

ESCUELA POLITÉCNICA NACIONAL

FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS

**MODELO DE GERENCIA POR PROCESOS PARA EL SERVICIO
DE INFECTOLOGIA DEL HOSPITAL DE NIÑOS "BACA ORTIZ" DE
LA CIUDAD DE QUITO.**

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

AUTORA: FANNY ELIZABETH SALAZAR AGUILAR
mail: fannysalazar@63hotmail.com

DIRECTORA: Dra. NILDA VILLACRÉS
mail: nildav@uio.satnet.net.

QUITO, SEPTIEMBRE DEL 2008

DECLARACIÓN

Yo, lic. FANNY SALAZAR 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, 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.

LIC. FANNY SALAZAR.

CERTIFICACIÓN

Certifico que el presente trabajo fue desarrollado por la Lcda. FANNY SALAZAR, bajo mi supervisión.

DRA. NILDA VILLACRÉS

DIRECTORA DEL PROYECTO.

FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS

MAESTRÍA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

ORDEN DE EMPASTADO

De acuerdo con lo estipulado en el ART. 17 del Instructivo para la Aplicación del Reglamento del Sistema de Estudios, dictado por la Comisión de Docencia y Bienestar Estudiantil el 9 de Agosto del 2000, y una vez comprobado que se han realizado las correcciones, modificaciones y mas sugerencias realizadas por los miembros del Tribunal Examinador para el proyecto escrito presentado por:

FANNY ELIZABETH SALAZAR AGUILAR

Se emite la presente orden de empastado con fecha: 14 de Noviembre del 2008.

Para constancia firman los miembros del Tribunal Examinador:

NOMBRE	FUNCIÓN	FIRMA
Dra. Nilda Villacrés	Directora	
Dr Cesar Izquierdo	Miembro	
Dr Milton Vega	Miembro	

Ing. Wilson Abad L.

DECANO

AGRADECIMIENTOS

Al culminar una etapa más de mi formación profesional agradezco primero a Dios porque el está junto a mí siempre a pesar de las dificultades, a mi Madre que me ha dado ánimo siempre, a la Dra. Nilda Villacrés Directora del proyecto de Investigación por su valiosa colaboración de igual manera a la Escuela Politécnica Nacional por haberme abierto sus puertas para prepararme, al Servicio de Infectología y su personal donde se desarrolló la presente investigación.

DEDICATORIA

A mi Madre abnegada, hermanos, familiares íntimos ejemplo de dedicación y sacrificio ofrezco el presente trabajo fruto de mi esfuerzo.

CONTENIDO

DECLARACIÓN.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
ORDEN DE EMPASTADO.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
DEDICATORIA.....	v
CONTENIDO.....	vi
RESUMEN.....	xviii
ABSTRACT.....	ixx
PRESENTACIÓN.....	xx
CAPITULO I.....	1
1.1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1.2. FORMULACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.1.3. OBJETIVOS.....	3
1.1.3.1. Objetivo General.....	3
1.1.4. JUSTIFICACIÓN.....	4
1.1.4.1. Justificación Teórica.....	4
1.1.4.2. Justificación Metodológica.....	6
1.1.4.3. Justificación Práctica.....	7
1.1.5. HIPÓTESIS.....	7
1.1.5.1. Hipótesis General.....	7
1.1.5.2. Hipótesis Específicas.....	7
1.1.6. METODOLOGÍA.....	8
1.1.6.1. Aspectos Metodológicos.....	8
CAPITULO II.....	9
2.1. MARCO TEÓRICO.....	9
2.1.1. CONCEPTUALIZACION DE SALUD.....	9
2.1.1.1. Procesos de salud-enfermedad en el contexto actual de la medicina.....	9
2.1.2. DETERMINANTES DE LA SALUD.....	10
2.1.3. EPIDEMIOLOGÍA.....	12
2.1.3.1. Perfil Epidemiológico.....	12
2.1.4. SISTEMAS DE SALUD.....	13
2.1.4.1. Definición de Sistemas de Salud.....	16
2.1.4.2. Funciones de Sistemas de Salud.....	16
2.1.4.2.1. Rectoría.....	16
2.1.4.2.2. Financiamiento.....	19
2.1.4.2.3. Prestación.....	20
2.1.4.2.4. Aseguramiento.....	20
2.1.5. MODELOS SISTEMAS DE SALUD.....	21
2.1.5.1. Público.....	21
2.1.5.2. Seguro Social.....	21
2.1.5.3. Privado.....	21
2.1.6. OBJETIVOS DE LOS SISTEMAS DE SALUD.....	22
2.1.6.1. Objetivos Intermedios.....	22
2.1.6.1.1. Acceso.....	22
2.1.6.1.2. Eficiencia.....	22

2.1.6.1.3. <i>Efectividad</i>	22
2.1.6.1.4. <i>Calidad</i>	23
2.1.6.1.5. <i>Sostenibilidad</i>	23
2.1.7. REFORMAS DEL SECTOR SALUD.....	23
2.1.8. ATENCIÓN DE LA SALUD.....	26
2.1.8.1. Aspectos Generales.....	26
2.1.8.2. Características del Modelo de Atención.....	31
2.1.8.3. Definición del Modelo de Atención.....	31
2.1.8.4. Integridad de la Atención.....	32
2.1.8.5. Continuidad de la Atención.....	32
2.1.8.6. Participativo.....	32
2.1.8.7. Planificado.....	32
2.1.8.8. Desconcertado.....	33
2.1.8.9. Eficiente y Eficaz.....	33
2.1.8.10.....	33
Equidad.....	
2.1.9. NIVELES DE ATENCIÓN	33
2.1.9.1. Promoción.....	33
2.1.9.2. Prevención.....	34
2.1.9.3. Curación.....	34
2.1.9.4. Rehabilitación.....	34
2.1.10. MODALIDADES DE ATENCIÓN.....	34
2.1.10.1. Ambulatoria.....	34
2.1.10.2. Hospitalaria.....	34
2.1.10.3. Comunitaria.....	35
2.1.11. NIVELES DE COMPLEJIDAD.....	35
2.1.11.1. Primer Nivel de Atención.....	35
2.1.11.2. Segundo Nivel de Atención.....	35
2.1.11.3. Tercer Nivel de Atención.....	36
2.1.12. SERVICIOS DE SALUD.....	36
2.1.12.1. Servicios de Salud Hospitalarios.....	36
2.1.12.1.1. <i>Finales</i>	36
2.1.12.1.2. <i>Intermedios</i>	37
2.1.12.1.3. <i>Generales</i>	37
2.1.12.2. Estructura de los Servicios Hospitalarios.....	37
2.1.12.2.1. <i>Estructura</i>	37
2.1.12.2.2. <i>Proceso</i>	37
2.1.12.2.3. <i>Resultado</i>	37
2.1.12.3. Tipos de Hospitales.....	38
2.1.12.3.1. <i>Redes de Servicios de Salud</i>	38
2.1.13. CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD.....	38
2.1.13.1. Evolución.....	39
2.1.13.2. Filosofía.....	39
2.1.13.3. Concepto.....	39
2.1.13.4. Dimensiones de la Calidad.....	39
2.1.13.5. Garantía de la Calidad de Salud.....	39
2.1.13.5.1. <i>Licenciamiento</i>	40
2.1.13.5.2. <i>Acreditación</i>	41
2.1.13.5.3. <i>Certificación</i>	41

2.1.13.6. Planeación de la Calidad.....	42
2.1.13.7. Gestión de la Calidad.....	42
2.1.13.8. Control de la Calidad	42
2.1.13.9. Evaluación la Calidad en el Servicio de Salud.....	42
2.1.14. ADMINISTRACIÓN GERENCIA.....	43
2.1.14.1. Evolución teorías.....	43
2.1.14.2. Definición.....	45
2.1.14.3. Administración – Gerencias Modernas.....	45
2.1.14.4. Componentes de la Gerencia.....	46
2.1.14.4.1. <i>Planificación Evolución y Tendencias</i>	46
2.1.14.4.1.1. <i>Principios Generales de la Planificación</i>	47
2.1.14.4.1.1.1. <i>La Planificación Normativa</i>	48
2.1.14.4.1.1.2. <i>La Planificación Estratégica</i>	48
2.1.14.4.1.1.2.1. <i>Planificación Presupuestaria</i>	48
2.1.14.4.1.1.2.2. <i>Planificación de Proyectos</i>	49
2.1.14.4.1.1.2.3. <i>Planificación Operativa</i>	49
2.1.14.4.1.1.2.4. <i>Fases del Proceso de Planificación Estratégica</i>	50
2.1.14.4.1.1.2.4.1. <i>Identificación del Problema</i>	50
2.1.14.4.1.1.2.4.1.1. <i>Diagnostico de Situación</i>	50
2.1.14.4.1.1.2.4.1.1.1. <i>Análisis Externo o del Entorno</i>	50
2.1.14.4.1.1.2.4.1.1.2. <i>Análisis Interno de la Organización</i>	51
2.1.14.4.1.1.2.5. <i>Formulación del Plan de Acción</i>	51
2.1.14.4.1.1.2.5.1. <i>Definición de Metas Objetivos</i>	51
2.1.14.4.1.1.2.5.2. <i>Definición de Actividades</i>	51
2.1.14.4.1.1.2.5.3. <i>Evolución de la Planificación</i>	51
2.1.14.4.2. <i>Organización, Evolución y Tendencias</i>	52
2.1.14.4.2.1. <i>Estructura de las Organizaciones Sociales</i>	53
2.1.14.4.2.2. <i>Misión</i>	55
2.1.14.4.2.3. <i>Visión</i>	56
2.1.14.5. Gestión.....	56
2.1.14.5.1. <i>Pasos sobre como hacer gerencia</i>	61
2.1.14.5.2. <i>Los Diez Mandamientos del Negociador</i>	62
2.1.14.5.3. <i>Gestión de Recursos</i>	63
2.1.14.5.3.1. <i>Recursos Humanos</i>	64
2.1.14.5.3.2. <i>Recursos Financieros</i>	64
2.1.14.5.3.3. <i>Recursos Físicos Técnicos y Tecnológicos</i>	65
2.1.14.5.3.4. <i>Recursos Logísticos</i>	65
2.1.14.5.3.5. <i>Insumos</i>	65
2.1.14.5.3.6. <i>Medicamentos</i>	65
2.1.14.5.4. <i>Participación en la Atención de la Salud</i>	66
2.1.14.6. Monitoreo y Evaluación.....	66
2.1.14.7. Tecnología de la Información.....	66
2.1.14.8. Sistemas de Información Gerencial.....	67
2.1.14.8.1. <i>Sistema de Información en Salud</i>	68
2.1.14.8.2. <i>Datos, Información e Indicadores</i>	68
2.1.14.9. Gestión por Procesos.....	69
2.1.14.9.1. <i>El Proceso Administrativo Clásico</i>	70
2.1.14.9.2. <i>Los Flujogramas de Procesos y su Simbología</i>	72
2.1.14.9.3. <i>Los Logros de los Procesos</i>	74

2.1.14.9.3.1. <i>Ventajas</i>	76
2.1.14.9.4. <i>Rediseño y Mejora de Procesos</i>	76
2.1.14.9.4.1. <i>Evaluación</i>	76
2.1.14.9.4.2. <i>Modelado de Procesos</i>	77
2.1.14.9.4.2.1. <i>Diagramar</i>	77
2.1.15. APLICACIÓN DEL BALANCED SCORECARD PARA ESTRUCTURAR MODELOS GERENCIALES.....	78
2.1.15.1. Los Sistemas de Medición Actuales.....	80
2.1.15.2. La Empresa donde quisiéramos Trabajar.....	81
2.1.15.3. Cuadro de Mando Integral (CMI).....	83
2.1.15.3.1. <i>Características del Cuadro de Mando</i>	84
2.1.15.3.2. <i>Tipos de Cuadro de Mando</i>	85
2.1.15.3.3. <i>Puesta en Práctica del Cuadro de Mando</i>	85
2.1.15.3.4. <i>Elaboración del Cuadro de Mando</i>	87
2.1.15.3.5. <i>Contenido del Cuadro de Mando</i>	88
2.1.15.3.6. <i>Consideraciones</i>	89
2.1.15.3.7. <i>Otros temas relacionados</i>	89
2.1.15.4. Perspectivas de Procesos Internos.....	93
2.1.15.4.1. <i>Perspectiva de la innovación y el Aprendizaje</i>	96
2.2. MARCO CONCEPTUAL.....	97
 CAPITULO III.....	 100
3.1. DIAGNOSTICO SITUACIONAL.....	100
3.1.1. SITUACIÓN DE LA SALUD EN EL ECUADOR.....	100
3.1.1.1. Promedio de Gasto de Salud.....	102
3.1.1.2. La Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador.....	104
3.1.1.2.1. <i>Cronología de la Reforma en la Salud</i>	106
3.1.1.2.1.1. <i>Fases de la Inserción</i>	106
3.1.1.2.1.2. <i>Fases de la Formulación y Discusión de Propuestas</i>	106
3.1.1.2.1.3. <i>Fases de Discontinuidad del Proceso de la Reforma</i>	107
3.1.1.2.1.4. <i>Fases de Operacionalización Inicial de la Reforma</i>	107
3.1.1.3. Determinantes de las Políticas de la Promoción de la Salud.....	113
3.1.1.3.1. <i>Políticas de Promoción de la Salud</i>	114
3.1.2. CONTEXTO HOSPITALARIO NACIONAL.....	116
3.1.2.1. Atención Hospitalaria en el Ecuador.....	119
3.1.2.2. Contexto del Hospital.....	121
3.1.2.2.1. <i>Antecedentes</i>	121
3.1.2.2.2. <i>Datos de Identificación</i>	122
3.1.2.2.3. <i>Área Física del Hospital</i>	122
3.1.2.2.4. <i>Categorización del Hospital</i>	123
3.1.2.2.5. <i>Información Demográfica</i>	123
3.1.2.2.6. <i>Infraestructura Sanitaria del HBO</i>	124
3.1.2.2.7. <i>Perfil Epidemiológico</i>	125
3.1.2.2.8. <i>Vigilancia Epidemiológica</i>	125
3.1.2.2.9. <i>Perfil Epidemiológico del Hospital</i>	125
3.1.2.2.9.1. <i>Análisis de Resultados</i>	125
3.1.2.2.9.1.1. <i>Indicadores de Rendimiento</i>	125
3.1.2.2.9.1.2. <i>Recursos Humanos</i>	137
3.1.2.2.9.1.3. <i>Recursos Financieros</i>	137

3.1.2.2.9.1.4. Recursos Tecnológicos.....	139
3.1.2.2.9.1.5. Recursos Logísticos.....	140
3.1.2.2.9.1.6. Manejo de la Información.....	140
3.1.2.2.9.1.7. Productividad.....	141
3.1.2.2.9.1.8. Áreas Ociosas.....	142
3.1.2.2.9.1.9. Nivel general del Hospital.....	142
3.1.3. ANÁLISIS SITUACIONAL.....	162
3.1.3.1. Contexto Histórico.....	162
3.1.3.2. Contexto Geográfico.....	162
3.1.3.3. Contexto Económicos.....	162
3.1.3.3.1. Distribución del Presupuesto Institucional.....	162
3.1.3.3.2. Asignaciones Presupuestarias Porcentuales.....	163
3.1.3.4. Condiciones Ambientales.....	163
3.1.3.4.1. Servicios Básicos de Pichincha.....	163
3.1.3.4.2. Servicios Básicos de Quito.....	163
3.1.3.5. Condiciones Sociales y Culturales.....	163
3.1.3.6. Organización Administrativa.....	164
3.1.3.7. Indicadores de Factores.....	164
3.1.3.8. Ejes Estratégicos Componentes Problemas.....	165
3.1.3.8.1. Eje 1 Rectoría y Liderazgo.....	165
3.1.3.8.2. Eje 2 Fortalecimiento Institucional.....	165
3.1.3.8.3. Eje 3 Modelo de Atención.....	165
3.1.3.8.4. Identificación y Análisis de Problemas por Ejes y Componentes... ..	166
3.1.3.8.4.1. Eje 1 Rectoría y Liderazgo.....	166
3.1.3.8.4.2. Eje 2 Fortalecimiento Institucional.....	166
3.1.3.8.4.3. Eje 3 Modelo de Atención.....	169
3.1.3.9. Análisis Foda.....	169
3.1.3.9.1. Ambiente Interno.....	169
3.1.3.9.1.1. Fortalezas.....	169
3.1.3.9.1.2. Debilidades.....	170
3.1.3.9.2. Ambiente Externo.....	170
3.1.3.9.2.1. Oportunidades.....	170
3.1.3.9.2.2. Amenazas.....	170
3.1.3.10. Aspectos Estratégicos.....	171
3.1.3.10.1. Misión.....	171
3.1.3.10.2. Visión.....	171
3.1.3.10.3. Valores Institucionales.....	171
3.1.3.10.4. Objetivos.....	172
3.1.3.10.4.1. Generales.....	172
3.1.3.10.4.2. Estratégicos.....	172
3.1.4. DIAGNOSTICO DEL SERVICIO DE INFECTOLOGÍA.....	173
3.1.4.1. Antecedentes.....	173
3.1.4.2. Misión del Servicio de Infectología.....	173
3.1.4.3. Características del Servicio de Infectología.....	174
3.1.4.3.1. Cultura.....	175
3.1.4.3.2. Incentivos.....	175
3.1.4.3.3. Liderazgo.....	175
3.1.4.3.4. Estructura del Servicio de Infectología.....	175
3.1.4.4. Recursos Humanos.....	176

3.1.4.5. Recursos Financieros.....	176
3.1.4.6. Infraestructura del Servicio de Infectología.....	176
3.1.4.7. Gestión de Productos y Servicios.....	176
3.1.4.8. Gestión de Procesos.....	177
3.1.4.9. Análisis de Estructura.....	177
3.1.4.10. Análisis de la Situación Actual y Ámbito Futuro.....	177
3.1.4.11. Equipos.....	178
3.1.4.12. Bienes Muebles.....	179
3.1.4.13. Productos.....	179
3.1.4.13.1. Proveedores.....	179
3.1.4.13.1.1. Proveedores Externos.....	179
3.1.4.13.1.2. Proveedores Internos.....	180
3.1.4.14. Medio Físico.....	180
3.1.4.15. Pacientes en el Servicio de Infectología (2004-2006)	180
3.1.4.15.1. Distribución según la Edad.....	180
3.1.4.15.2. Distribución según Sexo.....	181
3.1.4.15.3. Distribución de Pacientes según Procedencia (2004)	181
3.1.4.16. Patologías más Frecuentes 2004.....	182
3.1.4.17. Días de Estadía de los Pacientes en el 2004.....	182
3.1.4.18. Aceptabilidad de los Servicios.....	183
3.1.4.19. Análisis Interno.....	183
3.1.4.19.1. Descripción de Recursos de Estructura.....	183
3.1.4.20. Estructura Física de la Unidad.....	183
3.1.4.20.1. Descripción de Espacios Físicos.....	183
3.1.4.21. Talentos Humanos.....	185
3.1.4.20.1. Análisis de los Talentos Humanos.....	185
3.1.4.22. Programación de la Plantilla de Enfermería.....	186
3.1.4.23. Clima Laboral.....	187
3.1.4.24. Cartera de Servicios.....	188
3.1.4.24.1. Asistencia al Cliente Externo.....	188
3.1.4.24.2. Asistencia al Cliente Interno.....	188
3.1.4.25. Evaluación Estratégica de la Situación con la Matriz FODA.....	189
3.1.4.26. Producción de la Unidad.....	189
3.1.4.26.1. Indicadores Hospitalarios 2004.....	189
3.1.4.27. Aspectos Estratégicos.....	190
3.1.4.27.1. Misión.....	190
3.1.4.27.2. Nueva Visión.....	190
3.1.4.27.3. Metas.....	190
3.1.4.28. Situación Actual.....	190
3.1.4.28.1. Fortalezas.....	190
3.1.4.28.2. Debilidades.....	191
3.1.4.29. Especificaciones.....	191
3.1.4.29.1. Cliente Externo.....	191
3.1.4.29.2. Cliente Interno.....	192
3.1.4.30. Renumeración Talento Humano.....	193
3.1.4.31. Suministros y Materiales.....	193
3.1.4.32. Costo Servicios Básicos por Paciente.....	194
3.1.4.33. Equipos.....	194
3.1.4.34. Procesos de Atención.....	195

3.1.4.35. Bienes Muebles.....	196
3.1.4.36. Análisis de Resultados.....	196
3.1.4.36.1. <i>Indicadores de Rendimiento en el Servicio de Infectología</i>	196
3.1.4.37. Análisis de los Estándares Mínimos en Hospitalización.....	210
3.1.4.38. Resultados de las Encuestas de Satisfacción del Cliente Externo e Interno Para Evaluar la Calidad de Servicio.....	211
3.1.4.39. Planificación Estratégica.....	220
3.1.4.39.1. <i>Análisis Externo</i>	220
3.1.4.39.1.1. <i>Oportunidades</i>	220
3.1.4.39.1.2. <i>Amenazas</i>	221
3.1.4.39.2. <i>Análisis Interno</i>	222
3.1.4.39.2.1. <i>Fortalezas</i>	222
3.1.4.39.2.2. <i>Debilidades</i>	223
3.1.4.40. Matriz Foda.....	224
3.1.4.41. Matriz de Ordenamiento de Factores según Motricidad y Dependencia.....	225
3.1.4.42. Matriz de Análisis Estructural.....	228
3.1.4.42.1. <i>Oportunidades</i>	228
3.1.4.42.2. <i>Amenazas</i>	229
3.1.4.42.3. <i>Fortalezas</i>	229
3.1.4.42.4. <i>Debilidades</i>	229
3.1.4.43. Síntesis de Problemas.....	230
3.1.4.44. Análisis de Competitividad.....	230
3.1.4.45. Análisis de Vulnerabilidad.....	231
3.1.4.45.1. <i>Selección y Definición de Clientes</i>	231
3.1.4.45.2. <i>Criterios de los Servicios</i>	231
3.1.4.45.2.1. <i>Valores</i>	232
 CAPITULO IV.....	 233
4.1. MODELO DE GERENCIA DEL SERVICIO DE INFECTOLOGÍA.....	233
4.1.1. INTRODUCCIÓN.....	233
4.1.2. DEFINICIÓN DE VISIÓN Y MISIÓN.....	235
4.1.2.1. <i>Misión Mejorada</i>	235
4.1.2.2. <i>Visión</i>	235
4.1.3. DEFINICIÓN ESTRATEGIAS.....	235
4.1.4. MAPA ESTRATÉGICO DEL SERVICIO DE INFECTOLOGÍA.....	243
4.1.5. MODELO GERENCIAL BASADO EN PROCESOS Y CALIDAD.....	244
4.1.5.1. <i>Procesos</i>	245
4.1.5.2. <i>Procesos Claves</i>	245
4.1.5.3. <i>De Soporte</i>	245
4.1.5.4. <i>Proceso Gobernante</i>	246
4.1.5.5. <i>Procesos Claves Ingreso del Paciente al Servicio de Infectología</i>	247
4.1.5.6. <i>Procesos de Soporte Gestión del Talento Humano</i>	248
4.1.6. CALIDAD.....	249
4.1.6.1. <i>Monitoreo y Evaluación</i>	250
4.1.6.1.1. <i>Aspectos a Considerar en su Monitoreo</i>	251
4.1.6.1.2. <i>Formas de Monitoreo</i>	251
4.1.7. SISTEMA DE INFORMACIÓN.....	256
4.2. ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN.....	257

4.2.1. ESTRATEGIAS.....	257
4.2.1.1. Socialización con los actores internos y externos del servicio de Infectología.....	257
4.2.1.2. Socialización de la Implementación del Modelo.....	260
4.2.1.3. Análisis de viabilidad y sostenibilidad.	260
4.2.1.4. Planificación Operacional de la Implementación.....	260
4.2.1.4.1. <i>Incluye el plan de evaluación mensual de satisfacción al cliente mediante la aplicación de encuestas.....</i>	260
4.2.1.4.2. <i>Plan para la organización del trabajo por procesos.....</i>	260
4.2.1.4.3. <i>Plan de Incremento del índice ocupacional.....</i>	261
4.2.1.4.4. <i>Plan para implementar la Gestión de Calidad.....</i>	261
4.2.1.4.5. <i>Plan de retroalimentación del Sistema de Información.....</i>	261
4.2.1.4.6. <i>Plan de Educación continúa del personal de Infectología.....</i>	262
4.2.1.4.7. <i>Plan de Mejoramiento de la Gestión Administrativa y Financiera.....</i>	262
4.2.1.4.8. <i>Plan de Motivación e Incentivos.....</i>	262
4.2.1.4.9. <i>Plan de Optimización de Recursos.....</i>	263
4.2.1.4.10. <i>Definición de Costos de Implementación.....</i>	263
4.3. MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN.....	264
4.3.1. MONITOREO.....	264
4.3.2. DIFUSIÓN DE RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN.....	264
4.3.2.1. Visión de los Objetivos del Modelo Gerencial y sus Procesos.....	264
4.3.2.1.1. <i>Compromiso del Personal.....</i>	265
4.3.2.1.2. <i>Plan Operacional Participativo para la Implementación del Modelo.....</i>	265
4.3.2.1.3. <i>Dialogo Permanente entre Cliente Interno y Externo.....</i>	266
4.3.2.1.4. <i>Condiciones de los prestadores de Servicios.....</i>	266
4.3.2.2. Perspectivas de la Implementación del Modelo.....	267
4.3.2.2.1. <i>Fase de Crecimiento o Expansión.....</i>	267
4.3.2.2.2. <i>Fase de Mantenimiento o Sostenibilidad.....</i>	267
4.3.2.2.3. <i>Fase de Madurez o Recolección.....</i>	267
4.4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	268
4.5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	270
ANEXOS (Archivo Adjunto)	273

INDICE DE CUADROS

Cuadro/Número	TITULO DEL CUADRO	PÁG.
CUADRO N° 1	LA DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS ETAREOS DE LA POBLACIÓN OBJETO.....	124
CUADRO N° 2	INDICADORES HOSPITALARIOS TOTAL HOSPITAL AÑO 2004.....	126
CUADRO N° 3	PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD.....	127
CUADRO N° 4	PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD.....	128
CUADRO N° 5	INDICADORES HOSPITALARIOS 2005.....	129
CUADRO N° 6	DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD...	130
CUADRO N° 7	DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD..	131
CUADRO N° 8	INDICADORES HOSPITALARIOS 2006.....	132
CUADRO N° 9	DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD...	133
CUADRO N° 10	DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD..	134
CUADRO N° 11	TOTAL ATENCIONES EN CONSULTA EXTERNA AÑO 2006.....	135
CUADRO N° 12	CIRUGÍAS CLASIFICADAS POR HOSPITALIZACIÓN CONSULTA EXTERNA Y EMERGENCIA.....	136
CUADRO N° 13	RECURSOS HUMANOS.....	137
CUADRO N° 14	GASTOS EJERCICIO FISCAL 2004.....	138
CUADRO N° 15	GASTOS EJERCICIO FISCAL 2005.....	139
CUADRO N° 16	CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA.....	144
CUADRO N° 17	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.....	145
CUADRO N° 18	HOSPITALIZACIÓN.....	146
CUADRO N° 19	CONSULTA EXTERNA.....	147
CUADRO N° 20	EMERGENCIAS.....	148
CUADRO N° 21	LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS.....	149
CUADRO N° 22	DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES.....	150
CUADRO N° 23	QUIRÓFANOS.....	151
CUADRO N° 24	ANESTESIOLOGÍA.....	152
CUADRO N° 25	CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS...	153
CUADRO N° 26	CUIDADOS CRÍTICOS.....	154
CUADRO N° 27	NEONATOLOGÍA.....	155
CUADRO N° 28	REHABILITACIÓN.....	156
CUADRO N° 29	SERVICIO SOCIAL.....	157
CUADRO N° 30	BIBLIOTECA.....	158
CUADRO N° 31	ANATOMÍA PATOLÓGICA.....	159
CUADRO N° 32	UNIDAD DE HEMODIÁLISIS.....	160
CUADRO N° 33	ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO.....	161
CUADRO N° 34	DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO 2004.....	181
CUADRO N° 35	DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN PROCEDENCIA 2004.....	181
CUADRO N° 36	PATOLOGÍAS MAS FRECUENTES 2004.....	182
CUADRO N° 37	DIAS ESTADÍA DE LOS PACIENTES EN EL 2004..	182
CUADRO N° 38	TALENTO HUMANO.....	185
CUADRO N° 39	AUSENTISMO DEL PERSONAL.....	187
CUADRO N° 40	EVALUACIÓN ESTRATÉGICA DE LA SITUACIÓN CON LA MATRIZ FODA.....	189

CUADRO N° 41	INDICADORES HOSPITALARIOS 2004.....	189
CUADRO N° 42	CLIENTE EXTERNO.....	191
CUADRO N° 43	CLIENTE INTERNO.....	192
CUADRO N° 44	RENUMERACIÓN TALENTO HUMANO.....	193
CUADRO N° 45	SUMINISTROS Y MATERIALES.....	193
CUADRO N° 46	COSTOS SERVICIOS BÁSICOS POR PACIENTE....	194
CUADRO N° 47	EQUIPOS.....	194
CUADRO N° 48	PROCESO DE ATENCIÓN.....	195
CUADRO N° 49	BIENES MUEBLES.....	196
CUADRO N° 50	INDICADORES HOSPITALARIOS - INFECTOLOGÍA 2004.....	198
CUADRO N° 51	DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD 2004.....	199
CUADRO N° 52	DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD 2004.....	200
CUADRO N° 53	INDICADORES HOSPITALARIOS - INFECTOLOGÍA 2005.....	201
CUADRO N° 54	DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD 2005.....	202
CUADRO N° 55	DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD 2005.....	203
CUADRO N° 56	INDICADORES HOSPITALARIOS - INFECTOLOGÍA 2006.....	204
CUADRO N° 57	DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD 2006.....	205
CUADRO N° 58	DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD 2006.....	206
CUADRO N° 59	ANÁLISIS DE ESTÁNDARES MÍNIMOS DE LA ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO DE INFECTOLOGÍA PARA GARANTIZAR LA CALIDAD.....	208
CUADRO N° 60	MAPA ESTRATÉGICO DEL SERVICIO DE INFECTOLOGÍA.....	243
CUADRO N° 61	PROCESOS CLAVES.....	245
CUADRO N° 62	ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN PARA EL SERVICIO DE INFECTOLOGIA.....	259

INDICE DE GRÁFICOS

Grafico/Número	TITULO DEL GRAFICO	PÁG.
GRAFICO N° 1	ORGANIZACIÓN.....	143
GRAFICO N° 2	CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA.....	144
GRAFICO N° 3	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.....	145
GRAFICO N° 4	HOSPITALIZACIÓN.....	146
GRAFICO N° 5	CONSULTA EXTERNA.....	147
GRAFICO N° 6	EMERGENCIAS.....	148
GRAFICO N° 7	LABORATORIO DE ANÁLISIS.....	149
GRAFICO N° 8	DIAGNOSTICO POR IMÁGENES.....	150
GRAFICO N° 9	QUIRÓFANOS.....	151
GRAFICO N° 10	ANESTESIOLOGÍA.....	152
GRAFICO N° 11	CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS...	153
GRAFICO N° 12	CUIDADOS CRÍTICOS.....	154
GRAFICO N° 13	NEONATOLOGÍA.....	155
GRAFICO N° 14	REHABILITACIÓN.....	156
GRAFICO N° 15	SERVICIO SOCIAL.....	157
GRAFICO N° 16	BIBLIOTECA.....	158
GRAFICO N° 17	ANATOMÍA PATOLÓGICA.....	159
GRAFICO N° 18	UNIDAD DE HEMODIÁLISIS.....	160
GRAFICO N° 19	ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO.....	161
GRAFICO N° 20	DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO 2004.....	181
GRAFICO N° 21	CLIFICACIÓN DEL SERVICIO DE INFECTOLOGÍA POR ESTÁNDARES Y GRADOS.	207
GRAFICO N° 22	CALIFICACIÓN DEL SERVICIO DE INFECTOLOGÍA POR CALIDAD HUMANA Y TÉCNICA.....	207
GRAFICO N° 23	CAIFICACIÓN DE SERVICIO DE INFECTOLOGÍA POR ELEMENTOS DE ESTRUCTURA, PROCESO Y RESULTADO.....	208
GRAFICO N° 24	ACREDITACIÓN DEL SERVICIO DE INFECTOLOGÍA.....	208
GRAFICO N° 25	HOSPITALIZACIÓN INFECTOLOGIA	209
GRAFICO N° 26	COMO DEFINIRÍA EL TIPO DE ATENCIÓN BRINDADA EN EL SERVICIO?.....	211
GRAFICO N° 27	COMO DEFINIRÍA USTED EL TRATO QUE RECIBE DEL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERÍA?.....	211
GRAFICO N° 28	RECIBE ORIENTACIÓN EN CUANTO AL DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO, REALIZACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS AL INGRESO Y EGRESO DEL PACIENTE?.....	212
GRAFICO N° 29	EL HOSPITAL Y POR ENDE EL SERVICIO LE PROVEE DE MEDICAMENTOS INSUMOS Y MATERIALES DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN?.....	212
GRAFICO N° 30	¿RECIBE AYUDA DEL SERVICIO SOCIAL?.....	213

GRAFICO N° 31	HA HABIDO SATISFACCIÓN DE SUS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS?.....	213
GRAFICO N° 32	COMO CALIFICARÍA LA ATENCIÓN RECIBIDA?	214
GRAFICO N° 33	EL SERVICIO CUENTA CON RECURSOS HUMANOS CAPACITADOS PARA BRINDAR ATENCIÓN DE CALIDAD AL CLIENTE EXTERNO?.....	215
GRAFICO N° 34	EL SERVICIO SE GUÍA MEDIANTE UN PLAN OPERATIVO, ESTRATÉGICO?.....	215
GRAFICO N° 35	EL SERVICIO DISPONE DE UN MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS, EXISTE PROTOCOLOS DE ATENCIÓN MEDICA Y DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO?.....	216
GRAFICO N° 36	EL SERVICIO DE INFECTOLOGIA CUENTA CON TECNOLOGÍA ACORDE A LAS NECESIDADES DEL USUARIO?.....	216
GRAFICO N° 37	EL SERVICIO DISPONE DE INSUMOS Y MATERIALES PARA BRINDAR ATENCIÓN AL USUARIO?.....	217
GRAFICO N° 38	EL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERÍA PLANIFICA EJECUTA CURSOS DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN EL SERVICIO TENDIENTES A MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO?.....	217
GRAFICO N° 39	LOS JEFES DEPARTAMENTALES BRINDAN FACILIDADES PARA QUE EL PERSONAL ASISTA A CURSOS DE CAPACITACIÓN?.....	218
GRAFICO N° 40	EL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERÍA APLICA NORMAS DE BIOSEGURIDAD AL ATENDER A LOS PACIENTES?.	218
GRAFICO N° 41	EL TRABAJAR EN LA INSTITUCIÓN A LLENADO SUS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS?	219

RESUMEN

El objetivo de esta tesis es desarrollar un Modelo de Gerencia por procesos para el Servicio de Infectología del Hospital de Niños "Baca Ortiz" de la Ciudad de Quito que incorpore la planificación, organización, Gestión que realce la Calidad, retroalimentación del Sistema de Información para la toma de decisiones acertadas, como instrumento de Gestión estratégico se utilizó el Balanced Scorecard y por último el plan de implementación.

Para sustentar teóricamente el Modelo se describieron las herramientas del proceso administrativo como son la Planificación, organización, gestión, monitoreo y evaluación, procesos, calidad, BSC.

Durante la investigación se realizó el diagnóstico en orden jerárquico primero a Nivel Nacional, luego a nivel General del Hospital y por último a nivel específico del Servicio de Infectología del Hospital Pediátrico "Baca Ortiz" en los que se resalta los diferentes problemas que requieren ser resueltos mediante la propuesta de un Modelo Gerencial tomando como herramienta de Gestión estratégica el Balanced Scorecard, como también las etapas del Proceso administrativo, al final se desarrolla una propuesta a ser implementada en el Servicio de Infectología con el fin de mejorar la calidad de atención brindada al cliente externo.

ABSTRACT

The objective of this thesis is to develop a Model of Management for processes for the Service of Infectología of the Hospital of Children Baca Ortiz of the City of I Remove that it incorporates the planning, organization, Administration that enhances the Quality, feedback of the System of Information for the taking of guessed right decisions, like strategic instrument of Administration was used the Balanced Scorecard and lastly the implementation plan.

To sustain the Pattern theoretically the tools of the administrative process they were described as they are the Planning, organization, administration, monitoreo and evaluation, processes, quality, BSC.

During the investigation he/she was carried out the diagnosis in first hierarchical order at National Level, then at General level of the Hospital and lastly at specific level of the Service of Infectología of the Hospital Pediatric Baca Ortiz in those that it is stood out the different problems that require to be resolved by means of the proposal of a Managerial Model taking as tool of strategic Administration the Balanced Scorecard, as well as the stages of the administrative Process, at the end a proposal is developed to be implemented in the Service of Infectología with the purpose of improving the quality of attention offered to the external client.

PRESENTACIÓN

El presente trabajo de investigación **GERENCIA POR PROCESOS PARA EL SERVICIO DE INFECTOLOGÍA DEL HOSPITAL DE NIÑOS “BACA ORTIZ” DE LA CIUDAD DE QUITO**, se encuentra realizado en cuatro capítulos, mismos que se han distribuido de la siguiente forma:

En el capítulo I se plantea el problema definido como la ausencia de modelo eficiente y eficaz de administración, los objetivos que responden a esa ausencia; las causas razones y motivos por los que es importante, impactante y necesario realizar la investigación; las hipótesis que permitieron demostrar que con los cambios propuestos se mejoraría el manejo institucional; y el desarrollo de la metodología que paso a paso permitió cumplir los objetivos.

El segundo capítulo ha permitido a través del Marco teórico, la descripción de los elementos teóricos planteados por varios autores que permitieron al investigador fundamentar su proceso de conocimiento: El marco conceptual que define el significado de los términos que empleados con mayor frecuencia y sobre los cuales se relacionan las fases del conocimiento científico, observación, descripción, explicación y predicción. En definitiva conocer el entorno del que es parte y en el que se desenvuelve la vida hospitalaria.

Como tercer capítulo se incluye, contexto Hospitalario Nacional, contexto HBO, Diagnostico del Servicio de Infectología, Resultados, Análisis.

Para finalizar en el capítulo IV se plantean las herramientas para establecer un Modelo basado en procesos, los elementos y modelos de calidad y el cuadro de mando a seguir con el Balance Score Card define las estrategias de implementación y anota las principales Conclusiones y Recomendaciones.

Como todo trabajo serio de investigación cuenta con los respectivos respaldos de propiedad intelectual que son las Referencias Bibliográficas utilizadas y consultadas.

Para finalizar se exponen los anexos que permiten evidenciar los contenidos mencionados.

CAPITULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

1.1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El modelo de Gerencia vigente en el servicio de infectología no ha permitido articular adecuadamente la planificación, organización, gestión y evaluación demostrando muchas falencias, evidenciándose ineficacia e ineficiencia y escasa competitividad lo que ocasiona insatisfacción tanto en los usuarios internos cuanto en los externos.

La escasa planificación estratégica y operativa impide tener claridad en la misión, visión, objetivos, políticas y metas observándose incongruencia entre la oferta y la demanda de servicios los cuales ocasionan problemas en los usuarios.

El POA no es suficientemente difundido, lo que dificulta la consecución de metas colectivas.

La organización de la estructura física del Servicio de Infectología no es funcional, las normas y procedimientos que se aplican son inadecuados y los recursos insuficientes, con las debidas consecuencias.

En lo relacionado a los talentos humanos: se cuenta con 3 médicos tratantes, 1 enfermera líder del servicio, 1 enfermera , 1 auxiliar de enfermería en la mañana, en la tarde, 1 residente R2, 1 enfermera, 1 auxiliar de enfermería, en la noche 1 residente R2, 1 enfermera, 1 auxiliar de enfermería.

Los recursos tecnológicos: no son suficientes se dispone de 1 purificador de aire, bomba de infusión, y un coche de paro.

El modelo de gestión implementado refleja una escasa optimización de los recursos existentes (ineficiencia) e incumplimiento de objetivos (ineficacia), con poca calidad y competitividad llevando a la insatisfacción del cliente interno y externo.

Los datos estadísticos del 2006 demuestran que en hospitalización se producen: 412 altas, defunciones de más de 48 horas 2 y menos de 48 horas 9, total defunciones 11, un total de egresos de 423, el giro de camas es del 22,2 %, porcentaje de ocupación 77%, días estada 10.9%, camas disponibles 19, dotación normal de camas 19, tasa de mortalidad más de 48 horas es del 2.1%.

Las diez principales causas de morbilidad en porcentajes de acuerdo al número de casos son: infecciones en la piel 168 casos (39,7%), enfermedades bacteriales 45 casos (10,6%), enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central 29 casos (6,9%), Infecciones virales 24 casos (5,7%), trastornos del parpado 23 casos (5,4 %), infecciones virales del SNC 17 casos (4%), Tb. 16 casos (3,8%), trastornos de los tejidos blandos 16 casos (3,8%) neumonía 10 casos (2,4%), VIH 10 casos (2,4%)

Las diez principales causas de mortalidad en porcentajes con relación al número de muertes son: Tuberculosis Tb. 2 fallecimientos (18.2%), enfermedades inflamatorias del SNC 2 fallecimientos (18,2%), neumonía 2 fallecimientos (18,2%), infecciones virales del SNC 1 fallecimiento (9,1%), enfermedades cerebro vasculares 1 fallecimiento (9,1%).¹

El sistema de información vigente no permite realizar un análisis, interpretación y retroalimentación lo que impide la toma de decisiones acertadas. Los partes diarios y censos se remiten a estadística y luego los condensados son enviados a la Dirección Provincial de Salud de Pichincha (DPSP), sin que haya retroalimentación de los análisis para la toma de decisiones.

1.1.2. FORMULACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existe la posibilidad de establecer en el Servicio de Infectología del Hospital Baca Ortiz (HBO) un modelo de Gerencia por procesos que evidencie eficacia, eficiencia; calidad que incluya la planificación, organización, gestión, evaluación y que satisfaga las necesidades del usuario interno y externo?

¹ Hospital de Niños Baca Ortiz, ANUARIO ESTADÍSTICO, 2006 Quito, Ecuador.

¿Es posible implementar un modelo de planificación que permita clarificar la misión, visión, objetivos, políticas y metas que mejoren la calidad de atención y exista articulación entre la oferta y la demanda a fin de satisfacer las necesidades del usuario interno y externo?

¿Es posible establecer una organización eficiente a fin de racionalizar el uso de los recursos que permitan satisfacer las necesidades del usuario interno y externo?

¿Es posible desarrollar un modelo de gestión que refleje eficiencia, eficacia, calidad y competitividad que provoque satisfacción del cliente interno y externo?

¿Existe la posibilidad de desarrollar un sistema de información que permita conocer datos estadísticos Epidemiológicos e indicadores que permitan mejorar y evaluar el servicio de Infectología del (H B O)?

1.1.3. OBJETIVOS

1.1.3.1. Objetivo General

Desarrollar un modelo de Gerencia por procesos para el Servicio de Infectología del Hospital Baca Ortiz de la Ciudad de Quito que articulen adecuadamente la planificación, organización, gestión y evaluación; con eficacia, eficiencia calidad y competitividad, a fin de satisfacer las necesidades del usuario interno y externo.

1.1.3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- i. Establecer un proceso de planificación que permita clarificar la misión, visión, objetivos, políticas y metas que articule la relación entre oferta y la demanda que mejoren la calidad de atención a fin de satisfacer las necesidades del usuario interno y externo.
- ii. Desarrollar una estructura organizacional flexible para adaptarse a las demandas del mercado que evidencie una distribución técnica de los recursos y satisfacción del usuario interno y externo.

- iii. Desarrollar un modelo de gestión que refleje eficacia, eficiencia, calidad y competitividad, que genere satisfacción tanto del cliente interno y externo.
- iv. Establecer un sistema de información que permita monitorear y evaluar a fin de tomar decisiones acertadas.

1.1.4. JUSTIFICACIÓN

1.1.4.1. Justificación Teórica

A continuación se detallan algunos elementos teóricos que se vinculan con el objeto de estudio, y que permitirán construir el modelo, sentando las bases teóricas.

“ La Administración es un proceso interactivo compuesto por actividades, funciones sociales y técnicas, que se desarrollan en una organización formal, por el cual se obtiene esencialmente a través de talentos humanos, un trabajo cumplido adecuadamente en tiempo, forma y dentro de un presupuesto, con el fin de alcanzar determinados resultados coherentes con el objetivo organizacional; en forma más sencilla, Administración es el proceso de planear, organizar, dirigir y controlar el trabajo de los miembros de una organización para lograr los objetivos “².

“La Organización se define como la combinación de los medios humanos y materiales disponibles, en función de la consecución de un fin, según un esquema preciso de dependencias e interrelaciones entre los distintos elementos que la constituyen. Organizar es distribuir y coordinar actividades y establecer procedimientos de actuación:

- Distribuir es asignar las actividades necesarias para el logro de los objetivos de la organización, entre los diferentes recursos disponibles.

² Fundación ISALUD. Instituto Universitario ISALUD. Diplomado Superior En Gerencia de Hospitales. Módulo 3 Gestión Ecuador ,Diciembre 2002/Abril 2003

- Coordinar es gestionar la interacción entre los diferentes sujetos que actúan”³.

“El Balanced ScoreCard (BSC) fue originalmente desarrollado, por el profesor Robert Kaplan de la Universidad de Harvard y el consultor David Norton de la firma Nolan & Norton Consulting, como un sistema de evaluación del desempeño empresarial que se ha convertido en pieza fundamental del sistema estratégico de gestión de las firmas alrededor del mundo “⁴.

El Balance Scorecard es una herramienta que permite traducir la visión de la organización, expresada a través de su estrategia, en términos y objetivos específicos para su difusión a todos los niveles, estableciendo un sistema de medición del logro de dichos objetivos; conocida como el Balance Scorecard, Tablero de comando, o tablero de mando, cuadro de mando, cuadro de mando integral, sistema balanceado de medidas.

El Balanced Scorecard es un tipo de evaluación empresarial que se dedica en parte a la colaboración del recurso humano y la gestión del capital intelectual, es la principal herramienta metodológica que traduce la estrategia en un conjunto de medidas de la actuación empresarial, las cuales proporcionan la estructura necesaria para un sistema de medición que permite definir y desarrollar las estrategias que deben emprender las empresas con el fin de lograr sus objetivos a corto, mediano y largo plazo.

“El Balance Scorecard, también se puede definir como un sistema de medición que ayuda a las empresas a administrar mejor la creación de valor en el largo plazo, que busca realizar los inductores no financieros de creación de valor como son: las relaciones estratégicas con proveedores, los procesos internos críticos, los talentos humanos y los sistemas de información, entre otros “⁵.

³José Manuel Martínez Simón; GESTIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, MODULO I ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA Y TOMA DECISIONES, Septiembre 2007

⁴ Barreto Miguel. Planificación Estratégica basada en Balance Score Card, septiembre 2007, ICAM-Q-Quito-Ecuador

⁵ Ibid. pp.20.

La gestión es un mecanismo destinado a evitar incongruencias de objetivos entre los componentes del sistema productivo y garantizar las metas programadas, indispensables en el gerenciamiento hospitalario moderno, donde los recursos son escasos y las demandas crecientes, es necesario medir el desempeño de los sistemas, evaluarlos, identificar donde existen fallas y como corregirlas, gestionar implica que quién gestiona logre que una persona o un grupo de personas desarrollen un conjunto de actividades de forma tal que puedan alcanzar un objetivo específico previsto.

Los elementos teóricos permitirán que partiendo de la necesidad de implementar un modelo de Gerencia para el Servicio de infectología del HBO mejorar la situación actual de insatisfacción, creando un aporte al desarrollo de la institución.

1.1.4.2. Justificación Metodológica

En base a la revisión bibliográfica se aplicarán los instrumentos que puedan adaptarse, o aplicarse para la construcción del modelo de Gerencia en el Servicio de Infectología del HBO.

Se utilizarán 2 herramientas válidas por OPS/OMS para establecer el diagnóstico de la organización del servicio y la calidad; se desarrollará además una base en Excel para el procesamiento y análisis de las variables del servicio; se aplicará el Balance Score Card como herramienta que asocia la planificación y la gestión, mediante indicadores de eficacia y eficiencia.

Mediante este instrumento se definirán la motricidad de la variable y la dependencia, la motricidad es la capacidad de la variable que tiene de influir en las demás; mientras que la dependencia es la variable que influye sobre unas y depende de otras.

1.1.4.3. Justificación Práctica

El proceso metodológico es de fácil diseño y aplicación, permite identificar falencias para eliminarlas y da pie al fortalecimiento de otras, constituirá un referente para realizar estudios en hospitales y servicios similares, constituye el

aporte técnico y profesional hacia la Institución, se aplica y maneja en las instituciones modernas que buscan implementar procesos de cambio, considerada de manejo sencillo a partir de la formación de la maestrante.

1.1.5. HIPÓTESIS

1.1.5.1. Hipótesis General

Si se desarrolla un modelo de gerencia por procesos que articulen adecuadamente la planificación, organización, gestión y evaluación con eficacia, eficiencia y competitividad en la prestación de servicios, entonces se logrará satisfacer las necesidades del usuario interno y externo.

1.1.5.2. Hipótesis Específicas

- i. Si se establece un proceso de planificación que permita clarificar la misión, visión, objetivos, políticas y metas que articule la relación entre la oferta y la demanda entonces se logrará satisfacer las necesidades del usuario interno y externo.
- ii. Si se desarrolla una estructura organizacional flexible que permita adaptarse a las demandas cambiantes del mercado, con una distribución técnica entonces se logrará los recursos y satisfacción de usuario interno y externo.
- iii. Si se desarrolla un modelo de Gestión que refleje eficacia, eficiencia, calidad y competitividad; actualización de protocolos de atención; entonces se logrará satisfacer las demandas del usuario interno y externo.
- iv. Si se establece un sistema de información que permita monitorear y evaluar entonces se podrá tomar decisiones acertadas.

1.1.6. METODOLOGÍA

1.1.6.1. Aspectos Metodológicos

Es un estudio descriptivo, basado en las fuentes de investigación bibliográficas relacionadas, el universo es el Servicio de Infectología del HBO, se ha utilizado como herramienta el Marco Lógico, análisis, la observación, para que partiendo

de una línea de base se verifique la problemática y permita diseñar una propuesta alternativa de implementación de un nuevo modelo de gestión basado en procesos, buscando la calidad, la optimización del sistema de información existente, y la evaluación del plan estratégico utilizando el balance score card, elementos que contribuirán al mejoramiento del actual modelo.

CAPÍTULO II

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. CONCEPTUALIZACION DE SALUD

“... La OMS define la salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo como la ausencia de enfermedad”, bajo este concepto la mayoría de las personas se considerarían no saludables de ahí que esta definición ha sido criticada por ser irrealista; la salud también se ha definido como un estado dinámico, una forma (o desviación de la misma) de homeostasis y como un continuo con polos positivos y negativos; a nivel poblacional, la salud puede concebirse como un asunto social, económico y político, así como un derecho humano; la Carta de Ottawa para la promoción de la salud definió como prerequisites de ella, la paz, la protección, la educación, la alimentación, el ingreso, un ecosistema estable, recursos sustentables, justicia social y equidad...”⁶

La salud es el completo bienestar biológico (del cuerpo), psíquico (de la mente), social (de la verdad, de la relación entre la sociedad) y ambiental (de la realidad, de las leyes naturales, del ambiente) y no simplemente la ausencia de enfermedad. Esta definición es aceptada y certificada por la Organización Mundial de la Salud (OMS.) y dice que la salud es un bienestar del humano (biológico y psíquico) y de su circunstancia (social y ambiental). El humano es él y su circunstancia.

2.1.1.1. Procesos de salud-enfermedad en el contexto actual de la medicina.

El presente gráfico se relaciona directamente con la salud, con la única diferencia de que en los procesos de salud entregamos como productos servicios de salud a los clientes.

⁶Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas OPS/OMS julio 2005.



Fuente: Mtra Verónica Gil Montes

Día tras día se logran grandes resultados terapéuticos en numerosos pacientes pero lo asombroso es que en los enfermos y en los médicos aumenta la insatisfacción. Desde hace decenios, junto con el progreso se habla de la crisis de la medicina, de reformas, de superar la medicina oficial y de innovaciones del concepto global de la enfermedad y del ser médico.

En la construcción de la medicina como ciencia y disciplina se han involucrado aspectos tanto humanos, éticos, como científicos, por tal motivo, al tratar de acceder a su estudio y análisis se deben considerar aquellos lugares y actores que han posibilitado el desarrollo de la ciencia médica, ya que la construcción de los conceptos que le dan sentido a la misma se han transformado a través del tiempo, variando dicha concepción según la época y tipo de sociedad. Las formas distintas de percibir estos procesos tienen que ver en las maneras en que se estructura, entre otras cosas los conceptos como salud-enfermedad o la figura del paciente y del médico a través de la historia

2.1.2. DETERMINANTES DE LA SALUD

“La salud depende de una serie de factores, los cuales debemos conocer para fomentarlos. Una breve historia graficará un poco este concepto. Esculapio es el

Dios de la medicina tenía hijas, las más populares son Panacea e Higiene. Esta última reclamaba más atención por parte de su padre, el cual se la pasaba a tiempo completo curando a los humanos. Para lograr más tiempo libre para su padre, fue a la comunidad y preguntó a quienes gozaban de salud qué hacía para tenerla. Compiló una serie de reglas para obtener y mantener la salud y por ello se llaman la “reglas de Higiene”. Higiene o Hygea es la diosa de la salud, la ciencia que estudia la salud también se llama Higiene”.⁷

El enfoque reduccionista o mecanicista del concepto salud enfermedad tiene que ser complementado con un enfoque más amplio, considerando que el hombre con su carga genética inicial ha de enfrentarse a lo largo de la vida con situaciones internas externas que definirán el equilibrio dinámico de su salud o su enfermedad, se comprende que hay que considerar como agentes nocivos no solo los físicos, químicos, biológicos, sino también el ruido, la fatiga y el estrés ocupacional, la violencia doméstica, las relaciones filiales y de parejas, todos ellos son capaces de determinar el equilibrio dinámico y algunas veces hasta precario de la salud y de la enfermedad, en el esquema de Dever se muestra toda la complejidad que actualmente se reconcede a la salud y sus determinantes.

En el se puede observar los sistemas internos y complejos del organismo humano van ha estar marcados por la carga genética con que nacemos y estarán en íntima relación y dependencia con toda la herencia que nos nutrimos de nuestros progenitores a su vez con su carga genética, con su biología y su interrelación con el medio ambiente en que les tocó vivir y desarrollarse, con los complejos procesos de maduración y envejecimiento de cada generación con las formas en que estos se enfrentan en cada país región , cultura y religión.

Según la concepción del medio ambiente no solo se considera el ambiente físico que les rodea sino también el social y el sociológico , estos elementos influyen y llegan a determinar en ocasiones en el proceso de salud enfermedad, al fijar patrones de conducta, estilos de vida, hábitos tóxicos como el tabaco, el alcohol, estilos de vida asociados a la promiscuidad y otras conductas socialmente

⁷ Ibíd. pp24.

aceptadas en determinadas sociedades o grupos sociales, pueden influir de forma ostensible en el cuadro de salud de una población.

Los determinantes de la exclusión en salud son:

- FALTA DE PRODUCTOS Y SERVICIOS DE CARÁCTER PÚBLICO.
Agua potable, alcantarillado, vacunas, a la ausencia de personal de servicios de salud, o a la falta de protección contra la pérdida de ingresos como consecuencia de una enfermedad.
- PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN (servicios de salud no responden a las necesidades y realidad cultural)
- ACCESO A LOS MEDIOS DE PRODUCCION. Pobreza
- BAJA ESCOLARIDAD
- PROBLEMAS SOCIO-POLITICOS.
- LOS PATRONES CULTURALES.
- CONTRASTES DEMOGRAFICOS, fragmentación, dispersión de la población rural, grandes problemas de comunicación y acceso.

2.1.3. EPIDEMIOLOGÍA

Es la ciencia de la medición que da un enfoque cuantitativo de los fenómenos en salud, y cuyos resultados finales son útiles para dar mejores servicios a los usuarios, la epidemiología se utiliza en la gerencia y administración de los servicios de salud porque aporta metodología útil que permite planear y evaluar la actividad asistencial.

2.1.3.1. Perfil Epidemiológico.

El análisis de la Situación actual de Salud, es de vital importancia para llegar al Diagnóstico y tomar las decisiones correctivas en los diferentes sistemas de salud.

2.1.4. SISTEMAS DE SALUD.

“En la mayoría de los países occidentales, la crisis económica de 1929 y la Segunda Guerra Mundial precipitaron la evolución de los sistemas de Seguros Sociales ya existentes y los transformaron en sistemas de Seguridad Social. Los objetivos para los que fueron formados se pueden resumir en lo siguientes: Conservar la salud de los trabajadores o recuperarla en caso de enfermedad o de accidente, sea cual sea el costo de los cuidados necesarios; solventar las dificultades de subsistencia de los asegurados en caso de enfermedad, accidente, imposibilidad física o vejez y proporcionar sistemas de educación”⁸

En América Latina ha ido cobrando importancia la Seguridad Social a través de los diversos movimientos sociales iniciados principalmente por la clase trabajadora; pero dicha institución en los últimos años ha tenido un gran giro con respecto a la procuración de los derechos de los trabajadores; Esto se debe principalmente a las políticas públicas que se han instrumentado hoy en día, mismas que se plantean siguiendo lineamientos internacionales que privilegian un modelo económico y político a nivel mundial reglamentado por organismos internacionales como el Banco Mundial o el Fondo Monetario Internacional.

Como consecuencia de este panorama mundial, a partir de la década de los ochentas, se inició una reestructuración económica dando paso a un nuevo modelo económico: El neoliberal, que tiene como referente inmediato la apertura de mercados mediante la globalización e internacionalización de la economía.

“El Sector Salud necesita una serie de reformas al interior del mismo, tanto en lo económico, lo político como en lo social; los aspectos económicos desde hace mucho tiempo han ido gestando una crisis al interior de la institución que repercute en la atención médica, pero también en la instrumentación de servicios dentro de la misma; se privilegian cifras: número de pacientes atendidos, número de camas disponibles, entre otros muchos números”⁹.

⁸ Mtra. Verónica Gil Montes* PROCESO DE SALUD – ENFERMEDAD, México, 2005.

⁹ *Ibíd.* pp.19

“Es sin lugar a dudas de gran importancia tener en cuenta este tipo de cambios, en lo económico y lo político para poder analizar a una institución que por sus mismas características hace compleja su observación, pero que además esta íntimamente ligada con la vida de los individuos que la constituyen, ¿qué hacer con la salud en estos tiempos en que se ha marcado como un producto más que necesariamente debe ser comercializado?, ¿cómo enfrentan los sujetos sus vínculos institucionales con el sector salud en un país que poco a poco transforma la concepción de la Seguridad Pública constituyéndola como privada?, ¿cómo se instituyen los procesos de salud-enfermedad ante este nuevo panorama nacional?”¹⁰

Las políticas que se han instrumentado en materia de salud obedecen también a los avances científicos y tecnológicos, que además han marcado tanto el devenir de la historia de la medicina como las diversas maneras de apropiación de los médicos sobre su profesión, estableciendo una serie de símbolos, normas, signos, imágenes del hacer - ser, tanto de la profesión como de la ciencia médica. Actualmente las transformaciones culturales, económicas, políticas en las sociedades están sustentadas en un gran porcentaje por el avance tecnológico; la tecnología facilita y sostiene la nueva visión de ver al mundo, “lo global” permite tener puntos de contacto entre diversas sociedades. Basándose en la nueva infraestructura tecnológica, el proceso de globalización de la economía y la comunicación ha cambiado nuestras formas de producir, consumir, gestionar, informar y pensar.

Aparentemente los procesos llamados globales, económicos y políticos, han marcado esta línea, pero lo cierto es que existen procesos sociales los cuales no pueden ser considerados iguales en todos los ámbitos de cada una de las sociedades.

Las transformaciones históricas en curso no se limitan a los ámbitos tecnológicos y económicos, afectan también las formas de producir las formas que los sujetos

¹⁰ Ibíd. pp.22

tienen de relacionarse entre sí, de establecer formas de construcción simbólicas que les permita establecer relaciones sociales y apropiarse de su medio cultural.

“Al observar los cambios que se experimentan en el sistema de salud con respecto a la atención de los enfermos, a la administración de los recursos y las transformaciones con respecto a las políticas internas en la institución es correcto suponer que los sujetos que forman parte de la misma también transformen la manera en que se relacionan en la institución, y que las prácticas hospitalarias se resignifiquen, emergiendo nuevos imaginarios con respecto a la medicina y sus prácticas”¹¹.

En el quehacer cotidiano las políticas que se establecen a partir de las líneas de mercado ya mencionadas trastocan de diversas maneras la singularidad de los individuos. Se empiezan a crear nuevas formas de reproducción de sentido, de apropiación del conocimiento y del uso del mismo, y nuevas formas de incorporación a los procesos institucionales. Cabría preguntar ¿Qué nuevos imaginarios se están creando con respecto a la profesión médica?

Las políticas de salud que se han establecido durante los tres últimos decenios, han ido trastocado y colocando a los médicos en distintos lugares de la institución médica, como administradores, académicos, médicos residentes, médicos de base; modificando los espacios que los médicos y el uso de la medicina han ocupado a lo largo de la historia.

“Ahora el médico ocupa el lugar del administrador, diversifica su saber y su mirada es más atenta a los lineamientos del mercado, se ha concentrado en aprender a suministrar los recursos de la salud, Cabe hacer hincapié que el rubro de la salud desde una perspectiva global se percibe como uno de los indicadores más significativos del desarrollo de un país. Del gasto en salud se llega a hablar de una inversión orientada específicamente al capital humano de un país y con

¹¹ Gonzáles, Martín, Jácome, Olivares, COMPORTAMIENTO ORGANIZACIONAL. Interamericana, 2003

repercusión en la productividad y la capacitación de avance en ciencia y tecnología”¹².

2.1.4.1. Definición de Sistemas de Salud

Es el conjunto de sectores y subsectores que concurren a mantener y perfeccionar la salud de la población, dados por la agrupación de actores que tienen coherencia de intereses y objetivos.

El centro del sistema de salud lo constituyen, los usuarios cuyo interés es maximizar la accesibilidad a la mayor cantidad de prestaciones de la mejor calidad, los financiadores como Ministerios de salud, seguros públicos, seguros privados (prepagos) y los propios pacientes, cuyo interés reside en maximizar la eficiencia, “el menor gasto por la mayor cantidad de prestaciones”, los proveedores directos de las prestaciones cuyo interés, es el aumentar sus ingresos, los administradores de los servicios de atención de la salud, cuyos intereses están alineados con los financiadores, los reguladores, los políticos en los gobiernos, cuyos intereses son contradictorios por cuanto una parte quiere satisfacer a los usuarios que votan y otra deben mantener el equilibrio presupuestario y atender los actores con poder.

2.1.4.2. Funciones de Sistema de Salud

Las funciones de los sistemas de salud son cuatro: rectoría, financiamiento, aseguramiento, provisión de servicios.

2.1.4.2.1. Rectoría

En cada una de estas cuatro funciones, el Estado ha de desarrollar un conjunto de tareas indelegables que conforman el denominado ejercicio de rectoría sectorial, que es ejercido a través de la autoridad sanitaria, nacional, regional y local según corresponda a la organización de cada país.

¹² Op. Cit.

La función de rectoría de todo el sistema de salud es la de crear un escenario donde los diversos actores puedan desarrollar eficazmente las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud.

La función de rectoría es deber indelegable (propia e indeclinable) del Estado; como modulador del sistema de salud el Estado es responsable de conducir el sector, regular el sector, ejecutar las funciones esenciales de salud pública.

La conducción del sector salud, además de involucrar las acciones de regulación y ejecución de funciones esenciales de **salud pública, incluye las siguientes tareas:**

- **Fijar y ejecutar las políticas sanitarias**, analizando los problemas de salud, estableciendo prioridades, poblaciones vulnerables, objetivos, programas e intervenciones.
- **Establecer a quién debe brindarse cobertura de salud; así como las prestaciones, el financiamiento y el modelo de atención.**
- **Evaluar periódicamente el desempeño del sistema de salud.**
- **Construir los consensos con los otros subsectores** sobre el desarrollo estratégico del sector y las acciones a favor de la salud.
- **Coordinar los aportes técnicos y económicos de los organismos multilaterales** dedicados a la cooperación técnica y económica.
- **Participar en los organismos e instancias de coordinación regional y subregional**

Establecer las reglas o regulaciones que den al sistema coherencia con los objetivos políticos, esto es las reglas de juego para los actores, se trata de:

- **Establecer las regulaciones generales del subsector público**
- **Establecer el marco normativo en materia de aseguramiento**, tanto del subsector de la seguridad social como del subsector de los seguros privados.
- **Establecer la regulación técnica y la fiscalización de la prestación de servicios de salud**, de la certificación y del ejercicio de las profesiones de la salud.

- **Establecer las normas básicas, y formas pautadas de atención de la salud.**
- **Formular normas de calidad y controlar su cumplimiento:** habilitación y categorización de prestadores: Programas de garantía de calidad.

El desarrollo de las **funciones esenciales de salud pública**, propias de la autoridad sanitaria:

- Realizar el **seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud**
- Realizar la **vigilancia de la salud pública:** Investigación y control de riesgos y daños en salud pública.
- Realizar tareas de **promoción de la salud.**
- Promover la **participación de los ciudadanos** en la salud.
- Desarrollar políticas y capacidad institucional de **planificación y gestión en materia de salud pública.**
- Evaluar y promover el **acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.**
- Desarrollar **recursos humanos y capacitarlos en salud pública.**
- Garantizar la **mejora de la calidad de los servicios de salud;** individuales colectivos.
- Promover y realizar **investigación en salud pública.**
- Promover la **reducción del impacto en salud, de las emergencias y desastres.**
- **Armonizador de los servicios de salud**, el papel rector de los ministerios de salud en los procesos de reforma sectorial es el de armonizar los planes de acción y de gestión de los distintos organismos públicos.
- **Vigilancia y tutelaje del aseguramiento**, dependiendo del grado de desarrollo de la seguridad social en salud en cada país existe o no una responsabilidad del estado de tutelar la prestación de un plan básico garantizado de cobertura de servicios de salud para todos los habitantes, para ciertos grupos especiales de la población (POBRES ANCIANOS).

2.1.4.2.2. *Financiamiento*

La función de financiamiento de los sistemas de salud se refiere a la **recaudación y distribución de los recursos para el funcionamiento del sistema**, esto es **quién paga, como se recolectan los recursos económicos y cómo se aplican o distribuyen**; en este aspecto es función deseable que sea una función indelegable del Estado, de la **función de rectoría**:

- Financiar el desarrollo de las **actividades y servicios de salud pública** para toda la población del país.
- Garantizar el financiamiento de la **atención de salud a los grupos poblacionales desprotegidos**.
- Establecer las políticas necesarias para **garantizar que las diversas modalidades de financiamiento** (impuestos, aportes de empleados y empleadores y privados) **tengan la complementariedad necesaria para garantizar a todos los habitantes, el acceso equitativo a servicios de salud de calidad**.

El modelo de financiamiento, tiene como finalidad recaudar fondos para ser redistribuidos en el pago de prestadores, presenta dos ejes:

- **El origen de los fondos o fuentes de financiamiento.**
- **La asignación o aplicación de los fondos o mecanismo de pago a los prestadores.**

Los recursos económicos finalmente siempre surgen de las personas, es apropiado dividir su origen (las fuentes de financiación) en dos grandes grupos:

- **Financiamiento público obligatorio:** Impuestos, aportes y contribuciones.
- **Financiamiento privado voluntario:** Pago de bolsillo.

La función de **compra de servicios de servicios** podría ser incluida dentro de la función de financiamiento en la vertiente de aplicación de los recursos económicos, es conveniente desagregarle para su mejor análisis; es importante reconocer que **además de la “compra implícita” de servicios de salud, que realiza el Estado cuando paga a sus propios proveedores, a través de las asignaciones presupuestarias, subsidiando la oferta**. Esto es cuando el

Estado paga a los hospitales y servicios de salud de (su propiedad) **para que ofrezcan sus servicios** puede (debe) esta acción como una “**compra**” **de los servicios que se producen y relacionarla con la demanda efectiva que es asistida por esta oferta...**”

2.1.4.2.3. Prestación

Las **prestaciones** que brinda un sistema de salud, o tipo de cobertura (qué), depende de la capacidad de gobierno y control por parte del Estado, si éste tiene capacidad de gobierno y de control sobre el sistema, los servicios se implementan o se ven favorecidos **según las prioridades fijadas en los objetivos sanitarios**. En cambio cuando el Estado no tiene capacidad de gobierno ni control, el eje de desarrollo de los servicios está en la oferta, según cuáles servicios sean dominantes; esta circunstancia requiere la incorporación de programas complementarios para resolver las insuficiencias del sistema.

2.1.4.2.4. Aseguramiento

Es la garantía del Acceso a un Conjunto Garantizado de Prestaciones de Cobertura de Servicios de Salud para Todos los Habitantes, o Planes Específicos para Grupos Especiales de la Población, para el efecto es necesario:

- Definir un conjunto de prestaciones
- Definir Poblaciones y Territorios que serán cubiertos por los Mecanismos de Garantía de Conjuntos de Prestaciones, que incluye: protección de los Derechos de los Usuarios y difusión de sus Derechos

Regular y Controlar el Cumplimiento Público y Privado de los Planes de Aseguramiento, a través de: definir Estándares de Prestación de Servicios, Vigilancia del Cumplimiento Público y Privado de los Planes de Aseguramiento, y, **definir Estándares de Prestación de Servicios**.

El origen de los recursos dio como resultado los sistemas de atención Público, del Seguro Social y privado.

2.1.5. MODELOS DE SISTEMAS DE SALUD.

2.1.5.1. Público

La **cobertura es universal** la **financiación es por impuestos**, con mecanismo de solidaridad contributiva; la **gestión es estatal**; el **plan de salud es único**, la **provisión de los servicios y la propiedad de estos es estatal**; los **médicos son asalariados o retribuidos por cápita**.

La **provisión de servicios** se hace a través de médicos que desarrollan programas específicos (médicos de familia, materno infantil,..), centros de salud y hospitales de propiedad estatal, los profesionales son remunerados por **salario** o por **cápita**, que integra, como gasto fijo, un presupuesto que se calcula en forma previa.

2.1.5.2. Seguro Social

Las características del modelo de Seguro Social son: La **cobertura es universal y obligatoria** (dentro del Sistema de Seguro Social); el **financiamiento es compulsivo**, por aportes de empleados y empleadores, con mecanismo de solidaridad contributiva por escalas salariales, la **gestión es pública y/o privada**; existe un **plan de salud único**, la **provisión de los servicios y la propiedad de estos es estatal y privada**, el **pago a los profesionales es variable**: por unidades desagregadas (prestaciones y módulos) y agregadas (cápitales y salarios).

2.1.5.3. Privado

En los **seguros privados de salud**, una **persona o un grupo de personas**, **compran una prima que abonan en forma regular a una empresa**, para la **cobertura de prestaciones asistenciales**; dicha cobertura puede ser en **dinero (reembolso o indemnizatorios) como en servicios (Prepago o Managed Care)**. El seguro de salud permite diluir los riesgos individuales de enfermar en riesgos colectivos, con lo cual, el acceso a los servicios no representan gastos inesperados y muchas veces insustentables para el paciente; el seguro privado **no involucra un componente solidario**; cada asegurado aporta una **cuota**

voluntaria según sus riesgos (calculados en forma actuarial) y no según sus ingresos.

2.1.6. OBJETIVOS DE LOS SISTEMAS DE SALUD

2.1.6.1. Objetivos Intermedios

2.1.6.1.1. Acceso

“...La **accesibilidad** es la posibilidad de los usuarios de utilizar los servicios disponibles y obtener una respuesta oportuna y adecuada venciendo obstáculos geográficos (distancia, tiempo, vías de comunicación y tipo de transporte); económicos (capacidad adquisitiva, costo de la atención y limitación de la oferta); administrativos (modelo de atención, complejidad de trámites, procesos y procedimientos) y culturales (características del servicio, aceptabilidad del usuario, creencias, valores, principios, idioma, alfabetismo, usos y costumbres). Instrumentos que facilitan el estudio de la accesibilidad y la identificación de isócronas, son el mapa, el croquis o al menos un cartograma...”¹³

2.1.6.1.2. Eficiencia

El uso óptimo del recurso es la **eficiencia**, en la que con el menor insumo (mínimo costo razonable, tiempo más corto) se logra el mayor producto, conservando la satisfacción de todos los elementos de la atención (usuario, prestador de servicios, autoridad); es la relación entre el costo del trabajo desarrollado y el resultado logrado.

2.1.6.1.3. Efectividad

La **efectividad** es la congruencia de principios éticos (no hacer daño, atención igualitaria, diferenciada por necesidad, humanismo, privacidad, trato individualizado, respeto al secreto profesional) en la consecución de los resultados esperados, al lograr curación, control de la enfermedad, mejoría del paciente, paliación, mejor

¹³ Calidad de la Atención Imperativa de la Reforma pp. 8

calidad de vida, apoyo moral a pacientes y familiares o muerte digna (prolongar la vida o prolongar la agonía).

2.1.6.1.4. Calidad

Calidad es eliminar, o al menos abatir al máximo, los diferentes riesgos a que están expuestos los usuarios promoviendo la mejoría de los insumos y recursos lo que facilita la práctica profesional, el perfeccionamiento de los métodos para disminuir tiempos y movimientos y lo más importante la modificación de la conducta de las personas lo que mejora la imagen institucional y las relaciones internas.

2.1.6.1.5. Sostenibilidad

Se requiere del uso de la planeación estratégica y de la generación de compromisos duradero, un sistema de salud construido con base en la APS es el medio más importante para invertir en la salud de la población, esa inversión debe ser suficiente para satisfacer las necesidades actuales de la población, al tiempo que se planifica la satisfacción de los desafíos de la salud del mañana, el compromiso político es de particular importancia para garantizar la sostenibilidad financiera; es necesario que los sistemas de salud estén orientados por la APS establezcan mecanismos (tales como derechos de salud y obligaciones específicas del gobierno legalmente definidas) que aseguren el financiamiento adecuado aún en tiempos de inestabilidad política y de cambio.

2.1.7. REFORMAS DEL SECTOR SALUD

Casi tres décadas han transcurrido desde la Reunión de Alma-Ata, donde se fijó la meta de “Salud Para Todos en el año 2000” y se establecieron los indicadores sanitarios mínimos, a alcanzar por parte de los países de Latinoamérica y el Caribe.

Unos cuantos años después empezaron a generarse propuestas de Reforma al Sector Salud, muchas de ellas dentro de las Reformas a los Estados. Lamentablemente, el desarrollo político y social fue insuficiente, se acentuó la falta de equidad y al culminar el siglo XX, más del 20% de la población carecía de

acceso a la protección total de la salud. El análisis de la reforma del sector salud intentó entonces, además de examinar las políticas sociales para extender la cobertura, vincular a éstas con los factores condicionantes y determinantes de las estrategias adoptadas para alcanzar estas metas.

En la región de las Américas, la Reforma del Sector de la Salud y del desarrollo de las políticas sanitarias se producen en contexto de apertura económica, consolidación democrática y ajuste estructural de los Estados. Procesos que han influido en los mecanismos y estrategias orientadas a mejorar el acceso de la población a los sistemas de protección social, especialmente en la década de los 90, donde se intensificaron estos procesos

En la I Cumbre de las Américas, celebrada en EEUU en 1994, los gobiernos de la región reafirmaron su compromiso de incorporar en sus procesos de Reforma del Sector de la Salud, mecanismos para garantizar el acceso equitativo a determinados servicios básicos sanitarios y de mejorar la calidad de los mismos. Un año después, la Organización Panamericana de la Salud junto con otras agencias internacionales, patrocinaron una reunión especial sobre Reformas del Sector de la Salud, donde se establecieron sus criterios rectores, basados en los principios de equidad, efectividad y calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social.

En los primeros años de la década de los 90 los países de la región aún no tenían una unificación de criterios respecto a la Reforma del Sector de la Salud, la reunión convocada en 1995 por la Organización Panamericana de la Salud produjo luego, una definición que se ha venido utilizando ampliamente desde entonces:

“La Reforma en Salud es un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones, y con ello lograr la satisfacción de necesidades de salud de la población. Se trata de una fase intensificada de transformación de los Sistemas

de Salud realizada durante un período determinado de tiempo y a partir de coyunturas que la justifican y viabilizan”.

En 1998 la OPS redactó y sugirió unos lineamientos metodológicos para la preparación de los perfiles de los sistemas de servicios de la salud, en los países de la región, en sus componentes básicos: contexto político, económico y social; organización general, recursos y funciones; seguimiento y evaluación de las reformas.

En este último, se examinan las diferentes fases en los procesos de Reforma: génesis, diseño, negociación, ejecución y evaluación, identificándose además los actores principales del proceso tanto en la sociedad cuanto en el propio sector.

Los contenidos generales propuestos para pretender establecer estrategias de cambio dentro del proceso de Reforma del Sector Salud en los países de la región, y que son los que han sido considerados en diferente magnitud por nuestras naciones:

- Marco Jurídico
- Derecho a los cuidados de la Salud y al aseguramiento.
- Aumento de la Cobertura.
- Función Rectora de los Ministerios de Salud.
- Separación de Funciones
- Descentralización.
- Participación y control Sociales.
- Financiamiento y Gasto
- Oferta de Servicios
- Modelos de Gestión
- Formación y Capacitación de los Recursos Humanos
- Calidad y Evaluación de Tecnologías

Con las políticas implantadas se han logrado adelantos importantes, fundamentalmente en el aspecto normativo y teórico, ya que los sistemas de salud de toda la región reconocen, de manera implícita y explícita el carácter universal del derecho a la Salud de toda la población. No obstante, las reformas

adoptadas en este sentido no siempre han logrado en la práctica dar cobertura de salud a todos los habitantes.

2.1.8. ATENCIÓN DE LA SALUD

2.1.8.1. Aspectos Generales

En la última década, en el campo de la Salud Pública en algunos países de Latinoamérica, se han producido cambios políticos que pretenden generar modificaciones en los modelos asistenciales. Intentan “transitar” desde un modelo tradicional, caracterizado principalmente por procesos de fragmentación de la atención médica, hacia un nuevo modelo integrado de atención, más equitativa y participativa. Este prioriza las actividades de promoción y prevención por sobre la cura de “emergencia” y se organiza a partir de redes de servicios entre el primer nivel de atención y el de mayor concentración tecnológica, entre servicios ambulatorios y de internación. Utiliza estrategias como la adscripción, esta incluye a un equipo médico responsable de un usuario y su grupo familiar.

A pesar de estas gestiones en las instituciones hospitalarias, la atención de aquellos pacientes que acuden en carácter de “urgencia” a las guardias sobrepasa lo esperado por los profesionales de la salud.¹⁴

El análisis de las políticas sociales y en particular de las políticas de salud como construcciones socio-culturales históricas, puede ser abordado a partir de las significaciones y prácticas en salud, en un contexto en donde se implementan nuevas políticas de salud con el objetivo de reformular el modelo de atención.

En una investigación que realizó Eduardo Menéndez en el 2003 sobre el proceso salud/enfermedad/atención desde una perspectiva relacional, que recupera los procesos históricos y considera que todo campo socio – cultural no es homogéneo, sino que en el mismo se constituyen relaciones de hegemonía/subordinación y operan procesos transaccionales que favorecen la cohesión - integración. Los sujetos /actores y los conjuntos sociales son los que

¹⁴ Carracedo, Elida y otros, PROCESO SALUD – ENFERMEDAD, Universidad Nacional de Rosario, 2000 Argentina.

determinados o no, desarrollan el papel de agentes relacionales, por lo que supone la existencia de estructuras sociales y significados producidos por los mismos. Estas relaciones producidas pueden asumir características de oposición, complementariedad, y subordinación, entre otras.

Todos los conjuntos sociales realizan frente a los padecimientos diferentes estrategias que incluyen significaciones y prácticas producto de las representaciones socio-culturales de su grupo, e incluyen también las experiencias particulares de los sujetos/ actores.

Una de las estrategias analizadas desde diferentes perspectivas antropológicas, es la denominada “Carrera del enfermo”, esto es el proceso de búsqueda de resolución del padecimiento por parte de los propios actores sociales. Existen acuerdos entre los diferentes autores tratadistas del tema, de que la denominada auto atención, es una de las actividades básicas del proceso de salud/ enfermedad/ atención, siendo además nuclear y sintetizadora. Constituye una actividad constante e intermitente a partir de los propios sujetos de manera autónoma o teniendo como referencia secundaria o decisiva a las otras formas de atención. La auto atención puede ser parte de las acciones desarrolladas por estas otras formas, dado que frecuentemente es un paso necesario en la implementación de las mismas.

Eduardo Menéndez define auto atención como las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel del sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, lidiar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención de curadores profesionales, aún cuando estos puedan ser referencia de esta actividad.

Menéndez piensa este concepto en dos niveles a los que denomina “amplio” y “restringido”.

El primer nivel se refiere a todas las formas que se requieren para asegurar la reproducción biosocial de sujetos y grupos, especialmente a nivel de grupo doméstico. Estas formas son utilizadas a partir de los objetivos y normas establecidas por la propia cultura del grupo. Esto incluiría no sólo la atención y prevención de los padecimientos, sino las actividades de preparación y distribución de los alimentos, el aseo del hogar, del medio ambiente inmediato y del cuerpo, la obtención y uso del agua, etc.

En tanto que el segundo nivel hace referencia a las representaciones y prácticas aplicadas intencionalmente al proceso salud/ enfermedad/ atención. Si bien es difícil realizar un corte entre la auto atención en sentido amplio y restringido, este opera como un ordenamiento de la realidad, en términos metodológicos.

La auto atención es casi siempre la primera actividad que el micro grupo realiza respecto de los padeceres detectados, y esta actividad no incluye ningún curador profesional. Es a partir de lo que acontece en este primer nivel de atención y en la evolución de los padecimientos, así como en función de las condiciones sociales y culturales, que el sujeto y micro grupo deciden consultar o no a los curadores profesionales.

Las prácticas de salud abarcan así tanto los recursos para interpretar los acontecimientos en salud como las acciones concretamente realizadas para resolverlos. Estas prácticas son construidas en campos socio-económicos-políticos-culturales, en los que a su vez se instituyen las formas de atención siendo la biomedicina sólo una de las modalidades de atención en sistemas médicos pluralistas, pero que sin embargo esta se basa en una ideología legitimada por el Estado y la Sociedad.

La práctica biomédica engloba saberes y procedimientos adquiridos en su formación e incluye modalidades institucionales e interpretaciones valorativas productos de las experiencias en los procesos de socialización. Entendemos que los encuentros producidos entre los conjuntos sociales que demandan la biomedicina, y los representantes de la misma constituyen encuentros

interculturales, atravesadas por lógicas diferentes, cargados de conflictos y contradicciones, oposición y complementariedad¹⁵.

Souza Campos describe el nuevo modelo de gestión para sistemas y establecimientos del área de la salud y lo denomina “Método de Gestión Colegiada o de Gestión Democrática del trabajo en equipos de salud”.

Este nuevo método de gestión colegiada y de organización centrada en los equipos de salud, se pretende alternativo a la tradición “autoritaria y burocrática” de la teoría general de la administración, de ahí que este autor lo denomine el “antitaylor”. También en salud, el eje principal de la administración de los servicios se basa en los principios sugeridos por Taylor en los inicios del siglo XX, o sea, la separación entre quienes ejecutan tareas programáticas y otros que gobiernan la organización y elaboran concepciones “científicas” sobre los procesos de trabajo. La “atención gerenciada” sería una muestra del taylorismo más radical, cuya principal meta es la de retirar poder de decisión de todo el personal de salud, particularmente de los médicos, en el quehacer clínico cotidiano.

El nuevo modelo de gestión colegiada constituiría procesos graduales de cada vez mayor delegación de la autonomía a los equipos, creando nuevos patrones de responsabilidad de los trabajadores con la salud de los ciudadanos. Se apunta a que los trabajadores no sólo participen, sino que principalmente se apropien creativamente de los planes construidos en conjunto.

Souza Campos plantea así la “invención” de una nueva geometría y un nuevo funcionamiento para las organizaciones de salud. Estaría dada por la creación de departamentos y secciones recortadas no según profesiones sino conforme a la lógica del proceso de trabajo.

Así, todos aquellos profesionales envueltos por un mismo tipo de trabajo, con determinado producto u objetivo pasarían a componer una “unidad de producción” o sea, cada sección estaría compuesta por un equipo multiprofesional. Serían los

¹⁵ Wagner de Souza Campos, GESTIÓN EN SALUD EN DEFENSA DE LA VIDA. 2004, Argentina

propios trabajadores de cada servicio los que conformarían un nuevo organigrama, sujeto siempre a reformulaciones.

Cada unidad de producción tendría un único coordinador y elaboraría un proyecto de trabajo. Todos los participantes de estos colectivos multiprofesionales compondrían un colegiado para cada una de estas unidades de producción, encargado de elaborar directrices, metas y programas de trabajo. Plantea además la existencia de un supervisor como agente externo cuya responsabilidad sea la de instituir procesos de reflexión crítica y educación permanente.

La estrategia de Atención Primaria de la Salud como opción política significa centrar la organización de los servicios en las necesidades poblacionales lo que implica asegurar la participación popular y la de los trabajadores, la acción intersectorial, la tecnología apropiada y acercar las decisiones al contexto donde los problemas se sufren.

Se apunta a instalar un sistema de cuidados progresivos que garantice equidad en el acceso y la calidad de los servicios con la mayor eficiencia, asegurando que la promoción de la salud, la prevención, el cuidado, el tratamiento y la rehabilitación, sean garantizados en función de la necesidad.

Las estrategias planteadas por este nuevo modelo de salud se podrían dividir en tres grupos principales:

- La construcción de un modelo de gestión más descentralizado y participativo que construya autonomía con responsabilidad.
- La adscripción de ciudadanos al sistema de salud a través de equipos de referencia.
- La creación de un sistema de información único de la red de servicios de salud.

Si se concibe a la PASS como estrategia en la red de servicios, son las necesidades poblacionales las que organizan el proceso de trabajo en todos los

efectores y el primer nivel de atención tiene el rol fundamental de transmitir al resto de la red el conocimiento acerca de las necesidades, para lo cual se requiere garantizar capacidad de gestión del proceso integral de trabajo, mucho más allá de las posibilidades del primer nivel.

2.1.8.2. Características del Modelo de Atención

ELEMENTOS DE COMPARACIÓN	EL MODELO DE ATENCIÓN ACTUAL	EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD
Propósito	Atender la enfermedad	Contribuir a la salud, desarrollo humano, calidad de vida.
Estrategia	Curación	Promoción, prevención, curación y rehabilitación.
Objeto de la atención	Enfermedad	Individuo, familia y comunidad
Enfoque	Biológico	Biológico, psicológico y social.
Modelo	Vertical	Horizontal – Sistémico

Fuente: B. Stanford. Atención Primaria de Salud. 2001

2.1.8.3. Definición

Conjunto de Acciones y/o Intervenciones por medio de las cuales los Servicios de Salud interactúan con el individuo y/o la Colectividad para desarrollar su oferta de servicios.

Es un modelo de atención integral caracterizado por:

- Integral.
- Calidad.
- Continuo.
- Participativo.
- Planificado.
- Descentralizado.

- Eficiente y eficaz.
- Equidad.

2.1.8.4. Integridad de la Atención

Basada en los siguientes enfoques:

- Promoción de la Salud.
- Prevención de la Enfermedad.
- Curativo.
- Rehabilitación.

2.1.8.5. Continuidad de la Atención

- Coberturas de los programas y actividades de salud.
- Utilización real del servicio (aceptación).
- Existencia de una oferta sostenida.
- El continuo es el paciente y el episodio la enfermedad; en el modelo actual, el continuo es la enfermedad y el episodio es el paciente.

2.1.8.6. Participativo

- En el auto cuidado de la salud personal, familiar y comunitario.
- En la ejecución de acciones de saneamiento ambiental.
- El control social en la gestión de los servicios de salud.

2.1.8.7. Planificado

Se adaptará a la realidad local:

- Análisis de la Situación de salud (ASIS).
- Priorización de problemas.
- Identificación de factores condicionantes.
- Diseño de las alternativas de solución.
- Asignación de responsabilidades.
- Ejecución de actividades.
- Monitoreo, control y evaluación.

2.1.8.8. Desconcentrado

Transferir la toma de decisiones políticas, técnicas y administrativas a las instancias locales.

2.1.8.9. Eficiente y Eficaz

- Con medidas de bajo costo se puede garantizar alta efectividad.
- Prestaciones básicas de salud (Prevención y promoción) que permitan disminuir los factores condicionantes de los principales problemas de salud.

2.1.8.10. Equidad

- Acceso
- Extender la protección social en salud.
- Cobertura.
- Compromisos de gestión.
- Distribución de los recursos.
- Criterio poblacional.
- Necesidades de atención.

2.1.9. NIVELES DE ATENCIÓN

La orientación hacia la población le permite a la APS organizar y proveer servicios preventivos y curativos que toman en cuenta el contexto familiar y comunitario, y cuando sea necesario, desarrollar que fortalezcan la capacidad y habilidad de la población para cuidar de sí misma y de los miembros de su familia en forma efectiva.

2.1.9.1. Promoción

Es el proceso de facultar a los individuos para el aumento del control sobre los determinantes de salud y de esta forma mejorar su salud; Involucra a la población como un todo, en el contexto de su vida cotidiana y está dirigido a la acción sobre los determinantes y causas de salud más que en el enfoque de riesgos de las personas frente a enfermedades específicas.

2.1.9.2. Prevención

Hay tres niveles: **la prevención primaria** combate la enfermedad antes de que ésta se presente; **la prevención secundaria** una vez la enfermedad ya apareció; y **la prevención terciaria**, cuando la enfermedad ya siguió su curso; a esta tipología se ha adicionado la noción de “*prevención primordial*” relacionada con la modificación de las condiciones subyacentes que conducen en primer lugar a la exposición; esta incorpora abordajes creadores de salud y modificadores de las condiciones “que generan y estructuran la distribución desigual de las exposiciones a los daños de salud, las susceptibilidades y los recursos de protección entre la población”.

2.1.9.3. Curación

La curación consiste en proporcionar tratamiento médico y la prestación de un servicio asistencial en caso necesario, básicamente es diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y atención de casos de urgencia.

2.1.9.4. Rehabilitación

Busca reintegrar al paciente a su medio familiar y social limita en lo posible el daño y las secuelas originadas por su enfermedad.

2.1.10. MODALIDADES DE ATENCIÓN

Según el modo en que el usuario recibe la atención podemos clasificar en ambulatoria, hospitalaria, y comunitaria.

2.1.10.1. Ambulatoria

El usuario recibe atención en consulta externa y no requiere de hospitalización.

2.1.10.2. Hospitalaria

Tiene como característica la consideración del paciente como eje sobre el cual gira toda actuación del equipo de salud y la del Hospital en su conjunto, el Hospital es una empresa de servicios multiproducto y de gerenciamiento estratégico en salud.

La estructura organizacional y de los procesos de los hospitales se caracteriza por una centralización funcional dentro de la organización pero con una gran descentralización de los procesos asistenciales y administrativos.

2.1.10.3. Comunitaria

Es el compromiso de atención al conjunto de problemas de salud de territorios y poblaciones concretas, mediante la utilización de criterios epidemiológicos tanto en el enfoque poblacional general como en el establecimiento de prioridades de atención desde los hogares y en su comunidad mediante una *red de dispositivos* (sanitarios y no sanitarios), con capacidad para facilitar un conjunto amplio de prestaciones, accesibles y adaptables a las necesidades y riesgos individuales que es la puerta de entrada a la red de servicios de salud, su funcionamiento que se basa tanto en el *trabajo en equipo*, con mecanismos de coordinación que aseguren la continuidad de cuidados, como en *la participación* de profesionales, usuarios y usuarias, familiares y otros grupos sociales.

2.1.11. NIVELES DE COMPLEJIDAD

Aunque los servicios de atención de la salud constituyen un sistema continuo, tradicionalmente se distinguen tres niveles:

2.1.11.1. Primer Nivel de Atención

Servicios ambulatorios de centros asistenciales no hospitalarios, son la puerta de entrada al sistema, ubicados en las cercanías de los domicilios de las personas, y como responsables de la cobertura del total de la población (concurran o no a los servicios usualmente se acepta que los servicios de este nivel deben estar ubicados a no más de unos 30 minutos de recorrido (para los usuarios de zonas urbanas), deben abarcar una población de entre 10.000 y 30.000 habitantes y deben brindar esencialmente atención en las especialidades básicas.

2.1.11.2. Segundo Nivel de Atención.

En este nivel de atención: tenemos los servicios de internación y de ambulatorios de los hospitales generales de baja y media complejidad.

2.1.11.3. Tercer Nivel de Atención

Están destinados a la alta complejidad, en este nivel están concentradas las facilidades técnicas sofisticadas y los recursos humanos especializados necesarios para llevar adelante distintos procedimientos diagnóstico terapéuticos vinculados esencialmente a: Cirugía cardiovascular, Neurocirugía, transplantes, grandes traumatizados, grandes quemados.

En general se acepta que deben existir facilidades del tercer nivel para cubrir la asistencia de alta complejidad de una población de alrededor de un millón de personas.

2.1.12. SERVICIOS DE SALUD

Los servicios surgen en el sistema económico porque satisfacen las necesidades de la población, con mayor eficacia y eficiencia que la que lograrían los individuos por sí solos.

Las organizaciones sanitarias vistas desde una concepción sistémica las podemos definir como un conjunto de elementos interrelacionados que conforman una entidad que persigue como objetivo identificado la asistencia sanitaria integral, capaz de brindar prestaciones de salud; donde **el resultado no es la simple suma de las partes, sino que es producto de la interacción humana, de la organización del conocimiento, del manejo de la información y la correcta administración de los insumos.**

2.1.12.1. Servicios de Salud Hospitalarios

Se puede afirmar que un Hospital se conoce en su estructura, tres tipos diferentes de servicios finales, intermedios o de apoyo y generales.

2.1.12.1.1. Finales

Los finales son los servicios de internación, consulta externa y de emergencia, que generan un producto o servicio determinado.

2.1.12.1.2. Intermedios

O de apoyo diagnóstico y/ o terapéutico, son aquellos cuyo producto se constituye en insumo básico de los servicios finales ejemplo laboratorio, imágenes, quirófanos etc.

2.1.12.1.3. Generales

Son los que brindan soporte y apoyo técnico, administrativo o financiero a los servicios intermedios o finales, para que estos puedan generar los bienes y servicios que les corresponden ejemplo registros médicos, mantenimiento, lavandería.

Para tener una visión multidimensional del sistema de servicios de salud se necesita diferentes indicadores de calidad de la estructura proceso y de los resultados, con el objeto de observarlo bajo distintas perspectivas.

2.1.12.2. Estructura de los Servicios Hospitalarios

2.1.12.2.1. Estructura

Evalúan los soportes físicos, económicos de personal, de formación, organización, del sistema de atención; suministros básicos conocimientos normas, motivación.

2.1.12.2.2. Proceso

Son los indicadores que refieren a lo que los proveedores de servicios sanitarios hacen a, por y para los pacientes, y también como los pacientes responden a las pautas terapéuticas recomendadas, atención clínica, consejería, vigilancia epidemiológica, prevención a nivel comunitario.

2.1.12.2.3. Resultado

Son indicadores que evalúan los cambios, favorables o no, en el estado de salud actual o potencial de personas, grupos o comunidades, que pueden ser atribuidos a la atención, conocimientos, actitudes, prácticas, coberturas.

2.1.12.3. Tipos de Hospitales

Según Barquín los Hospitales se clasifican en **Generales** que son aquellos que tienen posibilidad de atender a pacientes, médicos, quirúrgicos y obstétricos se puede decir que las especialidades que existen en los Hospitales generales son medicina interna, gastroenterología, cardiología, endocrinología, dermatología, neurología, psiquiatría, pediatría e infectología.

Los Hospitales de Especialidades se encuentran en unidades de gran desarrollo y con costosos equipos médicos y materiales diversos hay especialidades como alergología, hematología, nefrología, reumatología, oncología y otras especialidades de la medicina interna y neurocirugía del tórax, vascular, proctología cirugía de Niños, cirugía plástica, cirugía de tumores , existiendo equipos, personal médico y de enfermería adiestrados, los auxiliares de diagnóstico y tratamiento también crecen y se diversifican en especialidades diversas.

2.1.12.3.1. Redes de Servicios de Salud

“...Las verdaderas redes de atención de la salud son sistemas sociales abiertos en los cuales, por medio de la articulación de personas y organizaciones proveedoras de servicios de salud, independientemente de su tamaño, complejidad y régimen de propiedad, comparten el objetivo de satisfacer las necesidades de salud de una determinada población, por medio de un conjunto de acciones perfectamente definidas, diferenciadas y complementarias entre sí...”¹⁶

2.1.13. CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD

2.1.13.1. Evolución

La calidad ha sido motivo de preocupación desde el inicio de la atención hospitalaria por razones obvias: el resultado de acciones realizadas con el cuerpo

¹⁶ Fundación Isalud Instituto Universitario Isalud. Diplomado Superior en Gerencia de Hospitales Modulo 1 pp. 87.

de una persona es un motivo de preocupación; durante la guerra de Crimea, Florence Nightingale aplicó la garantía de calidad en el hospital militar británico situado en Turquía, ella organizó las actividades de las salas según el tipo de lesiones, se aseguró de que se mantenían limpios el entorno y los pacientes y tomó otras medidas que en la actualidad se dan por descontado en la labor cotidiana de los hospitales, en 1916, E. A. Codman propuso lo que denominó el método de los "resultados finales", para juzgar la práctica clínica, la organización, la administración y la estabilidad económica de un hospital.

2.1.13.2. Filosofía

La base filosófica de **la calidad total en los servicios de salud es que la calidad de los servicios que se prestan siempre puede mejorarse**. Se establece una constante tensión hacia la búsqueda de mejores alternativas en términos de satisfacción y costo; la gestión Íntegra de calidad es una tensión constante que conduce hacia una **Mejora Continua de la Calidad**.

2.1.13.3. Concepto

Es el conjunto de características de los bienes y servicios que logran satisfacer las necesidades y expectativas, tanto del usuario externo/cliente como de la comunidad y también del usuario interno que presta sus servicios dentro del equipo de atención.

2.1.13.4. Dimensiones de la Calidad

Donabedian, señala que calidad en salud se alcanza cuando "a partir de unos recursos disponibles, se obtiene para el paciente los mayores beneficios con los menores riesgos posibles", por su parte Palmer R.H. de la Universidad de Harvard, describe la calidad en salud como "la provisión de servicios accesibles y equitativos, ofrecidos con un nivel profesional óptimo y teniendo en cuenta los recursos disponibles, que logran la satisfacción del usuario". Bien podríamos entonces proponer, a partir de los dos enunciados previos la siguiente definición de calidad de la atención médica: **"la provisión de servicios accesibles y equitativos, ofrecidos con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta los recursos disponibles que obtienen para el paciente los mayores**

beneficios con los menores riesgos posibles, a la vez que logran la satisfacción plena de éste y su familia"

2.1.13.5. Garantía de la Calidad de Salud

“...Puede definirse como un subprograma de la programación local de los servicios de salud, garantiza a cada paciente recibir atención diagnóstica o terapéutica específicamente indicada, para alcanzar un resultado óptimo, de acuerdo con los avances recientes de las ciencias médicas, y en relación a la enfermedad principal o secundaria a la edad y al régimen terapéutico asociado; para ello se utilizará el mínimo de recursos necesarios, con el nivel más bajo de riesgo de lesiones adicionales o incapacidades consecuentes al tratamiento; obteniéndose la máxima satisfacción por los servicios recibidos, independientemente de que el nivel institucional de atención sea primario, secundario o terciario en un sistema local de salud (SILOS) .Para desarrollar efectivamente un programa de calidad será necesario que estén presentes las siguientes variables: Calidad técnica de los profesionales, uso eficiente de los recursos, minimización de riesgos de lesiones asociadas por los servicios de salud ofrecidos, satisfacción del paciente en sus demandas expectativas y accesibilidad a los servicios de salud, y un sistema local de salud donde los servicios intra y extra hospitalarios estén coordinados e integrados...”¹⁷

2.1.13.5.1. Licenciamiento

Licenciamiento, Certificación y Acreditación son los procedimientos más comúnmente practicados en la regulación de la calidad, eficiencia y eficacia en el cuidado de la salud.

“Es un procedimiento de carácter obligatorio por medio de cual la autoridad sanitaria otorga el permiso de funcionamiento previa verificación del cumplimiento de los requisitos o estándares mínimos indispensables a las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas según su nivel resolutivo.

Se aplica también a individuos trabajadores y profesionales de la salud a los que le faculta la posibilidad de participar en una práctica, ocupación o actividad en

¹⁷ Moraes, Humberto Garantía de la calidad en Hospitales de América Latina y el Caribe.

salud, que de lo contrario sería ilegal su finalidad es la de garantizar que las instituciones o servicios de salud a los que accede la población, cumplan con requisitos mínimos en aspectos de recursos humanos, infraestructura equipamiento y cumplimiento de normas para que aseguren la protección de la salud y seguridad públicas y la conservación de este requisito renovado periódicamente cada año por parte de la organización de salud le garantiza seguir funcionando u operando y ofreciendo los servicios que requieren las personas.

El licenciamiento tiene las siguientes características: tiene carácter oficial y es un procedimiento obligatorio establece los requisitos mínimos (estándares) indispensables, se renueva periódicamente cada año, el cumplimiento de este es un requisito continuo que debe cumplir la organización/ servicio de salud para seguir su funcionamiento”.

2.1.13.5.2. Acreditación

“Es un procedimiento voluntario realizado con regularidad o periodicidad y de carácter reservado, a través del cual un servicio de salud es evaluado por un organismo técnico calificado de acuerdo a un conjunto de normas que describen las actividades estructura que contribuyen en forma directa a los resultados deseados para los pacientes usuarios; el cumplimiento de estas normas ,buscan alcanzar un óptimo nivel de calidad de atención, teniendo en cuenta los recursos disponibles; en consecuencia, la acreditación implica entre otras cosas, la evaluación desempeño del personal en relación con estándares óptimos de aplicación”..¹⁸

2.1.13.5.3. Certificación

Es el procedimiento mediante el cual el organismo debidamente autorizado evalúa y reconoce (certifica) a un individuo que ha cumplido requisitos predeterminados, como son cursos de especialización, pasantías; los programas de certificación son generalmente no gubernamentales y no excluyen a los no certificados de la práctica, como lo hacen los programas de licenciamiento.

¹⁸ MSP Proyecto Modersa. Manual de Normas de Licenciamiento Octubre 2004 pp. 4/5

Mientras los procesos de licenciamiento son dirigidos a establecer un mínimo de requerimientos de los servicios de salud y de los profesionales para proteger la salud, seguridad y bienestar públicos la certificación posibilita al público identificar aquellos profesionales de salud que han cumplido estándares de entrenamiento y experiencia por arriba de los niveles que se requieren para obtener un título académico profesional.”

2.1.13.6. Planeación de la Calidad

El camino hacia la mejora continua aplicando el paradigma de la gestión de la calidad total requiere una planificación propia para cada centro diseñada de acuerdo con las características y condicionantes, tanto internos como externos de la organización; en todos los casos se requiere una etapa inicial de cambio de cultura y establecimiento de los sistemas para la calidad que se consideren necesarios.

2.1.13.7. Gestión de la Calidad

Cada organización sanitaria debido a las características propias que posee deberá llevar a cabo una gestión de la calidad total establecida con la participación de todo el personal en los procesos de la mejora continua de la calidad de los servicios que prestan y que deberá ser liderado por la Dirección de la organización; deberá existir el liderazgo en el ámbito ejecutivo, que se enfoca al nivel de los gerentes, al guiar la organización a cumplir su misión y a alcanzar sus metas.

2.1.13.8. Control de la Calidad

Comienza con el ingreso al hospital y continúa hasta que se da de alta al paciente; se podría determinar si el acceso al sistema de servicios de salud es apropiado y, por supuesto, "oportuno", tanto desde el punto de vista tecnológico como del paciente; así mismo, se podrían evaluar otros atributos del proceso: las tasas de comunicación satisfactoria, la limpieza del hospital o consultorio, la intimidad, la calidad de la comida, etc; los resultados de las pruebas se podrían medir en términos de beneficios o efectos secundarios esperados.

2.1.13.9. Evaluación de la Calidad en el Servicio de Salud

La evaluación de la eficiencia consiste en la elaboración de una serie de indicadores en función de la producción actual y compararlos con los mismos indicadores, en función de estándares o normas institucionales, el motivo de requerir estándares/parámetros ya sea institucionales, técnicos, nacionales o internacionales es poder utilizarlos como escenarios de eficiencia y compararlos, con los indicadores del establecimiento para poder correlacionarlos y así determinar los niveles de eficiencia.

Los indicadores más utilizados suelen ser de tres tipos: **rendimiento de recurso humano (consultas por hora), rendimiento del recurso físico (ocupación 80%, estancia promedio 5 días), índice de utilización de servicios de apoyo, costos de operación.**

En el momento actual donde los recursos son cada vez más limitados y las necesidades de los ciudadanos se plantean como ilimitadas, se hace cada vez más necesario establecer políticas sanitarias adecuadas, para lograr los mejores resultados con los recursos disponibles en ese momento y en ese determinado ámbito geográfico; por esto se deben evaluar los servicios sanitarios permanente por la continua y cambiante evolución a lo largo del tiempo, con el fin de optimizar las actuaciones, asegurando y mejorando su seguridad, efectividad y eficiencia, dentro de un sistema basado en la equidad y accesibilidad de los ciudadanos.

2.1.14. ADMINISTRACION GERENCIA

2.1.14.1. Evolución Teorías

“Las ideas concernientes a la manera de dirigir adecuadamente una amplia gama de actividades colectivas se conocen desde hace muchos siglos y surgen tanto de documentos históricos como de la observación de las magníficas obras de la antigüedad como la gran muralla, las pirámides, el Partenón, y tantas otras, que evidentemente, sin una planificación, organización, dirección y control no pudieron nunca haberse realizado.

Como antecedentes históricos escritos del concepto de administración casi siempre son citados Sun Tzu y Maquiavelo:

Muchos conceptos de la teoría de la administración surgieron de la teoría militar inclusive de conceptos tan antiguos como los del filósofo chino Sun Tzu que expresa en su libro “El arte de la Guerra” unos 400 años A. C.

Gane todo sin combatir (Como capturar el mercado sin destruirlo), evite la fortaleza y ataque sólo la debilidad (arremeter donde mayor efecto pueda causar) engaño y conocimiento previo (ampliar al máximo el poder de información del mercado), velocidad y penetración (actuar con diligencia para superar a los competidores), influya en su oponente (empleo de la estrategia para dominar a la competencia) liderazgo basado en el carácter (ejercer liderazgo eficaz en épocas turbulentas).

También existieron conceptos acerca de la administración por parte de Niccolo Machiavelli, quién a pesar de ser recordado por la frase oportunista “El fin justifica los medios” en realidad era un profundo defensor de las virtudes de la república escribió en sus discursos en la Florencia de 1520.”¹⁹

A partir de la revolución industrial iniciada en Inglaterra en 1769 con la puesta a punto de la máquina a vapor por J. Watt se produjo un significativo cambio en el tamaño y la complejidad de las organizaciones industriales, hecho que se acentuó con el advenimiento de la producción en serie cuyo principal apóstol fue Henry Ford fundador de la Ford Motors (Fordismo) en Detroit en 1903 y constructor del primer Ford T 1908.

Fue precisamente en esta época, fines del siglo XIX y principios del siglo XX donde el paradigma del racionalismo era dominante, cuando se inicio la administración científica, cuyos precursores principales fueron Willan Frederik Taylor y Henry Fayol.

¹⁹ Fundación Isalud, Instituto Universitario Isalud. Diplomado superior en Gerencia de Hospitales Módulo 3 Diciembre 2002/ Abril 2003.p 6

La necesidad del management, gestión o gerenciamiento surge toda vez que en una organización productiva es necesario tomar las mejores decisiones de asignación de recursos siempre escasos para cumplir con el objetivo organizacional.

2.1.14.2. Definición

El propósito del gerenciamiento es conducir la organización hacia su objetivo, que debe ser muy claro para todo el personal, y asignar los recursos humanos, materiales, y de tiempo de modo tal de alcanzar los mejores resultados con los menores costos, el gerente es aquel que alcanza con eficiencia sus objetivos que son los de la organización, a través de las actividades de los otros.

El objetivo central de las instituciones de salud difiere si se trata de instituciones públicas o privadas, el objetivo de las instituciones privadas con fines de lucro, es el lucro, esto es maximizar la diferencia entre ingresos y gastos, las instituciones públicas de salud es complementar los programas de salud del estado, ambas necesitan optimizar la utilización de recursos.

Gerenciar gestionar o administrar es planificar organizar, dirigir, dar incentivos positivos y negativos evaluar y controlar para que se realicen eficientemente las actividades que conducen a alcanzar el objetivo de una organización social.

Aunque las bases del gerenciamiento son idénticas en todas las actividades productivas, es fundamental conocer las particularidades del sector por cuanto para administrar correctamente una organización social no solo se requiere conocer la técnica de gestión y los indicadores de producción, sino que además y esencialmente se requiere conocer los procesos que en ella se desarrollan y las características particulares de dicha actividad.

2.1.14.3. Administración – Gerencias Modernas

Con el pasar de los años los contextos fueron cambiando, las organizaciones fueron evolucionando y surgieron dentro de estas diferentes posiciones sobre como debieran tomarse las decisiones superando rigideces de los criterios de

logística militar, ingeniería y conducta de los individuos, es así como a partir de los aportes de Herbert Simón quien fuera galardonado con el Premio Nóbel de Economía por su aporte al estudio de las organizaciones fundamentalmente por “Teoría de Comportamiento Administrativo” la problemática de la gestión comenzó a ser abordada desde las ciencias sociales, en esta evolución y hasta el momento actual la preocupación central en el mecanismo de toma de decisiones fue desplazándose sobre dos focos: El primero se centró en los individuos, en el recurso humano, en como **dividir el trabajo para producir más y mejor**, luego se fue centrando en el **contexto en que se desempeña la organización** para así estar preparado para poder adaptarse a un entorno cambiante, como adaptarse rápidamente como innovar a velocidad, es así como fueron incorporándose progresivamente en la visión de la administración mediante cuatro enfoques:

El enfoque de sistemas, la teoría de la contingencia, la incorporación de nuevos roles, la administración por objetivos.

Las cuatro funciones del Gerente son la Planificación, la Organización, la Gestión el Monitoreo y Evaluación a continuación detallaré cada una de ellas.

2.1.14.4. Componentes de la Gerencia

2.1.14.4.1. Planificación Evolución y Tendencias

“La Planificación es un instrumento de gestión y de política económica, que tiene por objetivo el aportar mayor racionalidad en la toma de decisiones y en la asignación de los recursos, planificar es proyectar una visión de un futuro deseado y los medios como alcanzarlo, es un proceso por medio del cual se realiza una prospección de diversos cursos de acción dirigidos a alcanzar un objetivo, e implica su puesta en práctica en un medio de acontecimientos imprevisibles”²⁰

²⁰ Fundación Isalud. Instituto Universitario Isalud .Diplomado Superior en Gerencia de Hospitales Módulo 6 Diciembre 2002/ Abril 2003. p1

La planificación es una toma de decisiones anticipada, es decidir por adelantado, antes que se requiera la acción: ¿Qué hacer? ¿Cómo hacerlo? ¿Cuándo hacerlo? ¿Quién ha de hacerlo?

La planificación es una de las funciones de la administración, e implica el deseo y la voluntad de un actor de pasar de una situación inicial actual a una situación objetiva futura, es decir es un instrumento para inventar el futuro, predecirlo, anticiparlo y no adivinarlo.

Planificar es el método de razonar antes de actuar, es el cálculo que precede y preside la acción, con el objetivo de posicionar la organización en un futuro mejor.

2.1.14.4.1.1. Principios Generales de la Planificación

Un principio esencial es el diagnóstico, que nos permite saber dónde estamos y cómo estamos, junto a este se encuentra el principio de análisis de las variables intervinientes, otro principio es la flexibilidad y la disposición al enfoque contingente, por parte de quien planifica, lo cual posibilita efectuar cambios sobre la marcha, otro principio es el compromiso con el “como” y el compromiso con el “cambio”, por parte de quienes planifican.

Como resultado de planificación se obtienen, políticas o planes maestros, programas, proyectos, las políticas se van desagregando en programas y estos en proyectos, una política o plan maestro es un conjunto organizado de propuestas que abarcan un área de la actividad humana.

Un **programa** forma parte de una política, pero está circunscripto a un objetivo específico, formular programas es una tarea sectorial, un programa expresa cuantitativamente, aunque globalmente, las acciones y los recursos necesarios.

Un **proyecto** es la menor unidad de asignación de recursos con la que se materializa un programa dentro de una política.

Con respecto a la forma de desarrollar la planificación se reconocen dos modalidades.

- La planificación normativa

- La planificación estratégica.

2.1.1.4.1.1. *La Planificación Normativa*

Es una planificación centralizada y realizada por pocos expertos, es posible predecir certeramente el futuro basándose en el conocimiento del pasado y la observación del presente.

2.1.14.4.1.1.1. *La Planificación Estratégica*

Es una planificación descentralizada y participativa, la ventaja de esta reside en el hecho de que quién participa en la planificación se compromete con los resultados de esta, una de las características es la construcción de escenarios, con diversos grados de incertidumbre, **la creación de escenarios** consiste en describir como podría conformarse una situación futura, es decir describir una serie de acontecimientos que llevarían desde una situación base actual a esa situación futura prevista en el escenario.

Actualmente se reconocen **cuatro tipos o niveles de planificación** de acuerdo a tres elementos: **El objetivo y el contenido de la planificación, el nivel de participación, el plazo en que se proyecta la planificación.**

De acuerdo a estos ítems se reconoce entonces: Planificación estratégica, presupuestaria, de proyectos y operativa.

Planificación Estratégica el objetivo es general, global, contenido cualitativo, establece políticas y objetivos primarios, aunque en la elaboración participan todos los niveles; en las decisiones finales intervienen los máximos niveles gerenciales y de conducción, nivel centralizado de planificación, es de largo plazo de 5 a 10 años.

2.1.14.4.1.1.1.1. *Planificación Presupuestaria*

Tiene como objetivo específico de programas, contenido cuantitativo, establece actividades y recursos, tiene como responsabilidad todas las conducciones de todos niveles gerenciales, ampliamente participativa, es de mediano plazo, anual.

2.1.14.4.1.1.1.2. *Planificación de Proyectos*

Tiene como objetivo específico el desarrollo de un determinado proyecto, los niveles de de conducción es participativa, es de mediano plazo, intermedia entre la planificación presupuestaria y la planificación estratégica.

2.1.14.4.1.1.1.3. *Planificación Operativa*

Su objetivo es establecer los estándares técnicos de la actividad contiene aspectos rutinarios de la actividad diaria o semanal, es elaborada por las conducciones operativas, es participativa con el nivel operativo, es de corto plazo, diario o semanal.

“El proceso de planificación en servicios de salud tiene cuatro elementos: El tiempo, el espacio, el modo, la satisfacción de las necesidades de salud de la población.

El tiempo hace referencia al momento de vigencia del proceso de planificación que debe surgir de la decisión política de planificar, **el espacio** es la delimitación geográfica – poblacional cubierta por el servicio de salud, **el modo** son las técnicas y las formas en que se va a planificar, la satisfacción de las necesidades de salud hace referencia a como se define y evalúa el impacto de intervención planteada sobre la situación de base previa a dicha intervención”.

La planificación estratégica esencialmente es una **planificación de largo plazo, por medio de la cual, los niveles de propiedad y los máximos niveles de conducción de las organizaciones sociales establecen políticas, objetivos primarios generales y contenidos cualitativos de las acciones que habrán de realizar dichas organizaciones;** la planificación estratégica tiene 3 características distintivas:

- 1) Alto grado de participación e involucramiento en su elaboración**
- 2) Utilización del enfoque de contingencia**
- 3) Creación de escenarios**

La planificación estratégica en definitiva es un proceso por el cual, quienes toman decisiones en una organización, a través de un amplio proceso participativo, obtienen la información necesaria para elaborar los fines (el lugar ideal al cual llegar) y establecen los caminos y los recursos (cómo llegar) para alcanzarlos, incluye establecer por anticipado, cómo durante y después de ejecutado el plan, se realiza el seguimiento.

2.1.14.4.1.1.4. Fases del Proceso de Planificación Estratégica

La planificación estratégica contiene los siguientes pasos: Identificación del problema, o bien, de un proyecto a desarrollar, Diagnóstico de situación, formulación del plan de estratégico, lo cual implica:

- Definición de metas y objetivos (para qué se hace)
- Definición de actividades (qué se hace, quién lo hace, donde lo hace, cuándo se hace y con qué recursos se hace)
- Definición de los indicadores de impacto y metodología de evaluación

2.1.14.4.1.1.4.1. Identificación del Problema

Es definir claramente el problema y los actores sociales involucrados en él, un problema es la percepción de una realidad insatisfactoria, definida por un actor social, posible de cambiar y que desafía a la acción.

2.1.14.4.1.1.2.4.1.1. Diagnóstico de Situación

Comprende dos tipos de análisis; el externo a la organización y el Interno.

2.1.14.4.1.1.2.4.1.1.1. Análisis Externo o del Entorno

Consiste en identificar las oportunidades y amenazas que existen en el macroentorno y el microentorno, analizar el macroentorno implica valorar el ambiente internacional, nacional que hacen a la actividad a desarrollar, como los factores macroeconómicos, sociales, Gubernamentales, legales, tecnológicos que puedan afectar a organización.

2.1.14.4.1.1.2.4.1.1.2. Análisis *Interno de la Organización*

Permite fijar las fortalezas y debilidades de la organización, este análisis comprende la identificación de la cantidad y la calidad de recursos disponibles para la organización, las capacidades en la formación y sostenimiento de la producción.

2.1.14.4.1.1.1.5. Formulación del Plan de Acción

Luego de realizarse este análisis se debe considerar lo siguiente en la formulación del plan estratégico: Definición de metas y objetivos (para qué se hace), definición de actividades (qué se hace, quién lo hace, donde lo hace, cuándo se hace y con qué recursos se hace), definición de los indicadores de impacto y metodología de evaluación.

2.1.14.4.1.1.1.5.1. Definición de Metas Objetivos

Los objetivos son los fines que trata de alcanzar una organización por medio de su existencia y las operaciones que realiza, constituye el nivel de aspiración sobre el desempeño, los resultados o atributos a lograr, los objetivos son metas cuando están expresados en términos específicos, mensurados o acotados en el tiempo, las metas principales especifican lo que la organización espera cumplir de mediano a largo plazo.

2.1.14.4.1.1.1.5.2. Definición de Actividades

Definida la capacidad positiva para acometer el propósito lo siguiente consiste en responder los siguientes ítems: Qué actividades se deben hacer, cuándo se deben hacer, con qué recursos se deben hacer, lo que significa un estudio a fondo que lleve a una consciente respuesta a los interrogantes., para lo cual es imprescindible contar con una planificación contingente, definida como planes alternativos, que permiten que el proyecto no se retrase en el tiempo.

2.1.14.4.1.1.1.5.3. Evolución de la Planificación

“La planificación es una herramienta utilizada en un inicio en el mundo empresarial, luego se extendió a su uso a otros contextos sectoriales, hasta que

en la presente década es utilizada por una buena parte de organizaciones sociales, particularmente del sector público.

La planificación en salud ha evolucionado en función de los cambios de los sistemas de salud debido a su alta permeabilidad que a tenido que afrontar factores como la tendencia demográfica, el contexto socio económico, la hegemonía ideológica, el desarrollo científico han determinado ajustes en las técnicas de planificación en salud.

Durante el siglo XX y específicamente en las décadas sesenta y setenta, surgieron los Planes de Salud elaborados por expertos externos a las realidades de los países , por lo tanto poco viables para ser ejecutados surgieron los diagnósticos de salud comunitaria, estudios descriptivos, que aportan al avance de la planificación sanitaria.”²¹

2.1.14.4.2. Organización, Evolución y Tendencias

Desde los comienzos de la historia de la Humanidad, los hombres han tenido a agruparse para lograr los resultados que les resultaba imposible conseguir de forma individual, en este sentido la organización social aparece cuando mínimamente un grupo de individuos: Une sus esfuerzos y colaboran para alcanzar un objetivo común, reparte las funciones y los trabajos de forma coordinada.

Por lo tanto pueden definirse las organizaciones sociales como agrupaciones humanas deliberadamente construidas para lograr metas específicas, la mayoría de autores reconocen que las organizaciones se caracterizan por poseer un contexto socio económico, cultural, metas específicas, fines y objetivos, interacción e interdependencia de sus miembros que se expresa en la distribución del poder, la división del trabajo, el sistema de comunicaciones.

Otros autores agregan; la forma jurídica determinada que le da entidad e implica objeto lícito, racionalidad limitada, culturalmente aceptadas por el medio.

²¹ Velasco, Maria planificación Estratégica aplicada a la Salud Editorial Letras Quito Agosto 2003 pp18

La organización es un sistema con algún propósito, el cual es parte de un sistema mayor que lo comprende y en el cual algunas partes y personas tienen sus propósitos.

Kast y Rosenweig definen las organizaciones como sistemas socio técnicos abiertos y complejos compuesto por 5 subsistemas: Metas y valores, psicosocial, estructural, técnico, administrativo.

La aproximación por sistemas y sus componentes, inputs, procesos y outputs, es una herramienta útil para la descripción de diversas situaciones que se observan en las organizaciones; estas son un sistema abierto dado que importa recursos del medio (corriente entrada input), los transforma y los exporta como corriente de salida o output, en forma de otra cosa, sea materia o energía.

2.1.14.4.2.1. Estructura de las Organizaciones Sociales

Toda organización para alcanzar su misión requiere la división de trabajo en diferentes tareas, así como la coordinación de dichas tareas para poder desarrollarlas adecuadamente; es decir toda actividad requiere de un modelo de división del trabajo y de coordinación de actividades lo cual implica definir funciones distinguir tareas y asignarlas a los actores involucrados en la institución.

La estructura de una organización esta definida por como se divide el trabajo en diferentes tareas, establecer quién hace qué, como se conducen y coordinan los equipos de trabajo, cuales son los canales de comunicación entre las diferentes partes.

Según MINTZBERG muchos de los problemas del diseño organizativo provienen de la suposición de que todas las organizaciones son iguales: La yuxtaposición de sus partes, cuyos elementos estructurales pueden añadirse o suprimirse a voluntad.

Las organizaciones que pretenden enfrentar los cambios, deben ser flexibles deben estar preparadas para rediseñarse así mismas y así adecuar su estructura a la estrategia organizacional que mejor responda a los cambios que se van sucediendo, las estructuras de las organizaciones modernas una vez establecidas se sabe que no son para siempre.

Tenemos varios tipos de organizaciones, la funcional, por servicios, por procesos, matricial.

La **organización funcional** se refiere a estructuras centralizadas, con manejos verticales y con integración en niveles próximos a las jefaturas, lejos de los niveles operativos los miembros de los diversos departamentos no tienen conexión salvo a nivel de las jefaturas.

La idea central de este tipo de organizaciones es que existen funciones especializadas que deben ser llevadas a cabo eficazmente, por lo que es necesario una integración y coordinación centralizada por ejemplo el departamento de enfermería.

La **organización por servicios** dividen la organización en pequeñas unidades sobre la base de los servicios que presta y cuyos miembros, sean médicos, administrativos, enfermeras y otros, son propios de la unidad y están coordinados por el jefe de dicha unidad, por ejemplo cirugía, pediatría, etc.

La **organización por procesos** los atributos más relevantes de las organizaciones tienen que ver con la mejora de sus procesos productivos o de atención, hacia procesos más eficientes e integrales, equitativos, eficaces, seguros y fiables, coordinados con el usuario, la comunidad y las prioridades políticas, constituyendo una organización flexible capaz de cambiar y aprovechar para bien las transformaciones del entorno; el punto de partida para el éxito de la organización hospitalaria radica en poseer procesos bien diseñados, en función de los costos, la satisfacción y de los principios del sistema sanitario, sin

interferencias de los financiadores, de los pagadores, del complejo industrial y con el sustento de la evidencia científica.

La **organización matricial** el resultado es que los profesionales y otros agentes por una parte tienen por su especialidad una dependencia vertical con el superior de esa especialidad, pero a su vez por estar en la línea de producción de un servicio tienen dependencia funcional de otro, la existencia de doble autoridad para el personal en las organizaciones matriciales no sólo genera frecuentes conflictos, sino que además ofrece pliegues para que algunos agentes escondan conductas oportunistas por ejemplo el jefe de servicio de cirugía es íntegramente responsable de la asistencia de los pacientes quirúrgicos en consultorios externos, en quirófano, en internación y en urgencias.

La Misión y Visión son herramientas de Gestión estratégicas ambas se refieren a ámbito del negocio como a las políticas generales de la organización.

2.1.14.4.2. Misión

Es el objetivo que tiene la organización en la sociedad, su razón de existir, qué hace, porqué lo hace, donde lo hace, para quién lo hace y cómo lo hace.

La Misión **corporativa** es la que da el sentido a la organización y su actividad, es un conjunto de compromisos explícitos y claros, sobre la base de políticas generales y el ámbito de negocio, entre los propietarios, los trabajadores, los compradores, los proveedores y la sociedad, esta es el comienzo de la planificación estratégica y quién provee los principios que van a decidir las conductas en situaciones de cambio y conflicto, tales como la asignación de recursos, la incorporación de nuevas especialidades o de nueva tecnología.

La **Misión de un Hospital** es una herramienta de comunicación de para que existe ese hospital, comunicación interna, hacia los trabajadores de la institución, y comunicación externa hacia la comunidad, los usuarios, los políticos y otros dirigentes sociales.

2.1.14.4.2.3. Visión

Es el propósito estratégico de la organización, es una visión compartida sobre el futuro deseable que sirve de guía para que todos los miembros orienten sus esfuerzos en una misma dirección.

Definir la visión de una organización implica definir anticipadamente dos cuestiones íntimamente relacionadas, el ámbito del negocio y los objetivos, las políticas generales de la organización.

Establecer el ámbito de negocio o actividad implica definir: **A quiénes se prestará el servicio**, quienes serán los clientes, no solo pacientes sino también la relación con otras instituciones de salud, **qué servicios se habrá de prestar**, que necesidades de los clientes habrá de satisfacer el programa médico, que unidades se desarrollarán, **como se prestará el servicio** en este aspecto se deben explicitar cuatro elementos claves que conforman todo negocio; los **recursos humanos** que realizan los procesos, la **tecnología** a ser utilizada, los **procesos** desagregados en procedimientos y actividades, la **información** que se requiere para los procesos, **donde se prestará el servicio** ámbito geográfico y estructura edilicia, **con que se prestará el servicio** de donde se obtienen los recursos financieros para la operatoria del negocio.

2.1.14.5. Gestión

La Gestión es una función empresarial referida al conjunto de reglas, procedimientos o métodos operativos (planificación, organización, motivación, formación o control) para llevar a cabo una actividad tendiente a alcanzar los objetivos institucionales.

Un médico francés del siglo XIX, Virchow, se dedicó también a la política y definió que todas las acciones políticas dan o no bienestar a la comunidad, por lo cual “la política es la medicina en grande”. El modelo de estado, el modelo de desarrollo, la forma de gobierno, las políticas desarrolladas afectan de manera positiva o negativa a la comunidad. La Constitución Ecuatoriana enmarca a todas ellas dentro del bienestar y el desarrollo humano, con derecho a la salud como un

derecho humano, con líneas programáticas de gobierno que tienden a proveer ese bienestar bio-psico-social-ambiental.

Gerencia es el proceso de buscar la aceptación de ideas, propósitos o intereses, buscando el mejor resultado posible, de tal modo que las partes envueltas terminen la negociación concientes de que fueron atendidas, de que tuvieron oportunidades de presentar toda su argumentación y que el producto final sea mayor que la suma de las contribuciones individuales. Y que cada día lo necesitamos perfeccionar, especialmente cuando la crisis parece estar siempre presente y cuando se exige al ejecutivo una postura permanente de negociador.

En nuestros procesos de negociación, resaltan dos tipos de habilidades: habilidades técnicas y habilidades interpersonales. Las primeras se relacionan con el conocimiento de técnicas y procesos para negociación (ejemplo: etapas para conducción de la negociación): las otras se relacionan con el conocimiento interpersonal de los negociadores (cual es el estilo de cada uno, cuales son sus fuerzas, franquezas, necesidades, motivaciones, etc.).

Innegablemente, las habilidades técnicas tienen merecida más atención que las habilidades interpersonales. Un tercer tipo de habilidad - conocimiento del negocio - es extremadamente específico de cada negociación: se trata del conocimiento mínimo del asunto objeto de la negociación, fundamental hasta para saber si la negociación fue buena o no; en nuestro capítulo, el negocio es desenvolvimiento de recursos humanos.

¿CUAL ES EL MEJOR ESTILO?

Todos ellos son buenos. Lo importante es que conozcamos nuestro estilo, busquemos conocer el estilo de la persona con quien estamos negociando. Una de las claves del éxito en el proceso de negociación es saber presentar nuestras ideas de una forma que cause más impacto al otro negociador.

Negociar es también el proceso del entendimiento y comprensión de las necesidades mutuas. Cabe en nosotros entonces hablar un poco sobre cuál es el tipo de necesidad que caracteriza cada estilo.

Para el estilo catalizador, las necesidades son de reconocimiento, apela hacia los aspectos de novedad, singularidad, liberación y disponibilidad como ayuda al proceso de negociación.

El apoyador, procura la aceptación, busca que alguien lo acepte sin juzgar; trabaja mejor en armonía, prefiere la ausencia de conflictos, piensa que la satisfacción y entrega de los interlocutores ayudará al proceso de negociación.

Para el estilo controlador, las necesidades son de realización; todo lo que se relaciona con el alcance de metas, resultados, ganar tiempo y dinero, vencer su independencia ayudará en el proceso de la negociación.

El analítico, está siempre en busca de seguridad y de certeza; abastecerle los datos disponibles, alternativas para análisis, decisiones seguras, investigaciones adicionales, y otros elementos le ayudará en el proceso de negociación.

Frases típicas de cada Estilo

Estilo Catalizador. "Seremos la primera empresa del país en fabricar este tipo de herramientas".

Estilo Apoyador. "La producción de herramientas servirá para motivar e integrar más a nuestro equipo de producción".

Estilo Controlador. "La fabricación de herramientas nos permitirá utilizar todo el potencial del área de producción y aumentar en un 5% la lucratividad de la empresa dentro de tres meses".

Estilo Analítico. "Las herramientas que produciremos funcionará de dos lados, ayudará a los trabajadores, será íntegramente de acero inoxidable, de peso óptimo, comparado a los productos de la competencia será mucho más resistente".

ETAPAS

Analizados los estilos del proceso, vamos a examinar cuál es la secuencia lógica de una negociación bien planteada:

1. Preparación.

"¿Qué objetivos les gustaría conseguir?"

¿Qué objetivos pueden conseguirse?

¿Qué objeciones se van a enfrentar?

¿Qué concesiones se va a hacer?"

2. Apertura.

Creación de un clima de receptividad entre las dos partes, búsqueda de identificación y semejanzas entre las visiones del mundo de los negociadores (un chiste, por ejemplo).

3. Exploración.

Descubrir las cosas que motivan a la persona con quién se va a negociar,

- ¿Cuáles son sus necesidades y motivaciones? ("¿Por dónde a usted le gustaría comenzar? ¿O qué es más importante para usted?").

4. Presentación.

Relacionamiento de los objetivos y expectativas iniciales con las necesidades de la otra parte, resaltando los beneficios para ambas partes. "Creo que tal objetivo va a ayudarlo a resolver aquel problema, trazando tal beneficio".

5. Clarificación.

Identificación de dudas y superación de eventuales resistencias (¿Qué es lo que no está claro para usted? ¿Puedo esclarecer algo más sobre aquel punto?).

6. Acción Final.

Búsqueda de un acuerdo o decisión ("¿Qué podemos hacer para llegar a un acuerdo? ¿Cuándo podríamos hacer un test sin compromiso?").

7. Control y Calificación.

Comparación de lo previsto inicialmente con lo que fue realmente conseguido. Anotación de ideas para la próxima negociación.

8. Impases

Durante el proceso de la negociación, la superación de impases puede ser realizada a través de la aplicación de ciertas técnicas, como a través de la presencia de climas positivos de negociación, cuando son discutidas las causas de los eventuales impases y la creación de un clima de negociación que desfavorece a la superación de los impases.

RECOMENDACIONES PARA SUPERAR IMPASES EN LA GERENCIA:

- Proponga una pausa; no insista demasiado, procure siempre dejar una salida honrosa para la otra parte; ella ya puede estar convencida, más no desea dejar la negociación como un "perdedor" (especialmente si su jefe estuviera presente).
- Cambie un miembro del grupo, el líder del grupo, incorpore gente nueva; muchas veces, el impase surge de problemas interpersonales.
- Cambie las condiciones de negociación: mayor plazo, una ventaja adicional, altere esquemas de pago etc. (sin alterar el total comprometido).
- Cambie el tipo de contrato, las especificaciones, etc. (ejemplo: en vez de valor fijo, establezca términos porcentuales).
- Sugiera dejar para más tarde el asunto objeto del impase y prosiga la negociación, si es posible escogiendo un tópico poco conflictivo. Es impresionante como 60 minutos después el problema parece no haber existido.
- Proponga un cambio de local, de modo que las negociaciones prosigan durante el almuerzo.
- Procure alterar la composición de dos grupos de negociadores colocándolos entre profesionales afines, tales como: ingenieros con ingenieros, administradores con administradores, gerentes con gerentes: ellos "hablan por lo general un mismo lenguaje".
- Incorpore un mediador, una tercera persona. Sin embargo no es común en nuestro contexto, muchas veces puede funcionar.

- Pregunte a la otra parte lo que haría si estuviese en su lugar, esa idea ciertamente desanimará a la otra persona y la colocará "trabajando" para usted en términos de superación de impase.
- Use el humor, más planeadamente; es impresionante lo que un chiste puede hacer para aclarar el ambiente, especialmente si fuera relacionado con un asunto objeto del impase.
- Procure no responder las agresiones con otras agresiones; contraponga emociones con hechos, datos concretos; mantenga siempre la negociación en un plano racional.
- Procure oír y haga sentir al otro que usted está escuchando; así, la causa del impase puede ser superada.
- Enfatique siempre las concordancias anteriores, nunca las discordancias; el clima tenderá a mejorar.

9. Concesiones

Negociar es también hacer concesiones, si usted no está dispuesto a hacer concesiones, el proceso de negociación ciertamente se radicalizará.

Procure previamente definir que concesiones hará, en que secuencia (dé menos importancia para la más importante, considerando el punto de vista de otro negociador), cuales, consecuencias de cada concesión.

2.1.14.5.1. Pasos sobre como hacer gerencia

- Deje espacio para la negociación; su oferta debe ser alta si usted está vendiendo, y baja si usted está comprando, tenga siempre una justificación para su oferta; evite extremos.
- Procure hacer que la otra parte presente ideas y argumentos en primer lugar.
- Procure hacer que la primera concesión venga de otra parte; si no fuese posible, inicie la concesión con algún accesorio para usted (que puede ser importante para la otra parte).
- No conceda nada sin que el otro haya luchado por eso, pues de lo contrario el no valorizará lo que recibió.

- No aumente las expectativas de la otra parte concediendo demás o mucho rápidamente.
- Cuanto más tarde el otro en recibir concesiones, esto será más apreciado.
- Piense en algún trueque como una forma de concesión.
- Al hacer concesiones, recuerde que el dinero no es la única moneda que interesa a la otra parte; poder, "status", atención, etc. pueden también sensibilizar al otro negociador.
- No tenga miedo de manifestar firmeza; si usted persiste en su NO, la otra parte se acreditará más con esa actitud.
- Para finalizar, nos agradecería presentar ahora lo que acordamos llamar los diez mandamientos del negociador. Son diez estupendas ideas para un proceso de negociación efectivo, especialmente válidas dentro de un período de crisis:

2.1.14.5.2. Los Diez Mandamientos del Negociador

1. Comience la negociación suministrando y solicitando información, datos; deje para después los tópicos que envuelvan opiniones, juzgamientos, valores. Los primeros aproximan a las personas, en cuanto los otros aumentan los conflictos, resaltan las diferencias, distancian a los negociadores.
2. Procure "vestir la piel" del otro negociador; esto lo ayudará a comprender mejor la argumentación y las ideas de él.
3. Cualquier idea solamente serán acertadas si fueren buenas para ambas partes; nuestros contactos con el otro negociador muestra como sus ideas pueden ayudar a resolver los problemas de él.
4. Procure siempre hacer preguntas que demandan respuestas más allá de un simple no o un sí; haciendo así, usted estará obteniendo más información y menos juzgamiento.
5. La dimensión confianza es importantísima en el proceso de negociación; procure tener actitudes generadoras de confianza en relación al otro negociador. Si piensa en engañarlo, acuérdesese que usted puede tener que volver a negociar.
6. Evite hacer colocaciones definitivas o radicales; muéstrese pronto a rendirse a una argumentación diferente a las ideas mejores que la suya.

7. Nunca "acorrале" o "presione" al otro negociador; por mejor que sea su situación/posición en la negociación, es siempre interesante dejar una "salida honrosa".

8. Cada persona tiene su estilo de negociación, determinado tipo de necesidades y motivaciones específicas; al negociar, recuerde esas diferencias y busque presentar sus ideas de una forma adecuada a las características de comportamiento de los intereses de otro negociador.

9. Sepa escuchar, procure no atropellar verbalmente al otro negociador; esto aumentará la confianza de él en usted y lo ayudará a conocerlo mejor.

10. Procure siempre mirar al otro negociador por los aspectos positivos, por su fuerza; evite concentrarse en sus características negativas de comportamiento.

2.1.14.5.3. Gestión De Recursos

Se define como **Eficiencia de la Gestión**, como la relación existente entre la estructura y el proceso de los Servicios de Salud y los productos obtenidos en el campo científico, administrativo y financiero, en un año, cinco variables básicas están implícitas en este proceso, volumen, calidad, tecnología, costos y tiempo.

La estructura u oferta de servicios incluye la organización y funcionamiento de los servicios de salud y los recursos tanto físicos como tecnológicos y financieros, así como los sistemas de información vigentes

El **proceso** debe ser entendido como a superposición de la demanda "características de los usuarios" y la estructura u oferta, implica las interrelaciones entre los recursos humanos, tecnológicos y económicos y las actividades intermedias y finales, incluye además de los procesos administrativos y financieros, los procesos científicos inherentes al diagnóstico y tratamiento de los pacientes visualizados a través de los "Protocolos de manejo diagnóstico y terapéutico".

Los productos se desglosan en "**actividades intermedias**" laboratorio, imágenes diagnósticas, endoscopia, anatomía patológica, y procedimientos invasivos en

medicina interna y pediatría además de actividades de fomento y protección de la salud como, higiene Materno-Infantil, higiene oral, higiene mental, nutrición, inmunizaciones, saneamiento ambiental y educación para la salud.

Las “**actividades finales**” hacen referencia a la consulta externa médica y odontológica, a las urgencias médicas y odontológicas y a las hospitalizaciones.

2.1.14.5.3.1. Recursos Humanos

Permite conocer con qué personal cuenta la unidad, área o servicio su número, formación y características laborales, esta información puede obtenerse en el departamento de recursos humanos.

La administración de recursos humanos es la ciencia y arte que requiere de conocimientos habilidades, actitudes, y aptitudes que debe lograr la realización de las personas en la consecución óptima de los objetivos empresariales, Procesos.

Para lo cual es necesario recurrir al reclutamiento y la evaluación de su desempeño. Selección de los personales basados en competencias con el fin de obtener el personal idóneo para el cargo para luego entrenarle e inducirle en como desempeñar su trabajo y por último evaluar su desempeño.

2.1.14.5.3.2. Recursos Financieros

El aspecto financiero es importante conocer para realizar un proceso de planificación, la fuente de estos datos es el departamento financiero, y se refiere al presupuesto del último año, el programado, el asignado y el ejecutado; así también las fuentes de financiamiento, por ejemplo el presupuesto asignado a la institución, presupuesto asignado a maternidad gratuita presupuesto obtenido por cogestión / autogestión.

La Gestión administrativa se desarrolla a través de programas financieros en periodos fiscales o anuales para cumplir con estos programas se deben ejecutar gastos que respaldan los ingresos de dineros de origen gubernamental o privado.

El presupuesto se constituye en una herramienta administrativa para planear, controlar, coordinar y establecer límites de gastos en el desarrollo de planes y programas, los que pueden ser de corto, mediano y largo plazo dependiendo de la naturaleza del Hospital.

La distribución de los espacios físicos en un Hospital es de suma importancia por la complejidad de sus actividades las que deben cumplirse mediante la planificación de los espacios y circulaciones internas y externas.

2.1.14.5.3.3. Recursos Físicos Técnicos y Tecnológicos

Se necesita conocer que infraestructura posee la unidad, área o servicio, los equipos existentes y la condición en la que se encuentran, por ejemplo un servicio de laboratorio equipamiento estado en que se encuentra bueno, regular o malo, funcionamiento si o no, mantenimiento preventivo y correctivo.

2.1.14.5.3.4. Recursos Logísticos

Son los abastecimientos y suministros de medicamentos alimentos y otros elementos a ser utilizados en los pacientes y empleados, como también servicios de uso sanitario y administrativo en cantidades exactas y de manera oportuna.

2.1.14.5.3.5. Insumos

Insumos son recursos utilizados en un programa, se establece un número de categorías de insumos empleados, usualmente de 20 a 30, en los procesos de producción de servicios y determinantes del costo de los mismos, los insumos esenciales permiten la elaboración de tablas con los insumos esenciales código, descripción, características, unidades de medida, etc que se emplean en un servicio o institución, por ejemplo el catálogo de medicamentos.

2.1.14.5.3.6. Medicamentos

Son sustancias simples o compuestas con propiedades curativas o preventivas con respecto a enfermedades.

2.1.14.5.4. Participación en la Atención de la Salud

Aspectos importantes que tienen que ver con resaltar que un equipo de profesionales tenga las responsabilidades compartidas, sin preeminencia entre las profesiones y con el resto de la comunidad. Resaltar el hecho de la salud como una exigencia constitucional, ayudando a crear la conciencia higienista frente a la unilateralidad del patologicista formado en las universidades. Ayudar a consolidar la ampliación de los niveles de atención, desde los mismos comienzos de los estudios en las escuelas de medicina, para establecer los preceptos de Alma Ata con el nivel primario de atención en la misma comunidad, sin olvidar que se quiere se consolide un sistema nacional único de salud y asistencia de calidad²²

2.1.14.6. Monitoreo y Evaluación

“El monitoreo y Evaluación constituyen un proceso sistemático y continuo constituidos por un conjunto de técnicas y procedimientos utilizados para valorar el éxito de un proyecto; el proceso de **monitoreo** se refiere a la recolección sistemática y permanente de información sobre la ejecución, la comparación entre lo planificado y lo realizado y el análisis de las diferencias si es que existieran”

En un primer momento el proceso de monitoreo abarca elementos del marco lógico: presupuesto, actividades, resultados, impacto y contexto o entorno del proyecto; en un segundo momento, la evaluación llega a conclusiones en base a la información que le provee el monitoreo.

2.1.14.7. Tecnología de la Información

La tecnología de la Información es una herramienta de que dispone el Administrador para enfrentar el cambio hoy en día, es el pegamento que mantiene unida la información, esta se puede diferenciar en cuatro tipos, hardware, software, tecnología de almacenamiento y tecnología de telecomunicaciones, como existen intereses, especialidades y niveles diferentes en una institución también distintos tipos de sistemas.

²² Ríos Serrano Elio, LA PARTICIPACIÓN EN EL PROCESO DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD 17/04/06, Universidad de Zulia.

Sistemas de **Nivel operativo** son los que hacen el seguimiento de las actividades y las transacciones elementales de la organización.

Sistemas de **Nivel de conocimiento** son sistemas en que se apoyan los trabajadores del conocimiento y de la información en una organización.

Sistemas de **Nivel gerencial** son sistemas de información en los que se apoya el seguimiento, control y toma de decisiones y las actividades administrativas de los administradores del nivel medio.

Sistemas de **Nivel Estratégico** que apoyan las actividades de planeación a largo plazo de los niveles de dirección de la institución.

Los sistemas de información pueden diferenciarse por funciones organizacionales como ventas, mercadotecnia, contabilidad, finanzas y recursos humanos que son apoyadas por sus propios sistemas de información.

Entre los principales tipos de Sistemas tenemos: Sistemas de procesamiento de operaciones, sistemas de trabajo del conocimiento, sistemas de automatización en la oficina, sistemas de información para la Administración, sistemas para el soporte a decisiones.

2.1.14.8. Sistemas de Información Gerencial

Un sistema de Información gerencial es un conjunto de datos agregados sistemáticamente y estructurados de forma coherente con una finalidad determinada.

2.1.14.8.1. Sistema de Información en Salud

“...SIG es una herramienta analítica para la toma de decisiones, enmarcada en los procesos de gerencia productiva de los sistemas de salud, se utiliza en forma integrada con el resto de elementos de los sistemas de Programación y presupuesto y modelo de gestión, su principal aporte es relacionar selectivamente la información existente, sin generar nueva información, para ofrecer al gerente una visión estratégica de gestión de establecimientos o sistemas de salud.

¿Cuál es el rol del SIG? Se puede plantear con tres afirmaciones **primero** el SIG no constituye una fórmula mágica para la solución de problemas de conducción y

gestión de los sistemas y servicios de salud, **segundo** el SIG constituye una metodología de gerencia que actúa para generar la nueva cultura institucional y gerencial que caracteriza a la reforma del sector público, **tercero** el SIG prioriza la productividad social, pero en el contexto de las tres dimensiones críticas de la cobertura de servicios de salud: eficacia eficiencia y equidad.

Es importante entender el SIG en su doble dimensión de **instrumento y proceso**, integra los sistemas de información de la organización como **instrumento** ofrece información esencial y de calidad, en la toma de decisiones, con una visión integral pero con estrategias selectivas de intervención, como proceso utiliza sus componentes instrumentales (cuadros, indicadores) para promover inteligencia y formas de comportamiento gerencial compatibles con los paradigmas de la modernización de administración pública y la reforma sectorial, el SIG toca directamente muchos de los problemas fundamentales de organización y gestión de los servicios de salud...”²³

2.1.14.8.2. Datos, Información e Indicadores.

El principio básico de la información es la transacción definida como un suceso, hecho o actividad específica que ocurre dentro de una organización, mientras ocurren las transacciones se reúnen los datos, estos deben responder al eje rector del sistema, en este nivel se trata de establecer el mecanismo de captura de datos: qué dato, como y de donde se obtiene, se trata de la elaboración de normas procesos y procedimientos que son necesarias para la adquisición y manejo de la información y estarán relacionadas con las necesidades del usuario interno en cuanto a definición , recolección y clasificación.

El procesamiento de datos consiste en establecer una metodología de análisis y sistematización de los datos crudos, consta de 4 actividades: clasificación agrupar los datos según características comunes, operaciones de cálculo, realizar operaciones numéricas entre los datos, distribución ordenarlos según secuencia o sucesión, síntesis o consolidación reducir resumir una gran cantidad de datos a

²³ SCHWEIGER, Arturo y TECILLA, Elsa. Sistemas de Información para la toma de decisiones pp19- 20.

una forma breve y concisa, la información se agrega se consolida hacia los niveles superiores, hacia los niveles gerenciales, por lo que este tipo de síntesis se denomina reporte gerencial o resumen ejecutivo.

Se trata de definir y establecer mecanismos de evaluación, de los datos, que se deben incluir o no para una adecuada medición, depende de los objetivos previstos, se debe además tenerse en cuenta lo siguiente: Se debe conocer la utilidad de cada dato, los datos deben ser recolectados una sola vez y en la fuente de origen, los datos deben resultar útiles a la mayoría de los usuarios internos, los datos deben ser completos oportunos y confiables.

Un **indicador** se puede definir como una medida que se usa a través del tiempo para determinar el rendimiento de determinada variable cuanti-cualitativa; se puede usar para valorar la adherencia a un estándar o el logro de metas de calidad.

Los indicadores básicos de productividad de los **servicios finales** son el índice ocupacional, el promedio de días estadía por paciente y los días cama

2.1.14.9. Gestión Por Procesos

De las definiciones de proceso, recogidas en la literatura especializada, una de las más lógicas, sencillas y actuales es la que lo conceptualiza como “una secuencia de actividades que tienen la finalidad de lograr algún resultado, generalmente crear un valor agregado para el cliente” Evans y Lindsay, 2000.

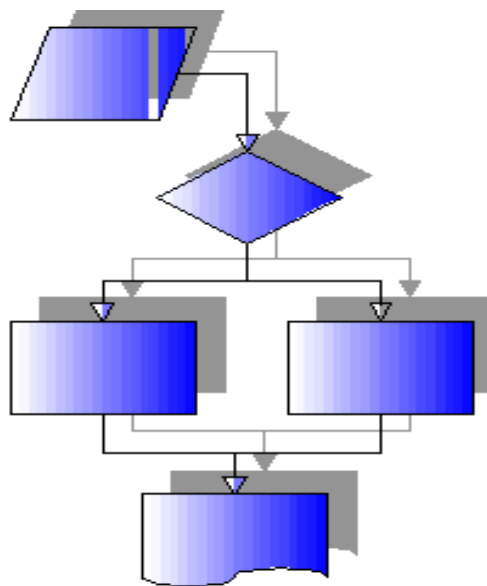
Otra definición interesante de proceso es la que refiere “un proceso implica el uso de los recursos de una organización, para obtener algo de valor. Así, ningún producto puede fabricarse y ningún servicio puede suministrarse sin un proceso, y ningún proceso puede existir sin un producto o servicio” (Krajewski y Ritzman, 2000).

En general de las definiciones de proceso se pueden extraer como ideas básicas que constituyen un conjunto de actividades interrelacionadas, que persiguen la

creación de valor y que su salida final es la conformación de un bien o servicio para un cliente que puede ser interno o externo a la organización.²⁴

2.1.14.9.1.El Proceso Administrativo Clásico.

El proceso administrativo clásico intenta identificar los principios y las funciones que los gerentes podrían utilizar para alcanzar un desempeño organizacional superior. Estos procesos pueden ser continuos o automatizados que producen un flujo continuo de producción. O variables que pueden ser ajustables.



Basados en un concepto general: “Todo lo que hacemos es un proceso”, y un Hospital es una empresa compuesta por dos líneas de acción claramente especificadas: Atención Médica y Servicios de Hotelería.²⁵

Ambas líneas de acción se complementan, ya que la razón de ser del servicio de Hotelería de un Hospital es la Atención de la dolencia o enfermedad “Proceso médico”, y para entregar la atención médica se necesitan” procesos de Hotelería” internación en un servicio que cumpla con estos requisitos de atención al cliente (hotelería). Toda empresa es un conjunto de procesos que de manera concatenada comienzan y terminan en el cliente según Braulio Mejía.

²⁴ (Krajewski y Ritzman, Consideraciones teóricas y EXPERIENCIAS EN EL ANÁLISIS Y MEJORAS DE LOS PROCESOS, 2000.

²⁵ OPS, Hospitales Siglo XXI, Washington, DC, 1998

Si partimos de este concepto se ve necesario, revisar los procesos existentes, e implementar nuevos procesos de tal manera que el resultado final vuelva a todos los procesos revisados e implementados efectivos, eficientes y adaptables.

La OMS define a los procesos como: Conjunto de actividades de trabajo interrelacionadas que se caracteriza por requerir ciertos insumos y tareas particulares que implican valor agregado con miras a obtener ciertos resultados.

Harrington define como: Cualquier actividad o grupo de actividades que emplee un insumo le agregue valor a este y suministre un producto a un cliente externo o interno.

R. Martínez define como: Una serie de actividades o pasos relacionados entre sí, a través de los cuales se transforman unos recursos y se obtiene un producto o servicio.

Braulio Mejía. En su libro Gerencia de Procesos define como: La organización de personas, procedimientos o métodos y máquinas, dentro de una serie de actividades necesarias para transformar materiales y/o información en un resultado final específico” no existe producto o servicio sin que exista un proceso” “no hay procesos sin producto o servicio”

Cabe también conceptualizar “procedimiento”, ya que esta palabra es confundida con procesos, procedimiento son las guías para la ejecución permanente de una misma tarea, es la descripción estandarizada y en mayor detalle de una actividad u operación.

De manera general los procesos pueden ser abiertos y cerrados, los primeros son definidos y no admiten cambios, no así los abiertos que pueden tener alimentación constante y ser cambiantes y proyectivos.

Los procesos de acuerdo a sus características y la forma como se desplazan por los diferentes servicios pueden ser:

- Ínter funcionales: Es aquel que recorre toda la organización incluyendo diferentes áreas de servicio.

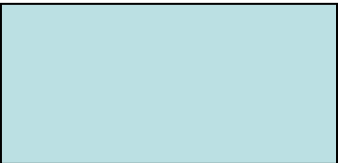
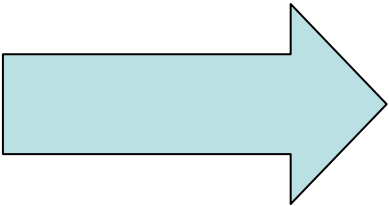
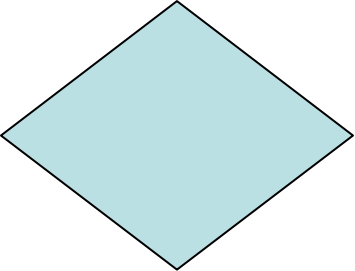
- Ínter departamentales: Es aquel que recorre varios departamentos varias subgerencias
- Vitales: Es el objetivo y misión de la empresa “tratar la enfermedad”

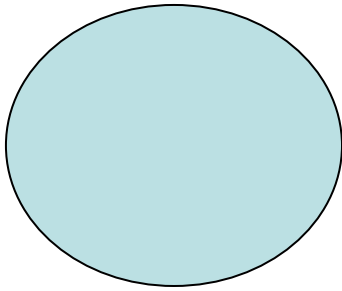
2.1.14.9.2. Los Flujogramas de Procesos y su Simbología

De acuerdo a la bibliografía investigada Rooney, Van, y Ostemberg coinciden en considerar básica la utilización de la Simbología Internacional de elaboración de flujogramas, en la representación de los procesos de diferentes niveles.

Por lo que se ha definido la siguiente simbología para dejar planteada y ser estandarizada en el servicio de Infectología del HBO.

Símbolos Estándares para el diagrama de flujo

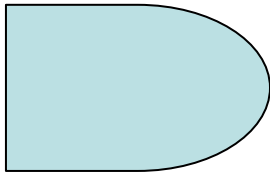
Símbolo	Significado
	Rectángulo significa un cambio en el ítem este cambio es resultado del gasto en mano de obra de la actividad de una máquina. Se utiliza en la descripción de una actividad.
	Movimiento transporte: flecha ancha indica el movimiento del output Ej. Envío un memorando por correo.
	Punto de decisión diamante. Sirve el momento en que en el proceso hay que tomar una decisión por Ej. Existe turno si - o no, verdadero o falso.



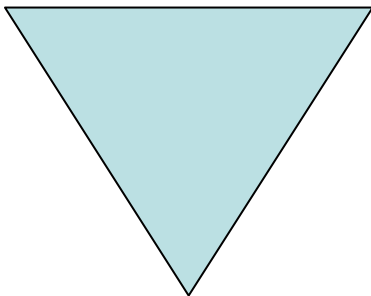
Inspección círculo grande. Sirve para indicar que el flujo del proceso se ha detenido para evaluar la calidad del output. Involucra inspección por alguien que no realiza la actividad. Puede significar una firma de aprobación.



Documentación: rectángulo con la parte inferior en forma de onda. Este símbolo se utiliza para indicar que el output de una actividad incluye información registrada en el papel por Ej. Informes escritos, impresión de computador.



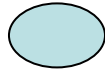
Espera: rectángulo obtuso. Se utiliza cuando un ítem o persona debe esperar antes de la siguiente actividad programada Ej. Esperar una firma.



Espera infructuosa triángulo vértice hacia abajo. Se requiere una orden o solicitud para que el ítem pase a la siguiente actividad programada. El objetivo de un proceso de flujo continuo es eliminar todos los triángulos similares.



Dirección del flujo. Se utiliza la flecha para denotar dirección y el orden que corresponde a los pasos del proceso. Se emplea una flecha para indicar el movimiento de un símbolo a otro. La flecha indica dirección ascendente, descendente o lateral. La señal siempre será la cabeza de la flecha.



Conector: círculo pequeño. Emplee con una letra adentro al final de cada diagrama de flujo servirá para conectar el input del diagrama de flujo.



Círculo alargado: límites. Significa inicio y fin del proceso dentro del símbolo se debe escribir la palabra inicio, comienzo, término o fin.

Identificación y documentación. Lo habitual en las organizaciones es que los procesos no estén identificados y, por consiguiente, no se documenten ni se delimiten, los procesos fluyen a través de distintos departamentos y puestos de la organización funcional, que no suele percibirlos en su totalidad y como conjuntos diferenciados y, en muchos casos, interrelacionados.

2.1.14.9.3. Logros de los Procesos:²⁶

Se menciona como los logros más importantes de la aplicación de procesos a los siguientes: Definir de forma sistemática las actividades necesarias para obtener el resultado deseado

- Es necesario definir clara y exhaustivamente los requerimientos y procedimientos del sistema productivo para con esta información fiable y estructurada se puedan tomar decisiones más acertadas por cualquier miembro de la organización que necesite consultar esa información.
- Permite definir con mayor precisión, rendimiento las necesidades y posibilidades de cada proceso.
- Establecer claras responsabilidades y obligaciones para manejo de las actividades clave.
- Hemos de saber agrupar y asociar actividades para agruparlas en procesos, lo más simple y con mayor rendimiento posible. Hay actividades,

²⁶ Zambrano, Sandra. Cinco Momentos Estratégicos para hacer Reingeniería de Procesos" Editorial Efecto Gráfico. 2001 Quito,

que necesitan una mayor rigurosidad en su estudio y análisis, por afectar de forma importante al resto de procesos.

- Análisis y medida de la capacidad de las actividades claves
Los procesos, han de ser analizados para poder obtener información, con la que se puedan cumplir las necesidades del sistema de gestión. Conocidas nuestras fuerzas y debilidades, es posible realizar predicciones, y prever fallos.
- Identifica los intermediarios de las actividades claves entre las funciones de la organización
- Cada miembro de la organización, sabe cual es su grado de responsabilidad e implicación en los procesos de los que forma parte y ejercer el liderazgo en su tarea. Sabe lo que se necesita y espera de el. Y no se entromete en otros procesos más allá de lo que le requiera la organización. Es posible seguir la secuencia de acontecimientos programado para encontrar el proceso con deficiencias.
- Centrándose en factores como los recursos, métodos y materiales que mejorarán las actividades claves de la organización.
- Es posible obtener un mejor aprovechamiento de los recursos, y conseguir una asignación óptima de los elementos que requieran para lograr sus objetivos. Favorece el rendimiento general de la organización y a conseguir mejores costes al aprovechar las oportunidades.
- Evaluar riesgos, consecuencias e impactos de las actividades de los consumidores, suministradores y otras partes interesadas.
- Resumiendo, la organización estructurada en procesos, mejora las posibilidades y la capacidad de adaptación.
- Minimiza la influencia sobre el resto de procesos y el resultado final. Permite una más rápida resolución, y se obtiene mejor información con la que elaborar un plan estratégico lo mas acertado posible.

2.1.14.9.3.1. Ventajas

Son sistemas estructurados que sirven para identificar y documentar un proceso de gestión. Se dan pautas, guías, soportes y hasta plantillas. A través de un sistema informático ideado "en origen " por militares americanos.

Estos sistemas permiten identificar áreas de gestión que no se abordan y/o son ineficientes. Los procesos y subprocesos relacionados están perfectamente documentados.

Si se consigue mantener actualizada toda la documentación asociada a los mismos se convierten en herramientas validas para la formación de los nuevos ingresos.

Los métodos informáticos requieren menos papel, pero si nos atenemos a un método y todos los diagramas-crucigramas que el mismo requiere, se puede asegurar que para entenderlos e interpretarlos se requiere de una persona experta que por un lado conozca la herramienta y por otro lado domine la gestión que supuestamente esta reflejada en dichos gráficos.²⁷

2.1.14.9.4. Rediseño y Mejora de Proceso

El análisis de un proceso puede dar lugar a acciones de rediseño para incrementar la eficacia, reducir costes, mejorar la calidad y acortar los tiempos reduciendo los plazos de producción y entrega del producto o servicio.

2.1.14.9.4.1. Evaluación

La evaluación debe involucrar a todos los miembros del equipo. Después de que los resultados son revisados, se debe determinar si es necesario regresar a algún paso previo. Las organizaciones mas avanzadas presentaran en las próximas décadas una forma muy diferente de gestionar la empresa que en la actualidad. El trabajo se realizara en Equipos de alto rendimiento, apoyados por Líderes. Los niveles jerárquicos serán muy pocos y su tendencia será a ir disminuyendo.²⁸

²⁷ IBID

²⁸ IBID

2.1.14.9.4.2. Modelado de Procesos

Frecuentemente los sistemas (conjuntos de procesos y subprocesos integrados en una organización) son difíciles de comprender, amplios, complejos y confusos; con múltiples puntos de contacto entre sí y con un buen número de áreas funcionales, departamentos y puestos implicados. Un modelo puede dar la oportunidad de organizar y documentar la información sobre un sistema.

Pero ¿qué es un modelo? Un modelo es una representación de una realidad compleja. Modelar es desarrollar una descripción lo más exacta posible de un sistema y de las actividades llevadas a cabo en él.

Cuando un proceso es modelado, con ayuda de una representación gráfica (diagrama de proceso), pueden apreciarse con facilidad las interrelaciones existentes entre distintas actividades, analizar cada actividad, definir los puntos de contacto con otros procesos, así como identificar los subprocesos comprendidos.

Al mismo tiempo, los problemas existentes pueden ponerse de manifiesto claramente dando la oportunidad al inicio de acciones de mejora.

2.1.14.9.4.2.1. Diagramar

Es establecer una representación visual de los procesos y subprocesos, lo que permite obtener una información preliminar sobre la amplitud de los mismos, sus tiempos y los de sus actividades.

La representación gráfica facilita el análisis, uno de cuyos objetivos es la **descomposición de los procesos de trabajo** en actividades discretas. También hace posible la distinción entre aquellas que aportan valor añadido de las que no lo hacen, es decir que no proveen directamente nada al cliente del proceso o al resultado deseado. En este último sentido cabe hacer una precisión, ya que no todas las actividades que no proveen valor añadido han de ser innecesarias; éstas pueden ser actividades de apoyo y ser requeridas para hacer más eficaces las funciones de dirección y control, por razones de seguridad o por motivos normativos y de legislación. Diagramar es una actividad íntimamente ligada al

hecho de modelar un proceso, que es por sí mismo un componente esencial en la gestión de procesos.

La Excelencia Empresarial es el conjunto de prácticas sobresalientes en la gestión de una organización y el logro de resultados basados en conceptos fundamentales que incluyen: la orientación hacia los resultados, orientación al cliente, liderazgo y perseverancia, procesos y hechos, implicación de las personas, mejora continua e innovación, alianzas mutuamente beneficiosas y responsabilidad social.

En la actualidad la institución para implementar la mencionada área cuenta Infraestructura: El espacio físico funcional, para las respectivas camas, utilerías, vestidores, lavamanos, sanitarios, estaciones de enfermería, consultorios médicos, salas de espera.

Equipamiento: equipos de diagnóstico, ecosonografos, coche de paros, carros de curación, esterilizadores, tensiometros, insumos, materiales, medicamentos establecidos en base a las necesidades.

Talento humano: médicos, enfermeras y el equipo que responde al cálculo de personal, mobiliario: camas, veladores, escritorios y demás en cada uno de os ambientes, Papelería: historias clínicas, pedidos, recetas dependiendo de las actividades específicas.

2.1.15. APLICACIÓN DEL BALANCED SCORECARD PARA ESTRUCTURAR MODELOS GERENCIALES

Desde hace algún tiempo en el mundo se viene observando con muy buenos ojos un nuevo sistema de gestión estratégico denominado "Balanced Scorecard", originalmente desarrollado por el profesor Robert Kaplan de la Universidad de Harvard y David Norton de Nolan & Norton. Al inició se desarrollo como un sistema de medición mejorado, pero con el tiempo ha venido evolucionado hasta convertirse en el núcleo o piedra angular del sistema de gestión estratégico de cualquier compañía.

El BSC se ha convertido en el gran aliado de los presidentes y directivos de las más importantes compañías del mundo. Por una sencilla razón, el BSC les garantiza el cumplimiento de la visión de sus compañías, y esta es la actividad más importante que deberían ejecutar para lograr sus objetivos.

El BSC surge como una herramienta excelente para comunicar a toda la organización la visión de la compañía.

Pero conocer la visión no lo es todo. Se ha visto también que la mayoría de empresas al tratar de llevar a la acción la visión no consiguen hacerlo. Cuantos fracasos al implementar herramientas gerenciales como Planeación Estratégica, Calidad Total, Reingeniería, y muchas más. La visión se convierte en algo precioso, que en ocasiones todo el mundo repite de memoria, pero que es etérea, no logramos hacerla realidad en nuestras empresas. No existe un enlace entre las metas individuales y la estrategia y mucho menos entre la estrategia y el presupuesto.

El BSC luego de comunicar la visión en la organización, logra que todos los empleados se comprometan a llevarla a cabo por medio de acciones concretas las cuales es posible ir monitoreando.

Monitorear la estrategia es el segundo peldaño en este proceso.

El BSC se convierte en una poderosa herramienta de simulación para realizar el modelamiento de la estrategia. Es posible definir las hipótesis sobre las que se basa nuestra estrategia e ir comprobándolas mediante un mapa de enlaces causa-efecto entre los objetivos estratégicos y en la relación entre los indicadores de resultados y los guía o impulsores del resultado.

Finalmente el BSC hace posible el aprendizaje estratégico, una vez probadas las hipótesis de nuestras estrategias es fácil conocer como llevar a la compañía a conseguir su visión, se convierte en un proceso dinámico de retroalimentación

permanente y si por ejemplo algún factor externo cambia, le permitirá ser proactivo y en forma rápida actuar para adaptarse a las nuevas circunstancias.²⁹

2.1.15.1. Los Sistemas de Medición Actuales

La mayoría de sistemas de medición actuales en las compañías se caracterizan por estar casi o totalmente enfocados en los indicadores financieros. Cuando una compañía se enfoca principalmente en indicadores financieros, en la mayoría de los casos, su desempeño corporativo se refleja en los Reportes Financieros, los cuales se basan en hechos pasados, colocan el énfasis en los resultados y en el corto plazo.

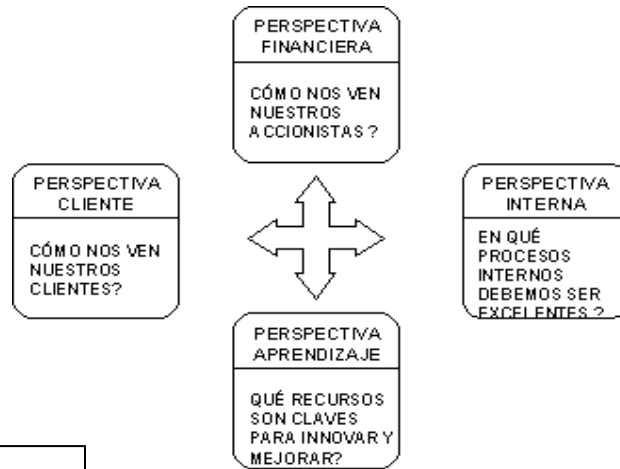
Podríamos comparar los reportes financieros en una compañía con el marcador de un partido de fútbol o de béisbol, simplemente nos dan un resultado, si ganamos o perdimos. Igualmente podríamos comparar los reportes financieros con manejar un avión con un solo instrumento (por ejemplo la altitud). Nadie va a ganar un partido fijándose solamente en el marcador y tampoco llegará a su destino exitosamente con un solo instrumento de su panel de control.

Si esto está claro, lo que las empresas deben hacer para ser exitosas es buscar un complemento a los indicadores financieros, y la respuesta la están encontrando un sin número de empresas exitosas en el mundo (Mobil, Sears, Cigna, Skandia) y en Colombia (Ecopetrol, Isagen, Epsa, Hydrocafé, Amortiguadores Gabriel, TVCable Bucaramanga, Corona) las cuales en mayor o menor grado están implantando este concepto.

El enfoque del BSC lo que busca básicamente es complementar los indicadores financieros con los indicadores no financieros y lograr un balance de tal forma que la compañía puede tener unos buenos resultados en el corto plazo y construir su futuro, de esta manera la compañía será exitosa y cumplirá su visión, será una empresa donde todos quisiéramos trabajar.

²⁹ Harvard Business School Press, "The Balanced ScoreCard, Translating Strategy into Action", Boston, 1996

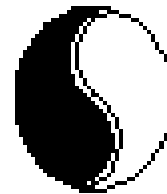
2.1.15.2. La Empresa donde quisiéramos Trabajar



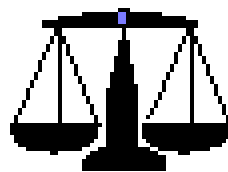
Fuente: HARVARD. BSC
 Elaborado: Fanny Salazar
 Fecha: Enero 2008

Una vez que se utiliza el enfoque del BSC, se observa los resultados que se consiguen y la interacción de este enfoque con cualquiera de otras herramientas gerenciales, llámese calidad total, reingeniería o cualquier otra, se convertirá en un poderoso rayo láser con el cual la empresa podrá alcanzar lo que desee, su sueño anhelado, no habrá nada que no pueda vencer a través de esta combinación poderosa.

EL BSC BUSCA EL BALANCE ENTRE:



Indicadores Financieros
(Hard)



Indicadores No Financieros
(Soft)

Corto Plazo

Largo Plazo

Indicadores de Resultado

Indicadores de Proceso

Interno

Externo

En Resumen:³⁰

El BSC es una forma integrada, balanceada y estratégica de medir el progreso actual y suministrar la dirección futura de la compañía que le permitirá convertir la visión en acción, por medio de un conjunto coherente de indicadores agrupados en 4 diferentes perspectivas, a través de las cuales es posible ver el negocio en conjunto.

Integrada: Porque utiliza las 4 perspectivas indispensables para ver una empresa o área de la empresa como un todo, luego de dos investigaciones de 1 año de duración: una en los Estados Unidos en 1990 y la otra en Europa en 1996, se ha podido establecer que son estas las 4 perspectivas básicas con las cuales es posible lograr cumplir la visión de una compañía y hacerlo exitosamente

Balanceada:

Uno de los conceptos clave y novedoso sobre el cual se basa el nombre "Balanced Scorecard". Lo importante aquí es que la estrategia de la compañía este balanceada, así como sus indicadores de gestión, es decir existan tanto indicadores financieros como no financieros, de resultado como de proceso y así sucesivamente.

Estratégica:

Otro concepto novedoso del enfoque del Balanced Scorecard, se trata de tener objetivos estratégicos que estén relacionados entre sí y que cuenten la estrategia de la compañía por medio de un mapa de enlaces causa-efecto.

La mayoría de empresas tienen indicadores aislados, definidos independientemente por cada área de la compañía, los cuales buscan siempre fortalecer el poder de las mismas, fortaleciendo cada vez más las islas o compartimientos (silos) funcionales.

³⁰ Rivadeneira, Martínez, Ricardo, El Balanced Scorecard, Consultor especializado en Balanced Scorecard 2002.

Lo que requieren hoy en día las empresas son indicadores relacionados (cruzados) contruidos entre todas las áreas en forma consensuada, buscando siempre negociar los trade-offs no permitiendo que un área sobresalga a costa de otra u otras áreas de la empresa y que respondan a objetivos estratégicos.

La metodología para desarrollar e implementar sus Indicadores de Gestión Estratégicos es simple, concreta y poderosa. Cuenta con unas herramientas de apoyo que le permitirán desarrollar Indicadores de Gestión que faciliten traducir la visión y estrategias de sus compañías en acción. Estas herramientas podrán ayudarle a elaborar y hacer realidad el Balanced Scorecard en sus empresas.

2.1.15.3. Cuadro de Mando Integral (CMI)

Es un método para medir las actividades de una compañía en términos de su visión y estrategia. Proporciona a los administradores una mirada abarcativa de las prestaciones del negocio.

Es una herramienta de administración de empresas que muestra continuamente cuándo una compañía y sus empleados alcanzan los resultados definidos por el plan estratégico. También es una herramienta que ayuda a la compañía a expresar los objetivos e iniciativas necesarias para cumplir con la estrategia.

El CMI sugiere que ver la organización desde cuatro perspectivas, cada una de las cuales debe responder a una pregunta determinada:

- Del cliente (Customer) ¿Cómo nos ven los clientes?
- Interna del Negocio (Internal Business) ¿En que debemos sobresalir?
- Innovación y Aprendizaje (Innovation and Learning) ¿Podemos continuar mejorando y creando valor?
- Financiera (Financial) ¿Cómo nos vemos a los ojos de los accionistas?

El CMI es por lo tanto un sistema de gestión estratégica de la empresa, que consiste en:

- Formular una estrategia consistente y transparente
- Comunicar la estrategia a través de la organización

- Coordinar los objetivos de las diversas unidades organizativas
- Conectar los objetivos con la planificación financiera y presupuestaria
- Identificar y coordinar las iniciativas estratégicas
- Medir de un modo sistemático la realización, proponiendo acciones correctivas oportunas.³¹

2.1.15.3.1. Características del Cuadro de Mando

En la actualidad -debido a las turbulencias del entorno empresarial, influenciado en la mayoría de los casos por una gran presión competitiva, así como por un auge de la tecnología- es cuando comienza a tener una amplia trascendencia. El concepto de Cuadro de mando deriva del concepto denominado "tableau de bord" en Francia, que traducido de manera literal, vendría a significar algo así como tablero de mandos, o cuadro de instrumentos.

A partir de los años 80, es cuando el Cuadro de Mando pasa a ser además de un concepto práctico, una idea académica, ya que hasta entonces el entorno empresarial no sufría grandes variaciones, la tendencia del mismo era estable, las decisiones que se tomaban carecían de un alto nivel de riesgo. Para entonces, los principios básicos sobre los que se sostenía el Cuadro de mando ya estaban estructurados, es decir, se fijaban unos fines en la entidad, cada uno de éstos eran llevados a cabo mediante la definición de unas variables clave, y el control era realizado a través de indicadores. Básicamente, y de manera resumida, puede destacar tres características fundamentales de los Cuadros de mando:

- La naturaleza de las informaciones recogidas en él, dando cierto privilegio a las secciones operativas, para poder informar a las secciones de carácter financiero, siendo éstas últimas el producto resultante de las demás.
- La rapidez de ascenso de la información entre los distintos niveles de responsabilidad.

³¹ López Viñegla, Alfonso, Gestión estratégica y medición. El Cuadro de mando como complemento del Balanced scorecard, 2000

- La selección de los indicadores necesarios para la toma de decisiones, sobre todo en el menor número posible.

En definitiva, lo importante es establecer un sistema de señales en forma de Cuadro de mando que indique la variación de las magnitudes verdaderamente importantes que se debe vigilar para someter a control en la gestión.³²

2.1.15.3.2. Tipos de Cuadro de Mando

A la hora de disponer una relación de Cuadros de mando, muchos son los criterios que se pueden entremezclar, siendo los que a continuación se describe, los más indicativos, para clasificar tales herramientas de apoyo a la toma de decisiones.

El horizonte temporal

- Los niveles de responsabilidad y/o delegación
- Las áreas o departamentos específicos

Otras clasificaciones:

- La situación económica
- Los sectores económicos
- Otros sistemas de información

2.1.15.3.3. Puesta en Práctica del Cuadro de Mando

Seis serán las etapas propuestas:

- Análisis de la situación y obtención de información
- Análisis de la empresa y determinación de las funciones generales
- Estudio de las necesidades según prioridades y nivel informativo
- Señalización de las variables críticas en cada área funcional
- Establecimiento de una correspondencia eficaz y eficiente entre las variables críticas y las medidas precisas para su control.

³² Olve, Nils-Göran, Jan Roy and Magnus Wetter, Performance Drivers, A Practical Guide to Using 1999

- Configuración del Cuadro de mando según las necesidades y la información obtenida

Elaboración y Contenido del Cuadro de Mando:

Los responsables de cada uno de los Cuadros de mando de los diferentes departamentos, han de tener en cuenta una serie de aspectos comunes en cuanto a su elaboración. Entre dichos aspectos cabría destacar los siguientes:

- Los Cuadros de mando han de presentar sólo aquella información que resulte ser imprescindible, de una forma sencilla y por supuesto, sinóptica y resumida.
- El carácter de estructura piramidal entre los Cuadros de mando, ha de tenerse presente en todo momento, ya que esto permite la conciliación de dos puntos básicos: uno que cada vez más se vayan agregando los indicadores hasta llegar a los más resumidos y dos, que a cada responsable se le asignen sólo aquellos indicadores relativos a su gestión y a sus objetivos.
- Tienen que destacar lo verdaderamente relevante, ofreciendo un mayor énfasis en cuanto a las informaciones más significativas.
- No podemos olvidar la importancia que tienen tanto los gráficos, tablas y/o cuadros de datos, etc, ya que son verdaderos nexos de apoyo de toda la información que se resume en los Cuadros de mando.
- La uniformidad en cuanto a la forma de elaborar estas herramientas es importante, ya que esto permitirá una verdadera normalización de los informes con los que la empresa trabaja, así como facilitar las tareas de contrastación de resultados entre los distintos departamentos o áreas.

De alguna manera, lo que se incorpore en esta herramienta, será aquello con lo que se podrá medir la gestión realizada y, por este motivo, es muy importante establecer en cada caso qué es lo que hay que controlar y cómo hacerlo, el Cuadro de mando debe tener cuatro partes bien diferenciadas:

- Una primera en la que se deben constatar de forma clara, cuáles son las variables o aspectos clave más importantes a tener en cuenta para la correcta

medición de la gestión en un área determinada o en un nivel de responsabilidad concreto.

- Una segunda en la que estas variables puedan ser cuantificadas de alguna manera a través de los indicadores precisos, y en los períodos de tiempo que se consideren oportunos.
- En tercer lugar, en alusión al control de dichos indicadores, será necesaria la comparación entre lo previsto y lo realizado, extrayendo de algún modo las diferencias positivas o negativas que se han generado, es decir, las desviaciones producidas.
- Por último, es fundamental que con imaginación y creatividad, se consiga que el modelo de Cuadro de mando que se proponga en una organización, ofrezca soluciones cuando así sea necesario.

2.1.15.3.4. Elaboración del Cuadro de Mando

En relación con el tipo de información utilizada, el Cuadro de mando aparte de reunir información de similares características que la empleada en las distintas disciplinas de naturaleza contable, es decir, financiera, debe contener información de carácter no financiero. Ya desde su presentación como útil de gestión, el Cuadro de mando se destacaba por su total flexibilidad para recoger tal información. Otro aspecto que cabe destacar, es la relación mutua que ha de existir entre el Cuadro de mando y el perfil de la persona a quien va destinado. Precisamente, las necesidades de cada directivo, han de marcar la pauta que caracterice y haga idónea a esta herramienta en cada caso y situación, sobre todo con respecto al nivel de mayor responsabilidad de la jerarquía actual de la empresa, debido a que se precisa un esfuerzo mucho mayor de generalidad y síntesis.

Un rasgo más del Cuadro de mando es la solución de problemas mediante acciones rápidas. Cuando se incorpora indicadores de carácter cualitativo al Cuadro de mando, en cierto modo, éstos están más cerca de la acción que los propios indicadores o resultados financieros. Asimismo, estos indicadores nominales dan un avance en cuanto a qué resultados se van a alcanzar.

El último de los rasgos que diferenciarían al Cuadro de mando es el hecho de utilizar informaciones sencillas y poco voluminosas. Las disciplinas y herramientas contables habituales precisan una mayor dedicación de tiempo de análisis y de realización, y a la hora de tener que tomar decisiones, siempre van a necesitar de otros aspectos que en principio no tomaban parte de su marco de acción. El Cuadro de mando se orienta hacia la reducción y síntesis de conceptos, es una herramienta que junto con el apoyo de las nuevas tecnologías de la información y comunicación, puede y debe ofrecer una información sencilla, resumida y eficaz para la toma de decisiones

Contenido del Cuadro de Mando

En relación a las principales variables a tener en cuenta en la Dirección General, Direcciones Funcionales y Subdirecciones Funcionales, que no existe una única fórmula para todas las empresas, sino que para cada tipo de organización habrá que tomar unas variables determinadas con las que llevar a cabo la medición de la gestión. Es importante tener en cuenta que el contenido de cualquier Cuadro de mando, no se reduce tan sólo a cifras o números, ha de ser un contenido muy concreto para cada departamento o para cada responsable. De igual manera, se ha de tener presente que la información que se maneja en un Cuadro de mando determinado puede ser válida para otro. Con respecto a los indicadores, éstos son elementos objetivos que describen situaciones específicas, y que tratan de medir de alguna manera las variables propuestas en cada caso. Al analizar los indicadores necesarios, establecíamos una distinción básica entre los financieros y los no financieros.

El Cuadro de mando se nutre de todo este tipo de indicadores, tiene en cuenta los aspectos prospectivo y retrospectivo, configurando un punto de vista global mucho más completo y eficaz. Su función es conjugar una serie de elementos para suministrar una visión de conjunto y ofrecer soluciones en cada caso. La mayoría de las técnicas tienen como elemento común, el mostrar las relaciones que existen entre las categorías de las variables más que entre las propias variables. El Cuadro de mando, no debe profundizar tanto en estas técnicas, sino en la obtención de la información mínima necesaria, para que junto a las variables de carácter monetario, pueda llevar a cabo la ya mencionada gestión globalizada.

2.1.15.3.5. Consideraciones

Clientes: ¿Qué necesidades de los Clientes debemos atender para tener éxito?

Procesos Internos: ¿En que Procesos debemos ser excelentes?

Aprendizaje: ¿Cómo debe nuestra organización aprender e innovar para alcanzar sus objetivos?

Financiera: ¿Qué Objetivos Financieros debemos lograr para ser exitosos?

De modo previo al abordar la presentación del Cuadro de mando, se debe resaltar una cuestión que es de gran importancia en relación a su contenido. Se trata del aspecto cualitativo de esta herramienta, ya que no se le ha prestado la importancia que se merece y, sobre todo, porque existen numerosos aspectos como por ejemplo el factor humano, cuyo rendimiento queda determinado por el entorno que le rodea en la propia organización, y estas son cuestiones que rara vez se tienen en cuenta.

2.1.15.3.6. Otros Temas relacionados

- **Información y Fluidez**

La información que puede obtener y utilizar la empresa, según cuál sea su naturaleza, puede ser válida para unos u otros Cuadros de mando. La información que contienen los Cuadros de mando pueden dividirse en dos grandes áreas: externa e interna. Cada vez consta, con más fuerza, la preocupación de las empresas por contar con unos sistemas organizados, ágiles y fluidos de comunicación entre todos los niveles de responsabilidad. Dicha comunicación se ha de dar a través de los canales que se establezcan y hagan posible que el personal, por medio del conocimiento claro de los temas que les afectan, pueda sentirse más involucrado en sus quehaceres diarios.

- **Relaciones de causa-efecto**

Entre los diversos objetivos de una Compañía, pueden establecerse relaciones de causa-efecto. Esto es, hallar una correlación entre la variación de las métricas de un objetivo y las de otro a lo largo del tiempo. Esto permite predecir como se comportarán algunas métricas en el futuro a partir del análisis de otras en el momento actual; y tomar alguna decisión que permita cambiar el rumbo de los acontecimientos.

- **Mapas estratégicos**

En base a las relaciones de causa-efecto, se elabora un Mapa estratégico (Si bien la traducción literal de Strategy Map es Mapa de la estrategia) que permite ver de un pantallazo la evolución de los indicadores y tomar acciones tendientes a modificarlos.

Principio del formulario

EL BSC como herramienta metodología-enfoque se basa en la configuración de un mapa estratégico gobernado por la relaciones CAUSA-EFECTO. Lo importante es que ninguna perspectiva funciona de forma independiente, sino que nosotros podemos tomar la iniciativa actuando en cualquiera de ellas. En términos generales y a grandes rasgos, el primer paso sería la definición de los objetivos FINANCIEROS, siendo precisos para alcanzar la Visión. Debemos indicar que estos objetivos constituirían el efecto de nuestra forma de actuar con los CLIENTES y, a su vez, el logro de sendos objetivos dependerá necesariamente de cómo hayamos programado y planificado los PROCESOS INTERNOS.

Por último, el BSC plantea que el logro unificado de todos estos objetivos pasa lógicamente por una FORMACIÓN-APRENDIZAJE y CRECIMIENTO continuos, siendo uno de los pilares básicos de esta metodología.

En definitiva, estamos hablando de un Sistema de gestión estratégica, más aún "de Implantación estratégica" útil para la gestión de la propia estrategia. Como señalan Kaplan y Norton, las empresas innovadoras están empleando el enfoque de medición del CMI para desarrollar procesos de gestión decisivos:

- Traducción y/o transformación de la visión y la estrategia.
- Comunicación y vinculación con los objetivos e indicadores estratégicos.
- Planificación, establecimiento de objetivos y alineación de las iniciativas estratégicas.
- Aumento del feedback y de la formación estratégica

Perspectiva Financiera:

El diseño del Balanced Scorecard está sustentado en varios ámbitos de la Dirección Estratégica o Management. Uno de estos ámbitos, es el financiero, cuya orientación principal es maximizar el valor de los accionistas. De alguna forma, se trata de medir la creación de valor en la organización, se trata de incorporar la visión de los propios accionistas.

La perspectiva Financiera será la que al final salga favorecida. El EVA -Economic Value Added- es un elemento mencionado habitualmente para esta perspectiva, de hecho es un indicador de naturaleza financiera, aunque como cualquier otro indicador es imperfecto; por ejemplo, para empresas con una trayectoria intachable, equilibrada y sostenible suele ser un buen indicador. También el Presupuesto se constituye en una herramienta a destacar en esta ocasión, no en vano alrededor del 78% de las empresas realizan presupuestos operativos que muy bien deberían quedar enlazados con la Estrategia formulada por la empresa, aunque ello conlleve a establecer metas ambiciosas, con las ya comentadas Iniciativas estratégicas y teniendo en cuenta un dinamismo marcado en las previsiones. Lo cierto es que muchas de las herramientas tradicionales de Control de Gestión se encuentran en esta perspectiva, en forma de indicadores financieros habitualmente.

Algunos indicadores frecuentemente utilizados son:

- Índice de liquidez
- Índice de endeudamiento
- Índice DuPont
- índice de rendimiento del capital invertido

Entre las principales Estrategias financieras que puede seguir una empresa en esta perspectiva y de alguna forma, en relación con el ciclo de vida del negocio, se puede señalar:

- Estrategias de Crecimiento o de Expansión: (empresas como las "com" y empresas jóvenes)
- Estrategias de Mantenimiento o Sostenibilidad: (sería el cajón en el que se encuentra la mayoría)

- Estrategias de Madurez o Recolección: (para los negocios que están en su último ciclo de vida.

Perspectiva de Clientes:

Cada vez que los procesos son excelentes y se han eliminado todos aquellos costes superfluos e innecesarios, los Clientes son la siguiente pieza básica de la cadena de análisis en el Balanced Scorecard.

En sintonía con las líneas estratégicas marcadas por la organización y con su visión, analiza muy bien a los clientes, las posibilidades en el mercado a través de sus segmentos y, evidentemente, todo ha de estar alineado con los objetivos financieros que desee conseguir. De algún modo el objetivo principal es la generación o propuesta de Valor para el Cliente, obteniendo la ya conocida Satisfacción del cliente y su consiguiente Fidelidad.

Lo más importante es lograr la EXCELENCIA en una de ellas, y mantener las otras dos en un nivel aceptable.

Liderazgo de Producto: Una empresa que se precie de tener un Liderazgo de producto, ha de demostrarlo, ha de ir más allá de lo convencional, más allá de lo que antes se haya intentado y más allá de lo que es deseable.

La idea es ofrecer el MEJOR PRODUCTO. Debe ofrecer a sus clientes una calidad excepcional, tecnología y una gran funcionalidad. Innovar, superar los productos que ya se encuentran en el mercado e incluso buscar nuevas aplicaciones a los productos que ya tienen. La orientación hacia la Excelencia de nuestros productos y servicios, ofreciendo una calidad, tecnología y funcionalidad superior.

Intimidad con la clientela: La capacidad de generar vínculos con el cliente resulta esencial en esta perspectiva, se les intenta conocer y proporcionarles "a medida" ese producto y/o servicio que necesita en el momento idóneo. La idea es ofrecer la mejor solución integral, el mejor servicio global. Debemos convertirnos en auténticos "socios" de nuestra clientela; debemos anticiparnos a las necesidades de nuestros clientes, proporcionarle respuestas a sus problemas.

Excelencia operativa: Las empresas que tratan de ofrecer sus servicios manteniendo un precio competitivo y ofreciendo un equilibrio entre calidad y funcionalidad estarían dentro de esta familia. La idea principal es ofrecer el mejor coste total.

2.1.15.4. Perspectivas de Procesos Internos

Estamos ante una de las perspectiva elementales, relacionada estrechamente con la cadena de valor por cuanto se han de identificar los procesos críticos, estratégicos, para el logro de los objetivos planteados en las perspectivas externas: financiera y de clientes; o dicho de otro modo: ¿cuál debe ser el camino a seguir para alcanzar la propuesta de valor definida para la clientela y cómo mantener satisfechos a mis accionistas?

Analiza la adecuación de los procesos internos de la empresa de cara a la obtención de la satisfacción del cliente y conseguir altos niveles de rendimiento financiero. Para alcanzar este objetivo se propone un análisis de los procesos internos desde una perspectiva de negocio y una predeterminación de los procesos clave a través de la cadena de valor.

Se distinguen cuatro tipos de procesos:

- **Procesos de Operaciones.** Desarrollados a través de los análisis de calidad y reingeniería. Los indicadores son los relativos a costes, calidad, tiempos o flexibilidad de los procesos.
- **Procesos de Gestión de Clientes.** Indicadores: Selección de clientes, captación de clientes, retención y crecimiento de clientes.
- **Procesos de Innovación (difícil de medir).** Ejemplo de indicadores: % de productos nuevos, % productos patentados, introducción de nuevos productos en relación a la competencia...
- **Procesos relacionados con el Medio Ambiente y la Comunidad.** Indicadores típicos de Gestión Ambiental, Seguridad e Higiene y Responsabilidad Social Corporativa.

Debe conocerse perfectamente la cadena de valor de la empresa, sólo así se podrán detectar necesidades y problemas. M.E. Porter, profesor de la cátedra de Administración de Negocios "C. Roland Christensen" en la Harvard School, introdujo este concepto por primera vez en 1985. Porter evolucionó del análisis funcional en la empresa hacia el análisis de actividades, estudiando sus relaciones y su valor en el proceso productivo. Ya en 1980, en su libro "Estrategia competitiva", consideró ampliamente dicho concepto, incidiendo en las ideas de Liderazgo en costes y Diferenciación, ya que estaban enormemente influenciadas por las actividades consideradas por la organización para llevar a cabo su actividad.

La cadena de valor está integrada por todas las actividades empresariales que generan valor agregado y por los márgenes que cada una de ellas aportan. Fundamentalmente podemos destacar 3 partes bien diferenciadas.

Dichas actividades son el complemento necesario para las actividades Primarias. Principalmente, estamos haciendo referencia a la infraestructura de la empresa, como son la gestión de los recursos humanos, la gestión de aprovisionamientos de bienes y servicios, la gestión relativa al desarrollo tecnológico (telecomunicaciones, automatización, desarrollo de procesos e ingeniería, investigación), otras áreas de similar importancia como las finanzas, la contabilidad, la gestión de la calidad, las relaciones públicas, cuestiones fiscales y legales, etc.

Actividades Primarias Hace referencia al abanico de actividades que constituyen la esencia del proceso productivo; Están constituidas por los procesos de innovación (análisis de mercado, desarrollo de productos y/o servicios), por los procesos operativos (producción y distribución) y por los procesos relacionados con los servicios de venta (venta y servicio post-venta).

Estos procesos están en sintonía con lo que M.E. Porter denomina:

- Cadena de valor de los Proveedores
- Cadena de valor de los Canales
- Cadena de Valor de los Compradores MARGEN

El valor íntegro obtenido menos los costes en los que se ha incurrido en cada actividad generadora de valor conforman dicho Margen.

Retomando las posibles estrategias aplicables en la Perspectiva de Clientes, existen en cada una de ellas un conjunto de procesos en relación con las actividades primarias que se podría señalar como críticos:

- Estrategias de Liderazgo de Producto; (para ser líderes en el mercado con nuestro producto): aquí los procesos relativos a Innovación y desarrollo y los procesos de mercado y comercialización se transforman en críticos.
- Estrategias de Excelencia operativa; (Para ser eficientes en costes, con relaciones de calidad-precio imbatibles): de forma evidente, los procesos operativos se convierten en críticos: (elementos relativos a la minoración de costes, nivel de calidad, análisis de tiempos, etc.)
- Estrategias de Intimidad con la Clientela; (con el objeto de conocer a los clientes y satisfacerlos adecuadamente): Los procesos de relación y conocimiento de los Clientes y/o compradores son básicos.

Los elementos de la cadena de valor desde una perspectiva gráfica bien podrían ser lo siguientes:

Estos procesos son muy importantes y deben llevarse a cabo correctamente, pues dependiendo de la propuesta de valor seleccionada en la perspectiva de Clientes, destacará aquel proceso que tenga un impacto mayor en dicha propuesta. Los otros procesos suelen ser complementarios ("de apoyo"), siendo el principal el seleccionado en cada caso.

2.1.15.4.1. Perspectiva de la innovación y el Aprendizaje.

El modelo plantea los valores de este bloque como el conjunto de drivers del resto de las perspectivas. Estos inductores constituyen el conjunto de activos que dotan a la organización de la habilidad para mejorar y aprender. Se critica la visión de la contabilidad tradicional, que considera la formación como un gasto, no como una inversión.

La perspectiva del aprendizaje y mejora es la menos desarrollada, debido al escaso avance de las empresas en este punto. De cualquier forma, la aportación del modelo es relevante, ya que deja un camino perfectamente apuntado y estructura esta perspectiva. Clasifica los activos relativos al aprendizaje y mejora en:

- Capacidad y competencia de las personas (gestión de los empleados). Incluye indicadores de satisfacción de los empleados, productividad, necesidad de formación.
- Sistemas de información (sistemas que proveen información útil para el trabajo). Indicadores: bases de datos estratégicos, software propio, las patentes y copyright.
- Cultura-clima-motivación para el aprendizaje y la acción. Indicadores: iniciativa de las personas y equipos, la capacidad de trabajar en equipo, el alineamiento con la visión de la empresa...

Esta perspectiva es poco flexible y fuente de dudas ya que se basa en la utilización de activos intangibles. Lo que en toda compañía no es siempre la lógica de negocios. En algunas compañías como las mineras los recursos tangibles son preponderantes en vez de los intangibles, por lo que no se trata de copiar y pegar tratando de encajar este modelo en todas las empresas. Pueden existir más o menos perspectivas del BSC (Cuadro de mando Integral) (Aportado pro Miguel Retamales)

La implementación del Balance Score Card permite a las organizaciones comunicar sus metas, asignar recursos y distribuir tareas. Además, por ser una herramienta centralizadora de información, evita el problema de recopilar manualmente la información diseminada en distintas áreas de la organización.

Es importante añadir que aunque el Balance Score Card proporciona una base para la gestión organizacional y puede conducir al éxito de las estrategias organizacionales, no es suficiente en sí mismo, pues requiere de la implementación de distintas iniciativas para mejorar los procesos del negocio, conducir a la organización en la dirección correcta y mejorar su eficiencia.

2.2. MARCO CONCEPTUAL

SISTEMAS, es una totalidad percibida cuyos elementos se “aglomeran” porque afectan recíprocamente a lo largo del tiempo y operan con un propósito común. Como ejemplos de sistemas podemos citar las fábricas, las entidades políticas, las comunidades, las industrias.

ENFOQUE SISTÉMICO, en su concepto más extenso abarca una amplia y heterogénea variedad de métodos, herramientas y principios orientados a examinar la interrelación de fuerzas que forman parte de un proceso común.

MODELO DE SISTEMAS, es un método para la identificación de problemas de calidad, que relaciona los distintos componentes de servicios entre sí, que seguido de un análisis que permite a los equipos de trabajo o directivos identificar y diagnosticar los problemas clave en la forma en que se prestan los servicios mediante la recopilación de datos esenciales.

CALIDAD, es la satisfacción de las necesidades del cliente interno y externo, preparación no reparación, cero fallas, cero fallas, cero desperdicios

EQUIDAD, es recibir atención en función de la necesidad de salud.

EFFECTIVIDAD, los usuarios de los servicios reciben asistencia pertinente, eficaz, segura y oportuna

EFICIENCIA, es la relación favorable entre resultados obtenidos y costos de los recursos empleados, son empleados eficientes cuando el producto es mayor.

SOSTENIBILIDAD, es la capacidad del sistema de resolver sus problemas actuales de legitimidad y financiamiento.

EPIDEMIOLOGÍA, es el estudio de frecuencia y distribución de los eventos de salud y sus determinantes en las poblaciones humanas y la aplicación de este estudio en la prevención y control de los problemas de salud.

RETROALIMENTACIÓN, proceso que permite una comunicación entre el campo y la oficina con el propósito de modificar, corregir y fortalecer el desempeño.

RECURSOS, medios disponibles para efectuar las actividades planeadas, tales como personal equipos y dinero.

SITUACIÓN DE SALUD, es el estado de salud de una comunidad o población, determinado por un análisis de las estadísticas demográficas y el conocimiento de las actitudes y comportamientos de la población.

RESPONSABILIDAD, población definida, explícita, universalmente atendida

PERTINENCIA es la oferta racional de servicios concertada dentro de la necesidad sentida

IMPACTO, grado en que un programa ha hecho un cambio a largo plazo en las actitudes conductas o estado de salud de los participantes o beneficiarios del programa.

PLAN DE TRABAJO documento elaborado por la dirección de personal, que cubre un período específico en el cual se señalan todas las actividades, la fecha en la que se llevará a cabo, los recursos que necesitan y al personal responsable de efectuarlas, puede haber planes específicos por departamento por programa o por unidad funcional.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN, deben ser integrados dirigidos a la toma de decisiones, monitoreo e investigación operativa apuntando a la retroalimentación y con elementos que permitan monitorizarlos estándares éticos y técnicos.

CAPITULO III

3.1. DIAGNOSTICO SITUACIONAL

3.1.1. SITUACIÓN DE LA SALUD EN EL ECUADOR

Ecuador es uno de los países de la región con mayores desigualdades en materia de salud y con menor impacto de los recursos invertidos en salud, sólo superado por Nicaragua, Honduras, Bolivia y Haití.

El **Sistema de Salud del Ecuador** se caracteriza por su segmentación. Como en otros países andinos de la zona, un sistema de seguridad social financiado por cotizaciones de los trabajadores del sector formal coexiste con sistemas privados para la población de mayor poder adquisitivo y con intervenciones de salud pública y redes asistenciales para los más pobres.

La estructura del sector salud en Ecuador, como se ha indicado, esta claramente segmentada. Existen múltiples financiadores y proveedores: Ministerio de Salud, Seguro Social IESS, ICS, ONG, etc, que actúan independientemente solapándose en ocasiones sus actuaciones.

La cobertura de la seguridad social es relativamente baja (IESS 10% y Seguro Campesino 10%) y la red asistencial pública muy limitada quedando aproximadamente sin cobertura un 30% de la población. Otros prestadores que cubren pequeñas cuotas de aseguramiento son: la Sociedad Ecuatoriana de lucha contra el cáncer (SOLCA), La Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG) y los servicios de la Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional.

La consulta nacional de 1997 atribuye cuatro roles del estado en salud:

- rectoría,
- promoción de la salud,
- garantía de acceso equitativo a la atención y
- provisión descentralizada de los servicios.

La estructura dependiente del MSP esta muy debilitada por la falta de presupuesto y su capacidad de liderar el sector salud es por el momento limitada.

La red de servicios de salud dependiente del Ministerio de Salud Pública (MSP) se estructura de forma regionalizada con dos niveles de descentralización: el provincial (direcciones provinciales de salud) y cantonal (áreas de salud). Las áreas de salud no siempre coinciden con la delimitación del cantón.

El principal problema que tienen las redes de salud es la escasez de personal y su limitada capacidad de resolución en atención primaria y especializada de nivel cantonal y provincial. Efectivamente, los médicos de MSP están contratados por 4 horas/día recibiendo un salario en torno a los 450 UC/mes (incluidas bonificaciones). Se estima que en el medio rural existen menos de dos médicos de planta por 10.000 habitantes, el resto de médicos son residentes que hacen su año rural.

El gasto en salud total per capita en dólares internacionales (2001) es de 177 dólares. Dicho gasto, presenta una gran desigualdad en relación con el tipo de cobertura. Se estima que el gasto per capita para los afiliados al IESS es de 145 dólares mientras que para la población subsidiaria del MSP es de 33 dólares, es decir una cuarta parte.

Existen barreras económicas, culturales y geográficas que limitan el acceso a los servicios de salud y que afectan especialmente a la población pobre que vive en zonas rurales, indígena en su mayoría.

Por más de 10 años, desde el 1995, se ha venido desarrollando en el Ecuador un proceso de Reforma del Sector Salud, asentado sobre un proceso de descentralización y transferencia de funciones del MSP a las Municipalidades que lo soliciten. Al momento actual no existen consensos completos entre los diversos actores de cómo llevar adelante dicho proceso de descentralización, que no ha contado con decisiones políticas acordes. Esta situación, unida a la reducción muy importante de los recursos asignados al sector salud, ha repercutido en la calidad de atención, niveles de coberturas de servicios que no responden adecuadamente a las necesidades sentidas y a la realidad epidemiológica de poblaciones, especialmente en aquellas zonas más depauperadas.

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

- Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud;
- Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia;
- Ley de Medicamentos Genéricos de Uso Humano,
- Programa Nacional de Nutrición y alimentación, y la
- Ley de Descentralización y participación social.

Varias de estas leyes apoyan la descentralización del SNS en Sistemas Cantonales de Salud, la participación ciudadana y el aumento de la cobertura. No obstante, el nivel de aplicación de estas leyes es muy reducido debido a inestabilidad política que ha sufrido el país en los últimos años.

Como ejemplo de descentralización relativa del SNS se han identificado cuatro cantones o municipalidades: Cotacachi, Pedro Moncayo, Cuenca y Guamote. Como denominador común destaca el alto grado de organización comunitaria, el apoyo político de las autoridades locales y la gran proporción de población indígena (Quichua). En todos los casos han desarrollado el plan cantonal de salud participativo pero en ningún caso han recibido fondos del Ministerio de Economía.

3.1.1.1.Promedio de Gasto de Salud

Los gastos per cápita, en salud, por año, tomando como base la totalidad de los hogares es de UC 147.93 (Año 2004), si se excluyen los hogares que no tienen problemas de salud, este promedio sube a UC 157.29. Si se considera separadamente el área urbana, y el área rural, la diferencia entre ellas es de UC 50.

La diferencia por provincia, se puede apreciar las provincias más críticas son las de Cotopaxi y Bolívar (UC 99.17). Adicionalmente cabe señalar que el gasto medio en las familias mestizas es casi el doble del de las familias indígenas.

Una rápida mirada al sector salud en el Ecuador en las últimas décadas, refleja una realidad bastante problemática y la presencia de limitantes en su accionar: Acceso in equitativo a los servicios, bajas coberturas y calidad de atención, modelo de atención curativo y biológico, gestión centralizada y de bajas coberturas de atención, falta de una política integral de recursos humanos, inadecuada coordinación interinstitucional, paternalismo de instituciones públicas y privadas, alto costo de insumos y tecnologías, situación similar a la de otros países de la región, que sin embargo ha sufrido algunos cambios en los últimos años, cuando se empiezan a implementar acciones relacionadas con la reforma del sector salud, que inicia en la década de los 80.

Varios técnicos del sector consideran que el proceso debía contar con lo que se denominó la Reforma Mínima, a través de la cual, progresivamente se produciría un cambio y al mismo tiempo facilitaría consolidar nuevas fuerzas para enfrentar más tarde procesos Máximos. Esta Reforma Mínima se caracterizaría por:

- La Separación de las funciones de financiamiento de la provisión de servicios;
- El fortalecimiento de la función rectora del Ministerio de Salud;
- El fortalecimiento de las entidades territoriales o del régimen seccional;
- El apoyo a los programas de garantía de calidad y acreditación de servicios;
- La regulación de las empresas de aseguramiento privado;
- El apoyo a la creación de nuevos actores sociales en provincias y cantones;
- La ampliación de coberturas, mediante programas de servicios básicos localizados en zonas de mayor carencia de servicios;
- El apoyo a la gestión administrativa y financiera descentralizada de las unidades de salud;
- La realización de proyectos a pequeña escala para probar la aplicabilidad de mecanismos e instrumentos de reforma.

El Ministerio de Salud Pública a inicios del nuevo milenio, se pronunció mediante la emisión de un documento para discusión, posicionamiento del MSP frente a la

Reforma del Sector Salud. (Abril 2001.), que el Ecuador se encuentra aún en la fase de formulación de la Reforma en Salud. Sin embargo, debido a que las transformaciones de esta magnitud son el resultado de procesos acumulativos y complejos, que involucran tanto a la sociedad como a las organizaciones públicas y privadas del sector, este proceso de Reforma Sanitaria se ha insinuado a través de esfuerzos dispersos e inconexos, generados tanto desde el Estado, cuanto desde organizaciones autónomas, ONG's y organismos internacionales. Estas experiencias acumuladas permiten evaluar la validez de ciertas propuestas y definir los principales lineamientos de la Reforma que le convienen al Ecuador.

3.1.1.2. La Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador

Tiene por finalidad el logro de la equidad en la cobertura y el acceso a los servicios de salud a fin de alcanzar cobertura universal en salud para todos los ecuatorianos y ecuatorianas; y la eficiencia en la orientación y uso de los recursos financieros de origen público.

Para el logro de este ítem ético y político se requiere de tres premisas básicas: un acuerdo político de la sociedad ecuatoriana en su conjunto sobre las prioridades en salud, aplicar un modelo de atención integral y la adecuada organización de las instituciones responsables del financiamiento y prestación de servicios de salud.

“Se presentan en un documento dichas premisas: La Política Nacional de Salud y la Ley del Sistema Nacional de Salud elaboradas participativamente bajo la conducción del Consejo Nacional de Salud y consensuadas ampliamente con representantes de la sociedad, Gobiernos del nivel nacional, provincial y municipal, Congreso Nacional, ONGs, comunidad organizada, instituciones prestadoras de servicios y formadoras de recursos humanos para la salud, gremios, sindicatos y organismos de cooperación internacional entre otros.

La Política Nacional de la Salud aporta la visión de mediano y largo plazo de las metas a lograrse en términos de cobertura y acceso a los servicios de salud y control y erradicación de enfermedades, y las estrategias programáticas, organizativas de participación y de financiamiento para su efectivo cumplimiento.

Es decir, la política da las orientaciones generales para la conducción sostenida y de largo aliento de las instituciones que conforman el sector, bajo la rectoría del Ministerio de Salud.

El Sistema Nacional de Salud define el nuevo modelo de atención, la organización de las instituciones para garantizar cobertura universal en salud, la forma de gestión de recursos financieros, humanos, materiales, físicos y tecnológicos para la ejecución del Plan Integral de Prestaciones en Salud, la participación ciudadana para la fiscalización y veeduría social en la entrega de los servicios de salud y la promoción de la salud, y facilitar el proceso de descentralización de la gestión pública sin el riesgo de la fragmentación del modelo de atención y de gestión en salud.

Por último se presenta la Agenda Nacional de Salud, a fin de ordenar y programar estratégicamente las actividades para el logro de las metas en salud, a través de la conducción de la Política de Estado en Salud y la organización del Sector Salud definida en el Sistema Nacional de Salud.

Existen procesos y programas que tienen un sólido sustento legal y financiero que nos se presentan en este documento pero que sin duda tiene un alto valor estratégico para el desarrollo de la salud en el Ecuador y que son elementos sustantivos y constructivos del Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador. Estos son: La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia y su correspondiente reglamento.

La Ley de Medicamentos Genéricos de Uso Humano y su reglamento, el Programa Nacional de Alimentación y Nutrición, y la Ley de Descentralización y Participación Social y su Reglamento.

Este documento será un instrumento que facilitará la consulta de políticos, usuarios de los servicios, líderes de opinión, sindicatos, gremios, trabajadores, comunidad organizada, tecnócratas, profesores, estudiantes, investigadores y comunidad internacional, pero primordialmente servirá para generar en la sociedad ecuatoriana su permanente análisis, a fin de incentivar procesos de control social para que el cumplimiento de las metas y prioridades políticas en

salud no queden en retóricas y mandamientos de carácter leal, para lo cual el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, como autoridad sanitaria nacional, conducirá los procesos de desarrollo requeridos y el CONASA, como máxima instancia de concertación sectorial, apoyará para la facilitación y concreción de resultados.”³³

3.1.1.2.1. Cronología de la Reforma en la Salud.

Tomando como referencia las publicaciones realizadas por el Dr. Ramiro Echeverría 3, el proceso lo organiza en las siguientes fases:

3.1.1.2.1.1. Fases de la Inserción

- Diciembre de 1992. Congreso expide Ley de Modernización, Privatizaciones y Prestación de Servicios.
- Abril 1994. Acta de Cumbayá sobre Reforma del Sector Salud (Auspicio OPS, BID)
- Mayo 1994. Se conforma una Comisión de Reforma a la Seguridad Social (CONAM).
- Julio 1994. Se conforma una Comisión Biministerial del Sector Salud (MSP-MBS)

3.1.1.2.1.2. Fase de la Formulación y Discusión de Propuestas

- Agosto 1994. Conformación de Subcomisión Técnica de Reforma para desarrollar propuesta complementaria a la del CONAM.
- Enero 1995. CONAM inicia difusión de propuesta de Reforma al IESS.
- Junio 1995. Reactivación del Consejo Nacional de Salud (CONASA)
- Noviembre 1995. Gobierno realiza plebiscito, donde el pueblo se pronuncia respecto a la negación de algunas Reformas Constitucionales, entre ellas sobre Seguridad Social.
- Noviembre 1995. Inician debates, seminarios y foros en todo el país con auspicio del CONASA.

³³ Marco estructural de la reforma en el Ecuador....

- Febrero 1996. Conformación del Primer Consejo Provincial de Salud en apoyo a la Reforma (AZUAY), con auspicio del CONASA, OPS y CEPAR.
- Abril 1996. Realización del Foro Andino de Ministros sobre Reforma del Sector Salud.

3.1.1.2.1.3. Fase de Discontinuidad del Proceso de la Reforma

Octubre 1996. Inicio de Reforma Silenciosa:

- Reducción de presupuesto
- Autonomía de financiamiento (Recuperación de Costos)
- Intentos de Municipalización de Hospitales
- Enero 1997. Se detiene el traspaso de hospitales piloto a Municipios.

3.1.1.2.1.4. Fase de Operacionalización Inicial de la Reforma

Fundamentos Políticos

- Marzo 1997. CONASA reinicia sesiones. Se reactiva el proceso de Reforma y Comisión Técnica.
- Junio 1997. Se funda el primer Consejo Cantonal de Salud (Cuenca), con el auspicio del Municipio de Cuenca, MSP, OPS, CEPAR.
- Noviembre 1997. Se reglamenta la Junta Cantonal de Salud del Tena, apoyada por el proyecto MSP-MODERSA.
- Enero 1998. CONASA aprueba propuesta de Políticas y Reformas Constitucionales en Salud.
- Mayo 1998. Asamblea aprueba Reformas a la Constitución, incluyendo reformas en salud.

Fundamentos de reforma institucional del MSP y descentralización - desconcentración de servicios

- Agosto 1998. Reformatoria a la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.
- Diciembre 1998. Primer paquete de Reformas a la Ley de Seguro Social Obligatorio (Comisión Interventora)

- Enero 1999. Inicia proceso de modernización institucional del MSP. Descentralización - Desconcentración.
- Enero 1999. Se emite decreto ejecutivo 502, que faculta al MSP la implementación de sistemas descentralizados de servicios
- Septiembre 1999. Se emiten Normativas para la desconcentración presupuestaria del MSP.
- Febrero 2000. Inician talleres de consulta nacional sobre propuesta de organización del SNS.
- Agosto 2000. Presentación de resultados preliminares al CONASA sobre propuesta del SNS.
- Septiembre 2000. Aprobación a la Reforma de la Ley de Seguridad Social.
- Septiembre del 2002. Publicación en el Registro Oficial de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. El cual se socializó en el I Congreso por la Salud y la Vida realizado en la ciudad de Quito en mayo del 2002; se convierte en Ley Orgánica aprobada por el H. Congreso Nacional, el 25 septiembre del 2002 y posteriormente es reglamentada mediante Decreto Ejecutivo No. 3611, publicado en el Registro Oficial No. 9 del 28 de enero del 2003. Esta ley y su reglamento, entre otras importantes disposiciones contemplan la participación activa de los diversos niveles del Ministerio de Salud en la conformación y ejecución de los Consejos Provincial y Cantónales de Salud, ya sea asumiendo la secretaría técnica y la asesoría especializada a las instituciones participantes.
- Enero 2003. Expedición del Reglamento a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.
- Septiembre de 2004, se convocó al II Congreso Nacional por la Salud y la Vida el que se realizó en la ciudad de Guayaquil, con la finalidad de lograr consensos nacionales en importantes temas para el desarrollo de la Política Nacional de Salud de país y el impulso a la organización del Sistema Nacional de Salud. Para esto se contó con el apoyo de organismos de cooperación internacional, el financiamiento del Proyecto MODERSA del MSP. Entre los más importantes acuerdos y compromisos resultantes de este II Congreso, que constan como líneas de acción en la “Declaración de Guayaquil”, se mencionan:

- Apoyar la conformación y funcionamiento de los consejos Provinciales y Cantónales de Salud, como espacios de concertación sectorial para la formulación de los planes de salud correspondientes y la organización del Sistema Nacional de Salud.
- La participación de las entidades que integran el Sistema, a desarrollarse, respetando la personería y naturaleza jurídica de cada institución, sus respectivos órganos de Gobierno y sus recursos.
- Apoyo a las iniciativas de la sociedad civil para la organización de veedurías ciudadanas en salud y su participación en el desarrollo de los compromisos adquiridos en este Congreso.

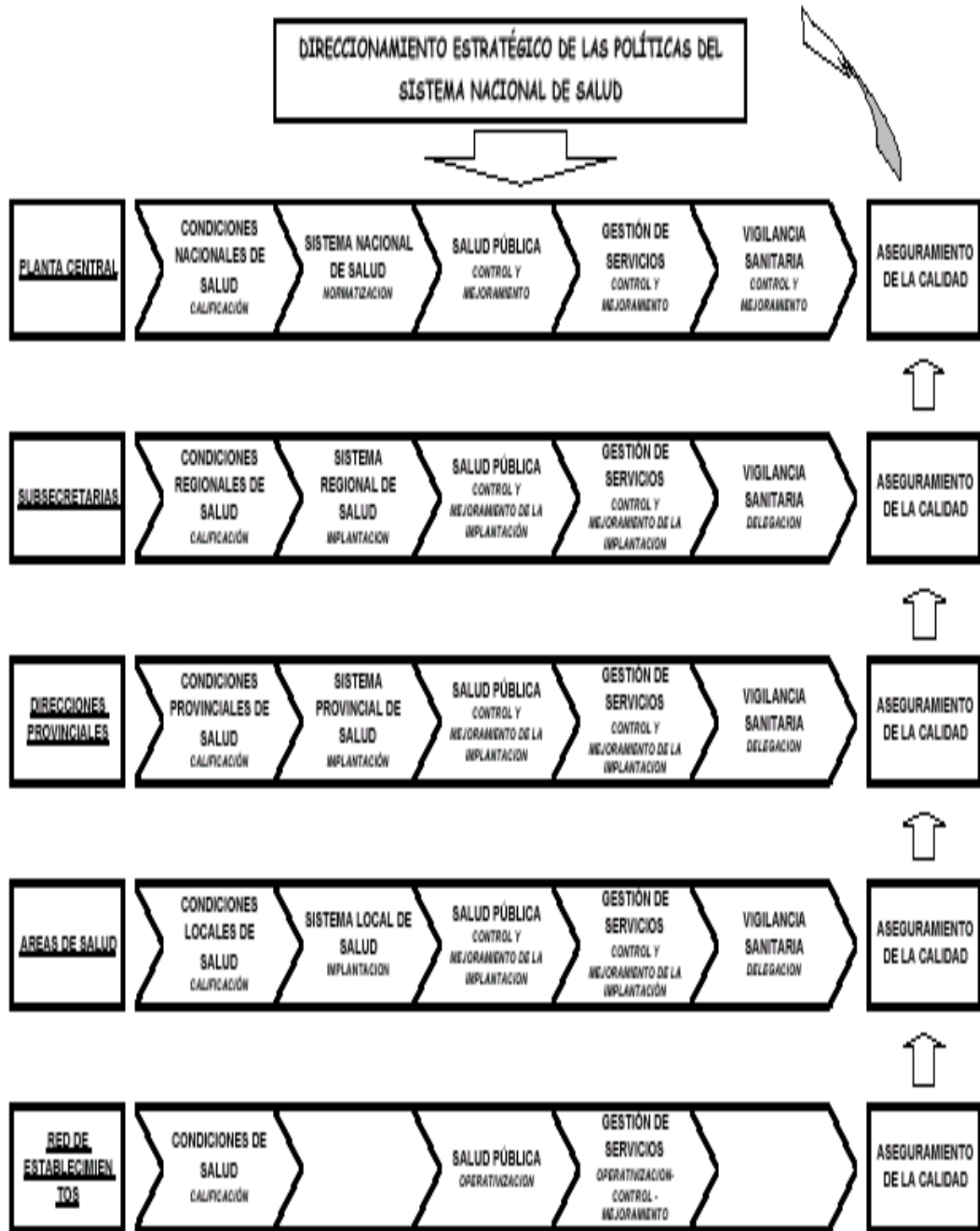
En el año 2007 el CONASA, ha efectuado reuniones locales y regionales, con la participación activa del Ministerio de Salud, y las instancias participantes de los diversos consejos locales y provincial, a fin de preparar la agenda y la organización del III Congreso por la Salud y la Vida, realizado en la ciudad de Cuenca en el segundo semestre del 2007. También ha producido importantes documentos especializados de consulta relacionados con el tema. Entre otros se mencionan:

- Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador;
- Guía Metodológica para la Conformación de Consejos Cantonales y Provinciales de Salud; Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos;
- Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos.

PRODUCTO	ACTIVIDADES	INSTRUMENTOS
1. A nivel local, cantonal y provincial se cuenta con un Plan Estratégico y Operativo en función de las realidad local y necesidades de los diferentes actores del sistema	1. Análisis Situacional (población, cultura, economía, trabajo, perfil epidemiológico, producción,)	Instrumento de la Planificación Estratégica
	Línea de base de la oferta y la demanda	
	Talleres para la elaboración de planes estratégicos (las Redes) y Planes Operativos (las Microrredes)	
2. Se cuenta con un conjunto de prestaciones priorizadas	1. Priorización del conjunto de prestaciones en función del perfil epidemiológico de cada sector y lineamientos estratégicos de intervención definidos para la promoción y prevención de la salud	Conjunto de Prestaciones MSP – CONASA
	Sistematización y publicación del conjunto de prestaciones (oferta de servicios en función de la realidad local y demanda)	
3. Contar con un Sistema de Control y Gestión de la Calidad	1. Definición de los procesos del sistema: monitoreo, supervisión, seguimiento, evaluación y gestión de calidad (indicadores de producción, auditoría médica, financiera y de terreno, satisfacción del usuario/a)	Instrumento de producción del MSP
	Elaboración de compromisos de gestión y firma	

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

ESTRUCTURA DE PROCESOS



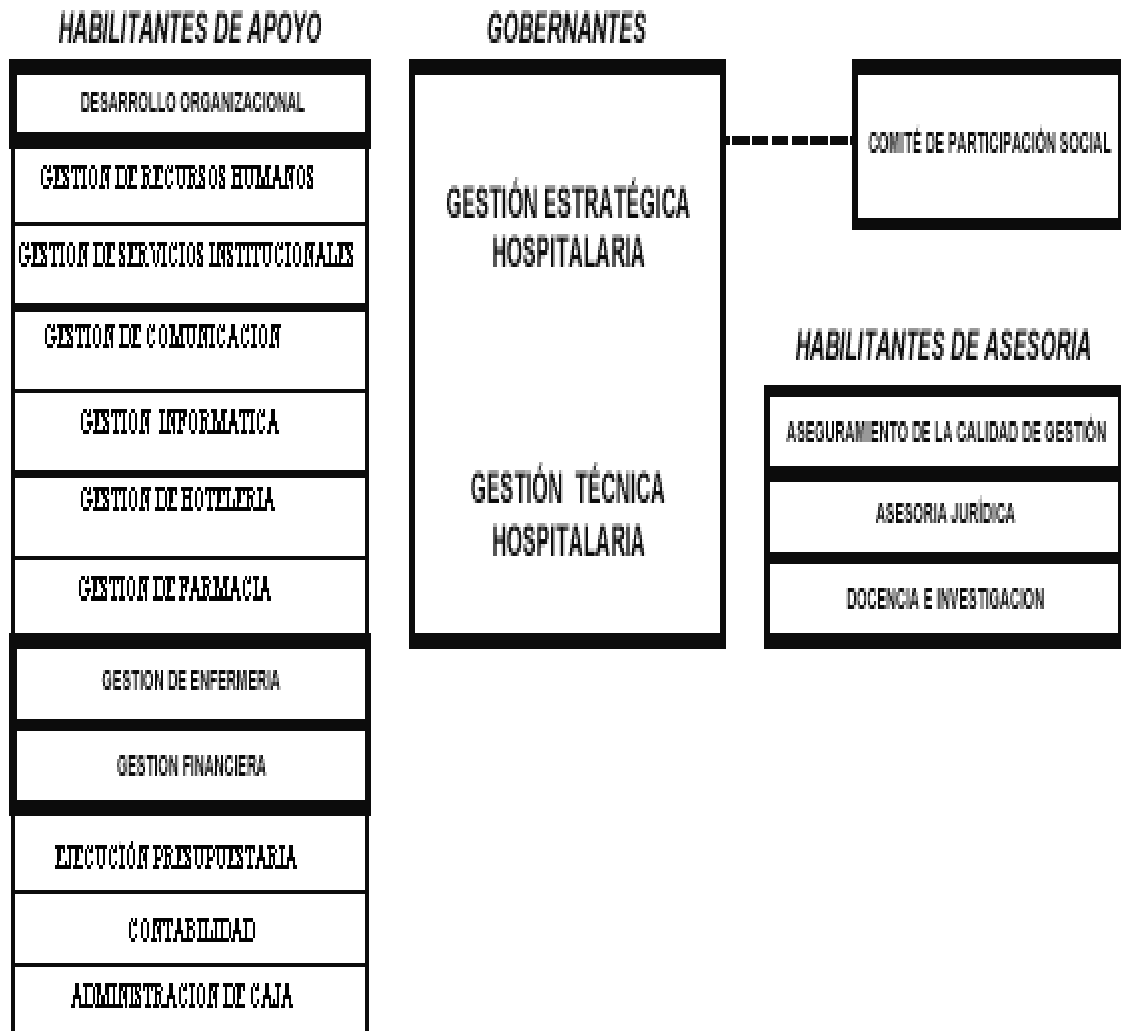
³⁴ CONASA, Ley No. 80. RO/ 670 de 25 de Septiembre del 2002.

³⁵ Consejo Nacional de Salud, ACUERDO MINISTERIAL 0000620, Quito, 12 de Enero de 2007.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL POR PROCESOS

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES



VALOR AGREGADO



EMERGENCIA	CONSULTA EXTERNA	HOSPITALIZACION	SERVICIOS TÉCNICOS COMPLEMENTARIOS
------------	------------------	-----------------	------------------------------------

3.1.1.3. Determinantes de las Políticas de la Promoción de la Salud³⁶

MACRO-DETERMINANTES	POLÍTICAS Y ESCENARIOS VINCULADOS CON LA PROMOCIÓN
La Pobreza	Políticas económicas y sociales redistributivas
Inadecuados Modelos de Seguridad Social y de Salud	Políticas corporativas de Seguridad Social y de Salud Políticas para ambientes y estilo de vida saludables
Iniquidades de género, intergeneracional e intercultural.	Políticas para la equidad de género, Intergeneracional y Desarrollo de Pueblos y Nacionalidades
Cultura de Violencia e intolerancias a las diferencias e identidades de la diversidad	Políticas de género, de comunicación, de educación, desarrollo del talento humano entre otros
Migración	Políticas nacionales, internacionales sobre empleo, productividad y desarrollo social
Conflictos armados	Políticas de convivencia pacífica bilaterales (Restricción del armamentismo)
Inseguridad alimentaria y nutricional	Políticas para y seguridad alimentaría nutricional y protección y rescate cultural de los productos nacionales Políticas para ejercer la soberanía alimentaría
Degradación del Bioambiente	Políticas de Manejo y regulación del bioambiente y salud integral Políticas de educación, Agricultura, Agua y Saneamiento Ambiental, vivienda, población
Barreras en la oferta de salud	Políticas de Salud Integral y garantías de la construcción del Modelo Integral de Salud y Desarrollo (Accesibilidad, uso de los servicios de salud, cobertura y calidad)
Falta de acceso a una educación de calidad	Políticas de educación para aumentar la cobertura y elevar la calidad. Políticas de Promoción de la Salud en la educación formal e informal

³⁶ Elaborado por la Comisión de Promoción de la Salud - CONASA

3.1.1.3.1. Políticas de Promoción de la Salud

Es responsabilidad del Estado garantizar la Protección Integral de la Salud incluyendo la Promoción de la Salud en toda la población estableciendo mandatoriamente el cumplimiento de convenios y tratados internacionales:³⁷

- a) Reconocer a la Promoción como una expresión fundamental de la condición de ciudadanía y como una estrategia prioritaria para alcanzar un mejor nivel de salud y vida de la población mediante la participación interinstitucional, intersectorial y de la sociedad civil organizada.
- b) Desarrollar políticas públicas a favor de la salud en todos los niveles del Estado fomentar la creación de ambientes y entornos saludables, fortalecer la acción comunitaria, el desarrollo de aptitudes personales y la reorientación de los servicios de salud.
- c) Incorporar en los planes de desarrollo social y económico en el ámbito nacional, provincial y cantonal el respeto a los derechos humanos y el reconocimiento de la diversidad étnica, cultural, generacional y de género.
- d) Fomentar las acciones de promoción de la salud con la participación y el compromiso de los gobiernos seccionales en el marco de los planes de desarrollo local. Para el efecto, se elevará la capacidad de los gobiernos locales para el análisis y la adopción de políticas públicas que generen condiciones para la convivencia solidaria en espacios saludables y seguros, y se apoyará la acción de los Consejos Cantonales y Provinciales de Salud y Desarrollo.
- e) Propiciar el desarrollo integral del ambiente en sus dimensiones física y social a fin de garantizar condiciones favorables de vida en todos los espacios de actuación humana (vivienda, escuelas, trabajo y recreación) propiciando el saneamiento básico, la seguridad ciudadana, la prevención y atención a la

³⁷ Convenio Marco de Lucha Antitabáquica, TRATADO DE KYOTO, Ley de Defensa del Consumidor y otros.

violencia intrafamiliar y social, la vigilancia, y eliminación de factores físico, laboral y social, ampliando la visión tradicional de salud ambiente y propiciando la más amplia participación de la sociedad civil en la toma de decisiones en torno a la salud.

- f) Privilegiar la información, comunicación, difusión de derechos en salud, de conocimiento técnico, científico, y de saberes culturales de la manera más amplia, democrática y ética, a fin de promover el empoderamiento y la participación de la sociedad civil, la coordinación intersectorial y la adopción de aptitudes y actitudes personales favorables a la salud.
- g) Impulsar la construcción de la ciudadanía y cultura en salud, priorizando su desarrollo en los espacios educativos de niños y jóvenes.
- h) Promover y facilitar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, continua hasta los 2 años de edad, y una alimentación complementaria adecuada a la madre y al niño, para asegurar su salud y nutrición.
- i) Aplicar la estrategia de seguridad alimentaria, con alimentos seguros e inocuos, proyectos productivos que incrementen la disponibilidad y acceso de alimentos nutricionalmente adecuados, programas de información y educación para una alimentación sana y acciones que aseguren el control de calidad de los alimentos.
- j) Asegurar un estado óptimo de micro nutriente a los grupos poblacionales vulnerables, adoptando estrategias de suplementación, fortificación de alimentos y diversificación de la dieta.
- k) Reorientar los servicios de salud para que incorporen los conceptos y prácticas de promoción de la salud en el marco de los procesos de extensión de cobertura y calidad de atención. Los servicios de salud estarán en capacidad de propiciar y asesorar para la adopción de prácticas personales saludables en todo el ciclo de vida, priorizando el desarrollo de la niñez,

adolescencia, maternidad con dignidad, alimentación sana, vida activa y salud mental.

l) Promocionar la actividad física, recreacional y el deporte.

3.1.2. CONTEXTO HOSPITALARIO NACIONAL

El Estado según la Constitución Política de la República del Ecuador tiene la obligación de garantizar el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables.

En lo familiar, laboral y comunitario y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad eficiencia, el Estado promoverá la cultura por la salud y la vida.

Pese a existir esta Ley en nuestro país no existe suficientes programas y servicios de salud para asegurar que los niños/ as reciban la atención necesaria para crecer de forma saludable, por lo que su tasa de mortalidad es preocupante, y si las hay, muchas veces su costo es alto o escasos en lo que a medicina se trata, la salud es hoy en día un objetivo fundamental y al mismo tiempo, uno de los más claros síntomas de la calidad de vida de la población.

En el transcurso de los últimos años se observa un mejoramiento de las condiciones de salud de la población ecuatoriana, sin embargo, se registran todavía tasas elevadas de mortalidad neonatal, infantil, niñez, materna y general, así como, deficiencias en infraestructura, equipamiento, recursos humanos y limitaciones presupuestarias así:

La tasa de mortalidad general de la población ha descendido de 14,2% muertes por cada 1.000 habitantes en 1956 a 4,3% en el 2005.

Esto se debe, según el SIISE, a la expansión de la cobertura de los servicios de salud, el mejoramiento de los niveles educativos de la población, la influencia de

los medios masivos de comunicación, el acceso a medidas prevenibles como las inmunizaciones, el desarrollo de los fármacos para tratar y curar enfermedades que antes no eran combatibles, la urbanización de la población lo que la acerca a los servicios de salud de las ciudades, al mejoramiento de la infraestructura sanitaria (agua, alcantarillado y disposición de basuras).

La tasa de mortalidad materna muestra una reducción de 203,3% muertes por 100.000 nacidos vivos en 1971 a 85% en el 2005.

Las principales causas de muerte materna para el año 2004, se presentan a continuación:

Según la UNFPA, en todo el mundo, hay una notable coherencia en cuanto a las causas de defunción materna; se deben, en un 80%, a complicaciones obstétricas directas: hemorragia, sepsis, complicaciones del aborto, preclamsia o eclampsia, y trabajo de parto prolongado u obstruido; un 20% de esas defunciones tienen causas indirectas, por lo general trastornos médicos preexistentes agravados por el embarazo o el parto, inclusive anemia, paludismo, hepatitis y, cada vez más, SIDA.

Tasa de mortalidad infantil de acuerdo al SIISE, es un indicador de resultado que refleja varias situaciones de salud ligadas a la madre y su atención durante el embarazo, el parto y el puerperio: por ejemplo, su estado nutricional, la presencia de toxemias del embarazo o dificultades al momento del nacimiento; pero sobre todo refleja el estado de salud del niño durante el primer año de vida: crecimiento y desarrollo, desnutrición, avitaminosis, anemia, inmunizaciones contra las enfermedades contagiosas más frecuentes, detección oportuna de anomalías congénitas y la práctica adecuada y permanente de la lactancia materna, por lo menos durante los seis primeros meses de vida.

La información disponible muestra una reducción de la tasa de mortalidad infantil de 101,9% muertes por 1.000 nacidos vivos en 1956 a 22,1% en el 2005.

Sin embargo del descenso anotado, la STFS-SIISE menciona que permanecen "importantes inequidades en el sistema de salud, mostrando tasas de mortalidad

mucho más altas y acceso limitado a atención de salud para la población indígena, los pobres y aquellos que viven en áreas rurales”.

Respecto a las principales causas de mortalidad infantil en el Ecuador, el SIISE menciona que “las principales causas de muerte se relacionan con enfermedades prevenibles

El SIISE indica que se trata de un indicador de resultado; pasado el primer año de vida, los riesgos de enfermar y morir se asocian principalmente con las condiciones del cuidado infantil, el complemento y refuerzo de los esquemas de vacunación, el consumo de alimentos adecuados, la prevención o tratamiento efectivo de las principales enfermedades del grupo de edad, las infecciones respiratorias y las enfermedades diarreicas agudas, y la prevención de accidentes en el hogar.

La tasa de mortalidad en la niñez se redujo de 40,7% muertes por cada mil nacidos vivos en 1991 a 26% en el 2004, como resultado de mejoras en la disponibilidad y calidad de los servicios de salud, el acceso a los servicios básicos de agua y saneamiento y la educación de las mujeres.

No obstante el descenso señalado, la cifra del año 2004 es considerablemente mayor a la de países como Islandia, que tiene la menor tasa de muerte de niños en el mundo (tres por cada 1.000 nacidos vivos) o Cuba, que tiene la menor tasa en América Latina (siete por 1.000 nacidos vivos).

En el país, a pesar de la disminución observada en los últimos años, la desnutrición afecta a un importante porcentaje de la niñez ecuatoriana; cifras al respecto proporcionadas por el SIISE, señalan que entre 1998 y 2004 la desnutrición crónica (baja talla) disminuyó de 21% a 17.4% y la desnutrición global (bajo peso) de 16.9% a 14.7%; esto significa que en el año 2004, cerca de uno de cada cinco niños/as menores de cinco años sufría de desnutrición crónica y un poco más de uno de cada diez de desnutrición global; lo cual implica que alrededor de 210.000 niños/as menores de cinco años adolecían de una baja talla para su edad y de 176.000 niños/as de un bajo peso para su edad.

De acuerdo a la fuente anotada, la situación es más crítica en el área rural; los niños/as del área rural presentan baja talla (26.6%) y bajo peso (18.4%) para su edad, en tanto que, en el área urbana, 12% y 12.4%, respectivamente.

En lo que respeta a tuberculosis la tendencia de la incidencia notificada en los últimos 10 años ha sido muy irregular con una la incidencia promedio fue de 50/100.000 en el año 2003 se notificaron 5789 casos nuevos de tuberculosis de todas las formas con una tasa de incidencia de 44.9% por 100.000 habitantes, de este número el 78% fueron tuberculosis pulmonar BK (4488 casos, 34.85 % por 100.000 habitantes), existe históricamente un importante subregistro de casos, lo que hace que la verdadera extensión de la epidemia de tuberculosis en el Ecuador sea aún desconocida, el control de tuberculosis tiene grandes variaciones según regiones y provincias.

3.1.2.1. Atención Hospitalaria en el Ecuador

Según el INEC 2004 la población del Ecuador fue de 13.026.891 el número de camas disponibles fue de 21.200 con el 1.6% camas por 1000 habitantes, con un porcentaje de ocupación de camas disponibles del 46.3%, giro de camas de 36, 22.981 de camas hospitalarias de dotación normal, 763.643 de egresos hospitalarios, lo que representa el 58.6% egresos por 1000 habitantes, con un promedio de días de estada del 4.7%, las defunciones hospitalarias fueron del 10.507 lo que significa el 0.8% defunciones hospitalarias por 1000 habitantes.

La cobertura alcanzada en el 2004 fué de 691 establecimientos distribuidos de la siguiente manera Hospitales generales 71, cantonales 92, pediátricos 5, de maternidad 9, de aislamiento 1, neumológicos 1, de rehabilitación de alcohólicos 1, psiquiátricos 4, geriátricos 1, de SOLCA 6, leprocomios 2, clínicas particulares 498 dando un total de 691 establecimientos.

Para la región Sierra y entre ellas la Provincia de Pichincha la población a Junio del 2004 fue de 2.572.154, con un número de camas disponibles de 5102 lo que representa el 2% de camas por 1000 habitantes, con un porcentaje de ocupación de camas disponibles del 52.7% giro de camas de 36, egresos hospitalarios de

183.504, lo que significa el 71.3% egresos por 1000 habitantes, con promedio de 5.4 de días estada, el número de defunciones hospitalarias fue de 3.037 lo que representa el 1.2% defunciones hospitalarias por 1000 habitantes.

Según el INECC en el año 2004 691 fueron los establecimientos Hospitalarios distribuidos de la siguiente manera en la Región Sierra 331(47.9%), en la Costa 316 (45.7) región Amazónica 36 (5.2%), y la Región Insular con el 1.2%.

En cuanto al número de egresos Hospitalarios entre los años 1994 al 2004 existe un crecimiento del 35.3% pues en el año 1994 de 564.485 se incrementa en 763.643 en el 2004.

De los 691 establecimientos hospitalarios registrados en el 2004 se determina que el 72.1% corresponden a Clínicas particulares, 13.3% a Hospitales cantonales, 10.3% Hospitales Generales, y solamente 4.4% Hospitales Especializados.

Según el Sector al que pertenecen los establecimientos de Salud tenemos: Sector Público con el 25.6% Sector Privado con el 74.4%.

El número de camas hospitalarias durante los años 1994 a 2004 fueron de 17.573 a 21.200 observándose un incremento del 20.6% según la distribución por Provincias se observa que Pichincha en la Región Sierra y Guayas en la Región Costa son las que tienen mayor número de camas hospitalarias que al sumar corresponden al 61% en el año 1994 y del 54.6% en el 2004.

El número de egresos Hospitalarios en el año 1994 fue 564.485 y en el 2004 de 763.643 con un aumento del 35.3%, observándose que Guayas es la provincia con mayor número de egresos hospitalarios, con el 29.7%, seguida de Pichincha con el 24% debido a que son los polos de desarrollo del país y por ende disponen del mayor número de establecimientos de salud.

La distribución de camas Hospitalarias de dotación normal según especialidades o servicios médicos durante los años 1994 a 2004 tenemos en primer lugar servicios indiferenciados 26.4%, Medicina General con el 15.2% Pediatría y Neonatología 12.2% Infectología 0.9%, comparando con el año 1994 se observa un incremento del 0.7% en la especialidad de Infectología.

En cuanto al número de camas hospitalarias disponibles en los años 1987- 2005 tenemos en el año 2005 21368 en el 2004, 21.200 en el 2001 se registran 20171 camas disponibles siendo estos años los de mayor disponibilidad de camas.

En el año 1989 registró 59.1% en relación al promedio de camas ocupadas diariamente, seguidas por el 45.8% en el 2005.

El número de rendimientos o giro de camas registrados durante los años 1987 fue de 29 y en el 2005 38.

El número de egresos hospitalarios registrados en el 1987 fue 471.441, mientras que en el 2005 fue de 802.943.

El promedio de días estada durante los años 1987-1988-1989 fue de 7.3% en promedio seguidos por un promedio del 6.2% para los años 1991-1992-1993 y para los años 2003-2004 – 2005 corresponde a un 4.2%.

En lo referente al número de defunciones hospitalarias se observa en primer lugar el año 1998 con 11.521 defunciones, seguidas por 11.390 defunciones en el año 1996, a continuación se registra el año 2005 con 11.092 defunciones.

3.1.2.2. Contexto del Hospital

3.1.2.2.1. Antecedentes.

En París en el año 1912 el Señor Héctor Baca deja un legado en el que “encarga al cabildo eclesiástico de Quito” la construcción y sostenimiento de un Hospital para niños pobres en Quito, hecho que debía realizarse luego de la muerte de su esposa señora Dolores Ortiz de Baca, misma que ocurrió en 1923.

Al año siguiente 1924 se constituyó en Quito la “junta administrativa del Hospital Baca Ortiz” presidida por el doctor Gabriel Araujo M; el 14 de julio de 1948 abre sus puertas el Hospital de Niños Baca Ortiz, en el edificio de la casa de Hacienda ubicado en las calles Mariano Aguilera (hoy 6 de diciembre) y Colón, adecuándose el lugar destinado a las caballerizas, por un lado la sala de Infectología y al otro extremo la sala de cirugía.

Es importante mencionar que pediatras como Carlos Andrade Marín, Jorge Vallarino, Geza Fish Aldo Muggia entre otros, A gusto Bonilla, como cirujano y galo Ballesteros como ortopedista, fueron sus primeros médicos tratantes, todos ellos colaboraron ad-honorem, junto con las hermanas de la Caridad, que realizaban las funciones de enfermería.

La demanda de atención médica en el Hospital iba en aumento, se requería mayor número de cunas, por lo que en 1962 el Arquitecto Sixto Durán Ballén,

realizó un proyecto de edificio con 5 plantas, para 230 camas, mismo que se construyó en 1964. Esta nueva estructura sirvió para la atención de muchos niños de la ciudad de Quito, la provincia y todo el país.

Hasta que el comité técnico de esta Casa de Salud, preocupado por la demanda creciente de servicios pediátricos, solicita se construya un hospital de mayor capacidad. Fue así que el 8 de agosto de 1979 el Ministro de Salud doctor Gil Bermeo Vallejo suscribe con Focoex y entrecanales y Tavora el financiamiento, equipamiento y construcción del nuevo hospital.

En 1981, se inicia la obra pero es suspendida por el Ministro de Salud Dr. Francisco Huerta Montalvo quién expresa que no se deben construir hospitales pediátricos sino más bien integrales a hospitales generales como Servicio de Pediatría. Abandonando al deterioro parte de la obra construida.

Cinco años después durante la presidencia del ing. León Febres Cordero, se logra retomar la obra gracias al apoyo del Sr. Ministro de Salud Dr. Jorge Bracho Oña se ratificó la firma con las mismas compañías españolas el refinanciamiento de la obra el 6 de junio de 1986, la construcción del auditorio no se realizó pues sus fondos fueron destinados por el Ministro de Salud de ese entonces DR José Thome Amador para otra obra en la provincia de Imbabura. Finalmente el proyecto mutilado fue entregado en julio de 1988.

Durante la administración del doctor Paúl Astudillo Neira en 1999 se logró rehabilitar algunas áreas del viejo edificio para destinarlas a oficinas de administración.

3.1.2.2.2. Datos de Identificación

El Hospital Baca Ortiz está ubicado en la provincia de Pichincha Cantón Quito, parroquia la Floresta, región Sierra localizado entre las calles Colón y Seis de Diciembre su número telefónico 2221703, es un Hospital de tercer nivel que atiende a Niños desde horas de nacido hasta los 15 años de edad cuenta con todas las especialidades.

3.1.2.2.3. Área Física del Hospital.

El Hospital Baca Ortiz cuenta con un área de construcción de 18.000m² distribuidos en servicios de hospitalización de aproximadamente 500 m², existen 2 edificios el antiguo donde se encuentra el área administrativa, y el servicio de onco-hematología en el quinto piso y el área moderna donde funciona hospitalización.

3.1.2.2.4. Categorización del Hospital

El Hospital Pediátrico “Baca Ortiz”, es una unidad de tercer nivel del sistema del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, especializado en la atención del paciente pediátrico y de especialidades, cuenta con 33 subespecialidades; Otorga atención integral de salud funciona desde el 14 de julio de 1948.

El Hospital de Niños Baca Ortiz de la Ciudad de Quito perteneciente al Ministerio de Salud Pública dispuso de 234 camas hospitalarias, 85.644, con un porcentaje de ocupación de 71.4% 27 rendimiento o giro de camas, con un promedio diario de camas ocupadas de 167.

Recibe referencia nacional de preferencia de las provincias del centro y norte del país.

El Hospital de Niños Baca Ortiz brinda **atención especializada** de emergencias, recuperación y rehabilitación a los usuarios de las diferentes especialidades y subespecialidades médicas, atiende a toda la población del país a través de la referencia y contrarreferencia, la atención es ambulatoria y de hospitalización, desarrolla actividades de docencia e investigación en salud, corresponde al tercer nivel de prestación de servicios, se encuentra ubicado en el Distrito Metropolitano de Quito considerada como polo de desarrollo y de mayor concentración poblacional; cuenta con servicios, especialidades y subespecialidades como cardiología nefrología, cirugía, oftalmología, estomatología, otorrinolaringología, oncohematología, neurología, neurofisiología, traumatología, neonatología, lactantes, diálisis, clínica general y de especialidades ,cuidados intensivos, quirófanos e infectología, laboratorio clínico, farmacia, trabajo social, radiología, emergencia y consulta externa.

3.1.2.2.5. Información Demográfica

El área de influencia es la provincia de Pichincha, con 2' 524.464 (2005).

La distribución por grupos etareos de la población objeto es:

CUADRO Nº 1

> de 1 año	45.415
De 1 a 4 años	211.098
De 5 a 14 años	519.174
Total	775.687

Mujeres en edad fértil de 19 a 49 años	707.943
--	---------

Principales indicadores demográficos de Pichincha

Indicador	Pichincha	País
Nacimientos registrados:	58.526	332.776
Tasa Bruta de Natalidad/1000 Hab	14,5	15,9
Tasa de Mortalidad Infantilidad/ 1000 nv	31,6	24,9

3.1.2.2.6. Infraestructura Sanitaria del HBO

Agua: Se abastece del sistema de agua pública, la misma que se almacena en 2 tanques cisternas de 350 m³ la distribución al edificio se realiza mediante 2 tanques hidroneumáticos y 3 bombas.

Alcantarillado sanitario: Suficiente y capaz para evacuar las aguas negras. Posee un sistema para tratamiento de aguas negras (dañada), las aguas lluvias se elimina con sistema independiente.

Desechos hospitalarios: Cuenta con un sistema para los desechos sólidos.

Electricidad: Se abastece de la red pública, para las emergencias (cortes) se dispone de planta generadora.

En el funcionamiento de calderos se consume 450 galones diarios de diesel, esto origina contaminación del aire.

3.1.2.2.7 Perfil Epidemiológico

En consulta externa es importante la atención que corresponde al primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública, como son la atención de enfermedades diarreicas (6,41%) y problemas respiratorios (10,26%).

Consultas de especialidad: 60794 (79,05%).

3.1.2.2.8. Vigilancia Epidemiológica

- Desconocimiento del SIVE-ALERTA.
- No se dispone de un mapa epidemiológico.
- Reporte inadecuado de enfermedades de declaración obligatoria.
- No vigilancia del comité de Bioseguridad.
- Inoperancia del comité de Infecciones Nosocomiales.
- Uso irracional de antibióticos.
- Incumplimiento de normas de: limpieza, desinfecciones, esterilización, asepsia y antisepsia.
- Los médicos no trabajan con protocolos preestablecidos y de acuerdo al perfil epidemiológico.

3.1.2.2.9 Perfil Epidemiológico del Hospital.

3.1.2.2.9.1. Análisis de Resultados

3.1.2.2.9.1.1. Indicadores de Rendimiento

CUADRO Nº 2

INDICADORES HOSPITALARIOS TOTAL HOSPITAL TOTAL AÑO 2004

SERVICIOS	ALTAS	DEFUNCIONES		TOTAL DEFUNCIONES	TOTAL EGRESOS	GIRO DE CAMAS	% DE OCUPACIÓN	X DIAS ESTADA	X CAMAS DISPONIBLES	TASA MORTALIDAD +48H.	DOTACIÓN NORMAL DE CAMAS
		-48H	+48H								
NEONATOLOGÍA	360	35	86	121	481	22,9	97,8	14,2	21	17,9	21
LACTANTES	833	25	45	70	903	30,1	82,9	9,2	30	5,0	32
CIRUGÍA	1504	13	41	54	1558	41,0	80,6	6,7	38	2,6	38
CLÍNICA GENERAL	973	7	19	26	999	27,7	67,0	7,1	36	1,9	36
CLÍNICA ESPECIAL	1044	12	26	38	1082	30,0	73,5	8,7	36	2,4	36
TRAUMATOLOGÍA	768			0	768	18,3	82,9	15,4	42	-	42
Infectología	424	3	9	12	436	22,9	74,9	10,8	19	2,1	19
QUEMADOS	104		3	3	107	8,9	68,3	23,3	12	2,8	12
TOTAL	6.010	95	229	324	6.334	27,1	78,6	9,7	234	3,6	236
CUID. INTENSIVOS	244	49	50	99	343	42,9	69,8	5,7	8	0,9	6
EMERGENCIA	4125	70	7	77	4.202	161,6	114,6	-	26	0,2	26

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos Hospital "Baca Ortiz"

Elaboración: Fanny Salazar

ANÁLISIS.

En este cuadro podemos observar que el servicio que mayor demanda es Cirugía con 1558 seguidos por el servicio de clínica de especialidades con 1082, clínica general con 999, lactantes con 903 Traumatología 768 egresos, neonatos 481 egresos y el servicio de Quemados con 107 egresos anuales.

CUADRO Nº 3

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD			
CÓDIGO	CAUSAS	CASOS	%
J 10-18	NEUMONÍA	900	14,2
S 00-09	TRAUMATISMOS DE LA CABEZA	313	4,9
K 35-38	ENFERMEDADES DEL APÉNDICE	295	4,7
Q 20-28	MALFORMACIONES CONGÉNITAS DEL SISTEMA CIRCULATORIO	252	4,0
Z 40-54	PERSONAS EN CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD PARA PROCEDIMIENTOS	230	3,6
L 00-08	INFECCIONES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO	203	3,2
Q 65-79	MALFORMACIONES Y DEFORMIDADES CONGÉNITAS DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR	179	2,8
P 20-29	TRASTORNOS RESPIRATORIOS Y CARDIOVASCULARES ESPECÍFICOS DEL PERIODO		0,0
	PERINATAL	155	2,4
N 30-39	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO	151	2,4
S 40-49	TRAUMATISMOS DEL HOMBRO Y DEL BRAZO	141	2,2
E 40-46	DESNUTRICIÓN	140	2,2

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos Hospital "Baca Ortiz"

Elaboración: Fanny Salazar

ANÁLISIS.

En el 2004 la primera causa de morbilidad fue la neumonía con 900 casos que representa el 14.2% la que está en relación con la morbilidad infantil a nivel país seguidos por Traumatismo de cabeza con 313 casos que representa 4.9 % enfermedades de la apéndice con 295 casos con 4.7% malformaciones del sistema circulatorio 4.% **Infecciones de la Piel 203 casos** con el 3.2%, malformaciones deformidades del Sistema Osteomuscular 179 casos con el 2.8%, Trastornos respiratorios y cardiovasculares peri natales 155 casos con el 2.4% etc.

CUADRO N° 4

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD			
CÓDIGO	CAUSAS	CASOS	%
P 20-29	TRASTORNOS RESPIRATORIOS Y CARDIOVASCULARES ESPECÍFICOS DEL PERIODO		
	PERINATAL	37	11,4
A 30-49	OTRAS ENFERMEDADES BACTERIANAS	36	11,1
Q 20-28	MALFORMACIONES CONGÉNITAS DEL SISTEMA CIRCULATORIO	35	10,8
P 35-39	INFECCIONES ESPECIFICAS DEL PERIODO PERINATAL	29	9,0
J 10-18	NEUMONÍA	27	8,3
G 00-09	ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	14	4,3
E 40-46	DESNUTRICIÓN	12	3,7
Q 38-45	OTRAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS DEL SISTEMA DIGESTIVO	11	3,4
C 81-96	TUMORES (NEOPLASIAS) MALIGNOS DEL TEJIDO LINFÁTICO , DE LOS ÓRGANOS		
	HEMATOPOYÉTICOS Y DE TEJIDOS AFINES	9	2,8
D 37-48	TUMORES (NEOPLASIAS) DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO	9	2,8
S 00-09	TRAUMATISMOS DE LA CABEZA	8	2,5

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos Hospital "Baca Ortiz"

Elaboración: Fanny Salazar

ANÁLISIS

La primera causa de Mortalidad en el 2004 fueron los Trastornos Respiratorios y Cardiovasculares Peri natales 37 casos que representa el 11.4% en segundo lugar tenemos **enfermedades bacterianas** 36 casos con 11.1%, malformaciones del Sistema circulatorio 35 casos con el 10.8%, Neumonía 27 casos con e 8.3% **Enfermedades del Sistema Central** con 14 casos con 4.3% Desnutrición, Malformaciones del Sistema Digestivo, tumores malignos.

CUADRO Nº 5
INDICADORES HOSPITALARIOS 2005

SERVICIOS	ALTAS	DEFUNCIONES		TOTAL DEFUNCIONES	TOTAL EGRESOS	GIRO DE CAMAS	% DE OCUPACIÓN	X DIAS ESTADA	X CAMAS DISPONIBLES	TASA MORTALIDAD +48H.	DOTACIÓN NORMAL DE CAMAS
		-48H	+48H								
NEONATOLOGÍA	355	24	68	92	447	21,2	95,9	14,7	21	15,2	21
LACTANTES	887	9	38	47	934	31,0	86,4	9,2	30	4,1	32
CIRUGÍA	1541	10	27	37	1578	41,6	81,3	6,6	38	1,7	38
CLÍNICA GENERAL	1075	7	12	19	1094	30,2	67,6	6,9	36	1,1	36
CLÍNICA ESPECIALIA	986	5	25	30	1016	28,2	73,3	8,7	36	2,5	36
TRAUMATOLOGÍA	743		2	2	745	17,7	74,3	14	42	0,3	42
Infectología	412	3	9	12	424	22,3	70,6	9,8	19	2,1	19
QUEMADOS	115	1	6	7	122	10,2	74,0	24,4	12	4,9	12
TOTAL	6.114	59	187	246	6.360	27,1	77,4	9,4	234	3,0	236
CUID. INTENSIVOS	263	48	42	90	353	38,5	61,6	5,7	9	11,9	11
EMERGENCIA	3954	64	31	95	4.049	150,0	117,2	-	26	0,8	27

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos Hospital "Baca Ortiz"

Elaboración: Fanny Salazar

ANÁLISIS.

En este cuadro podemos observar que el servicio que mayor demanda tiene es cirugía en el año 2005 con 1578 egresos, seguidos por el servicio de clínica general con 1094 egresos, clínica de especialidades con 1016, lactantes con 934, traumatología 745, neonatología 447, infectología con 424, quemados con 122 egresos anuales, en relación al giro de camas el servicio que más alto tiene es Cirugía con 41.6% que corresponde al 81.3% de ocupación, seguidos por clínica general con el 30.2% que corresponde al 67.6% de ocupación, clínica de especialidades de 28.2% con el 73.3%, Infectología 22.3% que representa el 70.6% de porcentaje de ocupación, Traumatología con el 17.7% que corresponde al 74.3%, quemados es el servicio que menor giro de camas tuvo en el año 2005 con el 10.2% que representa el 74%. En cuanto al promedio de días estada el Servicio de Quemados ocupa el primer lugar, con 24.4% seguidos por Neonatología con 14.7%, Traumatología con 14 días estada, a continuación está Infectología con 9.8 días que con relación al número de camas 19 es alto y al final tenemos el servicio de Lactantes con 9.2 días estada.

CUADRO Nº 6

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD			
CÓDIGO	CAUSAS	CASOS	%
J 10-18	NEUMONÍA	1006	15,8
K 35-38	ENFERMEDADES DEL APÉNDICE	374	5,9
S 00-09	TRAUMATISMOS DE LA CABEZA	278	4,4
Q 20-28	MALFORMACIONES CONGÉNITAS DEL SISTEMA CIRCULATORIO	233	3,7
S 40-49	TRAUMATISMOS DEL HOMBRO Y DEL BRAZO	167	2,6
L 00-08	INFECCIONES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO	157	2,5
Z 40-54	PERSONAS EN CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD PARA PROCEDIMIENTOS		
	ESPECÍFICOS Y CUIDADOS DE SALUD	157	2,5
Q 65-79	MALFORMACIONES Y DEFORMIDADES CONGÉNITAS DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR	154	2,4
P 20-29	TRASTORNOS RESPIRATORIOS Y CARDIOVASCULAR. ESPECÍFICOS DEL PERIODO PERINATAL	144	2,3
N 30-39	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO	140	2,2

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos Hospital "Baca Ortiz"

Elaboración: Fanny Salazar

ANÁLISIS

En este cuadro se observa que la principal causa de morbilidad es la Neumonía con 1006 casos que representa el 15.8%, que está en relación con la morbilidad infantil a nivel país seguidos por enfermedades de apéndice con 374 casos que representa 5.9%, Traumatismos de cabeza con 4.4%, Malformaciones del Sistema Circulatorio 233 con el 3.7%, Traumatismos de hombro y Brazo 2.6% , **INFECCIONES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO 157** casos que representa el 2.5%, Personas en contacto con los servicios de salud para los procedimientos específicos se refiere a pacientes que requieren continuos tratamientos de carácter ambulatorio, por ejemplo la quimioterapia, Malformaciones del sistema Osteomuscular, Trastornos respiratorios del periodo peri natal y por último enfermedades del sistema Urinario; estas últimas causas están influenciadas por las condiciones sociales, culturales y económicas de la población.

CUADRO Nº 7

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD			
CÓDIGO	CAUSAS	CASOS	%
P 35-39	INFECCIONES ESPECÍFICAS DEL PERÍODO PERINATAL	28	11,3
Q 20-28	MALFORMACIONES CONGÉNITAS DEL SISTEMA CIRCULATORIO	24	9,7
P 20-29	TRASTORNOS RESPIRATORIOS Y CARDIOVASCULAR. ESPECÍFICOS DEL PERIODO PERINATAL	21	8,5
A 30-49	OTRAS ENFERMEDADES BACTERIANAS	20	8,1
E 40-46	DESNUTRICIÓN	11	4,5
J 10-18	NEUMONÍA	12	4,9
G 00-09	ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	8	3,2
D 37-48	TUMORES (NEOPLASIAS) DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO	7	2,8
C 81-96	TUMORES (NEOPLASIAS) MALIGNOS DEL TEJIDO LINFÁTICO , DE LOS ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS Y DE TEJIDOS AFINES	6	2,4

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos Hospital "Baca Ortiz"

Elaboración: Fanny Salazar

ANÁLISIS

La primera causa de mortalidad en el 2005 son infecciones específicas peri natales 28 casos que representa el 11.3% seguidas por malformaciones del sistema circulatorio con 24 casos con el 9.7%, tercera causa trastornos respiratorios y cardiovascular 21 casos que representa el 8.5%, cuarta causa tenemos enfermedades bacterianas 20 casos con el 8.1%, respectivamente tres principales causas que están en relación a las situaciones vividas durante la gestación , los Neonatos que son atendidos en el Hospital son transferidos de otras unidades donde se produjo el parto, en quinto lugar la Desnutrición 11, Neumonía 12 casos con el 4.9% la que está influenciada por las condiciones socio económicas y culturales de la población , las Neumonías que se atienden en el Hospital son complicadas , **ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL** 8 casos que representa el 3.2% ,tumores desconocidos con el 2.8%, Tumores malignos con el 2.4%.

CUADRO Nº 8

INDICADORES HOSPITALARIOS "TOTAL HOSPITAL" TOTAL AÑO 2006

SERVICIOS	ALTAS	DEFUNCIONES		TOTAL DEFUNCIONES	TOTAL EGRESOS	GIRO DE CAMAS	% DE OCUPACIÓN	X DIAS ESTADA	X CAMAS DISPONIBLES	TASA MORTALIDAD +48H.	DOTACIÓN NORMAL CAMAS
		-48H	+48H								
NEONATOLOGÍA	361	10	59	69	430	21,5	97,0	15,4	20	13,8	21
LACTANTES	825	13	35	48	873	30,8	96,3	10,1	28	4,0	32
CIRUGÍA	1643	10	38	48	1691	44,5	87,3	6,3	38	2,2	38
CLÍNICA GENERAL	1157	9	17	26	1183	32,8	73,3	6,6	36	1,4	36
CLÍNICA ESPECIALIA	1104	11	22	33	1137	31,5	78,0	8,1	36	1,9	36
TRAUMATOLOGÍA	851	0	1	1	852	20,3	78,1	12,9	42	0,1	42
Infectología	412	2	9	11	423	22,2	77,0	10,9	19	2,1	19
UNID. QUEMADOS	141	0	3	3	144	12,0	85,0	23	12	2,0	12
TOTAL	6.494	55	184	239	6.733	29,1	84,1	10,1	231	2,7	236
CUID. INTENSIVOS	277	29	58	87	364	33,0	56,0	6	11	15,9	11
EMERGENCIA	3480	67	23	90	3.570	132,2	111	-	26	0,6	27

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos Hospital "Baca Ortiz"

Elaboración: Fanny Salazar

ANÁLISIS. Si comparamos con los años anteriores tenemos que el servicio de Cirugía es de mayor demanda tuvo con 1691 casos, clínica general 1183, clínica de especialidades 1137, el servicio de menor demanda es quemados con 144 egresos.

CUADRO Nº 9
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD

CÓDIGO	CAUSAS	CASOS	%
J 10-18	NEUMONÍA	1167	18,0
K 35-38	ENFERMEDADES DEL APÉNDICE	400	6,2
S 00-09	TRAUMATISMOS DE LA CABEZA	332	5,1
Q 20-28	MALFORMACIONES CONGÉNITAS DEL SISTEMA CIRCULATORIO	281	4,3
J 10-18	NEUMONÍA	1167	18,0
K 35-38	ENFERMEDADES DEL APÉNDICE	400	6,2
S 00-09	TRAUMATISMOS DE LA CABEZA	332	5,1
Q 20-28	MALFORMACIONES CONGÉNITAS DEL SISTEMA CIRCULATORIO	281	4,3
Z 40-54	PERSONAS EN CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD PARA PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS Y CUIDADOS DE	255	3,9
Q 65-79	MALFORMACIONES Y DEFORMACIONES CONGÉNITAS DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR	202	3,1
L 00-08	INFECCIONES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO	185	2,8
S 40-49	TRAUMATISMOS DEL HOMBRE Y DEL BRAZO	152	2,3
T 29-32	QUEMADURAS Y CORROSIONES DE MÚLTIPLES REGIONES DEL CUERPO Y LAS NO ESPECIFICADAS	152	2,3
P 20-29	TRASTORNOS RESPIRATORIOS Y CARDIOVASCULARES ESPECÍFICOS DEL PERIODO PERINATAL	134	2,1

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos Hospital "Baca Ortiz"

Elaboración: Fanny Salazar

ANÁLISIS

La primera causa de morbilidad sigue siendo la Neumonía con 1167 casos que representa el 18% en segundo lugar tenemos las enfermedades del apéndice con 400 casos que representa el 6.2%, en tercer lugar tenemos los traumatismos de cabeza 332 casos con el 5.1% que se originan en accidentes de tránsito, violencia intra y extra domiciliaria.

CUADRO N° 10

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD

CÓDIGO	CAUSAS	CASOS	%
Q 20-28	MALFORMACIONES CONGÉNITAS DEL SISTEMA CIRCULATORIO	27	11,3
J 10-18	NEUMONÍA	25	10,5
P 35-39	INFECCIONES ESPECIFICAS DEL PERIODO PERINATAL	23	9,6
A 30-49	OTRAS ENFERMEDADES BACTERIANAS	19	7,9
P 20-29	TRASTORNOS RESPIRATORIOS Y CARDIOVASCULARES ESPECÍFICOS DEL PERIODO PERINATAL	18	7,5
S 00-09	TRAUMATISMOS DE LA CABEZA	13	5,4
Q 38-45	OTRAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS DEL SISTEMA DIGESTIVO	10	4,2
D 37-48	TUMORES(NEOPLASIAS) DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO	10	4,2
E 40-46	DESNUTRICIÓN	10	4,2
C 81-96	TUMORES MALIGNOS DEL TEJIDO LINFÁTICO DE LOS ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS Y DE TEJIDOS AFINES	8	3,3

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos Hospital "Baca Ortiz"

Elaboración: Fanny Salazar

ANÁLISIS.

En el 2006 la primera causa de mortalidad fueron las malformaciones congénitas del sistema circulatorio con 27 casos que representa el 11.3%, en segundo lugar tenemos la Neumonía con 25 casos que representa el 10.5%, en tercer lugar tenemos las infecciones específicas del período peri natal con 23 casos que representa el 9.6%, en cuatro lugar tenemos enfermedades bacterianas 19 casos que representa el 7.9%.

CUADRO Nº 11

TOTAL ATENCIONES EN CONSULTA EXTERNA AÑO 2006

ESPECIALIDADES	TOTAL AÑO
PEDIATRIA CLÍNICA	12.876
CARDIOLOGÍA	4.160
CIR. CARDIOVASCULAR	886
CIRUGÍA GENERAL	2.749
CIRUGÍA MÁXILO FACIAL	923
CIRUGÍA PLÁSTICA	4.637
DERMATOLOGÍA	2.561
ENDOCRINOLOGÍA	1.826
GASTROENTEROLOGÍA	1.575
GENÉTICA	344
HEMATOLOGÍA	4.561
INFECTOLOGÍA	894
INMUNOLOGÍA	707
NEFROLOGÍA	970
NEUMOLOGÍA	2.259
NEUROCIROLOGÍA	1.408
NEUROLOGÍA	5.797
NUTRIOLOGÍA	313
ODONTOLOGÍA	6.507
OFTALMOLOGÍA	3.608
ONCOLOGÍA	1.440
ORTODONCIA	2.063
OTORRINOLARINGOLOGÍA	6.726
REHABILITACIÓN	2.119
PSICOLOGÍA CLÍNICA	1.586
SICOREHABILITACIÓN	960
TRAUMATOLOGÍA	9.539
UROLOGÍA	4.029
TOTAL ATENCIONES	88.023

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos Hospital "Baca Ortiz"
Elaboración: Fanny Salazar

Análisis: En consulta externa en el año 2006 vemos que las especialidades de mayor demanda fueron Pediatría clínica con 12.876 que representa el 14.6% seguida por Traumatología con 9539 que corresponde al 10.8%, en tercer lugar tenemos ORL con 6726 que representa el 7.6% del total de consultas de ese año.

CUADRO Nº 12

CENTRO QUIRURGICO

CIRUGÍAS CLASIFICADAS POR HOSPITALIZACIÓN,

CONSULTA EXTERNA Y EMERGENCIA

TOTAL AÑO 2006

ESPECIALIDADES	HOSPITALIZACIÓN	CONSULTA	EMERGENCIA	TOTAL	%
CARDIOVASCULAR	133	2	3	138	2,3
CIRUGÍA GENERAL	561	564	785	1.910	31,3
CIRUGÍA PLÁSTICA	35	385	61	481	7,9
ENDOSCOPIAS	41	154	42	237	3,9
MÁXILO FACIAL	38	66	5	109	1,8
NEUROCIRUGÍA	274	0	163	437	7,2
OFTALMOLOGÍA	19	270	17	306	5,0
ODONTOLOGÍA	4	131	0	135	2,2
OTORRINOLARINGOLOGÍA	8	172	9	189	3,1
QUEMADOS	282	0	0	282	4,6
TRAUMATOLOGÍA	1129	69	303	1.501	24,6
UROLOGÍA	86	182	3	271	4,4
OTRAS	18	7	79	104	1,7
TOTAL	2.628	2.002	1.470	6.100	100,0
Días				365	
Promedio diario de cirugías				17	

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos Hospital "Baca Ortiz"
Elaboración: Fanny Salazar

Análisis: En centro quirúrgico en el año 2006 vemos que cirugías clasificadas por Hospitalización, consulta externa y emergencias fueron en primer lugar Traumatología con 1129 en Hospitalización, 69 consultas, 303 emergencias que dan un total 1501 que representa el 24.6%, seguidas por cirugía general con 561 hospitalizaciones, 564 consultas, 785 emergencias dando un total de 1910 que representa el 31.3% entre los más relevantes.

3.1.2.2.9.1.2. Recursos Humanos.

La institución cuenta con el siguiente personal:

CUADRO Nº 13

RECURSOS HUMANOS	NUMERO
Médicos tratantes	87
Médicos de postgrado	48
Médicos residentes	28
Médicos fonin	3
Internos rotativos de medicina	34
Enfermeras	220
Auxiliares de enfermería	119
Internas rotativas de enfermería	10
Auxiliares de administración	223
Auxiliares de alimentación	40
Médico de Farmacia	1
Laboratorio	5
Autopsia	1
Odontología	3
Centro infantil	9
Mantenimiento	13
Servicio civil y carrera administrativa	528

Fuente: Departamento de Estadística y Registros

Médicos Hospital "Baca Ortiz"

Elaboración: Fanny Salazar

El 100% del personal ingresan de acuerdo ha perfil solicitado para el puesto y por concurso de merecimientos y oposición, lo que no sucede con el personal de contrato colectivo el que ingresa mediante otras cláusulas que rigen el mismo.

3.1.2.2.9.1.3. Recursos Financieros.

El departamento financiero es uno de los pilares fundamentales de toda institución, tanto pública como privada, en el Hospital es un sólido departamento de gestión financiera más aún al tratarse de una entidad que tiene como objetivo principal brindar atención médica a los niños de todos los estratos sociales de nuestro país

El desafío es idear e instrumentar de manera exitosa sistemas y procedimientos que permitan ofrecer servicios de calidad; el presupuesto es anual y tiene una programación mensual de gastos.

En el Hospital tenemos fuentes de financiamiento son fiscales, de autogestión y preasignados; los cuales se distribuyen para la ejecución en gastos, sueldos del personal 64%, gastos en bienes y servicios, de consumo corriente, en bienes y servicios para inversión, y en bienes y servicios de larga duración.

Presupuesto asignación inicial total 9.373.873.96.

CUADRO Nº 14

GASTOS EJERCICIO FISCAL 2004

RUBROS	DENOMINACIONES
10311277.72	Asignación Presupuestaria
297277.39	Autogestión
7549901.92	Gastos de Personal
2095821	Bienes de uso y consumo
214938.78	Bienes y Servicios para inversión
291747.05	Bienes de Larga duración

Asignaciones Presupuestarias Porcentuales

PORCENTAJE	DENOMINACIONES
73%	Sueldos
20%	Gastos Operacionales
3%	Bienes de Larga Duración
2%	Inversión
2%	Otros Gastos

CUADRO N° 15
GASTOS EJERCICIO FISCAL 2005

CLASIFICADOR	FUENTE	DESCRIPCIÓN	ASIGNACIÓN	EJECUTADO	POR
51	0	Gastos en personal	6.732.025.15	2.626,870.93	4,741,781.09
51	1	Gastos en personal	34,929.98	13,207.74	21,722.24
53	0	Bienes y Serv.	1,973,598.47	370,960.59	1.547.213.88
53	1	Bienes y Serv.	108,922.19	1,608.73	156.038.44
57	0	Otros gastos corrientes	4,305.09	440.38	3.864.71
58	1	Transformaciones y	903.37	2.933.17	1,940.07
73	1	Bienes y servicios para la	49,622.06	0.00	71,114.00
73	5	Bienes y servicios para la	231,729.09	4.797.98	226.931.11
84	1	Bienes de larga duración	35,918.51	31,539.44	58,287.56
84	5	Bienes de larga duración	201,920.05	14,875.85	187.044.18

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos Hospital "Baca Ortiz"

Elaboración: Fanny Salazar

3.1.2.2.9.1.4. Recursos Tecnológicos

El hospital cuenta con el siguiente recurso tecnológico: Equipos de imagenología, ecografía, Rx fijo y portátil, equipo de ecocardiograma, ventiladores, máquinas de diálisis, incubadoras, monitores, electroencefalografía, equipos para potenciales evocados auditivos y visuales, audiómetros, máquinas de anestesia, sistema extracorpóreo, equipos de resucitación, instrumental para todo tipo de cirugía, calderos, autoclaves, esterilizadores, lavanderías, incineradores, tanques reservorios de oxígeno, cisternas para agua, tomas de succión ,tomas de vacío, tomas de aire respirable, utilería de hotelería, cunas de transporte, cunas de calor radiante, equipos de diagnóstico médico, equipos completos de laboratorio, lámparas cielíticas, generador eléctrico, computadoras, un tomógrafo de reciente instalación.

El departamento de mantenimiento se compone de 4 áreas:

1. Eléctrica y electrónica
2. Área industrial hidrosanitaria
3. Área central técnica y gases medicinales
4. Área electromecánica

No tienen ningún plan estratégico ni operativo trabajan con cronogramas de mantenimiento preventivo y correctivo que no consta registrado en ningún lugar el

mantenimiento correctivo se hace por pedidos de necesidades de los servicios, cuando se reportan daños y existe material disponible.

El esterilizador de dietas se hace cada 6 meses, el departamento de mantenimiento cubre el 70% el resto el 30% lo hace la empresa privada (ascensores, red de información, ambulancias y todo el equipo que está en comodato) el área industrial da mantenimiento a la infraestructura del Hospital, electromecánica se encarga del mantenimiento de motores.

El tiempo de vida útil de la mayor parte de los equipos es de 10 años en el Hospital sobrepasan los 17 años de utilidad, los equipos médicos dura 10 años pero su vida útil óptima es de 3 a 4 años razón por la cual ya están obsoletos en su mayoría agravándose este problema ya que no existe un mantenimiento preventivo.

3.1.2.2.9.1.5. Recursos Logísticos

El hospital dispone de 3 ambulancias nuevas, 2 antiguas, 1 ambulancia que hace servicio administrativo y otra que van a dar de baja, las ambulancias que transportan pacientes lo hacen con un promedio de 4 recorridos que han disminuido debido a que el Hospital cuenta con el Tomógrafo antes gastaban aproximadamente 40 dólares en gasolina en la actualidad a disminuido a 20 dólares.

3.1.2.2.9.1.6. Manejo de la Información

La central del manejo de información del departamento de estadística es el que recaba información datos de los partes diarios de servicios intermedios los unifica en un concentrado, un informe mensual por servicio, luego es enviada como boletín informativo de producción a la subdirección con el propósito de que se difunda esta información ha todos los servicios pero esto no ocurre, quedando toda la información archivada en la subdirección.

De estadística también se envían estos datos a la Dirección provincial de salud donde los procesan y se consolidan a nivel de Pichincha con otros datos de las otras instituciones y son enviados al Ministerio de Salud Pública no existe retroalimentación de datos.

3.1.2.2.9.1.7. Productividad

El hospital dispone de 36 especialidades como son Cardiología, cirugía cardíaca, anestesiología, cuidados intensivos, al disponer de circulación extracorpórea se ha intervenido a más de 1000 pacientes a corazón abierto y otro tanto sin que se requiere bomba de circulación extracorpórea, sobre todo para aquellos pacientes con cardiopatías complejas provenientes de todas las provincias del país, cuyos resultados son buenos y con baja mortalidad, igual mención para los servicios de traumatología que posee la casuística más numerosa del hospital, realizando intervenciones: con la técnica de preservación de hueso, en tumores malignos, para evitar la amputación en 12 pacientes, desde 1993, en columna con implantes de titanio desde el año 2002 en 38 pacientes.

Neurocirugía es el servicio que ha realizado mayor cantidad de resecciones de tumores cerebrales en el país, disponemos de neuro - endoscopia que ha revolucionado la conducta intervencionista de mínimo acceso y es una nueva opción para el tratamiento de hidrocefalia, quistes aracnoides y Tumores hipofisarios con recuperación total de los enfermos aquejados de estas patologías, Cirugía general con 2000 intervenciones quirúrgicas por año, en las áreas de neonatología, tumoraciones y laparoscopia; con resultados magníficos en la resolución de anomalías congénitas del tubo digestivo, así como en la cirugía de mínimo acceso en tórax y abdomen; Cirugía plástica y reconstructiva servicio óptimo en el manejo de quemados, con 111 ingresos por año con mortalidad menor al 4%, también resuelve malformaciones congénitas como labio leporino, paladar hendido con más de 700 intervenciones al año y un total de 1.713 intervenciones en los 2 campos.

Es el único Hospital para Niños que brinda el servicio de hemodiálisis así como también ha pacientes afectados de leucemia, hemofilia y sida; también disponemos del servicio de neonatos más numeroso y efectivo del país.

El recurso humano profesional es altamente capacitado en todas las especialidades y subespecialidades pero su contingente especialmente en consulta externa fue subutilizado pues en la actualidad se está atendiendo hasta las 19 horas 30 minutos de la noche

3.1.2.2.9.1.8. Áreas Ociosas

Tenemos infraestructura subutilizada hospital del día quirófanos que funcionan esencialmente en las mañanas hasta su máxima capacidad 14 horas de lunes a viernes, además en horario administrativo, ha esto podemos añadir que existe recurso humano ocioso, quirófanos en la tarde es utilizado en un 28% y la noche el 14.2 % de la capacidad permaneciendo ocioso e improductivo más del 70%.

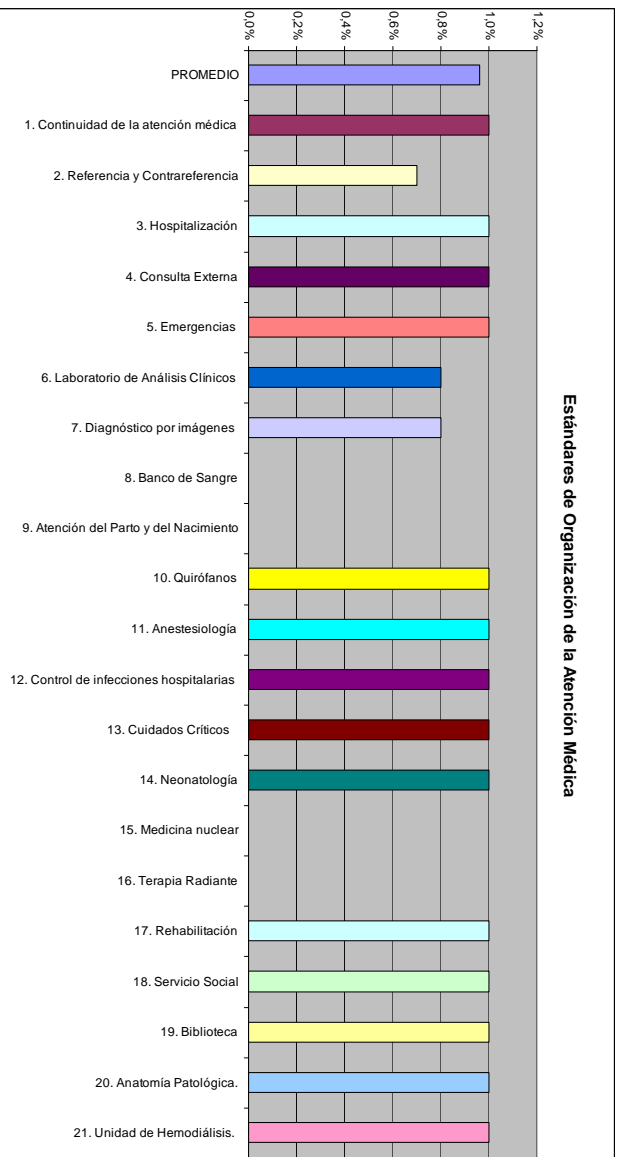
El hospital del día brinda atención en horarios de la mañana de lunes a viernes y dependen de la programación de las cirugías ambulatorias, es improductivo a partir de las 14 horas.

A pesar de aumentar la cobertura, mediante la ampliación del horario de atención en las especialidades de mayor demanda y la redistribución y normatización de consultorios para optimizar su uso, existen áreas improductivas.

3.1.2.2.9.1.9. Nivel general del Hospital

El resultado de la aplicación de los 20 estándares de la organización de la Atención Médica alcanza el 7% demostrándonos que se debe optimizar los recursos para contribuir al mejoramiento de los procesos y por ende lograr renovar la calidad de los servicios.

GRÁFICO Nº 1 ORGANIZACIÓN



Fuente: Estándares de Calidad de la Atención Médica

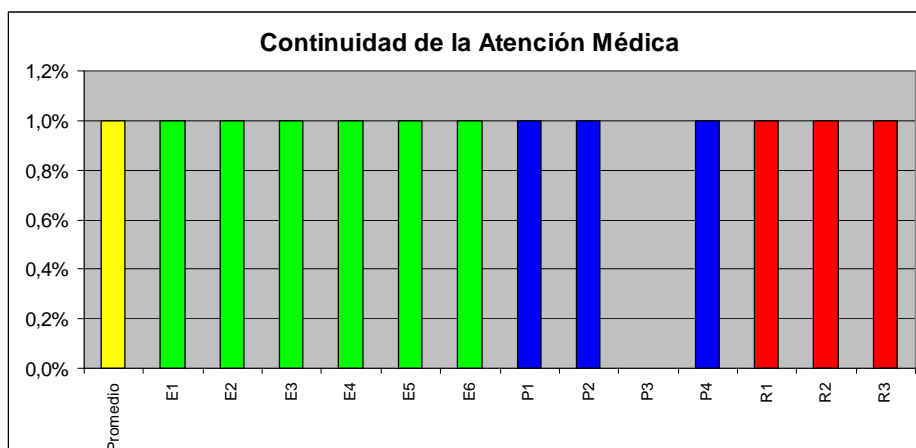
Elaboración: Fanny Salazar

CUADRO Nº 16

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

ESTÁNDARES			VALOR
I. ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MEDICA			1,0%
Promedio	1. Continuidad de la atención médica		1,0%
E1	Posee una Dirección Médica que conduce y asume la atención con responsabilidad, garantizando su supervisión.	E	1,0%
E2	La continuidad está basada en los médicos de guardia.	E	1,0%
E3	Cuenta con profesionales específicamente encargados del seguimiento de los pacientes hospitalizados	E	1,0%
E4	Cada paciente se halla a cargo de un profesional del establecimiento.	E	1,0%
E5	Posee un Departamento o Servicio de Epidemiología y Estadísticas.	E	1,0%
E6	Dispone de un Médico epidemiólogo debidamente acreditado.	E	1,0%
P1	Los profesionales, pasan una revista diaria a los pacientes	P	1,0%
P2	Existen procedimientos escritos para canalizar todas las indicaciones de los especialistas.	P	1,0%
P3	El cuerpo médico discute los casos en reunión clínica, con una periodicidad no menor de una vez por semana.	P	0,8%
P4	Todas las especialidades cubren funciones asistenciales, docentes y de investigación.	P	1,0%
R1	A las 48 horas de haber ingresado, el 80%, o más, de los pacientes, tienen consignado en el expediente el diagnóstico definitivo.	R	1,0%
R2	El 80% de las pruebas diagnósticas ordenadas (rayos X, laboratorio, anatomía patológica), reposan en la historia clínica y son comentados por los médicos tratantes.	R	1,0%
R3	El 80% de los egresos tienen un promedio de días estancia de acuerdo a las normas establecidas para cada servicio y para el hospital	R	1,0%

GRÁFICO Nº 2



Fuente: Estándares de Calidad de la Atención Médica

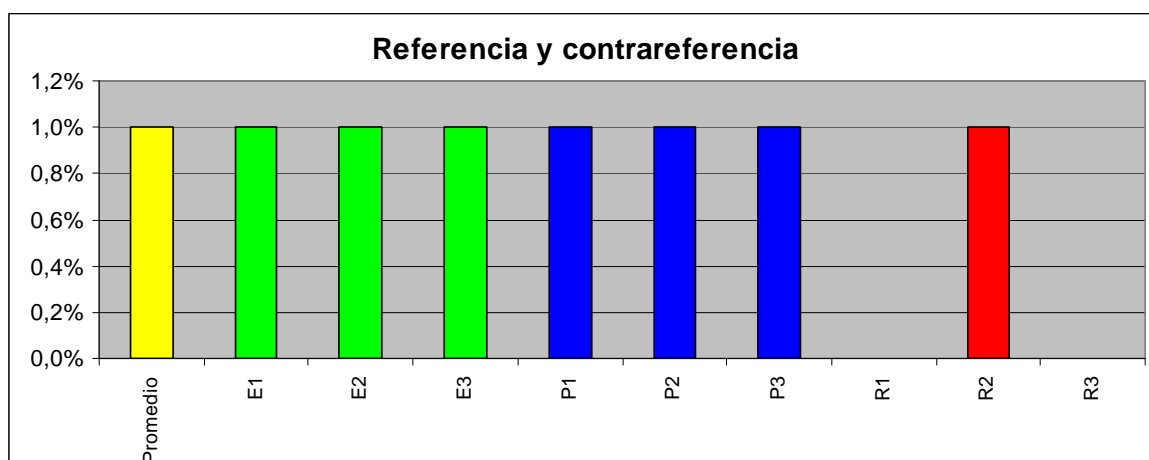
Elaboración: Fanny Salazar

CUADRO Nº 17

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Promedio	2. Referencia y Contrareferencia		1,0%
E1	Se dispone de normas para la referencia y contrareferencia de los pacientes que así lo requieran.	E	1,0%
E2	Dispone de un medio de transporte propio o contratado que cuente con asistencia médica, equipamiento para la atención de casos críticos y/o incubadora de transporte.	E	1,0%
E3	En los casos de patologías que superen su capacidad resolutive existen normas escritas para la atención inicial y durante el traslado con indicación del establecimiento de referencia según la patología que se trate.	E	1,0%
P1	Se cumplen y revisan las normas de atención inicial y traslado con indicación del establecimiento de referencia según la patología que se trate.	P	1,0%
P2	Implementa los mecanismos para la referencia y contrareferencia de los pacientes que así lo requieran.	P	1,0%
P3	Existe un mecanismo de seguimiento de las referencias y contrareferencias y se evalúa la calidad de la atención que se brinda en las mismas.	P	1,0%
R1	Menos del 5% de los pacientes referidos son rechazados.	R	0,8%
R2	Se recibe corroboración del diagnóstico e informe de tratamiento recibido (contrareferencia) del 80% de los pacientes referidos.	R	1,0%
R3	Se hace contrareferencia al 100% de los pacientes que le fueron referidos al hospital	R	0,7%

GRÁFICO Nº 3



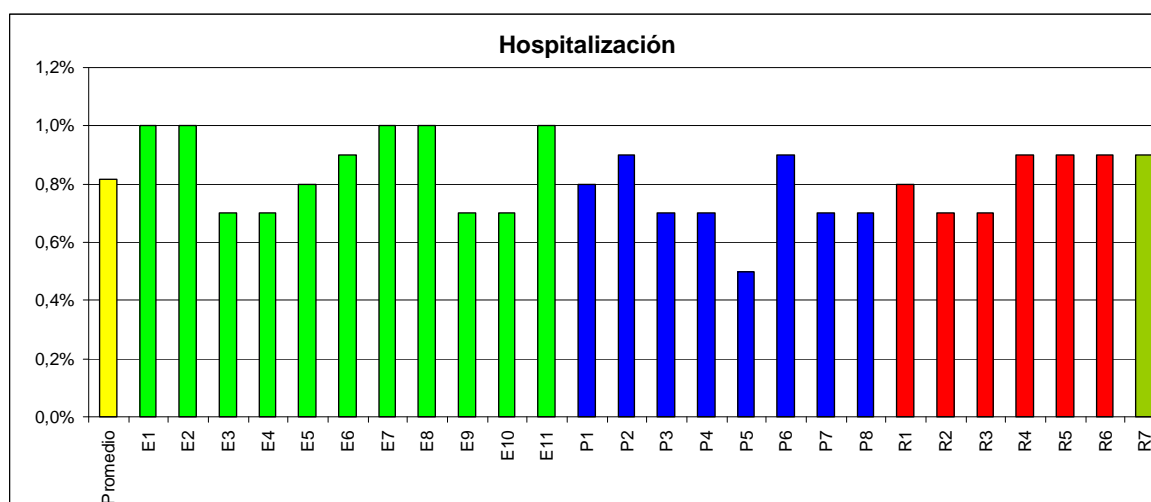
Fuente: Estándares de Calidad de la Atención Médica

Elaboración: Fanny Salazar

CUADRO Nº 18 HOSPITALIZACIÓN

Promedio	3. Hospitalización		0,8%
E1	Cuenta con habitaciones individuales y múltiples hasta con cuatro camas	E	1,0%
E2	Se dispone del equipo mínimo necesario para la prestación del servicio en sala de hospitalización.	E	1,0%
E3	Se dispone de la dotación (insumos) mínima necesaria para la prestación del servicio en sala de hospitalización.	E	0,7%
E4	Se cuenta con los medicamentos esenciales de acuerdo con los protocolos establecidos.	E	0,7%
E5	Están disponibles los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico las 24 horas.	E	0,8%
E6	La jefatura de cada servicio es ejercida por un médico especialista	E	0,9%
E7	La atención es prestada las 24 horas por el médico especialista o residente.		1,0%
E8	Todo paciente internado está bajo la responsabilidad de un médico tratante.	E	1,0%
E9	Se cuenta con el recurso de enfermería profesional y auxiliar, adecuado para la atención de los pacientes.	E	0,7%
E10	Existen normas y procedimientos escritos para la solicitud y respuesta a las interconsultas.	E	0,7%
E11	Existen protocolos de manejo de la morbilidad más frecuente en el servicio.	E	1,0%
P1	Se pasa visita médica diaria con el jefe del servicio.	P	0,8%
P2	Se anota la evolución en la historia clínica con letra legible y firma del responsable.	P	0,9%
P3	Se aplican y revisan los protocolos de la morbilidad más frecuente en el servicio.	P	0,7%
P4	Se analizan periódicamente las historias clínicas para verificar el manejo correcto de los pacientes, con relación a los protocolos existentes.	P	0,7%
P5	Se registran analizan e investigan las complicaciones y accidentes de los pacientes en el servicio.	P	0,5%
P6	Se verifica el cumplimiento de los procedimientos para las diferentes interconsultas.	P	0,9%
P7	Se informa y comunica en forma regular y permanente a los familiares de los pacientes.	P	0,7%
P8	Se analizan los informes estadísticos para la planificación y programación de las actividades del servicio.	P	0,7%
R1	El 80% de las interconsultas realizadas son atendidas antes de las 24 horas.	R	0,8%
R2	El 95% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con los resultados de la hospitalización.	R	0,7%
R3	El 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.	R	0,7%
R4	Menos del 5% de los pacientes presentan complicaciones y/o accidentes como consecuencia de los tratamientos y/o procesos.	R	0,9%
R5	La mortalidad hospitalaria no es mayor del 4%.	R	0,9%
R6	Menos del 5% de los pacientes egresan contra opinión médica.	R	0,9%
R7	El Índice C/T (transfusiones preparadas/transfusiones cumplidas) es menor de 2	R	0,9%

GRÁFICO Nº 4



Fuente: Estándares de Calidad de la Atención Médica

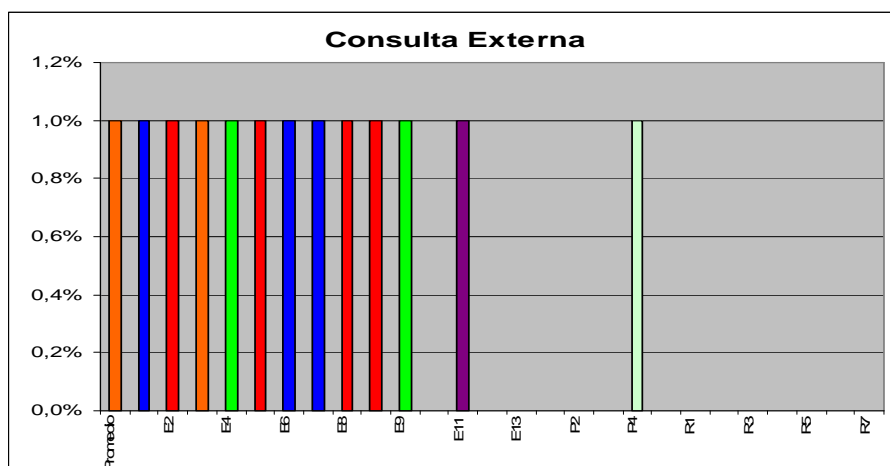
Elaboración: Fanny Salazar

CUADRO Nº 19

CONSULTA EXTERNA

Promedio	4. Consulta Externa		1,0%
E1	Cumple con las normas arquitectónicas y de funcionamiento establecidas a nivel nacional.	E	1,0%
E2	Cuenta con área para espera exclusiva y diferenciada de las demás áreas de espera del establecimiento.	E	1,0%
E3	Cuenta con accesos exclusivos diferenciados del resto de los servicios.	E	1,0%
E4	Se dispone del equipo mínimo necesario para la atención de los pacientes en la consulta externa.	E	1,0%
E5	Se dispone de la dotación (insumos) mínima necesaria para la atención de los pacientes en la consulta externa.	E	1,0%
E6	Tiene especialistas que cuentan con los medios necesarios para realizar prácticas ó técnicas especializadas.	E	1,0%
E7	El personal de secretarías y enfermeras laboran exclusivamente en la consulta externa.	E	1,0%
E8	Cuenta con personal de enfermería capacitada en áreas específicas.	E	1,0%
E8	Cuenta con personal de saneamiento ambiental durante 12 horas (mientras dure la consulta)	E	1,0%
E9	Las citas están programados en base a pautas ó normas fijadas por la institución. Se pueden reservar turnos telefónicamente.	E	1,0%
E10	En las especialidades básicas hay turnos disponibles en el día ó accesibilidad diaria	E	0,7%
E11	Existen normas y procedimientos para la atención de los pacientes.	E	1,0%
E12	Existen protocolos para el manejo de la morbilidad más frecuente en la consulta.	E	0,7%
E13	Existen normas y procedimientos escritos para la solicitud y respuesta a las interconsultas.	E	0,7%
P1	Se aplican y revisan las normas y procedimientos para la atención de los pacientes.	P	0,7%
P2	Se anota el diagnóstico y la evolución en la historia clínica con letra legible y firma del responsable.	P	0,7%
P3	Se analizan periódicamente las historias clínicas para verificar el manejo correcto de los pacientes, con relación a los protocolos existentes.	P	0,7%
P4	Se verifica el cumplimiento de los procedimientos para las diferentes interconsultas.	P	1,0%
P5	Se analizan y se utilizan las estadísticas para la planificación y programación de las actividades del servicio.	P	0,7%
R1	La relación de primeras consultas y sucesivas está dentro del rango establecido por las normas.	R	0,8%
R2	En las especialidades básicas el tiempo de espera para conseguir una cita no es mayor de siete (7) días.	R	0,7%
R3	En las subespecialidades el tiempo de espera para conseguir una cita no es mayor de dos (2) semanas.	R	0,7%
R4	El 95% de las interconsultas realizadas son atendidas antes de 7 días.	R	0,7%
R5	El 95% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con los resultados de la consulta.	R	0,7%
R6	El 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.	R	0,7%
R7	El 95% de los pacientes cumplen con las citas programadas.	R	0,7%

GRÁFICO Nº 5



Fuente: Estándares de Calidad de la Atención Médica

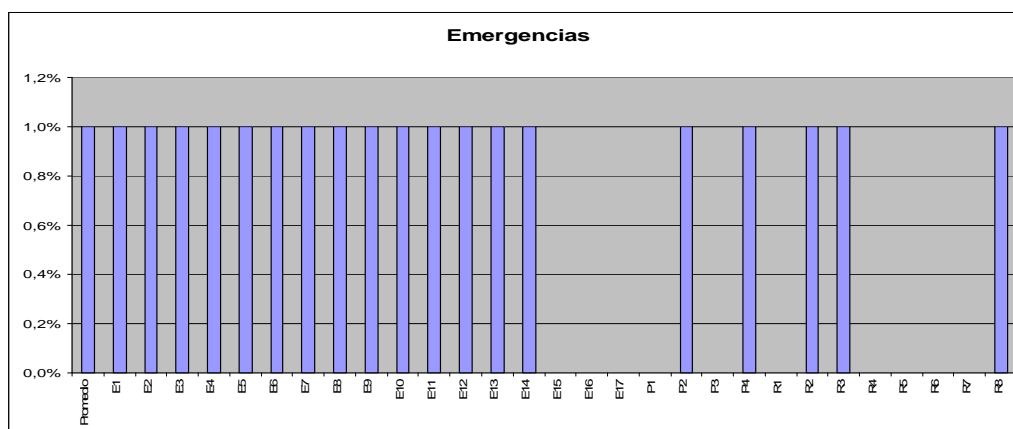
Elaboración: Fanny Salazar

CUADRO Nº 20

EMERGENCIAS

Promedio	5. Emergencias		1,0%
E1	Cumple con las normas arquitectónicas y de funcionamiento establecidas a nivel nacional.	E	1,0%
E2	Cuenta con una Unidad de Soporte Básico de vida, atendido por personal adiestrado y capacitado en la Guardia de Emergencias.	E	1,0%
E3	Cuenta con área para espera exclusiva y diferenciada de las demás áreas de espera del establecimiento.	E	1,0%
E4	Cuenta con accesos exclusivos diferenciados del resto de los servicios.	E	1,0%
E5	Se dispone del equipo mínimo necesario para la atención de los pacientes en Emergencias.	E	1,0%
E6	Se dispone de la dotación (insumos) mínima necesaria para la atención de los pacientes en Emergencias.	E	1,0%
E7	Existe un médico responsable del servicio de Emergencias.	E	1,0%
E8	Dispone de un médico residente y personal de enfermería en guardia de cuerpo presente las 24 horas.	E	1,0%
E9	Cuenta con personal médico en guardia de cuerpo presente las 24 horas en las especialidades de Cirugía General y Ginecología y Obstetricia Pediatría).	E	1,0%
E10	Tiene responsabilizado al personal médico especialista en guardias a disponibilidad en las especialidades de Medicina Interna, Oftalmología, Traumatología y otros.	E	1,0%
E11	Se cuenta con enfermera profesional exclusiva y permanente para el servicio las 24 horas.	E	1,0%
E12	Dispone de servicio de comunicación y transporte de pacientes las 24 horas.	E	1,0%
E13	Cuenta con servicio de apoyo diagnóstico exclusivo (Radiología, Laboratorio y Hemoterapia) las 24 horas.	E	1,0%
E14	Existen normas y procedimientos para la atención de los pacientes.	E	1,0%
E15	Existen protocolos para el manejo de la morbilidad más frecuente.	E	0,7%
E16	Existen normas y procedimientos escritos para la solicitud y respuesta a las interconsultas.	E	0,7%
E17	Se registra a todos los usuarios que ingresan al servicio con sus respectivos diagnósticos.	E	0,7%
P1	Se analizan y se utilizan las estadísticas para la planificación y programación de las actividades del servicio.	P	0,7%
P2	Se analiza periódicamente la morbilidad y la concordancia de la conducta diagnóstica y terapéutica de los pacientes en observación.	P	1,0%
P3	Se aplican y revisan los protocolos de atención de las Emergencias más frecuentes (consultas y observación).	P	0,7%
P4	Se informa y comunica en forma regular y permanente a los familiares de los pacientes.	P	1,0%
R1	El tiempo de espera para que el usuario sea atendido, no es mayor de 10 minutos.	R	0,7%
R2	La respuesta a las interconsultas de especialidades se da en un plazo no mayor de 1 hora.	R	1,0%
R3	Menos del 10% del total de camas del hospital, corresponden a observación.	R	1,0%
R4	El 80% de los pacientes en observación egresa o es trasladado antes de 24 horas.	R	0,7%
R5	El 95% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con los resultados de la consulta.	R	0,7%
R6	El 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.	R	0,7%
R7	La mortalidad de los pacientes atendidos en Emergencias no es mayor del 5%.	R	0,7%
R8	El Índice C/T (transfusiones preparadas/transfusiones cumplidas) es menor de 2	R	1,0%

GRÁFICO Nº 6



Fuente: Estándares de Calidad de la Atención Médica

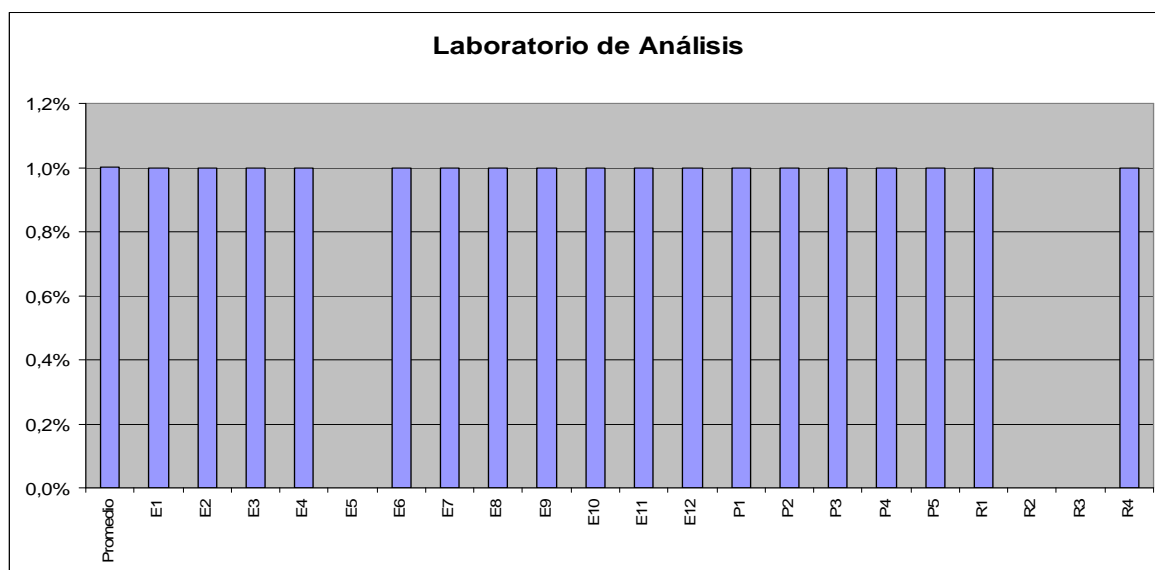
Elaboración: Fanny Salazar

CUADRO Nº 21

LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS

Promedio	6. Laboratorio de Análisis Clínicos		1,0%
E1	Cumple con las normas arquitectónicas y de funcionamiento establecidas a nivel nacional.	E	1,0%
E2	Cuenta con equipos y tecnologías acordes con su nivel de complejidad.	E	1,0%
E3	Se dispone de la dotación (insumos) mínima necesaria.	E	1,0%
E4	Cuenta con bioanalista de guardia a cuerpo presente las 24 horas.	E	1,0%
E5	Cuenta con técnicos en guardia activa las 24 horas.	E	
E6	La organización y disposición del trabajo permite satisfacer y atender todas las demandas de los servicios del Hospital durante las 24 horas.	E	1,0%
E7	Cuenta con normas escritas de control de calidad interno conocida por el personal de laboratorio y supervisada por los mismos.	E	1,0%
E8	Tiene establecidas y escritas normas de bioseguridad.	E	1,0%
E9	Existe en el laboratorio los manuales que definan las funciones del personal.	E	1,0%
E10	Puede procesar sin delegar en otro laboratorio, los análisis listados en el anexo A .	E	1,0%
E11	Puede procesarse sin delegar en otro laboratorio exámenes especializados como se anexa en el Anexo B.	E	1,0%
E12	Lleva un registro regular del consumo y costo de los reactivos e insumos en relación a la producción del servicio.	E	1,0%
P1	Se analiza periódicamente la información sobre el consumo y costo de los reactivos e insumos en relación a la producción del servicio.	P	1,0%
P2	Se analiza periódicamente el cumplimiento de las normas de control de calidad interno.	P	1,0%
P3	Se revisa y analiza regularmente la utilización eficiente del laboratorio por los servicios finales.	P	1,0%
P4	Se analiza periódicamente el cumplimiento de las normas de bioseguridad.	P	1,0%
P5	Participa en uno o más programas de control de calidad externo.	P	1,0%
R1	El 90% de los exámenes de laboratorio de hospitalización son reportados antes de veinticuatro (24) horas.	R	1,0%
R2	El 90% de los exámenes de laboratorio de emergencias son reportados antes de la primera hora.	R	0,8%
R3	El 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.	R	0,8%
R4	El 95% de las muestras enviadas al programa de control de calidad externo, cumplen con el patrón.	R	1,0%

GRAFICO Nº 7



Fuente: Estándares de Calidad de la Atención Médica

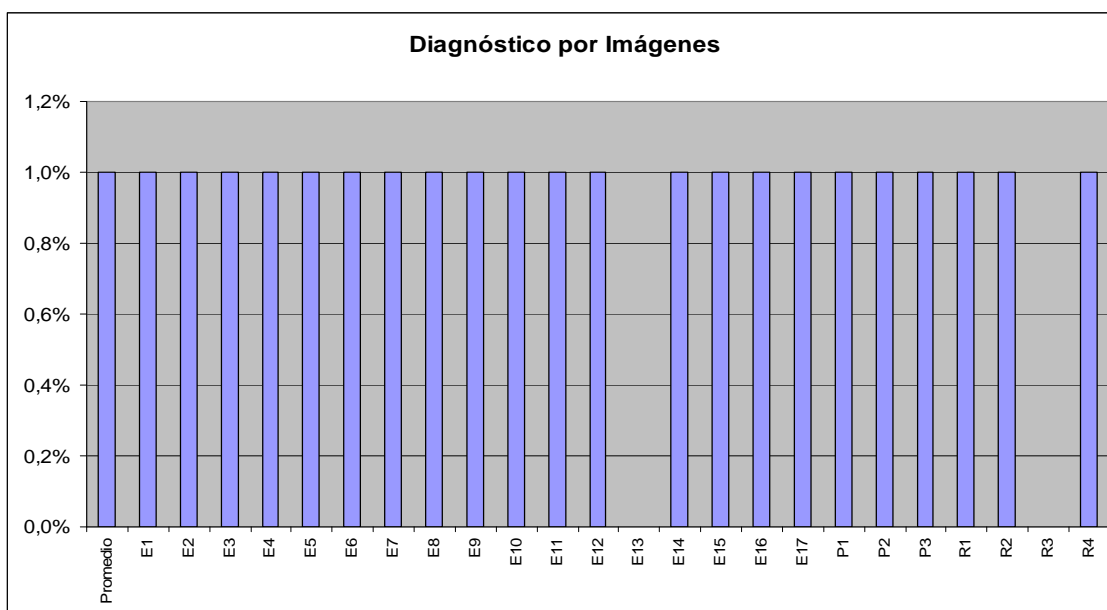
Elaboración: Fanny Salazar

CUADRO Nº 22

DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

Promedio	7. Diagnóstico por imágenes		1,0%
E1	Cumple con las normas arquitectónicas y de funcionamiento establecidas a nivel nacional.	E	1,0%
E2	Posee distribución de los ambientes acorde con aprobación por el ente rector.	E	1,0%
E3	Responde a los requisitos solicitados por Radiofísica Sanitaria y blindaje calculado por IVIC.	E	1,0%
E4	Cuenta con acceso exclusivo y físicamente diferenciado.	E	1,0%
E5	Cuenta con el área de espera exclusiva y físicamente diferenciada.	E	1,0%
E6	Cuenta con vestuarios y sanitarios anexos a la sala de imágenes.	E	1,0%
E7	Cuenta con equipos y tecnologías acordes con su nivel de complejidad.	E	1,0%
E8	Se dispone de la dotación (insumos) mínima necesaria.	E	1,0%
E9	Cuenta con equipo de Rx convencional con estativo de pared, equipo de revelado de placas automático.	E	1,0%
E10	Cuenta con equipo de Rx con mesa teledirigida ó mesa con fluoroscopia para estudios con medios de contraste.	E	1,0%
E11	Cuenta con equipo de ultrasonido con dos transductores básicos (3, 5 y 7.5 mhz).	E	1,0%
E12	Cuenta con equipo de Tomografía Axial Computada.	E	1,0%
E13	Cuenta con otros equipos de alta tecnología como: Ultrasonido Doppler Color, Mamógrafo, Mamografía con estereotaxia, Arco en "C" para hemodinamia, Resonancia Magnética, Radiología Digital.	E	0,8%
E14	Cuenta con equipos radiológicos portátiles para salas y/o quirófanos.	E	1,0%
E15	Cuenta con personal técnico y médicos radiólogos para funcionar las 24 horas.	E	1,0%
E16	Existen los instrumentos (manual de funciones) que definan las funciones del personal.	E	1,0%
E17	Cuenta con personal y equipamiento auxiliar necesario para realizar procedimientos invasivos bajo control radioscópicos y/o ecográfico.	E	1,0%
P1	El centro asistencial cumple con la normativa prevista en el Decreto N° 2.210 de fecha 23-04-92 publicado en la Gaceta Oficial N° 4.418, extraordinaria del 27-04-92, referente a Normas técnicas y procedimientos para el manejo de material radioactivo".	P	1,0%
P2	Los estudios son interpretados por médicos radiólogos y/o médicos especialistas que intercambian opiniones con los médicos tratantes.	P	1,0%
P3	Los especialistas (médicos radiólogos) del Servicio intervienen en la indicación del estudio diagnóstico más adecuado para cada caso.	p	1,0%
R1	El 90% de los estudios de Rayos X de hospitalización son reportados antes de veinticuatro (24) horas.	R	1,0%
R2	El 90% de los estudios de Rayos X de emergencias son reportados antes de dos (2) horas.	R	1,0%
R3	El 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.	R	0,8%
R4	El 95% de los estudios enviados al programa de control de calidad externo, cumplen con el patrón.	R	1,0%

GRAFICO Nº 8



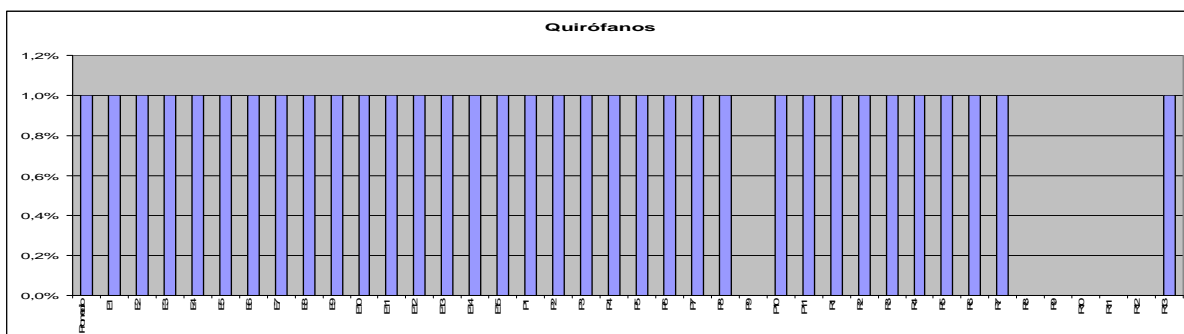
Fuente: Estándares de Calidad de la Atención Médica

Elaboración: Fanny Salazar

CUADRO Nº 23 QUIRÓFANOS

Prom.	10. Quirófanos		1,0%
E1	Existe un médico especialista responsable del área.	E	1,0%
E2	Cuenta con enfermera profesional y auxiliar de enfermería, entrenadas para laborar las 24 horas.	E	1,0%
E3	Está en un área claramente diferenciada, de circulación restringida, y exclusivamente destinada a este fin.	E	1,0%
E4	Cuenta con una jerarquización de áreas en semirestringida y restringida.	E	1,0%
E5	Existen normas de preparación y/o conservación de las piezas operatorias y se dispone de los materiales necesarios.	E	1,0%
E6	Existen protocolos quirúrgico y anestésico para todas las patologías quirúrgicas y los procedimientos quirúrgicos.	E	1,0%
E7	Existen protocolos quirúrgico y anestésico para todas las patologías quirúrgicas y los procedimientos quirúrgicos.	E	1,0%
E8	Por lo menos cuenta con dos quirófanos y hay en todo momento, por lo menos una persona destinada exclusivamente al área quirúrgica.	E	1,0%
E9	Hay un quirófano exclusivo para el servicio de Emergencias.	E	1,0%
E10	Cuenta con un local destinado a la recuperación post anestésica.	E	1,0%
E11	El vestuario del personal tiene un acceso diferenciado.	E	1,0%
E12	Cuenta con diagnóstico radiológico intraoperatorio.	E	1,0%
E13	Los quirófanos están diferenciados y equipados según lo ofertado.	E	1,0%
E14	Los quirófanos cuentan con la dotación (insumos) necesaria para las intervenciones programadas y de Emergencias.	E	1,0%
E15	Cuenta con personal para saneamiento ambiental las 24 horas.	E	1,0%
P1	Las intervenciones quirúrgicas son realizadas por médicos especialistas y residentes.	P	1,0%
P2	Existe y se cumple la programación quirúrgica de intervenciones electivas.	P	1,0%
P3	Se lleva un control de las intervenciones quirúrgicas electivas omitidas.	P	1,0%
P4	Existe registro diario de las intervenciones quirúrgicas realizadas.	P	1,0%
P5	Existe una descripción firmada por el cirujano de todos los procedimientos quirúrgicos.	P	1,0%
P6	El área quirúrgica cuenta la posibilidad de apoyo inmediato para diagnóstico de anatomía patológica (biopsias intra y post operatorias)	P	1,0%
P7	Se aplican protocolos quirúrgico y anestésico para todas las patologías quirúrgicas y los procedimientos quirúrgicos.	P	1,0%
P8	Se analiza periódicamente la descripción operatoria, con el objeto de verificar la concordancia con los protocolos.	P	1,0%
P9	Se investigan los casos de pacientes reintervenidos o con accidentes quirúrgicos.	P	0,9%
P10	Existe un procedimiento normatizado de aseo del quirófano entre operaciones.	P	1,0%
P11	Los monitoreos intraoperatorios en pacientes, son realizados por médicos especialistas.		1,0%
R1	100% de las intervenciones quirúrgicas son realizadas por médicos especialistas y residentes.	R	1,0%
R2	Más del 95% de las intervenciones electivas cumplen con la programación.	R	1,0%
R3	100% de las intervenciones quirúrgicas electivas omitidas están documentadas.	R	1,0%
R4	100% del tejido removido en acto quirúrgico es enviado para diagnóstico de anatomía patológica (biopsias intra y post operatorias).	R	1,0%
R5	100% de las patologías quirúrgicas y los procedimientos quirúrgicos, cumplen con los protocolos quirúrgico y anestésico.	R	1,0%
R6	Menos del 1% de los pacientes son reintervenidos o presentan accidentes quirúrgicos.	R	1,0%
R7	100% de las muestras de cultivo del quirófano están libres de contaminación de cualquier tipo.	R	1,0%
R8	Menos del 1% de los pacientes intervenidos presentan infecciones relacionadas con el proceso quirúrgico (en la pared y/o internas).	R	0,9%
R9	El 95% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con los resultados de los procedimientos quirúrgicos.	R	0,8%
R10	El 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.	R	0,8%
R11	La mortalidad intra acto quirúrgico, no es mayor del 2%.	R	0,8%
R12	Menos del 5% de los pacientes rechazan la intervención quirúrgica programada.	R	0,8%
R13	El Índice C/T (transfusiones preparadas/transfusiones cumplidas) es menor de 2	R	1,0%

GRAFICO Nº. 9



Fuente: Estándares de Calidad de la Atención Médica

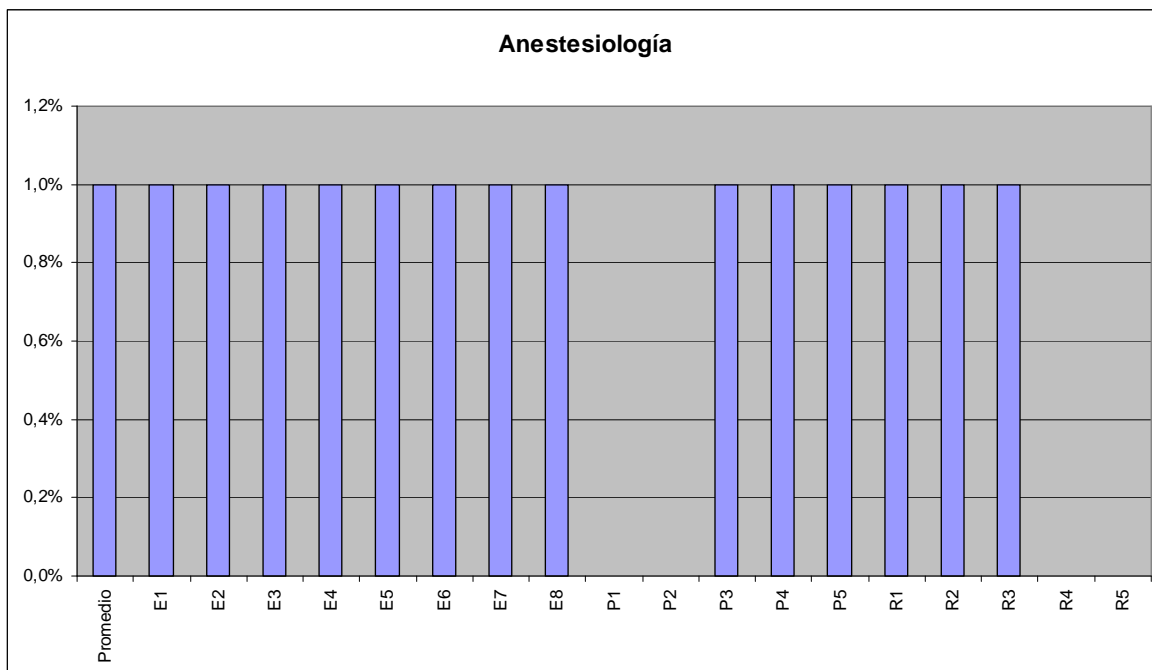
Elaboración: Fanny Salazar

CUADRO Nº 24

ANESTESIOLOGÍA

Promedio	11. Anestesiología		1,0%
E1	El Servicio de Anestesiología dispone de un médico jefe del servicio.	E	1,0%
E2	Los anestesiólogos del área de emergencias hacen guardia activa las 24 horas.	E	1,0%
E3	Cuenta con un listado de anestesiólogos organizados en guardias para las actividades electivas.	E	1,0%
E4	El servicio garantiza la presencia física de un anestesiólogo específico para cada procedimiento quirúrgico.	E	1,0%
E5	El servicio confecciona protocolos anestésicos de acuerdo a la morbilidad quirúrgica y el estado del paciente.	E	1,0%
E6	Se dispone de equipo mínimo necesario para la prestación del servicio.	E	1,0%
E7	Se realiza mantenimiento sistemático a las máquinas de anestesia.	E	1,0%
E8	Se dispone de la dotación (insumos) mínima necesaria para la prestación del servicio.	E	1,0%
P1	Se revisa periódicamente la aplicación de los protocolos anestésicos de acuerdo a la morbilidad quirúrgica.	P	0,9%
P2	Se investigan los incidentes anestésicos (complicaciones y mortalidad atribuible a la anestesia)	P	0,9%
P3	La consulta pre-anestésica se realiza como mínimo 12 horas antes para las cirugías electivas o en el momento de la decisión quirúrgica en el caso de las Emergencias y se registra en la historia clínica.	P	1,0%
P4	Existe una descripción firmada por el anestesiólogo de todos los procedimientos anestésicos.	P	1,0%
P5	El anestesiólogo es responsable del manejo del paciente en la sala de recuperación y autoriza su traslado al servicio que corresponda.	P	1,0%
R1	Menos del 2% de los pacientes presentan complicaciones y mortalidad atribuible a la anestesia.	R	1,0%
R2	100% de las cirugías electivas reciben consulta pre-anestésica como mínimo 12 horas antes para las cirugías electivas.	R	1,0%
R3	100% de las Emergencias reciben consulta pre-anestésica al momento de la decisión quirúrgica.		1,0%
R4	El 95% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con los resultados de la anestesia.	R	0,8%
R5	El 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.	R	0,8%

GRAFICO Nº 10



Fuente: Estándares de Calidad de la Atención Médica

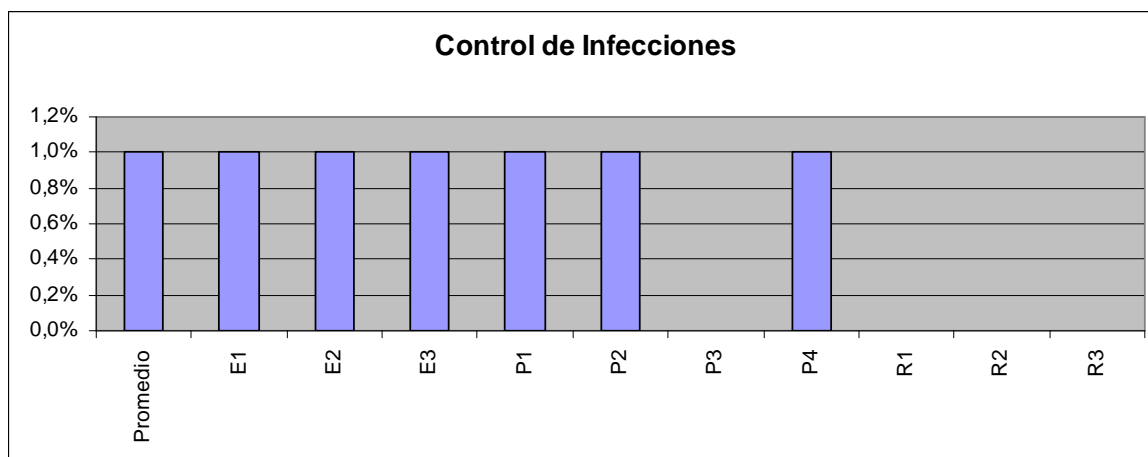
Elaboración: Fanny Salazar

CUADRO Nº 25

CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS

Promedio	12. Control de infecciones hospitalarias		1,0%
E1	Cuenta con normas escritas para mantener el Sistema de Vigilancia de Epidemiología Hospitalaria de las infecciones.	E	1,0%
E2	Cuenta con una enfermera capacitada u otro profesional de la salud encargado de la prevención y control de infecciones hospitalarias.	E	1,0%
E3	Cuenta con una Comisión Institucional de Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias.	E	1,0%
P1	Se llevan los registros estadísticos de Vigilancia de Epidemiología Hospitalaria.	P	1,0%
P2	Existe auditoría periódica de los procesos de Epidemiología Hospitalaria.	P	1,0%
P3	Implementa el Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias del Ministerio de Salud y Desarrollo Social.	P	0,8%
P4	Realiza vigilancia y control de exposiciones ocupacionales en trabajadores de Salud del Hospital.	P	1,0%
R1	El índice de infecciones hospitalarias es menor del 5%.	R	0,7%
R2	Menos del 0,5% de los trabajadores de salud del hospital, enferman como consecuencia a exposiciones ocupacionales.	R	0,7%
R3	La mortalidad como consecuencia de infecciones intrahospitalarias, no excede el 2%	R	0,7%

GRAFICO Nº 11



Fuente: Estándares de Calidad de la Atención Médica

Elaboración: Fanny Salazar

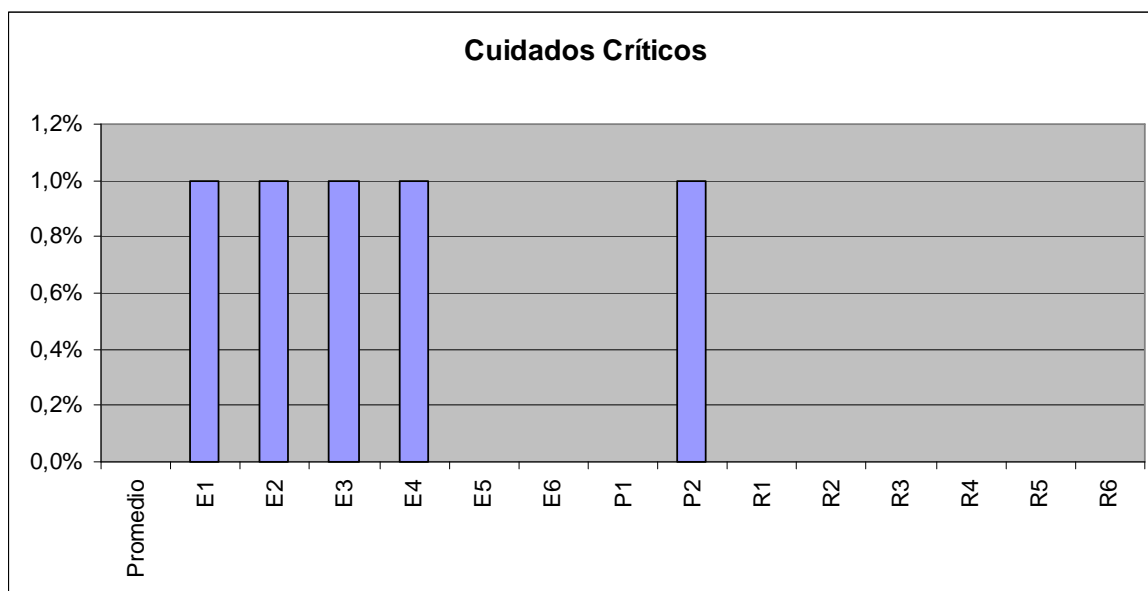
Es importante anotar que el 15 de Junio del 2007 se reestructuró el Comité de Control y Prevención de Infecciones Intrahospitalarias.

Esta conformada por equipo de control de infecciones intrahospitalarias: Epidemiólogo, microbióloga y Enfermera, otros miembros como, representante del Director, representante Médico de UCI, representante Médico de Neonatología, representante Médico de Áreas Clínicas, Quirúrgicas, de Emergencia, Coordinadora de la Gestión de Enfermería, Coordinación de la Gestión Institucional.

CUADRO Nº 26 CUIDADOS CRÍTICOS

Promedio	13. Cuidados Críticos		
E1	La Unidad de Terapia Intensiva (UTI) esta dotada con los recursos materiales y equipos adecuados	E	1,0%
E2	Cuenta la UTI con una Unidad de Terapia Intermedia que la complemente.	E	1,0%
E3	Cuenta con equipo de Laboratorio mínimo (determinación de gases arteriales por ej), y de equipo de Rx móvil portátil.	E	1,0%
E4	La Unidad de Terapia Intensiva dispone de Recursos Humanos exclusivos en la cantidad y calidad de acuerdo al nivel de complejidad operacional del Hospital.	E	1,0%
E5	Existe un Manual de Normas y Procedimientos actualizado.	E	0,7%
E6	Existen políticas y planes de adiestramiento periódico al personal.	E	0,8%
P1	Se realizan periódicamente evaluaciones del personal.	P	0,8%
P2	Se informa y comunica en forma regular y permanente a los familiares de los pacientes.	P	1,0%
R1	El 80% de las interconsultas realizadas son atendidas antes de las 2 horas.	R	0,7%
R2	El 95% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con los resultados de la hospitalización.	R	0,7%
R3	El 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.	R	0,7%
R4	Menos del 5% de los pacientes presentan complicaciones y/o accidentes como consecuencia de los tratamientos y/o procesos.	R	0,7%
R5	La mortalidad hospitalaria no es mayor del 6%.	R	0,7%
R6	Menos del 5% de los pacientes egresan contra opinión médica.	R	0,8%
R7	El Índice C/T (transfusiones preparadas/transfusiones cumplidas) es menor de 2	R	1,0%

GRAFICO Nº 12



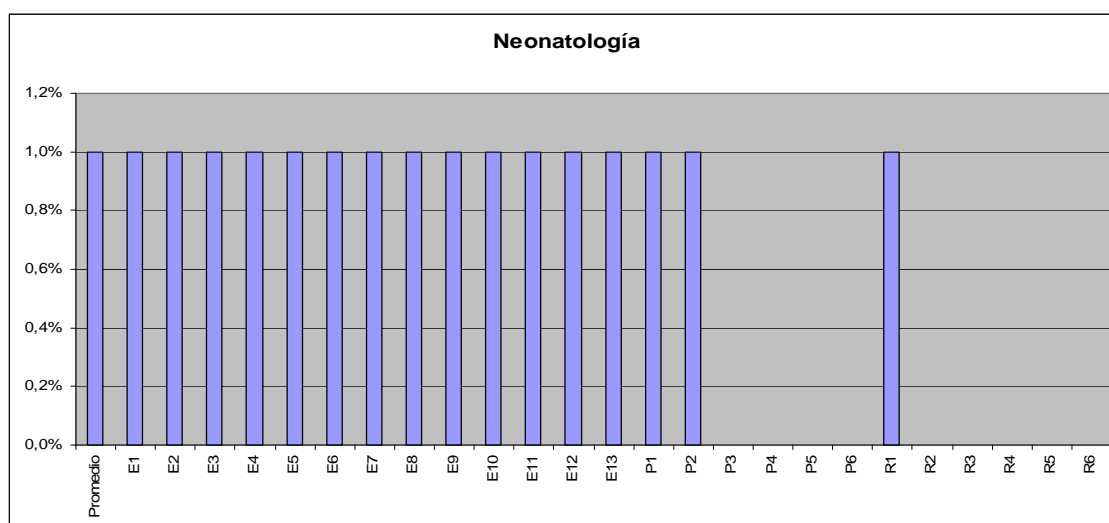
Fuente: Estándares de Calidad de la Atención Médica

Elaboración: Fanny Salazar

CUADRO Nº 27 NEONATOLOGÍA

Promedio	14. Neonatología		1,0%
E1	Cuenta con un área de circulación restringida.	E	1,0%
E2	Cuenta con un sector destinado a la atención del recién nacido patológico, claramente diferenciado del de recién nacido normal.	E	1,0%
E3	Cuenta con los recursos necesarios para la atención del recién nacido patológico, que puede resolver los principales síndromes clínicos del recién nacido de mediano riesgo.	E	1,0%
E4	Cuenta con una UTI Neonatal, diferenciada y organizada en forma semi autónoma, que actúa como servicio de referencia de los establecimientos de la zona.	E	1,0%
E5	Existe un médico neonatólogo o pediatra responsable del servicio.	E	1,0%
E6	La atención es prestada las 24 horas por especialistas (neonatólogos o pediatras), enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería con entrenamiento especial.	E	1,0%
E7	Se dispone de apoyo diagnóstico y terapéutico las 24 horas.	E	1,0%
E8	Existen protocolos de manejo.	E	1,0%
E9	Se dispone de equipo mínimo necesario para la prestación del servicio en el nivel intermedio de atención.	E	1,0%
E10	Se dispone de la dotación (insumos) mínima necesaria para la prestación del servicio en el nivel intermedio de atención.	E	1,0%
E11	Se dispone de equipo mínimo necesario para la prestación del servicio en el nivel de terapia intensiva de atención.	E	1,0%
E12	Se dispone de la dotación (insumos) mínima necesaria para la prestación del servicio en el nivel de terapia intensiva de atención.	E	1,0%
E13	Se cuenta con personal para saneamiento ambiental las 24 horas.	E	1,0%
P1	Se registran y se le abre historia clínica a todos los R.N que ingresan al servicio	P	1,0%
P2	Se registra en forma continua (al menos cada cuatro horas) todas las novedades del paciente en su historia clínica.	P	1,0%
P3	Se aplican y revisan periódicamente los protocolos de manejo.	P	0,8%
P4	Se realizan auditorías periódicas de las historias clínicas	P	0,8%
P5	Se hace análisis mensual de la morbilidad, mortalidad e infecciones de la unidad.	P	0,8%
P6	Se investigan las complicaciones de los pacientes en el servicio de Sala de Partos y/o Pabellón.	P	0,8%
R1	El 80% de las interconsultas realizadas son atendidas antes de las 2 horas.	R	1,0%
R2	El 95% de los familiares muestran satisfacción con los resultados de la hospitalización.	R	0,8%
R3	El 80% de los familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.	R	0,8%
R4	Menos del 5% de los pacientes presentan complicaciones y/o accidentes como consecuencia de los tratamientos y/o procesos.	R	0,8%
R5	La mortalidad hospitalaria no es mayor del 5%.	R	0,8%
R6	Menos del 5% de los pacientes egresan contra opinión médica.	R	0,8%

GRAFICO Nº 13



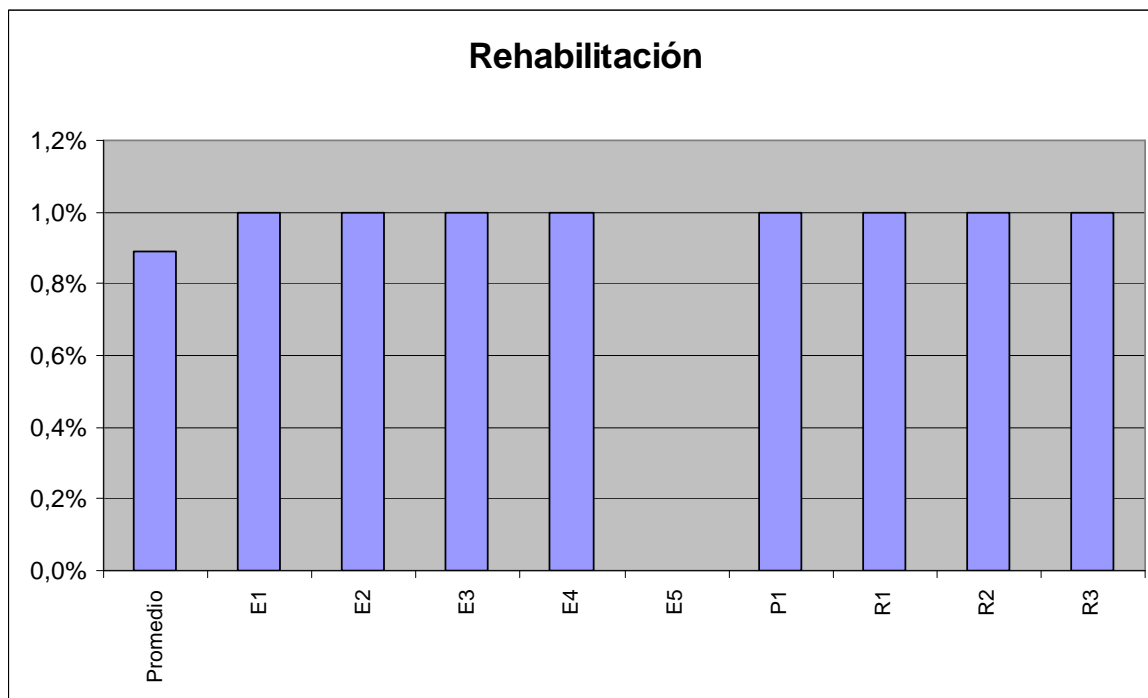
Fuente: Estándares de Calidad de la Atención Médica

Elaboración: Fanny Salazar

CUADRO Nº 28 REHABILITACIÓN

Promedio	17. Rehabilitación		0,9%
E1	Dispone de las instalaciones mínimas necesarias, tales como gimnasio, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del lenguaje para adultos y/o niños .	E	1,0%
E2	Cuenta con un servicio de rehabilitación física ambulatoria, atendido por técnicos y especialistas médicos.	E	1,0%
E3	Cuenta con personal especializado que efectúa tratamientos de rehabilitación a los pacientes hospitalizados.	E	1,0%
E4	Está a cargo de un médico especialista en Rehabilitación, con apoyo de otras especialidades.	E	1,0%
E5	Cuenta el Servicio de camas de hospitalización para tratamiento de larga estancia.	E	0,0%
P1	Existe un mecanismo de seguimiento de los pacientes tratados hasta su completa integración social.	P	1,0%
R1	El 100% de los pacientes completan el plan de tratamiento de rehabilitación.	R	1,0%
R2	Más del 75% de los pacientes tratados son capaces de incorporarse a las actividades familiares cotidianas	R	1,0%
R3	Más del 50% de los pacientes tratados, alcanzan una completa rehabilitación social de acuerdo a los parámetros del programa nacional.	R	1,0%

GRAFICO Nº 14



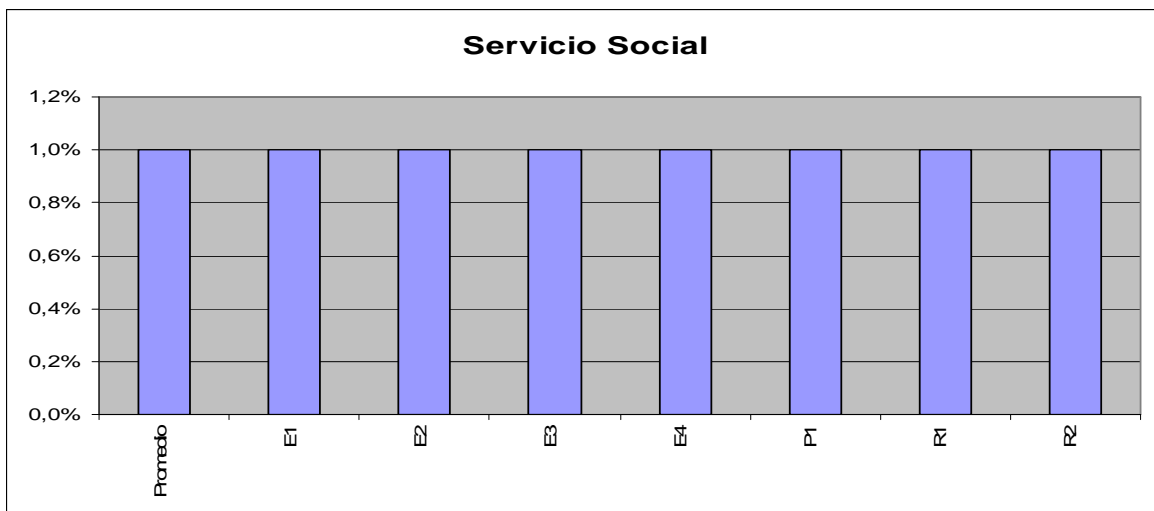
Fuente: Estándares de Calidad de la Atención Médica

Elaboración: Fanny Salazar

CUADRO N° 29 SERVICIO SOCIAL

Promedio	18. Servicio Social		1,0%
E1	Cuenta por lo menos un profesional de servicio social.	E	1,0%
E2	Cuenta con el espacio físico adecuado para el desarrollo de su tarea.	E	1,0%
E3	Existen normas y procedimientos escritos.	E	1,0%
E4	El servicio está integrado con el resto del cuerpo profesional.	E	1,0%
P1	Desarrolla actividades extramurales, como visitas domiciliarias, contactos comunitarios, relaciones institucionales e identificación de grupos de riesgo.	P	1,0%
R1	Las solicitudes de apoyo al servicio son atendidas en un plazo menor de 24 horas	R	1,0%
R2	Más del 75% de las solicitudes de apoyo son resueltas en forma satisfactoria	R	1,0%

GRAFICO N° 15



Fuente: Estándares de Calidad de la Atención Médica

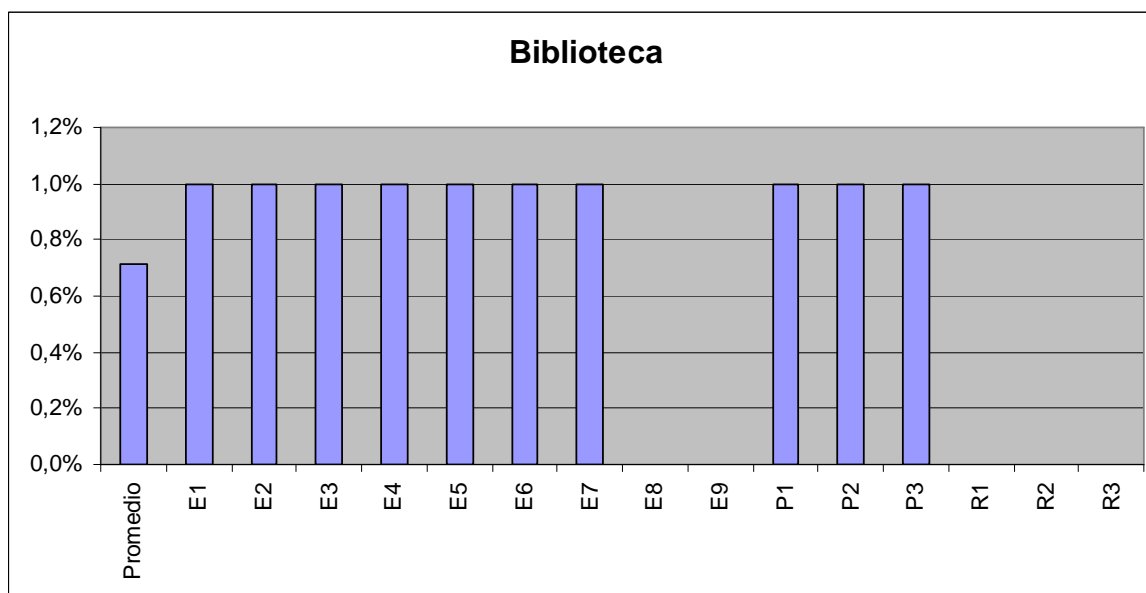
Elaboración: Fanny Salazar

CUADRO N° 30

BIBLIOTECA

Promedio	19. Biblioteca		0,7%
E1	Existen publicaciones actualizadas acerca de las cuatro clínicas básicas y emergencias, en forma de tratados o manuales escritos en el idioma nacional.	E	1,0%
E2	Se halla a cargo de personal que lleva control de ingresos y egresos.	E	1,0%
E3	Cuenta con suscripción a determinadas revistas científicas y dispone de índices internacionales.	E	1,0%
E4	Cuenta con textos de otras especialidades.	E	1,0%
E5	Cuenta con personal especializado en el área de biblioteca.	E	1,0%
E6	Funciona por lo menos ocho horas diarias.	E	1,0%
E7	Existe un comité de profesionales, que elabora el programa bibliográfico anual, del cual forma parte el encargado de la biblioteca.	E	1,0%
E8	Cuenta con biblioteca virtual.	E	0,0%
E9	Cuenta con una página web.	E	0,0%
P1	Las incorporaciones de material son programadas.	P	1,0%
P2	Existe un programa de incorporación de material bibliográfico, a cargo de la dirección médica y a propuesta del equipo de salud de este establecimiento.	P	1,0%
P3	Edita una publicación propia.	P	1,0%
R1	Más del 75% el personal visita la biblioteca, por lo menos una vez a la semana.	R	0,8%
R2	Más del 75% del personal se conecta a la biblioteca virtual, por lo menos una vez a la semana.	R	0,0%
R3	El 100% de los departamentos publican un artículo científico por semestre.	R	0,0%

GRAFICO N° 16



Fuente: Estándares de Calidad de la Atención Médica

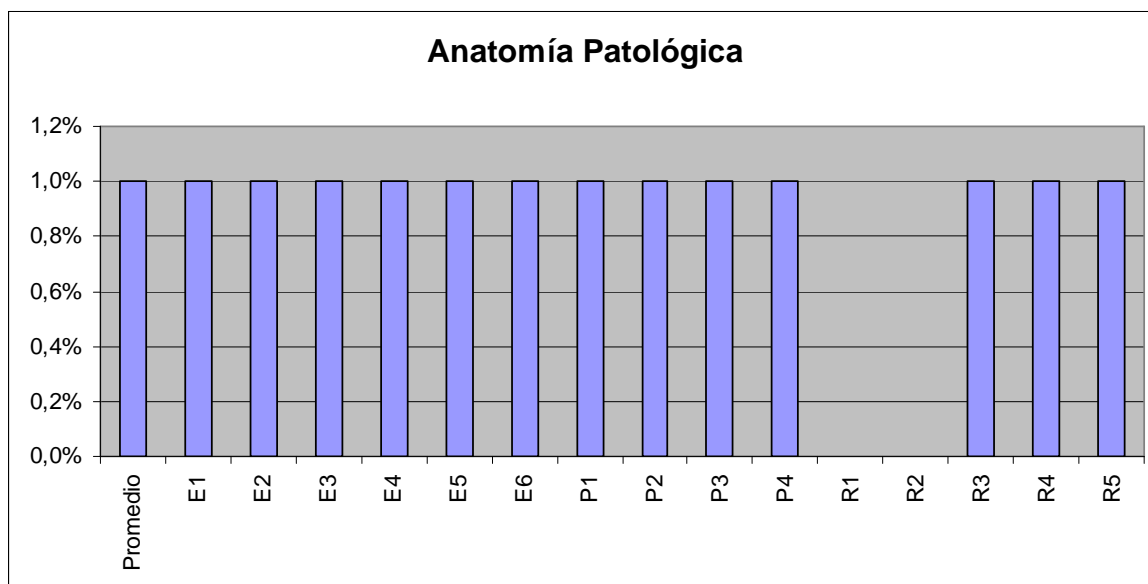
Elaboración: Fanny Salazar

CUADRO Nº 31

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Promedio	20. Anatomía Patológica.		1,0%
E1	Cuenta con un personal mínimo conformado por: a) médico anatomopatólogo, b) técnico en anatomía patológica, c) citotecnólogo, d) histopatólogo e) auxiliar de necropsia.	E	1,0%
E2	Cuenta con áreas debidamente acondicionadas y con accesos acordes.	E	1,0%
E3	Cuenta con los equipos necesarios para la realización de citologías, biopsias y necropsias.	E	1,0%
E4	Cuenta con los insumos necesarios para la realización de citologías, biopsias y necropsias.	E	1,0%
E5	Existen normas y protocolos para el procesamiento de los estudios requeridos.	E	1,0%
E6	Cuenta con el personal de saneamiento ambiental las 24 horas.	E	1,0%
P1	Realiza autopsias médicas.	P	1,0%
P2	Participa en reuniones interdepartamentales (discusión de casos anatomoclínicos) con frecuencia semanal o cuando sea necesario.	P	1,0%
P3	Realizan biopsias transoperatorias.	P	1,0%
P4	Aplican normas y protocolos para el procesamiento de los estudios requeridos.	P	1,0%
R1	Se le realiza autopsias médicas a más del 50% fallecidos en el hospital.	R	0,7%
R2	Se le realiza autopsias médicas a más del 95% fallecidos en emergencias o que llegaron muertos al hospital.	R	0,7%
R3	Participa en el 100% de las reuniones interdepartamentales (discusión de casos anatomoclínicos) con frecuencia semanal o cuando sea necesario.	R	1,0%
R4	100% de las solicitudes de biopsias transoperatorias son atendidas de inmediato.	R	1,0%
R5	100% de los estudios requeridos cumplen con las normas y protocolos establecidos para el procesamiento de los estudios requeridos.	R	1,0%

GRAFICO Nº 17



Fuente: Estándares de Calidad de la Atención Médica

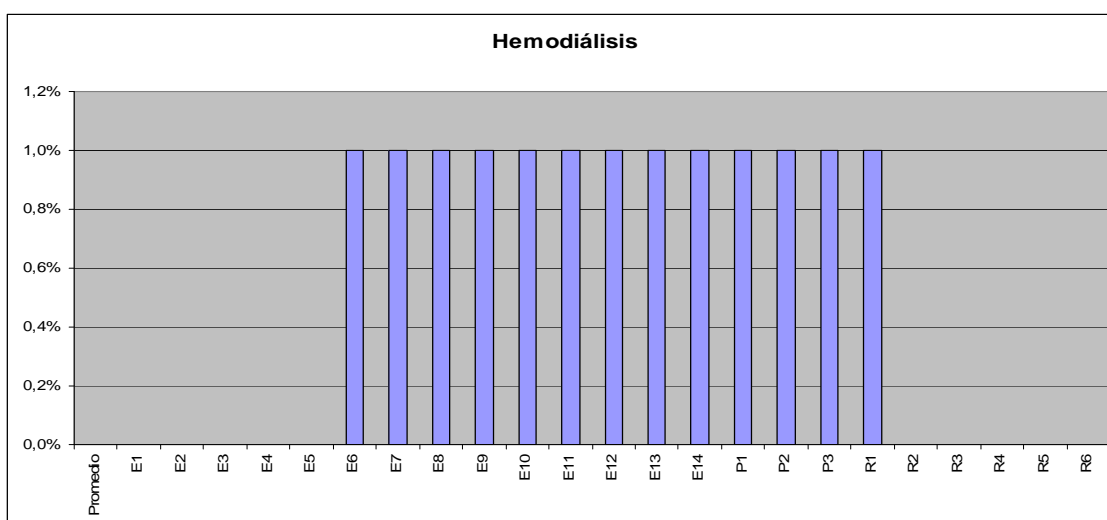
Elaboración: Fanny Salazar

CUADRO Nº 32

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

Promedio	21. Unidad de Hemodiálisis.		
E1	Cuenta con el espacio físico adecuado para el desarrollo de su tarea, de acuerdo a la normativa vigente.	E	0,5%
E2	El área de espera cuenta con capacidad del 50% del total de puestos para tratamiento de diálisis.	E	0,5%
E3	El área de pacientes cuenta con ambiente diferenciado físicamente para el tratamiento de pacientes con enfermedades infecciosas adquiridas por vía sanguínea (H.I.V., Hepatitis u otras).	E	0,0%
E4	El área de tratamiento de pacientes cuenta con un área mínima de 5 m2 por paciente.	E	0,0%
E5	El área de procedimientos cuenta con antesala de técnicas asépticas con un área mínima de 9 m2 y con lavamanos incluido.	E	0,0%
E6	La unidad de hemodiálisis cuenta con una planta de tratamiento de agua.	E	1,0%
E7	Se dispone del equipo mínimo necesario para la atención de los pacientes.	E	1,0%
E8	Se dispone de la dotación (insumos) mínima necesaria para la atención de los pacientes.	E	1,0%
E9	Existe un médico especialista responsable del área.	E	1,0%
E10	Los procedimientos son realizadas por médicos especialistas y residentes.	E	1,0%
E11	Cuenta con enfermera profesional y auxiliar de enfermería, entrenadas para laborar en 12 horas.	E	1,0%
E12	Existe programación de procedimientos.	E	1,0%
E13	Existe registro diario de los procedimientos realizados.	E	1,0%
E14	Existen normas y protocolos de procedimientos.	E	1,0%
P1	Se cumple la programación de procedimientos.	P	1,0%
P2	Existe una descripción firmada por el especialista de todos los procedimientos.	P	1,0%
P3	Se cumplen normas y protocolos de procedimientos.	P	1,0%
R1	El 80% de las interconsultas realizadas son atendidas antes de las 24 horas.	R	1,0%
R2	El 95% de los familiares muestran satisfacción con los resultados de la hospitalización.	R	0,8%
R3	El 80% de los familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.	R	0,8%
R4	Menos del 5% de los pacientes presentan complicaciones y/o accidentes como consecuencia de los tratamientos y/o procesos.	R	0,8%
R5	La mortalidad hospitalaria no es mayor del 5%.	R	0,8%
R6	Menos del 5% de los pacientes egresan contra opinión médica.	R	0,8%

GRAFICO Nº 18



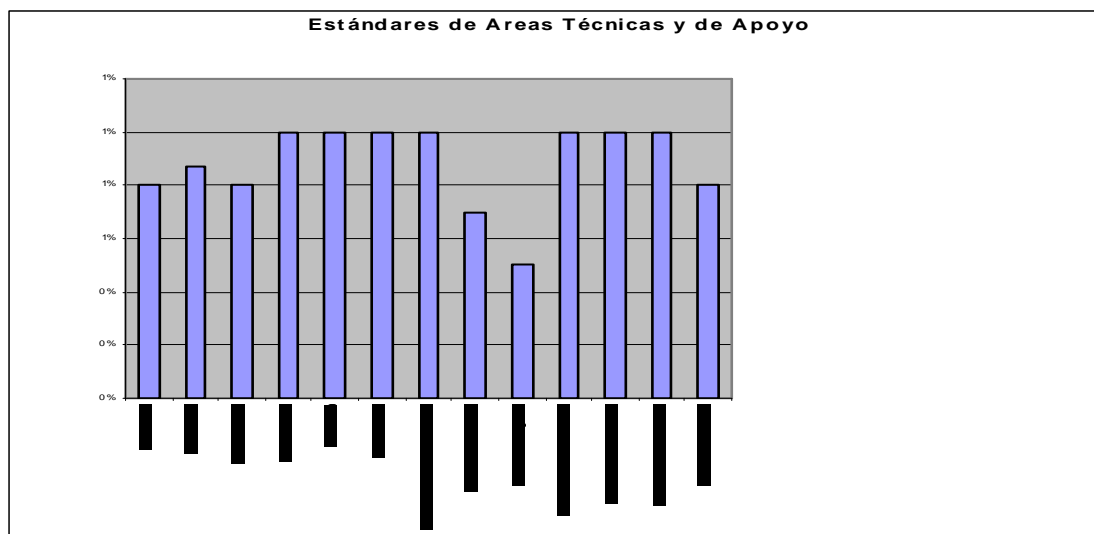
Fuente: Estándares de Calidad de la Atención Médica

Elaboración: Fanny Salazar

CUADRO N° 33
ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO

II. ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO	VALOR
PROMEDIO	1%
1. Nutrición	1%
2. Lavandería	1%
3. Saneamiento	1%
4. Esterilización	1%
5. Farmacia	1%
6. Enfermería	1%
7. Registros y Estadísticas de Salud	1%
8. Gestión Tecnológica	1%
9. Gerencia hospitalaria	1%
10. Mejoramiento de la de calidad	1%
11. Administración y RRHH	1%
12. Seguridad e higiene laboral	1%
13. Seguridad general.	1%

GRAFICO N° 19



Fuente: Estándares de Calidad de la Atención Médica

Elaboración: Fanny Salazar

3.1.3. ANÁLISIS SITUACIONAL

3.1.3.1.Contexto Histórico

El Hospital Pediátrico “Baca Ortiz” es una unidad de tercer nivel del sistema del Ministerio de Salud Pública especializado en la atención del paciente pediátrico y de especialidades, cuenta con 33 subespecialidades, otorga atención integral; funciona desde el 14 de Julio de 1948.

3.1.3.2. Contexto Geográfico

Ubicado en la ciudad de Quito en las Avenidas 6 de Diciembre y Colón, provincia de Pichincha, atiende prioritariamente a pacientes de la Provincia Pichincha especialmente del cantón Quito; recibe referencia nacional de preferencia de las provincias del centro y del norte del país.

3.1.3.3. Aspectos Económicos

Los usuarios están amparados por el código de la niñez y la adolescencia, los menores de 5 años se benefician de las prestaciones de la “Ley de Maternidad Gratuita y Atención al Infante”.

El presupuesto asignado para el Hospital por su monto, distribución y gestión no Satisface las necesidades del usuario y es necesario movilizar recursos de otras Instituciones Ongs, Innfa, voluntariado.

No existe un estudio sobre las condiciones socio económico de la población que demanda atención en el hospital, se supone que son de niveles socios económicos; Bajo y medio, los familiares no siempre disponen de recursos para cubrir los gastos complementarios que demanda la atención en el hospital, adquisición de insumos, medicamentos, y pago de exámenes especiales en otras instituciones.

3.1.3.3.1. Distribución del Presupuesto Institucional

RUBROS	DENOMINACIONES
10311277.72	Asignación Presupuestaria
297277.39	Autogestión
7549901.92	Gastos de Personal
2095821	Bienes de uso y consumo
214938.78	Bienes y Servicios para inversión
291747.05	Bienes de Larga duración

3.1.3.3.2. Asignaciones Presupuestarias Porcentuales

PORCENTAJE DENOMINACIONES

73%	Sueldos
20%	Gastos Operacionales
3%	Bienes de Larga Duración
2%	Inversión
2%	Otros Gastos

La mayor parte del presupuesto se asigna para pago de sueldos y salarios del personal, quedando un mínimo porcentaje para satisfacer el resto de necesidades de la Institución.

3.1.3.4. Condiciones Ambientales

3.1.3.4.1. Servicios Básicos de Pichincha

PORCENTAJE DENOMINACIONES

84.3%	Agua Potable
6.2%	Alcantarillado
8.4%	Letrinas

3.1.3.4.2. Servicios Básicos de Quito

PORCENTAJE DENOMINACIONES

91%	Agua de Red Pública
83.4	Alcantarillado
89.9%	Recolección de Basura

Fuente: Informe Dirección Provincial de Salud

Análisis Demográfico Distrito Municipio Metropolitano de Quito.

3.1.3.5. Condiciones Sociales y Culturales

Las diferentes condiciones cada vez más dificultan a la población al acceso de hábitos saludables, los usuarios provienen de hogares generalmente organizados en los que prevalece la disfunción familiar por factores: económicos, sociales y culturales TRABAJO SOCIAL.

En el 83% de las 2600 denuncias de violencia intrafamiliar en la Provincia de Pichincha 2004 se determina que las formas de violencia físicas 51% Emocionales 46% las victimas en su mayoría son las mujeres y las niñas /os.

Como consecuencia de estas condiciones se atiende pacientes con enfermedades agudas complicadas, marcada desnutrición que han sufrido accidentes graves, situación que afecta las condiciones de vida.

3.1.3.6. Organización Administrativa

A partir del año 2004 el hospital se maneja mediante un Sistema Orgánico Funcional por Procesos y Matriz de Interrelacionamiento que contempla los procesos:

Gobernante: Gestión Estratégica Hospitalaria.

Procesos Habilitante : Asesoría, Apoyo.

Procesos de valor agregado: Calificación de la oferta y la demanda hospitalaria, servicios técnicos

Del personal:

528 son regidos por la ley de servicio civil y carrera administrativa

433 por contrato colectivo

40 por contratación.

3.1.3.7. Indicadores de Factores

Nombre de la organización	Áreas de intervención	Intereses	Limitaciones
Nivel Central del Ministerio de Salud Pública	Apoyo a la Gestión	Mejoramiento de la calidad de atención Eficiencia en recursos	Dedicatoria insuficiente.
Dirección Provincial de Salud de Pichincha	Orientación, capacitación, seguimiento para ejecución y oferta de servicios	Optimización de los procesos	Tiempo y recursos insuficientes.
Otras instituciones públicas y privadas	Apoyo con recursos	Cumplir sus mandatos y objetivos	Recursos específicos y limitados.
Grupos de Voluntariado	Canalizan recursos para apoyo al usuario	Canalizan capacidades extras en la	Recursos económicos y tiempo limitado.

		atención del paciente	
Personal del HBO	Cumplir las actividades y funciones de acuerdo a su formación y asignación	Optimizar recursos. Atención de calidad al usuario.	Poco interés en el cumplimiento de los objetivos. Institucionales.
USUARIO	Solicitar atención	Satisfacer necesidades de atención en salud	Mal trato por el personal.

3.1.3.8. Ejes Estratégicos Componentes Problemas

3.1.3.8.1. Eje 1 Rectoría y Liderazgo

Conducción estratégica y participación social.

Aseguramiento de la calidad de Gestión; Nueva estructura organizacional por procesos, políticas, problemas de evaluación, seguimiento, producción y sistema de comunicación.

3.1.3.8.2. Eje 2 Fortalecimiento Institucional

Gestión Institucional Infraestructura, equipamiento, mantenimiento e Inventarios.

Gestión Financiera Presupuesto, contabilidad y administración de Caja.

Gestión de suministros Insumos, medicamento y reactivos.

Gestión Jurídica

3.1.3.8.3. Eje 3 Modelo de Atención

Oferta y demanda Licenciamiento, línea de base de demanda y Oferta.

Vigilancia Epidemiológica Seguridad laboral, marco legal y control.

3.1.3.8.4. Identificación y Análisis de Problemas por Ejes y Componentes

3.1.3.8.4.1.Eje 1 Rectoría y Liderazgo

- **Conducción Estratégica y Participación Social**

Las decisiones son tomadas a nivel jerárquico sin objetivos claros ni planificación.

Al interior de la Institución no hay vigencia de comités de asesoría ni apoyo.

Las líneas de autoridad no están claramente definidas y las que hay se irrespetan.

Las autoridades no cumplen con el perfil requerido.

No existe participación social.

- **Aseguramiento de la Calidad de la Gestión**

Inexistencia de condiciones para asegurar la calidad.

Desorganización técnica y administrativa en las diferentes áreas de la Institución.

Atención basada en la oferta y no en la demanda.

Ausencia de evaluaciones.

No hay un sistema de análisis periódico de producción, rendimiento y costos que oriente la gestión hacia la calidad.

No hay red informática para los procesos y gestiones de la Institución

Tiempos de espera prolongados para los trámites institucionales y atención directa al usuario en consulta externa, cirugías y exámenes especiales

Ausencia de relaciones públicas

Existe plan estratégico, se desconoce y no se aplica.

No se ha operacionado la estructura organizacional por procesos.

- **Aseguramiento de la calidad de Gestión**

No se cuenta con espacio físico específico para información, atención al cliente.

Dificultad de comunicación del usuario a través de red telefónica

No se analiza la satisfacción del usuario.

No hay sistema de comunicación a nivel interno y externo

No hay educación programada para el usuario.

3.1.3.8.4.2.Fortalecimiento Institucional

- **Infraestructura Equipamiento, Mantenimiento e Inventarios**

Parte de la infraestructura no adecuada para la prestación de servicios.

Infraestructura no optimizada mal distribuida.

Usuario no dispone de comedor, sitio de descanso, recreación y suficientes baterías sanitarias.

El personal requiere de vestidores, mejoras en el área administrativa.

Deterioro de loza de hormigón, pintura externa.

Mal estado en redes de tuberías de agua, sistema contra incendios.

Deterioro de equipos de cocina, marmitas, trituradores de alimentos.

Equipo médico y maquinaria obsoletos.

Parque automotor cumplió el tiempo de vida útil.

No se cuenta con equipos de tecnología actualizada: tomógrafo, resonancia magnética.

No hay programa de mantenimiento preventivo ni correctivo de la infraestructura, mobiliario y equipamiento.

Personal de mantenimiento no capacitado para arreglo de equipos médicos.

Insuficientes repuestos y materiales para mantenimiento.

Se carece de sistema informático para manejo de activos fijos.

Activos fijos no valorados.

Mobiliario en uso por más de 20 años.

- **Gestión Financiera**

Presupuesto insuficiente

Transferencia tardía desde el Ministerio de Finanzas.

Ministerio de Finanzas no respeta la pro forma presupuestaria elaborada en base a necesidades reales de la Institución.

No hay planificación de gastos.

Consolidación de los sistemas contables no integrados.

Información financiera mensual a destiempo.

Toma de decisiones erradas por información financiera a destiempo.

Burocrática atención al usuario.

Falta de control de consumo final.

Limitados ingresos por autogestión.

Insuficiente aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita.

Tarifario establecido sin adecuado análisis de recaudación.

Falta de sistema informático de recaudación.

No existe un instructivo interno de ingresos de autogestión.

- **Gestión de Recursos Humanos.**

Ausentismo elevado

Insatisfacción laboral

Capacitación insuficiente

Falta de evaluación de desempeño

Datos personales de RRHH desactualizados

Relaciones humanas deterioradas.

Archivo de RRHH obsoleto.

Carencia del sistema informático para el manejo de RRHH.

Recurso Humano no porta identificación.

Estructura física de la oficina inadecuada.

Nepotismo.

No existe un manual de normas y procedimientos.

La selección de los recursos profesionales se realiza fuera de la institución.

- **Gestión de Suministros.**

No hay un sistema de control informatizado de suministros.

Incoordinación entre comité de adquisiciones y bodega.

Suministros se utilizan sin mayor control ni rendición de cuentas.

No existe un plan de abastecimiento mensual de insumos, suministros y medicamentos.

No se maneja saldos máximos y mínimos.

No existe credibilidad por los proveedores a causa de cartera vencida.

Medicamentos insumos y suministros adquiridos por el costo más no por su calidad.

- **Gestión Jurídica.**

Se desconoce las actividades que cumple esta Gestión

El personal desconoce el marco legal en relación al área de salud.

Conflictos laborales no solucionados.

Espacio físico inadecuado para el mismo.

3.1.3.8.4.3. Eje 3 Modelo de Atención

- **Oferta y Demanda.**

El hospital no cumple con el requisito de equipamiento tecnológico, actualizado para calificar como unidad de tercer nivel del Ministerio de Salud Pública.

Modelo atención rutinaria y burocrática.

Desorganización de la atención para atender la demanda y no la oferta.

Parte del personal no cumple con las horas de trabajo en la Institución porque está preocupado de actividades particulares.

Ausencia de manuales Técnicos Administrativos protocolos de atención.

No se realizan actividades de prevención y seguimiento de pacientes.

No existe un plan de alta.

Costos elevados de la atención.

Sobrecarga de problemas de atención primaria en el hospital.

Oferta de servicio sin seguimiento.

Falta de programas de educación e información a pacientes.

Insatisfacción del usuario

Bajas coberturas.

Historias clínicas incompletas.

3.1.3.9. Análisis FODA

3.1.3.9.1. Ambiente Interno

3.1.3.9.1.1. Fortalezas.

Ubicación estratégica del Hospital con facilidades de acceso

Personal profesional y Técnico altamente capacitado.

Credibilidad de la Institución.

Estabilidad laboral

Plantilla de personal completa.

Unidad financiada por el estado

Infraestructura adecuada

Tecnología adecuada de acuerdo al presupuesto establecido.

Control de la gestión económica interna y externa

Servicios quirúrgicos de especialidades únicos en el país en el sector público.

3.1.3.9.1.2. Debilidades

No hay plan anual que priorice necesidades.

Desconocimiento e inadecuada aplicación del Marco Legal relacionado con salud.

Se carece de un plan de mantenimiento de infraestructura equipamiento y mobiliario.

Se trabaja en base a la demanda y no la oferta.

Presión de individuos y grupos que trabajan por objetivos particulares y no de la institución.

No vigencia de comités (Farmacología Nosocomiales y Bioseguridad)

Subutilización de capacidad instalada y otros recursos.

3.1.3.9.2. Ambiente Externo

3.1.3.9.2.1. Oportunidades

Participación del Nivel Central del MSP y DPS para apoyar la Gestión Institucional.

Convenios para pasantías.

Presencia de organizaciones que apoyan la Gestión del Hospital; donación de equipos, facilitación de capacitación y apoyo económico.

Existencia de Marco legal que permite la modernización, autogestión y el aseguramiento de la calidad.

Utilización de fondos provenientes de la ley de Maternidad Gratuita y Atención al Infante.

Permisos de capacitación para el personal.

Aplicación de la nueva estructura organizacional por procesos.

3.1.3.9.2.2. Amenazas.

Formulación de aseguramiento universal mediante el cual las instituciones públicas prestadoras competirán directamente con las privadas (pago por prestaciones).

Manejo económico nacional que no privilegia al sector social, presencia de alto nivel de inflación.

Presupuesto insuficiente con normas rígidas para el manejo.

Ministerio de Finanzas no entrega en forma oportuna las transferencias.

Empobrecimiento de los usuarios del Hospital.

Competencia de organizaciones prestadoras de servicio con costos menores.

Limitada participación social externa.

Aprobación del presupuesto sin considerar las necesidades reales de la Institución.

3.1.3.10. Aspectos Estratégicos

3.1.3.10.1. Misión

El Hospital Pediátrico “Baca Ortiz” es una unidad de tercer nivel del MSP Especializado en la atención del paciente pediátrico y de especialidades otorga atención integral de salud oportuna y de calidad.

3.1.3.10.2. Visión

El Hospital Pediátrico “Baca Ortiz” es líder nacional en la atención pediátrica de calidad por la excelencia académica y humana de su personal tecnología de vanguardia por ser un centro de investigación formación y capacitación del talento humano.

Sus acciones se enmarcan en los principios de: universalidad, eficiencia, eficacia calidad, equidad y solidaridad.

3.1.3.10.3. Valores Institucionales

Respeto a los derechos del usuario

Calidad.

Ética

Honestidad

Credibilidad

Solidaridad

Innovación.

3.1.3.10.4. Objetivos

3.1.3.10.4.1. Generales

Brindar atención integral, especializada y de calidad al paciente pediátrico mediante la optimización de recursos.

3.1.3.10.4.2. Estratégicos

Conducir técnica y estratégicamente la Institución con amplia participación social, brindando servicios de calidad que satisfagan la necesidad en salud del usuario.

Fortalecer la organización y funcionamiento del Hospital mediante la coordinación adecuada de servicios institucionales en las Gestiones Financiera, Recursos Humanos, Suministros y Asesoría Jurídica.

Desarrollar un modelo de Atención Integral que responda las expectativas de la demanda y programas de vigilancia epidemiológica.

Control para el diagnóstico y medición de los resultados y productividad del hospital nos basaremos en los Datos estadísticos de los años 2004-2005-2006.

RESUMEN DE LA PROBLEMÁTICA DEL HOSPITAL

- El hospital no dispone de un Modelo Gerencial que facilite la toma de decisiones acertadas que incida en la calidad de servicios prestados y por ende en la satisfacción del cliente externo, como externo.
- Dispone de un plan estratégico actualizado y se está cumpliendo con lo programado es así como dispone de un tomógrafo, se a renovado el parque automotor, se ha construído el albergue, se está construyendo el área de diálisis, oncología ambulatoria, etc.
- El Hospital a través de la Gestión de Recursos Humanos no ha desarrollado un plan de capacitación con el fin de tener talentos humanos con habilidades y destrezas para cada especialidad.
- La Selección de recursos profesionales se realiza fuera de la Institución.
- Presupuesto insuficiente con normas rígidas para el manejo.
- Existe Falta de programas de educación e información de pacientes.
- La estructura del Hospital es de tipo vertical con decisiones centralizadas.
- Ausencia de manuales técnicos administrativos, protocolos de atención.
- Se trabaja en base a la demanda y no en base a la oferta.

3.1.4. DIAGNÓSTICO DEL SERVICIO DE INFECTOLOGÍA

3.1.4.1. Antecedentes

El servicio de infectología se inició en el hospital antiguo donde se le acondicionó un área junto a la capilla localizada en la esquina de la Avenida 6 de Diciembre y Colón dispuesto con habitaciones por especialidad con una capacidad para 21 pacientes.

Dirigido desde este momento por el Dr Jorge Sierra con apoyo de las hermanas de la Caridad todo esto desde el año 1977 luego se derroca este sector y pasa a la planta baja del hospital antiguo, ocupando el primer piso junto a la información y farmacia.

Con la creación del nuevo hospital (1988 el servicio es ubicado en el sexto piso, luego se moviliza al quinto piso para compartir con clínica de especialidades con un total de 40 camas.

El 3 de junio de 2002 abre sus puertas en su área propia manteniéndose hasta la actualidad con una capacidad de 19 camas disponibles las 24 horas los 365 días del año.

3.1.4.2. Misión del Servicio de Infectología

El Servicio de Infectología del Hospital Baca Ortiz brinda atención de salud a Niños y Niñas desde 1 día hasta 15 años portadores de enfermedades infectocontagiosas, con servicios médicos de especialidad y subespecialidad, personal de profesionales y no profesionales capacitados y comprometidos con la atención a la Niñez, respetando sus derechos, de la familia, con responsabilidad social.

ES IMPORTANTE ANOTAR QUE EL SERVICIO DE INFECTOLOGÍA DEL HOSPITAL BACA ORTIZ ES EL ÚNICO SERVICIO DE INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICO A NIVEL NACIONAL, POR LO QUE SE HA PLANTEADO MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN.

De todos los Servicios del Hospital es el más ínter consultado pues los pacientes portadores de enfermedades infectocontagiosas ingresan en todos los servicios, para un diagnóstico definitivo.

3.1.4.3. Características del Servicio de Infectología.

El servicio de Infectología inició su prestación de servicios desde el antiguo Hospital con capacidad de 40 camas para atender a Niños con enfermedades infecto- contagiosas, en 1988 se crea el Nuevo Hospital se ubicó en el sexto piso con una capacidad de 40 camas, incluyendo el servicio de clínica de especialidades, donde su capacidad real fue de 12 camas, es así como el 3 de Junio del 2002 reabre sus puertas en su propia área la que fue readecuada con el fin de mejorar la atención al cliente, cuentas con salas de aislamiento, equipamiento, aplicación de técnicas para evitar propagación de enfermedades infecto-contagiosas, su capacidad actual es de 19 camas, dispone de profesionales médicos y de enfermería quienes tratan de satisfacer al cliente externo.

El personal de salud debe cumplir con ciertas reglas como son la puntualidad el ingreso en el turno de la mañana es de 7:30 a 13:30 en la tarde 13:30 a 19:30 en la noche de 19:30 a 7:30 para el personal de enfermeras y auxiliares de enfermería, los Médicos residentes laboran las 24 horas.

El personal que labora en el servicio debe usar el uniforme correspondiente de acuerdo a su desempeño.

Toda organización debe tener reglas del juego las que dan respuestas que se traducen en el mejor desempeño de la misma.

El servicio de infectología como integrante del hospital Baca Ortiz participa en los eventos sociales como son el día del Médico, día del Niño, fiestas de fundación de la Institución el 14 de Julio, fiestas de Navidad y Año Nuevo, no se dispone de AIO, se intenta trabaja por procesos los que tienen un orden lógico.

El desempeño se mide por la eficacia, eficiencia, relevancia, flexibilidad, viabilidad financiera.

Eficacia la organización cumple con los objetivos planteados en la misión.

Eficiencia se requiere mejor manejo del tiempo y del personal.

Relevancia existe insatisfacción del cliente externo.

Flexibilidad capacidad limitada no son flexibles.

Viabilidad Financiera No hay una buena distribución de recursos, no hay una buena planificación financiera.

3.1.4.3.1. Cultura

En la mañana labora la líder de enfermería, una enfermera de cuidado directo y una auxiliar de enfermería, las primeras reciben el turno, ven las novedades y dan solución, brinda cuidado directo a los 19 pacientes, pasa visita médica y luego realiza la función administrativa (kardex), los médicos tratantes y residentes realizan la visita médica donde se comparte conocimientos., las señoras auxiliares realizan el cuidado de la unidad toman la temperatura, las auxiliares administrativas realizan labores de mensajería, y limpieza.

3.1.4.3.2. Incentivos

El personal además de recibir los beneficios de ley, se proporciona uniformes a las enfermeras cada año, se envía al personal a cursos de capacitación de acuerdo a necesidades.

3.1.4.3.3. Liderazgo

El servicio no goza de un agradable ambiente de trabajo existe malas relaciones interpersonales con todo el equipo de salud, no hay presencia de dirección y liderazgo, conducción lo que no permite superar positivamente dificultades a tiempo, dentro del servicio, obstaculizando el cumplimiento de las funciones a cabalidad con responsabilidad, perjudicando al paciente y familia en la resolución de sus problemas de salud

3.1.4.3.4 Estructura del Servicio de Infectología

El servicio dispone de una estructura funcional es decir se dispone de 1 médico jefe y una líder de enfermería que toman decisiones y
Son los responsables de las funciones tanto de médicos, enfermeras de cuidado directo, como de las actividades de las auxiliares de enfermería, administrativas, se observa que las decisiones se acumulan en lo alto, existe una coordinación pobre horizontal, hay una respuesta lenta al cambio, no existe una estructura basada en el producto, cliente, por procesos, matricial e híbrida.

3.1.4.4. Recursos Humanos

El talento humano del servicio está formado 1 Jefe Médico del servicio, 1 médico tratante, 4 médicos residentes, 3 internos rotativos de medicina, 1 enfermera Líder, 9 enfermeras de cuidado directo, 6 auxiliares de enfermería, 4 auxiliares administrativos, 1 secretaria, 1 trabajadora social a medio tiempo; es decir un total de 31 personas las que conforman el servicio.

El personal de enfermería se distribuye de la siguiente manera:

1 enfermera/ con 1 auxiliar de enfermería en el turno de la mañana

1 enfermera/ con 1 auxiliar de enfermería en el turno de la tarde

1 enfermera/ con 1 auxiliar de enfermería en el turno de la noche.

Es importante anotar que el personal auxiliar de enfermería se rige por el contrato colectivo por lo tanto tienen compensativos, y también por calamidad no asisten al servicio especialmente en el turno de la tarde de manera que la enfermera que labora la tarde tiene **sobrecarga de trabajo** pues trabaja sola.

3.1.4.5. Recursos Financieros

Como todas las unidades del Ministerio de Salud Pública el presupuesto que recibe el Hospital es insuficiente y ha esto se añade la mala distribución del mismo, por lo que las autoridades se han visto en la necesidad de crear autogestión.

3.1.4.6. Infraestructura del Servicio de Infectología

Cuenta con los servicios básicos como son agua, luz teléfono en una superficie aproximada de 500 m².

3.1.4.7. Gestión de Productos y Servicios

Los productos generados en el servicio son de carácter intermedio, pues se ofrece un servicio que son los cuidados y técnicas de enfermería en acciones de hospitalización, tratamiento, rehabilitación del cliente externo tanto al ingreso como al egreso del servicio en donde se ponen en juego varios factores como son el tiempo de trabajo, materiales utilizados, tecnología etc los cuales generan información.

3.1.4.8. Gestión de Procesos

El proceso de enfermería se caracteriza por ser vertical y sin gestión estratégica, es necesario profundizar la horizontalidad y aplicar la gestión estratégica por procesos, los retos del futuro son la caracterización de los procesos de enfermería mediante la actualización de protocolos y luego someterlos a control.

3.1.4.9. Análisis de Estructura

- Estructura física de la unidad
- Distribución de espacios (superficie de la unidad, camas instaladas, actuales y potenciales)
- Recursos humanos: edad, distribución por sexo, antigüedad, tipos de contrato, dima laboral, grado de participación, ausentismo por categorías
- Cartera de servicios: definición, proveedores, producción de la unidad (ingresos, estancias y altas)

3.1.4.10. Análisis de la Situación Actual y Ámbito Futuro

El servicio de infectología del HBO .pone a disposición de la ciudadanía la atención al paciente pediátrico en especial de la región sierra cuya capacidad es de 19 camas contando con un inventario de talentos humanos, materiales y tecnología para su uso diario.

En cuanto a los materiales e insumos el servicio se provee a través de pedidos quincenales solicitados a bodega central, los mismos que son insuficientes.

En cuanto a medicamentos la política del hospital dispone accesibilidad gratuita para los pacientes hospitalizados; a través del recetario chequera que es manejado por los médicos tratantes. La medicación especial como barbitúricos se solicita en recetas rosadas que son autorizadas exclusivamente por el médico líder del servicio y el jefe de guardia.

La lencería con que cuenta el servicio es escasa, no cubre las necesidades del servicio de demanda, el cambio de ropa de cama se lo realiza en forma diaria y

por razones necesarias, el canje se lo hace en lavandería de acuerdo al número de prendas utilizadas.

El material y equipo con que cuenta el servicio es limitado; se dispone de un inventario físico actualizado en buen estado funcionando en relación con los otros servicios del hospital, esto se debe a que el servicio se encuentra funcionando desde hace tres años, como una unidad independiente.

3.1.4.11. Equipos

- 2 Aparatos de diagnóstico de pared
- 1 set de diagnóstico
- 1 tensiómetro
- 1 tanque de oxígeno
- 1 negatoscopio
- 1 tanque de oxígeno
- 1 balanza de pedestal
- 1 computador
- 1 grabadora
- 1 refrigeradora
- 1 teléfono
- 1 cocineta
- 5 flujo metros
- 5 succionadores
- 1 purificador de aire
- 1 bomba de infusión
- 11 historias clínicas dobles
- 3 historias clínicas simples
- 8 carpetas plásticas azules
- 2 carpetas plásticas de color gris
- 1 jarro pequeño de acero inoxidable

3.1.4.12. Bienes Muebles

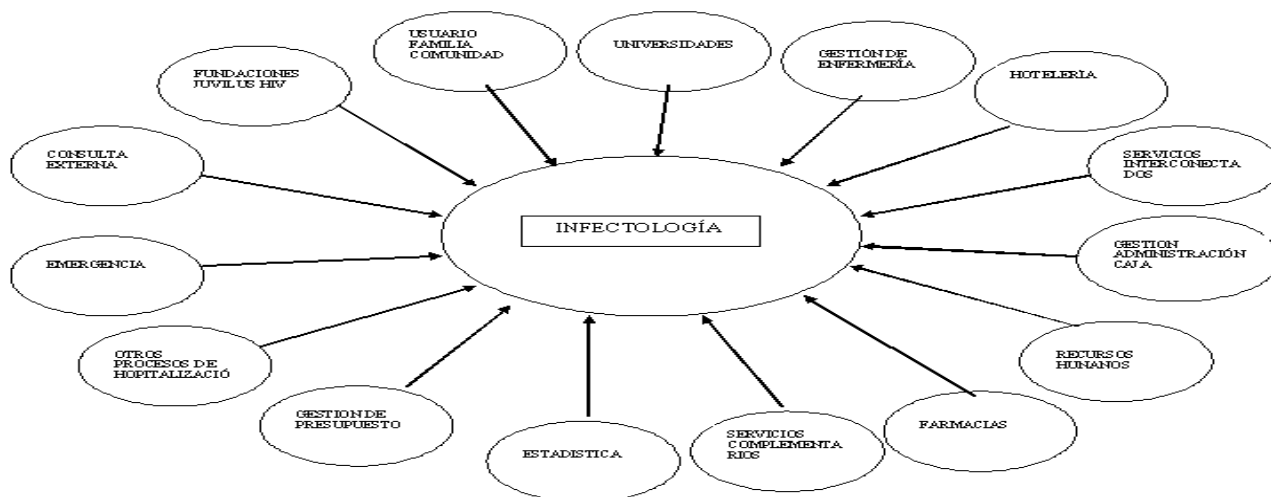
- 4 escritorios
- 34 sillas
- 23 camas
- 23 colchones
- 20 veladores
- 6 cancelas
- 1 mesa de madera
- 2 coches metálicos
- 1 sheilón
- 1 camilla
- 1 coche de paro
- 3 vitrinas

3.1.4.13. Productos

3.1.4.13.1. Proveedores

Los proveedores del servicio de infectología son: internos y externos.

3.1.4.13.1.1. Proveedores Externos



Universidades, usuario familia, comunidad, Fundaciones (JUVILUS), todos los laboratorios, casas comerciales que interactúan diariamente con la institución.

Los usuarios del servicio en su mayoría son de recursos económicos capaces de costear la atención, pertenecen a hogares generalmente organizados y algunos son disfuncionales.

3.1.4.13.1.2. Proveedores Internos

Los talentos humanos que se encuentran prestando sus servicios en Emergencia, Consulta Externa, Servicios ínter consultados, y transferencias de otros servicios, Gestión de Enfermería, Gestión Hotelería, Gestión Administrativa, Gestión de Recursos Humanos, Gestión Farmacia, Gestión Servicios complementarios, Gestión Estadística, Gestión presupuestaria. Con quienes se mantiene estrecha relación y gracias a las líneas de coordinación se ha podido cumplir con algunos objetivos.

3.1.4.14. Medio Físico

HBO, está ubicado en la Av. Colón s/n y 6 de Diciembre; el servicio de Infectología ubicado en el sexto piso área norte del bloque nuevo, con fácil accesibilidad para su llegada, disponiendo de ascensores y gradas. El flujo de ingreso del paciente a este servicio se da a través de dos caminos; Consulta Externa y Emergencia.

En los últimos años se refleja la actividad realizada en la unidad de infectología.

3.1.4.15. Pacientes Ingresados en el Servicio de Infectología (2004-2006)

3.1.4.15.1. Distribución según la Edad

GRUPOS DE EDADES	# PCTES 2004	% 2004	PCTES 2006 412	% 2006
1m - 1 año	45	45%	186	45%
2 años	5	5%	20	5%
3 años	6	6%	25	6%
4 años	6	6%	25	6%
5 años	9	9%	37	9%
6 años	6	6%	25	6%
7 años	4	4%	17	4%
8 años	3	3%	12	3%
9 años	5	5%	21	5%
10 años	1	1%	4	1%
11 años	3	3%	12	3%
12 años	2	2%	8	2%
13 años	3	3%	12	3%
14 años	2	2%	8	2%
15 años	0	0%	0	0%
TOTAL	100	100%	100	100%

FUENTE: Archivo del Servicio de infectología

ELABORADO POR: Enfermeras del servicio

En el servicio de infectología se tiene una mayor afluencia de pacientes entre 1 mes a 1 año, el resto es de edad pre-escolar y escolar según demuestra el gráfico, que la mencionada es la edad más vulnerable y de mayor cuidado

3.1.4.15.2. Distribución según Sexo 2004

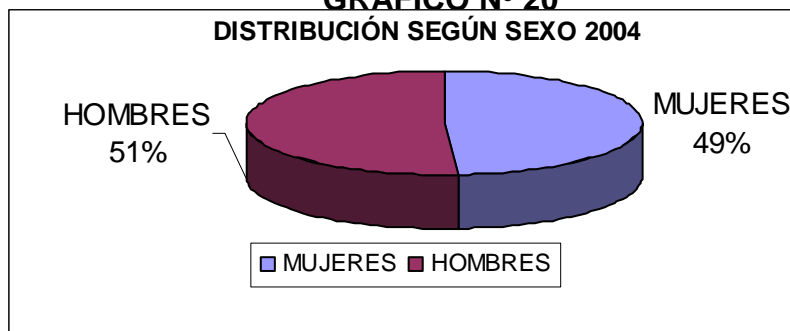
CUADRO N° 34

SEXO	# PCTES	
FEMENINO	51	51%
MASCULINO	49	49%

FUENTE: Archivo del Servicio de Infectología

ELABORADO POR: Enfermeras del servicio

GRAFICO N° 20



De acuerdo al sexo tenemos que hay casi una igualdad en cuanto al número de pacientes que ingresaron en el 2004 al servicio.

3.1.4.15.3. Distribución de Pacientes según Procedencia (2004)

PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE INFECTOLOGÍA 2004

CUADRO N° 35

PROVINCIA	# PCTES	%
Pichincha	64	64%
Imbabura	6	6%
Napo	4	4%
Los Ríos	4	4%
Chimborazo	3	3%
Guayas	2	2%
El Oro	2	2%
Manabí	2	2%
Tungurahua	2	2%
Cotopaxi	2	2%
Morona Santiago	2	2%
Francisco de Orellana	2	2%
Esmeraldas	1	1%
Pastaza	1	1%
Bolívar	1	1%
Loja	1	1%
Tulcán	1	1%

FUENTE: Archivo del Servicio de Infectología

ELABORADO POR: Enfermeras del servicio

El HBO por ser una institución de tercer nivel, y al disponer de este servicio, la mayor parte procede de la provincia de Pichincha con un 64%. El 46% corresponde a otras provincias.

3.1.4.16. Patologías más Frecuentes 2004

CUADRO N° 36

PATOLOGÍAS	# PACIENTES	%
Tejidos Blandos	57	57%
Meningitis	14	14%
Coqueluche	8	8%
Encefalitis	7	7%
Tuberculosis	5	5%
VIH	5	5%
Varicela	4	4%

FUENTE: Archivo del Servicio de Infectología

ELABORADO POR: Enfermeras del servicio

De acuerdo al muestreo vemos que la patología más frecuente es la de Tejidos Blandos corroborando con las principales causas de morbilidad anual para el 2004 con 57%

3.1.4.17. Días de Estadía de los Pacientes en el 2004

CUADRO N° 37

DÍAS DE ESTADÍA	PACIENTES	%
1-5	28	28%
6-10	35	35%
11-15	20	20%
16-20	9	9%
21-25	2	2%
26-30	1	1%
31 A +	5	5%

FUENTE: Archivo del Servicio de Infectología

ELABORADO POR: Enfermeras del servicio

La permanencia de los pacientes en este servicio es de 6 a 10 días con 35% de días de estadía, viendo así que el número de días es apto para el tratamiento.

3.1.4.18. Aceptabilidad de los Servicios

En el año 2003-2004 se realiza un estudio sobre el grado de satisfacción del usuario con el cuidado de enfermería, la medida de este indicador está relacionado con la calidad percibida mediante las variables de información respecto, trato amable, atención técnica, rapidez en la actuación; siendo los resultados del servicio de Infectología en un parámetro de bueno y el tiempo estándar en demora de atender un servicio de 38 minutos.

El grado de relación entre el cliente interno, especialmente los médicos este servicio manifiesta que es regular y las enfermeras reconocen que la calidad de atención de enfermería que se brinda a los niños es “Buena” como lo manifiesta en su tesis la Lcda. Carmen Cornejo.

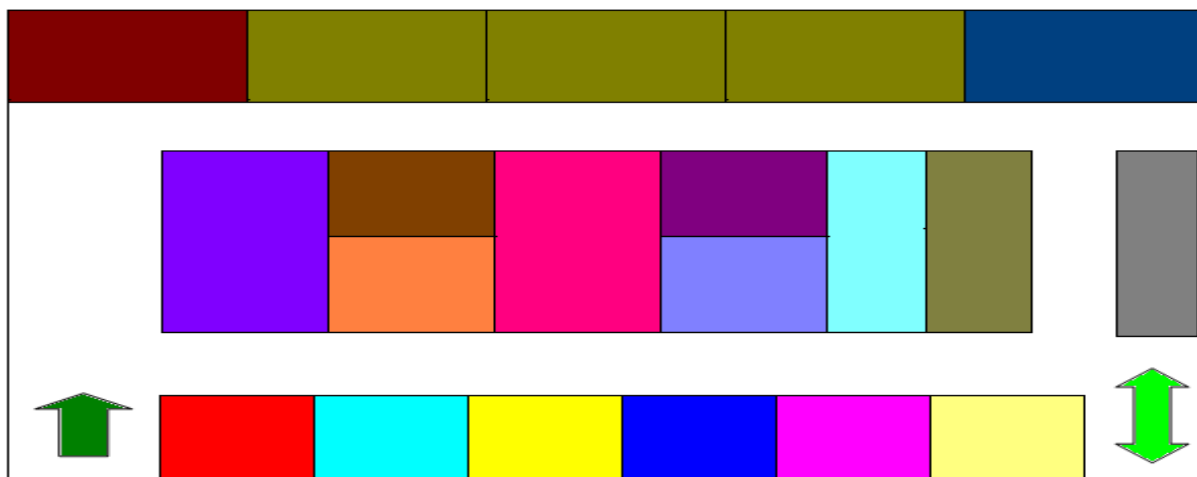
3.1.4.19. Análisis Interno

3.1.4.19.1. Descripción de Recursos de Estructura

El hospital Baca Ortiz cuenta con una infraestructura moderna localizada en el centro de la ciudad de Quito.

3.1.4.20. Estructura Física de la Unidad

3.1.4.20.1. Descripción de Espacios Físicos



- | | | |
|---|--|--|
| ■ BODEGA DE INSUMOS | ■ UTILERIA SUCIA | ■ AISLAMIENTO DE T.B. |
| ■ OFICINA ADINISTRATIVA | ■ LAVACHATAS | ↑ ENTRADA |
| ■ CONSULTORIO SIDA | ■ S.S.H.H | ↑↓ SALIDA DE EMERGENCIA |
| ■ TRATAMIENTOS | ■ DUCHAS PACIENTES | |
| ■ AISLAMIENTO ESTRICTO | ■ S.S.H.H. PERSONAL | |
| ■ RESIDENCIA MEDICA | ■ DOCENCIA | |
| ■ ENFERMERIA | ■ ENFERMEDADES S.N.C | |
| ■ UTILERIA LIMPIA | ■ INFECCIONES DE PIEL TEJIDOS BLANDOS Y OSTEOMIELITIS DE SUBMAXILARES | |

La unidad de infectología tiene una superficie de 500m²

- 6 cubículos con capacidad de 19 pacientes
- 1 sala de curaciones y procedimientos especiales
- 1 habitación para médicos residentes
- 2 oficinas administrativas, una para Secretaría y Jefatura de Enfermería, la otra es utilizada como consultorio para la atención a pacientes con VIH.
- 1 sala de reuniones y docencia
- Estación de enfermería
- Utilería para materiales sucios
- Utilería para ropa sucia
- 3 duchas para pacientes
- 1 ducha para el personal con inodoro
- Los 6 cubículos cuentan con un inodoro, lavamanos y secadores de manos y se encuentran distribuidos de la siguiente manera:
- Cubículo 1: con capacidad para 4 camas, se recibe pacientes con enfermedades del Sistema Nervioso Central (Meningitis, Encefalitis, Higromas)
- Cubículos 2, 3 y 4 con capacidad de 4 camas cada uno, se reciben pacientes con infecciones en la piel y Tejidos Blandos, además pacientes con Osteomielitis de Submaxilares.
- Cubículo 5: (Aislamiento con intercambiador de aire que evita la propagación del bacilo tuberculoso). Tiene la capacidad para 2 camas destinadas a pacientes de Tuberculosis. Área que en muchas ocasiones se utiliza para otras patologías como por ejemplo: Piel Escaldada o Síndrome de Ritter, Escarlatina, Sepsis Estafilococo)
- Cubículo 6 (aislamiento Estricto) Con disponibilidad de una cama para atender a paciente con Varicela, Conqueluche, que varía su capacidad dependiendo de la demanda del servicio con dichas patologías.

Contamos con todos los servicios básicos (agua, luz, teléfono, eliminaciones de basura-bajo normas pre-establecidas de la institución)

3.1.4.21. Talentos Humanos

El talento humano del servicio de infectología está conformado por:

- Líder del servicio
- 1 médico Tratante
- 4 médicos residentes
- 3 intentos rotativos de medicina
- 1 enfermera líder
- 7 enfermeras de cuidado directo
- 6 auxiliares de enfermería
- 4 auxiliares administrativos de salud
- 1 secretaria
- 1 trabajadora social a medio tiempo

3.1.4.21.1. Análisis de los Talentos Humanos

El servicio de infectología cuenta con un total de 25 talentos humanos distribuidos de la siguiente manera:

CUADRO N° 38
TALENTO HUMANO

PERSONAL	Nº	POR EDA	%	SEX O	NOMBRA MIENTO	CONT RATO	ANTIGÜE DAD
Médico jefe	1	65	4%	M	X		35
Médico tratante	1	50	4%	F	X		13
Médicos residentes	4	30	16%	3F 1M	X	X X	3 meses a 1 año
Enfermera Líder	1	67	4%	F	X		30
Enfermeras de cuidado directo	7	43	28%	F	X		10 a 30 años
Auxiliares de enfermería	6	50	24%	F	X		10 a 30 años
Auxiliares Administrativos de Salud erales).	4	40	16%	F	X		10 a 30 años
Secretaria	1	25	4%	F	x		4 años
Total	25		100%				

FUENTE: Archivo del servicio

ELABORADO POR: Enfermeras del Servicio

- 8% corresponde a médicos tratantes con edad entre 45 a 65 años, tienen nombramientos definitivos con rango de antigüedad entre 20 y 40 años.
- 16% representan los médicos residentes con una edad promedio de 30 años todos a contrato, su permanencia varía de 3 meses a 1 año dependiendo de la rotación.
- 32% corresponde al personal de enfermería todos de sexo femenino con nombramiento definitivo cuya edad media es de 43 años y antigüedad de 10 a 30 años.
- 24% corresponden al personal de auxiliares de enfermería con una edad promedio de 50 años, todas de sexo femenino con nombramiento definitivo con un rango de antigüedad entre 10 a 30 años.
- 16% corresponde al personal de servicios generales, todas de sexo femenino con nombramiento definitivo, edad promedio 40 años con antigüedad entre 10 a 30 años.
- 4% corresponde al personal administrativo (Secretaria), de sexo femenino con nombramiento definitivo edad 25 años y tiempo de servicio 4 años.

3.1.4.22. Programación de la Plantilla de Enfermería.

1 Enf/ 1 Aux Turno de la mañana

1 Enf/ 1 Aux Turno de la tarde

1 Enf./ 1 Aux Turno de la noche

En relación al cálculo de personal establecido con las fórmulas de Balderas en su cuarta edición de administración, se puede apreciar que el número de personas asignadas tanto profesionales como no profesionales es insuficiente con relación al número de pacientes y al índice de atención.

Para el año 2004 según el registro que reposa en el servicio, se constata que existe un alto índice de ausentismo en el personal auxiliar con un total de 224 turnos reflejándose un mayor porcentaje en los meses de marzo con un total de 33.4% y en diciembre del 17.8%, relacionando estos datos con el ausentismo del personal de enfermeras, diremos que es de 100 turnos en los meses de marzo con el 34% y abril el 40% (enfermedad y calamidad doméstica).

El alto índice de ausentismo en el personal se debe a paros, marchas, permisos sindicales enfermedades y calamidades domésticas.

Por todo lo mencionado anteriormente no se brinda una atención al 100% de calidad existiendo una sobre carga de trabajo en el personal de enfermeras.

El ausentismo del personal de médicos, servicios generales y personal administrativo no se registran en este trabajo.

CUADRO N° 39
AUSENTISMO DEL PERSONAL

	ENFERMERAS		AUXILIARES	
	DIAS	%	DIAS	%
Enero	0	0.00%	23	10.20%
Febrero	0	0.00%	6	2.60%
Marzo	34	34.00%	75	33.40%
Abril	40	40.00%	27	12.00%
Mayo	0	0.00%	11	5.30%
Junio	0	0.00%	0	0.00%
Julio	8	8.00%	1	0.40%
Agosto	8	8.00%	10	4.40%
Septiembre	0	0.00%	7	3.10%
Octubre	5	5.00%	16	7.10%
Noviembre	0	0.00%	8	3.50%
Diciembre	5	5.00%	40	17.80%
TOTAL	100	40.38%	224	99.80%

FUENTE: Archivo del servicio

ELABORADO POR: Enfermeras del Servicio

3.1.4.23. Clima Laboral

El servicio de infectología goza de un agradable ambiente de trabajo existiendo buenas relaciones interpersonales con todo el equipo de salud, hay presencia de dirección y liderazgo, conducción que permite superar positivamente dificultades a tiempo, dentro del servicio, facilitando el cumplimiento de las funciones a cabalidad con responsabilidad, involucrando al paciente y familia dentro de un ambiente familiar.

El personal que labora en este servicio recibe beneficios de ley como: Vacaciones, uniformes, alimentación, seguro social, permisos sin existir reconocimiento laboral.

El personal del servicio requiere incentivos como: alimentación mejorada, facilidades para la capacitación, disponer de una biblioteca actualizada, vacaciones (10 días) por área de riesgo, control médico trimestral al personal, dotación de materiales de protección (mascarillas, guantes) que permitan la seguridad del personal.

3.1.4.24. Cartera de Servicios

3.1.4.24.1. Asistencia al Cliente Externo

- Hospitalización
- Cuidado directo profesionalizado
- Curaciones
- Consejería a pacientes con VIH - Planificación familiar
- Educación.

3.1.4.24.2. Asistencia al Cliente Interno

- Capacitación al personal
- Docencia universitaria médica y enfermería
- Investigación.
- Planificación de recursos.
- Gestionando la utilización y el consumo de materiales para los dos clientes.

3.1.4.25. Evaluación Estratégica de la Situación con la Matriz FODA

CUADRO N° 40

DEBILIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> • Talento humano incompleto (Enfermeras) • Falta de cultura organizacional • Protocolos de atención no estandarizados • Ausentismo del personal • Sobrecarga de trabajo <p>Tecnología caduca Hotelería poco satisfactoria (lencería) Falta de una política institucional de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de Incentivación • Falta de recursos materiales • Presencia de vectores
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<p>Buen potencial de trabajo en equipo Área física y distribución adecuada por patología Buenas relaciones en el servicio Liderazgo efectivo Educación incidental permanente Cuidado directo profesionalizado</p>	<p>Satisfacción del paciente y sus padres Satisfacción del personal del servicio Consejería a pacientes con VIH Planificación familiar Manejo de programa de Tuberculosis Docencia universitaria para médicos y Enfermeras.</p>

3.1.4.26. Producción de la Unidad

3.1.4.26.1. Indicadores Hospitalarios 2004

CUADRO N° 41

INGRESOS	ALTAS	DEFUNCIONES		TASA MORTALIDAD+ LIDAD+ 48h	TOTAL DEFUNCIÓN	TOTAL EGRESOS	GIRO DE CAMAS	%DE OCUPACIÓN	DÍAS DE ESTA DA	% CAMAS DISPO	DOTA CIÓN N NORMA
		-DE 48H	+DE 48H								
407	424	3	9	2.1	12	438	22.9	74.9	10.9	19	19

El servicio tiene un índice de ocupación del 74.9% en el año 2004 equivalente a 436 egresos y 407 ingresos con un giro de camas del 22.9% días paciente y con una disponibilidad de apenas de 19 camas.

3.1.4.27. Aspectos Estratégicos

3.1.4.27.1. Misión

Brindar atención de salud a niños y niñas desde un día a 15 años portadores de enfermedades infecto-contagiosas.

3.1.4.27.2. Nueva Visión

Brindar atención especializada de salud, a bajo costo con recursos humanos y materiales suficientes a los niños y niñas de un día a 15 años de edad portadores de enfermedades infeco-contagiosas

3.1.4.27.3. Metas

- Incrementar personal de enfermeras
- Dotar de materiales suficientes
- Mejorar los servicios de hotelería
- Lograr bajos costos de exámenes complementarios
- Mantenimiento y renovación de equipos
- Implementación del proceso de seguimiento al usuario luego del egreso.
- Gestión con Recursos Humanos para controlar ausentismo.

3.1.4.28. Situación Actual

3.1.4.28.1. Fortalezas

- Liderazgo en gestión
- Talento humano capacitado
- Área física adecuada
- Atención específica de acuerdo a patología
- Oportuna atención de Ínter-consultas con otras especialidades
- Recepción oportuna de usuarios
- Tecnología adecuada

3.1.4.28.2. Debilidades

- Talento humano incompleto de enfermeras
- Material insuficiente
- Hotelería poco satisfactoria
- Costo elevado de exámenes complementarios
- Equipos deteriorados
- Falta de seguimiento al egreso del usuario
- Ausentismo del personal de apoyo

3.1.4.29. Especificaciones

3.1.4.29.1. Cliente Externo

CUADRO N° 42

CLIENTE EXTERNO	NECESIDAD	REQUISITO	ESPECIFICACIONES
Paciente	Atención de la salud	Atención con Calidez y Agilidad	Según patología
Familia	Atención a la salud y reinserción a la familia Información	Atención con los conocimientos, calidez Agilidad Tecnología Adecuada	Tratamiento específico de acuerdo a patología
Comunidad	Capacidad de respuesta de atención	Información Agilidad Calidez Tecnología	Tratamiento adecuado al tipo de patología

FUENTE: Archivo del servicio

ELABORADO POR: Enfermeras del Servicio

3.1.4.29.2. *Cliente Interno*

CUADRO N° 43

CLIENTES INTERNOS	NECESIDADES	REQUISITOS	ESPECIFICACIONES
Traumatología	Paciente	H.C.L. completa Paciente estable Transporte adecuado	Paciente de día a 15 años Valoración según patología HCL. completa
Quirófanos	Paciente	H.C.L. completa Hoja de autorización firmada por familiar para procedimiento quirúrgico Exámenes de laboratorio Condición higiénica óptima Materiales solicitados	Paciente de día a 15 años Valoración según patología Cuidados preoperatorios
Clínicas	Paciente	H.C.L. completa Paciente estable Transporte adecuado	Paciente de 1 día a 15 años Valoración según patología H.C.L. completa
Lactantes	Paciente	H.C.L. completa Paciente estable Transporte adecuado	Paciente de 1 día a 15 años Valoración según patología HCL completa
Cirugía	Paciente	H.C.L. completa > Paciente estable Transporte adecuado.	Paciente de 1 día a 15 años Valoración según patología HCL Completa.
UCI	Paciente	H.C.L completa Transporte adecuado de paciente estabilizado.	Valoración de Materiales solicitados

FUENTE: Archivo del servicio

ELABORADO POR: Enfermeras del Servicio

3.1.4.30. Renumeración Talento Humano

CUADRO N° 44

TALENTO HUMANO	REMUNERACIÓN MENSUAL	REMUNERACIÓN DIARIA	NUMERO DE PACIENTES	COSTO PACIENTE
2 Médicos Tratantes	1.600	53,3	19	2.7
4 Médicos residentes	1.720	57.2	19	3.1
9 Enfermeras	5.400	180	19	9.4
6 Auxiliares de Enfermería	1.800	60	19	3.1
4 Servicios Generales	1.000	33	19	1.7
1 Secretaria	250	8.3	19	0.4
TOTAL	11.770	391,7	19	20.4

FUENTE: Archivo del servicio

ELABORADO POR: Enfermeras del Servicio

3.1.4.31. Suministros y Materiales

CUADRO N° 45

SUMINISTROS Y MATERIALES	VALOR MENSUAL	VALOR DIARIO	NUMERO DE PACIENTES	COSTO PACIENTE
Medicinas	9.000	300	19	15.7
Material fungible y no fungible	2.000	666.6	19	3.5
Materiales de Oficina	500	16.6	19	0.5
Materiales de Limpieza	600	20	19	1
TOTAL	12.100	403.2	19	21.01

FUENTE: Archivo del servicio

ELABORADO POR: Enfermeras del Servicio

3.1.4.32. Costos Servicios Básicos por Paciente

CUADRO N° 46

SERVICIOS BÁSICOS	VALOR MENSUAL	VALOR DIARIO	NUMERO DE PACIENTES	COSTO PACIENTE
Oxígeno	6.000	200	19	10.5
Luz	800	26.6	19	1.4
Agua	300	10	19	0.5
Teléfono	10	0.3	19	0.01
TOTAL	7.110	72.45	19	12.41

FUENTE: Archivo del servicio

ELABORADO POR: Enfermeras del Servicio

3.1.4.33. Equipos

CUADRO N° 47

EQUIPOS	VALOR UNITARIO	DEPRECIADO ANUAL	VALOR MENSUAL	VALOR DIARIO	NUMERO PACIENTES	COSTO PACIENT
2 Computadores	1.600	533	44.4	1.48	19	0.07
1 Radio	30	10	0.8	0.02	19	0.001
1 Refrigeradora	100	33.3	2.7	0.09	19	0.005
1 Cocineta	20	6.6	0.5	0.02	19	0.001
1 Negatoscopio	100	33.3	2.7	0.09	19	0.005
1 Cafetera	10	15	0.4	0.01	19	0.0007
1 Purificador de aire	150	50	4.1	0.13	19	0.007
TOTAL	2.010	148.2	55.6	1.84	19	0.08

FUENTE: Archivo del servicio

ELABORADO POR: Enfermeras del Servicio

3.1.4.34. Proceso de Atención

CUADRO N° 48

ACTIVIDADES	TAREAS	TIEMPO
1.- Preparación de la Unidad	<ul style="list-style-type: none"> * Habilitar la unidad * Verificación del funcionamiento de equipos e instrumental * Preparar toma de oxígeno, succión, bomba de infusión según condición del niño * Verificación de los documentos 	10min
2.- Ingreso del paciente	<ul style="list-style-type: none"> * Valoración del niño/a * Revisión de H.C.L y/o hojas de ingreso * Toma de signos vitales y medidas antropométricas 	20min
3.- Valoración Médica	<ul style="list-style-type: none"> * Registros y reportes de la condición del paciente * Información al paciente y familia * Examen físico y anamnesis * Prescripciones médicas 	60min
4.- Ejecución de procedimientos	<ul style="list-style-type: none"> * Información al paciente y familia * Administración de Medicación * Accesos venosos y curación de vías periféricas * Comunicación permanente * Toma de muestras para laboratorio y colaborar en exámenes complementarios 	12 días
5.-Egreso	<ul style="list-style-type: none"> * Comunicar al egreso al paciente y familia * Preparación física y emocional * Coordinar con trabajo social para seguimiento de acuerdo a patología * Educación sobre medicación, alimentación, actividad física, etc. 	1 hora
6.- Desinfección Terminal de la unidad	<ul style="list-style-type: none"> * Reoperativización de materiales y equipos * Reciclaje de materiales de desecho * Optimización del área física. 	4 horas

FUENTE: Archivo del servicio

ELABORADO POR: Enfermeras del Servicio

3.1.4.35. Bienes Muebles

CUADRO N° 49

BIENES MUEBLES	VALOR UNITARIO	DEPRECIADO	VALOR MENSUAL	VALOR DIARIO	NUMERO PACIENTES	COSTO PACIENTE
4 Escritorios	200	20	1.6	0.05	19	0.002
34 Sillas	340	.34	2.8	0.04	19	0.0049
23 Camas	1.870	187	15.5	0.51	19	0.02
23 Colchones	345	34.5	2.8	0.09	19	0.05
20 Veladores	800	80	6.6	0.22	19	0.01
6 Canceles	60	6	0.5	0.01	19	0.0008
1 Mesa de madera	10	1	0.08	0.002	19	0.0001
2 Coches metálicos	80	8	0.6	0.02	19	0.001
1 Shcilón	100	10	0.83	0.02	19	0.001
1 Camilla	100	10	0.83	0.02	19	0.001
1 Coche de paro	. 800	80	6.6	0.22	19	0.01
3 Vitrinas	60	6	0.5	0.01	19	0.0008
2 Mesas metálicas	400	40	3.3	0.11	19	0.005
19 Soportes	285	285	2.37	0.079	19	0.004
1 Mueble modular	500	50	4.16	0.13	19	0.007
TOTAL	5.950	595	49.07	1.53	19	0.10

FUENTE: Archivo del servicio

ELABORADO POR: Enfermeras del Servicio

3.1.4.36. Análisis de Resultados

3.1.4.36.1. Indicadores de Rendimiento en el Servicio de Infectología

PRODUCCIÓN DE LA CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE INFECTOLOGÍA AÑOS 2004-2005-2006

En los registros del Hospital Baca Ortiz en cuanto a la producción de consulta externa del Servicio de Infectología tenemos:

Para el año 2004 se realizaron 474 consultas que representa el 25.6%, en el 2005 el número de consultas fue de 480, es decir hay una producción similar en estos dos años, no así en el. 2006 que se realizaron 894 consultas y prácticamente se dobla la producción en este año.

CUADRO N° 50

INDICADORES HOSPITALARIOS - INFECTOLOGÍA

TOTAL AÑO 2004

SERVICIO	ALTAS	DEFUNCIONES		TOTAL DEFUNCIONES	TOTAL EGRESOS	GIRO DE CAMAS	% DE OCUPACIÓN	X DIAS ESTADA	X CAMAS DISPONIBLES	TASA MORTALIDAD +48H.	DOTACIÓN NORMAL CAMAS
		-48H	+48H								
INFECTOLOGÍA	424	3	9	12	436	22,9	74,9	10,8	19	2,1	19

Fuente: Estadísticas y Registros Médicos Hospital "Baca Ortiz"

Análisis

El Servicio de infectología en el Año 2004 fue de 436 egresos de los cuales 424 fueron altas, 12 defunciones que representa el 2.1% con un giro de camas de 22.9 que representa el 74.9% de ocupación con una dotación normal de camas de 19.

CUADRO Nº 51

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD			
CÓDIGO	CAUSAS	CASOS	%
L 00-08	INFECCIONES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO	162	37,2
A 30-49	OTRAS ENFERMEDADES BACTERIANAS	54	12,4
G 00-09	ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	37	8,5
A 80-89	INFECCIONES VIRALES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	29	6,7
H 00-06	TRASTORNOS DEL PÁRPADO, APARATO LAGRIMAL Y ORBITA	28	6,4
B 00-09	INFECCIONES VIRALES CARACTERIZADAS POR LESIONES DE LA PIEL Y DE LAS		
	MEMBRANAS MUCOSAS	17	3,9
A 15-19	TUBERCULOSIS	16	3,7
B 85-89	PEDICULOSIS, ACARDIASIS Y OTRAS INFESTACIONES	9	2,1
B 20-24	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA	8	1,8
M 80-94	OSTEOPATÍAS Y CONDROPATÍAS	6	1,4

Fuente: Estadística y Registros Médicos "Hospital Baca Ortiz"

ANÁLISIS

Entre las principales causas de morbilidad del Servicio de Infectología en el año 2004 tenemos: En primer lugar tenemos infecciones de la piel y del tejido subcutáneo 162 casos que representa el 37.2% , en segundo lugar enfermedades bacterianas 54 casos que corresponde al 12.4%, en tercer lugar enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central 37 casos que representa el 8.5%, en séptimo lugar tenemos la Tuberculosis 16 casos con el 3.7%, en noveno lugar VIH Sida 8 casos que corresponde al 1.8% enfermedad que va incrementándose rápidamente.

CUADRO Nº 52

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD			
CÓDIGO	CAUSAS	CASOS	%
G 00-09	ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	4	33,3
A 30-49	OTRAS ENFERMEDADES BACTERIANAS	4	33,3
B 35-49	MICOSIS	1	8,3
G 60-64	POLI NEUROPATÍAS Y OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO		
	PERIFÉRICO	1	8,3
G 90-99	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO	1	8,3
J 10-18	NEUMONÍA	1	8,3

Fuente: Estadísticas y Registros Médicos del "Hospital Baca Ortiz"

Análisis:

Entre las primeras causas de mortalidad en el 2004 en el Servicio de Infectología tenemos: Enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central 4 casos que representa el 33.3% en segundo lugar enfermedades bacterianas también tenemos 4 casos que corresponde al 33.3% en tercer lugar tenemos un caso de micosis que representa el 8.3% entre las más relevantes, es importante anotar que este año no se registraron muertes por tuberculosis y VIH Sida.

CUADRO N° 53

INDICADORES HOSPITALARIOS "INFECTOLOGÍA"

TOTAL AÑO 2005

SERVICIO	ALTAS	DEFUNCIONES		TOTAL DEFUNCIONES	TOTAL EGRESOS	GIRO DE CAMAS	% DE OCUPACIÓN	X DIAS ESTADA	X CAMAS DISPONIBLES	TASA MORTALIDAD +48H.	DOTACIÓN NORMAL CAMAS
		-48H	+48H								
INFECTOLOGÍA	412	3	9	12	424	22,3	70,6	9,8	19	2,1	19

Fuente: Estadísticas y Registros Médicos "Hospital Baca Ortiz"

ANÁLISIS

En el año 2005 en el Servicio de Infectología se registraron 424 egresos de los cuales 412 fueron altas, 12 defunciones que representa el 2.1% con un giro de camas 22.3 que representa el 70.6% de ocupación con una dotación de camas de 19.

CUADRO Nº 54

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD			
CÓDIGO	CAUSAS	CASOS	%
L 00-08	INFECCIONES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO	138	32,5
A 30-49	OTRAS ENFERMEDADES BACTERIANAS	73	17,2
B 00-09	INFECCIONES VIRALES CARACTERIZADAS POR LESIONES DE LA PIEL Y DE LAS		
	LOS MAXILARES	42	9,9
G 00-09	ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	34	8,0
H 00-06	TRASTORNOS DE PARPADO, APARATO LAGRIMAL Y ORBITA	28	6,6
A 80-89	INFECCIONES VIRALES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	15	3,5
K 00-14	ENFERMEDADES DE LA CAVIDAD BUCAL, DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES Y DE LOS		
	MAXILARES	11	2,6
A 15-19	TUBERCULOSIS	8	1,9
B 20-24	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA	7	1,7
H 60-62	ENFERMEDADES DEL OÍDO EXTERNO	6	1,4

Fuente: Estadísticas y Registros Médicos "Hospital Baca Ortiz"

Análisis: En el año 2005 el Servicio de Infectología registró entre las principales causas de morbilidad las infecciones de piel y tejido subcutáneo 138 casos que representa el 32.5% , en segundo lugar enfermedades bacterianas 73 casos con el 17.2% , en tercer lugar infecciones virales caracterizadas por lesiones de la piel y de los maxilares 42 casos que representa el 9.9%, es importante anotar que en octavo lugar se encuentra la tuberculosis con 8 casos que corresponde al 1.9% y en noveno lugar tenemos el VIH Sida 7 casos que representa el 1.7% y si comparamos con el año 2004 en cuanto a estas dos últimas enfermedades vemos que la tuberculosis disminuye a la mitad es decir 8 casos , VIH en este año se ha observado un ligero descenso con 7 casos.

CUADRO Nº 55

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD			
CÓDIGO	CAUSAS	CASOS	%
G 00-09	ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	5	41,7
A 30-49	OTRAS ENFERMEDADES BACTERIANAS	2	16,7
A 80-89	INFECCIONES VIRALES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	1	8,3
B 00-09	INFECCIONES VIRALES CARACTERIZADAS POR LESIONES DE LA PIEL Y DE LAS		0,0
	LOS MAXILARES	1	8,3
B 20-24	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA	1	8,3
E 40-46	DESNUTRICIÓN	1	8,3
S 30-39	TRAUMATISMOS DEL ABDOMEN, DE LA REGIÓN LUMBOSACRA, DE LA COLUMNA LUMBAR		
	Y DE LA PELVIS	1	8,3

Fuente: Estadísticas y Registros Médicos "Hospital Baca Ortiz"

Análisis: Entre las principales causas de Mortalidad en el 2005 tenemos en primer lugar las Enfermedades inflamatorias del Sistema nervioso central 5 casos que representa el 41.7% en segundo lugar enfermedades bacterianas 2 casos con el 16.7% , en tercer lugar infecciones virales del sistema nervioso central 1 caso que corresponde al 8.3% , en quinto lugar 1 caso de VIH sida que representa el 8.3% y si comparamos con el 2004 en cuanto a esta última enfermedad vemos que no hubo muertes por Sida.

CUADRO Nº 56
INDICADORES HOSPITALARIOS INFECTOLOGÍA
TOTAL AÑO 2006

SERVICIO	ALTAS	DEFUNCIONES -48H +48H		TOTAL DEFUNCIONES	TOTAL EGRESOS	GIRO DE CAMAS	% DE OCUPACIÓN	X DIAS ESTADA	X CAMAS DISPONIBLES	TASA MORTALIDAD +48H.	DOTACIÓN NORMAL CAMAS
INFECTOLOGÍA	412	2	9	11	423	22,2	77	10,9	19	2,1	19

Fuente: Estadísticas y Registros Médicos "Hospital Baca Ortiz"

ANÁLISIS: En el año 2006 el total de egresos fue de 423 de los cuales 412 fueron altas y 11 defunciones con un giro de camas del 22.2 que corresponde al 77% de ocupación con una dotación de camas de 19 si comparamos con los años anteriores vemos que el de mayor producción fue el 2004.

CUADRO Nº 57

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD			
CÓDIGO	CAUSAS	CASOS	%
L 00-08	INFECCIONES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO	168	39,7
A 30-49	OTRAS ENFERMEDADES BACTERIANAS	45	10,6
G 00-09	ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	29	6,9
B 00-09	INFECCIONES VIRALES CARACTERIZADAS POR LESIONES DE LA PIEL Y		
	DE LAS MEMBRANAS MUCOSAS	24	5,7
H 00-06	TRASTORNOS DEL PÁRPADO, APARATO LAGRIMAL Y ORBITA	23	5,4
A 80-89	INFECCIONES VIRALES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	17	4,0
A 15-19	TUBERCULOSIS	16	3,8
M 70-79	OTROS TRASTORNOS DE LOS TEJIDOS BLANDOS	16	3,8
J 10-18	NEUMONIA	10	2,4
B 20-24	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA	10	2,4

Fuente: Estadística y Registros Médicos “Hospital Baca Ortiz”

Análisis: En el 2006 las principales causas de Morbilidad fueron en primer lugar Infecciones de la Piel y del Tejido Subcutáneo 168 casos que representa el 39.7% en segundo lugar enfermedades bacterianas 45 casos con el 10.6% en tercer lugar enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central 29 casos que representa el 6.9 %, en séptimo lugar tenemos la tuberculosis 16 casos con el 3.8% comparando con el 2005 vemos que se incrementado con el 50% , en décimo lugar tenemos el VIH 10 casos que representa el 2.4% en relación al año anterior se ha incrementado.

CUADRO Nº 58

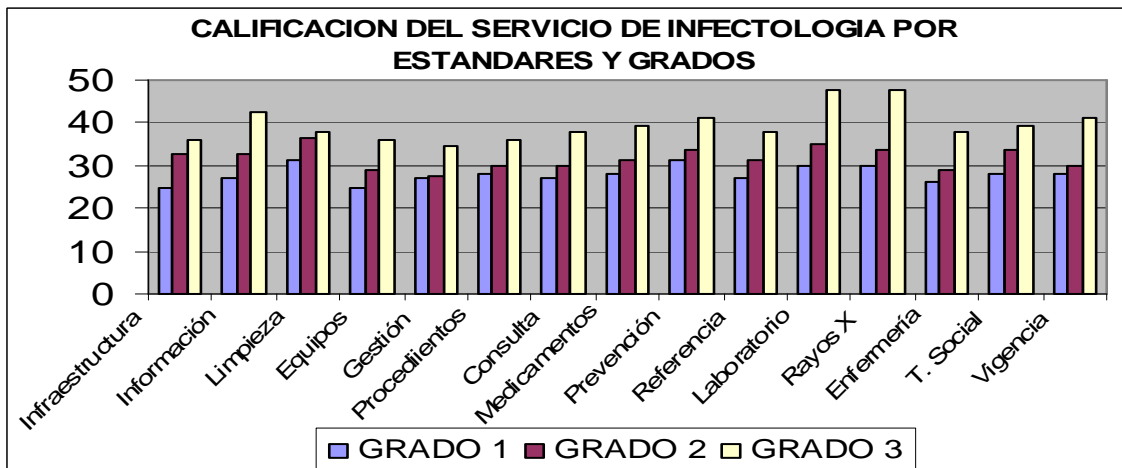
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD

CÓDIGO	CAUSAS	CASOS	%
A 15-19	TUBERCULOSIS	2	18,2
G 00-09	ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	2	18,2
J 10-18	NEUMONÍA	2	18,2
A 80-89	INFECCIONES VIRALES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	1	9,1
D 60-64	ANEMIAS APLÁSTICAS Y OTRAS ANEMIAS	1	9,1
G 90-99	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO	1	9,1
I 30-52	OTRAS FORMAS DE ENFERMEDAD DEL CORAZÓN	1	9,1
I 60-69	ENFERMEDADES CEREBRO VASCULARES	1	9,1

Fuente: Estadísticas y Registros Médicos "Hospital Baca Ortiz"

Análisis: En el 2006 vemos que ha cambiado la mortalidad con relación a los años anteriores en primer lugar tenemos tuberculosis 2 casos que representa el 18.2% en segundo lugar las enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central 2 casos con el 18.2% en tercer lugar la Neumonía 2 casos que representa el 18.2%.

GRÁFICO Nº 21

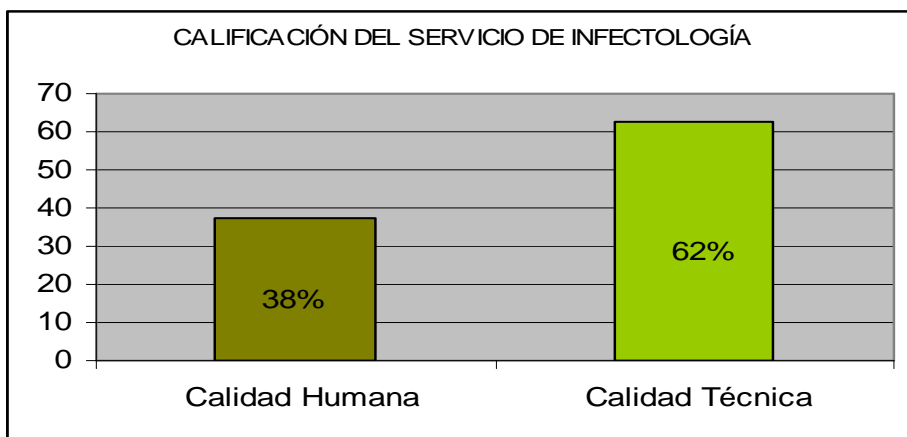


Fuente: Aplicación del Manual de Calidad
Elaboración Fanny Salazar

Calificación del Manual de Calidad

Al aplicar el manual el instrumento (Manual de Calidad) se obtiene la calificación tiene un rango desde un 25% hasta 40% en la mayoría de estándares y grados en relación a la asignación al 100%, es decir infectología no cumple con los estándares de calidad y se encuentra en una fase de desarrollo.

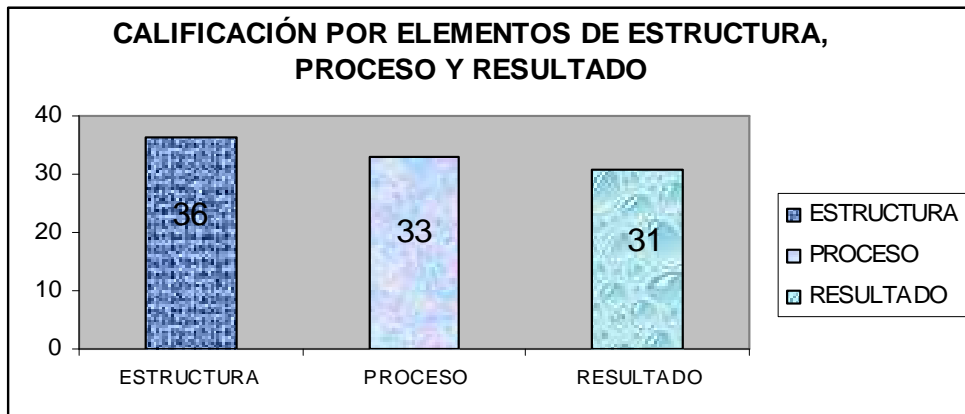
GRÁFICO Nº 22



Fuente: Aplicación del Manual de Calidad
Elaboración Fanny Salazar

En el presente gráfico demuestra que el servicio alcanza en cuanto a calidad humana un 38%, mientras que la técnica alcanza un 62%, por lo que se debe tomar las medidas correctivas para mejorar la calidad de atención que se brinda al cliente externo y lograr su satisfacción.

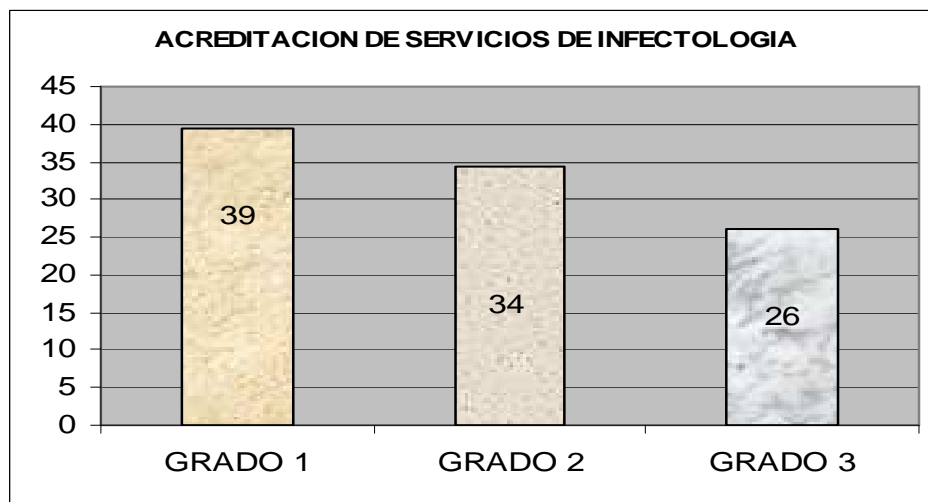
GRÁFICO Nº 23



Fuente: Aplicación del Manual de Calidad
Elaboración Fanny Salazar

Del instrumento aplicado se observa que en primer lugar el 36% corresponde a estructura, seguida por el 33% que corresponde a los procesos y en tercer lugar con 31% a los resultados, es decir que los procesos con actividades administrativas y asistenciales no llegan al 100% y para obtener buenos resultados en la satisfacción del cliente interno y externo, el servicio de infectología necesita revisar y mejorar estos elementos.

GRÁFICO Nº 24



Fuente: Aplicación del Manual de Calidad
Elaboración Fanny Salazar

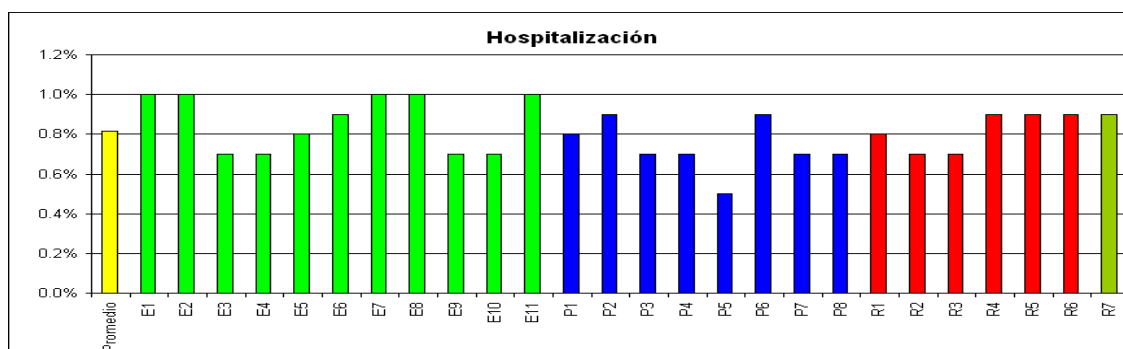
De la aplicación del instrumento se obtuvieron los siguientes resultados, el 39% corresponde a la fase inicial el 34% a la fase intermedia y el 26% a la fase de madurez lo que indica que el servicio se encuentra en una fase inicial de desarrollo.

Análisis de Estándares Mínimos de La Organización del Servicio de Infectología para Garantizar la Calidad

CUADRO Nº 59

3. Hospitalización		0.8%
Cuenta con habitaciones individuales y múltiples hasta con cuatro camas	E	1.0%
Se dispone del equipo mínimo necesario para la prestación del servicio en sala de hospitalización.	E	1.0%
Se dispone de la dotación (insumos) mínima necesaria para la prestación del servicio en sala de hospitalización.	E	0.7%
Se cuenta con los medicamentos esenciales de acuerdo con los protocolos establecidos.	E	0.7%
Están disponibles los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico las 24 horas.	E	0.8%
La jefatura de cada servicio es ejercida por un médico especialista	E	0.9%
La atención es prestada las 24 horas por el médico especialista o residente.		1.0%
Todo paciente internado está bajo la responsabilidad de un médico tratante.	E	1.0%
Se cuenta con el recurso de enfermería profesional y auxiliar, adecuado para la atención de los pacientes.	E	0.7%
Existen normas y procedimientos escritos para la solicitud y respuesta a las interconsultas.	E	0.7%
Existen protocolos de manejo de la morbilidad más frecuente en el servicio.	E	1.0%
Se pasa visita médica diaria con el jefe del servicio.	P	0.8%
Se anota la evolución en la historia clínica con letra legible y firma del responsable.	P	0.9%
Se aplican y revisan los protocolos de la morbilidad más frecuente en el servicio.	P	0.7%
Se analizan periódicamente las historias clínicas para verificar el manejo correcto de los pacientes, con relación a los protocolos existentes.	P	0.7%
Se registran analizan e investigan las complicaciones y accidentes de los pacientes en el servicio.	P	0.5%
Se verifica el cumplimiento de los procedimientos para las diferentes interconsultas.	P	0.9%
Se informa y comunica en forma regular y permanente a los familiares de los pacientes.	P	0.7%
Se analizan los informes estadísticos para la planificación y programación de las actividades del servicio.	P	0.7%
El 80% de las interconsultas realizadas son atendidas antes de las 24 horas.	R	0.8%
El 95% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con los resultados de la hospitalización.	R	0.7%
El 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.	R	0.7%
Menos del 5% de los pacientes presentan complicaciones y/o accidentes como consecuencia de los tratamientos y/o procesos.	R	0.9%
La mortalidad hospitalaria no es mayor del 4%.	R	0.9%
Menos del 5% de los pacientes egresan contra opinión médica.	R	0.9%
El Índice C/T (transfusiones preparadas/transfusiones cumplidas) es menor de 2	R	0.9%

GRAFICO Nº 25



FUENTE: Estándares mínimos para Garantizar la Calidad.
ELABORADO POR: Fanny Salazar

3.1.4.37. Análisis de los Estándares Mínimos en Hospitalización

En hospitalización el Servicio de Infectología tiene entre los mayores puntajes de 0.9% a 1% los siguientes ítems que continuación describiré las más relevantes:

Cuenta con habitaciones individuales y múltiples hasta 4 camas, se dispone de equipo mínimo necesario para la prestación del servicio, la jefatura es realizada por el Médico especialista, la atención es realizada por el Médico residente las 24 horas, todo paciente internado está bajo la responsabilidad de un médico tratante, existen protocolos de manejo de la morbilidad más frecuente en el Servicio, se verifica el cumplimiento de los procedimientos para las diferentes interconsultas, el 5% de los pacientes egresan contra opinión médica.

Entre los ítems que tienen menor puntaje de 0.5% 0.8% tenemos los siguientes:

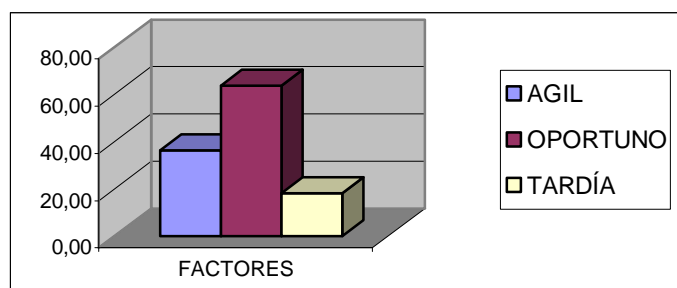
Se dispone de dotación mínima necesaria para la prestación de servicios en hospitalización, cuenta con los medicamentos esenciales de acuerdo a los protocolos establecidos, los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico están disponibles de lunes a viernes en caso de emergencia y no en fines de semana y feriados, se cuenta con recurso profesional de enfermería y auxiliar adecuado para la atención de pacientes en 0.7% , no existen normas y procedimientos escritos para la solicitud y respuesta a las interconsultas, se aplican y se revisan los protocolos de la morbilidad más frecuente en el servicio 0.7% , no se analizan periódicamente las historias clínicas para verificar el manejo correcto de los pacientes en relación a los protocolos existentes, se registran analizan e investigan las complicaciones y accidentes de los pacientes en el servicio, no se informa en forma regular y permanente a los familiares de los pacientes, no se analizan los informes estadísticos para la planificación y programación de las actividades del servicio, el 80% de las Interconsultas realizadas son atendidas antes de las 24 horas 0.8% , el 95% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con los resultados de la hospitalización 0.7% el 80% de los pacientes familiares muestran satisfacción con la atención trato humanitario recibido 0.7%.

3.1.4.38. Resultados de las Encuestas de Satisfacción del Cliente Externo e Interno para Evaluar la Calidad de Servicios

1. Cómo definiría el tipo de atención brindada en el servicio?

FACTORES	ENC.	%
AGIL	4	36,36
OPORTUNO	7	63,64
TARDÍA	2	18,18
TOTAL	11	100

GRÁFICO Nº 26



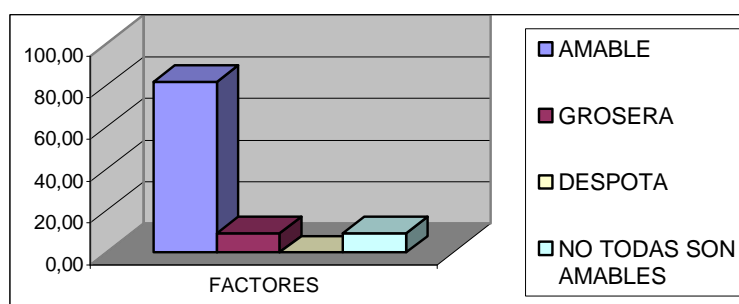
Análisis:

Según la encuesta realizada a los usuarios que reciben la atención en el servicio de infectología del HBO, tenemos como resultado que la atención que brinda el personal es oportuna, obteniendo un rango del 63.64%, para llegar a la excelencia en el servicio debemos mejorar los procesos de atención.

2. Cómo definiría usted el trato que recibe del personal médico y de enfermería?

FACTORES	ENC.	%
AMABLE	9	81,82
GROSERA	1	9,09
DESPOTA	0	0,00
NO TODAS SON AMABLES	1	9,09
TOTAL	11	100

GRÁFICO Nº 27



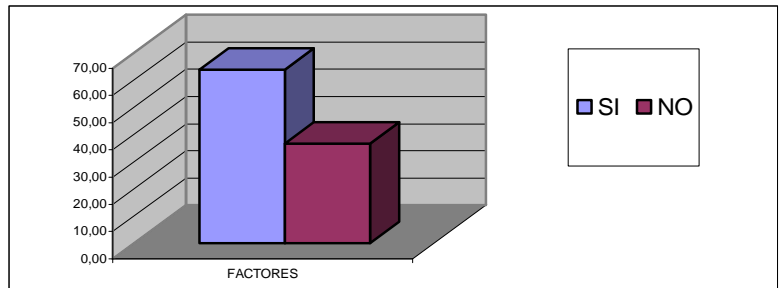
Análisis:

Está ítem nos permite confirmar cual es el nivel sociabilidad del personal que labora en el HBO hacia los usuarios y familiares, aquí observamos que el mayor porcentaje de trato es amable con 81,82%, cabe recalcar que el cliente externo afirma que no todos son amables.

- Recibe orientación en cuanto al diagnóstico, tratamiento, realización de exámenes complementarios al ingreso y egreso del paciente?

GRÁFICO Nº 28

FACTORES	ENC.	%
SI	7	63,64
NO	4	36,36
TOTAL	11	100



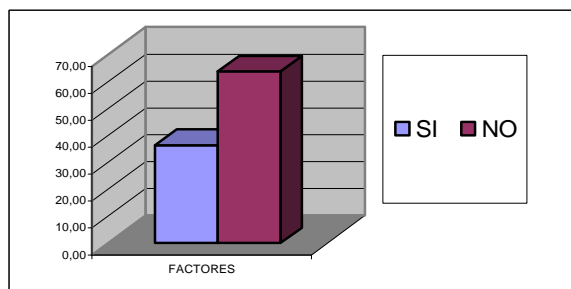
Análisis:

Según la representación gráfica, vemos que la mayoría de los usuarios si reciben orientación en cuanto al diagnóstico, tratamiento, realización de exámenes complementarios al ingreso y egreso del paciente, con una aceptación del 63,64%, pero existen usuarios que no gozan de estos derechos.

- El Hospital y por ende el servicio le provee de medicamentos insumos y materiales durante la hospitalización?

GRAFICO Nº 29

FACTORES	ENC.	%
SI	4	36,36
NO	7	63,64
TOTAL	11	100



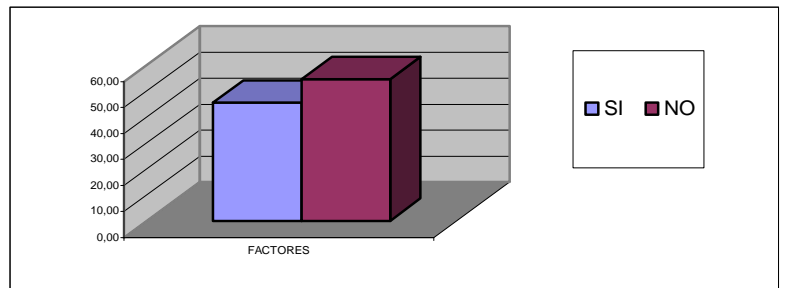
Análisis:

Que a pesar del presupuesto que posee el hospital, existen varios factores que obligan al usuario a adquirir insumos y medicamentos fuera del hospital, debido a esto el usuario encuentra insatisfacción en el servicio con un 63,64%.

5. Recibe ayuda del Servicio Social?

GRÁFICO Nº 30

FACTORES	ENC.	%
SI	5	45,45
NO	6	54,55
TOTAL	11	100



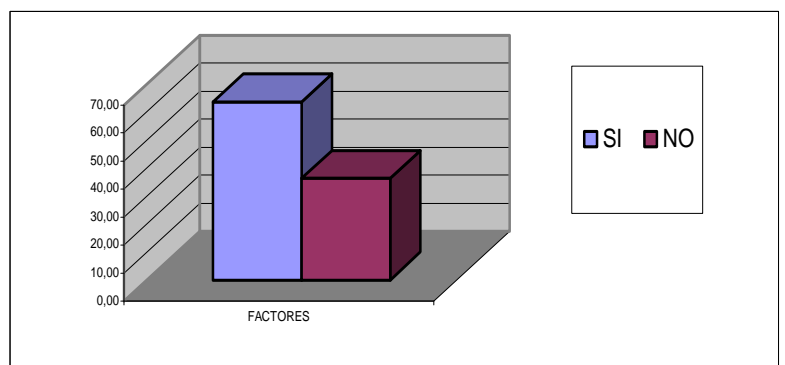
Análisis:

El usuario que acuden al Departamento de Servicio Social son de escasos recursos económicos y en su mayoría residen fuera de la ciudad, está la falta de apoyo es debido al bajo presupuesto que posee esta institución.

6. Ha habido satisfacción de sus necesidades y expectativas?

GRÁFICO Nº 31

FACTORES	ENC.	%
SI	7	63,64
NO	4	36,36
TOTAL	11	100



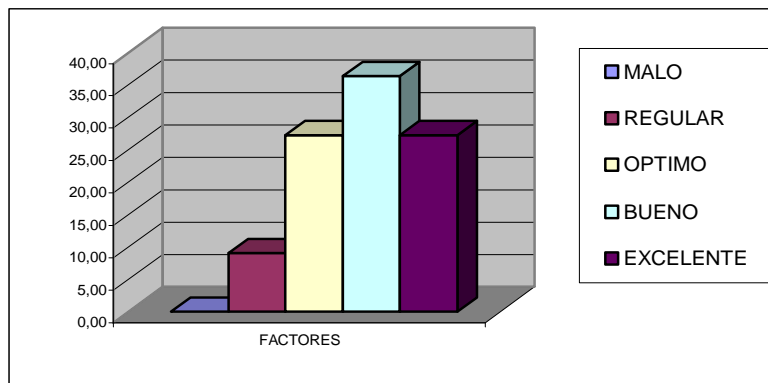
Análisis:

Las alternativas que brinda el hospital para satisfacer las necesidades y expectativas del usuario es aceptable con un rango del 63,64%, ante los esfuerzos que realiza el hospital, el usuario pide más esmero a varias necesidades que posee.

7. Cómo calificaría la atención recibida?

GRÁFICO Nº 32

FACTORES	ENC.	%
MALO	0	0,00
REGULAR	1	9,09
OPTIMO	3	27,27
BUENO	4	36,36
EXCELENTE	3	27,27
TOTAL	11	100



Análisis:

La atención que brinda el servicio de infectología hacia sus usuarios es acogida con una calificación de buena que representa el 36,36%, también observamos que existen una igualdad de porcentaje del 27,27% entre óptimo y excelente, es necesario implementar estrategias para mejorar la calidad de atención.

8. Cómo quisiera que fuera la atención brindada en el servicio? Comentarios y Sugerencias

La opinión del usuario entrevistado, ha encontrado una forma de expresar su pensamiento a la asistencia que recibe en el servicio de infectología, a continuación se describen algunos de los comentarios y sugerencias.

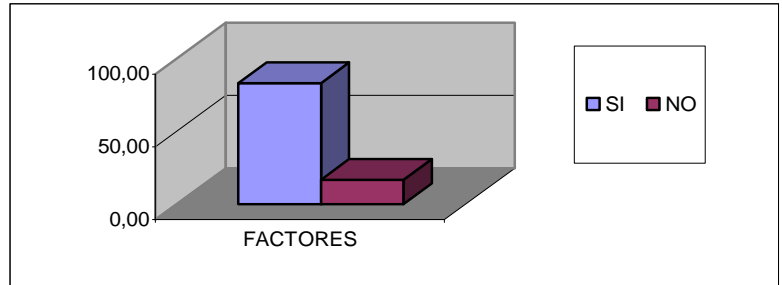
- Que la atención sea más rápida.
- Que exterminen vectores (cucarachas).
- Que no les envíen a realizar exámenes fuera del hospital, pues no tienen recursos.
- Ayuda a las personas que vienen de provincias, con la alimentación.
- Que den los insumos necesarios.
- Que exista una farmacia en el hospital con precios accesibles.
- Que exista orientación al ingreso al paciente.
- Que le despejen las dudas luego de las visitas médicas.
- Que brinden una atención ágil en caso de emergencia.

AL CLIENTE INTERNO (PERSONAL)

1. El servicio cuenta con recursos humanos capacitados para brindar atención de calidad al cliente externo?

GRÁFICO Nº 33

FACTORES	ENC.	%
SI	5	83,33
NO	1	16,67
TOTAL	6	100



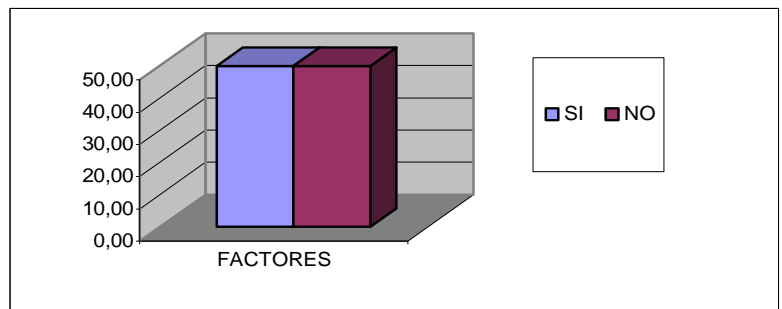
Análisis:

El personal del servicio de infectología cuenta con recursos humanos capacitados para brindar un servicio adecuado al usuario, debido a la falta de personal no se logra dar una atención de calidad.

2. El servicio se guía mediante un plan operativo, estratégico?

GRÁFICO Nº 34

FACTORES	ENC.	%
SI	3	50,00
NO	3	50,00
TOTAL	6	100



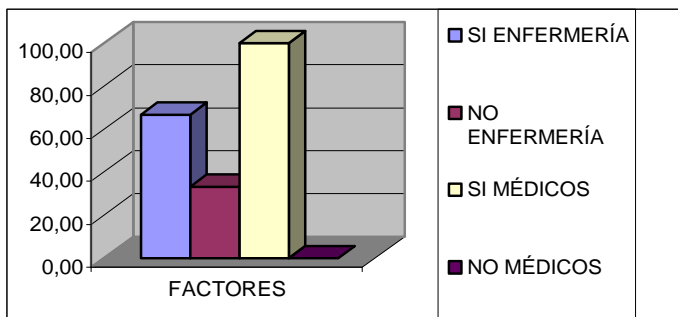
Análisis:

El servicio de infectología cuenta con un Plan Estratégico elaborado por el personal de enfermería, es decir no contó con la participación de todos los involucrados. Es utilizado por un 50% de personal.

3. El servicio dispone de un manual de normas y procedimientos, existe protocolos de atención médica y de enfermería en el servicio?

GRÁFICO Nº 35

FACTORES	MÉDICOS		ENFERMERÍA	
	ENC.	%	ENC.	%
SI	3	100	2	66,67
NO	0	0,00	1	33,33
TOTAL	3	100	3	100



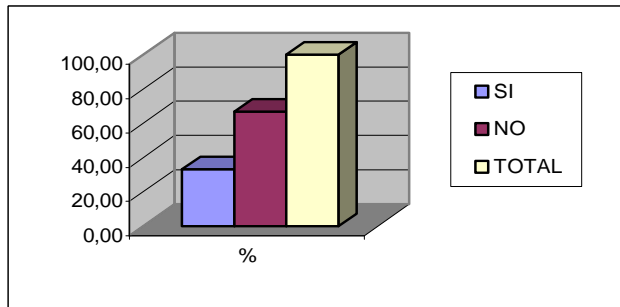
Análisis:

El servicio de infectología cuenta con protocolos de atención médica que están a alcance del personal médico no así los protocolos de enfermería los cuales son incompletos, desactualizados, y no difundidos para su respectivo fin.

4. El servicio de infectología cuenta con tecnología acorde a las necesidades del usuario?

GRÁFICO Nº 36

FACTORES	ENC.	%
SI	2	33,33
NO	4	66,67
TOTAL	6	100



Análisis:

El personal del servicio de infectología indica que la tecnología que disponen no son suficientes para lograr una óptima prestación de servicios esto se debe a la falta de recursos económicos de la institución y la no solicitud de equipos de la parte administrativa.

5. Qué equipos dispone el servicio?

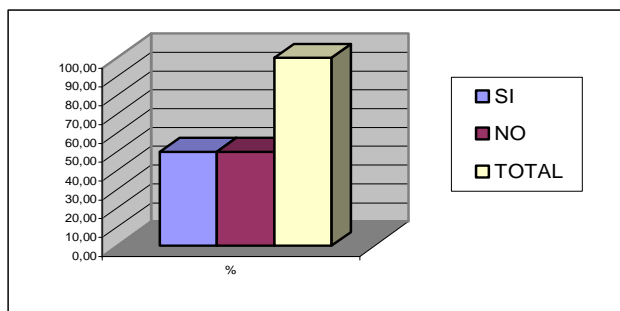
Análisis:

El servicio de infectología cuenta con varios equipos, los cuales son insuficientes.

6. El servicio dispone de insumos y materiales para brindar atención al usuario?

GRÁFICO N° 37

FACTORES	ENC.	%
SI	3	50,00
NO	3	50,00
TOTAL	6	100



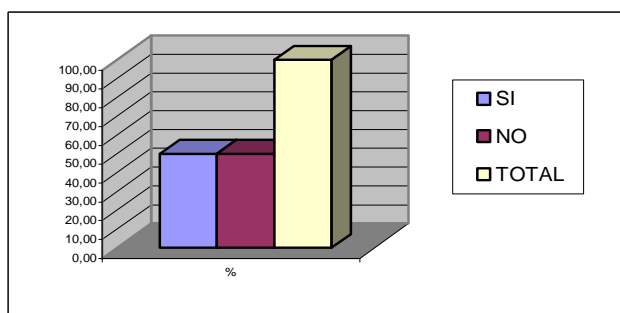
Análisis:

El servicio cuenta con poca cantidad de insumos y materiales los cuales no permiten ofrecer atención de calidad al cliente externo que requiere del servicio.

7. El personal médico y de enfermería planifica ejecuta cursos de educación continuada en el servicio tendientes a mejorar la calidad de atención al usuario?

GRÁFICO N° 38

FACTORES	ENC.	%
SI	3	50,00
NO	3	50,00
TOTAL	6	100



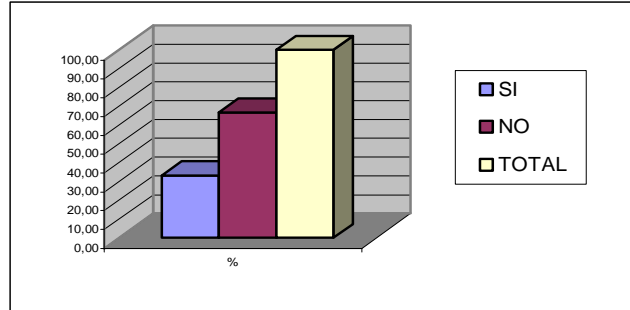
Análisis:

La planificación de cursos de capacitación es de forma esporádica o a su vez el personal se capacita por su propia cuenta, esto es debido a la poca importancia que se da a la Planificación Estratégica.

8. Los Jefes departamentales brindan facilidades para que el personal asista a cursos de capacitación?

GRÁFICO Nº 39

FACTORES	ENC.	%
SI	2	33,33
NO	4	66,67
TOTAL	6	100



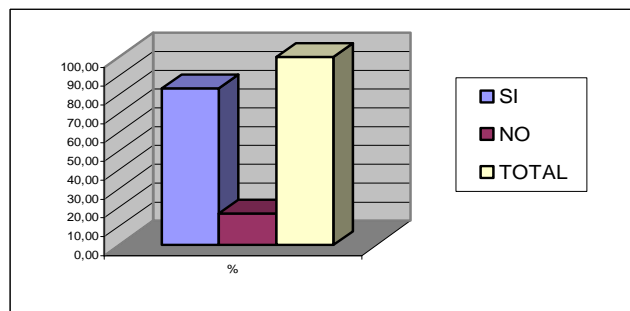
Análisis:

La falta de interés por parte de los coordinadores en tener a su personal actualizado en temas de importancia para optimizar la calidad de servicio al usuario, impidiendo el desarrollo profesional.

9. El personal médica y enfermería aplica normas de bioseguridad al atender a los pacientes.

GRÁFICO Nº 40

FACTORES	ENC.	%
SI	5	83,33
NO	1	16,67
TOTAL	6	100



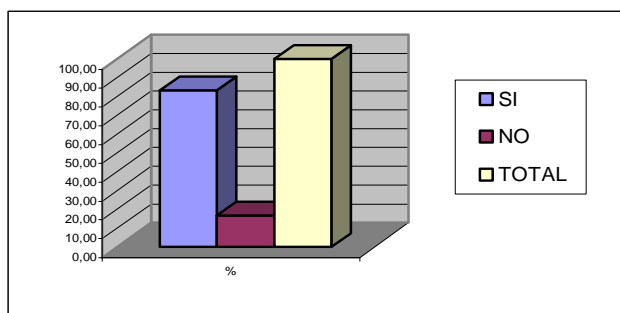
Análisis:

Las normas de bioseguridad son aplicadas por el personal hacia los pacientes cuando cuentan con los materiales necesarios para realizar su trabajo, como son guantes, mascarillas, mandiles etc.

10. El trabajar en la institución a llenado sus necesidades y expectativas?

GRÁFICO Nº 41

FACTORES	ENC.	%
SI	5	83,33
NO	1	16,67
TOTAL	6	100



Análisis:

Pese a las diferentes adversidades que posee el personal siente que se han cumplido con las expectativas y metas que se han trazado dentro y fuera de la institución.

Comentarios:

Entre los comentarios y sugerencias que el cliente interno menciona tenemos:

- Que mejoren los salarios
- Que se programen cursos de actualización continua
- La falta de trabajo en equipo.
- Falta de incentivos al personal.
- Elaborar e Implementar normas de procedimientos y protocolos de atención.
- Mejorar las relaciones interpersonales en el servicio y con las autoridades.
- El Plan Estratégico sea actualizado, aplicado y difundido a todos los involucrados con el fin de lograr que el servicio sea líder en la atención de enfermedades de infectocontagiosas a nivel nacional.

3.1.4.39. Planificación Estratégica

Al aplicar el Balance Score Card se realiza la planificación estratégica por medio de la aplicación de la Matriz Foda, donde se realiza el análisis externo (oportunidades y amenazas) y el análisis interno (fortalezas y debilidades) para las cuatro perspectivas que servirá de punto de partida para el perfeccionamiento del BSC con la participación del personal del Servicio de Infectología.

3.1.4.39.1. Análisis Externo

3.1.4.39.1.1. Oportunidades

OPORTUNIDADES					Suma
PERSPECTIVA	DESCRIPCIÓN	URGENCIA	TENDENCIA	IMPACTO	
FINANCIERA	fondo para programa de control de sida	10	10	10	30
	presupuesto para programa de control tuberculosis	8	8	10	26
CLIENTES	manejo de programa de tuberculosis	10	10	10	30
	convenios con universidades	10	10	10	30
PROCESOS INTERNOS	guias de atención del paciente con sida otorgados P.D. el MSP	10	10	10	30
	modelo de atención integral implementado por el MSP	10	9	10	29
	modelo de gestión por procesos implementado por el MSP	10	9	10	29
INNOVACIÓN Y APRENDIZAJE	Permiso para docencia y capacitación	10	5	10	25
	Intercambio profesional con otros países	3	5	10	18
	estabilidad laboral	10	8	10	28
	Ley de modernización organización y calidad de atención.	8	9	10	27
					0
				0	
PRIORIDAD					
1	manejo de programa de tuberculosis				
2	convenios con universidades				
3	guías de atención del paciente con sida otorgados por el MSP				
4	modelo de atención integral por procesos implementado por el MSP				
5	Estabilidad laboral.				
6	Ley de modernización organización y calidad de atención.				
7	Presupuesto para control de tuberculosis.				

3.1.4.39.1.2. Amenazas

AMENAZAS					
PERSPECTIVA	DESCRIPCIÓN	OCURRENCIA	TENDENCIA	IMPACTO	TOTAL
FINANCIERA					0
	inadecuada administración del presupuesto hospitalario	8	8	10	26
	reducción del presupuesto	8	8	10	26
	inestabilidad política	3	3	10	16
					0
					0
CLIENTES	aumento de la morbilidad por VIH SIDA	10	10	10	30
	percepción negativa de los servicios públicas	8	8	10	26
	descomposición social con pérdida de valores éticos y sociales	8	9	10	27
	Bajo nivel cultural de los padres	8	9	10	27
	empobrecimiento acelerado de la población	8	10	10	28
PROCESOS INTERNOS	tecnología de punta de alto costo aun con limitación para lo establecimientos públicos	7	7	10	24
	deterioro del medio ambiente por contaminación de residuos tóxicos	8	9	10	27
					0
					0
	Baja oferta de capacitación para fortalecer competencias	7	3	10	20
PRIORIDAD					
1	Aumento de la morbilidad por VIH SIDA				
2	empobrecimiento acelerado de la población				
3	descomposición social con pérdida de valores éticos y sociales				
4	Bajo nivel cultural de los padres				
5	deterioro del medio ambiente por contaminación de residuos tóxicos				
6	insatisfacción creciente de los usuarios con el servicio				
7	Rezago en tecnología para atender al cliente.				
8					

3.1.4.39.2. Análisis Interno

3.1.4.39.2.1. Fortalezas

FORTALEZAS					
PERSPECTIVA	DESCRIPCIÓN	URGENCIA	TENDENCIA	IMPACTO	TOTAL
FINANCIERA	pago oportuno de las obligaciones	10	10	10	30
	existe un presupuesto asignado a Infectología				0
					0
					0
CLIENTES	educación incidental normativa permanente	10	7	10	27
	recepción oportuna de usuarios	10	8	10	28
	atención gratuita	10	10	10	30
					0
	-				0
PROCESOS INTERNOS	área física adecuada	10	10	10	30
	atención medica especializada	10	8	10	28
	fácil accesibilidad al servicio	10	10	10	30
	flexibilidad de la estructura organizacional	10	7	10	27
	capacidad técnica para atender al cliente	10	10	10	30
INNOVACIÓN Y APRENDIZAJE	talento humano especializado en la atención al paciente pediátrico con infecciones	8	8	10	26
	Plan estratégico elaborado	8	8	10	26
	capacitación en gerencia de salud	10	5	10	25
					0
				0	
PRIORIDAD					
1	pago oportuno de las obligaciones				
2	atención gratuita				
3	área física adecuada				
4	fácil accesibilidad al servicio				
5	capacidad técnica para atender al cliente				
6	recepción oportuna de usuarios				
7	educación incidental permanente				
8	flexibilidad de la estructura organizacional				

3.1.4.39.2.2. Debilidades

DEBILIDADES					
PERSPECTIVA	DESCRIPCIÓN	URGENCIA	TENDENCIA	IMPACTO	TOTAL
FINANCIERA	manejo presupuestario poco flexible	7	7	10	24
	No existencia de fondos especiales (emergencias)	7	7	10	24
					0
					0
CLIENTES	Falta de trabajo en equipo y cultura del servicio al cliente	10	7	10	27
	falta de atención integral al cliente	10	7	10	27
	hotelería poco satisfactoria	10	7	10	27
	Falta de divulgación de la Gestión del Servicio.	10	7	10	27
	Falta de socialización de temas que afecten al cliente	10	3	10	23
PROCESOS INTERNOS	falta de difusión de manuales	10	7	10	27
	falta de cultura organizacional	10	7	10	27
	Protocolos de enfermería incompletos	10	8	10	28
	Falta de organización y estandarización del trabajo interno del servicio	10	7	10	27
	Tecnología obsoleta e insuficiente	10	7	10	27
	material e insumos insuficientes	10	7	10	27
INNOVACIÓN Y APRENDIZAJE	resistencia al cambio	10	3	10	23
	Rezago en tecnología para atender al cliente.	7	8	10	25
	talento humano incompleto	10	7	10	27
	falta de incentivos y motivación al personal	10	8	10	28
	ausencia de funciones de acuerdo al perfil de puestos	10	3	10	23
	Protocolos de enfermería incompletos				0
	Actualización técnica no planificada				0
PRIORIDAD					
1	falta de incentivos y motivación al personal				
2	Protocolos de enfermería incompletos				
3	falta de atención integral al cliente				
4	Falta de trabajo en equipo y cultura del servicio al cliente				
5	Falta de divulgación de la Gestión del Servicio.				
6	Falta de socialización de temas que afecten al cliente				
7	Tecnología obsoleta e insuficiente				
8	material e insumos insuficientes				

3.1.4.40. Matriz Foda

MATRIZ FODA

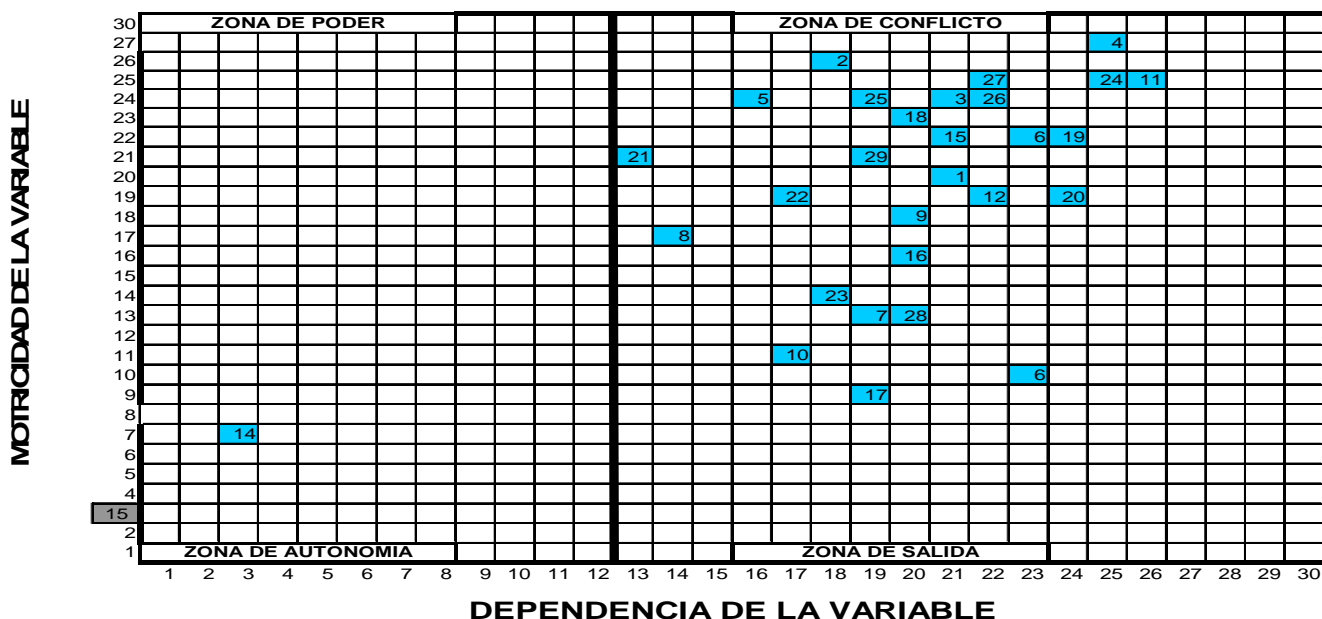
ENTORNO (MEDIO EXTERNO)

1		2	
OPORTUNIDADES (+)		AMENAZAS (-)	
1	manejo de programa de tuberculosis	1	Aumento de la morbimortalidad por VIH SIDA
2	convenios con universidades	2	empobrecimiento acelerado de la población
3	guías de atención del paciente con sida otorgados por el MSP	3	descomposición social con pérdida de valores éticos y sociales
4	modelo de atención integral por procesos implementado por el MSP	4	Bajo nivel cultural de los padres
5	Presupuesto para control de tuberculosis.	5	deterioro del medio ambiente por contaminación de residuos tóxicos
6		6	insatisfacción creciente de los usuarios con el servicio
7		7	Rezago en tecnología para atender al cliente.
8		8	0
3		4	
FORTALEZAS (+)		DEBILIDADES (-)	
1	pago oportuno de las obligaciones	1	falta de incentivos y motivación al personal
2	atención gratuita	2	Protocolos de enfermería incompletos
3	área física adecuada	3	falta de atención integral al cliente
4	fácil accesibilidad al servicio	4	Falta de trabajo en equipo y cultura del servicio al cliente
5	capacidad técnica para atender al cliente	5	Falta de divulgación de la Gestión del Servicio.
6	recepción oportuna de usuarios	6	Falta de socialización de temas que afecten al cliente
7	educación incidental permanente	7	Tecnología obsoleta e insuficiente
8	flexibilidad de la estructura organizacional	8	material e insumos insuficientes
INSTITUCIÓN (MEDIO INTERNO)			

3.1.4.41. Matriz de Ordenamiento de Factores según Motricidad y Dependencia

NUMERO	VARIABLE	MOTRICIDAD	DEPENDENCIA
1	manejo de programa de tuberculosis	20	21
2	convenios con universidades	26	18
3	guías de atención del paciente con sida otorgados por el MSP	24	21
4	modelo de atención integral por procesos implementado por el MSP	27	25
5	Presupuesto para control de tuberculosis.	24	16
6	Aumento de la morbimortalidad por VIH SIDA	22	23
7	empobrecimiento acelerado de la población	13	19
8	descomposición social con pérdida de valores éticos y sociales	17	14
9	Bajo nivel cultural de los padres	18	20
10	deterioro del medio ambiente por contaminación de residuos tóxicos	11	17
11	insatisfacción creciente de los usuarios con el servicio	25	26
12	Rezago en tecnología para atender al cliente.	19	22
13	0	0	0
14	pago oportuno de las obligaciones	7	3
15	atención gratuita	22	21
16	área física adecuada	16	20
17	fácil accesibilidad al servicio	9	19
18	capacidad técnica para atender al cliente	23	20
19	recepción oportuna de usuarios	22	24
20	educación incidental permanente	19	24
21	flexibilidad de la estructura organizacional	21	13
22	falta de incentivos y motivación al personal	19	17
23	Protocolos de enfermería incompletos	14	18
24	falta de atención integral al cliente	25	25
25	Falta de trabajo en equipo y cultura del servicio al cliente	24	19
26	Falta de divulgación de la Gestión del Servicio.	24	22
27	Falta de socialización de temas que afecten al cliente	25	22
28	Tecnología obsoleta e insuficiente	13	20
29	material e insumos insuficientes	21	19
		550	548

CLASIFICACIÓN DE FACTORES SEGÚN SU NATURALEZA
PROGRAMA DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA 2008



Análisis: Clasificación de factores según su naturaleza.

Zona de poder (sector 1) encontramos las variables de baja dependencia y alta motricidad entre las que se sitúan las de perspectivas de procesos que son reguladoras del sistema hay ausencia de variables.

Zona de conflicto (sector 2) encontramos variables de alta motricidad y alta dependencia entre las que están (4) modelo de atención integral por procesos implementado por el MSP; (2) Convenios con universidades, (27) falta de socialización en temas que afecten al cliente, (24) falta de atención integral al cliente,(11) insatisfacción creciente por la atención recibida, (25) Falta de trabajo en equipo y cultura del servicio al cliente, (5)presupuesto para control de tuberculosis, (18) capacidad técnica para atender al cliente entre las más alejadas, estas variables son estratégicas claves.

En la zona de Salida sector (3) tenemos variables de baja motricidad y alta dependencia situando en la perspectiva de los procesos (23) Protocolos de enfermería incompletos (7) empobrecimiento acelerado de la población (28) tecnología insuficiente, (10) deterioro del ambiente por contaminación de residuos tóxicos., son variables resultantes cuya evolución depende de las variables que se ubican en los sectores 1 y 2.

En la zona de autonomía sector (4) se encuentran las variables de baja motricidad y baja dependencia, son variables autónomas y se pueden prescindir de ellas, (14) pago oportuno de las obligaciones.

MATRIZ DE ANALISIS ESTRUCTURAL

PLANEACION ESTRATEGICA 2008

FACTOR

FACTOR	OPORTUNIDADES					AMENAZAS					FORTALEZAS					DEBILIDADES					TOTAL MOTRICIDAD													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	
1 manejo de programa de tuberculosis	1	0	1	1					0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	20	
2 convenios con universidades	1		1	1	1				1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	26	
3 guias de atención de los pacientes con VIH sida otorgados por el MSP.	0	1		1	0				1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24	
4 modelo de atención integral por procesos implementado por el MSP	1	1	1	1	1				1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	27	
5 fondo para el programa del control de tuberculosis	1	1	0	1					0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24	
6																																	0	
7																																		0
8																																		0
9 Aumento de la morbimortalidad por VIH SIDA	0	0	1	1	0				1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22
10 empobrecimiento acelerado de la población	1	0	0	0	1				1		1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1													13
11 descomposición social con pérdida de valores éticos y sociales	1	0	1	1	1				1	1		1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	17
12 Bajo nivel cultural de los padres	1	1	1	1	1				1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	18
13 deterioro del medio ambiente por contaminación de residuos tóxicos	1	1	0	1	0				1	1	0	0		1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	11
14 Percepción negativa de los servicios públicos.	1	1	1	1	1				1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	25
15 rezago en tecnología para atender al cliente.	1	0	1	1	1				1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	19
16																																		0
17 pago oportuno de las obligaciones	0	0	0	1	1				0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
18 atención gratuita	1	0	1	1	1				1	1	0	1	1	1	1	0		1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22
19 area fisica adecuada	1	1	1	1	0				1	0	0	0	1	1	1	0	1		1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	16
20 fácil accesibilidad al servicio	1	1	0	1	0				0	0	0	1	0	1	0	0	0	1		0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	9	
21 capacidad técnica para atender al cliente	1	1	1	1	1				1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1		0	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23
22 recepción oportuna de usuarios	1	1	1	1	1				1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1		1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22
23 educación incidental permanente	1	1	1	1	0				1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19
24 flexibilidad de la estructura organizacional	0	1	1	1	0				1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	21
25 falta de incentivos y motivación al personal	1	1	1	1	0				1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1		0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	19
26 Protocolos de enfermería incompletos	1	1	1	1	0				1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
27 falta de atención integral al cliente	1	1	1	1	1				1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	25
28 Falta de trabajo en equipo y cultura del servicio al cliente	1	1	1	1	1				1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23
29 falta de divulgación de la Gestión del Servicio.	1	1	1	1	1				1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	24
30 Falta de socialización de temas que afecten al cliente	0	1	1	1	1				1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	25
31 Tecnología obsoleta e insuficiente	0	0	1	1	0				1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	13
32 material e insumos insuficientes	1	0	1	1	1				1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	21
TOTAL DEPENDENCIA	21	18	21	25	16	0	0	0	23	19	14	20	17	26	22	0	3	21	20	19	20	24	22	13	17	18	25	19	22	22	20	19	548	

3.1.4.42. Matriz de Análisis Estructural

El análisis Situacional realizado permite sintetizar en la Matriz Foda los principales problemas en la perspectiva financiera tenemos que el manejo del presupuesto es poco flexible, no existe fondos especiales en caso de emergencias, la perspectiva de los clientes se ve afectada por falta de trabajo en equipo y cultura de servicio al cliente, existe falta de atención integral al cliente, hotelería poco satisfactoria, falta de divulgación de la Gestión del Servicio, Falta de socialización de temas que afecten al cliente, en lo que se refiere a los Procesos Internos existe falta de difusión de manuales, falta de cultura organizacional, los protocolos de enfermería son incompletos y no son actualizados, existe falta de organización y estandarización del trabajo interno, la tecnología que dispone el servicio es insuficiente al igual que los insumos y materiales, en la perspectiva de innovación y aprendizaje hay resistencia al cambio, existe rezago en tecnología para atender al cliente, cuenta con talento humano incompleto, existe falta de incentivos y motivación al personal, ausencia de funciones de acuerdo al perfil de puestos, lo que permite reafirmar el análisis de procesos entre los que tenemos no se aplica y revisan los protocolos de la morbilidad más frecuente en el servicio en especial de enfermería, no se informa y comunica en forma regular y permanente a los familiares de los pacientes, no se analizan los informes estadísticos para la planificación y programación de actividades , el 70% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con los resultados de la hospitalización.

Los resultados del FODA se describen a continuación.

3.1.4.42.1. Oportunidades

El manejo de programa de tuberculosis se refiere a que el cliente afectado de esta enfermedad recibe atención especializada; el convenio con universidades consiste en que el Hospital y por ende el Servicio de Infectología es una unidad docente asistencial en la que se benefician tanto los estudiantes, como los clientes, las guías de atención de pacientes con sida otorgados por el MSP constituyen un aporte para el diagnóstico tratamiento de esta enfermedad, al igual

que el modelo de atención integral por procesos implementado por el MSP, constituye una estrategia para mejorar la calidad de atención en todos los niveles de atención que requiere la población; existe un fondo para el control de la tuberculosis otorgado por el MSP.

3.1.4.42.2. Amenazas

El aumento de la morbilidad por VIH SIDA se constituye en una amenaza para el Servicio pues no podrá satisfacer la demanda existente, ha esto se añade el empobrecimiento acelerado de la población, lo que dificulta tener acceso a la salud, agravándose aún más con la descomposición social con pérdida de valores éticos y sociales, si los Padres tienen un nivel cultural bajo no podrán colaborar adecuadamente en el tratamiento de las enfermedades, que se verán afectadas por el deterioro del medio ambiente por contaminación de residuos tóxicos, la percepción negativa de los servicios públicos se refiere a la imagen que tiene la comunidad sobre los servicios prestados en las entidades públicas, también el rezago en la tecnología constituye una amenaza para atender al cliente.

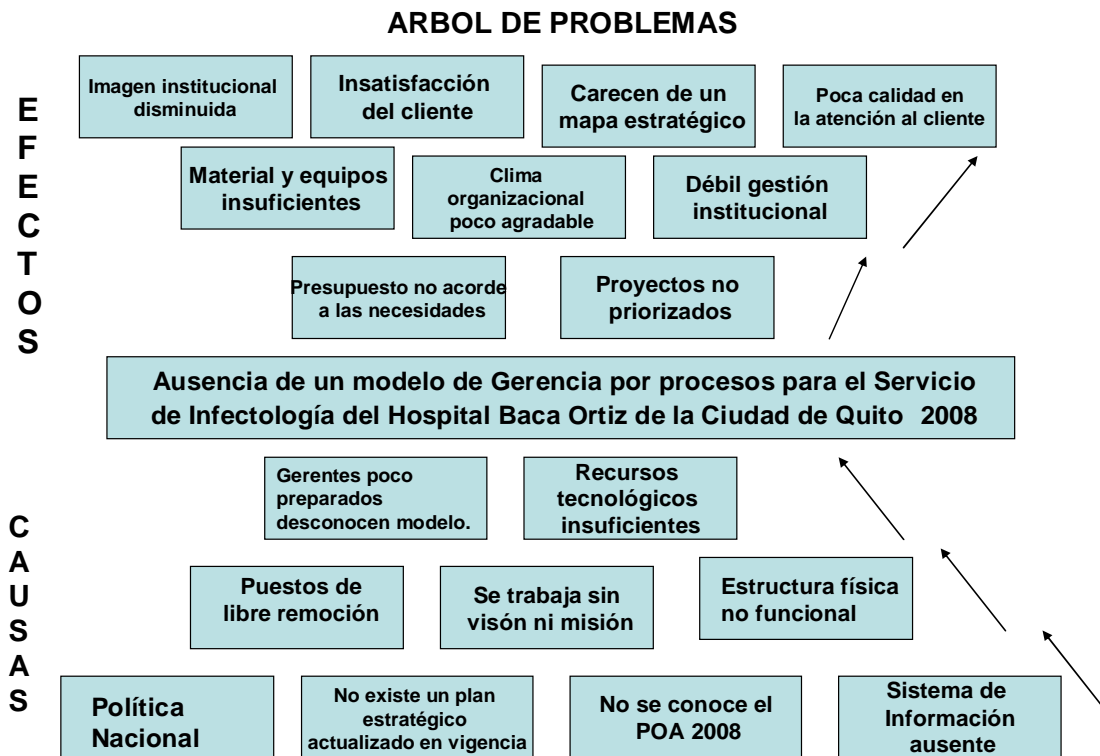
3.1.4.42.3. Fortalezas

El pago oportuno de las obligaciones al personal se constituye en una fortaleza, que se verá reforzada con la atención gratuita que recibe el cliente, el que gozará de una área física adecuada, de fácil accesibilidad al servicio, capacidad técnica para atender al cliente, recepción oportuna, educación incidental y permanente y flexibilidad de la estructura organizacional.

3.1.4.42.4. Debilidades

La falta de incentivos y motivación conlleva a la insatisfacción del cliente interno lo que trae como consecuencia falta de atención integral al cliente por falta de trabajo en equipo y cultura de servicio al cliente, falta de divulgación de la Gestión del Servicio, falta de socialización de temas que afecten al cliente, a esto se añade la tecnología obsoleta e insuficiente que dispone el servicio al igual que los materiales e insumos insuficientes.

3.1.4.43. Síntesis de Problemas



3.1.4.44. Análisis de Competitividad

En este mundo globalizado se hace necesario cada vez más estar preparado para ofrecer ventajas en relación con la competencia, el Hospital y por ende el servicio de Infectología no es competitivo por múltiples factores se hace necesario incrementar estrategias como marketing, investigación e innovación en la orientación que se dará a sus productos, medidas para crecer y expandirse, crear atributos que le permitan superar a los competidores, como el tipo de producto ofrecido, el mercado atendido, la tecnología desarrollada, el bajo costo en su producción, la capacidad de sus operaciones, su método de distribución o venta, los recursos naturales que utiliza por ejemplo (los ecológicos) su utilidad o tasa de retorno.

La tasa de crecimiento potencial de la industria oscila entre el 12-15% y 16-18% posibilidad de entrada de nuevas empresas, es virtualmente imposible entrar,

intensidad de la competencia entre firmas casi no hay competencia, hay muchos sustitutos en el mercado, es altamente dependiente de productos y servicios complementarios o de respaldo, los proveedores establecen los términos

Los compradores establecen las preferencias, nivel tecnológico bajo casi no hay innovación del servicio, no hay ejecutivos capaces; hay muy poca presencia pública introvertida en la operación.

3.1.4.45. Análisis de Vulnerabilidad

Consiste en el análisis de Impacto y capacidad de reacción se observa que la mayor cantidad de factores se encuentra en peligro con capacidad de reacción, en segundo lugar tenemos una zona preparada con 13 factores, en tercer lugar tenemos una zona de amenazas debe prepararse y por ultimo tenemos una zona indefensa.

3.1.4.45.1. Selección y Definición de Clientes

Los clientes actuales corresponden a la población de 0 – 15 años de estratos socio económicos bajos y medios; los clientes que aspiramos tener son una población de 0-15 años de todos los estratos económicos del país.

El valor agregado que llega al cliente es el producto de los valores agregados que genera la cadena de los proveedores “clientes internos” son responsabilidad del equipo y de las personas, trato humanitario y amable.

3.1.4.45.2. Criterios de los Servicios

Los clientes esperan productos y servicios de mejor calidad, a menor costo entregados oportuna y cómodamente luego es necesario crear las metas medibles y los incentivos apropiados el alcance de tales metas servirán como criterio para medir el éxito y rendimiento para definir el sistema de recompensas para mejorar los diseños y procesos para seleccionar las herramientas necesarias.

La definición de estos criterios debe hacerse para cada servicio en términos de función habilidad calidad, precio costo, apariencia, oportunidad de entrega, margen de utilidad, volumen total de servicios prestados mantenimiento de los servicios.

3.1.4.45.2.1. Valores

Los valores de la Empresa son Honradez, solidaridad, respeto, confianza, compañerismo, universalidad, cordialidad, integralidad, humanismo.

CAPITULO IV

4.1. MODELO DE GERENCIA DEL SERVICIO DE INFECTOLOGÍA

4.1.1. INTRODUCCIÓN

No se puede se puede concebir hoy la generación y gestión del Desarrollo Institucional de Hospitales aislado del contexto del enfoque empresarial, en especial de los países de Latinoamérica el sector salud se ha visto obligado a reflexionar, redimensionar, encarando los estigmas de la quiebra económica, la mala calidad de los servicios, la inequidad y la ineficiencia, el sector salud ha entrado de manera inteligente y racional a reinventarse un paradigma de tipo integral en el cual se articulan la nueva política de nuevo mercado con un reordenamiento del esquema social tradicional para culminar sus hospitales en un modelo innovador de la Empresa Social de Salud; el sector salud se apropiado de conocimientos, estrategias y prácticas modernas de Economía y de Administración de Empresas lo que ha facilitado incursionar en los terrenos de la salud para ganar interesantes espacios sociales para dar paso a un modelo conciliador e innovador con el cual se aspira en Latinoamérica a caracterizar el desarrollo de nuestras instituciones hospitalarias.

Las instituciones prestadoras de servicios de tipo social no lucrativo como las de salud estatales, han entendido que no pueden seguir prestando servicios de mala calidad con un modelo incipiente por lo que ha surgido entonces el sentimiento, la necesidad y el posicionamiento moderno de que las Instituciones enfoquen el servicio sin perder su configuración y función social, como un compromiso que conlleva una transacción: Esa transacción consiste en que las instituciones presten servicios de calidad con valores agregados para el usuario pero con formas de financiamiento alternativo que aseguren la supervivencia crecimiento y desarrollo de las instituciones para beneficio de la misma comunidad.

En base al análisis situacional y a la aplicación el enfoque del Balanced Score card que es una metodología para la formulación e implantación de estrategias

en las organizaciones, se ha estructurado el Modelo de Gerencia por procesos para el Servicio de Infectología del Hospital Baca Ortiz.

Los lineamientos del modelo son:

Planificación se desarrolla en base al BSC el que permitirá obtener como resultado los objetivos propuesto mediante la aplicación de los procesos con el fin de mejorar la calidad de atención al cliente externo.

Los problemas identificados en el Diagnóstico constituyen el punto de partida para la elaboración del modelo Gerencial, mediante el análisis FODA se identificaron los diferentes factores sean estos internos y externos que influyen en la asistencia que Brinda el Servicio de Infectología con el fin de solucionar los diferentes problemas detectados mediante la construcción de un Plan Estratégico que permitirá renovar los servicios prestados con el compromiso de todo el personal.

Mediante el Plan de Implementación para el Servicio de Infectología donde se describen las responsabilidades, presupuestos y cronograma de actividades se obtendrá resultados de perfeccionamiento en los servicios prestados.

Organización La estructura del Servicio de Infectología debe ser desconcertada con manejos horizontales en el que se ponga de manifiesto la toma de decisiones compartidas, delegación de funciones.

Debe gestionar la salud de las personas, los procesos, los recursos económicos tecnológicos, materiales y humanos; los procesos deben ser eficientes, eficaces, equitativos sistematizados con el usuario la comunidad y la Dirección.

El control se lo cumplirá para medir el desempeño del Servicio de Infectología e instituir las medidas correctivas entre lo planificado, organizado con el propósito de lograr las metas propuestas en el cuadro de mando del BSC.

4.1.2. DEFINICIÓN DE VISIÓN Y MISIÓN

4.1.2.1. Misión Mejorada

Somos una unidad de salud que brinda atención integral con eficacia, eficiencia al paciente pediátrico que requiere de medicina curativa, de recuperación y rehabilitación de enfermedades infecto-contagiosas con talento humano calificado, tecnología acorde a sus necesidades sin distinción alguna con principios de solidaridad, equidad y pertinencia social.

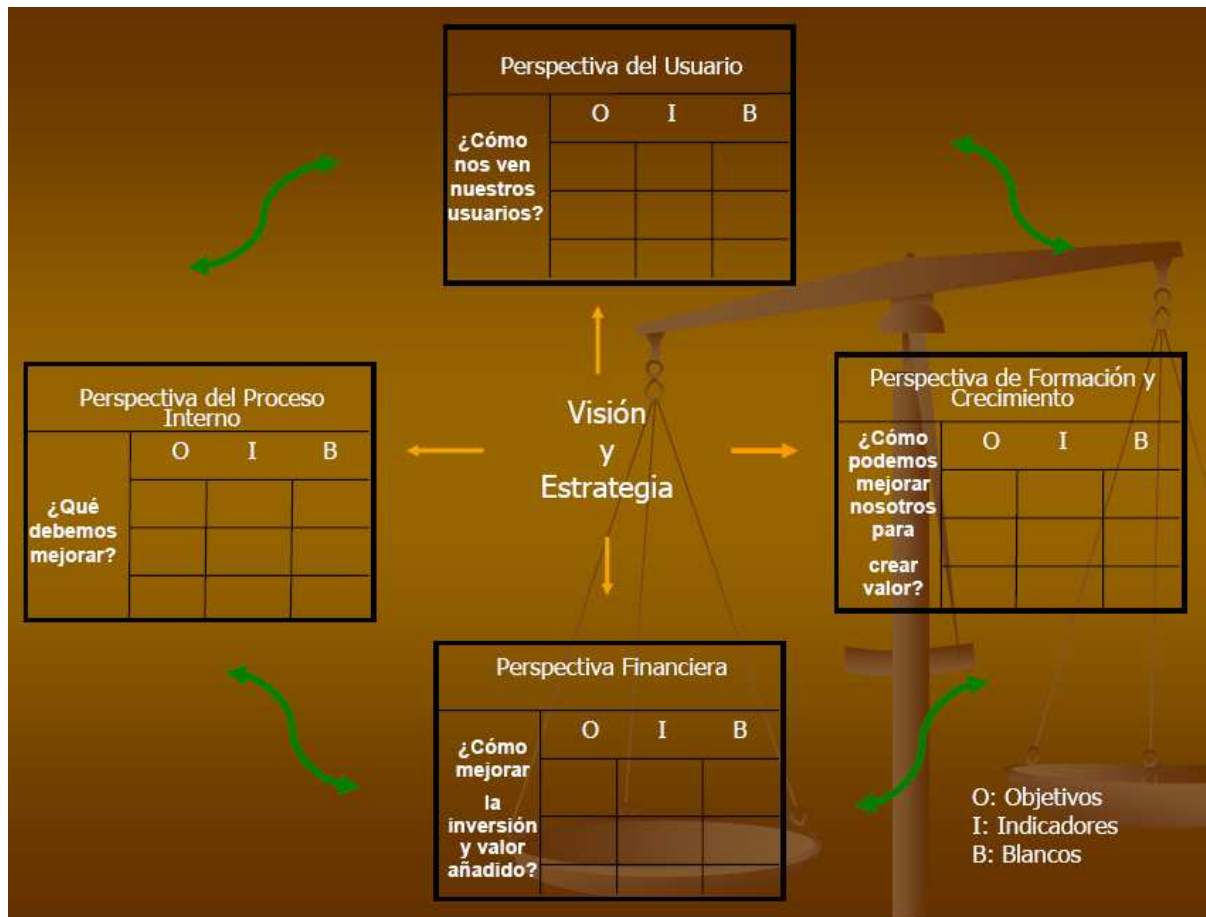
4.1.2.2. Visión

Alcanzar la excelencia, siendo líderes de servicios de salud de calidad.

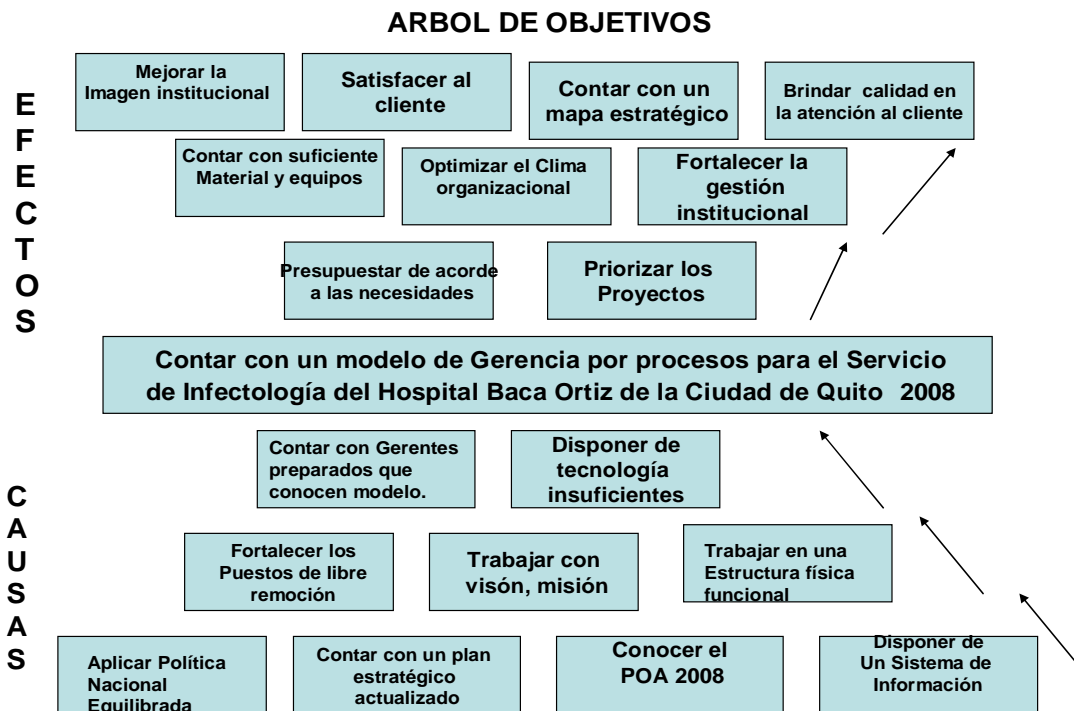
4.1.3. DEFINICION ESTRATEGÍAS

Según el Balance score card implica 7 pasos:

Primero identificar el enfoque de la organización a través de sus perspectivas: clientes, procesos, financiera, innovación y aprendizaje.



Segundo: Definir los objetivos estratégicos para cada una de las perspectivas seleccionadas.



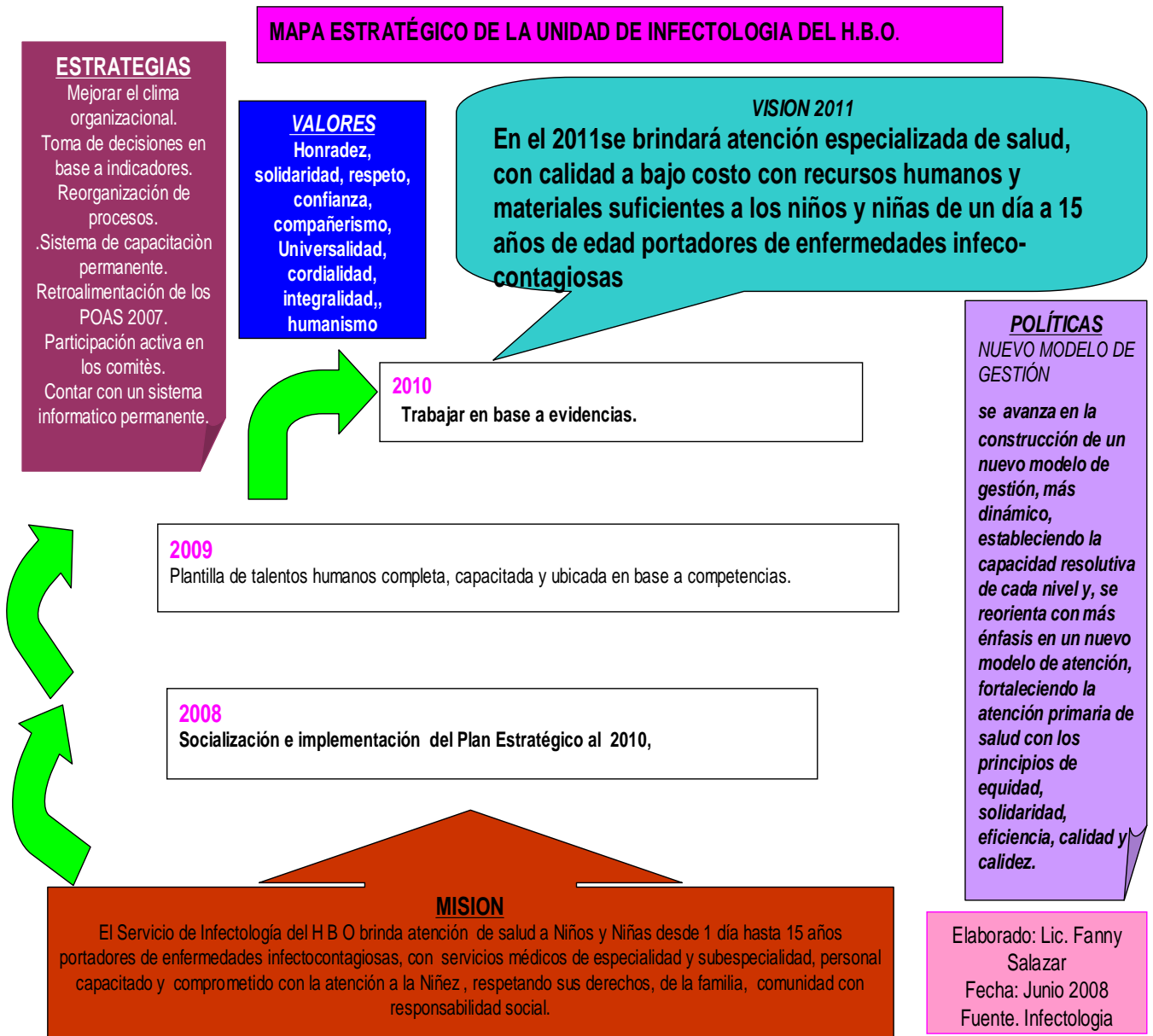
Tercero: Graficar los objetivos estratégicos en un esquema (mapa) de enlaces con el análisis causa – efecto, lo que permite identificar los objetivos relacionados.

Cuarto.- Definir claramente los indicadores que van a utilizarse para el cumplimiento de los objetivos estratégicos.

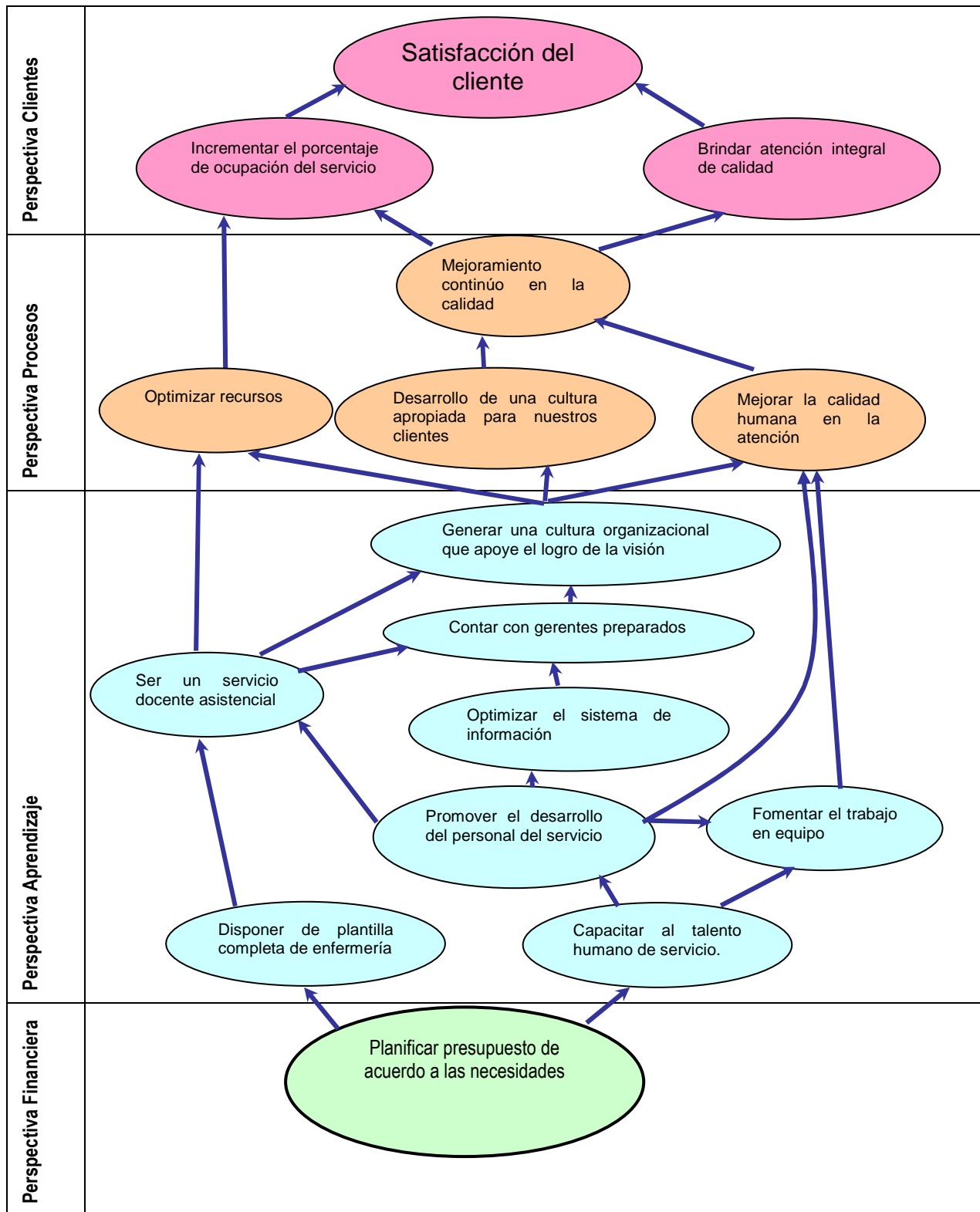


Quinto.- Especificar las metas es decir definir el valor del indicador en un momento de tiempo dado.

Sexto.- Dentro del mapa de enlaces se pueden identificar los caminos o ramales de la estrategia, lo cuál denominamos vectores estratégicos.



MAPA DE ENLACES CAUSA EFECTO DEL SERVICIO DE INFECTOLOGÍA



La cadena de relación causa efecto es un modelo de gestión estratégico integrado, que describe la lógica natural de la relación causa y efecto, descripción

que al ser leído por cualquier persona del Servicio permitirá razonar cuales serán las estrategias a seguir para conseguir los objetivos propuestos.

Así en el presente gráfico (Mapa de enlaces causa efecto) se puede observar que si se mejoran los procesos internos y las competencias del personal para hacerlo más productivo contando con un presupuesto acorde a las necesidades, e identificando las necesidades del cliente externo con el fin de tomar las medidas correctivas para lograr la satisfacción del cliente.

Séptimo.-Identificar las iniciativas programas o proyectos que van a permitir el logro de las metas en el camino seleccionado y que posiblemente un esfuerzo extrainstitucional.

Del cruce de las **Fortalezas con las Oportunidades** salen las siguientes líneas estratégicas:

- Pago oportuno de las obligaciones con manejo del programa de tuberculosis.
- Garantizar la estabilidad laboral.
- Atención gratuita con convenios con universidades.
- Promover permisos para la docencia y capacitación para mantener el talento humano especializado en la atención al paciente Pediátrico.
- Área física adecuada con guías de atención del paciente con sida otorgados por el MSP.
- Mantener servicios de calidad que satisfagan tanto al paciente y familia.
- Capacidad técnica para atender al cliente, con presupuesto para control de Tb.
- Incrementar la satisfacción del cliente interno, promoviendo permisos para la docencia, capacitación para mantener el talento humano especializado en la atención al paciente pediátrico.

Del **cruce entre Fortalezas y Amenazas** salen las siguientes estrategias:

- pago oportuno de las obligaciones con aumento de la morbilidad por VIH Sida.

- Mantener actualizado al talento humano en la atención al paciente pediátrico.
- Atención gratuita, con empobrecimiento acelerado de la población.
- Coordinar la adquisición de insumos y materiales.
- Establecer sistemas de control de insumos y materiales.
- Área física adecuada con descomposición social con pérdida de valores éticos y sociales.
- Participar en el Proceso de negociación con la dirigencia sindical para beneficio del cliente.
- Fácil accesibilidad al servicio, con bajo nivel cultural de los Padres.
- Coordinar la señalización de la infraestructura de la Institución.
- Capacidad técnica para atender al cliente con deterioro del medio ambiente por contaminación de residuos tóxicos.
- Coordinar un plan preventivo de mantenimientos de equipos e infraestructura.

Del **cruce entre Debilidades y Oportunidades** salen las siguientes estrategias:

- Falta de incentivos y motivación del personal, con manejo de programa de Tuberculosis.
- Desarrollar e intercambio profesional con otros países para estimular y motivar al personal.
- Establecer un proyecto de estímulos y motivación para el personal
- Crear un sistema de incentivos.
- Protocolos de enfermería incompletos con convenios con universidades
- Organizar y estandarizar el trabajo interno del servicio de Infectología.
- Elaborar y difundir protocolos generales y específicos del Servicio.
- Falta de atención integral al cliente con guías de atención del paciente con Sida otorgados por el MSP.
- Crear una cultura organizativa acorde a un modelo de Gerencia del Servicio.
- Garantizar el cuidado integral profesionalizado del paciente trabajando en proyectos de calidad.

- Falta de trabajo en equipo y cultura de servicio al cliente.
- Desarrollar el trabajo en equipo con diferentes modalidades.
- Falta de divulgación de la Gestión del Servicio con presupuesto para control de Tb.
- Comunicación efectiva, mejorar la comunicación intra departamental o del servicio.

Del **cruce entre Debilidades y Amenazas** salen las siguientes estrategias:

- Falta de incentivos y motivación al personal con aumento de la morbilidad por VIH sida.
- Crear un sistema de estímulos, motivación e incentivos para el personal.
- protocolos de enfermería incompletos con empobrecimiento acelerado de la población.
- Elaborar protocolos.
- Falta de atención integral al cliente con descomposición social con pérdida de valores éticos y sociales.
- Promover la integración del equipo de salud.
- Falta de trabajo en equipo y cultura de servicio al cliente, con bajo nivel cultural de los Padres.
- Generar una cultura de trabajo en equipo de tal manera que permita solventar el bajo nivel cultural de los Padres.
- Falta de divulgación de la Gestión del Servicio con deterioro del medio ambiente por contaminación de residuos tóxicos
- Justificar técnica y administrativamente la actualización de equipos y la reestructuración del área física del hospital.
- De la formulación y diseño de las líneas estratégicas, los elementos identificados se concentran en Recursos Humanos, calidad, modelo de gerencia, las líneas estratégicas nos marcan orientaciones para desarrollar luego planes operativos y acciones o actividades , proyectos estratégicos
- Apoyarse en las líneas estratégicas nos permite cumplir con la Misión y Visión y por ende aportara con la consecución de los objetivos y posteriormente elaborar nuestro plan de acción.

A continuación los resultados obtenidos que son el direccionamiento estratégico para el modelo gerencial cumpliendo los pasos del primero al sexto que estructura el cuadro de mando.

CUADRO Nº 60

4.1.4. MAPA ESTRATEGICO DEL SERVICIO DE INFECTOLOGIA

PERSPECTIVA	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	INDICADORES ESTRATEGICOS	FORMULA	METAS		INICIATIVAS ESTRATEGICAS
				2008	2009	
FINANCIERA	Presupuestar de acuerdo a las necesidades	% de ejecución presupuestario	Presupuesto ejecutado/ asignado	80%	90%	Plan de ejecución presupuestaria.
Clientes	Mejorar la satisfacción de los usuarios	Índice de satisfacción del usuario	Nº de pacientes satisfechos en un mes t/Nº total de pacientes atendidos en un mes t * 100.	60%	90%	Plan de calidad.
	Incrementar el índice de ocupación	Índice de ocupación	Días cama ocupada/ días cama disponible los datos deben corresponder al mismo periodo.	74%	90	Incrementar el índice de Producción del Servicio.
	Brindar atención integral y de calidad al paciente familia y comunidad	Índice de atención integral y de calidad	Nº de egresos hospitalarios satisfechos del año t /Nº total de egresos hospitalarios en el mismo año t * 100	70%	90%	Selección de personal por competencias. Plan de calidad.
PROCESOS CLAVES	Optimizar el uso de los recursos en el servicio	% de Gestión y organización de la atención	Nº de ítems de la encuesta de calidad respecto al Estándar "Gestión y Organización de la atención " con respuesta+ el día de la medición / 23 ítems de "Gestión y Organización de la Atención" en la encuesta el mismo día * 100.	50%	80%	Implementar Procesos. Diseño de un plan de optimización
	Desarrollar una comunicación apropiada con nuestros clientes	% de comunicación efectiva con nuestros clientes	Nº de ítems de la encuesta de calidad respecto al estándar " Información y señalización" con respuesta + el día de la medición/18 ítems de la encuesta de calidad respecto al estándar "Información y Señalización" el mismo día * 100	40%	80%	Plan de capacitación relaciones humanas, bioética y comunicación efectiva.
	Asegurar el mejoramiento continuo de la calidad de nuestros servicios	% de complicaciones en los procedimientos.	Mide el número y % de complicaciones por servicio en relación al número de atendidos en dicho servicio	10%	5%	Plan de calidad. Selección de personal por competencias. Plan de reorganización de procesos.
	Mejorar la calidad humana en la atención al usuario	% de atención de calidad humana	Nº de pacientes que refieren ser atendidos con calidad humana en un mes t/ Nº total de pacientes atendidos en el mismo mes * 100.	60%	80%	Plan de calidad.
INNOVACION Y APRENDIZAJE	Generar una cultura organizacional que apoye el logro de la visión del servicio	% de personal del servicio que se encuentra satisfecho en el medio	Nº de usuarios internos que se encuentran satisfechos realizando su trabajo en el servicio el día de la medición / Nº total de usuarios internos en ese mismo día * 100.	60%	80%	Plan de capacitación relaciones humanas bioética y comunicación efectiva.
	Optimizar el sistema de información.	% de estadísticas y registros en salud, que cumplen con los estándares de calidad	Nº de ítems de la encuesta de calidad respecto al estándar "Registros y estadísticas de salud" Áreas técnicas y de apoyo cuya valoración sobrepasa el 80% el día de la medición/16 ítems del Estándar "Registros y estadísticas de Salud" Áreas Técnicas y de apoyo, el mismo día * 100.	30%	80%	Coordinar para la retroalimentación del sistema informático.
	Promover el desarrollo de las personas del servicio	% de personal que se actualiza anualmente.	Nº de usuarios internos que se actualiza en un año t/ Nº total de usuarios internos en ese mismo año * 100.	30%	80%	Motivación e incentivos Encuesta de satisfacción de empleados...
	Fomentar el trabajo en equipo	% de quejas del personal	Nº de personal que se quejan por falta de coordinación del equipo de trabajo en un mes/ Nº total de personal encuestado en el mismo mes * 100.	60%	80%%	Plan de capacitación, relaciones humanas, bioética y comunicación efectiva.
	Disponer de Plantilla completa de Enfermería	Incrementar el personal de Enfermeras	Cuidado intermedio=22.5 horas días disponibles/4.5 horas (horas diarias de cuidado de enfermería * 0.85 (índice de ocupación esperado)= 6 camas	33%	66%	Contratar personal profesional de Enfermería.
	Ser un servicio docente asistencial que propenda a la adaptación del personal de nuevo ingreso para beneficio mutuo	% de estudiantes satisfechos con el proceso de enseñanza aprendizaje.	Nº de estudiantes satisfechos con el proceso de enseñanza aprendizaje a la fecha de la medición / Nº total de estudiantes encuestados en la misma fecha * 100.	70%	90%	Mantener buenas relaciones con las universidades.
	Contar con gerentes preparados que conocen el modelo	% de gerentes preparados que conocen el modelo.	Nº de gerentes preparados que conocen el modelo a la fecha de la medición /Nº total de gerentes encuestados en la misma fecha *100	20%	90%	Toma de decisiones en base a indicadores. Retroalimentación de los POAS. Participación activa en los comités. Ubicación de talentos humanos en base a competencias. Implementación y socialización del Plan estratégico.

4.1.5. MODELO GERENCIAL BASADO EN PROCESOS Y CALIDAD

4.1.5.1. Procesos¹

La siguiente matriz ilustra la forma como se identificaron los procesos.

MATRIZ PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS

MISIÓN DEL SERVICIO:

NOMBRE:

FECHA:

No.	PASOS
1	IDENTIFICAR EL SERVICIO
2	INICIO
3	FINAL
4	FLUJOGRAMA
5	TIEMPOS
6	COSTOS
7	TALENTOS HUMANOS
8	RECURSOS MATERIALES
9	RECURSOS ECONÓMICOS
10	RECURSOS TECNOLÓGICOS
11	PROBLEMAS
12	INDICADORES DE EVALUACIÓN
13	RESPONSABLE
14	MAPEO
15	INTERFASES
16	DESCRIPCION Y ANÁLISIS
17	EVALUACIÓN
18	RETROALIMENTACIÓN

Los procesos identificados son:

- **El gobernante** es el proceso que dirige o afinan otros procesos controlan, planifican, evalúan coordinan a todos los demás procesos (planificación estratégica)
- **El clave:** Son aquellos procesos que inciden de manera significativa en los objetivos estratégicos y son críticos para el éxito del negocio.

4.1.5.2. Procesos Claves

CUADRO Nº 61

Servicio de Infectología del HBO
Selección de procesos claves

OBJETIVOS EMPRESARIALES								escalas de valor	
1.-Incrementar la rentabilidad en un 10%								ALTO	10
2.-Reducir los costos de atención en un 15%								MEDIO	5
3.-Ofrecer 2 nuevos servicios por año								BAJO	1
5.-Incrementar en un 5% el número de clientes									
6.-Reducir consumo de servicios públicos									
LISTA DE PROCESOS	O1	O2	O3	O4	O5	O6	impacto de los procesos en los objetivos del negocio	Valor agregado de los clientes	total
Admisión de pacientes	10	10	5	10	10	5	50	10	500
Gestión de lencería	10	10	5	10	10	5	50	10	500
Atención al egreso del paciente	10	10	5	10	10	1	46	10	460
Atención ambulatoria y de emergencia	10	10	5	10	10	1	46	10	460
Atención pacientes	10	10	5	10	10	1	46	10	460
Servicio de hospitalización	10	5	5	10	10	5	45	10	450
Gestión gerencial	10	5	5	10	10	5	45	10	450
Servicios complementarios	10	5	5	10	10	5	45	10	450
Administración del servicio	10	5	1	10	10	5	41	10	410
Gestión de Recursos Humanos	10	1	10	10	1	5	37	10	370
Quirúrgica	10	10	1	10	1	5	37	10	370
Facturación	10	10	1	10	10	1	42	5	210
Proveedores	10	1	1	1	5	1	19	10	190

4.1.5.3. De soporte

Son aquellos que tienen por objeto el prestar apoyo a los procesos operativos o tomar decisiones sobre planificación, control, mejoras y seguridad de las operaciones de la organización.

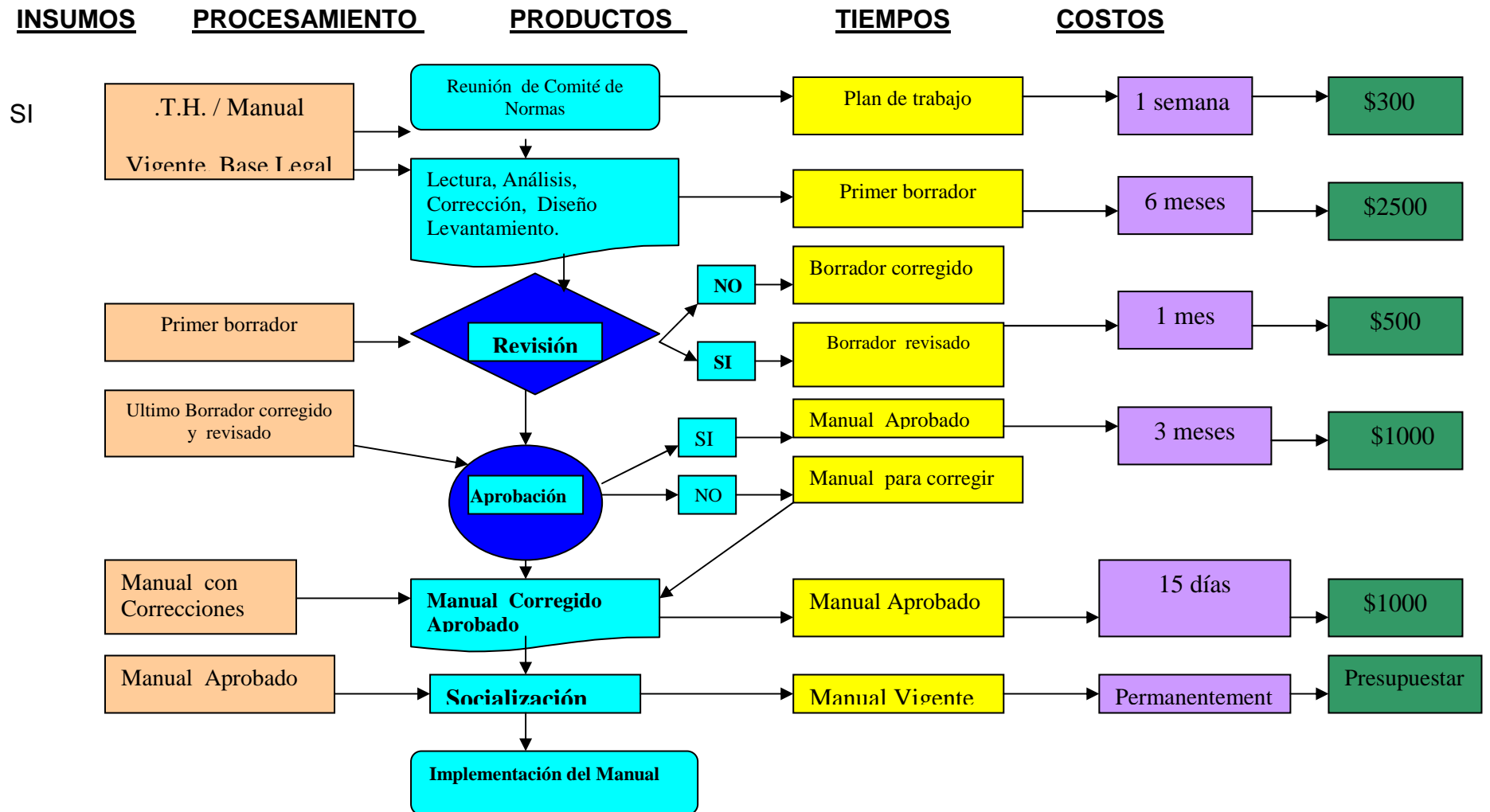
Para cada uno de los procesos se describe la forma como deben ser estructurados.

.

En el proceso gobernante se describe la implementación del Manual técnico visualizándose dicho proceso en forma completa.

4.1.5.4. Proceso Gobernante

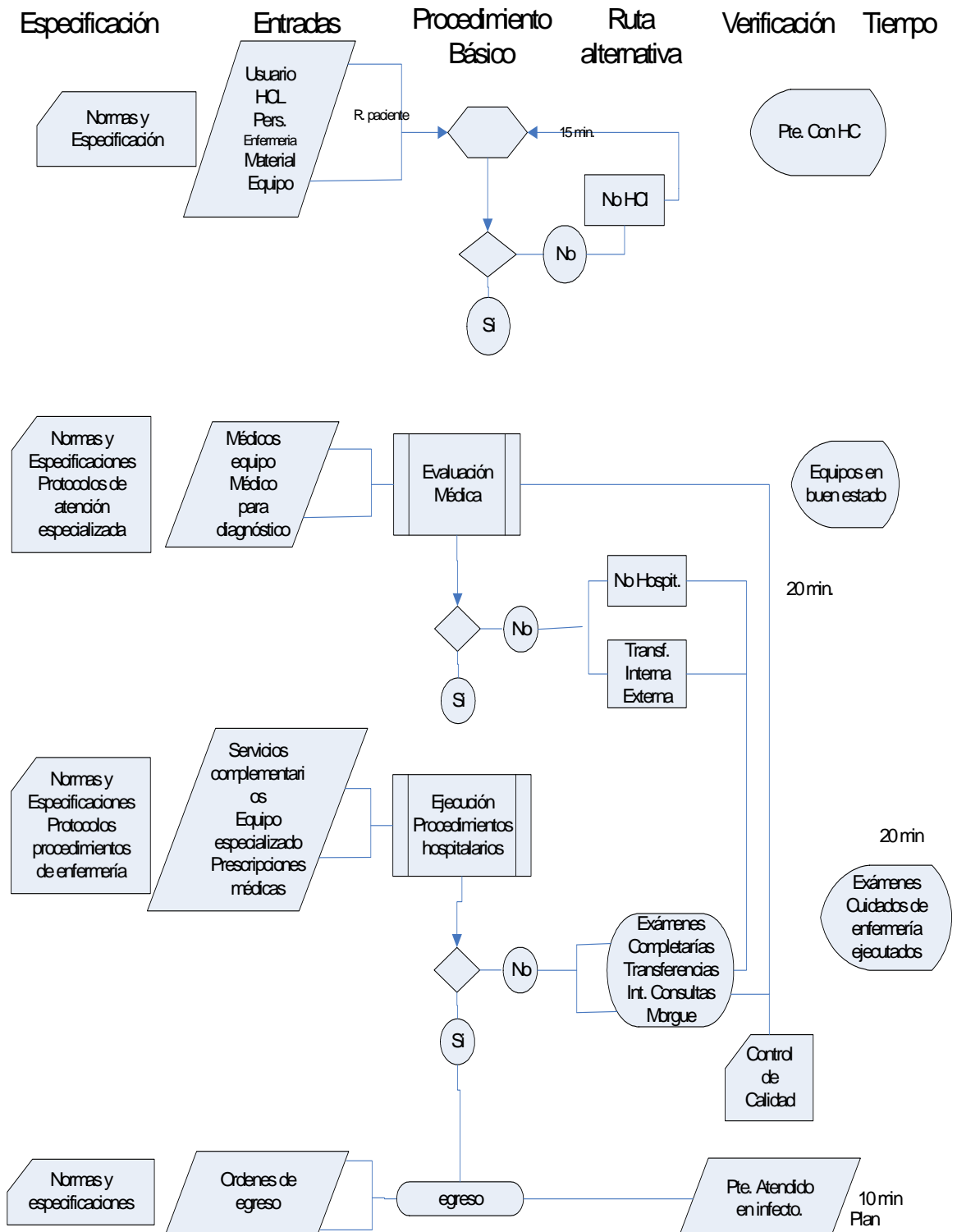
PROCESO GOBERNANTE HERRAMIENTAS TÉCNICO ADMINISTRATIVAS



4.1.5.5. Procesos Claves Ingreso del Paciente al Servicio de Infectología

En los procesos claves se selecciona la Tuberculosis como se muestra a continuación.

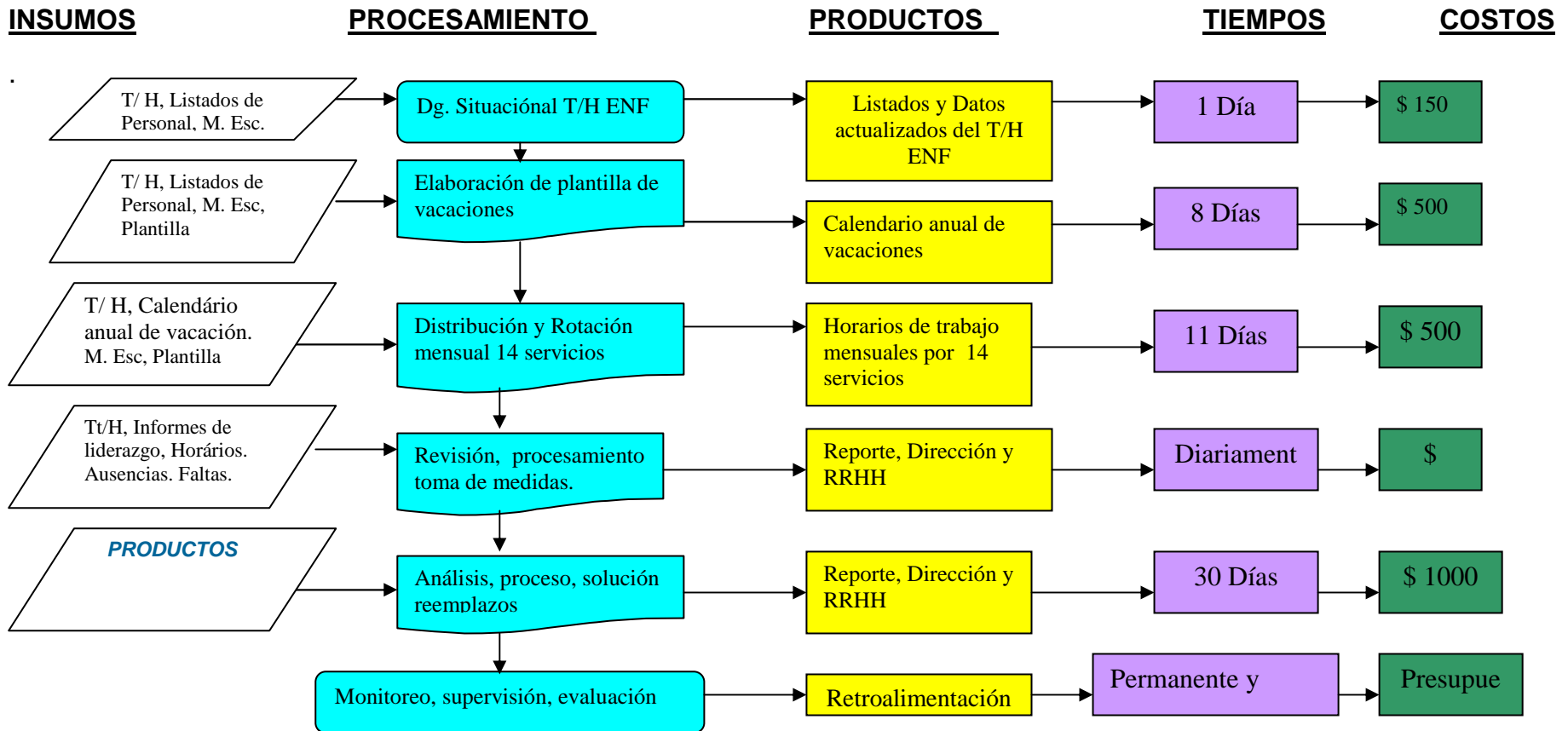
DIAGRAMA DEL PROCESO CLAVE INGRESO DEL PACIENTE AL SERVICIO DE INFECTOLOGÍA



4.1.5.6. Procesos de Soporte Gestión del Talento Humano

En los procesos de soporte se selecciona por su importancia el manejo del talento humano como se muestra en el diagrama que sigue.

PROCESO DE SOPORTE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

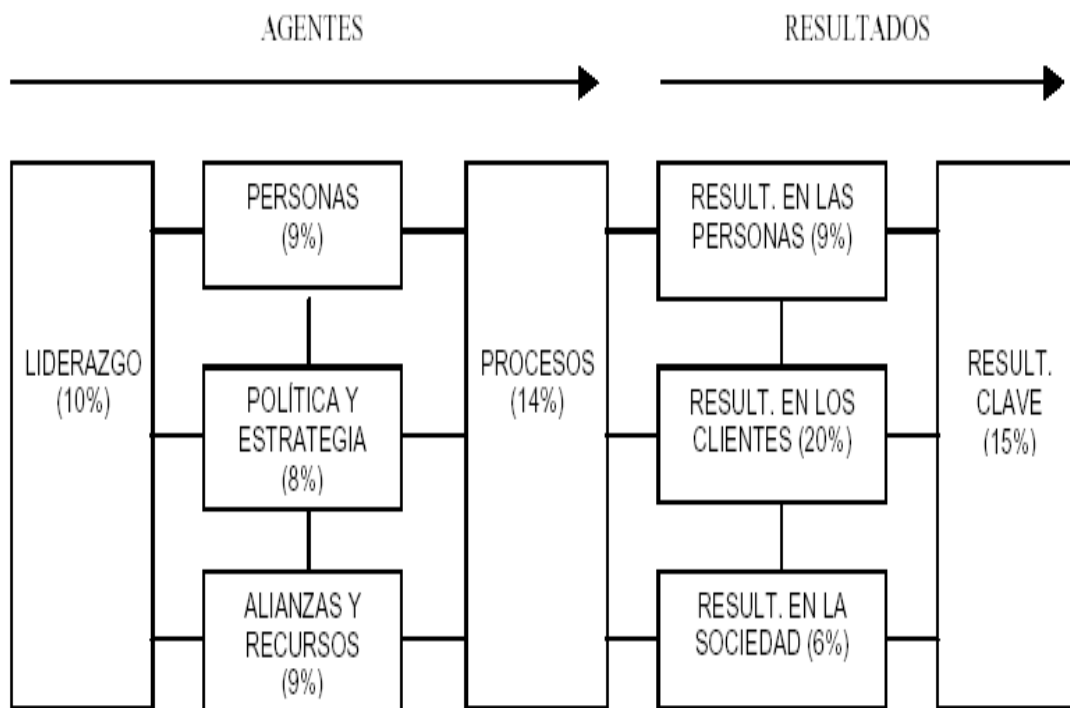


4.1.6. CALIDAD

Por la facilidad de aplicación, para el abordaje de la calidad se utiliza el Modelo Europeo de la Excelencia basada en:

"La Satisfacción de Cliente y Empleados y el Impacto en la Sociedad se consiguen mediante un Liderazgo que impulse la Política y Estrategia, las personas de la organización, las Alianzas y Recursos y los Procesos hacia la consecución de la Excelencia en los Resultados de la organización".

Figura 1: El Modelo de Excelencia de la EFQM



Las **Herramientas Básicas para la Calidad** que se incluyen el modelo citado son:

- Diagrama de flujo
- Diagrama causa-efecto
- Diagrama de Pareto
- Hoja de chequeo
- Gráfico de control

- Histograma
- Diagrama de dispersión

4.1.6.1. Monitoreo y Evaluación

Evaluar la calidad de los servicios incluye evaluar la calidad objetiva (calidad técnica) y la calidad subjetiva (relacionada con la opinión del usuario respecto al servicio recibido).

La evaluación de la calidad objetiva permite valorar la incidencia y prevalencia de eventos indeseables en este caso serán indicadores con base en índices o tasas, El numerador es el número de eventos de interés y el denominador será el número de personas en los cuales el evento de interés podría haber ocurrido.

Ejemplos: **Mortalidad total o por grupos específicos** por ejemplo mortalidad infantil.

Letalidad para patologías específicas consideradas como “trazadoras” por ejemplo bronconeumonía

Taza de muertes evitables: Mide la proporción de las muertes que pudieron evitarse a la luz de los conocimientos actuales. Es una tasa específica y para construirla se requiere examinar con alguna periodicidad, las muertes ocurridas por servicio, lo que permitirá establecer el número de las muertes ocurridas que eran evitables.

Infecciones Intrahospitalarias, reingresos, reconsultas.

Número y porcentaje de **complicaciones por servicio** mide el número y % de complicaciones por servicio en relación al número de atendidos en dicho servicio. Tiene relación con el correcto desarrollo de los procedimientos médicos conforme a las normas institucionales, conocimientos y utilización correcta de la tecnología. Este indicador es inversamente proporcional a la calidad de atención y en todos los casos el paciente se ve perjudicado; produce un incremento de la estancia.

Comparación de procedimientos por patología vrs protocolos de tratamiento; se busca determinar el grado en que los procedimientos efectuados Responden a las normas establecidas en los protocolos de cada patología; y para las patologías que significan las principales causas de morbilidad atendida.

Procedimientos innecesarios por servicio o por patología se refiere al porcentaje de pacientes con procedimientos de tratamiento y diagnóstico que se efectúan innecesariamente de acuerdo a las diferentes patologías.

El incremento de los valores de este indicador implica un aumento innecesario del Costo de la atención y evidencia el manejo no deseado de los recursos.

Determina mejoría detrimento en la calidad de vida del paciente.

Tiempos y listas de espera esto puede realizarse para servicios finales como consulta especializada o tiempo de espera para hospitalizarse, así como servicios de apoyo por ejemplo para la realización de TAC, ultrasonidos.

Índice de rechazo: Es un indicador de gran utilidad para cuantificar el volumen de demanda no atendida.

La evaluación de la calidad subjetiva mide el grado en que el servicio brindado cumple y supera las expectativas del cliente para:

- Lograr el deleite del usuario y entonces formar la lealtad del cliente
- Satisfacer las necesidades del usuario no solicitadas y entonces desarrollar la confianza del usuario.
- Cumplir los requisitos del usuario y entonces evitar quejas del cliente.

La organización puede medir las expectativas de los clientes y por otro lado la percepción de los usuarios respecto al servicio brindado, sin embargo lo más frecuente es que se realice el monitoreo sistemático de la percepción y no sistemático de las expectativas.

4.1.6.1.1. Aspectos a Considerar en su Monitoreo

1. Nivel de involucramiento del paciente y/o familiares en el proceso incluyendo:

Explicación de los procedimientos (ventajas, desventajas riesgos, otras alternativas)

Forma adecuada de uso de los insumos brindados.

Participación en la toma de decisión sobre cursos de acción.

Capacitación para el "auto cuidado" tanto al paciente como a familiares.

2. Aspectos organizacionales

- Cumplimiento de horarios
- No existencia de trabas o trámites excesivos.
- Orden y definición de procesos (normatización, estandarización) sin que ello se convierta en una camisa de fuerza de modo que exista un nivel de flexibilidad en función de las necesidades del usuario.

3. Condiciones Del Ambiente

- Condiciones física (limpieza, color de la pintura, buena presentación)
- Comodidad para el usuario confort
- Seguridad del ambiente para los usuarios
- Señalización de los departamentos salidas etc.

4. Condiciones de los insumos brindados:

- Presentación y calidad (por ejemplo de las raciones alimentarias, medicamentos, etc.)
- Empaque de los mismos.
- Instrucciones claras por escrito en cuanto a su uso (y de ser necesario verbales según grado de complejidad y /o alfabetización del usuario).

5. Condiciones de los prestadores de los servicios:

- Forma de vestir
- Forma de comunicarse con el usuario
- Aclaración de dudas
- Percepción de capacidad profesional

- Trato (incluidos los gestos) “proceder de los proveedores durante a prestación de los servicios de salud de obra o de palabra, en su relación com el usuario “en su relación con el usuario” incluye empatía (interés comprensión accesibilidad) respeto, gentileza afectuosidad, dignidad.

4.1.6.1.2. Forma de Monitoreo

Desde el punto de vista de la fuente de información estos aspectos pueden ser monitoreados de forma directa o indirecta.

Directa preguntándole al usuario.

Indirecta por la tasa de uso de los servicios cuando los usuarios prefieren uno y otro funcionario para ser atendidos cuando prefieren uno y otro departamento por ejemplo preferencia por urgencia vrs consulta externa en un hospital.

Desde el punto de vista de la frecuencia, la medición puede ser o no ser sistemática.

Sistemática: Los sistemas de información que funcionan permanentemente y capturan opinión o percepción del usuario en cuanto a la organización por ejemplo al finalizar el proceso se le pide que llene un formulario, o bien es entrevistado.

Selección permanente de una muestra de usuarios a quienes se les solicita información, ya sea telefónicamente, o visitándolos a su domicilio o trabajo.

Recepción y procesamiento permanente de las quejas, esto incluye la facilidad con que el usuario puede presentar su queja, sin trámites, trabas, sin ponerlos en evidencia a fin de que sienta libre de hacerlo; mientras se encuentran en salas de espera, se ubican formularios para que sean llenados.

Intermedias: Encuestas de opinión durante el año a los usuarios serán sistemáticas si se realizan de forma programada todos los años bajo una

concepción de monitoreo, y no sistemáticas si se realizan unos años si y otros no de forma irregular y con diferentes formatos.

No sistemáticas: Percepción de satisfacción a través de medios de comunicación.

Relación con grupos o asociaciones comunales

Relación con grupos focales.

La organización debe utilizar esta información en la toma de decisiones, lo que puede involucrar modificación de procesos, capacitación, remoción o reubicación de funcionarios “**realmente ponerle atención a lo que dice el cliente**” es una estrategia inteligente de parte del Gerente, estrategia que ha llevado a un nivel de excelencia y éxito a nivel mundial, pues ha sido el mismo cliente quién ha marcado la pauta en cuanto a la innovación a nuevos productos e innovación en la oferta de servicios, todo lo cual ha tenido niveles de aceptación que han sobrepasado las expectativas de las organizaciones, las que después de haber obtenido grandes éxitos, continúan buscando en la opinión del cliente nuevas alternativas para seguir innovando en un proceso de continuo de mejoría.

Métodos de Monitoreo: La organización puede implementar de forma sistemática o no una gama de métodos entre ellos

1 Grupos de Consulta: Se invita a grupos pequeños de clientes para que se reúnan con un moderador y respondan preguntas abiertas.

2 Reuniones con miembros de la comunidad: Un grupo pequeño de personas responde a preguntas abiertas, y esto puede ser de forma sistemática con reuniones regulares cada mes, trimestral o semestralmente, la selección de las personas no es al azar, se busca personas relacionadas con grupos o asociaciones comunitarias y se espera una participación reiterada en diversas reuniones.

3 Entrevista individual frente a frente: Las entrevistas personales proporcionan matices de las diferentes maneras de pensar de los usuarios.

4 Visitas a hogares de la comunidad y observación del cumplimiento de indicaciones o uso de insumos.

5 Recorridos con los usuarios: Invite a los miembros de la comunidad a que visiten el establecimiento y discuta como puede atenderlos mejor.

6 Encuestas: Directamente a los usuarios, entrevista personal, por teléfono, o por correo.

7 Sistematización base de datos de las quejas: Permite conocer el perfil cualitativo de las quejas, denuncias e insatisfacciones presentada por usuarios identificando establecimientos, servicios, departamentos causantes de quejas.

La necesidad de investigar analizar y dar respuesta a las quejas, información de gran utilidad que está afectando la calidad, la eficiencia o la satisfacción de los usuarios y estará sujeta a la metodología que conduzca a su solución.

La evaluación es una herramienta de la Gestión le permitirá la retroalimentación de la información garantizar la eficacia, eficiencia y calidad de los procesos que tengan el impacto en la satisfacción del cliente externo.

El proceso de monitoreo se lo realizará a través de indicadores de estructura, proceso y resultado.

Los indicadores con los que se medirá la Gestión del Servicio de Infectología será mediante los indicadores WINSIG OPS/ OMS y también de los indicadores descritos en el mapa estratégico los que se describen a continuación.

Índice o Porcentaje Ocupacional: Es una medida de la racionalidad en el uso de los recursos de inversión y de la capacidad de la institucional para atender la demanda de servicios hospitalarios.

Fórmula: Índice ocupacional= Días cama ocupada/ días cama disponible, los datos deben corresponder al mismo período.

Análisis: Medida parcial de la capacidad productiva de la institución: A mayor índice ocupacional mayor capacidad de oferta de servicios y costos de operación

más bajos; a menor índice ocupacional mayor capacidad ociosa y mayores costos de operación.

Promedio de Días Estada: Es el promedio en días y fracción de días que el paciente permanece hospitalizado ocupando una cama; la fuente del dato es el censo diario; el indicador se puede referir a un paciente, a una especialidad o a un servicio u hospital.

Fórmula: Promedio días estada = días cama ocupada/ egresos ambos datos deben corresponder al mismo período.

Análisis: Constituye un monitor del tiempo promedio que toma un servicio para brindar atención al paciente hospitalizado; actúa en asociación con otros, pero es el factor crítico determinante de la productividad del recurso.

Giro de Camas: Número de egresos promedio que se genera por cada cama, en un período determinado.

Fórmula: Giro de camas = egresos/ N° de camas; los datos deben corresponder a un mismo período y a un mismo servicio.

Análisis: Mide la productividad del recurso cama y es muy sensible a cambios en el promedio de días estancia, en el porcentaje ocupacional y en la dotación de camas.

Indicadores de Proceso: Son indicadores relativos a procesos de cambio que no necesariamente son objeto de verificación cuantitativa, constituyen un complemento de los indicadores para el control por resultados, se expresan en términos de acciones concluidas en un momento dado.

Análisis: Constituyen un elemento fundamental del control por resultados, asociados con los procesos de descentralización y con los acuerdos de gestión.

4.1.7. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Hoy en día los sistemas de información juegan un papel importantísimo en las instituciones. El conocimiento en sistemas de información abarca tanto perspectivas técnicas como conductuales, destacando el conocimiento en la administración, organización y tecnología.

Debido a esto los sistemas actuales deben cumplir con ciertas expectativas para tener un mejor desempeño en las empresas que los desarrollaran. Estas expectativas son los denominados retos de los sistemas de información, y que contribuyen a dar el enfoque respectivo de cada sistema. Con esto se pretende llegar a una arquitectura global de la información en las empresas.

Puede definirse como un conjunto de componentes relacionados entre sí que permiten capturar, procesar, almacenar y distribuir la información para apoyar la toma de decisiones y el control de una institución. Para apoyar lo anterior, los sistemas de información pueden ayudar a los administradores y al personal a analizar problemas y crear nuevos productos.

Un SI produce la información que la institución requiere para la toma de decisiones, control de las operaciones, análisis de problemas y creación de nuevos productos por medio de tres actividades.

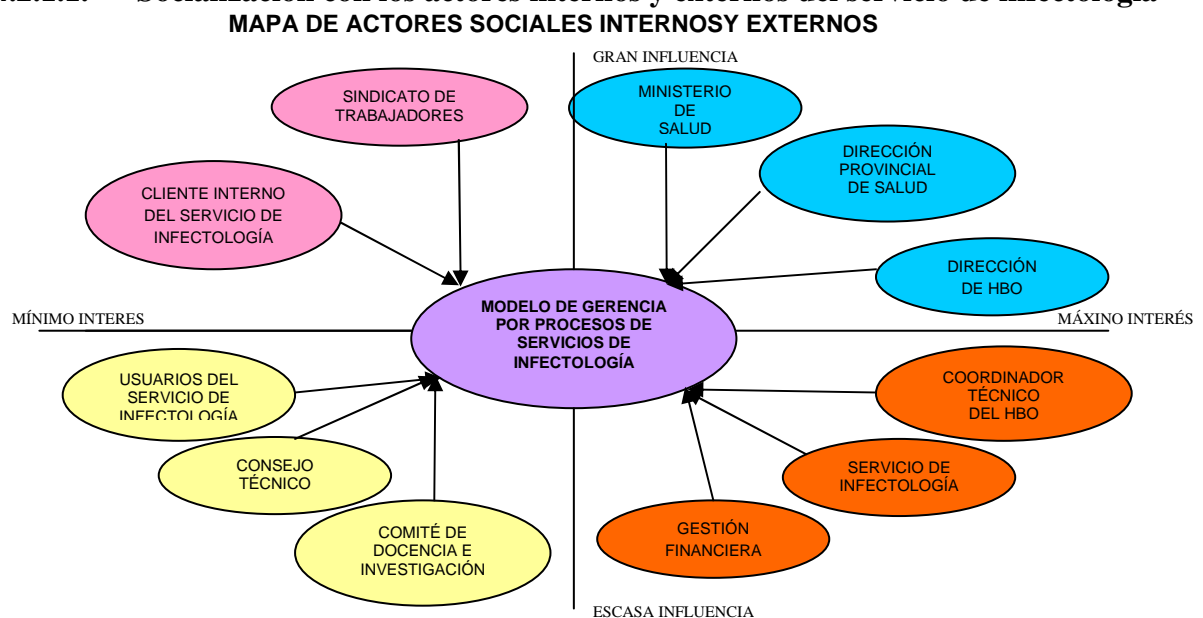
Aparte de estas actividades los SI requieren de retroalimentación que se define como "el producto regresado a personas indicadas dentro de la institución para ayudarles a evaluar o a corregir la etapa de alimentación

4.2. ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN

4.2.1. ESTRATEGIAS

Para la implementación del modelo se define las siguientes estrategias:

4.2.1.1. Socialización con los actores internos y externos del servicio de infectología



En el Mapa de actores del servicio de Infectología se pueden describir las siguientes zonas: La zona de mucha influencia e interés tenemos la alta dirección y las organizaciones con poder político y decisión como el Ministerio de Salud, la Dirección Provincial de Salud, Dirección del Hospital Baca Ortiz , estos actores serían los aliados a la propuesta del modelo implementado.

En la zona de mucho interés y poca influencia encontramos a la Gestión financiera, Gestión de Recursos Humanos, Coordinador Técnico, estos actores necesitan de apoyo para convertirse en actores de Poder utilizando como estrategia la información de los esfuerzos realizados para la implementación del modelo.

En la zona poco interés y mucha influencia tenemos el Comité de docencia e investigación, el Cliente externo del Servicio de Infectología con estos actores se requerirá menor esfuerzo.

En la zona con mucha influencia y una oposición activa tenemos el Sindicato de trabajadores, el cliente interno del Servicio de Infectología a estos actores se deberá poner mucha atención para frenar que se conviertan en obstáculo para la ejecución del Modelo.

4.2.1.2. Socialización de la Implementación del Modelo

La socialización se logrará mediante la información de los beneficios, promoviendo la importancia de los cambios propuestos con todos los involucrados del servicio de Infectología como también con la Dirección del Personal, mediante reuniones, talleres cuyo fin es concienciar sobre el valor de reformar los procesos del Servicio de Infectología.

4.2.1.3. Análisis de viabilidad y sostenibilidad.

La viabilidad de la propuesta ha permitido identificar a los actores lo que se contraponen a la implementación del modelo o los que aceptan el modelo permitirá tomar las medidas correctivas para la construcción de la viabilidad y sostenibilidad del Modelo de Gerencia propuesto.

4.2.1.4. Planificación Operacional de la Implementación

La planificación operacional es un instrumento útil de la Gerencia que proporciona detalles de quién, cómo, cuando, dónde, con qué, con quién y la forma de dar seguimiento (monitoreo) y evaluar las acciones a implementar.

El tiempo propuesto para esta planificación es de un año con el fin de que vaya paralelo con la planificación financiera del Hospital.

En el cuadro N° 62 de la Estrategia de Implementación, se describe en forma detallada, las actividades, responsables, recursos y tiempos en que deberán ser cumplidos para conseguir los objetivos planteados.

4.2.1.4.1. Incluye el plan de evaluación mensual de satisfacción al cliente mediante la aplicación de encuestas

La evaluación de la satisfacción del cliente se realizará mediante la aplicación de encuestas las que crearán una base de datos los que deben ser analizados para el cumplimiento de este objetivo se requiere la participación de los líderes del Servicio, estadística y de Sistemas.

4.2.1.4.2. Plan para la organización del trabajo por procesos.

La Gerencia en las organizaciones de salud debe ser manejada como un proceso integral y participativo en donde se articulan la planificación, organización, dirección, control y evaluación manteniendo la retroalimentación permanente con

directivos que trabajan en equipo, que lideran personas, que hacen, piensan y sienten creando confianza en el personal para crear el futuro y lograr los objetivos de la institución. Levantar procesos de atención de las principales causas de morbilidad es un objetivo estratégico que permitirá mejorar la calidad de atención, que se logrará mediante la elaboración de protocolos.

4.2.1.4.3. Plan de Incremento del índice de ocupación

Este plan se propone contratar personal profesional de enfermería para aumentar la plantilla de enfermería, mediante la aplicación de fórmulas horas de enfermería por niveles de cuidado, así el cálculo del recurso humano en el cuidado progresivo se hace por la disponibilidad de horas de enfermería= 22.5/ Dividido por las necesidades horarias de cuidado de los pacientes, por el índice de ocupación esperado del establecimiento, (0.85) que debe corregirse con el índice del mes anterior así la fórmula para el cuidado intermedio=22.5 horas días disponible/4.5*0.85 =6 camas por lo que es necesario contratar 2 enfermeras para atender las necesidades del servicio estas acciones están bajo la responsabilidad del Director, Gestión financiera, Gestión de Recursos Humanos, estadística coordinación de enfermería.

4.2.1.4.4. Plan para implementar la Gestión de Calidad

La Gestión de calidad será compartida por todo el personal y serán coherentes con el Modelo de Gerencia Propuesto., esto es seleccionar al personal por competencias, tomar decisiones en base a indicadores, formar un comité de Gestión de calidad, retroalimentación de los POAS, reorganización de procesos orientación para realización de este Plan se requiere la participación de la Gestión de Recursos Humanos, Líderes del Servicio, Líder de Estadística y Sistemas.

Es importante anotar la importancia de obtener Certificación de calidad del servicio aprobada en un futuro, como principal meta para satisfacer las necesidades, expectativas de clientes y empleados.

4.2.1.4.5. Plan de retroalimentación del Sistema de Información.

El sistema de información gerencial creará confiabilidad transparencia, oportunidad del dato para el análisis, diagnóstico y toma de decisiones, evaluar

los costos para una retroalimentación oportuna, capacitación e implementación de indicadores de gestión.

4.2.1.4.6. Plan de Educación continúa del personal de Infectología.

Luego de realizar el análisis Foda, diagnóstico situacional se determina que es necesario capacitar al personal en temas administrativos, de Atención de Salud, y Motivación lo que redundará en la calidad de servicios prestados al cliente externo, necesita la participación de la Gestión de Recursos Humanos, Financiero, Líderes del servicio.

Se debe determinar que habilidades y características que debe poseer su personal para desempeñar sus funciones, para lo cual se debe desarrollar un plan de competencias y planes de formación para cada persona es decir determinar sus necesidades formativas conjuntamente con su inmediato superior estas acciones se llevarán a cabo cada año (plan de formación individual) y revisa periódicamente los progresos conseguidos.

4.2.1.4.7. Plan de Mejoramiento de la Gestión Administrativa y Financiera.

La Gestión Administrativa incluye la Planificación estratégica, BSC, Sistema de Calidad, información monitoreo y evaluación de las actividades descritas en el plan de implementación.

En cuanto a la Gestión financiera se requiere una asignación presupuestaria acorde a las necesidades del servicio que permita disponer de personal, tecnología etc; para esto se debe elaborar el plan presupuestario anual del servicio de infectología el que será fortalecido por la ayuda de fundaciones y organizaciones que apoyan la gestión del servicio.

4.2.1.4.8. Plan de Motivación e Incentivos.

Este plan se logrará mediante la formación de grupos de trabajo, implementación de un sistema de incentivos, dotación de materiales necesarios para la aplicación de normas de bioseguridad se requiere la participación de la Gestión Financiera, Líderes de infectología, etc.

4.2.1.4.9. Plan de Optimización de Recursos.

La optimización de recursos se logrará mediante la propuesta de un plan de abastecimiento y control de insumos se necesita la participación de los líderes; la optimización de los recursos serán medidos mediante indicadores estratégicos como son los días estada así para el año 2004 10.8 días, 2005 9.8 días y para el 2006 10.9 días nos proponemos disminuir a 8 días, giro de cama 22.9%, 22.3%, 22.2% para los años 2004-2006 la meta es llegar al 30%, el porcentaje de ocupación que tiene en promedio el servicio es de 74% la meta es obtener el 90%.

4.2.1.4.10. Definición de costos de implementación

Para la ejecución del Plan de implementación se requiere del Presupuesto del Hospital, empresas privadas autogestión.

A continuación se detalla el presupuesto que se necesita para cada plan así:

El plan de evaluación mensual de satisfacción al cliente se requiere \$ 80 procedentes de autogestión.

Plan de incremento del índice de ocupación en hospitalización, se requiere del presupuesto del hospital con \$ 2240 mensuales.

Para el plan de capacitación del personal se necesita de \$ 250 por taller con un total de 1250 por los 5 talleres con la ayuda de empresas privadas y del Hospital dando un total de \$1780.

En cuanto al plan de retroalimentación de un sistema de información se requiere \$1200 asignados del presupuesto del Hospital y de la empresa privada

Plan de Gestión de Calidad se requiere del presupuesto del hospital y de empresas privadas con un total de \$2280.

Para el plan de motivación e incentivos se requiere para realización de talleres de Motivación, relaciones humanas, paseos, chequeos médicos un presupuesto de \$ 2250.

Para el plan de organización del trabajo por procesos, se logrará mediante la identificación de los procesos claves, y la reorganización de los procesos se requiere de especialistas en procesos se necesita \$1200 dólares.

Plan de presupuesto acorde a las necesidades, mantenimiento preventivo y correctivo se requiere de \$4500 dólares,

Para la ejecución del Plan se requiere un total de \$ 15.830 dólares.

4.3. MONITOREO Y EVALUACION DE LA IMPLEMENTACION

4.3.1. MONITOREO

Es el conjunto de procedimientos que miden el grado de cumplimiento de objetivos, actividades impacto, costos y satisfacción de los usuarios y determinar la relación cualitativa y cuantitativa entre lo ejecutado y lo programado a fin de determinar el grado de obtención de las metas propuestas y permitir su análisis para iniciar acciones correctivas y de mejoramiento continuo.

Evaluar es comparar lo alcanzado con lo programado a fin de determinar el grado de obtención de las metas propuestas.

Controlar es comparar contra normas preestablecidas.

El monitoreo por medio de la recolección de la información sobre las diferentes actividades contempladas en los planes se identificarán problemas para la toma de decisiones correctivas.

La evaluación se refiere a la evaluación de la eficacia y el impacto en la población meta, el BSC es un instrumento que coloca de forma ligada al personal con el plan estratégico con el fin de conseguir los objetivos de la organización.

La calidad será evaluada mediante los indicadores de los procesos, mediante la aplicación de encuestas de estándares mínimos para garantizar la calidad.

4.3.2. DIFUSIÓN DE RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACION

Los resultados serán difundidos al inicio de la ejecución del plan de implementación para lo cual debe responder las siguientes preguntas ¿Qué se va a difundir? ¿Cómo se van a difundir esos resultados? ¿A quién se va a difundir? ¿Cuándo se va a difundir?

4.3.2.1. Visión de los Objetivos del Modelo Gerencial y sus Procesos

No deben perderse de vista los objetivos elementales que se pretenden alcanzar mediante el Cuadro de mando, ya que sin unos fines a alcanzar, difícilmente se puede entender la creación de ciertos informes. Entre dichos objetivos podemos considerar que: a de ser un medio informativo destacable. Sobre todo ha de

conseguir eliminar en la medida de lo posible la burocracia informativa en cuanto a los diferentes informes con los que la empresa puede contar.

Lo anterior será el punto de partida de socialización del modelo gerencial diseñado.

4.3.2.1.1. Compromiso del Personal

Debe ser una herramienta en la implementación. Se trata de especificar como debe funcionar la empresa con el modelo gerencial, en definitiva ha de comportarse como un sistema de alerta. En este sentido, se debe considerar dos aspectos:

Se han de poner en evidencia aquellos parámetros que permiten marchar como el modelo gerencial esta es la base de la gestión por excepción, es decir, el Cuadro de mando ha de mostrar en primer lugar aquello que no se ajusta a los límites absolutos fijados por la empresa, y en segundo advertir de aquellos otros elementos que se mueven en niveles de tolerancia de cierto riesgo.

Esta herramienta debería de seleccionar tanto la cantidad como la calidad de la información que suministra en función de la repercusión sobre los resultados que vaya a obtener.

4.3.2.1.2. Plan Operacional Participativo para la Implementación del Modelo

La realización del plan operacional debe estar basado en el plan estratégico del servicio, y debe ser participativo,

Debe promover el diálogo entre todos mediante la exposición conjunta del modelo y los desafíos para los distintos responsables, lo que puede permitir avances para la agilización del proceso de toma de decisiones. Es preciso que se analicen las causas de las limitaciones más importantes que pueden influir en la implementación del modelo, proporcionar soluciones y tomar la vía de acción más adecuada.

Es útil asignar responsabilidades y proporcionar la disponibilidad de información adecuada, lo que facilitara una comunicación fluida entre los distintos niveles directivos y el trabajo en grupo para mejorar resultados.

4.3.2.1.3. Diálogo Permanente entre Cliente Interno y Externo

Para favorecer el cambio organizacional que requiere el modelo gerencial diseñado se requiere la formación continuada para influenciar en los comportamientos de los distintos ejecutivos y/o responsables. Y de esta manera, conseguir la motivación entre los distintos responsables; sobre todo por cuanto el trabajo en equipo será el reflejo de la aplicación del modelo de gestión.

Por último y como objetivo más importante, esta herramienta de gestión debe facilitar la toma de decisiones. Para ello, el modelo gerencial en todo momento:

Facilitar el análisis de las causas de las desviaciones, para ello se precisaría de una serie de informaciones de carácter complementario en continuo apoyo al Cuadro de mando, además de la que pudiera aportarle el Controller, ya que en muchas ocasiones disfruta de cierta información de carácter privilegiado que ni siquiera la Dirección conoce.

Proporcionar los medios para solucionar dichos problemas y disponer de los medios de acción adecuados.

4.3.2.1.4. Condiciones de los prestadores de Servicios

Saber decidir como comportarse en cierto modo, estaríamos haciendo referencia a un sistema inteligente, a un sistema que se iría nutriendo de la propia trayectoria de la empresa, y que cada vez mejor, suministraría una información y un modo de actuar óptimo.

Los principales elementos que pueden hacer que el Cuadro de mando muestre notables diferencias con respecto a otras herramientas contables y de gestión:

El carácter de la información utilizada. - La relación entre el Cuadro de mando y el perfil característico de la persona destinataria; la solución de problemas mediante acciones rápidas. Informaciones sencillas y poco voluminosas.

4.3.2.2. Perspectivas de la Implementación del Modelo

4.3.2.2.1. Fase de Crecimiento o Expansión

En esta fase se suelen lanzar nuevos productos y/o nuevos servicios, se abordan nuevos mercados geográficos o estratégicos, se amplía la capacidad instalada, etc.; lo importante es aumentar las ventas generando valor al accionista. El principal objetivo estratégico en esta fase es el aumento de las ventas o el aumento de la clientela; La rentabilidad no suele ser un parámetro relevante como lo prueba el hecho de que numerosas empresas operan en esta fase con flujos de caja negativos y retornos del capital invertido muy bajos. En esta fase la visión es totalmente prospectiva y los objetivos generales suelen estar centrados en indicadores de crecimiento como ingresos y cuota de mercado.

4.3.2.2.2. Fase de Mantenimiento o Sostenibilidad

En esta fase se encuentran la mayoría de las organizaciones. Los retornos del capital invertido son mucho más elevados y sigue siendo atractivo invertir en el negocio. El principal objetivo es la máxima rentabilidad con la menor inversión; los objetivos se definen en torno a indicadores de productividad y rentabilidad (ingresos operativos, valor añadido obtenido, ROI, Retorno de capital circulante, márgenes brutos, etc.). En esta fase, la determinación o polarización hacia objetivos de crecimiento o de rentabilidad resulta CLAVE, siendo un elemento primordial para la configuración del mapa estratégico, es decir, la priorización de objetivos en esta ocasión será fundamental.

4.3.2.2.3. Fase de Madurez o Recolección

En esta fase el mercado se encuentra saturado y la empresa ya no crece más. Es en esta fase en donde ha de recolectar el fruto de lo generado en las otras dos fases. Las inversiones realizadas en esta ocasión son meramente de reposición o mantenimiento del propio activo. Maximizar el ROI minimizando los costes resulta un objetivo relevante en esta situación. Los requerimientos de circulante han de minimizarse igualmente.

4.4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Los principales problemas identificados en el Servicio de Infectología son:

- Débil Gestión por parte de los líderes del Servicio
- Existe un plan estratégico del Servicio que no ha sido actualizado, falta de un plan operativo en forma sistemática
- La Gestión por procesos se encuentra en una fase inicial por lo que se requiere fortalecer los mecanismos de implementación.
- Los recursos humanos, tecnológicos y físicos son insuficientes para brindar atención de calidad al cliente externo.
- No existe un plan de capacitación continua para el personal, no hay un plan de incentivos.
- El presente trabajo de investigación ha permitido identificar y plantear todos los elementos para implementar el modelo de gerencia propuesto.
- Establecer un proceso de planificación que permita clarificar la misión, visión, objetivos, políticas y metas que articule la relación entre oferta y la demanda que mejoren la calidad de atención a fin de satisfacer las necesidades del usuario interno y externo depende tan solo de la decisión política de la institución.
- Desarrollar una estructura organizacional flexible para adaptarse a las demandas del mercado que evidencie una distribución técnica de los recursos y satisfacción del usuario interno y externo, que deben realizar los equipos de salud.
- Desarrollar un modelo de gestión que refleje eficacia, eficiencia, calidad y competitividad, que genere satisfacción tanto del cliente interno y externo, lleva tiempo y esfuerzo.
- Establecer un sistema de información que permita monitorear y evaluar a fin de tomar decisiones acertadas.

RECOMENDACIONES

- Que se concientice que es posible con decisión política implementar los procesos de cambio sugerido.

- Que en todos los procesos se recuerde que las autoridades son las responsables del destino de las instituciones.
- Que las autoridades presten la ayuda necesaria a los profesionales que pretenden realizar mejoras con conocimiento en las instituciones.
- Que se observen todas las recomendaciones realizadas en cada uno de los resultados y se apliquen para que el presente trabajo no quede tan solo como una investigación.
- Robustecer la capacitación del talento humano en coordinación con un programa de incentivos con el fin de motivar al personal.
- Implementar en el Servicio de Infectología el Modelo de Gerencia propuesto, con el correspondiente seguimiento y evaluación de la implementación del Modelo actualizar los protocolos, elaborar el plan operativo anual.

4.5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abendaño, Augusto y Benavides, Verónica Planificación Estratégica 1 edición AFEFCE.
2. Adalberto Chiavenato, Administración de Recursos Humanos, México, 2002.
3. A Tremont, E. Kast y James E, Rosenzweig, Administración en las [Organizaciones](#), Enfoque de [Sistemas](#) y Continencias 4ta. [Edición](#). Mc. Hill, 2002
4. Administración y [Estrategia](#). Jorge Hermida, Roberto Ferra, Eduardo Katiska... Ediciones Mochi. [Buenos Aires](#), 1992
5. A.F. Stoner y Charles Wonkel Administración. James, 3era. Edición. Printeci Hall, [México](#). 1989.
6. Alan Dever, Epidemiología y [Administración](#) de Salud G.E. OPS-OMS, 1991
7. Álvarez, Dardet C, Peiróeditores. Informe SESPAS, La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública, 2000.
8. Balderas, Pedro Ma. De Luz Administración de los Servicios de Enfermería 2da- edición Nueva editorial Interamericana S.A. de C.V, una división de Mc Graw –Hill Inc., 2000.
9. Bolt Lander, Shell, Sherman, Administración de Recursos Humanos décima segunda edición, 2001.
10. Burgawal Gerrit, Cuellas Juan Carlos Planificación Estratégica operativa y Aplicada a Gobiernos Locales, 2004.
11. Cepar, Páez, Villalobos. El Costo Efectividad de las Intervenciones de Salud, Ecuador, 2001.
12. Cepar, Páez, Villalobos, Políticas de Salud, Opinión de los Actores, Ecuador, 1999.
13. Centrum, Enciclopedia del Empresario Ecuador, 2003.
14. Corporación de Estudios y Publicaciones, Código Y Régimen Legal de la Salud Tomo I y II, 2005.
15. Daniel Goleman, Inteligencia emocional, 2001.

16. Daniel Morris, Joel Brandon, Reingeniería Como Aplicar en los Negocios, 2001.
17. David Medianero Burga., Mapeos estratégicos, CEMPRO, 1998.
18. Directiva, MINSA/OGPE, OEPGI-V.01. Plan Estratégico, Ministerio de Salud Perú 2003.
19. Directiva para la formulación del Plan Operativo SEMPLADES, 2004.
20. Editora: Liliana Miranda Sara. IHS. IPADEL. PROA, Planes y Planes, 1996.
21. Ernesto González Roberto, Fundación Friedrich Ebert, 2002.
22. Fundación Isalud.- Diplomado Superior en gerencia de Hospitales, Módulo 2 diciembre 2002/Abril 2003.
23. Fundación Isalud.- Diplomado Superior en Gerencia Hospitales, módulo 3 diciembre 2002/ Abril2003
24. Fundación Isalud.- Diplomado Superior en Gerencia de Hospitales, módulo 6 diciembre 2002/Abril 2003
25. Fundación Isalud.- Diplomado Superior en gerencia de Hospitales, Módulo 9 diciembre 2002/Abril 2003.
26. Gac. Sanit; 14 Estrategias, (Sup. 3): 34-44, 2000.
27. Gonzáles, Martín, Jácome, Olivares, Comportamiento Organizacional. ONG, GTZ, 2003.
28. Hinostroshi Kume Herramientas Básicas para Mejorar la Calidad 1996.
29. Ispert R, Van de Water HPA, Van Herten L. La introducción de objetivos de salud en el marco de la política sanitaria española, 2000.
30. Jean Paúl Sallenave Gerencia y Planificación Estratégica 1996.
31. José Miguel Fernández Güell- Edit. Gustavo Gili SA., Herramientas para pensar. Barcelona. 1997.
32. José Miguel Fernández Güell- Edit. Gustavo Gili SA., Herramientas para pensar. Barcelona. 1997.
33. Malagon, Gustavo L. Administración Hospitalaria 1996
34. Mario Garcés y Alejandra Valdez, 1998. Cambio y palnes OXFAM Gran Bretaña.
35. Marriner, Manual para la Administración de Salud, séptima edición, 1997.
36. Ministerio Secretaría General de la Presidencia. Normas Estratégicas. Chile, 2001.

37. Misión, visión y objetivos de la UPSA. Documentos oficiales de la Universidad Privada San Antonio, 1997.
38. Misión, visión y objetivos del MINSA, Documento oficiales del Ministerio de Salud Perú. Océano, 2006.
39. MSP.- Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud “Modelo de Gestión en Salud” Quito DM, febrero 2006.
40. OPS. OMS, Mejoramiento Continuo de la Calidad Washington DC, 1999.
41. OPS. OMS, Planificación Estratégica de Ciudades. Washington DC, 1999.
42. Planificación Estratégica en [Recursos Humanos](#) en Salud. Serie Desarrollo de Recursos Humanos, No. 96 Mario Rovere, OPS, OMS, 1993.
43. PNUD, Informe del Desarrollo Humano 2007.
44. Sebastião, Mendonca, Ferreira. Planificación estratégica 1998.
45. Stephen P. Robbins. Comportamiento Organizacional octava edición, 2000.
46. Stephen R. Covey, Los siete Hábitos de la Gente altamente efectiva 2001.
47. Van Herten LM, Gunning-Schepers LJ., Targets as a tool in health policy (Part II) guidelines for application. Health Policy 53: 13-23, 2000.
48. Vanormelinger Koonrad, Gerencia de Calidad Total, 1999.
49. Velasco G María de Lourdes Planificación Estratégica aplicada a salud Fondo Editorial Letras. Diseño, diagramación: AH/Editorial Quito Agosto 2003.
50. Walter Melgar Paz, Escuela para el Desarrollo, 1999.
51. Wendell L. French, Cecil H Bell Jr, Desarrollo Organizacional sexta edición, 2001.
52. Zambrano Sandra, Momentos estratégicos para la Reingeniería de Procesos Ecuador, 2005.

You INDEX BIBLIOGRAPHICAL

1. Abendaño, Augusto and Benavides, Verónica Planning Strategic 1 edition AFEFCE.
2. Adalberto Chiavenato, Administration of human resources, Mexico, 2002.
3. to Tremont, E. Kast and James AND, Rosenzweig, Administration in the Organizations, Focus of Systems and Continences 4ta. Edition. Mc. Hill, 2002
4. administration and Strategy. Jorge Hermida, Roberto Ferra, Eduardo Katiska... Ediciones Mochi. Buenos Aires, 1992
5. A.F. Stoner and Talk Wonkel Administración. James, 3era. Edition. Printeci Hall, Mexico. 1989.
6. Alan Dever, Epidemiology and Administration of Salud G.E. OPS-OMS, 1991
7. Álvarez, Dardet C, Peiróeditores. Formless SESPAS, The public health before the challenges of a new century. Granada, Andalusian School of Public Health, 2000.
8. Balderas, Pedro Ma. Of Luz Administración of the Services of Infirmary 2da - edition New editorial Interamerican CORP. of C.V, a division of Mc Graw -Hill Inc., 2000.
9. Bolt Lander, Shell, Sherman, Administration of human resources tenth second edition, 2001.
10. Burgawal Gerrit, Cuellas Juan Carlos operative and Applied Strategic Planning to Local Governments, 2004.
11. Cepar, Páez, Villalobos. The Costo Efectividad of the Interventions of Health, Ecuador, 2001.
12. Cepar, Páez, Villalobos, Political of Health, Opinion of the Actors, Ecuador, 1999.
13. Centrum, Encyclopedia of Manager Ecuador, 2003.
14. Corporation of Studies and Publications, Code AND Legal Régime of the Health Take I and II, 2005.
15. Daniel Goleman, emotional Intelligence, 2001.
16. Daniel Morris, Joel Brandon, Reingeniería Like to Apply in the Business, 2001.
17. David Medianero Burga., strategic Mapeos, CEMPRO, 1998.

18. Directive, MINSA/OGPE, OEPGI-V.01. Strategic Plan, Ministry of Health Peru 2003.
19. Directive for the formulation of the Operative Plan SEMPLADES, 2004.
20. Publisher: Liliana Miranda Sara. IHS. IPADEL. PROW, Plans and Plans, 1996.
21. Ernesto González Roberto, Fundación Friedrich Ebert, 2002.
22. Foundation Isalud. - Superior Graduate in management of Hospitals, Module 2 December 2002/Abril 2003.
23. Foundation Isalud. - Superior Graduate in Gerencia Hospitales, module 3 December 2002 / Abril 2003
24. Foundation Isalud. - Superior Graduate in Management of Hospitals, module 6 December 2002/Abril 2003
25. Foundation Isalud. - Superior Graduate in management of Hospitals, Module 9 December 2002/Abril 2003.
26. Gac. Sanit; 14 strategies, (Sup. 3): 34-44, 2000.
27. González, Martín, Jácome, Olive groves, Organizational Behavior. ONG, GTZ, 2003.
28. Hinostroshi Kume Basic Tools to Improve the Quality 1996.
29. Ispert R, Goes of Water HPA, Herten L. Goes The introduction of objectives of health in the Spanish sanitary politics's mark, 2000.
30. Jean Paúl Sallenave Gerencia and Strategic Planning 1996.
31. José Miguel Fernández Güell - Edit. Gustavo Gili SA., Tools to think. Barcelona. 1997.
32. José Miguel Fernández Güell - Edit. Gustavo Gili SA., Tools to think. Barcelona. 1997.
33. Malagon, Gustavo L. Hospital Administration 1996
34. Mario Garcés and Alejandra Valdez, 1998. I change and palnes OXFAM Great Britain.
35. Marriner, Manual for the Administration of Health, seventh edition, 1997.
36. Ministry would Secrete General of the Presidency. Strategic norms. Chile, 2001.
37. Mission, vision and objectives of the UPSA. Official documents of the Private University San Antonio, 1997.

38. Mission, vision and objectives of the MINSA, official Document of Salud Peru's Ministry. Ocean, 2006.
39. MSP. - Address of Normatización of the Model National System of Health of Administration in Health Removes DMK, February 2006.
40. OPS. OMS, Continuous Improvement of the Calidad Washington AD, 1999.
41. OPS. OMS, Strategic Planning of Cities. Washington AD, 1999.
42. Strategic planning in human resources in Health. Series Development of human resources, Not. 96 Mario Rovere, OPS, OMS, 1993.
43. PNUD, Report of the Human Development 2007.
44. Sebastião, Mendonca, Ferreira. Strategic planning 1998.
45. Stephen P. Robbins. Behavior Organizational eighth edition, 2000.
46. Stephen R. Covey, highly effective People's seven Habits 2001.
47. Herten LM goes, Gunning-Schepers LJ., Targets ace to tool in health policy (Part II) guidelines for applicalion. Health Policy 53: 13-23, 2000.
48. Vanormelinger Koonrad, Management of Total Quality, 1999.
49. Velasco G María of Lourdes Strategic Planning applied to health Fund Editorial Letters. I design, diagramación: AH/Editorial Removes August 2003.
50. Walter Melgar Paz, School for the Development, 1999.
51. Wendell L. French, Cecil H Bell Jr, Development Organizational sixth edition, 2001.
52. Zambrano Sandra, strategic Moments for Procesos Ecuador's Reingeniería, 2005.

ANEXO Nº 1
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

En consulta externa es importante la atención que corresponde al primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública, como son la atención de enfermedades diarreicas 6.41% y problemas respiratorios 10.26%; consultas por especialidad 60794 que corresponde al 79.05%, promedio consultas por día laborable 331.

PRODUCCION HOSPITALARIA 2001 2004

PRODUCTOS FINALES

PRODUCTOS	2001	2002	2003	2004
Consultas Externas	73.788	82.140	74.261	76.434
Egresos Hospitalarios	5.599	6.017	6.128	6.334
Emergencias	26.713	21.647	26.537	29.635
Cirugía Ambulatoria	1.614	1.730	1.572	2.044

PRODUCTOS INTERMEDIOS

Exámenes complementarios

Dietas

51882	Radiografías	74.051	Pacientes
2879	Eco	26.573	Personal
1654	Electro encefalogramas	27.870	Cenas
658	Ecocardiograma		
1676	Electrocardiograma		

EXÁMENES DE LABORATORIO

OTROS.

313764	Hemocultivos	261.985	recetas
86726	Bacteriológicos	196.278	Ropa lavada y planchada Kg solicitud de mantenimiento. cumplidas numero desconocido
155761	Química sanguínea		
17469	Fecales		
58962	Orina		

ANEXO Nº 2

PROTOCOLO No 1.

REANIMACIÓN DEL RECIEN NACIDO

RECOMENDACIONES.

- Mantener limpia la vía aérea superior para mantener una vía permeable a la tráquea
- Oxigenar bien, para mantener adecuada ventilación alveolar y un adecuado gasto cardíaco
- Reducir el consumo de O₂ reduciendo las pérdidas calóricas.

TENER EN CUENTA EMBARAZOS DE RIESGO

- Diabetes materna, hipertensión por embarazo, hipertensión sistémica, sensibilización Rh, sangrados en el embarazo, infección materna , muerte fetal anterior, polihidramnios, oligo hidramnios, embarazo pretérmino y pos término, embarazos múltiples, pequeños para edad gestacional, grandes para edad gestacional, drogadicción materna.
- Cesárea presentación anormal, ruptura prematura de membranas más de 24 h. , líquido amniótico meconial o fétido, expulsivo rápido o prolongado mas de 24 h. Anestesia general a la madre, hipertónia uterina, prolapso de cordón abrupto placenta, placenta previa

EQUIPAMIENTO

- Cuna Calor radiante
- Fonendoscopio
- Laringoscopio Hojas rectas 0- 1 funcionando
- Perilla de succión
- Succión mecánica

- Catéteres succión 8 - 10
- Ambú - mascarillas , cánulas orales
- Tubos endotraqueales 2.5 - 3 - 3,5 - 4 con su respectiva guía
- O 2
- Guantes
- Adrenalina 1 10. 000
- H de Naloxone 0,4 mg/ml
- Expansores de vólvulos
- Bicarbonato de sodio
- Dextrosa 10%
- Jeringuillas 1 ml - ml- 5 ml -10 ml . 20 ml
- Equipo de cateterización umbilical
- Sonda de alimentación
- Llave de tres vías

RECOMENDACIONES:

- Reanimación inmediata a RN. en malas condiciones, de 26 o mas semanas de gestación.

MEDIDAS BÁSICAS DE ASISTENCIA

- O2 Inhalado
- Confort Térmico
- Dextrosa endovenosa a RN. prematuros menos de 226 semanas y neonatos con mal formaciones congénitas (Anencefalia, hidrocefalia, mielomeningocele grado III , Extrofia de órganos Internos)
 - Permeabilidad de vías aéreas
 - Iniciar respiración
 - Mantener circulación

PROTOCOLO Nº. 2

TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL RECIEN NACIDO

SEMIOLOGIA RESPIRATORIA:

DESARROLLO DEL PULMÓN FETAL.

- Su desarrollo se inicia a la tercera semana de gestación
- Su origen es Doble:
- **ENDOBLÁSTICO:** De él proceden el Epitelio Traqueo bronquial, el endotelio alveolar y las glándulas anexas
- **MESOBLÁSTICO** Proceden el corion, los elementos cartilagosos, los músculos lisos y el sistema vascular

La órgano génesis pulmonar comienza con una evaginación longitudinal situada en la cara anterior del intestino primitivo, se va aislando progresivamente del tubo digestivo, se individualiza la tráquea hacia delante y el esófago hacia atrás.

- A la quinta semana de gestación la tráquea se bifurca en dos mamelones, que serán el origen de los bronquios principales, el izquierdo adopta una posición horizontal, y el derecho se verticaliza, penetrando ambos en el mesen quima circulante.
- Crecen progresivamente y al multiplicarse dan lugar a los sacos pulmonares secundarios, tres a la derecha y dos a la izquierda, de esta forma se delimitan los lóbulos pulmonares, cada uno de los sacos pulmonares; secundarios da lugar a los brotes bronquiales los que continúan ramificándose, esta etapa se le conoce como período deudo glandular, se extiende hasta las 16 semanas de gestación, la respiración aún no es posible.
- La segunda fase de desarrollo caracterizada por la canalización de los brotes bronquiales, (período canalicular) adoptan una forma arracimada tapizados por epitelio glandular.
- A mediados de la 20 semana aparecen los vasos sanguíneos, que estarán en íntima relación con espacios aéreos.

- El epitelio bronquial crece en sentido descendente y reviste las paredes de las nuevas vías aéreas, diferenciándose de las células epiteliales que se encuentran en los espacios aéreos periféricos.
- Se observó presencia de dos tipos de células, Neumocito I, que recubre la mayor parte del Alveolo, y neumocito II, con inclusiones lamelares, distintas de las mitocondrias, los neumocitos, I - II de origen Endodérmico, el II fuente de producción del surfactante.
- Los espacios aéreos, separados por abundante mesenquima después de su resorción se acerca a los capilares, estos parecen alfombras en los espacios vecinos.
- Al final del periodo, el pulmón está anatómicamente preparado para respirar.
- Cerca de término de la gestación se inicia la última etapa alveolar, que puede durar hasta 6 años de vida.
- El número de espacios aéreos descritos como alveolos procedentes de una unidad pulmonar terminal es de 42 a las 24 - 27 semanas, de 340 en el RNT Y 3220 a los 12 años.
- En la vida fetal el pulmón no está colapsado, sino que los alveolos se encuentran ocupados por fluido pulmonar que se forma en los espacios alveolares por un proceso de ultrafiltrado o de secreción activa, o por combinación de ambos.
- Los movimientos espontáneos respiratorios intrauterino, no realiza movimientos rítmicos siempre que no sea influido por estímulos físicos o por asfixia parcial. Por ultrasonido se detectaron movimientos respiratorios a las 10 - 12 semanas de gestación.

PROCOLO No 3.

HEPATITIS B

- Virus DNA con varios determinantes antígenos y antígeno de superficie AG del sistema E y partícula Delta
- Puede presentarse al nacimiento o durante los primeros 3 meses

SINTOMATOLOGÍA

- Ictericia con hiperbilirrubinemia directa o anictérica
- Hepatoesplenomegalia
- Diarrea
- Insuficiencia Hepática
- Prematurez o hipotrofia
- Transaminasas > 500 UI
- Puede ser benigna 75 % severa o fulminante 2 - 3 %
- Estudio a madre con antecedentes de hepatitis B en embarazo o portadoras de HBS. Ag.
- Diagnóstico por evidencia de Ag. de superficie en el suero del neonato por radioinmunovaloración O Ig M anti Hb.

TRATAMIENTO

- Negativa a Ag de superficie profilaxis con 0,5cc de globulina o vacuna contra hepatitis B para prevenir infección Serología adquirida (3 DOSIS)
- RN no requiere aislamiento

PROCOLOS

De la misma manera se adjunta un modelo de protocolo básico.

Fecha de edición		
Jul-07	Protocolo de Lavado de Manos	Política número
		M/PLM/003
Período de revisión		Tema: Protocolo de
Cada dos años		Lavado de manos

POLÍTICA

Los protocolos serán revisados bi anual y actualizados en caso necesario.

DEFINICIÓN

Proceso de eliminación de microorganismos patógenos

OBJETIVO

Eliminar microorganismos, para evitar contaminación de persona a persona y mantener bioseguridad

EQUIPO

- Agua corriente
- Jabón
- Toalla de papel o tela

PROCEDIMIENTO

- Abra La llave del lavabo
- Moje las manos y enjabónelas
- Enjuague el jabón y ponga en la jabonera.
- Frótese una mano con la otra especialmente entre los dedos
- Lávese en siguiente orden: palma de las manos, cada uno de los dedos por todas sus caras, dorso y muñeca.
- Enjuáguese las manos con agua corriente de manera que esta vaya de las muñecas a la punta de los dedos.
- Enjuague la llave del lavabo
- Cierre la llave
- Séquese las manos

PUNTOS IMPORTANTES

- Si no hay agua corriente vierta agua en las manos con un recipiente.
- El lavado de manos en una lavacara no es eficaz
- Para el lavado de manos use suficiente jabón y repita las veces que sean necesarias.

TIEMPO

- Tres minutos.

PRODUCTO

- Correcto lavado de manos del personal de enfermería.

ANEXO Nº 3

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR DIRECCIÓN DE GESTIÓN TÉCNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

MATRIZ DE EVALUACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD 2008

1. DATOS GENERALES

PROVINCIA	AREA	UNIDAD OPERATIVA
DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO

2. EL SISTEMA DE SALUD

LA RED DE SERVICIOS: Existen:

Referencia: si...no....	De	A	# veces/mes
Contra-referencia: si...no...			
Coordinación extrainstitucional	Si.....	No....	Cuales.....
Problemas de funcionamiento de la red	Si.....	No....	Cuales.....

LOS CONSEJOS DE SALUD

Existe: Si...No....	Funciona: Si... No...	Es Regular Si... No...	
Existe: Si...No....	Funciona: Si... No...	Es Regular Si... No...	
Otros Consejos en el área de Salud	Si..... No ...	Funciona Si.... No....	Es regular Si No.....
Otros Consejo en la Unidad Operativa	Subcentro de Salud..... Centro de Salud Hospital Básico	Cuales.....	

PRINCIPALES INDICADORES

Presupuesto de Salud para el Área hab./año	
Nº Médicos /hab.	
Nº Consultores/hab.	
Nº Camas/hab.	

3. EL MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD

ATENCIÓN FAMILIAR

Hay atención familiar	Si	No	Por qué
Usa la ficha familiar	Si	No	Por qué

ATENCIÓN COMUNITARIA

Hay atención comunitaria	Si	No	Por qué
Que tipo de actividades se realizan?	Frecuencia /mes	Se registran?	En que formulario?

OTRAS PRÁCTICAS DE SALUD: ALTERNATIVA Y TRADICIONAL

Se han integrado otras prácticas de Salud?	Medicinas tradicionales y/o alternativas?	Cuales	
--	---	--------	--

OTRAS ACTIVIDADES DE DESARROLLO SOCIAL (NO SANITARIAS)

Se realizan otras actividades diferentes a las de Salud?	Si	No	Cuales

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Hay participación comunitaria?	Si	No	Cuales
Promotores Comunitarios	Nº	Participan regularmente? SI ... NO...	Horas día (Promedio)

LA SALUD INTEGRAL:

Que actividades de Promoción de la Salud realizan? frecuencia/mes

Médicos
Enfermeras
Auxiliares de enfermería
Otros

Qué actividades realizan: ...	de prevención ?	De curación?	De rehabilitación?
Médicos			
Enfermeras			
Auxiliares de enfermería			
Otros			

NORMAS DE ATENCIÓN

Tipo de Norma	Lo conocen	Lo aplican	Señale ventajas	Señale desventajas

PROTOCOLOS DE PROCEDIMIENTOS

Hay protocolos de procedimientos clínicos y quirúrgicos? Señales Cuales?

.....

INTEGRACIÓN HORIZONTAL DE PROGRAMAS

Se han integrado horizontalmente los programas prioritarios de Salud?	SI... No....	Por qué	Cuales	Cómo

4. EL MODELO DE GESTIÓN DE SALUD

Qué tipo de gestión hay en el Área?

Señale ventajas:

Señale desventajas:

Las Fases del Proceso Administrativo:

Existe Plan Estratégico? SI... NO... Porque?

Se cumple el Plan Operativo Anual? SI NO Porque

EL TIPO DE GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Se realiza el control en los servicios de Salud? SI NO Porque

	A que Unidades	Con que frecuencia/año	Resultado
Supervisión			
Monitoreo			
Evaluación			

LAS FASES DEL PROCESO ADMINISTRATIVO Y SUS CARACTERÍSTICAS

Tipos de Capacitación	A que personal	Con qué frecuencia/año	Resultado
Tipo de educación comunitaria	A que personal	Con qué frecuencia/año	Resultado

LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS Y SUS ACTIVIDADES

Qué tipo de gestión y actividades se realiza en:

	Tipo	Actividades
Infraestructura		
Medicamentos		
Demás insumos		
RR HH		
Financiero		

5. LOS PROYECTOS DE COOPERACION

Hay Proyectos de Cooperación Nacional y/o Internacional que colaboran con el Modelo en Área?

Proyecto	Vigencia de año a año	Componentes	Resultados	Presupuesto/ año	Sostenible SI o NO	Continúan actividades? Cuales?

ANEXO Nº 4



ANEXO Nº 5



ANEXO Nº 6



ANEXO Nº 7

ESTABLECIMIENTO DEL CUADRO DE MANDO

En base a los pasos siguientes se establecerá el cuadro de mando

Paso	Descripción	Procedimiento
1	Definir el sector, describir su desarrollo y el papel de la empresa	Entrevistas con el mayor número posible de personas, preferiblemente realizadas por alguien externo a la empresa para obtener una visión objetiva. Investigación sobre la situación y las tendencias del sector (empleados y clientes)
2	Establecer/confirmar la visión de la empresa	Seminario conjunto con asistencia de altos directivos y líderes de opinión
3	Establecer perspectivas	Seminario con asistencia de altos directivos, el grupo encargado del proyecto y alguien con experiencia previa en proyectos de cuadro de mando integral
4	Desglosar la visión según cada una de las perspectivas y formular objetivos estratégicos generales	Seminario conjunto con el mismo grupo del segundo paso
5	Identificar los factores críticos para tener éxito	En el seminario anterior
6	Desarrollar indicadores, identificar causas y efectos y establecer un equilibrio	En el seminario anterior, si es posible. A veces un cierto intervalo es beneficioso
7	Establecer el cuadro de mando al más alto nivel	Determinación final de la alta dirección y el grupo para el proyecto. Preferentemente, con la participación de alguien con experiencia previa en proyectos de cuadro de mando integral.
8	Desglose del cuadro de mando e indicadores por unidad organizativa	Adecuado para un proyecto dividido en unidades organizativas apropiadas bajo el liderazgo del grupo encargado del proyecto. Preferiblemente todo el personal involucrado debería participar en el trabajo que el proyecto adjudica a cada unidad. Informe sobre avances y coordinación con la alta dirección. La ayuda externa es especialmente importante para alinear los indicadores y factores de éxito
9	Formular metas	Propuestas de los líderes de cada unidad. Aprobación final de metas por la alta dirección
10	Desarrollar un plan de acción	Preparación a cargo de cada grupo para el proyecto
11	Implementación del cuadro de mando	Asegurada por control activo bajo la responsabilidad general de la alta dirección.

Fuente:

Reporte, Dirección y RRHH

ANEXO Nº 8

Esta encuesta facilitará la evaluación de satisfacción del usuario.

Su opinión es fundamental y apreciaríamos que responda con la mayor sinceridad los puntos señalados.

No deje ningún punto sin contestar.
No necesita colocar su nombre o firma
Muchas gracias.

Orientación: Para cada aspecto de la evaluación, marque con una x lo que mejor corresponda a su opinión sobre dicho aspecto.
Puede hacer comentarios, aclaraciones y sugerencias al final.

Evaluación de la calidad de atención médica y de enfermería en el servicio de infectología.

¿Cómo definiría el tipo de atención brindado en el servicio?
Ágil oportuna tardía.

¿Cómo definiría Usted el trato que recibe del personal médico y de enfermería?

Amable grosero déspota

Recibe orientación en cuanto al diagnóstico, tratamiento, realización de exámenes complementarios, al ingreso y egreso del paciente SI NO

El hospital y por ende el servicio le provee de medicamentos insumos y materiales, durante la hospitalización SI NO

En caso de contestar negativamente indique que medicamentos, insumos y materiales les mandan a comprar.-----

Recibe ayuda de servicio social SI NO
Si ha contestado afirmativamente indique cual es el porcentaje de ayuda.....

Ha habido satisfacción de sus necesidades y expectativas. SI NO

¿Cómo calificaría la atención recibida?

Malo regular óptimo bueno excelente.

¿Cómo quisiera que fuera la atención brindada en el servicio?
Comentarios y sugerencias:

ANEXO Nº 9

Esta encuesta facilitará la evaluación de satisfacción del cliente interno.

Su opinión es fundamental y apreciaríamos que responda con la mayor sinceridad los puntos señalados.

No deje ningún punto sin contestar.
No necesita colocar su nombre o firma
Muchas gracias

Orientación: Para cada aspecto de la evaluación, marque con una x lo que mejor corresponda a su opinión sobre dicho aspecto.
Puede hacer comentarios, aclaraciones y sugerencias al final.

Evaluación de la satisfacción del cliente interno en el servicio de infectología del Hospital Baca Ortiz.

¿El servicio cuenta con recursos humanos capacitados para brindar atención de calidad al cliente externo? SI NO

Si contesta afirmativamente responda que título dispone.

¿El servicio se guía mediante un plan operativo, estratégico? SI NO

¿El servicio dispone de un manual de normas y procedimientos, existe protocolos de atención médica y de enfermería en el servicio?

¿El servicio de infectología cuenta con tecnología acorde a las necesidades del usuario? SI NO

¿Qué equipos dispone? Describa por favor

¿El servicio dispone de insumos y materiales para brindar atención al usuario? SI NO

¿El personal médico y de enfermería planifica, ejecuta cursos de educación continuada en el servicio tendientes a mejorar la calidad de atención al usuario?

¿Los jefes departamentales brindan facilidades para que el personal asista a cursos de capacitación? SI NO

¿El personal médico y de enfermería aplica normas de bioseguridad al atender a los pacientes, qué medidas aplica Usted describa por favor?.

¿El trabajar en la institución ha llenado sus necesidades y expectativas? SI NO
Comentarios y sugerencias.....

ANEXO Nº 10

INSTRUMENTO DE APLICACIÓN PARA LA CREACION DE UN MODELO DE GERENCIA PARA EL SERVICIO DE INFECTOLOGIA

Su opinión es fundamental y apreciaríamos que responda con la mayor sinceridad los puntos señalados, no deje ningún punto sin contestar, no necesita colocar su nombre o firma, muchas gracias.

ORIENTACION: Marque con una x lo que mejor corresponda a su opinión sobre dicho aspecto, puede hacer aclaraciones comentarios y sugerencias.

Para la construcción del Modelo es necesario analizar los factores que favorecen o amenazan el logro de la Nueva Visión con el fin de preparar las estrategias de manejo.

Preguntas guía para el análisis del medio ambiente:

¿Cuáles son las tendencias del medio ambiente que influirán en su Visión?

¿Hay cambios en el medio interno y externo, que afecten su actividad?

¿Cuáles son las innovaciones tecnológicas y presiones económicas que pueden influir en su actividad?

¿Cuáles son las principales fuerzas internas y externas que pueden convertirse en factores determinantes de su éxito o fracaso?

FACTORES DEL MEDIO AMBIENTE QUE NOS IMPACTAN

COMPORTAMIENTO

FACTORES DE MAYOR IMPACTO	PASADO	PRESENTE	FUTURO
Nuevos conocimientos			
Nueva Tecnología			
Aumento de la pobreza			
Contaminación ambiental			

ANALISIS DE COMPETIVIDAD

1.-Tasa de Crecimiento potencial del Servicio.

0-3% _____ 9-12% _____ 18-21% _____

3-6 _____ 12-15% _____ >21% _____

6-9% _____ 16-18% _____

2.-Posibilidad de entrada de nuevas empresas en el Servicio.

Ausencia de barreras _____ Virtualmente imposible entrar _____

3.-Intensidad de la Competencia entre firmas

Competitiva al máximo _____ Casi no hay competencia _____

Posibilidad de sustitución del producto.

Muchos sustitutos en el mercado _____ No hay sustitutos. _____

5.-Dependencia de productos y servicios complementarios o de respaldo.

Altamente dependiente _____ Virtualmente independiente _____

6.-Poder de Negociación con proveedores y clientes.

Proveedores establecen los términos __ Compradores establecen los términos

7.-Nivel tecnológico del Servicio

Alto nivel tecnológico _____ Nivel tecnológico muy bajo _____

8.- Innovación del Servicio.

Innovación rápida _____ Casi no hay innovación _____

9.-Nivel general de la capacidad directiva

Muchos ejecutivos capaces _____ Muy pocos ejecutivos capaces.

10 Presencia Pública

Mucha presencia Pública,

Capacidad negociadora _____ Muy poca presencia pública introvertida,

Centrada en la operación _____

DIAGNOSTICO FODA

ANALISIS EXTERNO

OPORTUNIDADES

PERSPECTIVA	DESCRIPCION	URGENCIA	TENDENCIA	IMPACTO
FINANCIERA				
CLIENTES				
PROCESOS INTERNOS				
Innovación y aprendizaje				
1				
2				
3				
.....				

AMENAZAS

PERSPECTIVA	DESCRIPCIÓN	OCURRENCIA	TENDENCIA	IMPACTO
FINANCIERA				
Cientes				
Procesos Internos				
1				
2				
3				
.....				

DIAGNOSTICO FODA

ANALISIS INTERNO

FORTALEZAS

PERSPECTIVA	DESCRIPCIÓN	URGENCIA	TENDENCIA	IMPACTO
Financiera				
Cientes				
Procesos Internos				
Innovación y aprendizaje				
1				
2				
3				
.....				

DEBILIDADES

PERSPECTIVA	DESCRIPCION	URGENCIA	TENDENCIA	IMPACTO
FINANCIERA				
CLIENTES				
PROCESOS INTERNOS				
INNOVACION Y APRENDIZAJE				
1				
2				
3				
.....				

MATRIZ FODA

Incluya de las tablas de análisis interno y externo, aquellos factores que tengan alto impacto y que se consideren importantes para la operación total de la organización y el logro de la misión y visión.

ENTORNO (MEDIO EXTERNO)

	OPORTUNIDADES		AMENAZAS
1		1	
2		2	
3		3	
4		4	
5		5	
6		6	
7		7	
8		8	

1	FORTALEZAS	1	DEBILIDADES
2		2	
3		3	
4		4	
5		5	
6		6	
7		7	
8		8	

ANALISIS FODA

	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
FORTALEZAS	ESTRATEGIAS FO	ESTRATEGIAS FA
DEBILIDADES	ESTRATEGIAS DO	ESTRATEGIAS DA

ANALISIS DE VULNERABILIDAD

FACTOR PUNTUAL	AMENAZA	CONSECUENCIA	IMPACTO DE AMENAZA 0-10	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA DE 0-1	CAPACIDAD DE REACCION DE 0-10	GRADO DE VULNERABILIDAD

**ANÁLISIS DE IMPACTO Y CAPACIDAD DE REACCIÓN
IMPACTO DE AMENAZA POR PROBABILIDAD DE OCURRENCIA**

Alto 10

INDEFENSA (REQUIERE ACCIONES INMEDIATAS)	EN PELIGRO (CON CAPACIDAD DE REACCIÓN)
VULNERABLE (Amenazas, moderadas debe prepararse)	PREPARADA

Bajo o

IV

III

ALTO 10

CAPACIDAD DE REACCION

2.-SELECCIÓN Y DEFINICION DE CLIENTES

Las declaraciones de visión y misión dicen en forma rutinaria que su objetivo es ser "el Número uno a la hora de entregar valor agregado a nuestros clientes " y convertirse en el "proveedor preferido de nuestros clientes"

Cada empresa tiene su mercado y sus clientes y estos tienen un papel fundamental en este análisis ¿qué dicen sus clientes acerca de sus servicios? ¿En qué es singular y única su empresa?

Clientes actuales	clientes que aspiramos tener

3.-SELECCIÓN Y DEFINICION DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS

Los servicios son la razón de ser la institución y los medios con los cuales materializan la visión y la misión

Una institución ya no redefine por el producto o servicio que ofrece, sino por la forma como agrega valor a las necesidades que satisface.

¿Cuáles son nuestros principales servicios?

¿Cuáles son los principales beneficios que espera recibir el cliente?

¿Cuál sería la ventaja competitiva de los nuevos servicios?

Servicios

4.- ESTIMACION DE POTENCIAL DEL SUBSISTEMA

Una vez definidos y seleccionados los clientes y los productos / y servicios que van a satisfacer sus necesidades, se debe pensar en su potencial.

Se debe tener en cuenta tres estrategias básicas.

- 1.-Excelencia Organizacional para lograr menores costos y ofrecer menores precios.
- 2.-Innovación del servicio, con el fin de ofrecer servicios novedosos.
- 3.-Intimidad con el cliente que lo convierta en verdadero fanático del servicio.

Defina la estrategia más efectiva para sus propósitos.

El propósito es confirmar la significación de cada servicio, para facilitar cualquier decisión futura de inversión estratégica.

La significación estará en términos del tamaño relativo de cada una de ellas, acoplado con su potencial de crecimiento futuro.

Para cada servicio el tamaño se expresa a través de un porcentaje del total(100).

La tarea siguiente consiste en definir el potencial de crecimiento de cada servicio, mediante la selección del que crezca más rápido.

Productos o servicios	tamaño	Crecimiento futuro

PASO 5 IDENTIFICACION Y SELECCIÓN DE LOS VALORES AGREGADOS

El valor agregado se relaciona con un conjunto particular (a veces exclusivo) de destrezas, posicionamiento, experiencia o recursos, que se requieren para generar y entregar en forma exitosa, servicios a los clientes.

Continuando con el proceso de construcción del modelo de visión se debe listar frente a cada servicio, los valores agregados de que dispone la empresa, así como los que requieren para afianzar su liderazgo.

servicio	disponibles	Requeridos

6.-DETERMINACION DE PROVEEDORES DE VALORES AGREGADOS PRINCIPALES Y SECUNDARIOS.

Conociendo el tipo de valores agregados hay que analizar la mejor manera de obtenerlos acudiendo a algunas de las siguientes alternativas:

Subcontratación de valores agregados con vendedores y proveedores.

Contratación de otras empresas.

Inversión para desarrollar el valor agregado requerido dentro de la Empresa.

Frente a este menú de opciones cada organización debe hacer la combinación que más le convenga de acuerdo con sus necesidades.

DETERMINACION DE PROVEEDORES DE VALOR AGREGADO

PASO 6		PASO 5		PASO 4		3		2		Clientes hoy	
Inversión interna	adquisiciones	Empresas conjuntas	Vendedores y/o proveedores	requeridos	disponibles	Potencial de crecimiento	Tamaño actual	UEP	CLIENTES		

7.- DEFINICION DE CRITERIOS DE LOS SERVICIOS DE LA EMPRESA.

Nuestros clientes esperan productos y servicios de mejor calidad, a menor costo, entregados oportuna y cómodamente, etc, Se debe encontrar maneras de satisfacer a sus clientes que sean congruentes con su estrategia, que se apoyen en sus fortalezas y eviten sus debilidades. Estos aspectos de los que depende el éxito de nuestros servicios y por lo mismo el éxito y el futuro de la Empresa se conocen como "Factores críticos para el Éxito"

Una vez realizados los pasos del 1-7 es necesario crear las metas medibles y los incentivos apropiados, para poner en marcha toda la energía del sistema

El alcance de las metas servirá como criterio para medir el éxito y el rendimiento para definir el sistema de recompensas para mejorar los diseños y procesos y para seleccionar las herramientas necesarias.

La definición de estos criterios debe hacerse para cada servicio en términos de:

Funcionalidad, calidad, Precio/costo, apariencia (presentación), oportunidad de entrega, Margen de utilidad, Volumen total de servicios prestados, Mantenimiento de los servicios.

8.-Paso 8 DECLARACION DE LA VISION

La visión debe proporcionar inspiración, motivación y energía al equipo y a la persona.

VISION.- Partiendo de la pregunta ¿Qué elegimos ser en el futuro, que dé la máxima satisfacción a los demás así como a nosotros mismos? Establezca la Visión del Servicio.

Recuerde que esta visión debe ser establecida tomando en cuenta:

Un futuro no numérico ni financiero sino el equipo que queremos ser.

La descripción de una ventaja estratégica o particular de nuestro equipo.

Lo que dirán de nosotros los clientes, los proveedores, los empleados, etc.

Debe ser suficientemente amplia que rete a todo el equipo y suficientemente detallada, que les señale el camino a todos.

NUESTRA VISION ES

Test de verificación:

¿La visión formulada incluye elementos de desafío reto excelencia y claridad?

SI _____ No _____

¿Señala el camino a través de perspectivas tangibles?

Si _____ No _____

MISION

La Misión puede ser definida como la razón de ser o existir
Nos indica lo que debemos hacer.

Se establece preguntando y respondiendo las siguientes preguntas: ¿Por qué estamos aquí? ¿En que negocio estamos? ¿Para qué hacemos lo que estamos haciendo? ¿Qué es lo que esperan las personas de nosotros? ¿Cómo les estamos respondiendo? ¿Qué personas o grupo de personas están interesadas en que no fracasemos? ¿Cuáles son los medios que estamos utilizando para satisfacer sus necesidades o intereses? ¿Cuál es nuestra imagen ante nuestros públicos relacionados? ¿Qué nos hace únicos o especiales en nuestro entorno?

¿Cómo estamos contribuyendo al equilibrio ecológico?

Por favor responda estas preguntas:

¿A que contribuye?

¿Quiénes son nuestros clientes?

¿Cuál es la naturaleza de sus necesidades?

VALORES ESENCIALES

Los valores están en la gente, los valores que tiene la gente son los que conforman la "Cultura de la Institución" y los que imperan en el clima laboral.

Son el conjunto de creencias, actitudes, formas de pensar e ideologías que dirigen la forma de hacer nuestro trabajo y de interactuar con los demás y que crean la cultura corporativa.

¿Cómo se establecen? Respondiendo a las siguientes preguntas:

¿Qué representamos? ¿Cómo tratamos a nuestros clientes? ¿Cómo tratamos a nuestros colaboradores? ¿Qué queremos decir con conducta ética? ¿Cuáles valores fundamentales nos importan más? ¿Cómo queremos tratarnos mutuamente en el trabajo? ¿Qué actitudes y comportamientos de nuestros colaboradores queremos recompensar? ¿Cómo queremos que nos vea la comunidad?

Responda por favor las siguientes preguntas:

1.- Identifique los valores esenciales que rigen la cultura actual del Servicio.

2.- Si los valores esenciales de nueva Visión y Misión de su Organización generan "choque cultural" con los que actualmente rigen su equipo

¿En que puntos clave

Se presenta?

3.-¿Cuál es la estrategia para hacer el cambio cultural?

OBJETIVOS

Son la descripción de los resultados de trabajo que deben ser alcanzados en un período específico.

Sirven para orientar la energía y actuación hacia el logro de visión y misión de la organización y de cada área o subsistema.

¿Cómo se establecen? Efectuando dos clases de análisis, análisis del resultado normal del trabajo, análisis del mejoramiento en el desempeño de la actividad o proceso.

Preguntando:

¿Qué productos o servicios constituyen el resultado normal en esta área clave de resultados?

¿Cuáles son los resultados esperados en las áreas claves de resultados donde el mejoramiento es más deseable o necesario?

¿Cuánto mejoramiento es realista y alcanzable para el período en cuestión?

Los objetivos deben ser medibles, específicos, alcanzables, temporales, satisfactorios.

Partiendo de las áreas clave de resultados de su organización, establezca los

Objetivos que se quieren y deben lograr en cada una de ellas.

Recuerde que un objetivo debe tener un verbo de acción, un área enfocada una medida y un tiempo de cumplimiento, deben ser consistentes con los objetivos de la organización.

Perspectiva	objetivos	FECHA DE CUMPLIMIENTO DIA/MES/ AÑO
1	1 2	
2	1 2	
3	1 2	

ESTRATEGIAS

Son la formulación ejecución y evaluación de las acciones que permiten que la organización logre sus objetivos.

Sirven como se van a lograr los objetivos.

Usar los recursos disponibles en forma eficiente, aprovechar al máximo nuestras fortalezas y superar continuamente nuestras debilidades.

Aprovechar las condiciones favorables del entorno y contrarrestar los peligros y amenazas, definir los elementos y componentes de la medición equilibrada de resultados de actuación y de proceso.

¿Cómo se establecen?

Preguntando y contestando:

¿Cuáles son los objetivos que queremos lograr?

¿Cómo podemos lograrlos al menor costo y con la mayor efectividad?

¿Cuáles son nuestras áreas más fuertes en conocimientos, habilidades y recursos?

¿Cuáles son nuestras áreas más débiles?

¿Cuáles son las condiciones del mercado que más nos favorecen?

¿Cuáles son los mayores peligros que nos amenazan?

Por favor diseñe las estrategias que considere más apropiadas y eficaces para lograrlos.

Perspectiva	Objetivos	estrategias
1	1 2	
2	1 2	
3	1 2	

