conocimiento imperante en el contexto social y el ámbito de la Salud.

Trabajo en equipo en donde todos quienes atienden al paciente crítico ejecutan sus funciones conforme se presente la necesidad y en cooperación a los demás integrantes del mismo.

Equipos, muebles e insumos suficientes y en perfectas condiciones en el momento oportuno principalmente en emergencia.

Evaluación empleada como medio de mejoramiento de la calidad en la atención a los pacientes críticos.

Propuestas viables y factibles de aplicación sugeridas y ejecutadas con resultados positivos.

Demostración y defensa de los más altos valores que dignifican tanto al profesional de la UTI como a los pacientes y familiares.

2.4.7 Puntos en que se puede mejorar

Para transformar los aspectos negativos en positivos es trascendental que sus gerentes y servidores potencien tanto fortalezas como oportunidades para disminuir o erradicar las debilidades y amenazas, a través de un plan estratégico que incluya además del análisis situacional, la definición de políticas generales, la misión que se comprometen cumplirla, y finalmente la identificación, el desarrollo y la priorización de las líneas de acción estratégicas.

Se recomienda que las líneas de acción se relacionen principalmente con una estrategia de marketing externo y con la gestión del conocimiento y las competencias esenciales propias de sus integrantes, en especial aquellas que tengan como propósito fundamental el de posicionar a la UTI como punto de referencia en la toma de decisiones de la atención al enfermo crítico.

El control de su capacidad productiva, determina que en el proceso el personal no demuestra estar capacitado para desarrollar actividades como toma de datos, medición de drenajes y llenado de fichas y formularios, esto indudablemente retrasa la producción, pues lo hacen en un tiempo mayor al deseado, tarda 5 minutos o más en cada una conllevando además, al deterioro del compromiso que deben tener para con la Unidad Médica

También existen otros aspectos que pueden ser considerados.

Conexión y ubicación apropiada de equipos, insumos, materiales a usar, si no están junto pero lo más cercano a la camilla en que está el paciente

Disposición de personal según la función que deba ejecutar en el proceso, (delegación y cumplimiento oportuno de funciones).

Tener todo dispuesto en mesa auxiliar para atención inmediata y oportuna.

Realizar las intervenciones con más celeridad en especial de llenado de formularios y fichas así como de limpieza y medida de drenajes.

Almacenamiento adecuado y cuidadoso de insumos, medicamentos y materiales para evitar pérdida (daño) de los mismos.

Luego de cierto número, que debe ser estudiado minuciosamente, hacer el pedido para que se les provea de todo cuanto requieren para cumplir con sus funciones.

2. 5 Estructura de Cargos e Infraestructura para Atención al Paciente

2.5.1 Estructura de Cargos

El Servicio de Terapia Intensiva ocupa un lugar importante en el Hospital, porque es aquí donde se garantiza que el paciente sea trasladado a los respectivos servicios de especialización en buenas condiciones generales.

Por lo expuesto se puede determinar que: el manejo de los equipos, uso de insumos médicos, uso de instrumentos de valoración del paciente, de los documentos de seguimiento o control y de egreso, la atención que se brinde según el tipo de cirugía practicada o diagnóstico que presente su usuario directo que no es sino el enfermo crítico exigen gran precisión por ende responsabilidad del personal a cargo, lo que contribuirá a la erradicación de errores que aumentan la insatisfacción de pacientes y familiares, obligan a gastos de equipo y material no justificados.

Un buen trabajo redundará en incremento del prestigio Institucional y del personal que en ésta dependencia labora, en la optimización de los recursos, en la eficiencia y eficacia del servicio o gestión, por ende en la maximización de los beneficios tanto para el paciente como para el servicio de Terapia Intensiva.

2.5.1.1 Personal del servicio

La Unidad de Terapia Intensiva para brindar atención a los pacientes que ingresan en ella cuenta con un personal capacitado en sus respectivas áreas tal como: médic@s especialistas (tratantes y residentes),

enfermer@s, auxiliares de enfermería, camilleros, trabajadora social, fisioterapista, laboratorista, personal de servicios generales; en total 125 con perfil que les faculta a ser parte de la UTI.

2.5.1.2 Perfil del servidor

El personal que tiene bajo su cuidado a pacientes críticos, o es parte de la Unidad de Terapia Intensiva, cuenta con las siguientes características:

Solvencia académica y técnica en la atención del paciente dependiendo del tipo de condición médica o diagnóstico a más de la edad que aquel tenga

Conocimiento teórico práctico de prestación de servicios al paciente desde que ingresa a la unidad hasta que egresa de la misma (control del nivel de conciencia, seguridad del enfermo, determinación de las características del drenaje, administración de la medicación prescrita, etc.).

Capacidad de resolución de problemas y toma de decisiones en momentos que se presenten emergencias.

Manejo y utilización correcto de los equipos, insumos e instrumentos, garantizando así el bienestar del paciente.

Capacidad de interpretación y emisión de información dada a través de documentos escritos, para evitar errores o complicaciones en el enfermo.

Aplicación de normas ético morales y de superación personal.

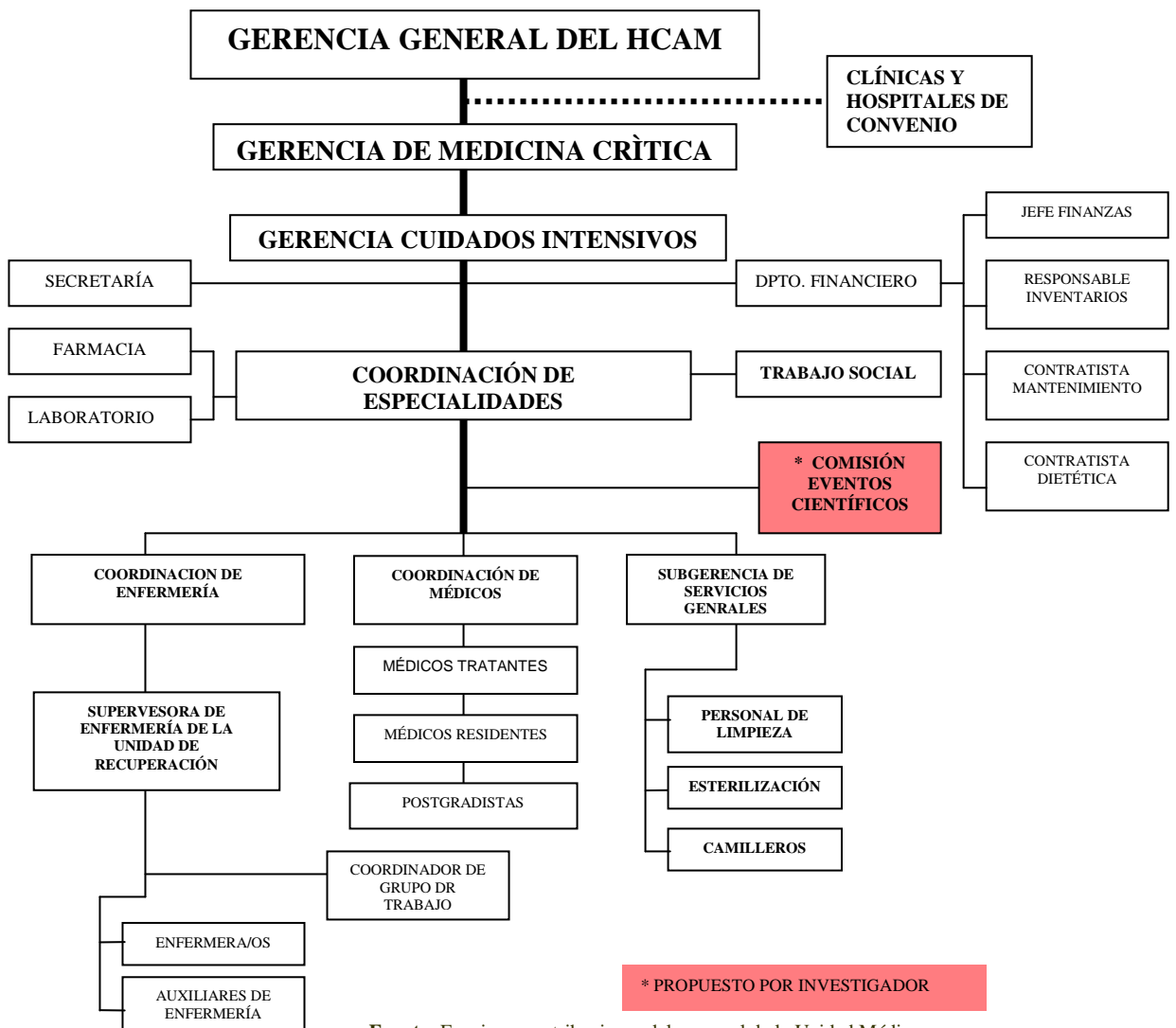
Toma conciencia de su realidad circundante, demostrando respeto por las diferencias individuales y teniendo presente de que su principal función

está orientada a brindar una atención de calidad en forma efectiva y eficiente a cualquier persona que ingrese como paciente a este servicio.

Dominio de sí mismo y destreza en la delegación de funciones con el objetivo de que todos mancomunadamente encaminen sus esfuerzos hacia el mejoramiento continuo.

2.5.1.3 Orgánico Estructural y Funcional

En la Unidad de Terapia Intensiva existe una línea jerárquica que se la podría considerar como línea funcional dado a que las obligaciones y decisiones las imparten y hacen cumplir sus jefes de especialidad. Gráficamente tiene la siguiente visualización.



Fuente: Funciones y atribuciones del personal de la Unidad Médica.
Elaborado por: Luis A. Proaño Enríquez

2.5.1.4 Evaluación de su desempeño

Laboral: El personal de Terapia Intensiva contribuye con el mayor porcentaje de todos sus componentes en el cuidado de los pacientes críticos que ingresan a esta Unidad, trabajan con un horario de 4 a 24 horas.

En la UTI diariamente hay un promedio de 18 pacientes hospitalizados, los cuales son distribuidos equitativamente para el personal de turno, así un médico tratante se hace cargo de 4 pacientes, el médico residente de 6 pacientes, personal de enfermería de 2 pacientes, personal de servicios generales de 18 pacientes, la trabajadora social se encarga de apoyar a todos los enfermos y familiares de la Unidad. Cabe destacar que en casos de emergencia se apoyan solamente los profesionales más cercanos o los del frente, aunque los otros estén sin tanto trabajo no intervienen por cuestiones según consideran estratégicas, se entorpece la fluidez de las intervenciones para con lo pacientes.

El personal del servicio ejecuta en el día el número de intervenciones prescritas según el diagnóstico de ingreso, condiciones y edad de los pacientes.

Administrativo: Al existir personal con distinto nivel de preparación académica también su participación en la producción del servicio es distinta más aún si no existen verdaderos equipos de trabajo. Los grupos a veces son conformados de manera inequitativa dado a que o todos sus integrantes o la mayoría de ellos pueden contar con una formación académica superior de gran nivel y tener experiencia en el tipo de servicio, o ser inexpertos y tener formación básica para su ejercicio; de allí, que en determinados casos de emergencia o de diagnóstico delicado no sepan que decisiones tomar, situación que se complica si entre ellos no existe una relación de apoyo y coordinación.

Esto quizá se relacione con la inexistencia de una planificación del trabajo en forma participativa, es decir no se reúne la gerencia con el jefe de personal médico, jefe de enfermería, de trabajo social, de servicios generales, de dietética, de insumos y farmacia; cada tipo de personal es asignado conforme al criterio de su jefe en el que obviamente se considera la preparación de los profesionales o del personal a su mando además de las relaciones interpersonales. Esto influye en el manejo, cuidado y tratamiento del paciente, porque puede si no anular por lo menos obstaculizar su desempeño.

La provisión de recursos también incide en el desempeño de los servidores puesto que al no contar con lo necesario y no tener un plan de emergencia no pueden ejecutar todos los procedimientos para mejorar la condición del paciente.

En sí el desempeño de quienes prestan su servicio en la UTI está determinado por la planificación del trabajo inequilibrado, por las relaciones interpersonales existentes entre los integrantes del grupo, por la disposición de los recursos, por la preparación o formación académica de cada uno y por el tiempo de trabajo dentro de la Unidad Médica, esto hace que en ocasiones el paciente y sus familiares se sientan insatisfechos por consiguiente la imagen de la Unidad no sea la esperada.

2.5.2 Infraestructura

2.5.2.1 Infraestructura física:

La Unidad de Terapia Intensiva cuenta con un área física de 144 m², creada y organizada exclusivamente para la atención de enfermos en estado crítico, cuenta con nueve áreas administrativas y de servicio, así: de gerencia, de secretaría, residencia de médicos, de enfermería, de insumos, de farmacia, de dietética, servicios generales, recepción,

ropería, además estación de enfermería, una habitación para enfermos con diagnóstico más delicado.

En éste espacio se encuentran estratégicamente distribuidos muebles y equipos para la atención al paciente. Sus instalaciones y tomas las propicias y suficientes para el tipo de equipo a conectar o para la actividad a realizar.

Con la finalidad de evitar contagio a los pacientes por parte de familiares o visitas, cuenta con dos lavamanos en los que están dispuestos dispensadores de jabón líquido desinfectante.

Se ubica en el extremo occidental del cuarto piso, junto a neurología, cirugía torácica, cardiología, a pesar de contar con un pasillo amplio no se encuentra junto a los ascensores para convertirla en funcional al 100%.

En ella se ubican los muebles y equipos de una manera que puede calificarse funcional, sin embargo hay que destacar que a los pacientes se asigna el lugar que se encuentre al momento desocupado, no se hace una distribución según su estado médico o diagnóstico de ingreso.

2.5.2.2 Infraestructura de soporte (equipos, muebles, insumos)

Terapia Intensiva posee una de las mejores infraestructuras de soporte a nivel sudamericano. Sus equipos son de alta tecnología moderna, están dispuestos de tal manera que sean oportunos para el tipo de tratamiento a brindar al paciente según diagnóstico de ingreso, su evolución o la emergencia que se presente.

En lo referente a muebles como se mencionó anteriormente son los que se requieren conforme el área física que posee, por tanto son propicios

pues tienen diseño exclusivo para enfermos críticos y adaptables al equipo circundante.

Las camas son dispuestas unas frente a otras a lo ancho del área física de la sala de Unidad. Cada camilla ocupa en un espacio de 2,5 metros de ancho por 3 de largo, separada de las contiguas a 0.5 metros por lado, para privacidad de los pacientes es cubierta por una cortina que se desplaza por su contorno.

2.5.2.3 Evaluación del apoyo en operaciones

El área física, equipo y mobiliario es utilizado al 100% durante las 24 horas de los 365 días del año. Son fundamentales para el manejo, cuidado y tratamiento del paciente desde su ingreso hasta su egreso de la Unidad Médica, sin ellos a pesar del dominio profesional en conocimiento, experiencia y táctica prácticamente sería imposible brindar buena atención al enfermo peor aún afrontar una emergencia por complicaciones del estado médico del enfermo

En determinadas ocasiones requieren de un mantenimiento permanente y exhaustivo dado a que su uso es frecuente algunos sufren daños y averías, cuando esto sucede se retrasa la prestación del servicio y hay que emplear otros métodos que requieren de equipos o muebles que los puede suplir. .

2.6 Mejoramiento de la Calidad de Servicio

2.6.1 Mejoramiento:

Hablar de mejoramiento es **cambiar la forma de hacer y proceder** en la producción del servicio para que el paciente que ingresa en estado crítico egrese en condiciones aceptables para continuar con su tratamiento en la Unidad Médica de especialización y así garantice su vida. Para ello es importante diseñar un Modelo de Gestión que conduzca estos haceres y procederes tanto de sus gerentes como de los servidores entendiéndose como estos últimos a los profesionales médicos, de enfermería, de dietética, administrativos, trabajo social, de servicios generales, camilleros y de mantenimiento.

Partiendo del concepto de Modelo de Gestión, como la **construcción teórica formal que fundamenta científica e ideológicamente, interpreta, diseña y ajusta la realidad de la atención a pacientes críticos** que responde a una evolución científica, tecnológica y social concreta, la Unidad de Terapia Intensiva se ve en la necesidad de construir su Modelo de Gestión, para lo cual se basa en:

- * Sistemas de Gestión aplicables para alcanzar la calidad.
- * Los requerimientos y necesidades de la comunidad social principalmente de sus afiliados.
- * Los requerimientos y necesidades de los pacientes críticos.

- * Intereses y necesidades de sus jefes y profesionales médicos, de enfermería, de trabajo social, administrativo, de servicios generales, camilleros, de dietética y mantenimiento.
- * Demandas sociales de una atención de calidad, calidez y con avances de la ciencia, la tecnología y las relaciones interpersonales.

Los Sistemas de Gestión aplicables responden a cómo obtener calidad excelente en la producción de servicios y generación de procesos con el aseguramiento de los mismos, a través de la evaluación permanente. Entre éstos: Normas ISO. Modelo Europeo de la Excelencia Empresarial (EFQM), Modelo Malcolm Baldrige.

Cada sistema de gestión tiene sus propias características puesto que evalúan o rigen determinado aspecto de la producción del servicio.

Normas ISO porque asegura que los procesos se cumplan, es combinable con otros sistemas de gestión, permite **pasar del aseguramiento de la calidad a la satisfacción del paciente**, es flexible a las condiciones y realidades tanto del paciente como de los prestadores del servicio, es relativo a todos quienes conforman la Unidad de Terapia Intensiva por ende no es exclusivo en conocimiento, aplicación y evaluación de los gerentes¹⁰.

EFQM porque permite determinar cómo y **en qué medida se está cumpliendo la planificación**, permite el auto evaluación de gestión y de la ejecución de los procesos, asigna porcentajes para cada agente del servicio así como para los resultados obtenidos y esperados, da mayor valor a los procesos que la gestión que realiza su talento humano y los gerentes¹¹.

¹⁰ Norma ISO 9001: "Normas para la gestión de la calidad. Requisitos"

¹¹ TQM Asesores. "El Modelo EFQM de Excelencia. Nueva versión" [www:/ http: tqmasesores.com](http://www.tqmasesores.com)

Modelo de Malcolm Baldrige porque permite **evaluar la gestión de la calidad total en la prestación del servicio** concediendo una enorme importancia al enfoque, al paciente y a su satisfacción por consiguiente coadyuva a alcanzar la competitividad, al entendimiento de los requerimientos tanto de los servidores como de los pacientes para alcanzar la excelencia en la gestión, el intercambio de información sobre estrategias de desarrollo de procesos con éxito y los beneficios derivados de la implantación de dichas estrategias¹².

Además porque se basa en unos conceptos y valores fundamentales, como:

- Liderazgo
- Enfoque hacia el cliente
- Aprendizaje de la organización y de su personal
- Participación y desarrollo de empleados y asociados
- Agilidad de respuesta y flexibilidad
- Orientación al futuro
- Gestión de la innovación
- Gestión basada en hechos
- Responsabilidad pública
- Orientación a los resultados y a la generación de valor

Porque la Unidad Médica no puede concebir el cumplimiento de sus objetivos sin antes planificar estratégicamente como lograrlo, también se basa en la metodología del Modelo de Gerencia Estratégica Balanced Score Card, o Cuadro de Mando.

¹² SALCEDO, Rodney "¿Cómo implantar un Sistema de Control de Gestión en la práctica?.2005. <http://www.ciberconta.unizar.es/leccion/cgestion/SCG.pdf>

Puesto que permite organizar, difundir y controlar la ejecución de la estrategia de la Unidad Médica, estableciendo un proceso de control y seguimiento que corrobore se cumplan las actividades, la resolución o no de problemas, logro de los objetivos planteados, de tal manera de comparar la actuación real con la prevista y marcar los desvíos para corregir la acción, o bien alterar las decisiones y planes.

También porque permite movilizar a su personal hacia el pleno cumplimiento de la misión, a través de canalizar energías, habilidades y conocimientos específicos hacia el logro de metas estratégicas de largo plazo. Permite tanto guiar el desempeño actual como apuntar el desempeño futuro. Usa medidas en cuatro categorías -desempeño financiero, conocimiento del cliente, procesos internos de negocios y aprendizaje y crecimiento- para alinear iniciativas individuales, organizacionales y trans-departamentales e identifica procesos enteramente nuevos para cumplir con objetivos del paciente y profesionales que generan el servicio¹³. En otros términos faculta el aprendizaje para probar, obtener realimentación y actualizar la estrategia productiva de la Unidad Médica

Si bien es cierto, los modelos o sistemas de gestión dan los lineamientos de cómo, en qué medida y hasta qué punto se deben ejecutar, realimentar y mejorar los procesos, éstos no tendrían efectividad si desestiman o dejan de lado los requerimientos del prestador del servicio y mucho menos del paciente y sus familiares.

Las condiciones socio económicas en las que hoy se desenvuelve la población demandan se le garantice una calidad de vida excelente librándola de enfermedades no sólo físicas y orgánicas sino también

¹³ <http://www.estrategiaempresarial.com/Conceptos.asp> **Conceptos y Fundamentos del BSC**. Noviembre 07, 2005.

psicológicas y emocionales para que le permitan enfrentar las situaciones que se le presenten y a la vez contribuir a la solución de problemas sociales. Lograr esto exige que todos quienes ejecutan los procesos para manejo, cuidado y atención al paciente tengan los conocimientos requeridos para conocer sus exigencias, y de esta manera ofrecerles excelentes servicios que puedan satisfacer o exceder las expectativas.

Si no se tiene en cuenta el aspecto humano del proceso éste no podrá tener éxito. Sólo existe una forma de lograr la comprensión que se requiere sobre la sensibilidad humana del proceso y los talentos y limitaciones que tienen los copartícipes, y consiste en involucrarse en el ambiente laboral, conocer cuáles son sus requerimientos, necesidades y expectativas. Hay que conocer cuáles son sus opiniones y sugerencias con respecto al cómo y para qué se genera y brinda el servicio. Si las personas se involucran, los resultados finales serán mucho mejores y más fáciles de alcanzar.

La adecuada combinación de metodologías y herramientas dadas por los sistemas de gestión con los requerimientos de los clientes internos y externos de la Unidad Médica conlleva a que todos quienes la conforman apunten sus esfuerzos a que su servicio sea de calidad excelente.

La búsqueda de la excelencia comprende un proceso que consiste en aceptar un nuevo reto cada día. Dicho proceso debe ser progresivo y continuo; debe incorporar todas las actividades que se realicen para manejar, cuidar y atender al paciente a todos los niveles; entonces la Unidad Médica debe estar en continuo mejoramiento, entendido éste como un proceso que permite visualizar un horizonte más amplio, donde se buscará siempre la excelencia y la innovación que llevarán a los prestadores del servicio a aumentar su competitividad orientando los esfuerzos a satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes. Mejorar un proceso, significa cambiarlo para hacerlo más efectivo,

eficiente y adaptable, qué cambiar y cómo cambiar depende del enfoque específico del gestor o productor y del proceso.

Toda Unidad Médica más aún la UTI que posee el carácter de trascendental porque aquí se garantiza que el paciente se recupere en el menor tiempo y con menos accidentes posibles, necesita identificarse con un enfoque de gestión basada en procesos que vincule la misión con el esfuerzo de su talento humano y los intereses, deseos, pretensiones de sus clientes internos y externos y de la sociedad en general

Así la UTI respondiendo a la necesidad de mejora continua de la calidad de atención que brinda al enfermo crítico y acorde con las últimas tendencias de gerenciamiento y gestión en Salud, estructuró su **Modelo de Gestión Sistémica** que se identifica con la Gestión Institucional **Basada en Procesos**, recoge criterios de los Sistemas de Gestión de Calidad encaminados a lograr calidad excelente en la atención al usuario, disminuir los accidentes con los pacientes, contribuir a la toma de decisiones oportunas y efectivas, y el desarrollo de las capacidades del talento humano, principalmente alcanzar el mayor número de pacientes en condiciones propicias para continuar su tratamiento en la Unidad de especialización, por ende garantizar su vida.

2.6.1.1 ¿Por qué es un MODELO de Gestión Sistémica?

De Gestión Sistémica porque contiene un conjunto de elementos íntimamente relacionados o que interactúan para establecer las políticas y para lograr sus objetivos propuestos.

Porque permite que la UTI deje de ser una organización funcional en la que las funciones o tareas asignadas marcan el paso de las actividades de la Unidad Médica, es decir abandone la práctica de solucionar problemas o emergencias sólo por reacción, estímulo-respuesta, para que

se convierta en una organización basada en procesos puesto que los procesos marcaran el paso de las actividades que en ella se ejecutan.

El desarrollo de procesos aporta información que permite actualizar el diagnóstico organizacional, realizar estudios de tendencias en las distintas variables que incluyen, realimentar políticas institucionales, establecer planes de mejoramiento, registrar información de fortalezas y debilidades facilitando focalizar la asignación de recursos, formulación de proyectos y planes de desarrollo y facilitan el aprendizaje organizacional, entre las más relevantes.

De Gestión Sistémica porque sus procesos clave de Gestión Administrativa Gerencial, Atención al paciente y de Medición y Evaluación se caracterizan por la planificación de su accionar en todos los niveles de decisión y además permite la evaluación no sólo de cada actividad, etapa o proceso sino integral de toda la Unidad Médica.

Porque faculta a que la Unidad Médica entre en constante mejora de todos los procesos y subprocesos, del servicio que ofrece y brinda, del grado de satisfacción de los requerimientos presentes y futuros de los pacientes y familiares así como del personal de la UTI y servicios proveedores de enfermos críticos e ir a una armonía en la satisfacción total del cliente para llegar a la excelencia.

Porque su ejecución implica:

- Cooperación entre las diversas especialidades médicas de dónde provienen o son transferidos los pacientes y los profesionales o no que prestan su servicio en la Unidad Médica , y su interconexión,
- Agrupación de distintos aportes sectoriales en programas suprasedimentales, en lugar de la ejecución de proyectos aislados,

- Interconexión de contribuciones a diferentes niveles, así: a nivel gerencial (macro), a nivel de las coordinaciones de especialidad (meso) y a nivel de los profesionales que están en contacto directo con el paciente (micro),
- Cooperación con distintas organizaciones de apoyo y su coordinación.

Además, comprende la identificación e interconexión de diferentes fuentes de conocimientos.

Todo esto se lleva a cabo en un proceso, en cuyo transcurso es necesario actualizar lo convenido sobre el procedimiento a seguir (planificación) de acuerdo con la realimentación proporcionada por los involucrados y los logros de su labor, incluyendo los resultados de dichos logros¹⁴.

Es un Sistema de Gestión de Calidad porque posee un conjunto de elementos interrelacionados e interactuantes para dirigir y controlar la Unidad Médica con respecto a la calidad de servicio que ofrece y genera.

En este Modelo de Gestión para la UTI se presentan un conjunto de objetivos y estrategias a ser conseguidas a corto, mediano y largo plazo, con los que pretende responder tanto a los requerimientos de su principal cliente que es el enfermo crítico en cuanto a obtener atención de calidad y calidez excelentes, a los de su talento humano en capacitación, dotación de insumos, medicamentos, tecnología y conocimiento científico de vanguardia como a los desafíos de una sociedad que exige se le garantice la vida con aplicación de la ciencia, tecnología de alta calidad.

La definición de la calidad de atención al paciente crítico no solamente tomará en cuenta la experiencia o conocimiento de sus gerentes o jefes de equipos o profesionales, la inspiración de sus servidores y la tácita

¹⁴ ROMERO, Juan José *"La perspectiva sistémica en la gestión de los centros documentarios"*
<http://www.um.es/fccd/anales/ad10/ad1006.pdf>

aplicación de métodos, técnicas, procedimientos, protocolos e instrumentos, o la práctica en utilización de equipos, muebles, insumos, medicamentos, sino fundamentalmente la pericia en el manejo, cuidado y tratamiento al enfermo crítico, ya que ella determina los cambios a realizarse, tomando en cuenta los intereses, requerimientos y las condiciones humanas del paciente que ingresa a la UTI.

2.6.1.2 Metodología de su Diseño:

Su diseño inició con la definición de los objetivos a alcanzar con su puesta en práctica, en función de las necesidades de los pacientes y sus familiares y de las necesidades del personal de la UTI para luego definir el contenido de la base de datos según la información recabada. A partir del análisis de esta información se identificaron y cuantificaron las necesidades y requerimientos de intervención con sus costos respectivos en comparación con la disponibilidad de recursos materiales y financieros así como de talento humano.

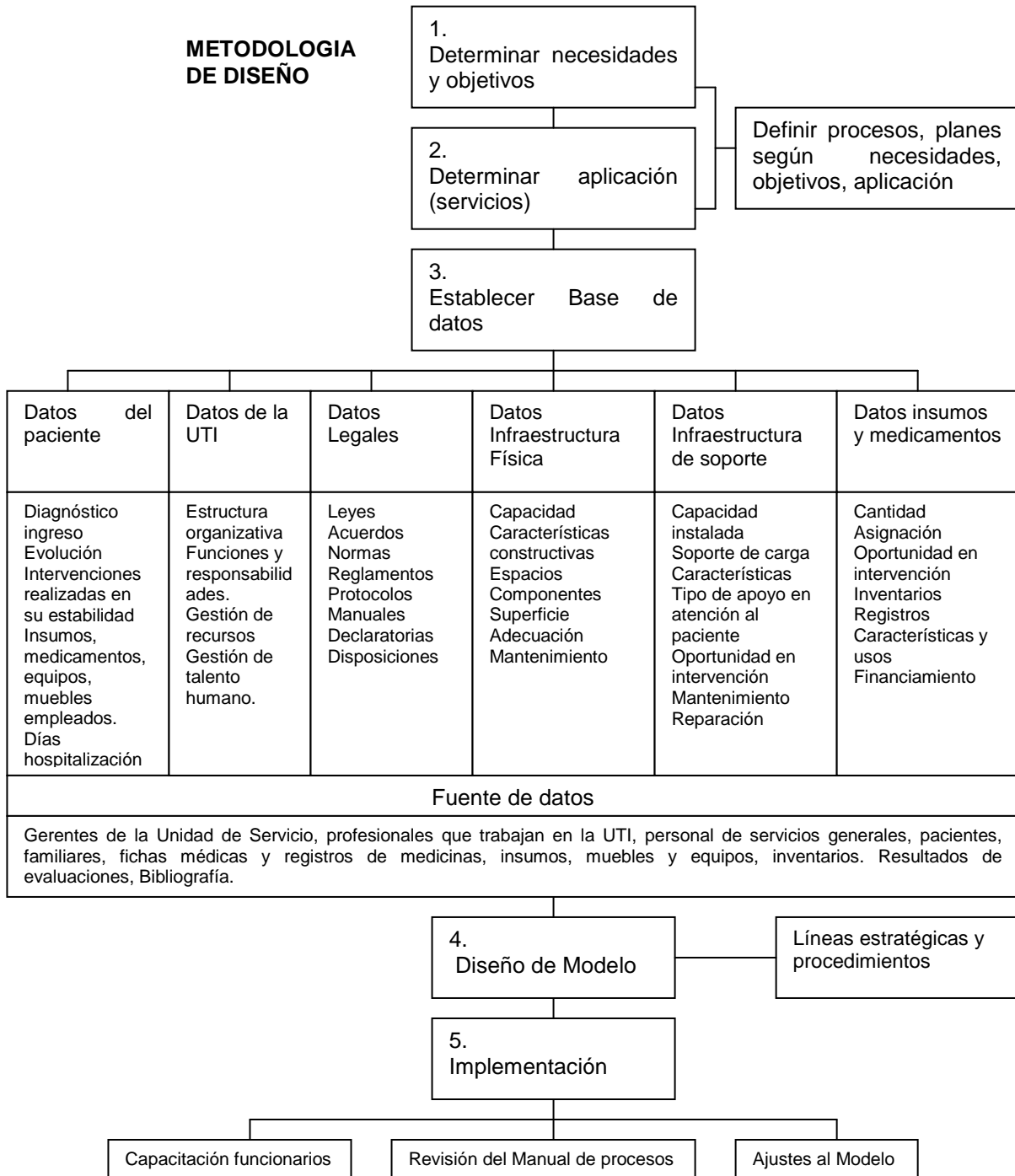
Con esta base se estructuró el Modelo de Gestión y los procesos productivos direccionados a elevar la calidad de atención al paciente.

Las fases de desarrollo del Modelo son:

- 1º Evaluar y determinar necesidades del cliente interno y externo para definir objetivos.
- 2º Analizar alternativas de procesos productivos y planes para selección en función de costos-beneficios, usuarios, aplicaciones posibles.
- 3º Determinar aplicaciones (servicios)
- 4º Establecer base de datos para mejorar y realimentar los procesos para las diferentes especialidades, definiendo los tipos de datos, fuente de datos, formatos de recolección de datos y procedimiento de recolección e ingreso de datos.

5º Diseño del Modelo definiendo líneas estratégicas y procedimientos para el desarrollo de procesos y toma de decisiones.

6º Implementar operatividad del Modelo (capacitación de usuarios y análisis del manual de procesos)



2.6.1.3 Objetivos:

General:

Sistematizar los procesos que se ejecutan a nivel administrativo o gerencial, de equipos de trabajo y de servicios de apoyo, en base a criterios obtenidos de los sistemas de gestión.

Específicos:

Fortalecer en el personal sus competencias y desempeños mediante la implementación de procesos de mejoramiento continuo a fin de fortalecer la gestión de la Unidad y el servicio al paciente crítico y sus familiares.

Lograr que las operaciones se conviertan en servicios de calidad excelente que se concretan en interacción e interdependencia paciente y profesionales de la UTI.

Ser un Instrumento guía de la investigación y gestión de talento humano, de recursos y materiales, de los resultados, creado para reproducir idealmente el proceso centrado en el paciente crítico.

Transformarse en Paradigma proactivo que sirva para entender, orientar y dirigir la atención al cliente.

2.6.1.4 Beneficios que provee a la UTI, talento humano y usuarios:

El Modelo de Gestión Sistémica permite a la Unidad Médica y a sus gerentes, a todo su personal y usuarios:

- * Ampliar el conocimiento de la Unidad Médica.

- * Ejecutar solo aquellas tareas que generan valor.
- * Reducir los desperdicios de recursos
- * Reducir los accidentes con el paciente.
- * Disminuir los tiempos de ciclo.
- * Fomentar el trabajo en equipo.
- * Mejorar los procesos productivos.
- * Crear un ambiente de mayor motivación
- * Asegurar la satisfacción del paciente y sus familiares.
- * Medir los resultados porque se estandarizan los roles, desempeños, funciones, actividades, acciones.
- * Tomar decisiones a nivel de competencias.
- * Estar en capacidad de reaccionar ordenadamente ante cualquier emergencia o requerimiento del paciente y familiares:
 - Incrementando las relaciones de confianza entre los proveedores y usuarios.
 - Optimizando la imagen y la credibilidad de la Unidad Médica y de sus servidores en la comunidad.
 - Sacando a la luz oportunidades de mejora.
 - Introduciendo el concepto de mejores prácticas en la UTI.

- * Responder a una administración que permita planear, asegurar y mejorar la calidad de sus servicios, según necesidades o requerimientos de los pacientes, los familiares, la sociedad y el país.
- * Incrementar la salubridad de la población asegurada en especial de bajos recursos económicos, mejorando continuamente los procesos productivos.

En síntesis, este Modelo de Gestión contribuye a instaurar en la Terapia Intensiva una filosofía de la calidad expresada en una cultura de la evaluación permanente del desarrollo de su proceso productivo, promueve al cambio de mentalidad de los profesionales o no que trabajan en la UTI a través de actividades que permiten repensar permanentemente su desempeño y facilitar su proceso de actualización, generar conocimiento en el área de la gestión de calidad que oriente los cambios y la realimentación de políticas institucionales, la participación de los distintos actores en actividades que contribuyan al mejoramiento de la gestión institucional para afianzar y actualizar su compromiso con ésta.

2.6.1.5 Estructuración del Modelo de Gestión Sistémica.

El modelo de Gestión Sistémica de la UTI está conformado por una serie de fases interrelacionadas, interdependientes e interactuantes que intervienen en el desarrollo de los procesos y subprocesos ejecutados por sus agentes de producción para lograr resultados o productos esperados, así:

Gestión Administrativa-Gerencial en la que se pone énfasis la interrelación entre la administración con el cliente, cada uno con sus exigencias que deben ser satisfechas; la administración requiere contar con la colaboración de los pacientes para que los procesos productivos se ejecuten con eficiencia y eficacia así como también con el apoyo de sus

aliados estratégicos que vendrían a ser los familiares de los pacientes, las instituciones que ofertan programas de capacitación para el talento humano y centros hospitalarios o clínicas de convenio para de ser necesario, transferir a los pacientes.

Por su parte el cliente o usuario requiere que tanto la gerencia como todos quienes conforman el equipo que genera servicio para atender sus necesidades esté capacitado, posea actitud positiva, sea humano, ejecute todos los procedimientos posibles y emplee todos los medios, recursos, equipos, insumos y medicamentos a su alcance para salir de su situación delicada y así garantice la continuidad de su tratamiento, principalmente garantice su vida.

Gestión de los recursos, entendidos como tales a las instalaciones o infraestructura física, a los equipos, muebles, insumos, medicamentos, suministros, documentos, presupuesto. Hace referencia a la optimización de los mismos y así evitar desperdicios innecesarios y que podrían influir en la atención de otro paciente.

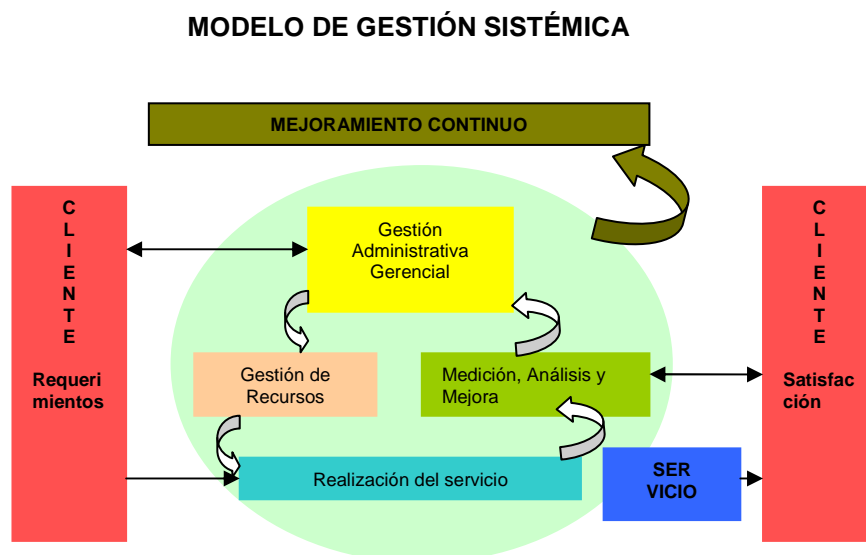
Realización del servicio o Ejecución de los procesos, principalmente la acción del talento humano en la generación del servicio de calidad excelente porque desarrolla cada actividad y tarea de manera secuencial y precisa, participa activamente el paciente con su motivación para mejorar su salud y continuar viviendo.

Obtención de su producto o resultado: es un Cliente satisfecho porque obtuvo una atención de calidad y calidez brindada por el personal que puso en juego su conocimiento, su experiencia, su práctica y experticia en manejo, atención, tratamiento al paciente y empleo de procedimientos, tecnología, insumos y medicamentos disponibles.

Evaluación, resultado de la medición y análisis de los procesos, el rol del talento humano en tiempos, eficiencia y efectividad, de los recursos en eficacia y oportunidad, de los productos en calidad y cantidad, de los criterios del paciente y sus familiares en su influencia para mejoramiento de los procesos. Esta proporciona información para que tanto la gerencia como el talento humano tengan elementos de juicio sobre los procesos que se desarrollan, de si cada fase o etapa de la generación del servicio se está cumpliendo tal como se planificó. Es la principal materia prima en la toma de decisiones de los prestadores del servicio para disminuir el porcentaje de errores o accidentes.

Mejoramiento continuo para lograr esto es importante que en todas las etapas de los procesos se planifique y evalúe, ello permitirá que las decisiones que se tomen sean las acertadas consecuentemente se progresa en cuanto a la ejecución de procesos y subprocesos que se realimentan hasta llegar a la perfección de los mismos.

Esquemáticamente se visualiza de la siguiente manera:



2.6.1.5.1 Componentes:

Lo fundamental del servicio que se oferta y brinda en la UTI es, **proporcionar al paciente crítico confort físico, orgánico, psicológico y espiritual** dirigido al desarrollo y consolidación de su calidad de vida

Para lo cual el papel del personal médico, de enfermería, de trabajo social, administrativos, camilleros, de dietética, de servicios generales y mantenimiento, es uno de los elementos más determinantes de todo el proceso productivo, ya que es él, en última instancia, quien va a decidir los procedimientos a ejecutarse y en la secuencia en que deban hacerse así como también incentivar y dirigir la colaboración del paciente en el momento y forma que se requiera. El profesional establece el plan de acción a aplicar, organiza la secuencia y el tiempo de intervención, el espacio, los equipos, muebles, insumos, medicamentos e instrumentos o documentos a emplear para la recepción, diagnóstico, tratamiento, egreso y transferencia del paciente y su propia relación con su equipo de trabajo y el paciente en función de los objetivos y resultados que desea lograr. Es por ello que las características personales de cada profesional, sus experiencias, la forma peculiar de interactuar con los pacientes, marcarán de forma singular todo el entramado de relaciones que se establezcan en el grupo. Además el profesional es un ente importante para el paciente y sus familiares que en buena medida incide en su recuperación y en la confianza en el servicio.

Para una mejor comprensión del Modelo es imprescindible referirse a determinados supuestos teóricos que den claridad a la definición operativa, así.

Concepción del servicio.	<ul style="list-style-type: none"> • Énfasis en los componentes personales (equipo multidisciplinar de trabajo). • Flexibilidad. • Métodos de trabajo no directivos, si dinámicos y participativos.
Concepción del papel del servidor o profesional de UTI	<ul style="list-style-type: none"> • Activo, creador, investigador y experimentador. • Estímulo a la originalidad • Flexible, espontáneo, orientador. • Receptivo a la crítica como medio de mejora y replanteo de actitudes y procedimientos.
Concepción del papel del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Sujeto activo, participativo, motivado, colaborador del proceso productivo. • Necesidades, intereses propios. • Implicación y compromiso.

Este Modelo otorga una **valoración e importancia equilibrada a los elementos macro que intervienen en los procesos** de ofrecer y recibir atención de calidad con calidez: retoma el rol protagónico del paciente como el sujeto de los procesos de cuidado, manejo, tratamiento; ubica al talento humano, gerente o servidor de la UTI, como generador de los procesos productivos; considera el conocimiento, la práctica, la experiencia, la capacitación y profesionalismo como el legado fundamental de sus profesionales o servidores, digno de ser aplicado, potenciado y mejorado.

Promueve la calidad del servicio, vela por que los diversos planes internos mantengan su coherencia y congruencia institucional, establece sistemas de control y seguimiento de los proyectos ganados y planes comprometidos.

Se espera facilitar el atraer recursos institucionales orientados a la calidad, dar el mayor grado de racionalidad a la gestión al asociar el resultado de procesos de producción y de su evaluación con proyectos, acortar los procesos de producción y evaluación, para introducir medidas correctivas ante la dificultad de cumplimiento de metas en planes y/o proyectos comprometidos, contar con información sobre tendencias y referentes en atención a pacientes críticos e instituciones que permita

identificar y analizar nuestra propia realidad en relación al resto de Unidades Médicas y medir su evolución en el tiempo.

La aplicación de este Modelo implica la participación activa, espontánea de sus agentes y actores en todas las actividades y la toma de decisiones, a través de propuestas, sugerencias, proyectos, programas que se orienten a satisfacer los requerimientos más factibles y reales.

Este Modelo se **caracteriza por generar un clima humanista, democrático, dialógico, de actitud productiva, participativa, alternativa, reflexiva, crítica, tolerante y de búsqueda del mejoramiento continuo y la calidad excelente.** Por consiguiente, los roles se han de redefinir y los procesos de producción del servicio se han de rediseñar, tal como se expresa a continuación:

- **Rol del productor de servicios:** Orientación, guía y control del proceso de atención, manejo y tratamiento al paciente. Diseña acciones de intervención, idea y ejecuta actividades y procedimientos en casos de emergencia integrando sus conocimientos, experiencia y práctica a los medios y recursos disponibles en la sala de Unidad. Dirige y desarrolla el proceso productivo con enfoque sistémico.
- **Rol del paciente:** Es protagónico en el proceso productivo para su atención y así estar apto para continuar su tratamiento y estar sano.
- **Características del servicio:** Tiene al paciente en su centro, con aseguramiento de su recuperación, continuación de su tratamiento, de su vida. Rol protagónico del paciente bajo la guía, orientación, motivación del servidor. Conocimientos científicos y globales con apoyo de tecnología de punta. Proceso dirigido a la recuperación y garantizar la vida del paciente. Atención con carácter humanista: unidad del conocimiento científico, la experiencia y práctica profesional con lo

afectivo, emotivo y psicológico de su talento humano. Atención como proceso social que satisface las necesidades, intereses, requerimientos del enfermo crítico y sus familiares. Clima humanista, dialógico, científico, democrático, tolerante, desarrollador de potencialidades de su personal, búsqueda de identidad institucional a nivel local y nacional.

En conclusión, se determina que los **componentes** del Modelo de Gestión Sistémica de la Unidad de Terapia Intensiva, lo conforman: el paciente crítico, el equipo profesional que genera los procesos con un rol también protagónico de los familiares y la comunidad; el proceso productivo y los sistemas de gestión en los que se sustenta.

2.6.1.6 Ciclo de Vida

El Modelo de Gestión de la UTI tiene unos fines ligados a la obtención de un servicio que es necesario generar a través de diversas actividades. Algunas de estas actividades se agrupan en etapas porque globalmente contribuyen a obtener un producto intermedio, necesario para continuar hacia el producto final y facilitar la gestión misma de su propósito.

El ciclo de vida está dado por un conjunto de fases sucesivas. Se lo define con la finalidad de facilitar tanto el **control sobre los tiempos** en que es necesario aplicar recursos de todo tipo (personal, equipos, muebles, insumos, medicamentos, suministros, etc.), como también el **control de calidad**.

Permite beneficiarse de la **experiencia adquirida** utilizando el enfoque que mejor se adapte a los requerimientos del paciente y del personal o profesional de la UTI. Así como también ir ampliando la sucesión de fases de manera que lo que conceptualmente se considera una misma fase se pueda ejecutar más de una vez a lo largo del desarrollo del proceso productivo, recibiendo en cada proceso de ejecución, aportaciones de los

resultados intermedios que se van produciendo por ende faculta la realimentación y reingeniería

En su definición se han integrado los siguientes elementos:

- **Fases:** Son un conjunto de actividades relacionadas con un objetivo en el desarrollo del Modelo. Se construyó agrupando tareas (actividades elementales) que pueden compartir un tramo determinado de tiempo; con la asignación de recursos humanos, financieros o materiales.

Cada fase viene definida por un conjunto de elementos observables externamente, como son las **actividades** con las que se relaciona, los **datos de entrada** (resultados de la fase anterior, documentos o productos requeridos para la fase, experiencias de procedimientos e intervenciones ejecutados); los **datos de salida** (resultados a utilizar por la fase posterior, experiencia acumulada, pruebas o resultados efectuados, obtenidos y esperados), y la **estructura interna** de la fase.

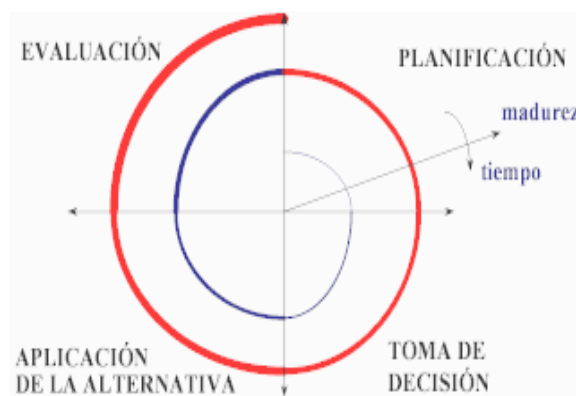
- **Entregables:** Son los productos intermedios que generan las fases. Pueden ser documentos elaborados o diseñados y aplicados; los resultados obtenidos en comparación con los esperados, prácticas, conocimientos, experiencias del talento humano aplicados en cada caso o condición del paciente, informes de intervención, procedimientos ejecutados, uso de equipos, muebles, insumos, medicamentos, materiales o suministros. Los entregables permiten evaluar si lo planificado marcha o no tal como se previó, mediante comprobaciones de su adecuación o no a los requisitos funcionales y de condiciones de realización previamente establecidos. Cada una de estas evaluaciones servirán para la toma de decisiones a lo largo del desarrollo del proceso productivo¹⁵; en otros términos evalúa la calidad de los procesos.

¹⁵ NAVAS, Pilar. "Ciclo de Vida de los Proyectos" <http://www.commercenetcatalunya.org/boletin56/not4.htm>

Para efectos del Modelo Gestión Sistémica para la UTI se aplicará el **ciclo de vida en espiral**, porque se considera que no basta una sola evaluación de actividades, de procesos o del Modelo en su conjunto para asegurar que han desaparecido las incertidumbres, errores, riesgos o factores condicionantes que pueden llevar a que se aplique a medias, no se aplique tal como es, o hasta a su fracaso.

A menudo, la **fente de incertidumbres provendrá de los pacientes como beneficiarios y los gerentes, profesionales y personal del Servicio como ejecutores**, que aunque sepan en términos generales lo que quieren, no son capaces de definirlo en todos sus aspectos, sin ver como unos influyen en otros. En estos casos la evaluación de los resultados, no puede esperar a la entrega final sino que es necesario hacerla repetidas veces.

Su esquema se lo representa a través de un bucle en espiral, donde los cuadrantes son, habitualmente, fases de **definición, diseño, ejecución y evaluación**.



El Ciclo de Vida del Modelo apunta a la consecución de objetivos en cada fase:

- **Fase de definición** (¿qué hacer?):

- Estudio de **viabilidad**.
 - **Conocer los requisitos** que debe satisfacer el Modelo (funciones y limitaciones de contexto).
 - Asegurar que los **requisitos son alcanzables**.
 - Formalizar el **acuerdo** con los usuarios y ejecutores.
 - Realizar una **planificación** detallada.
- **Fase de diseño (¿cómo hacerlo? Soluciones en coste, tiempo y calidad):**
 - Identificar soluciones prácticas para cada una de las etapas del proceso productivo.
 - Asignar recursos para cada una de las funciones.
 - Establecer métodos de validación del diseño.
 - Ajustar las especificaciones del producto o resultado esperado.
- **Fase de ejecución:**
 - Generar el servicio pretendido.
 - Integrar los elementos adquiridos externamente.
- **Fase de evaluación:**
 - Validar que los resultados esperados satisfagan los requisitos de diseño previamente definidos y realizar, si es preciso, los ajustes necesarios en dicho diseño para corregir posibles lagunas, errores o inconsistencias.

2.6.1.7 Criterios para la Evaluación del Modelo

Es monitorizar el trabajo realizado, analizando cómo el progreso difiere de lo planificado e iniciando las acciones correctivas que sean necesarias. Incluye también el **liderazgo**, proporcionando directrices a los gestores y

actores del servicio, para que hagan su trabajo de forma efectiva y a tiempo.

Para operativizar el Modelo y los procesos y subprocesos generados a partir del mismo, incluida cada una de las actividades y tareas señaladas, se ha de considerar ciertos criterios o métodos de evaluación:

- **Estudio de su factibilidad:** Relacionará medios y fines del Modelo, la disponibilidad de recursos económicos, humanos y financieros, para la consecución del mismo, con el impacto en la atención al paciente.
- **Su Costo-eficacia:** Comprueba si mejora la calidad de servicio; si en un futuro próximo se reducirán a cero los accidentes con el paciente crítico y si el personal estará mejor preparado para enfrentarse a situaciones de emergencia y proyectarse a lo que luego vendrá. Por lo tanto, si se lo puede considerar como inversión y no gasto. Lo que se emplee **no se recuperará en valor monetario, sino en mejoramiento de calidad del servicio** que se presta a través de la intervención del profesional y personal de la UTI.
- **Costo-eficiencia:** Se relacionará con nivel de logro de los objetivos que se plantean con la Implementación del Modelo, en correspondencia con sus costos unitarios del talento humano, recursos materiales, insumos, muebles, equipos o medicamentos. Requiere de la comparación entre procesos, subprocesos y actividades a ejecutar.
- **Análisis de Resultados:** Se refiere a resultados previstos que se dan como consecuencia del logro del objetivo general del Modelo.
- **Análisis Sistémico:** Es la realimentación, proceso que resulta fundamental para evaluar y controlar los elementos del Modelo: contexto e interrelación, estructura y organización; insumos y otros

recursos, procesos y productos. Varía según el elemento al que se refiera.

- **Análisis de Calidad:** Ha de partir de la definición operativa de los elementos que se relacionan con la calidad de una acción o de un subproceso o resultado logrado. Se ha de establecer a partir de los cambios relacionados con la práctica médica y de atención al paciente crítico así como de la condición socio económica, afectiva y psíquica del paciente. Es decir cuando se generen y se proporcionen los entregables.
- **Evaluación de Alternativas:** Relacionará ejecutores con beneficiarios y el contenido y estrategia de las acciones con sus resultados.

Sin embargo es importante considerar el estadio o procesos de desarrollo en que estos se encuentran: formulación, negociación o aprobación, instauración, finalización, aprovechamiento posterior a las experiencias.

Se efectuará con fines de analizar las causas por las que cada etapa del proceso no marchan según lo planificado y tomar decisiones para replantear estrategias, actividades, tareas, recursos; darlas por concluidas o abandonarlas.

2.6.1.7.1 Indicadores de Evaluación del Modelo de Gestión.

- Mejoramiento de la calidad de servicio ofertada por la Unidad Médica y requerida por los pacientes y familiares.
- Índices de egresos y transferencias de pacientes con vida a otros servicios o especialidades, cada mes incrementados.

- Capacidades aprendidas y aplicadas por las profesionales y otro personal de la UTI.
- Nuevos roles y desempeños del gerente, líderes de equipo de trabajo, servidores de la UTI.
- Médicos, enfermeras, enfermeros, trabajadoras sociales, dietistas, administrativos, camilleros, técnicos de mantenimiento, personal de servicios generales. capacitados, empoderados y comprometidos con la misión de la Unidad Médica.
- Estructura física, instalaciones e infraestructura de soporte (sala de Unidad Médica, equipos, muebles y medios tecnológicos) propicios para con la función de los gerentes, líderes de equipo, talento humano, paciente de ser posible y familiares, coadyuven en la consecución del principal propósito de la Implementación del Modelo de Gestión..

2.6.1.8 Sostenibilidad

Todo documento de Proyecto debe incluir una serie de reflexiones acerca de las posibilidades de supervivencia después de concluida la ejecución. Es necesario profundizar en la posibilidad del mantenimiento de sus efectos una vez haya finalizado su aplicación.

La sostenibilidad de este Modelo, se basa en su efectividad, y adecuación a las necesidades reales de los pacientes críticos, de los familiares, de la comunidad así como de los profesionales que prestan sus servicios en la UTI, y la eficiencia gracias a una utilización racional de los recursos disponibles.

Su sostenibilidad se fundamenta en el hecho de que los logros alcanzados serán producto de la humanización de los procesos, puesto

que en el Modelo son considerados como un servicio mas no como un favor a los pacientes ni mucho menos como un mero trámite burocrático que irremediablemente debe realizar; además será demostrable en la práctica al aplicarlo y al contrastar resultados obtenidos con el Modelo actual con los logros alcanzados al ejecutar el Modelo propuesto.

2.6.1.9 Implementación del Modelo de Gestión Sistémica en la UTI.

Para la aplicación del Modelo de Gestión Sistémica en primer lugar se debe socializar entre los agentes y actores del proceso productivo para lo cual se ha de planear una reunión a manera de taller en la que participen el gerente, los jefes de especialización, los profesionales, los administrativos, de servicios generales y de servicios de apoyo. En esta reunión se dará a conocer el contenido del Modelo para su empoderamiento y compromiso de los ejecutores.

Luego se capacitará a todos los generadores del proceso productivo en cuanto a los instructivos de actuación.

En otra etapa se hará un acompañamiento en el desarrollo de los procesos y en la auditoria, monitoreo y control de la aplicación del Modelo y los resultados obtenidos así como también en el diseño de estrategias para corregir errores, disminuir accidentes, etc.

Se hará una comparación entre el producto resultado de la modalidad anterior con el obtenido al aplicar el Modelo por procesos además de la investigación de su incidencia en el mejoramiento de la calidad de servicio que ofrece la Unidad Médica.

Sin embargo se considera que la aplicación del Modelo tendrá el éxito esperado si el gerenciamiento de la UTI adopta otra postura en cuanto a **planificación y delegación de responsabilidades**, si todos tienen claro

los procesos y subprocesos a ejecutar, se cambian los roles, se transforman las operaciones en servicios, si se marcan las líneas estratégicas.

2.6.1.9.1 Metodología de Aplicación

Para aplicar el Modelo de Gestión Sistémica en la Unidad de Terapia Intensiva, se requieren métodos, estrategias y técnicas que permitan desarrollar con ductilidad los procesos, que faciliten la interacción entre gerentes, líderes de equipo de trabajo, profesionales que generan los procesos, la planificación y control de actividades y recursos, la exploración y el descubrimiento de nuevas formas de atención al paciente crítico.

Es necesario tomar en cuenta una metodología que favorezca la producción creativa de los servicios y convierta en realidad, el postulado brindar una atención de calidad y calidez excelente; que incentive la actividad reflexiva y auto-crítica del talento humano; que faculte el acceso a herramientas para aumentar eficiencia y eficacia en la atención al paciente.

La selección y adecuación de la metodología ha de relacionarse también con los diagnósticos, características y condiciones de los pacientes, con las normativas legales, instructivos organizacionales, con las destrezas y capacidades de su talento humano.

Por el carácter de Modelo se sugiere aplicar el método de trabajo corporativo en equipos multidisciplinares; de socialización de experiencias y conocimientos, de trabajo por comités en los que participen representantes de cada tipo de profesional y personal de la Unidad Médica; de planificación participativa en la que además de los gerentes,

profesionales y demás servidores participe el usuario (paciente y familiares) a través de sus sugerencias.

2.6.2 Características especiales del Gerenciamiento de la UTI

El gerenciamiento de la UTI es trascendental para dar funcionalidad al Modelo de Gestión por tanto, posee características específicas y diferenciales que generan demandas específicas en la gestión de las mismas.

Su complejidad organizativa está determinada por particularidades propias del tipo de servicio que ofrece y brinda, entre las más importantes están:

El proceso productivo único, el componente social, la imprevisibilidad del consumo.

Su **proceso productivo** es único porque:

Quien demanda, el paciente, es el insumo clave del proceso productivo.

La demanda actúa como condicionante de la organización del proceso y las operaciones en el trabajo de su personal.

El proceso de producción es de tipo artesanal por su relación directa con el paciente y la mayoría de acciones se las efectúa en forma manual, y en él interviene una proporción elevada de profesionales con un alto grado de autonomía. Existe una gran necesidad de toma de decisiones compartidas y en coordinación del personal de diferente formación académica y especialización. Si bien se requiere de equipos o máquinas para restablecer al paciente, es la capacidad de decisión, las reacciones y

acciones ante las emergencias o diagnósticos, de los profesionales y del personal de la UTI las que determinan la recuperación o no del paciente.

Se presenta asimetría de información entre quien demanda y quien ofrece. Una información limitada, reducida y a veces incomprensible del consumidor.

La demanda no refleja sus verdaderas necesidades debido a su propia condición o tipo de diagnóstico.

Existe una demanda sin soberanía del consumidor porque es quien ofrece el que genera la demanda.

El **componente social** es particular porque:

Para el paciente, sus familiares y la sociedad en general, la Salud es considerado como un bien superior que debe de ser preservado. Entonces presionan a que el profesional de la UTI actúe incluso en número de veces superiores a las necesarias para garantizar que se cumpla este principio, preservar su salud por consiguiente su vida.

También la consideran como un producto social, por ser consecuente del accionar y de las expectativas de la población, ya que es a ésta a quien definitivamente se beneficia o perjudica generando muchas veces exageraciones por sobreprotección o relegación. Al ser asegurado, el paciente y/o sus familiares, tienen la convicción de que la Unidad Médica está en el compromiso de atender todos sus requerimientos como si fuesen los únicos en desmedro muchas veces de los otros pacientes.

La **imprevisibilidad** del consumo; dado al tipo de servicio y a que nadie puede evitar en algún momento presentar cuadros críticos, la Unidad ni

los pacientes pueden prever su consumo por lo que debe estar siempre preparada para las emergencias que se presenten.

Por consiguiente el gerenciamiento debe ser proactivo, previsor, dinámico con capacidad de provocar acciones inmediatas pero efectivas, eficientes y eficaces, haciendo que el paciente sea realmente el centro del proceso productivo porque todo su potencial conllevará a que obtenga un servicio de calidad excelente. Debe también ser capaz de estimular en los agentes y actores su potencial de líderes en la generación del servicio; principalmente debe propiciar la cultura de la mejora continua de los procesos para ofrecer y brindar atención de calidad excelente.

2.6.2.1 Procesos y Subprocesos a Ejecutar.

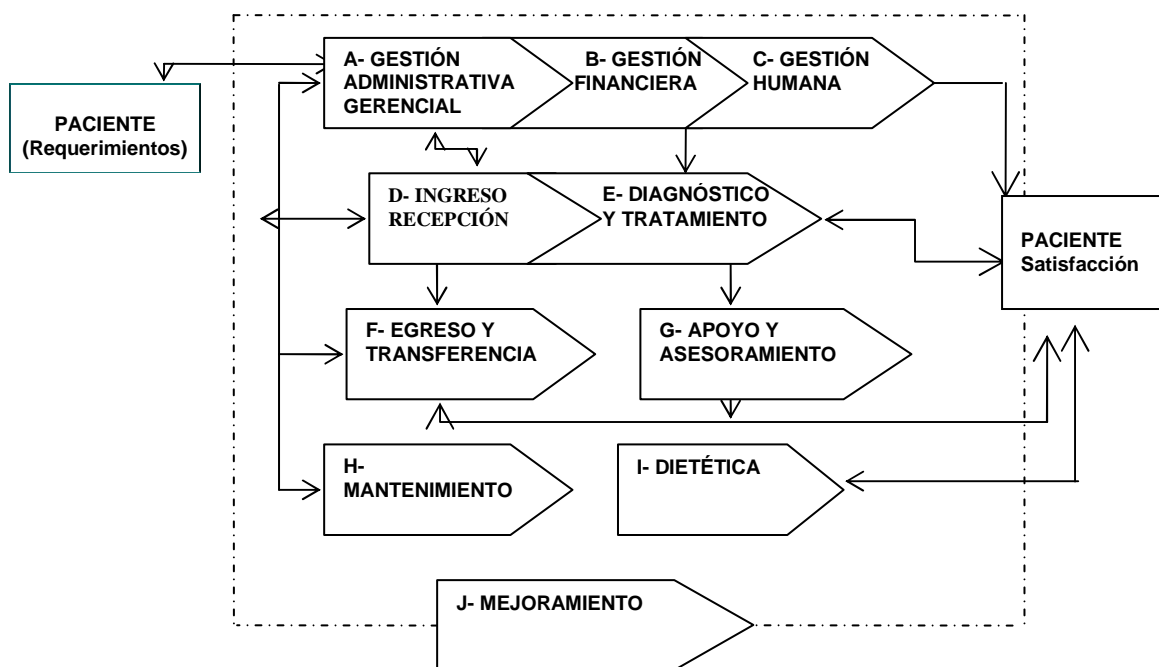
Conforme el tipo de paciente que ingresa a la UTI, los procesos en general a ejecutar son: Gestión Administrativa Gerencial, Gestión Financiera, Gestión Humana, Ingreso-Recepción del Paciente, Diagnóstico y Tratamiento del Paciente, Egreso y Transferencia del Paciente, Apoyo y Asesoramiento al paciente, Mantenimiento de Infraestructura Física y de Soporte, Dietética, Mejoramiento de la producción, cada uno se interrelaciona, interactúa y es interdependiente con el otro, dado a que ninguno puede actuar por separado porque incidiría directamente en el desarrollo del proceso productivo y por ende en la calidad de atención al paciente crítico.

Dependiendo del paciente o del diagnóstico y la Unidad o servicio de especialidad que provenga, difieren los subprocesos, puesto que las intervenciones, insumos, equipos y muebles son diferentes entre un caso y otro.

Atendiendo a los resultados obtenidos del análisis de fichas de ingresos de los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2008, mediante los

cuales se determinó que en mayor número de pacientes son provenientes de quirófanos en especial de los servicios de cirugía y medicina y que al momento de ingresar en su mayoría presentan diagnósticos como insuficiencia respiratoria, shock séptico, infección, coma, complicaciones de la cirugía torácica o neurológica, poli traumatismos entre otros, se describe los subprocesos a ejecutarse.

Se pueden observar a los macro procesos en forma más clara y sintética en el siguiente mapa de procesos que son generales para todos los pacientes de la UTI:



Procesos interrelacionados e interactuantes además de interdependientes porque el uno otorga o demanda del otro requisitos y resultados para iniciar, continuar o finalizar el desarrollo productivo correspondiente a su etapa, como se evidencia en la tabla de interacción de procesos.

INTERACCIÓN ENTRE PROCESOS										
	A. GESTIÓN ADMINISTRATIVA	B. GESTIÓN FINANCIERA Y HUMANA	C. GESTIÓN HUMANA	D. INGRESO Y RECEPCIÓN	E. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	F. EGRESO Y TRANSFERENCIA	G. APOYO Y ASESORAMIENTO	H. MANTENIMIENTO	I. DIETÉTICA	J. MEJORAMIENTO
A. GESTIÓN ADMINISTRATIVA		Políticas y objetivos de calidad. Requisitos del paciente. Plan de necesidades. Recursos. Autorizaciones	Diagnósticos Distributivo de trabajo (Equipo multidisciplinario). Informes	Políticas de calidad. Requisitos del paciente. Requisitos Legales. Infraestructura física y de soporte. Talento humano calificado.	Políticas y objetivos de calidad. Plan de acción. Distributivo de trabajo. Protocolos. Requisitos legales. Requisitos del paciente. Infraestructura física y de soporte óptima. Insumos, medicamentos.	Trámites legales. Comunicación con Unidad de transferencia. Transportación del paciente. Informes	Políticas y objetivos de calidad. Talento humano. Recursos. Instructivos organizacionales. Convenios interinstitucionales. Cronogramas. Presupuesto	Recursos. Instructivos organizacionales. Selección de empresa de mantenimiento	Requisitos legales. Normas de alimentación al paciente crítico. Instructivos organizacionales. Selección de proveedores	Políticas y objetivos de calidad. Cronograma. Convenios interinstitucionales. Capacitación.
B. GESTIÓN FINANCIERA	Medios. Suministros. Equipos y muebles. Insumos. Presupuesto		Suministros. Equipos, muebles. Medicamentos. Presupuesto	Materiales. Equipos. Insumos. Medicamentos.	Equipos. Muebles. Insumos. Medicamentos. Infraestructura	Diagnóstico. Recursos. Informes	Presupuesto	Requerimientos. Materiales. Repuestos. Presupuesto. Cronograma.	Requerimientos del paciente	Suministros. Tecnología innovada. Muebles e insumos
C. GESTIÓN HUMANA	Talento humano	Informes, Planificación, Necesidades		Fichas del paciente, talento humano	Talento Humano, Informes	Talento Humano, Informes, Directrices	Plan de necesidades	Requerimientos	Requerimientos del paciente	Talento Humano. Capacitadores
D. INGRESO Y RECEPCIÓN	Informes. Estadísticas	Requerimientos	Informes. Requerimientos		Condiciones del paciente al ingreso. Fichas de control y seguimiento al paciente. Requerimientos del paciente.		Estadísticas. Diagnósticos	Informes. Requerimientos del paciente	Requerimientos del paciente	Estadísticas
E. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	Requisitos. Inventarios. Estadísticas. Registros. Plan de Acción. Protocolos. Diagnósticos. Condiciones de evolución del paciente	Requerimientos del paciente. Informe de novedades con equipos, muebles, insumos, medicamentos. Requerimientos del personal	Requerimientos del paciente. Plan de acción	Requerimientos		Condiciones de egreso del paciente. Informes. Registros. Estadísticas. Fichas del paciente. Requerimientos del paciente.	Diagnóstico del paciente. Informes. Evaluaciones. Estadísticas.	Requerimientos. Informes de novedades	Requerimientos del paciente. Indicaciones del tratante.	Requerimientos del paciente. Requerimientos del personal. Informes. Estadísticas.
F. EGRESO Y TRANSFERENCIA	Plan de egreso. Diagnóstico del paciente al egreso. Informes de equipos, insumos, medicamentos, muebles, procedimientos empleados y aplicados, de talento humano que intervino	Requerimientos del paciente. Requerimientos del personal. Inventarios.	Requerimientos de los pacientes	Requerimientos	Requerimientos		Informes. Diagnósticos de egreso. Registro de casos especiales. Plan de acción. Estadísticas.	Requerimientos	Informes	Informes. Requisitos del paciente. Requisitos del personal. Diagnósticos

	A. GESTIÓN ADMINISTRATIVA-GERENCIAL	B. GESTIÓN FINANCIERA	C. GESTIÓN HUMANA	D. INGRESO RECEPCIÓN	E. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	F. EGRESO Y TRANSFERENCIA	G. APOYO Y ASESORAMIENTO	H. MANTENIMIENTO	I. DIETÉTICA	J. MEJORAMIENTO
G. APOYO Y ASESORAMIENTO	Plan trimestral. Requisitos del paciente. Requisitos legales. Proyectos de intervención. Necesidades económicas. Informes socio económicos del paciente. Diagnósticos de ingreso, evolución y egreso del paciente.	Requerimientos. Programas de capacitación. Informes. Auditorías. Evaluaciones Estadísticas		Plan de acción. Requerimientos del paciente.	Programas de intervención. Estudio de casos. Apoyo psicológico. Apoyo económico.	Trámites legales. Apoyo psicológico. Apoyo económico. Informe de estudios de casos.		Requerimientos	Supervisión. Requerimientos.	Información. Estadísticas. Requerimientos del paciente. Requerimientos del personal.
H. MANTENIMIENTO	Plan de necesidades. Evaluación, control y seguimiento.	Requerimientos.		Equipos, muebles, sala de Unidad en condiciones óptimas	Controles. Auditorías. Infraestructura óptima y propicia.	Equipos, muebles en óptimas condiciones	Informes. Reportes.			Informes. Cronogramas. Plan de acción. Requerimientos del personal.
I. DIETÉTICA	Certificados. Contrato. Informe de novedades. Plan de necesidades.	Requerimientos		Plan de acción	Plan dietético. Suministro de alimentos.	Informes. Recomendaciones.	Informes. Requerimientos del paciente.	Informes. Requerimientos.		Informes. Plan de capacitación.
J. MEJORAMIENTO	Programas de capacitación. Informes. Auditoría interna. Evaluación y monitoreo. Requerimientos del personal. Plan de capacitación y cronograma.	Requerimientos. Programas de capacitación. Plan de capacitación. Capacitación. Requisitos económicos.	Programas de capacitación. Plan de capacitación. Capacitación.	Instructivos. Capacitación	Requerimientos. Instructivos. Capacitación. Informes. Tecnología innovada. Auditoría, seguimiento. Control.	Programas de capacitación. Informes. Auditorías.	Programas de capacitación. Informes. Auditorías. Evaluaciones	Evaluaciones. Requerimientos. Supervisiones. Informes. Instructivos organizacionales.	Informes. Instructivos. Requisitos del paciente. Requisitos legales. Auditorías. Informes.	

En casos específicos por su frecuencia de ocurrencia (mayor porcentaje de pacientes que ingresan con estas dolencias en la Unidad Médica), se considera que la generación de los procesos de atención al paciente crítico debe generarse tal como se describe en ejemplos presentados a continuación:

En pacientes con Neumonía, entonces insuficiencia respiratoria:

PROCESO	SUBPROCESOS	MICROPROCESOS
RECEPCIÓN	Preparación de sala de Unidad con ventiladores, monitores, tomas de oxígeno, equipo de diagnóstico; insumos y medicamentos acordes con tipo de paciente y servicio de procedencia; antibióticos, antipiréticos, anti infectantes, alimentación enteral. .	Limpieza de Sala, preparación de cama y ropa para el paciente, revisión de equipos, preparación de mesa de curaciones.
VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO	Valorar libre tránsito de vías respiratorias .Valorar orientación, apatía e irritabilidad.Evaluar gasometría arterial y complicación en salud	Determinar presencia de secreciones. Evaluar nivel de conciencia y actitud. Determinar patrón respiratorio. Comprobar intercambio gaseoso. Estudiar exámenes de rayos X.
TRATAMIENTO	Dar confort. Auscultar pulmones. Administrar oxígeno. Administrar agentes anti infecciosos, analgésicos, antiarítmicos, anti depresivos. Administrar líquidos y dieta hiperproteica. Monitorizar gasometría, hemograma, recuento de leucocitos. Controlar temperatura y color de piel. Planificar reposo. Registrar procedimientos, insumos, equipos empleados.	Colocar posición adecuada, proporcionar apoyo emocional e información sobre enfermedad. Controlar secreciones, realizar cultivo y sensibilidad de esputo, inspeccionar tórax, medir corriente pulmonar espirado. Colocar sonda, proporcionar oxígeno durante comidas. Seguir prescripción médica. Valorar patrón nutricional. Controlar ingesta y eliminación. Valorar diuresis. Valorar patrón de sueño. Llenar fichas, hacer informe por turno.
EGRESO Y TRANSFERENCIA	Planificar egreso. Preparar al paciente. Realizar informe. Transportar al paciente.	Obtener diagnóstico médico de evolución. Contactarse con servicio a transferir. Conectar equipo, aplicar insumos y medicamentos según requerimiento. Describir procedimientos y exámenes efectuados y los sugeridos, adjuntar placas y resultados de estudios. Preparar la camilla, colocar al paciente, acompañar de profesionales de apoyo si es necesario.

En pacientes con Trauma torácico por ende fue sujeto a cirugía torácica:

PROCESO	SUBPROCESOS	MICROPROCESOS
RECEPCIÓN	Preparación de sala de Unidad con ventiladores, monitores, equipo de diagnóstico, insumos y medicamentos acordes con tipo de paciente y servicio de procedencia.	Limpieza de Sala, preparación de cama y ropa para el paciente, revisión de equipos, preparación de mesa de curaciones.
VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO	Definir características de dolor. Dar soporte respiratorio. Estudiar gasometría. Establecer tipo de afección.	Conectar ventilador. Analizar exámenes de eco o rayos X.
TRATAMIENTO	Dar confort. Mantener higiene pulmonar. Controlar datos vitales. Aplicar insumos de ser necesario. Administrar medicamentos prescritos. Controlar ingesta y excretas. Limpiar herida. Anotar evolución.	Elevar cama y dar apoyo psicológico. Colocar catéteres prescritos.
EGRESO Y TRANSFERENCIA	Elaborar plan de egreso. Preparar al paciente. Elaborar informe de egreso. Transportar a servicio de especialidad	Contactarse con servicio o especialidad de transferencia. Anexar exámenes, estudios y recetas realizadas y prescritas.

2.6.2.1.1 Ejecución de los Procesos y Subprocesos.

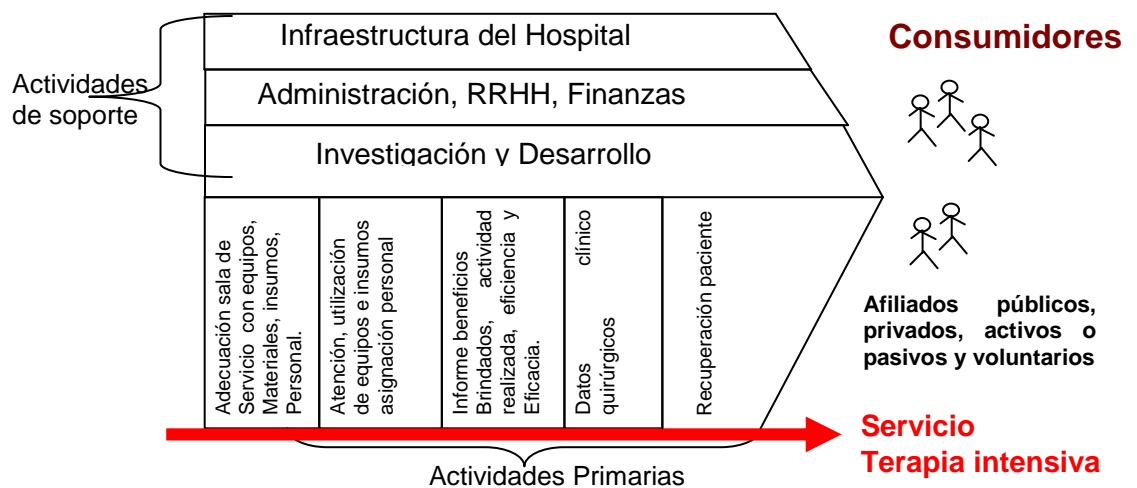
Para clarificar las acciones e intervenciones del profesional de la UTI, con el paciente, el investigador ha desarrollado un **Manual de Procesos**, al

que pueden referirse para cumplir sus funciones y responsabilidades. Este Manual contiene, Introducción, objetivos, alcance, instructivos, glosario de términos. (Ver anexo A).

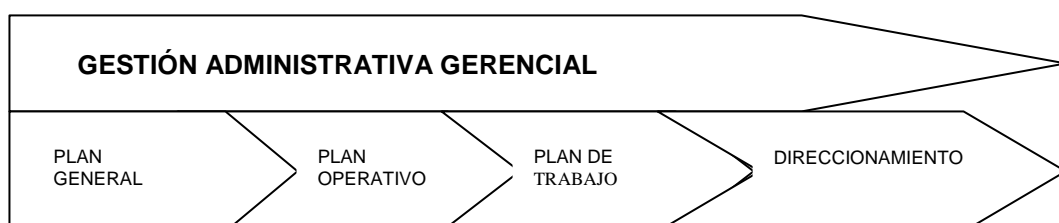
2.6.2.1.2 Nueva Cadena de Valor:

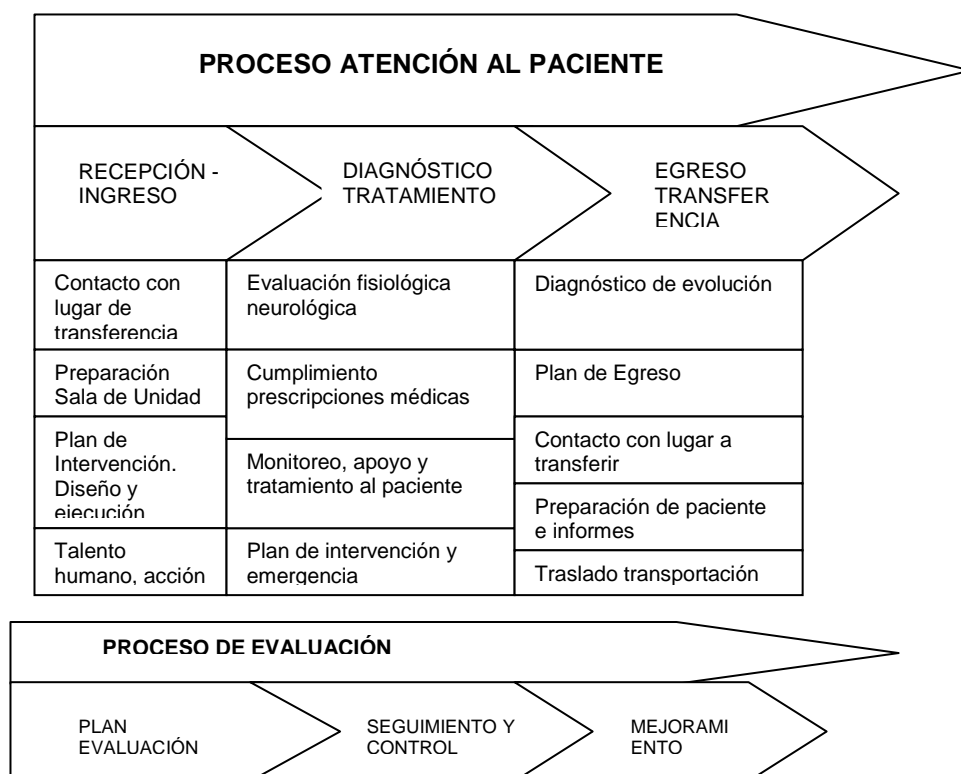
En Terapia Intensiva el desarrollo de procesos se ve dinamizado por un conjunto de actividades secuenciales vinculadas entre sí desde que es transferido del servicio, especialidad o centro hospitalario de origen hasta que es egresado y transferido al servicio o especialidad correspondiente o en su defecto a otro hospital debido a situaciones que no están bajo control de la UTI, como también si todo lo que su talento humano ha desplegado no tuvo los alcances esperados, a morgue. Toda esta secuenciación de actividades es la cadena de valor.

En forma general en la UTI se genera la siguiente cadena de valor:



Conforme los procesos y subprocesos su cadena sería:





Cadena de valor que será generada conforme los actores y gestores del proceso productivo se familiaricen e empoderen de su verdadero rol en la atención al paciente crítico y de a poco vayan cambiando su accionar como meros ejecutores de funciones para convertirse en líderes de los procesos.

Además debe ir acompañada de una herramienta que facilite la descripción de las revisiones o resultados obtenidos.

Descripción de las Revisiones

REVISIÓN	FECHA	ALTERACIÓN	OBSERVACIÓN
00	28-05-2007		Emisión inicial
			Aprobación inicial

Todo lo anterior es descrito como la organización del proceso de producción asistencial sobre la base de la calidad, los costos, la

información, la factibilidad, la eficacia y la eficiencia. Está orientada a obtener el máximo beneficio para el paciente. Su objetivo es mejorar la relación profesional paciente, profesional equipo, insumos, muebles, así como la interpersonal entre los profesionales sea cual fuere su especialidad, nivel de preparación o su función. En el desarrollo del proceso productivo ha de recurrirse a estrategias que el Gerente de la Unidad debe establecer como lineamientos generales de actuación.

2.6.2.2 Estrategias

Estas son planteadas conforme tipo de dolencia, características del paciente, gravedad de diagnóstico para que viabilicen el accionar de sus funcionarios sean jefes de Unidad, médicos, enfermeras/os, auxiliares de enfermería, de servicio general u otro de apoyo.

En cumplimiento de la misión, visión, objetivos al de Unidad de Terapia Intensiva se desarrollarán las siguientes estrategias que conduzcan al logro de sus metas:

Generales:

- Apoyar los procesos con los conocimientos adquiridos por los profesionales y demás empleados, en la formación académica tanto teóricos como prácticos además de la tecnología disponible, contribuyendo a la conservación del medio ambiente hospitalario.
- Establecer medidas de identificación, prevención y valoración de riesgos para los procesos y procedimientos aplicados en la atención al paciente.
- Diseñar planes de mejoramiento continuo que coadyuven al logro de la eficiencia, eficacia y calidad en el servicio ofertado y brindado y

aplicación de procedimientos de atención a pacientes conforme diagnóstico y evolución que presenten.

- Diseñar e implementar jornadas de sensibilización en los temas de control interno y autocontrol para los jefes de dependencia y el talento humano en general, que garantice un alto nivel de concienciación y sentido de pertenencia con la Unidad Médica.
- Realizar acciones de seguimiento de las recomendaciones presentadas por los órganos de control e incentivar procesos de intercambio Interinstitucional, para lograr actualización y mejoramiento continuo de los procesos.
- Promover mecanismos que fortalezcan la participación de todo el personal de la UTI facilitando la conformación de veedurías que coevalúen su desempeño y la gestión institucional, que coadyuven al mejoramiento del servicio al paciente y sus familiares, las relaciones interpersonales y la estima de sus servidores.
- Facilitar la capacitación y actualización permanente de los actores y gestores del proceso productivo, que garantice una cualificación técnica de su labor.
- Establecer acuerdos con los profesionales de salud y otros empleados de la Unidad Médica que operan, manejan y hacen mantenimiento de los equipos y muebles, con la finalidad de que se evite deterioro o daño en sí se prolongue su vida útil

De bajo Costo:

- * Ejecutar las funciones en menor tiempo pero con mayor efectividad y eficiencia.

- * Rehabilitar al paciente con mejor atención, evitando derroche de tiempo, recursos y talento humano.
- * Prestar excelente atención con nuevos métodos y técnicas que satisfagan tanto al cliente como al propio servidor.
- * No limitarse a atención netamente profesional sino también dar afecto y motivación al paciente, para que encuentre objetivo y experimente pronta mejoría.

De Enfoque:

- Brindar atención de calidad con los medios y recursos que dispone, para lo cual los optimiza y dinamiza.
- Aprovechar la capacidad y disposición del profesional para atender todas las demandas del usuario de manera adecuada y ajustada a la realidad.
- Comprometer el talento humano y los recursos en la satisfacción del paciente que es transferido a la Unidad.

De operaciones;

- Planes de trabajo diseñados con actividades, responsables y recursos apropiados y oportunos, así como también determinando qué, cómo y con qué propósito se evaluará su cumplimiento.

De Flujo Flexible:

- Distribuir equipos, muebles, insumos y materiales conforme demande la atención el paciente.

- Evitar que demore la rehabilitación del paciente por no ser oportunos, efectivos y eficientes en las intervenciones.
- Delegar funciones acordes con tipo de intervención y profesionalización.
- Conforme etapa de intervención y condiciones en las que se encuentre el paciente ha de ser ubicado junto o cerca de equipos, material, insumos y personal apropiados.

2.6.2.3 Construcción e Interpretación de Indicadores Gerenciales.

El aplicar dichas estrategias determina se construyan indicadores gerenciales cuya interpretación correcta contribuye a toma de decisiones efectivas, eficientes y oportunas.

Hoy en día en gestión todo **lo que no se evalúa no puede ser mejorado** y por tanto, deja de ser útil para una mejor toma de decisiones consecuentemente la organización no progresa ni llega a la excelencia en la calidad de servicio que ofrece. Para dicha evaluación se emplean los denominados indicadores de gestión administrativa, los mismos que permiten valorar tanto los factores externos como internos que intervienen en el normal desempeño o desarrollo del proceso de productividad.

En la UTI, vista ésta como una gerencia, también existen los denominados Indicadores de gestión, que orientan y traducen el estado de salud en que se encuentra y puede ser medido en términos de recursos humanos, tecnológicos, materiales, financieros, etcétera.

En ésta Unidad Médica intervienen indicadores del entorno mismos que ya están dados, el evaluador los toma del entorno (tasa de natalidad, mortalidad, morbilidad, desempleo, esperanza de vida, etc.) así como

también los de la Unidad que se los construye a lo interno (porcentaje de ocupación, giro de cama, promedio días de estadía de los egresos, tasa de accidentes con los pacientes, entre otros).

Los externos o del entorno facilitan conocer la situación en la que está inmersa la organización, éstos luego de seleccionados son sometidos a un riguroso examen, poniendo énfasis en las oportunidades y amenazas que el contexto le brinda. Los organizacionales o propios de la entidad en cambio permiten determinar como está internamente funcionando la Unidad, cuáles son virtudes y cuáles sus falencias, pone énfasis en las fortalezas y debilidades.

Para construir los internos se requiere de un sistema de información que capte datos cotidianos del paciente, de los procedimientos realizados para el paciente, de los insumos, medicamentos, muebles y equipos empleados para su atención, manejo y tratamiento, para luego transformarlos en información válida. De esta forma el sistema de registros debe estar enfocado no sólo a fines administrativos o financieros, sino a características diagnósticas e individuales de los pacientes para no perder el carácter epidemiológico.

De esta forma, se tiende a la mejoría continua de la calidad, incorporando herramientas de diagnóstico y comparación.

Para construir e interpretar un indicador el gerente y los funcionarios de la Unidad Médica han de considerar que cada uno de éstos:

- Muestra tendencias y desviaciones de una actividad sujeta a influencias internas y externas con respecto a una unidad de medida convencional.

- Adquieren importancia cuando se les compara con otros de la misma naturaleza, correspondiente a periodos anteriores y con indicadores preestablecidos que se consideren adecuados.
- Son instrumentos que permiten cuantificar las relaciones entre dos o más variables, de unos mismos o diferentes fenómenos.
- Permite el control y seguimiento del grado de avance del cumplimiento de las metas programadas.
- Detectan desviaciones, identifican causas y nos sirven como referencia para una eficaz toma de decisiones

Sumado a ello debe comprender que hay que establecer los estándares de medición dado a que son:

- Rango de valores aceptables que se pretenden obtener al aplicar un indicador.
- Están íntimamente ligados con la evolución de los resultados.
- Mide un resultado, lo compara con una norma de referencia, y evalúa al responsable correspondiente.
- Son instrumentos de medida sobre la actuación de los responsables de las operaciones.
- Punto de referencia para saber si el nivel de desempeño es mejor, igual o peor que el nivel ideal u óptimo

Teniendo claro que un indicador, es una medida de resumen de variables cuantitativas o cualitativas, su construcción es sencilla

puesto que la operación matemática a utilizar es una simple división entre variables.

$$\text{Indicador} = \frac{\text{Variable cuali/cuantit}}{\text{Variable cuali/cuantit}}$$

Para asignar valor a las variables, la Unidad debe contar con un sistema de registros adecuado que capte permanentemente los datos necesarios sea día a día o en la frecuencia determinada. Además debe capacitar al personal, informándole la importancia que tiene la carga de datos en forma constante, homogénea y normalizada, a la hora de mantener un sistema estadístico que permita la construcción de indicadores¹⁶.

En la UTI como en toda organización existen entradas, su entrada es el paciente que busca salir de su estado crítico de salud, así como toda la estructura de cargos, física y de soporte (instalaciones, equipos, normas y organización, registros de información, talento humano, recursos financieros, etc.). Tiene una misión de obtener cambios en el estado de salud del paciente, incluye la satisfacción del mismo, para esto se realizan diferentes actividades llamadas procesos, utilizando la estructura y se obtienen resultados.

El enfoque sistémico **se basa en la lógica de la transformación**. Las entradas son procesadas de tal manera que producen un cambio entre lo que ingresó y lo que egresó, si no se produce la transformación o fue insuficiente, significa que en algún lugar del sistema existen fallas que deben ser explicitadas, una manera de hacerlo es evaluar la estructura, procesos y resultados a través de indicadores, analizando los mismos individualmente, pero por sobre todo buscando relaciones entre estos tres componentes.

Ejemplo:

¹⁶ SÁNCHEZ Guzmán, Mariano. “*Indicadores de Gestión Hospitalaria*”. Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Mex. v.18 n.2 México abr-jun. 2005.

Indicador de estructura: porcentaje de capacitación a enfermer@s = enfermer@s profesionales / total de enfermer@s.

Indicador de proceso: tasa de cumplimiento de normas de enfermería

Indicador de resultado: tasa de accidentes de pacientes internados = total de accidentes de pacientes internados / total días cama ocupados.

Entonces, la tasa de accidentes de pacientes (resultado) podría estar relacionada con el cumplimiento de las normas de enfermería (proceso) y ésta con el porcentaje de capacitación del personal de enfermería (estructura). En este caso aplicando una política de capacitación al personal de enfermería, se podría reducir la tasa de mortalidad dentro de la UTI, en otros términos mejorar los resultados.

Esto demuestra cuan importante es planificar con base científica, que siga una secuencia lógica, así:

Se diagnostica a través de indicadores.

Se proponen objetivos: disminuir los accidentes dentro de la UTI.

Se proponen estrategias capacitar al personal de enfermería.

Se controla el éxito de la planificación a través de comparación de indicadores (histórica, con estándares, con objetivos, con metas)

Consecuentemente desarrollar un grupo de indicadores clave en la atención del enfermo crítico permiten consensuar los criterios de calidad en estos pacientes y facilitar a los profesionales un instrumento potente y fiable para la evaluación y la gestión clínica, introducir métodos de evaluación comunes que permitan al unificar la medida, evaluar

comparativamente, disponer de información que permita el desarrollo de planes de calidad (datos cuantitativos, objetivos, fiables y válidos) y disponer de un sistema que garantice la calidad total de la asistencia del enfermo crítico.

Los indicadores formulados para la UTI guardan conformidad con las funciones, atribuciones y competencias del personal que labora en la Unidad, así como de los estándares y protocolos en los que se rige su accionar.

Se ha considerado principalmente aquellas funciones que se relacionan en forma directa con el paciente tanto en acciones como en actitudes.

Como se aprecia en el cuadro siguiente, se hace una relación entre competencias, la metodología que se utilizará para medir o comprobar que se desarrollan esas competencias, los indicadores que determinarán el grado de su cumplimiento, las metas que se persigue con ello y las estrategias a utilizar con el propósito de que sea factible de evaluar.

2.6.2.3.1 Indicadores para el Servicio de Terapia Intensiva

<p>Nombre del Descriptor: Tasa de pacientes que ingresan al Servicio de Terapia Intensiva. Definición: Cantidad de pacientes que ingresan a la UTI. Unidad de Medida: % Unidad Operacional: $\frac{\# \text{ de pacientes que ingresan al Servicio}}{\# \text{ total de pacientes que egresa,}} \times 100$ Meta: Recibir al 100% de pacientes transferidos al Servicio.</p>
--

<p>Nombre del Descriptor: Tasa de pacientes que son atendidos en el Servicio de Terapia Intensiva. Definición: Errores en la aplicación de métodos y técnicas de atención a pacientes transferidos que ingresan al Servicio de Terapia Intensiva. Unidad de Medida: % Unidad Operacional: $\frac{\# \text{ de procesos, métodos, técnicas aplicados correctamente en la atención de los pacientes}}{\# \text{ total de pacientes transferidos}} \times 100$ Meta: Lograr el 0% de errores en la aplicación de métodos y técnicas de atención a pacientes que ingresan al Servicio de Terapia Intensiva.</p>

Nombre del Descriptor: Tasa de veces en mejor trato al paciente que ingresa al servicio de Terapia Intensiva

Definición: Trato que se da a los pacientes que ingresan al Servicio de Terapia Intensiva.

Unidad de Medida: %

Unidad Operacional:
$$\frac{\# \text{ de veces en que se da mejor trato a pacientes que ingresan a UTI}}{\# \text{ total de pacientes que ingresan a la UTI}} \times 100$$

Meta: Lograr una atención humanística, solidaria con el 100% de pacientes que egresan de la Unidad satisfechos.

Nombre del Descriptor: Tasa de mejoramiento de estilo uso y manejo de equipos, insumos y documentos en atención a pacientes que ingresan al Servicio de Terapia Intensiva.

Definición: Mejoramiento de uso y manejo de equipos, insumos y documentos en atención pacientes que ingresan al Servicio de Terapia Intensiva.

Unidad de Medida: %

Unidad Operacional: ~~$$\frac{\# \text{ equipos, insumos y documentos operados y empleados óptimamente}}{\# \text{ total de pacientes recuperados y transferidos en menor tiempo}} \times 100$$~~
en la atención de pacientes

Meta: Mejorar al 100% el uso y manejo de equipos, insumos y documentos.

Al realizar la comparación entre las variables señaladas se obtuvo el siguiente listado de indicadores que podrían ser utilizados en la UTI

Tablero de Indicadores

INDICADORES	ESCALA				
	A	B	C	D	E
Aplicación de conocimientos científicos apropiados					
Técnicas aplicadas en asistencia al paciente					
Manejo metodológico apropiado de equipos e insumos					
Exactitud en toma de decisión ante complicaciones en el paciente					
Atención inmediata considerando estándares y protocolos de atención					
Control de condiciones hemodinámicas, nivel de conciencia, coordinación de movimientos corporales					
Control de ingesta y eliminaciones					
Utilización de equipos adecuados según resultado de aplicación de escalas de valoración.					
Rigor en la interpretación y emisión de información					
Precisión en suministro de medicación y utilización de insumos según requerimiento.					
Condición de líder en la delegación de funciones					
Nivel cultural en el trato al paciente					
Aplicación de manual de procedimientos, reglamentos y normas de atención.					
Tiempo efectivo empleado en la ejecución de cada actividad.					

Escala de apreciación:

- A. Excelente
- B. Bueno
- C. Regular
- D. Deficiente
- E. Muy deficiente

Los resultados del análisis comparativo entre los indicadores demostrarán que existen posibilidades de mejora en todos y cada uno de ellos. Por otro lado, y de manera particular en este caso, el seguimiento de indicadores a través de un sistema de mejoramiento continuo de la calidad permite acercarse a lo óptimo.

En resumen, se puede afirmar que la calidad de producción en la UTI puede ser medida, pero lo que es más importante, puede ser mejorada.

2.6.3 Cambio de roles y responsabilidades de Jefes y personal del servicio

Para cumplir la misión, cristalizar sus propósitos, aplicar las políticas institucionales y alcanzar las metas, los jefes de la UTI y los profesionales que prestan en ésta sus servicios deben replantear sus acciones y comportamientos así como reconsiderar la posibilidad de capacitarse tendiendo a un mejoramiento profesional.

Dicho de otra manera, los objetivos que deben perseguir sus jefes y el personal del servicio serán: el conocimiento de los procesos intelectuales y la incorporación de las aptitudes que les son propias, y más específicamente las de más directa aplicación a medicina intensiva, así como adquirir las habilidades y destrezas que, posteriormente, será necesario aplicar en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes trasladados a esta Unidad.

Principalmente deben comprender la necesidad de mantener un acercamiento en lo humano a los pacientes y sus familiares, y de valorar las situaciones personales y sociales que rodean al paciente crítico.

Debido a que las funciones de los Jefes de Servicio en las organizaciones de salud han cambiado sustancialmente en los últimos años, pasando de convertirse en los mejores jefes o profesionales especialistas del Servicio y a costa de lo que sea, tanto sus gerentes como los profesionales que generan operaciones productivas deben ser esencialmente:

Quien monitorea continuamente las acciones, los procesos y los resultados generados.

Quien establece las calificaciones y cualificaciones profesionales requeridas.

Quien se responsabilice de la educación, capacitación, profesionalización y mejoramiento continuo de los integrantes del equipo de salud de la Unidad Médica.

Actualmente se requiere que Coordinadores y personal del servicio:

Tengan mayores responsabilidades administrativas, ejerciendo los roles y funciones inherentes a un gerente o profesional de la UTI.

Garanticen que los cuidados a los pacientes críticos sean brindados, además de acordes con la experiencia adquirida en su formación, prácticas profesionales o tiempo de trabajo en la Unidad Médica, de forma ética y humanitaria.

Establezcan la programación anual de actividades y recursos.

Establezcan la normalización de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de su Unidad.

Definan los productos de su Unidad y establezcan sobre la base de ellos los indicadores de productividad y calidad con los que cree deben ser monitoreados y evaluados.

No establezcan división peor jerarquización entre sus funciones de brindar atención de alta calidad a su paciente y de gerenciar este servicio, pues todo profesional que desea introducir calidad en el servicio de salud debe poseer conocimiento mínimo de herramientas básicas de gestión de salud para de esta manera plantear propuestas de mejora continua, colaborar en la implementación y control de los cambios.

Este cambio de roles implica el desafío de **aumentar la profesionalización en cuanto a las herramientas de gestión** tanto de los Gerentes del Servicio, Coordinadores de especialidad y líderes de grupo de trabajo como de cada uno de los profesionales que aquí trabajan. Así como también implica delegación de atribuciones para tomar decisiones en aquellos niveles donde se cuenta con la mayor información, recursos y posibilidades de actuar oportunamente con la mayor eficacia.

Esa delegación más que de funciones, de responsabilidades en el desarrollo del proceso productivo debe guardar coherencia con las competencias que cada profesional o personal del servicio debe poseer.

La definición de los perfiles basados en competencias tiene como finalidad dar a conocer las conductas que requiere una persona para tener éxito en su desenvolvimiento dentro de la UTI.

2.6.3.1 Perfil del servidor por competencias.

En atención a lo que se plantea en esta investigación, **mejorar los procesos de producción** para atender a los pacientes en estado crítico que ingresan a Terapia Intensiva y que de ésta egrese en condiciones aptas para continuar su vida, es decir satisfecho, por ende elevar la identidad institucional de la Unidad Médica. Los profesionales deben ser capaces de:

- Asistir pacientes críticamente enfermos provenientes de diferentes disciplinas médicas.
- Desempeñar su tarea de modo resolutivo y práctico con fundamentos teórico-científicos, basados en la evidencia médica actual.
- Establecer una adecuada relación médico-paciente, entendiendo que ésta abarca tanto a pacientes con capacidad intacta para comprender y expresarse como aquellos que por algún motivo no pueden hacerlo.
- Establecer una adecuada relación profesional de la salud-familiar, imprescindible a la hora de la comunicación diaria del estado de los pacientes.
- Utilizar herramientas que permitan la búsqueda de la mejor información médica disponible, teniendo en cuenta el desarrollo de la medicina basada en evidencias y desarrollar un espíritu crítico que permita seleccionar correctamente la información médica.
- Adquirir conocimientos básicos en metodología de la investigación que permitan desarrollar investigaciones científicas.
- Mantener una actitud de aprendizaje y enseñanza permanentes.

- Adquirir los conocimientos y prácticas elementales en la gestión y dirección médica en unidades de cuidados críticos.
- Obtener los conocimientos necesarios acerca de las patologías susceptibles de ser tratadas en las Unidades de Terapia Intensiva y de las técnicas utilizadas para su diagnóstico y tratamiento, a fin de lograr la capacitación para:
 - Prestar cuidados especializados a los pacientes subsidiarios de atención en las áreas propias de la especialidad.
 - Actuar en la promoción y prevención de la salud de las patologías prevalentes en la UTI.
 - Planificar la atención de la UTI que precise la población en el campo de acción que le es propio.
 - Educar sanitariamente desde la perspectiva de la especialidad, tanto al personal auxiliar o de apoyo como a la población en general donde preste sus servicios.
 - Adquirir el interés, el hábito y la metodología para la realización de programas de investigación clínica y experimental.

Para ello la gerencia:

- Estimulará a mantener una actividad de aprendizaje y enseñanza permanentes.
- Habituarles a utilizar el método científico basado en la obtención de la mayor información de los datos conocidos, la demostración racional de hipótesis objetivas, el desarrollo de un espíritu crítico y un cierto grado

de saludable escepticismo, así como a mantener una actitud no dogmática.

- Transmitirles la necesidad de mantener un acercamiento en lo humano a los pacientes y sus familiares, y de valorar las situaciones personales y sociales que rodean al paciente crítico.

2.6.3.2 Diseño del Trabajo

El diseño y planificación del trabajo que se efectúa y genera en la Unidad de Terapia Intensiva debe considerar algunos aspectos y parámetros relacionados con el talento humano que presta sus servicios, en lo referente a su formación académica, capacitación y mejoramiento profesional, sus capacidades y potencialidades físicas e intelectuales, su interacción con sus compañeros, con el lugar del trabajo, los equipos, muebles e insumos.

Si se desea alcanzar alta velocidad y precisión en los procesos productivos, principalmente el gerente o persona encargada de planificar el trabajo para delegar responsabilidades, tomará como referencia el grado de preparación académica que el empleado posee así como su disposición para convertirse en **líder en los procesos**. Para que participe activamente en la planificación, e inspección de su propio trabajo es importante que recurra a la administración denominada ampliación vertical además de las variables clave que conlleven al mejoramiento de la productividad laboral como:

Educación básica apropiada de la fuerza laboral: El tipo y nivel de preparación del personal depende estrictamente de la función que desempeña directamente con el paciente que ingresa a este servicio, así:

Médicos: Deben estar aptos para desempeñarse como especialistas, tratantes o residentes, es decir poseer los conocimientos mínimos requeridos para este tipo de función.

Enfermer@s: preparación superior, mínimo licenciatura; de ser posible grado de cuarto nivel (maestría).

Auxiliares de Enfermería: título profesional obtenido en centros de educación superior, o al menos diploma que le acredite como tal

Camilleros: título de bachiller en cualquier especialización

Contar con las personas que posean las características adecuadas para manejo, cuidado y tratamiento de pacientes críticos hará que la UTI se transforme en unidad dinámica que forma parte de los procesos importantes dirigidos a satisfacer expectativas y necesidades tanto de clientes internos como de clientes externos, en donde el mayor énfasis se hace en las características de la persona que dirige, genera y provee el servicio.

Una de las mejores formas de averiguar qué se necesita para lograr un desempeño exitoso en un puesto de trabajo determinado, es estudiando a los individuos que tengan un desempeño exitoso en el mismo y analizar qué hacen para lograrlo. Esto quiere decir, realizar una evaluación no del puesto de trabajo, sino de la persona que realiza el trabajo. Los resultados de este proceso proporcionan información que puede ser utilizado como insumo para la planificación del trabajo para las diferentes acciones, funciones y tareas, ya que crean un punto común de referencia.

Pero es importante recalcar que la planificación del trabajo debe hacerlo en forma conjunta Gerencia con coordinadores de especialidad (de médicos, de enfermería, trabajo social, dietética, servicios generales),

formando equipos de procesos heterogéneos e interdisciplinarios de tal manera que unos se apoyen y apoyen a los otros y se responsabilicen colectivamente del rendimiento y de los resultados del proceso total, no sólo de una pequeña parte de él. Se controlará que todos se conviertan en capacitadores y aprendices de los otros, es decir prime la actitud de docencia, de compañerismo y solidaridad entre ellos puesto que todos los miembros del equipo tienen por lo menos algún conocimiento básico de todos los pasos del proceso y probablemente realizan varios de ellos.

Además de los líderes por especialidad han de nombrar un líder general del equipo de trabajo. En todo del proceso de atención al paciente el líder general será quien comande, asigne responsabilidad y supervise se ejecuten cabalmente los subprocesos y actividades, así como también prestará su contingencia.

Para los casos especiales y en emergencias que se presenten, el líder general conformará un equipo de apoyo eficiente y efectivo, será el responsable principal de los subprocesos y actividades a desarrollarse. Él determinará el número de integrantes, asignará el lugar de ubicación, la intervención a realizar, la secuencia y número de veces de su accionar.

El Modelo de Gestión Sistémica requiere para el desarrollo de procesos de generación del servicio o atención al enfermo crítico, que los equipos de trabajo sean estructurados de tal manera que se facilite un trabajo dinámico, humano, dialógico tal como se plantea a continuación:

Por turno se conformará un equipo de 37 personas: 3 médicos tratantes, 6 médicos residentes, 9 enfermeras/os, 9 auxiliares de enfermería, 1 trabajadora social, 1 responsable de inventarios, 1 responsable de farmacia, 2 de dietética, 3 de servicios generales, 2 camilleros.

De ese equipo se deben conformar subgrupos que se responsabilizarán de 6 enfermos en el caso de médicos tratantes, de 3 en caso de los médicos residentes, de 2 en caso de enfermeras/os y auxiliares de enfermería. Las otras personas intervendrán conforme la necesidad que se presente en sus respectivas responsabilidades. Se considera que el mínimo de camilleros debe ser dos porque en ocasiones el único que se asigna por turno es ocupado para otros menesteres tales como llevar pedidos de exámenes o recetas a farmacia general o porque está trasladando pacientes desde y hacia la UTI y/o servicios y especialidades del Hospital

En caso de presentarse emergencias y para la recepción e ingreso de pacientes dependiendo el diagnóstico con el que procede, el equipo debe estar conformado por un médico tratante, dos médicos residentes, una enfermera y un enfermero, dos auxiliares de enfermería, una persona de servicios generales, un camillero (de ser necesario).

Durante el proceso de atención al paciente que ingresa y presenta emergencias por complicación en su tratamiento, los profesionales y demás personal se ubicarán de manera estratégica. Un médico tratante a la derecha, un médico residente lado superior izquierdo, un médico residente al pie, una enfermera o un enfermero a cada lado de la cabecera del paciente, una auxiliar de enfermería a cada lado del pie del paciente. El camillero y otro personal estarán atentos a las indicaciones del líder de equipo para intervenir.

Entre el personal deben existir unos con mayor nivel de preparación académica que los otros. Debe verse también la forma en que se combine personal antiguo con nuevo.

Esto con el propósito de que haya mayor colaboración y a su vez se esté capacitando constantemente todo el personal.

Estructura Organizacional: para que haya un verdadero servicio de calidad excelente todo el proceso productivo ha de convertirse en trabajo de equipo en donde la administración del proceso se convierte en parte del oficio de sus integrantes. Decisiones y cuestiones intra especialidades que requerían de la aprobación de sus coordinadores, jefes de especialidad o del jefe de Unidad, las toma y las resuelve el equipo en el curso de su trabajo normal. Entonces hay que abandonar la estructura jerárquica y adoptar una plana con el propósito de que haya más acercamiento entre los gerentes, los pacientes y el personal que genera y brinda el servicio; sólo así los prestadores del servicio se convertirán en líderes de los procesos y serán capaces de influir y reforzar los valores de sus pacientes y de sus compañeros con palabras y hechos.

Para que esta forma de trabajar de resultado, es importante que Gerencia y coordinación de especialidades se involucren en el proceso de atención a los pacientes, deleguen funciones, faculden la toma de decisiones inmediatas relacionadas con el tipo y momento de atención al paciente, además de que planifiquen y desarrollen programas de motivación y relaciones interpersonales para que el personal se empodere de sus responsabilidades y se sienta identificado con la misión que cumplen y con la Unidad Médica en la que laboran, sólo así se logrará que las operaciones que se realizan se transformen en servicio.

Si bien la estructura del HCAM es jerárquica funcional, ello no es un limitante para que al interno de la UTI se organicen de manera armónica, el primer paso en dar consiste en renunciar a actitudes de ser superior e inferior, quien manda y quien obedece, y adoptar aquellas de un solo cuerpo que toma decisiones, comparte una visión y cumple su misión de brindar un excelente servicio a los pacientes y sus familiares; los siguientes pasos consistirán en establecer acuerdos con parámetros y ámbitos de actuación, en desarrollar la cultura de planificación de la intervenciones, ejecución de procesos y evaluación de su desempeño de

manera compartida y solidaria. Como se demuestra esta forma de organización no se opone a la misión y visión de este centro de Salud al contrario, cumple con uno de sus postulados, buscar alternativas de mejoramiento de la calidad de servicio que presta a los afiliados, familiares y comunidad en general.

2.6.4 Las Operaciones como Servicio.

La UTI anhela que sus operaciones sean ejecutadas y apreciadas como un servicio a su cliente tanto interno como externo por lo que debe imprimir valor agregado al mismo, principalmente en lo que se considera acciones estratégicas o de relevancia.

Entre estas se encuentran las siguientes:

Información: Comunicar a pacientes sobre tipo de intervención, cómo, con qué y reacción que provocarán; conocer requerimientos, inquietudes, necesidades, para mejorar funciones poniendo en juego habilidades, conocimientos y capacidades.

Solución de problemas: capacitar y orientar a los profesionales en atención al paciente, manejo de equipos, utilización de insumos y materiales; planeación de inventarios para atender demandas en tiempo y cantidad requeridos.

Soporte de ventas: Satisfacer necesidad de familiares de ser informados sobre condición de pacientes, con veracidad y datos precisos.

Soporte de campo: Personal de contrato para reemplazo en vacaciones, nuevos métodos y técnicas de atención, parientes predispuestos a comprar medicamentos.

Lograrlo requiere determinar cuáles son sus prioridades en cuanto a costos, calidad de atención, flexibilidad de entrega, velocidad de entrega, fiabilidad de entrega, enfrentar cambios en la demanda, flexibilidad y velocidad para introducir cambios en el producto que ofrece y obtiene, otros criterios de producto.

Para mayor comprensión se describe brevemente a cada una.

- **Costos:** Reducir costo pecuniario por mala utilización o desperdicio de recursos, insumos, equipos y fuerza laboral; y personal para empleados y paciente por falta de compromiso en ejecución de funciones y asignación de recursos para atender demanda.
- **Calidad: atención personalizada con** calidad total científica y ética en sus servicios (satisfacción y bienestar del paciente)
- **Flexibilidad de entrega:** Estar dispuesto a atender los requerimientos de los pacientes en los momentos que éstos soliciten o se presente la emergencia.
- **Velocidad de entrega:** Ejecutar las actividades en el tiempo mínimo requerido.
- **Fiabilidad de la entrega:** atender los requerimientos de los pacientes con solvencia científica, tecnológica y afectiva.
- **Enfrentar Cambios en la Demanda:** Estar atento ante cualquier emergencia o tipo de atención que requiera el paciente, a veces no es netamente médica o técnica científica, sino más bien de calidez humana

- ***Flexibilidad y velocidad para introducción de nuevos productos:*** apertura y disposición para que el paciente tenga confianza en el servicio y se recupere pronto
- ***Otros criterios del producto:*** considerar al paciente como un ente que debe rehabilitarse corporalmente pero que también requiere rehabilitación emotiva.

Prioridades que conllevan a tomar decisiones radicales pero tendientes a mejorar sus procesos productivos consecuentemente la calidad de servicio que ofrece y brinda.

Estas decisiones están relacionadas con los procesos en sí, con la capacidad, inventarios, talento humano, calidad, infraestructura.

Proceso; Optimizar las instalaciones ubicando la camilla junto o lo más cercano posible a los equipos que contribuyan a estabilizar y rehabilitar al paciente; seccionando la sala según tipo de dolencia y distribuyendo equipos adecuados.

Capacidad: Delegación de funciones, atribuciones y responsabilidades acorde con formación académica y protocolos o normativas de intervención, dosificando cantidad de personal, actividades y tiempos para cada paciente o momento de actuación; evitar la duplicidad de función, ausencia de personal y desperdicio de tiempo y recursos.

Insumos, medicamentos y materiales propicios para atención, en la cantidad y calidad necesaria, su planificación ha de ser oportuna antes de quedarse sin existencias, estableciendo tiempos límites para estudio y solicitud.

Talento humano: Personal seleccionado conforme a funciones a desempeñar, contrato de profesionales para cubrir faltantes; dar capacitación y orientación permanente y supervisar el desempeño para buscar alternativas de mejoramiento en la producción

Calidad: Ejecutar operaciones precisas en tiempos oportunos, con equipos, insumos y materiales adecuados y con capacidades cognitivas y psico afectivas de alto nivel del personal.

Infraestructura: Redistribuir espacios bajo el esquema distribución orientada al producto porque se desea asignar el mejor personal y máquina apropiada para la producción repetitiva o continua.

Los **objetivos** son maximizar:

La calidad de los procesos ejecutados, la satisfacción del cliente; la utilización del espacio, equipo, y personas; el flujo eficaz de información, material y personas; la moral del empleado y su seguridad, la gestión de la Unidad Médica, la identidad Institucional de la UTI.

Obteniéndose además ventajas como:

Una alta utilización de espacio, equipo, y personas

Mejoramiento del flujo de información, materiales, o personas

Mejoramiento de la moral del empleado y condiciones de trabajo más seguras

Mejoramiento de la interacción con el cliente

Tener flexibilidad

2.6.5 Redistribución y Potenciación de Instalaciones, muebles y equipos.

Es importante que para llegar a la calidad excelente del servicio ofertado y brindado tal como se pretende con la aplicación correcta del Modelo de Gestión, se debe ampliar el área física de la Unidad Médica e incrementar el número de camas y camillas puesto que ello permitirá se de atención a toda la demanda que surge constantemente.

Aspiración que se plasmaría con la adecuación de una sala de mayor superficie y capacidad en el Hospital “San Francisco” recientemente adquirido por el IESS; en conformidad con lo que manifiesta Ramiro González “su compra contribuirá a descongestionar al HCAM”¹⁷.

La distribución es de tipo almacén en donde todos los pacientes sin importar diagnóstico o tiempo de hospitalización son distribuidos según estén vacantes las camas. Para mayor celeridad de los procesos y seguridad de los pacientes en cuanto a reducción de accidentes se propone una distribución de los muebles y equipos orientada al producto o servicio así: a los pacientes más críticos y que deben estar internos mayor tiempo se le debe ubicar en el fondo de la sala, a los de mediano cuidado o que su condición no sea de tan alto riesgo en la parte media y a los pacientes con diagnósticos no complicados y que su permanencia sería corta (1 a 5 días) en la parte más externa cercana a la salida; así como también se debería adecuar una habitación o un área cercana a la puerta o más accesible para la recepción e ingreso de los pacientes.

Los muebles, si su estructura lo permite, deben ser clasificados según diagnóstico de ingreso y evolución del paciente, esto facilitaría el manejo y cuidado del paciente. Al igual que los equipos, éstos también deben ser

¹⁷ La Hora online Quito. ob. cit.

clasificados y ubicados junto a la cama según las condiciones del enfermo para que de esa manera sean oportunos y propicios.

Al conocer cuáles y cuántos insumos y medicamentos se emplean conforme el caso o diagnóstico que presenten al ingreso, en su permanencia o egreso a la Unidad, estos deben ser adquiridos y preparados en la cantidad y calidad suficiente y apta, y ser colocados cerca del tipo de paciente que lo requiere. Esto se logra si hay una buena planificación y control de inventarios.

Claro está que de presentarse emergencias múltiples de diferentes casos o diagnósticos y condiciones, será utilizado el mueble, equipo e insumos disponibles por lo menos hasta que se pueda reubicar.

Es de vital importancia que gerencia considere la adquisición de equipos que permitan manejar, cuidar y tratar al paciente con mayor facilidad, principalmente al que está en condiciones inconscientes, ello admitirá que las acciones, el suministro de fluidos y medicamentos, y la conexión a equipos o uso de insumos, sean exactas.

Así mismo es importante que todos los equipos y muebles siempre estén funcionando correctamente, un equipo oportuno da seguridad en el proceso que se está ejecutando y a su vez conlleva a que el servicio sea de mayor calidad por tanto el paciente y familiares estarán satisfechos.

Este tipo de distribución y optimización de recursos permite y garantiza un buen plan de trabajo pues cada servidor sabe con certeza qué acción y en qué momento ejecutar, con qué dispone y a qué estrategia debe recurrir en caso de no contar con lo que generalmente debe usar para desarrollar sus procesos en la atención al paciente.

2.6.6 ¿Qué se busca con el cambio?

Un cambio siempre trae resistencia pero también significa madurez para la Unidad Médica en su actividad, para los profesionales que generan el servicio en su accionar y ejecución de actividades como parte de procesos productivos, para los pacientes para no solo demandar sino cooperar en el desarrollo de los procesos tendientes a su atención y bienestar; por ello tanto agentes productivos como sus beneficiarios ponen en juego sus perspectivas y requerimientos.

Lo que se pretende alcanzar con la implementación del Modelo de Gestión Sistémica y la operatividad a lo planteado como sugerencias, es:

Desde la perspectiva del paciente:

Nuevos y mejores servicios que le garanticen su egreso de la Unidad en condiciones favorables para seguir con su tratamiento y al fin estar completamente sano.

Mayor accesibilidad al servicio, pues al contar con un área física que posee todo lo necesario, equipos, muebles, insumos y materiales suficientes y propicios sea cual fuere su diagnóstico y cantidad de pacientes con esa misma complicación; con un personal altamente capacitado; con un servicio humano, el paciente no se sentirá desmotivado o temeroso al momento de ser transferido o ingresado a la Unidad Médica

Mejores relaciones con la comunidad: un servidor humano que brinda un servicio también humano, da mayor confianza para coparticipar en la ejecución de los procesos productivos.

Métodos eficientes de atención: la planificación del trabajo en el que se determine métodos de atención eficientes genera seguridad tanto a los servidores en el desarrollo de los procesos productivos como a los usuarios en la aceptación de los procesos a ejecutar para su atención.

Satisfacción paciente familiar: Tanto pacientes como familiares al obtener un servicio de calidad se sentirán satisfechos sea cual fuere su resultado, puesto que el desencadenante de una acción o ejecución de un proceso no depende del proceso o acción en sí sino de cómo sea ejecutado.

Desde la perspectiva interna o de los servidores y de la Unidad Médica:

Desarrollo personal: una cultura de mejora continua y realimentación de los procesos productivos determina un alto desarrollo personal en sus empleados dado a que adquieren práctica, capacitación, experiencia cada vez de mejor calidad lo que les vuelve más competitivos para generar y brindar el tipo de servicio que allí se produce.

Retención de empleados: El desarrollar procesos en forma sistemática con la contribución y coparticipación de sus iguales y de los usuarios, hace que el servidor se sienta identificado con su Unidad Médica, equipo de trabajo o área, por ende aleja de su pensamiento la idea de pedir cambio o ser removido.

Satisfacción de los empleados: un buen servicio generado y brindado hace que su proveedor se sienta complacido consigo mismo y con sus compañeros en el proceso, dándole mayor confianza en momentos principalmente de emergencia.

Integración enfocada en el paciente: La planificación participativa del trabajo hace que toda acción y actividad sea exclusivamente realizada para cuidar la vida del paciente, de allí que su talento humano deba poner

en juego todo su potencial tanto científico como humano de manera coordinada y procesual.

Perspectiva de aprendizaje:

Mejoramiento de la calidad: La implementación y ejecución del Modelo de Gestión vuelve dúctil al desarrollo de los procesos, brinda seguridad y exactitud en su desempeño por ende garantiza que cada vez se vaya mejorando el servicio hasta que sea de calidad excelente.

Nuevos servicios a pacientes: conocer y ejecutar nuevas formas de generar un servicio, va haciendo que el talento humano idee nuevos servicios y nuevos métodos para atender a su paciente en las condiciones que se presenten y con los recursos con los que dispone en el momento.

Tiempo de ciclo de los procesos: el realimentar y dar reingeniería a su accionar hace que el personal aprenda a mejorar el tiempo de ciclo en la ejecución de un proceso mismo que cada vez que lo repita será de mayor calidad y en menor tiempo, esto hace que el paciente obtenga un servicio oportuno, eficiente y eficaz.

Tiempo de ciclo de aprendizaje: mientras más emplee un método, más se ajuste a un proceso secuencial de acciones, el servidor estará más apto para discernir y aplicar estrategias y técnicas de atención alternativas al paciente en menor tiempo.

Tiempo de desarrollo de nuevos servicios: Una capacitación permanente conforme lo exige el Modelo y los avances científicos, tecnológicos y sociales faculta a que el profesional de la UTI, esté capacitado, cuente con suficientes medios y potencie sus competencias para desarrollar y plantear la generación de nuevos servicios.

Perspectiva financiera:

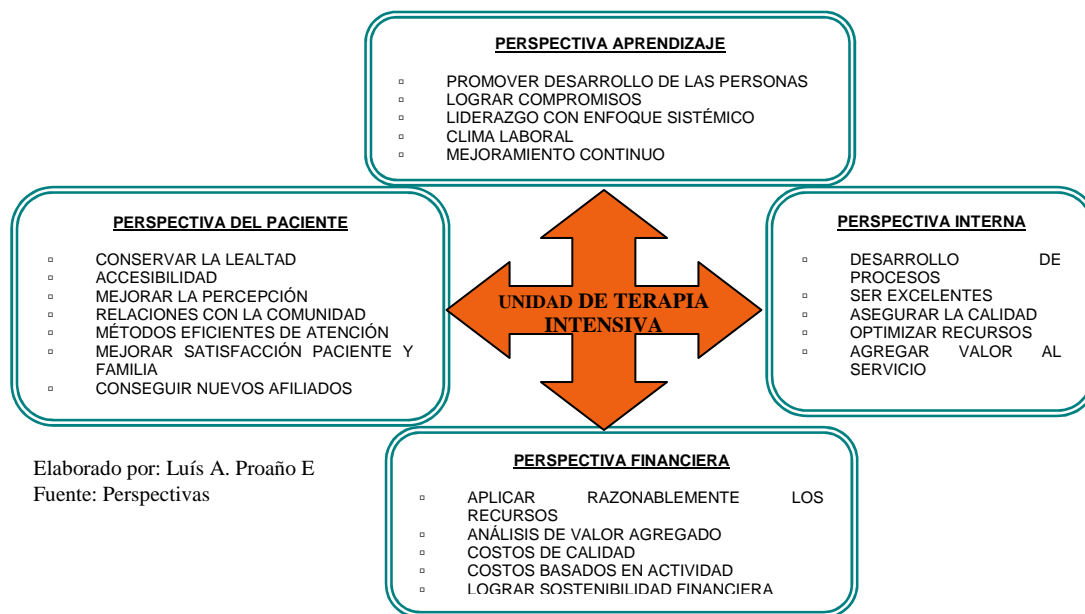
Retorno de la Inversión: Si bien es cierto que no se percibe retribución económica pero al generar y brindar un servicio cada vez de mayor calidad, sus usuarios se gratifican con su manifestación de agradecimiento y reconocimiento por lo realizado por ellos lo que hace que acreciente la imagen de la Unidad Médica.

Análisis de valor agregado: Un servicio dado con solvencia académica científica por sí solo no da satisfacción al paciente, debe ir acompañado por la calidez y trato humano de quienes lo proveen. Este valor agregado hace que su cliente principal, el enfermo crítico y su familiar se muestre satisfecho de lo que obtuvo y la Unidad Médica de lo que proporcionó, justificando su razón de ser.

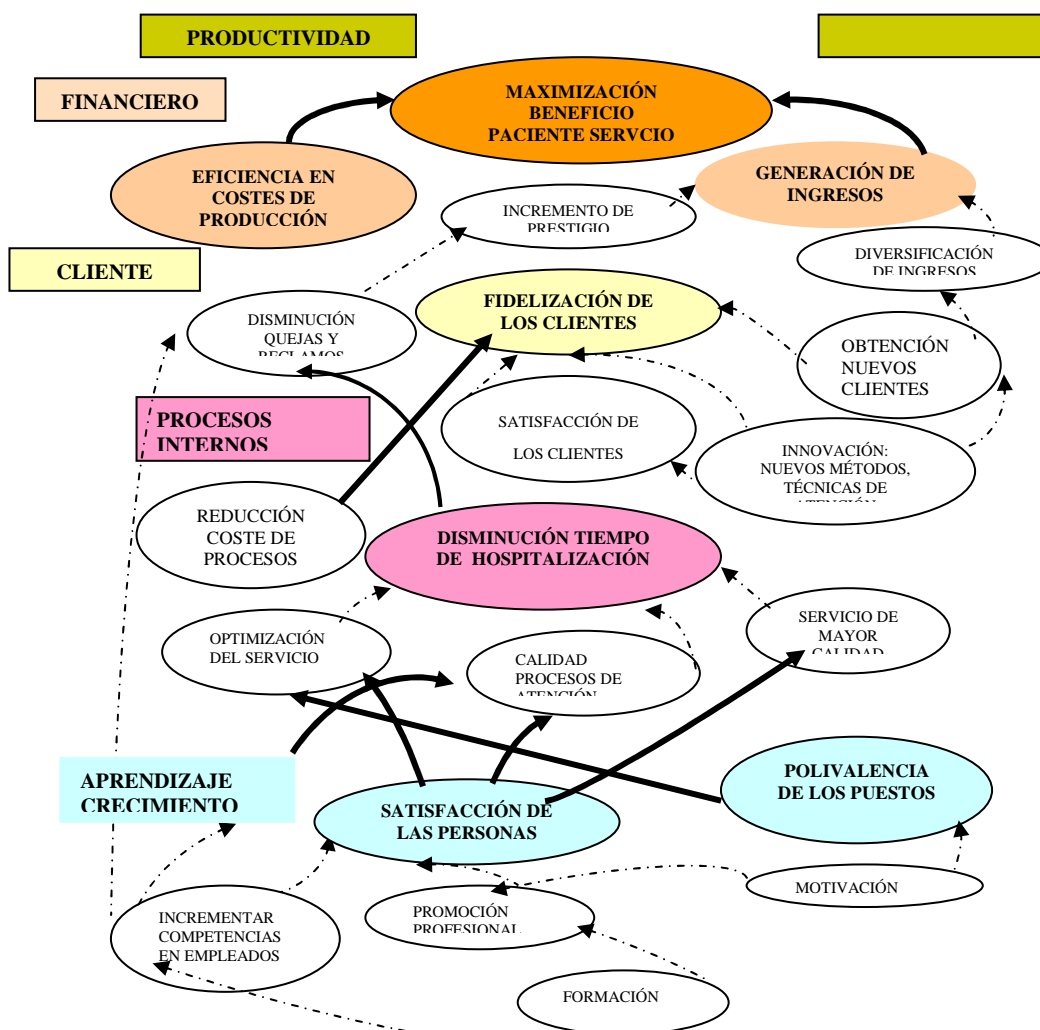
Costos de calidad: Si el servicio que se oferta y se brinda es de calidad por ende su costo no será oneroso para quienes lo subvencionan. El Modelo de Gestión Sistémica hará que el servicio sea de calidad excelente con el empleo de menor cantidad de recursos materiales dado a que se evitaría el desperdicio de los mismos en el momento en que se desarrollen procesos y no simplemente se ejecuten funciones.

Costos basados en actividad: Como todos desde su gerente siguen un proceso y las decisiones responden al mismo, las actividades realizadas serán en menor tiempo y por ende con menor costo; el Modelo imprime celeridad en la acción y consecuentemente reduce tiempo de ejecución.

Lo descrito se sintetiza en un gráfico que muestra su correlación e interdependencia, de la observancia de una depende se consiga o provoque la otra.



Elaborado por: Luís A. Proaño E
Fuente: Perspectivas



Elaborado por: Luís A. Proaño

Como se observa todo lo que se haga durante el desarrollo de los procesos está encaminado a la satisfacción del paciente, sus familiares y la sociedad en general, a un crecimiento en la productividad y finalmente al crecimiento de la imagen Institucional porque en todo se imprime la mejora continua y el liderazgo de los profesionales y personal de la UTI.

2.6.7 Gerencia de los Cambios.

Para lograr una verdadera innovación en la gestión de la UTI es necesario instrumentar entre otras una **planificación estratégica** que incluyan planes de organización (estructurales), planes directores, planes operativos y planes de viabilidad, entre otros, cuyo objetivo primordial será enriquecer la toma de decisiones, puesto que se diseñará con ellos el futuro deseado de la Unidad Médica, es decir guardan relación entre decisiones actuales con resultados futuros deseados.

.En relación a la gestión sistémica, la misma tendría que empezar a relacionarse con el cumplimiento de objetivos, con la adopción de métodos a través de consensos, con la descentralización organizativa y con el desarrollo organizacional para que la ejecución de los procesos sea dúctil, entendible y alcanzable.

Los modelos de gestión tendrían que empezar a tener una base empresarial que permita la concreción de objetivos mediante el trabajo multidisciplinar pero cooperativo de tal modo que uno se apoye y apoye al otro en el momento propicio y de manera oportuna y precisa.

Para mejorar la gestión también resulta indispensable una mejor planificación de su talento humano. Esto tiene que ver con formar los equipos de trabajo heterogéneos potenciando las capacidades de cada uno es decir, que trabajen en mejores condiciones para atender a su

principal cliente que es el enfermo crítico y no seguir con el método de designar personal por funciones y en forma experimental.

Es necesario destinar recursos para el desarrollo de una estructura a largo plazo, fomentar experiencias a nivel interno y externo que luego se puedan trasladar al nivel hospitalario, mantener un entorno estimulante y estimularlo para que juegue con audacia desarrollando un perfil proveedor

CAPÍTULO III

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

4.1 Procesamiento de la Información

En el presente estudio, luego de analizar los documentos seleccionados como instrumentos para la recolección de los datos (fichas médicas y bitácoras de los enfermos críticos que ingresan y son tratados en la UTI), se procedió a ordenarlos de acuerdo con los indicadores que se requieren para conocer la realidad en la que se encuentra la Unidad Médica en cuanto a administración gerencial, tratamiento al paciente y evaluación del servicio que presta y, en relación a los objetivos formulados para la investigación.

El procesamiento de la información se lo realizó de forma manual, para lo cual se empleó hojas tabuladas en las que se concentró los datos extraídos de dichos documentos.

Como técnica estadística se aplicaron los porcentajes, media aritmética y coeficiente de congruencia a partir de las tablas de frecuencias absolutas.

Se elaboró tablas de frecuencia por cada una de las variables en función de los indicadores seleccionados. La agrupación de variables en función de unos mismos indicadores.

Los gráficos que se elaboraron a partir de los resultados de la aplicación de la técnica estadística fueron los histogramas y gráficas curculares.

4.2 Análisis de los datos de los Pacientes que Ingresaron a la UTI durante los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2008.

Cuadro 9.- Número de pacientes que ingresaron a la UTI de septiembre a noviembre 2009.

meses EDAD	sep		oct		nov		total	
	#	%	#	%	#	%	#	%
5 a 10	1	0,55	0	0	0	0	1	0,55
11 a 15	1	0,55	0	0	2	1,1	3	1,66
16 A 20	2	1,1	0	0	2	1,1	4	2,21
21 A 25	2	1,1	1	0,55	5	2,76	8	4,42
26 A 30	4	2,21	2	1,1	4	2,21	10	5,52
31 A 35	5	2,76	0	0	1	0,55	6	3,31
36A 40	2	1,1	4	2,21	2	1,1	8	4,42
41 A 45	3	1,66	2	1,1	4	2,21	9	4,97
46 A 50	4	2,21	3	1,66	1	0,55	8	4,42
51 A 55	6	3,31	6	3,31	1	0,55	13	7,18
56 A 60	6	3,31	6	3,31	13	7,18	25	13,81
61 A 65	6	3,31	5	2,76	7	3,87	18	9,94
66 A 70	9	4,97	3	1,66	9	4,97	21	11,60
71 A 75	5	2,76	1	0,55	6	3,31	12	6,63
76 A 80	8	4,42	7	3,87	2	1,1	17	9,39
81 A +	7	3,87	1	0,55	10	5,52	18	9,94
total	71	39,2	41	22,7	69	38,1	181	100,00

Fuente: Fichas Médicas y bitácoras de los pacientes. Quito. 2008. **Elaborado por:** Investigador

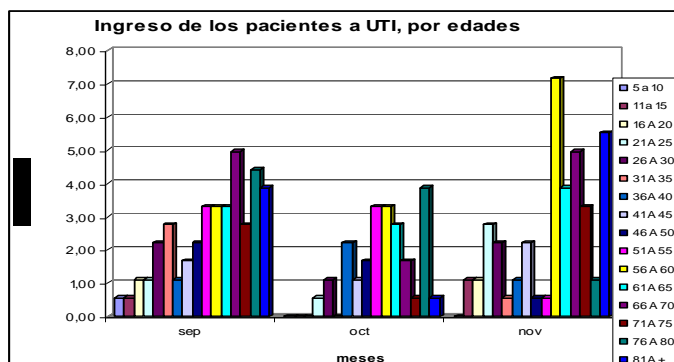


Gráfico N°. 21. Porcentaje de pacientes que ingresaron a la UTI de septiembre a noviembre 2008. **Elaborado por:** Investigador

Análisis: En el periodo comprendido entre septiembre y noviembre a la UTI ingresan 181 pacientes, desde los 8 años hasta los 91 años. En mayor número enfermos críticos de 56 a 60 años (25) que corresponden al 13,85%, seguidos por los de 66 a 70 años (21) con un porcentaje de 11,60%; en menor cantidad los de 5 a 15 años (1 de 5 a 10 años y 3 de 11 a 15 años) que dan un porcentaje de 2,21%

Interpretación: A la UTI entre septiembre y noviembre ingresan personas de diferente edad desde 5 a 91 años, con mayor frecuencia los pacientes con una edad a partir de los 51 años en adelante con un porcentaje de 68,49%, se nota predominancia de los de 56 a 60 años (25); en grupos pequeños los menores de 16 años, se evidencia que durante el periodo ingreso sólo un paciente de 5 a 10 años corresponde al 0,55%.

Cuadro. 10.- Pacientes que ingresaron a la UTI por edad y sexo.

meses sexo	septiembre				octubre				noviembre				total			
	M	%	F	%	M	%	F	%	M	%	F	%	M	%	F	%
5 a 10	1	0,55	0	0	0	0	0	0	1	0,55	1	0,55	1	0,55	0	0
11 a 15	0	0	1	0,55	0	0	0	0	0	0	2	1,1	1	0,55	2	1,1
16 A 20	1	0,55	1	0,55	0	0	0	0	1	0,55	1	0,55	2	1,1	2	1,1
21 A 25	1	0,55	1	0,55	1	0,55	0	0	2	1,1	3	1,66	4	2,21	4	2,21
26 A 30	2	1,1	2	1,1	1	0,55	1	0,55	4	2,21	0	0	7	3,87	3	1,66
31 A 35	4	2,21	1	0,55	0	0	0	0	0	1	0,55	4	2,21	2	1,1	
36A 40	2	1,1	0	0	3	1,66	1	0,55	0	0	2	1,1	5	2,76	3	1,66
41 A 45	3	1,66	0	0	0	0	2	1,1	1	0,55	3	1,66	4	2,21	5	2,76
46 A 50	3	1,66	1	0,55	2	1,1	1	0,55	1	0,55	0	0	6	3,31	2	1,1
51 A 55	1	0,55	5	2,76	3	1,66	3	1,66	1	0,55	0	0	5	2,76	8	4,42
56 A 60	3	1,66	3	1,66	4	2,21	2	1,1	7	3,87	6	3,31	14	7,73	11	6,08
61 A 65	3	1,66	3	1,66	4	2,21	1	0,55	4	2,21	3	1,66	11	6,08	7	3,87
66 A 70	7	3,87	2	1,1	2	1,1	1	0,55	8	4,42	1	0,55	17	9,39	4	2,21
71 A 75	4	2,21	1	0,55	1	0,55	0	0	3	1,66	3	1,66	8	4,42	4	2,21
76 A 80	4	2,21	4	2,21	3	1,66	4	2,21	2	1,1	0	0	9	4,97	8	4,42
81 A +	4	2,21	3	1,66	0	0	1	0,55	7	3,87	3	1,66	11	6,08	7	3,87
total	43	23,8	28	15,5	24	13,3	17	9,39	41	22,7	28	15,5	108	59,7	73	40,3

Fuente: Fichas Médicas y bitácoras de los pacientes. Quito. 2008. **Elaborado por:** Investigador

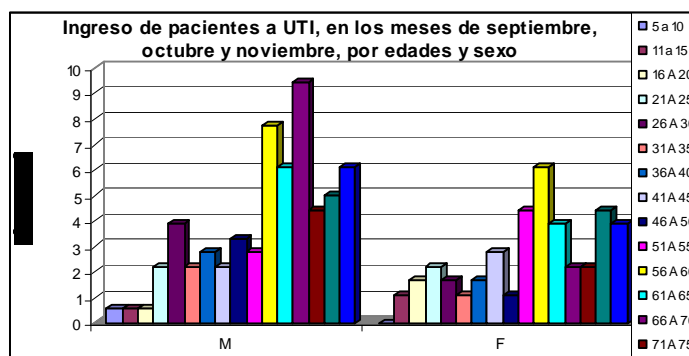


Gráfico Nº 22. Porcentaje de pacientes que ingresaron a la UTI por edad y sexo. **Elaborado por:** Investigador

Análisis: A la UTI ingresan pacientes de los dos sexos, se denota que ingresa mayor número de varones desde los 56 años en adelante, centrándose mayor cantidad en los de 56 a 60 años (14) que corresponde al 7,73% mientras que las mujeres es

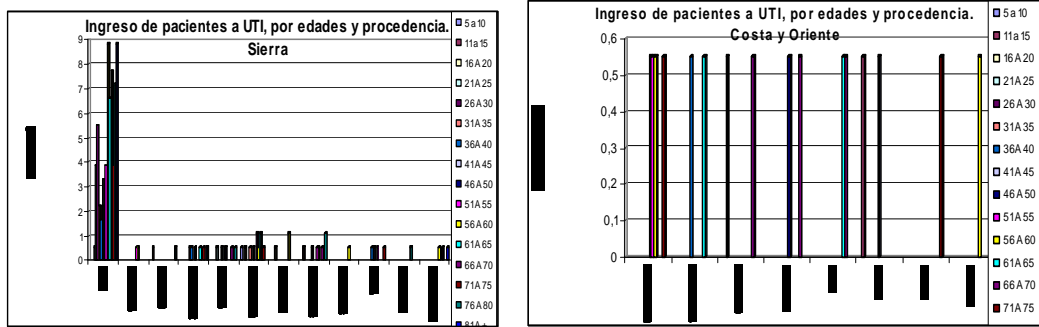


Gráfico 23: Ingreso de pacientes por edades y lugar de procedencia.

Elaborado por: Investigador

Análisis: Los pacientes de la UTI en mayor porcentaje proceden del Distrito Metropolitano de Quito en total 120 que corresponden al 66,3%, seguido muy por debajo los de Latacunga que son 11 (6,08%) y Riobamba 7 (3,19%). Los lugares desde donde menos proceden los pacientes son Puenbo, Esmeraldas, Chone y Zamora, de los cuales solamente hay un paciente por cada uno. En referencia a las edades hay grupos de pacientes que provienen de diferentes lugares por ejemplo aquellos tienen una edad entre 56 y 60 años, provienen de 9 lugares así Distrito Metropolitano de Quito, Machachi, Sto. Domingo, Cuenca, Latacunga, Ambato, Riobamba, Bolívar y Zamora; los que tienen entre 66 y 70 años provienen de 8 lugares: Distrito Metropolitano de Quito, Machachi, Ibarra, Latacunga, Riobamba, Machala, Esmeraldas y Tena. Son los pacientes de 5 a 10 años y de 21 a 25 años los que provienen de uno y dos lugares respectivamente.

Interpretación: A la UTI ingresan pacientes de diferentes provincias y de las tres regiones naturales continentales. Predominan los que proceden de la Sierra seguida por los de la Costa y finalmente los del Oriente. Se puede deducir que en cuestiones de salud y salvar la vida no es importante la distancia por recorrer, hasta el HCAM llegan incluso pacientes de la parte más septentrional y

que corresponde al 5,5%) así mismos son de este grupo los que más tienen instrucción superior (7 que es igual al 3,9%). los que más

Interpretación: Del cuadro y gráfico se deduce que son las personas con menor instrucción e incluso algunos nula, los que hacen más uso de la UTI, lo que puede explicar su tendencia de acudir a un centro hospitalario tan solo con fines curativos que muchas veces pueden ser decisivos en su vida, sumado este hecho a la edad pues la mayoría de pacientes con instrucción primaria tienen más de 56 años.

Cuadro 13: Tipo de beneficiario de los pacientes que ingresan a la UTI.

meses		septiembre					octubre					noviembre					total																								
Tip. Ben	EDAD	ACTI	JUBI	VOLU	SSC	OTR	ACTI	JUBI	VOLU	SSC	OTR	ACTI	JUBI	VOLU	SSC	OTR	ACTI	JUBI	VOLU	SSC	OTR																				
		#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%																				
	5 a 10				1	0,55															1	0,55																			
	11 a 15				1	0,55									1	0,55	1	0,55				1	0,55																		
	16 A 20	1	0,55			1	0,55					1	0,55		1	0,55			2	1,1		2	1,1																		
	21 A 25	2	1,1							1	0,55	5	2,76						7	3,87			1	0,55																	
	26 A 30	4	2,21					2	1,1			4	2,21						10	5,52																					
	31 A 35	4	2,21							1	0,55				1	0,55			4	2,21			1	0,55																	
	36 A 40	2	1,1					3	1,66		1	0,55	2	1,1					7	3,87			1	0,55																	
	41 A 45	3	1,66					1	0,55		1	0,55	3	1,66			1	0,55	7	3,87			1	0,55																	
	46 A 50	4	2,21					2	1,1		1	0,55							7	3,87			1	0,55																	
	51 A 55	4	2,21		1	0,55	1	0,55	3	1,66		1	0,55						8	4,42		4	2,21	1	0,55																
	56 A 60	3	1,66	1	0,55		2	1,1			3	1,66	3	1,66			5	2,76	4	2,21	2	1,1	2	1,1	11	6,08															
	61 A 65	4	2,21	1	0,55			1	0,55	3	1,66	1	0,55		1	0,55	4	2,21		1	0,55	1	0,55	8	4,42																
	66 A 70	2	1,1	7	3,87			1	0,55	1	0,55	1	0,55	8	4,42				4	2,21	16	8,84			1	0,55															
	71 A 75			4	2,21					2	1,1					1	0,55	4	2,21		10	5,52			1	0,55															
	76 A 80			6	3,31					2	1,1											15	8,29			2	1,1														
	81 A +			6	3,31					1	0,55											16	8,84			2	1,1														
	total	33	18,2	25	13,8	1	0,55	6	3,31	6	3,31	18	9,94	15	8,29	3	1,66	4	2,21	1	0,55	25	13,8	31	17,1	2	1,1	7	3,87	4	2,21	76	42	71	39,2	6	3,31	17	9,39	11	6,08

Fuente: Fichas Médicas y bitácoras de los pacientes. Quito. 2008. Elaborado por: Investigador

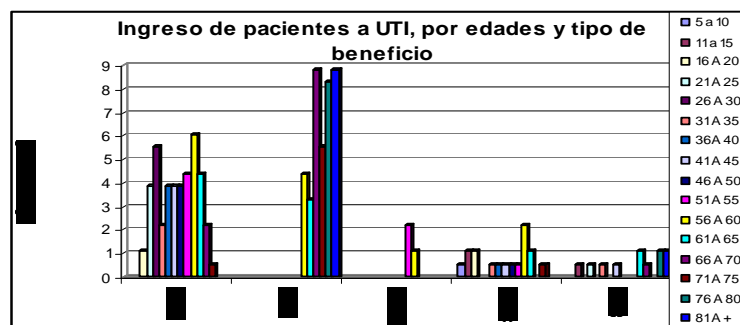


Gráfico N° 25: Ingreso de pacientes a la UTI, por edades y tipo de beneficio. Elaborado por: Investigador

Análisis: La Unidad de Terapia Intensiva del HCAM durante los meses de estudio ha sido utilizada más por asegurados activos 76 (42%), seguido muy de cerca por 71 jubilados (39%), con cantidad muy por debajo los de Seguro Social Campesino 17 (9,4%) y por 6 voluntarios (3,3%). También han sido atendidos de otros centros hospitalarios o emergencias que no tienen filiación al IESS.

Con respecto a la edad y beneficio son los pacientes activos entre los 56 a 60 años de edad los que más utilizan el servicio de la UTI en total 11 igual a 6,08% seguido por los de 26 a 30 años en total 10 igual a 5,52%. De los jubilados de 66 a 70 años y de 81 a más años (16 que equivale a 8,84% cada uno), seguidos por los de 76 a 80 años (15 igual a 8,29%). De los voluntarios los de 51 a 55 años (4 igual 2,2%), del Seguro Campesino de 56 a 60 años (4 igual a 2,2%), de la categoría otros los de 61 a 65 y de 76 a 81 y más años (2 igual a 1,1% cada grupo).

Interpretación: Terapia intensiva del HCAM es utilizada más por pacientes en estado laboral activo y con mínima diferencia por los jubilados. Las 10 personas de 26 a 30 años son empleadas activas así como la mayoría de personas con las otras edades. Dentro del Seguro Campesino se incluye al único paciente de entre 5 a 10 años. Se explica esta tendencia de utilización porque si se compara con el nivel de instrucción justamente la mayoría de pacientes en estado activo son de instrucción primaria y algunos son analfabetos, y al estar activas sus familiares o por sí mismos recurren a un centro en donde no les signifique erogación económica alguna.

Todos los jubilados que hacen uso de la UTI tienen una edad mayor de 56 años.

Cuadro 14: Servicio de Transferencia de pacientes a la UTI.

meses transfer EDAD	septiembre				octubre				noviembre				total											
	OURÓ		URG		HOSP		OTR		OURÓ		URG		HOSP		OTR		OURÓ		URG		HOSP		OTR	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
5 a 10					1	0,55																	1	0,55
11 a 15					1	0,55																	2	1,1
16 A 20	2	1,1																					4	2,21
21 A 25	1	0,55			1	0,55			1	0,55													5	2,76
26 A 30	3	1,66			1	0,55			1	0,55				1	0,55	1	0,55	2	1,1				5	2,76
31 A 35	2	1,1	3	1,66																			3	1,66
36 A 40	2	1,1							2	1,1	2	1,1											5	2,76
41 A 45	1	0,55	1	0,55			1	0,55	1	0,55	1	0,55											3	1,66
46 A 50	2	1,1			2	1,1			1	0,55	1	0,55	1	0,55									4	2,21
51 A 55	4	2,21			2	1,1			1	0,55	4	2,21	1	0,55									5	2,76
56 A 60	4	2,21	1	0,55	1	0,55			4	2,21	2	1,1											11	6,08
61 A 65	4	2,21			1	0,55	1	0,55	2	1,1	2	1,1											11	6,08
66 A 70	5	2,76	1	0,55	3	1,66			2	1,1	1	0,55											9	4,97
71 A 75	2	1,1	2	1,1	1	0,55			1	0,55	1	0,55											3	1,66
76 A 80	3	1,66	2	1,1	2	1,1	1	0,55	4	2,21	1	0,55	1	0,55	1	0,55	1	0,55					8	4,42
81 A +	1	0,55	3	1,66	3	1,66																	3	1,66
total	36	19,9	13	7,18	19	10,5	3	1,66	20	11	14	7,73	3	1,66	5	2,76	30	16,6	20	11	14	7,73	4	2,21

Fuente: Fichas Médicas y bitácoras de los pacientes. Quito. 2008. **Elaborado por:** Investigador

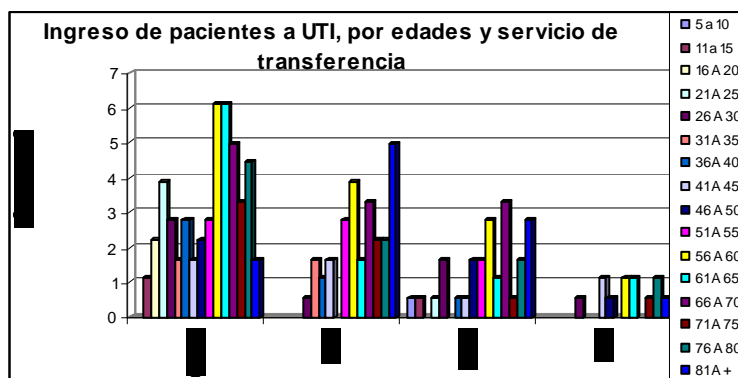


Gráfico 26: Ingreso de pacientes a la UTI, por edades y servicio de transferencia. **Elaborado por:** Investigador

Análisis: La mayor cantidad de pacientes que ingresan y son tratados en la UTI son transferidos de quirófanos, 86 pacientes provienen de este servicio y corresponden al 48%; de hospitalización vienen menos (35) y equivalen al 20% esto con respecto al HCAM, con respecto a otros centros hospitalarios de Quito y el resto del país son 12 pacientes equivalentes al 6,6% que vienen a la UTI. Analizando por edades y servicios de transferencia, de quirófanos proceden más pacientes entre 56 a 60 y 61 a 65 años (11 de cada uno que corresponden al 6,06 respectivamente), de urgencias pacientes de 81 a más años (9 igual a 4,9759 seguidos por los de 56 a 60 años (7 igual 3,87%), de hospitalización los

que tienen entre 66 y 70 años (6 igual a 3,31%) seguidos por los de 56 a 60 y de 81 a más años (5 igual a 2,76% cada grupo)

Interpretación: A la Unidad de Terapia Intensiva se transfieren pacientes de los otros servicios del HCAM principalmente de quirófanos, urgencias y hospitalización, pero también son recibidos y atendidos pacientes de otros centros hospitalarios de la ciudad o el resto del país sean afiliados o no.

Se evidencia mayor cantidad de pacientes que provienen de quirófanos por las complicaciones que experimentan en el post operatorio que se lo puede relacionar con la edad de ellos. Hay que destacar que en algunos casos la cantidad de pacientes transferidos no tienen relación con el servicio de transferencia ni su edad porque es dispersa,

Análisis: El 41,4% (75) de pacientes que ingresan y son atendidos en la UTI provienen de la especialidad de cirugía, seguida por la de medicina 40,3% (70) de pacientes. De la especialidad que menos provienen es de traumatología, pues de allí en el periodo estudiado han ingresado 21 pacientes que equivale al 12%.

Haciendo referencia a edad del paciente y especialidad de transferencia se denota que de cirugía provienen en mayor cantidad los pacientes que tienen una edad entre 56 a 60 años, 10 pacientes que equivalen al 5,55% seguidos por los de 61 a 65 años, 9 igual al 5%,; los que menos vienen son los que tienen una edad de 11 a 15 y de 31 a 35 años, 1 igual a 0,55% de cada uno. De Medicina los pacientes que tienen 81 a más años, 13 que corresponden al 7,2%, seguido por los de 56 a 60 y 71 a 75, 11 igual a 6,1%.

Interpretación: A la UTI son transferidos pacientes de las especialidades de Medicina, Cirugía, Neurología, Traumatología, Cardio neumología u otras del HCAM así como también de otros centros hospitalarios del Distrito Metropolitano de Quito de otros lugares del país. Afluyen en mayor cantidad los de Cirugía y Medicina, esto obedece a las complicaciones que experimentan los pacientes durante su estadía en dichas especialidades, principalmente son los pacientes que tienen una edad de 56 a 69 años los que más son transferidos desde las distintas especialidades con excepción de los de Traumatología cuya edad de mayor transferencia se centre en el grupo de 26 a 30 y 61 a 65 años de edad que en total provienen 4 pacientes igual al 2,2 de cada uno

De las otras especialidades del Hospital y de los otros centros hospitalarios provienen en mayor cantidad los pacientes con una edad de 66 a 70 años en total 9 igual al 5%.

Cuadro 16: Pacientes que fallecieron en la UTI.

Fallecim EDAD	septiem		octubre		noviem		total	
	#	%	#	%	#	%	#	%
5 a 10	1	3,7					1	3,7
11 a 15					1	3,7	1	3,7
16 A 20								
21 A 25								
26 A 30					1	3,7	1	3,7
31 A 35	1	3,7					1	3,7
36A 40								
41 A 45					2	7,41	2	7,41
46 A 50	1	3,7					1	3,7
51 A 55	1	3,7	1	3,7	1	3,7	3	11,1
56 A 60			1	3,7	3	11,1	4	14,8
61 A 65					3	11,1	3	11,1
66 A 70	1	3,7			1	3,7	2	7,41
71 A 75			1	3,7			1	3,7
76 A 80	1	3,7	2	7,41			3	11,1
81 A +	2	7,41			2	7,41	4	14,8
total	8	29,6	5	18,5	14	51,9	27	100

Fuente: Fichas Médicas y bitácoras de los pacientes. Quito. 2008. Elaborado por: Investigador

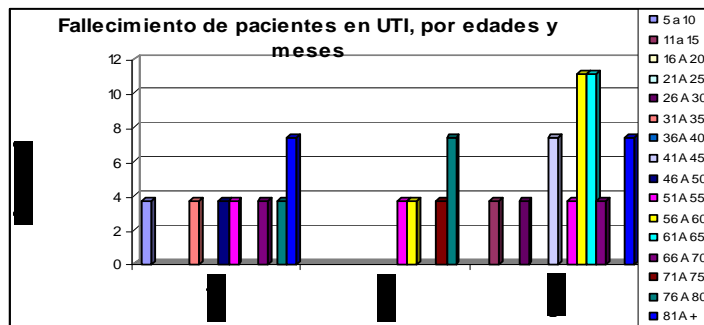


Gráfico 28: Fallecimiento de pacientes en la UTI por edades y meses.

Elaborado por: Investigador

Análisis: En la Unidad de Terapia Intensiva la mayor cantidad de fallecimientos se dieron en octubre, 14 de 27 en total y representa al 51%. Considerando la edad, así como de los otros aspectos analizados, son también los pacientes con una edad de 56 a 60 los que más fallecen al igual que los de 81 a más años de edad. Cabe destacar que el único paciente que ingresó a la UTI con una de 9 años, falleció.

Interpretación: En la UTI a pesar de todos los procedimientos aplicados y ejecutados hay pacientes que no evolucionan positivamente y fallecen tal como se aprecia en el cuadro y gráfico que anteceden, pues fallecen 27 de los 181 pacientes que ingresaron a la Unidad y representan el 14,97% del total. Se denota este fenómeno con mayor incidencia en el mes de noviembre y su causa se relaciona más a diagnósticos de gravedad como shock séptico de origen pulmonar y abdominal, lo que hace que el paciente no resista y no responda al tratamiento dado.

Cuadro 17: Diagnóstico de Ingreso de pacientes de la UTI.

Diag. Ingreso	septiemb		octubre		noviemb		total	
	#	%	#	%	#	%	#	%
INSURES	26	14,4	12	6,63	45	24,9	83	20
RENAL	8	4,42	3	1,66	12	6,63	23	5,53
ABDOM	2	1,1					2	0,48
HEMOR	1	0,55					1	0,24
CÁNCER	2	1,1	3	1,66	5	2,76	10	2,4
SEP BIL	3	1,66					3	0,72
COLOANG	1	0,55					1	0,24
POLITRA	4	2,21	2	1,1	3	1,66	9	2,16
COHV EPIL	1	0,55					1	0,24
APACHE	58	32	16	8,84	46	25,4	120	28,8
SHOCKSEP	15	8,29	8	4,42	11	6,08	34	8,17
PCR	3	1,66					3	0,72
IRCT	2	1,1					2	0,48
TEP	1	0,55					1	0,24
TCE	3	1,66	1	0,55	3	1,66	7	1,68
COMA	8	4,42	3	1,66	8	4,42	19	4,57
CGIOB	1	0,55	1	0,55	2	1,1	4	0,96
LEUCE	1	0,55					1	0,24
T COA	1	0,55					1	0,24
HEMT HEP A	1	0,55					1	0,24
ECV HEMRR	3	1,66			1	0,55	4	0,96
IIIFECC	10	5,52	3	1,66	3	1,66	16	3,85
RESEC TES	1	0,55					1	0,24
CIR NEUR	4	2,21	3	1,66	4	2,21	11	2,64
CIR TORX	9	4,97	2	1,1	13	7,18	24	5,77
MENINGIO	1	0,55					1	0,24
SHOCHIVOL			3	1,66	5	2,76	8	1,92
CIRVASC			2	1,1	1	0,55	3	0,72
DIABETES			2	1,1	2	1,1	4	0,96
EMBOLIA			1	0,55	3	1,66	4	0,96
IAM					3	1,66	3	0,72
CIRROCIS					1	0,55	1	0,24
ARRITMIA					3	1,66	3	0,72
PANCREATI					2	1,1	2	0,48
APEIDICIT					1	0,55	1	0,24
SHOCK ETIO					1	0,55	1	0,24
CIR ABDOM					3	1,66	3	0,72
total	170	93,9	65	35,9	181	100	416	100

Fuente: Fichas Médicas y bitácoras de los pacientes. Quito. 2008. Elaborado por: Investigador

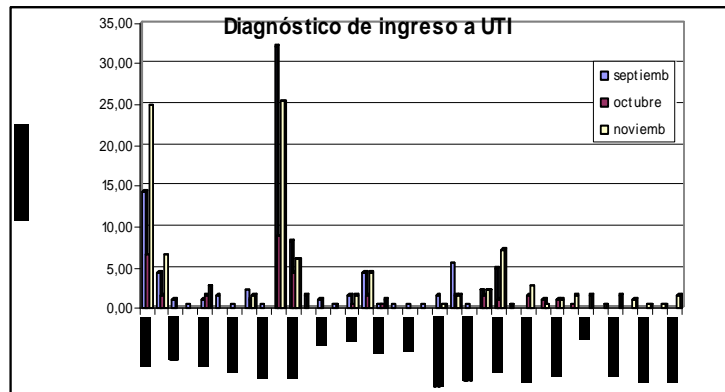


Gráfico 29: Diagnóstico de ingreso a la UTI. Elaborado por: Investigador

Análisis: A la UTI ingresaron de septiembre a noviembre 120 (29%) pacientes con signos de apache, seguido por 83 (20%) pacientes con diagnóstico de ingreso de insuficiencia respiratoria, 34 (8,2%) pacientes con shock séptico, 24 (5,4%) por complicaciones en cirugía torácica, 23 (5,5%) de insuficiencia renal, también ingresan con otros diagnósticos presentados en 10 pacientes a menos. Relacionando edad con diagnóstico son los de 61 a 65 años de edad que más presentan insuficiencia respiratoria 13(7,18%) seguido por los de 56 a 60 años de edad, 12 (6,62%).

Interpretación: A la UTI ingresan pacientes con diferentes diagnósticos unos con mayor gravedad que otros, pero los que se presentan en mayor porcentaje de pacientes son apache, insuficiencia respiratoria, shock séptico, cirugía torácica, insuficiencia renal, coma, en menor cantidad e incluso con frecuencia de 1 paciente también se presentan otros diagnósticos que requieren ser tratados dentro de esta Unidad para luego de presentar mejoría transferirse a sus servicios o especialidades correspondientes.

Cuadro 18: Procedimientos realizados con pacientes de la UTI.

meses proc. Pact	septiemb		octubre		noviemb		total	
	#	%	#	%	#	%	#	%
RESP	50	11,1	22	9,13	45	11,7	117	10,9
S VES	63	14	37	15,4	60	15,6	160	14,9
SHG	51	11,3	32	13,3	48	12,5	131	12,2
TUBO T	19	4,21	9	3,73	9	2,34	37	3,44
ANTIBO	53	11,8	30	12,4	45	11,7	128	11,9
TAC	32	7,1	14	5,81	25	6,49	71	6,59
L ART	54	12	31	12,9	46	11,9	131	12,2
SWAM	3	0,67	1	0,41	1	0,26	5	0,46
ECHO	16	3,55	9	3,73	21	5,45	46	4,27
DRGS VAS	47	10,4	22	9,13	33	8,57	102	9,47
MP	7	1,55	4	1,66	4	1,04	15	1,39
RCP	5	1,11	1	0,41	3	0,78	9	0,84
H ENT	24	5,32	14	5,81	23	5,97	61	5,66
PIC	9	2	4	1,66	4	1,04	17	1,58
DIAL	5	1,11	4	1,66	4	1,04	13	1,21
APERI	2	0,44	2	0,83	1	0,26	5	0,46
BCIA	1	0,22					1	0,09
IPAR	3	0,67	4	1,66	1	0,26	8	0,74
GAST	1	0,22			1	0,26	2	0,19
TRAQ	5	1,11	1	0,41	6	1,56	12	1,11
ENDOS	1	0,22					1	0,09
TRACC					5	1,3	5	0,46
total	451	100	241	100	385	100	1077	100

Fuente: Fichas Médicas y bitácoras de los pacientes. Quito. 2008. Elaborado por: Investigador

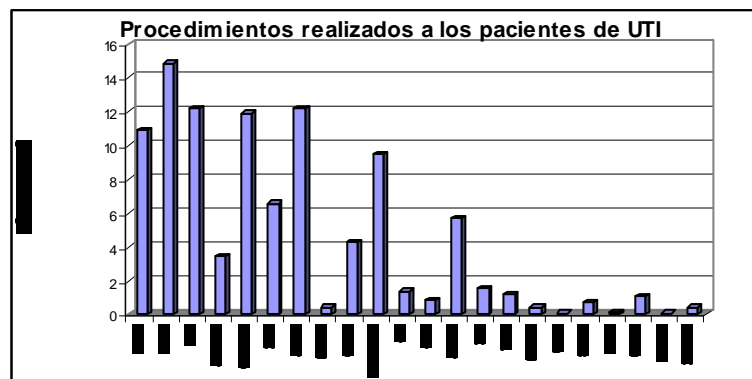


Gráfico 30: Procedimientos realizados a los pacientes de la UTI.

Elaborado por: Investigador

Análisis: A los pacientes que ingresan a la UTI, se les aplica más los procedimientos de S VES, en total se ejecutó a 160 (14,9%) enfermos críticos, de línea arterial y sonda naso gástrica a 131 pacientes cada uno (12,2%), de antibogr. 128 pacientes (11,9%), los procedimientos que menos se ejecutaron fueron lo de B.C.I.A. y endoscopia en 1 (0,09%) paciente cada uno y de gastro en 2 pacientes (0,19%). Los porcentajes considerados son en base a las 1077 intervenciones realizadas con los pacientes en los tres meses de estudio.

Considerando la edad de los pacientes a los que más se aplica procedimientos de S VES es a los que tienen una edad de 56 a 60, en total 23 (2,17% de las intervenciones), seguido por 19 pacientes (1,76% de las intervenciones) y 18 (1,67% de intervenciones) de 61 a 65 años de edad; en los pacientes que menos se aplica son los de 11 a 15 años, en 1 paciente (0,09% de las intervenciones).

Interpretación. A los pacientes que ingresan y son tratados en la UTI, se les aplica todos los procedimientos que coadyuven a salvar la vida y mejorar la condición de los enfermos críticos hasta que sean transferidos hasta su servicio o especialidad correspondiente. Se aplica más los referentes a S VES 160 de 181 pacientes que corresponden al 88,40%, línea arterial y sonda naso gástrica a 131 (72,28%) pacientes respectivamente, los de BCIA y endoscopia son los que menos se han utilizado, en 1 (0,55%) cada uno.

Se debe resaltar el hecho de que los procedimientos a ejecutar dependen principalmente del diagnóstico de ingreso, de la evolución que presente y de las complicaciones que se dan al ingreso, hospitalización en la Unidad y al diagnóstico de egreso.; además depende también de la edad del paciente. En algunos pacientes se desarrollan incluso hasta cinco procedimientos y de ser necesario más y en la secuencia determinada o sugerida por el médico tratante. Se combinan los procedimientos para dar mayor efectividad al tratamiento del enfermo y así lograr que al momento de egresar presente gran mejoría de la condición de salud.

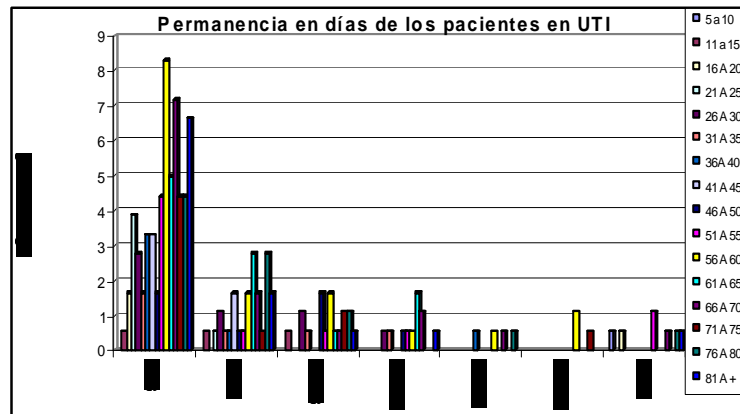


Gráfico 31: Días de permanencia de los pacientes en la UTI.

Elaborado por: Investigador

Análisis: El 59% (107) de los pacientes que ingresan a la UTI permanecen hospitalizados de 1 a 5 días; el 17% (31) de los pacientes permanecen de 6 a 10 días, en menor porcentaje (1,7% igual a 4 pacientes) se quedan de 26 a 30 días.

Relacionando edad con días de hospitalización en la Unidad, el mayor número (15 igual al 8,3%9 de pacientes que tienen una estadía de 1 a 5 días corresponde al grupo con una edad de 56 a 60 años, seguido por los de 66 a 70 años (13 igual al 7,2%); de los de 6 a 10 días se centra en los pacientes de 61 a 65 años y los de 75 a 80 años, cada grupo con 5 pacientes que representan al 2,8% respectivamente; de 11 a 15 días los de 46 a 50 y de 56 a 60 años con 3 pacientes que corresponden al 1,7% cada uno; de 16 a 20 días los de 61 a 65 años con 3 pacientes igual al 1,7%; de 26 a 30 días se quedan 2 pacientes igual al 1,1% de 56 a 60 años; de 31 días a más 2 (1,1%) pacientes de 51 a 55 años; de 21 a 25 años la distribución de los 4 pacientes es equitativa entre los pacientes de 36 a 40 años, de 56 a 60 años, de 66 a 70 años y de 76 a 80 años, uno (0,55%) en cada grupo de pacientes.

Interpretación: Aproximadamente el 60% de los pacientes que ingresan a la UTI permanecen hospitalizados de 1 a 5 días; en el grupo de pacientes de 56 a 60 y 66 a 70 años de edad, se nota que algunos de ellos permanecen incluso hasta más de 31 días. El tiempo de su permanencia en la Unidad depende principalmente del diagnóstico con el que ingresó y la evolución que tiene día a día. Se debe destacar que el único paciente de 9 años permaneció hospitalizado más de 40 días.

Los pacientes que menos días permanecen en la Unidad son aquellos que provienen de quirófanos por complicaciones post operatorias y los del servicio de emergencia; los que permanecen más días son por politraumatismos, trauma cráneo encefálico, coma.

En algunos pacientes su permanencia se da por finalizada debido a su fallecimiento y debe ser transferido al servicio de morgue, es decir a pesar de que se le aplica un sin número de procedimientos, se aplica insumos, se suministra medicamentos que pueden mantenerlo vivo, ellos no responden al tratamiento y fallecen. Pero también su límite de permanencia se da por otros factores como su transferencia a otro centro hospitalario porque se requiere de equipos o infraestructura que adolece por el momento la UTI del HCAM o porque sus familiares así lo deciden; además también porque ya su condición médica le favorece a ser transferido al servicio o especialidad correspondiente.

Cuadro 20: Insumos utilizados en atención a pacientes de la UTI

Insumos	SNG		SWANGA		MARCPA		MANTHIF		LIARTER		INTUB		CATVEPI		CAPERD		APOSIT		CATURI		OXIG		TDRETO		SANGRE		
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	
5 a 10	1	0,55							1	0,6	1	0,6	1	0,6			1	0,6	1	0,6	1	0,6					
11 a 15	1	0,55						1	0,6	2	1,1			1	0,6			1	0,6	2	1,1	2	1,1	1	0,6		
16 A 20	2	1,1								3	1,7			1	0,6			1	0,6	3	1,7	1	0,6	2	1,1		
21 A 25	3	1,66			1	0,6				6	3,3			5	2,8	1	0,6	2	1,1	8	4,4	5,3	2,9	4	2,2	1	0,6
26 A 30	6	3,31								6	3,3	1	0,6	9	5	1	0,6	6	3,3	8	4,4	4	2,2	1	0,6	2	1,1
31 A 35	1	0,55								3	1,7			5	2,8			3	1,7	6	3,3	4	2,2				
36A 40	1	0,55			1	0,6				5	2,8	2	1,1	2	1,1			2	1,1	6	3,3	5	2,8	2	1,1	2	1,1
41 A 45	6	3,31								6	3,3	3	1,7	9	5			6	3,3	8	4,4	6	3,3	1	0,6	1	0,6
46 A 50	2	1,1			1	0,6		1	0,6	9	5	1	0,6	9	5			4	2,2	10	5,5	8	4,4	4	2,2	2	1,1
51 A 55	7	3,87								10	5,5	2	1,1	12	6,6			6	3,3	11	6,1	8	4,4	3	1,7	1	0,6
56 A 60	15	8,29	1	0,6	1	0,6				18	9,9	5	2,8	16	8,8			5	2,8	23	13	14	7,7	5	2,8	5	2,8
61 A 65	6	3,31			2	1,1				13	7,2	1	0,6	12	6,6			8	4,4	17	9,4	14	7,7	5	2,8	2	1,1
66 A 70	10	5,52			2	1,1				12	6,6	2	1,1	13	7,2			2	1,1	18	9,9	10	5,5	3	1,7	2	1,1
71 A 75	8	4,42			1	0,6				10	5,5	2	1,1	11	6,1			5	2,8	13	7,2	7	3,9	0	0	1	0,6
76 A 80	10	5,52	1	0,6			1	0,6	13	7,2			10	5,5			2	1,1	15	8,3	7	3,9	2	1,1	3	1,7	
81 A +	11	6,08	1	0,6	2	1,1	2	1,1	8	4,4	3	1,7	11	6,1			4	2,2	17	9,4	14	7,7	1	0,6	1	0,6	
Total	90	49,7	3	1,7	11	6,1	5	2,8	125	69	23	13	127	70	2	1,1	58	32	166	92	110	61	34	19	23	13	

Fuente: Fichas Médicas y bitácoras de los pacientes. Quito. 2008. Elaborado por: Investigador

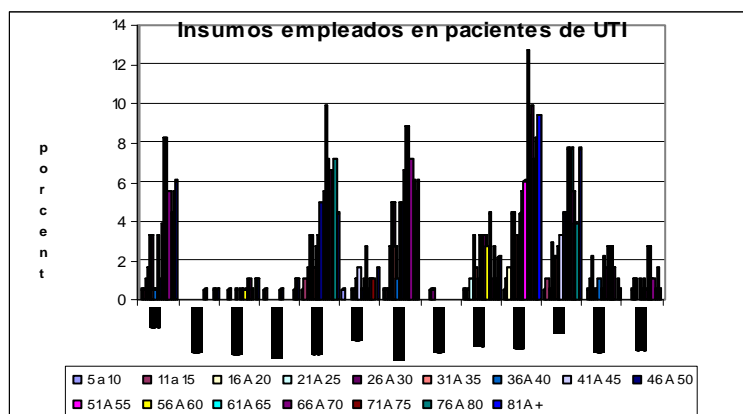


Gráfico 32: Insumos empleados en pacientes de la UTI.

Elaborado por: Investigador

Análisis: En 166 (92%) pacientes de la UTI se emplea catéter urinario, en 127 (70%) catéter venoso periférico, en 125 (69%) línea arterial, en 110 (61%) oxígeno, en 90 (49%) sonda naso gástrica. En menos pacientes se utilizan catéter peridural en 2 pacientes que equivalen al 1,1% y swan ganz en 3 pacientes equivalen al 1,7% del total.

Con respecto a la edad y uso de insumos, se deduce que sonda naso gástrica se utiliza más en pacientes de 56 a 60 años (en 15 pacientes igual al 8,3%) y en pacientes de 65 a 70 y 76 a 80 años edad (10 igual al 5,5% cada grupo); línea arterial en los de 56 a 60 (en 18 pacientes que equivalen al 9,94%), de 61 a 65 y 76 a

80 años (13 pacientes que corresponden al 7,2% cada grupo); catéter venoso periférico en los de 56 a 60 años (en 16 pacientes igual al 8,8%) y de 65 a 70 años (en 13 pacientes igual al 7,2%); apósitos en los de 61 a 65 años (en 8 pacientes igual al 4,4%), en los de 26 a 30, 41 a 45 y 51 a 55 años (6 igual al 3,9% en cada grupo); catéter urinario en los de 56 a 60 años (en 23 pacientes igual al 13%), en los de 66 a 70 (en 18 pacientes igual al 9,9%), en los de 71 a 75 años (en 17 pacientes igual al 9,4%); oxígeno en los de 56 a 69 y de 81 a más años (en 14 pacientes equivalente a 7,7% de cada grupo) y en los de 66 a 70 años (en 10 pacientes equivalente a 5,5%); tubo de drenaje torácico en los de 56 a 60 y 61 a 65 años (en 5 pacientes equivalente a 2,8% cada grupo) y de 21 a 25 y 46 a 60 años (en 4 pacientes equivalente a 2,2 % cada grupo); insumos de intubación 56 a 60 años (en 4 pacientes igual a 2,2%) y de 41 a 45 años (en 3 pacientes igual a 1,7%); sangre 56 a 60 años (en 5 pacientes igual al 2,8%) y de 71 a 75 años (en 3 pacientes igual a 1,7%). También se utilizan otros insumos pero en menor cantidad de pacientes.

Interpretación: Los insumos médicos que se utilizan en pacientes de la UTI son de diferente tipo y uso, depende del diagnóstico de ingreso y de la complicación o no que presenten en la evolución. Se emplean más en enfermos comprendidos entre 56 a 81 a más años de edad y disminuye en los menores de 55 años de edad. Principalmente en este grupo de pacientes se emplean en mayor porcentaje catéter urinario en aproximadamente 90% de pacientes, catéter venoso periférico (70%), línea arterial (69%), oxígeno (61%), sondas naso gástricas (50%), apósitos (32%), también se utilizan aunque en menor cantidad otros insumos como tubos torácicos, de intubación, sangre, swan ganz, manta hipotérmica, catéter peridural, marca pasos, esto se debe a que

también es menor el número de pacientes que ingresan con diagnósticos cuya prescripción deba indicar se empleen estos insumos.

El incremento o disminución de su uso depende de cómo reaccione el paciente ante los procedimientos aplicados y la pertinencia y oportunidad con la que se lo haga, también se relaciona con el número de días en las que esté hospitalizado.

Análisis: Al 96% (173) de pacientes de la UTI se les suministra medicación parental, al 75% (136) de pacientes se suministra antibióticos; los medicamentos que menos se utilizan son los antiarrítmicos, se utilizó solamente en 1 paciente (0,55%), y solución concentrada en 9 pacientes (5%).

Interpretación: Para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes de la UTI se utilizan básicamente medicamentos que garanticen la recuperación temprana del paciente que aquí ingresa por ende pueda continuar con su tratamiento en el servicio o especialidad correspondiente. Los que más se suministran son medicación parenteral, antibióticos, medicación en bolo, drogas vaso activas. Los medicamentos son prescritos según su diagnóstico y evolución por lo que puede incrementar o disminuir su uso. Hay que destacar que se anotó solamente el número de pacientes que fueron suministrados mas no la cantidad de medicamentos, pues hay pacientes a los que se les suministra con frecuencia mínima de 8 horas, por consiguiente dependerá de su estado médico en el que se encuentre. Con mayor frecuencia se suministra la medicación parenteral, antibióticos y medicación en bolo.

Cuadro 22: Nutrición enteral suministrada a pacientes de la UTI.

Nutri Ent Edad	Septiembre		Octubre		Noviembre		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%
5 a 10								
11 a 15					1	0,6	1	0,55
16 A 20								
21 A 25								
26 A 30	1	0,55	1	0,6	1	0,6	3	1,66
31 A 35	2	1,1			1	0,6	3	1,66
36A 40			1	0,6			1	0,55
41 A 45			1	0,6	1	0,6	2	1,1
46 A 50								
51 A 55	2	1,1	2	1,1			4	2,21
56 A 60	1	0,55	3	1,7	6	3,3	10	5,52
61 A 65	2	1,1	4	2,2	2	1,1	8	4,42
66 A 70	3	1,66			1	0,6	4	2,21
71 A 75	2	1,1			3	1,7	5	2,76
76 A 80	3	1,66	2	1,1	1	0,6	6	3,31
81 A +	1	0,55			4	2,2	5	2,76
Total	17	9,39	14	7,7	21	12	52	28,7

Fuente: Fichas Médicas y bitácoras de los pacientes. Quito. 2008. **Elaborado por:** Investigador

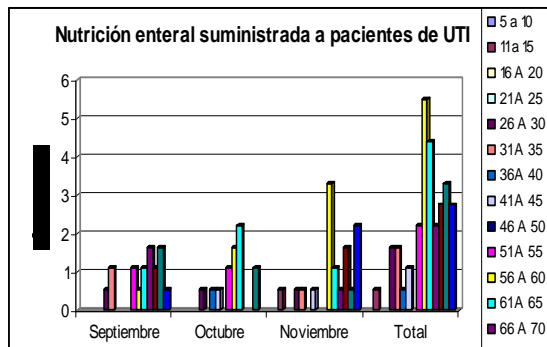


Gráfico 34: Nutrición enteral suministrada a pacientes de la UTI.

Elaborado por: Investigador

Análisis: El mayor porcentaje de pacientes a los que se les prescribió nutrición enteral se centran en los que tienen una edad comprendida entre los 56 a 60 años (10 pacientes equivalentes al 5,52%) y en los de 61 a 65 años (a 8 pacientes equivalentes al 4,42%), se suministra a menos pacientes que tienen 11 a 15 años y 36 a 40 años (a 1 paciente equivalente al 0,55% de cada grupo).

En cuanto a los meses de suministro se denota que fue en noviembre cuando más se racionó esta alimentación, se les proporcionó a 21 pacientes equivalentes al 12%.

Interpretación: De todos los pacientes, tan sólo al 28,7% (52) de ellos se les suministró alimentación parenteral, su aprovisionamiento se relaciona con la evolución médica que presenten porque les falta deglutir alimento, la mayor cantidad de pacientes son los que tienen más de 51 años; hay grupos de pacientes que en ningún mes han recibido alimentación tal es el caso de los pacientes que tienen de 5 a 10 años, 16 a 25 años, y de 46 a 50 años de edad, esto se debe a su complicación tanto en diagnóstico de ingreso como de su evolución durante la permanencia en la UTI.

Cuadro 23: Equipos empleados para atención de pacientes de la UTI.

Mes	Septiembre						Octubre						Noviembre						Total							
	VENTIL		MONITO		TOMOXI		VENTIL		MONITO		TOMOXI		VENTIL		MONITO		TOMOXI		VENTIL		MONITO		TOMOXI			
Edad	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%		
5 a 10	1	0,6	1	0,6	1	0,6																				
11 a 15			1	0,6	1	0,6							1	0,6	2	1,1	1	0,6	1	0,6	3	1,7	2	1,1		
16 A 20	1	0,6	2	1,1	1	0,6									1	0,6					1	0,6	3	1,7	1	0,6
21 A 25			2	1,1	2	1,1					1	0,6	1	0,6	1	0,6	4	2,2	3	1,7	1	0,6	7	3,9	6	3,3
26 A 30	3	1,7	4	2,2	1	0,6	1	0,6	2	1,1	1	0,6	2	1,1	4	2,2	2	1,1	6	3,3	10	5,5	4	2,2		
31 A 35	3	1,7	4	2,2	3	1,7			1	0,6	1	0,6							3	1,7	5	2,8	4	2,2		
36A 40	1	0,6	2	1,1	1	0,6	1	0,6	3	1,7	2	1,1	1	0,6	2	1,1	2	1,1	3	1,7	7	3,9	5	2,8		
41 A 45	1	0,6	2	1,1	2	1,1			2	1,1	2	1,1	4	2,2	4	2,2	2	1,1	5	2,8	8	4,4	6	3,3		
46 A 50	4	2,2	6	3,3	4	2,2	2	1,1	3	1,7	2	1,1			1	0,6	1	0,6	6	3,3	10	5,5	7	3,9		
51 A 55	3	1,7	6	3,3	5	2,8	3	1,7	6	3,3	3	1,7	1	0,6	1	0,6			7	3,9	13	7,2	8	4,4		
56 A 60	2	1,1	6	3,3	3	1,7	1	0,6	6	3,3	4	2,2	6	3,3	12	6,6	7	3,9	9	5	24	13	14	7,7		
61 A 65	6	3,3	6	3,3	5	2,8	4	2,2	5	2,8	5	2,8	4	2,2	6	3,3	4	2,2	14	7,7	17	9,4	14	7,7		
66 A 70	3	1,7	8	4,4	2	1,1	2	1,1	1	0,6			1	0,6	9	5	8	4,4	6	3,3	18	9,9	10	5,5		
71 A 75	5	2,8	5	2,8	3	1,7	1	0,6	2	1,1	1	0,6	3	1,7	4	2,2	3	1,7	9	5	11	6,1	7	3,9		
76 A 80	5	2,8	7	3,9	2	1,1	2	1,1	7	3,9	4	2,2	2	1,1	2	1,1	1	0,6	9	5	16	8,8	7	3,9		
81 A +	5	2,8	8	4,4	5	2,8			1	0,6	1	0,6	6	3,3	10	5,5	8	4,4	11	6,1	19	10	14	7,7		
Total	43	24	70	39	41	23	17	9,4	40	22	27	15	32	18	62	34	42	23	92	51	172	95	110	61		

Fuente: Fichas Médicas y bitácoras de los pacientes. Quito. 2008. Elaborado por: Investigador

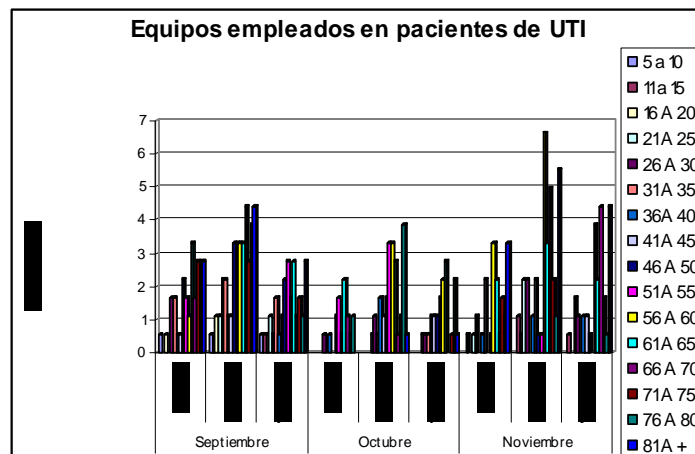


Gráfico 35: Equipos empleados en pacientes de la UTI.

Elaborado por: Investigador

Análisis: En los pacientes que ingresan y son tratados en la UTI se utiliza más el monitor principalmente en los mayores de 51 años de edad, con mayor frecuencia en pacientes de 56 a 60 años (24 igual al 15%) y de 81 a más años (19 igual al 10%); los otros equipos como ventilador se utiliza más en los de 61 a 65 años (14 igual al 7,7%) y de 81 a más años (11 igual al 6,1%), la toma de oxígeno en pacientes de 56 a 60, 61 a 65 y de 81 a más años (14 igual al 7,7% en cada grupo).

Interpretación: El empleo de equipos depende del diagnóstico de ingreso, la evolución en el tratamiento y de la edad del paciente, se utiliza más el monitor y la toma de oxígeno en especial a partir de los 51 años de edad del paciente, si embargo no se debe dejar de señalar que hay enfermos menores a esta edad que los utilizan por mayor tiempo debido a su condición médica. Su uso y/o suspensión se relaciona con la respuesta que tenga el paciente ante el tratamiento aplicado. Se debe destacar que no son los únicos equipos que se usan en la UTI pues depende de qué procedimiento se desarrolle desde su recepción hasta su egreso de la Unidad Médica, sino que son los más utilizados.

4.3 Análisis de Encuestas a personal de la UTI

I. DATOS INFORMATIVOS

Cuadro 24: Sexo de los servidores de la UTI

Sexo	Fi	%
Masculino	9	36
Femenino	16	64
Total	25	100

Fuente: Encuestas a personal de la UTI. Quito, 2008. **Elaborado por:** Investigador

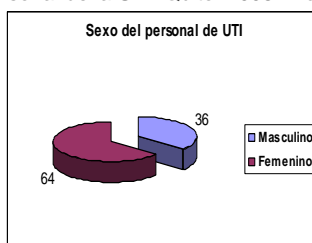


Gráfico 36. Sexo del personal de UTI. **Elaborado por:** Investigador

Análisis: La mayor parte de personal en UTI es femenino, representado por el 64% de su total.

Interpretación en UTI trabajan más mujeres que hombres principalmente en enfermería.

Cuadro 25: Título o grado que poseen los servidores de la UTI

Título	Fi	%
Master	4	16
Doctor	2	8
Licenciado	9	36
Auxiliar	4	16
Bachiller	3	12
Técnico elect	1	4
Internista	1	4
No contesta	1	4
Total	25	100

Fuente: Encuestas a personal de la UTI. Quito, 2008. **Elaborado por:** Investigador

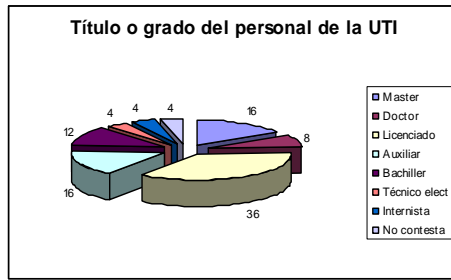


Gráfico 37. Título o grado del personal de UTI. Elaborado por: Investigador

Análisis: El 36% de personal tiene tercer nivel título de licenciada/o y de doctores en medicina el 8%, 16% tienen grado de cuarto nivel.

Interpretación: Pocos funcionarios han tomado la decisión de elevar su preparación académica a un cuarto nivel, la mayoría tiene grados de tercer nivel incluso hay quienes son bachilleres y depende de la función que desempeñen.

Cuadro 26: Función que desempeña dentro de la UTI

Función	fi	%
Jefe de UTI	1	4
Coordinador servicio	1	4
Médico tratante	1	4
Médico residente	1	4
Trabajadora Social	1	4
Dietista	1	4
Enfermera/o	12	48
Auxiliar enfermería	4	16
Secretaria	1	4
Camillero	1	4
Personal de limpieza	1	4
Total	25	100

Fuente: Encuestas a personal de la UTI. Quito. 2008. **Elaborado por:** Investigador

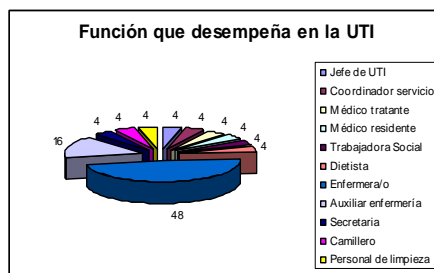


Gráfico 38. Función que desempeña el personal de UTI. Elaborado por: Investigador

Análisis: El 48% del personal es de enfermería incluidos los licenciados y auxiliares de enfermería, en menor porcentaje administrativos, laboratoristas, de servicios generales.

Interpretación: La mayoría de personal es de enfermería por ser quienes están en mayor contacto con los pacientes.

Cuadro 27: Tiempo de servicio en la UTI

Tiempo servicio	fi	%
Menos de 1 año	5	20
De 1 a 2 años	7	28
De 3 a 4 años	6	24
De 5 a 6 años	5	20
De 7 a más	2	8
Total	25	100

Fuente: Encuestas a personal de la UTI. Quito. 2008. **Elaborado por:** Investigador

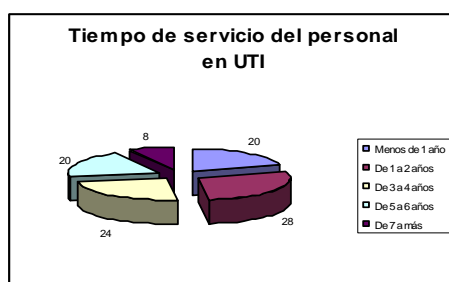


Gráfico 39. Tiempo de servicio del personal de UTI. **Elaborado por:** Investigador

Análisis: El mayor porcentaje corresponde al personal nuevo menos de dos años en la UTI 48%, tan solo un pequeño porcentaje supera los 7 años 8%.

Interpretación: En la UTI labora más personal nuevo que antiguo, se debe a la rotación de personal que efectúan en el HCAM.

II. EXISTENCIA DE UN MODELO DE GESTIÓN

Cuadro 28: Existencia de documentos con directrices para atender a paciente de la UTI

Existencia	fi	%
Si	10	40
No	7	28
No contesta	3	12
No sabe	5	20
Total	25	100

Fuente: Encuestas a personal de la UTI. Quito, 2008. **Elaborado por:** Investigador

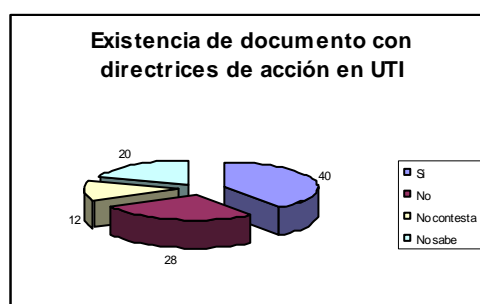


Gráfico 40. Existencia de documento con directrices en la UTI.

Elaborado por: Investigador

Análisis: Conforme manifiesta el 40% de su personal en UTI si hay directrices por escrito para su desempeño, el 28% afirma que no existe.

Interpretación: Para la mayoría del personal todas las funciones están descritas en documentos que posee UTI.

Cuadro 29: Tipo de documento existente en la UTI

Documento	fi	%
Manual procedimiento	5	20
Modelo de Gestión	0	0
Protocolo	3	12
Hojas de diagnóstico	4	16
Estándares	3	12
No sabe	2	8
No contesta	8	32
Total	25	100

Fuente: Encuestas a personal de la UTI. Quito, 2008. **Elaborado por:** Investigador

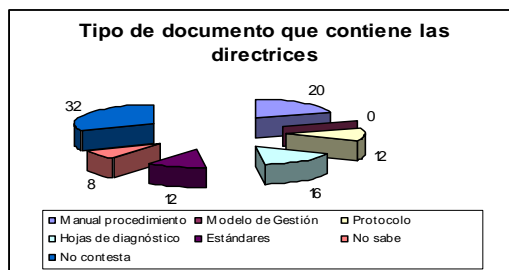


Gráfico 41. Tipo de documento que contiene directrices. Elaborado por: Investigador

Análisis: Según afirma el 20% de su personal las directrices se encuentran establecidas en un Manual de procedimiento, el 16% en las hojas de diagnóstico, el 12% dice que en los protocolos

Interpretación: En la UTI si hay directrices por escrito según la manifiesta la mayoría de su personal y lo establecen los manuales de procedimiento generales para atención al paciente, los protocolos de actuación y las hojas de diagnóstico.

Cuadro 30: Claridad de directrices en documentos de la UTI

Claridad	fi	%
Si	7	28
No	10	40
No contesta	8	32
Total	25	100

Fuente: Encuestas a personal de la UTI. Quito. 2008. Elaborado por: Investigador

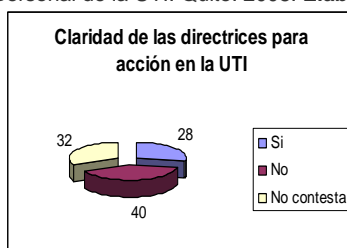


Gráfico 42. Claridad de las directrices. Elaborado por: Investigador

Análisis: Para el 40% del personal las directrices no están claras, sí para el 28%, el 32% no contesta.

Interpretación: A pesar de existir directrices para quienes así lo afirmaban no hay claridad en las mismas, debería actualizarse y socializarse

Cuadro 31: Suficiencia de documentos en la UTI.

Suficientes	fi	%
Si	2	8
No	15	60
No contesta	8	32
Total	25	100

Fuente: Encuestas a personal de la UTI. Quito. 2008. **Elaborado por:** Investigador

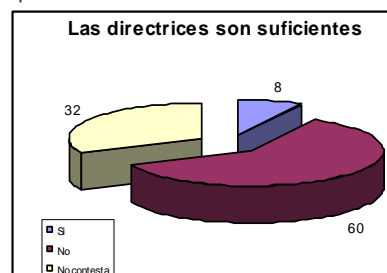


Gráfico 43. Directrices son o no suficientes. **Elaborado por:** Investigador

Análisis: Para el 60% del personal los documentos existentes con directrices no son los propicios ni suficientes, para el 8% si.

Interpretación: En UTI los documentos no son suficientes ni en cantidad ni en información que debería contener, no responden a requerimientos.

¿Por qué?

Razón	fi	%
Obsoletos	3	
No aplicables	9	12
Personal debe estar apto	1	36
Para evitar errores	1	4
No se los difunde	2	4
Falta entrenamiento	1	8
No contesta	8	4
Total	25	100

Fuente: Encuestas a personal de la UTI. Quito. 2008. **Elaborado por:** Investigador

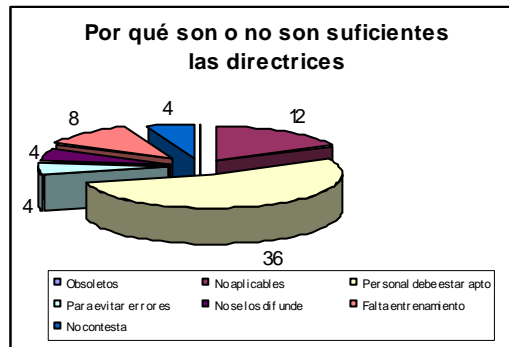


Gráfico 44. Por qué son o no son suficientes las directrices. Elaborado por: Investigador

Análisis: Para el 36% de personal los documentos no son aplicables, para el 12% son obsoletos, para el 8% no se los difunde.

Interpretación: La mayoría de personal justifica que los documentos no son suficientes porque no se los puede aplicar ya que no son acordes con realidad de UTI, hay que actualizarlos o no se conoce el contenido.

Cuadro 32: Existencia de Modelo de Gestión de la UTI.

Existencia de Modelo	fi	%
Si	1	4
No	21	84
No sabe	3	12
Total	25	100

Fuente: Encuestas a personal de la UTI. Quito. 2008. Elaborado por: Investigador

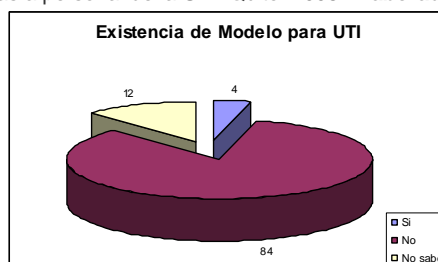


Gráfico 45. Existencia de un Modelo para UTI. Elaborado por: Investigador

Análisis: Según el 84% de personal en UTI no hay un Modelo de Gestión para orientar sus prestaciones al paciente, tan solo el 4% opina que si hay.

Interpretación: En la UTI no existe un Modelo que de las directrices de cómo ejecutar procesos de atención al paciente.

Cuadro 33: Tipo de Modelo de la UTI

Tipo de Modelo	fi	%
No sabe	1	4
No contesta	24	96
Total	25	100

Fuente: Encuestas a personal de la UTI. Quito, 2008. **Elaborado por:** Investigador

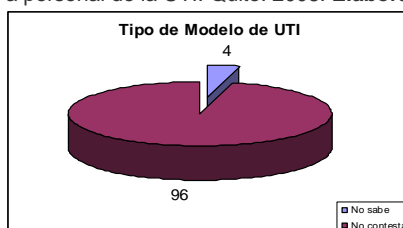


Gráfico 46. Tipo de Modelo de UTI. **Elaborado por:** Investigador

Análisis: Con respecto al tipo de Modelo existente, la única persona que afirmó su existencia desconoce a qué tipo corresponde.

Interpretación: Se desconoce el tipo de Modelo que según la informante existe en UTI, por ende también son desconocidos sus lineamientos, su propósito y si guardan correspondencia o no con los requerimientos del paciente y del personal de la Unidad Médica.

III. PROCESOS Y SUBPROCESOS QUE SE EJECUTAN EN LA UTI

Cuadro 34: Acciones que generan los servidores de la UTI

Acciones	fi	%
Funciones	18	72
Procesos	4	16
No contesta	3	12
Total	25	100

Fuente: Encuestas a personal de la UTI. Quito, 2008. **Elaborado por:** Investigador

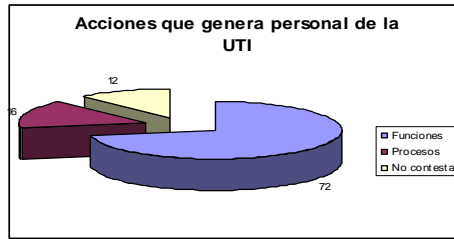


Gráfico 47. Acciones que genera el personal de UTI. Elaborado por: Investigador

Análisis: Para el 72% de personal de UTI en la Unidad se desarrollan funciones, para el 16% procesos, el 12% no contesta.

Interpretación: En la UTI predomina la ejecución de funciones, tan solo un pequeño porcentaje dice realizar procesos.

Cuadro 35: Principales Funciones o Procesos que se desarrollan

Funciones o procesos	fi	%
Recepción de paciente	3	10
Diagnóstico de paciente	1	3,33
Tratamiento de paciente	1	3,33
Cuidado de paciente	1	3,33
Recepción de medicación	1	3,33
Entrega de paciente	1	3,33
Administración de medicación	2	6,67
Manejo hemodinámica	2	6,67
Monitoreo FC, FR,SAT O2	2	6,67
CUC, LINEA ART, SHALDON	3	10
Llenar hojas	3	10
Estabilización de paciente	2	6,67
Toma de muestras para exámenes	2	6,67
Preparación NPT	1	3,33
Elaboración de pedidos	1	3,33
Registro de evolución de paciente	1	3,33
Desinfección final	1	3,33
Recoger basura	1	3,33
No contesta	1	3,33
Total	30	100

Fuente: Encuestas a personal de la UTI. Quito. 2008. Elaborado por: Investigador

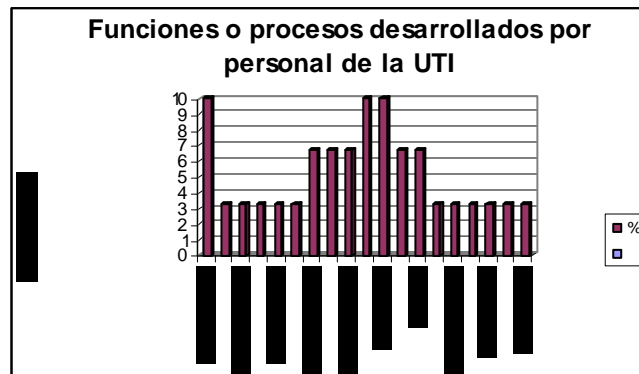


Gráfico 48. Funciones o procesos desarrollados por personal de UTI. Elaborado por: Investigador

Análisis: En la UTI se desarrollan variedad de funciones o procesos según su personal así se destacan recepción del paciente, colocación línea arterial y llenado de hojas.

Interpretación: El proceso o función depende del rol del personal así unos serán de carácter administrativo, otros son de servicios generales y otros exclusivamente de atención directa al paciente.

Momento en que realiza depende de la condición, evolución o permanencia del paciente, algunos afirman que ejecutan sus funciones o procesos durante todo el tiempo desde que ingresa hasta que egresa el paciente.

Cuadro 36: Qué actividades contiene cada función o proceso.

Actividades	fi	%
Verificar existencia de medicamentos	1	3,23
Colocación del paciente en la cama	1	3,23
Suministrar medicamentos	1	3,23
Constancia de valoración médica	1	3,23
Verificar existencia de cama en piso asignado	1	3,23
Registrar al paciente	2	6,45
Preparar al paciente para egreso	1	3,23
Realizar informes	2	6,45
Trasladar al paciente	1	3,23
Preparar sala para recepción del paciente	1	3,23
Valoración médica	1	3,23
Dar apoyo psicológico	1	3,23
Salvaguardar integridad de pacientes	1	3,23
Colocación de vías	2	6,45
Intubación	1	3,23
Llenar hoja de ingreso o egreso	2	6,45
Elaborar pedidos de exámenes	1	3,23
Proporcionar medicamentos e insumos	1	3,23
Monitorizar al paciente	1	3,23
Llenar historia clínica	1	3,23
No contesta	8	25,8
Total	31	100

Fuente: Encuestas a personal de la UTI. Quito, 2008. **Elaborado por:** Investigador

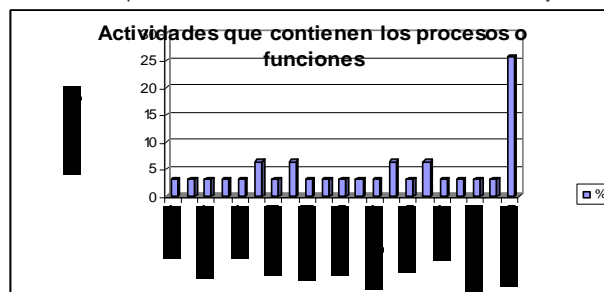


Gráfico 49. Actividades que contienen los procesos o funciones.

Elaborado por: Investigador

Análisis: Según manifiesta su personal en UTI se realizan varias actividades pero las predominantes son receptor al paciente, llenar fichas, realizar informes cada una representada por el 6,45% de funcionarios de la Unidad.

Interpretación: Las actividades de UTI dependen de las funciones o procesos que ejecuta su personal, pero todas están direccionadas a atender al paciente.

Cuadro 37: Forma en que se asigna la ejecución de funciones o procesos

Asignación de acciones	fi	%
Jefe de UTI	4	16
Jefe de especialidad	12	48
Planificación conjunta	5	20
Ninguna	1	4
No contesta	3	12
Total	25	100

Fuente: Encuestas a personal de la UTI. Quito. 2008. **Elaborado por:** Investigador

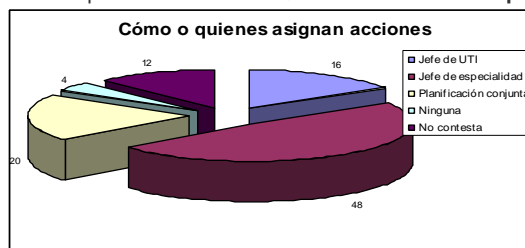


Gráfico 50. Cómo o quiénes asignan las funciones. **Elaborado por:** Investigador

Análisis: Para el 48% de su personal las funciones las asigna el jefe de la especialidad, para el 20% son planificadas en forma conjunta, para el 16% por el jefe de UTI, para el 4% el sabe que hacer y dice ninguna.

Interpretación: Las funciones son emanadas desde las autoridades sea de especialidad o de la Unidad Médica según un porcentaje que bordea al 50%, pero depende del rol que desempeñe, enfermería afirma que es su jefa la que dispone, los médicos en cambio afirman que es en forma conjunta.

Cuadro 38: Prioridades en atención al paciente de la UTI

Prioridad	fi	%
A las funciones	11	44
A los procesos	5	20
A los pacientes	5	20
No contesta	4	16
Total	25	100

Fuente: Encuestas a personal de la UTI. Quito. 2008. **Elaborado por:** Investigador

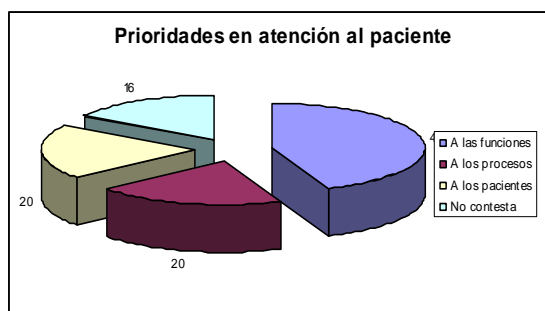


Gráfico 51. Prioridades en atención al paciente. **Elaborado por:** Investigador

Análisis: El 44% de su personal manifiesta que en su accionar da prioridad a las funciones, en forma compartida cada uno con 20% dice que da prioridad a los procesos y otros a los pacientes.

Interpretación: En la UTI no está claro el servicio que presta su personal dado a que no se determina que priorizan al momento de desarrollar sus prestaciones.

Cuadro 39: Cómo y por qué

Razón	fi	%
Se data como recibir correctamente a pte.	1	4
Preservación de la unidad	1	4
Paciente es medio de trabajo	3	12
Dar buen servicio aplicando conocimientos	4	16
Así se determina responsabilidades	3	12
Se trabaja en equipo	2	8
Considerar a pte. en contexto	1	4
Cada uno conoce sus funciones	5	20
Dan mayor facilidad para el trabajo	1	4
No contesta	4	16
Total	25	100

Fuente: Encuestas a personal de la UTI. Quito. 2008. **Elaborado por:** Investigador

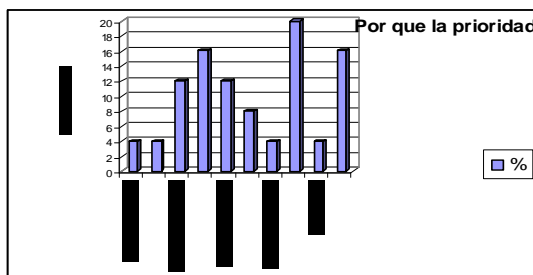


Gráfico 52. Por qué la prioridad. Elaborado por: Investigador

Análisis: Cada persona según su respuesta de dar prioridad a pacientes, funciones o procesos, justifica con diferentes ponencias, las más destacadas son que cada uno conoce lo que debe hacer 20%, se da un buen servicio aplicando los conocimientos 16%, el paciente es el medio de trabajo y así se determinan responsabilidades 12%.

Interpretación: Las prioridades que da el personal de UTI en sus acciones dependen del rol que allí cumple, y son referentes a su conocimiento, experiencia y responsabilidad.

Cuadro 40: Evaluación de funciones o procesos

Evaluación	fi	%
Si	8	32
No	14	56
No contesta	3	12
Total	25	100

Fuente: Encuestas a personal de la UTI. Quito. 2008. **Elaborado por:** Investigador

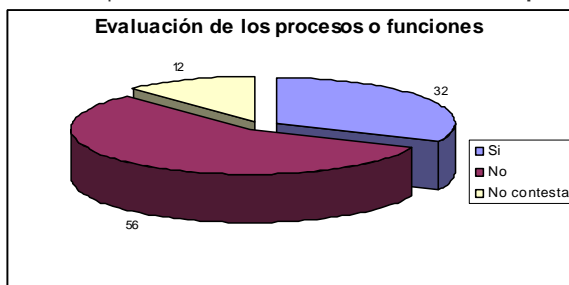


Gráfico 53. Evaluación de los procesos o funciones. Elaborado por: Investigador

Análisis: El 56% de personal afirma que no se evalúan las funciones o procesos que en UTI se ejecutan. El 32% dice que si se evalúan.

Interpretación: Hay personas que aprecian sus actividades son evaluadas porque sus líderes los observan o hacen recomendaciones, pero según la mayoría no hay una evaluación propiamente dicha.

Cuadro 41: Finalidad de la Evaluación

Finalidad	Fi	%
Para corregir errores	1	4
Para conocer desempeño de servidor	1	4
Para sancionar al personal	1	4
Para replantear acciones y actitudes	1	4
Para que el nivel intelectual crezca	1	4
Docente y funcional	1	4
Mejorar el servicio	3	12
No contesta	15	60
Total	25	100

Fuente: Encuestas a personal de la UTI. Quito. 2008. **Elaborado por:** Investigador

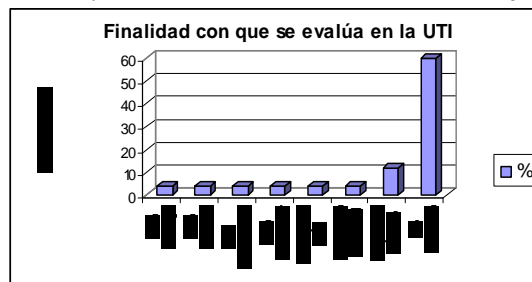


Gráfico 54. Finalidad de la evaluación. Elaborado por: Investigador

Análisis: Para el 12% del personal la evaluación se hace con la finalidad de mejorar el servicio, otros representados por el 4% respectivamente manifiestan que es para conocer los errores, para sancionarles, para conocer su desempeño o con fines educativos funcionales.

Interpretación: Quienes dijeron que son evaluados e incluso quienes afirmaron lo contrario dicen que se evalúa principalmente para mejorar el servicio, algunos manifiestan que se la realiza solamente para sancionarles.

Cuadro 42: Indicadores de evaluación en la UTI

Indicadores de Evaluación	fi	%
Si	8	32
No	11	44
No contesta	4	8
Desconoce	2	8
Total	25	100

Fuente: Encuestas a personal de la UTI. Quito. 2008. **Elaborado por:** Investigador

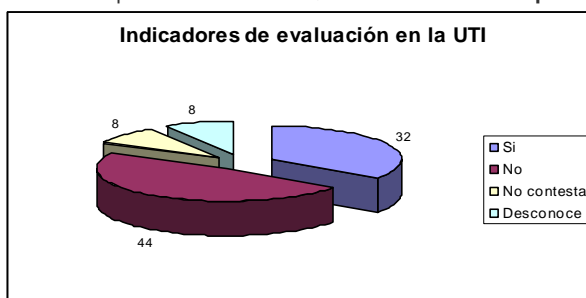


Gráfico 55. Indicadores de Evaluación. **Elaborado por:** Investigador

Análisis: El 44% dice que no hay indicadores en UTI para evaluar su desempeño, el 32% dice lo contrario.

Interpretación: En UTI no hay indicadores de evaluación según lo demuestran las estadísticas, se evalúa según lo que desee saber el encargado de esa función.

Cuadro 43: Recursos necesarios para los procesos o las funciones.

Recursos para funciones o procesos	Fi	%
Cateter, sondas	1	4
Hojas impuestas por servicio	1	4
Hojas de evolución	2	8
Material esteril	1	4
Mobiliario de oficina	1	4
Insumos de farmacia	2	8
Medicación de UTI	1	4
Resultados de evolución	1	4
Computadoras	2	8
Tubo T	1	4
Gasómetro	1	4
Todos los que tiene	5	20
No contesta	6	24
Total	25	100

Fuente: Encuestas a personal de la UTI. Quito. 2008. **Elaborado por:** Investigador

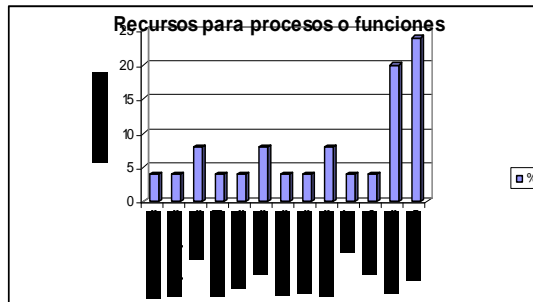


Gráfico 56. Recursos para procesos o funciones. Elaborado por: Investigador

Análisis: El 20% de personal afirma que requiere para trabajar todos los recursos con los que cuenta la UTI, el 8% respectivamente de insumos de farmacia, de hojas de evolución o de computadoras.

Interpretación: Los recursos que posee UTI son los suficientes y propicios para trabajar con ese tipo de paciente así lo afirman algunos de sus funcionarios.

Cuadro 44: Personal de la UTI obtiene o proporciona información, documentos o resultados de sus acciones

Requiere o proporciona	fi	%
Si	18	72
No	1	4
No contesta	6	24
Total	25	100

Fuente: Encuestas a personal de la UTI. Quito. 2008. Elaborado por: Investigador

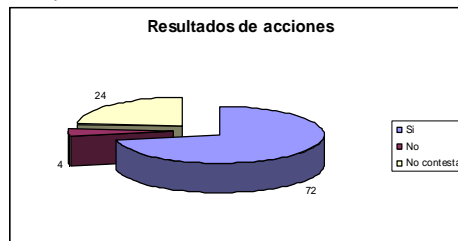


Gráfico 57. Resultados que requiere o proporciona. Elaborado por: Investigador

Análisis: El 72% de personal dice que con su accionar genera resultados sea documentos o información, el 4% dice que no.

Interpretación: En la UTI toda acción que se ejecuta o va a ejecutar produce o requiere de resultados para que el personal lleve a cabo sus acciones.

Cuadro 45: Tipo de información, documento o resultado requerido o proporcionado

Requiere			Proporciona		
	fi	%		fi	%
Compresas para desinfección	1	4	Comunicación	3	12
Exámenes	1	4	Bitácora	4	16
Indicaciones	6	24	Exámenes	2	8
Informes de estadística	2	8	Indicaciones	2	8
Suministros	1	4	Estrategias de desarrollo	3	12
Informes de evolución de paciente	7	28	Actualización de estadística	1	4
No contesta	7	28	Informes a través de historia clínica	1	4
Total	25	100	Ayuda psicológica	1	4
			Información del paciente y certificados	1	4
			No contesta	7	28
			Total	25	100

Fuente: Encuestas a personal de la UTI. Quito, 2008. Elaborado por: Investigador

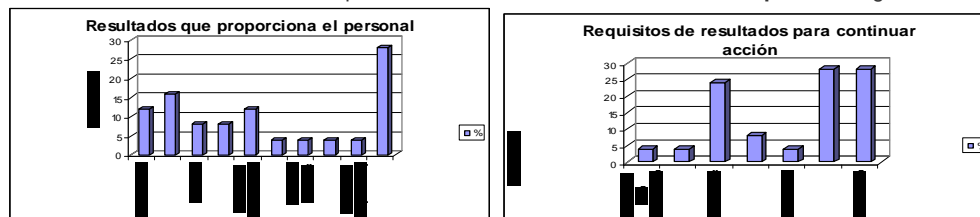


Gráfico 58. Tipo de resultado. Elaborado por: Investigador

Análisis: El personal de UTI en sus intervenciones con o para el paciente requiere contar con informes de evolución 28%, con indicaciones 24%, con informes estadísticos 8% entre otros, y proporciona bitácoras 16%, comunicación y estrategias de desarrollo 12%.

Interpretación: Todas las actividades y tareas del personal de UTI según los encuestados requieren o proporcionan algún resultado que ellos obtuvieron y es necesario para que la otra persona continúe con el tratamiento al paciente.

IV. REQUERIMIENTOS, INTERESES Y NECESIDADES DEL PERSONAL DE LA UTI

Cuadro 46: Cantidad de personal en la UTI.

Personal es suficiente		
	fi	%
Si	9	36
No	15	60
No contesta	1	4
Total	25	100

Fuente: Encuestas a personal de la UTI. Quito, 2008. Elaborado por: Investigador

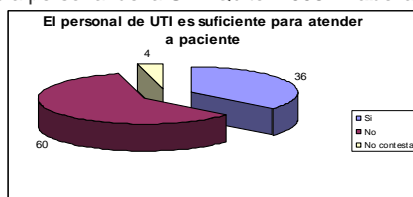


Gráfico 59. Personal de UTI suficiente para atender a paciente. Elaborado por: Investigador

Análisis: Para el 60% de los empleados la cantidad de personal en UTI no es suficiente, para el 36% si.

Interpretación: En la UTI no hay el suficiente personal principalmente de enfermería por ser el que más en contacto está con el paciente.

Cuadro 47: Sugerencia para compensar faltantes

Sugerencias	fi	%
Incrementar número en todos los turnos	7	28
Más personal capacitado en enfermería	3	12
Más residentes	4	16
Reemplazos no solo para vacaciones	2	8
No contesta	9	36
Total	25	100

Fuente: Encuestas a personal de la UTI. Quito. 2008. **Elaborado por:** Investigador

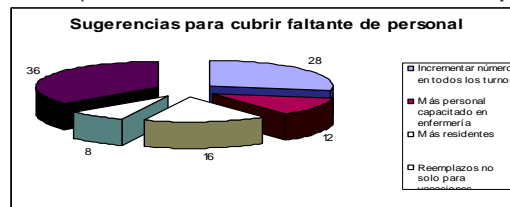


Gráfico 60. Sugerencias para cubrir falta de personal en UTI. Elaborado por: Investigador

Análisis: Para el 28% del personal de UTI, se completaría el faltante incrementando número de personas por turno, para el 16% con más residentes, para el 12% mas personal de enfermería, para el 8% con reemplazos no solo que cubran vacaciones sino para completar en los turnos.

Interpretación: El personal de UTI recomienda se complete el personal con más servidores en los turnos sea por contrato o como personal flotante para cubrir ausencias o escasez.

Cuadro 48: Calidad de Preparación o capacitación de personal de la UTI

Es de calidad la preparación del personal	fi	%
Si	13	52
No	8	32
No de todos	2	8
No contesta	2	8
Total	25	100

Fuente: Encuestas a personal de la UTI. Quito. 2008. **Elaborado por:** Investigador

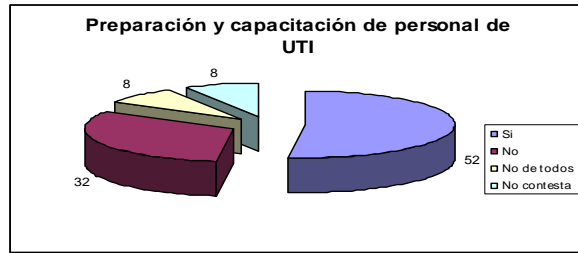


Gráfico 61. Preparación o capacitación del personal de UTI. Elaborado por: Investigador

Análisis: Según el 52% de personal de UTI ellos si cuentan con la preparación y capacitación suficiente para atender a un paciente crítico, para el 38% no lo están.

Interpretación: La mayoría del personal de la UTI está capacitada para desempeñarse en la Unidad Médica, lo obtuvieron de su formación académica, de su experiencia y práctica.

Cuadro 49: Sugerencia para lograr perfil del servidor de la UTI

Sugerencias	fi	%
Capacitación teórica, práctica, tecnológica	6	24
Facilitar estudios	2	8
Talleres dentro de UTI	4	16
Compartir experiencias	6	24
Estudio continuo de protocolos y normas	1	4
Buena planificación de supervisora	1	4
Pasantías	1	4
Ver necesidades del personal	1	4
Más interacción entre el personal	2	8
No contesta	1	4
Total	25	100

Fuente: Encuestas a personal de la UTI. Quito. 2008. Elaborado por: Investigador

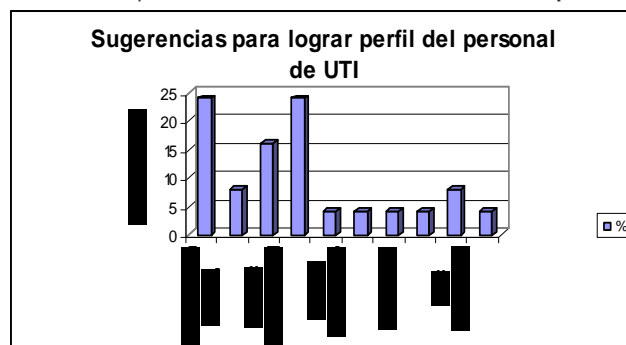


Gráfico 62. Sugerencias para lograr perfil de personal de UTI. Elaborado por: Investigador

Análisis: El 24% del personal de UTI dice que para lograr el perfil deseado se debe compartir experiencias, el 16% hacer talleres, el 8% facilitar los estudios.

Interpretación: El perfil del personal para UTI se logra sólo con la capacitación y la socialización de conocimientos y técnicas durante el trabajo en equipo.

Cuadro 50: Conocimiento sobre funcionamiento, manejo o uso de muebles, equipos, insumos, medicamento.

Conoce como funcionan los recursos	fi	%
Si	7	28
No	16	64
No contesta	2	8
Total	25	100

Fuente: Encuestas a personal de la UTI. Quito. 2008. **Elaborado por:** Investigador

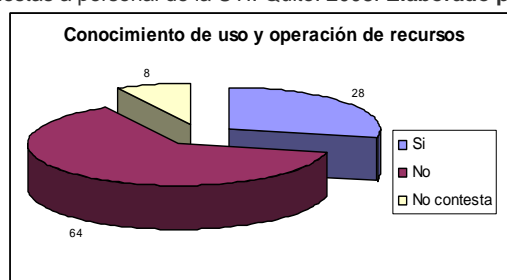


Gráfico 63. Conocimiento de uso y operación de recursos. **Elaborado por:** Investigador

Análisis: El 64% del personal dice no conocer cómo funcionan o para qué se utilizan los equipos, insumos o medicamentos, el 26% afirma que si sabe.

Interpretación: El mayor porcentaje de personal de UTI desconoce como opera, funciona o se utilizan los recursos con los que trabaja.

Cuadro 51: Deseo de capacitación o perfeccionamiento del personal

Capacitación	fi	%
Si	24	96
No	0	0
No contesta	1	4
Total	25	100

Fuente: Encuestas a personal de la UTI. Quito. 2008. **Elaborado por:** Investigador



Gráfico 64. Requerimiento de capacitación. Elaborado por: Investigador

Análisis: El 94% de personal desea capacitarse tan solo el 4% no contesta a la pregunta.

Interpretación: Casi la totalidad del personal de UTI requiere y desea capacitación permanente.

Cuadro 52: Tipo o área de capacitación o perfeccionamiento

Tipo o área de capacitación	fi	%
Manejo de equipos	4	16
Cuidado y atención a paciente	13	52
Desarrollo de procesos	6	24
Otros	2	8
Total	25	100

Fuente: Encuestas a personal de la UTI. Quito, 2008. **Elaborado por:** Investigador

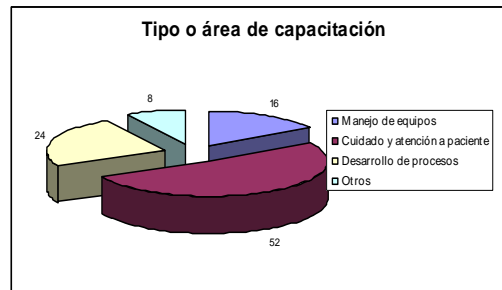


Gráfico 65. Tipo o Área de capacitación. Elaborado por: Investigador

Análisis: El 52% de pacientes requiere ser capacitado en cuidado y atención al paciente, el 24% en desarrollo de procesos, el 16% en manejo de equipos, el 8% en otros aspectos.

Interpretación: Todas las áreas de capacitación que requiere el personal de UTI se relacionan directamente con la atención al paciente.

Cuadro 54: Participación en planificación del trabajo en la UTI.

Planificación de trabajo	fi	%
Si	23	92
No	1	4
No contesta	1	4
Total	25	100

Fuente: Encuestas a personal de la UTI. Quito, 2008. **Elaborado por:** Investigador



Gráfico 66. Planificación del Trabajo. **Elaborado por:** Investigador

Análisis: El 92% del personal afirma que todos deben participar en la planificación del trabajo, tan solo el 4% dice que no.

Interpretación: El trabajo planificado en forma conjunta garantiza mejores resultados, así lo aseveran la mayoría del personal de la UTI.

Cuadro 54: Razón:

Razón	fi	%
Mejorar atención a paciente	3	12
Facilidad en desarrollo de actividades	2	8
Oportunidad del servicio	3	12
Aprender nuevas formas de atención a pte.	4	16
Mantener coordinación constante	3	12
Hablar el mismo idioma	1	4
Para ttabajar en equipo	7	28
Conocer avances o cambios en atención pte.	1	4
No contesta	1	8
Total	25	100

Fuente: Encuestas a personal de la UTI. Quito, 2008. **Elaborado por:** Investigador

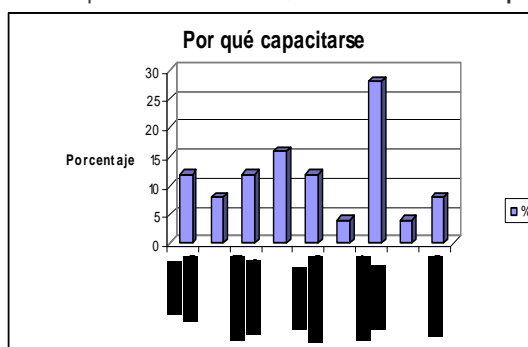


Gráfico 67. Por qué capacitarse. **Elaborado por:** Investigador

Análisis: El 28% del personal dice que la planificación conjunta permite trabajar en equipo, el 16% aprender nuevas formas de tratar al paciente, 12% mejorar atención al paciente, es una oportunidad de servicio y contacto permanente.

Interpretación: El trabajo previamente planificado pero con la participación de todos trae resultados positivos tanto para el paciente como para el personal de UTI:

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

De acuerdo con los objetivos planteados para la investigación, la formulación del problema, las preguntas directrices, hipótesis, resultados del análisis de la información, se concluye:

El nuevo y cambiante entorno social, económico y cultural debe interpretarse como oportunidades de mejora para de Terapia Intensiva y el papel de los profesionales como agentes y gestores del cambio a favor de una Unidad Médica en situación de privilegio, con amplio nivel de confiabilidad y que, además, es necesaria, integradora, resolutive e insustituible.

La Unidad Médica presta servicio principalmente a pacientes afiliados al Seguro Social General y Seguro Social Campesino, cuyo nivel socio-económico-educativo fluctúa de mediano a mediano bajo. Esto incide en su tendencia en la utilización del Servicio toda vez que no acuden a salud preventiva sino más bien curativa que en algunos casos resultan en situaciones nefastas.

Los diagnósticos que más se registran son: insuficiencia respiratoria, shock séptico, complicaciones en cirugía torácica, insuficiencia renal y otros; de ello depende su estadía en el servicio, la evolución que manifiesten o no, el empleo de equipos, muebles, insumos y medicamentos. Hecho que también se relaciona con la edad de los pacientes.

Del **tipo de diagnóstico**, tiempo de estadía y edad de los pacientes depende la intervención que hagan los agentes y gestores del proceso productivo, así como la aplicación y uso de medicamentos, insumos, muebles y equipos.

La calidad de gestión y servicio que se oferta y brinda en la UTI, depende a más de la aplicación correcta de los procesos, del empoderamiento que los profesionales tengan de los mismos así como de su compromiso con la Unidad Médica a la que se deben y pertenecen.

UTI necesita incorporar a su desempeño mejores parámetros de gestión, que optimicen los recursos disponibles, permitan respuestas eficientes para las crecientes demandas de la población, satisfagan requerimientos de los profesionales que en ella prestan sus servicios, faculten la participación activa de sus componentes en la toma de decisiones y en la planificación del accionar de la Unidad Médica así como también la evaluación y autoevaluación de los procesos y de la gestión misma de los generadores del servicio.

La implementación adecuada y precisa del Modelo de Gestión Sistémica diseñado acorde con su realidad, garantizaría que el servicio que genera y brinda el profesional y todo el personal de la UTI, sea de calidad excelente.

Los sistemas de gestión aplicables y que sirvieron de base para la formulación del Modelo de Gestión para la UTI, buscan objetivos de descentralización de la responsabilidad, mejora de las relaciones entre profesionales, usuarios y directivos y control de costos vinculando la financiación a la actividad asistencial.

Es característica básica del Modelo, que todos los agentes y gestores de los procesos puedan ejecutarlo las veces necesarias hasta que

perfeccionen su desempeño, alcancen la calidad del servicio y el proceso madure como un servicio de valor agregado.

Se espera que esta propuesta ayude a comprender los retos futuros que la Unidad de Terapia Intensiva debe de acometer.

5.2 Recomendaciones:

Basándose en las conclusiones, se recomienda:

De manera muy evidente, se ha demostrado que los cambios han comenzado a tener un impacto en las organizaciones, ante esta realidad surge la necesidad de adoptar nuevos enfoques que contribuyan al éxito en la generación, control y evaluación de los procesos productivos y especialmente a la potenciación de las capacidades, experiencia y práctica de su talento humano incorporando el proceso de competitividad como medio de transformación que permita fortalecer la imagen de la UTI y el empoderamiento de los gestores y actores del servicio.

Terapia Intensiva debe de llevar a cabo el proceso de detección, utilizando para ello un instrumento propicio, efectivo y eficiente, que se adapte a sus características, esto permitirá determinar necesidades, requerimientos y expectativas tanto de los pacientes como de los profesionales y demás personal de la UTI, para en base a la información que se obtenga planificar sus acciones, adoptar las medidas correctivas y mejorar la calidad de servicio que oferta y genera.

Será beneficioso, tanto para el personal como para la Unidad Médica, planificar y mantener acciones destinadas al desarrollo de habilidades, destrezas y capacidades del talento humano, con el propósito de incrementar la eficiencia demostrada en su desempeño durante el

desarrollo de los procesos y por ende al cumplimiento de las metas y objetivos de la UTI.

Los responsables de la ejecución, control y evaluación de los procesos han de garantizar que los servicios que se ofertan, generan y brindan sea de alta calidad con el mejoramiento continuo de sus acciones en la atención al paciente para así reducir errores y accidentes con ellos y evitar desperdicios de recursos.

Los gerentes o coordinadores de la Unidad Médica y de los procesos productivos deberán avalar la oferta para asegurar el empoderamiento por parte de los agentes y gestores del servicio y así alcanzar el mejoramiento de la imagen institucional.

Para lograr la interacción entre los generadores del servicio y de éstos con el paciente y sus familias, se debe recurrir a la planificación participativa en donde todos estén en la capacidad de aportar o proponer alternativas para enfrentar situaciones de emergencia de la manera más viable y con la coordinación que el caso requiere.

El Modelo de Gestión Sistémica debe ser concebido tanto por sus gerentes como por los prestadores el servicio, como una herramienta clave que facilitará la gestión, ejecución y evaluación global tanto de los procesos productivos como de la propia Unidad Médica, facilitando la oportuna toma de decisiones y el mejoramiento de los procesos para que el servicio que oferta y brinda la UTI sea de calidad excelente.

Para que el Modelo revele los resultados que se espera es importante que se adopte la cultura de la calidad para ello se ha de recurrir a la evaluación y autoevaluación constante y en la marcha ir aplicando los correctivos necesarios, sólo con el mejoramiento continuo se alcanzará el éxito deseado.

BIBLIOGRAFÍA

- BARQUÍN MC. (1992) *Dirección de hospitales. Sistemas de atención médica*. 6a ed. México: Interamericana, McGraw-Hill. p.59–220.
- CAMACHO. Casado, Ledys (2008) *“Calidad y competencia en los servicios de salud”*.
- CAMBIOS Órgano oficial de difusión científica HCAM, volumen 8 julio-diciembre 2005 *El Servicio de Medicina Interna del HCAM: Filosofía y Reseña Histórica* Por: Dr. Hernán Proaño Rodríguez. Quito
- CELA, José. (1997) *Calidad, qué es, cómo hacerla?*. Ediciones Gestión 2000 S.A. Barcelona.
- HORA GMT. *“10 Años de compras absurdas”* . Quito. Agosto 9 de 2000.
- HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN (2002) *Manual Técnico: Unidad de Terapia Intensiva.- Protocolos Específicos*. HCAM. Quito. Pp. 403
- HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN (2007) *Anuario del HCAM*. Quito. Pp. 50

<http://biomed.uninet.edu/2004/n1/mif.html>. (2004) *Calidad en Medicina de Emergencia*. Mayo 2004. [Consultado: 14 de septiembre 2008].

<http://www.semicyuc.org/grupos/gestion/proyecto-monit-indica-calidad-abril-2006.pdf> (2006) Proyecto “*Monitorización de indicadores de calidad en el enfermo crítico*” [Consultado: 25 de septiembre 2008].

<http://www.semicyuc.org/grupos/gestion/proyecto-monit-indica-calidad-abril-2006.pdf> (2006) *Proyecto “Monitorización de indicadores de calidad en el enfermo crítico”*. [Consultado: 14 de octubre 2008].

<http://www.estrategiaempresarial.com/Conceptos.asp> (2005) “*Conceptos y Fundamentos del BSC*”. Noviembre 07, 2005.

info@hcam.med.ec

LA HORA ONLINE QUITO . “*La demanda asfixia al IESS*”. 2009-01-25

MALAGÓN. Londoño G, Galán MR, Pontón LG. (1997) “*Administración hospitalaria*”. 1a re. Colombia: Médica Panamericana.

- MARINA, César D. Dr. y Daglio Daniel. Der. *“Auditoria y Gestión de la Calidad en Salud”*. México Universidad Nacional del Comahue
- MARIÑO, Hernando. (1996) *Planeación Estratégica de la Calidad Total*. TM Editores. Colombia.
- MARIÑO. Hernando. (2001) “Gerencia de Procesos”, Alfaomega, Editores. Colombia.
- MEJÍA. García, Braulio. (2000) “Gerencia de Procesos”. Eco ediciones. Colombia.
- MÉNDEZ. Valdermarín Dr. *“Cual es el modelo de salud ideal para Nuestra Región? Comparación con otros modelos. Visión desde la experiencia profesional”*.
- MEZQUITA Enrique. (2008) *“Gestionar el Conocimiento Genera Valor al Enfermo”*. Gestión en Salud. Valencia Argentina. e-mail: editorial@gestionensalud.com
- NAVAS, Pilar. (2007) “Ciclo de Vida de los Proyectos”
<http://www.commercenetcatalunya.org/boletin56/not4.htm>
- Norma ISO 9001: *“Normas para la gestión de la calidad. Requisitos”*

- PORTER, Michael E. (1996) *“Ventaja Competitiva”*. Compañía Editorial Continental. México.
- Revista Cubana (2007) *“Medicina Intensiva y Emergencias”*.
- REYES Ponce, Agustín. (1996), *“Administración por objetivos”*. Editorial Limusa, S. A. de CV Grupo Noriegas Editores, Balderas 95, México, DF.
- ROMERO, Juan José (2006) *“La perspectiva sistémica en la gestión de los centros documentarios”*
<http://www.um.es/fccd/anales/ad10/ad1006.pdf>
- RUELAS. Barajas E. (1993) *“Calidad, productividad y costos”*. Salud Pública México pp. 298–304.
- RUIZ J, Martín MC y otros (2002) *“Análisis del nivel de satisfacción profesional y de la visión de futuro de la medicina intensiva como especialidad”* pp. 51-60.
- RUIZ J., Martín M.C y otros *“Plan estratégico de la sociedad catalana de medicina intensiva y críticos (socmic)”*

- SALCEDO, Rodney (2005) “¿Cómo implantar un Sistema de Control de Gestión en la práctica?”. <http://www.ciberconta.unizar.es/leccion/cgestion/SCG.pdf>
- SÁNCHEZ. Guzmán, Mariano (2005) “Indicadores de gestión hospitalaria”. Rev. Inst. Nal. Enf. Resp. Mex. v.18 n.2 México abr-jun. 2005
- SEMICYUC (2005) “Indicadores de calidad en el enfermo crítico”. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias p. 1-165.
- TQM Asesores. “El Modelo EFQM de Excelencia. Nueva versión” [www:/ http: tqmasesores.com](http://www.tqmasesores.com)
- TRISCHLER. William. (1998) “Mejorar el valor añadido en los procesos”. Ediciones Gestión 2000. Barcelona.
- VIDAL. Pineda LM, Reyes. Zapata H. (1993) *Diseño de un sistema de monitoría para el desarrollo de programas de garantía de calidad.* Salud Pública México. pp. 326–331.

www.conferenciasyformacion.com

(2008) *“Cómo Gestionar y Organizar el bloque quirúrgico: Optimice los rendimientos y la calidad asistencial”*

ANEXOS

ANEXO “A”

MANUAL DE PROCESOS

Introducción

Toda organización social para el cumplimiento de sus funciones se plantea objetivos en relación con el tipo de servicio que presta y usuario que demanda del mismo, por lo que establece estrategias en las cuales involucra a todo el personal con sus respectivas características y competencias sean profesionales, laborales, de interrelación o interdependencia.

La Unidad de Servicio de Terapia Intensiva para su administración efectiva, está definida por sus objetivos, los mismos que requieren ser de dominio de los profesionales y personal de apoyo que aquí labora. Con ese propósito se ha elaborado el presente Manual de Procesos como una guía de sus proceder y hacer, en éste se incluyen conceptos claros, definiciones de común conocimiento, explicaciones que dan cuenta de las funciones y actividades de cada tipo de personal, necesario y disponible; lo que redundará en el adecuado funcionamiento de esta Unidad.

Su razón de ser radica en que quién haga uso del mismo pueda sin complicación alguna utilizarlo, comprenderlo e interpretarlo, dado a que de ello depende el éxito o no en el desarrollo de su trabajo.

El disponer de esta herramienta, también fomenta el trabajo en equipo que permite satisfacer las necesidades del usuario interno y del externo en forma proactiva y participativa.

Objetivos del Manual.

- Disponer de un instrumento técnico administrativo como marco referencial, en la gestión de profesionales o no en la Unidad de Terapia Intensiva, para ofrecer una atención de calidad al paciente y su familia.
- Disponer de un listado y descripción de las funciones generales y específicas del personal de la Unidad Médica.
- Fomentar el trabajo en equipo para satisfacer las necesidades del usuario interno y externo.
- Disponer de un glosario de términos, relacionados con el ambiente, el personal y los procedimientos.
- Disponer de los estándares específicos de atención al paciente crítico.
- Disponer de metodologías de cálculo de índices e indicadores de gestión.
- Aportar soluciones concretas a las dificultades ocasionadas por mala aplicación de métodos y técnicas de atención al paciente.

Alcance del Manual.

Este manual está planteado de tal manera que pueda ser utilizado por todos los profesionales y personal de apoyo que presta sus servicios en esta Unidad; además tiene una visión progresiva por lo que es factible de emplearlo en el cumplimiento de funciones actuales como las que se integren según el avance científico- tecnológico y el desarrollo social o modelo social imperante.

Instructivos.

Señalan la **forma y secuencia en el desarrollo de los procesos productivos** según el nivel de decisión y la etapa de la realización del servicio, así como las actividades que cada agente y actor tiene como su responsabilidad en el mejoramiento de la calidad de atención para con el paciente crítico.

A. Proceso de Gestión Administrativa Gerencial:

1.- Recabar información

1. Objetivos

Investigar el grado de satisfacción y los requerimientos de pacientes y familiares.

Contar con información veraz para la toma de decisiones que mejoren la intervención de los prestadores del servicio consecuentemente el paciente se recupere en el menor tiempo posible lo que satisfará en mayor grado a sus familiares.

Disponer de información efectiva para la planificación de la atención a los pacientes críticos según su diagnóstico y satisfacer requerimientos de los familiares.

Contar con datos precisos que permitan la revisión de los procesos por ende la realimentación de los mismos en pro de la mejora continua del servicio que se oferta y genera en la UTI.

2. Actividades

Planificación

La última semana de diciembre, el Representante de la Gerencia conjuntamente con los jefes de especialización planifica la investigación por lo que diseña:

- Cronograma de actividades,
- Instrumentos técnicos;

Ejecución

En la segunda semana de enero se ejecuta la investigación a través de la técnica de encuesta;

En la tercera semana se tabula y procesa la información obtenida.

Los resultados se harán conocer a la Gerencia a través de un informe.

El Informe será analizado por Gerencia y Jefes de especialidad.

La investigación de los Requerimientos de los clientes permitirá establecer los Planes de mejora;

Los planes de Mejora Continua lo diseña la Gerencia conjuntamente con los jefes de especialidad.

Los informes de satisfacción del cliente se procederán a publicarlos en la cartelera principal para conocimiento de los usuarios previa la autorización de Gerencia.

3. Anexos

NOMBRE	RESPONSABLE	TIEMPO DE RETENCIÓN	SITIO
Encuestas para la Satisfacción y Requerimientos del cliente	Representante de la Gerencia	Un año	Gerencia
Informe de Aplicación de Encuestas.	Representante de la Gerencia y Jefes de especialidad	Un año	Gerencia
Plan de mejora	Gerencia y jefes de especialidad	Un año	Gerencia

	ELABORÓ	REVISÓ	AUTORIZÓ
CARGO			
FECHA			
NOMBRE Y FIRMA			

2.- Elaboración, registro y archivo de documentación

La comunicación que necesita ser socializada a todo el personal se expone en cartelera y se fotocopia para archivo.

1. Objeto

Detalla la elaboración, registro y archivo de la documentación que se maneja a nivel interno en la Unidad Médica para conocimiento del personal.

2. Ejecución:

La Gerencia es la única instancia generadora de documentos oficiales.

Es responsabilidad de Secretaría la elaboración, registro y archivo de los oficios, memorandos y circulares que se generan en la institución y son numerados de acuerdo con el Registro Control de Oficios, de los memorandos de acuerdo con el Registro Control de Memorando y de las circulares de acuerdo con el Registro Control de Circulares.

Secretaria debe registrar la recepción de documentos externos en el Registro Control de Comunicaciones Recibidas y Enviadas.

La secretaria de la institución es la responsable de llevar en forma ordenada y sistemática el archivo y custodia de todos los documentos internos y externos.

Sacará copia de la documentación que ingresa y egresa de la UTI para su entrega individualizada previo registro de entrega-recepción.

Al día siguiente de caducidad de la documentación exhibida, es retirada por secretaría.

Se entrega en Secretaría los documentos solicitados por la gerencia, los familiares e interesados, por los profesionales de la UTI, por las jefaturas

3. Anexos:

NOMBRE	RESPONSABLE	TEIMPO DE RETENCION	SITIO
Control de Comunicaciones Recibidas	Secretaria	Un año	Secretaría
Control Oficios	Secretaria	Un año	Secretaría
Control Memorandos	Secretaria	Un año	Secretaría
Control de Circulares	Secretaria	Un año	Secretaría

	ELABORÓ	REVISÓ	AUTORIZÓ
CARGO			
FECHA			
NOMBRE Y FIRMA			

3.- Suministrar información del Servicio

1. Objeto

Proporcionar información del servicio, satisfacer consultas y recibir quejas de pacientes, familiares, representantes legales, así como de público en general.

2. - Ejecución

2.1. Atención a familiares por parte del personal de la UTI

- Los jefes de especialización conjuntamente con **trabajo social** cada semana elaboran el horario de atención a familiares para satisfacer necesidades de conocer estado de evolución del paciente, entregar pedidos y receptar quejas o sugerencias, sobre la base del horario general establecido para el trabajo de la Unidad de Terapia Intensiva en el que constan actividades relacionadas con el confort y bienestar del paciente, de acuerdo con el tiempo disponible de cada funcionario.
- Este horario será entregado y puesto en consideración de la gerencia de la Unidad Médica para que lo apruebe.
- Una vez aprobado el horario de atención e información a los familiares y público en general, los jefes de cada especialización dan a conocer a cada uno de sus profesionales y personal de la unidad, cada uno al momento de recibir los documentos de información firma el registro de entrega recepción.
- El horario de atención e información a familiares se expone en Cartelera y junto a la puerta de la Unidad Médica para conocimiento de sus usuarios y así sepan cuando deben requerir atención. Otros ejemplares se entregarán: al responsable de recepción-información, secretaría de la Unidad, al departamento de servicio social
- El responsable de informar o atender consultas, quejas, sugerencias, etc., debe permanecer junto **al ingreso de la Sala de Unidad o en la sala de espera de Recepción** el tiempo asignado con todos los documentos pertinentes, para satisfacer las necesidades de información sobre estado de salud del paciente, de pedidos para

exámenes o medicamentos, de otras informaciones relacionadas con el paciente.

- En este caso el familiar o cualquier persona no requiere de cita previa.

2.2. Atención a familiares previa cita o convocatoria

- Un profesional sea médico, enfermera, enfermero, trabajadora social para convocar o citar a un familiar de su paciente, retira de Secretaría el formato Convocatoria, firmando su entrega; la que es rubricada por la persona que convoca o cita, para ser enviada o entregada. El familiar devolverá dicho documento cuando concurra a la cita a la persona con la que se entrevista. Documento que se anexa a ficha acumulativa del paciente para el acompañamiento respectivo, de ser necesario según el caso se remitirá copia del informe, sus conclusiones y sugerencias al servicio o institución pertinente para la solución del caso.
- Los profesionales reciben a los familiares en la Sala de espera de recepción el día y hora establecida en la convocatoria, no es necesario que sea en horario de atención a familiares.
- El profesional debe convocar en hora que no tenga actividades propias de su servicio en la UTI.

2.3. Realización de la reunión o entrevista.

- El profesional debe mantener una actitud amable, proactiva que genere un ambiente de armonía, confianza y aceptación con el familiar para que participe conjuntamente en el desarrollo de la sesión de trabajo.

- En esta sesión, profesional y familiar exponen los motivos de la convocatoria.
- Se analizan posiciones, se establecen compromisos mutuos que son registrados en la convocatoria, en parte final acuerdos-compromisos.
- Todo lo acordado hará que los familiares asuman una actitud de colaboración en el la evolución favorable del paciente.
- Además, este acuerdo que consta en el documento respectivo, sirve como soporte para las decisiones a tomarse en casos de emergencia.
- En caso de no asistir el familiar o allegado del paciente, Trabajo Social de ser factible hace visita domiciliaria o dejando constancia en documento escrito tomará la decisión más viable y favorable para el paciente.

2.4. Unidad de Atención al cliente Secretaría

Atención Presencial:

- La responsable de esta dependencia, saluda al usuario sea familiar de paciente o público en general, se identifica y pregunta ¿en qué le puede servir?;
- Recibe la correspondencia, registra comunicaciones, y la remite a la gerencia, al profesional o persona indicada.
- En caso que el cliente requiera información verbal, la busca en el vademécum, tal es el caso de Horario de Atención a familiares, Horarios de los profesionales, Horarios de atención en las

dependencias y servicios de apoyo, requisitos para ingreso como visita al paciente, Fechas y cronogramas, Listado de pacientes que han ingresado, egresado o permanezcan en la UTI, registros de información general de los pacientes, etc.

Atención de llamadas telefónicas:

- La responsable de esta dependencia, saluda al cliente, identifica a la institución, se identifica y pregunta ¿en qué le puedo servir?;
- Atiende al cliente, recibe documentación, direcciona las llamadas, entrega información sólo del vademécum;
- Cuando la información no se encuentra en el vademécum, solicita a jefes de especialización o gerencia la información o direcciona al cliente a esa dependencia;
- Se despide o agradece la visita o llamada.

3. Anexos

NOMBRE	RESPONSABLE	TIEMPO DE RETENCIÓN	SITIO
Convocatoria	Gerencia, Jefe de especialización, secretaria.	Un año	Secretaría
Horario de atención a familiares o allegados.	Gerencia, Secretaría, Trabajo. Social	Una semana	Secretaría, Sala Unidad, Trabajo. Social
Convocatoria profesionales Unidad	Trab. Social, Jefaturas, personal Unidad	Un año	Secretaría. Trabajo Social
Vademécum	Secretaría	Un año	Secretaría

	ELABORÓ	REVISÓ	AUTORIZÓ
CARGO			
FECHA			
NOMBRE Y FIRMA			

4.- Capacitación del Personal de la UTI

1. Objeto:

Detalla la ejecución de la Capacitación al personal médico, de enfermería, administrativo, trabajo social y de servicios generales de la UTI.

2. Actividades:

2.1 Diagnóstico Inicial

La última semana de diciembre y junio, la coordinación de especialidad y la Comisión de eventos científicos, determinan las necesidades de capacitación del personal considerando las solicitudes de los profesionales y no profesionales de la Unidad, los resultados de la evaluación y los proyectos a ejecutar en el próximo semestre.

2.2 Planificación:

La Capacitación es responsabilidad de la Gerencia, de la Comisión de eventos científicos en combinación con los coordinadores de las especialidades, los que planifican y ejecutan los cursos, seminarios y talleres para el personal, a ejecutarse mínimo cada bimestre.

En conjunto se elabora un Plan de Capacitación para ejecutarse durante el año.

La Comisión de eventos científicos presenta a la Gerencia de la Unidad Médica el plan definitivo con su cronograma respectivo, para que lo apruebe.

2.3 Ejecución del Plan de Capacitación

La Gerencia aprueba el plan y cronograma y, convoca al personal para la capacitación según la temática a desarrollarse.

El personal de la UTI participa en la capacitación una vez que Gerencia hace la convocatoria respectiva.

Al personal convocado al evento, se le entregará la documentación de respaldo con la temática a tratarse, para que realice el estudio previo a través del correo electrónico.

La Comisión de eventos es la encargada de coordinar con los facilitadores durante todo el evento;

Los coordinadores de especialidad controlan la asistencia del personal a través de firmas en los respectivos registros de asistencia.

2.4 Evaluación

La Gerencia en conjunto con la Comisión de Eventos evaluará cada uno de los programas desarrollados aplicando a los asistentes la **Encuesta de evaluación del evento**.

Los participantes acreditarán el evento cuando hayan asistido por lo menos el 90% del tiempo previsto y presentado un producto acreditable solicitado por el coordinador del mismo.

El facilitador a solicitud de Gerencia debe presentar un Informe del evento en máximo 48 horas concluido el mismo y previo a la recepción de la remuneración.

El monitoreo se realizará mediante la aplicación de la Evaluación de Retorno de la capacitación o la presentación de informes trimestrales sobre los resultados de la aplicación del producto acreditable, cuando sea aplicable.

3. Anexos

NOMBRE	RESPONSABLE	TIEMPO DE RETENCION	SITIO
Plan de Capacitación	Comisión de eventos Gerencia Coordinador de especialidad	Tres años	Comisión de eventos
Evaluación del evento	Comisión de eventos Coordinador de especialidad Gerencia	Tres años	Gerencia
Evaluación de retorno de la capacitación	Coordinadores de los eventos	Tres años	Coordinadores de especialidad. Líderes de equipo
Informe del evento	Facilitador	Tres años	Comisión de eventos

	ELABORÓ	REVISÓ	AUTORIZÓ
CARGO			
FECHA			
NOMBRE Y FIRMA			

5.- Planificación, Control y Manejo de Inventarios

1. Objeto:

Guiar metodológicamente la planificación, el control y manejo de inventario, para satisfacer las necesidades de suministro a la Unidad de Terapia Intensiva según requerimiento de los pacientes.

2. Alcance

Proceso de inventarios, Adquisición y bajas, Catalogación y codificación, almacenamiento, de suministro, y evaluación.

3. Referencias

- Código de Salud
- Instructivos de la Unidad
- Manual del Sistema Clasificación de insumos, medicamentos, documentos hospitalarios.
- Reglas de Catalogación
- Manual de almacenamiento y distribución de insumos, medicamentos y documentos hospitalarios.

4. Responsabilidad y Autoridad

El representante del departamento financiero es responsable de elaborar o mejorar el presente procedimiento.

El Representante de la Gerencia es responsable de revisar el presente procedimiento.

El Gerente de la UTI, es responsable de aprobar este procedimiento.

Los cambios al presente procedimiento se harán en función al

Procedimiento Control de insumos, medicamentos y documentos hospitalarios para pacientes críticos.

5. Lista de Distribución

Bodega	3
Representante de la Dirección	1
Departamento financiero	1

6. Ejecución

Inventarios, Adquisición y Bajas

Cada día el responsable de inventarios hace la constatación física de los bienes muebles, equipos, insumos, medicamentos, documentos, utensilios de la UTI.

Acta de entrega-recepción entre responsable de inventarios y jefe financiero

Inventarios de los medicamentos, insumos, documentos cada vez que se realice adquisición y suministro de los mismos; custodia el representante de finanzas o persona designada por la Gerencia.

Elaboración del informe conjuntamente con Jefe Financiero para remitirlo a Gerencia para autorizar reposición o baja de los bienes.

Solicitudes de reposiciones por pérdidas, por obsolescencia, desactualización, remitidas a Gerencia y Departamento Financiero por duplicado.

Solicitar y participar en las bajas, remitido a la Gerencia y Departamento Financiero por duplicado, cuando la situación lo amerite, como mínimo una vez cada trimestre.

Entregar a los coordinadores de especialidad el listado de insumos, medicamentos, documentos, equipos existentes más las nuevas adquisiciones que se van realizando para que en relación a ello planifiquen sus intervenciones a los pacientes.

Custodiar los bienes recibidos según formulario de entrega -recepción.

Catalogación y Codificación (Sistema de Clasificación para insumos, medicamentos, documentos hospitalarios)

Observación y lectura de características del bien o producto recibido o existente para seleccionarlo según tipo y uso del mismo.

Clasificación de los bienes y productos según tipo, uso, tiempo de caducidad, forma de almacenamiento sugerido, presentación.

Catalogación en kardex o inventarios y etiquetamiento en los contenedores o empaques de insumos, medicamentos o documentos, en parte visible con numeración y código e la Unidad Médica en los muebles, equipos y utensilios

Colocación en estantes, vitrinas, bodega o lugar de uso según prioridad de utilización.

Elaboración y colocación de tarjetas de kardex por medicamento, insumo, documento, mueble o equipo para conocer cantidad existente y frecuencia de suministro y así planificar su reposición inmediata.

Elaboración y archivo de la tarjeta de suministro en archivador

Ingresar la información a la base datos sistemática.

Suministro:

Registro en el reporte diario de la persona que solicita el suministro de medicamentos, insumos, documentos, equipos, muebles o utensilios.

Solicitud del usuario al responsable de inventarios

Requerimiento y verificación de la prescripción médica y pedido que debe traer consigo la persona que solicita el suministro

Proporcionar siempre al solicitante toda la información referente a: insumos y medicamentos la cantidad existente, el tiempo de almacenamiento y la fecha de caducidad; a los muebles, equipos, utensilios las condiciones en las que se encuentran; y, a los documentos el tipo y la cantidad existente.

Entrega del bien o producto solicitado.

Registro de recepción.

Elaboración de informes.

Archivo de fichas, formularios y kardex.

Evaluación

Tabulación de suministros por tipo y frecuencia de uso.

Detalle numérico de faltantes, material por adquirir, documentos elaborados.

Notificación a Gerencia sobre novedades y faltantes.

Elaboración de cuadros estadísticos de uso y frecuencia.

Análisis de los procesos ejecutados para mejorar en la prestación del servicio, en forma permanente.

Informe final para remitir a Gerencia y Jefe Financiero

7. Anexos

NOMBRE	RESPONSABLE	TIEMPO DE RETENCION	SITIO
Acta de entrega-recepción	Coordinador de Inventarios	3 años	Coordinación de Inventarios y Secretaría de UTI
Solicitudes de reposiciones	Responsable de inventarios	Indefinido	Coordinación de Inventario y Secretaria de UTI
Listado de medicamentos, insumos, documentos y otros recursos existentes	Responsable de Inventarios.	Indefinido	Coordinación de Inventarios y Secretaría de UTI
Tarjeta de suministros	Responsable de Inventario	3 años	Coordinación de Inventarios y Secretaría de UTI
Ficha de suministro	Responsable de Inventario	3 años	Coordinación de Inventarios y Secretaría de UTI
Cuadros estadísticos e Informes finales	Responsable de Inventario	Indefinido	Coordinación de Inventarios y Secretaría de UTI

	ELABORÓ	REVISÓ	AUTORIZÓ
CARGO			
FECHA			
NOMBRE Y FIRMA			

6.- *Mantenimiento de Infraestructura física y muebles de UTI.*

1. Objeto:

Detalla las acciones de mantenimiento de los bienes muebles e infraestructura física de la Unidad Médica.

2. Actividades:

- Diariamente, el personal de servicio, se encarga del aseo de todas las dependencias.
- El personal de servicio solicita el material de limpieza, cada turno en el día a la persona encargada del departamento financiero o de suministros en la UTI, la misma que registrará la cantidad en el kárdex correspondiente para su inventario.

- Cada trimestre del año, el personal administrativo y de servicio de la Unidad presentará a Gerencia y Departamento Financiero un Reporte de Novedades de mantenimiento del espacio físico a su cargo.
- Gerencia y Jefe financiero, realizará la constatación física de acuerdo con el Reporte de Novedades presentado por el personal.
- Fines de diciembre e inicio de año, la Gerencia elabora **un Plan de Reparación y Mantenimiento preventivo** de las instalaciones de la Unidad de acuerdo con las prioridades y al presupuesto disponible.

3. Reparación de averías:

- El personal de la Unidad al detectar una avería, la comunica al encargado del mantenimiento llenando **el Reporte de Novedades**, este a su vez informará a la Gerencia y Departamento de Finanzas.
- Gerencia dispone al personal de mantenimiento se realicen las acciones pertinentes.

4. Anexos

NOMBRE	RESPONSABLE	TIEMPO DE RETENCION	SITIO
Reporte de novedades	Personal	Un año	Secretaría
Kárdex	Encargado de suministros	Indefinido	Secretaría
Plan de Reparación y Mantenimiento	Gerencia	Un año	Secretaría

	ELABORÓ	REVISÓ	AUTORIZÓ
CARGO			
FECHA			
NOMBRE Y FIRMA			

7.- Infraestructura de soporte y mantenimiento

1. Objeto

Contar con los equipos e instrumentos en condiciones aptas para salvar la vida y dar atención de calidad al paciente crítico.

2. Actividades

En la Unidad de Terapia Intensiva con respecto a Mantenimiento y Reparación de Infraestructura de soporte se realizan los siguientes **procesos**:

- *Proceso de Mantenimiento* preventivo y de recuperación de Equipos. Este es planificado conjuntamente con el Plan y Cronograma de Mantenimiento y Reparación; su cumplimiento es comprobado mediante supervisión constante y sorpresiva para lo cual se emplea una ficha de registro diario de novedades elaborado por el personal que los opera y a través de fichas de control e informes de mantenimiento y control,
- *Proceso de bajas* de Equipos e instrumentos médicos y de Cómputo de las dependencias de la UTI. Consta dentro de la planificación anual de Gerencia se verifica su ocurrencia con la constatación física de los equipos e instrumentos que se registra en ficha de seguimiento y control para el efecto e informes de la dada de baja.
- *Proceso de planeación*, diseño e implementación de redes eléctricas y de datos internas, para la Sala de Unidad y demás dependencias de la Unidad. Se planifica cada año en conjunto con la empresa de mantenimiento y reparación, se verifica con la constatación física y supervisión de la implementación mediante fichas de observación y control e informes técnicos.

- *Proceso de soporte a usuarios.* Se ejecuta cuando ingresa nuevo personal a la Unidad o se haya adquirido nuevo equipos. Para ello se planificará un programa de capacitación en coordinación con la Gerencia. Se constatará su ejecución a través de la nómina de asistentes a la capacitación y las memorias técnicas de su contenido, además mediante el desempeño del talento humano capacitado. Se elaborará informes correspondientes.

Distribución Inicial

El responsable de la custodia y mantenimiento de los equipos e instrumentos de la UTI que coadyuvan en la generación de una atención de excelente calidad al paciente crítico, al inicio de cada año durante el tiempo en que esté en vigencia su contrato para mantenimiento y reparación de los mismos, hace el acta de entrega - recepción de los equipos existentes en la Unidad Médica. La copia del acta de entrega-recepción se encuentra en la Gerencia y Secretaría de la UTI.

Dicho inventario le convierte en custodio del material del que se responsabiliza.

a. Planificación:

- Cada año el Gerente, Jefe Financiero de la UTI y un representante de la empresa de mantenimiento diseñarán y elaborarán el Plan de Mantenimiento y su cronograma con la previsión de los recursos económicos necesarios para su cumplimiento.
- Es responsabilidad del contratista el cuidado, seguimiento, mantenimiento y reparación de los equipos e instrumentos que se usan en la UTI.

- Vigilará el buen funcionamiento de todos los equipos en especial de aquellos que más se utilizan y de los más susceptibles a sufrir daños o averías; anotará las novedades en una hoja de registro. Si se detectara daño o avería de inmediato debe repararlo, de no ser así se sujetará al cronograma de mantenimiento dado por la Gerencia de la UTI.
- Una vez cumplida la función para la cual se operó y utilizó el equipo, el personal médico o de enfermería informará al responsable de mantenimiento y reparación, la novedades en caso de suscitarse.
- De darse novedades significativas reportará a Gerencia para que tome las medidas correspondientes hasta que se haya solucionado el problema.
- Los equipos e instrumentos serán distribuidos de forma tal que optimice su uso y brinde el servicio en forma oportuna y eficiente.
- Antes de poner nuevamente en funcionamiento los equipos o instrumentos reparados o sujetos a mantenimiento, el responsable de esta actividad deberá probar que funcionen correctamente y así evitar accidentes con el paciente.
- El contratista hará una demostración del buen manejo de equipos a todo el personal que los active y opere para que no se den averías continuas y así evitar daños irreparables.
- No podrá salir ningún equipo o instrumento de la Sala de Unidad sin la autorización y control respectivo del Gerente y Jefe Financiero de la UTI, de igual manera se hará una revisión al retornar dicho equipo o instrumento, en el caso de alguna irregularidad, la persona que retira el equipo será la única responsable y se sujetará a las sanciones

correspondientes en conformidad con el contrato de prestación del servicio.

- La devolución de los equipos se efectuará en el tiempo determinado o comprometido para su retorno.
- El registro de entrada y salida de equipos se lo realizará utilizando el método LIFO de control de inventarios.

b. Aplicación

- El mantenimiento y reparación será exclusivamente realizado por el contratista no está facultada ninguna persona de la Unidad Médica a manipular peor aún dar mantenimiento y reparar los equipos dado que podría provocar controversia con la empresa de mantenimiento.
- El uso de los equipos e instrumentos será exclusivo para el desarrollo de los procesos de atención al paciente o realización del servicio.
- Podrá solicitar autorización de uso de equipos cualquier especialización o servicio del HCAM al Gerente de la UTI, siempre que de éste dependa la continuación del tratamiento y mejora del paciente. Para ello se firmará en conjunto un compromiso de responsabilidad de custodia durante la permanencia de estos en dicha especialidad o servicio así como de su devolución en perfecto estado en el tiempo previsto, de no hacerlo se aplicaran los correctivos pertinentes

c. Mantenimiento

- El responsable de brindar este servicio, controlará permanentemente el buen funcionamiento, la limpieza, encendido y apagado de los equipos

- Al finalizar su utilización deberán ser desconectados y limpiados.
- El mantenimiento preventivo y correctivo integral de todos los equipos deberá realizarse al finalizar cada año del periodo en que esté en vigencia el contrato.

Otras funciones podrán ser:

- Realizar auditoria de equipos de cómputo y sus partes, para actualizar los inventarios de equipos e implementos de centros de cómputo.
- Cuidado, conservación y mantenimiento de los equipos de cómputo de las dependencias.
- Auditoria de equipos obsoletos para que el Gerente y Jefe Financiero de la UTI procedan a dar de baja y gestionar para la adquisición de otros.
- Coordinar con la Gerencia de la UTI para elaborar y desarrollar el plan de capacitación para los usuarios sean profesionales de la Salud o administrativos de la Unidad Médica.
- Proporcionar soporte a los usuarios en el manejo de los equipos médicos e informáticos.
- Programar los servicios de mantenimiento preventivo y recuperativo de los equipos de computación de la Sala de Unidad y dependencias de la UTI.
- Aplicar el mantenimiento preventivo diario a los equipos.

- Asesorar a la Gerencia y Departamento Financiero en la adquisición de equipos médicos y de cómputo.
- Velar por la seguridad de los bienes a su cargo y el correcto uso y destino de los insumos.

3. Anexos

NOMBRE	RESPONSABLE	TIEMPO DE RETENCION	SITIO
Plan y cronograma de reparación y mantenimiento	Gerencia, Dpto. de Mantenimiento y contratista.	Un año	Gerencia y Secretaría de UTI
Acta de entrega recepción de equipos	Gerencia de UTI y empresa de mantenimiento	Indefinido	Secretaría

	ELABORÓ	REVISÓ	AUTORIZÓ
CARGO			
FECHA			
NOMBRE Y FIRMA			

8.- Realización compras y o contratación de servicios

1. Objeto

Establecer parámetros de evaluación y contar con proveedores seleccionados para realizar adquisiciones de productos y servicios que afectan a la calidad del servicio que oferta y genera la UTI.

2. - Ejecución

- El Directivo de la UTI conformado por el gerente de Unidad y Jefes de especialidad, analiza los requerimientos y presenta solicitud a la Unidad Financiera del HCAM y al proveedor al cual se adjudicará la oferta., de acuerdo a lo estipulado en la Ley de Contratación Pública.

- Una vez adjudicada se dejará constancia en una Acta legalizada por Gerencia de la Unidad Médica y el Gerente Financiero.
- Se procede a la adquisición del servicio, insumos, medicamentos, equipos muebles y documentos impresos.
- Una vez recibidos los materiales, equipos y muebles, se realiza la constatación física de los bienes adquiridos, se ingresa a bodega con el respectivo comprobante de Ingreso, se organiza en estantes según bien adquirido para facilitar su posterior distribución acorde con requerimientos.
- Una vez recibidos los servicios, se realiza la evidencia de la calidad.
- El Directivo remite al departamento Financiero el Acta de adjudicación para que se proceda al pago respectivo por adquisición de los bienes y servicios.

2. Anexos

NOMBRE	RESPONSABLE	TIEMPO DE RETENCIÓN	SITIO
Formato de Información del proveedor	Jefe financiero	3 años	Departamento de Finanzas
Evaluación del proveedor	Jefe financiero	3 años	Departamento de Finanzas
Lista de proveedores calificados	Jefe financiero	3 años	Departamento de Finanzas

	ELABORÓ	REVISÓ	AUTORIZÓ
CARGO			
FECHA			
NOMBRE Y FIRMA			

9.- Evaluación y selección de Proveedores.

1. Objeto

Establecer parámetros de evaluación y contar con proveedores seleccionados para realizar adquisiciones de productos y servicios que afectan a la calidad del servicio.

2. - Ejecución

La Gerencia previa autorización del Directorio del HCAM formulará el concurso respectivo para la calificación e Inscripción de Proveedores, cuando en inventarios ya no exista el recurso, haya completado su vida útil el equipo o mueble, se haya cumplido el tiempo de vigencia del contrato de prestación de servicios para las empresas de mantenimiento y dietética.

- Finanzas obtiene la información solicitando al proveedor que llene el formato **Ficha de Información del Proveedor**.
- El Gerente de la Unidad y jefe de finanzas analiza la información presentada y procede a calificar a los proveedores en base a los siguientes parámetros:

Calidad de producto, Servicio post venta, Forma de pago, Tiempo de entrega, Transporte, Descuento, Garantía, Cambios en caso de no conformidad

- Esta información es analizada y registrada en el formato **Evaluación del Proveedor**, que establece si el proveedor es calificado o no.
- Los proveedores son calificados si obtienen un puntaje igual o mayor a 70%.

- Los proveedores calificados se registran en la **Lista de Proveedores Calificados**, el cual será actualizado cada vez que se tome la decisión de ingreso o salida de un proveedor.
- Se comunica al proveedor de la aprobación.
- Al evaluar a los proveedores y si estos no califican, no podrán constar en la Lista de proveedores calificados.
- Serán sometidos a calificación aquellos proveedores que sus bienes o servicios influyan de manera directa en el servicio al paciente como ofertas de documentos impresos, medicamentos, insumos, equipos, bienes muebles, suministros de oficina, aseo, limpieza y otros.
- Los proveedores que no cumplan justificadamente con uno de los parámetros serán notificados de su incumplimiento para que tomen acciones correctivas.
- Luego de dos años se realizará la re-evaluación solicitando a los proveedores la actualización de datos que registrarán en el formato **Ficha de Información del Proveedor**.

3. Anexos

NOMBRE	RESPONSABLE	TIEMPO DE RETENCIÓN	SITIO
Formato de Información del proveedor	Jefe finanzas	2 años	Departamento de Finanzas
Evaluación del proveedor	Jefe finanzas	2 años	Departamento de Finanzas
Lista de proveedores calificados	Jefe finanzas	2 años	Departamento de Finanzas

	ELABORÓ	REVISÓ	AUTORIZÓ
CARGO			
FECHA			
NOMBRE Y FIRMA			

B. Procesos de Realización del Servicio.- Atención al Paciente:

1.- Planificación de atención al Paciente

1. Objeto

Describe las actividades que se realizan para ejecutar la planificación de atención al paciente, previas a la realización del proceso de desarrollo de las acciones, actividades y tareas productivas.

2. Ejecución

El plan de acción lo diseñan y desarrollan los profesionales de la UTI desde que ingresa hasta egresa el paciente y depende del diagnóstico con el que ingresó y la evolución que experimente.

2.1 Mensualmente, se realizan reuniones de Preparación de la Planificación entre los profesionales de cada especialidad con sus líderes, el gerente de la Unidad y Coordinadores de especialidad según cronograma establecido, se redacta el acta respectiva.

2.2 Reunión semanal de profesionales de cada especialidad para la elaboración de la Planificación.

2.3 La planificación debe apuntar al desarrollo de los procesos productivos y personales tales como: simposios, mesas redondas, exposiciones de temas específicos relativos con atención al paciente, asepsia del lugar de trabajo, presentación y aseo personal.

2.4 La Planificación la presenta cada líder de grupo a su jefe de especialidad para su revisión y sumilla éste a su vez presenta a la gerencia para su aprobación, dejan constancia de lo actuado a

través de la firma en el formato de entrega recepción de documentos; y es socializada para su ejecución.

- 2.5** Todos estos documentos son archivados por el profesional para el seguimiento de su ejecución y replanteo o mejora en la siguiente planificación.

Planificación.

En sesión plenaria se establece el cronograma para la realización de las reuniones.

Se determina el tipo de planificación a diseñar y elaborar: plan estratégico, plan de acción general para todo paciente, plan operativo, plan de emergencia por diagnóstico y complicación.

Se considera tendencia de utilización del servicio, recursos empleados y talento humano que interviene.

Es de tipo participativa porque intervienen en ella todos quienes trabajan en la UTI, para que sea de dominio general y todos actúen como se prevé en el momento y en la acción determinada.

3.- Anexos

NOMBRE	RESPONSABLE	TIEMPO DE RETENCION	SITIO
Plan de cada especialidad	Profesionales, líderes y Coordinador de especialidad	Anual	Carpeta profesional Jefatura de especialidad
Acta de reuniones de planificación	Secretaría de cada especialidad	Anual	Carpeta de jefatura de especialidad
Planificación Estratégica, operativa, de emergencia.	profesionales, jefes y Coordinador de especialidad	Anual	Carpeta de Gerencia

	ELABORÓ	REVISÓ	AUTORIZÓ
CARGO			
FECHA			
NOMBRE Y FIRMA			

2.- Ingreso Recepción del Paciente

1. Objeto

Define las actividades a realizarse para ingresar y recibir al paciente en la Unidad de Terapia Intensiva.

2. Alcance

Se inicia con la comunicación y coordinación entre la UTI y servicio o especialidad de la que proviene el paciente, la planificación de intervención, preparación de la sala de Unidad, disposición de muebles, equipos, medicamentos, insumos y talento humano y culmina con el ingreso del paciente para continuar los procesos subsiguientes.

3. Referencias

1) Admisión: Aceptación de pacientes en la Unidad Médica de acuerdo con las normas, protocolos e instructivos vigentes. La admisión está supeditada a la capacidad instalada en la sala de unidad, cuyos límites se establecen por razones que salen de control de la gerencia y talento humano que genera el servicio por lo que se constituye convenio con clínicas o centros hospitalarios para su transferencia.

- Código de Salud
- Planificación Estratégica y de Intervención.
- Disposiciones de gerencia y coordinadores de especialidad.

2) Admisión de pacientes críticos

Se cumplirá con lo dispuesto en los instructivos, protocolos y planificaciones de la Unidad Médica, disposiciones y normativas del HCAM, en los procedimientos y normativas que rigen el accionar de las Unidades de Terapia Intensiva a nivel general.

En casos de diagnósticos con severidad en las condiciones del paciente, todo el personal y los recursos materiales, bienes muebles y tecnológicos será dispuesto al cien por ciento y se procederá a desarrollar los procesos aplicando además de lo establecido en los planes de acción y de emergencia, los conocimientos científicos, la experiencia y la pericia que el talento humano posee en manejo, tratamiento y cuidado de pacientes en estado crítico.

Los procedimientos, acciones y actividades desarrolladas así como los resultados obtenidos serán registrados en las fichas clínicas y acumulativas del paciente y serán dados a conocer a los familiares y público a través de Secretaría, de Trabajo Social en horario estipulado para información y la cartelera de la Unidad.

En el proceso de atención al paciente participarán todos los profesionales y personal de apoyo dispuesto para el diagnóstico con el que fue transferido y el que presenta al momento del ingreso

La admisión se realiza en el momento que se presente el requerimiento, en otros término cualquier hora y en cualquier día, para ello la Unidad de Terapia Intensiva labora las 24 horas en los 365 días del año en forma ininterrumpida; se admite tanto a pacientes del propio HCAM como de otros centros hospitalarios del Distrito Metropolitano o del resto del país.

4. Responsabilidad y Autoridad

Son responsables de la planificación de este servicio los profesionales presididos por los líderes de equipo de trabajo.

De la revisión el/la Representante de la Coordinación de especialidad.

De la aprobación el Gerente de la Unidad Médica.

De la ejecución del procedimiento: Coordinadores de especialidad, líderes de equipo de trabajo, los profesionales y demás personal de apoyo.

5. Ejecución

Planificación a cargo de los profesionales de la UTI:

Pacientes transferidos de servicios o especialidades del HCAM.

- a).**- Selección de procedimientos a ejecutar.
- b).**- Definición de los requerimientos a solicitar a los servicios y especialidades de transferencia.
- c).**- Elaboración del plan de intervención conforme el diagnóstico con el que proviene.
- d).**- Designación de comisiones o acciones a los profesionales médicos, de enfermería, camilleros.
- e).**- Asignación de muebles, equipos, insumos y medicamentos a utilizar.
- f).**- Documentos a receiptar, elaborar o llenar.

**Pacientes transferidos de otros centros hospitalarios del Distrito
Metropolitano u otro lugar del país.**

- a.- Determinación de documentos legales y clínicos a solicitar y receptor.
- b.- Revisión de diagnósticos, procedimientos ejecutados, exámenes realizados en los centros de origen.
- c.- Diseño de plan de acción señalando procedimientos a ejecutar.
- d.- Establecer equipo de trabajo a intervenir indicando las responsabilidades de cada uno en la ejecución de los procesos.
- e.- Selección de equipos tecnológicos, materiales, insumos y medicamentos a emplear.

Procedimiento para la Recepción

Los profesionales médicos, de enfermería, de servicios generales cumplirán las siguientes actividades:

Preparación de la sala de Unidad, disponiendo equipos, muebles, medicamentos, ropa de cama, ropa para el paciente e insumos requeridos según tipo de paciente, diagnóstico y complicación con la que procede.

Verificar que todo esté dispuesto y funcionando correctamente y que se cumple con las normas para la recepción de un paciente crítico.

Asegurarse que todo el personal esté ubicado según acción a realizar y que cumple con las normas de asepsia y presentación requerida para el caso clínico.

Preparación de documentos que se requiere elaborar y llenar conforme el caso crítico.

Procedimiento para el Ingreso del paciente

Control y registro de datos personales y vitales del paciente en fichas clínicas, acumulativas, en bitácoras.

Identificación del personal a intervenir e informe del procedimiento a efectuar, cuando la condición del paciente lo faculte.

Retirar del paciente prótesis y objetos personales, rotular y entregar a familiares.

Recabar de familiares datos de antecedentes clínicos y apariencia o dolencia que presentaba el paciente antes de acudir al Hospital, para completar la información y así determinar la condición en la que se encuentra.

Abrir hoja de bitácora con datos de filiación del paciente.

Inscribir el nombre del paciente en parte diario, hojas de censo y listado de pacientes internos en la UTI.

Colocar al paciente en la cama asignada, rotular su nombre en la cabecera, ingresar sus datos en el monitor central.

Entregar a líderes de equipo de trabajo, Secretaría de Unidad, Trabajo Social, la documentación correspondiente al enfermo con las observaciones y recomendaciones respectivas.

Informar a los familiares que el paciente ha sido ingresado a la Unidad.

6. Lista de Distribución

Gerencia de la UTI	1
Secretaría de Unidad	1
Trabajo Social	1
Coordinadores de especialidad	2
Líderes de Equipo	4

7. Anexos

NOMBRE	RESPONSABLE	TIEMPO DE RETENCIÓN	SITIO
Documentación legal y clínica del paciente Tríptico u hoja informativa	Servicio, especialidad o centro de transferencia.	Indefinido	Secretaría Unidad
Registro de ingreso	Médicos, personal de enfermería	Indefinido	Secretaría Unidad
Fichas clínicas, acumulativas, bitácoras, censos.	Médicos, personal de enfermería	Indefinido	Secretaría Unidad
Plan de intervención, Plan de emergencia, procedimientos.	Médicos, personal de enfermería	Un trimestre	Secretaría Unidad Médica

	ELABORÓ	REVISÓ	AUTORIZÓ
CARGO			
FECHA			
NOMBRE Y FIRMA			

3.- Diagnóstico y Tratamiento al paciente

1. Objeto

La protección de la salud y la vida de los pacientes, el tratamiento médico oportuno y mantener su correspondiente registro.

2. Alcance

Se inicia con la revisión de los documentos elaborados y registrados durante el ingreso del paciente, la planificación de intervención, la valoración de signos vitales, condiciones céfalo caudales del paciente,

diagnósticos y prescripciones médicas y culmina con el tratamiento para que esté apto para continuar los procesos subsiguientes.

3. Referencias

- Código de la Salud
- Planificación Estratégica y de Intervención.
- Plan de emergencia.
- Instructivos de la Unidad Médica
- Disposiciones de gerencia y coordinadores de especialidad.

4. Ejecución

- Planificar: Al inicio de cada trimestre del año se diseña y elabora el **Plan de Acción y el de Emergencias**, por parte de los profesionales conjuntamente con los líderes de equipo, se lo entrega a los coordinadores de especialidad para la revisión y sumilla. Es presentado a la gerencia para su respectiva aprobación.
- Organizar: Una vez que es ingresado el paciente se comienza a seleccionar el plan de acción a ejecutar, a disponer los equipos, muebles, insumos, medicamentos a usar, a seleccionar el talento humano que va a intervenir. Se va registrando en ficha acumulativa o ficha clínica del paciente y se hace constar en base de datos sistematizada en computador. Esta base de datos consiste en datos personales, datos vitales, diagnóstico de ingreso, tratamiento e intervenciones sugeridas, recursos empleados, requerimiento de exámenes o estudios, observaciones de los médicos y personal de enfermería.
- Diseñar En la primera semana del trimestre en reunión de coordinadores con profesionales de especialidad se exponen

propuestas de mejoramiento en la intervención para atender al paciente, éstas se enriquecen con investigaciones científicas relacionadas con el tipo de servicio que se brinda, ideas e información que se jerarquiza y se incluyen actividades de apoyo, recursos, personal que intervendrá, momentos de ejecución, formas de evaluación. De lo actuado se elabora un acta.

- Establecer redes de referencia con unidades dependientes del MSP, centros médicos de convenio e instituciones aliadas, a través de proyectos e informes.
- Gestionar ante la gerencia o el departamento financiero del HCAM mensualmente y cuando la situación lo amerite para disponer de medicamentos, instrumental y material necesario para la prestación de servicio
- Elaborar y presentar informes trimestrales para presentar al Gerente de la UTI
- Llevar la Ficha clínica de todos los pacientes, abierta a su ingreso.
- Coordinar con Trabajo Social acciones de apoyo y asesoramiento dirigido al paciente con problemas emotivos y de motivación o económicos;
- Tratar de acuerdo con la prevalencia del diagnóstico y remitir a centros especializados o clínicas de convenio los casos específicos:
- Participar en las investigaciones que proponga la coordinación y se refieren a su campo de acción;

- Coordinar con integrantes de equipo de trabajo los casos que requieren apoyo.
- Asistir a las reuniones de trabajos convocadas por la gerencia, la coordinación y líderes de equipo;
- Elaborar el informe trimestral y remitirlo a coordinador de especialidad.

Procedimientos para el Diagnóstico del Paciente

Controlar signos vitales y registrar en ficha clínica y hoja de bitácora.

Realizar examen físico del paciente y registrar en bitácora los procedimientos ejecutados.

Valorar el ritmo cardiaco colocando electrodos según protocolo de monitoreo.

Realizar valoración céfalo caudal para determinar con exactitud la condición psico somática del paciente.

Invadir al paciente según requerimiento por condición que presente, actúa personal asignado para cada acción.

Solicitar exámenes o estudios de laboratorio para determinar grado de complicación y planificar las intervenciones así como también establecer qué insumos, medicamentos, equipos, ropa a usar, alimentación a suministrar.

Establecer las prescripciones a desarrollarse estrictamente, se relacionan con tipo de paciente, servicio o centro de transferencia, condiciones médicas que presente durante el diagnóstico.

Programar las acciones a ejecutarse en su tratamiento.

Elaborar los informes correspondientes

Procedimientos para Tratamiento del paciente

Cumplir con las prescripciones médicas.

Prevenir el apareamiento de complicaciones y el incremento de éstas.

Controlar condición neurológica del paciente y los cambios registrados

Monitorear signos vitales

Administrar medicación y solución indicada o suspenderla en caso de ya no requerirla.

Constatar si los procedimientos aplicados están favoreciendo a la evolución del paciente.

Solicitar nuevos estudios o exámenes y analizarlos para tomar decisiones de intervención.

Suministrar alimentación según condición que presente.

Emplear los equipos según condiciones que presente durante la estadía en la UTI.

Usar insumos conforme prescripción o condición que vaya presentando el paciente.

Comprobar y medir fluidos, secreciones y drenajes.

Realizar acciones de aseo y asepsia de la sala de Unidad.

Apoyar al equipo de trabajo en atención de emergencias

Coordinar con personal para estudio de casos y diseñar plan de intervención o emergencia a ejecutarse y así realizar tratamiento y seguimiento de casos especiales.

Controlar que los equipos y muebles estén funcionando correctamente.

Constatar que se cuenta con los insumos, medicamentos suficientes y propicios para el tipo de complicación.

Dar apoyo y asesoramiento psicológico, legal y económico a pacientes que lo requieran, de ser necesario hacer visita domiciliaria a familiares del paciente.

Establecer enlaces con clínicas, centros hospitalarios e instituciones para tratamiento de pacientes y realización de estudios y exámenes.

Registrar en bitácora, ficha clínica, ficha acumulativa e informes, los procedimientos y acciones realizadas, los insumos, medicamentos, equipos y muebles usados.

Elaborar informes de evolución del paciente.

5. Responsabilidad y Autoridad

- * Son responsables de la planificación de este servicio los profesionales presididos por los líderes de equipo de trabajo.
- * De la revisión el/la Representante de la Coordinación de especialidad.

- * De la aprobación el Gerente de la Unidad Médica.
- * De la ejecución del procedimiento: Coordinadores de especialidad, líderes de equipo de trabajo, los profesionales y demás personal de apoyo.

6. Lista de Distribución

Gerencia de la UTI	1
Secretaría de Unidad	1
Trabajo Social	1
Coordinadores de especialidad	2
Líderes de equipo	4

7. Verificación.

- a. Elaboración trimestral de los informes de departamento Médico.
- b. Entrega de los informes a Gerencia de la Unidad, Coordinación de especialidad y líderes de equipos de trabajo para su conocimiento.
- c. Elaboración y entrega de informes anuales de la atención médica y actividades realizadas por los profesionales y personal de apoyo a Gerencia y Representante de la Coordinación para su conocimiento y toma de decisiones en cuanto a mejoramiento continuo de los procesos productivos por ende del servicio que oferta y genera la UTI.

8. Anexos

NOMBRE	RESPONSABLE	TIEMPO DE RETENCIÓN	SITIO
Ficha médica	Médicos Enfermera/o	Indefinido	Secretaría de Unidad
Recetario	Médico	Indefinido	Médico y Secretaría Unidad
Pedidos de laboratorio.	Médico	Indefinido	Médico y Secretaría Unidad
Formularios de Kardex de medicina e Insumos.	Enfermera/o	3 años	Secretaría Unidad
Registro de parte diario.	Enfermera/o	3 años	Secretaría Unidad
Hoja de transferencia.	Médico	Indefinido	Médico y Secretaría Unidad

	ELABORÓ	REVISÓ	AUTORIZÓ
CARGO			
FECHA			
NOMBRE Y FIRMA			

4.- Egreso y Transferencia del Paciente

1. Objeto

Establecer las acciones médicas o clínicas y actividades administrativas para suscribir el egreso del paciente por presentar mejoría significativa en su condición de salud y las actividades administrativas legales a realizarse para la transferencia a servicios, especialidades o centros hospitalarios correspondientes.

2. Alcance

Se inicia con la revisión de los informes elaborados durante el proceso de tratamiento del paciente, el diagnóstico de evolución, el plan de egreso, prescripciones y sugerencias de procedimientos y exámenes o estudios a realizar, preparación del paciente, coordinación con servicio, especialidad, clínica o centro hospitalario a transferir y culmina con la transferencia del paciente para que continúe su tratamiento o se ejecuten los trámites legales correspondientes.

3. Referencias

- Código de Salud
- Planificación Estratégica y de Intervención.
- Normativa de transferencia del paciente crítico en general.
- Instructivos de la Unidad Médica
- Disposiciones de gerencia y coordinadores de especialidad.

4. Ejecución

- *Planificar:* Al inicio de cada trimestre del año se diseña y elabora el Plan de Acción tentativo, por parte de los profesionales conjuntamente con los líderes de equipo, se lo entrega a los coordinadores de especialidad para la revisión y sumilla. Es presentado a la gerencia para su respectiva aprobación.

- *Organizar* Una vez que el paciente presenta mejoría en su salud se selecciona el plan de acción a ejecutar, se coordina con el servicio o centro hospitalario al que se transferirá el paciente, se disponen los equipos, muebles, insumos, medicamentos a usar, se selecciona el talento humano que va a acompañar hacia el lugar al que será transferido. Se registra en ficha acumulativa o ficha clínica del paciente y se hace constar en base de datos sistematizada en computador. Esta base de datos consiste en datos personales, datos vitales, diagnóstico de ingreso, tratamiento e intervenciones realizadas, recursos empleados, requerimiento de exámenes o estudios, observaciones de los médicos y personal de enfermería. En caso de que al paciente se le conecte equipos de la Unidad se elabora un documento de responsabilidad en cuidado y devolución del mismo.

- *Diseñar* En la primera semana del trimestre en reunión de coordinadores con profesionales de especialidad se exponen

propuestas de mejoramiento en preparación, manejo y cuidado del paciente en especial durante su traslado hacia el lugar correspondiente, éstas se enriquecen con investigaciones científicas relacionadas con el tipo de servicio que se brinda, ideas e información que se jerarquiza y se incluyen actividades de apoyo, recursos, personal que intervendrá, momentos de ejecución, formas de evaluación. De lo actuado se elabora un acta.

- *Establecer* redes de referencia con unidades dependientes del MSP, centros médicos de convenio e instituciones aliadas, a través de proyectos e informes.
- *Gestionar* ante los servicios, centros hospitalarios e instituciones para que tengan dispuesto recursos y personal necesario para la recepción del paciente, ante la gerencia o el departamento financiero del HCAM mensualmente y cuando la situación lo amerite para disponer de medicamentos, instrumental y material necesario para la prestación de servicio
- *Elaborar y presentar* informes trimestrales para entregar al Gerente de la UTI
- Llevar la Ficha clínica de todos los pacientes, abierta a su ingreso.
- Coordinar con Trabajo Social acciones de apoyo y tramitación legal dirigido al paciente con problemas emotivos, de motivación, económicos o en casos de defunción.
- Remitir a centros especializados o clínicas de convenio los casos específicos:

- Participar en las investigaciones que proponga la coordinación y se refieren a su campo de acción;
- Coordinar con profesionales de otros servicios los casos que requieren apoyo

Procedimientos para Egreso del paciente

Constatar estado fisiológico y neurológico del paciente

Analizar si las condiciones del paciente son favorables para ser transferido.

Elaborar el plan de egreso

Diseñar plan de cuidados al paciente para entregar al servicio o centro hospitalario a ser transferido.

Elaborar informe de condiciones al egreso para anexar a ficha acumulativa y clínica del paciente y entregar a familiares. Consiste en el diagnóstico de egreso.

Establecer prescripciones médicas para continuar el tratamiento.

Registrar el alta en las hojas de censo, parte diario y ficha clínica.

Procedimientos para Transferencia del Paciente

Preparar al paciente con equipos, recetas, insumos, estudios y exámenes.

Conceder traspaso de centro hospitalario a los pacientes que por sí o sus familiares salida de la Unidad y del HCAM.

Coordinar con servicio o centro hospitalario al que va a ser transferido el paciente.

Colocar al paciente en la camilla y trasladarlo.

Llevar y entregar la medicación, insumos o las recetas, exámenes y estudios realizados, también puede incluir sugerencias de nuevos.

Llevar y entregar expediente y diagnóstico de egreso al servicio o centro hospitalario de transferencia.

En caso de ser transferido a morgue, realizar trámites legales de autopsia y egreso del HCAM para su correspondiente obituario.

Llevar y entregar informe médico de motivos de defunción.

Elaborar informe de transferencia.

Elaborar certificados de hospitalización, transferencia y/o defunción.

Archivar bitácora en secretaría de la UTI.

Registrar en hoja de censo y estadística.

Publicar en cartelera listado de pacientes egresados y transferidos de la UTI.

5. Responsabilidad y autoridad

- * Son responsables de la planificación de este servicio los profesionales presididos los líderes de equipo de trabajo.

- * De la revisión el/la Representante de la Coordinación de especialidad.
- * De la aprobación el Gerente de la Unidad Médica.
- * De la ejecución del procedimiento: Coordinadores de especialidad, líderes de equipo de trabajo, los profesionales y demás personal de apoyo.

6. Lista de distribución

Gerencia de la UTI	1
Secretaría de Unidad	1
Trabajo Social	1
Coordinadores de especialidad	2
Líderes de equipo	4
Gerencia de servicios o centros hospitalarios a ser transferido	2

7. Verificación

- a. Elaboración trimestral de los informes cada especialidad
- b. Entrega de los informes a Gerencia de la UTI, Coordinación de especialidad y líderes de equipos de trabajo, Gerencia de servicios y centros hospitalarios de transferencia para su conocimiento.
- c. Elaboración y entrega de informes anuales de la atención médica y actividades realizadas por los profesionales y personal de apoyo a Gerencia y Representante de la Coordinación para su conocimiento y toma de decisiones en cuanto a mejoramiento continuo de los procesos productivos por ende del servicio que oferta y genera la UTI.

8. Anexos

NOMBRE	RESPONSABLE	TIEMPO DE RETENCIÓN	SITIO
Ficha médica	Médicos Enfermera/o	Indefinido	Secretaría de Unidad
Plan de egreso	Médico	Indefinido	Médico y Secretaría Unidad
Informes y certificados de transferencia	Médicos y personal de enfermería	Enfermería	Médico y Secretaría Unidad
Registro de parte diario.	Enfermera/o	3 años	Secretaría Unidad
Hoja de censo	Personal de enfermería y Secretaría de UTI	Indefinido	Personal de Enfermería y Secretaría Unidad

	ELABORÓ	REVISÓ	AUTORIZÓ
CARGO			
FECHA			
NOMBRE Y FIRMA			

5.- Apoyo y Asesoramiento al paciente y familiares

1. Objeto

Detalla las actividades que realiza el servicio de Trabajo Social consistentes en prestar apoyo y asesoramiento a los pacientes y familiares que lo requieren sea en su aspecto psicológico, afectivo, emocional, económico o legal.

2. Actividades

a. Planificación

- Trimestralmente, se reúnen las unidades de medicina, psicología, trabajo social, para realizar la Planificación de prestación de apoyo y asesoramiento según el caso correspondiente.
- En la primera semana del inicio del trimestre se reúne a todo el personal de la UTI en pleno para socializar, realizar ajustes según sugerencias si amerita y entregar por escrito lo planificado a secretaría

de la Unidad Médica para que ésta a su vez remita a Gerencia para su visto bueno.

b. Ejecución

Las psicólogas y Trabajadoras Sociales indagan a la persona que solicita su intervención los motivos de apoyo y asesoramiento, sea esta: gerente, jefes de especialidad, médico, enfermera/o, auxiliar de enfermería, paciente, familiares u otra, lo cual se anota permanentemente en el Registro de casos,

Cuando la atención es solicitada por personal de la Unidad, este llena el **Reporte de casos**, luego la psicóloga o trabajadora social envía la **Hoja de Cita a los familiares o establece contacto con ellos** para una entrevista; y si es solicitado por los familiares, éstos llenan una **solicitud** que será analizada por la psicóloga o trabajadora social.

La psicóloga o trabajadora social inicia el estudio del caso a través de una entrevista, observación, aplicación de cuestionarios, test psicológico al paciente de acuerdo con sus requerimientos. Datos y documentos que son anexados al **Registro Acumulativo del Paciente**;

En la Unidad Médica se procede a la realización de entrevistas al personal en contacto directo con el paciente y si es necesario a la Unidad o Centro de procedencia, a sus familiares, a sus representantes legales u otros para completar la información según lo amerite el caso; dicha información se anexa al Registro Acumulativo;

De acuerdo con la información obtenida la psicóloga o trabajadora social realiza el análisis del caso estableciendo conclusiones y recomendaciones, luego diseña su plan de acción señalando actividades, recursos, personas e instituciones que contribuirán en la solución de la

necesidad o problema; lo cual se señala en el Informe de Evaluación Psicológica, afectiva, económica.

La psicóloga cita a los familiares o al representante legal para el informe del caso, entrevista en la cual se da a conocer el Plan de tratamiento;

Según el caso, la psicóloga realiza el tratamiento, desarrollando: charlas de motivación, autoestima, realizando terapia individual, dando asesoramiento al personal de la UTI con respecto a cómo actuar con el paciente conforme sea su requerimiento.

Cuando el tratamiento del caso involucra a otras personas o instituciones, por ejemplo en caso de apoyo económico la trabajadora social gestiona ante la gerencia o institución benéfica su aporte, o si es legal tramita el cumplimiento de sus derechos así como lo referente a su parte mortuorio e inhumación;

La psicóloga realiza el seguimiento de caso por medio de entrevistas al paciente, personal de la UTI, familiares del paciente, representantes legales u otras personas involucradas en el caso;

Cuando el caso no puede ser atendido en la Unidad Médica y necesita ser atendido por otro profesional o institución, la psicóloga o trabajadora social lo remite a la institución o profesional correspondiente;

Una vez que ha finalizado la atención, tratamiento y seguimiento del caso, se realiza el informe final del paciente y se anexa a Registro Acumulativo.

c. Evaluación

- i. Una semana antes de finalizar el trimestre se realiza la evaluación de las actividades ejecutadas, se elabora el informe correspondiente

- ii. En la última semana del trimestre se reúne la trabajadora social con Jefes de especialización y personal en pleno y se socializa el Informe; se envía con copia a jefe de especialización, a gerencia de la UTI, se determinan actividades que aún no finalizan o no ejecutadas y se las clasifica como integrantes para la planificación del siguiente trimestre.

3. Anexos

NOMBRE	RESPONSABLE	TIEMPO DE RETENCION	SITIO
Planificación de intervención	Psicóloga o Trabajadora Social	1 año	Dpto. de Trabajo Social o Psicología
Registro de casos trimestrales	Psicóloga o Trabajadora Social	1 año	Dpto. Trabajo Social o Psicología
Reporte Psico, afectivo y económico	Psicóloga o Trabajadora Social	1 año	Dpto. de Trab. Soc. o Psicología
Hoja de Cita	Psicóloga o Trab. Social.	1 año	Dpto. de Trabajo. Soc.
Registro acumulativo	Psicóloga o Trab. Social	1 año	Dpto. de Trab. Soc.
Informe de Evaluación Psico afectiva y económica	Psicóloga o Trabajadora Social	1 año	Departamento de Trabajo Social o Psicología
Registro casos diarios	Psicóloga o Trab. Social	1 año	Dpto. de Trab. Social
Plan de tratamiento y seguimiento del caso	Psicóloga o Trabajadora Social		Dpto. de Trabajo Social o Psicología
Informe Trimestral de actividades cumplidas, en aplicación y no cumplidas	Psicóloga o Trabajadora Social	1 año	Dpto. de Trabajo Social o Psicología

	ELABORÓ	REVISÓ	AUTORIZÓ
CARGO			
FECHA			
NOMBRE Y FIRMA			

6.- *Elaboración y suministro de alimentación enteral.*

1. Objeto

Define las actividades que se realizan en el servicio de Dietética comprende: asepsia personal, del equipo y del área, higiene de los alimentos, productos envasados y servicio de atención a los pacientes en capacidad de deglutir alimentos, no sujetos a cirugía abdominal.

2. Actividades:

Asepsia personal

El personal de Dietética presentará el certificado de salud y permiso sanitario, otorgado por la Dirección Provincial de Salud, valido por un año en la primera semana de enero.

El carné de salud se exhibe en lugar visible y se entrega copia certificada a gerencia y departamento financiero.

La presentación personal debe ser impecable.

Mantener las uñas limpias, cortas y utilizar guantes quirúrgicos.

Mantener el cabello recogido y utilizar gorro.

Ponerse mascarilla al momento de manipular, preparar y suministrar los alimentos.

Utilizar el mandil todos los días y en perfecto estado de limpieza.

Ubicar la ropa de trabajo en un lugar limpio, protegido de agentes contaminantes.

Lavarse bien las manos con jabón antes de las diversas actividades que impliquen selección, preparación, y cocción de alimentos.

Lavarse bien las manos con agua y jabón después de utilizar el baño y limpieza de la nariz.

No utilizar anillos u otro tipo de accesorios durante la preparación de los alimentos.

Piel sana sin afecciones cutáneas o heridas.

Asepsia del equipo

Vajilla y Utensilios

Retirar los residuos de alimentos y colocarlos en una funda antes de ser ubicados en los tachos de basura.

Lavar con agua y jabón, todos los utensilios de la cocina, hervirlos y secarlos con manteles limpios.

La esponja que se utiliza para ese uso debe ser lavada bien después de usarla y renovada cada semana.

Colocar los utensilios bien ordenados en el lugar de su almacenamiento.

La refrigeradora y congelador deben limpiarse y ordenarse cada semana.

El horno debe limpiarse perfectamente luego de cada uso.

Limpiar las mesas y muebles de cocina con desinfectantes.

La vajilla y utensilios desechables permanecerán en lugares apropiados y su manipulación será con la asepsia debida.

Asepsia del área de dietética.

El interior de los estantes y cajones, se los limpia por lo menos dos veces a la semana y cuando el caso lo requiera.

Los tachos de basura deben estar con fundas plásticas y tapados, además vaciados tres veces al día.

Las paredes, vidrios y mesas se los debe lavar mensualmente y si es el caso cuando lo amerite.

Las toallas de cocina, trapeadores y escobas son de uso exclusivo, deben ser lavadas a diario y ubicadas en el sitio adecuado.

Cuidar que al final de la jornada, este espacio quede completamente limpio y seco.

Los materiales de aseo deben estar protegidos y lejos de los alimentos.

Higiene y preparación de los alimentos

Luego de la adquisición de los alimentos, estos deben ser higienizados. Para lavar las frutas, legumbres y verduras; se los coloca bajo el chorro de agua por 15 minutos y luego se los pasa por una solución de agua y cloro por 10 minutos (5 gotas de cloro por litro de agua), una vez desinfectada se los coloca sobre manteles secos de color claro para que se escurran y proceder a guardarlos secos en el refrigerador.

En el refrigerador se seleccionan los alimentos, no poner en contacto las verduras con, carnes y lácteos.

Los alimentos deben ser cocidos diariamente.

Los alimentos durante su cocción no deben ser probados con la misma cuchara que se mece, sino sacando una porción aparte.

Los alimentos congelados, se deben sacar del congelador con anticipación a su preparación.

En caso de carnes congeladas, sacar el día anterior y dejarlo en refrigeración.

Los jugos se deben preparar con agua hervida.

El agua hervida se la debe mantener en recipientes cerrados, no se debe introducir objetos para recogerlos y para su utilización se utiliza un dispensador.

Tener un juego de cuchillos diferente para cada actividad como para el picado y el cortado ya sea de carnes o vegetales.

Los alimentos deben ser los exclusivos según indicación del médico y nutricionista.

No toser o estornudar sobre los alimentos.

Los productos envasados para su uso

Se debe controlar que estén en perfecto estado y con fecha de consumo en vigencia;

Para servir los alimentos

Los alimentos serán servidos en platos, vasos, cucharas esterilizadas y desechables.

El personal de cocina servirá los alimentos en las porciones y temperatura adecuadas.

Para servir los alimentos, el personal de cocina utiliza los utensilios adecuados, no se toman con la mano los alimentos.

Si se requiere la colaboración de una persona en el área de cocina que no forma parte de su personal habitual, ésta debe cumplir con la asepsia personal enunciada antes.

Normas de seguridad

Vigilar que los aparatos eléctricos y mecánicos estén en perfecto funcionamiento.

Controlar que enchufes, tomacorrientes, mangueras de gas, focos, etc. se encuentren en perfecto funcionamiento.

Utilizar correctamente los utensilios de cocina para mantenerlos en buen estado y evitar accidentes.

Los tanques de gas se los debe ubicar en lugar que no signifique riesgo de contaminación ni accidente.

Presentar certificado otorgado por el Cuerpo de Bomberos de la verificación efectuada a las instalaciones de los equipos y electrodomésticos.

Servicio de atención a los pacientes

La actitud del personal debe ser respetuosa y cortés en todo momento.

La atención debe ser eficiente y rápida.

Evitar entrar en contacto con el paciente

Evitar manipulación simultánea de residuos y alimentos

C.- Proceso de Evaluación, Seguimiento y Mejoramiento:

1.- Seguimiento control y monitoreo de la atención a los pacientes

1. Objeto

Evaluar el desarrollo de los procesos de atención al paciente así como los logros alcanzados, lo que servirá para efectos de toma de decisiones en cuanto a suspensión, cambio o comienzo de uso de medicamentos, insumos, equipos, dieta, apoyo psicológico o de egresar y trasladar al paciente.

2. Alcance

Abarca las actividades de seguimiento, supervisión, medición y evaluación que deben ser desarrolladas durante el proceso de desarrollo de las acciones, actividades y tareas de todos los que brindan atención al paciente.

3. Referencias

- Código de Salud y su Reglamento
- Reglamento Interno
- Planes, programas, proyectos y propuestas formuladas por y para la Unidad Médica.
- Acuerdos y Resoluciones de Seguridad Social
- Modelo de Gestión
- Normas ISO

4. Responsabilidad y Autoridad

El Gerente de la UTI es el responsable de la aprobación y de hacer cumplir el presente procedimiento.

El representante de la Dirección o Gerencia es el responsable de la revisión y modificación del presente procedimiento.

Coordinadores de especialidad y líderes de equipo de trabajo son responsables de verificar el cumplimiento este procedimiento.

La ejecución de este procedimiento es responsabilidad de todas las personas que prestan su servicio en la Unidad Médica.

Las modificaciones se las hará en función del “Procedimiento para el control de documentos”

5. Lista de distribución

Coordinación de especialidad	1
Líderes de equipo de trabajo	4
Personal del Servicio	200

6. Ejecución

El desarrollo de la evaluación, seguimiento y monitoreo de los procesos productivo la dirigen los profesionales en contacto directo con el paciente y es ejecutada en el transcurso de la atención al paciente desde que ingresa hasta que egresa de la UTI., sobre los siguientes parámetros:

Los lineamientos metodológicos y técnico tácticos de la Planificación de intervención o acción y del desarrollo de la evaluación, se lo analiza en la reunión mensual de planificación, con el Directorio de la Unidad, de lo cual se levanta un acta de reunión de planificación que es redactada y mantenida por el Directorio con una copia a la secretaría general y a la secretaría de cada especialidad (se elegirá para efectos de llevar las actas de reunión será alternativo cada año).

Durante el desarrollo de los procesos productivos y del plan de acción y/o de emergencia la el líder de equipo de trabajo, debe proponer la ejecución individual y grupal de acciones que deben desarrollar los profesionales, esto debe constar en la planificación. Y ésta en su carpeta profesional.

Toda acción, actividad o tarea realizada por el personal de la Unidad debe ser evaluada por el líder de equipo. Dichas evaluaciones deben constar en fichas elaboradas para el efecto.

Una vez evaluada la acción, actividad o tarea, ésta debe ser discutida en primera instancia entre el líder de equipo y evaluado, luego entre coordinador de especialidad y evaluado para aclarar dudas y ratificar o rectificar la acción y actitud.

En el Registro de evaluaciones, consta la fecha, aspecto y actitud evaluada para la ratificación o rectificación correspondiente y apreciación de la calidad de servicio que genera el personal de la UTI.

El registro de evaluaciones debe ser llevado por el coordinador de especialidad en forma minuciosa y actualizado, además conocido por la persona a la que corresponde la evaluación. Este Registro puede contener correcciones, más estas deben ser legibles.

El conjunto de evaluaciones permitirán ir estableciendo la valoración de la calidad de servicio que está generando y brindando el empleado de la UTI así como también estructurando su calificación como servidor de pacientes críticos y fundamentalmente servirán como retroalimentación para el proceso desarrollo de los procesos productivos.

Los Reportes de evaluaciones son elaborados por Secretaría de especialidad, en formato prediseñado y cuya custodia de originales

reposa en la misma Secretaría. La copia de este documento es entregado mensualmente, a cada empleado de la UTI.

7. Anexos

NOMBRE	RESPONSABLE	TIEMPO DE RETENCION	SITIO
Plan de acción, plan de emergencia	Profesionales y demás empleados	Un año	Carpeta de especialidad
Libro de Actas de la especialidad.	Secretaria de especialidad	Indefinido	Secretaría especialidad
Registro de evaluaciones	Coordinador de especialidad y personal de UTI	Indefinido	Coordinación especialidad
Registro de Observación de desempeño profesional	Coordinador de especialidad. Gerencia	Tres años	Coordinación de especialidad. Gerencia
Acta de reuniones de planificación	Secretaria de especialidad	1 año	Secretaría de especialidad
Reportes mensuales	Coordinador y secretaria de especialidad	1 año	Secretaría especialidad

	ELABORÓ	REVISÓ	AUTORIZÓ
CARGO			
FECHA			
NOMBRE Y FIRMA			

2.- Evaluación de Eventos de Capacitación:

TEMA DEL EVENTO:			
FECHA:			
FACILITADOR:			
HORARIO:		Nº DE HORAS:	

Por favor evalúe los siguientes aspectos, marcando una X bajo el criterio que usted estime conveniente.

Satisfactorio	Adecuado	Regular	Insatisfactorio
4	3	2	1

Evaluación al contenido del evento:

El cumplimiento de los objetivos planteados para el evento se cumplieron				
Los temas tratados le sirven para mejorar su labor				

Evaluación al facilitador:

Dominio del tema				
Exposición de los temas				
La metodología para impartir los conocimientos (dinámicas, talleres, etc.)				
Los materiales de apoyo (presentación, impresos, dinámicas, etc.)				
El facilitador dio ejemplos que ayudo a la comprensión del tema				

Evaluación de la logística:

La sala y las condiciones donde se realizó la capacitación				
El tiempo destinado a la capacitación				
Horario en que se desarrollo la capacitación				
Satisfacción de la logística de la alimentación				
Equipo audiovisual				
Observaciones:				
FECHA:				

3.- Evaluación del área de Dietética

Mes:

Nombre del evaluado:

Semana	1ra.		2da.		3ra.		4ta.		Sugerencia
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
ASPECTOS									
Cuenta con los permisos de salud necesarios.									
Los productos envasados tienen registro sanitario y están dentro de fecha de vigencia									
Controla la calidad de los productos.									
Alimentos higienizados y organizados adecuadamente.									
Cocina en completo estado de limpieza.									
Tachos de basura con tapa y funda plástica.									
Estantes y cajones limpios y organizados.									
Prepara los alimentos en forma higiénica.									
Utiliza agua hervida para preparar los jugos.									
Sirve los alimentos en forma higiénica.									
Congelador limpio y organizado.									
Refrigeradora limpia y organizada.									

Toallas de cocina limpias y secas.									
Utensilios de cocina y vajilla guardadas, secas y en orden.									
Las instalaciones de gas se encuentran Controladas.									
Las instalaciones eléctricas se encuentran en buen estado.									
PERSONAL									
Higiene personal adecuada									
Uñas cortas y limpias									
Usa uniforme, gorra y mandil									
Uso de mascarilla									
Cabello recogido y limpio									
Limpia las mesas inmediatamente de ser utilizadas									
Cuenta con extintor de incendios									

4.- Evaluación al proveedor de servicios y materiales, insumos y medicamentos

1. Información general

Nombre o Razón Social:			
Nº de RUC: (anexe copia)			
Dirección:		Ciudad:	
Nº Teléfono:		Nº fax:	
Nombre del contacto:		Cargo:	
Bienes y/o Servicios:			

2. Servicio post venta

Garantía: SI NO

Acepta cambios en caso de no conformidad SI NO

Otros (detallar):

3. Información adicional

Forma de pago: Contado Crédito Plazo

Tiempo de entrega: 7 días 15 días 30 días

Precio incluye IVA: SI NO

Transporte: SI NO

Descuento: SI NO

Evaluación del Proveedor

LUGAR Y FECHA:	
Nombre o Razón Social:	
Nº de RUC:	
Bienes y/o Servicios:	

PARAMETROS	PONDERACION	Evaluación Inicial	Re-evaluación	Re-evaluación
Calidad del producto	25%			
Servicio post venta	25%			
Forma de pago	20%			
Tiempo de entrega	20%			
Transporte	5%			
Descuento	5%			
TOTAL	100%			
	Fecha			

REGISTRO ENTREGA RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS

Revisión

00

Fecha:

Fecha	Hora	Remitente	Recibe	Asunto	Dirigido a	No. Doc	Entregado a	Firma recibido

Glosario de Términos

Adquisición: Proceso que se realiza para proveerse de insumos, medicamentos, documentos, material de oficina y otros recursos que se

requieren para atender al paciente y realizar actividades referentes a él, cuando estén en cantidades reducidas o se haya agotado.

Área Física: Lugar de especial interés en el servicio de recuperación por su relevancia, mismo que está proveído con equipos indispensables para brindar bienestar y cuidado al paciente.

Atención al paciente: Prioridad del servicio de recuperación, consiste en satisfacer todas demandas y expectativas no solo del paciente post operado sino también de sus familiares; lo realiza un personal altamente capacitado tanto científica como tecnológicamente haciendo uso de su independencia y pericia regenerando así la imagen de esta unidad.

Baja: Acciones para declarar la no validez del producto por fecha de caducidad en caso de insumos y medicamentos, reforma en caso de documentos.

Bitácora: Cuaderno o conjunto de documentos que contiene información de capital interés tanto para el profesional que le está asistiendo como para la atención que debe recibir luego de egresar de este servicio, dado a que en ésta constan todos los datos tanto de identificación cuanto del proceso al que fue sujeto, de insumos y medicamentos utilizados o administrados; así como también de las recomendaciones a seguir en lo posterior.

Cadena de valor: Representación gráfica de los procesos que se dan antes, durante y después de que un paciente es asistido.

Calidad: Propiedad o conjunto de acciones inherentes a la atención al paciente, que permiten juzgar su valor. Condición o requisito que se que demanda un sector determinado en este caso el paciente y sus familiares para que se garantice la recuperación total de sus capacidades tanto

físicas como de conciencia. Se relaciona estrictamente con las decisiones que se tomen en determinadas circunstancias, siempre en pro del usuario.

Calificación y cualificación del servicio.- Es la sumatoria de los promedios de cumplimiento de los procesos productivos, los instructivos, los protocolos, los reglamentos, las planificaciones, la actitud para con el paciente. Debe ser registrado de forma transparente no como un medio de sanción sino para aplicar correctivos que redunden en mejora de la calidad de servicio.

Catalogación y codificación: Sistema de clasificación por tipo de insumo, medicamentos, documentos, suministros de oficina Rotulando sus contenedores con nombre, características y cantidad del producto.

Cliente: Persona que utiliza con asiduidad los servicios profesionales y las instalaciones de la unidad de Terapia Intensiva. En el caso del interno que vendría a ser el personal que presta servicios en la unidad y es aquel que requiere hacer uso de toda la infraestructura tanto física como de soporte para así cumplir con su misión que es garantizarle al paciente una estabilización rápida. En el caso del externo que no es sino el paciente, vendría a ser la persona que está bajo la protección o tutela de quienes le asisten en sus demandas o necesidades.

Coche de paro: Mueble que contiene todos los insumos y medicación que se requiere para atender al paciente que ingresa a este servicio, mismo que debe estar ordenado alfabéticamente, además de limpio debe ubicarse en un lugar accesible.

Competencias: Conjunto de características individuales, que pueden pertenecer a ámbitos tan distintos como las aptitudes, los motivos, los rasgos, las capacidades, la imagen de sí mismos y de su papel social o

que incluso pueden ser un conjunto de conocimientos adquiridos. Repertorios de comportamientos que algunas personas dominan mejor que otras, lo que las hace eficaces en una situación determinada.

Coordinación y comunicación: Enlace entre la UTI y servicio o especialidad de transferencia para conocer el tipo de paciente y las condiciones en las que está siendo transferido y así seleccionar el plan a ejecutar, preparar la sala y estructurar el equipo interdisciplinario que intervendrá.

Desinfección: o Asepsia, conjunto de procedimientos para conseguir la ausencia de microorganismos.

Diagnóstico: Conjunto de procedimientos y acciones ejecutados para determinar nivel de complicación que presenta el paciente una vez ingresado a la UTI

Diagnóstico de evolución: Determinar el estado fisiológico que tiene el paciente en comparación con el que tuvo al ingreso a la UTI.

Egreso: Consiste en un conjunto de acciones que se realizan para determinar si el paciente está en condiciones de salir de la sala de la UTI y continuar su tratamiento en otro servicio, o si por motivos ajenos a la Unidad Médica deba ser transferido a otro centro hospitalario.

Empleado: Persona que presta sus servicios dentro de una relación regulable por la que recibe compensación ya sea sueldo o salario.

Enfermería: En general, se trata de la asistencia y cuidados de otro individuo. De modo más específico, se refiere a los cuidados del enfermo y al trabajo relacionado con la prevención y la salud pública. Esto abarca las funciones y los deberes a cargo de quienes han recibido formación y

preparación en el arte y ciencia de la enfermería, por lo general en la ayuda a los médicos y otros profesionales sanitarios que estén atendiendo a pacientes críticos.

Eficacia: Capacidad que los profesionales y el personal que labora en el servicio de la UTI para lograr el efecto que se desea o se espera; es decir que el paciente que egresa de este servicio esté en condiciones de continuar su tratamiento en la especialidad correspondiente y se cure definitivamente, porque se ha puesto en juego todo el potencial tanto científico como técnico que poseen.

Eficiencia: Capacidad de disponer del potencial intelectual y de las habilidades y destrezas del personal que trabaja en esta unidad así como de disponer de la manera más acertada de todos los equipos y recursos necesarios en la prestación de servicios para conseguir que el paciente egrese de la Unidad Médica en condiciones aceptables en el menor tiempo posible.

Equipos: Colección de utensilios, instrumentos y aparatos especiales para brindar atención al paciente que ingresa con diagnósticos críticos. Conjunto de aparatos y dispositivos que constituyen el material indispensable para atender las necesidades del paciente.

Estándares: Tipo, modelo, norma, patrón o referencia de actuación en cuanto a profesionales médicos y de enfermería dentro del área de salud. Conjunto de especificaciones técnicas utilizadas para unificar el desarrollo de actividades dentro del servicio de Terapia Intensiva.

Esterilización: Destrucción de todo organismo vivo en cualquier objeto o material por medios físicos o por procedimientos químicos. Anulación de la capacidad de reproducción biológica de un ser vivo.

Estrategias: Es el despliegue y manejo de capacidades, acciones y recursos con que cuenta el servicio para alcanzar un objetivo o un fin inmediato. La estrategia implica la utilización y profunda integración del aspecto económico, político, cultural, social, moral, espiritual y psicológico de este servicio.

Evaluación.- Es el proceso continuo y sistemático que permite al profesional fortalecer el proceso de desarrollo del servicio o atención al paciente.

Evaluación de inventarios: Constatación de existencias, fechas de caducidad, calidad de los productos de inventario.

Examen Físico: Palpar e inspeccionar el cuerpo céfalo caudal.

Fichas clínicas y otra documentación: Documentos escritos que contienen información relevante sobre condición y evolución del paciente y comprueban o ilustran la realidad de un hecho.

Hemodinámica: Características referentes a signos vitales, nivel de conciencia y coordinación motora que se manifiestan en un paciente crítico.

Informes de epicrisis: Descripción, oral o escrita, de las características y circunstancias de el paciente a su cargo o durante la permanencia en la Unidad Médica, así como de los insumos, medicación, equipos empleados, decisiones tomadas y recomendaciones para su tratamiento posterior.

Ingreso: Procedimiento mediante el cual se registra el paciente como sujeto de aplicación de los procesos de intervención durante su permanencia en la UTI.

Ingreso del paciente: Proceso que se realiza cuando el paciente llega al servicio de Terapia Intensiva para lo cual se emplea un conjunto de documentos que legalizan su estadía.

Inmediato: Que sucede en seguida, sin tardanza y consiste en las intervenciones que se llevan a cabo desde el momento que llega el paciente a la UTI.

Insumos médicos: Conjunto de bienes y materiales de carácter médico empleados en la atención al paciente.

Inventario: Documento en el que se registran los bienes y demás cosas pertenecientes tanto al paciente como al servicio de Terapia Intensiva, hecho con orden y precisión.

Liderazgo: Influencia que se puede ejercer el personal médico y de enfermería de este servicio sobre sus colaboradores, el paciente y sus familiares.

Macro proceso: Proceso central o de gran jerarquía dentro de una organización, del cual se deriva los procesos, subprocesos, actividades y tareas.

Manual: Documento en que se compendia lo más sustancial del accionar del personal médico y de enfermería en la UTI, hace alusión a sus funciones y atribuciones con el propósito de que su trabajo lo haga observando los lineamientos, científicos, tecnológicos, éticos y morales.

Mapa Estratégico: Representación de las acciones y aspiraciones del servicio de Terapia Intensiva a modo de diagrama; contiene una serie de aspectos aceptados a nivel general que representan los diferentes modos de ser, actuar y pensar de sus integrantes.

Material Blanco: Se considera como tal a las gasas, compresas, montaditas, cotonoides utilizados durante la asistencia brindada al paciente.

Medicación: Administración metódica de uno o más medicamentos con el fin de que el paciente recupere todas sus capacidades y facultades antes de continuar su tratamiento.

Metas: Fin a que se dirigen las acciones o deseos del profesional que trabaja en el servicio de Terapia Intensiva.

Paciente: Persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica inmediatamente posterior a una intervención quirúrgica, a un agravamiento en su condición médica, a un trauma. Persona que es o va a ser reconocida médicamente y recibir atención en el servicio de Terapia Intensiva.

Parte diario: Documento que se utiliza para registrar todas las novedades con respecto a los equipos, insumos, medicación y situaciones presentadas con respecto a los pacientes. Base para toma de decisiones.

Plan de egreso: Diseño de acciones y actividades a ejecutar para que el paciente esté en condiciones aptas para abandonar la sala de Unidad. Estas acciones y actividades consisten en diagnóstico actual, preparación del paciente, preparación de camilla, determinación de equipos, insumos y medicamentos a usarse para la transferencia. Depende de la condición del paciente.

Planificación: Plan general, metódicamente organizado de gran amplitud diseñado para obtener un objetivo determinado, tal como el desarrollo armónico de las actividades del personal que labora en la UTI, el logro de estándares de calidad, la satisfacción del usuario, etc.

Políticas: Actividad de quienes rigen los destinos del servicio de Terapia Intensiva. Actividad del personal de esta entidad cuando interviene en los asuntos relacionados con el paciente donde cuenta su opinión y actitud. Orientaciones o directrices que rigen la actuación del personal del servicio.

Post operatorio: Paciente que egresa del quirófano luego de haber sido sujeto de intervención quirúrgica.

Proactivo: capacidad de generar cambios positivos con sus actitudes, aptitudes y acciones dentro del servicio de la UTI.

Proceso Administrativo: Conjunto de las fases sucesivas que cumplen los funcionarios dentro del área de Terapia Intensiva para alcanzar sus objetivos.

Proceso de inventarios: Recepción, registro de ingreso, registro de suministro, determinación de faltantes o ausencias.

Producto: Resultado que se obtiene luego de un proceso, en este caso el paciente crítico que se recupera para continuar con su tratamiento.

Proveedor: Persona o unidad que provee o abastece de pacientes y todo lo necesario para su atención.

Recepción: Acción de revisar documentos, registrar datos de los pacientes para ingresar a la Unidad.

Recuperación: Volver a adquirir las facultades y capacidades luego de una intervención profesional del personal médico y de enfermería en la UTI. Volver a un estado de normalidad después de haber sufrido complicaciones en su estado de salud.

Registro del paciente: Documento que se llena con los datos personales y condiciones en que se encuentra antes, durante y después del tratamiento en la UTI.

Requisitos: Documentos que certifican la condición del paciente para ser transferido a la UTI, y la aplicación de procedimientos básicos necesarios y suficientes para estabilizarlo.

Revisión de informes: Estudio y análisis de datos registrados durante el proceso de ingreso del paciente para tener conocimiento del servicio, especialidad o centro hospitalario proviene, saber en qué condiciones fue transferido a la UTI, conocer qué procedimientos y exámenes se han realizado en su lugar de origen y así saber qué procedimientos y actividades ejecutar para su diagnóstico y posterior tratamiento.

Sistema de Gestión de Calidad: Parte del sistema de gestión de la organización enfocada en el logro de resultados en relación con los objetivos de la calidad para satisfacer las necesidades, requerimientos, expectativas y requisitos de las partes interesadas según corresponda.

Suministro: Acción de entrega de insumos, medicamentos, documentos o satisfacción de necesidades del personal de la UTI y del paciente crítico.

Tecnología: Herramientas, máquinas y equipos para incrementar el control y su comprensión del estado en el que se encuentra el paciente dentro de la Unidad Médica.

Transferencia: Consiste en actividades que se realizan con el paciente con el objeto de ser conducido al servicio de donde provino u otro servicio o centro hospitalario según requerimiento. También incluyen las

actividades de preparación del paciente y trámites legales para su transferencia a la morgue en casos de defunciones

Transferencia del paciente: Trámite que se efectúa, luego de haber cumplido con las actividades previas, para trasladar a un paciente que esté en condiciones de continuar su tratamiento, al piso de su respectiva especialización.

Tratamiento: Ejecución de acciones interrelacionadas tendientes a mejorar la condición médica del paciente con la consecuente aplicación de planes de intervención, de conocimientos, experiencias, tácticas del talento humano, el uso de equipos y muebles indispensables, el suministro de insumos y medicamentos necesarios, para que se logre una excelente evolución del enfermo crítico.

Tubo endotraqueal: Tubo que se introduce en la traquea del paciente y que permite la introducción de gases.

Turno: Orden según el cual se suceden los profesionales médicos, enfermería y personal de apoyo en el desempeño de su actividad o función dentro del servicio de Terapia Intensiva.

Valoración Neurológica: Reconocer, estimar o apreciar un conjunto de los elementos que están relacionados con la recepción de los estímulos, la transmisión de los impulsos nerviosos o la activación de los mecanismos de los músculos del paciente que ingresa al servicio de la UTI, en forma permanente durante su permanencia.

Su aplicación debe verse reflejada al seguir una secuencia o cadena de valor.

ANEXO "B"

FICHA CLÍNICA DEL PACIENTE QUE INGRESA A UTI

	INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL DIRECCION NACIONAL MEDICO SOCIAL UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA	HOJA DE CONTROL Y REGISTRO DE MORBI - MORTALIDAD
APELLIDOS _____ NOMRES _____		Historia Clínica N° _____
CÉCULA DE IDENTIDAD N° _____	AFILIACION N° _____	TIPO DE BENEFICIARIO: <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> S.S.C. <input type="checkbox"/> Otros
Fecha de Ingreso: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Hora <input type="text"/>		Fecha de Egreso: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Hora <input type="text"/>
TRANSFERENCIA:		
(Q) (U) (H) (O)		
ESPECIALIDAD:		
<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3
<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 5	<input type="text"/> 6
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MEDICINA	CIRUGIA	TRAUMA
CARDIO-NEUMO	NEURO	OTROS
CIR. EMERGENCIA	CIR. ELECTIVA	N° de Cirugías
DIAGNOSTICOS:		
<input type="checkbox"/> 01 I. Respiratoria <input type="checkbox"/> 02 I. Cardíaca <input type="checkbox"/> 03 I. Renal <input type="checkbox"/> 04 I. Hepática <input type="checkbox"/> 05 I. Coronaria <input type="checkbox"/> 06 Coma <input type="checkbox"/> 07 Shock <input type="checkbox"/> 08 Sepsis <input type="checkbox"/> 09 T. Metabólico <input type="checkbox"/> 10 T. Congulación <input type="checkbox"/> 11 Tr. Craneo <input type="checkbox"/> 12 Tr. Tórax <input type="checkbox"/> 13 Tr. Abdomen	<input type="checkbox"/> 14 Tr. Columna <input type="checkbox"/> 15 Tr. Extremidades <input type="checkbox"/> 16 Infección <input type="checkbox"/> 17 Intoxicaciones <input type="checkbox"/> 18 P.C.R. <input type="checkbox"/> 19 Neuromiopatía <input type="checkbox"/> 20 I.A.M. <input type="checkbox"/> 21 Arritmias <input type="checkbox"/> 22 Hemorragia Digestiva <input type="checkbox"/> 23 Abdomen Agudo <input type="checkbox"/> 24 A.C.V. <input type="checkbox"/> 25 Cir. Neuro <input type="checkbox"/> 26 Cir. Abdomen	<input type="checkbox"/> 27 Cir. Vascular <input type="checkbox"/> 28 Cir. Tórax <input type="checkbox"/> 29 Cir. Gineco-Obs. <input type="checkbox"/> 30 Cir. Otros <input type="checkbox"/> 31 Convulsiones <input type="checkbox"/> 32 H. Subaracnoidea <input type="checkbox"/> 33 Pancreatitis <input type="checkbox"/> 34 Inmunodepresión <input type="checkbox"/> 35 Cáncer <input type="checkbox"/> 36 Diabetes <input type="checkbox"/> 37 P.S.M.O. <input type="checkbox"/> 38 Toxemia Embaraz <input type="checkbox"/> 39 Otros _____
PROCEDIMIENTOS:		
<input type="checkbox"/> 01 Resp. <input type="checkbox"/> 07 S. Ves <input type="checkbox"/> 13 Gastr <input type="checkbox"/> 19 Pnl	<input type="checkbox"/> 02 Swan <input type="checkbox"/> 08 SNG <input type="checkbox"/> 14 A. Peri <input type="checkbox"/> 20 Hemo Fl	<input type="checkbox"/> 03 R.C.P. <input type="checkbox"/> 09 N. Ent. <input type="checkbox"/> 15 Tubo T. <input type="checkbox"/> 21 B.C.I.A.
<input type="checkbox"/> 04 N. Par <input type="checkbox"/> 10 PIC <input type="checkbox"/> 16 TAC/RM <input type="checkbox"/> 22 Plasmaf	<input type="checkbox"/> 05 MP <input type="checkbox"/> 11 Dial <input type="checkbox"/> 17 Echo <input type="checkbox"/> 23 Antibogr	<input type="checkbox"/> 06 L. Art. <input type="checkbox"/> 12 Traqueos. <input type="checkbox"/> 18 Trucc. <input type="checkbox"/> 24 Drgs. Vasoact.
ALTA:		
Dgs. Iniciales: _____		
Dgs. Finales: _____		
PERMANENCIA: Días <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Horas: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		VIMT: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> E <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> M <input type="text"/> <input type="text"/>
Observaciones: _____		APACHE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IST: <input type="text"/> <input type="text"/>
Patología: _____		TRANSFERIDO A: _____
Auxpprs: _____		

¿Son suficientes? Por qué?

.....
.....

6. ¿Conoce si la UTI posee un Modelo de Gestión?

.....

De responder si:

¿De qué tipo es?

.....
.....

¿Cuáles son sus principales lineamientos?

.....
.....
.....
.....

¿Qué propósito contiene?

.....
.....

¿Responde a la realidad de la UTI?

.....

¿Se considera en éste, los intereses y necesidades del paciente y del personal que aquí presta su servicio? ¿Por qué?

.....
.....
.....

III. PROCESOS Y SUBPROCESOS QUE SE EJECUTAN EN LA UTI

7. En la UTI, quienes generan el servicio: Subraye la que considere correcta.

- a) cumplen funciones b) desarrollan procesos

8. ¿Cuáles son las o los principales, y en que momento las o los ejecuta? Por favor escriba junto a cada una o cada uno el

momento en que usted las o los realiza, ej. al ingreso, durante la permanencia, para la transferencia del paciente.

.....
.....
.....
.....

9. ¿Qué actividades contienen cada una o cada uno?

.....
.....
.....
.....

10. Estas funciones o procesos son: Subraye la que usted cree es correcta.

- a) dispuestos por el jefe de la UTI b) dispuestos por el jefe de especialidad.
- c) planificadas en forma conjunta: personal con directivos de especialidad y Unidad Médica.

Otros (especifique):.....

11. Para manejar, cuidar y atender a un paciente que ingresa a la UTI, usted da prioridad a:

- a) las funciones b) los procesos c) al paciente

Explique brevemente cómo y por qué.

.....
.....

12. ¿Se evalúan las funciones o procesos?

.....

¿Con qué finalidad se la efectúa?

.....
.....

13. ¿Cuentan con indicadores para la evaluación de la calidad de servicios que ofrece y brinda la UTI?

.....

¿Cómo se los formuló?

.....

14. ¿Qué documentos, equipos, muebles, insumos, medicamentos requiere para cumplir las funciones o ejecutar los procesos?

.....
.....
.....
.....
.....

15. Para el cumplimiento de funciones o desarrollo de procesos ¿usted requiere de información, documentos, indicaciones, resultados de la fase o etapa anterior y a su vez usted proporciona esto para la siguiente?

.....

¿En qué consiste o cuáles son?

Requiere:.....
.....
.....
.....

Proporciona:.....
.....
.....
.....

IV. REQUERIMIENTOS, INTERESES Y NECESIDADES DEL PERSONAL DE LA UTI.

16. ¿El personal que interviene en el desarrollo de éstas funciones o procesos, es suficiente en número?

.....

De no ser suficiente ¿qué sugiere para compensar?, explique la razón.

.....
.....
.....
.....
.....

17. ¿Cuenta el personal con la preparación y capacitación propicia para el tipo de paciente que debe atender?

.....

18. ¿Qué se debería hacer para que tenga el perfil que requiere este servicio?

.....
.....

19. ¿Qué otros recursos además de los existentes requiere para brindar buena atención al paciente?

.....
.....
.....

20. ¿Conoce cómo funciona y cómo se maneja cada equipo, medicamento o insumo para atender al paciente?

.....

21. ¿Le gustaría contar con capacitación conforme a tendencias en atención a pacientes críticos y avance tecnológico?

.....

¿En qué áreas o temas?

.....
.....
.....

22. ¿Cree que el trabajo debe ser planificado de antemano con su colaboración y la de los demás? ¿Por qué?

.....
.....
.....
.....

Gracias por su colaboración.

ANEXO D

GLOSARIO

A

Actitud. Reacción evaluativa favorable o desfavorable hacia algo o alguien, que se manifiesta en nuestras creencias, sentimientos o conducta proyectada.

Administración: Arte de obtener resultados máximos con un mínimo de esfuerzos, tanto para asegurar un máximo de prosperidad y beneficio a directivos y subordinados.

Administración por Objetivos, APO: Sistema administrativo, dirigido hacia el logro eficaz y eficiente de objetivos organizacionales e individuales.

Aprendizaje. Cambio de la conducta, relativamente permanente, que se presenta como consecuencia de una experiencia.

Asertividad. Habilidad para expresar las ideas y necesidades propias, respetando las ideas y necesidades de los demás.

Auditoria Externa: Cuando el control contable de la institución se confía a expertos o técnicos ajenos a la misma, se denomina control externo conocido también como auditoria.

Auto eficacia. Convicción de que uno puede actuar adecuadamente en una situación. Se compone de tres dimensiones: magnitud, intensidad y generalidad.

Autoridad Formal. Poder derivado de la posición ocupada por las personas.

B

Burocracia. Diseño de las organizaciones que se basa en la especialización del trabajo, una jerarquía de autoridad específica, un conjunto formal de reglas y procedimientos, y criterios rígidos de promoción y selección.

C

Calidad. Aquellas características del producto que responden a las necesidades del cliente.

Capital Humano. Acumulación previa de inversiones en educación, formación en el trabajo, salud y otros factores que elevan la productividad laboral.

Cargo. Conjunto de tareas y responsabilidades que constituyen el trabajo asignado a un solo empleado.

Centralización: Reúne varias cosas en un centro común, o hacerlos depender de un poder central.

Clima Organizacional. Concepto que se refiere a las percepciones del personal de una organización con respecto al ambiente global en que desempeña sus funciones.

Cohesión. Fuerza de los deseos de los integrantes para permanecer en el grupo y su compromiso dentro del mismo.

Competencias. Características personales que han demostrado tener una relación con el desempeño sobresaliente en un cargo o rol determinado en una organización en particular.

Comportamiento Organizacional. Estudio de los individuos y de los grupos dentro del ámbito de la organización.

Confiabilidad. Método de medición cualitativa que sugiere que los mismos datos deben ser observados cada vez que se realiza una observación del mismo fenómeno. Grado en que una prueba proporciona resultados consistentes.

Control. Proceso de monitorear las actividades de la organización para comprobar si se ajusta a lo planeado y para corregir las fallas o desviaciones.

Coordinación. Proceso de armonizar todas las actividades de una organización, facilitando el trabajo y los resultados. Sincroniza recursos y actividades en proporciones adecuadas y ajusta los medios a los fines. Establecer relaciones entre varias partes del trabajo.

Creatividad. Generación de una idea nueva.

Cultura Organizacional. Conjunto de suposiciones, creencias, valores y normas que comparten y aceptan los miembros de una organización.

D

Delegar. El acto de asignar a un supervisado la autoridad y la responsabilidad formales para realizar actividades específicas.

Desarrollo de la Organización, Do. Enfoque gerencial que ayuda a los gerentes a prepararse para administrar el cambio dentro de un mundo cambiante.

Desarrollo de Recursos Humanos. Esfuerzo continuo, planificado, para mejorar los niveles de competencia del personal y el desempeño organizacional mediante capacitación y programas de desarrollo.

Desarrollo Organizacional. Conjunto de valores, visiones, conceptos y técnicas de índole psicosocial orientadas a apoyar el cambio planificado en organizaciones.

Descentralización: Transferir a diversas corporaciones u oficinas parte de la autoridad que antes ejercía.

Descripción del Puesto. Documento que proporciona información respecto de las actividades, deberes y responsabilidades de un puesto.

Diagnostico. Etapa de la consultoría en la cual se describe, sin evaluarse, la situación actual de una organización, de un grupo o de una persona.

Dirección. Proceso de dirigir e influir en las actividades de los miembros de la organización relacionadas con las tareas.

División del Trabajo. Designación de tareas específicas a cada una de las partes de la organización.

E

Eficacia. Capacidad para determinar los objetivos adecuados "hacer lo indicado"

Eficaz. Se refiere al logro de los objetivos en los tiempos establecidos.

Eficiencia. Capacidad para reducir al mínimo los recursos usados para alcanzar los objetivos de la organización. "hacer las cosas bien".

Entidad: Colectividad considerada como unidad.

Entorno. Conjunto de elementos que rodean a una organización. Instituciones o fuerzas externas a la organización que tienen potencial para afectar su rendimiento.

Equidad. Percepción de los trabajadores de que se les está tratando de manera justa.

Especificación del Puesto. Documento que establece el perfil mínimo de calificaciones aceptables que una persona debe poseer para desempeñar un puesto particular.

Estatus. Categoría o el rango social definido que los demás conceden a un grupo o a los miembros del grupo.

Estrategia. Esquema que contiene la determinación de los objetivos o propósitos de largo plazo de la empresa y los cursos de acción a seguir. Es la manera de organizar los recursos.

Estudio de Mercado. Es el diseño, recolección y análisis sistemático de información con relación a las características de un mercado específico.

Evaluación: Es un mecanismo de retroalimentación de información básica para la reconducción y mejoramiento de todas las etapas de un proceso. UNESCO (1994)

Evaluación de Desempeño. Acción sistemática de evaluar la conducta y el trabajo de una persona en relación a sus responsabilidades.

Experiencia Empírica. Experiencia que se adquiere a través de la labor, sin utilizar conocimientos teóricos o técnicos. Se adquiere utilizando el sistema de prueba y error.

G

Gestión. Proceso emprendido por una o más personas para coordinar las actividades laborales de otros individuos.

Gerente. Personal de una organización que tiene autoridad para tomar decisiones que comprometen a la misma.

Grupo de Trabajo. Conjunto organizado de trabajadores que se hace responsable por un resultado.

H

Habilidad Humana. Habilidad y criterio para trabajar con personas, comprender sus actitudes y motivaciones.

Habilidad Técnica. Conocimientos, métodos, técnicas y equipos necesarios para la realización de las tareas específicas de acuerdo con la instrucción, experiencia y educación.

I

Influencia. La habilidad para hacer que otro haga algo, sin usar poder ni autoridad.

Integración Organizacional. Logro de la unidad de esfuerzos entre las distintas unidades e individuos mediante liderazgo y planificación.

L

Liderazgo. Proceso que ayuda a dirigir y movilizar personas y/o ideas. Influencia interpersonal ejercida en una situación, dirigida a la consecución de un objetivo.

M

Medio Ambiente. Contexto físico y social en el que funciona un sistema (organización, persona, o grupo).

Misión. Propósito, finalidad que persigue en forma permanente o semipermanente una organización, un área o un departamento. Razón de ser de una organización.

Misión: Razón de ser del centro, la que justifica su existencia continuada. Hernández J. (1998)

Modelo. Abstracción de la realidad; representación simplificada de algunos fenómenos del mundo real.

N

Necesidad: Manifestación natural de sensibilidad interna que despierta una tendencia a cumplir un acto o a buscar una determinada categoría de objetos.

Necesidad de Logros. Estado psicológico o inclinación de una persona que le induce a obtener resultados exitosos.

Negociación. Proceso interactivo mediante el cual, dos o más actores en una situación de interdependencia y con intereses en conflicto, buscan maximizar sus beneficios individuales a través de un acuerdo.

Normas. Reglas para la conducta aceptada y esperada. Estándares de conducta aceptables en un grupo y compartidos por todos sus miembros.

O

Objetivos: Los objetivos son el blanco hacia donde se apunta y constituyen los resultados finales.

Organigrama. Gráfico de la estructura formal de una organización, señala los diferentes cargos, departamentos, jerarquía y relaciones de apoyo y dependencia que existe entre ellos.

Organismo: Conjunto de oficinas, dependencias o empleos que forman un cuerpo o institución.

Organización Formal. División del trabajo racional, mediante la diferenciación e integración, de acuerdo con algún criterio establecido por aquellos que manejan la toma de decisiones.

Organización Informal. La "organización" que emerge espontánea y naturalmente entre las personas que ocupan posiciones en la organización formal.

Organización. Proceso de arreglar la estructura de una organización y de coordinar sus métodos gerenciales y empleo de los recursos para alcanzar sus metas. Es un grupo relativamente estable de personas en un sistema estructurado y en evolución cuyos esfuerzos coordinados tienen por objeto alcanzar metas en ambiente dinámico.

P

Percepción. Proceso mental y cognitivo que nos capacita para interpretar y comprender lo que nos rodea. Proceso por el que el individuo organiza

una información abundante (estímulos) de acuerdo a pautas significativas.

Planificación Estratégica. Proceso por el cual los administradores de la empresa de forma sistemática y coordinada piensan sobre el futuro de la organización, establecen objetivos, seleccionan alternativas y definen programas de actuación a largo plazo.

Planificación. Proceso de establecer objetivos y cursos de acción adecuados antes de iniciar la acción.

Planificar: Proceso para establecer metas y un curso de acción adecuado para alcanzarlas. Larousse (1994).

Poder. La habilidad para castigar o recompensar sin autoridad. Capacidad de afectar al comportamiento de otras personas, con o sin su consentimiento.

Políticas. Guías para orientar la acción; criterios o lineamientos generales a observar en la toma de decisiones, sobre problemas que se repiten una y otra vez en el ambiente de una organización.

Principio: Norma o idea fundamental que rige el pensamiento a la conducta.

Proceso. Serie sistemática de acciones dirigidas al logro de un objetivo.

Productividad. Medida del rendimiento que influye la eficacia y la eficiencia.

Producto. Es la salida de cualquier proceso.

Propósito: Es la fuerza motivadora que sostiene un proyecto. Debe basarse en una visión de la comunidad deseada, un análisis contextual de la realidad y una comprensión del marco conceptual del proceso de desarrollo. Hernández J. (1998).

R

Reingeniería. Repensar y rediseñar los procesos operacionales y las estructuras organizacionales, centrado en las capacidades centrales de la organización.

Relaciones Humanas. Acciones y actitudes resultantes de los contactos entre grupos y personas.

Rol. Una serie de patrones esperados de conducta atribuidos a quien ocupa una posición dada en una unidad social.

Rotación de Puestos. Práctica de cambiar a los individuos de un puesto a otro para incrementar la motivación y el desempeño potencial.

S

Sistema. Conjunto de partes que operan con interdependencia para lograr objetivos comunes.

T

Tecnología. La forma en que la organización convierte insumos en bienes o servicios.

Teoría. Es una explicación sistemática de los hechos que son observados y leyes relacionadas con un particular aspecto de la vida.

U

Unidad de Mando. Principio de administración que establece que cada supervisado debe informar sólo a un supervisor.

V

Valores. Conjunto de convicciones perdurables que posee una persona; el tipo de conducta que les acompaña, y la importancia de las convicciones para esa persona.

Visión. Una percepción clara del futuro de una organización.