



**Doi:** <https://doi.org/10.70577/asce.v5i2.789>

**Recibido:** 2026-01-28

**Aceptado:** 2026-02-11

**Publicación:** 2026-04-29

**Hacia un protocolo de calidad para el ámbito prehospitalario: análisis crítico  
de la gestión y auditoría del MSP en Quito**

**Towards a quality protocol for the prehospital environment: critical analysis  
of MSP management and auditing in Quito**

**Autor**

**Katya Lizbeth Aulestia Rojas<sup>1</sup>**

[ka\\_lizth@hotmail.com](mailto:ka_lizth@hotmail.com)

<https://orcid.org/0009-0009-4995-5266>

**Autoría propia**

Quito – Ecuador

Como Citar

Aulestia Rojas, K. L. (2026) Hacia un protocolo de calidad para el ámbito prehospitalario: análisis crítico de la gestión y auditoría del MSP en Quito. 5(2)N 650-669



## Resumen

La atención prehospitalaria (APH) es la atención de emergencia que se brinda en los lugares del incidente, siendo estos la vía pública o domicilios en el distrito metropolitano de Quito, al hacer un análisis de los protocolos de auditoría y calidad en este nivel de atención se puede evidenciar que carece de protocolos específicos de auditoría, aunque existen normativas que controlan el entorno hospitalario, su aplicación en el nivel de APH es muy limitada. Por lo que se realizó este análisis, que busca evidenciar la necesidad de diseñar herramientas de auditoría clínica para eliminar la brecha entre la norma legal y su aplicación operativa técnica. Mediante un estudio cualitativo de alcance descriptivo, se analizó la normativa del Ministerio de Salud Pública (MSP) y la normativa aplicable de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACCESS) emitidas entre 2020 y 2025. Los resultados evidencian una brecha en la auditoría clínica y en la aplicación de mecanismos de mejora continua en la Atención Prehospitalaria, por lo que es imperativo proponer las bases para la realización de un protocolo interno de calidad de la APH que evalúe el cumplimiento de las guías clínicas, los tiempos de respuesta y el estado final de los pacientes, garantizando su atención y seguridad con estándares de calidad y mejora continua.

**Palabras clave:** atención médica; auditoría médica; servicios médicos de urgencia; gestión de la calidad; seguridad del paciente.



## Abstract

Prehospital care (PHC) is the emergency care provided at the scene of an incident, such as public roads or private residences, within the Quito metropolitan district. An analysis of audit and quality protocols at this level of care reveals a lack of specific audit protocols. Although regulations govern the hospital environment exist, their application at the PHC level is very limited. Therefore, this analysis was conducted to highlight the need to design clinical audit tools to bridge the gap between legal standards and their operational and technical implementation. Through a descriptive qualitative study, the regulations of the Ministry of Public Health (MSP) and the applicable regulations of the Agency for Quality Assurance of Health Services and Prepaid Medicine (ACCESS) issued between 2020 and 2025 were analyzed. The results reveal a gap in clinical auditing and in the application of continuous improvement mechanisms in prehospital care. Therefore, it is imperative to propose the foundations for the development of an internal quality protocol for prehospital care that evaluates compliance with clinical guidelines, response times, and the final condition of patients, guaranteeing their care and safety with quality standards and continuous improvement.

**Keywords:** medical care; medical auditing; emergency medical services; quality management; patient safety.



## Introducción

La Atención Prehospitalaria (APH) se define como un servicio operacional y de coordinación para los problemas médicos urgentes, que comprende todos los servicios de salvamento, atención médica y transporte que se prestan a enfermos o accidentados fuera del hospital. (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2021, p.7). Tomando en cuenta esta definición, la APH se desarrolla en un entorno crítico y emergente que debe tener sus propios estándares de calidad, distintos a los del nivel hospitalario. En la ciudad de Quito existe una brecha de calidad debido a la desconexión entre las regulaciones generales del Ministerio de Salud Pública (MSP) y la realidad operativa en las unidades de atención prehospitalaria y unidades móviles.

El problema se evidencia en que los protocolos y manuales que se utilizan actualmente para auditoría y calidad fueron diseñadas para áreas hospitalarias, recordando que estas cuentan de una estructura o sitio definido, diferentes profesionales sanitarios que laboran al mismo tiempo y la posibilidad de exámenes complementarios, además de insumos o biomédicos más avanzados que las unidades de APH, la categorización de los centros intrahospitalarios se explica en el Modelo de atención en salud los cuales veremos más adelante (MAIS, 2020), por lo tanto aquí existe una gran diferencia en la Atención Prehospitalaria la cual se brinda en un vehículo denominado ambulancia, se cuenta con uno o máximo dos profesionales en salud y estos al atender en los domicilios deben movilizar insumos o equipos médicos, por esta razón cada prestador de salud tanto el intrahospitalarios como el extrahospitalario son muy diferentes, por lo que su valoración en calidad debe estar enfocado a su complejidad acorde a su realidad.

Con este antecedente, esta investigación busca cambiar esta realidad actual, transformar la gestión administrativa, poder dar el primer paso para la creación de protocolos de calidad enfocados en la Atención Prehospitalaria, logrando transformar la gestión administrativa en una evaluación de la efectividad de atención y poder llegar a la mejora continua, valorando de manera óptima la calidad del servicio.

La gestión de la calidad en los servicios de emergencia depende de la implementación de protocolos que reduzcan la variabilidad clínica. La auditoría en las áreas de emergencia constituye un eje preventivo que identifica fallas estructurales antes de que estas puedan afectar la seguridad del paciente (Alava, 2024). La calidad de la atención debe garantizar seguridad y eficiencia, mientras



que la auditoría es el proceso sistemático que compara la calidad observada frente a la calidad esperada para después realizar un proceso de mejora continua. Actualmente las regulaciones actuales en Ecuador priorizan el licenciamiento administrativo, pero descuidan la evaluación del desempeño técnico en el lugar de atención. Estudios recientes sostienen que la calidad técnica no se garantiza simplemente por la existencia de recursos, sino a través de un seguimiento riguroso de la adherencia a las guías de práctica clínica. Al evaluar esta área, podemos implementar procesos de mejora continua (Espinoza, 2025).

Si vemos a nivel internacional, la seguridad en la atención de emergencias móviles está directamente vinculada a la capacidad de supervisión constante, lo que logra la mejora continua y lleva al servicio a estándares de calidad de atención. Al no tener este sistema claro, se puede decir que los sistemas que carecen de auditorías clínicas frecuentes tendrán tasas más altas de eventos adversos prevenibles (Bhattarai et al.,2023). En consecuencia, el sistema de APH en Quito opera con una supervisión deficiente que compromete la seguridad del paciente y los estándares de calidad. Por lo que es primordial desarrollar un protocolo que supere estas deficiencias a través de indicadores que evalúen la efectividad clínica, la atención en escenarios de trauma, entre otros, logrando cerrar la brecha entre los estándares y la práctica en el campo.

### **Objetivo general**

Proponer las bases para la creación de un protocolo interno de calidad de la APH que evalúe el cumplimiento de las guías clínicas, los tiempos de respuesta y el estado final de los pacientes, garantizando su atención y seguridad con estándares de calidad y mejora continua.

### **¿Cómo alcanzar el estándar ideal?**

Para alcanzar el estándar ideal, que implica la prestación de servicios enfocados en comprender la dinámica de la calidad en la atención de salud, es esencial diferenciar sus componentes de acuerdo con el Modelo de Gestión de Calidad de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACESS). El cual califica la calidad y auditoría de la siguiente manera:

“Calidad de la atención: Se concibe en función de las personas, con alta efectividad, puntualidad y eficiencia” (Ministerio de Salud Pública [MSP],2021, p.7).



“Auditoría de calidad: Es la herramienta de medición. Se define como el proceso de evaluación sistemática donde la calidad observada se compara con la calidad esperada, basándose en el análisis de documentos (historias clínicas) y la verificación *in situ*” (MSP, 2021, p.7).

Para poder entender cómo funcionan los diferentes establecimientos de salud, se debe abordar su tipología; ésta se encuentra organizada por niveles de atención, constituida por profesionales, prestaciones, subprestadores y niveles o grados de complejidad, lo que logra determinar su capacidad de resolución. (Ministerio de Salud Pública [MSP],2020, p.4). Al darnos cuenta de la gran diferencia entre el área hospitalaria y la prehospitalaria podremos diferenciarlas y dividir las logrando un protocolo individualizado para la APH que logre gestionar la calidad y auditoría, por lo que tenemos el reglamento de tipología y los acuerdos ministeriales que definen las áreas de operación de la siguiente manera:

“Área Hospitalaria: Definida por establecimientos fijos con servicios de internación. Su tipología abarca desde el Nivel 2 (Hospitales Básicos y Generales) hasta el Nivel 3 (Hospitales Especializados). Se caracterizan por una infraestructura estática y controlada” (MSP,2020, p.7).

“Área Prehospitalaria: Constituida legalmente como un "Servicio de Salud" sujeto a licenciamiento. Su infraestructura se basa en vehículos configurados (terrestres, aéreos y acuáticos) con movilidad y autonomía. Su tipología incluye desde Transporte Simple hasta Soporte Vital Avanzado y Cuidados Neonatales” (MSP, 2020, p.7).

Dependiendo del tipo de establecimiento de salud, se encuentran los diferentes profesionales como médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, laboratoristas, radiólogos, entre otros, siendo grupos multidisciplinarios de profesionales que van a constituir los diferentes centros de atención dependiendo de su complejidad.

El personal que labora en las unidades de atención prehospitalarias son los denominados paramédicos/as, quienes tienen una formación de tecnólogos en emergencias médicas o licenciados en emergencias médicas, los cuales son los únicos que atienden en estas unidades (MSP, 2020, p.4).

La intensidad de la gestión de la calidad en Ecuador no es uniforme; está determinada por el Perfil de Riesgo establecido por la ACCESS. Mientras que el entorno hospitalario presenta un perfil de riesgo homogéneo, el entorno prehospitalario es variable. Los hospitales se clasifican



intrínsecamente como de Alto Riesgo (Perfil A); esto implica la exigencia de los estándares más altos y consistentes en infraestructura y recursos humanos (MSP, 2021).

Mientras que el área prehospitalaria es un entorno de riesgo variable, las unidades que más transitan el distrito metropolitano de Quito, están dentro de la clasificación de Soporte Vital Avanzado (SVA), clasificándose por su nivel de complejidad como Riesgo B, entendiéndose un riesgo medio a alto en la atención; estas unidades cuentan con profesionales paramédicos, con equipos biomédicos e insumos para brindar una estabilización de pacientes críticos hasta su transporte al área hospitalaria. Por otro lado, unidades de transporte neonatal y hospitales comparten su clasificación de Riesgo A, unidades que atienden a pacientes críticos y tienen la capacidad resolutive para los diferentes escenarios emergentes. Por último, tenemos el transporte básico en Riesgo D (bajo), el cual no transporta pacientes críticos, por lo general moviliza pacientes estables de un hospital a otro. El personal que se moviliza en estas unidades será el hospitalario (MSP, 2021). Esta variabilidad significa que los controles regulatorios no son igualmente estrictos para todas las ambulancias, lo que puede dar lugar a inconsistencias en la calidad de la atención percibida por el usuario, ya que su equipamiento varía según la clasificación.

Con esta clasificación se determina que la frecuencia de la supervisión regulatoria varía drásticamente, mientras que los hospitales (Riesgo A) se someten a inspecciones anuales obligatorias y también son evaluados mensual o trimestralmente para verificar el uso de protocolos de atención, la atención prehospitalaria solo realiza una supervisión técnica de cumplimiento de la normativa técnica, lo que significa que solo se verifican los títulos del personal, los insumos y los dispositivos de la ambulancia pero no la verificación de los protocolos de prácticas asistenciales seguras. Esta baja frecuencia de supervisión externa puede conducir a una relajación de los estándares de calidad si no se implementan controles internos robustos (MSP, 2021).

A nivel hospitalario, los parámetros de auditoría son claros, siendo valorados los siguientes:

Tasa de ocupación de camas, tasa de morbilidad hospitalaria, tiempo de estancia media, tasa de infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS), tasa de satisfacción del paciente, eficiencia de gestión de recursos, tasa de retorno a urgencias después de un alta, tiempo de espera en el servicio de urgencias, y tasa de adherencia al tratamiento (Díaz, 2025).

Entonces los parámetros de auditoría que se proponen son:



Tiempo de respuesta de la unidad desde el despacho hasta el momento de la atención, crear a través de medios digitales una encuesta de satisfacción del usuario estandarizada para todo el servicio de APH, posterior sea evaluada para crear un plan de mejora, evaluar el tiempo de espera desde la solicitud de la casa asistencial hasta la recepción del paciente (eficiencia de gestión de recursos), solicitud consecutiva del recurso por el mismo paciente después de la atención, y crear un control de la tasa de morbilidad prehospitalaria.

Por otro lado la evaluación de calidad es otro pilar fundamental para este objetivo y para esto se cuenta con el manual de seguridad del paciente-usuario que habla sobre las prácticas seguras que “Son los tipos de procesos o estructuras cuya aplicación reduce la probabilidad de eventos adversos asociados a la atención de salud, que se apoyan en la mejor evidencia científica disponible y que procuran prevenir, minimizar o eliminar el riesgo asociado a la práctica clínica” (MSP, 2020), aquí que describe 17 prácticas seguras a aplicarse en todos los procesos de atención en salud, siendo las siguientes:

### **Prácticas Seguras Administrativas**

1. Identificación correcta del paciente.
2. Programa de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos.

### **Prácticas Seguras Asistenciales**

1. Control de abreviaturas peligrosas.
2. Manejo adecuado de medicamentos de alto riesgo.
3. Control de electrolitos concentrados.
4. Conciliación de medicamentos.
5. Administración correcta de medicamentos.



6. Administración de antibióticos profilácticos en procedimientos quirúrgicos.
7. Profilaxis de tromboembolismo venoso.
8. Prevención de úlceras por presión.

#### Prácticas Seguras Administrativas/Asistenciales

1. Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente.
2. Prácticas quirúrgicas seguras.
3. Transferencia correcta de información de los pacientes en puntos de transición.
4. Manejo correcto de las bombas de infusión.
5. Higiene de manos.
6. Prevención de caídas.
7. Educación en seguridad del paciente.

Al analizar el concepto de cada uno de estos parámetros, podemos darnos cuenta de que no todos se podrían aplicar en la atención prehospitalaria, por lo que deben ser clasificados y adaptados para esta realidad de atención, proponiendo que sean los que se mencionan a continuación:

#### **Prácticas Seguras Administrativas**

Programa de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos, realizar un control cada seis meses de todos los equipos para garantizar su correcto funcionamiento (MSP, 2020).



### **Prácticas Seguras Asistenciales**

Control de abreviaturas peligrosas, dentro del uso del anexo 0002 del Ministerio de Salud Pública, que es la hoja de atención, controles mensuales o semestrales.

Manejo adecuado de medicamentos de alto riesgo: la atención prehospitalaria enfrenta el desafío de administrarlos en espacios confinados, lo que requiere protocolos de control mucho más estrictos que en los hospitales. Según la Organización Panamericana de la Salud, (2022), el fortalecimiento de la atención prehospitalaria requiere marcos de supervisión que se adapten a la movilidad del servicio para mitigar errores clínicos prevenibles (MSP, 2021).

Control de la administración correcta de medicamentos según sea el caso y la administración en la atención prehospitalaria.

### **Prácticas Seguras Administrativas/Asistenciales**

Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente, crear espacios donde se pueda notificar eventos adversos sin miedo a sanciones disciplinarias sino a mejora continua (MSP, 2020).

Transferencia correcta de información de los pacientes en puntos de transición. Aquí los estándares de calidad que se deben mejorar en el área prehospitalaria son la comunicación fluida y efectiva; el manual menciona las prácticas asistenciales en transferencia correcta de la información de los pacientes en el punto de transición, pudiendo este punto ser modificado a la realidad prehospitalaria. Se deben establecer canales de comunicación claros y fiables entre los diferentes miembros del equipo, utilizando dispositivos de radio, teléfonos móviles u otros medios de comunicación. La información relevante, como el estado del paciente, los cambios en la situación y las necesidades de recursos, debe ser compartida de manera oportuna y precisa. La transición de la unidad móvil al departamento de emergencias del hospital requiere técnicas estandarizadas para mitigar riesgos (MSP, 2020).



Aquí es donde existe una brecha de comunicación directa entre la ambulancia y el hospital; esta se realiza a través del centro de despacho ECU911, lo que toma más tiempo para transmitir la información ya que el personal del ECU 911 no está con el paciente por lo que a cualquier pregunta debe solicitar espera para pedir la información a la ambulancia, se debería crear una vía directa solo en estos casos de necesidad de comunicación directa con el médico hospitalario disminuyendo los tiempos y mal interpretación de información.

Realizar un control mensual o semestral del personal prehospitalario en el correcto protocolo para la higiene de manos.

Prevención de caídas, evaluación del riesgo en diferentes escenarios y capacitación del personal en ergonomía.

### **Educación en seguridad del paciente**

Al analizar los diferentes puntos del manual de seguridad usuario-paciente, ya se genera una visión más clara de los parámetros a evaluar enfocados en el nivel de complejidad de la atención prehospitalaria y cumpliendo los estándares de calidad, utilizando los manuales existentes. Ya que no hay unos específicos para el área prehospitalaria, aquí es donde abrimos la puerta para la necesidad de crear manuales internos prehospitalarios.

Uno de los hallazgos más críticos en el análisis del sistema prehospitalario es la interrupción del ciclo de mejora continua de Deming (Planificar-Hacer-Verificar-Actuar) (Quiroz, 2023). En la atención prehospitalaria, se observa una ruptura en la etapa de "Verificar". Aunque existen la planificación (guías clínicas y regulaciones) y la ejecución (atención al paciente), la auditoría de cumplimiento no se aplica con el rigor necesario para cerrar el ciclo de mejora. Sin una auditoría estructurada, la evaluación del servicio se reduce a estadísticas cuantitativas e ignora la calidad técnica de la atención médica (Mendoza y Granja, 2021).

Se recomienda realizar la auditoría de la hoja de atención prehospitalaria anexo 002 para identificar los protocolos de atención y cumplimiento de los mismos, que debería responder a un cronograma de verificación el cual no existe, mediante esta sistemática disminuir los errores en bioseguridad o



gestión clínica, evitar que pasen desapercibidos hasta que se conviertan en eventos adversos graves (Espinoza, 2025).

El análisis regulatorio indica que los protocolos nacionales actuales están diseñados con un enfoque mínimo en el cumplimiento normativo. Proponer un Protocolo de Calidad Interna no implica solicitar más burocracia; es una necesidad urgente para implementar una atención de calidad. Este nuevo protocolo debe transitar del cumplimiento punitivo hacia una cultura de calidad total adoptando indicadores específicos para asegurar que cada ciudadano reciba no solo la atención requerida por la ley, sino también la excelencia humana y técnica que merece (Díaz, 2025).

Una de las variaciones que también debemos mejorar es la frecuencia de control; los hospitales están clasificados uniformemente como Riesgo A y deben someterse a una inspección anual obligatoria. En cambio, el control en la atención prehospitalaria es notablemente variable y depende de la complejidad del servicio. Una unidad de soporte vital avanzado es inspeccionada dos veces cada cinco años, mientras que una ambulancia de transporte básico podría recibir una visita técnica solo una vez en ese mismo periodo (MSP,2021). Las regulaciones nacionales exigen que tanto los servicios médicos de emergencia como los prehospitalarios realicen una autoevaluación anual para renovar sus permisos de funcionamiento. Este ejercicio es vital en el entorno prehospitalario, especialmente en los años en que no se realizan inspecciones *in situ*, ya que es el principal obstáculo para evitar el deterioro de los estándares de calidad. Según Alava (2024), la autoevaluación sistemática permite identificar fallas operativas antes de que comprometan la seguridad del paciente en situaciones de emergencia.

Aquí encontramos que los protocolos nacionales actuales de control y licenciamiento aplicados tanto por el Ministerio de Salud Pública como por el ACESS, así como los manuales de control de auditoría y calidad no tienen un enfoque prehospitalario, lo que hace que al aplicarse en la APH tengan un cumplimiento mínimo solo para lograr la obtención de licencias de funcionamiento. Si bien son suficientes para la operación legal, resultan insuficientes para garantizar la atención de excelencia en calidad. Por lo tanto, la creación de protocolos específicos internos de calidad y auditoría para complementar las regulaciones nacionales y conducir a la mejora continua, garantizará la continuidad del servicio, la eficiencia y la optimización de resultados clínicos (Bhattarai et al.,2023).



Se sugiere que el protocolo interno se estructure en torno a tres pilares fundamentales que operativicen las directrices generales del Ministerio de Salud Pública (MSP):

### **Auditoría de Tiempos y Movimientos**

Mientras que las regulaciones exigen una "atención inmediata", el protocolo interno debería medir y auditar aleatoriamente (por ejemplo, mediante registros médicos semanales) los siguientes indicadores clave:

- **Tiempo de activación:** Desde el despacho hasta la salida de la unidad.
- **Tiempo de respuesta:** Llegada a la escena.
- **Tiempo de entrega (Handover):** Entrega del paciente en el hospital.

### **Auditoría de Cumplimiento de Guías de Práctica Clínica**

Las regulaciones verifican la existencia de las guías; las auditorías internas deben verificar su aplicación, como el manual de seguridad usuario-paciente (MSP, 2020). Se debe realizar una revisión de las historias clínicas posteriores a la atención para verificar si el manejo farmacológico y los procedimientos se adhieren a las guías de práctica clínica vigentes (por ejemplo, el uso de collares cervicales en casos de trauma, dosis de analgésicos), entre otros factores que deberían aplicarse una vez al mes o cada seis meses (MSP, 2021).

### **Sistema de Análisis Post-Evento (Sistema de Debriefing)**

Para fomentar una cultura de equidad y aprendizaje organizacional, el análisis posterior al evento debe institucionalizarse:

Llevar a cabo reuniones breves (10 minutos) después de los turnos o tras incidentes de reanimación cardiopulmonar (código azul), para analizar aciertos y fallas sin un enfoque punitivo. Esto permite la detección temprana de fallas latentes antes de que se conviertan en eventos centinela. Aplicar las lecciones aprendidas a través de casos clínicos para impulsar la mejora continua. Análisis comparativo de los entornos de atención de salud (MSP, 2020).



## **Materiales y métodos**

Esta investigación tiene un enfoque cualitativo con alcance descriptivo, el cual es un proceso orientado a comprender fenómenos mediante la recolección de datos narrativos y la caracterización detallada de normativas sin buscar una cuantificación numérica, bajo este lineamiento, el diseño de la investigación se estableció como un análisis documental y comparativo de la normativa sanitaria ecuatoriana, centrando el estudio en un periodo delimitado entre 2020 y 2026 para facilitar el contraste entre el marco legal histórico y las actualizaciones más recientes del sistema de salud.

Para la recolección de datos, se seleccionaron instrumentos normativos oficiales emitidos por el Ministerio de Salud Pública (MSP) y la Agencia de Garantía de Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACCESS), considerando que la elección de estos documentos se justifica plenamente por su carácter vinculante para la prestación de la atención prehospitalaria en el Distrito Metropolitano de Quito (MSP, 2021).

En los criterios de inclusión para la normativa y la literatura fueron documentos legales vigentes relacionados a las normativas de atención y unidades móviles en el Ecuador, los manuales de gestión de calidad y seguridad del paciente, prácticas seguras asistenciales, el Modelo de Atención en Salud (MAIS), emitidos por el MSP; se utilizaron artículos científicos de los últimos cinco años para garantizar un rigor científico y tener un marco teórico actualizado.

Procedimiento analítico se baso en tres fases, se recopiló información de las normas técnicas y legales que se aplican en los servicios de atención en salud, se analizó los contenidos para extraer las variables de control la frecuencia de supervisión y los perfiles de riesgo, finalmente se realizó una comparación de los requisitos normativos entre el ámbito hospitalario y prehospitalario esta comparación permitió describir la falta de protocolos específicos para la APH, la falta de ciclos de mejora y verificación, garantizando así el rigor metodológico del estudio.



## Resultados

El objetivo de este estudio fue conocer la normativa vigente que rige la atención prehospitalaria en el Distrito Metropolitano de Quito y proponer las bases para el desarrollo de un protocolo interno de calidad. A partir de estas fuentes también se clasificó la información clave y se organizaron las siguientes variables para el análisis: el tipo de normativa, ámbito de aplicación si es hospitalario o prehospitalario, el nivel de riesgo asignado dependiendo de la clasificación, frecuencia de supervisión, enfoque de control y presencia de mecanismos de mejora continua. Esta información fue sistematizada, permitiendo una comparación que estableció diferencias y similitudes entre ambos entornos de atención.

Los hallazgos fueron los siguientes:

Se identificó que la mayoría de las normativas revisadas están orientadas al ámbito hospitalario, con énfasis en la infraestructura, la organización interna y la disponibilidad de recursos. En contraste, las normativas aplicables al entorno prehospitalario son menos específicas y presentan limitaciones en su adaptación a las condiciones operativas de las unidades móviles, o en muchos casos no se aplican.

El análisis evidenció que los establecimientos hospitalarios con hospitalización o atención de emergencias se clasifican predominantemente como de alto riesgo (Perfil A), lo que implica mayores exigencias regulatorias. Por su parte, el sistema prehospitalario presenta una clasificación variable (Perfiles A, B y D), dependiendo del tipo de unidad, lo que genera diferencias en los niveles de control y supervisión.

Se observó una diferencia significativa en la frecuencia de inspecciones, los establecimientos hospitalarios cuentan con inspecciones obligatorias anuales y controles periódicos adicionales. Mientras que las unidades prehospitalarias presentan una supervisión menos frecuente, no se establecen evaluaciones al personal en la práctica clínica ni asistencial y los intervalos se pueden extender a varios años, dependiendo de su nivel de complejidad.

El análisis comparativo mostró un predominio del control administrativo en ambos entornos, enfocado en el cumplimiento de requisitos documentales, licenciamiento, equipamiento y



acreditación del personal. Sin embargo, se identificó una limitada presencia de mecanismos de evaluación del desempeño clínico en el ámbito prehospitalario, mientras que en el entorno hospitalario se implementan controles de calidad frecuentes en distintas áreas.

Al analizar la normativa mediante el ciclo de Deming (Planificar–Hacer–Verificar–Actuar), se identificó lo siguiente:

- La fase de planificación se establece por normativas y guías clínicas.
- La fase de ejecución corresponde a la prestación del servicio en ambos niveles de atención.
- La fase de verificación presenta debilidades, evidenciadas por la limitada auditoría clínica y la baja frecuencia de supervisión en el ámbito prehospitalario.
- La fase de acción o mejora continua está condicionada por la falta de retroalimentación sistemática.

El análisis reveló que, mientras el entorno hospitalario cuenta con un sistema más estructurado y enfocado con un control y evaluación, el ámbito prehospitalario presenta vacíos en la aplicación de auditorías clínicas, medición de indicadores de desempeño y monitoreo de resultados en la atención al paciente.

## **Discusión**

El presente estudio tuvo como objetivo analizar las diferentes normativas vigentes aplicables a la atención prehospitalaria en el Distrito Metropolitano de Quito, con el fin de proponer bases para el desarrollo de un protocolo interno de calidad y auditoría. A partir de los resultados obtenidos, el hallazgo principal evidencia una brecha de estructura entre el marco normativo y su aplicación operativa en el entorno prehospitalario, particularmente en lo relacionado con la auditoría clínica y los mecanismos de mejora continua.

Uno de los aspectos más relevantes identificados es el enfoque administrativo sobre el clínico en los procesos de control. Si bien las normativas revisadas establecen requisitos claros en cuanto a licenciamiento, infraestructura y dotación de recursos, se observa una limitada evaluación del desempeño técnico durante las diferentes atenciones. Este hallazgo coincide con lo planteado por Alava (2024), quien sostiene que la calidad en los servicios de emergencia debe evaluarse de



manera integral considerando estructura, proceso y resultado, evitando una visión reducida centrada únicamente en el cumplimiento documental.

También se determinó que el análisis del ciclo de mejora continua de Deming (PHVA) permitió evidenciar una debilidad crítica en la fase de verificación. Aunque existen lineamientos normativos (planificación) y ejecución del servicio (hacer), la ausencia de auditorías clínicas sistemáticas limita la capacidad de evaluar el cumplimiento de las guías de práctica clínica y implementar acciones correctivas efectivas. Este resultado es consistente con lo señalado por Mendoza y Granja (2021), quienes mencionan que la auditoría médica constituye un componente esencial para la mejora continua de la calidad y la reducción de errores en la atención sanitaria.

En relación con la frecuencia de supervisión, se identificó una discordancia significativa entre el ámbito hospitalario y el prehospitalario. Mientras que los establecimientos hospitalarios están sujetos a controles periódicos más estrictos y estructurados, las unidades prehospitalarias presentan intervalos de supervisión más amplios o nulos. Esta diferencia puede influir en la variabilidad de la calidad del servicio, especialmente en contextos donde la toma de decisiones clínicas ocurre en condiciones emergentes. En este sentido, Bhattarai et al. (2023) señalan que, en países de ingresos medios, la falta de sistemas de supervisión adaptados al entorno prehospitalario incrementa el riesgo de eventos adversos prevenibles.

Por otro lado, la variabilidad en la clasificación del riesgo dentro del sistema prehospitalario también representa un factor importante. A diferencia del entorno hospitalario, donde predomina un perfil de riesgo homogéneo, la atención prehospitalaria se caracteriza por niveles de riesgo diferenciados según el tipo de unidad. Esta condición puede generar inconsistencias en la aplicación de estándares de calidad, tal como lo plantean Espinoza (2025) y Zamora et al. (2019), quienes enfatizan la necesidad de establecer indicadores específicos que permitan evaluar de manera objetiva la calidad en los servicios de emergencia extrahospitalarios.

En cuanto al cumplimiento del objetivo general, los resultados obtenidos permiten sustentar la necesidad de proponer un protocolo interno de calidad adaptado a la realidad del entorno prehospitalario. La identificación de vacíos en la auditoría clínica, la limitada verificación del cumplimiento de guías y la falta de indicadores específicos de desempeño evidencian que el sistema



actual no garantiza plenamente la calidad de la atención. En este sentido, el estudio cumple con su propósito al establecer bases teóricas y operativas para el diseño de dicho protocolo.

Las principales contribuciones de la investigación incluyen la sistematización de la normativa vigente mediante un enfoque comparativo y la aplicación del ciclo PHVA como herramienta de análisis en la atención prehospitalaria. Esta metodología crea la oportunidad de abordar las debilidades estructurales, informando estrategias de mejora continua alineadas con la realidad del servicio.

Pero el estudio presenta limitaciones importantes como su enfoque exclusivamente documental impide evaluar la aplicación real de las normativas en el campo operativo y no se incluyeron datos empíricos provenientes de unidades prehospitalarias, lo que restringe el análisis a un nivel teórico. Estas limitaciones abren el camino para futuras investigaciones que integren metodologías mixtas, incluyendo observación directa, análisis de indicadores operativos y evaluación del desempeño clínico en tiempo real.

Finalmente, se sugiere que futuras intervenciones de investigación profundicen en la validación de indicadores de calidad específicos para la atención prehospitalaria, así como en el diseño e implementación de modelos de auditoría clínica adaptados a entornos móviles. También resulta pertinente analizar el impacto de estos protocolos en los resultados clínicos de los pacientes, con el fin de fortalecer la evidencia científica y contribuir al desarrollo de sistemas de salud más seguros y eficientes.

## **Conclusiones**

Al finalizar el análisis de la normativa vigente que se aplica en la APH en el Distrito Metropolitano de Quito, permitió evidenciar que el sistema actual presenta limitaciones de estructura en la gestión de calidad, especialmente en lo relacionado con la auditoría clínica, evidenciando predominantemente un control administrativo, lo que resulta insuficiente para cumplir estándares de calidad y mejora continua.

En relación con el objetivo de la investigación, se logró establecer bases para la elaboración de un protocolo interno de calidad en la APH identificando los principales indicadores que deben tomarse en cuenta, como son la evaluación, el tiempo de respuesta, conocimiento de las guías clínicas por



parte del personal y seguimiento de los resultados de la condición del paciente, así como la implementación de mecanismos sistémicos de auditoría clínica.

Se logró identificar la aplicación incompleta del ciclo de mejora continua (PHVA), especialmente en su fase de verificación, lo que limita la capacidad del sistema para generar procesos sostenidos de mejora. Por otro lado, la variabilidad de la clasificación y la frecuencia de supervisión de las unidades prehospitalarias muestran la necesidad de estandarizar criterios de control que respondan al entorno en el que se desarrollan; esto permitirá reducir las inconsistencias en la calidad del servicio y mejora de seguridad de los pacientes.

Lo que nos permite concluir que la implementación de un protocolo interno de calidad es necesaria para cerrar la brecha entre la normativa existente y su aplicación práctica, este instrumento va a permitir optimizar la gestión de la APH fortaleciendo tanto la calidad técnica como la calidad de atención, constituyendo elementos claves para avanzar hacia un modelo de atención prehospitalaria más eficiente, segura y alineada a estándares de calidad.

### Referencias bibliográficas

- Alava Paredes, M. (2024). Calidad de la atención médica en el área de emergencia. *Revista GICOS*, 9(1), 15-28. <http://erevistas.saber.ula.ve/gicos>
- Bhattarai, K., Bhusal, L., Barone-Adesi, F. y Hubloue, I. (2023). Prehospital Emergency Care in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. *Prehospital and Disaster Medicine*, 38(4), 1-10. <https://doi.org/10.1017/S1049023X23006088>
- Espinoza, M. (2025). Impacto de la implementación de los protocolos de atención prehospitalaria en la calidad de atención médica de emergencia. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 9(1), 120-135. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v9i1.16789](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1.16789)
- Mendoza-Saltos, M. F. y Granja-Martínez, S. (2021). Auditoría médica e incidencia en la reducción de objeciones. *Dominio de las Ciencias*, 7(3), 2036-2055. <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v7i3.2036>
- Ministerio de Salud Pública. (2021). *Manual de Gestión de la calidad de la atención en los establecimientos de salud*. <http://salud.gob.ec>



Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Sistemas de atención de emergencias: Marco para el fortalecimiento de la atención prehospitalaria*. <https://www.paho.org>

Ministerio de Salud Pública. (2020a). *Acuerdo ministerial 00000115*. <http://www.acess.gob.ec>

Ministerio de Salud Pública. (2020b). *Acuerdo ministerial 0030-2020: Reglamento para establecer la tipología de los establecimientos de salud del sistema nacional de salud*.

<https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2021->

[06/REGLAMENTO%20PARA%20ESTABLECER%20LA%20TIPOLOG%3%8DA%](https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2021-06/REGLAMENTO%20PARA%20ESTABLECER%20LA%20TIPOLOG%3%8DA%20DE%20LOS%20ESTABLECIMIENTOS%20DE%20SALUD%20DEL%20SISTEMA)

[20DE%20LOS%20ESTABLECIMIENTOS%20DE%20SALUD%20DEL%20SISTEMA](https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2021-06/REGLAMENTO%20PARA%20ESTABLECER%20LA%20TIPOLOG%3%8DA%20DE%20LOS%20ESTABLECIMIENTOS%20DE%20SALUD%20DEL%20SISTEMA)

[.pdf](https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2021-06/REGLAMENTO%20PARA%20ESTABLECER%20LA%20TIPOLOG%3%8DA%20DE%20LOS%20ESTABLECIMIENTOS%20DE%20SALUD%20DEL%20SISTEMA)

Ministerio de Salud Pública. (2020c). *Modelo de atención integral en salud (MAIS)*.

<https://www.kimirina.org>

**Agradecimiento:** N/A

**Nota:** El artículo no es producto de una publicación anterior.