ESCUELA POLITÈCNICA NACIONAL

FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS

MODELO DE GERENCIA POR PROCESOS PARA EL SERVICIO DE NEUROLOGÌA CLINICA DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÒN DEL GRADO DE MAGÌSTER Y ESPECIALISTA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

LCDA.TOTI DE LOS ÀNGELES FIGUEROA CARRASCO
totyfigueroa@hotmail.com

DIRECTOR: DR. MILTON REYNEL VEGA HERRERA
mvegah2002@yahoo.es

2014

DECLARACIÓN

Yo, Toty Figueroa Carrasco, declaro bajo juramento 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.

A través de la presente declaración cedo mis derechos de propiedad intelectual correspondientes a este trabajo, a la Escuela Politécnica Nacional, según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual, por su Reglamento y por la normatividad institucional vigente.

……

Toti de los Ángeles Figueroa Carrasco

CERTIFICACIÓN

Certifico que el presente trabajo fue realizado por la Lic. Toty Figueroa Carrasco**,** bajo mi supervisión.

……

Dr. Milton Vega Herrera.

DIRECTOR DEL PROYECTO.

DEDICATORIA

Este trabajo dedico a mi familia y amigos por el incentivo, apoyo y ánimo que me dispensaron en la consecución de este proyecto, permitiendo fortalecer habilidades y destrezas para mi desempeño en la vida.

Toti de los Ángeles Figueroa Carrasco

AGRADECIMIENTO

A la Escuela Politécnica Nacional, personal directivo, docente y administrativo de la Facultad de Ciencias Administrativas, por permitirme lograr mis estudios profesionales de cuarto nivel.

A mi familia, por su apoyo y paciencia para culminar esta meta propuesta.

A todos quienes hacen el Hospital Eugenio Espejo y en especial al personal del Servicio de Neurología Clínica, por su compañerismo y valiosa colaboración.

A todas las personas que de una u otra manera colaboraron para la culminación del presente trabajo

Para todos ellos mi más sincero respeto y eterna gratitud.

Toti de los Ángeles Figueroa Carrasco

INDICE DE CONTENIDO

DECLARACIÓN II

CERTIFICACIÓN III

DEDICATORIA IV

AGRADECIMIENTO V

INDICE DE CONTENIDO VI

INDICE DE GRÁFICOS X
INDICE DE TABLAS XI
INDICE DE CUADROS XII
INDICE DE DIAGRAMAS XIII
INDICE DE ANEXOS XIII

RESUMEN XIV

ABSTRACT XV
PRESENTACIÓN XVI

CAPITULO I 1

1. INTRODUCCION 1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 1
1.2 FORMULACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA 2
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN 4
1.3.1 OBJETIVO GENERAL 4
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 4
1.4 JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO 5
1.4.1 JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA 5
1.5 HIPÓTESIS GENERAL 5
1.5.1 HIPÓTESIS ESPECÍFICOS 5
1.6 ASPECTOS METODOLÓGICOS 6

CAPITULO II 7

2 MARCO TEORICO 7

2.1 SALUD ENFERMEDAD 7
2.1.1 DETERMINANTES DE LA SALUD 8
2.1.2 EPIDEMIOLOGÍA 9
2.1.3 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO 10
2.2 SISTEMAS DE SALUD 11
2.2.1. FUNCIONES 11
2.2.2 DESCRIPTORES DE CALIDAD EN EL SISTEMA DE SALUD 13
2.2.3 MODELOS DE SISTEMAS DE SALUD 14
2.3 SERVICIOS DE SALUD 15
2.3.1 DESCRIPTORES DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD INDIVIDUAL 16
2.3.2 RED DE SERVICIOS 17
2.4 ATENCIÓN DE SALUD 19
2.4.1. PROMOCIÓN DE LA SALUD 19
2.4.2. PREVENCIÓN DE LA SALUD 19
2.5 NIVELES DE COMPLEJIDAD. 20
2.6 SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS 21
2.6.1 BIOSEGURIDAD 22
2.7 ADMINISTRACIÓN POR PROCESOS 23
2.7.1 DEFINICION 23
2.7.2 FILOSOFIA DE LA ADMINISTRACION POR PROCESOS 24
2.7.3 CULTURA DE PROCESOS 25

2.7.4 OBJETIVOS DE LA ADMINISTRACION POR PROCESOS **26**
2.7.5 GESTIÓN POR PROCESOS **27**
2.7.6 DEBILIDADES EN LAS ORGANIZACIONES **28**
2.7.7 ENFOQUE FUNCIONAL VS. ENFOQUE POR PROCESOS **29**
2.7.8 DIFERENCIA ENTRE ORGANIZACIÓN TRADICIONAL Y POR PROCESOS **31**
2.7.9 DEFINICIÓN DE PROCESO **32**
2.7.10 CARACTERÍSTICAS DE UN PROCESO **33**
2.7.11 ELEMENTOS DE UN PROCESO **34**
2.7.12 CADENA DE VALOR DE UNA ORGANIZACIÓN **34**
2.7.13 CLASIFICACIÓN DE LOS PROCESOS **38**
2.7.14 DISEÑO DE PROCESOS **39**
2.7.15 MAPA DE PROCESOS **39**
2.7.16 DIAGRAMA DE FLUJO **42**
2.7.17 MEDICIÓN DE PROCESOS **44**
2.7.18 MANUAL DE PROCESOS **52**
2.7.19 PROCESO VERSUS PROCEDIMIENTO **56**
2.7.20 PROCESOS HOSPITALARIOS **57**
2.7.20.1 Procesos 57
2.8 ESTATUTO ORGÁNICO DE GESTIÓN ORGANIZACIONAL POR PROCESOS DE LOS HOSPITALES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA 60
2.9 CALIDAD **87**
2.9.1 CALIDAD EN SALUD **87**
2.9.2 GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD **89**
2.9.2.1 Licenciamiento 89
2.9.2.2 Acreditación 90
2.9.2.3 Certificación 90
2.9.2.4 Gestión de la Calidad. 92
2.9.3 MEJORAMIENTO CONTINUO **94**
2.9.3.1 Principios de gestión de la calidad 95
2.10 MONITOREO Y EVALUACIÓN 99
2.10.1 TECNOLOGÍA INFORMÁTICA. **99**
2.10.2 SISTEMAS DE INFORMACIÓN GERENCIAL. 100
2.10.3 LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN GERENCIAL EN SALUD. **101**
2.10.4 DATOS, INFORMACIÓN E INDICADORES 102
2.11 MARCO CONCEPTUAL 105

CAPITULO III **106**

3. DIAGNOSTICO DE SITUACION **106**

3.1 HOSPITAL EUGENIO ESPEJO (HEE) 106
3.1.1 ESTRUCTURA DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO **106**
3.1.2 ORGANIZACIÓN DE LA ATENCION HOSPITALARIA **107**
3.1.2.1 Estándares de organización de la atención médica 108
3.1.2.2 Organización de las áreas técnicas y de apoyo 129
3.1.2.3 Recursos físicos del HEE 152
3.1.2.4 Hospitalización 152
3.1.2.5 Consulta Externa 154
3.1.2.6 Quirófanos 155
3.1.2.7 Emergencia 155
3.1.3 RECURSOS TECNOLÓGICOS **157**
3.1.4 RECURSOS LOGÍSTICOS **158**
3.1.5 RECURSOS FINANCIEROS **159**
3.1.6 RECURSOS HUMANOS **160**
3.1.7 SISTEMAS DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL **163**
3.1.8 PLANIFICACION **164**
3.1.9 GESTIÓN HOSPITALARIA DEL HEE **165**
3.2 DIAGNOSTICO DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA CLINICA 182
3.2.1 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA CLINICA **182**
3.2.2 RECURSOS FÍSICOS **182**

3.2.3 ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN EL SERVICIO DE NEUROLOGÍA CLINICA **185**
3.2.4. RECURSOS HUMANOS **193**
3.2.5 RECURSOS TÉCNOLÓGICOS **194**
3.2.6 SISTEMA INFORMACIÓN **195**
3.2.7 RECURSOS FINANCIEROS **196**
3.2.8 RECURSOS MATERIALES **196**
3.2.9 GESTION DE LOS SERVICIOS DE NEUROLOGIA CLINICA **199**
3.2.9.1 Consulta externa 199
3.2.9.2 Hospitalización 201
3.2.10 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO **204**

CAPITULO IV **209**

4. MODELO DE GERENCIA DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA CLINICA **209**

4.1 ORGANIZACIÓN POR PROCESOS DE LOS HOSPITALES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA 211
4.1.1 MAPA DE PROCESOS **211**
4.1.2 PROCESOS DE VALOR AGREGADO **211**
4.1.3 PROCESO DE NEUROLOGIA CLINICA **215**
4.1.4 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO NEUROLOGIA CLINICA **216**
4.1.5 DIAGRAMA DEL PROCESO DE NEUROLOGIA CLINICA **219**
4.1.6 DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE NEUROLOGIA CLINICA **224**
4.1.7 RECURSOS FÍSICOS **229**
4.1.8 RECURSOS FINANCIEROS **229**
4.1.9 RECURSOS TECNOLÓGICOS **230**
4.1.10 RECURSOS HUMANOS **230**
4.2. PLANIFICACIÓN DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA CLINICA 232
4.2.1 ANÁLISIS AMBIENTAL DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA CLINICA **234**
4.2.1.1 Análisis ambiental externo: oportunidades y amenazas 234
4.2.1.2. Análisis Ambiental Interno: fortalezas y debilidades 236
4.2.1.3. Análisis DOFA 238
4.2.1.4 Matriz de análisis estructural servicio de Neurología Clínica del HEE 239
4.2.1.5. Ordenamiento de factores según motricidad y dependencia 243
4.2.1.6. Clasificación de factores según su naturaleza 244
4.2.2. FASES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL BALANCED SCOREDCARD **247**
4.2.3. IDENTIFICAR EL ENFOQUE DEL SERVICIO A TRAVÉS DE SUS PERSPECTIVAS **248**
4.2.4 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO **249**
4.2.5 MAPA ESTRATÉGICO **250**
4.2.6 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y RELACIÓN CAUSAL **251**
4.2.7 INDICADORES, METAS E INICIATIVAS ESTRATÉGICA **253**
4.2.8 MATRIZ DEL BALANCED SCORE CARD **254**
4.3 GESTIÓN DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA CLINICA 256
4.3.1 EL BALANCED SCORECARD (BSC), COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN **256**
4.3.2 GESTION CON ENFOQUE BASADO EN PROCESOS **258**
4.3.2.1 El seguimiento y la medición de los procesos 258
4.3.2.2 Indicadores del proceso 259
4.3.2.3 El control de los procesos 260
4.3.2.4 Mejora de los procesos **261**
4.3.3 GESTION DE INDICADORES DE USO DE CAMA HOSPITALARIA **262**
4.3.3.1 Promedio de Estancia 263
4.3.3.2 Porcentaje de Ocupación - Índice Ocupacional (I.O.) 268
4.3.3.3 Intervalo de Sustitución 270
4.3.3.4 Giro de Camas (Índice de Rotación - Velocidad Cama – Coeficiente de Reemplazo) 272
4.3.4 OPTIMIZACIÓN DEL RECURSO CAMA EN EL SERVICIO DE NEUROLOGÍA CLÍNICA **273**
4.3.5 LIDERAZGO **275**
4.4 MONITOREO, CONTROL Y EVALUACIÓN 276
4.5 SISTEMA DE INFORMACIÓN GERENCIAL (SIG) 277

4.5.1 PROPÓSITO 277
4.5.2 ÁMBITO DE APLICACIÓN 278
4.5.3 FUNCIONES PRINCIPALES 278
4.5.4 PRODUCTOS DEL WINSIG 279
4.5.5 ESTRUCTURA DEL PROGRAMA 280
4.6 ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACION 280
4.7 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 282
4.7.1. CONCLUSIONES 282
4.7.2. RECOMENDACIONES 283
4.8 BIBLIOGRAFIA 284
4.9 ANEXOS 287

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO No. 1 ..... **02**
GRÁFICO No. 2 ..... **24**
GRÁFICO No. 3 ..... **26**
GRÁFICO No. 4 ..... **33**
GRÁFICO No. 5 ..... **34**
GRÁFICO No. 6 ..... **36**
GRÁFICO No. 7 ..... **65**
GRÁFICO No. 8 ..... **66**
GRÁFICO No. 9 ..... **67**
GRÁFICO No. 10 ..... **68**
GRÁFICO No. 11 ..... **107**
GRÁFICO No. 12 ..... **108**
GRÁFICO No. 13 ..... **110**
GRÁFICO No. 14 ..... **111**
GRÁFICO No. 15 ..... **112**
GRÁFICO No. 16 ..... **114**
GRÁFICO No. 17 ..... **116**
GRÁFICO No. 18 ..... **118**
GRÁFICO No. 19 ..... **120**
GRÁFICO No. 20 ..... **121**
GRÁFICO No. 21 ..... **122**
GRÁFICO No. 22 ..... **123**
GRÁFICO No. 23 ..... **124**
GRÁFICO No. 24 ..... **125**
GRÁFICO No. 25 ..... **126**
GRÁFICO No. 26 ..... **128**
GRÁFICO No. 27 ..... **129**
GRÁFICO No. 28 ..... **131**
GRÁFICO No. 29 ..... **132**
GRÁFICO No. 30 ..... **133**
GRÁFICO No. 31 ..... **135**
GRÁFICO No. 32 ..... **136**
GRÁFICO No. 33 ..... **137**
GRÁFICO No. 34 ..... **139**
GRÁFICO No. 35 ..... **140**
GRÁFICO No. 36 ..... **141**
GRÁFICO No. 37 ..... **143**
GRÁFICO No. 38 ..... **144**
GRÁFICO No. 39 ..... **145**
GRÁFICO No. 40 ..... **146**
GRÁFICO No. 41 ..... **147**
GRÁFICO No. 42 ..... **149**
GRÁFICO No. 43 ..... **150**
GRÁFICO No. 44 ..... **151**
GRÁFICO No. 45 ..... **159**
GRÁFICO No. 46 ..... **160**
GRÁFICO No. 47 ..... **161**
GRÁFICO No. 48 ..... **162**
GRÁFICO No. 49 ..... **165**
GRÁFICO No. 50 ..... **166**
GRÁFICO No. 51 ..... **166**
GRÁFICO No. 52 ..... **167**
GRÁFICO No. 53 ..... **168**
GRÁFICO No. 54 ..... **169**
GRÁFICO No. 55 ..... **170**

GRÁFICO No. 56 171
GRÁFICO No. 57 171
GRÁFICO No. 58 172
GRÁFICO No. 59 172
GRÁFICO No. 60 173
GRÁFICO No. 61 174
GRÁFICO No. 62 174
GRÁFICO No. 63 175
GRÁFICO No. 64 176
GRÁFICO No. 65 177
GRÁFICO No. 66 178
GRÁFICO No. 67 179
GRÁFICO No. 68 186
GRÁFICO No. 69 187
GRÁFICO No. 70 188
GRÁFICO No. 71 190
GRÁFICO No. 72 192
GRÁFICO No. 73 193
GRÁFICO No. 74 199
GRÁFICO No. 75 201
GRÁFICO No. 76 202
GRÁFICO No. 77 203
GRÁFICO No. 78 203
GRÁFICO No. 79 204
GRÁFICO No. 80 206
GRÁFICO No. 81 210
GRÁFICO No. 82 212
GRÁFICO No. 83 214
GRÁFICO No. 84 215
GRÁFICO No. 85 244
GRÁFICO No. 86 248
GRÁFICO No. 87 251
GRÁFICO No. 88 276

INDICE DE TABLAS

TABLA No. 1 109
TABLA No. 2 110
TABLA No. 3 111
TABLA No. 4 113
TABLA No. 5 114
TABLA No. 6 117
TABLA No. 7 119
TABLA No. 8 120
TABLA No. 9 121
TABLA No. 10 122
TABLA No. 11 123
TABLA No. 12 124
TABLA No. 13 126
TABLA No. 14 127
TABLA No. 15 128
TABLA No. 16 130
TABLA No. 17 131
TABLA No. 18 132
TABLA No. 19 134
TABLA No. 20 135
TABLA No. 21 136
TABLA No. 22 138
TABLA No. 23 139
TABLA No. 24 140

TABLA No. 25 ..... **142**
TABLA No. 26 ..... **143**
TABLA No. 27 ..... **144**
TABLA No. 28 ..... **145**
TABLA No. 29 ..... **146**
TABLA No. 30 ..... **148**
TABLA No. 31 ..... **149**
TABLA No. 32 ..... **150**
TABLA No. 33 ..... **151**
TABLA No. 34 ..... **153**
TABLA No. 35 ..... **154**
TABLA No. 36 ..... **158**
TABLA No. 37 ..... **161**
TABLA No. 38 ..... **181**
TABLA No. 39 ..... **186**
TABLA No. 40 ..... **187**
TABLA No. 41 ..... **189**
TABLA No. 42 ..... **191**
TABLA No. 43 ..... **192**
TABLA No. 44 ..... **194**
TABLA No. 45 ..... **198**
TABLA No. 46 ..... **200**
TABLA No. 47 ..... **202**
TABLA No. 48 ..... **205**
TABLA No. 49 ..... **207**
TABLA No. 50 ..... **229**
TABLA No. 51 ..... **231**
TABLA No. 52 ..... **231**
TABLA No. 53 ..... **235**
TABLA No. 54 ..... **236**
TABLA No. 55 ..... **237**
TABLA No. 56 ..... **238**
TABLA No. 57 ..... **239**
TABLA No. 58 ..... **241-242**
TABLA No. 59 ..... **243**
TABLA No. 60 ..... **245**
TABLA No. 61 ..... **246**
TABLA No. 62 ..... **246**
TABLA No. 63 ..... **247**
TABLA No. 64 ..... **255**
TABLA No. 65 ..... **275**
TABLA No. 66 ..... **281**

INDICE DE CUADROS

CUADRO No 1 ..... **29**
CUADRO No.2 ..... **30**
CUADRO No. 3 ..... **31**
CUADRO No.4 ..... **32**
CUADRO No 5 ..... **43**
CUADRO No.6 ..... **50**
CUADRO No.7 ..... **56**
CUADRO No.8 ..... **216**
CUADRO No 9 ..... **217**
CUADRO No.10 ..... **218**
CUADRO No.11 ..... **226**
CUADRO No.12 ..... **227**
CUADRO No.13 ..... **228**
CUADRO No.14 ..... **261**

INDICE DE DIAGRAMAS

DIAGRAMA No. 1 09
DIAGRAMA No. 2 220
DIAGRAMA No. 3 221
DIAGRAMA No. 4 222-223

INDICE DE ANEXOS

ANEXO No. 1: 287
ANEXO No. 2: 290
ANEXO No. 3: 293
ANEXO No. 4: 298
ANEXO No. 5: 299
ANEXO No. 6: 302

RESUMEN

Esta Tesis corresponde a un Modelo de Gerencia por Procesos para el Servicio de Neurología Clínica del Hospital Eugenio Espejo, consta de cuatro capítulos.

En el capítulo I se desarrolla la introducción e incluye el planteamiento del problema y sistematización, objetivos, justificación, hipótesis y aspectos metodológicos

En el capítulo II se desarrolla el Marco Teórico, a fin de establecer las bases teóricas para la construcción del modelo.

En el capítulo III, se establece el Contexto Nacional, la situación del Hospital Eugenio Espejo (HEE) y finalmente el estado de Neurología Clínica

El Capítulo IV, se construye el Modelo de Gerencia por Procesos para el Servicio de Neurología Clínica, que comprende los componentes de Organización, Planificación, Gestión, Monitoreo y Evaluación.

La Planificación a través del Balanced Scoredcard, con las perspectivas financiera, innovación y aprendizaje, procesos internos y satisfacción de los usuarios; indicadores, formulas, metas e iniciativas que son los insumos para el Plan Operativo Anual.

La organización por procesos del Servicio de Neurología Clínica, ampliación de la capacidad resolutiva física, de camas y recurso humano

La Gestión fundamentada en el liderazgo y el fomento de una cultura organizacional favorable, para lograr los efectos en el personal y obtener los resultados esperados.

El Monitoreo y Evaluación se fundamenta en los indicadores planteados en el Balanced Scoredcard, Plan Operativo, Sistema de Información Gerencial en Salud WinSig (SIG) desarrollado por OPS/OMS.

ABSTRACT

This thesis corresponds to a Model for Process Management to the Clinical Neurology Service of Eugenio Espejo Hospital, consists of four chapters.

Chapter I develops an introduction and includes the problem statement and systematization, objectives, rationale, assumptions and methodological aspects

Chapter II develops the theoretical framework in order to establish the theoretical basis for model building.

In Chapter III, establishing the National Context, the status of Eugenio Espejo Hospital (SEH) and finally the state of Clinical Neurology

Chapter IV, is constructed by Process Management Model for the Clinical Neurology Service, comprising the components of Organization, Planning, Management, Monitoring and Evaluation.

Planning through Balanced Scoredcard, with the financial, innovation and learning, internal processes and customer satisfaction, indicators, formulas, targets and initiatives that are the inputs for the Annual Operating Plan.

The organization processes of the Neurology Clinic, expansion of the physical resolution capacity of beds and human resources

Management based on leadership and fostering a positive organizational culture to achieve the effects on staff and get the expected results.

Monitoring and Evaluation is based on the indicators proposed in the Balanced Scoredcard, Operational Plan, Management Information System Health WinSIG (GIS) developed by PAHO / WHO.

PRESENTACIÓN

El modelo gerencial por procesos del Servicio de neurología Clínica se fundamenta en la satisfacción del usuario, se desarrolla a través de cuatro capítulos

La introducción evidencia los problemas que se aborda, objetivos y aspectos metodológicos, el marco teórico constituye la estructura teórica del modelo y el diagnóstico de situación constituye la línea basal, que en conjunto permiten desarrollar el modelo del Servicio de Neurología Clínica

La planificación se basa en el Balanced Scoredcard, instrumento para la implantación de estrategias en el servicio, articula la visión y misión, procesos agregadores de valor y permite formular y ejecutar el plan, partiendo desde las perspectivas financiera, innovación y aprendizaje, procesos internos y usuarios; con un concepto integral; parte del análisis ambiental interno y externo (FODA), direccionamiento estratégico, objetivos estratégicos, que se articulan con el Plan Operativo Anual.

El modelo desarrollado establece una organización y gestión con enfoque de procesos, se requiere de un buen nivel de liderazgo, a fin de generar un clima laboral favorable, para ejecutar lo planificado, optimizando los recursos existentes (eficiencia) y cumpliendo con la misión, visión, objetivos estratégicos; mediante indicadores establecidos en el Balanced Scoredcard, POA y SIG de OPS/OMS.

El monitoreo y evaluación que se evidencian en los indicadores, son actividades vinculadas con la gestión y apoyadas por el Sistema de Información Gerencial en Salud (SIG).

CAPITULO I

1. INTRODUCCION

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Hospital Eugenio Espejo de Quito como parte del MSP es una institución prestadora de servicios de salud de referencia nacional, a más de extender su cobertura a la ciudadanía de Quito y la provincia de Pichincha brinda atención a pacientes que vienen de todas las provincias del Ecuador inclusive de países vecinos como Perú y Colombia

El HEE brinda atención especializada de tipo ambulatorio y hospitalización, de emergencias, recuperación y rehabilitación de las diferentes especialidades y subespecialidades médicas, desarrollando actividades de docencia e investigación en salud, atiende a toda la población a través de referencia y contra referencia funcionando las 24 horas.

La planificación estratégica y POA existen a nivel hospitalario, pero no a nivel del servicio de Neurología, en este servicio existe una escasa estructura orgánica funcional, así como escasa racionalización de recursos humanos, físicos, económicos y financieros y la mala distribución de la planta física conlleva a la subutilización de espacios.

La gestión ineficaz e ineficiente del servicio de Neurología del HEE produce un incremento en el tempo de atención, costos y mortalidad del paciente; así como la información inadecuada impide realizar el monitoreo y evaluación de la atención del paciente para la adecuada toma de decisiones.

Un Modelo de Gestión inadecuado sin modernos sistemas de información sustentados en la tecnología actual para monitoreo y evaluación no permite una

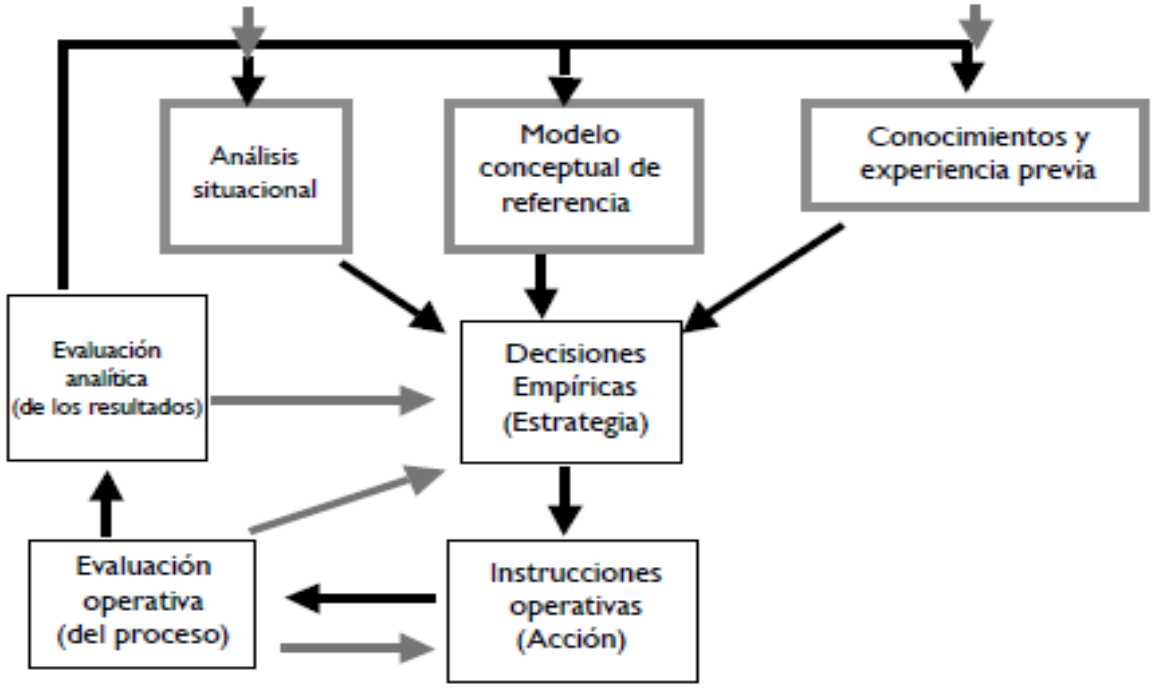
oportuna toma de decisiones en la gestión hospitalaria con resultados favorables tanto para la institución como para la sociedad alcanzando un impacto positivo.

1.2 FORMULACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA

Se desarrolla mediante un enfoque sistémico, necesario para el análisis de instituciones tan complejas (nivel hospitalario) que integran el sistema de salud, y que requieren la introducción de cambios cómo parte del proceso; los pasos metodológicos desarrollados, se evidencian en el gráfico No. 1, que presenta un esquema simplificado de la metodología propuesta para el desarrollo de la Investigación. (Pesse, 2009)

GRAFICO No. 1

ESQUEMA METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN



Fuente y Elaboración: Pesse Karen. Diplomado en gerencia y calidad de la Atención de salud. Módulo de Investigación Operativa. 2009

Análisis situacional, incluye la descripción con visión sistémica de la realidad sobre la cual se va a intervenir, para entender el por qué se desea mejorarla.

Modelo conceptual, la existencia de un modelo explícito es uno de los elementos claves de la propuesta metodológica, por esta razón es vital consensuar una forma de aproximarse a la problemática.
Experiencias previa, se refiere a información sobre iniciativas que, aún sin haber sido publicadas, puede contribuir a la construcción del modelo y/o de las hipótesis de cambio. *Alternativas de solución*, no consta en el gráfico, pero es importante porque permite ir más allá de los límites de las soluciones conocidas y tradicionalmente implementadas y está basado en el modelo conceptual de referencia.

Hipótesis de cambio, es el segundo elemento clave de la propuesta, toda acción implica una toma de decisiones; la particularidad es que se refiere a los efectos que se pueden prever de la introducción de un cambio en un sistema, es por tanto una hipótesis dinámica que describe la estrategia seleccionada e intenta predecir sus efectos sobre el sistema.

Instrucciones operativas, es la descripción detallada de las actividades planificadas para implementar la estrategia seleccionada, explicitar que se realizará, de qué forma, en cuál momento y espacio, así como el rol de cada uno de los involucrados.

Evaluación operacional, el hacer énfasis en la evaluación no solo de los resultados, sino también de los procesos.

Evaluación analítica, es el elemento final de este proceso, la evaluación de los resultados obtenidos va a permitir establecer la validez de la hipótesis de cambio.

Retroalimentación, la primera retroalimentación es la que indica la necesidad de cambios en las actividades.

Con estos elementos se procede a definir las interrogantes señaladas a continuación:

¿Será posible desarrollar un modelo de gerencia por procesos que incorporen la planificación, organización, gestión y evaluación en el servicio de Neurología Clínica del Hospital Eugenio Espejo?

¿Es posible desarrollar un proceso de planificación que articule la oferta del servicio y la demanda del usuario?

¿Será posible optimizar los recursos humanos, físicos y económicos del servicio de Neurología para una distribución adecuada y equitativa del mismo?

¿Es posible desarrollar un modelo de gestión que articule la planificación y organización del recurso?

¿Qué indicadores permite el monitoreo y evaluación sistemática de la atención hospitalaria en el servicio de Neurología?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un modelo de gerencia por procesos para el servicio de Neurología Clínica del HEE con una adecuada planificación, organización, gestión y evaluación, que evidencie eficacia y eficiencia para una atención de calidad al usuario interno y externo.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desarrollar un proceso de planificación que articule la oferta y la demanda en el servicio de Neurología para mejorar la atención y satisfacer los requerimientos del usuario interno y externo

- Optimizar los recursos humanos, físicos, económicos en el servicio de Neurología en base a una distribución adecuada de los mismos

- Desarrollar un modelo de gestión que articule la planificación y organización para la racionalización de recursos

- Desarrollar un proceso de monitoreo y evaluación que incorpore el análisis y retroalimentación de la información para la toma de decisiones

1.4 JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

1.4.1 JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

Este modelo es un aporte técnico para el Hospital Eugenio Espejo, servicio de Neurología Clínica, con el propósito de que la institución al aplicarlo logre satisfacer los requerimientos del usuario interno y externo, con calidad, eficacia y competitividad, por l que esta metodología podría ser aplicado en otro estudio de similares características

1.5 HIPÓTESIS GENERAL

Si se desarrolla un modelo de gerencia por procesos que incorpore la planificación, organización, gestión y evaluación en el servicio de Neurología Clínica del HEE, entonces se lograra eficacia y eficiencia en la calidad de atención al usuario interno y externo

1.5.1 HIPÓTESIS ESPECÍFICOS

- Si se desarrolla un proceso de planificación que articule la oferta y la demanda en el servicio de Neurología, entonces se logrará mejorar la atención para satisfacer los requerimientos del usuario interno y externo.
- Si se optimiza los recursos humanos, físicos y económicos en el servicio de Neurología, entonces se logrará una distribución adecuada de los mismos

- Si se desarrolla un modelo de gestión que articule la planificación y organización, entonces se logrará la nacionalización de los recursos
- Si se desarrolla un proceso de monitoreo y evaluación de la gestión que incorpore el análisis y retroalimentación de la información, entonces se tendrá una adecuada toma de decisiones.

1.6 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Este estudio será de tipo descriptivo basado en información científica y de revisiones bibliográficas, diagnóstico de situación del servicio en estudio mediante instrumentos que permita conocer su situación actual. Se tomará en cuenta datos estadísticos del año 2008, 2009 y 2010 referente a la demanda de atención del servicio de Neurología.

Este estudio generara herramientas para construir el modelo de gestión para el servicio de Neurología Clínica del HEE.

CAPITULO II

2 MARCO TEORICO

2.1 SALUD ENFERMEDAD

La salud conceptualmente entendida como el gozo de bienestar físico, mental y social, no implica solamente la ausencia de enfermedad, sino contar de la posibilidad de ejercicio de todas las capacidades humanas en un ambiente de armonía; la salud es concebida como un producto social, es decir resultado de múltiples determinaciones sociales, económicas. (Villacrés, 2010)

La salud es un producto social con poblaciones determinadas, espacios concretos y características diversas, es parte del desarrollo de ese espacio/población local, tiene una connotación y significado particular en los individuos, familias y comunidades, por lo cual en el análisis/intervención es fundamental la participación social que significa responsabilidades individuales y colectivas.. (Villacrés, 2010)

El concepto de **salud enfermedad** es construido socialmente, en forma colectiva, con una lógica compleja donde se articulan visiones sociales e individuales, determinadas en gran medida por las diferencias culturales. Por tanto es un concepto evolutivo, dinámico y no es el mismo para toda la humanidad. (OPS, 1999)

La salud como todo proceso tiene fenómeno y esencia, es determinado, experimentando distintas formas de regularidad, y que estas cambian y se condicionan y transforman mutuamente; que existe unidad social-biológica en el ser social con subsunción de lo biológico; que la relación genotipo-fenotipo-ambiente es dialéctica y conforma un patrón de transformaciones mutuas permanentes; y por último, que existe una contradicción permanente entre los

aspectos saludables y destructivos de la vida humana que determinan el desenvolvimiento epidemiológico. (Breilh, 1999)

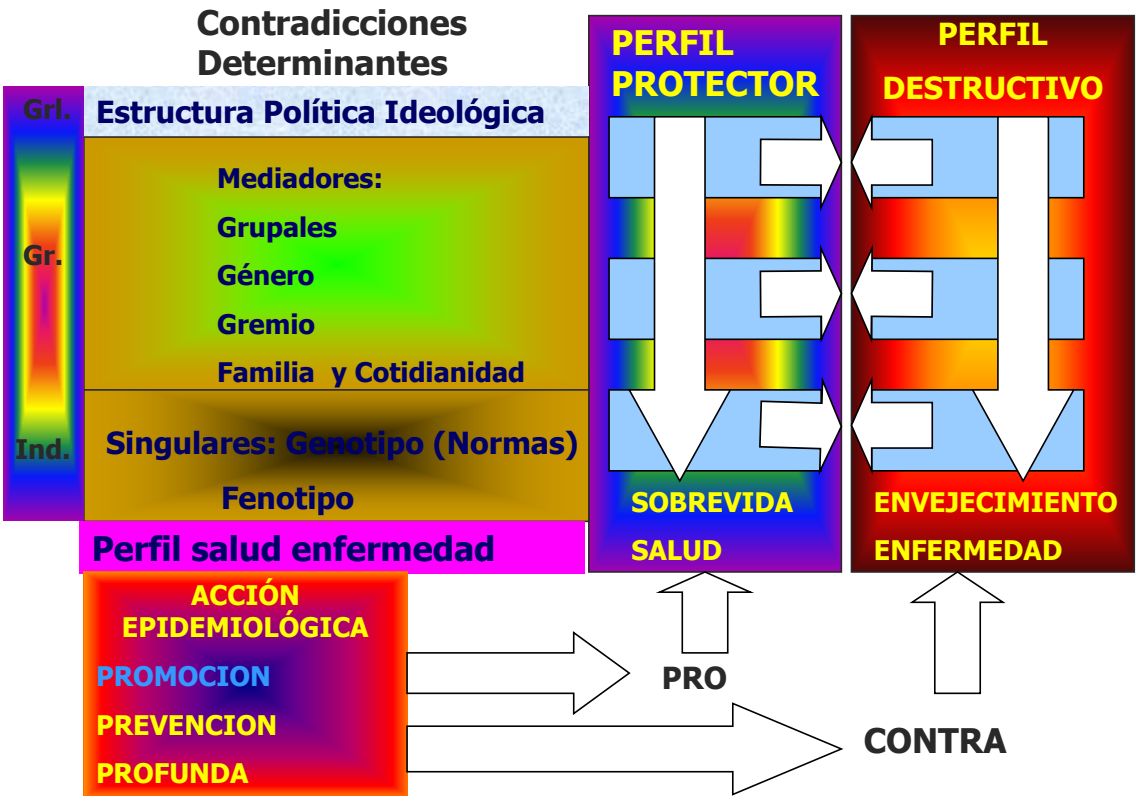
2.1.1 DETERMINANTES DE LA SALUD

En base a la comprensión de que los determinantes de la salud son los aspectos que intervienen positiva o negativamente en la conformación de los niveles y tendencias de salud en cada individuo o grupo social2, se han establecido los factores que tienen una influencia mayor en la salud; se ha estudiado el nivel de ingreso y estado de salud, y se constata que, tiene un enlace importante, debido a que el ingreso tiene relación con la condiciones de vida, trabajo y educación de las familias. (Villacrés, 2010)

Entre los factores determinantes están: *factores biológicos y caudal genético, factores individuales y preferencias en estilos de vida, influencias comunitarias y soporte social,* ***accesos a servicios de atención de salud****, condiciones de vida y de trabajo, condiciones generales, socios económicos, culturales y ambientales.* (OPS/OMS., 2009)

Los determinantes de la salud son todos aquellos factores que ejercen influencia sobre la salud de las personas y actuando e interactuando en diferentes niveles de organización, determinan el estado de salud de la población, conforman así un modelo que reconoce el concepto de que el riesgo epidemiológico está determinado individualmente tanto histórica como socialmente; la relación entre los determinantes de la salud y el estado de salud es, por ello, compleja e involucra a muchos niveles de sociedad que, abarcan desde el nivel microcelular hasta el macroambiental, es decir existen factores protectores y destructivos, que determinan un perfil de salud, enfermedad o muerte, según diagrama No. 1

DIAGRAMA No. 1



Fuente: Breilh, Jaime Elaboración: Toty Figueroa

2.1.2 EPIDEMIOLOGÍA

Es el estudio de la frecuencia y distribución de los eventos de salud y de sus determinantes en las poblaciones humanas, y la aplicación de este estudio en la prevención y control de los problemas de salud. (OPS/OMS., 2009)

Es la ciencia que estudia la frecuencia de las enfermedades en las poblaciones humanas, consiste en la medición de la frecuencia de enfermedad y en el análisis de sus relaciones con las diversas características de los individuos o de su medio ambiente

La epidemiología moderna para el control de enfermedades, la globalización de las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes impone con la misma urgencia la necesidad de fortalecer las capacidades de respuesta epidemiológica

desde los servicios locales de salud para construir un marco de seguridad sanitaria global

La epidemiología contribuye a vigilar las tendencias de mortalidad, morbilidad y riesgo y monitorear efectividad de los servicios de salud, identificar determinantes, factores y grupos de riesgo en la población, priorizar problemas de salud en la población, proporcionar evidencia para la selección personal de políticas, intervenciones y servicios de salud, así como para la asignación eficiente de recursos y evaluar medidas de control e intervenciones sanitarias y respaldar la planificación de los servicios de salud.

2.1.3 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

En los últimos cien años en los países industrializados, se produce un cambio importante en el perfil de mortalidad; actualmente, las causas más importantes de muerte son las enfermedades cardiovasculares y neoplasias malignas, mientras que las enfermedades transmisibles, como neumonía e influenza, son responsables de una reducida proporción de las defunciones. Los países no industrializados presentan diferente evolución; en ellos persisten las enfermedades transmisibles y la desnutrición como causa de morbilidad y mortalidad, observándose simultáneamente un importante aumento de la mortalidad por enfermedades no transmisibles.

"…Una de las tareas de la epidemiología es la organización y descripción de los datos colectados, para lo cual se utilizan las variables epidemiológicas; caracterizando los procesos saludables y destructivos, a fin de intervenir frente a la salud, mediante acciones de promoción (potenciar la salud); frente a la enfermedad y muerte a través de acciones de prevención profunda…" (OPS/OMS., 2009)

2.2 SISTEMAS DE SALUD

En un sistema de salud, hay que considerar los aspecto éticos, técnico - políticos, socioculturales y económicos; los actores que lo constituyen y cuyos roles específicos interrelacionados tienen como finalidad alcanzar el bienestar individual y colectivo, que a su vez, implica un efecto positivo en la prosperidad y desarrollo de una sociedad (Villacrés, 2010)

Sistema de Salud es el conjunto de sectores y subsectores que concurren a mantener y a perfeccionar la salud de la población, un sistema de salud abarca todos los recursos que el país , estado o comunidad dedica a la promoción de la salud, a la prevención de las enfermedades y a la recuperación de la salud, incluyendo todas las organizaciones sanitarias; es el resultado de la interacción o la relación que surge entre la comunidad que tiene necesidad de salud y la respuesta de la sociedad en forma de políticas y organización de servicios

2.2.1. FUNCIONES

Los sistemas de salud tienen cuatro funciones: rectoría, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios.

La rectoría es la función rectora del Estado en la formulación de políticas públicas de regulación del financiamiento y aseguramiento en el sector de la salud, y de la producción de salud que incluye la de servicios de salud. (Villacrés, 2010)

Ejecutar las funciones de salud pública se refiere al desarrollo de las funciones propias de la autoridad sanitaria.

Funciones esenciales de salud pública:

- 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 la 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 salud pública.
- Fortalecer la capacidad institucional de regulación y fiscalización 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 y colectivos.
- Promover y realizar investigación en salud pública.
- Promover la reducción del impacto en salud, de las emergencias y desastres.

Financiamiento se refiere a la movilización de recursos financieros desde los diferentes agentes económicos (gobierno, hogares y empresas), así como la acumulación de dinero en fondos reales o virtuales (v.g., fondos de seguridad social, presupuestos públicos para la atención a la salud, ahorros familiares) que se asignan mediante una variedad de acuerdos institucionales con destino y uso definido, esta es: función indelegable del estado en función de la rectoría: (Villacrés, 2010)

- 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 más 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. (ISALUD- MSP, 2002-2003)

Aseguramiento Garantía de acceso efectiva a la salud cuando se requiera, con lógica de equidad y eficiencia, y con el objetivo de obtener salud y satisfacción social mediante la solidaridad como el esfuerzo conjunto de una colectividad (Villacrés, 2010)

La Provisión de servicios es Se refiere a la armonización de los objetivos de producción, factores de producción y modalidades y técnicas de producción que permiten la obtención de productos derivados de los riesgos, necesidades y problemas de salud y sus determinantes. (Villacrés, 2010)

2.2.2 DESCRIPTORES DE CALIDAD EN EL SISTEMA DE SALUD

Los descriptores de calidad en el sistema de salud son: responsabilidad, pertinencia, efectividad, eficiencia, integración, sistemas de información, separación de funciones, participación y comunicación y gestión sistémica. (Placencia, 2001)

- **Responsabilidad,** comprende la población definida, explícita, universalmente atendida.
- **Pertinencia**, oferta racional de servicios, concertada dentro de la necesidad sentida.
- **Efectividad**, niveles de complejidad apropiados, interconectados y con estándares consensuados.
- **Eficiencia,** complementariedad y comunicación entre niveles, sin vacíos, traslapes ni repeticiones.
- **Integración,** proveedores y otros actores interactuantes, independientemente de la lógica y propiedad de los servicios.
- **Sistemas de información**, integrados y dirigidos a la toma de decisiones, monitoreo e investigación operativa apuntando a la retroalimentación y con elementos que permita monitorizar los estándares éticos y técnicos.

- **Separación de funciones entre:** proveedores, financiadores, reguladores (se aplica a subsistemas de provisión de servicios de atención individual de salud) y estructuras de la sociedad civil.
- **Participación y comunicación**, espacios y mecanismos suficientes para mantener la participación comunitaria, el diálogo social, la información, la escucha, la rendición de cuentas y la transparencia en forma pertinente al sistema entero con equidad de nivel económico, de género, geográfica y demográfica.
- **Gestión sistémica**, mecanismo suficiente para mantener la operatividad descentralizada, con centralización de controles, de normatividad y de políticas, con eficiencia, participación comunitaria, intersectorialidad, interacción con todos sus actores y financiación coherente.

2.2.3 MODELOS DE SISTEMAS DE SALUD

En el mundo se reconocen tres modelos de sistemas de salud de acuerdo a las fuentes de financiamiento, población cubierta y propiedad de la provisión de servicios.

El modelo de seguro social, con cobertura universal, financiamiento público a través de un seguro social (esencialmente por aportes y contribuciones de empleados y empleadores) y provisión (esencialmente) privada de servicios, como en Alemania, Japón, Canadá, los países bajos y Francia. De algún modo corresponde al modelo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS-SSC). (ISALUD- MSP, 2002-2003)

El modelo público universalista, con cobertura universal, financiamiento público a través de impuestos y provisión pública de servicios a través de hospitales públicos y médicos asalariados, característico de Gran Bretaña y que con diversos matices se aplica en Irlanda, los países nórdicos de Europa (Noruega, Suecia y Dinamarca), la península Ibérica (España y Portugal), los países de la antigua URRS, Italia, Grecia y Cuba. (ISALUD- MSP, 2002-2003)

El modelo privado, con cobertura limitada a los asegurados, financiamiento privado a través de prepagos y provisión privada de servicios, cuyo principal exponente es el sistema de salud de los Estados Unidos. Más recientemente las IASPRE Chilenas y la tradicional medicina prepaga. (ISALUD- MSP, 2002-2003)

2.3 SERVICIOS DE SALUD

Los servicios públicos son prestaciones de interés general, para cubrir necesidades colectivas, pueden estar desarrollados por organismos del estado o por concesionarios privados o con fines de lucro. El objetivo principal de la asistencia sanitaria debe ser la prestación de servicios de calidad mediante la utilización óptima de todos los recursos. Las características de los servicios de salud son:

- Componente social: Salud como bien preferencial para la sociedad
- Proceso productivo complejo.
- Los pacientes no buscan hacer uso de las prestaciones
- El usuario ingresa como insumo a la organización, portando un elevado grado de tensión
- Relación de agencia; Implica además una fiabilidad humana.
- Actividades muy descentralizadas (en soledad con el paciente), de gran cooperación horizontal (entre equipos de trabajo) y con situaciones límite
- La calidad objetiva puede estar muy alejada de la calidad subjetiva
- Presencia de un tercer pagador.

Las empresas de salud son empresas prestadoras de servicios que deben estar inmersas en un proceso de innovación continua de aprendizaje de valores y su posterior comunicación para que lleguen a los usuarios; están sujetas a cambios demográficos, tecnológicos, del conocimiento, de los costos crecientes y de las exigencias de la sociedad.

Dentro de las características de una empresa sanitaria, las decisiones más graves y urgentes se toman sin intervención jerárquica las decisiones fundamentales son

clínicas, el principal recurso es su gente y de la más alta calificación, se gestiona por transferencia de riesgo, el insumo principal es el que recibe el servicio, ***la producción hospitalaria debe ser personalizada y humanizada***, no pagan los pacientes y por tanto, no existe un control directo del consumidor.

2.3.1 DESCRIPTORES DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD INDIVIDUAL

La calidad en salud está relacionada con la satisfacción total de las necesidades de aquellos que más necesitan el servicio, al menor costo de la organización y dentro de los límites fijados por las autoridades superiores; la calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos, los descriptores de calidad son:

- Accesibidad: económica, geográfica, cultural y además con equidad de género.
- Efectividad: cumplimiento de un conjunto de estándares de acreditación, desempeño técnico y producción.
- Eficiencia: cumplimiento de un conjunto de estándares de rendimiento, costo efectividad y costo beneficio.
- Integralidad: facilitar que la atención individual incluya promoción, curación y prevención.
- Pertinencia: actividades relevantes dentro del confluente de necesidad sentida, efectividad y eficiencia, evitando irracionalidades de oferta.
- Permanencia, presencia del servicio en el horario y calendario que permita la continuidad intra e ínter episodios.
- Polivalencia, recursos humanos apropiados para afrontar las diferentes necesidades de APS.
- Aceptabilidad, según la percepción de usuarios y estándares éticos y con equidad de género.

- Participación y Comunicación, espacios y mecanismos suficientes para mantener la participación comunitaria, el dialogo social, la información, la transparencia y la rendición de cuentas.
- Gestión sistémica, mecanismos suficientes para lograr la administración con centralización de normas y política, junto a descentralización operativa, efectividad y eficiencias altas, participación comunitaria, intersectorialidad e interacción sistémica. (Placencia, 2001)

2.3.2 RED DE SERVICIOS

Son sistemas sociales cubiertos en los cuales por medio de la participación 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.

La Red Pública Integral de Salud está conformada por: el Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y Seguro Social Campesino, Fuerzas Armadas y Policía Nacional como lo dispone el artículo 36059 de la Constitución, a esta red debe articularse las Unidades de Atención de la Dirección de Rehabilitación Social. (MSP., Modelo de Atención Integral del sistema Nacional de Salud, 2012)

Esta liderada por la Autoridad Sanitaria en coordinación con las autoridades de las instituciones del sector público. Los proveedores privados con o sin fines de lucro conformarán la red complementaria.

La organización de la Red Pública Integral debe considerar los siguientes criterios (OPS/OMS., Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud. Red Pública Integral de Salud, 2009):

- Población y territorio a cargos definidos, necesidades de salud, oferta de servicios de salud.

- Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, de salud mental y los niveles de diversidad de la población; un sistema de gobernanza único para toda la red;
- Prestación de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, así como estrategias y programas nacionales priorizados en función de la identificación de riesgos.
- Organización e implementación del sistema de atención de emergencias
- El primer nivel de atención debe tener un carácter multidisciplinario, abarca a toda la población y sirve como puerta de entrada obligatoria al sistema. Capacidad resolutiva para atender y solucionar la mayor parte de las necesidades de salud de la población;
- Prestación de servicios especializados de acuerdo a las necesidades de la población que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios;
- Conjunto de prestaciones prioritarias definidas
- Funcionamiento del tarifario del SNS, mediante el cruce de cuentas entre instituciones públicas.
- Cartera de servicios complementaria
- Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud;
- Participación social amplia;
- Gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, clínico y logístico;
- Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red;
- Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red;
- Financiamiento adecuado e incentivos alineados con las metas de la red; y Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.
- Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.

2.4 ATENCIÓN DE SALUD

El proceso de prestación de salud puede variar en distintos países o en distintos lugares de un mismo país; la prestación de atención de salud puede clasificarse de distintas maneras, por lo general se clasifica de acuerdo con el objetivo del servicio prestado; de este modo se dividen las actividades de salud en: actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

2.4.1. PROMOCIÓN DE LA SALUD

"…**La promoción de la salud** se define como: el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla…" (OPS, 1999); propone que sea llevada a cabo centrándose en cinco campos de acción: elaboración de políticas públicas favorables a la salud, reforzamiento de la acción comunitaria, desarrollo de las habilidades personales, creaciones de entornos propicios a la salud y reorientación de los servicios de salud.

2.4.2. PREVENCIÓN DE LA SALUD

Prevención, las acciones de prevención están referidas a evitar un posible daño de la salud, orientadas a "adelantarse" a la amenaza tomando medidas para evitar la aparición del daño, como la vacunación para evitar ciertas enfermedades y tienen o pueden tener un carácter individual, el fomento de la salud y la prevención de la enfermedad se lo hace a través de:

Prevención Primaria, cabalga entre los tres ámbitos (individuo, familia y comunidad) con diferentes escenarios, pero hay temas en los que predomina en la comunidad y en otros en el individuo. (Placencia, 2001)

Prevención Secundaria, se da predominantemente sobre el individuo y la familia y en los escenarios de atención individual de salud, pero no está exenta de intervenir en la comunidad en escenarios diferentes. (Placencia, 2001)

Prevención Terciaria medicina **rehabilitadora**, tiene claramente dividido su ámbito entre los servicios de atención individual de salud en donde adquiere el nombre de rehabilitación y los de la familia y comunidad, en donde su meta es evitar la minusvalía e inducir la reinserción social. (Placencia, 2001)

2.5 NIVELES DE COMPLEJIDAD.

Para poder brindar una atención en salud acorde a las necesidades crecientes de los usuarios de los servicios, es necesario realizar estudios o encuestas que permitan saber cuál es el comportamiento de la demanda; los estudios de morbilidad han demostrado que cerca del 80% de las patologías totales pueden ser resueltas satisfactoriamente con profesionales generales adecuadamente dotados, existe un 15% que requiere del consumo de médicos especialistas para lograr una atención acorde a sus patologías y finalmente un 5% de las patologías que ameritan ser tratadas por subespecialidades clínicas y/o quirúrgicas para solucionar sus problemas. (Malagón, 1998).

Aunque los servicios de atención de la salud constituyen un sistema continuo, tradicionalmente se han distinguido tres niveles: Primer nivel de atención: servicios ambulatorios de centros asistenciales no hospitalarios; Segundo nivel de atención: servicios de internación y de ambulatorios de los hospitales generales de baja y media complejidad; Tercer nivel: servicios de internación y de ambulatorios muy especializados, en hospitales de alta complejidad. (ISALUD-MSP, 2002-2003).

Los **servicios del primer nivel** de atención se han planteado como 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; este nivel esta caracterizado por instituciones de menor tamaño donde asiste el médico general para dispensar atención ambulatoria y hospitalaria principalmente de consulta externa, urgencias y hospitalización de corta estancia para entidades de menor severidad.

"…Los **servicios de segundo nivel**, constituidos por hospitales de mayor tamaño y donde se prestan servicios relacionados con la atención médica: medicina interna, cirugía, pediatría, gineco obstetricia, y psiquiatría. Básicamente consiste en establecer el diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y limitación del daño…" (Malagón, 1998)

Por lo general es una atención dirigida a la función fisiológica del individuo; se proporciona en hospitales generales, centros de salud con hospital y consultas externas especializadas, es raro que su cobertura abarque zonas rurales de difícil acceso geográfico, zonas marginadas e inclusive parte de población suburbana.

Los **servicios del nivel terciario** 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 y grandes quemados.

2.6 SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS

Las Unidades Funcionales del Hospital, que son unidades de procesos, a su vez pueden agregarse en dos grandes grupos: *las Unidades Funcionales Asistenciales* se encuentran en dos áreas: el área de los servicios finales y el área de los servicios intermedios o auxiliares del diagnóstico y la terapéutica; *las Unidades Funcionales no Asistenciales* se encuentran en tres áreas: el área administrativa, el área de servicios generales o servicios de apoyo y el área de docencia e investigación; con lo cual el Hospital queda conformado por 5 grandes áreas: servicios finales, servicios intermedios, docencia e investigación servicios de apoyo y administración. (ISALUD-MSP M. , 2002-2003)

Área de servicios finales, el área de gestión clínica está conformada por los sectores y unidades funcionales en los cuales se produce la interacción permanente con el paciente, con procesos artesanales difíciles de sistematizar,

con elevado número de profesionales de gran especialización en los cuales solamente es posible que egrese el producto hospitalario: el paciente curado total o parcialmente y el paciente fallecido; esta área comprende los siguientes sectores: sector de internación de pacientes en cuidados mínimos, sector de consultorios externos, sector de urgencias, sector de cuidados especiales y sector de hospital de día.

Área de servicios intermedios, también conocida como área de diagnóstico y terapéutica está conformada por aquellas unidades funcionales que interactúan en forma transitoria en la asistencia del paciente que contribuyen en el resultado del producto pero de las cuales no egresa directamente el paciente; donde los procedimientos son más rutinarios más fáciles de realizar, en los cuales interviene más personal técnico así como más tecnología de punta en constante evolución.

Área administrativa, en esta área se reconocen: el sector gestión de pacientes, de gestión económica financiera y el sector gestión de suministro.

Área de servicios generales de apoyo, en esta área se reconocen el sector de *conservación y mantenimiento* y el de *hotelería*.

Área de docencia e investigación, se reconocen el sector de *docencia* y el sector de *comités técnico científicos*.

2.6.1 BIOSEGURIDAD

Bioseguridad, término empleado para reunir y definir las normas relacionadas con el comportamiento preventivo del personal del hospital frente a riesgos propios de su actividad diaria; la prevención es indudablemente la mejor estrategia contra la infección, la infección ya constituida, aumenta los riesgos de morbilidad y mortalidad, aumenta notablemente los costos directos de atención de la salud, puede comprometer la salud de la comunidad hospitalaria, de la familia y muchas veces de la comunidad en general; el factor más importante de prevención es la actitud que asuma cada individuo, a merced de un proceso educativo, frente al riesgo de infecciones.

Por la trascendencia de la limpieza dentro de las acciones de prevención, debe ser reglamentada, supervisada y evaluada permanentemente, el personal debe someterse a frecuentes programas de educación continua, el trabajador debe

cumplir las medidas necesarias de protección, sobre lo cual debe tener plena conciencia. Se requiere además de un reglamento general, un manual de normas y procedimientos para cada dependencia; el hospital velará por el cumplimiento de las precauciones universales para prevención de contaminación de los trabajadores de la salud, desarrollará programas de educación continua sobre el particular, facilitará todas las medidas de protección, colocará en un lugar visible llamadas de atención para recordar la práctica permanente de las precauciones.

2.7 ADMINISTRACIÓN POR PROCESOS

2.7.1 DEFINICION

La Administración por procesos es la forma de gestionar toda la organización basándose en los procesos, entendiendo estos como una secuencia de actividades orientadas a generar un valor añadido sobre una entrada para conseguir un resultado, y una salida que a su vez satisfaga los requerimientos del cliente. (Alfaro, 2009).

La administración por procesos es una forma de organización en el que se concentra la atención en cada una de las transacciones o procesos que realiza la empresa en lugar de sólo el resultado final. Pues las empresas y/o las organizaciones son tan eficientes como lo son sus procesos, se elimina las ineficiencias de las organizaciones departamentales, se basa en procesos y no en personas, potenciando una actitud al cambio en la gente y con un objetivo común en el cliente.

En los tiempos actuales las empresas han optado por la estrategia de cambio y la implementación de herramientas administrativas que les permitan mejorar su gestión. (Procesos, outsourcing, calidad total, seis sigma, poka yoke, QFD, entre otros). Una empresa con estructuras organizativas rígidas, conlleva la ejecución de sus actividades de manera fraccionada, dificulta el flujo de la comunicación y hace que primen los intereses de las áreas o funciones de una forma aislada sobre los de la organización.

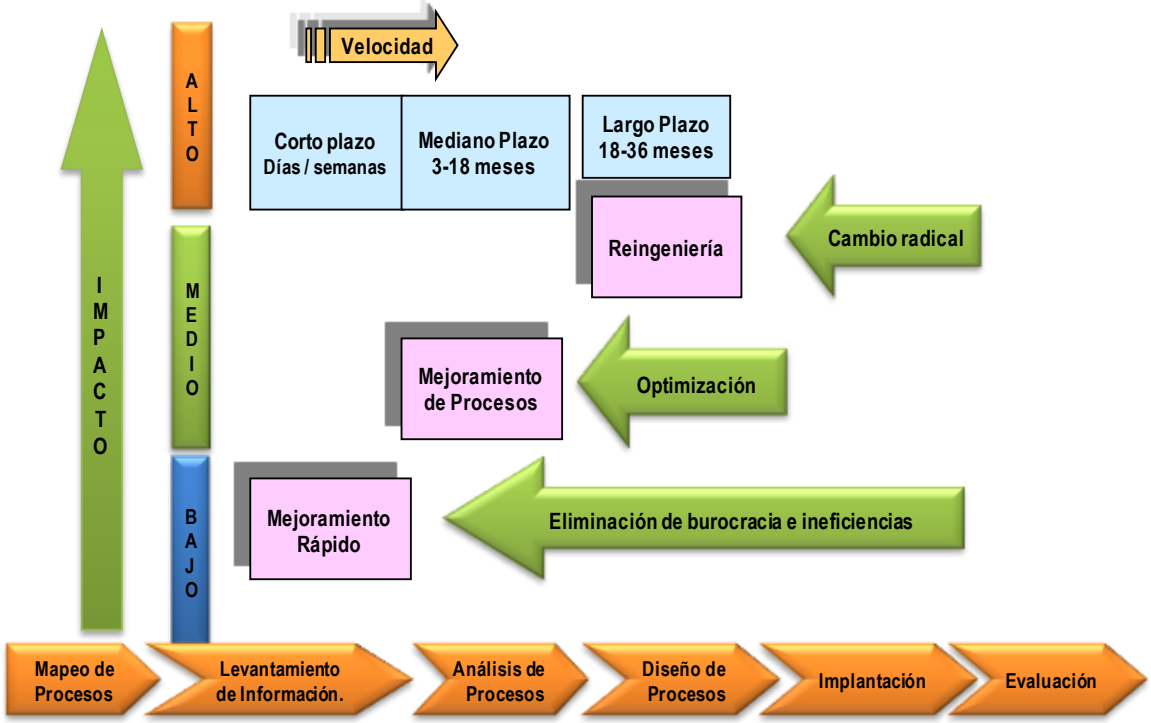
Como respuesta a esta necesidad surge la estrategia de: la adopción de un enfoque de procesos o la gestión por procesos, la cual busca que las Empresas tengan estructuras con una mayor capacidad de adaptación al entorno cambiante, mayor flexibilidad, más capacidad para aprender, más capacidad de crear valor y con una mayor orientación hacia el logro de los objetivos. La gestión por procesos es una forma de conducir o administrar una organización, concentrándose en el valor agregado para el cliente y las partes interesadas.

2.7.2 FILOSOFIA DE LA ADMINISTRACION POR PROCESOS

En el gráfico No 2, se representa la **filosofía de la administración por procesos**, cuando se concentra la atención en el proceso y no en la organización funcional. . (Harrington, 1998)

GRAFICO No. 2

FILOSOFÍA DE LA ADMINISTRACIÓN POR PROCESOS



Fuente: Filosofía de Procesos Apuntes de Ingeniería por Procesos E.P.N. año 2002

2.7.3 CULTURA DE PROCESOS

Características de una cultura de procesos, los nuevos esquemas gerenciales son reflejo de la forma como la organización piensa y opera, exigen entre otros aspectos: un trabajador con el conocimiento para desarrollar y alcanzar los objetivos del negocio; un proceso flexible ante los cambios introducidos por la organización; una estructura plana, ágil, reducida a la mínima expresión que crea un ambiente de trabajo que satisfaga a quienes participen en la ejecución de los objetivos organizacionales; un sistema de recompensa basado en la efectividad del proceso donde se comparte el éxito y el riesgo; y un equipo de trabajo participativo en las acciones de la organización.

El enfoque considera importante plantear los aspectos de mayor relevancia:

- El desarrollo de la cultura organizacional relacionados con los factores de la empresa.
- La cultura dentro de un proceso de cambio organizacional.
- La cultura organizacional con la gerencia de recursos humanos como estrategia competitiva.

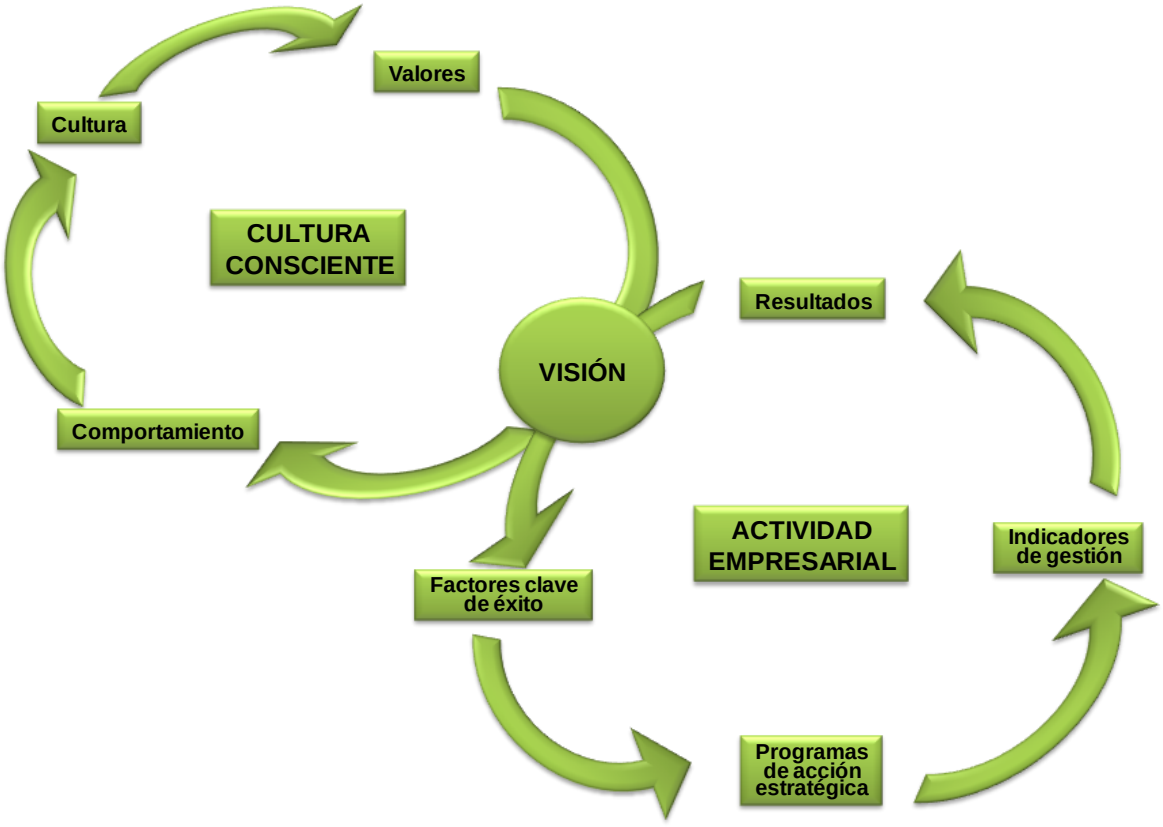
La cultura organizacional es uno de los pilares fundamentales para apoyar a todas aquellas organizaciones que quieren ser competitivas, conformada por valores, reglas, patrones de comportamiento rituales y tradiciones, es la manera en que se hacen las cosas aquí. La actitud de la organización es la manifestación visible de la cultura que ella prevalece.

La cultura es considerada como todo aquello que identifica a una organización y la diferencia de otra haciendo que sus miembros se sientan parte de ella, ya que profesan los mismos valores, creencias, reglas, procedimientos, normas, lenguaje, ritual y ceremonias. (Lincango, 2006)

La cultura organizacional se articula con la visión prospectiva de futuro y la actividad empresarial, según gráfico No. 3

GRAFICO No. 3

RELACION ENTRE CULTURA ORGANIZACIONAL Y ACTIVIDAD EMPRESARIAL



Fuente: El Cuadro de Mando Integral, Olve, Roy yWetter. Los Círculos Virtuosos de Nat West Life

2.7.4 OBJETIVOS DE LA ADMINISTRACION POR PROCESOS

Los objetivos, son:

- Satisfacer los requerimientos de los clientes (eficacia).
- Eliminar las actividades que no agregan valor (eficiencia)
- Establecer como meta cero errores, teniendo consistencia y predictibilidad en los procesos.
- Desarrollar y aumentar la confianza, autoridad y autonomía de quienes operan el proceso, llevando las decisiones lo más cerca del cliente.
- Fomentar el liderazgo de las personas y del propio proceso en sí.

La característica es que proporciona una herramienta para administrar y rediseñar el flujo de trabajo haciéndolo más eficiente y adaptado a las

necesidades de los clientes; los procesos lo realizan personas (clientes internos) y los productos los reciben personas (clientes externos); tiene en cuenta en todo momento las relaciones entre proveedores y clientes; cada proceso tiene que tener un responsable designado que asegure el cumplimiento y son (Alfaro, 2009):

- Medibles, se pueden incorporar medidas de valor tales como: Tiempo, costo, calidad
- Adaptables, fáciles de cambiar, mejorar (reducir variaciones, prevenir errores)
- Se puede detectar con facilidad la problemática asociada a cada proceso.
- Resultado del proceso, productos
- Tipos de producto: Estudios, convenios, contratos.
- Todos los procesos tienen que satisfacer el ciclo Planificación, Desarrollo, Control, Ajustes y puesta en marcha (PDCA).

2.7.5 GESTIÓN POR PROCESOS

Existen factores que inciden en el éxito de un enfoque de **gestión por procesos,** los cuales hacen la diferencia entre las organizaciones cuya percepción de gestión normalizados son un gasto injustificado y las que lo valoran como una inversión de carácter de un activo intangible. (Alfaro, 2009)

- **La estrategia**, la adopción de un enfoque de gestión por procesos debe ser parte de las estrategias de la gerencia y es una decisión de negocios que debe tomarse de manera integral
- **La cultura,** para implementar la gestión por procesos debe haber un cambio cultural el cual incluya la identificación de principios y valores que deben estar presentes en cada una de las personas que integran la empresa
- **La estructura organizacional,** la adopción de la gestión por procesos transforma la estructura organizacional, la responsabilidad y autoridad de las personas, el sistema formal de comunicación, la división del trabajo y la coordinación y control de las actividades, inclusive afecta las jerarquías

(que se opondrán al cambio), ya que con ellas se busca cambiar el modelo burocrático y vertical por un modelo de creación de valor en sentido horizontal.

- **Los procesos críticos,** la gestión por procesos implica identificar los procesos que son críticos para el negocio y que afectan al cliente y las partes interesadas, buscando un sistema que permita gestionar procesos que agreguen valor al producto final de la actividad de la empresa.
- **La creación de valor,** la gestión por procesos está centrada en el valor agregado y debe diseñarse un sistema de creación de valor que se pueda medir con indicadores de eficacia (valor percibido por el cliente y rentabilidad del negocio) y eficiencia (mejora de procesos, y disminución de costos), si esto no seda, el sistema no está bien definido. (Alfaro, 2009)

2.7.6 DEBILIDADES EN LAS ORGANIZACIONES

Debilidades estructurales comunes en las organizaciones funcionales:

- Desconocimiento de la Estructura de procesos y la interrelación entre los mismos.
- Dificultad de llevar la Estrategia a la Operación.
- Falta de integridad de los diferentes sistemas de gestión.
- Gestión ineficiente de recursos y servicios: Personas, TI, materiales, etc., según las necesidades de cada área; no según las necesidades de cada proceso.
- Baja confiabilidad en el Costeo de Productos: Recursos (T. H., Tecnología, Información, etc.) asignados y utilizados por dependencias, no congruentes con los procesos.
- Dificultades para la evaluación corporativa sistémica e integral.
- Impacto negativo en la Productividad, Competitividad y Rentabilidad: No logro de objetivos estratégicos

Debilidades operativas comunes en las organizaciones funcionales:

- ❖ Exceso de procedimientos y actividades manuales.
- ❖ Numerosos formatos y papeles en cada dependencia.
- ❖ Poco conocimiento de lo que hace cada quien.
- ❖ Sin estándares.
- ❖ Carencia de controles o controles inadecuados.
- ❖ Información aislada en cada área.

2.7.7 ENFOQUE FUNCIONAL VS. ENFOQUE POR PROCESOS

A continuación se detalla el enfoque funcional versus el enfoque por procesos, destacándose las personas como talento humano, orientado al cliente , trabajo en equipo y la importancia de mejorar el proceso, según cuadro No. 1

CUADRO No. 1

ENFOQUE FUNCIONAL VS. ENFOQUE POR PROCESOS

COMPARACIÓN POR ACTUACIÓN		
ELEMENTOS DE COMPARACIÓN	ENFOQUE FUNCIONAL	ENFOQUE POR PROCESOS
Orientación de resultados	Orientado a la tarea	Orientado al cliente
¿Qué se debe comprender?	El trabajo	El proceso
Orientación colaborativa	Hacer mi trabajo	Trabajar en equipo
Pregunta frente a un problema	¿Quién cometió el error?	¿Qué permitió el error?
¿Qué se evalúa?	El individuo	El proceso
¿Donde se ve el problema?	Los empleados son el problema	El proceso tiene problemas
Solución al problema	Cambiar el empleado	Mejorar el proceso
¿Qué son las personas?	Empleados	Talento humano

Fuente: Alfaro Salvador, Businesss Process Management, Gestion por Procesos, 2009

Desde el punto de vista la organización por procesos, se destaca el “equipo”, se destaca el cumplimiento de objetivos estratégicos, medidas de desempeño alineadas con los objetivos del proceso, respuesta a los requerimientos del mercado y comunicación y colaboración mejorada entre diferentes áreas funcionales, según cuadro No.2

CUADRO No. 2

ORGANIZACIÓN FUNCIONAL VS. ORGANIZACIÓN POR PROCESOS

ELEMENTOS DE COMPARACIÓN	ORGANIZACIÓN FUNCIONAL	ORGANIZACIÓN POR PROCESOS
UNIDAD DE TRABAJO	DEPARTAMENTO O ÁREA	EQUIPO
Figura clave	Ejecutivo funcional	Propietario del proceso
Beneficios	Excelencia funcional	Excelencia en la respuesta a los requerimientos del mercado
	Balance de trabajo más fácil porque los trabajadores tienen habilidades similares	Comunicación y colaboración mejorada entre diferentes tareas funcionales
	Dirección administrativa clara sobre como el trabajo debe ser desempeñado	Medidas de desempeño alineadas con los objetivos del proceso
	Cumplimiento de objetivos del departamento	Cumplimiento de objetivos estratégicos
Debilidades	Barreras a la comunicación entre diferentes funciones	Duplicación de la experiencia funcional
	Entregas pobres entre funciones que afectan el servicio al cliente a fin para optimizar el desempeño organizacional	Inconsistencia del desempeño funcional entre procesos
	Carencia de enfoque de fin	Complejidad operacional incrementada
Valor estratégico	Estrategia de liderazgo en costos	Estrategia de diferenciación

Fuente: Alfaro Salvador, Businesss Process Management, Gestion por Procesos, 2009

2.7.8 DIFERENCIA ENTRE ORGANIZACIÓN TRADICIONAL Y POR PROCESOS

A continuación en el cuadro No. 3, se evidencia la diferencia entre la *organización tradicional y gestión por procesos*, destacándose la orientación al cliente, estructura horizontal, centrada en el producto o servicio que genere valor agregado, de manera integrada, a través de un equipo de trabajo (Alfaro, 2009)

CUADRO No. 3

CARACTERÍSTICAS DE LOS PROCESOS

Qué es Gestión por Procesos?

Características

	Esquema Tradicional	Gestión por procesos
¿A quien satisfacer?	Jefe	Cliente
Centrarse en	Tarea	Producto/Servicio
Enfoque	Fragmentado	Integrado
Perspectiva del ejecutor	Vertical	Horizontal
Héroe/Heroína	Gerente	Ejecutor
Compañeros	Aislados	Colegas
Unidad de Trabajo	Funcionario	Equipo
Remuneración	Con o sin resultados	Produciendo resultados
Comportamiento	Evitar Problemas o señalamiento	Solución de Problemas o empoderamiento
Conocimientos	Rutinarios	Agregan valor
Entrenamiento	Mínimo	Exponencial
Dirección	Supervisor	Aportes múltiples

Fuente: Alfaro Salvador, Businesss Process Management, Gestion por Procesos, 2009

Los elementos estratégicos en un enfoque por procesos se diferencia del funcional en la estructura organizacional sistémica, la actitud dominante es el liderazgo, la actuación externa y abierta, el recurso fundamental es el conocimiento, la proyección del recurso humano es ser profesional y la actitud de generar valor agregado, según cuadro No. 4.

CUADRO No. 4

ENFOQUE FUNCIONAL VS. ENFOQUE POR PROCESOS

COMPARACIÓN POR ELEMENTOS ESTRATÉGICOS		
ELEMENTOS DE COMPARACIÓN	ENFOQUE FUNCIONAL	ENFOQUE POR PROCESOS
Estructura organizacional	Jerárquica	Sistémica/interconectada
Actuación	Interna y cerrada	Externa y abierta
Recurso principal	Capital	Conocimiento
Proyección de RRHH	Directivos	Profesionales
Dirección	Ordenes gerenciales	Auto-gerencia
Compensación	Ascensos	Realización propia
Actitud de RRHH	Cumplir	Generar valor
Actitud dominante	Jefatura	Liderazgo
Control ejercido	Control externo	Autocontrol

Fuente: Alfaro Salvador, Businesss Process Management, Gestion por Procesos, 2009

2.7.9 DEFINICIÓN DE PROCESO

Proceso, es un conjunto de recursos y actividades interrelacionados que transforman elementos de entrada en elementos de salida; los recursos pueden incluir personal, finanzas, instalaciones, equipos, técnicas y métodos. (Alfaro, 2009).

Proceso, según Harrington H.J., *es* cualquier actividad o grupo de actividades que emplee un insumo, le agregue valor a éste y suministre un producto a un cliente externo o interno. Los procesos utilizan los recursos de una organización para suministrar resultados definitivos.

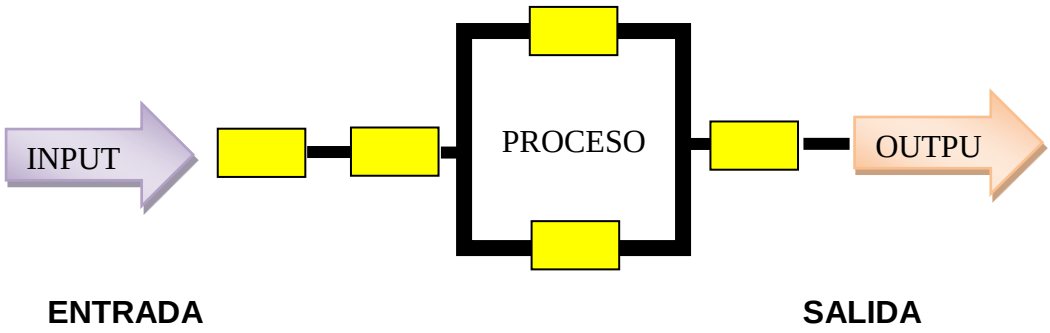
2.7.10 CARACTERÍSTICAS DE UN PROCESO

- Se pueden describir las entradas y las salidas
- El Proceso cruza uno o varios limites organizativos funcionales.
- Son capaces de cruzar verticalmente y horizontalmente la organización.
- Un proceso responde a la pregunta "que", no al "como"
- El proceso tiene que ser fácilmente comprendido por cualquier persona de la organización.
- El nombre asignado a cada proceso debe ser sugerente de los conceptos y actividades incluidos en el mismo.

En el gráfico No.4, se aprecia el esquema del proceso

GRÂFICO No. 4

ESQUEMA DE PROCESO



Fuente: Harrington H. J. Mejoramiento de los procesos de la empresa. The International Quality Advisor. Ernst & Young. San José, California.

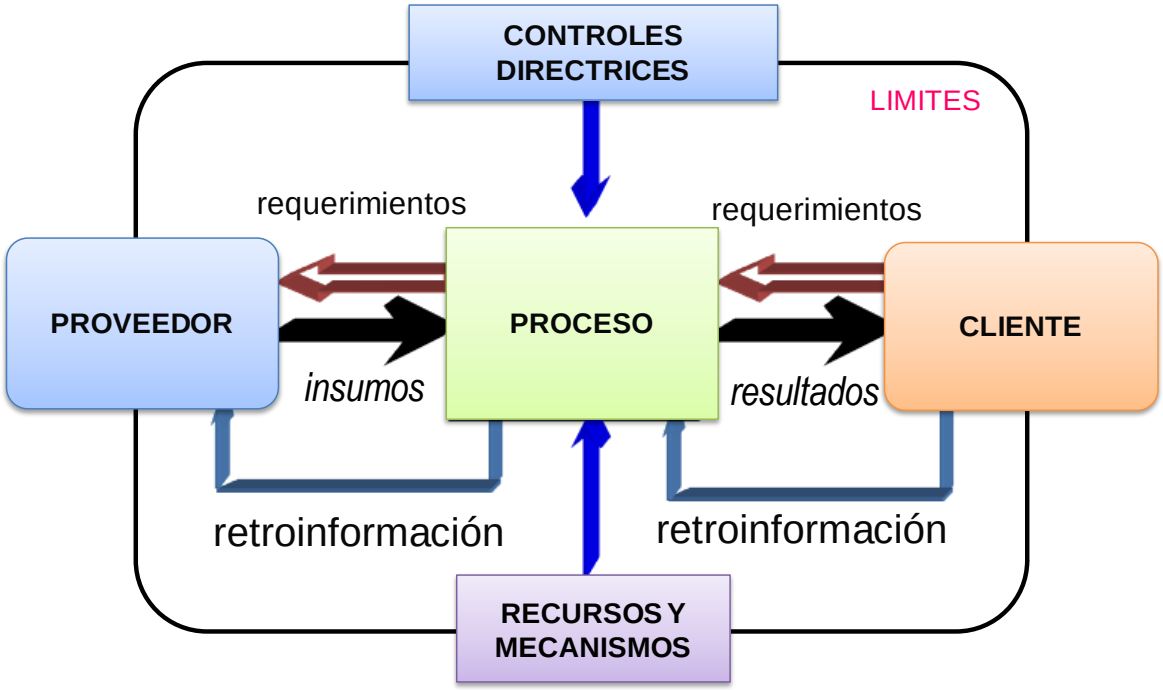
2.7.11 ELEMENTOS DE UN PROCESO

Según el gráfico No. 5, un proceso está formado por los siguientes elementos:

- **Entrada,** "insumo" que responda al estándar o criterio de aceptación definido y que proviene de un proveedor (interno o externo).
- **Recursos y estructuras**, para transformar el insumo de la entrada.
- **Un producto, "salida**" que representa algo de valor para el cliente interno o externo
- **Sistema de medidas y de control** de su funcionamiento.
- **Límites** (Condiciones de frontera), y conexiones con otros procesos, claros y definidos.

GRÂFICO No. 5

ELEMENTOS DE UN PROCESO



Fuente: L Donoso, Tesis: "Administración de Procesos en Organizaciones Inglesas", Nottingham Trent University, 1996

2.7.12 CADENA DE VALOR DE UNA ORGANIZACIÓN

Valor es la cantidad que los compradores están dispuestos a pagar por lo que una empresa les proporciona, crear el valor para los compradores que exceda el costo

de hacerlo es la meta de cualquier estrategia. Las actividades de valor se dividen en dos tipos: actividades primarias y actividades de apoyo. (Porter, 2002) .

- **Las Actividades Primarias (Hard),** son aquellas implicadas directamente con la creación física del producto, su venta y transferencia al comprador y los servicios de post-venta.

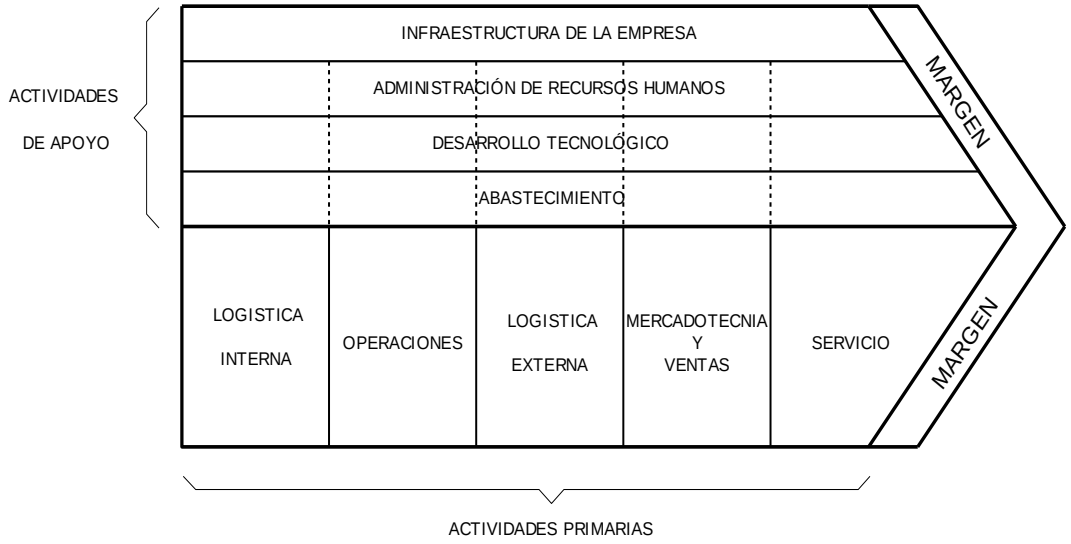
- **Las Actividades de Apoyo (Soft),** son las que dan el soporte a las actividades primarias y además se apoyan entre sí y son: *las de administración de los recursos humanos, las de compras de bienes y servicios, las de desarrollo tecnológico (telecomunicaciones, automatización, desarrollo de procesos e ingeniería, investigación) y, las de infraestructura empresarial (administración general, planeación, finanzas, contabilidad, asuntos legales, administración de calidad).*

- **El Margen**, es la diferencia entre el valor total y los costos totales incurridos por la empresa para desempeñar las actividades generadoras de valor.

En el gráfico No. 6, se observa la cadena de valor genérica, según el autor analiza desde el nivel funcional amplio y descompone cada función en las actividades individuales.

GRÁFICO No. 6

CADENA DE VALOR GENÉRICA



Fuente. Porter, Michael E. Ventaja Competitiva. Compañía Editorial Continental. México. 1996.

Dentro de cada categoría de actividades primarias y de apoyo, **hay tres tipos diferentes de actividades.**

- **Actividades Directas**, son aquellas directamente comprometidas en la creación de valor para el comprador. Son muy variadas y dependen del tipo de empresa así por ejemplo: maquinado de partes, operación de la fuerza de ventas, el diseño de productos, la publicidad, entre otras.

- **Actividades Indirectas**, son aquellas que le permiten funcionar de manera continua a las actividades directas, como es el caso de mantenimiento, operación de las instalaciones, administración de la fuerza de ventas.

- **Aseguramiento de la Calidad**, son las actividades que aseguran la calidad de otras actividades de la empresa, entre estas están: revisión, pruebas ajustes.

Cadena de valor, está inmersa en un campo más grande de actividades denominado sistema de valor, que es un conjunto complejo de actividades ejecutadas por un gran número de actores diferentes; este punto de vista considera al menos tres cadenas de valor adicionales a la genérica. (Porter, 2002)

- **Las Cadenas de Valor de los Proveedores**, crean y entregan los insumos usados en la cadena de valor de una empresa, los proveedores no solo entregan un producto, también pueden influir de muchas maneras en el desempeño de la empresa.

- **Las Cadenas de Valor de los Canales**, los productos pasan a través de varios canales hasta llegar al cliente, las actividades desarrolladas por los distribuidores de los productos o servicios influyen en las actividades de la empresa y en la satisfacción del usuario final.

- **Las Cadenas de Valor de los Compradores**, el producto de una empresa eventualmente llega a ser parte de estas cadenas de valor, el papel que desempeñe el producto en estas cadenas, determina las necesidades del comprador y es la base de diferenciación de la empresa.

Obtener y mantener la ventaja competitiva depende no solo comprender la cadena de valor de la empresa, sino cómo encaja la empresa en el sistema de valor general.

La métrica del valor puede definirse como aquellas **dimensiones (criterios) de valor** que el cliente reconoce o percibe en una organización, estas dimensiones son: **calidad, servicio, costo, y tiempo de ciclo**.

Algunas de las características que determinan estas nuevas dimensiones de medida para una empresa son: calidad, satisfacción de las necesidades del cliente, adecuación para el uso, integración de los procesos, variabilidad mínima de los productos, eliminación de dispendios, mejora continua, servicio, apoyo al cliente, servicios a los productos, apoyo a los productos, flexibilidad para

satisfacer las demandas de los clientes, flexibilidad para satisfacer los cambios del mercado, costo, diseño e ingeniería, conversión, sistema de aseguramiento de la calidad, distribución, administración, inventarios, materiales, tiempo de ciclo, tiempo para llegar al mercado, respuesta a las fuerzas de mercado, tiempo de entrega, materiales e inventarios.

2.7.13 CLASIFICACIÓN DE LOS PROCESOS

Por la complejidad los procesos se clasifican en:

- Macro proceso, constituye el primer nivel de agrupamiento de las acciones, es el conjunto de procesos interrelacionados (Beltrán, 2009)
- Proceso, es el segundo nivel de agrupamiento de las acciones , es el conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados. (Beltrán, 2009)
- Subproceso, constituyen el tercer nivel de agrupamiento de las acciones, es el conjunto de actividades interrelacionadas que transforman múltiples insumos para el logro de determinados resultados, empleando recursos humanos y/o físicos complementarios o comunes entre sí (Díaz, Manjarrés, Salcedo, Martínez, & Ordóñez, 2005)
- Actividad, constituye el cuarto nivel de agrupamiento de las acciones, es el conjunto de tareas o pasos interrelacionadas que conforman un procedimiento y que garantizan la obtención de un resultado particular. (Díaz, Manjarrés, Salcedo, Martínez, & Ordóñez, 2005)
- Tarea, constituyen la mínima unidad de división del trabajo así como el quinto y último nivel de agrupamiento de las acciones que ha de hacerse en un tiempo determinado (Díaz, Manjarrés, Salcedo, Martínez, & Ordóñez, 2005)

En función del impacto más o menos directo sobre el usuario final, de la siguiente forma:

- **Procesos estratégicos** como aquellos procesos que están vinculados al ámbito de las responsabilidades de la dirección, se refieren

fundamentalmente a procesos de planificación y a otros que se consideren ligados a factores clave o estratégicos. (Beltrán, 2009)

- **Procesos operativos,** como aquellos procesos ligados directamente con la realización del producto y/o la prestación del servicio. (Beltrán, 2009)
- **Procesos de apoyo** como aquellos procesos que dan soporte a los procesos operativos, se suelen referir a procesos relacionados con la gestión de los recursos y de las actividades de seguimiento y medición. (Beltrán, 2009)

2.7.14 DISEÑO DE PROCESOS

Para el modelamiento de procesos existen diversas técnicas y enfoques, los cuales son útiles para desarrollar esta actividad, estos son:

- Modelamiento estándar ANSI.
- Modelamiento de Procesos por Regulación.
- Modelo de Flujo y Redes de Compromiso.
- Modelamiento de Flujo Cliente-Proveedor.
- Modelo OMT/ Object Model Techniques.
- Modelamiento SADT / IDEF0.
- Flujogramas o Diagramas de flujo.

2.7.15 MAPA DE PROCESOS

La identificación y selección de los procesos debe nacer de una reflexión acerca de las actividades que se desarrollan en la organización y de cómo éstas influyen y se orientan hacia la consecución de los resultados.

Una organización puede recurrir a diferentes herramientas de gestión que permitan llevar a cabo la identificación de los procesos que componen la estructura, pudiendo aplicar técnicas de “Brainstorming” (tormenta de ideas), dinámica de equipos de trabajo, etc.

En cualquiera de los casos, es importante destacar la importancia de la implicación de los líderes de la organización para dirigir e impulsar la configuración de la estructura de procesos de la organización, así como para garantizar la alineación con la misión definida.

Una vez efectuada la identificación y la selección de los procesos, surge la necesidad de definir y reflejar esta estructura de forma que facilite la determinación e interpretación de las interrelaciones existentes entre los mismos; la manera más representativa de reflejar es a través de un **mapa de procesos**, que viene a ser la representación gráfica de la estructura de procesos que conforman el sistema de gestión.

El mapa de procesos es la representación gráfica de la estructura de procesos que conforman el sistema de gestión, para la elaboración de un mapa de procesos, y con el fin de facilitar la interpretación del mismo, es necesario reflexionar previamente en las posibles agrupaciones en las que pueden encajar los procesos identificados. La agrupación de los procesos dentro del mapa permite establecer analogías entre procesos, al tiempo que facilita la interrelación y la interpretación del mapa en su conjunto. (Beltrán, 2009)

Los principales factores para la identificación y selección de los procesos son:

- Influencia en la satisfacción del cliente.
- Los efectos en la calidad del producto/servicio.
- Influencia en Factores Clave de Éxito (FCE).
- Influencia en la misión y estrategia.
- Cumplimiento de requisitos legales o reglamentarios.
- Los riesgos económicos y de insatisfacción.
- Utilización intensiva de recursos.

La identificación y selección de los procesos debe nacer de una reflexión acerca de las actividades que se desarrollan en la organización y de cómo éstas influyen y se orientan hacia la consecución de los resultados; una organización puede

recurrir a diferentes herramientas de gestión que permitan llevar a cabo la identificación de los procesos que componen la estructura, pudiendo aplicar técnicas de Brainstorming (tormenta de ideas), dinámica de equipos de trabajo, etc.; en cualquiera de los casos, es importante destacar la importancia de la implicación de los líderes de la organización para dirigir e impulsar la configuración de la estructura de procesos de la organización, así como para garantizar la alineación con la misión definida. (Beltrán, 2009)

Algunas de las preguntas a formularse en este proceso son:

- ¿Para qué existe el proceso/unidad?
- ¿Cuál es el ámbito interno y externo en que opera la organización?
- ¿Cuáles son los principales productos y servicios que genera?
- ¿Pueden otros prestar los mismos servicios?
- ¿Cuál es la especificidad de este proceso/unidad?
- ¿Qué restricciones y posibilidades otorga el marco institucional?
- ¿Cuál es la percepción del equipo directivo de la situación del proceso/unidad?,
- ¿Cuál es la percepción de los empleados en torno a la situación del proceso/unidad?,
- ¿Qué piensa cada empleado con respecto a su propio rol o función?
- ¿Coinciden las percepciones de las jefaturas con la de los empleados?
- ¿Quiénes son los clientes?
- ¿Qué opinan los clientes acerca de la calidad del producto y/o servicio generados por el proceso/unidad? (Idrovo, 2006)

Una vez efectuada la identificación y la selección de los procesos, surge la necesidad de definir y reflejar esta estructura de forma que facilite la determinación e interpretación de las interrelaciones existentes entre los mismos; la manera más representativa de reflejar los procesos identificados y sus interrelaciones es precisamente a través de un mapa de procesos, que viene a ser la representación gráfica de la estructura de procesos que conforman el sistema de gestión. (Beltrán, 2009)

2.7.16 DIAGRAMA DE FLUJO

Un diagrama de flujo elaborado con un lenguaje gráfico coherente o convencional transmite un mensaje eficaz para comprender el proceso que se pretende estudiar, de ello surge la necesidad de concebir y admitir determinados símbolos a los que se les confiere un significado preciso y convenir también en determinadas reglas en cuanto a su aplicación. (Idrovo, 2006)

Ventajas que ofrece la técnica de diagramación

- *De uso:* Facilita el llenado y lectura del formato en cualquier nivel jerárquico.
- *De destino:* Al personal que intervendrá en los procedimientos le permite identificar y realizar correctamente sus actividades.
- *De aplicación:* Por la sencillez de su representación facilita la práctica de las operaciones.
- *De comprensión e interpretación:* Puede ser comprendida por todo el personal de la organización o de otras organizaciones.
- *De interacción:* Permite el acercamiento y mayor coordinación entre diferentes áreas u organizaciones.
- *De simbología:* Disminuye la complejidad gráfica por lo que los mismos empleados pueden proponer ajustes o simplificación de procedimientos, utilizando los símbolos correspondientes.
- *De diagramación:* Se elabora en el menor tiempo posible y no se requieren técnicas ni plantillas o recursos especiales de dibujo. (Idrovo, 2006)

Los símbolos de diagramación empleados internacionalmente son elaborados por las siguientes instituciones:

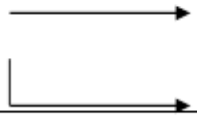
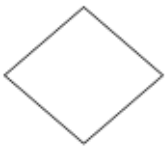
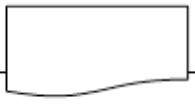
- *American Society of Mechanical Engineers (ASME):* que ha desarrollado los símbolos que a pesar de su amplia aceptación en áreas de producción, en el trabajo de diagramación administrativa su empleo es escaso ya que se considera que su alcance limita los requerimientos de esta materia.

- *American National Standard Institute (ANSI):* ha preparado una simbología para representar flujos de información del procesamiento electrónico de datos, de la cual se han adoptado algunos símbolos para diagramas de flujo administrativos.
- *International Organization for Standarization (ISO):* ha elaborado una simbología para apoyar el aseguramiento de la calidad a consumidores y clientes de acuerdo con las normas del grupo ISO-9000.
- *Instituto Alemán de Estandarización, Deutsches Institut fur Normung e.V (DIN):* ha desarrollado una simbología para la norma del proceso de información que es similar a la norma internacional ISO-5807.

En el cuadro No. 5, se observan los símbolos de la norma ANSI para elaborar diagramas de flujo (Diagramas Administrativos) (Idrovo, 2006)

CUADRO No. 5

SIMBOLOS DE LA NORMA ANSI PARA DIAGRAMAS DE FLUJO

SIMBOLO	REPRESENTA
	**DIRECCIÓN DEL PROCESO** Sirve para indicar el orden de ejecución de las operaciones. Son líneas rectas horizontales o verticales con una flecha en la punta.
	ENTIDADES EXTERNAS Representan la fuente o destino de flujos de información, productos y/o servicios. Contiene en el medio el nombre de la Entidad Externa.
	ORIGEN DE UNA FORMA O DOCUMENTO Se representa como una elipse que puede contener la palabra "INICIO" o "FIN" o referencias de continuación de un proceso relacionado
	ACTIVIDAD Describe las funciones que desempeñan las personas involucradas en el procesamiento
	**DECISIÓN O ALTERNATIVA** Indica un punto dentro del flujo en donde se debe tomar una decisión entre dos o más opciones ▪ Son acciones para decidir entre dos alternativas de flujo de operaciones. ▪ Se representa como un rombo que contiene en el medio una condición como pregunta.
	**DOCUMENTO** Representa cualquier documento que entre, se utilice, se genere o salga del procedimiento. Son documentos, formularios, carpetas, etc. que se utilizan o generan en una operación. Se representa con un rectángulo con la base ondulada. Contiene en el medio el nombre del documento, formulario, etc.

Fuente: Idrovo, P. Manual de diagramación de procesos, 2006

2.7.17 MEDICIÓN DE PROCESOS

El enfoque basado en procesos pone de manifiesto la importancia de llevar a cabo un seguimiento y medición de los procesos con el fin de conocer los resultados que se están obteniendo y si estos resultados cubren los objetivos previstos

Un **indicador** es un soporte de información (habitualmente expresión numérica) que representa una magnitud, de manera que a través del análisis del mismo se permite la toma de decisiones sobre los parámetros de actuación (variables de control) asociados (Beltrán, 2009)

Los indicadores constituyen un instrumento que permite recoger de manera adecuada y representativa la información relevante respecto a la ejecución y los resultados de uno o varios procesos, de forma que se pueda determinar la ***capacidad y eficacia*** de los mismos, así como la **eficiencia.** El seguimiento y la medición constituyen, por tanto, la base para saber qué se está obteniendo, en qué extensión se cumplen los resultados deseados y por dónde se deben orientar las mejoras. (Beltrán, 2009)

- *Capacidad:* aptitud de una organización, sistema o proceso para realizar un producto que cumple los requisitos para ese producto.
- *Eficacia:* extensión en la que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.
- *Eficiencia:* relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados

Características de un indicador:

- Representatividad: debe ser lo más representativo posible de la magnitud que pretende medir.
- Sensibilidad: debe permitir seguir los cambios en la magnitud que representan, es decir, debe cambiar de valor de forma apreciable cuando realmente se altere el resultado de la magnitud en cuestión.
- Rentabilidad: el beneficio que se obtiene del uso de un indicador debe compensar el esfuerzo de recopilar, calcular y analizar los datos.
- Fiabilidad: se debe basar en datos obtenidos de mediciones objetivas y fiables.
- Relatividad en el tiempo: debe determinarse y formularse de manera que sea comparable en el tiempo para poder analizar su evolución y

tendencias. El número de reclamos con respecto al total de ventas, total de unidades producidas. (Beltrán, 2009)

Clasificación de indicadores

Usualmente el diseño o elaboración de indicadores y su respectiva clasificación permite mucha flexibilidad de acuerdo a lo que es necesario controlar o evaluar. De manera general las tipologías de indicadores se diferencian en función de tres aproximaciones: *la posición relativa que ocupan los indicadores en el proceso de trabajo que es objeto de monitoreo o evaluación*; *el objetivo de análisis pretendido con el uso de indicadores*; y el *ámbito de medición de los indicadores.* (Otto, 2005)

Por la posición relativa que ocupan los indicadores, se clasifican de la siguiente manera:

- Indicadores de insumo: se diseñan para dar seguimiento a la disponibilidad de condiciones básicas para la producción de bienes y/o servicios esperados. La disponibilidad de recursos financieros es el insumo más utilizado en este nivel de seguimiento.
- Indicadores de proceso: se utilizan para el monitoreo de la pertinencia de los procesos de transformación que se están llevando a cabo para generar los bienes y/o servicios esperados. En este nivel el seguimiento se concentra en la verificación del avance en la consecución de las metas en el marco de los procesos de trabajo de la organización.
- Indicadores de resultado: permiten monitorear el nivel de cumplimiento de las metas institucionales. Se denominan también indicadores de productividad. La atención en este nivel, se concentra en establecer sí los productos y/o servicios esperados, se han generado en forma oportuna y con la calidad requerida.
- Indicadores de impacto: se diseñan para dar seguimiento a los cambios en el entorno atribuibles a la ejecución del proyecto, programa o política. Muchas veces se miden a través de encuestas. (Otto, 2005)

Por el objetivo de análisis pretendido con el uso de indicadores, se clasifican como:

- Indicadores de eficiencia: se usan para dar seguimiento al rendimiento de la organización en la transformación de los recursos en bienes y servicios. Es decir miden el nivel de ejecución del proceso, se concentran en el cómo se hicieron las cosas y miden el rendimiento de los recursos utilizados por un proceso. Tienen que ver con la productividad.
- Indicadores de eficacia: de una organización se mide por el grado de satisfacción de los objetivos fijados en sus programas de actuación, o de los objetivos incluidos tácita o explícitamente en su misión. Es decir, comparando los resultados reales con los previstos, independientemente de los medios utilizados.
- Indicadores de equidad: mide en función de la posibilidad de acceso a los servicios públicos de los grupos sociales menos favorecidos en comparación con las mismas posibilidades de la media del país. Desde esta perspectiva, el principio de equidad busca garantizar la igualdad en la posibilidad de acceso a la utilización de los recursos entre los que tienen derecho a ellos. Es decir, la medición de la equidad implica medir el nivel de justicia en la distribución de los servicios públicos. (Otto, 2005)

Pasos para formular indicadores en un proceso:

- Reflexionar sobre la misión del proceso.
- Determinar la tipología de resultados a obtener y las magnitudes a medir.
- Determinar los indicadores representativos de las magnitudes a medir.
- Establecer los resultados que se desean alcanzar para cada indicador definido.
- Formalizar los indicadores con los resultados que se desean alcanzar (objetivos) (Beltrán, 2009)

Construcción de indicadores de gestión

La medición de la gestión global de una organización requiere del desarrollo de un conjunto armónico y sistemático de indicadores de gestión que abarquen, con un adecuado conocimiento de sus posibles interrelaciones, las dimensiones de viabilidad financiera (manejo adecuado de los recursos financieros), ***Eficacia*** (logro de los objetivos institucionales), ***Eficiencia*** (ejecución de las acciones usando el mínimo de recursos) y ***Relevancia o Calidad del Servicio*** (satisfacción de los requerimientos de los usuarios). En la construcción de indicadores es importante determinar la fuente de obtención de datos para la medición de indicadores. **(Idrovo, 2006)**

Factores críticos de éxito (FCE)

Luego de identificar los objetivos, estrategias y áreas críticas, es necesario establecer qué se pretende controlar en dichas áreas. Los factores críticos de éxito determinan el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la planificación estratégica y se definen como aquellos aspectos dentro de la organización en los que se debe poner mayor atención, esfuerzo y recursos a corto, mediano y largo plazo.

Los FCE son un número limitado de áreas en la cuales los resultados, si son satisfactorios, aseguran un desempeño competitivo exitoso para la organización, están asociados a las áreas clave de cualquier organización. **(Idrovo, 2006)**

Requisitos básicos de los indicadores de gestión:

La pertinencia, esto es, deben referirse a los procesos, productos y/o servicios esenciales de la organización, de modo que reflejen integralmente el grado de cumplimiento de sus objetivos institucionales.

- Las actividades que se escojan para ser medidas deben ser comparables en términos de calidad, costo y usuarios a quienes van dirigidas.
- Deben ser independientes y responder a las acciones desarrolladas por la organización.

- Deben tomar en cuenta las situaciones extremas, no para promediarlas y esconder por este medio las falencias de algunos de los procesos/unidades o elementos del sistema, sino por el contrario, para sugerir indicadores específicos para cada elemento.
- La información debe ser recolectada a un costo razonable y con la garantía de confiabilidad necesaria, vale decir que los resultados deben ser independientes de quien efectúe la medición.
- Deben ser públicos, esto es, conocidos y accesibles a todos los niveles y estamentos de la organización, así como al público usuario y al resto de la administración
- Deben ser generados en un medio participativo, que involucre en el proceso de elaboración a todos los actores relevantes (funcionarios, directivos, autoridades, usuarios), lo anterior como una forma de asegurar la legitimidad y reforzar el compromiso con las metas e indicadores resultantes.
- Respecto al número y calidad de los indicadores, en un sistema de evaluación de gestión, hay que tener en cuenta que siempre debe existir un balance entre los requerimientos de simplicidad y de comprensión. Los indicadores deben cubrir los aspectos más significativos de la gestión, privilegiando los principales objetivos de la organización, pero su número no puede exceder la capacidad de análisis de quienes los van a usar.

A continuación se ejemplifica en el proceso de gestión, la consideración de los factores críticos de éxito (FCE), dimensión, indicador y forma de cálculo, que constituyen los *elementos en la formulación de indicadores*., según cuadro No. 6.

CUADRO No. 6

PROCESO: GESTIÓN			
Factor de éxito	**Dimensión administrativa**	**Indicadores**	**Forma de cálculo**
Conocimiento de la visón de la empresa	Eficacia	Nivel de conocimiento de la visión	Total de empleados que la conocen frente a total de empleados x 100
Logro de objetivos	Eficacia	Nivel de logro	Total objetivos alcanzados frente a total objetivos definidos x 100
Implantación de estrategias	Eficacia	Nivel de Implantación	Total estrategias implementadas frente a total de estrategias x 100

Fuente: Toty Figueroa Elaboración: Toty Figueroa

Luego que se diseña el sistema de indicadores se deberá asignar para cada área crítica un cuadro de mando que permita monitorear los avances del comportamiento de los resultados de gestión, es decir, un indicador con: una condición histórica, estándar o umbral, y rango.

Condición histórica: Significa la condición real y actual del indicador. Si no existe, debe diseñarse una estrategia de recolección de datos históricos sobre cada indicador lo más recientemente posible, hasta lograr una buena fuente histórica de datos. A veces no se pueden encontrar cifras debido a la inexistencia de la medición del indicador diseñado en el nuevo sistema, por lo que en estos casos, se inicia con estado cero o no existe (NE).

Estándar: Define el valor a lograr (meta) a mantener en el proceso de control.

Rango: Son los valores mínimos, medios y máximos permitidos para la desviación y consecuente corrección del comportamiento de un indicador y de una área crítica del sistema. Usualmente se establecen de la siguiente manera: *mínimo, satisfactorio y máximo* cuando se quieran disminuir valores en los proyectos trazados.

Los **indicadores de gestión** son instrumentos de medición de las variables asociadas a las metas, pueden ser cuantitativos o cualitativos; es importante discernir entre *indicadores de cumplimiento, evaluación, eficiencia, eficacia e indicadores de gestión*.

Indicadores de cumplimiento: teniendo en cuenta que cumplir tiene que ver con la conclusión de una tarea; los indicadores de cumplimiento están relacionados con los índices que indican el grado de consecución de tareas y/o trabajos. Ejemplo: cumplimiento del tratamiento en hospitalización (periodo de estancia promedio), etc. (Idrovo, 2006)

*Indicadores de evaluación: t*eniendo en cuenta que la evaluación tiene que ver con el rendimiento que obtenemos de una tarea, trabajo o proceso, los indicadores de evaluación están relacionados con los índices y/o los métodos que nos ayudan a identificar nuestras fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora. Ejemplo: evaluación del proceso de gestión de hospitalización. (Idrovo, 2006)

Indicadores de eficiencia: teniendo en cuenta que eficiencia tiene que ver con la actitud y la capacidad para llevar a cabo un trabajo o una tarea con el mínimo gasto de tiempo, los indicadores de eficiencia están relacionados con los índices que nos indican el tiempo invertido en la consecución de tareas y/o trabajos. Ejemplo: Tiempo de atención en la consulta externa, Índice de ocupación de cama, Promedio de día estada, etc. (Idrovo, 2006)

Indicadores de eficacia: Teniendo en cuenta que eficaz tiene que ver con hacer efectivo un intento o propósito, los indicadores de eficacia están relacionados con los índices que nos indican capacidad o acierto en la consecución de tareas y/o trabajos. Ejemplo: grado de satisfacción de los pacientes en la atención en consulta externa, emergencia, hospitalización, servicios técnicos complementarios. (Idrovo, 2006)

Indicadores de gestión: teniendo en cuenta que gestión tiene que ver con administrar y/o establecer acciones concretas para hacer realidad las tareas y/o trabajos programados y planificados; los indicadores de gestión están relacionados con los índices que nos permiten administrar realmente un proceso. Ejemplo: administración y/o gestión del recurso cama en hospitalización. (Idrovo, 2006)

Los indicadores de gestión son claves para el pilotaje de los procesos relacionados, cualquiera de los otros indicadores citados sirve para ver la evolución del proceso de gestión de pedidos; pero los indicadores que realmente sirven para pilotar el mismo son *los indicadores de gestión;* en este caso, la gestión del buffer, es el verdadero artífice que nos permite ver la situación del proceso en todo momento y administrar los recursos necesarios para prevenir y cumplir realmente con los pedidos de los clientes y optimizar esos cuellos de botella que nos están limitando y/o que hemos considerados como límites. (Idrovo, 2006).

2.7.18 MANUAL DE PROCESOS

El Manual de procesos es un documento que registra un conjunto de procesos, discriminado en actividades y tareas que realiza un servicio, un departamento o la institución toda (Mejía, 2007)

En un manual de procesos se describen los elementos de todo proceso: objetivo, alcance, diagrama de flujo, actividades, responsables, documentos, proveedores, entradas, salidas, clientes, normas de operación e indicadores; así como la definición de los términos usados en la empresa y la bitácora de registro de cambios. Para que este Manual sea útil deberá de actualizarse por lo menos cada año, o cuando se establezcan mejoras en los procesos.

Un manual es una recopilación en forma de texto, que recoge minuciosa y detalladamente las instrucciones que se deben seguir para realizar una

determinada actividad, de una manera sencilla, para que sea fácil de entender, y permita al lector, desarrollar correctamente la actividad propuesta.

El Manual de Procesos y Procedimientos documenta la experiencia, el conocimiento y las técnicas que se generan en un organismo; se considera que esta suma de experiencias y técnicas conforman la tecnología de la organización, misma que sirve de base para que siga creciendo y se desarrolle.

Cuando se documenta la tecnología, se contribuye a enfocar los esfuerzos y la atención de los integrantes de una organización hacia la mejora de los sistemas de trabajo y su nivel de competitividad.

El Manual de Procesos de una organización es un documento que permite facilitar la adaptación de cada factor de la empresa (tanto de planeación como de gestión) a los intereses primarios de la organización; algunas de las funciones básicas del manual de procesos son:

- El establecimiento de objetivos
- La definición y establecimiento de guías, procedimientos y normas.
- La evaluación del sistema de organización.
- Las limitaciones de autoridad y responsabilidad.
- Las normas de protección y utilización de recursos.
- La generación de recomendaciones.
- La creación de sistemas de información eficaces.
- La institución de métodos de control y evaluación de la gestión.
- El establecimiento de programas de inducción y capacitación de personal.

Toda organización que oriente sus esfuerzos a dar respuesta oportuna a las necesidades de los usuarios de sus servicios requiere identificar, mejorar y documentar sus procesos y procedimientos.

Es preciso registrar, analizar y simplificar las actividades, generando acciones que favorezcan las prácticas que lleven a la eficiencia y eficacia, eliminen el

desperdicio de tiempo, esfuerzo y materiales y conduzcan a sostener una cultura de calidad y servicio al cliente.

Las ventajas que se obtienen al crear tu manual de procesos son entre otras:

- Uniformar y controlar el cumplimiento de las prácticas de trabajo.
- Documentar el funcionamiento interno en lo relativo a descripción de tareas, ubicación, requerimientos y a los puestos responsables de su ejecución.
- Auxiliar en la inducción del puesto y en el adiestramiento y capacitación del personal.
- Ayudar a la coordinación de actividades y a evitar duplicidades.
- Apoyar el análisis y revisión de los procesos del sistema y emprender tareas de simplificación de trabajo como análisis de tiempos, delegación de autoridad, etc.
- Construir una base para el análisis del trabajo y el mejoramiento de los sistemas, procesos y métodos.
- Facilitar las labores de auditoría, la evaluación del control interno y su vigilancia.

Finalmente es necesario distinguir:

- **Un manual** es una recopilación en forma de texto, que recoge en una forma minuciosa y detallada todas las instrucciones que se deben seguir para realizar una determinada actividad, de una manera sencilla, para que sea fácil de entender, y permita a su lector, desarrollar correctamente la actividad propuesta, sin temor a errores.
- **Proceso,** es la secuencia de pasos necesarios para realizar una actividad. Si al hablar del manual, decíamos que recopilaba las instrucciones para realizar una actividad, podemos definir de manera global que el manual es una recopilación de procesos.
- **Procedimiento,** para definirlo técnicamente, el procedimiento es “la gestión del proceso”. Es como cuando hablamos de administración y gestión administrativa; la administración es el conjunto de pasos y principios, y la gestión es la ejecución y utilización de esos principios.

La estructura del manual de procesos, con el fin de contar con una guía práctica que permita elaborar este documento en una forma unificada, los elementos a tener encuentra son (Mejía, 2007):

a. Portada
b. Acta o resolución de aprobación
c. Misión de la institución
d. Objetivos del manual
e. Marco legal
f. Funciones del área o de la institución
g. Organigrama
h. Proceso del área o de la institución
i. Simbología
j. Indicadores de Gestión
k. Anexos: gráficas, tablas, formulas, ejemplos, etc. (Mejía, 2007)

Otro punto de vista respecto de la **estructura y contenido del manual de procesos,** (Universidad Politécnica de Valencia. Servicio de Evaluación, Octubre 2011) recoge:

- Unidad propietaria de los procesos.
- Fines y objetivos de la misma.
- Listado de los procesos vigentes.
- Ficha identificativa de los procesos, en la que se especifica, para cada uno: Tipo de proceso: clave o de soporte, código del proceso (alfanumérico), versión, fecha de última actualización, nombre del proceso, descripción del proceso, gestor del proceso, usuarios del proceso (procesos clave), proveedores del proceso, participantes del proceso, alcance del proceso (primera y última actividad), requerimientos y expectativas de los usuarios (procesos clave), servicios derivados del desarrollo del proceso (procesos clave), procesos relacionados, observaciones.
- Diagramas de los procesos y sus procedimientos.
- Indicadores relacionados con la ejecución de cada proceso.
- Documentos asociados. La incorporación y actualización de éstos compete a la propia Unidad.

- ❖ Reglamentos y normas. La incorporación y actualización de éstos compete a la propia Unidad.
- ❖ Organigrama de la Unidad

2.7.19 PROCESO VERSUS PROCEDIMIENTO

Un proceso transforma entradas en salidas, lo que acentúa la finalidad de las actividades que componen dicho proceso, debe permitir el que se efectúe un cambio de estado cuando se recibe una determinada entrada; para llevar a cabo esta transformación, será necesario ejecutar una serie de actividades, las cuales pueden ser de **procedimiento.**

La **diferencia fundamental** radica en que un **procedimiento** permite que se realice una actividad o un **conjunto de actividades** y si es un procedimiento documentado existiría un **soporte documental**, mientras que un **proceso** permite que se consiga un **resultado**. Ver cuadro No. 7

CUADRO No. 7

DIFERENCIAS ENTRE PROCEDIMIENTOS Y PROCESOS

PROCEDIMIENTOS	PROCESOS
Los procedimientos definen la secuencia de pasos para ejecutar una tarea	Los procesos transforman las entradas en salidas mediante la utilización de recursos
Los procedimientos existen, son estáticos	Los procesos se comportan, son dinámicos
Los procedimientos están impulsados por la finalización de la tarea	Los procesos están impulsados por la consecución de un resultado
Los procedimientos se implementan	Los procesos se operan y gestionan
Los procedimientos se centran en el cumplimiento de las normas	Los procesos se centran en la satisfacción de los clientes y otras partes interesadas
Los procedimientos recogen actividades que pueden realizar personas de diferentes departamentos con diferentes objetivos.	Los procesos contienen actividades que pueden realizar personas de diferentes departamentos con unos objetivos comunes.

Fuente: Instituto Andaluz de Tecnología Elaboración: Instituto Andaluz de Tecnología

2.7.20 PROCESOS HOSPITALARIOS

Los hospitales tradicionales o modernos con un alto nivel de producción y de demanda requieren que los recursos estén en función de los requerimientos integrales de la persona.

El hospital tiene cuatro empresas que coexisten **en una:**

- **Un hotel** cuyos usuarios presentan mayores exigencias que en un hotel común.
- **Una empresa artesanal** con productos difíciles de definir donde múltiples profesionales altamente capacitados ejercen prácticamente en forma autónoma, aunque concomitantemente requieren un alto grado de coordinación y muchas veces la toma de decisiones sea compartida: los servicios finales.
- **Una empresa que utiliza tecnología de punta** con una gran variedad y procesos casi industriales: los servicios intermedios, auxiliares del diagnóstico y tratamiento.
- **Una escuela de formación técnica** y profesional y un instituto de investigación.

La Organización por Procesos, surge de la necesidad de mejorar los productos y así conservar los clientes para ello es necesario dejar de pensar en la estructura organizacional y centrarse en los procesos que controlan las interacciones con el cliente. (Harrington, 1998).

2.7.20.1 Procesos

“Conjunto de actividades interrelacionadas e interactuantes que transforman entradas o insumos en salidas o productos”, tienen como elementos, imputs o insumos, recursos-proceso, outputs salidas o productos. Los procesos son generalmente planificados y ejecutados bajo condiciones controladas para agregar valor, tienen indicadores con un sistema de medida, que pueden ser: de estructura, proceso, resultado e impacto, una base legal, un propósito y objetivos,

un responsable del proceso y un procedimiento operativo. Las entradas de un proceso son generalmente las salidas de otros.

Tipos de Procesos: Según el cliente, según la función, según el nivel de producción de los servicios y según la naturaleza del producto.

Según el cliente:

- Procesos asistenciales: son aquellos que tienen como elemento final al usuario
- Procesos no asistenciales: son aquellos cuyos clientes son los propios trabajadores de la institución

Según la función:

- Procesos generales de dirección: son los propios de la función directiva, Ej.: planificación, organización control, comunicación.
- Procesos asistenciales: son aquellos que constituyen la actividad primaria del núcleo técnico de las instituciones de salud Ej.: de diagnóstico, terapéuticos, de cuidado
- Procesos administrativos: son los realizados por el personal de apoyo Ej.: gestión económico administrativos, gestión de RRHH, hotelería, mantenimiento.

Según el nivel de producción de los servicios

- Procesos intermedios: utilizan los recursos primarios y dan como resultado, los productos intermedios Ej.: laboratorio, imágenes, medicaciones, menús.
- Procesos no asistenciales: son combinaciones de productos intermedios, cuyo resultado es el producto final, pacientes tratados. Ej.: laparotomías, biopsias, vacunaciones

Según la naturaleza del producto

- Procesos hoteleros: tienen un gran impacto sobre la percepción de la calidad asistencial, hacen referencia a elementos tales como ambientación limpieza, lencería, dietas, seguridad

- Procesos administrativos: son aquellos que no implican una asistencia clínica directa sino que tiene naturaleza administrativa Ej.: programación de consulta externa quirúrgica, transporte de pacientes, suministro administrativo financiero.

"…Los **procesos asistenciales** son el conjunto de procedimientos diagnósticos, terapéuticos y preventivos complejos que sirven para alterar el curso natural de la enfermedad, prevenir, curar, rehabilitar, dando respuestas a las expectativas del cliente interno y del usuario. Estos deben realizarse según **procesos** las exigencias de los usuarios, con la máxima disponibilidad técnica y tecnológica, con un gasto acorde y con un servicio excelente…" (Vega, 2005).

Los procesos deben orientarse hacia los usuarios, basados en sus conceptos fundamentales, en cambios radicales, en transformaciones profundas y financiables. Cuando hablamos de **gestión por procesos,** estamos pensando en darle valor agregado al proceso, para maximizar las acciones de salud dentro de la escasez de recursos, garantizando una prestación adecuada de servicios; esta etapa se nutre con: la incorporación de toda la información disponible, benchmarking, de la opinión del personal de la institución, del juicio grupal ponderado, de la visión de los proveedores, de la exigencia de las autoridades sanitarias, de programas sanitarios, resultados de encuestas de satisfacción al usuario, identificación de grupos de apoyo, selección de agentes de cambio, control de los grupos de resistencia al cambio y trabajo específico con ellos para la construcción de los consensos mínimos desde donde comenzamos, la identificación de la oportunidad de mejoras y establecer un orden de prioridades (Vega, 2005)

"…El ***mejoramiento de los procesos empresariales*** es una metodología sistemática que se ha desarrollado con el fin de ayudar a una organización a realizar avances significativos en la manera de dirigir sus procesos, al centrarse en eliminar el desperdicio y la burocracia, también ofrece un sistema que le ayuda a simplificar y modernizar sus funciones y al mismo tiempo asegurar que los

clientes internos y externos reciban productos sorprendentemente buenos…" (Harrington, 1998)

"…El mejoramiento de los procesos empresariales es de utilidad a la organización, ya que constituyen una parte importante de los costos, permite mejorar significativamente la participación de mercado, tomar las mejores decisiones de negocios y ponerlas en práctica con mayor rapidez, ayuda a mejorar y controlar las operaciones, mejorar el flujo de producción…" (Trischler, 2000)

Los procesos deben tener **indicadores de gestión**, que permitan:

- Identificación de Procesos Deficientes
- Identificación de los principales problemas de la organización
- Formación de equipos de trabajo de las áreas relacionadas
- Descripción de los procesos y subprocesos
- Utilización de herramientas técnicas para identificar los procesos deficientes (indicadores de gestión, histogramas, diagrama de Pareto, etc.)

2.8 ESTATUTO ORGÁNICO DE GESTIÓN ORGANIZACIONAL POR PROCESOS DE LOS HOSPITALES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Mediante Acuerdo Ministerial No. 1537, del 31 de julio del 2012, se establece el Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos de los Hospitales del Ministerio de Salud Pública (MSP), el mismo que señala:

TITULO I: DE LA GESTIÓN ORGANIZACIONAL POR PROCESOS

Art. 1.- Misión y Visión de los Hospitales del Ministerio de Salud Pública

Misión: Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la

responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social. (M.S.P., 2012)

Visión: Ser reconocidos por la ciudadanía como hospitales accesibles, que prestan una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente. (M.S.P., 2012)

Art. 2.- Objetivos Estratégicos:

Objetivo 1: Garantizar la equidad en el acceso y gratuidad de los servicios.

Objetivo 2: Trabajar bajo los lineamientos del Modelo de Atención Integral de Salud de forma integrada y en red con el resto de Unidades Operativas de Salud del Ministerio de Salud Pública y otros actores de la red pública y privada complementaria que conforman el sistema nacional de salud del Ecuador.

Objetivo 3: Mejorar la accesibilidad y el tiempo de espera para recibir atención, considerando la diversidad de género, cultural, generacional, socio económica, lugar de origen y discapacidades.

Objetivo 4: Involucrar a los profesionales en la gestión del hospital, aumentando su motivación, satisfacción y compromiso con la misión del hospital.

Objetivo 5: Garantizar una atención de calidad y respeto a los derechos de las y los usuarios, para lograr la satisfacción con la atención recibida.

Objetivo 6: Desarrollar una cultura de excelencia con el fin de optimizar el manejo de los recursos públicos, y la rendición de cuentas. (M.S.P., 2012)

TITULO II: DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE GESTIÓN POR PROCESOS

Art. 3.- Estructura Organizacional de Gestión por Procesos

La estructura organizacional de los Hospitales del Ministerio de Salud Pública se encuentra alineada con la misión del Ministerio de Salud Pública, al Modelo de Atención, al Modelo de Gestión Hospitalaria, políticas determinadas en la Constitución de la República del Ecuador, las Políticas del Estado, leyes y otras normas vigentes.

Como entidades dependientes del Ministerio de Salud Pública, los Hospitales establecen un modelo de gestión en red que permite satisfacer todas las necesidades de salud de forma integral, de calidad y gratuidad. La estructura se sustenta en la filosofía y enfoque de gestión por procesos determinando claramente su ordenamiento orgánico a través de la identificación de procesos, clientes, productos y/o servicios. Con esta formulación se busca disponer de herramientas que permitan tomar decisiones objetivas para actuar de forma oportuna en cumplimiento de los intereses de la población Ecuatoriana. (M.S.P., 2012)

Art. 4.- Procesos de los Hospitales del Ministerio de Salud Pública

Los procesos de los Hospitales del Ministerio de Salud Pública se ordenan y clasifican en función de su grado de contribución o valor agregado al cumplimiento de su misión. Estos son:

a. Los Procesos Gobernantes orientan la gestión institucional a través de la formulación de propuestas de políticas, directrices, normas, procedimientos, planes, acuerdos y resoluciones para la adecuada administración y ejercicio de la representación legal de la institución.
b. Los Procesos Agregadores de Valor son los encargados de generar y administrar los productos y servicios destinados a usuarios y permiten cumplir con la misión institucional y los objetivos estratégicos.
c. Los Procesos Habilitantes de Asesoría y de Apoyo generan productos y servicios para los procesos gobernantes, agregadores de valor y para sí mismos, apoyando y viabilizando la Gestión Institucional. (M.S.P., 2012)

TITULO III: DE LOS PUESTOS DIRECTIVOS

Art. 5.- Puestos Directivos.-Los puestos de libre nombramiento y remoción establecidos en el nivel directivo dentro de la estructura orgánica son:

Para Hospitales Generales, Especializados y de Especialidades que gestionan 70 camas o más

a. Gerente de Hospital,
b. Director/a Asistencial,
c. Director/a Administrativo y Financiero (En hospitales con 200 camas o más)
d. Subdirectores/as de las Especialidades clínicas y/o Quirúrgicas (de acuerdo a la agrupación de especialidades que realice cada hospital en base a su cartera de servicios)
e. Subdirector/a de Cuidados de Enfermería
f. Subdirector/a de Medicamentos e Insumos Médicos

Para Hospitales Básicos y otros de menos de 70 camas

a. Director/a de Hospital (M.S.P., 2012)

TITULO IV: ESTRUCTURA BÁSICA DE LOS HOSPITALES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Art. 6.-Estructura Básica Alineada a la Misión.- Los Hospitales del Ministerio de Salud Pública para el cumplimiento de su misión y responsabilidades, desarrollan los siguientes procesos internos:

1. Proceso Gobernante:

1.1. Direccionamiento Estratégico del Hospital

2. Procesos Agregadores de Valor

2.1. Gestión Asistencial

2.1.1. Gestión de Especialidades Clínicas y/o Quirúrgicas (de acuerdo al tipo, complejidad y nivel resolutivo de cada hospital)

2.1.2. Gestión de Cuidados de Enfermería

2.1.3. Gestión del Apoyo Diagnóstico y Terapéutico (de acuerdo al tipo, complejidad y nivel de resolución de cada hospital)

2.1.4. Gestión de Docencia e Investigación (de acuerdo a la acreditación en docencia e investigación)

3. Procesos Habilitantes de Asesoría

3.1. Gestión de Planificación, Seguimiento y Evaluación de Gestión

3.2. Gestión de Asesoría Jurídica

3.3. Gestión de Comunicación

3.4. Gestión de Calidad

4. Procesos Habilitantes de Apoyo

4.1. Gestión de Atención al Usuario

4.2. Gestión de Admisiones

4.3. Gestión Administrativa y Financiera

4.3.1. Gestión de Talento Humano

4.3.2. Gestión Financiera

4.3.3. Gestión Administrativa

4.3.4. Gestión de Tecnologías de la Información y Comunicaciones

(M.S.P., 2012)

Art. 7.- Representaciones Gráficas, se define las siguientes: Ver gráficos No. 7, 8,9,10

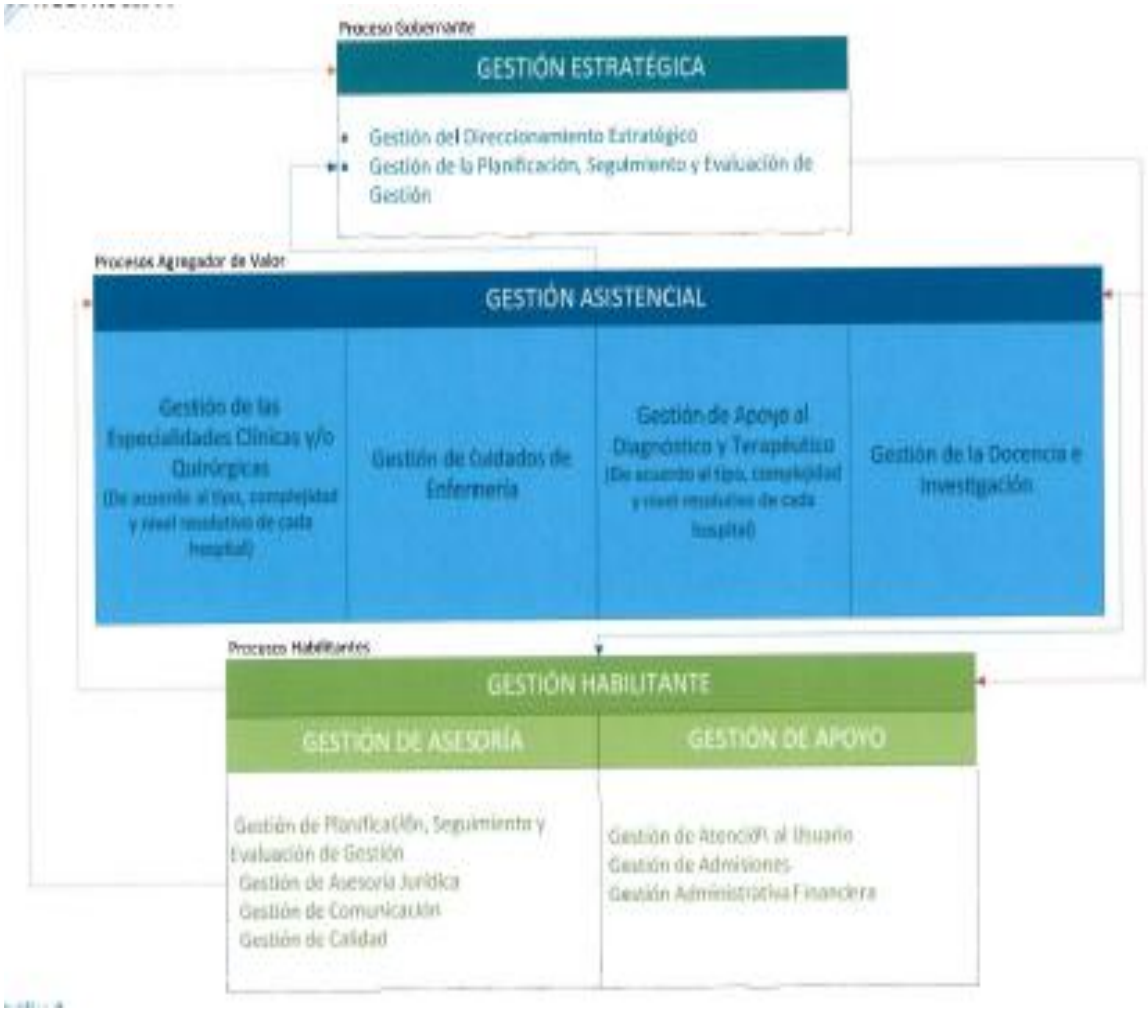
GRAFICO No. 7

CADENA DE VALOR

Fuente: MSP Elaboración: MSP-2012

GRAFICO No. 8

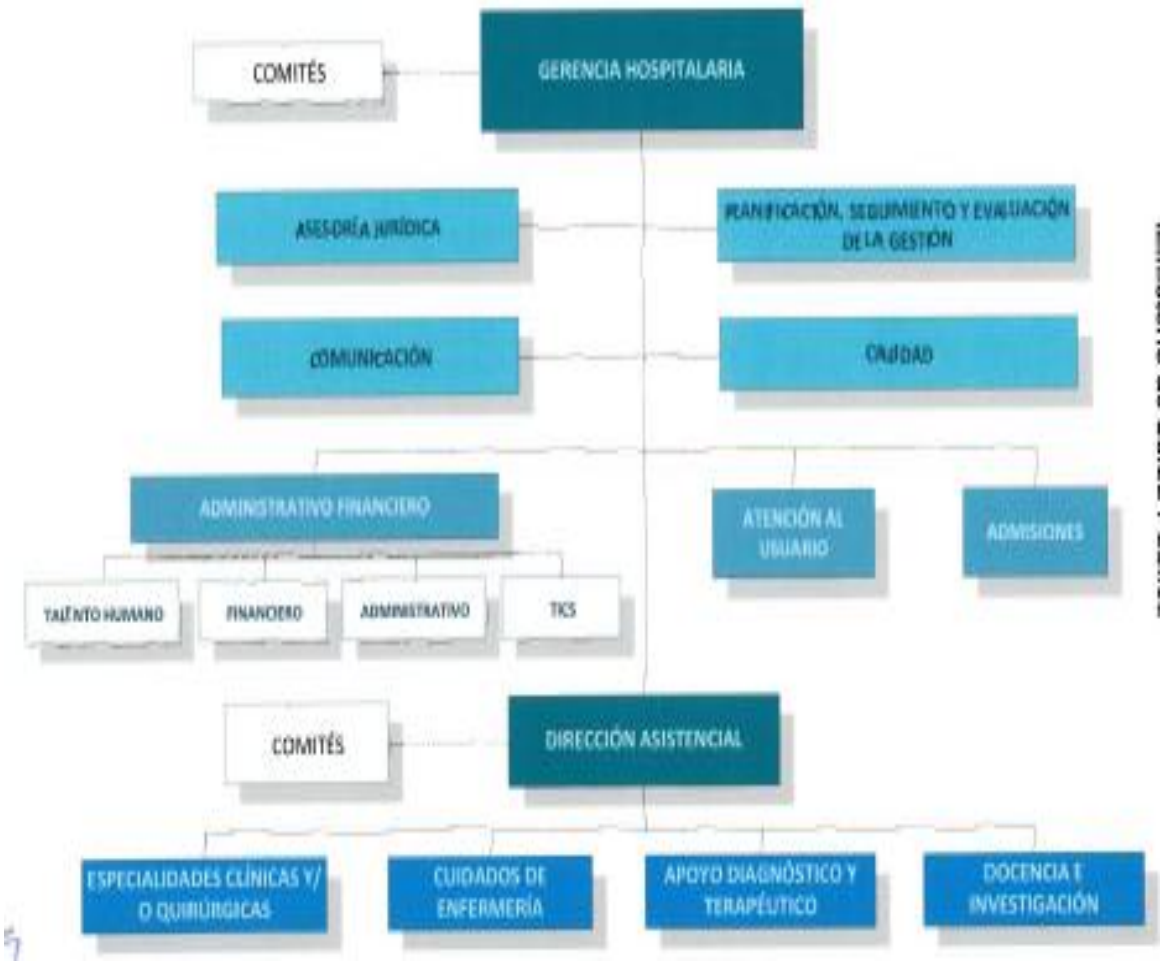
MAPA DE PROCESOS DE LOS HOSPITALES DEL MSP



Fuente: MSP Elaboración: MSP-2012

GRAFICO No. 9

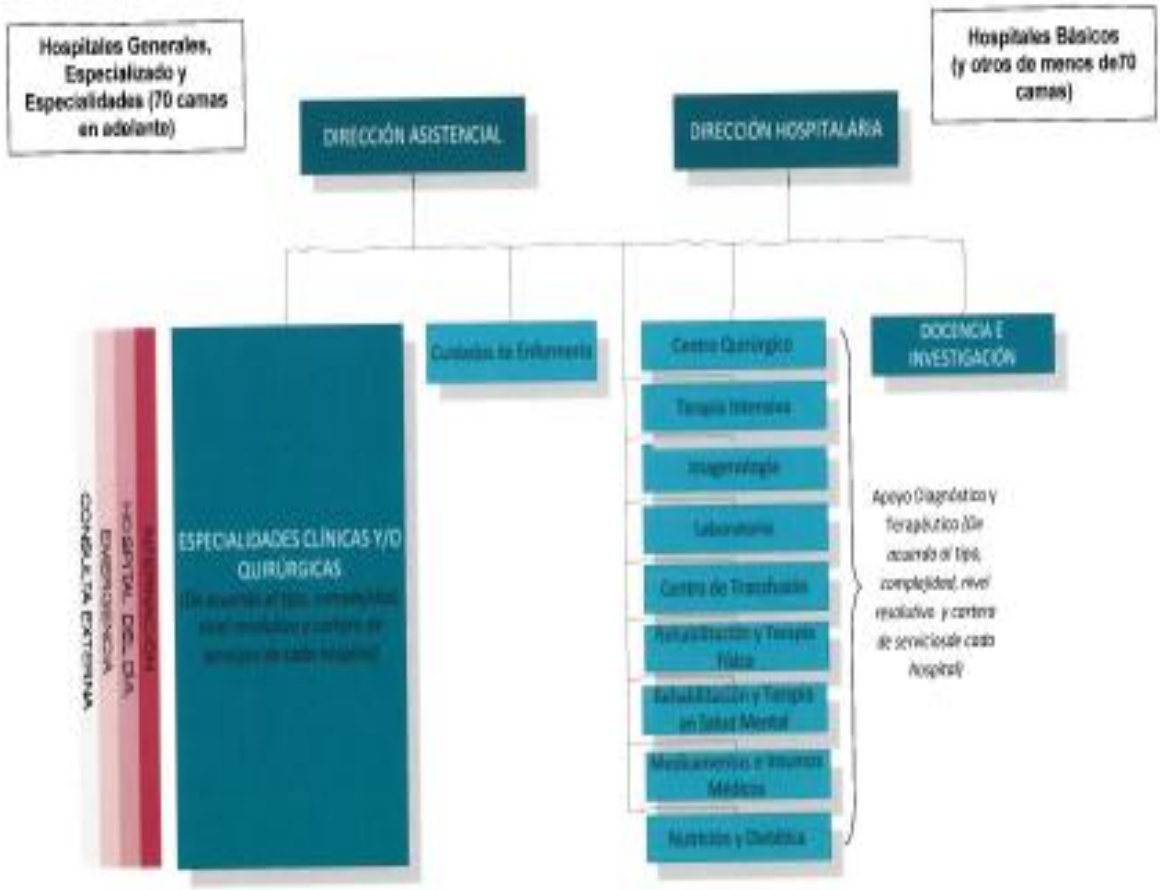
ESTRUCTURA ORGANICA DE HOSPITALES GENERALES, ESPECIALIZADOS Y DE ESPECIALIDADES DE 70 CAMAS O MÁS



Fuente: MSP Elaboración: MSP-2012

GRAFICO No. 10

ESTRUCTURA AMPLIADA DE LOS PROCESOS AGREGADORES DE VALOR



Fuente y Elaboración: MSP-2012

ESTRUCTURA ORGÁNICA DESCRIPTIVA

CAPITULO I: PROCESO GOBERNANTE

Art. 8.- Estructura Orgánica Descriptiva

1. PROCESO GOBERNANTE

1.1 Direccionamiento Estratégico del Hospital

Los Hospitales de Especialidades, especializados y Generales con más de 70 camas, gestiona el direccionamiento Estratégico por medio de la Gerencia del Hospital, mientras que en los hospitales Básicos y otros de menos de 70 camas, se gestiona el Direccionamiento Estratégico y asistencial desde una sola unidad responsable, que se denomina Dirección de Hospital.

Unidad Responsable: Gerencia de Hospital (En Hospitales de Especialidades, especializados y Generales con más de 70 camas o más)

Misión: Gerenciar el funcionamiento global del Hospital como máxima autoridad y representante legal de la institución, en el marco de las directrices y acuerdos emanados por el Ministerio de Salud Pública y en cumplimiento de la normativa legal vigente.

Responsable: Gerente del Hospital

Atribuciones y responsabilidades:

a. Representar legalmente y extrajudicialmente a la institución;
b. Suscribir los actos administrativos en el ámbito de su jurisdicción, con estricto apego a las disposiciones legales y reglamentarias vigentes;
c. Programar, dirigir, controlar la gestión de los recursos asignados a su cargo y evaluar su adecuada utilización para proveer su cartera de servicios, mediante el Plan Operativo Anual y el Compromiso de Gestión en función de resultados de impacto social;
d. Presentar para aprobación del Ministerio de Salud Pública, las propuestas de los distintos planes del centro que garanticen su óptimo funcionamiento, que definan y ejecuten las estrategias y políticas que implica su desarrollo;

e. Adoptar las medidas para hacer efectiva la continuidad del funcionamiento del hospital, especialmente en los casos de crisis, emergencias, urgencias u otras circunstancia similares;

f. Asegurar la implementación de una estructura de costos hospitalarios, a fin de conocer ágilmente el costo de los servicios que se proveen en el Hospital;

g. Aprobar y garantizar la ejecución del Plan Anual de Compras de insumos médicos, medicamentos, equipamiento del hospital, activos fijos en general, construcciones, inversiones y demás suministros, asegurando el cumplimiento de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública;

h. Formular lineamientos e instrumentos para la gestión organizacional en los campos de su competencia y velar que estas se encuentren alineadas con las políticas de la Autoridad Sanitaria Nacional y metas del Plan Nacional de Desarrollo, en lo relacionado con la prestación del servicio de salud pública;

i. Asegurar el cumplimiento de las políticas y disposiciones del Ministerio de Salud y la Administración Pública en todas las unidades bajo su responsabilidad;

j. Coordinar la elaboración del presupuesto institucional, su trámite, ejecución, revisión y correctivos, gestionar fondos, preparar proyectos especiales y administrar la política salarial y de contratación institucional, de acuerdo a la normativa vigente;

k. Ser la autoridad nominadora del hospital;

l. Dirigir la ejecución de las acciones para mantener la institución operativa, el cuidado de la infraestructura dentro de los estándares de seguridad y controlar los inventarios de los diferentes tipos de bienes;

m. Conocer y sustanciar los reclamos administrativos en el ámbito de su competencia, en coordinación con la correspondiente unidad desconcentrada de la Autoridad Sanitaria Nacional;

n. Coordinar la elaboración y ejecución del Plan Estratégico Institucional;

o. Aprobar los planes, programas, proyectos y presupuestos del Hospital;

p. Proponer y liderar programas de mejoramiento continuo en las áreas de su responsabilidad y Desarrollar un sistema de evaluación interna, que permita el seguimiento de los objetivos pactados y la retroalimentación, implantando medidas para su corrección en el caso de incumplimiento;

q. Presentar informes periódicos, sobre la actividad del hospital y la presentación anual de la memoria de gestión;

r. Presidir y convocar los Comités de Dirección, para establecer objetivos, validar resultados, realizar seguimientos de desarrollos y otros que agiliten la gestión del hospital;

s. Promover y generar mecanismos para el ejercicio de los procesos de veeduría ciudadana y rendición de cuentas;

t. Ejecutar todas aquellas actividades propias de la gerencia de una institución de salud. (M.S.P., 2012)

CAPITULO II

PROCESOS AGREGADORES DE VALOR

2.1 Gestión Asistencial

Unidad Responsable: Dirección Asistencial Hospitalaria (En Hospitales de Especialidades, especializados y Generales con más de 70 camas o más)

Misión: Dirigir y coordinar actividades médico sanitarias de todas las especialidades, a fin de que éstas otorguen al paciente los servicios médicos y hospitalarios con oportunidad, alta calidad, eficiencia y efectividad. Garantizar el

funcionamiento de los departamentos productores de salud dentro de los parámetros estandarizados de eficiencia y calidad.

Responsable: Director/a Asistencial Hospitalario/a

Atribuciones y responsabilidades:

a. Dirigir y evaluar la actividad y calidad de la asistencia (técnica, percibida y de uso de recursos), la gestión del conocimiento, la docencia, y la investigación, en las distintas líneas de actividad que conforman la cartera de servicios del hospital;

b. Dirigir la gestión de los responsables de las áreas funcionales, unidades integrales y servicios que ofrece el hospital, mediante estrategias y objetivos que determinen sus actividades;

c. Asegurar que las actividades técnico-médicas sean realizadas con oportunidad, alta eficiencia, efectividad y calidad, conforme a conocimientos médicos actualizados y a principios éticos, a fin de satisfacer las necesidades de salud y las expectativas de los usuarios;

d. Asegurar que la gestión asistencial se realice bajo los principios de la gestión clínica: atención integral y continua con otros dispositivos de la red, accesible, con implicación y responsabilidad de los profesionales de las unidades, aplicando criterios de adecuación en la utilización de los recursos, reducción de la variabilidad de la práctica clínica y satisfacción del cliente externo e interno;

e. Definir los procesos de atención y cuidado del paciente, desde la perspectiva de sus necesidades, con visión de atención integral y de acuerdo con los criterios y estándares establecidos por el Ministerio de Salud Pública, desarrollando protocolos clínicos y guías de actuación;

f. Supervisar que todos los servicios que requieran, informen desarrollen y elaboren el consentimiento informado de cada paciente;

g. Aprobar los casos para referencia del paciente diagnosticado de una enfermedad catastrófica;

h. Evaluar el cumplimiento de procesos y protocolos para todos los departamentos y servicios hospitalarios;

i. Dirigir y evaluar el manejo y operación técnica de todos los servicios hospitalarios;

j. Presidir y vigilar el cumplimiento de las resoluciones de los Comités Asistenciales para promover la mejora continua, fomentando el perfeccionamiento de la práctica clínica así como mejorar los procesos de atención a los pacientes, la eficiencia en la utilización de los medios clínicos disponibles y los resultados de la actividad del hospital en términos de mejora de la salud de la población asignada;

k. Proponer y liderar programas de mejoramiento continuo en las áreas de su responsabilidad;

l. Velar por el cumplimiento del registro de las actividades de cada unidad;

m. Establecer los requerimientos de insumos médicos, medicamentos y equipamiento del hospital, de acuerdo con las directrices emanadas al efecto por el Ministerio de Salud Pública y con criterios de adecuación y eficiencia en la utilización de los recursos, para que sean adquiridos con la previa autorización de la Gerencia Hospitalaria;

n. Coordinar con Talento Humano la elaboración del plan de capacitación y formación del capital humano del área de su competencia, a fin de que el desarrollo de los recursos humanos y las investigaciones que se realicen en su entidad sean de calidad y en estricto apego a las buenas prácticas médicas;

o. Coordinar y dar seguimiento a la actualización de perfiles epidemiológicos, estadísticas, evolución y control;

p. Aplicar y asegurar que se apliquen las políticas, normas y procedimientos de las unidades agregadoras de valor;

q. Supervisar al personal médico, técnico y operativo de las unidades a su cargo, asegurando su participación efectiva en la prestación especializada de servicios médicos estandarizados de alta calidad;

r. Dirigir y Supervisar al personal médico, establecer la cobertura, la asignación de capital humano, procurar la optimización del perfil profesional del personal médico, de enfermería y auxiliares y evaluar su desempeño en la prestación de servicios;

s. Representar al Hospital en reuniones y eventos técnicos - médicos y ser su portavoz en esos ámbitos;

t. Monitorear el cumplimiento del plan de infecciones (epidemiólogo) en los servicios y dictar las medidas para corregir desviaciones;

u. Supervisar que se cumplan las metas del Plan Nacional de Desarrollo, en lo relacionado con la prestación del servicio de salud pública;

v. Evaluar la productividad de los servicios hospitalarios y coordinar la generación de estadísticas especializadas;

w. Proponer, desarrollar, promover, aplicar y hacer que se apliquen las normas y procedimientos técnicos, del manejo y utilización de instalaciones, equipos e instrumental médico;

x. Definir y coordinar el plan de control de calidad de las diferentes áreas técnicas agregadoras de valor.

y. Subrogar al Gerente Hospitalario/a por ausencia temporal, previa autorización y conocimiento del nivel desconcentrado de la Autoridad Sanitaria Nacional;

z. Responder ante las demandas de la Gerencia Hospitalaria.

La Dirección Asistencial se gestiona a través de las siguientes unidades:

- Unidades de Especialidades Clínicas y/o Quirúrgicas (De acuerdo al tipo, complejidad y nivel resolutivo de cada hospital)
- Unidad de Cuidados de Enfermería
- Unidades de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico (De acuerdo al tipo, complejidad y nivel resolutivo de cada hospital)
- Unidad de Docencia e Investigación(De acuerdo al tipo, complejidad y nivel resolutivo de cada hospital) (M.S.P., 2012)

2.1.1 Gestión de Especialidades Clínicas y/o Quirúrgicas

Unidad Responsable: Unidades de Especialidades Clínicas y/o Quirúrgicas

Misión: Dirigir y coordinar la gestión de la/s Especialidad/es Clínica/s y/o Quirúrgica/s de atención que, de acuerdo con su cartera de servicios, se lleve a cabo en el hospital, con el fin de que los procesos se diseñen y ejecuten desde la perspectiva y necesidades del paciente, de forma que la atención sea accesible y se preste con una visión integral y de forma articulada, ajustada a estándares de calidad científico-técnicos y de utilización adecuada de los recursos.

La cantidad de especialidades dependerá de la cartera de servicios que ofrece cada hospital. La cartera de servicios de cada hospital será evaluada y propuesta por la Gerencia Hospitalaria, y aprobada por la Autoridad Sanitaria Nacional en función del nivel de hospital y las necesidades de salud de la población.

Responsable: Subdirector/a / Coordinador/a de Especialidad/es Clínica/s y Quirúrgica/s

Atribuciones y responsabilidades

a. Ser el responsable de las actividades y el servicio de su especialidad clínica y/o Quirúrgica o grupo de Especialidades Clínicas y/o Quirúrgicas

b. Coordinar la atención integral a los procesos a su cargo sustentada en medicina basada en evidencia, guías de práctica clínica y protocolos de atención, que incluyan a todos los niveles asistenciales, en todas las tipologías de pacientes y procesos susceptibles de ser atendidos en el hospital, de acuerdo con la cartera de servicios autorizada por el MSP;
c. Conocer el estado de los pacientes atendidos en su ámbito de acción y asegurar que se facilite oportunamente la información a pacientes y familiares;
d. Articular y coordinar la gestión de Cuidados de Enfermería en su ámbito de acción;
e. Velar por el cumplimiento y aplicación del sistema de referencia y contra referencia, e interconsultas;
f. Autenticar y suscribir las certificaciones de atención y administrativas de su ámbito de acción;
g. Liderar las sesiones clínicas, clínico patológicas y otras actividades científicas de su servicio;
h. Coordinar con la gestión de Docencia e Investigación lo inherente a la rotación de Estudiantes;
i. Proponer programas de investigación , docencia y capacitación en su ámbito de acción;
j. Participar en los comités de acuerdo a la disposición del Director/a Asistencial o Director/a de Hospital;
k. Elaborar los planes contingencias asistenciales de su ámbito de acción;
l. Planificar, organizar y mantener un registro de las actividades realizadas en su ámbito de acción;
m. Coordinar con la Unidad de Talento Humano los horarios y salidas del personal a su cargo;
n. Elaborar el listado de requerimientos y necesidades operativas propias del/los servicios a su cargo;
o. Responder ante las demandas de la Dirección Asistencial o Dirección de Hospital. (M.S.P., 2012)

Productos y Servicios:

a. Evaluación y clasificación de pacientes;
   Diagnóstico y tratamiento del paciente registrado en el expediente único de la Historia Clínica;
b. Atención integral a los procesos clínicos sustentada en Medicina Basada en Evidencia, Guías de práctica clínica y protocolos de atención, que incluyan a todos los niveles asistenciales, en todas las tipologías de pacientes y procesos susceptibles de ser atendidos en el hospital, de acuerdo con la cartera de servicios autorizada por el MSP;
c. Información a pacientes y familiares
d. Prescripciones del tratamiento médico respectivo;
e. Recetas de medicamentos y solicitud dispensación;
f. Solicitud de estudios y exámenes complementarios que requiera cada caso;
g. Ingresos y transferencias de los pacientes de acuerdo a su estado de salud;
h. Alta médica a los pacientes que se encuentran restablecidos de su salud y entrega de la epicrisis a cada paciente;
i. Certificaciones de atenciones y administrativas;
j. Desarrollo de información, elaboración y requerimiento del consentimiento informado de cada ´paciente;
k. Planes de contingencia asistenciales;
l. Reportes de la aplicación del sistema de referencia y contra referencia e interconsultas;
m. Indicaciones de gestión diaria del trabajo, partes diarios de trabajo. (M.S.P., 2012)

2.1.2 Gestión de Cuidados de Enfermería

Responsable: Subdirector/a / Coordinador/a de Cuidados de Enfermería

Misión: Dirigir y coordinar la gestión de los cuidados de los pacientes atendidos en todos los servicios hospitalarios, proporcionándoles de acuerdo con las

indicaciones médicas y criterios de buena práctica profesional y de forma integral, resolución rápida y efectiva de los problemas de salud de los pacientes.

Atribuciones y responsabilidades

Productos:

a. Cuidado directo integral de enfermería al paciente;
b. Preparación del paciente para el acto médico;
c. Reportes de visitas a los pacientes en coordinación con las respectivas unidades de Especialidades Clínicas y/o quirúrgicas;
d. Reportes de valoración del paciente desde la perspectiva de enfermería;
e. Información a pacientes y familiares en el ámbito de su competencia;
f. Mantenimiento de los espacios y materiales clínico sanitarios del hospital en condiciones que eviten infecciones o riesgos al usuario;
g. Informe del cumplimiento del plan de contingencia y procedimientos de limpieza, desinfección y esterilización de los materiales clínico sanitarios;
h. Indicadores de gestión diaria del trabajo, partes diarios de trabajo;
i. Cualquier otra actuación relacionada con su formación e indicada por un profesional médico capacitado al efecto. (M.S.P., 2012)

2.1.3 Gestión de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico

Unidad Responsable: Unidades de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico

Misión: Dirigir y coordinar la provisión de técnicas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos, para que estos se realicen con prontitud, seguridad, calidad técnica y fiabilidad en aquellas circunstancias en las que los servicios médicos así lo soliciten y que sean aceptados voluntariamente por el paciente en el caso de aquellos procedimientos invasivos y de riesgo.

Las unidades y gestión interna que se implementen en cada hospital, dependerá del tipo de hospital, su complejidad y nivel resolutivo.

Las Unidades de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico, son las siguientes:

- Centro Quirúrgico (Especialidades: Anestesiología y Reanimación)
- Terapia Intensiva
- Imagenología (Especialidades: Medicina Nuclear y Radiodiagnóstico)
- Laboratorio (Especialidades: Anatomía Patológica, Microbiología y Parasitología, Bioquímica Clínica e Inmunología)
- Centro de Transfusión
- Rehabilitación y Terapia Física
- Rehabilitación y Terapia en Salud Mental
- Medicamentos e Insumos médicos
- Nutrición y Dietética

Responsable: Coordinador/a de la Unidad de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico

Existirá un/a Coordinador/a de la Unidad de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico que se implemente en el hospital a excepción de la Unidad de Medicamentos e Insumos Médicos cuyo responsable será un Subdirector/a y tendrán las siguientes atribuciones y responsabilidades (M.S.P., 2012)

Atribuciones y responsabilidades

a. Ser el responsable de las actividades de su ámbito de acción;
b. Articular y coordinar la gestión de su ámbito de acción con las unidades de Especialidades Clínicas y/o quirúrgicas del hospital;
c. Proponer programas de investigación, docencia y capacitación para su ámbito de acción;
d. Participar en los comités de acuerdo a la disposición del Director/a Asistencial o Director/a de Hospital;

e. Velar por el cumplimiento de los planes de contingencia asistenciales de ser el caso;
f. Planificar, organizar y mantener un registro de las actividades realizadas en su ámbito de acción;
g. Coordinar con la Unidad de Talento Humano los horarios y salidas del personal a su cargo;
h. Elaborar el listado de requerimientos y necesidades operativas propias de su área;
i. Responder ante las demandas de la Dirección Asistencial. (M.S.P., 2012)

Productos y Servicios:

Centro Quirúrgico

a. Evaluación y clasificación del riesgo anestésico;
b. Realización de intervenciones y procedimientos quirúrgicos de acuerdo al estado de salud y requerimiento de cada paciente;
c. Atención a los postoperatorios inmediatos;
d. Registro de todos los componentes, su evolución y seguimiento en el expediente único de Historia Clínica de los pacientes;
e. Prescripción del tratamiento médico respectivo;
f. Solicitud de estudios y exámenes complementarios que requiera cada caso;
g. Ingresos y transferencias de los pacientes de acuerdo a su estado de salud;
h. Desarrollo de información, elaboración y requerimiento del consentimiento informado de cada paciente;
i. Informes periódicos de condiciones clínico quirúrgicas de pacientes, de acuerdo al requerimiento de la Dirección Asistencial;
j. Reporte diario del cronograma de cirugías programadas;
k. Sesiones clínicas, clínico patológicas y otras actividades científicas;
l. Reportes de la aplicación del sistema de referencia y contra referencia e interconsultas;

m. Indicadores de gestión diaria del trabajo, partes diarios de trabajo. (M.S.P., 2012)

Terapia Intensiva

a. Evaluación y clasificación de pacientes;
b. Diagnóstico y tratamiento del paciente registrado en el expediente único de su Historia Clínica;
c. Atención integral a los pacientes críticos sustentada en Medicina Basada en Evidencia, Guías de práctica clínica y protocolos de atención, que incluyan a todos los niveles asistenciales, en todas las tipologías de pacientes y procesos susceptibles de ser atendidos en el hospital, de acuerdo con la cartera de servicios autorizada por el MSP;
d. Registro de todos los componentes, su evolución y seguimiento en el expediente único de Historia clínica de los pacientes;
e. Prescripción del tratamiento médico respectivo;
f. Solicitud de estudios y exámenes complementarios que requiera cada caso;
g. Ingresos y transferencias de los pacientes de acuerdo a su estado de salud;
h. Alta médica a los pacientes que se encuentren restablecidos de su salud y entrega de la epicrisis a cada paciente;
i. Certificaciones de atención y administrativas;
j. Desarrollo de información, elaboración y requerimiento del consentimiento informado de cada paciente;
k. Sesiones clínicas, clínico patológicas y otras actividades científicas;
l. Reportes de la aplicación del sistema de referencia y contra referencia e interconsultas;
m. Indicadores de gestión diaria del trabajo, partes diarios de trabajo. (M.S.P., 2012)

Imagenología

a. Exámenes y procedimiento específicos del área;
b. Órdenes de servicio atendidas y sustentadas en Medicina Basada en Evidencia, guías de práctica clínica y protocolos que incluyan a todos los niveles asistenciales, en todas las tipologías de pacientes y procesos susceptibles de ser atendidos en el hospital, de acuerdo con la cartera de servicios autorizada por el MSP;
c. Registro de exámenes y procedimientos realizados en el expediente único de Historia Clínica del paciente;
d. Sistema de control de radiaciones;
e. Informes para el Organismo Acreditador del área de imagenología;
f. Indicadores de gestión diaria del trabajo, partes diarios de trabajo.
g. Cualquier otra actuación relacionada con su formación e indicada por un profesional médico capacitado al efecto. (M.S.P., 2012)

Laboratorio

a. Pruebas analíticas y técnicas de diagnóstico, utilizando métodos y procedimientos específicos del área;
b. Reportes validados de resultados de las pruebas realizadas;
c. Órdenes de servicio atendidas y sustentadas en Medicina Basada en Evidencia, guías de práctica clínica y protocolos que incluyan a todos los niveles asistenciales, en todas las tipologías de pacientes y procesos susceptibles de ser atendidos en el hospital, de acuerdo con la cartera de servicios autorizada por el MSP;
d. Calibrado de los equipos;
e. Informes para el Organismo Acreditador del laboratorio;
f. Soporte técnico del área de laboratorio;
g. Indicadores de gestión diaria del trabajo, partes diarios de trabajo.
h. Cualquier otra actuación relacionada con su formación e indicada por un profesional médico capacitado al efecto. (M.S.P., 2012)

Centro de Transfusión

a. Gestión de hemoderivados
b. Órdenes de servicio atendidas y sustentadas en Medicina Basada en Evidencia, guías de práctica clínica y protocolos que incluyan a todos los niveles asistenciales, en todas las tipologías de pacientes y procesos susceptibles de ser atendidos en el hospital, de acuerdo con la cartera de servicios autorizada por el MSP;
c. Stock permanente de sangre y hemocomponentes de acuerdo a los requerimientos del hospital;
d. Reportes de distribución interna de sangre y hemocomponentes con los diferentes servicios hospitalarios conservando la cadena de frío;
e. Valoración de los efectos tóxicos inmediatos del paciente durante la infusión del tratamiento;
f. Convenios de trabajo y cooperación técnica con los bancos de sangre en función de la periodicidad y forma de abastecimiento para el hospital;
g. Registro de las transfusiones aplicadas y hemocomponentes desechados;
h. Controles de calidad necesarios para asegurar la inocuidad de los hemocomponentes
i. Indicadores de gestión diaria del trabajo, partes diarios de trabajo.
j. Cualquier otra actuación relacionada con su formación e indicada por un profesional médico capacitado al efecto. (M.S.P., 2012)

Rehabilitación y Terapia Física - Rehabilitación y Terapia en Salud Mental

a. Terapias de rehabilitación que procure la recuperación del paciente en todos sus aspectos;
b. Diagnóstico y tratamiento de medicina física, rehabilitación y terapia, registrado en el expediente único de Historia Clínica del paciente;
c. Atención sustentada en Medicina Basada en Evidencia, Guías de práctica clínica y protocolos que incluyan a todos los niveles asistenciales, en todas las tipologías de pacientes y procesos susceptibles de ser atendidos en el hospital, de acuerdo con la cartera de servicios autorizada por el MSP;

d. Actividades lúdicas y recreacionales a niños en internación, en casos en que aplique;
e. Certificado de calificación de discapacitados para obtención de carnet de CONADIS;
f. Certificados para que se otorguen las prótesis que da el gobierno;
g. Programa Niños de Alto Riesgo (NAR), en casos en que aplique;
h. Reportes de la aplicación de sistema de referencia y contra referencia a interconsultas;
i. Reportes de aplicación de referencias a Centros de Educación Especial del Estado, en casos en que aplique;
j. Indicadores de gestión diaria del trabajo, partes diarios de trabajo.
k. Cualquier otra actuación relacionada con su formación e indicada por un profesional médico capacitado al efecto. (M.S.P., 2012)

Medicamentos e Insumos Médicos

a. Registro de entrega de recetas prescritas por el personal Médico del Hospital para los pacientes;
b. Informe de gestión de medicamentos e insumos médicos (elaboración de requerimientos, adquisición, provisión, recepción, almacenamiento, conservación, distribución y reposición de medicamentos e insumos) sustentada en la normativa existente y de acuerdo con la cartera de servicios autorizada por el Ministerio de Salud Pública;
c. Informes de consumos de medicamentos por centro de coste; egresos e ingresos de insumos médicos y medicamentos para el control de contabilidad;
d. Actas de custodia previa y control de recetarios pre-numerados que se entrega a los médicos del hospital;
e. Actas de entrega recepción de medicamentos adquiridos comprobando sus cantidades, calidad y características de acuerdo a lo solicitado;
f. Inventario provisto de cantidades suficientes de medicamentos e insumos médicos para asegurar el funcionamiento de los servicios;
g. Reportes periódicos sobre el estado de inventarios y aplicación de metodologías como el PEPS “Primero en Entrar- Primero en Salir” u otras

buenas prácticas que permitan mantener las existencias y saldos a la fecha, identificar y distribuir asegurando su inocuidad;

h. Guías fármaco terapéuticas;
i. Solicitudes para la baja de insumos médicos y medicamentos de acuerdo al reglamento;
j. Indicadores de gestión diaria del trabajo, partes diarios de trabajo.
k. Cualquier otra actuación relacionada con su formación e indicada por un profesional médico capacitado al efecto. (M.S.P., 2012)

Nutrición y Dietética

a. Atención sustentada en Medicina Basada en Evidencia, Guías de práctica clínica y protocolos que incluyan a todos los niveles asistenciales, en todas las tipologías de pacientes y procesos susceptibles de ser atendidos en el hospital, de acuerdo con la cartera de servicios autorizada por el MSP;
b. Dietas, componentes dietéticos y alimentos recomendados para las distintas condiciones de los pacientes del hospital;
c. Raciones alimenticias diarias y planificación semanal de la provisión dietética de los pacientes hospitalizados;
d. Esquemas de composición corporal;
e. Resúmenes de valoración de estados nutricionales;
f. Recomendaciones diarias de vitaminas y oligoelementos orales/enterales y parenterales;
g. Guía e Indicaciones de la nutrición en pediatría;
h. Informe sobre las repercusiones de la intervención nutricional;
i. Manuales y algoritmos orientativos para la selección de la dieta más adecuada al paciente con una patología concreta;
j. Índices para decisiones clínicas y rutas del soporte nutricional;
k. Reportes de la aplicación del sistema de referencia y contra referencia e interconsultas;
l. Indicadores de gestión diaria del trabajo, partes diarios de trabajo.
m. Cualquier otra actuación relacionada con su formación e indicada por un profesional médico capacitado al efecto. (M.S.P., 2012)

2.1.4 Gestión de Docencia e Investigación

Unidad Responsable: Unidad de Docencia e Investigación

Misión: Fomentar y coordinar la integración en la atención sanitaria de las actividades de formación de los profesionales de la salud e investigación, como herramientas de transmisión del conocimiento, mejora de la práctica clínica – quirúrgica y de la motivación e implicación de los profesionales de la salud, en el marco de las directrices formuladas por el Ministerio de Salud Pública e instituciones académicas con las que se establezcan convenios de colaboración. (M.S.P., 2012)

Productos y servicios:

a. Programas de docencia e Investigación que serán ejecutados en el Hospital
b. Plan de Coordinación de Docencia de pregrado, postgrado y pasantías;
c. Plan de capacitación continua al usuario interno en coordinación con Talento Humano;
d. Planes y proyectos de investigación;
e. Plan de mejoramiento de la calidad de Docencia e Investigación;
f. Informes sobre los avances del Plan de Investigación;
g. Informes sobre de la Gestión de la Biblioteca;
h. Hemeroteca completa de registros oficiales, reglamentos, estatutos, convenios, acuerdos y otros;
i. Plan de difusión de información científica y administrativa en coordinación con comunicación;
j. Indicadores de gestión diaria del trabajo, partes diarios de trabajo. (M.S.P., 2012)

2.9 CALIDAD

Es la totalidad de los hechos y características de un producto o servicio que siempre este innovando y satisfaciendo a nuestros clientes, demuestra su capacidad para satisfacer las necesidades requeridas; calidad es hacer lo correcto en forma correcta, todo a tiempo, desde la primera vez, siempre mejorando.

2.9.1 CALIDAD EN SALUD

La calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos, sintetizando puede definirse:

"…la *Calidad de los Bienes y Servicios de Salud* como: La totalidad de los hechos y características de un bien o servicio que demuestren su capacidad para satisfacer las necesidades requeridas, obtener los resultados deseados por el usuario y por el Sistema de Atención Médica, de un modo congruente con los conocimientos actuales y en un equilibrio entre riesgos y beneficios…" (ISALUD & MODERSA, 2002-2003)

Uno de los mayores pensadores mundiales en temas de calidad en salud, Avedis Donabedian, no sólo estableció los tres enfoques principales para la evaluación de la calidad en salud, la tríada estructura, proceso y resultado, sino que también avanzó en una definición que introduce un equilibrio central: *el grado de calidad en salud es la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios*. (ISALUD & MODERSA, 2002-2003).

La *Estructura*, se define a los insumos concretos y cuantificables de edificaciones, equipamiento, medicamentos, insumos médicos, vehículos, personal, dinero y sistemas organizacionales; todos ellos necesarios, pero no suficientes para brindar una adecuada calidad de atención.

El *Proceso* se entiende como aquello que se realiza actualmente para que el paciente reciba una adecuada prestación. *El proceso de atención podría decirse que es el elemento clave para asegurar la calidad*; asumiendo que exista un mínimo de condiciones adecuadas, de medicamentos, equipo e insumos; un adecuado "proceso" de atención tiene una alta probabilidad de producir un resultado satisfactorio de la atención.

El *Resultado* se entiende una adecuada culminación del proceso de atención al paciente, con el tiempo e insumos requeridos, los resultados son medidos normalmente por indicadores de mortalidad, morbilidad y capacidad o discapacidad funcional producida por las enfermedades, sin embargo, indicadores favorables pueden estar afectados por factores que no se encuentren directamente bajo el control de profesionales y trabajadores de la salud; condicionantes externos con directa relación a resultados adecuados y a una óptima calidad de vida y de salud.

Se entiende por **calidad técnica** el cuidado y la atención provista por personal de salud, sustentada en el adecuado conocimiento y justo juicio empleado en arribar a estrategias y diagnósticos y en llevar a cabo su implementación: como por ejemplo, la eficiencia o efectividad de una tecnología específica, la eficacia de un medicamento. (ISALUD & MODERSA, 2002-2003)

La **calidad humana** se define como aquella relación interpersonal, de dos vías, existente entre el paciente y el profesional o trabajador de salud, que es a su vez el vehículo que permite que la calidad técnica pueda ser implementada de manera eficiente, pero que es la más difícil de identificar y evaluar, es más difícil medir la empatía personal, la confianza, la seguridad que inspira el médico en su interacción con el paciente, que otras acciones francamente visibles.

2.9.2 GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD

La garantía de la calidad existe para prevenir (o minimizar) los errores, la idea es hacer las cosas bien la primera vez y, de este modo evitar la necesidad de repetirlas, puede contribuir a reducir costos; involucra a los hospitales en el esfuerzo por que los pacientes reciban el tratamiento apropiado en el momento oportuno, con la utilización más eficiente de los recursos disponibles; idealmente, la secuencia de los servicios se dispone de tal modo que los pacientes reciban el mayor beneficio de su tratamiento de una forma muy eficiente.

La eficiencia clínica debe integrarse con la "eficiencia de producción", que está relacionada con el empleo de los recursos en los aspectos no clínicos del tratamiento, eficiencia es un componente de la buena calidad de la atención; también es importante subrayar la dimensión ética de la garantía de calidad.

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.

2.9.2.1 Licenciamiento

El Licenciamiento**,** es un procedimiento de carácter obligatorio por medio del 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 les faculta la posibilidad de participar en una práctica, ocupación o actividad en salud, que de lo contrario sería ilegal. (Lavadenz, 1998).

El licenciamiento tiene las siguientes características:

- Tiene carácter oficial y es un procedimiento obligatorio.
- Establece los requisitos mínimos (estándares) indispensables.

- Se renueva periódicamente (cada 2 años).
- El cumplimiento de este es un requisito continuo que debe cumplir la organización / servicio de salud para seguir su funcionamiento.

2.9.2.2 Acreditación

"…La acreditación generalmente es un programa voluntario, patrocinado por una agencia no gubernamental, en el cual revisores externos y colegas evalúan si una organización de salud cumple con los estándares de rendimiento preestablecidos, a diferencia de la licenciatura, la acreditación se concentra en estrategias de mejoramiento continuo y en el logro de estándares óptimos de calidad en vez de la adherencia a estándares mínimos que tienen como fin asegurar la seguridad pública.

Como un paso previo para la acreditación es la intervención del licenciamiento para garantizar la calidad de los servicios del sector…" (MSP., 2004)

2.9.2.3 Certificación

Es un proceso de evaluación realizado por un organismo independiente que avala la existencia de un sistema de calidad y que ese sistema se cumple.

Norma ISO se titula Sistemas de Gestión de la Calidad. Directrices para la mejora del desempeño. La sigla ISO representa la Organización Internacional de Normalización (International Organization for Standarization) que funciona oficialmente desde 1947 en Ginebra. Actualmente es una Federación Mundial de organismos internacionales de normalización de más de 140 países (Beltrán, 2009)

El título de ISO 9001 ha sido revisado en esta edición, por tanto no se incluye el término "Aseguramiento de la Calidad". De esta forma se da testimonio de que los requisitos del sistema de gestión de la calidad establecidos en esta edición de

la Norma ISO 9001, adicionalmente al aseguramiento de la calidad del producto busca también la satisfacción del cliente.

Para una organización, la adopción de un sistema de administración de la calidad debe ser una decisión estratégica; el diseño e implantación de un sistema de administración de calidad en una organización, es influenciado por diferentes necesidades, objetivos particulares, productos suministrados, los procesos empleados y el tamaño y estructura de la organización; esta Norma Internacional puede utilizarse por partes internas y externas, incluyendo organismos de certificación para evaluar la capacidad de una organización para satisfacer los requisitos del cliente, los reglamentarios, y los requerimientos propios de la organización.

ISO 9001 especifica los requisitos para un sistema de gestión de la calidad que puede utilizarse para su aplicación a nivel interno por las organizaciones, para certificación o con fines establecidos. Esta se enfoca en la efectividad del sistema de gestión de calidad para cumplir los requisitos del cliente.

"…*Norma_técnica ecuatoriana NTE INEN ISO 15189 2004*, es una norma europea que proporciona los requisitos relativos a la competencia y la calidad que son propios de los laboratorios clínicos…" (INEC, 2004)

Los servicios de laboratorio clínico son esenciales para la asistencia al paciente y por tanto, tienen que disponerse de forma que satisfagan las necesidades de todos los pacientes del personal clínico responsable de la asistencia de dichos pacientes; tales servicios incluyen los acuerdos de petición, de preparación del paciente, la identificación del paciente, la toma de muestras, el transporte, el almacenamiento, el procesado y el análisis de las muestras clínicas, junto con la subsiguiente validación, interpretación, comunicación y asesoramiento, además de las consideraciones de seguridad y ética en el trabajo en el laboratorio clínico.

2.9.2.4 Gestión de la Calidad.

La gestión Integral de Calidad, es el conjunto de principios, métodos y estrategias aplicadas en cada uno de los diferentes niveles**,** unidades y actividades de la institución, dirigidas a obtener mejores resultados con una mayor satisfacción al menor costo. 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 conduciendo hacia una Mejora Continua de la Calidad (Paganini, 2002), constituye una propuesta moderna para la gestión de salud que requiere:

- Una visión integral del establecimiento de salud y el análisis permanente y objetivo de sus resultados, procesos y estructuras;
- Una conducción en equipo con una visión estratégica y amplia de la realidad y del contexto de la institución;
- El desarrollo de sistemas de información para la gestión estratégica;
- La capacitación continua de todo el personal;
- El uso y actualización de normas, estándares, protocolos basados en la evidencia.

La gestión en salud tiene como características especiales; la misión de las organizaciones, la complejidad, las tres empresas del hospital; la clínica (artesanal), la técnica (industrial) y la hotelera y la escuela de formación técnica y profesional. (ISALUD & MODERSA, 2002-2003)

Dentro de las etapas de la gestión de la calidad tenemos:

Planificación**,** incluye: políticas de calidad con relación a las personas, a los trabajadores, a las unidades prestadoras, a la sociedad y al estado; y también planes estratégicos y operativos con enfoque de calidad.

Organización para la calidad implica:

- La definición de un diseño organizacional que permita llevar a cabo las funciones para gestión de la calidad integrada al sistema de salud.
- Las actividades sostenibles: con los conocimientos, el nivel de compromiso y los recursos suficientes para aplicar, adaptar, sostener y continuar desarrollando el proceso de garantía de la calidad.

- La organización abarca el nivel central, regional y local redes y establecimientos de salud públicos y privados.

Gestión integral de calidad o gestión integral para la calidad en los servicios de salud, es un concepto moderno que surge como una necesidad imperiosa ante la realidad sanitaria nacional y mundial para desarrollar un proceso permanente hacia la calidad y eficiencia. La necesidad de lograr calidad y eficiencia en la atención de la salud está justificada por datos de estudios realizados, en especial, en el ámbito internacional en donde se demuestra que existen, en la mayoría de los establecimientos, de salud problemas de prestación de salud y de gestión administrativa que deben ser resueltos a corto plazo.

"…En lo que hace a la eficiencia de los servicios de salud, es decir, la relación entre los gastos y/o esfuerzos realizados y las actividades y/o resultados obtenidos, la OPS ha estimado que el nivel de ineficiencia puede estar en alrededor de un 25 %. Es decir que, en otras palabras, una mejoría de la gestión institucional podría llegar a producir hasta un 25 % más sin necesidad de mayores recursos..." (ISALUD & MODERSA, 2002-2003)

El control y la evaluación de los resultados, mediante bases de datos centralizadas que almacenan información acerca de medidas clave de rendimiento o indicadores, puede ser una fuente valiosa de información de calidad para una organización individual de salud o para el sector de salud de todo un país, estos datos acumulados pueden ser beneficiosos para planificación así como para la vigilancia continua para el mejoramiento continuo. (Malagón, 1998)

2.9.3 MEJORAMIENTO CONTINUO

El Kaizen es un enfoque que permite tener procesos y productos de calidad a través del mejoramiento continuo en el tiempo, define lo que se quiere mejorar a través de los indicadores, se puede utilizar técnicas con procedimientos claros y objetivos en la solución de problemas en combinación con el ciclo PHVA (Planificar, Hacer, Verificar y Actuar) (Alfaro, 2009)

Según Edward Deming, la administración de la calidad total requiere de un proceso constante, que será llamado Mejoramiento Continuo, donde la perfección nunca se logra pero siempre se busca; es un proceso que describe muy bien lo que es la esencia de la calidad y refleja lo que las empresas necesitan hacer si quieren ser competitivas a lo largo del tiempo.

La importancia de esta técnica gerencial radica en que con su aplicación se puede contribuir a mejorar las debilidades y afianzar las fortalezas de la organización; a través del mejoramiento continuo se logra ser más productivos y competitivos en el mercado al cual pertenece la organización, como resultado de la aplicación de esta técnica es posible que las organizaciones crezcan dentro del mercado y lleguen a ser líderes. Las actividades básicas de mejoramiento son:

- Obtener el compromiso de la alta dirección.
- Establecer un consejo directivo de mejoramiento.
- Conseguir la participación total de la administración.
- Asegurar la participación en equipos de los empleados.
- Conseguir la participación individual.
- Establecer equipos de mejoramiento de los sistemas (equipos de control de los procesos).
- Desarrollar actividades con la participación de los proveedores.
- Establecer actividades que aseguren la calidad de los sistemas.
- Desarrollar e implantar planes de mejoramiento a corto plazo y una estrategia de mejoramiento a largo plazo.
- Establecer un sistema de reconocimientos.

La base del éxito del proceso de mejoramiento es el establecimiento adecuado de una buena **política de calidad,** que pueda definir con precisión lo esperado de los empleados, así como también de los productos o servicios que sean brindados a los clientes; política que requiere de la debida autorización de la gerencia.

Las ventajas:

- Se concentra el esfuerzo en ámbitos organizativos y de procedimientos puntuales.
- Consiguen mejoras en un corto plazo y resultados visibles.
- Si existe reducción de productos defectuosos, trae como consecuencia una reducción en los costos, como resultado de un consumo menor de materias primas.
- Incrementa la productividad y dirige a la organización hacia la competitividad.
- Contribuye a la adaptación de los procesos a los avances tecnológicos.
- Permite eliminar procesos repetitivos.

Las desventajas:

- Cuando el mejoramiento se concentra en un área específica de la organización, se pierde la perspectiva de la interdependencia que existe entre todos los miembros de la empresa.
- Requiere de un cambio en toda la organización, ya que para obtener el éxito es necesaria la participación de todos los integrantes de la organización y a todo nivel.
- En vista de que los gerentes en la pequeña y mediana empresa son muy conservadores, el Mejoramiento Continuo se hace un proceso muy largo.
- Hay que hacer inversiones importantes.

2.9.3.1 Principios de gestión de la calidad

- **Enfoque al cliente:** Las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deberían comprender las necesidades actuales y futuras de los clientes,

satisfacer los requisitos de los clientes y esforzarse en exceder las expectativas de los clientes.

- **Enfoque de sistema para la gestión:** Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos
- **Mejora continua:** La mejora continua del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de ésta
- **Liderazgo:** Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.
- **Enfoque basado en hechos para la toma de decisión:** Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.
- **Participación del personal:** El personal, a todos los niveles, es la esencia de una organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.
- **Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor:** Una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.
- **Enfoque basado en procesos:** Un resultado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso. (Beltrán, 2009)

La Gestión es un proceso dinámico de interacción de la estructura (oferta) y demanda (necesidades) con optimización de recursos (eficiencia) y cumplimiento de objetivos (eficacia).

La gestión de recursos abarca los recursos humanos, técnicos, tecnológicos, físicos logísticas, insumos, medicamentos, etc.; de esta manera coordinar todos los recursos disponibles para conseguir determinados objetivos, implica amplias y fuertes interacciones fundamentalmente entre el entorno, las estructuras, el

proceso y los productos que se desean obtener; el propósito del gerenciamiento es conducir la organización hacia y asignar todos los recursos de modo tal de alcanzar los mejores resultados con los menores costos, en este punto el administrador, manager o gerente es aquel que alcanza con eficiencia sus objetivos que son los de la organización, a través de actividades de los otros. (ISALUD & MODERSA., 2002-2003)

La eficiencia de la gestión está marcada por la estructura, el proceso y el producto en base a volumen, calidad y costo.

La gestión hospitalaria permite lograr la eficacia en la calidad del servicio otorgado garantizando una prestación adecuada de servicios, la gestión de pacientes es un proceso de optimización, de programación, de gestión de recursos, de previsiones y de atención al público, para asegurar a cada usuario un servicio asistencial adecuado; la gestión hospitalaria tiene las siguientes prioridades: aumento de la productividad de los recursos humanos, mejora de los procesos asistenciales, control del gasto, acampanar la evolución tecnológica, mejora de la calidad, utilizar recursos de eficiencia clínica demostrada, gestión de la variabilidad. (ISALUD & MODERSA., 2002-2003)

La Dirección dentro del proceso de gestión, es la conducción de las personas al logro de los objetivos de la organización social; la función de dirección tiene tres vertientes esenciales: el manejo del recurso humano, la conducción y la coordinación de las tareas en los diversos procesos.

El manejo del recurso humano: esta función del gerente incluye:

- Selección del personal necesario para la producción de su unidad.
- Capacitación esto es desarrollo del recurso humano.
- Ubicación en el plantel.
- Establecer incentivos positivos y negativos.
- Resolución de los conflictos.
- Control y evaluación del rendimiento.

La conducción, función de la dirección tiene por objeto **guiar el equipo de trabajo**, compatibilizando los factores del medio y de la propia unidad, integrando los RRHH humanos propios con los de las demás unidades; no existe un modelo de conducción superior; el estilo de conducción más eficiente será el que se adapte mejor a las diversas situaciones, y frente a los diferentes tipos de personal del que se dispone.

La coordinación de las tareas en los diversos procesos, función clave del que dirige y piedra angular de la eficiencia de dichos proceso; para llevar adelante esta función es imprescindible que quien dirige una unidad funcional, asistencial o no asistencial conozca acabadamente los procesos que en ella se llevan a cabo, para poder coordinar las tareas que conforman cada proceso, de forma tal que estos sean eficientes.

Cuadro de Mando**,** herramienta del management que permite obtener información adecuada para la gestión de las organizaciones productivas, sobre la base de indicadores oportunos y cuantificables de las áreas y los procesos claves; las áreas o procesos críticos deben incluir los aspectos vinculados a la rentabilidad, productividad, posicionamiento comercial y motivación de los recursos humanos. (ISALUD & MODERSA., 2002-2003)

Los objetivos que pasan a formar parte del cuadro de mando pueden dividirse en tres categorías:

- Aquellos indicadores que se comparan contra metas de los objetivos estratégicos determinados por el análisis estratégico
- Aquellos indicadores que se comparan contra metas expresadas en la planificación presupuestaria.
- Aquellos indicadores que simplemente se comparan con la tendencia histórica.

2.10 MONITOREO Y EVALUACIÓN

Monitoreo, es el seguimiento rutinario de las actividades de un grupo a través de una medición regular y continua para ver si las actividades planificadas se están realizando; toma en cuanta actividades y tareas para ver si se cumplen las metas, los recursos de uso de cantidades previstas en momentos previstos, el énfasis está en la información que identifica las necesidades inmediatas de acción de acuerdo a los objetivos o planes establecidos.

La evaluación, permite medir como está funcionando un programa, si se alcanzaron o no los resultados de los objetivos propuestos, permite obtener información y retroalimentar al proyecto, hacerle las correcciones y mejorarlo, consiste en evaluar metas vs logros en la atención. Evaluación incluye: establecimiento de estándares, medición de lo ejecutado, corrección de los estándares y planes.

Para realizar el monitoreo y evaluación se debe contar con una herramienta informática (SIG) que faculte retroalimentar la información a partir de indicadores de eficacia y eficiencia a los procesos de gestión, organización y planificación, permitiendo una toma de decisiones oportuna y acertada.

2.10.1 TECNOLOGÍA INFORMÁTICA.

La tecnología de la información se ha convertido en un recurso estratégico que utilizan, aunque muchas veces no sea reconocida como tal.

La Tecnología es la aplicación del conocimiento, o bien el estado de los conocimientos técnicos; deriva de la palabra griega Tekhne: arte, industria; esto es, tanto en el campo del arte como de la industria es necesario la aplicación del conocimiento en forma de técnica o tecnología, que de alguna manera puede separarse del recurso humano que lo aplica. (ISALUD-MSP & MODERSA, 2002-2003)

La tecnología informática, está conformada por cuatro elementos:

- El Hardware de computadora, o sea el equipo físico en un sistema de información.
- El Software de computadora, o sea instrucciones previamente programadas, que controlan y coordinan el hardware de un sistema de información.
- La Tecnología de Almacenamiento, o sea los medios físicos y lógicos que gobiernan el almacenamiento y la organización de la información.
- La Tecnología de las Telecomunicaciones, o sea los dispositivos lógicos y software que por una parte enlazan los diversos componentes de hardware, y por otra transfiere la información de un lugar a otro.

Los elementos que conforman la Tecnología Informática, constituyen solamente una herramienta para mejorar el sistema de información, pero es muy poderosa, por cuanto agrega: velocidad, precisión, poder manejar grandes volúmenes, gran capacidad de comunicación y coordinación, procesamiento en línea: que es la capacidad de integración. (Vega, 2005)

2.10.2 SISTEMAS DE INFORMACIÓN GERENCIAL.

Los sistemas de información gerencial son instrumentos que facilitan el monitoreo y la evaluación y dependiendo del tipo de sistema de información permite desarrollar la toma de decisiones adecuadas.

Los sistemas de información son la base de muchas actividades que ocurren en las organizaciones y en la sociedad; todas las organizaciones cuentan con alguna clase o tipo de sistema de información; las organizaciones han aprendido como utilizar la información como un instrumento eficaz para la administración; por ello, buscan que todos los datos medibles sean organizados de manera que sea fácil registrarlos, almacenarlos, procesarlos, recuperarlos y comunicarlos, según lo requieran los usuarios que los operan, teniendo con ello un sistema funcional que satisfaga sus necesidades que lo requieran. (ISALUD- MSP, 2002-2003)

Un sistema de información se requiere para la toma de decisiones, control de las operaciones, análisis de problemas y creación de nuevos servicios, por medio de tres actividades: **Alimentación o insumo,** es la captura o recolección de datos primarios dentro de la institución o de su entorno para procesarlos en un sistema de información, **Procesamiento, l**a conversión de insumo en forma que sea más comprensible, **Producto o salida,** la distribución de información procesada a las personas o en las actividades a ser usada (ISALUD- MSP, 2002-2003)

"…Existen diversos tipos de sistemas:

- **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 los sistemas de información en que se apoyan los trabajadores del conocimiento y de la información en una organización.
- **Sistemas de nivel gerencial***:* sistemas de información en los que se apoya el seguimiento, control y toma de decisiones y las actividades administrativas de los administradores de nivel medio.
- **Sistemas de nivel estratégico***:* Sistemas de información que apoyan las actividades de planeación a largo plazo de los niveles de dirección de la institución…" (Laudon, 2008)

2.10.3 LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN GERENCIAL EN SALUD.

Estos sistemas están orientados al establecimiento sanitario como sistema de producción, y contienen: centros de responsabilidad y de costos, unidades de producción, recursos o insumos, infraestructura y cultura organizativa; es un instrumento de gestión (proceso); la metodología de análisis está orientada al nivel institucional en producción, rendimientos, recursos y costos (PRRC); mediante una visión sistémica del método PRRC, desarrolla el análisis macro y micro institucional. (ISALUD-MSP & MODERSA, 2002-2003)

Los sistemas de información Gerencial en salud como herramientas de gestión ofrecen:

- Soporte de políticas de descentralización hospitalaria.
- Permite desarrollar una programación de la actividad asistencial, con mayor grado de detalle que la presupuestación pública tradicional.
- Estimula el desarrollo de metas de producción a cumplir.
- Facilita el monitoreo y la detección de desvíos en el alcance de las metas.
- Información de utilidad para una mejor asignación de recursos a los establecimientos de salud.
- Una metodología de costeo y análisis institucional
- Una metodología de programación y presupuesto de la producción
- Indicadores cuantitativos y cualitativos para: conducción, regulación y contratación, monitoreo de gestión, acuerdos de gestión y rendición de cuentas.

2.10.4 DATOS, INFORMACIÓN E INDICADORES

Dato es la representación de un hecho, los datos son elementos de información, la materia prima de la información pero no son información, un conjunto de señales o signos con un significado particular que son utilizados como pilares básicos de un Sistema de Información (SI); base de la información, del conocimiento y la sabiduría de una organización, los cuales a su vez, son el combustible para la productividad. (ISALUD-MSP & MODERSA, 2002-2003)

La información es el resultado del procesamiento de datos, que se ha comunicado a un receptor, quien la utiliza para tomar decisiones, si bien los datos son la base de toda información, estos se convierten en información al procesarlos y darles una forma significativa, por lo tanto información es en realidad, datos transformados para comunicar un significado o conocimiento. (ISALUD-MSP & MODERSA, 2002-2003)

"…Un indicador es una expresión matemática, generalmente un cociente del tipo tasa, proporción o razón (aunque puede ser cualquier otro tipo de valor lógico), que cumpla las reglas de:

- **Relevancia,** sirve para conocer el fenómeno y lo representa adecuadamente.
- **Precisión,** la medición se desvía poco o nada del valor "real".
- **Sensibilidad,** el indicador varía en consonancia con las variaciones producidas en el objeto que se estudia.
- **Especificidad:** "… es poco afectado por la acción de otras variables…" (Vega, 2005)

"…Los **indicadores de la estructura** son variables objetivas y cuantificables, que miden componentes necesarios para la buena calidad, pero no suficientes por sí solos para garantizarla: instalaciones, todo tipo de materiales, recursos humanos y financieros y la estructura de la organización..." (ISALUD-MSP & MODERSA, 2002-2003)

Los **indicadores de proceso** se vinculan con lo que se hace por los pacientes en relación con el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, la prevención, etc. Los indicadores de proceso son los más difíciles de evaluar, pero constituyen elementos clave en la garantía de la calidad. Se pueden definir los resultados (productos, desenlaces e impacto) como la consecuencia de poner la estructura y el proceso a trabajar para atender a los pacientes; los **indicadores clásicos de los resultados** son la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad, sin embargo, es importante hacer hincapié en que estos resultados no están relacionados exclusivamente con las intervenciones de los profesionales de la atención de salud.

Existen indicadores del área hospitalaria y de consulta externa entre estos últimos están:

- **% de egresos** (en los casos en que se conoce la población - destino
- **Información epidemiológica** relacionada con la actividad del Hospital
- **Indicadores de resultados clínicos**.

Indicadores de calidad y eficiencia para la evaluación, dentro del Contexto de la evaluación de establecimientos de salud y aceptando un enfoque sistémico se definen a los indicadores como: "*las medidas de resumen de variables cuali-cuantitativas de estructura, procesos y resultados",* capaces de identificar áreas críticas; por lo tanto, *los indicadores de evaluación* serán medidas de resumen de variables cuali o cuantitativas y tendrán alguna relación ya sea con estructuras, procesos o resultados.

Indicadores de Calidad, siguiendo a Donabedian los indicadores de calidad son aquellos que: miden directamente los resultados finales de la atención tales como tasas letalidad, recuperación, infecciones, aceptación, etc. (ISALUD-MSP & MODERSA, 2002-2003)

Indicadores de Eficiencia, son aquellos cuyo principal objetivo es medir no los resultados de la atención sino el adecuado uso de los recursos, por lo tanto, son indicadores que miden variables de estructura y de procesos (o de gestión); a su vez estos pueden ser indicadores: de procesos (o gestión) administrativa y de procesos (o gestión) clínica. En algunas situaciones estos indicadores de eficiencia o gestión pueden medir indirectamente la calidad.

Indicadores de Procesos *(producción y productividad)*

1. Total de egresos anuales por grupo diagnóstico y por servicio
2. Total de consultas anuales por grupo diagnóstico y por servicio
3. Promedio día de estada por grupo diagnóstico y por servicio
4. Porcentaje ocupacional por servicio
5. Giro cama por servicio

***Indicadores de conductas diagnosticas* terapéuticas y de calidad**

- Tasa de letalidad hospitalaria después 48 hs.
- Tasa de infecciones heridas quirúrgicas intra hospitalarias
- Razón accidentes de los pacientes total días cama ocupados
- Porcentaje HCL. Con epicrisis.
- Porcentaje autopsias/ fallecidos.

Indicadores de gestión

- Índice ocupacional
- Promedio de estancia
- Hs. médico por egreso
- Gasto promedio, etc.

2.11 MARCO CONCEPTUAL

El marco conceptual se evi9dencia en anexo No. 1

CAPITULO III

3. DIAGNOSTICO DE SITUACION

3.1 HOSPITAL EUGENIO ESPEJO (HEE)

El Hospital Eugenio Espejo es un hospital de tercer nivel, tiene como principales estrategias racionalizar, especializar y elevar la calidad del uso de los recursos económicos, capital humano, equipos e infraestructura con la meta de lograr mejorar la credibilidad, imagen institucional y especialmente logros en la prestación de atención de salud integral ambulatoria y de internación de pacientes en todas las especialidades médicas.

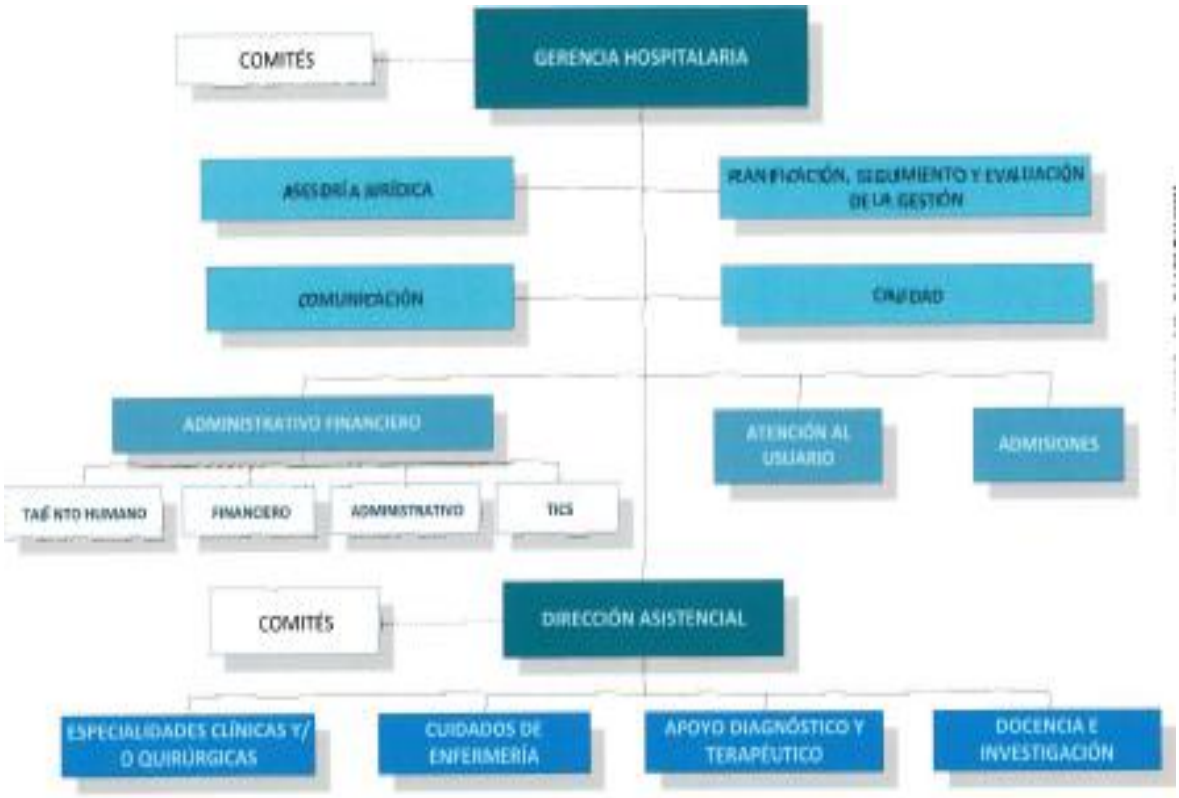
Como entidad pública de Salud el Hospital Eugenio Espejo, se sujeta a las leyes de su organismo rector que es el Ministerio de Salud Pública a través de la política nacional de salud del Ecuador, la que se fundamenta en principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad, pluralidad, eficiencia, ética e integridad.

3.1.1 ESTRUCTURA DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO

La Estructura orgánica hospitalaria, aprobada mediante Acuerdo Ministerial No. 1537, del 31 de julio del 2012, establece el Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos de los Hospitales del Ministerio de Salud Pública (MSP), esta estructura es genérica para todos los hospitales Generales, Especializados y de Especialidades que gestionan 70 camas o más, en el cual se incluye el HEE;

GRAFICO No. 11

ESTRUCTURA ORGANICA DE HOSPITALES GENERALES, ESPECIALIZADOS Y DE ESPECIALIDADES DE 70 CAMAS O MÁS



Fuente: MSP Elaboración: MSP-2012

3.1.2 ORGANIZACIÓN DE LA ATENCION HOSPITALARIA

En la organización del Hospital Eugenio Espejo se aplica un instrumento sobre estándares mínimos para evaluar la calidad de la atención médica, este instrumento de OMS/OPS, evalúa la **estructura, proceso y resultados** institucionales que tienden a garantizar la calidad de atención médica a través de los siguientes parámetros: estándares de la organización de la atención médica, continuidad en la atención médica, hospitalización y áreas técnicas y de apoyo.

Cada uno de los indicadores se evalúa aplicando una escala del 0 al 1, constituyen: 25% del valor total a los indicadores de estructura, 35% del valor total

a los indicadores de proceso y 40% del valor total a los indicadores de resultado; y los resultados se consideran en la siguiente escala:

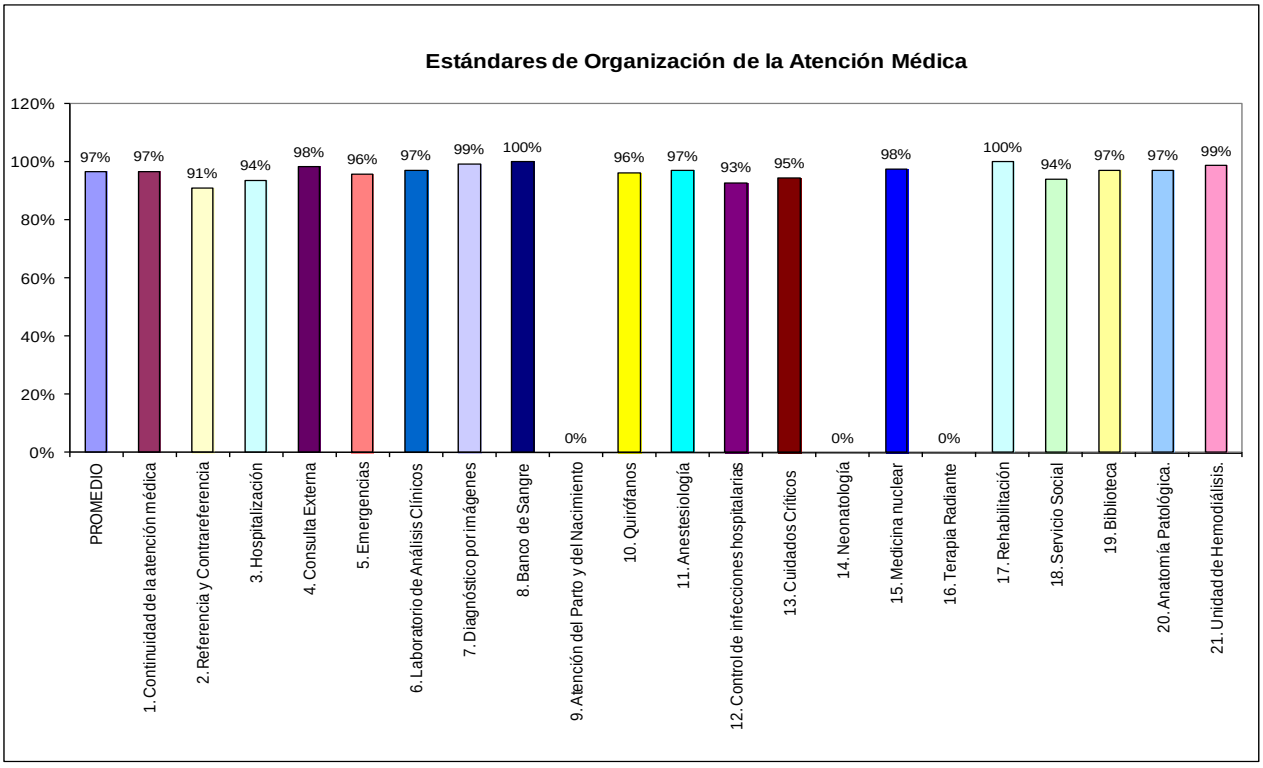
- **0 a 24%:** no cumple con el indicador
- **25% a 49%:** deficiente y debe mejorar
- **50% a 74%:** aceptable pero puede mejorar
- **75% a 100%:** entre bueno y excelente

La simbología es E: estructura, P: proceso, R: resultado

3.1.2.1 Estándares de organización de la atención médica

Los estándares de la organización de la atención médica aplicados, le otorgan a la organización del hospital un 97% de puntaje, ubicándole en un rango entre bueno y excelente, no se calificaron las áreas que el hospital no posee como: atención del parto y del nacimiento, neonatología y terapia radiante. Los servicios con mayor puntaje son: banco de sangre y rehabilitación con un puntaje de 100%. El área con menos puntaje es la de referencia y contra referencia con 91%, los datos descritos se verifican en el gráfico Nº 12 y tabla Nº 1

GRAFICO No. 12
ESTANDARES DE ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MEDICA



Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

TABLA No. 1

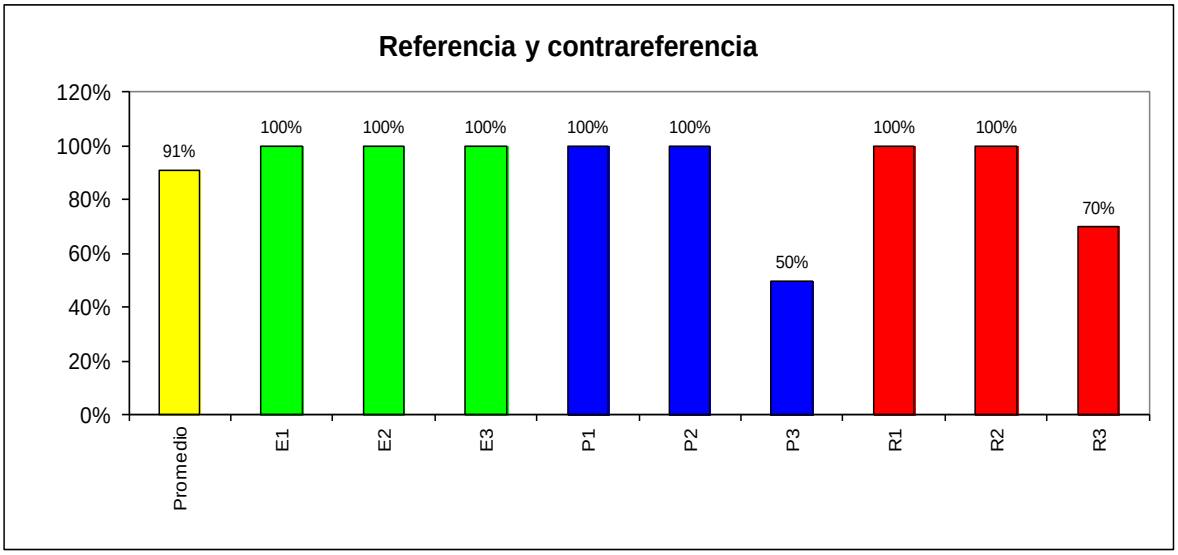
ESTANDARES DE ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA

ESTANDARES	
I. ORGANIZACION DE LA ATENCION MEDICA	VALOR
PROMEDIO	97%
1. Continuidad de la atención médica	97%
2. Referencia y Contrareferencia	91%
3. Hospitalización	94%
4. Consulta Externa	98%
5. Emergencias	96%
6. Laboratorio de Análisis Clínicos	97%
7. Diagnóstico por imágenes	99%
8. Banco de Sangre	100%
9. Atención del Parto y del Nacimiento	
10. Quirófanos	96%
11. Anestesiología	97%
12. Control de infecciones hospitalarias	93%
13. Cuidados Críticos	95%
14. Neonatología	
15. Medicina nuclear	98%
16. Terapia Radiante	
17. Rehabilitación	100%
18. Servicio Social	94%
19. Biblioteca	97%
20. Anatomía Patológica.	97%
21. Unidad de Hemodiálisis.	99%

Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

Los estándares aplicados al área de Referencia y contra referencia muestra un promedio de 91% lo que le da un puntaje de bueno y excelente, el mecanismo de la estructura entre el paciente y el servicio es excelente, puesto que cumple con satisfacción la mayor parte de los ítems analizados, es importante indicar que el estándar con menor puntaje se encuentra en el proceso P3, existe un mecanismo de seguimiento de las referencias y contra referencias y se evalúa la calidad de la atención que se brinda en las mismas, le da un puntaje de 50,0% que es aceptable pero puede mejorar, como se detalla en el gráfico Nº 13 y tabla Nº 2

GRAFICO No. 13
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA



Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica**.** Elaboración: Toty Figueroa

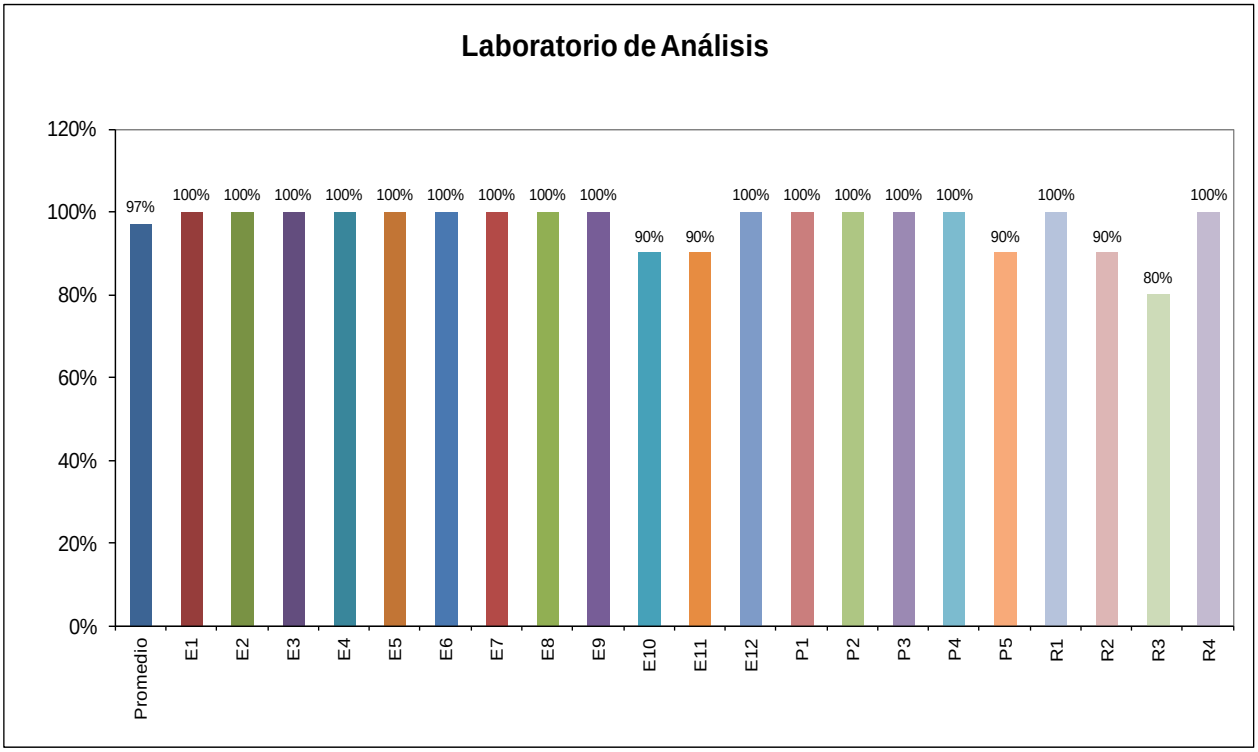
TABLA No. 2
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Promedio	2. Referencia y Contrareferencia		91%
E1	Se dispone de normas para la referencia y contrareferencia de los pacientes que así lo requieran.	E	100%
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	100%
E3	En los casos de patologías que superen su capacidad resolutiva existen normas escritas para la atención inicial y durante el traslado con indicación del establecimiento de referencia según la patología que se trate.	E	100%
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	100%
P2	Implementa los mecanismos para la referencia y contrareferencia de los pacientes que así lo requieran.	P	100%
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	50%
R1	Menos del 5% de los pacientes referidos son rechazados.	R	100%
R2	Se recibe corroboración del diagnóstico e informe de tratamiento recibido (contrareferencia) del 80% de los pacientes referidos.	R	100%
R3	Se hace contrareferencia al 100% de los pacientes que le fueron referidos al hospital	R	70%

Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica**.** Elaboración: Toty Figueroa

En los estándares aplicados al área de laboratorio de análisis alcanza un puntaje promedio de 97% que es bueno con tendencia a la excelencia, es importante indicar el estándar con menor puntaje que se encuentra en el ítem R3, relacionado con el 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida, obteniendo una calificación del 80%. Ver gráfico No. 14 y tabla No. 3.

GRAFICO No. 14
LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS



Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

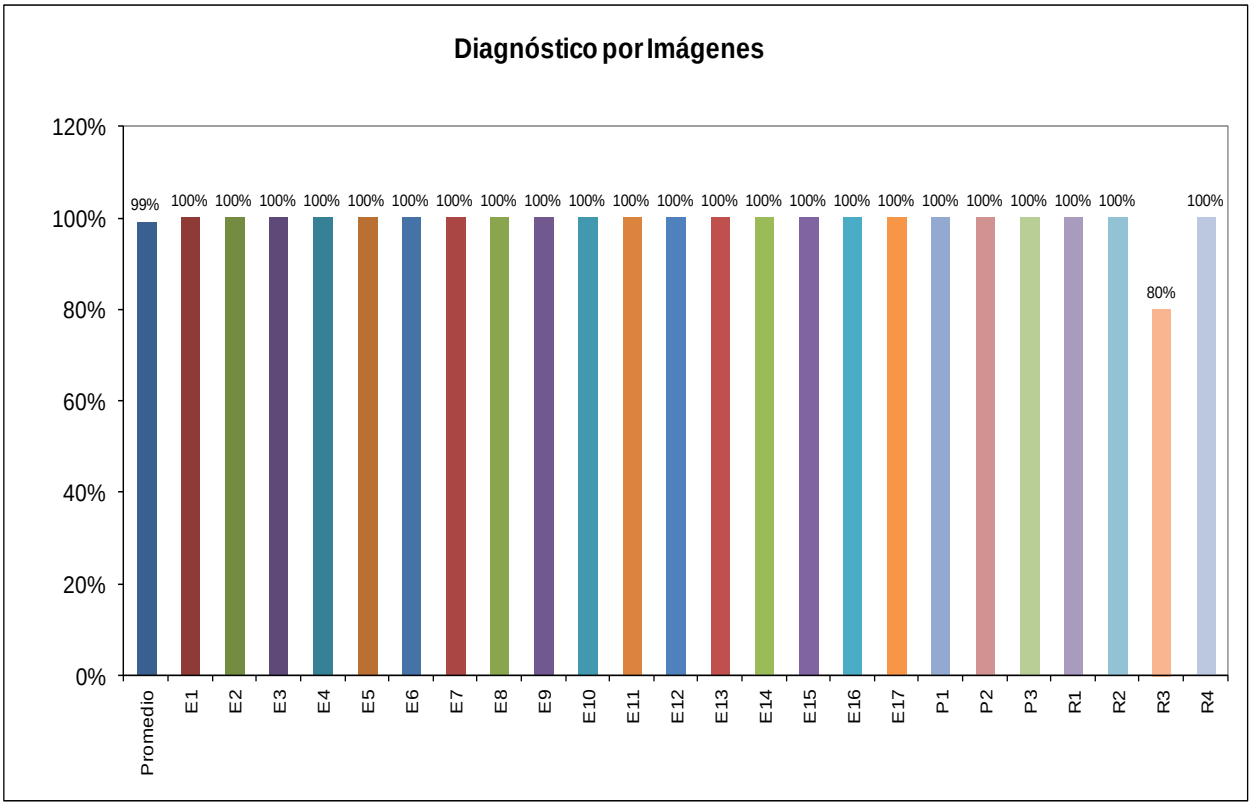
TABLA No. 3
LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS

Promedio	6. Laboratorio de Análisis Clínicos		97%
E1	Cumple con las normas arquitectónicas y de funcionamiento establecidas a nivel nacional.	E	100%
E2	Cuenta con equipos y tecnologías acordes con su nivel de complejidad.	E	100%
E3	Se dispone de la dotación (insumos) mínima necesaria.	E	100%
E4	Cuenta con bioanalista de guardia a cuerpo presente las 24 horas.	E	100%
E5	Cuenta con técnicos en guardia activa las 24 horas.	E	100%
E6	La organización y disposición del trabajo permite satisfacer y atender todas las demandas de los servicios del Hospital durante las 24 horas.	E	100%
E7	Cuenta con normas escritas de control de calidad interno conocida por el personal de laboratorio y supervisada por los mismos.	E	100%
E8	Tiene establecidas y escritas normas de bioseguridad.	E	100%
E9	Existe en el laboratorio los manuales que definan las funciones del personal.	E	100%
E10	Puede procesar sin delegar en otro laboratorio, los análisis listados en el anexo A .	E	90%
E11	Puede procesarse sin delegar en otro laboratorio exámenes especializados como se anexa en el Anexo B.	E	90%
E12	Lleva un registro regular del consumo y costo de los reactivos e insumos en relación a la producción del servicio.	E	100%
P1	Se analiza periódicamente la información sobre el consumo y costo de los reactivos e insumos en relación a la producción del servicio.	P	100%
P2	Se analiza periódicamente el cumplimiento de las normas de control de calidad interno.	P	100%
P3	Se revisa y analiza regularmente la utilización eficiente del laboratorio por los servicios finales.	P	100%
P4	Se analiza periódicamente el cumplimiento de las normas de bioseguridad.	P	100%
P5	Participa en uno o más programas de control de calidad externo.	P	90%
R1	El 90% de los exámenes de laboratorio de hospitalización son reportados antes de venticuatro (24) horas.	R	100%
R2	El 90% de los exámenes de laboratorio de emergencias son reportados antes de la primera hora.	R	90%
R3	El 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.	R	80%
R4	El 95% de las muestras enviadas al programa de control de calidad externo, cumplen con el patrón.	R	100%

Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

En los estándares aplicados al área de diagnóstico por imágenes alcanza un puntaje promedio del 99%, la mayor parte de los ítems analizados su cumplimiento están dentro del rango de bueno y excelente, es importante señalar el estándar con menor puntaje que se encuentra en el resultado R3, el 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida, obteniendo una calificación del 80%. Ver gráfico No. 15 y tabla No. 4

GRAFICO No. 15
DIAGNOSTICO POR IMÁGENES



Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

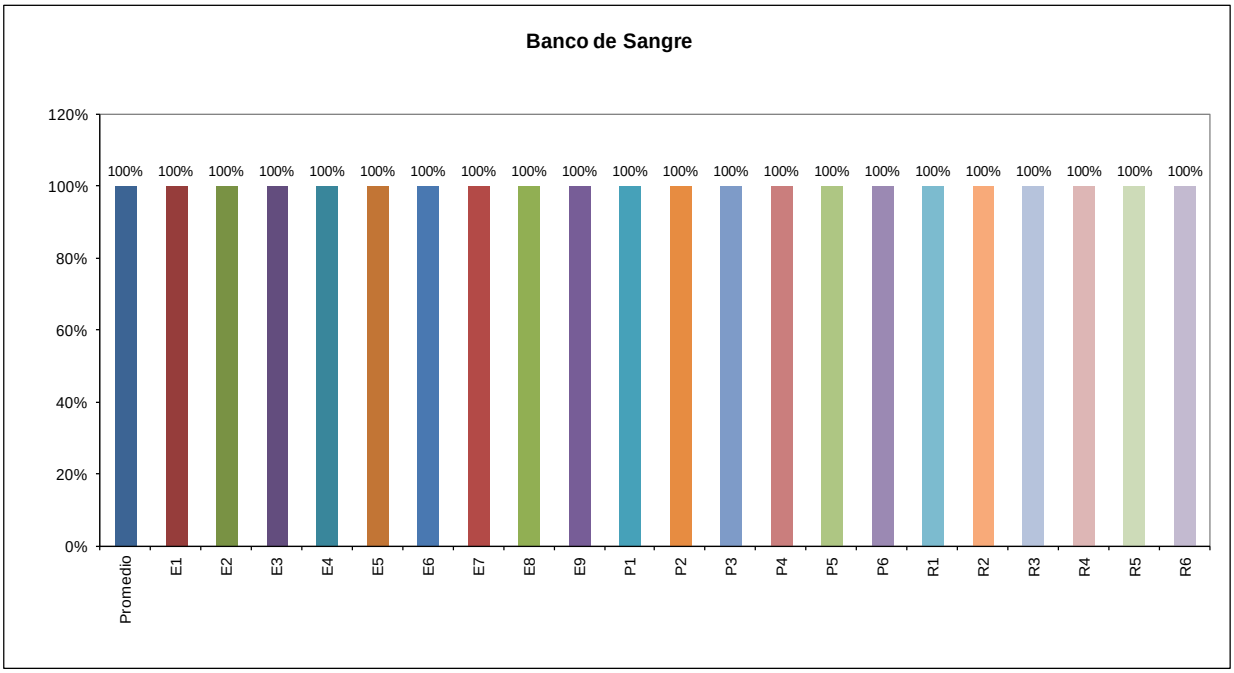
TABLA No. 4
DIAGNOSTICO POR IMÁGENES

Promedio	7. Diagnóstico por imágenes		99%
E1	Cumple con las normas arquitectónicas y de funcionamiento establecidas a nivel nacional.	E	100%
E2	Posee distribución de los ambientes acorde con aprobación por el ente rector.	E	100%
E3	Responde a los requisitos solicitados por Radiofísica Sanitaria y blindaje calculado por IVIC.	E	100%
E4	Cuenta con acceso exclusivo y físicamente diferenciado.	E	100%
E5	Cuenta con el área de espera exclusiva y físicamente diferenciada.	E	100%
E6	Cuenta con vestuarios y sanitarios anexos a la sala de imágenes.	E	100%
E7	Cuenta con equipos y tecnologías acordes con su nivel de complejidad.	E	100%
E8	Se dispone de la dotación (insumos) mínima necesaria.	E	100%
E9	Cuenta con equipo de Rx convencional con estativo de pared, equipo de revelado de placas automático.	E	100%
E10	Cuenta con equipo de Rx con mesa telemandada ó mesa con fluoroscopia para estudios con medios de contraste.	E	100%
E11	Cuenta con equipo de ultrasonido con dos transductores básicos (3, 5 y 7.5 mhz).	E	100%
E12	Cuenta con equipo de Tomografía Axial Computada.	E	100%
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	100%
E14	Cuenta con equipos radiológicos portátiles para salas y/o quirófanos.	E	100%
E15	Cuenta con personal técnico y médicos radiólogos para funcionar las 24 horas.	E	100%
E16	Existen los instrumentos (manual de funciones) que definan las funciones del personal.	E	100%
E17	Cuenta con personal y equipamiento auxiliar necesario para realizar procedimientos invasivos bajo control radioscópicos y/o ecográfico.	E	100%
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	100%
P2	Los estudios son interpretados por médicos radiólogos y/o médicos especialistas que intercambian opiniones con los médicos tratantes.	P	100%
P3	Los especialistas (médicos radiólogos) del Servicio intervienen en la indicación del estudio diagnóstico más adecuado para cada caso.	p	100%
R1	El 90% de los estudios de Rayos X de hospitalización son reportados antes de venticuatro (24) horas.	R	100%
R2	El 90% de los estudios de Rayos X de emergencias son reportados antes de dos (2) horas.	R	100%
R3	El 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.	R	80%
R4	El 95% de los estudios enviados al programa de control de calidad externo, cumplen con el patrón.	R	100%

Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

En los estándares aplicados al banco de sangre alcanza un puntaje promedio de 100%, al igual que todos los ítems analizados su cumplimiento están dentro rango bueno y excelente. Ver gráfico No. 16 y tabla No. 5.

GRAFICO No. 16
BANCO DE SANGRE



Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

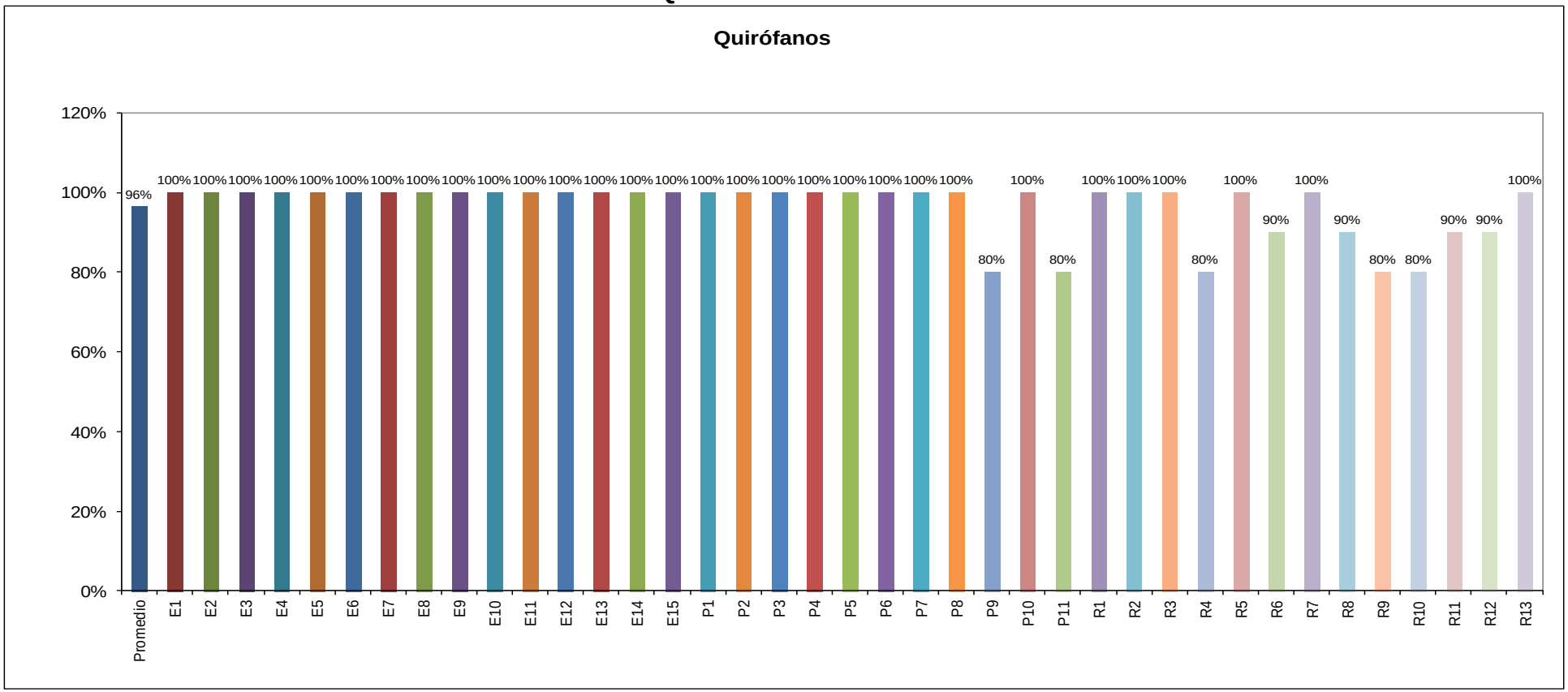
TABLA No. 5
BANCO DE SANGRE

Promedio	8. Banco de Sangre		100%
E1	Cuenta con un área exclusiva para este servicio con los ambientes apropiados, debidamente equipados y funcionando adecuadamente.	E	100%
E2	El Jefe del Servicio es un médico hematólogo.	E	100%
E3	Cuenta con personal debidamente entrenado y especializado en hematología y Banco de Sangre, con funciones bien definidas.	E	100%
E4	Cuenta con un personal técnico de hemoterapia que cumpla las actividades en guardias activas de 24 horas.	E	100%
E5	Existe un organigrama que define las relaciones del personal.	E	100%
E6	Cuenta con un manual de normas y procedimientos.	E	100%
E7	Existen los instrumentos que definan las funciones del personal.	E	100%
E8	Cuenta el Servicio con un programa de control interno de calidad.	E	100%
E9	El personal que trabaja en el Servicio conoce las normas de bioseguridad.	E	100%
P1	Existen políticas definidas en relación al régimen de donación.	P	100%
P2	Es centro de referencia de otros establecimientos.	P	100%
P3	Se lleva el registro de los procesos y procedimientos que se cumplen en el Servicio.	P	100%
P4	Se hace análisis periódico de los datos estadísticos y sus resultados para la planificación del Servicio.	P	100%
P5	El personal que trabaja en el Servicio cumple con las normas de bioseguridad.	P	100%
P6	Las políticas en relación al régimen de donación son conocidas y cumplidas por el cuerpo médico.	P	100%
R1	99% de los productos cumplen con los requisitos del programa de control interno de calidad.	R	100%
R2	Menos del 1% de problemas de salud relacionados con desconocimiento y/o falta de aplicación de las normas de bioseguridad.	R	100%
R3	50% de las unidades de sangre colectadas son separadas como componentes.	R	100%
R4	100% de las referencias de otros establecimientos son atendidas.	R	100%
R5	10% de las unidades de sangre colectadas se descartan por no cumplir con los requisitos.	R	100%
R6	Las metas programáticas se cumplen en un 95%.	R	100%

Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

En los estándares aplicados al área de quirófano alcanza un puntaje promedio de 96%, todos los ítems analizados su cumplimiento está entre bueno y excelente, los ítems con menor calificación son los procesos P9, P11, se investigan los casos de pacientes re intervenidos o con accidentes quirúrgicos; los monitoreos intraoperatorios en pacientes son realizados por médicos especialistas; y los resultados R4, R9 y R10, 100% del tejido removido en acto quirúrgico es enviado para diagnóstico de anatomía patológica (biopsias intra y post operatorias); el 95% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con los resultados de los procedimientos quirúrgicos; el 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida, todos obtienen una calificación de 80%. Ver gráfico No. 13 y tabla No. 6.

GRAFICO No. 17
QUIROFANOS



Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

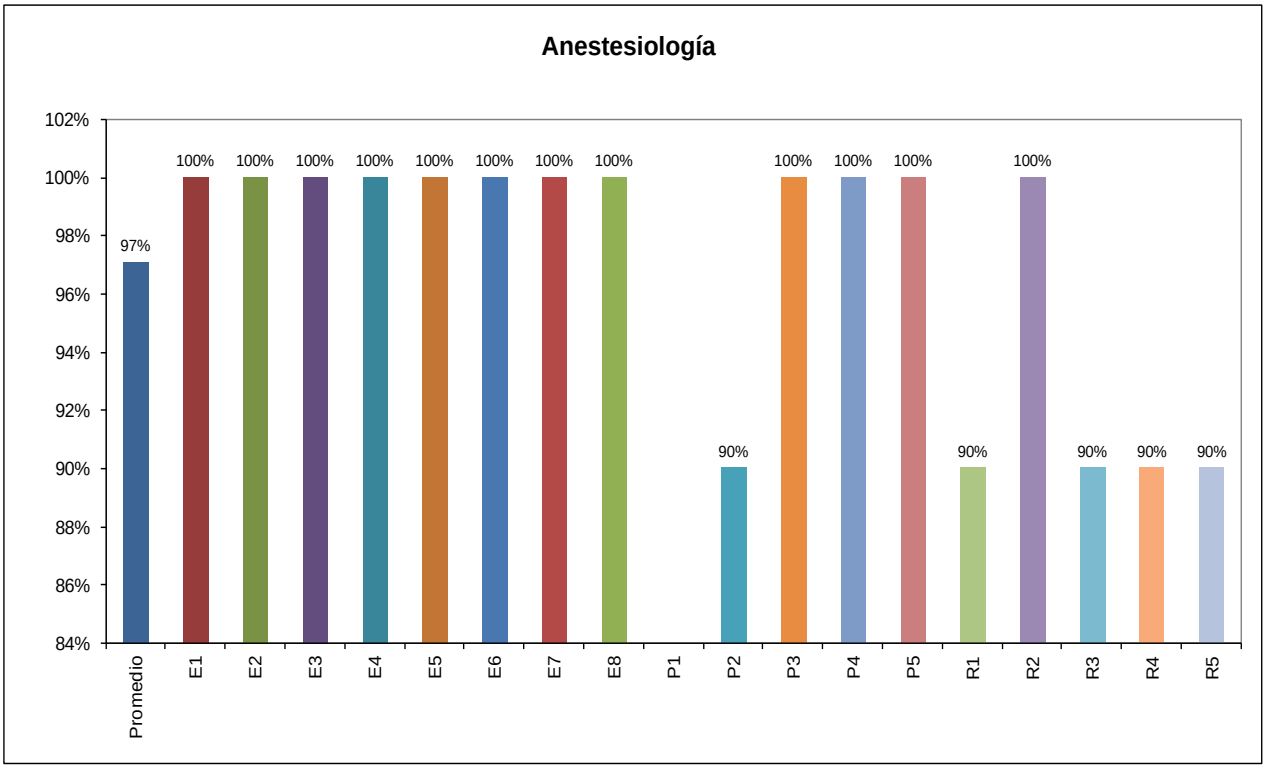
TABLA No. 6
QUIROFANOS

Promedio	10. Quirófanos		96%
E1	Existe un médico especialista responsable del área.	E	100%
E2	Cuenta con enfermera profesional y auxiliar de enfermería, entrenadas para laborar las 24 horas.	E	100%
E3	Está en un área claramente diferenciada, de circulación restringida, y exclusivamente destinada a este fin.	E	100%
E4	Cuenta con una jerarquización de áreas en semirestringida y restrigida.	E	100%
E5	Existen normas de preparación y/o conservación de las piezas operatorias y se dispone de los materiales necesarios.	E	100%
E6	Existen protocolos quirúrgico y anestésico para todas las patologías quirúrgicas y los	E	100%
E7	Existen protocolos quirúrgico y anestésico para todas las patologías quirúrgicas y los	E	100%
E8	Por lo menos cuenta con dos quirófanos y hay en todo momento, por lo menos una persona	E	100%
E9	Hay un quirófano exclusivo para el servicio de Emergencias.	E	100%
E10	Cuenta con un local destinado a la recuperación post anestésica.	E	100%
E11	El vestuario del personal tiene un acceso diferenciado.	E	100%
E12	Cuenta con diagnóstico radiológico intraoperatorio.	E	100%
E13	Los quirófanos están diferenciados y equipados según lo ofertado.	E	100%
E14	Los quirófanos cuentan con la dotación (insumos) necesaria para las intervenciones programadas y de Emergencias.	E	100%
E15	Cuenta con personal para saneamiento ambiental las 24 horas.	E	100%
P1	Las intervenciones quirúrgicas son realizadas por médicos especialistas y residentes.	P	100%
P2	Existe y se cumple la programación quirúrgica de intervenciones electivas.	P	100%
P3	Se lleva un control de las intervenciones quirúrgicas electivas omitidas.	P	100%
P4	Existe registro diario de las intervenciones quirúrgicas realizadas.	P	100%
P5	Existe una descripción firmada por el cirujano de todos los procedimientos quirúrgicos.	P	100%
P6	El área quirúrgica cuenta la posibilidad de apoyo inmediato para diagnóstico de anatomía patológica (biopsias intra y post operatorias)	P	100%
P7	Se aplican protocolos quirúrgico y anestésico para todas las patologías quirúrgicas y los procedimientos quirúrgicos.	P	100%
P8	Se analiza periódicamente la descripción operatoria, con el objeto de verificar la concordancia con los protocolos.	P	100%
P9	Se investigan los casos de pacientes reintervenidos o con accidentes quirúrgicos.	P	80%
P10	Existe un procedimiento normatizado de aseo del quirófano entre operaciones.	P	100%
P11	Los monitoreos intraoperatorios en pacientes, son realizados por médicos especialistas.		80%
R1	100% de las intervenciones quirúrgicas son realizadas por médicos especialistas y residentes.	R	100%
R2	Más del 95% de las intervenciones intervenciones electivas cumplen con la programación.	R	100%
R3	100% de las intervenciones quirúrgicas electivas omitidas están documentadas.	R	100%
R4	100% del tejido removido en acto quirúrgico es enviado para diagnóstico de anatomía patológica (biopsias intra y post operatorias).	R	80%
R5	100% de las patologías quirúrgicas y los procedimientos quirúrgicos, cumplen con los protocolos quirúrgico y anestésico.	R	100%
R6	Menos del 1% de los pacientes son reintervenidos o presentan accidentes quirúrgicos.	R	90%
R7	100% de las muestras de cultivo del quirófano están libres de contaminación de cualquier tipo.	R	100%
R8	Menos del 1% de los pacientes intervenidos presentan infecciones relacionadas con el proceso quirúrgico (en la pared y/o internas).	R	90%
R9	El 95% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con los resultados de los procedimientos quirúrgicos.	R	80%
R10	El 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.	R	80%
R11	La mortalidad intra acto quirúrgico, no es mayor del 2%.	R	90%
R12	Menos del 5% de los pacientes rechazan la intervención quirúrgica programada.	R	90%
R13	El Indice C/T (transfusiones preparadas/transfusiones cumplidas) es menor de 2	R	100%

Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

En los estándares aplicados al área de anestesiología alcanza un puntaje promedio de 97%, todos los ítems analizados su cumplimiento está entre bueno y excelente, los ítems con menor calificación es el proceso P2, se investigan los incidentes anestésicos (complicaciones y mortalidad atribuible a la anestesia) y los resultados R1, R3, R4 y R5, Menos del 2% de los pacientes presentan complicaciones y mortalidad atribuible a la anestesia; 100% de las Emergencias reciben consulta pre-anestésica al momento de la decisión quirúrgica; El 95% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con los resultados de la anestesia; El 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida. Obteniendo una calificación de 90%. Ver gráfico No. 18 y tabla No. 7.

GRAFICO No. 18
ANESTESIOLOGIA



Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

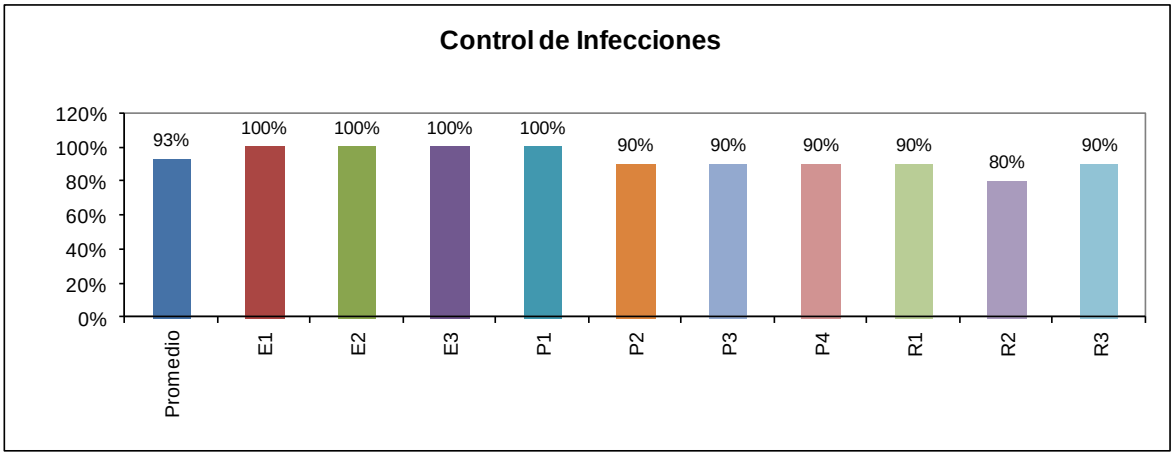
TABLA No. 7
ANESTESIOLOGIA

Promedio	11. Anestesiología		97%
E1	El Servicio de Anestesiología dispone de un médico jefe del servicio.	E	100%
E2	Los anestesiólogos del área de emergencias hacen guardia activa las 24 horas.	E	100%
E3	Cuenta con un listado de anestesiólogos organizados en guardias para las actividades electivas.	E	100%
E4	El servicio garantiza la presencia física de un anestesiólogo específico para cada procedimiento quirúrgico.	E	100%
E5	El servicio confecciona protocolos anestésicos de acuerdo a la morbilidad quirúrgica y el estado del paciente.	E	100%
E6	Se dispone de equipo mínimo necesario para la prestación del servicio.	E	100%
E7	Se realiza mantenimiento sistemático a las máquinas de anestesia.	E	100%
E8	Se dispone de la dotación (insumos) mínima necesaria para la prestación del servicio.	E	100%
P1	Se revisa periodicamente la aplicacion de los protocolos anestesicos de acuerdo a la morbilidad quirurgica.	P	
P2	Se investigan los incidentes anestésicos (complicaciones y mortalidad atribuible a la anestesia)	P	90%
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	100%
P4	Existe una descripción firmada por el anestesiólogo de todos los procedimientos anestésicos.	P	100%
P5	El anestesiólogo es responsable del manejo del paciente en la sala de recuperación y autoriza su traslado al servicio que corresponda.	P	100%
R1	Menos del 2% de los pacientes presentan complicaciones y mortalidad atribuible a la anestesia.	R	90%
R2	100% de las cirugías electivas reciben consulta pre-anestésica como mínimo 12 horas antes para las cirugías electivas.	R	100%
R3	100% de las Emergencias reciben consulta pre-anestésica al momento de la decisión quirúrgica.		90%
R4	El 95% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con los resultados de la anestesia.	R	90%
R5	El 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.	R	90%

Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica**.** Elaboración: Toty Figueroa

En los estándares aplicados al área de control de infecciones obtiene un puntaje promedio de 93%, al igual que los demás ítems analizados su cumplimiento está entre bueno y excelente, es importante señalar el ítem con menor calificación que se encuentra en el estandar R2, que tiene que ver con menos del 0,5% de los trabajadores de salud del hospital, enferman como consecuencia a exposiciones ocupacionales, obtiene una calificación de 80%. Ver gráfico No. 19 y tabla No. 8.

GRAFICO No. 19
CONTROL DE INFRECCIONES HOSPITALARIAS



Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

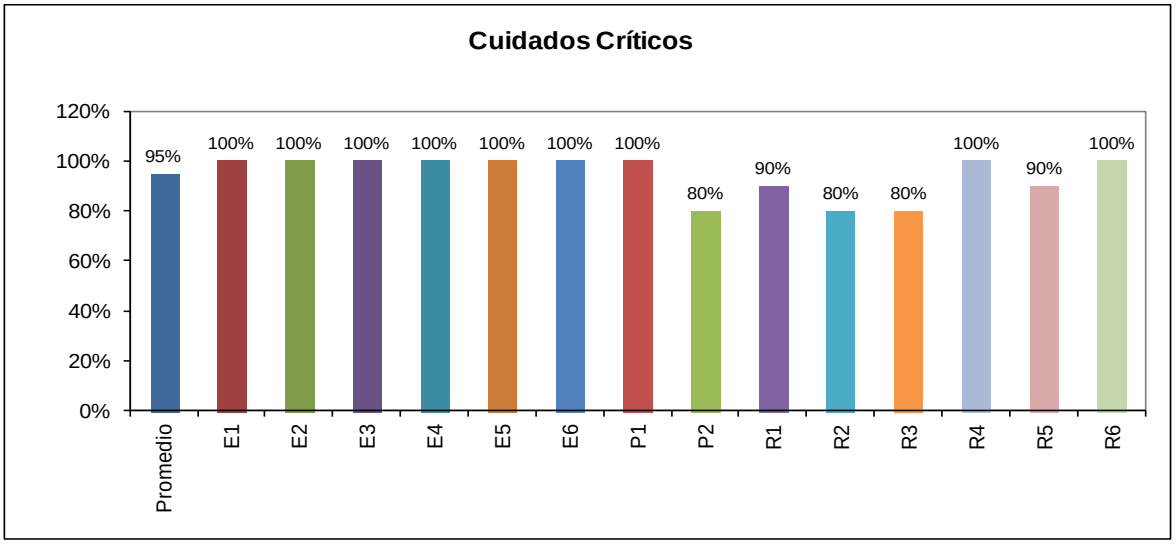
TABLA No. 8
CONTROL DE INFRECCIONES HOSPITALARIAS

Promedio	12. Control de infecciones hospitalarias		93%
E1	Cuenta con normas escritas para mantener el Sistema de Vigilancia de Epidemiología Hospitalaria de las infecciones.	E	100%
E2	Cuenta con una enfermera capacitada u otro profesional de la salud encargado de la prevención y control de infecciones hospitalarias.	E	100%
E3	Cuenta con una Comisión Institucional de Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias.	E	100%
P1	Se llevan los registros estadísticos de Vigilancia de Epidemiología Hospitalaria.	P	100%
P2	Existe auditoría periódica de los procesos de Epidemiología Hospitalaria.	P	90%
P3	Implementa el Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias del Ministerio de Salud y Desarrollo Social.	P	90%
P4	Realiza vigilancia y control de exposiciones ocupacionales en trabajadores de Salud del Hospital.	P	90%
R1	El índice de infecciones hospitalarias es menor del 5%.	R	90%
R2	Menos del 0,5% de los trabajadores de salud del hospital, enferman como consecuencia a exposiciones ocupacionales.	R	80%
R3	La mortalidad como consecuencia de infecciones intrahospitalarias, no excede el 2%	R	90%

Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

En los estándares aplicados al área de cuidados críticos obtiene un puntaje promedio de 95%, al igual que los demás ítems analizados su cumplimiento está entre bueno y excelente, es importante señalar los ítems con menor puntuación que se encuentran en los estándares: P2, Se informa y comunica en forma regular y permanente a los familiares de los pacientes; y R2 y R3, El 95% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con los resultados de la hospitalización; el 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida, obteniendo una calificación de 80%. Ver gráfico No. 16 y tabla No. 9.

GRAFICO No. 20
CUIDADOS CRITICOS



Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

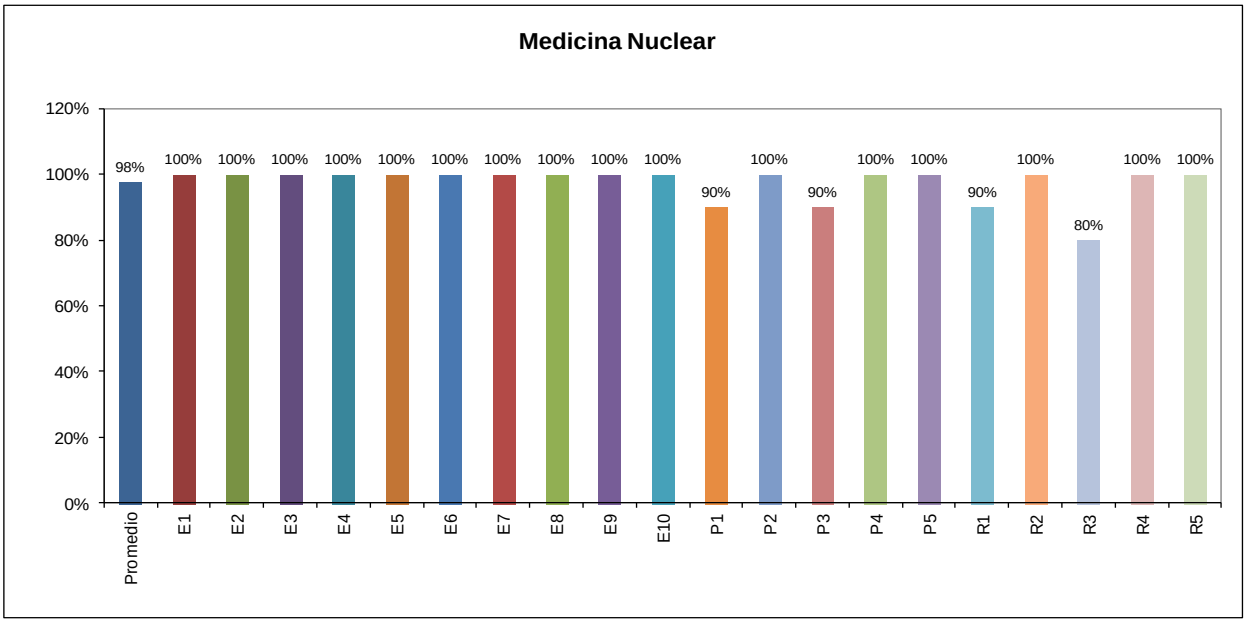
TABLA No. 9
CUIDADOS CRITICOS

Promedio	13. Cuidados Críticos		95%
E1	La Unidad de Terapia Intensiva (UTI) esta dotada con los recursos materiales y equipos adecuados	E	100%
E2	Cuenta la UTI con una Unidad de Terapia Intermedia que la complemente.	E	100%
E3	Cuenta con equipo de Laboratorio mínimo (determinación de gases arteriales por ej), y de equipo de Rx móvil portátil.	E	100%
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	100%
E5	Existe un Manual de Normas y Procedimientos actualizado.	E	100%
E6	Existen políticas y planes de adiestramiento periódico al personal.	E	100%
P1	Se realizan periódicamente evaluaciones del personal.	P	100%
P2	Se informa y comunica en forma regular y permanente a los familiares de los pacientes.	P	80%
R1	El 80% de las interconsultas realizadas son atendidas antes de las 2 horas.	R	90%
R2	El 95% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con los resultados de la hospitalización.	R	80%
R3	El 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.	R	80%
R4	Menos del 5% de los pacientes presentan complicaciones y/o accidentes como consecuencia de los tratamientos y/o procesos.	R	100%
R5	La mortalidad hospitalaria no es mayor del 6%.	R	90%
R6	Menos del 5% de los pacientes egresan contra opinión médica.	R	100%
R7	El Indice C/T (transfusiones preparadas/transfusiones cumplidas) es menor de 2	R	100%

Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

En los estándares aplicados al área de medicina nuclear obtienen un puntaje promedio de 98%, al igual que los demás ítems analizados su cumplimiento está entre bueno y excelente, el ítem con menor puntuación es el que se encuentra en el estándar R3: El 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida, obteniendo una calificación de 80%. Ver gráfico No. 17 y tabla No. 10

GRAFICO No. 21
MEDICINA NUCLEAR



Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

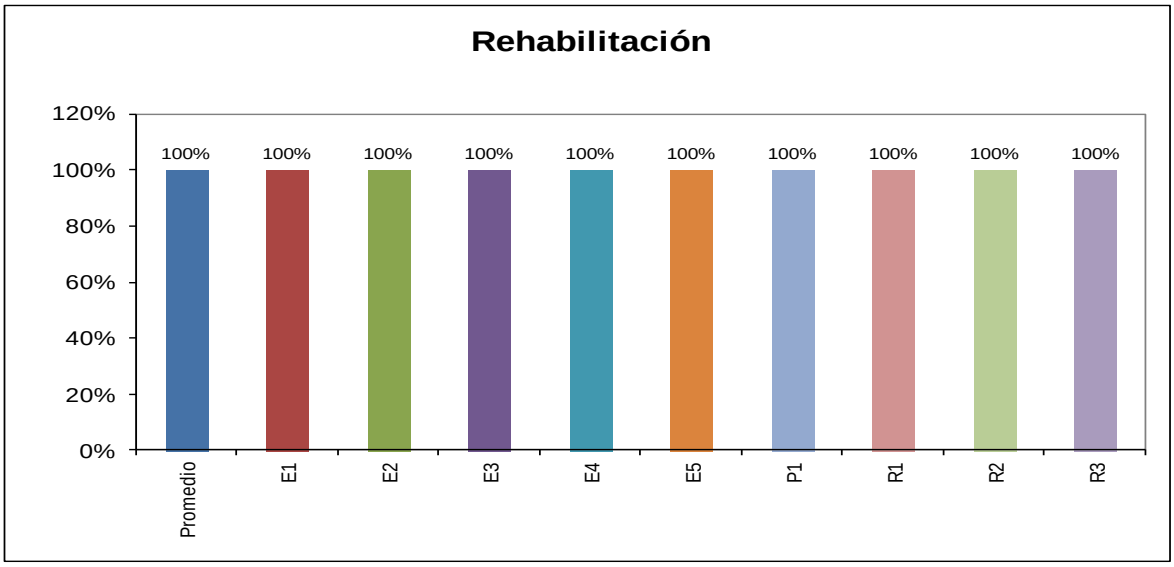
TABLA No. 10
MEDICINA NUCLEAR

Promedio	15. Medicina nuclear		98%
E1	Cuenta con la infraestructura necesaria y funcionalmente adecuada para las diversas aplicaciones diagnósticas "in vivo" de los radioisótopos, en forma de trazadores radiactivos, y aquellas terapéuticas que deriven de los mismos.	E	100%
E2	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".	E	100%
E3	Cuenta con una unidad de Medicina Nuclear.	E	100%
E4	Cuenta con más de un profesional especialista en Medicina Nuclear.	E	100%
E5	Existe dosimetría personalizada.	E	100%
E6	Cuenta con técnico capacitado en Medicina Nuclear.	E	100%
E7	Se dispone del equipo necesario para la prestación del servicio.	E	100%
E8	Existe un organigrama e instrumentos que define las relaciones del personal.	E	100%
E9	Cuenta con un manual de normas y procedimientos.	E	100%
E10	Cuenta el Servicio con un programa de control interno de calidad.	E	100%
P1	Es centro de referencia de otros establecimientos.	P	90%
P2	Se lleva el registro de los procesos y procedimientos que se cumplen en el Servicio.	P	100%
P3	Se hace análisis periódico de los datos estadísticos y sus resultados para la planificación del Servicio.	P	90%
P4	El personal que trabaja en el servicios conoce y cumple con las normas de bioseguridad.	P	100%
P5	Cubre funciones asistenciales, docentes y de investigación.	P	100%
R1	El 90% de los estudios de hospitalización son reportados antes de venticuatro (24) horas.	R	90%
R2	El 90% de los estudios de emergencias son reportados antes de dos (2) horas.	R	100%
R3	El 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.	R	80%
R4	El 98% de las muestras enviadas al programa de control de calidad externo, cumplen con el	R	100%
R5	Menos del 1% de los resultados de los informes están errados	R	100%

Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

En los estándares aplicados al área de rehabilitación arrojan una calificación promedio del 100%, de acuerdo a los ítems analizados su cumplimiento es satisfactorio y excelente. Ver gráfico No. 22 y tabla No. 11.

GRAFICO No. 22
REHABILITACIÓN



Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

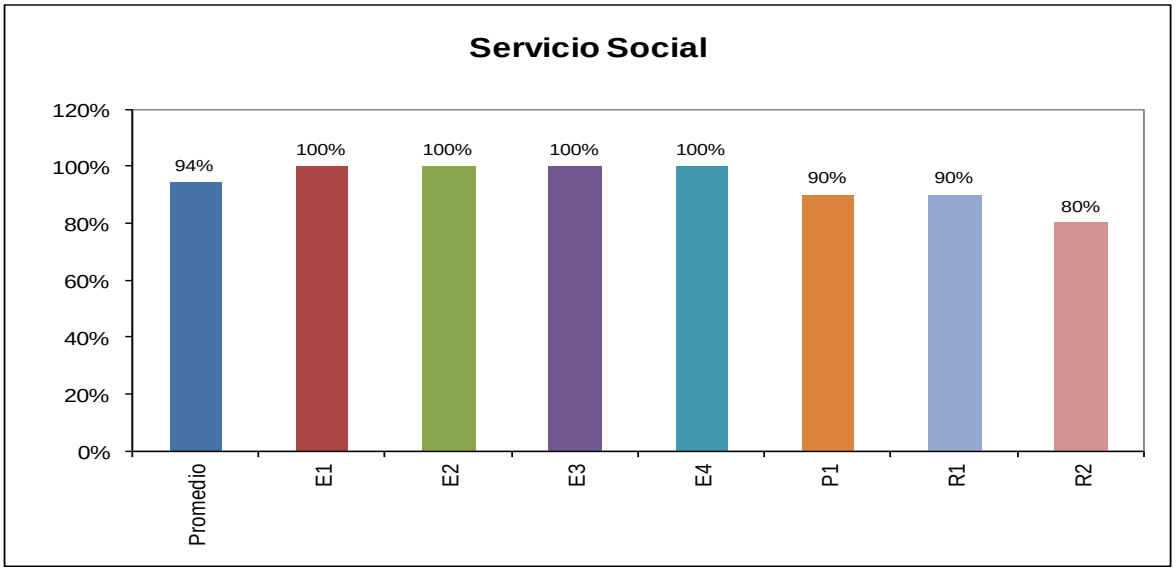
TABLA No. 11
REHABILITACIÓN

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

Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

En los estándares aplicados al área de servicio social obtiene un puntaje promedio de 94%, la mayor parte de los ítems analizados su cumplimiento está entre bueno y excelente, es importante indicar que el estándar con menor puntuación es el resultado R2, más del 75% de las solicitudes de apoyo son resueltas en forma satisfactoria, obteniendo una calificación de 80%. Ver gráfico No. 23 y tabla No. 12.

GRAFICO No. 23
SERVICIO SOCIAL



Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

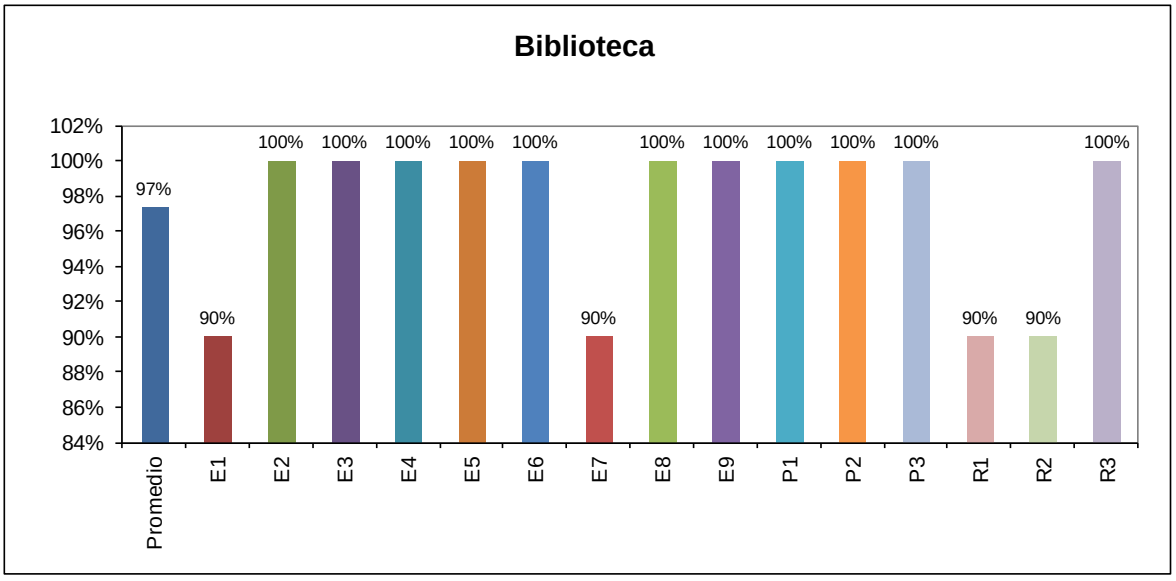
TABLA No. 12
SERVICIO SOCIAL

Promedio	18. Servicio Social		94%
E1	Cuenta por lo menos un profesional de servicio social.	E	100%
E2	Cuenta con el espacio físico adecuado paraa el desarrollo de su tarea.	E	100%
E3	Existen normas y procedimientos escritos.	E	100%
E4	El servicio está integrado con el resto del cuerpo profesional.	E	100%
P1	Desarrolla actividades extramurales, como visitas domiciliarias, contactos comunitarios, relaciones institucionales e identificación de grupos de riesgo.	P	90%
R1	Las solicitudes de apoyo al servicio son atendidas en un plazo menor de 24 horas	R	90%
R2	Más del 75% de las solicitudes de apoyo son resueltas en forma satisfactoria	R	80%

Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

En los estándares aplicados al área de biblioteca obtiene un puntaje promedio de 97%, la mayor parte de los ítems analizados su cumplimiento está entre bueno y excelente, es importante indicar que los estándares con menor puntuación son los ítems E1 y E7: existen publicaciones actualizadas acerca de las cuatro clínicas básicas y emergencias, en forma de tratados o manuales escritos en el idioma nacional; existe un comité de profesionales, que elabora el programa bibliográfico anual, del cual forma parte el encargado de la biblioteca y los resultados R1 y R2: más del 75% el personal visita la biblioteca, por lo menos una vez a la semana; más del 75% del personal se conecta a la biblioteca virtual, por lo menos una vez a la semana, ubicándose todos en un rango de 90%. Ver gráfico No. 24 y tabla No. 13.

GRAFICO No. 24
BIBLIOTECA



Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica**.** Elaboración: Toty Figueroa

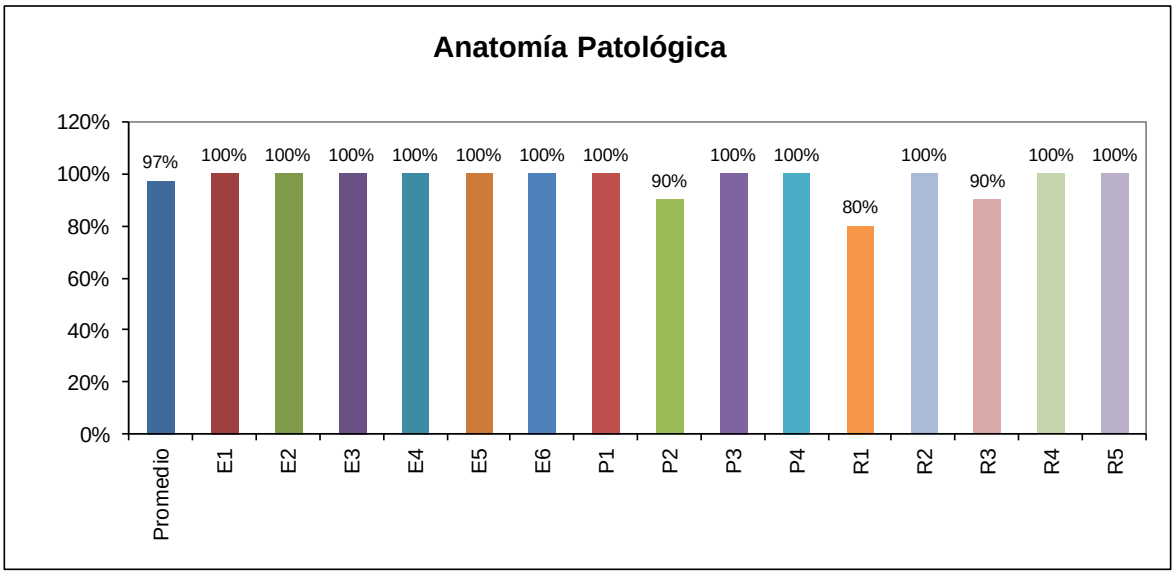
TABLA No. 13
BIBLIOTECA

Promedio	19. Biblioteca		97%
E1	Existen publicaciones actualizadas acerca de las cuatro clínicas básicas y emergencias, en forma de tratados o manuales escritos en el idioma nacional.	E	90%
E2	Se halla a cargo de personal que lleva control de ingresos y egresos.	E	100%
E3	Cuenta con suscripción a determinadas revistas científicas y dispone de índices internacionales.	E	100%
E4	Cuenta con textos de otras especialidades.	E	100%
E5	Cuenta con personal especializado en el área de biblioteca.	E	100%
E6	Funciona por lo menos ocho horas diarias.	E	100%
E7	Existe un comité de profesionales, que elabora el programa bibliográfico anual, del cual forma parte el encargado de la biblioteca.	E	90%
E8	Cuenta con biblioteca virtual.	E	100%
E9	Cuenta con una página web.	E	100%
P1	Las incorporaciones de material son programadas.	P	100%
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	100%
P3	Edita una publicación propia.	P	100%
R1	Más del 75% el personal visita la biblioteca, por lo menos una vez a la semana.	R	90%
R2	Más del 75% del personal se conecta a la biblioteca virtual, por lo menos una vez a la semana.	R	90%
R3	El 100% de los departamentos publican un artículo científico por semestre.	R	100%

Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

En los estándares aplicados al área de anatomía patológica obtiene un puntaje promedio de 97%, la mayor parte de los ítems analizados su cumplimiento está entre bueno y excelente, es importante indicar que el estándar con menor puntuación es el resultado R1, se le realiza autopsias médicas a más del 50% fallecidos en el hospital, obteniendo una calificación de 80%. Ver gráfico No. 25 y tabla No. 14.

GRAFICO No. 25
ANATOMIA PATOLOGICA



Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

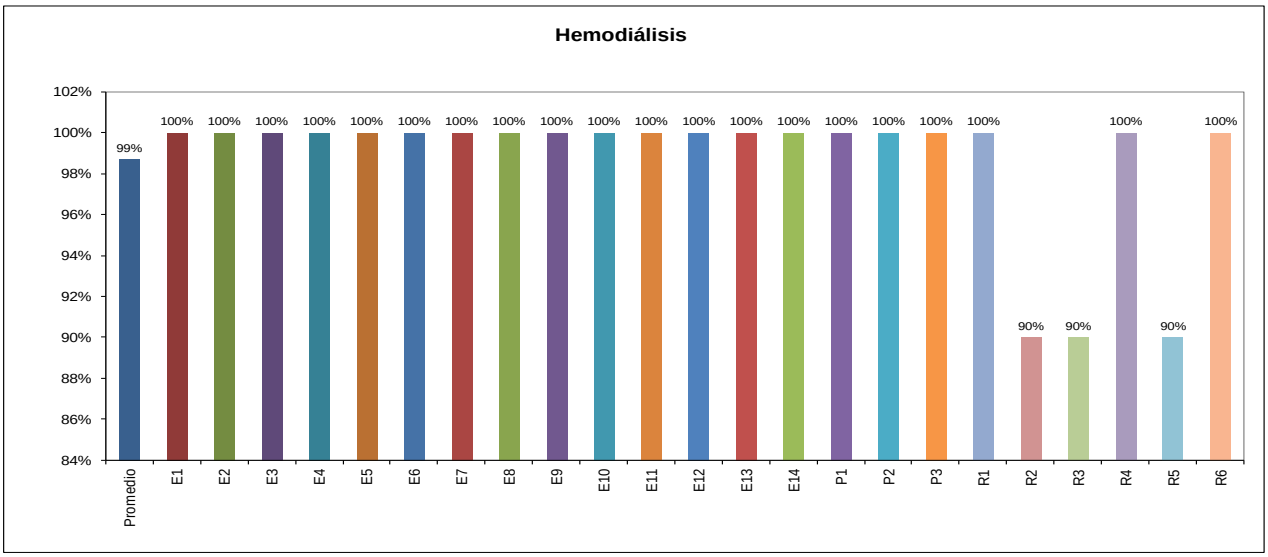
TABLA No. 14
ANATOMIA PATOLOGICA

Promedio	20. Anatomía Patológica.		97%
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	100%
E2	Cuenta con áreas debidamente acondicionadas y con accesos acordes.	E	100%
E3	Cuenta con los equipos necesarios para la realización de citologías, biopsias y necropsias.	E	100%
E4	Cuenta con los insumos necesarios para la realización de citologías, biopsias y necropsias.	E	100%
E5	Existen normas y protocolos para el procesamiento de los estudios requeridos.	E	100%
E6	Cuenta con el personal de saneamiento ambiental las 24 horas.	E	100%
P1	Realiza autopsias médicas.	P	100%
P2	Participa en reuniones interdepartamentales (discusión de casos anatomoclínicos) con frecuencia semanal o cuando sea necesario.	P	90%
P3	Realizan biopsias transoperatorias.	P	100%
P4	Aplican normas y protocolos para el procesamiento de los estudios requeridos.	P	100%
R1	Se le realiza autopsias médicas a más del 50% fallecidos en el hospital.	R	80%
R2	Se le realiza autopsias médicas a más del 95% fallecidos en emergencias o que llegaron muertos al hospital.	R	100%
R3	Participa en el 100% de las reuniones interdepartamentales (discusión de casos anatomoclínicos) con frecuencia semanal o cuando sea necesario.	R	90%
R4	100% de las solicitudes de biopsias transoperatorias son atendidas de inmediato.	R	100%
R5	100% de los estudios requeridos cumplen con las normas y protocolos establecidos para el procesamiento de los estudios requeridos.	R	100%

Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica**.** Elaboración: Toty Figueroa

En los estándares aplicados al área de hemodiálisis obtiene un puntaje promedio de 99%, la mayor parte de los ítems analizados su cumplimiento está entre bueno y excelente, es importante indicar que los estándares con menor puntuación son los ítems R2, R3 y R5, el 95% de los familiares muestran satisfacción con los resultados de la hospitalización; el 80% de los familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida; la mortalidad hospitalaria no es mayor del 5%, obteniendo una calificación de 90%. Ver gráfico No. 26 y tabla No. 15.

GRAFICO No. 26
UNIDAD DE HEMODIALISIS



Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica**.** Elaboración: Toty Figueroa

TABLA No. 15
UNIDAD DE HEMODIALISIS

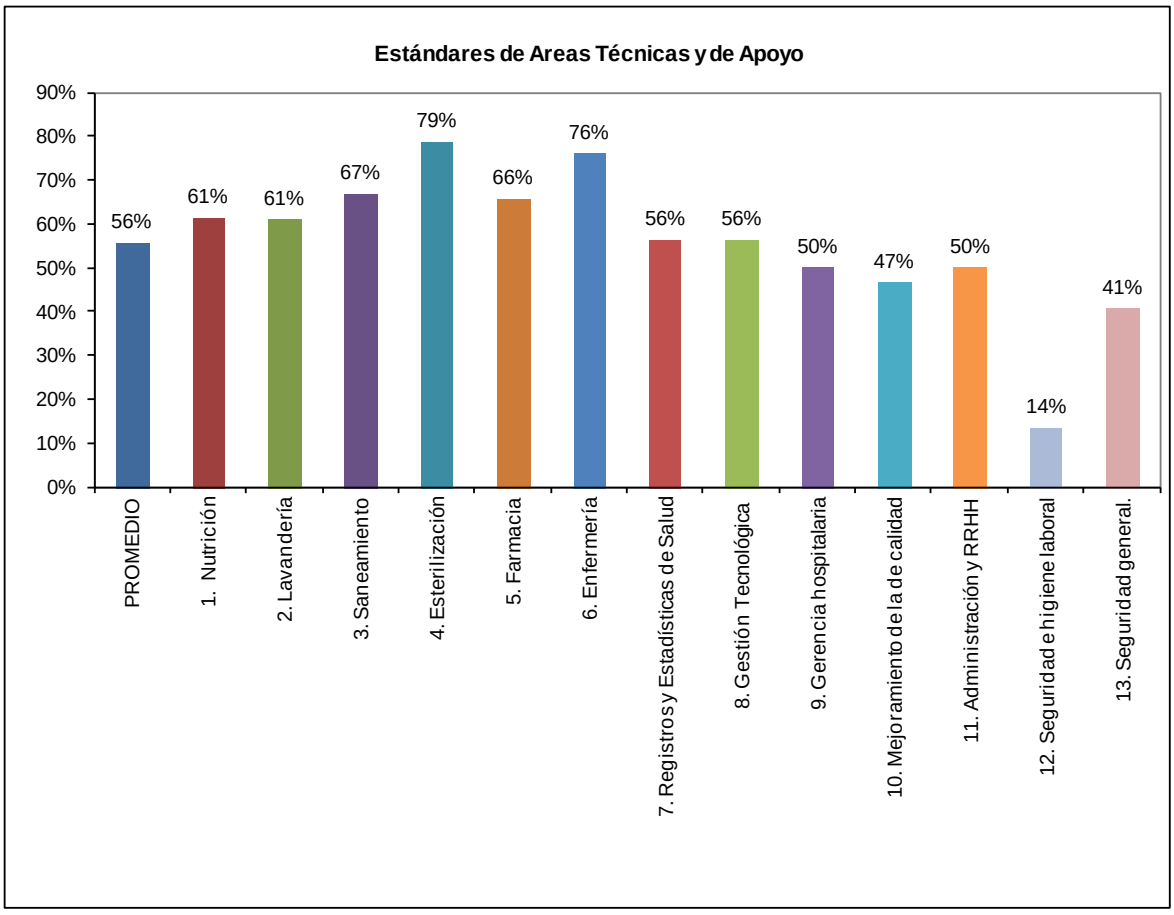
Promedio	21. Unidad de Hemodiálisis.		99%
E1	Cuenta con el espacio físico adecuado para el desarrollo de su tarea, de acuerdo a la normativa vigente.	E	100%
E2	El área de espera cuenta con capacidad del 50% del total de puestos para tratamiento de diálisis.	E	100%
E3	El área de pacientes cuenta con ambiente diferenciado físicamente para el tratamiento de pacientes con enfermedades infecciosas adquiridas por vía sanguínea (H.I.V., Hepatitis u otras).	E	100%
E4	El área de tratamiento de pacientes cuenta con unárea mínima de 5 m2 por paciente.	E	100%
E5	El área de procedimientos cuenta con antesala de técnicas asépticas con un área mínima de 9 m2 y con lavamanos incluido.	E	100%
E6	La unidad de hemodiálisis cuenta con una planta de tratamiento de agua.	E	100%
E7	Se dispone del equipo mínimo necesario para la atención de los pacientes.	E	100%
E8	Se dispone de la dotación (insumos) mínima necesaria para la atención de los pacientes.	E	100%
E9	Existe un médico especialista responsable del área.	E	100%
E10	Los procedimientos son realizadas por médicos especialistas y residentes.	E	100%
E11	Cuenta con enfermera profesional y auxiliar de enfermería, entrenadas para laborar en 12 horas.	E	100%
E12	Existe programación de procedimientos.	E	100%
E13	Existe registro diario de los procedimientos realizados.	E	100%
E14	Existen normas y protocolos de procedimientos.	E	100%
P1	Se cumple la programación de procedimientos.	P	100%
P2	Existe una descripción firmada por el especialista de todos los procedimientos.	P	100%
P3	Se cumplen normas y protocolos de procedimientos.	P	100%
R1	El 80% de las interconsultas realizadas son atendidas antes de las 24 horas.	R	100%
R2	El 95% de los familiares muestran satisfacción con los resultados de la hospitalización.	R	90%
R3	El 80% de los familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.	R	90%
R4	Menos del 5% de los pacientes presentan complicaciones y/o accidentes como consecuencia de los tratamientos y/o procesos.	R	100%
R5	La mortalidad hospitalaria no es mayor del 5%.	R	90%
R6	Menos del 5% de los pacientes egresan contra opinión médica.	R	100%

Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica**.** Elaboración: Toty Figueroa

3.1.2.2 Organización de las áreas técnicas y de apoyo

En la organización de las áreas técnicas y de apoyo, los estándares de estas áreas, le otorgan al hospital un promedio de 56 %, los servicios con mayor puntaje son: esterilización con el 79%, enfermería con el 76%, y saneamiento con el 67%, el estándar que menor puntaje tiene es seguridad e higiene laboral con el 14%, detalles en el gráfico Nº 27 y tabla Nº 16.

GRAFICO No. 27
ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO



Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica**.** Elaboración: Toty Figueroa

TABLA No. 16

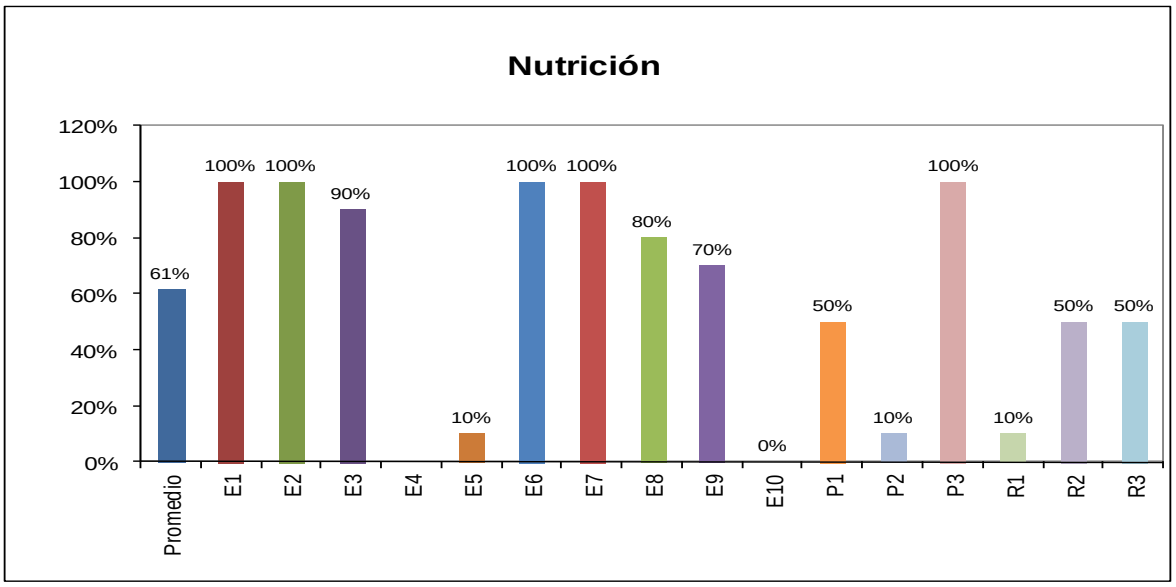
ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO

ESTANDARES	
II. AREAS TECNICAS Y DE APOYO	VALOR
PROMEDIO	56%
1. Nutrición	61%
2. Lavandería	61%
3. Saneamiento	67%
4. Esterilización	79%
5. Farmacia	66%
6. Enfermería	76%
7. Registros y Estadísticas de Salud	56%
8. Gestión Tecnológica	56%
9. Gerencia hospitalaria	50%
10. Mejoramiento de la de calidad	47%
11. Administración y RRHH	50%
12. Seguridad e higiene laboral	14%
13. Seguridad general.	41%

Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica.
Elaboración: Toty Figueroa

En los estándares aplicados al área de nutrición el puntaje promedio que se observa es de 61%, aceptable pero puede mejorar, como se puede evidenciar los ítems analizados no todos tienen una calificación entre bueno y excelente, por lo que es importante destacar especialmente el estándar que no cumple con el indicador y que se ubica en el estándar E10: Tiene capacidad para efectuar alimentación parenteral y enteral, mismo que obtiene una calificación del 0 %, seguido de los ítems E5, P2 y R1: Cuenta con una consulta externa de Nutrición y Dietética atendida por una nutricionista; el especialista en Nutrición pasa revista diaria a los pacientes, para la prescripción de regímenes personalizados; 100% de los pacientes que requieren regímenes personalizados, son evaluados diariamente por el/la nutricionista, obteniendo estos últimos una puntuación de 10%, como se detalla en el gráfico Nº 28 y tabla Nº 17.

GRAFICO No. 28
NUTRICIÓN



Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

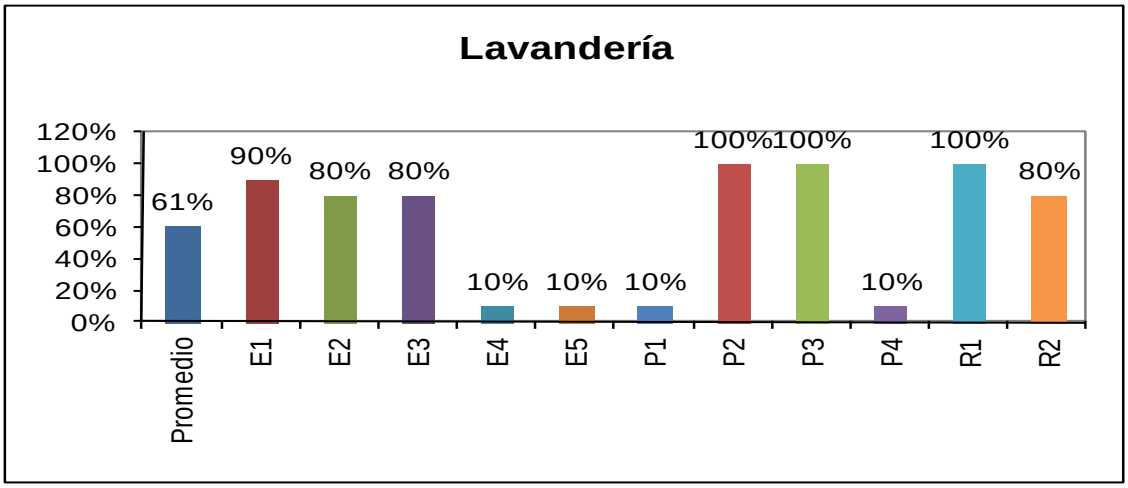
TABLA No. 17
NUTRICIÓN

Promedio	1. Nutrición		61%
E1	Cuenta con el equipo necesario para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	100%
E2	Cuenta con los recursos humanos necesarios y suficientes para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	100%
E3	Cuenta con un área para la preparación de fórmulas con normas específicas.	E	90%
E4	Cuenta con un listado de regímenes por patología, confeccionado por una nutricionista, según prescripción médica.	E	
E5	Cuenta con una consulta externa de Nutrición Y Dietética atendida por una nutricionista.	E	10%
E6	Dispone de los insumos necesarios para la prestación del servicio.	E	100%
E7	Dispone de un especialista en Nutrición al menos para la organización del servicio.	E	100%
E8	Existe una Unidad de Soporte Nutricional.	E	80%
E9	Tiene capacidad para diseñar regímenes especiales para pacientes ambulatorios.	E	70%
E10	Tiene capacidad para efectuar alimentación parenteral y enteral.	E	0%
P1	Asiste el especialista en Nutrición a la discusión de casos clínicos de los pacientes que así lo requieran.	P	50%
P2	El especialista en Nutrición pasa revista diaria a los pacientes, para la prescripción de regímenes personalizados.	P	10%
P3	Se analiza y verifica sistemáticamente el cumplimiento de los regímenes nutricionales de acuerdo a las patologías de los pacientes.	P	100%
R1	100% de los pacientes que requieren regímenes personalizados, son evaluados diariamente por el/la nutricionista.	R	10%
R2	Elanálisis y verificación del cumplimiento de los regímenes nutricionales de acuerdo a las patologías de los pacientes, revela un 100% de correspondencia.	R	50%
R3	Más del 70% de los pacientes califican la comida como satisfactoria.	R	50%

Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

En los estándares aplicados al área de lavandería el puntaje promedio que obtiene es del 61% aceptable pero puede mejorar, en esta área el 64% de los ítems analizados cumplen a satisfacción el estándar, es importante indicar especialmente los ítems que no cumplen con el indicador y que se ubican en los estándares E4, E5, P1 y P4: el proceso de lavado y cambio de ropa está normatizado; existe protocolos para el manejo de la ropa usada y contaminada; lleva un registro del cambio de ropa en pacientes con fluidos corporales; existe auditoría periódica de los procesos establecidos en el Servicio de Lavandería, mismos que obtienen una calificación del 10 %, como se evidencia en el gráfico Nº 29y tabla Nº 18.

GRAFICO No. 29
LAVANDERIA



Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

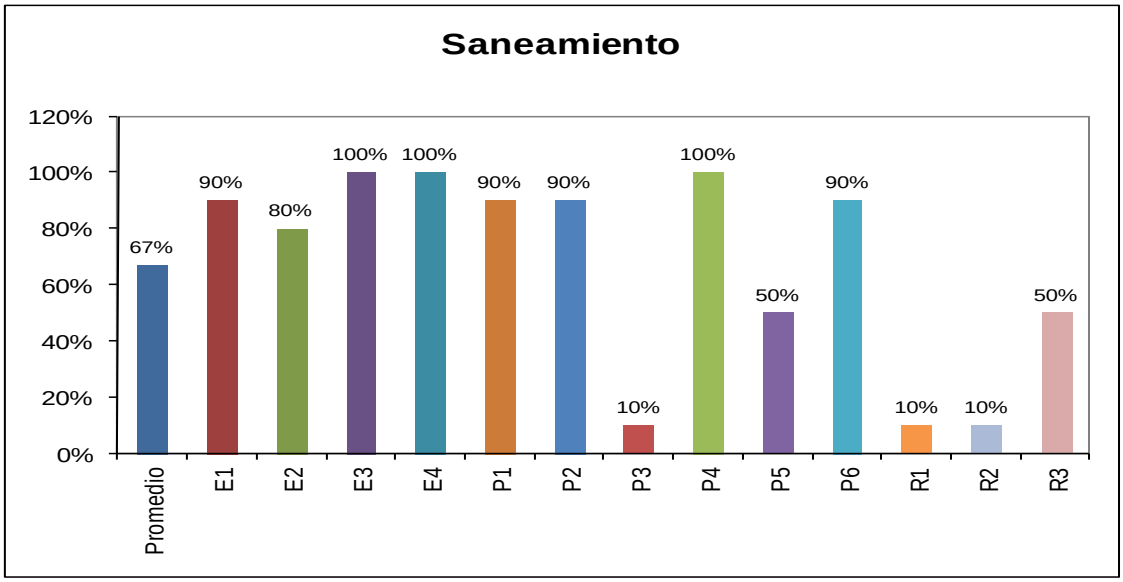
TABLA No. 18
LAVANDERIA

Promedio	2. Lavandería		61%
E1	Cuenta con el equipo necesario para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	90%
E2	Dispone de los insumos necesarios para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	80%
E3	Cuenta con los recursos humanos necesarios y suficientes para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	80%
E4	El proceso de lavado y cambio de ropa está normatizado	E	10%
E5	Existe protocolos para el manejo de la ropa usada y contaminada.	E	10%
P1	Lleva un registro del cambio de ropa en pacientes con fluidos corporales.	P	10%
P2	El retiro de ropa sucia es diario.	P	100%
P3	La entrega de ropa limpia se hace diariamente.	P	100%
P4	Existe auditoría periódica de los procesos establecidos en el Servicio de Lavandería.	P	10%
R1	La incidencia de infecciones hospitalarias (de heridas, generales) como consecuencia del uso de ropa contaminada es menor del 1%.	R	100%
R2	Más del 90% de los pacientes califican la ropa como limpia y satisfactoria.	R	80%

Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

Al realizar el análisis ***en los estándares aplicados al área de saneamiento*** se observa que el puntaje promedio que obtiene es de 67%, se ubica en el rango de aceptable pero puede mejorar, es importante destacar los ítems que no cumplen con el indicador y que se ubican en los estándares P3, R1 y R2: se verifica regularmente la eficacia y riesgos a la salud como resultado del uso indiscriminado de los productos de limpieza; la incidencia de infecciones entre el personal como consecuencia de contaminación con elementos o excretas potencialmente contaminantes (hepatitis B, SIDA, salmonelosis) es menor del 1%; la incidencia de infecciones hospitalarias (de heridas, generales) como consecuencia del saneamiento inadecuado es menor del 1%, mismos que obtienen una calificación del 10 %, como se evidencia en el gráfico Nº 30 y tabla Nº 19

GRAFICO No. 30
SANEAMIENTO



Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

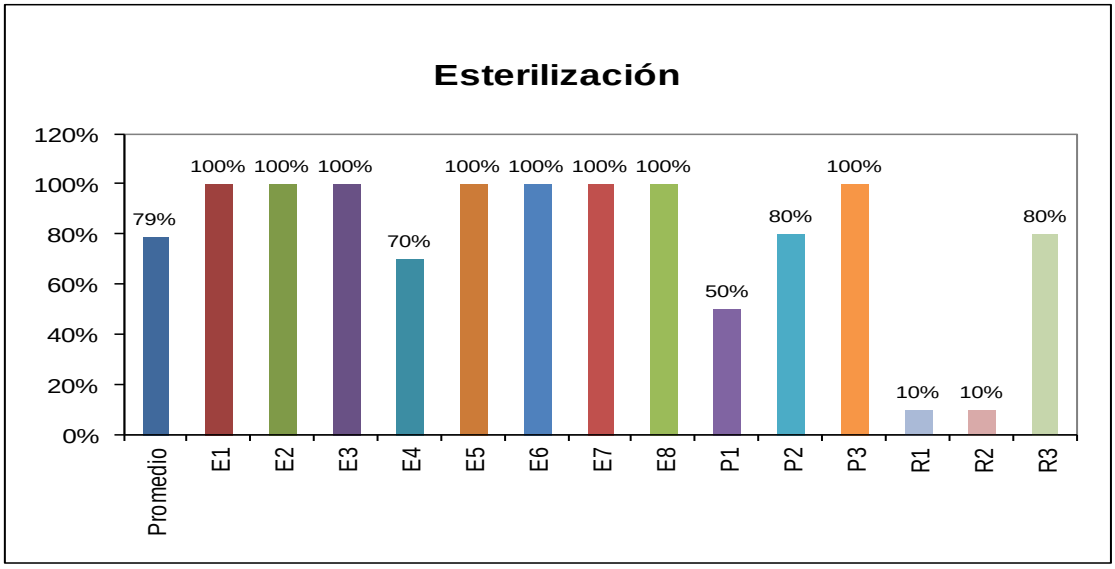
TABLA No. 19
SANEAMIENTO

Promedio	3. Saneamiento		67%
E1	Cuenta con el equipo necesario para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	90%
E2	Dispone de los insumos necesarios para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	80%
E3	Cuenta con los recursos humanos necesarios y suficientes para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	100%
E4	Cuenta con un responsable de la limpieza.	E	100%
P1	Los pisos son limpiados al menos una vez al día, cumpliendo con las normas establecidas.	P	90%
P2	Existe prohibición de barrido en seco, excepto casos especiales como consultorio o circulación pública.	P	90%
P3	Se verifica regularmente la eficacia y riesgos a la salud como resultado del uso indiscriminado de los productos de limpieza.	P	10%
P4	Existen normas para el tratamiento específico de elementos o excretas potencialmente contaminantes (hepatitis B, SIDA, salmonellosis).	P	100%
P5	El personal de limpieza recibe adiestramiento.	P	50%
P6	El centro asistencial cumple con la normativa prevista en el Decreto número 2.218 de fecha 23-04-92 publicado en la Gaceta Oficial N° 4.418, extraordinaria del 27-04-92, referente a la "Clasificación y Manejo de Desechos en Establecimientos de Salud".	P	90%
R1	La incidencia de infecciones entre el personal como consecuencia de contaminación con elementos o excretas potencialmente contaminantes (hepatitis B, SIDA, salmonellosis) es menor del 1%.	R	10%
R2	La incidencia de infecciones hospitalarias(de heridas, generales) como consecuencia del saneamiento inadecuado es menor del 1%.	R	10%
R3	Más del 90% de los pacientes califican la ropa como limpia y satisfactoria.	R	50%

Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica**.** Elaboración: Toty Figueroa

Al realizar el análisis ***a los estándares aplicados al área de esterilización*** el puntaje que se observa es de 79%, que se ubica en el rango de bueno y excelente, es importante indicar los ítems que no cumplen con el indicador y que se encuentra en los estándares R1 y R2 la incidencia de infecciones entre el personal como consecuencia de contaminación con elementos o excretas potencialmente contaminantes (hepatitis B, SIDA, salmonelosis) es menor del 1%; la incidencia de infecciones hospitalarias (de heridas, generales) como consecuencia de esterilización inadecuada de equipos es menor del 1%, obteniendo una calificación del 10 %, como se evidencia en el gráfico Nº 31 y tabla Nº 20.

GRAFICO No. 31
ESTERILIZACION



Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

TABLA No. 20

ESTERILIZACION

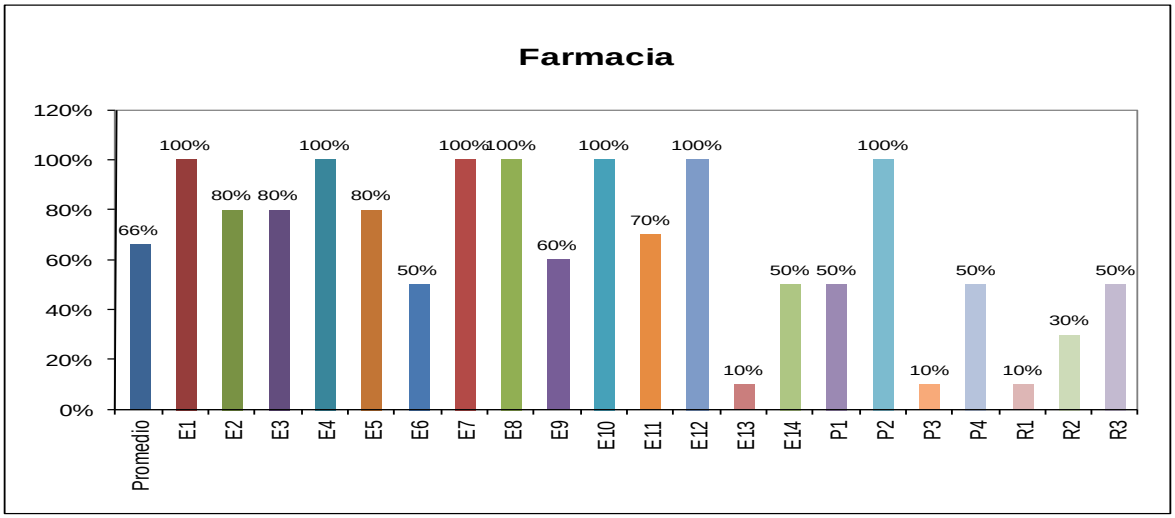
Promedio	4. Esterilización		79%
E1	Posee un local donde se realiza la preparación y esterilización de todos los materiales de la institución.	E	100%
E2	El área del servicio cuenta con tres sectores: recepción y lavado, preparación y acondicionamiento de materiales esterilización y almacenamiento.	E	100%
E3	Cuenta con el equipo necesario para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	100%
E4	Dispone de los insumos necesarios para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	70%
E5	Cuenta con los recursos humanos necesarios y suficientes para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	100%
E6	Tiene posibilidad propia o contratada de esterilizar materiales termosensibles.	E	100%
E7	Existen normas escritas sobre los procedimientos de esterilización.	E	100%
E8	Cuenta con ventilación mecánica equipada con filtros de alta eficiencia.	E	100%
P1	Se lleva a cabo un proceso de capacitación y actualización permanente de los recursos humanos.	P	50%
P2	Se efectúan controles biológicos de acuerdo a la normativa vigente	P	80%
P3	Los equipos son lavados y desinfectados regularmente en forma automática y/o manual.	P	100%
R1	La incidencia de infecciones entre el personal como consecuencia de contaminación con elementos o excretas potencialmente contaminantes (hepatitis B, SIDA, salmonellosis) es menor del 1%.	R	10%
R2	La incidencia de infecciones hospitalarias(de heridas, generales) como consecuencia de esterilización inadecuada de equipos es menor del 1%.	R	10%
R3	Más del 98% de los usuarios califican la esterilización de equipos como satisfactoria.	R	80%

Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

Al realizar el análisis ***a los estándares aplicados al área de farmacia*** el puntaje que se observa es de 66% aceptable pero puede mejorar, es importante indicar los ítems que no cumple con el indicador y que se ubican en los estándares E13, P3 y R1: Cuenta con servicios de docencia e investigación clínica; se realizan

estudios de fármaco epidemiología; la incidencia de complicaciones por uso indebido de medicamentos es menor del 1%, obteniendo una calificación del 10 %, como se evidencia en el gráfico Nº 32 y tabla Nº 21.

GRAFICO No. 32
FARMACIA



Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

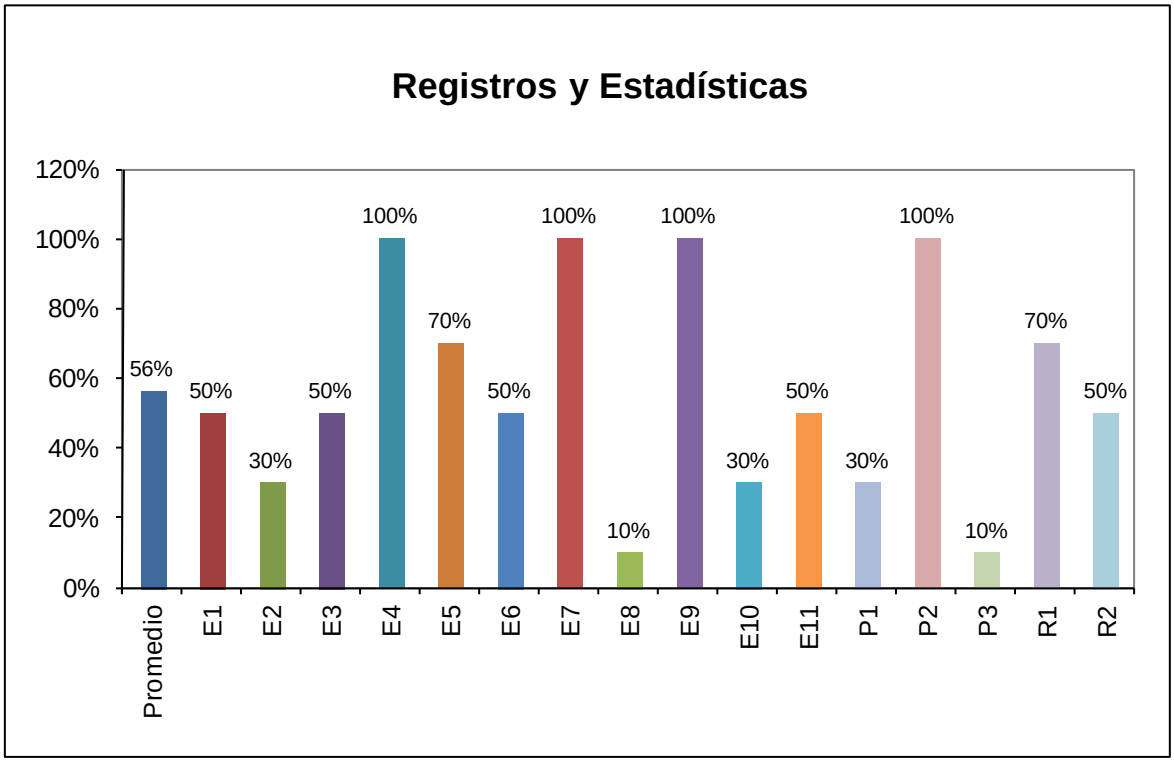
TABLA No. 21
FARMACIA

Promedio	5. Farmacia		66%
E1	Cuenta la planta física con áreas bien definidas, clasificadas y delimitadas de acuerdo a la actividad que se realiza en ella.	E	100%
E2	Cumple con las condiciones ambientales de iluminación, ventilación, seguridad, condiciones higiénicas, entre otras, que aseguren el buen funcionamiento del Servicio.	E	80%
E3	Cuenta con el equipamiento necesario para asegurar el buen almacenamiento de los medicamentos, de acuerdo a la normativa vigente.	E	80%
E4	Cuenta con un profesional farmacéutico legalmente autorizado (Farmacéutico Regente).	E	100%
E5	Existen normas de utilización de antibióticos y vademecum para uso del establecimiento.	E	80%
E6	Cuenta con personal Técnico o Auxiliar de Farmacia de guardia las 24 horas, para la atención de pacientes internados y ambulatorios.	E	50%
E7	Cuenta con un Comisión de farmacia y terapéutica que regule la selección de medicamentos en la institución.	E	100%
E8	Cuenta con una lista de medicamentos esenciales.	E	100%
E9	Tiene establecido un sistema de control de inventarios de medicamentos que asegure el reabastecimiento regular y oportuno de los suministros necesarios.	E	60%
E10	Existe un Comité de Licitaciones o Junta de Compra de medicamentos donde participe el Farmacéutico Jefe del Servicio.	E	100%
E11	Cuenta con almacenes y equipos de acuerdo al tipo de medicamentos que cumplan con las condiciones ambientales que aseguren un buen almacenamiento.	E	70%
E12	Existe un sistema de control para las sustancias psicotrópicas y estupefactivas.	E	100%
E13	Cuenta con servicios de docencia e investigación clínica.	E	10%
E14	Para su funcionamiento cuenta con un manual de normas y procedimientos.	E	50%
P1	Se revisan y actualizan las normas de utilización de antibióticos y vademecum para uso del establecimiento.	P	50%
P2	Cuenta con sistemas de distribución tradicionales o modernos (Dosis unitaria).	P	100%
P3	Se realizan estudios de farmacoepidemiología.	P	10%
P4	Se realiza control del gasto y consumo de medicamentos.	P	50%
R1	La incidencia de complicaciones por uso indebido de medicamentos es menor del 1%	R	10%
R2	Más del 95% de los pacientes y familiares califican el servicio de la farmacia como satisfactorio.	R	30%
R3	Más del 95% de los usuarios (médicos y enfermeras) califican el servicio de la farmacia como satisfactorio.	R	50%

Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

Al realizar el análisis ***en los estándares aplicados al área de registros y estadísticas*** el puntaje que se observa es de 56% aceptable pero puede mejorar, es importante destacar los ítems que no cumplen con el indicador y que se encuentra en los estándares E8 y P3: existe un Comité de Historias Clínicas responsable por la calidad, el registro y seguimiento del movimiento y ruta de las Historias Clínicas; se lleva a cabo en forma regular el análisis cuantitativo y cualitativo de las Historias Clínicas, obteniendo una calificación del 10 %, como se evidencia en el gráfico Nº 33 y tabla Nº 22.

GRAFICO No. 33
REGISTROS Y ESTADISTICAS EN SALUD



Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

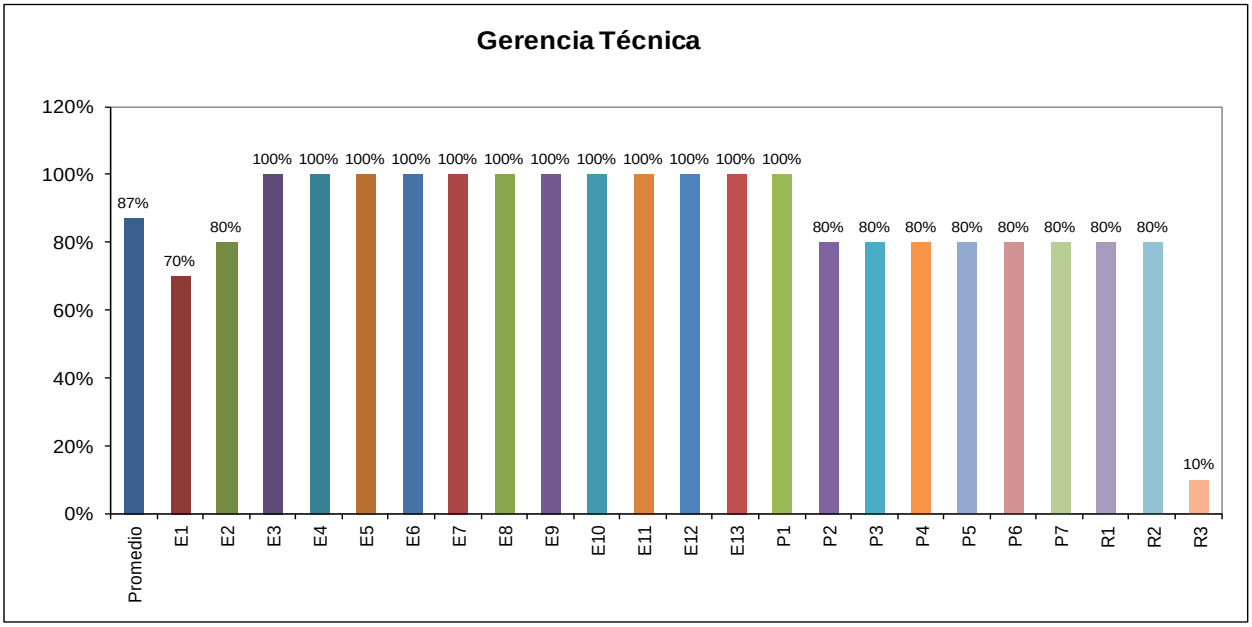
TABLA No. 22
REGISTROS Y ESTADISTICAS EN SALUD

Promedio	7. Registros y Estadísticas en Salud		56%
E1	Cuenta la planta física con áreas bien definidas, clasificadas y delimitadas de acuerdo a la actividad que se realiza en ella.	E	50%
E2	Cumple con las condiciones ambientales de iluminación, ventilación, seguridad, condiciones higiénicas, entre otras, que aseguren el buen funcionamiento del Servicio.	E	30%
E3	Cuenta con el equipamiento necesario para asegurar el buen almacenamiento y procesamiento de los datos, de acuerdo a la normativa vigente.	E	50%
E4	Existe personal exclusivo para este fin y hay acceso al archivo las 24 horas.	E	100%
E5	Posee Historia Clínica de la totalidad de las personas asistidas en el establecimiento, tanto ambulatorias como hospitalizadas.	E	70%
E6	Existen normas difundidas y conocidas sobre la confección de las Historia Clínica.	E	50%
E7	Existe una única Historia Clínica, tanto para la atención ambulatoria como en internación.	E	100%
E8	Existe un Comité de Historias Clínicas reponsable por la calidad, el registro y seguimiento del movimiento y ruta de las Historias Clínicas.	E	10%
E9	Lleva registro estadístico de las actividades asistenciales, de acuerdo a la normativa vigente.	E	100%
E10	Emite una publicación mensual de la información.	E	30%
E11	Está automatizado el Servicio de Estadísticas.	E	50%
P1	La Historia Clínica cumple con la normativa vigente.	P	30%
P2	El registro de Historias Clínicas está organizado por doble entrada: por número de orden y por orden alfabético.	P	100%
P3	Se lleva a cabo en forma regular el análisis cuantitativo y cualitativo de las Historias Clínicas.	P	10%
R1	El 100% de los registros estadísticos están actualizados al mes anterior.	R	70%
R2	Más del 80% de una muestra de Historias Clínicas de pacientes internados, se halla actualizada al día anterior al de la evaluación.	R	50%

Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica**.** Elaboración: Toty Figueroa

Al realizar el análisis ***a los estándares aplicados a la gerencia técnica*** el puntaje que se observa 87% es bueno y excelente, la mayor parte de los ítems analizados cumple con satisfacción el indicador, es importante destacar especialmente el estándar que no cumple con el indicador y que se encuentra ubicado en el estándar R3: por lo menos el 5% del presupuesto hospitalario se destina a mantenimiento preventivo, obteniendo una calificación del 10 %, como se evidencia en el gráfico Nº 30 y tabla Nº 23.

GRAFICO No. 34
GERENCIA TECNICA



Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

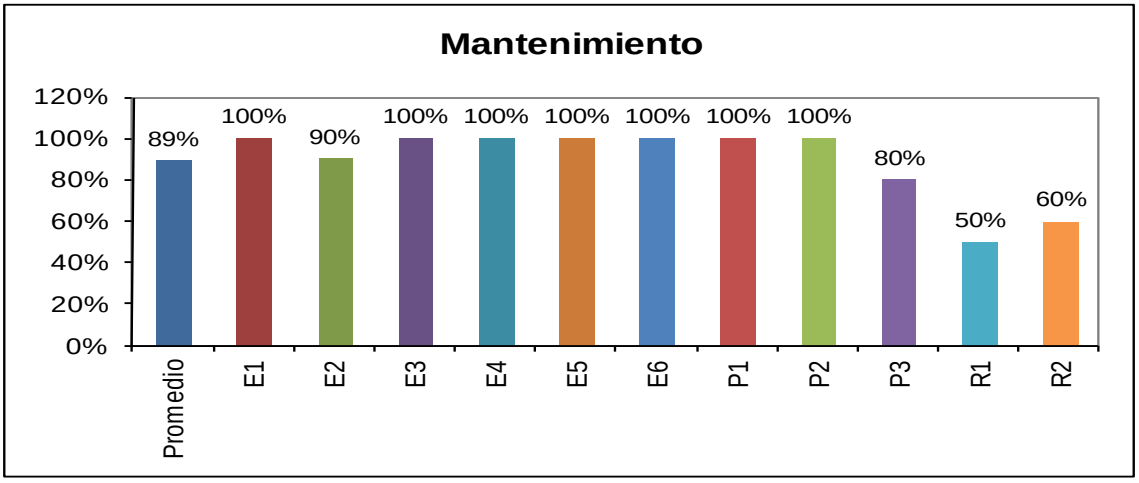
TABLA No. 23
GERENCIA TECNICA

Promedio	8.1. Gerencia Técnica		87%
E1	Las Sub-unidades cuentan con un espacio físico, herramientas e insumos de trabajo adecuados para realizar sus actividades asignadas.	E	70%
E2	Cuenta con los recursos humanos necesarios y suficientes para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	80%
E3	La Gerencia Técnica está a cargo de un profesional universitario calificado, con experiencia comprobable.	E	100%
E4	Las Sub-unidades de la organización están a cargo de ingernieros o TSU del área específica.	E	100%
E5	El personal asignado para cada sub-unidad está calificado y capacitado para la(s) actividad(es) específicas.	E	100%
E6	La Gerencia Técnica cuenta con los equipos necesarios para el desempeño de sus fuciones.	E	100%
E7	Los equipos médicos y no-médicos actuales son tecnológicamente adecuados para las necesidades.	E	100%
E8	Posee Manuales de Organización y de Procedimientos aprobados y vigentes.	E	100%
E9	Posee organización según manual y organigrama colocado en cartelera.	E	100%
E10	Cada Sub-unidad tiene a su alcance las normas y el Manual con los procedimientos técnicos correspondientes.	E	100%
E11	La Gerencia Técnica tiene catálogos y manuales de los equipos instalados en el Hospital.	E	100%
E12	Existen Programas de Adiestramiento para el personal del área.	E	100%
E13	Existe inventario técnico actualizado de los equipos en su totalidad.	E	100%
P1	La Gerencia Técnica participa en los procesos de compra y mantenimiento de equipos.	P	100%
P2	La Gerencia Técnica hace informe periódico de gestión.	P	80%
P3	Tiene conocimiento del presupuesto de la Dirección, Oficina o Departamento asignado(s).	P	80%
P4	Tiene autonomía de gestión, caja chica o Fondo Rotatorio propio.	P	80%
P5	Se hace supervisión periódica del estado de conservación y funcionamiento de los recursos físicos y materiales, así como de las instalaciones del Hospital.	P	80%
P6	Lleva a cabo un programa de mantenimiento preventivo y correctivo.	P	80%
P7	Tiene Programa de Reposición, así como de la respectiva desincorporación.	P	80%
R1	El 100% del personal participa de un programa de adiestramiento contínuo	R	80%
R2	Más del 75% del equipo obsoleto ha sido desincorporado y repuesto.	R	80%
R3	Por lo menos el 5% del presupuesto hospitalario se destina a mantenimiento preventivo.	R	10%

Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

Al realizar el análisis ***a los estándares aplicados al área de mantenimiento*** el puntaje es de 89%, se ubica en el rango de bueno y excelente, la mayor parte de los ítems analizados cumplen a satisfacción el indicador, es importante destacar el ítem con menor calificación y que se ubica en el estándar R1: el 100% de las solicitudes de mantenimiento son atendidas antes de las 24 horas, obteniendo una puntuación de 50 %, como se evidencia en el gráfico Nº 35 y tabla Nº 24.

GRAFICO No. 35
MANTENIMIENTO



Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

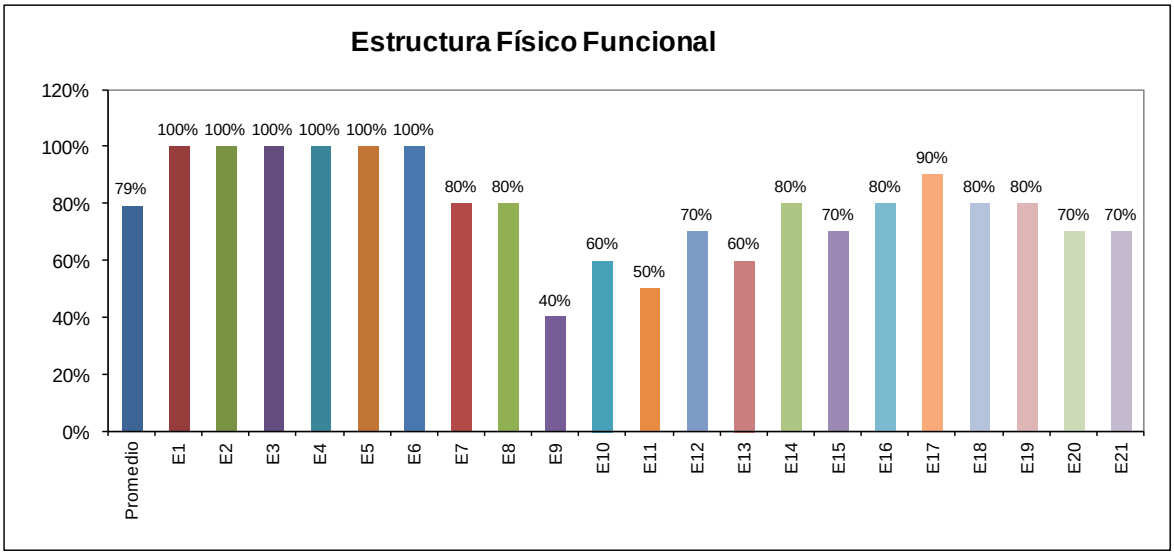
TABLA No. 24
MANTENIMIENTO

Promedio	8.2 Mantenimiento.		89%
E1	La Sub-gerencia de Mantenimiento está a cargo de un profesional universitario calificado, con experiencia comprobable.	E	100%
E2	Posee personal calificado en todos los departamentos.	E	90%
E3	Cuenta con personal de mantenimiento las 24 horas.	E	100%
E4	Posee dotación de materiales y repuestos para satisfacer las necesidades.	E	100%
E5	Existen formatos de órdenes o requisición para los trabajos de mantenimiento.	E	100%
E6	Mantenimiento posee Departamentos de Electromecánica, Electricidad, Electromedicina y Rayos X, Aire acondicionado y Refrigeración, Albañilería y plomería.	E	100%
P1	Se evalúa regularmente el cumplimiento del programa de mantenimiento.	P	100%
P2	Los equipos de mayor tecnología tienen contrato preventivo y/o correctivo con empresas especializadas.	P	100%
P3	Se hace seguimiento de requisiciones y se lleva registro del cumplimiento.	P	80%
R1	El 100% de las solicitudes de mantenimiento son atendidas antes de las 24 horas	R	50%
R2	El 100% de las respuestas a los problemas de mantenimiento inician antes de 5 días hábiles.	R	60%

Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

Al realizar el análisis ***a los estándares aplicados al área de estructura físico funcional*** el puntaje promedio es de 79% bueno y excelente, es importante destacar el ítem con menor calificación que se encuentra en el estándar E9: Las áreas de espera cuentan con bebederos y sanitarios públicos; estos tienen facilidades para pacientes con impedimentos, obteniendo una puntuación de 40 %, como se evidencia en el gráfico Nº 36 y tabla Nº 25.

GRAFICO No. 36
ESTRUCTURA FISICO FUNCIONAL



Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica**.** Elaboración: Toty Figueroa

TABLA No. 25

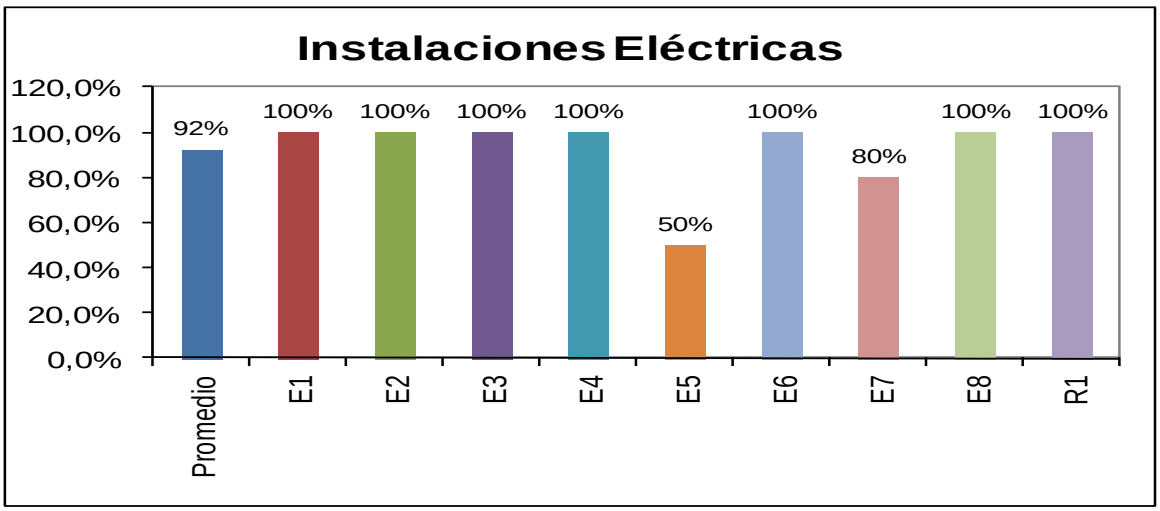
ESTRUCTURA FISICO FUNCIONAL

Promedio	8.3 Estructura Físico Funcional.		79%
E1	Posee planos actualizados conforme a obra de planta y estructura aprobados según Normas y pautas establecidas por el ente rector.	E	100%
E2	Posee plan arquitectónico rector o maestro de obras a ejecutar o en ejecución.	E	100%
E3	Posee facilidades para circulación, ascenso y descenso de pacientes en condiciones de seguridad y protección adecuadas y cuenta además con barreras arquitectónicas.	E	100%
E4	Posee accesos diferenciados para vehículos y peatones.	E	100%
E5	Posee acceso vehicular exclusivo para el Servicio de Emergencia con la debida señalización.	E	100%
E6	Tiene diferenciados los Circuitos de Circulación: general, técnica, restringida y semi-restringida, y cuenta con la señalización adecuada.	E	100%
E7	Se mantiene una adecuada independencia circulatoria entre las áreas públicas y técnicas en los servicios de atención al paciente.	E	80%
E8	La planta física del estacionamiento responde a las capacidades estipuladas en la normativa municipal y rectoría de salud.	E	80%
E9	Las áreas de espera cuentan con bebederos y sanitarios públicos; estos tienen facilidades para pacientes con impedimentos.	E	40%
E10	Las áreas de espera cuentan con capacidad para acomodar pacientes y acompañantes, así como espacio para estacionar camillas y /o sillas de ruedas ocupadas, permitiendo el libre tránsito.	E	60%
E11	Las áreas de espera y pasillos cuentan con iluminación y ventilación dentro de los rangos de confort establecidos, así como control de visuales repudiables.	E	50%
E12	El ancho de los pasillos generales permite la circulación simultánea en ambos sentidos de pacientes en camillas y sillas de ruedas.	E	70%
E13	La dimensión de las puertas permite el paso fluido de camillas, carros de transporte, sillas de ruedas, equipos portátiles y otros.	E	60%
E14	De presentar modificación o ampliación de la planta física de los servicios y estacionamientos, especialmente a partir del año 1.996 cuenta con la correspondiente aprobación por el ente rector.	E	80%
E15	La planta física del estacionamiento responde a lo estipulado por las Normas COVENIN N° 2.733-90 en lo referente a la "Construcción y Adaptación de Edificaciones de Uso Público, accesibles a personas con impedimentos físicos".	E	70%
E16	El Servicio de Anatomía Patológica responde a lo estipulado en la Gaceta Oficial N° 36.778 de fecha 16 de septiembre de 1999 en lo referente a Normas que establecen los "Requisitos Arquitectónicos Funcionales del Servicio de Anatomía Patológica de los Establecimientos Médico Asistenciales Públicos y Privados".	E	80%
E17	El Servicio de Quirófano responde a lo estipulado en la Gaceta Oficial N° 36.574 de fecha 04 de noviembre de 1998, referente a Normas que establecen los "Requisitos Arquitectónicos Funcionales del Servicio de Anatomía Patológica de los Establecimientos Médicos Asistenciales Públicos y Privados".	E	90%
E18	El Servicio de Laboratorio de Bionálisis responde en lo establecido en la Gaceta Oficial N° 37.144 de fecha 20 de febrero de 2001, referente a "Requisitos Arquitectónicos y de Equipamiento para Establecimientos Médico Asistenciales del Servicio de Laboratorio de Bionálisis".	E	80%
E19	El Servicio de Cirugía Ambulatoria responde a lo establecido en la Gaceta Oficial N° 37.426 de fecha 18 de abril de 2002, referente a "Requisitos Arquitectónicos y de Equipamiento para Establecimientos de Salud Médico Asistenciales de Cirugía Ambulatoria".	E	80%
E20	El centro asistencial cumple con los "Requisitos Arquitectónicos de equipamiento para establecimientos de salud Médico Asistenciales, Servicios de Emergencia y Medicina Crítica" según resolución número SG-465-96 de fecha 13-11-96, publicada en Gaceta Oficial N° 36.090 de fecha 20-11-96.	E	70%
E21	El Centro Asistencial cumple con la Norma COVENIN-MINDUR 2733-90 referente a "Proyecto, Construcción y Adaptación de Edificaciones de uso Público accesibles a personas con impedimentos físicos", mayo/1.991.	E	70%

Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica**.** Elaboración: Toty Figueroa

Al realizar el análisis ***a los estándares aplicados a las instalaciones eléctricas*** el puntaje promedio es de 92% bueno y excelente, puesto que la mayoría de los ítems analizados cumple con satisfacción, es importante destacar el ítem con menor calificación que se encuentra en el estándar E5: Posee un sistema de iluminación de los medios de escape, obteniendo una puntuación de 50 %, como se evidencia en el gráfico Nº 37 y tabla Nº 26.

GRAFICO No. 37
INSTALACIONES ELECTRICAS



Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

TABLA No. 26

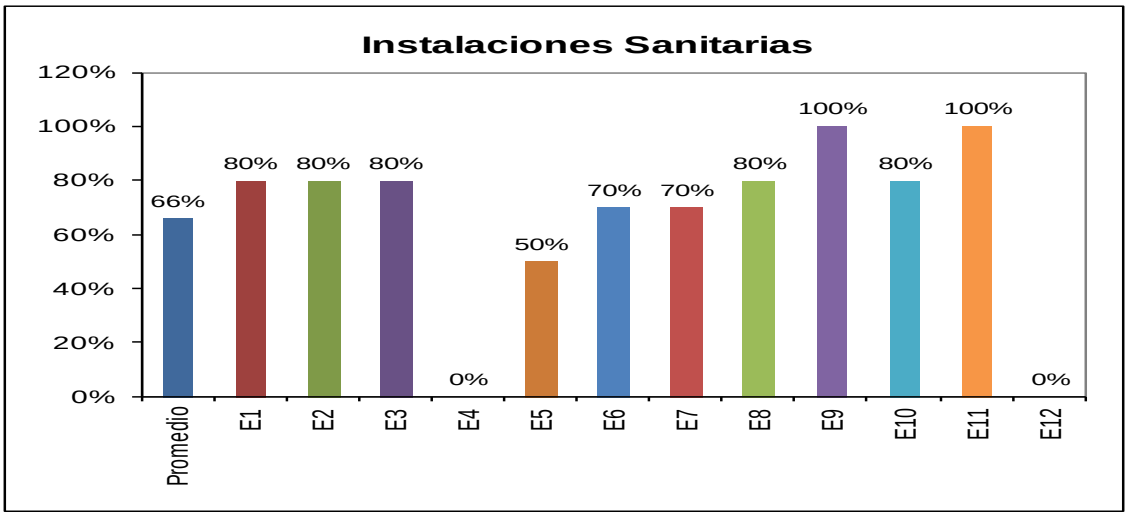
INSTALACIONES ELECTRICAS

Promedio	8.4 Instalaciones Eléctricas.		92%
E1	Posee planos actualizados conforme a obra, de las instalaciones eléctricas.	E	100%
E2	Las plantas eléctricas de emergencia funcionan en su totalidad.	E	100%
E3	Cuenta con todas las instalaciones y requerimientos eléctricos establecidos en la Gaceta Oficial como: tomacorrientes especiales, tablero de aislamiento, iluminación en los servicios de quirófano, cuidados intensivos y sala de parto.	E	100%
E4	Posee un sistema de alimentadores y circuitos ramales el cual cumple con los requisitos del Artículo 700 de CEN destinado a suministrar potencia alterna a un número limitado de funciones prescritas útiles para protección y seguridad de la vida del prescrito.	E	100%
E5	Posee un sistema de iluminación de los medios de escape.	E	50%
E6	Posee un sistema de puesta a tierra de todos los circuitos ramales que sirven las áreas de cuidado de los pacientes, según lo establece la sección 517-11, 517-103 CEN.	E	100%
E7	Posee sistema de potencia interrumpida o UPS a fin de garantizar a la carga en cualquier momento una alimentación contínua y estabilizada, en el caso de una falla en el suministro normal de	E	80%
E8	El sistema eléctrico esencial posee la capacidad adecuada para satisfacer la demanda para la operación de todas las funciones y equipos a ser servidos por cada circuito ramal.	E	100%
R1	El sistema eléctrico de emergencia (planta eléctrica) arranca en un lapso no mayor de 10 segundos.	R	100%

Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toti Figueroa

Al realizar el análisis ***a los estándares aplicados a las instalaciones sanitarias*** el puntaje promedio obtenido en este servicio es de 66% aceptable pero puede mejorar, es importante destacar los ítems que no cumplen con el indicador y que se encuentra en los estándares E4 y E12: La Sub-unidad de plomería está a cargo de plomero calificado y capacitado; existe un plan de racionamiento de agua en condiciones de emergencia, obteniendo una puntuación de 0 %, como se evidencia en el gráfico Nº 38 y tabla Nº 27.

GRAFICO No. 38
INSTALACIONES SANITARIAS



Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

TABLA No. 27

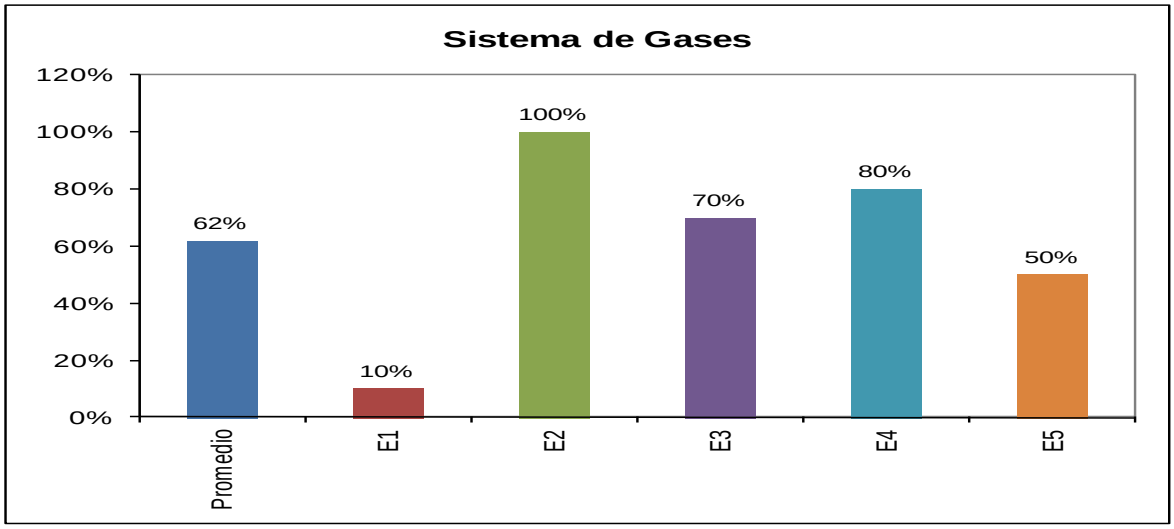
INSTALACIONES SANITARIAS

Promedio	8.5 Instalaciones Sanitarias.		66%
E1	La Dirección de Mantenimiento tiene al menos 01 juego completo de los planos, detalles y especificaciones originales y/o conformes a obra del Hospital.	E	80%
E2	La Dirección de Mantenimiento tiene al menos 01 ficha de cada modificación por mínima que hubiere sido realizada en las instalaciones, equipos/artefactos sanitarios y accesorios de las instalaciones del Hospital.	E	80%
E3	Tiene al menos 01 juego completo de los planos modificados durante la vida del hospital.	E	80%
E4	La Sub-unidad de plomería está a cargo de plomero calificado y capacitado.	E	0%
E5	La Sub-unidad de plomería cuenta con espacio físico, herramientas e insumos de trabajo adecuados para realizar sus actividades asignadas.	E	50%
E6	Las instalaciones del hospital están realizadas según los planos y cumplen con las normas	E	70%
E7	Las redes exteriores de aguas servidas funcionan adecuadamente, incluyendo tanquillas.	E	70%
E8	Posee redes diferenciadas para suministro y extinción de incendios.	E	80%
E9	Posee capacidad de almacenamiento de aguas blancas discriminada: para uso normal distinta de la reserva contra incendios.	E	100%
E10	Funcionan en su totalidad los artefactos sanitarios.	E	80%
E11	Existe provisión de agua (tanque) para proporcionar agua potable hasta por un lapso de 48 horas.	E	100%
E12	Existe un plan de racionamiento de agua en condiciones de emergencia.	E	0%

Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

Al realizar el análisis ***a los estándares aplicados al sistema de gases*** el puntaje promedio es de 62% aceptable pero puede mejorar, es importante destacar principalmente el ítem que no cumple con el indicador y que se encuentra en el estándar E1: Posee planos actualizados conforme a obra de las instalaciones de los gases., obteniendo una puntuación de 10 %, como se evidencia en el gráfico Nº 39 y tabla Nº 28.

GRAFICO No. 39
SISTEMAS DE GASES



Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

TABLA No. 28
SISTEMAS DE GASES

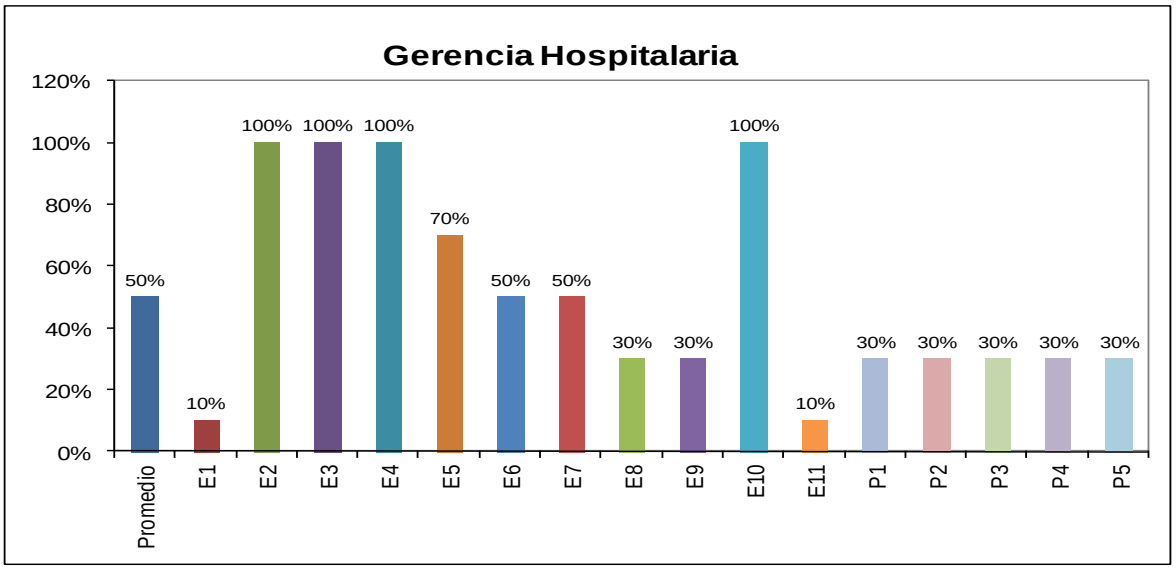
Promedio	8.6 Sistemas de Gases.		62%
E1	Posee planos actualizados conforme a obra de las instalaciones de los gases.	E	10%
E2	Las presiones de salidas son las adecuadas.	E	100%
E3	No existen fugas en las tuberías.	E	70%
E4	El sistema en general de gases funciona satisfactoriamente.	E	80%
E5	La capacidad del sistema se ajusta a los requerimientos.	E	50%

Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

Al realizar el análisis ***a los estándares aplicados a la Gerencia Hospitalaria*** el puntaje promedio es de 50% aceptable pero puede mejorar, es importante destacar los ítems que no cumplen con el indicador y que se encuentran ubicados en los estándares E1 y E11: Institución conducida por un director con formación en gerencia hospitalaria, de acuerdo a lo estipulado por la normativa vigente; se

publica una memoria y cuenta anual, obteniendo una puntuación de 10 %, como se evidencia en el gráfico Nº 36 y tabla Nº 29.

GRAFICO No. 40
GERENCIA HOSPITALARIA



Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

TABLA No. 29

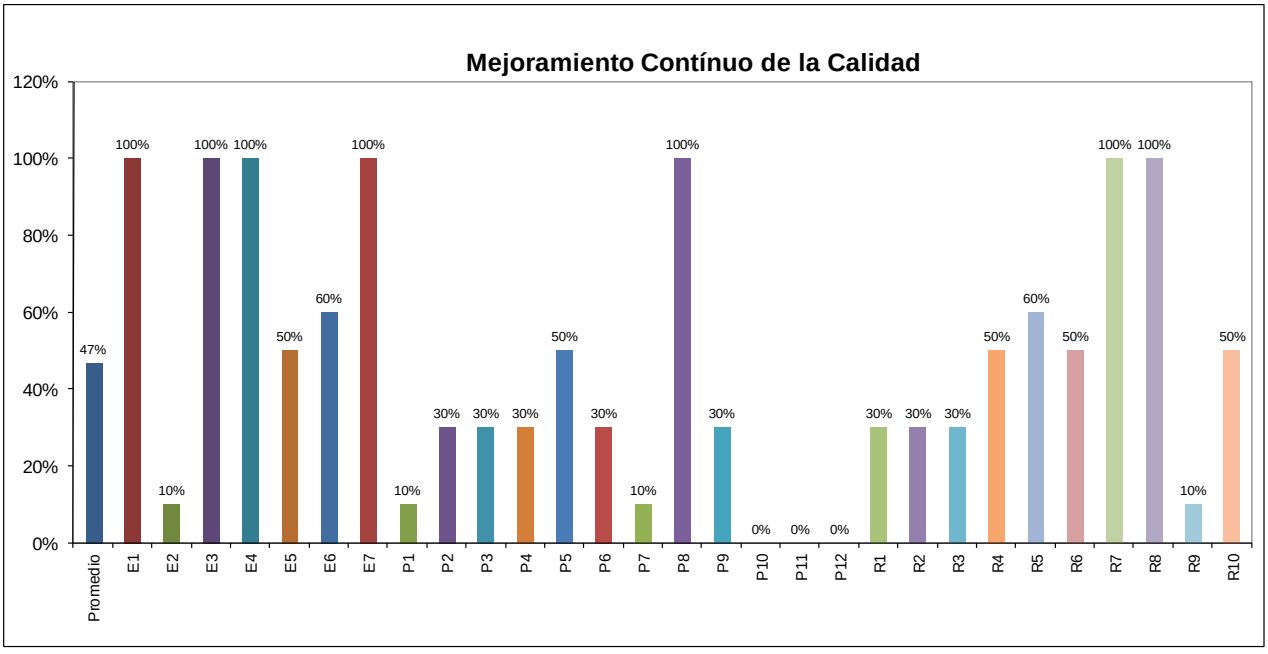
GERENCIA HOSPITALARIA

Promedio	9. Gerencia hospitalaria		50%
E1	Institución conducida por un director con formación en gerencia hospitalaria, de acuerdo a lo estipulado por la normativa vigente.	E	10%
E2	Cuenta con un Subdirector médico y un jefe administrativo.	E	100%
E3	La institución cuenta con un Directorio (Consejo Directivo), que se constituye en órgano superior o máxima instancia hospitalaria.	E	100%
E4	La institución cuenta además con: una comisión técnico-médico-administrativa, así como otras comisiones apoyo para áreas específicas de acuerdo a los problemas prioritarios.	E	100%
E5	El director permanece en el hospital por ocho horas diarias.	E	70%
E6	Han desarrollado sistemas de información y clasificación de pacientes	E	50%
E7	Existen protocolos de atención multidisciplinarios	E	50%
E8	Existen manuales de normas y procedimientos.	E	30%
E9	Se elabora un presupuesto anual, y se realiza un seguimiento presupuestario.	E	30%
E10	Se elabora un balance anual.	E	100%
E11	Se publica una memoria y cuenta anual.	E	10%
P1	Se revisan y analizan en forma periódica y participativa los protocolos de atención multidisciplinarios	P	30%
P2	Se revisan y analizan en forma periódica y participativa los manuales de normas y procedimientos.	P	30%
P3	Utiliza el personal directivo del hospital la información estadística para hacerlas del conocimiento de los jefes de servicios en reuniones periódicas.	P	30%
P4	Se hace del conocimiento de todo el personal médico y asistencial la información estadística y logros de su servicio.	P	30%
P5	Ha desarrollado un programa de mejora contínua de los procesos basado en la evaluación sistemática de los resultados.	P	30%

Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

Al realizar el análisis ***a los estándares aplicados al mejoramiento continuo de la calidad*** el puntaje promedio obtenido es de 47% deficiente y debe mejorar, es importante destacar los ítems que no cumplen con el indicador y que se ubican en los estándares E2, P1, P7, P10, P11, P12 y R9: existe un programa de certificación y recertificación de los profesionales; lleva un control de los indicadores hospitalarios; se investiga sistemáticamente la morbimortalidad y las secuelas del proceso, si las hay; se analiza la calidad de vida postingreso con alguna escala validada; se da seguimiento al número de autopsias realizadas y en relación a los ingresos; existe un programa de humanización destinado a garantizar que las necesidades de los enfermos y sus familiares se satisfagan correctamente; más del 95% de los egresados disfrutan de una calidad de vida aceptable para su condición, de acuerdo a la escala establecida por el nivel normativo, obteniendo una puntuación de 10 y 0 %, como se evidencia en el gráfico Nº 41 y tabla Nº 30.

GRAFICO No. 41
MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD



Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica**.** Elaboración: Toty Figueroa

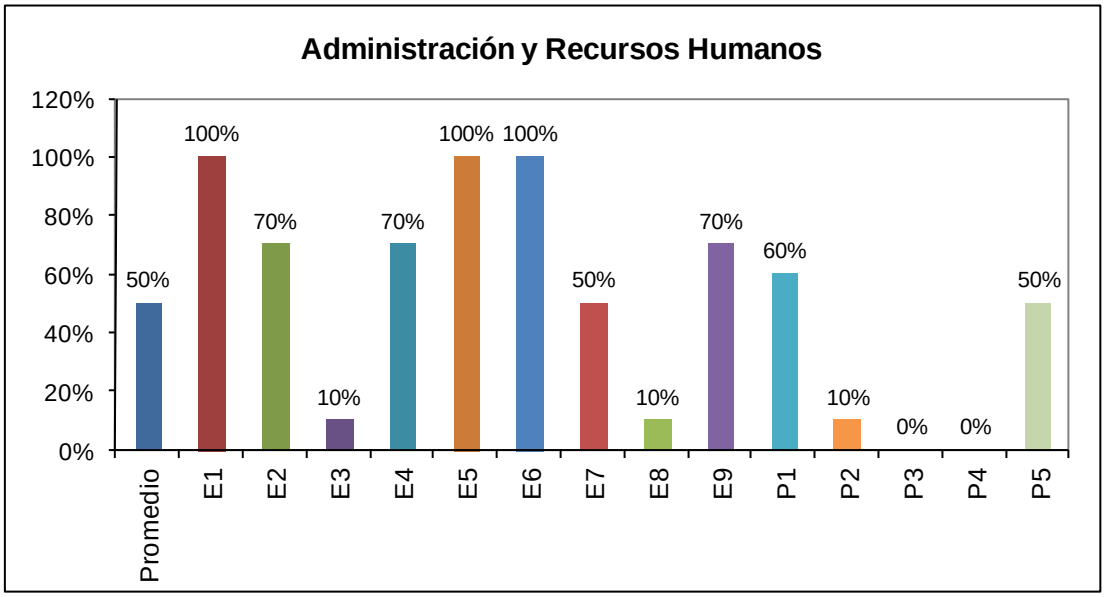
TABLA No. 30
MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

Promedio	10. Mejoramiento continuo de la calidad		47%
E1	Existe un programa de acreditación al cual el hospital está adherido.	E	100%
E2	Existe un programa de certificación y recertificación de los profesionales	E	10%
E3	Lleva un registro de la morbilidad y mortalidad por servicios	E	100%
E4	Posee un sistema de vigilancia de indicadores de calidad asistencial.	E	100%
E5	Elabora una programación anual de las actividades para el mejoramiento de la calidad por departamentos y global.	E	50%
E6	Cuenta con comités de y garantía de calidad, infecciones, medicamentos y otros.	E	60%
E7	Posee un servicio de epidemiología hospitalaria.	E	100%
P1	Lleva un control de los indicadores hospitalarios.	P	10%
P2	Se verifica regularmente el cumplimiento de los protocolos de diagnóstico y tratamiento.	P	30%
P3	Se verifica regularmente el cumplimiento de las normas y procedimientos de enfermería.	P	30%
P4	Efectúa un seguimiento de la política de uso de antibióticos por departamentos.	P	30%
P5	Recopila y analiza información sobre costos de los procesos asistenciales.	P	50%
P6	Se efectúan encuestas de satisfacción de los usuarios.	P	30%
P7	Se investiga sistemáticamente la morbimortalidad y las secuelas del proceso, si las hay:	P	10%
P8	Se registran las tasas de mortalidad por servicio.	P	100%
P9	Se efectúan sesiones de análisis de mortalidad en forma periódica.	P	30%
P10	Se analiza la calidad de vida postingreso con alguna escala validada.	P	0%
P11	Se da seguimiento al número de autopsias realizadas y en relación a los ingresos	P	0%
P12	Existe un programa de humanización destinado a garantizar que las necesidades de los enfermos y sus familiares se satisfagan correctamente	P	0%
R1	95% los expedientes demuestran el cumplimiento con los protocolos de diagnóstico y tratamiento.	R	30%
R2	95% de los expedientes demuestra el cumplimiento de las normas y procedimientos de enfermería.	R	30%
R3	100% de los departamentos cumplen con la política de uso de antibióticos.	R	30%
R4	100% de los procesos asistenciales mantienen los costos establecidos por el nivel normativo.	R	50%
R5	El 95% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con los resultados de la hospitalización.	R	60%
R6	El 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.	R	50%
R7	La mortalidad por servicios no excede el 4%..	R	100%
R8	Más del 75% de las muertes ocurridas fueron inevitables, de acuerdo a los parámetros establecidos por la normativa vigente.	R	100%
R9	Más del 95% de los egresados disfrutan de una calidad de vida aceptable para su condición, de acuerdo a la escala establecida por el nivel normativo.	R	10%
R10	Se le realiza autopsia médica a más del 50% de los pacientes fallecidos luego de permanecer hospitalizados por más de 24 horas.	R	50%

Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica**.** Elaboración: Toty Figueroa

Al realizar el análisis ***a los estándares aplicados a la Administración y Recursos Humanos*** el puntaje promedio obtenido es de 50% aceptable pero puede mejorar, es importante destacar especialmente los ítems que no cumplen con el indicador y que se ubican en los estándares E3, E8, P2, P3 y P4: Cuenta con un manual de normas y procedimientos administrativos; existe un sistema de control de gestión; participan los jefes de servicios en la elaboración del presupuesto; desarrolla un proceso de evaluación del desempeño basado en los resultados del trabajo; el personal tiene acceso a incentivos en base al desempeño meritorio, obteniendo una puntuación del 10 y 0%, como se evidencia en el gráfico Nº 42 y tabla Nº 31.

GRAFICO No. 42
ADMINISTRACIÓN Y RECURSOS HUMANOS



Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

TABLA No. 31
ADMINISTRACIÓN Y RECURSOS HUMANOS

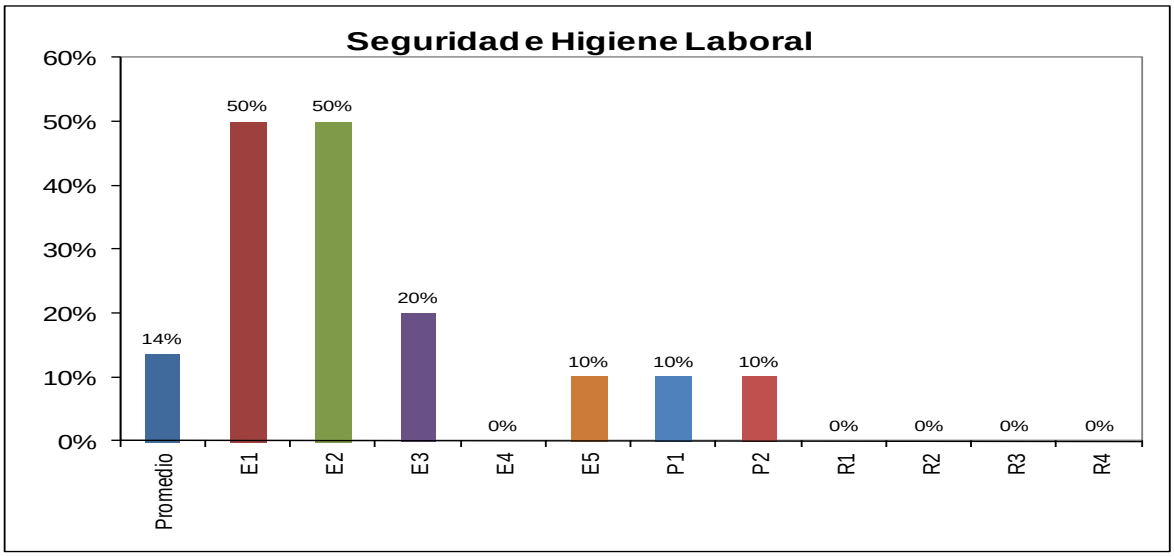
Promedio	11. Administración y Recursos Humanos		50%
E1	La administración está a cargo de un administrador u otro profesional especializado.	E	100%
E2	Cuenta con los recursos humanos necesarios y suficientes para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	70%
E3	Cuenta con un manual de normas y procedimientos administrativos.	E	10%
E4	Cuenta con un listado actualizado de los precios de todos los insumos que se consumen en el	E	70%
E5	El área de Recursos Humanos es dirigida por un profesional universitario.	E	100%
E6	Existe una estructura administrativa y financiera con todos los servicios necesarios para una adecuada gestión.	E	100%
E7	Los principales procesos administrativos y financieros, se encuentran automatizados.	E	50%
E8	Existe un sistema de control de gestión.	E	10%
E9	Cumple la normativa establecida por la Ley de Contraloría en la ejecución de los procesos	E	70%
P1	El ingreso de personal se realiza por concurso y evaluación de credenciales.	P	60%
P2	Participan los jefes de servicios en la elaboración del presupuesto.	P	10%
P3	Desarrolla un proceso de evaluación del desempeño basado en los resultados del trabajo.	P	0%
P4	El personal tiene acceso a incentivos en base al desempeño meritorio	P	0%
P5	La desvinculación y/o establecimiento de sanciones está vinculada al desempeño.	P	50%

Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

Al realizar el análisis ***a los estándares aplicados al área de Seguridad e Higiene Laboral*** el puntaje promedio es de 14% no cumple con el indicador, de los ítems analizados solo dos se ubican en el rango de aceptable pero pueden mejorar y estos se encuentran en los estándares E1, E2: dispone de personal adiestrado exclusivamente para esta área; se dispone de los equipos e insumos

para garantizar la seguridad laboral; los demás ítems no cumplen con el indicador, como se evidencia en el gráfico Nº 43y tabla Nº 32

GRAFICO No. 43
SEGURIDAD E HIGIENE LABORAL



Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

TABLA No. 32
SEGURIDAD E HIGIENE LABORAL

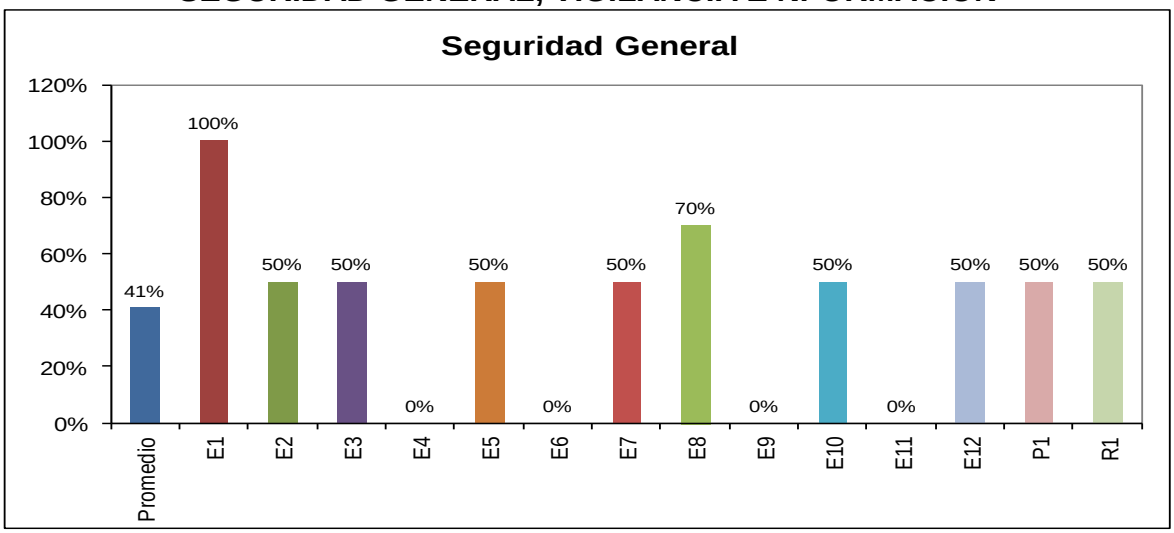
Promedio	12. Seguridad e higiene laboral		14%
E1	Dispone de personal adiestrado exclusivamente para esta área.	E	50%
E2	Se dispone de los equipos e insumos para garantizar la seguridad laboral.	E	50%
E3	Existe un programa salud laboral, de acuerdo a la normativa vigente.	E	20%
E4	Existe un programa de prevención de accidentes de trabajo, acorde con la normativa vigente.		0%
E5	Se dispone de un Manual de Procedimientos para garantizar la seguridad en el trabajo, de acuerdo a la normativa vigente.	E	10%
P1	Se evalúa regularmente el cumplimiento del programa de salud laboral.	P	10%
P2	Se evalúa regularmente el cumplimiento del programa de prevención de accidentes de trabajo.	P	10%
R1	La evaluación del programa de salud laboral revela 75% de cumplimiento con la normativa vigente.	R	0%
R2	La evaluación del programa de prevención de accidentes de trabajo revela 75% de cumplimiento con	R	0%
R3	El programa de salud laboral tiene una cobertura del 100%.	R	0%
R4	La ocurrencia de accidentes de trabajo es menor del 1%.	R	0%

Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

En los estándares aplicados al área de Seguridad General el puntaje promedio de 41% que se observa es deficiente y debe mejorar, es de trascendental importancia destacar en este servicio los ítems que no cumplen con el indicador y que se ubican en los estándares E4, E6, E9 y E11: existe un Comité de Protección Civil; posee un sistema de prevención, alarma y extinción

de incendios; posee un sistema de alarma general y está integrado a los programas de las autoridades competentes del área (Protección Civil, Bomberos y otros); posee dispositivos de Alarma Eléctrica de Flujo de Agua Conectadas a los Rociadores, obteniendo una puntuación de 0%, como se evidencia en el gráfico Nº 44y tabla Nº 33.

GRAFICO No. 44
SEGURIDAD GENERAL, VIGILANCIA E NFORMACIÓN



Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

TABLA No. 33
SEGURIDAD GENERAL, VIGILANCIA E NFORMACIÓN

Promedio	13. Seguridad general, Vigilancia e Información.		41%
E1	Dispone de personal adiestrado exclusivamente para esta área.	E	100%
E2	Cuenta con personal exclusivo para el Control de los Accesos y Orientación al público las 24 horas.	E	50%
E3	Se dispone de los equipos e insumos para garantizar la seguridad general.	E	50%
E4	Existe un Comité de Protección Civil.	E	0%
E5	Posee salidas de emergencia accesibles y claramente señalizadas.	E	50%
E6	Posee un sistema de prevención, alarma y extinción de incendios.	E	0%
E7	Posee un plan de contingencia para eventos exógenos (naturaleza) y endógenos que susciten situaciones de desastres.	E	50%
E8	Posee personal de seguridad las 24 horas.	E	70%
E9	Posee un sistema de alarma general y está integrado a los programas de las autoridades competentes del área (Protección Civil, Bomberos y otros).	E	0%
E10	Posee sistema de señalización para agilizar el flujo de pacientes en el proceso de atención por parte de la institución.	E	50%
E11	Posee dispositivos de Alarma Eléctrica de Flujo de Agua Conectadas a los Rociadores.	E	0%
E12	Existe un plan de evacuación de emergencia.	E	50%
P1	Se realizan en forma periódica, simulacros para enfrentar contingencias.	P	50%
R1	La evaluación del programa demuestra un cumplimiento del 70% de las normas y procedimientos establecidos.	R	50%

Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. Elaboración: Toty Figueroa

3.1.2.3 Recursos físicos del HEE

Está ubicado en la Administración Zona Centro de la ciudad de Quito, Barrio “El Dorado” en la Av. Gran Colombia s/n y Yaguachi, cuenta con una infraestructura moderna de dos bloques paralelos, tiene 10 pisos; a partir del tercer piso se distribuyen cada una de las especialidades y subespecialidades para internación; en el segundo piso se halla la biblioteca, dos bares, locales para grupos gremiales, aulas de docencia y capilla; tiene accesibilidad hacia el Centro de Convenciones Eugenio espejo, en el primer piso se ubica el área administrativa, consulta externa, terapia intensiva, laboratorio clínico, entre otros; tiene dos subsuelos destinados a la atención de consulta externa.

3.1.2.4 Hospitalización

La asignación de camas por especialidades, responde a la necesidad de satisfacer la demanda de hospitalización de referencia Nacional, que ingresan tanto a través de consulta externa como de emergencia, en el 2008, existen 99 camas subutilizadas, 347 camas disponibles que suman 446 camas hospitalarias; en el 2009, existen 46 camas subutilizadas, 379 camas disponibles que suman 425 camas hospitalarias; en el 2010 el número de camas de dotación normal es de 425 de las cuales se consideran disponibles 383 camas, la variación es 42 (HEE, 2010)

A continuación se detalla la distribución física y las especialidades por pisos para la atención en internación, como se detalla en la tabla No. 34.

TABLA No. 34

DISTRIBUCIÓN DEL ÁREA FÍSICA POR PISO Y ESPECIALIDAD HEE, 2009

SERVICIOS / ESPECIALIDADES		
PISOS	Bloque1	Bloque 2
Décimo	Traumatología Area 1	Traumatología Area 2
Noveno	Cirugía General	Area no utilizada
Octavo	Neurología Clínica	Medicina Interna
Séptimo	Area en remodelación	Pediaría y Adolescencia
Sexto	Oftalmología y Otorrinolaringología	Neumología
Quinto	Neurocirugía	Cardiotorácica, Ginecología, Proctología
Cuarto	Nefrología- Diálisis	Cirugía Cardiaca, Vascular, Cardiología
Tercero	Unidad de quemados, Cirugía Plástica	Urología
Segundo	Bar Corredor que comunica al área posterior y terraza	Oficinas y sedes de Organizaciones clasistas Bar, Capilla, Medicina Nuclear inhabilitado Docencia y Biblioteca
Primero	Administración Hospital Unidad de Cuidados Intensivos	Consultorios de Consulta Externa Gestión de Enfermería Rehabilitación Laboratorio, Patología y Morgue, Funeraria
Planta Baja	Estadística, Información Recaudación, Rayos X, Tomografía, Ecosonografía Banco de Sangre Emergencia	Consultorios de Consulta Externa Auditorios principal y alterno
Subsuelo 1	Consultorios de Consulta Externa Almacén y Bodegas Archivo de estadística Piso Técnico (UMAS y Transformadores)	Área de consulta de Otorrinolaringología Odontología Suministros
Subsuelo 2	Video endoscopias Hospital del día Quirófanos Recuperación Central de Esterilización Centro de cómputo Bodegas	Area de consulta de Oftalmología
Area Frontal	Farmacia Institucional Helipuerto Parqueadero	
Area posterior	Comedor personal Oficina de Nutrición Bodega de Víveres, Cocina Lavandería – costura Sala de Máquinas (Calderos), Generador Bodega de Químicos Mecánica Carpintería Imprenta Parqueadero	

Fuente: Estadística HEE Elaboración: Toty Figueroa

3.1.2.5 Consulta Externa

El área de consulta externa tiene 74 consultorios para atención de las diferentes especialidades, ubicados de la siguiente manera:

TABLA No. 35
DISTRIBUCIÓN DEL ÁREA FÍSICA, CONSULTA EXTERNA HEE.

Nº Consultorios Médicos de Especialidad	Nº Consultorios pre- post-consulta	Nº Oficinas de secretarias	Nº de Consultorios para Procedimientos.	Nº Otras oficinas	Nº de vestuarios y 0tros
5 Cardiología	1				
2 Neurocirugía	1				
3 Neurología					
1 Psicología Neurología					
3 Pediatría					
1 Psicología Pediátrica					
1 Medicina Interna					
2Cirugía General					
1 Cirugía Pediátrica					
1 Psicología Clínica					
3 Neumología	1				
2 Cardiotorácica					
1 Nefrología					
5 Medicina Interna					
1 Endocrinología					
3 Coloproctología					
2 Dermatología					
5 Ginecología					
3 Gastroenterología					
1 Reumatología					
2 Cirugía Plástica		1			
1 Oncología					
4 Traumatología			2 (Sala de yesos)	1 (Enf. CE)	
1 Psiquiatría				2 (Cooperativa Ahorro)	
4 Oftalmología	1	1	1 (Ecografía Ocular)	2 (Trabajo Social)	
1 Odontología			1 (Rx)		
1 ortodoncia					
2 Maxilo-Facial		1		1 (Jefatura Odontología	
1 Anexo IEES	1			1 (Sala de reuniones)	
1 Psicología Clínica					
2 Cirugía Vascular		1	1 (curaciones C. V)		
5 Urología			1 (Cistoscopia)		2
2 Otorrinolaringología		1	1 (Audiometría)	1(Sala de reuniones)	
1 Videoendoscopía		1	1 (Electronistagmografía)		
			1 (Rinoscopia)		
			1 (Potenciales Evocados)		
			1 (Colposcopia)		
			1 (Colonoscopía)		1(Bodega)
				1 (Jefatura Neumología)	1 (Recuperación)
					1 (Vestuario)
					1 (Vestidor pacientes)
TOTAL: 74	5	6	12	9	6

Fuente: Estadística HEE Elaboración: Toty Figueroa

3.1.2.6 Quirófanos

- Se encuentran 11 quirófanos ubicados en el subsuelo, 2 para cirugías programadas en horario matutino, en horario vespertino se continúa las cirugías prolongadas y en la noche se utilizan 2 quirófanos para realizar cirugías emergentes.
- Quirófano de Unidad de Quemados y Cirugía Plástica, en el tercer piso dónde se realizan cirugías programadas en horario matutino y vespertino.
- Quirófano de Emergencia, 1 funcional para las 24 horas del día para cirugías urgentes.
- Hospital del Día, para las cirugías menores programadas, cuenta con 2 quirófanos y se atiende en horario matutino.

3.1.2.7 Emergencia

Este servicio atiende urgencias y emergencias médicas durante las 24 horas del día, atiende a pacientes críticos, mientras son trasladados a la Unidad de Cuidados Intensivos. Cuenta con 2 camillas en triage, 10 camillas de observación clínica, 11camillas de observación quirúrgica, área crítica 3 camillas, 3 camillas para trauma, 2 camillas para manejo de coronarios y 6 camillas de recepción y valoración del paciente.

Se dispone de cuatro ascensores para acceso al público y uno exclusivamente para transporte de pacientes post-quirúrgicos, dando servicio desde el subsuelo 2 (quirófanos) hasta el décimo piso, también hay graderíos de acceso directo al público, desde el subsuelo 2 hasta la terraza y graderíos de emergencia ubicados hacia el lado norte y sur del edificio, los cuales carecen de iluminación y se mantiene cerrados.

El Hospital Eugenio Espejo se provee de agua potable de la red pública, la misma que se almacena en 6 tanques cisternas hidroneumáticos a presión que distribuyen el líquido a todo el edificio, 2 de esos tanques proporcionan agua fría y 4 agua caliente.

Dispone de 2 calderos que producen vapor de agua y calientan el agua almacenada en los tanques cisternas, para funcionar consumen diariamente alrededor de 800 galones de diesel y funcionan de 06:00h hasta las 18:00h.

En lo que respecta al alcantarillado sanitario, es suficiente para evacuar las aguas servidas y las aguas lluvias que se elimina con sistema independiente.

La electricidad es abastecida por la red pública y en caso de emergencias (cortes) se dispone de 2 plantas generadoras, 1 de alto voltaje y 1 de bajo voltaje que cubren un 30% de la necesidad del Hospital en general y un 100% en las áreas de Unidad de Cuidados Intensivos, Quirófanos y Emergencia. Además existen 8 cámaras de transformación que bajan el voltaje según necesidades. (Albán, 2010)

Cuenta con un sistema para los desechos sólidos, el mismo que se inicia con la separación de la basura en común y contaminada desde el lugar de origen, para almacenarse y transportarse hasta los botaderos de basura señalados para este fin.

El sistema de suministro de oxígeno (O_2) se realiza por la empresa AGA desde un tanque central de O_2 líquido, hasta las instalaciones de los diferentes servicios.

La Central de Voluntariado del HEE, constituida por 20 damas voluntarias chilenas, administran y ayudan para que el Albergue del hospital funcione y brinde atención de hotelería a pacientes que vienen desde las diferentes provincias del país y que requieren hospedaje, mientras se realiza diferentes procedimientos y exámenes diagnósticos, así como también rehabilitación, este servicio tiene un costo módico de $ 2,00 USD/ día.

3.1.3 RECURSOS TECNOLÓGICOS

En el Hospital Eugenio Espejo, existe poca tecnología de punta:

- El Servicio de Terapia Intensiva y Cuidados Críticos de emergencia tiene tecnología nueva (ventiladores, monitores, bombas de infusión).
- El servicio de recuperación existen monitores que han terminado su vida útil, sin embargo, continúan funcionando con las limitantes respectivas, el mantenimiento se realiza a través de servicios contratados (Valle, 2010).
- **Laboratorio Clínico** cuenta con equipos para Hematología, Coagulación y Serología, Inmunología, Química, Uro análisis, Coprología y Bacteriología.
- **Anatomía Patológica**, cuenta con equipos para Inmunohistoquímica y estudios patológicos.
- **Imagenología**, dispone cuatro salas con un equipo de rayos X cada una pero que desconocen el tiempo de funcionamiento y creen que ya han cumplido su tiempo de vida útil, 3 equipos portátiles destinados a las siguientes áreas: sala de operaciones, traumatología y neurocirugía.
- Existe una sala con un equipo de tomografía multicorte de 16 anillos,
- **Ecosonografía** cuenta con equipos de última generación normal y un equipo de ecosonografía completo con transductores; equipo de ecocardiografía
- A partir del 2010 se da servicio de resonancia magnética, arteriografía, mamografía
- **Rehabilitación** dispone de Equipos para Electroterapia, Gimnasio, Hidroterapia, Terapia Ocupacional, Terapia de Lenguaje, Terapia Respiratoria.
- **El Área de Cardiología** tiene Ecocardiograma, EKG, y Equipos para Pruebas de esfuerzo
- **Neurología** cuenta con: Electroencefalograma, Electromiografía, Potenciales Evocados.
- **Centro de Video endoscopía** dispone de Endoscopía Digestiva Alta, Colonoscopía, Colposcopia y Broncoscopía.

En la institución no se dispone de un inventario técnico actualizado de los equipos, tampoco se dispone de catálogos y manuales de los equipos instalados, el

sistema de mantenimiento preventivo es deficiente, la mayor parte corresponde a mantenimiento correctivo, es decir, se hace en respuesta a solicitud de necesidad de arreglo enviado por los diferentes servicios cuando se reportan daños y si se dispone de material requerido y/o repuestos (mantenimiento correctivo).

3.1.4 RECURSOS LOGÍSTICOS

El HEE dispone de 3 ambulancias del año 2003, 2 se usan para transporte de pacientes de hospitalización, para exámenes solicitados fuera de la institución y una para transferencia de pacientes a otras instituciones; estos vehículos carecen de equipamiento necesario para la atención de urgencias. El detalle es:

- Ambulancia de transferencia de pacientes entregada en el año 2008
- Jeep para servicio de la dirección
- 1 camión del año 1998 en estado bueno para transporte de equipos y materiales.
- 1 moto del año 2008 para mensajería.

El uso de las ambulancias se hace previa la gestión de trabajo social de cada subproceso, en la Subdirección Administrativa, según el requerimiento. Ver tabla No. 36.

TABLA No. 36

MEDIOS DE TRANSPORTE SEGÚN ESTADO Y AÑO HEE, 2009

Cantidad	Recurso	Estado	Año
3	Ambulancia chevrolet	Bueno	2003
1	Ambulancia Ford	Bueno	2008
2	Ambulancia GMC hight sierra	Malo	desconocido
1	Jeep	Bueno	2007
1	Camión	Bueno	1998
1	Moto	Bueno	2008

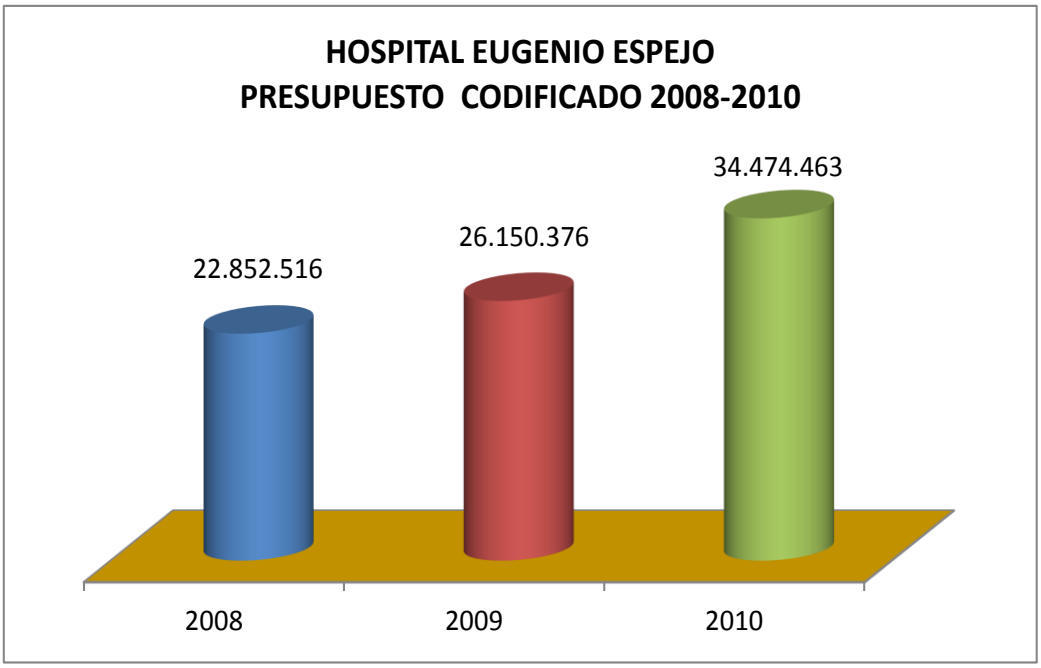
Fuente: HEE Elaboración: Toty Figueroa

3.1.5 RECURSOS FINANCIEROS

El Hospital Eugenio Espejo es una institución estatal financiado por el Estado con transferencia de fondos a través del Ministerio de Salud desde el Ministerio de Economía y Finanzas, sus asignaciones presupuestarias históricamente no han sido suficientes para cubrir sus necesidades prioritarias.

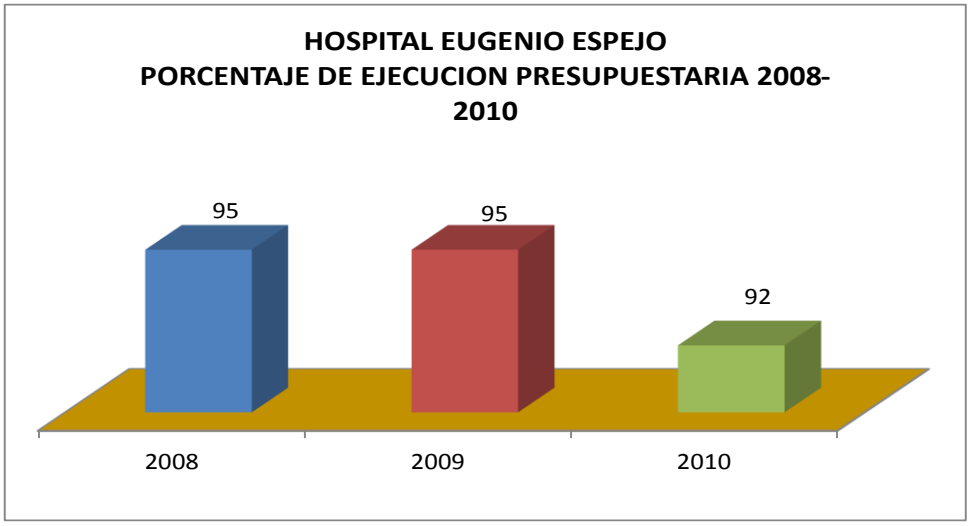
En los años 2008 al 2010 la asignación presupuestaria ha tenido un incremento significativo, de 22.852.516 (2008), 26.150.376 (2009) y 34.474.463 (2010); sin embargo, se observa que la ejecución presupuestaria es de 95% (2008), se mantiene en 95% (2009) y disminuye su ejecución a 92% (2010), como se presenta en los gráficos No. 45 y 46 a continuación.

GRAFICO No. 45



Fuente: Estadística HEE Elaboración: Toty Figueroa

GRAFICO No. 46



Fuente: Estadística HEE Elaboración: Toty Figueroa

El Ministerio de Economía y Finanzas entrega el presupuesto para los diferentes grupos programáticos establecidos en el distributivo de Ejecución de gastos, reportes e información consolidada de los años 2008, 2009 y 2010, como se detalla en el Anexo No. 2.

3.1.6 RECURSOS HUMANOS

En el hospital el ingreso del personal profesional se efectúa mediante concurso de merecimientos y oposición; el personal de contrato colectivo está amparado por el código de trabajo y los contratos se firman cada dos años en el MSP. El personal cumple horarios rotativos en tres jornadas, matutino, vespertino y nocturno según al servicio asignado y rol que desempeña.

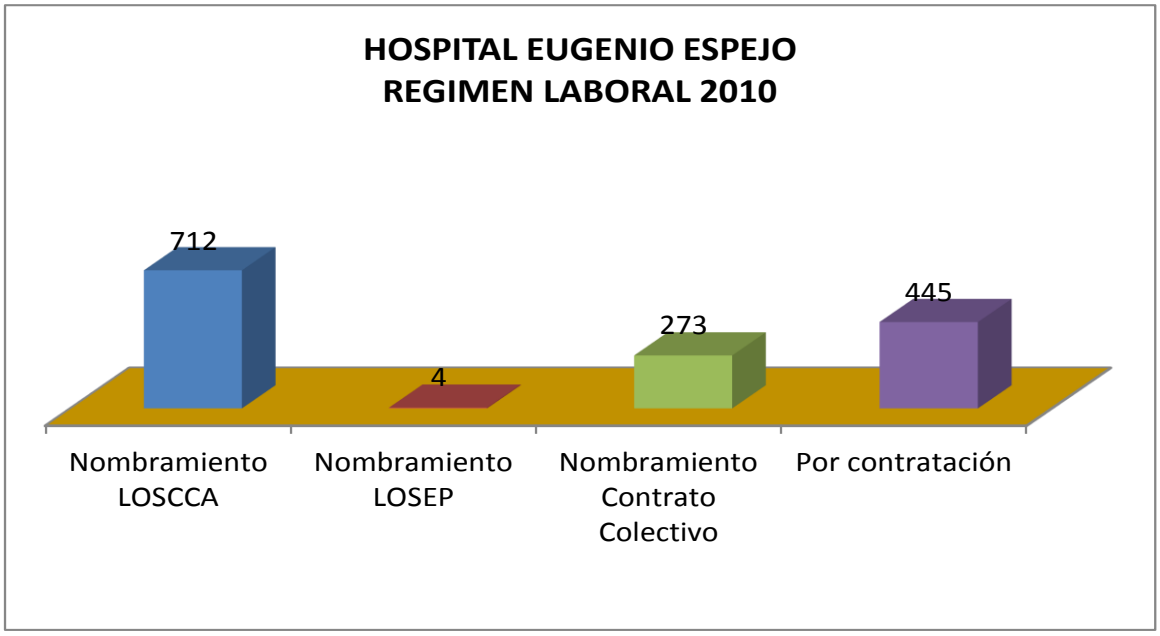
La distribución del personal se encuentra de la siguiente manera: total trabajadores 1.434 de los cuales, 712 tienen nombramiento bajo la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa y 4 bajo el régimen de Ley Orgánica de Servicio Público; 273 con nombramiento del contrato colectivo, 445 personas por varios contratos. Sin embargo, hay déficit de 253 personas, según se observa en la tabla 37 y gráfico No. 47

TABLA No. 37
RECURSOS HUMANOS SEGÚN RÉGIMEN LEGAL AL QUE PERTENECE HEE, AÑO 2010

REGIMEN LABORAL							
CARGO	Nombramiento LOSCCA	Nombramiento LOSEP	Contrato Colectivo	Por contratación	Número Total	Porcentaje	Requerimiento
Auxiliares de enfermería		4	273	30	307	21%	49
Enfermeras	119			137	256	18%	83
Personal administrativo	152			57	209	15%	
Medicos tratantes	120			75	195	14%	28
Personal de auxiliares de servicios var	144			28	172	12%	14
Médicos Residentes	40			43	83	6%	32
Auxiliares de servicios generales	58			21	79	6%	22
Terapistas	19			17	36	3%	5
Tecnologos de laboratorio	14			14	28	2%	3
Tecnólogo de imágenes	13			11	24	2%	5
Trabajadora social	17			4	21	1%	10
Odontólogos	8			2	10	1%	
Psicologos	5			1	6	0,4%	
Químico farmaceutico	1			4	5	0,3%	
Nutricionistas	2			1	3	0,2%	2
TOTAL	**712**	**4**	**273**	**445**	**1434**	100%	**253**

Fuente: Recursos Humanos HEE Elaboración: Toty Figueroa

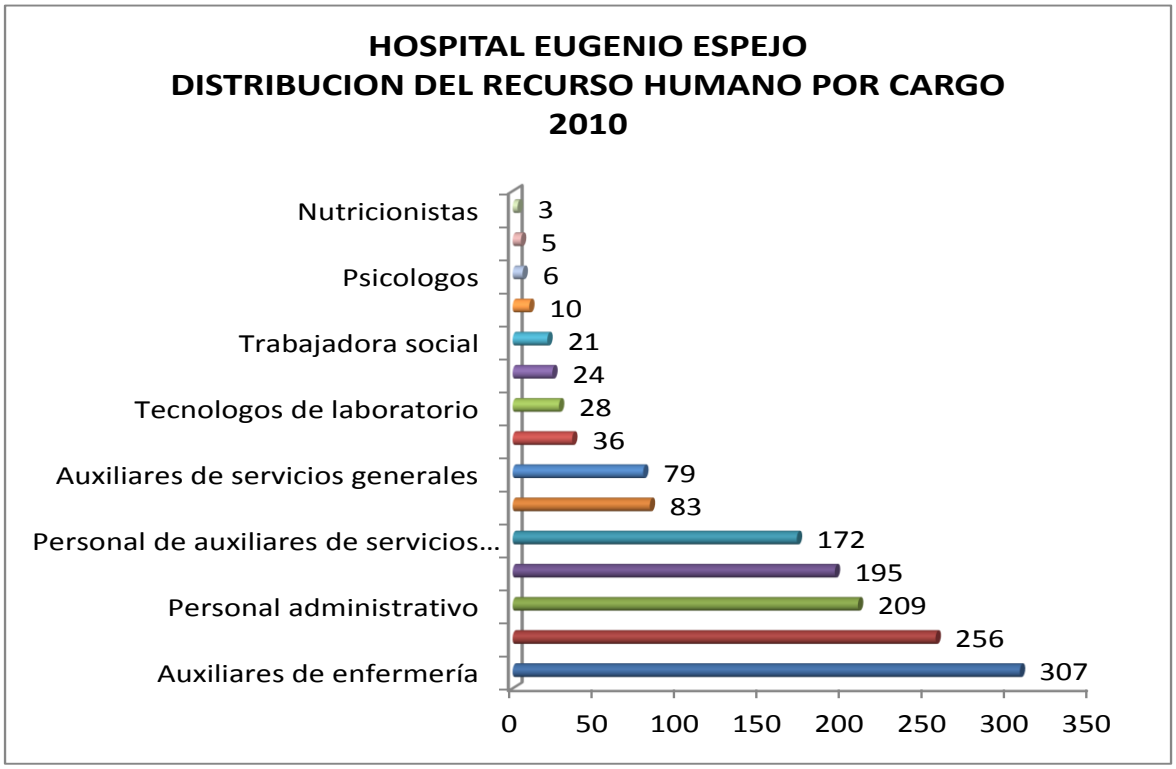
GRAFICO No. 47
RECURSO HUMANO HEE, SEGÚN RÉGIMEN LEGAL AL QUE PERTENECE



Fuente: Recursos Humanos HEE Elaboración: Toty Figueroa

Según el cargo que desempeñan el personal en los diferentes servicios se encuentra el 21% (307) auxiliares de enfermería; 18% (256) enfermeras; 15% (209) personal administrativo); 14% (195) Médicos tratantes; 12% (172) personal de auxiliares de servicios varios; 6% (83) Médicos residentes y auxiliares de servicios generales 6% (79), entre los principales, de acuerdo al gráfico No. 48.

GRAFICO No. 48



Fuente: Recursos Humanos HEE Elaboración: Toty Figueroa

Existen incentivos formales e informales: los primeros están dados por la entrega de anillos de oro al personal que cumple 30 años y más de servicio continuo en MSP; botones de oro al personal que cumple 25 años, una placa al personal que cumple 20 años, acto que se realiza en cada aniversario de la institución; los informales se dan por el reconocimiento de la sociedad por la labor de la institución.

La capacitación se desarrolla de acuerdo al criterio de líderes o coordinadores en los diferentes servicios y la referencia de la LOSEP y el Código del Trabajo; la

remuneración del personal de la salud está dada por escalas establecidas en la Resolución 033 del MRL del 22 de febrero del 2011.

3.1.7 SISTEMAS DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL

El Hospital Eugenio Espejo dispone de los siguientes programas para el procesamiento de datos:

- Visual FOX PRO, utilizado por Trabajo Social para elaborar los tarifarios; para facturación de servicios en el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT); en Recursos humanos para diseñar acciones de personal y en Estadística para el control de camas.
- El FOX D.O.S, utiliza Contabilidad para los roles de pago; en Inventario para el control de activos fijos; en Farmacia para el despacho y control de medicamentos; en Recaudación para facturar y en la Subdirección Administrativa para realizar memorandos.
- SIGEF (sistema gubernamental financiero) que se encarga de procesar la información financiera y contable.
- El PHP, utilizado en Patología para realizar los reportes histopatológicos.
- El JAVA, programa que dispone Estadística para abrir historias clínicas y asignar turnos a los usuarios. (Vargas, 2010)

Se procesan diferentes informes que se realiza a través de Estadística y Registros Médicos:

- Informes de Notificación Obligatoria (SIVE Alerta, SIDA, Programa de Control de Tuberculosis, muerte materna, maternidad gratuita, epidemiológicos)
- Informe mensual de egresos hospitalarios con diagnósticos analizados y depurados de acuerdo a la CIE – 10 remitido al INEC
- Informe de las 10 primeras causas de mortalidad
- Intervenciones quirúrgicas por especialidad.
- Informes consolidados de productividad institucional
- Consolidado mensual de atenciones y actividades ambulatorias (consulta externa)

- Consolidado mensual de estomatología
- Consolidado mensual de Maternidad Gratuita
- Informe mensual de enfermedades de vigilancia epidemiológica EPI-2
- Informe mensual de las principales causas de morbilidad
- Consolidado mensual por unidad operativa del programa ampliado de inmunizaciones
- Informe trimestral del consolidado del programa de tuberculosis
- Informe semestral del SIVE ALERTA
- Informes anuales de atenciones en consulta externa, egresos hospitalarios e intervenciones quirúrgicas.
- Informes anuales de Inmunizaciones (HEE, 2008)

Los consolidados diarios de atención son elaborados manualmente por cada especialista que atiende en los diferentes consultorios y entregados al finalizar la consulta médica a estadística para el procesamiento respectivo.

Los informes se envían a la Dirección Provincial de Salud de Pichincha, donde los procesan y se consolidan con los datos de otras instituciones a nivel Provincial y son enviados al MSP, no existe retroalimentación de estos datos; se envían al INEC información referente a morbi–mortalidad del hospital; los instrumentos para evaluar la producción del hospital son en base a indicadores cuantitativos, no hay instrumentos que midan la calidad desde el punto de vista de satisfacción de los clientes.(Alvaro, 2010).

3.1.8 PLANIFICACION

El **plan estratégico** y **plan operativo** elaborado y modificado anualmente, se desarrolla por las diferentes autoridades, líderes de las diferentes especialidades, el Plan Estratégico para el Período 2008 – 2012, fue socializado en mayo del 2008. En el 2009 y 2010 se aplican los instrumentos diseñados por SENPLADES para la elaboración del Plan Operativo Anual, para cumplir los requerimientos del MSP.

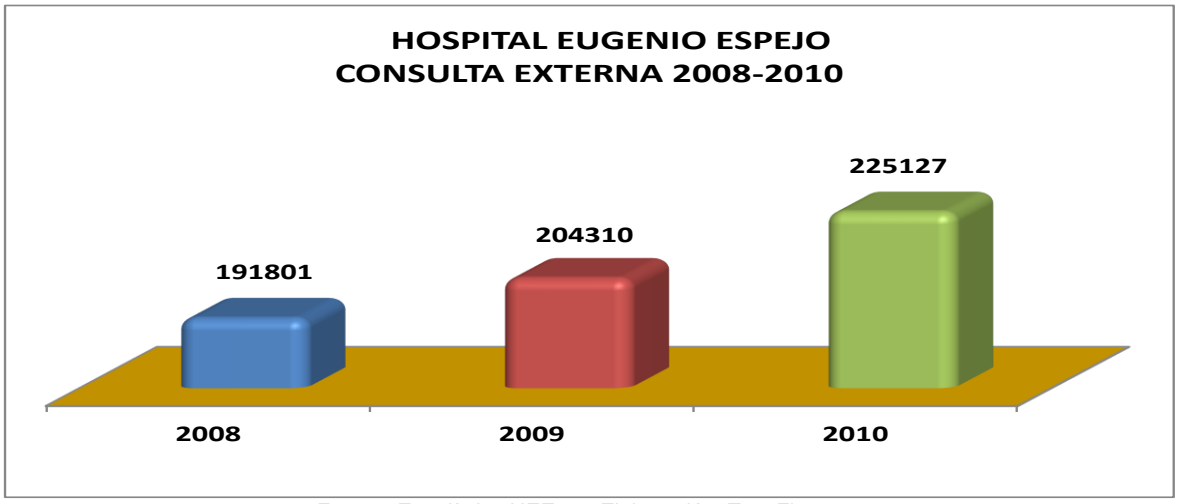
El Hospital Eugenio Espejo se guía por los principios conceptuales y operativos del modelo de autonomía de gestión de los servicios:

- Protección y respeto al usuario, a sus particularidades étnicas, culturales de género y edad.
- Calidad y calidez de atención.
- Solidaridad y equidad a través de subsidios cruzados y directos a la población que lo necesite.
- Gestión desconcentrada, con participación social y comunitaria en la toma de decisiones.
- Gestión moderna, orientada.
- Gerencia estratégica y planificada con utilización de indicadores de cumplimiento de objetivos y valoración del talento humano.
- Financiamiento complementario al aporte estatal provisto por contribuciones de usuarios con capacidad de pago, donaciones, recursos de cooperación externa, venta de servicios.

3.1.9 GESTIÓN HOSPITALARIA DEL HEE

La Consulta Externa del HEE, presenta un crecimiento ascendente de 191.801 consultas (2008) a 204.310 (2009) y finalmente llega a 225.127 en el 2010, según grafico No. 49.

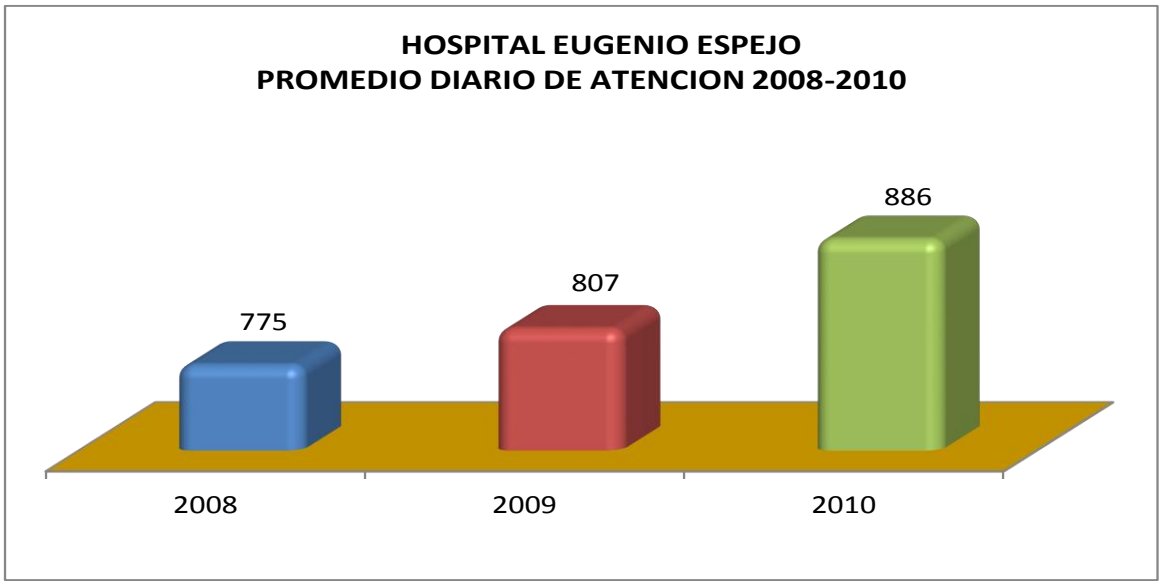
GRAFICO No. 49



Fuente: Estadística HEE Elaboración: Toty Figueroa

Lo anterior es coherente con el promedio diario de atenciones, pues se incrementan de 775 atenciones /día (2008) a 807 atenciones /día (2009) y luego a 886 atenciones /día (2010), según grafico No. 50.

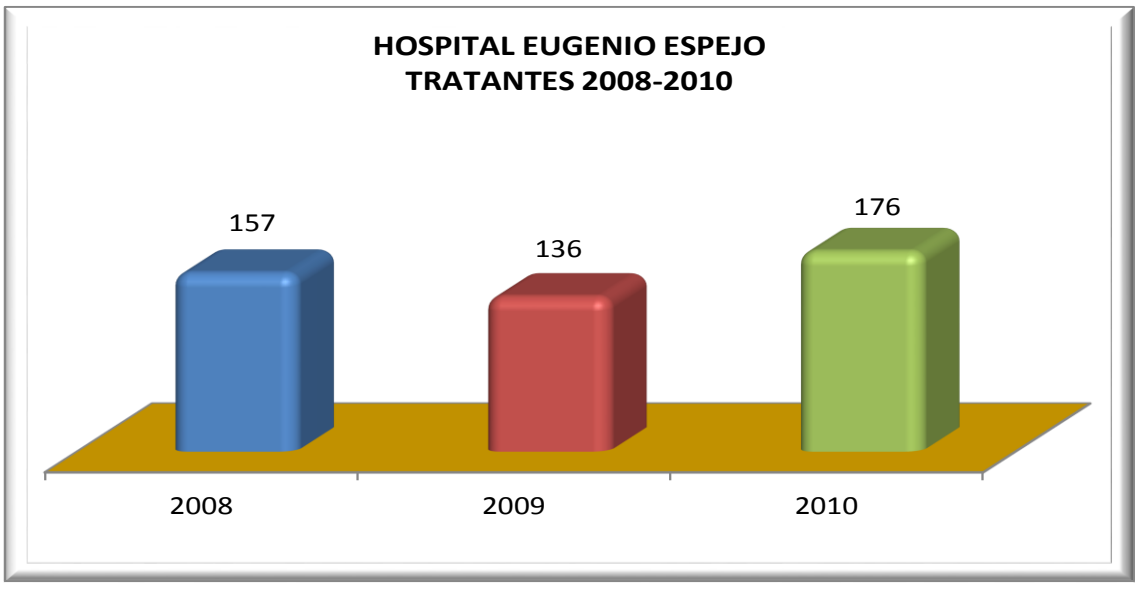
GRAFICO No. 50



Fuente: Estadística HEE Elaboración: Toty Figueroa

Se aprecia que en el 2010, hay 176 tratantes, mientras que en el 2009 hay 157 y en el 2008 llegan a 136, según grafico No. 51.

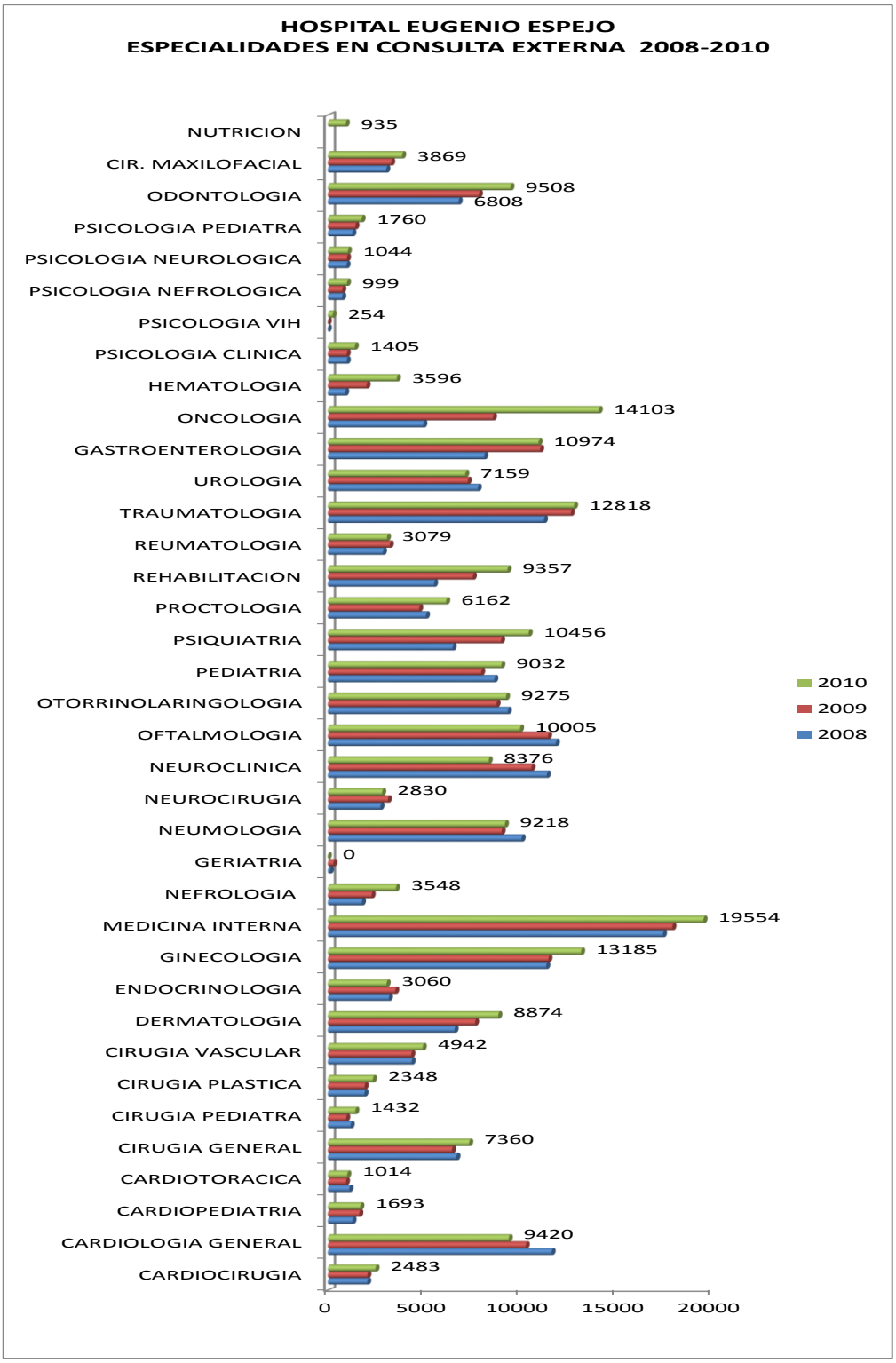
GRAFICO No. 51



Fuente: Estadística HEE Elaboración: Toty Figueroa

En la consulta externa del HEE se destacan en el 2010, los servicios de: Medicina Interna 19.554, Oncología 14.103, ginecología 13.185, traumatología 12.818, Gastroenterología 10.974, Neurología llega a 9.218, Según gráfico No. 52.

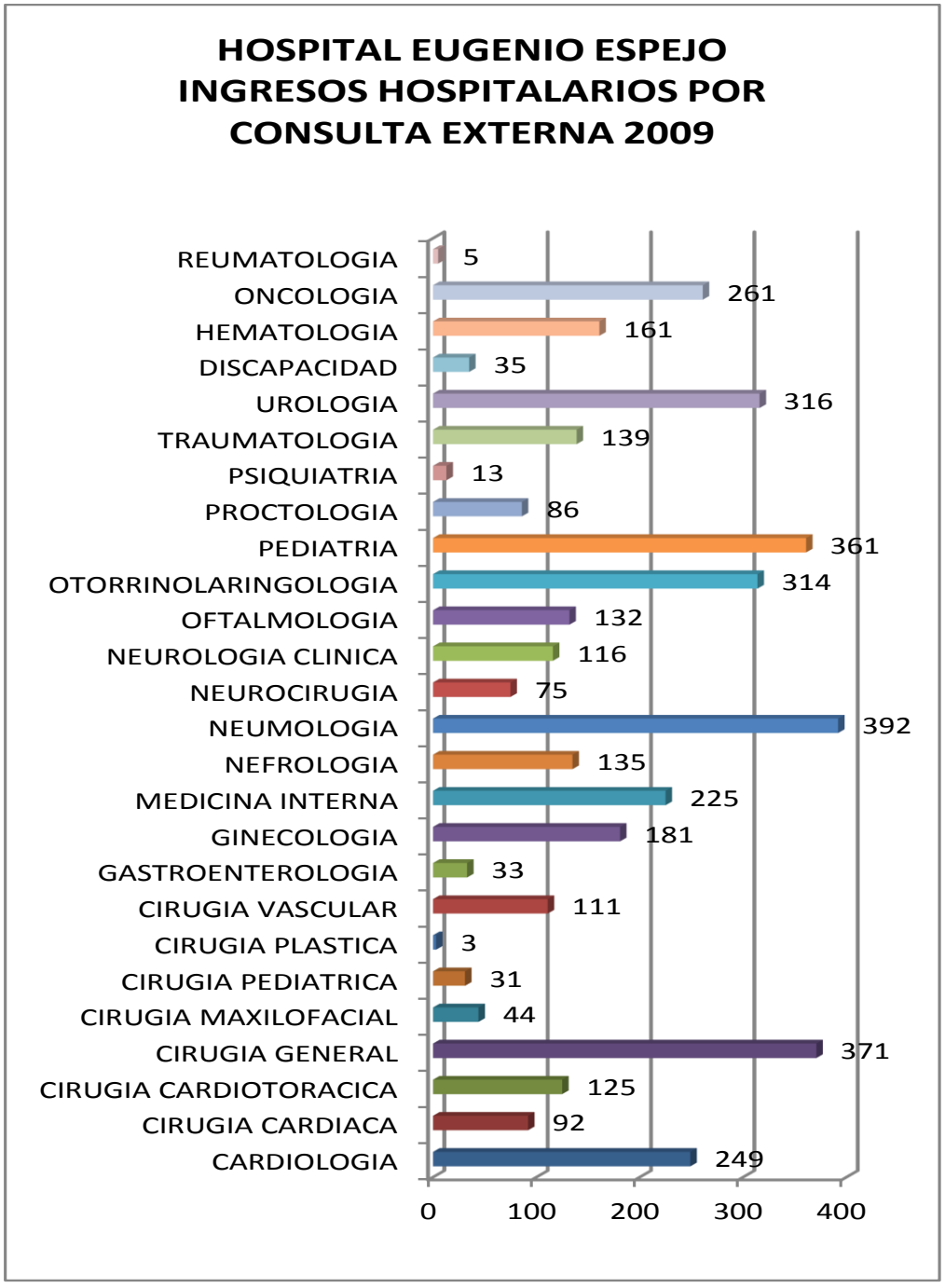
GRAFICO No. 52



Fuente: Estadística HEE Elaboración: Toty Figueroa

En Hospitalización, los ingresos en el 2009, a través de consulta externa por especialidades, destacan en mayor medida Neumología (392), Cirugía general (371), pediatría (361), urología (316), otorrinolaringología (314), según grafico No. 53.

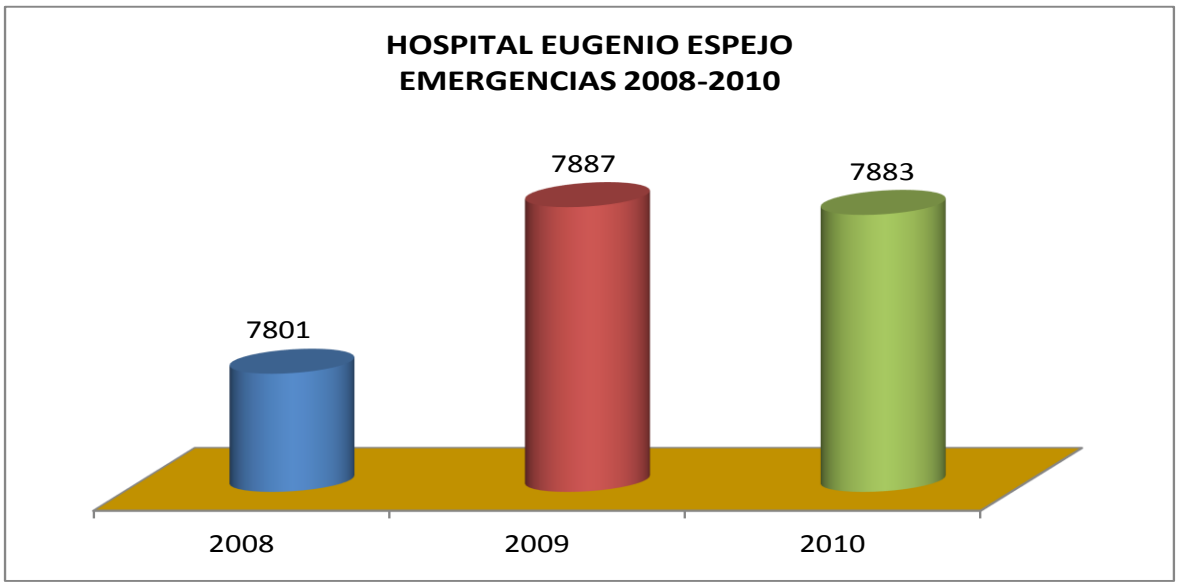
GRAFICO No. 53



Fuente: Estadística HEE Elaboración: Toty Figueroa

El Servicio de Emergencia evidencia un crecimiento de 7.801 (2008), 7.887 (2009) y 7.883 (2010), cifras que hacen evidente el incremento progresivo frente a la gratuidad, cambios que se han dado por la situación de Emergencia Sanitaria, incremento del horario de 4HD A 8HD, según grafico No. 54.

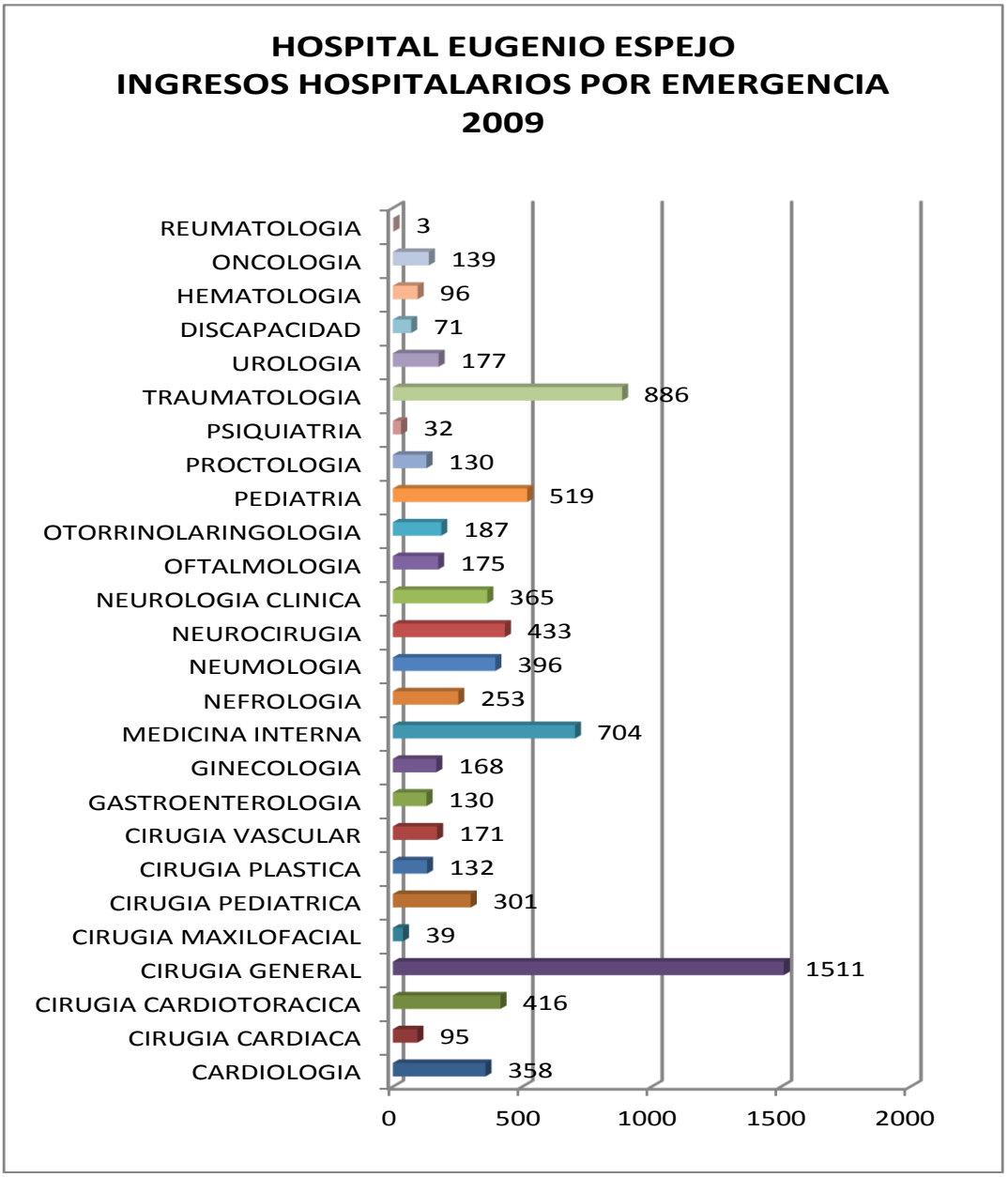
GRAFICO No. 54



Fuente: Estadística HEE Elaboración: Toty Figueroa

En el 2009, se aprecia los ingresos por emergencia a Cirugía General (1.511), Traumatología (886), Medicina Interna (704), entre los que destacan con mayor importancia, según grafico No. 55.

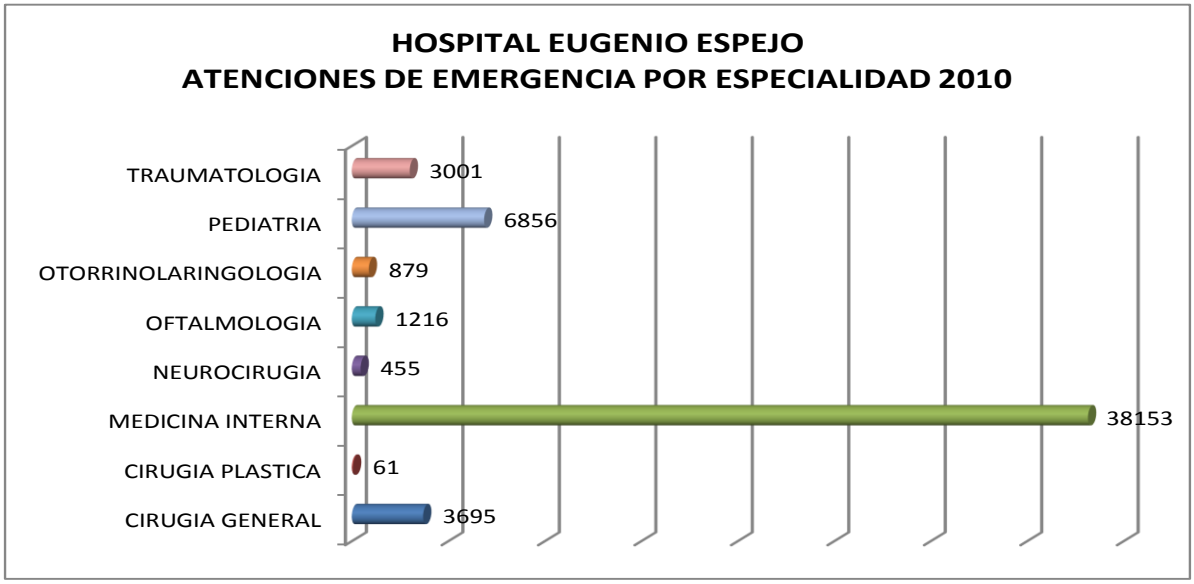
GRAFICO No. 55



Fuente: Estadística HEE Elaboración: Toty Figueroa

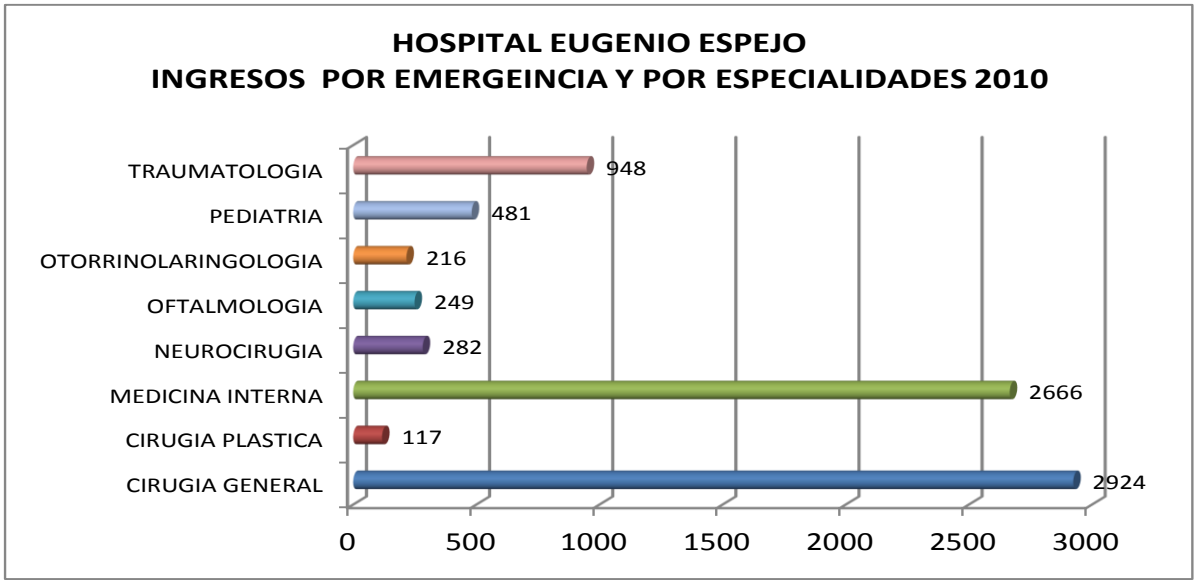
En Emergencia en el 2010, el mayor número de atenciones se dio por medicina interna (38.153), mientras que los ingresos por Emergencia que generan hospitalización en Cirugía General (2.924), Medicina Interna (2.666), Traumatología (948), Pediatría (481), Neurocirugía (282), Otorrinolaringología (216), Oftalmología (249), según gráficos No. 56 y 57.

GRAFICO No. 56



Fuente: Estadística HEE Elaboración: Toty Figueroa

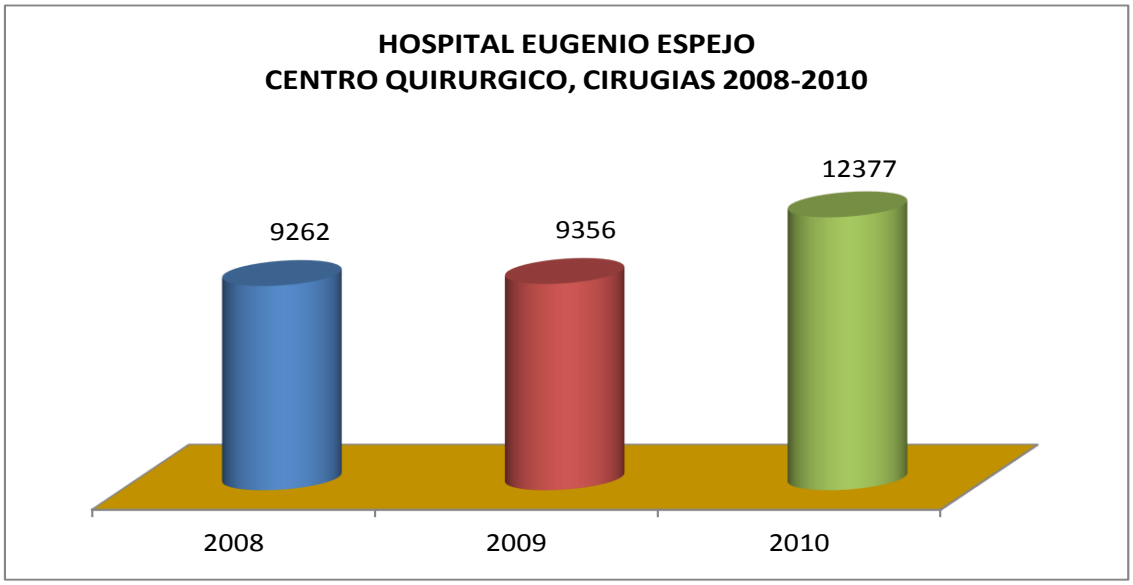
GRAFICO No. 57



Fuente: Estadística HEE Elaboración: Toty Figueroa

El Centro Quirúrgico también evidencia un incremento en los procedimientos quirúrgicos, de 9.262 (2008) a 9.356 (2009), llega a 12.377 en el 2010, según grafico No. 58.

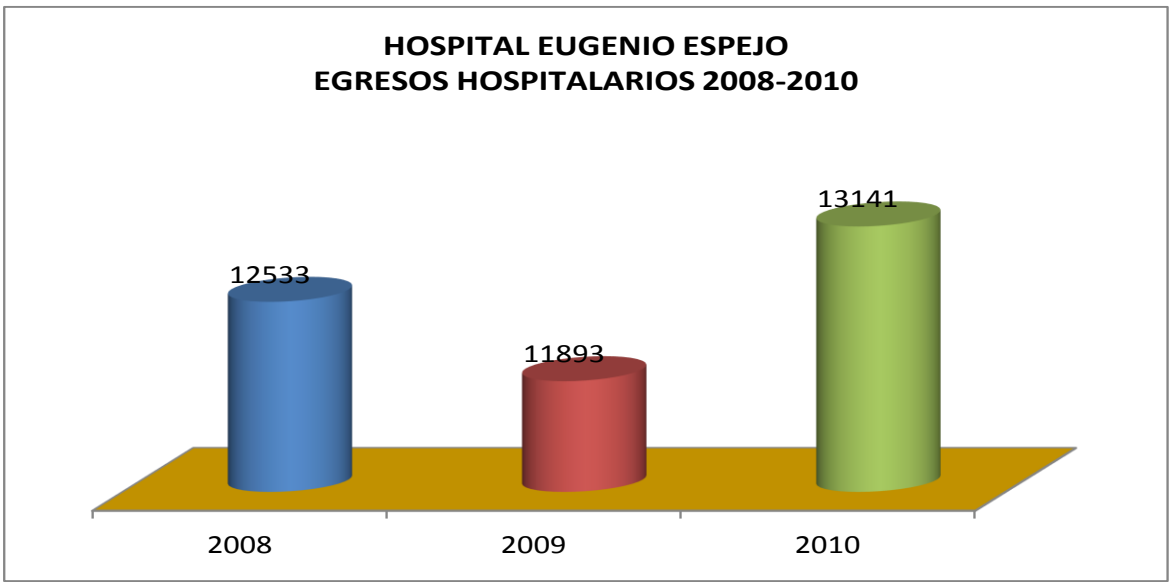
GRAFICO No. 58



Fuente: Estadística HEE Elaboración: Toty Figueroa

Los Egresos hospitalarios en los últimos tres años, llegan a 12.533 (2008), bajan a 11.893 (2009) y se incrementan a 13.141 en el 2010, según grafico No. 59.

GRAFICO No. 59

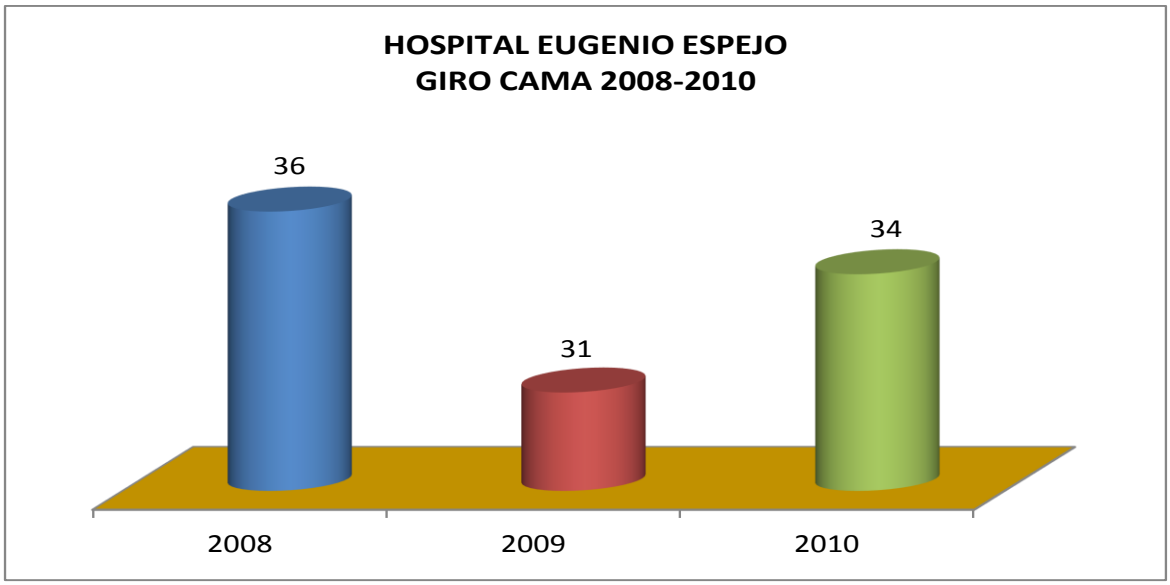


Fuente: Estadística HEE Elaboración: Toty Figueroa

Los indicadores de uso del recurso cama

El Giro de Cama a nivel hospitalario es de 36 egresos por cama en el año 2008, 31 en el año 2009 y 34 en el 2010; 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; a mayor promedio de estancia, menor el giro de camas; y a menor promedio de estancia, mayor el giro de camas, según grafico No. 60.

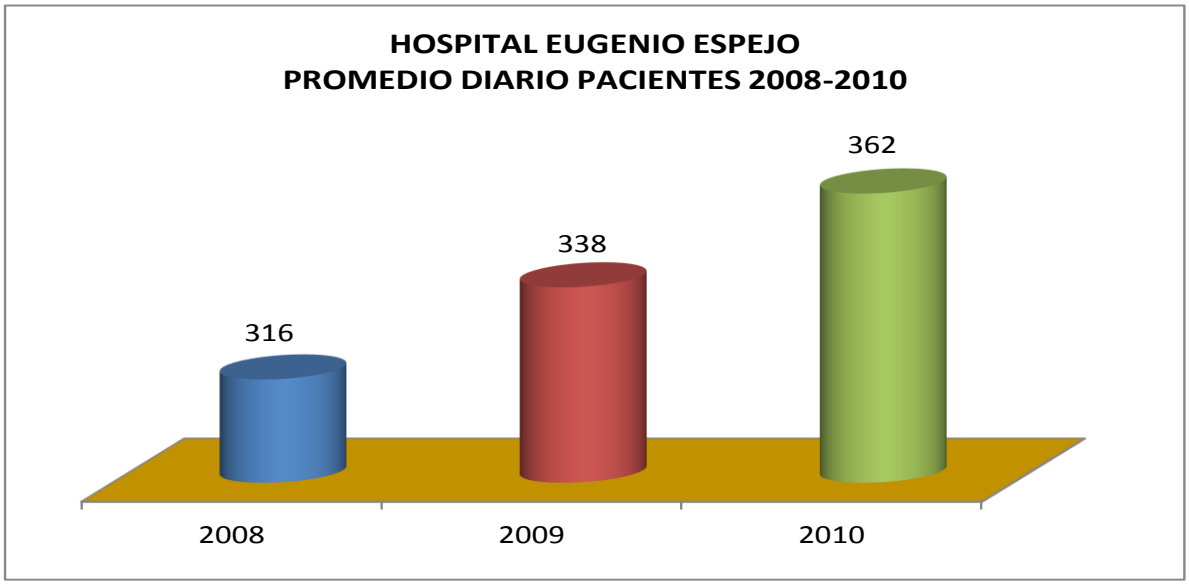
GRAFICO No. 60



Fuente: Estadística HEE Elaboración: Toty Figueroa

El promedio diario de pacientes hospitalizados, es de 316 en el 2008, 338 en el 2009 y 362 en el 2010, por tanto, su incremento es ascendente por año, según grafico No. 61.

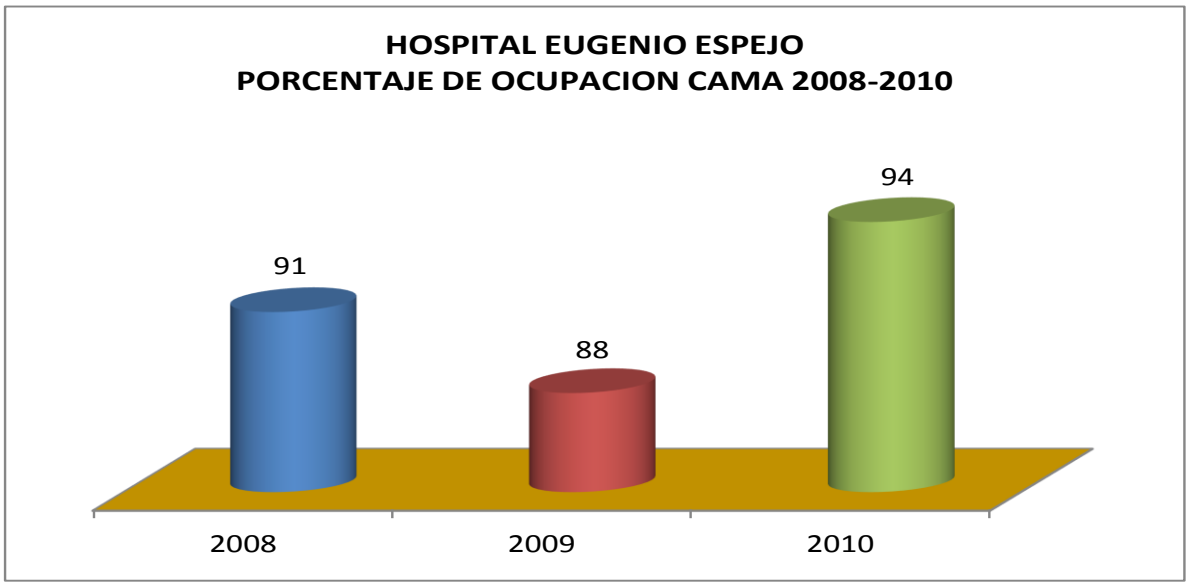
GRAFICO No. 61



Fuente: Estadística HEE Elaboración: Toty Figueroa

El porcentaje de ocupación representa una medida parcial de la capacidad productiva del hospital: 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; se aprecia un porcentaje ocupacional de 91% (2008), baja a 88% (2009) y luego sube a 94% (2010), según grafico No. 62.

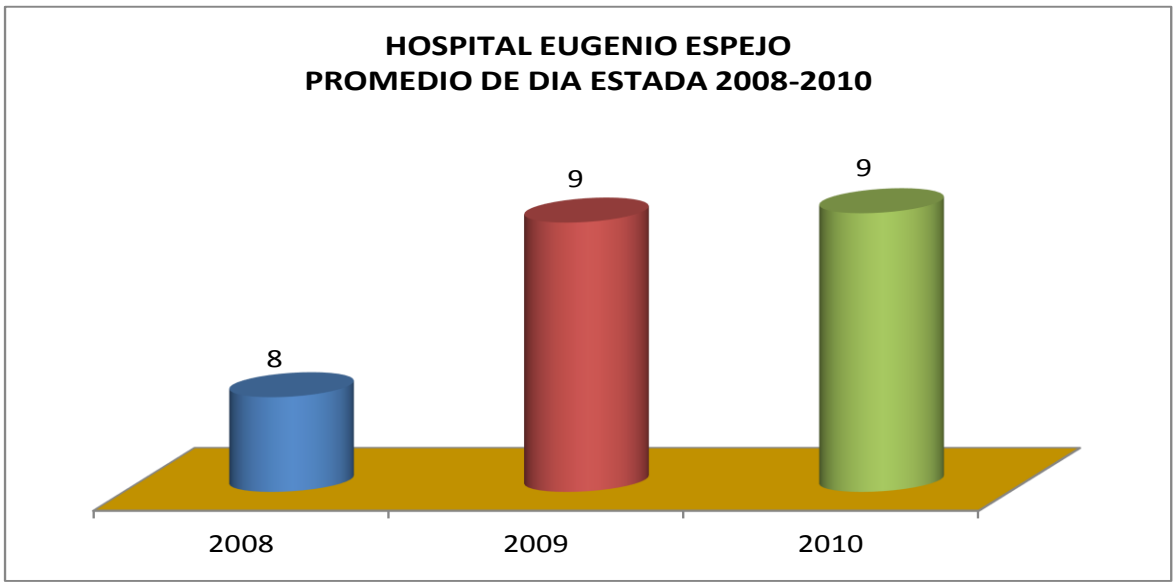
GRAFICO No. 62



Fuente: Estadística HEE Elaboración: Toty Figueroa

El promedio de día estancia 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 cama y por tanto de número de pacientes que egresan de un servicio; promedio de día estancia en el hospital se inicia en 8 días (2008), y asciende a 9 días (2009), y se mantiene en 9 días en promedio en el 2010, según grafico No. 63.

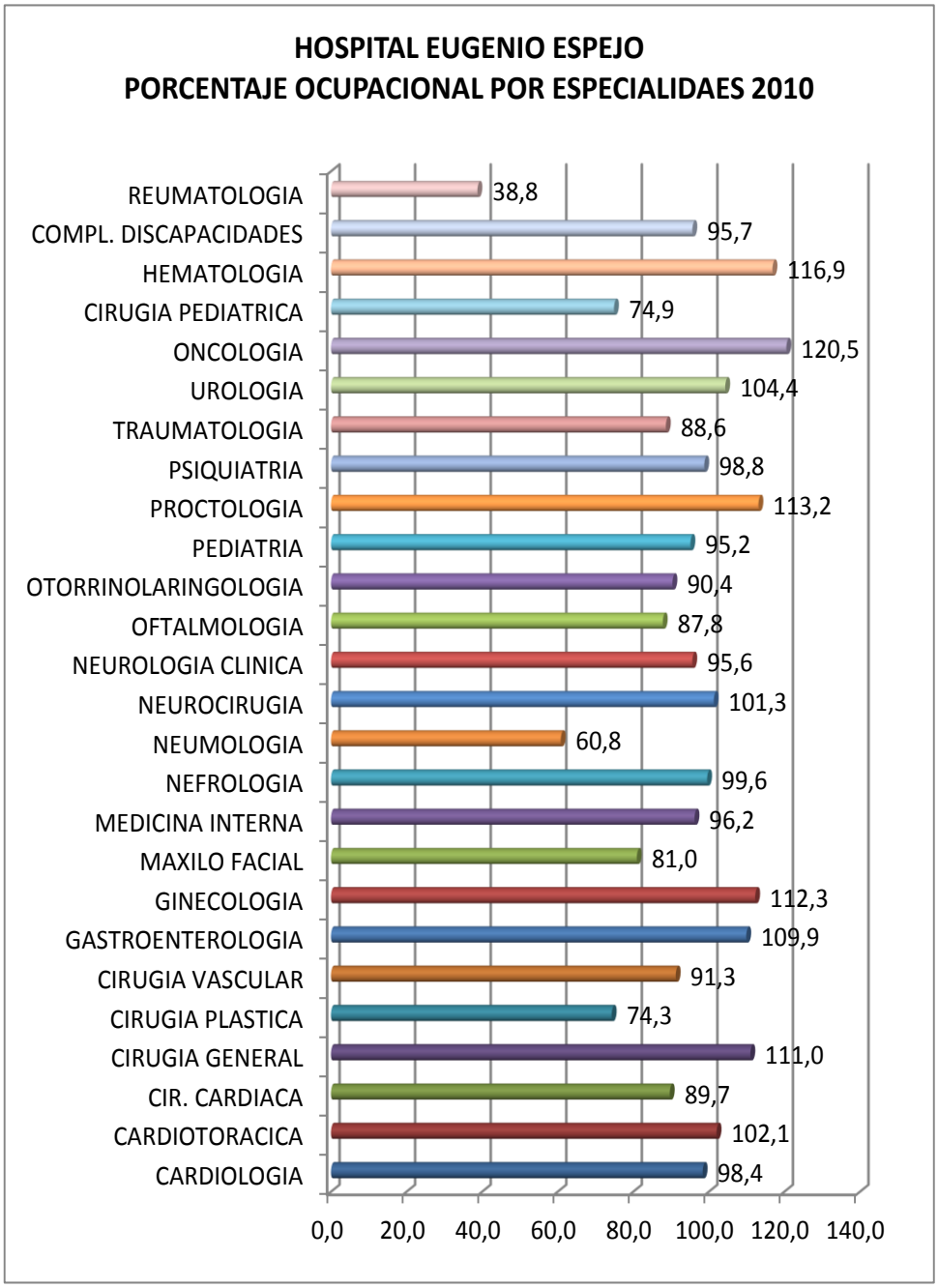
GRAFICO No. 63



Fuente: Estadística HEE Elaboración: Toty Figueroa

A continuación se detalla el porcentaje ocupacional en el año 2010 de las especialidades del HEE, Oncología 120,5 %, Hematología 116,9%, Proctología 113,2%, Ginecología 112,3%, cirugía General 111 %, Gastroenterología 109,9%, urología 104,4%, Cardiotorácica 102,1%, Neurocirugía 101,3%,todos estos servicios de hospitalización sobrepasan el 100%, esto significa que los pacientes se encargan en otros servicios. Mientras que los más bajos porcentajes se observan en Reumatología 38,8% y neumología 60,8%, según grafico No. 64.

GRAFICO No. 64

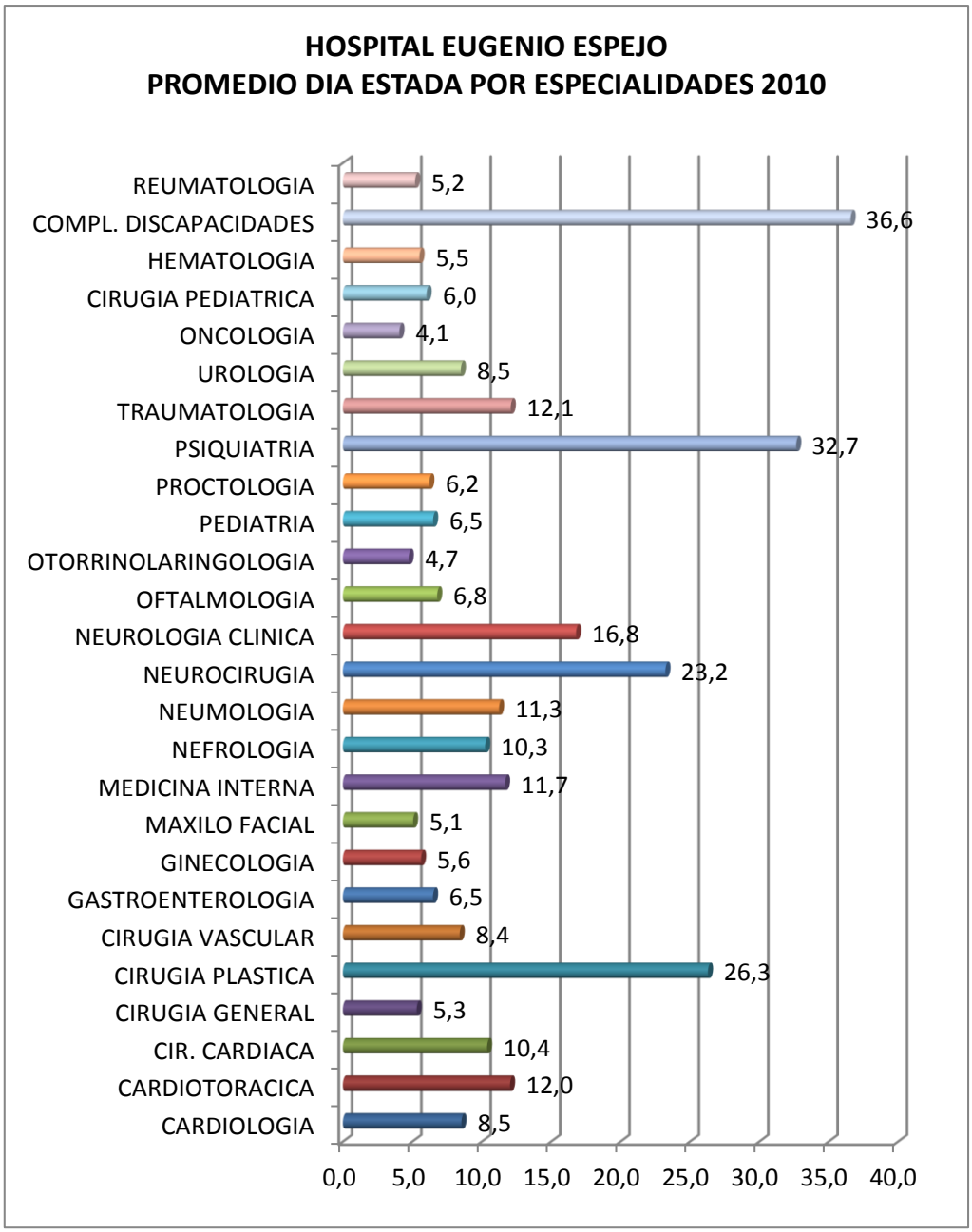


Fuente: Estadística HEE Elaboración: Toty Figueroa

El promedio de día estancia constituye un monitor del tiempo promedio que toma un servicio para brindar atención al paciente hospitalizado, es el factor crítico determinante de la productividad del recurso cama y por tanto de número de

pacientes que egresan de un servicio, los tiempos más altos están en Complicaciones discapacidades (36,6), Psiquiatría (32,7), Cirugía Plástica (26,3), Neurocirugía (23,2) y Neurología Clínica (16,8), según gráfico No. 65.

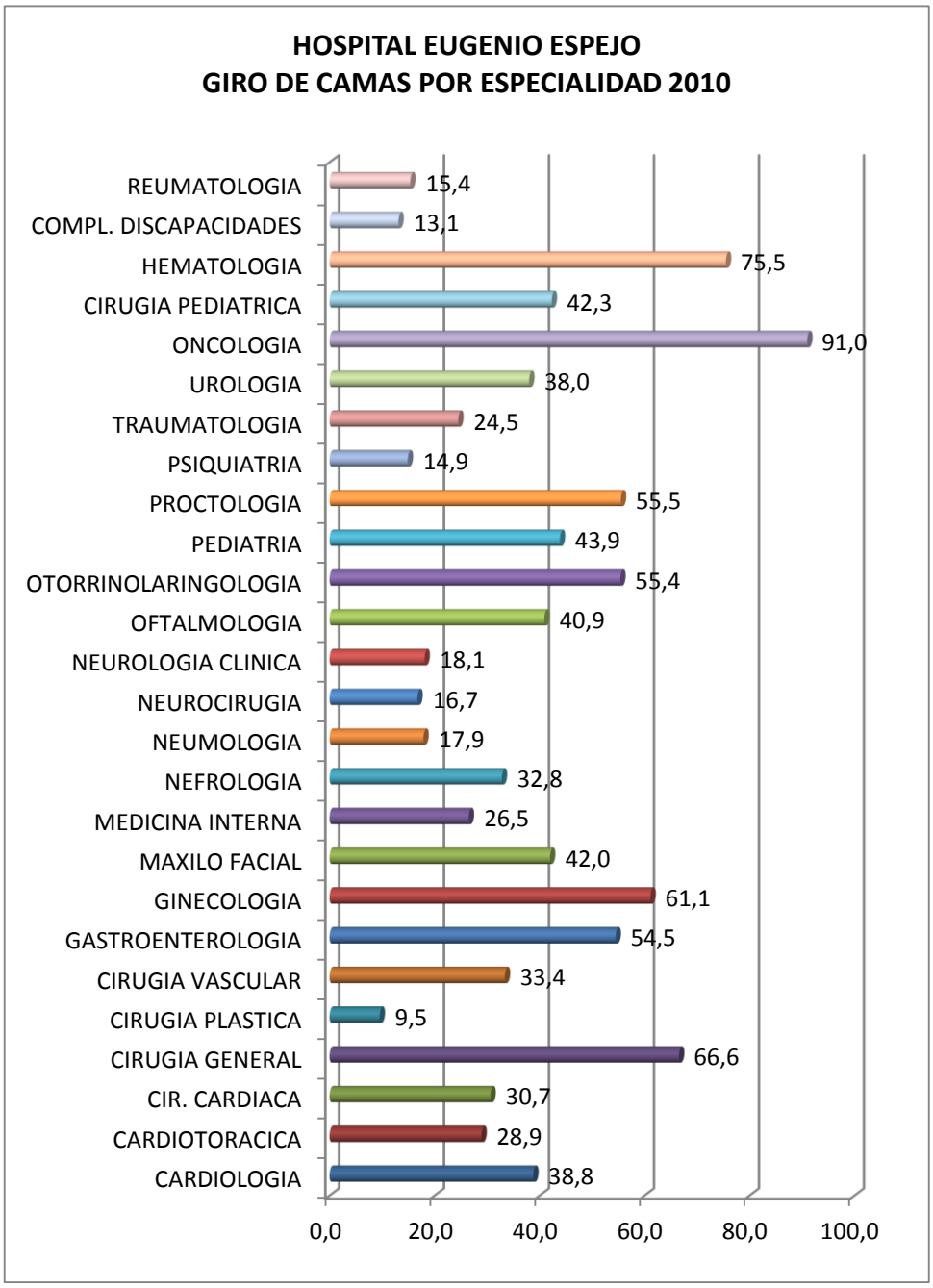
GRAFICO No. 65



Fuente: Estadística HEE Elaboración: Toty Figueroa

El giro de cama a mayor promedio de estancia, menor el giro de camas; y a menor promedio de estancia, mayor el giro de camas, según gráfico No. 66.

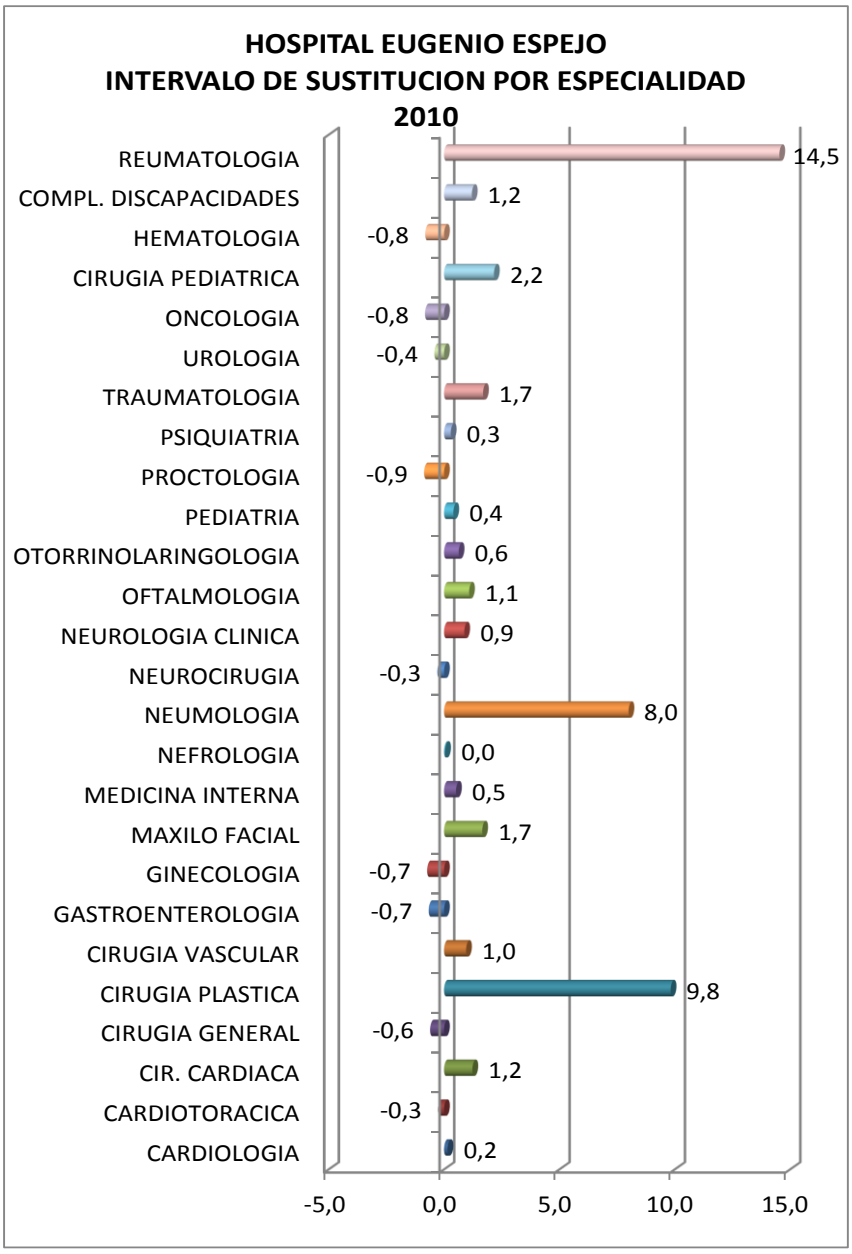
GRAFICO No. 66



Fuente: Estadística HEE Elaboración: Toty Figueroa

El Intervalo de sustitución, bajo condiciones de alta demanda, el indicador ofrece una medida de la eficiencia en la preparación de la cama después de que egresa un paciente, de tal manera que ésta esté el menor tiempo posible ociosa para el ingreso del siguiente paciente; a continuación se aprecia en el 2010 que los servicios de reumatología 14.5 días, Neumología 8 días y cirugía plástica 9.8 días presentan capacidad ociosa, según grafico No. 67.

GRAFICO No. 67



Fuente: Estadística HEE Elaboración: Toty Figueroa

Dentro de las 30 principales causas de morbimortalidad del HEE, en el 2009, se aprecia entre las más comunes: Personas en contacto con los servicios de salud para procedimientos específicos y cuidados de salud (Tratamiento de quimioterapia, colostomías, ileostomías, retiro de material de prótesis) son 1.298 (10,8%); Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas son 779 (6,5%), Enfermedades del apéndice son 737 (6,1%); Traumatismos de la cabeza son 697 (5,8%); Influencia (gripe) y neumonía son 546 (4,5%); Enfermedades del corazón (Insuficiencia cardíaca, endocarditis, cardiomiopatías) son 431 (3,6%); Enfermedades cerebrovasculares son 382 (3,2%); Traumatismos de la rodilla y de la pierna son 316 (2,6%); Insuficiencia Renal son 260 (2,2%).

Las enfermedades cerebrovasculares, son las que desencadenan morbimortalidad neurológica y que requieren hospitalización en neurología Clínica, según tabla No. 38.

TABLA No. 38
TREINTA PRINCIPALES CAUSAS DE MORBIMORTALIDAD HEE 2009

No.	CODIGO	DIAGNOSTICO	No. casos	%
1	Z40-Z54	Personas en contacto con los servicios de salud para procedimientos específicos y cuidados de salud (Tratamiento de quimioterapia,colostomías, ileostomías, retiro de material de prótesis)	1298	10,8
2	K80-K87	Trastornos de la vesícula biliar, de las vias biliares y del páncreas	779	6,5
3	K35-K38	Enfermedades del apéndice	737	6,1
4	S00-S09	Traumatismos de la cabeza	697	5,8
5	J10-J18	Influencia (gripe) y neumonía	546	4,5
6	I30-I52	Enfermedades del corazón (Insuficiencia cardíaca, endocarditis, cardiomiopatías)	431	3,6
7	I60-I69	Enfermedades cerebrovasculares	382	3,2
8	S80-S89	Traumatismos de la rodilla y de la pierna	316	2,6
9	N17-N19	Insuficiencia Renal	260	2,2
10	J30-J39	Enfermedades de las vías respiratorias superiores	244	2,0
11	S20-S29	Traumatismos del tórax	237	2,0
12	E10-E14	Diabetes Mellitus	233	1,9
13	D10-D36	Tumores (neoplasias) benignos	229	1,9
14	S70-S79	Traumatismos de la cadera y del muslo	210	1,7
15	S30-S39	Traumatismos del abdomen, de la región lumbosacra, de la columna lumbar y de la pelvis	201	1,7
16	K40-K46	Hernias	181	1,5
17	N40-N51	Enfermedades de los órganos genitales masculinos (HPB)	169	1,4
18	k55-k63	Enfermedades de los intestinos (fisura, fístulas anales y rectales, obstruccion intestinal)	162	1,3
19	I20-I25	Enfermedades isquémicas del corazón	158	1,3
20	C81-C96	Tumores [neoplasias] malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyeticos y de tejidos	137	1,1
21	S50-S59	Traumatismos del antebrazo y del codo	136	1,1
22	T29-T32	Quemaduras y corrosiones	136	1,1
23	N30-N39	Otras enfermedades del sistema urinario (estenosis uretral, incontinencia urinaria)	117	1,0
24	K70-K77	Enfermedades del hígado	110	0,9
25	L00-L08	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	108	0,9
26	N80-N98	Trastornos no inflamatorios de los órganos genitales femeninos	106	0,9
27	D37-D48	Tumores [neoplasias] de comportamiento incierto o desconocido	104	0,9
28	T15-T19	Efectos de cuerpos extraños que penetran por orificios naturales	102	0,8
29	I80-I89	Enfermedades de las venas y de los vasos y ganglios linfáticos, no clasificados en otra parte	102	0,8
30	B20-B24	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]	97	0,8
		LAS DEMAS	**3305**	27,5
		TOTAL GENERAL DE EGRESOS:	**12030**	100,0

Fuente: Estadística HEE Elaboración: Toty Figueroa

3.2 DIAGNOSTICO DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA CLINICA

El Servicio de Neurología del H.E.E. es la especialidad médica que trata los trastornos del sistema nervioso, ocupándose específicamente y como prioridad de prevenir y diagnosticar en los pacientes que acuden a la institución, y con la finalidad de última instancia de tratar y rehabilitar las enfermedades que involucran al sistema nervioso central, el sistema nervioso periférico y el sistema nervioso autónomo, incluyendo sus envolturas (meninges), vasos sanguíneos y tejidos como los músculos en los pacientes afectados.

La perspectiva general del equipo de profesionales de la salud en el servicio de neurología es la de lograr dar una cobertura integral y humana de atención al paciente externo y que se encuentre hospitalizado, a través de una coordinación global como institución, con toda la capacidad, calidad y virtudes del equipo de médicos, enfermeras, técnicos y personal de apoyo con el fin de lograr la mejoría en cada paciente ingresado en el hospital.

Este servicio se efectúa durante los 365 días del año y las 24 horas del día, dando prioridad con oportunidad a las necesidades médicas de cada paciente; con apoyo de la capacidad humana y tecnológica, en cada actividad institucional se propenderá a la optimización del capital humano y material del hospital para lograr cubrir a la mayor cantidad posible de pacientes.

3.2.1 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA CLINICA

La organización interna del Área de Neurología la preside el líder de Neurología Cínica, que subordina a médicos tratantes, residentes y enfermera líder.

3.2.2 RECURSOS FÍSICOS

El Área de Neurología se encuentra ubicada en el octavo piso del Hospital Eugenio Espejo, donde funciona hospitalización del Servicio de Neurología, el

mencionado servicio se distribuye a lo largo de las dos alas principales norte y sur y unos pequeños corredores que por funcionalidad unen algunas oficinas.

En el acceso principal se cuenta con una pequeña sala de espera para los acompañantes de los pacientes del servicio, entrando a las instalaciones del Área de Neurología se ubica la sala de electromiografía para exámenes de pacientes internos y externos, previa solicitud del servicio en secretaría del servicio.

El servicio facilita una pequeña **capilla** para 6 personas, a continuación se encuentra la estación para enfermeras en donde se revisan los expedientes y exámenes clínicos de usuarios por parte del equipo se salud; luego la zona de trabajo de enfermería para preparar la medicación oral y parenteral, material, equipos para tratamientos especiales, curaciones, lavabo de pedal, coche de paro, accesorios de limpieza y transporte.

La utilería a la que se accede a través de la estación de enfermería y del corredor principal, tiene 2 lavabos uno para material contaminado y el otro para la limpieza del personal, material de apoyo como sillas de ruedas, porta material, coche metálico para transportar ropa, muebles fijos y móviles de almacenaje, mesas de madera fijos y de apoyo, cocineta eléctrica y varios implementos adicionales; funcionalmente al anterior servicio se relaciona el cuarto de ropa limpia, como una parte complementaria del servicio de limpieza y cambio de sábanas, cobijas y vestuario especialmente para pacientes y empleados.

La **oficina de trabajo social**, consta con una pequeña sala de recepción y un área con un lavabo; a continuación se encuentra el vestuario de enfermería, que sirve también como área de almacenaje de material e insumos médicos para el día de 24 horas.

Sobre el corredor existe un espacio para una camilla, otro para almacenamiento de desechos infecciosos y comunes; frente al cuarto 802 de los pacientes mujeres hospitalizadas, con 5 camas y un lavabo, se adaptó un vestuario para las auxiliares de enfermería y fuera de este se abaste de baño y ducha.

En el mismo corredor se encuentra el baño del personal de enfermeras; un ambiente (cuarto 803) para los internos rotativos, posee dos camas, baño y ducha; el cuarto 804 destinado para pacientes mujeres especiales con dos camas y un lavabo; una utilería de accesorios de limpieza de los pacientes y apoyos para sueros; sala de espera para visitantes y ocasionalmente para los mismos pacientes; en el área contigua existe un espacio para embodegar los porta cilindros y cilindros de los tanques de oxígeno; para los médicos residentes de turno se destina el cuarto 805, con dos camas, baño y ducha; junto a la habitación 806, se ha dotado de un pequeño vestuario con baño y lavabo para el personal administrativo de salud.

En los siguientes ambientes se hospitaliza a los pacientes hombres, así a la habitación 806 se la dotó con dos camas, un lavabo, baño y ducha; el cuarto 807 con seis camas, un lavabo, un baño y una ducha; el 810 con cinco camas, un lavabo, baño y ducha. Hay que señalar que cada cama se compone de una unidad de apoyo médico, el lavabo en cada cuarto es de uso colectivo al grupo de camas de toda la habitación y el baño abastece a cada cuarto o habitación.

El archivo de placas de RX, tomografías y más, está ubicado junto a este grupo de cuartos para facilitar el apoyo y necesidades del servicio de neurología en general; a continuación existe otra utilería para material de aseo; luego un baño y duchas exclusivo para los médicos; áreas o filtros de transición que desembocan en oficinas para funciones administrativas y de informe de actividades de médicos tratantes y médico líder del servicio; además de un archivo de los resultados e informes de electroencefalogramas; una pequeña sala para seminarios y reuniones. Este grupo de ambientes remata con un hall de salida hacia la escalera de emergencia o escape en casos de calamidades o seguridad.

Sintetizando la distribución del Área de Neurología, el servicio se compone de los siguientes ambientes: un cuarto para electromiografía y muestras, una pequeña capilla, una estación de enfermería con espacio para trabajo y tratamiento de enfermería, un cuarto de ropa limpia, oficina de trabajo social, vestuario para enfermeras e implementos, un corredor donde se estaciona una camilla y es

depósito transitorio de pequeños contenedores de basura, un depósito de ropa sucia, cuarto de aseo con una bañera y lava tachas; a continuación existe un corredor que separa con una mampara la sala de espera para visitas de las áreas interiores.

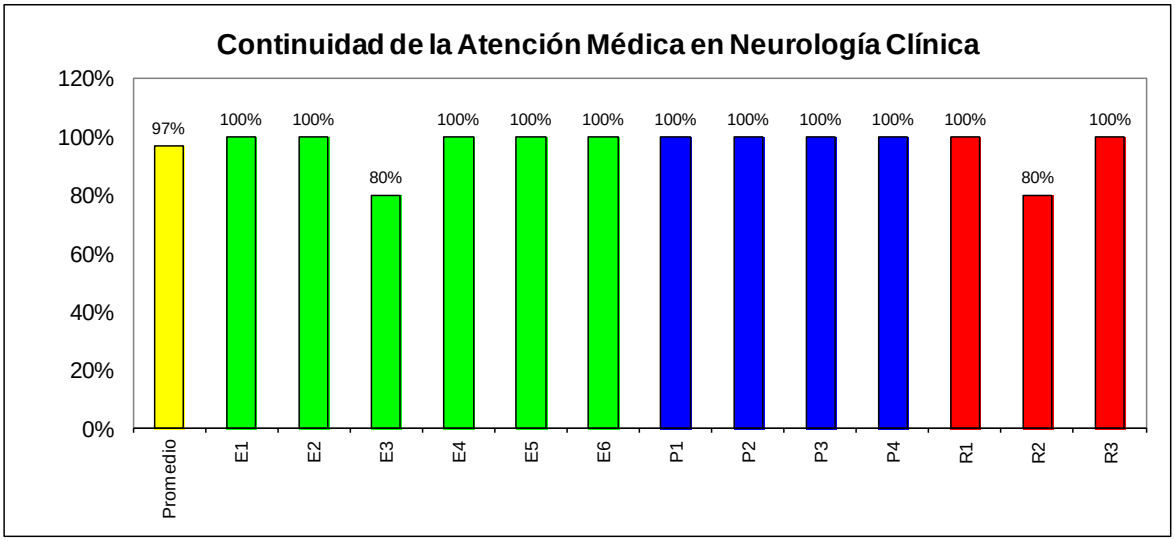
El sector de mayor actividad diaria, compuesta de 7 habitaciones con capacidad de albergar un total de 28 camas para atender a pacientes con diferentes problemas neurológicos, 4 de ellas tiene SS.HH. y ducha, las 3 restantes no tienen SS.HH.; 3 habitaciones más sirven como dormitorios para médico de turno, personal administrativo de salud e internos rotativos, cada una con SS.HH. y ducha; existe también una oficina para la líder de enfermería, otra para secretaría, otro cuarto para trabajo y tratamiento de enfermería que funciona como vestuario para personal de auxiliares de enfermería, una sala de espera con juego de muebles y un televisor.

Además, existen pequeños cuartos de apoyo para diferentes funciones, como reserva de tanques de oxígeno, cuarto de aseo y baño; dos corredores más separan con mamparas a distintas oficinas para médico líder del servicio médico de neuropsicología, médicos en general, cuarto de electroencefalogramas y neurofisiatría, área para seminarios, cuarto para archivo E.E.G.; uno de los corredores se conecta con la escalera de emergencia 3.

3.2.3 ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN EL SERVICIO DE NEUROLOGÍA CLINICA

El Servicio de neurología clínica está dentro de los parámetros adecuados, tiene un puntaje del 97 %, lo que le da una calificación de excelente; las áreas con menos puntajes son los estándares E3, y R2, cuenta con profesionales específicamente encargados del seguimiento de los pacientes hospitalizados; el 80% de las pruebas diagnósticas ordenadas (rayos X, laboratorio, anatomía patológica), reposan en la historia clínica y son comentados por los médicos tratantes. Obteniendo en ambos casos un puntaje de 80%, información detallada en el gráfico Nº 68 y tabla No. 39.

GRAFICO No. 68
ATENCIÓN MÉDICA EN NEUROLOGIA CLINICA



Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. **Elaborado**: Toty Figueroa

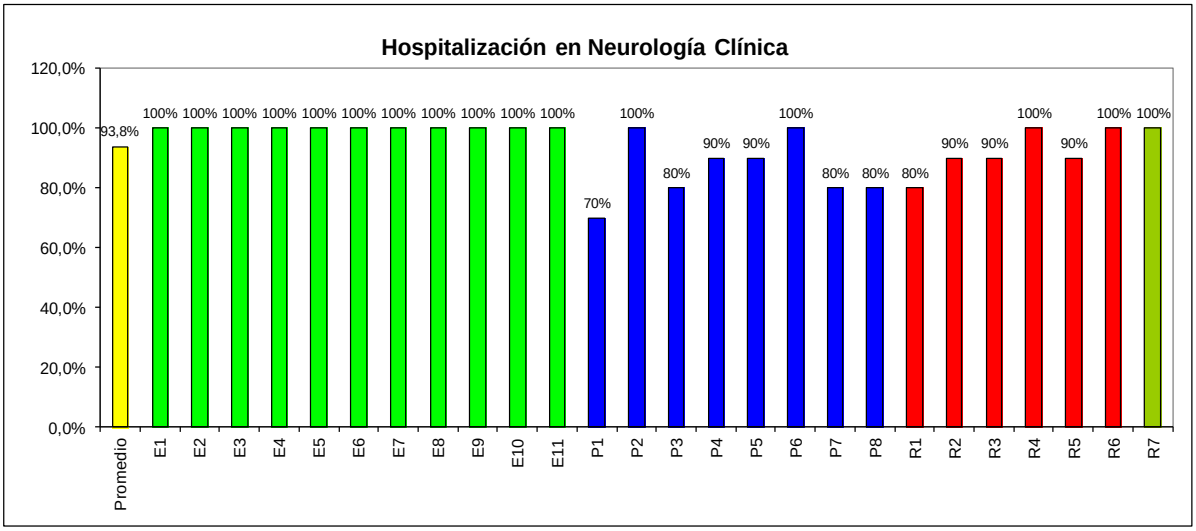
TABLA No. 39
ATENCIÓN MÉDICA EN NEUROLOGIA CLINICA

Promedio	1. Continuidad de la atención médica		97%
E1	Posee una Dirección Médica y líder de servicio que conduce y asume la atención con responsabilidad, garantizando su supervisión.	E	100%
E2	La continuidad está basada en los médicos de guardia.	E	100%
E3	Cuenta con profesionales específicamente encargados del seguimiento de los pacientes hospitalizados.	E	80%
E4	Cada paciente se halla a cargo de un profesional del establecimiento.	E	100%
E5	Posee un Departamento o Servicio de Epidemiología y Estadísticas.	E	100%
E6	Dispone de un Médico epidemiólogo debidamente acreditado.	E	100%
P1	Los profesionales, pasan una revista diaria a los pacientes	P	100%
P2	Existen procedimientos escritos para canalizar todas las indicaciones de los especialistas.	P	100%
P3	El cuerpo médico discute los casos en reunión clínica, con una periodicidad no menor de una vez por semana.	P	100%
P4	Todas las especialidades cubren funciones asistenciales, docentes y de investigación.	P	100%
R1	A las 48 horas de haber ingresado, el 80%, o más, de los pacientes, tienen consignado en el expediente el diagnóstico definitivo.	R	100%
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	80%
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	100%

Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. **Elaborado**: Toty Figueroa

En los estándares aplicados al área de hospitalización el puntaje promedio que se observa es bueno y excelente (93,8%), la mayoría de los ítems analizados su cumplimiento están dentro del rango de bueno y excelente, es importante indicar que el ítem que tiene un menor puntaje se encuentra en el estándar P1: Se pasa visita médica diaria con el jefe del servicio, obtiene una calificación del 70 %, Ver gráfico Nº 69 y tabla Nº 40.

GRAFICO No. 69
HOSPITALIZACIÓN NEUROLOGÍA CLINICA



Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. **Elaborado**: Toty Figueroa

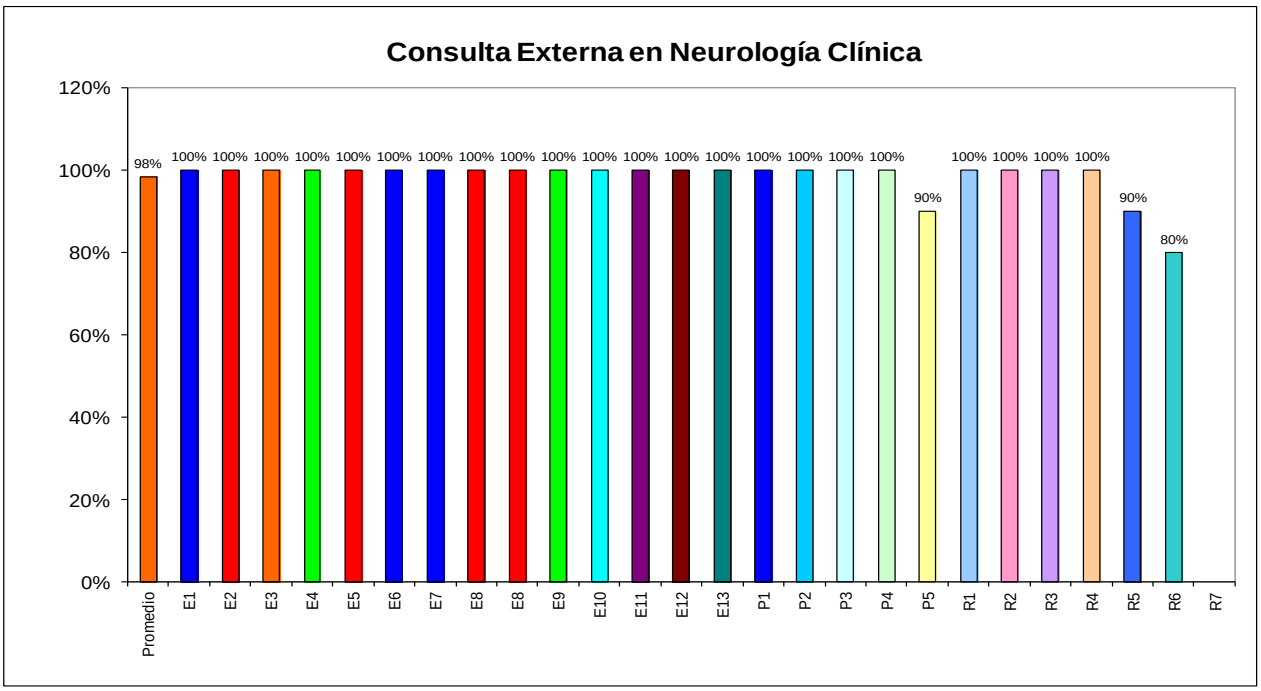
TABLA No. 40
HOSPITALIZACIÓN NEUROLOGÍA CLINICA

Promedio	3. Hospitalización		93,8%
E1	Cuenta con habitaciones individuales y múltiples hasta con cuatro camas	E	100%
E2	Se dispone del equipo mínimo necesario para la prestación del servicio en sala de hospitalización.	E	100%
E3	Se dispone de la dotación (insumos) mínima necesaria para la prestación del servicio en sala de hospitalización.	E	100%
E4	Se cuenta con los medicamentos esenciales de acuerdo con los protocolos establecidos.	E	100%
E5	Están disponibles los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico las 24 horas.	E	100%
E6	La jefatura de cada servicio es ejercida por un médico especialista	E	100%
E7	La atención es prestada las 24 horas por el médico especialista o residente.		100%
E8	Todo paciente internado está bajo la responsabilidad de un médico tratante.	E	100%
E9	Se cuenta con el recurso de enfermería profesional y auxiliar, adecuado para la atención de los pacientes.	E	100%
E10	Existen normas y procedimientos escritos para la solicitud y respuesta a las interconsultas.	E	100%
E11	Existen protocolos de manejo de la morbilidad más frecuente en el servicio.	E	100%
P1	Se pasa visita médica diaria con el jefe del servicio.	P	70%
P2	Se anota la evolución en la historia clínica con letra legible y firma del responsable.	P	100%
P3	Se aplican y revisan los protocolos de la morbilidad más frecuente en el servicio.	P	80%
P4	Se analizan periódicamente las historias clínicas para verificar el manejo correcto de los pacientes, con relación a los protocolos existentes.	P	90%
P5	Se registran analizan e investigan las complicaciones y accidentes de los pacientes en el servicio.	P	90%
P6	Se verifica el cumplimiento de los procedimientos para las diferentes interconsultas.	P	100%
P7	Se informa y comunica en forma regular y permanente a los familiares de los pacientes.	P	80%
P8	Se analizan los informes estadísticos para la planificación y programación de las actividades del servicio.	P	80%
R1	El 80% de las interconsultas realizadas son atendidas antes de las 24 horas.	R	80%
R2	El 95% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con los resultados de la hospitalización.	R	90%
R3	El 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.	R	90%
R4	Menos del 5% de los pacientes presentan complicaciones y/o accidentes como consecuencia de los tratamientos y/o procesos.	R	100%
R5	La mortalidad hospitalaria no es mayor del 4%.	R	90%
R6	Menos del 5% de los pacientes egresan contra opinión médica.	R	100%
R7	El Indice C/T (transfusiones preparadas/transfusiones cumplidas) es menor de 2	R	100%

Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. **Elaborado**: Toty Figueroa

En los estándares aplicados al área de consulta externa al igual que los de hospitalización, cumplen con las más altas expectativa en la mayoría de los ítems, el puntaje promedio alcanzado es de 98 %, calificación que bordea fácilmente a la excelencia, el estándar que tiene menor puntaje se encuentra en el resultado R6, el 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida, obteniendo una calificación de 80 %, porcentaje que le da una calificación de bueno o excelente. Ver gráfico No. 70 y tabla No. 41.

GRAFICO No. 70
CONSULTA EXTERNA EN NEUROLOGIA CLINICA



Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica**.** **Elaborado**: Toty Figueroa

Los indicadores que reflejan un puntaje inferior al 100%, reflejan que la actividad que se debe cumplir sea esta de estructura, proceso y resultado, se cumple parcialmente, razón por la cual el puntaje no llega al máximo; caso puntual en el proceso de uso de estadísticas para la planificación y programación de las actividades del servicio, no existe una retroalimentación con observaciones y sugerencia, a fin de generar los cambios correspondientes; de igual manera en el resultado R6, la satisfacción en la atención, por tratarse de un resultado final, esto es, desde que el paciente realiza la cita que además es complicada, hasta recibir

la atención, en todo el proceso existen contactos críticos que no generan la satisfacción del usuario .

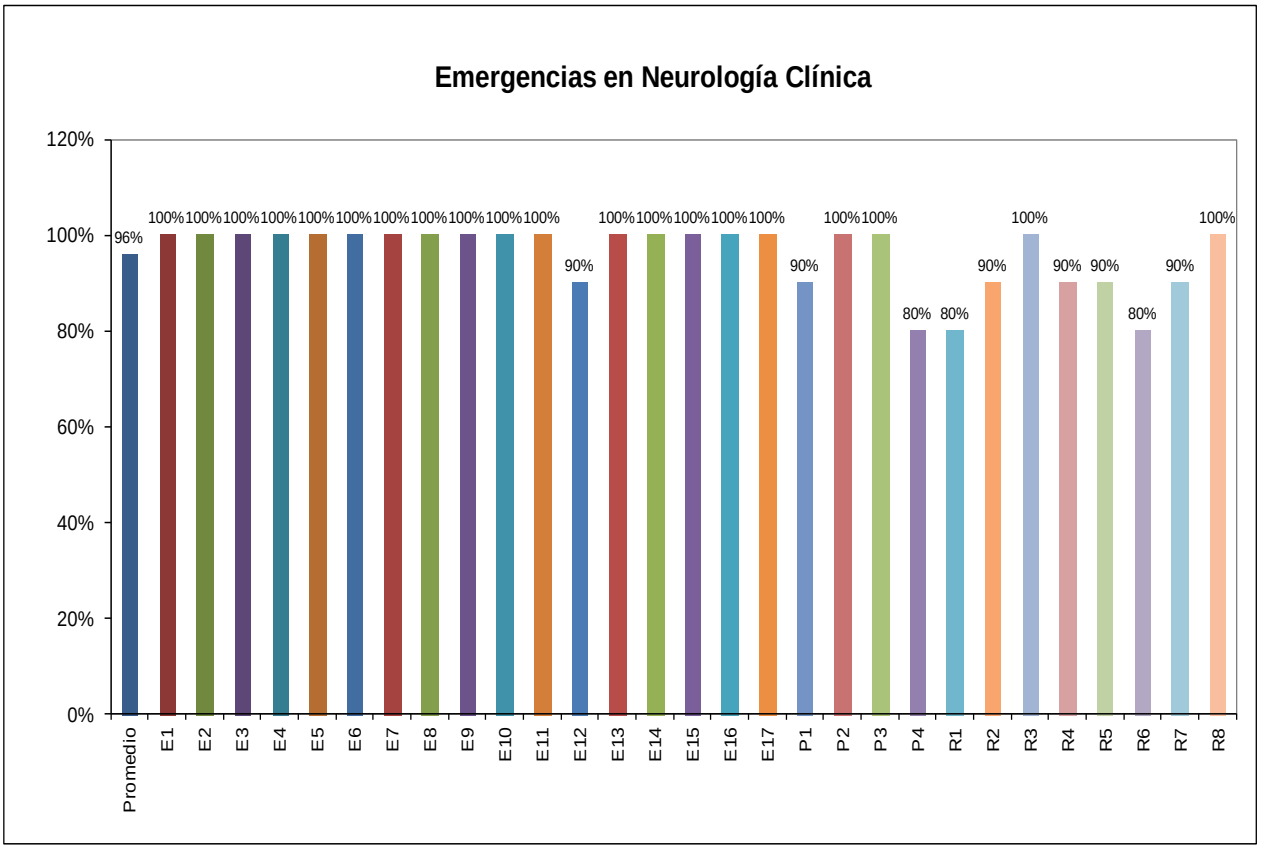
TABLA No. 41
CONSULTA EXTERNA EN NEUROLOGIA CLINICA

Promedio	4. Consulta Externa		98%
E1	Cumple con las normas arquitectónicas y de funcionamiento establecidas a nivel nacional.	E	100%
E2	Cuenta con área para espera exclusiva y diferenciada de las demás áreas de espera del establecimiento.	E	100%
E3	Cuenta con accesos exclusivos diferenciados del resto de los servicios.	E	100%
E4	Se dispone del equipo mínimo necesario para la atención de los pacientes en la consulta externa.	E	100%
E5	Se dispone de la dotación (insumos) mínima necesaria para la atención de los pacientes en la consulta externa.	E	100%
E6	Tiene especialistas que cuentan con los medios necesarios para realizar prácticas ó técnicas especializadas.	E	100%
E7	El personal de secretarias y enfermeras laboran exclusivamente en la consulta externa.	E	100%
E8	Cuenta con personal de enfermería capacitada en áreas específicas.	E	100%
E8	Cuenta con personal de saneamiento ambiental durante 12 horas (mientras dure la consulta)	E	100%
E9	Las citas están programados en base a pautas ó normas fijadas por la institución. Se pueden reservar turnos telefónicamente.	E	100%
E10	En las especialidades básicas hay turnos disponibles en el día ó accesibilidad diaria	E	100%
E11	Existen normas y procedimientos para la atención de los pacientes.	E	100%
E12	Existen protocolos para el manejo de la morbilidad más frecuente en la consulta.	E	100%
E13	Existen normas y procedimientos escritos para la solicitud y respuesta a las interconsultas.	E	100%
P1	Se aplican y revisan las normas y procedimientos para la atención de los pacientes.	P	100%
P2	Se anota el diagnóstico y la evolución en la historia clínica con letra legible y firma del responsable	P	100%
P3	Se analizan periódicamente las historias clínicas para verificar el manejo correcto de los pacientes, con relación a los protocolos existentes.	P	100%
P4	Se verifica el cumplimiento de los procedimientos para las diferentes interconsultas.	P	100%
P5	Se analizan y se utilizan las estadísticas para la planificación y programación de las actividades del servicio.	P	90%
R1	La relación de primeras consultas y sucesivas está dentro del rango establecido por las normas.	R	100%
R2	En las especialidades básicas el tiempo de espera para conseguir una cita no es mayor de siete (7) días.	R	100%
R3	En las subespecialidades el tiempo de espera para conseguir una cita no es mayor de dos (2) semanas.	R	100%
R4	El 95% de las interconsultas realizadas son atendidas antes de 7 días.	R	100%
R5	El 95% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con los resultados de la consulta.	R	90%
R6	El 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.	R	80%
R7	El 95% de los pacientes cumplen con las citas programadas.	R	

Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. **Elaborado**: Toty Figueroa

En los estándares aplicados al área de emergencias el puntaje promedio es de 96 % es bueno o excelente, esto demuestra que a pesar de ser un sector crítico en cuanto a tiempo y agilidad, su atención es de calidad, la mayor parte de los ítems analizados su cumplimiento están dentro del rango de bueno o excelente, es importante indicar que los estándares que tienen menor puntaje se encuentra en el proceso P4, y resultados R1 y R6: se informa y comunica en forma regular y permanente a los familiares de los pacientes, el tiempo de espera para que el usuario sea atendido, no es mayor de 10 minutos, el 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida. Todos obteniendo una calificación del 80 %, como se detalla en el gráfico Nº 71 y tabla Nº 42.

GRAFICO No. 71
EMERGENCIAS EN NEUROLOGÍA CLINICA



Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. **Elaborado**: Toty Figueroa

TABLA No. 42
EMERGENCIAS EN NEUROLOGÍA CLINICA

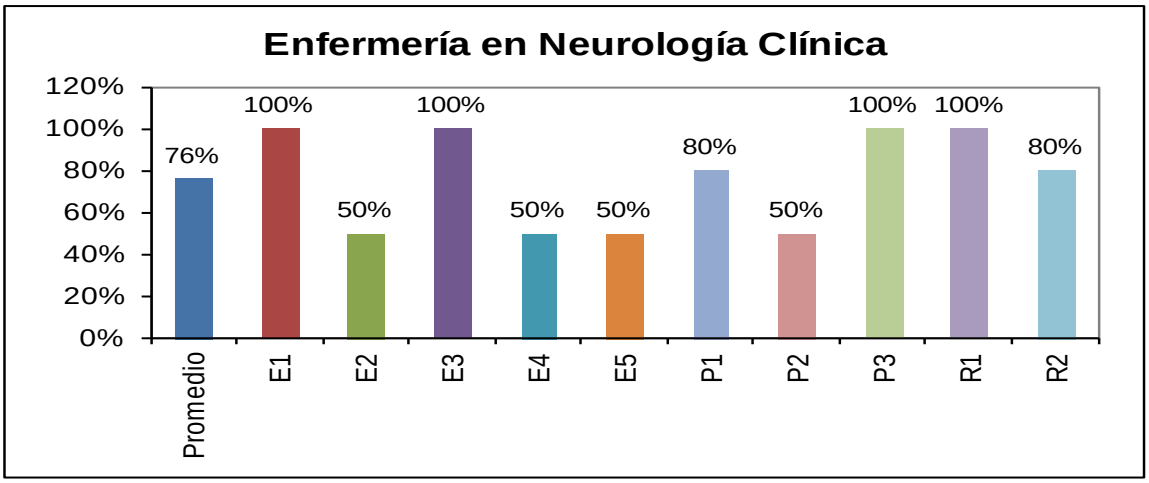
Promedio	5. Emergencias		96%
E1	Cumple con las normas arquitectónicas y de funcionamiento establecidas a nivel nacional.	E	100%
E2	Cuenta con una Unidad de Soporte Básico de vida, atendido por personal adiestrado y capacitado en la Guardia de Emergencias.	E	100%
E3	Cuenta con área para espera exclusiva y diferenciada de las demás áreas de espera del establecimiento.	E	100%
E4	Cuenta con accesos exclusivos diferenciados del resto de los servicios.	E	100%
E5	Se dispone del equipo mínimo necesario para la atención de los pacientes en Emergencias.	E	100%
E6	Se dispone de la dotación (insumos) mínima necesaria para la atención de los pacientes en Emergencias.	E	100%
E7	Existe un médico responsable del servicio de Emergencias.	E	100%
E8	Dispone de un médico residente y personal de enfermería en guardia de cuerpo presente las 24 horas.	E	100%
E9	Cuenta con personal médico en guardia de cuerpo presente las 24 horas en las especialidades de Cirugía General y Ginecología y Obstetricia Pediatria).	E	100%
E10	Tiene responsabilizado al personal médico especialista en guardias a disponibilidad en las especialidades de Medicina Interna, Oftalmología, Traumatología y otros.	E	100%
E11	Se cuenta con enfermera profesional exclusiva y permanente para el servicio las 24 horas.	E	100%
E12	Dispone de servicio de comunicación y transporte de pacientes las 24 horas.	E	90%
E13	Cuenta con servicio de apoyo diagnóstico exclusivo (Radiología, Laboratorio y Hemoterapia) las 24 horas.	E	100%
E14	Existen normas y procedimientos para la atención de los pacientes.	E	100%
E15	Existen protocolos para el manejo de la morbilidad más frecuente.	E	100%
E16	Existen normas y procedimientos escritos para la solicitud y respuesta a las interconsultas.	E	100%
E17	Se registra a todos los usuarios que ingresan al servicio con sus respectivos diagnósticos.	E	100%
P1	Se analizan y se utilizan las estadísticas para la planificación y programación de las actividades del servicio.	P	90%
P2	Se analiza periódicamente la morbilidad y la concordancia de la conducta diagnóstica y terapéutica de los pacientes en observación.	P	100%
P3	Se aplican y revisan los protocolos de atención de las Emergencias más frecuentes (consultas y observación).	P	100%
P4	Se informa y comunica en forma regular y permanente a los familiares de los pacientes.	P	80%
R1	El tiempo de espera para que el usuario sea atendido, no es mayor de 10 minutos.	R	80%
R2	La respuesta a las interconsultas de especialidades se da en un plazo no mayor de 1 hora.	R	90%
R3	Menos del 10% del total de camas del hospital, corresponden a observación.	R	100%
R4	El 80% de los pacientes en observación egresa o es trasladado antes de 24 horas.	R	90%
R5	El 95% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con los resultados de la consulta.	R	90%
R6	El 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.	R	80%
R7	La mortalidad de los pacientes atendidos en Emergencias no es mayor del 5%.	R	90%
R8	El Indice C/T (transfusiones preparadas/transfusiones cumplidas) es menor de 2	R	100%

Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica**.** **Elaborado**: Toty Figueroa

Al realizar el análisis ***a los estándares aplicados al área de enfermería*** el puntaje que se observa es bueno y excelente, puesto que cumple con satisfacción la mayor parte de los ítems analizados, es importante indicar que los estándares con menor puntaje (calificación del 50 %), esto es, E2: la distribución del personal se ajusta a las normas nacionales (deficiencia de enfermeras en

áreas de cuidado directo y/o criticas), E4: existen normas escritas en todas las oficinas y/o servicios (No todos los servicios disponen de normes escritas), E5: existe un departamento de enfermería que se encarga de la selección, entrenamiento, dimensionamiento y conducción de la totalidad del personal de enfermería (la selección del recurso humano realiza RRHH y el entrenamiento y conducción en manos de enfermería) y en el proceso P2: el personal con menos de un año de servicio en la institución ha recibido instrucción específica sobre el funcionamiento del hospital (no existe proceso de inducción), como se evidencia en el gráfico Nº 72 y tabla Nº 43.

GRAFICO No. 72



Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. **Elaborado**: Toty Figueroa

TABLA No. 43
ENFERMERÍA

Promedio	6. Enfermería		76%
E1	La responsable del servicio tiene título de Licenciada en Enfermería.	E	100%
E2	La distribución del personal se ajusta a las normas nacionales.	E	50%
E3	El personal administrativo (Supervisora, Coordinadora) tienen título de Licenciatura en Enfermería.	E	100%
E4	Existen normas escritas en todas las oficinas y/o servicios.	E	50%
E5	Existe un Departamento de Enfermería que se encarga de la selección, entrenamiento, dimensionamiento y conducción de la totalidad del personal de Enfermería.	E	50%
P1	Se registran los constantes vitales de los pacientes hospitalizados con una periodicidad no mayor de seis horas y los datos son registrados en la historia clínica.	P	80%
P2	El personal con menos de un año de servicio en la institución ha recibido instrucción específica sobre el funcionamiento del hospital..	P	50%
P3	Se registran en la historia clínica las observaciones sobre la evolución de los pacientes.	P	100%
R1	La incidencia de complicaciones por fallas de enfermería es menor del 1%	R	100%
R2	Más del 95% de los pacientes y familiares califican el servicio enfermería como satisfactorio.	R	80%

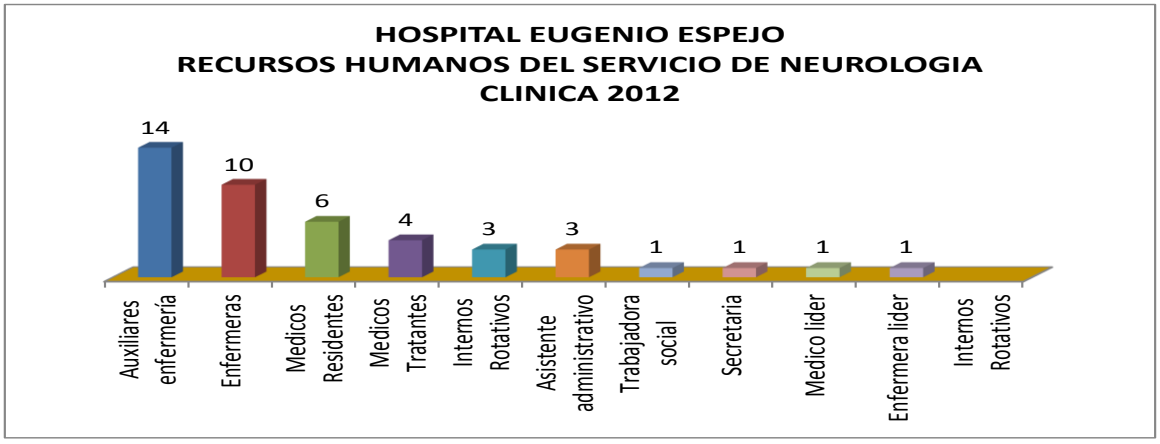
Fuente: estándares para garantizar la calidad de la atención médica. **Elaborado**: Toty Figueroa

3.2.4. RECURSOS HUMANOS

El equipo de profesionales en salud y de apoyo que trabajan en el área de neurología clínica se compone de un grupo de médicos tratantes (5), internos rotativos (3), líder de enfermería (1), enfermeras (10), auxiliares de enfermería (14), auxiliares administrativos (3), trabajadora social (1), secretaria (1) se tiene como objetivo el mejoramiento continuo del servicio a los pacientes que ingresan al área de neurología clínica, ver gráfico Nº 73.

GRAFICO Nº 73

RECURSO HUMANO EN EL SERVICIO NEUROLOGÍA



Fuente: Departamento de Estadísticas del H.E.E. **Elaboración:** Toty Figueroa

Los aspectos que se refieren a la coordinación de horarios, licencias, vacaciones y ausencias se ejecutan a través de la líder de enfermería aplicando procedimientos definidos, normas, reglamentos y disposiciones para el área de Neurología.

El capital humano que conforma el equipo de enfermería en el Área de Neurología, tiene a su vez una división de actividades tanto técnicas como de orden administrativas, de tal manera que la líder de enfermería se calcula que debe cumplir con funciones 70% de orden administrativas y 30% de tipo técnicas, las enfermeras miembros del equipo de esta Área de Neurología deben cumplir con un 80% de actividades técnicas y un 20% de orden administrativas y finalmente, las auxiliares de enfermería lo harán con un 90% de actividades básicas de enfermería y 10% en el control de material y equipos.

3.2.5 RECURSOS TÉCNOLÓGICOS

Los equipos e instrumental médico por el uso normal del personal de salud en la atención de los pacientes, se deterioran cada vez con mayor rapidez, por la frecuencia con que se utilizan; por ello se requiere coordinar con la administración central del hospital, las necesidades y tiempos en que se debe reemplazar ese equipamiento. Ver Tabla Nº 44.

TABLA Nº 44
EQUIPO E INSTRUMENTAL DEL SERVICIO DE NEUROLOGÍA

DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO	Nº	ESTADO FUNCIONAMIENTO
EQUIPOS		
Microondas	**1**	Funcionando buen estado
1 Manómetros para oxígeno	**6**	5 nuevos (1 pequeño) 1 roto
Tensiómetros	**1**	Regular estado
Fonendoscopio	**1**	Nuevo
Bomba infusión ABBOTT	**1**	A consignación
Llave de oxígeno	**1**	1 Regular
Laringoscopio con 3 hojas	**1**	Funcionando
Succionadoras Gomco	**7**	Viejos funcionando
Lámpara cuello de ganso	**1**	Funcionando
Balanza con tallímetro HEALTHO METER mod.503	**1**	Nueva
Lavacaras A. I.	**2**	Buen estado
Jarra A. I.	**1**	Buen Estado
Semilunar A. I. (3 medianas y 2 pequeñas)	**5**	4 nuevas 1 vieja
Tazón A. I. (pequeño)	**1**	Buen estado
Balde A. I. (grande)	**1**	Buen estado
Charoles de Aluminio	**1**	Viejo funcionando
Bideths A.I.	**6**	Buen estado
Patos A. I.	**3**	Buen estado
Soportes de suero	**18**	Regulares y viejos
Biombo metálico	**1**	Regular estado
Tijeras de vendas A.I.	**1**	Vieja funcionando
Carpetas metálicas	**32**	Regular estado
Ficheros metálicos grandes	**2**	No funcionales
Electro miógrafo computarizado	**1**	Nuevo funcionando
Electroencefalógrafos computador láser	**1**	Nuevo funcionando
Computadora más una impresora	**1**	Funciona (impresora mal estado)
Máquina eléctrica de escribir	**1**	Buen estado (B. E.)
Equipo fungible: Ambú, mascarillas, insumos médicos.	**3**	B. E. (y material descartable)
Equipo de limpieza y otros.	**1**	Varios

Fuente: Servicio de Neurología **Elaboración:** Toty Figueroa

El mantenimiento del equipo en general se efectúa periódicamente, con la finalidad de que estén calibrados y en óptimas condiciones para que el servicio pueda brindar una atención de calidad y humana; es de vital importancia la coordinación y apoyo de los otros servicios y laboratorios de la institución, los mismos que cuentan con equipos e instrumental de avanzada tecnología.

3.2.6 SISTEMA INFORMACIÓN

Dentro del Área de Neurología toda la estructura de información en sus diferentes niveles define los centros de responsabilidad, unidades de producción, servicio inicial, intermedios, los de apoyo, generales y finales, la asignación de recursos, insumos y capital humano, servicios externos y redes de servicios.

Este sistema de información gerencial en salud, se aplica a todas las áreas inmersas a todo establecimiento hospitalario y los servicios que esté en capacidad de prestar dependiendo de su nivel; para ello dispone de una base de datos que facilita la elaboración y análisis de los resultados de la producción del Área de Neurología.

Esta base de datos de los niveles de producción de los diferentes departamentos que componen el hospital, han sido llevados a informes estadísticos muy generales que no se han aprovechado para mantener una información y retroalimentación del sistema, como mecanismo de análisis sobre la problemática de la salud en casos puntuales y generales en las diferentes gestiones que realiza el H.E.E.

La utilización de la información que se recabe de los análisis y estadísticas de los casos médicos, deben convertirse en el principal objetivo de la investigación de los problemas de salud en la población; teniendo en cuenta que la información es un recurso básico para el desarrollo de todas las actividades que se realizan en el hospital; de ahí que se debe aprovechar el convenio que existe con la EPN para poder poner en funcionamiento el sistema informático en red y así facilitar la comunicación y la obtención de información en forma ágil, segura y oportuna, razón para que las autoridades del hospital valoren su importancia, por otra parte, se constituye un instrumento de productividad hospitalaria detallada de todas y cada una de las actividades desarrolladas en los diferentes servicios y específicamente en el Área de Neurología, lo que permite obtener conclusiones y recomendaciones inmediatamente aplicables en los procesos de retroalimentación al sistema de información y de historias clínicas en el hospital.

3.2.7 RECURSOS FINANCIEROS

La proforma presupuestaria incluye el presupuesto por partidas codificadas para todo el hospital, por tanto los recursos financieros con que cuenta el Servicio de Neurología y en general por cada una de las especialidades que componen el H.E.E., se entrega a través de la resolución de un Comité de Adquisiciones de la institución, quienes realizan una imagen de las necesidades logísticas y de equipos que tienen cada una de las especialidades médicas, aparte de la información sobre los requerimientos de cada uno de los departamentos.

El Servicio de Neurología y las especialidades para el normal desarrollo de sus actividades deben tener un completo stock de medicinas, insumos e instrumentos médicos, para tal efecto realizan una solicitud mensual del material desabastecido, previa comprobación de la falta del mismo por la Subdirección Administrativa, la misma que se encargará de ordenar la entrega y sustitución de esas necesidades al Departamento de Suministros en cada unidad o departamento del Instituto; Este Comité de Adquisiciones define la compra de toda la logística que necesita el hospital, comparando las ofertas por costo y calidad; dicho comité lo componen el director del hospital, el subdirector administrativo, el coordinador financiero y el líder del departamento jurídico,

Mientras que el Departamento de Inventarios es el encargado de hacer la entrega de equipos médicos y mobiliario en general, solicitados y justificada su necesidad por cada especialidad, estos se consideran de larga duración por su propia índole; equipos y mobiliario se encuentran bajo supervisión de la administración central; el destino y uso de los mismos están bajo control de área de inventarios, esto garantiza de que ese material tenga el uso que está planificado y previsto.

3.2.8 RECURSOS MATERIALES

El deterioro que ha sufrido el mobiliario del Servicio de Neurología, tiene que ver especialmente con el incremento de los usuarios en los últimos años. El

mejoramiento continuo y calidad en el servicio que brinda el Área de Neurología, también se ve reflejado en las condiciones del mobiliario, razón por lo que se debe preveer su adquisición e incluirse en el presupuesto general de la institución.

Debido al crecimiento de la demanda de pacientes que utilizan los servicios de la institución, se debe tener previsto no sólo aumentar la capacidad de oferta, sino analizar las proyecciones de ese crecimiento para poder dotar a tiempo de toda la logística hospitalaria, esto es de insumos médicos, mantenimiento de equipos, instrumentos y específicamente del mobiliario; para solucionar los requerimientos del hospital el Departamento de Mantenimiento de la institución realiza revisiones periódicas, atiende las solicitudes de los imprevistos que se efectúan mensualmente por parte de cada departamento, Mantenimiento es un Área de apoyo a las especialidades y al normal funcionamiento de las actividades de la institución, debe estar actualizada y ser ágil en la inspección del mobiliario defectuoso o en mal estado, acción que debe estar respaldada con informes mensuales de cada especialidad, dirigidos a la administración central.

Además de la casi duplicación de los usuarios, el deterioro del mobiliario se da por el normal uso en las actividades diarias del personal interno de salud del hospital, en algunos casos el mobiliario se encuentra expuesto a productos corrosivos que hacen necesario que sean repuestos completamente, en otros casos el uso de diferente material médico produce un deterioro superficial, que permite reemplazar secciones del mobiliario, ver Tabla Nº 48.

TABLA Nº 45
MOBILIARIO DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA CLINICA

DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO	Nº	ESTADO FUNCIONAMIENTO
MUEBLES		
Escritorios	**9**	Buen estado
Archivadores metálicos	**5**	Buen estado
Sillas metálicas (color verde y negro)	**34**	Entre buenos y deteriorados
Sillas giratorias metálicas (verdes y negras)	**11**	4 nuevas y 7 aceptables
Sillas de madera	**1**	Poco deteriorada
Gabinetes de pared y vitrinas	**7**	Buen estado
Coche metálico rodante (color plomo)	**1**	Viejo funcionando
Taburete giratorio color amarillo	**1**	Poco viejo
Coche metálico no giratorio (color plomo)	**1**	Viejo funcionando
Porta oxigeno metálico	**1**	Viejo funcionando
Mesas de madera	**2**	Regular estado
Mesa cíe madera y fórmica	**1**	Regular estado
Cocineta eléctrica 2 quemadores	**1**	Vieja funcionando
Gradillas 1 servicio	**30**	Deteriorados
Gradilla doble servicio	**1**	Deteriorados
Sillas de ruedas	**5**	Viejas funcionando
Aspiradora	**1**	Funcionando regular estado
Abrillantadora	**1**	Funcionando
Estanterías metálicas	**3**	Buenas
Camilla metálica con colchoneta	**1**	Buen estado
Camas metálicas (color verde)	**30**	Buen estado
Veladores metálicos (color verde)	**30**	Buen estado
Mesa comedor fórmica y metálica	**30**	Deteriorados
Canceles metálicos 3 cuerpos (canceles)	**5**	Regular y mal estado
Lámparas empotradas en pared	**30**	Sin cordones laterales
Televisor empotrado en mueble de madera	**1**	Buen estado
Juego muebles, Sillones, mesa centro (negra)	**8**	Deteriorados
Reloj doble grande en pared	**1**	No funciona
Franelógrafos	**4**	Buen estado
Mesa metálica tipo secretaria (color plomo)	**1**	Buen estado
Persianas	**23**	Mal estado

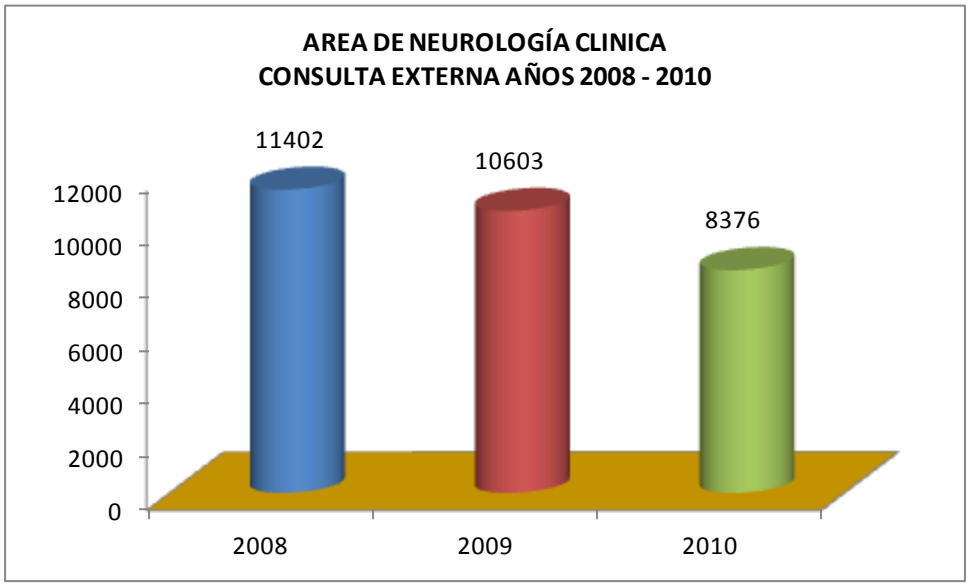
Fuente: Servicio de Neurología **Elaboración:** Toty Figueroa

3.2.9 GESTION DE LOS SERVICIOS DE NEUROLOGIA CLINICA

3.2.9.1 Consulta externa

La producción por consulta externa del área de Neurología Clínica 2008, 2009 y 2010 tiene tendencia a disminuir, en el año 2008 se atendieron 11.402, en el 2009 se atendieron 10.603 y en el año 2010 se atendieron 8.376 pacientes, de igual manera el número de horas destinadas para consulta en general tienen una significativa disminución de 1.985 horas de consulta en el 2008 a 1.597 horas de consulta en el 2010, que representa 488 horas menos; también ha influenciado la disposición del MSP, sobre la puerta de entrada a través de la Atención Primaria de Salud (Centros , Subcentros de Salud), datos observados en el gráfico No. 74 y tabla No. 46.

GRAFICO No. 74



Fuente: Estadísticas H.E.E. **Elaboración:** Toty Figueroa

TABLA No. 46

PRODUCTIVIDAD EN EL AREA DE NEUROLOGÍA CLÍNICA POR CONSULTA EXTERNA DEL H.E.E.

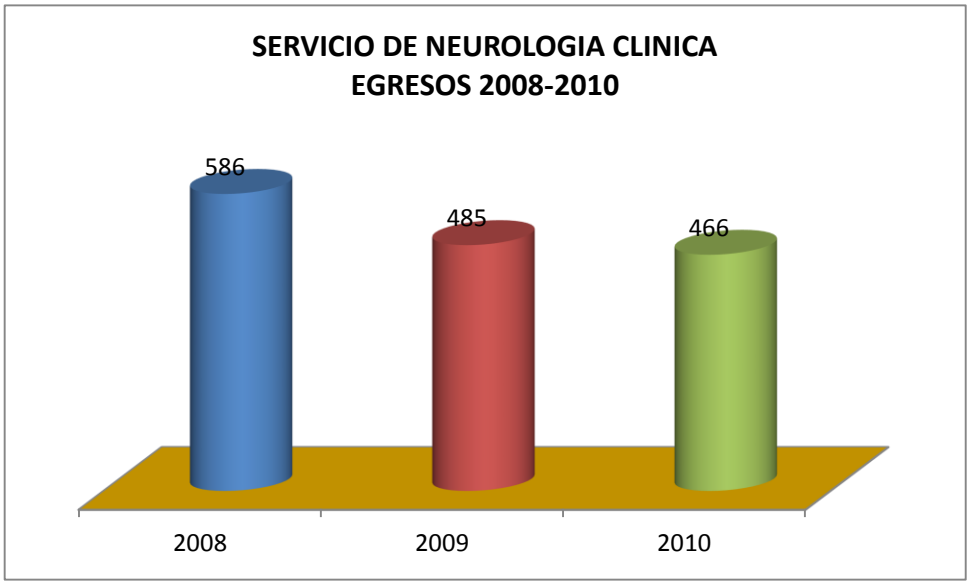
NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA E INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD 2008 - 2010 NEUROLOGÍA CLINICA																														
AÑO	TRATANTES	INDICADORES DE CONSULTA EXTERNA					SEXO		GRUPOS DE EDAD - MORBILIDAD										DIAGNÓSTICO					TIPO DE ATENCIÓN			ÓRDENES		CERTIFICADO MÉDICO	PROCEDIMIENTOS	TIEMPO		INGRESO A HOSPITALIZACION
																			CLASE			A. I. E. P. I.	ALERTA - ACCIÓN				INTERCONSULTA SOLICITADA	REFERENCIA			HORAS ASIGNADAS	HORAS EN CONSULTA	
		No. DIAS LAB.AL AÑO EN LA ESPECIALIDAD	CONCENTRACION	X. DIARIO DE ATENCION	X. HORA MEDICO	TOTALES	HOMBRE	MUJER	MENOR DE 1 MES	1 - 11 MESES	1-4 AÑOS	5 - 9 AÑOS	10 - 14 AÑOS	15 - 19 AÑOS	20 - 35 AÑOS	36 - 49 AÑOS	50 - 64 AÑOS	65 AÑOS Y MAS	PRESUNTIVO	DEFINITIVO - INICIAL	DEFINITIVO - CONTROL			PRIMERAS	SUBSECUENTE	INTERCONSULTA REALIZADA							
2008	6	255	4	45	6	11402	4419	6983	0	3	16	70	310	977	2570	2438	2419	2599	427	1998	8977	0	0	2683	8699	20	0	4	0	21	0	1985	0
2009	5	251	4	42	6	10603	4315	6288	0	5	31	61	322	1090	2441	2206	2220	2227	538	1572	8493	0	0	2656	7910	37	7	5	0	59	0	1860	0
2010	6	254	4	33	5	8376	3348	5028	0	4	13	44	243	769	2183	1415	1847	1858	340	1476	6560		0	2212	6128	36	0	0	0	77		1597	0

Fuente: Estadísticas H.E.E. **Elaboración:** Toty Figueroa.

3.2.9.2 Hospitalización

El Total altas y egresos del área de Neurología Clínica del HEE años 2008 – 2010, se observa que el número de altas y egresos ha disminuido, de 586 en el año 2008 a 466 en el año 2010, del total de días paciente de los años analizados, como se puede ver tiene una tendencia inestable, en el 2008 de 9.531, sube a 10.297 en el 2009 y en 2010 disminuye a 8.989. Ver Gráfico No. 75 y tabla No. 47.

GRAFICO No 75.
TOTAL DE EGRESOS HOSPITALARIOS 2008- 2010
NEUROLOGIA CLÍNICA



Fuente: Estadísticas H.E.E. **Elaboración:** Toty Figueroa

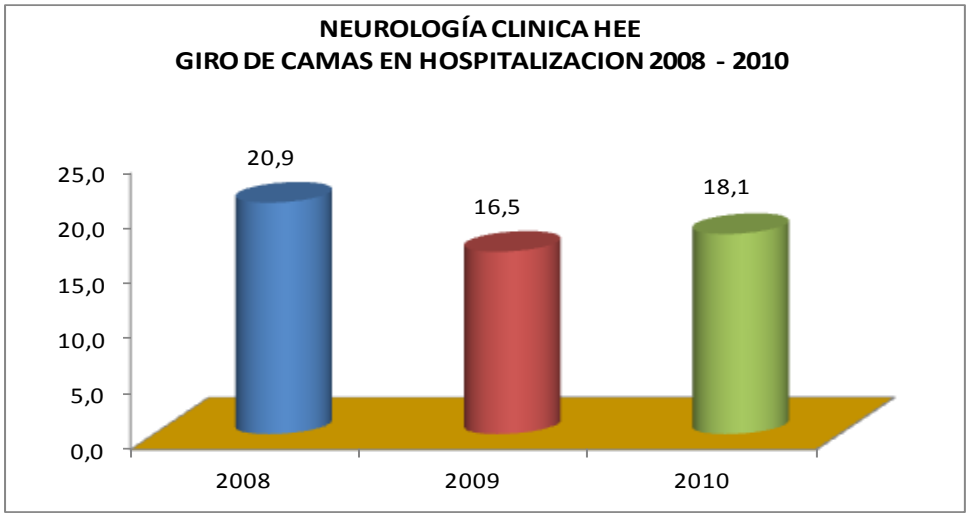
TABLA Nº 47
INDICADORES DE PRODUCCIÓN 2008-2010
HOSPITALIZACIÓN EN NEUROLOGÍA CLINICA

INDICADORES DE PRODUCCIÓN AÑOS 2008- 2010																							
HOSPITALIZACION EN NEUROLOGIA CLINICA																							
AÑO	EGRESOS					Auditoria Médica			TOTAL DE DIAS DE ESTADA	TOTAL DIAS PACIENTE	DIAS CAMAS DISPONIBLES	INDICADORES							TASAS				DOTACION NORMAL DE CAMAS	TOTAL DE PARTOS
	ALTAS	DEFUNCIONES			TOTAL	INFECCION HOSPITALARIA	INTERCONSULTA	AUTOPSIAS				GIRO DE CAMAS	INTERVALO DE GIRO	X. DIAS PACIENTE	% DE OCUPACION	X. DIAS DE ESTADA	X DIARIO CAMAS DISPONIBLES	X. DIARIO EGRESOS	MORTALIDAD	AUTOPSIAS	INTERCONSULTA	INFECCION HOSPITALARIA		
		- 48 HORAS	+ 48 HORAS	TOTAL																				
2008	491	23	72	95	586	0	503	0	7945	9531	10214	20,9	1,2	26,1	93,3	13,6	28	1,6	12,3	0,00	85,8	0	34	0
2009	423	11	51	62	485	0	542	0	8955	10297	10736	16,5	0,9	28,2	95,9	18,5	29	1,3	10,5	0,00	111,8	0	30	0
2010	394	20	52	72	466	36	446	0	7832	8989	9398	18,1	0,9	24,6	95,6	16,8	25,75	1,28	11,2	0	95,7	7,73	30	

Fuente: Estadísticas H.E.E. **Elaboración:** Toty Figueroa

El giro de camas en Neurología Clínica en los años analizados es inestable, en el 2008 de 20,9% baja a 16,5% en el 2009 para luego en el 2010 tener un incremento a 18%, datos observados en gráfico Nº 76 y tabla Nº 47.

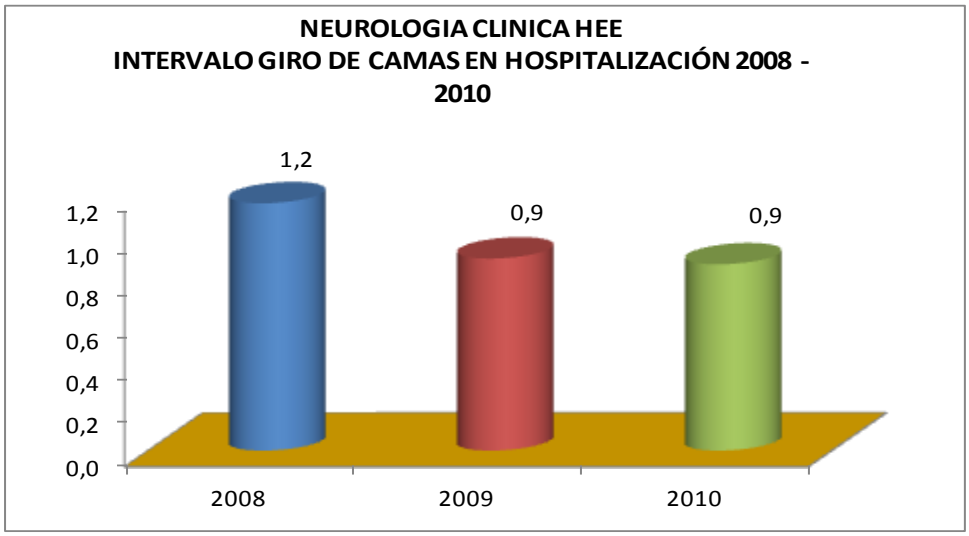
GRAFICO No. 76



Fuente: Estadísticas H.E.E. **Elaboración:** Toty Figueroa

El intervalo de giro de camas en Neurología Clínica, tiene tendencia a estabilizarse, en el 2008 de 1,2 baja a 0,9 en el 2009 y se mantiene en el 2010, datos observados en gráfico Nº 77 y tabla Nº 47.

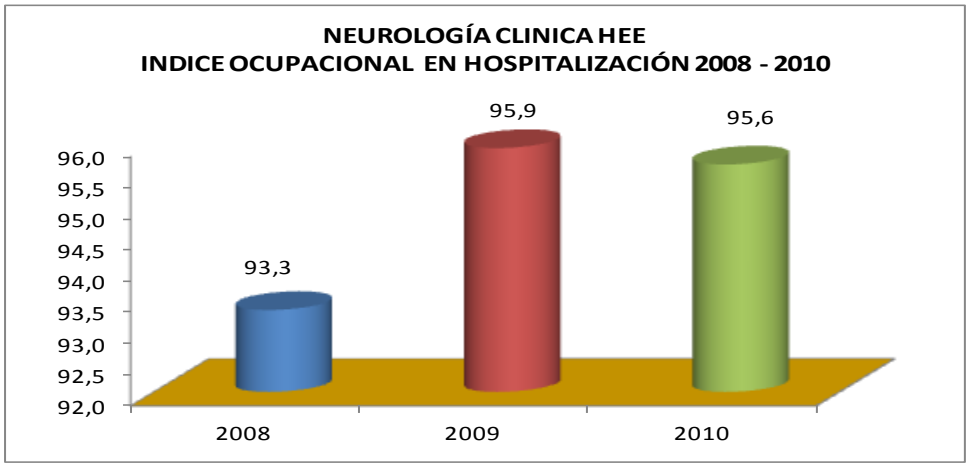
GRAFICO No. 77



Fuente: Estadísticas H.E.E. **Elaboración:** Toty Figueroa

El Porcentaje de ocupación en hospitalización de Neurología Clínica del HEE 2008 – 2010, en el año 2008 el porcentaje de ocupación de camas fue de 93,3%, en el año 2009 aumenta su ocupación a 95,9%, y prácticamente se mantiene con el mismo porcentaje en el 2010, los datos se detallan en gráfico Nº 78 y tabla Nº 47

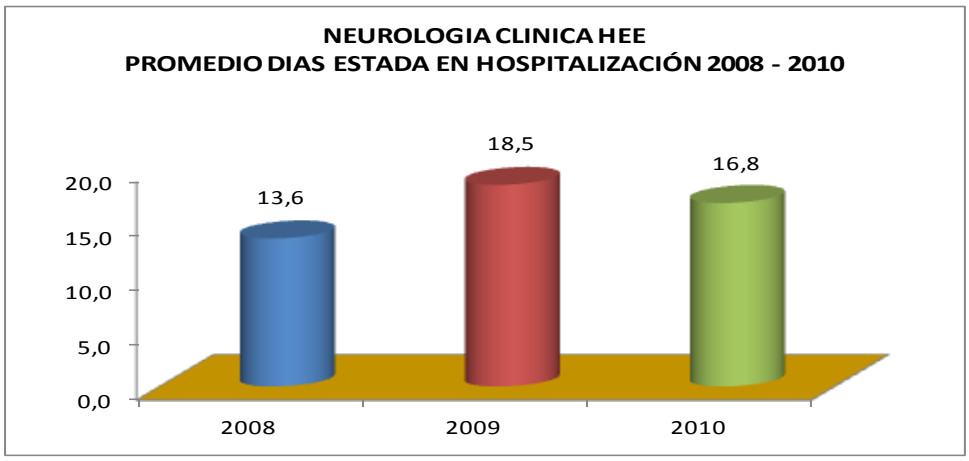
GRAFICO No. 78



Fuente: Estadísticas H.E.E. **Elaboración:** Toty Figueroa

El promedio días de estada en Neurología Clínica 2008 – 2010, en los años analizados es bastante irregular en el 2008 es de 13,6 días en el 2009 sube a 18,5 días en el 2010 nuevamente baja a 16,8 días, datos obtenidos del gráfico Nº 79 y tabla Nº. 47.

GRAFICO No. 79



Fuente: Estadísticas H.E.E. **Elaboración:** Toty Figueroa

3.2.10 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Las **principales causas de morbilidad en el área de neurología clínica, año 2008-2010,** como indica la tabla No. 51, en los tres años analizados se evidencian elevados porcentajes por enfermedades cerebro vasculares con 65 casos en el 2008, 197 en el 2009 y 158 en el 2010, como se puede ver la tendencia es inestable, le sigue traumatismo en el cabeza en el 2008 con 9 casos y en el 2010 con 38 casos, esta enfermedad tiene una alta tendencia a subir y la tercera causa en los tres años varía en el 2008 es por tuberculosis con 6 casos, en el 2009 es por otros trastornos del sistema nervioso con 17 casos y en el 2010 es por trastornos episódicos y paroxísticos con 22 casos.

TABLA No. 48

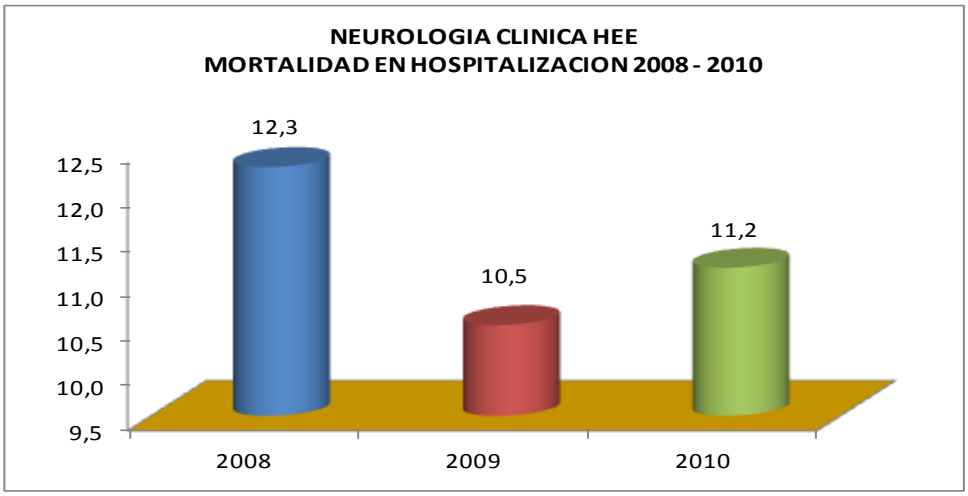
MORBILIDAD DE NEUROLOGIA CLINICA DEL H.E.E

2008				2009				2010			
CODIGO	DIAGNOSTICO	CASOS	%	CIE 10	DIAGNOSTICOS	CASOS	%	CIE 10	DIAGNOSTICOS	CASOS	%
(I60-I69)	Enfermedades cerebrovasculares	65	68,4	(I60-I69)	Enfermedades cerebrovasculares	197	46,6	(I60-I69)	Enfermedades cerebrovasculares	158	40,1
(S00-S09)	Traumatismos de la cabeza	9	9,5	(G40-G47)	Trastornos episódicos y paroxísticos	33	7,8	(S00-S09)	Traumatismos de la cabeza	38	9,6
(A15-A19)	Tuberculosis	6	6,3	(G90-G99)	Otros trastornos del sistema nervioso	17	4,0	(G40-G47)	Trastornos episódicos y paroxísticos	22	5,6
(B20-B24)	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]	4	4,2	(S00-S09)	Traumatismos de la cabeza	16	3,8	(G20-G26)	Trastornos extrapiramidales y del movimiento	18	4,6
(A80-A89)	Infecciones virales del sistema nervioso central	4	4,2	(G60-G64)	Polineuropatías y otros trastornos del sistema nervioso periférico	15	3,5	(A15-A19)	Tuberculosis	15	3,8
(S10-S19)	Traumatismos del cuello	2	2,1	(G00-G09)	Enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central	15	3,5	(B65-B83)	Helmintiasis	12	3,0
(G90-G99)	Otros trastornos del sistema nervioso	2	2,1	(G20-G26)	Trastornos extrapiramidales y del movimiento	15	3,5	(A80-A89)	Infecciones virales del sistema nervioso central	9	2,3
(O85-O92)	Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio	1	1,1	(A80-A89)	Infecciones virales del sistema nervioso central	11	2,6	(G00-G09)	Enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central	9	2,3
(E10-14)	Diabetes mellitus	1	1,1	(A15-A19)	Tuberculosis	11	2,6	(G60-G64)	Polineuropatías y otros trastornos del sistema nervioso periférico	9	2,3
(B50-B64)	Enfermedades debidas a protozoarios	1	1,1	(G35-G37)	Enfermedades desmielinizantes del sistema nervioso central	8	1,9	(G90-G99)	Otros trastornos del sistema nervioso	8	2,0
	DE UN TOTAL DE PACIENTES	95	100	(B65-B83)	Helmintiasis	6	1,4	(K80-K87)	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	8	2,0
				(H46-H48)	Trastornos del nervio óptico y de las vías ópticas	5	1,2	(G35-G37)	Enfermedades desmielinizantes del sistema nervioso central	6	1,5
					Las demas	74	17,5	(H46-H48)	Trastornos del nervio óptico y de las vías ópticas	6	1,5
					DE UN TOTAL DE PACIENTES	423	100	(K70-K77)	Enfermedades del hígado	6	1,5
									Las demas	70	17,8
									DE UN TOTAL DE PACIENTES	394	100

Fuente: Estadísticas H.E.E. **Elaboración:** Toty Figueroa

La **tasa de mortalidad en neurología clínica** es de 12,3% en el 2008, 10,5% en el 2009 y 11,2% en el 2010, como se puede ver en el gráfico No. 80, la tendencia es inestable.

GRAFICO No. 80
MORTALIDAD EN HOSPITALIZACION NEUROLOGÍA CLÍNICA 2008-2010



Fuente: Estadísticas H.E.E. **Elaboración:** Toty Figueroa

Para analizar las **principales causas de mortalidad en el área de neurología clínica** se ha considerado los años **2009 y 2010,** en los que se evidencia un elevado porcentaje en la enfermedad de cerebro vasculares con 41 casos en el 2009 y 44 en el 2010, la segunda casa es en el 2009 por tuberculosis con 6 casos y en el 2010 por traumatismo en la cabeza con 7 casos y la tercera causa en el 2009 es por traumatismo en la cabeza con 3 casos y en el 2010 es por otros trastornos del sistema nervioso con 3 casos y por otras enfermedades bacterianas con 3 casos, según tabla No. 49.

TABLA No. 49

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EL ÁREA DE NEUROLOGIA CLINICA

2009				2010			
CIE 10	DIAGNOSTICOS	CASOS	%	CIE 10	DIAGNOSTICOS	CASOS	%
(I60-I69)	Enfermedades cerebrovasculares	41	66,1	(I60-I69)	Enfermedades cerebrovasculares	44	61,1
(A15-A19)	Tuberculosis	6	9,7	(S00-S09)	Traumatismos de la cabeza	7	9,7
(S00-S09)	Traumatismos de la cabeza	3	4,8	(G90-G99)	Otros trastornos del sistema nervioso	3	4,2
(G90-G99)	Otros trastornos del sistema nervioso	2	3,2	(A30-A49)	Otras enfermedades bacterianas	3	4,2
(D37-D48)	Tumores [neoplasias] de comportamiento incierto o desconocido	2	3,2	(C69-C72)	Tumores malignos del ojo, del encéfalo y de otras partes del sistema nervioso central	2	2,8
(S70-S79)	Traumatismos de la cadera y del muslo	1	1,6	(C81-C96)	Tumores [neoplasias] malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyeticos y de tejidos afines	2	2,8
(M30-M36)	Trastornos sistémicos del tejido conjuntivo	1	1,6	(B20-B24)	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]	1	1,4
(I70-I79)	Enfermedades de las arterias, de las arteriolas y de los vasos capilares	1	1,6	(B35-B49)	Micosis	1	1,4
(G60-G64)	Polineuropatías y otros trastornos del sistema nervioso periférico	1	1,6	(C60-C63)	Tumores malignos de los órganos genitales masculinos	1	1,4
(G00-G09)	Enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central	1	1,6	(A15-A19)	Tuberculosis	1	1,4
(C81-C96)	Tumores [neoplasias] malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyeticos y de tejidos afines	1	1,6	(G50-G59)	Trastornos de los nervios, de las raíces y de los plexos nerviosos	1	1,4
(C69-C72)	Tumores malignos del ojo, del encéfalo y de otras partes del sistema nervioso central	1	1,6	(T79)	Algunas complicaciones precoces de traumatismos	1	1,4
(A80-A89)	Infecciones virales del sistema nervioso central	1	1,6	(I26-I28)	Enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar	1	1,4
	las demas	0	0,0	(I80-I89)	Enfermedades de las venas y de los vasos y ganglios linfáticos, no clasificadas en otra parte	1	1,4
	de un total de pacientes	62	100	(J10-J18)	Influenza [gripe] y neumonía	1	1,4
				(K80-K87)	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	1	1,4
				(D37-D48)	Tumores [neoplasias] de comportamiento incierto o desconocido	1	1,4
					las demas	0	0,0
					de un total de pacientes	72	100

Fuente: Estadísticas H.E.E. **Elaboración:** Toty Figueroa

En resumen en Neurología Clínica, el *giro de cama* disminuye de 20,9 (2008) a16, 5 (2009) y sube cerca de dos puntos a 18,1 (2010), lo cual se ve reflejado en el número de *egresos*, que de igual manera disminuyen de 586 (2008) a 485 (2009) y sube a 466 (2010); sin embrago el *promedio días de estada* en los años analizados es bastante irregular de 13,6 días de estada en el 2008, sube a 18,5 días de estada en el 2009, y nuevamente baja a 16,8 días de estada en el 2010.
El *intervalo de giro de camas* en el 2008 de 1,2 baja a 0,9 en el 2009 y 2010,
Por tanto *el promedio de días de estada* al extenderse, disminuye la posibilidad de ingresos a hospitalización, puesto que las camas están ocupadas, considerando además que en el 2008 existían 34 camas, mientras que en el 2009 y 2010 disminuyen a 30.

Las principales tipos de *morbilidad* en el 2010, vinculados con el promedio de día estada son:
Enfermedades cerebrovasculares 158 (40,1%);
Traumatismos de la cabeza 38 (9,6%)
Trastornos episódicos y paroxísticos 22 (5,6%)

Las principales causas de *mortalidad* en el 2010, vinculados con el promedio de día estada son:
Enfermedades cerebrovasculares 44 (61,1%)
Traumatismos de la cabeza 7 (9,7%)
Otros trastornos del sistema nervioso 3 (4,2%)

CAPITULO IV

4. MODELO DE GERENCIA DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA CLINICA

Los gerentes en la actualidad enfrentan nuevos retos con elementos de innovación más competitivo, en un contexto cada vez más complejo e incierto, en el cual la realidad cotidiana debe abordarse desde los mejores escenarios posibles, pues el requerimiento es crear y dirigir organizaciones mucho más productivas, creativas, flexibles y participativas.

En el modelo de gerencia se definen los objetivos, motivan el esfuerzo, coordinan actividades, asignan recursos en un clima laboral que facilite a los usuarios internos implementar una ventaja competitiva, que satisfaga a los usuarios externos; la **misión** es la respuesta al **qué** y el **porqué** de una institución y el **modelo de gerencia**, es la respuesta al **cómo**.

El Modelo Gerencial del Servicio de Neurología Clínica, según el gráfico No.81, incorpora los siguientes componentes:

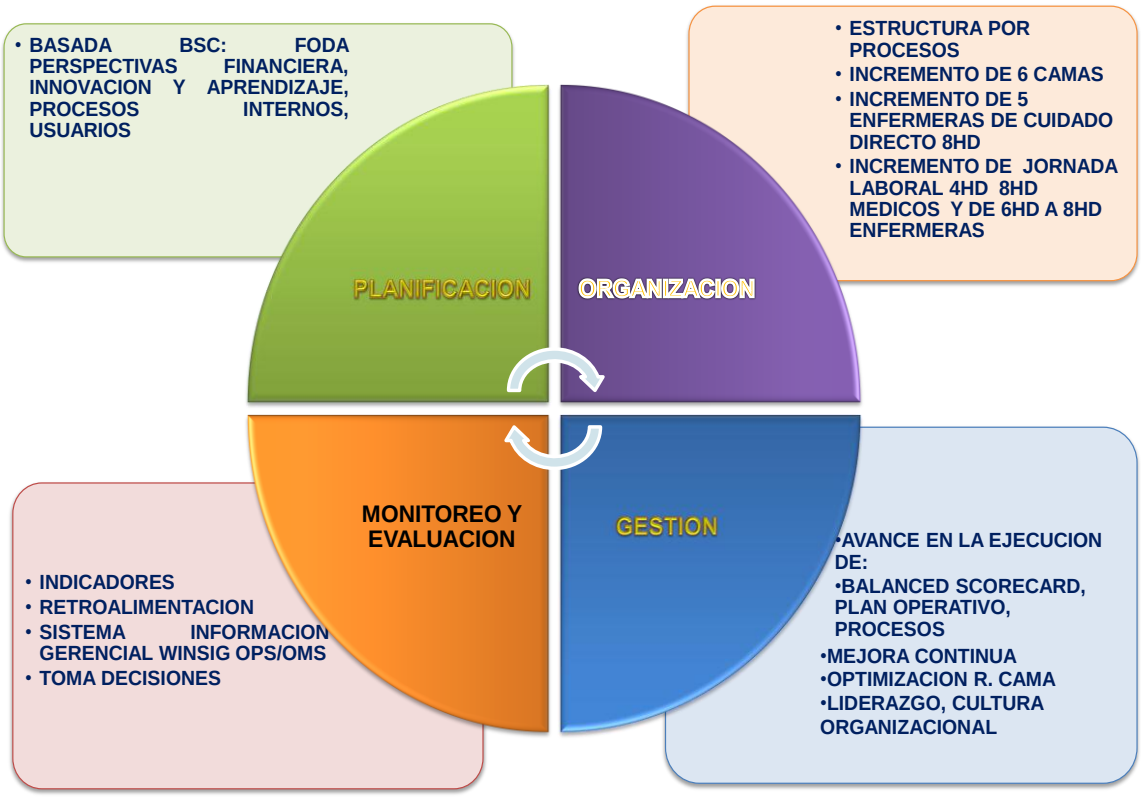
- Organización por procesos del Servicio de Neurología Clínica, racionalización de los recursos: infraestructura, recurso cama, incremento de jornada laboral de 4HD a 8HD, e incremento de enfermeras de cuidado directo.
- Planificación mediante el Balanced Scorecard a través de sus perspectivas financiera, innovación y aprendizaje, procesos internos y satisfacción de los usuarios; objetivos estratégicos, indicadores, metas e iniciativas, estas últimas se articulan con la estrategia de implementación.
- La Gestión con liderazgo, fortaleciendo la cultura organizacional, a fin de lograr ejecutar lo desarrollado mediante el Balanced Scorecard, el Plan Operativo Anual, mejorar de manera continua los procesos, concertación, estandarización e implementación de los principales protocolos según

perfil epidemiológico, optimización de los recursos existentes (humanos, financieros, físicos, humanos, etc.), para lograr la satisfacción del paciente.

- El Monitoreo y Evaluación se fundamenta en los indicadores planteados en el Balanced Scorecard, Plan Operativo; y, desarrollar una retroalimentación para tomar las decisiones apropiadas y obtener los resultados deseados; para ello se sugiere la implementación del Sistema de Información Gerencial de OPS/OMS denominado WinSig.

GRAFICO No. 81

MODELO DE GERENCIA DELSERVICIO DE NEUROLOGIA CLINICA HEE



Fuente: Toty Figueroa **Elaboración:** Toty Figueroa

4.1 ORGANIZACIÓN POR PROCESOS DE LOS HOSPITALES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

El Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos de los Hospitales del Ministerio de Salud Pública (MSP), definido mediante Acuerdo Ministerial No. 1537, del 31 de julio del 2012, establece el Mapa de procesos similar para todos los hospitales del MSP, variando de acuerdo al tipo, complejidad y nivel de resolución de cada hospital; para el cumplimiento de su misión y responsabilidades. (M.S.P., 2012)

4.1.1 MAPA DE PROCESOS

Identifica los procesos significativos de la estructura hospitalaria, para garantizar la alineación con la misión, para el efecto se considera los principales elementos que permitan la identificación y selección de los procesos. La estructura se refleja a través de un **mapa de procesos**, que es la representación gráfica de la estructura que conforman el sistema de gestión, de esta manera se facilita la determinación e interpretación de las interrelaciones existentes entre los mismos, según gráfico No. 82.

4.1.2 PROCESOS DE VALOR AGREGADO

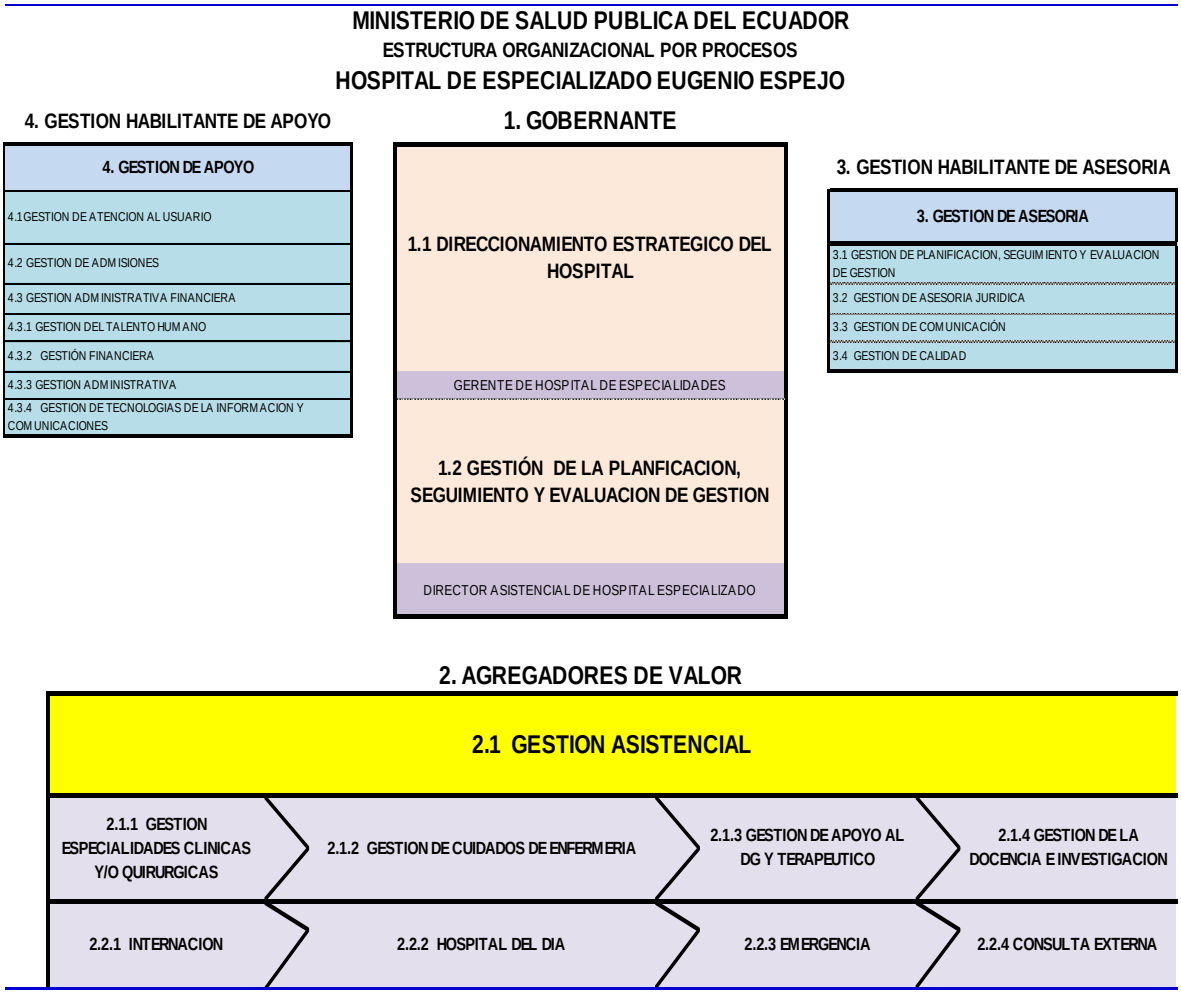
Los procesos de los Hospitales del Ministerio de Salud Pública se ordenan y clasifican en función de su grado de contribución o valor agregado al cumplimiento de su misión (M.S.P., 2012):

- Los **Procesos Gobernantes** orientan la gestión institucional a través de la formulación de propuestas de políticas, directrices, normas, procedimientos, planes, acuerdos y resoluciones para la adecuada administración y ejercicio de la representación legal de la institución.
- Los **Procesos Agregadores de Valor** son los encargados de generar y administrar los productos y servicios destinados a usuarios y permiten cumplir con la misión institucional y los objetivos estratégicos.

- Los **Procesos Habilitantes de Asesoría y de Apoyo** generan productos y servicios para los procesos gobernantes, agregadores de valor y para sí mismos, apoyando y viabilizando la Gestión Institucional. (M.S.P., 2012)

GRAFICO No. 82

ESTRUCTURA DE PROCESOS DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO



Fuente: MSP Elaboración: Toty Figueroa

Según la complejidad de los procesos señalada en el marco teórico, se evidencia la **jerarquía de procesos**, en **macroprocesos:** *proceso gobernante, procesos agregadores de valor, procesos habilitantes de asesoría y procesos habilitantes de apoyo.* Estos a su vez se desagregan en procesos y subprocesos de acuerdo al siguiente detalle:

1. Proceso Gobernante:

1.1. Direccionamiento Estratégico del Hospital

2. Procesos Agregadores de Valor

2.1. Gestión Asistencial

2.1.1. ***Gestión de Especialidades Clínicas y/o Quirúrgicas*** (de acuerdo al tipo, complejidad y nivel resolutivo de cada hospital)

2.1.2. Gestión de Cuidados de Enfermería

2.1.3. Gestión del Apoyo Diagnóstico y Terapéutico (de acuerdo al tipo, complejidad y nivel de resolución de cada hospital)

2.1.4. Gestión de Docencia e Investigación (de acuerdo a la acreditación en docencia e investigación)

3. Procesos Habilitantes de Asesoría

3.1. Gestión de Planificación, Seguimiento y Evaluación de Gestión

3.2. Gestión de Asesoría Jurídica

3.3. Gestión de Comunicación

3.4. Gestión de Calidad

4. Procesos Habilitantes de Apoyo

4.1. Gestión de Atención al Usuario

4.2. Gestión de Admisiones

4.3. Gestión Administrativa y Financiera

4.3.1. Gestión de Talento Humano

4.3.2. Gestión Financiera

4.3.3. Gestión Administrativa

4.3.4. Gestión de Tecnologías de la Información y Comunicaciones

(M.S.P., 2012)

Dentro del Macroproceso Agregador de Valor, que contiene la **Gestión Asistencial,** se deriva la **Gestión de Especialidades Clínicas y/o Quirúrgicas**, que en el Hospital Eugenio espejo comprenden 14 subprocesos clínicos y 14 subprocesos quirúrgicos, e*n Consulta Externa (29 especialidades), Emergencia, Hospitalización (Internación) y Hospital del día.*

Los subprocesos clínicos (14) corresponden a las especialidades de: Medicina Interna, Dermatología, Gastroenterología, Reumatología, Cardiología, Neumología, Nefrología, Pediatría, Psiquiatría, Psicología, Endocrinología, **Neurología Clínica**, Oncología, Hematología.

Los subprocesos quirúrgicos (14) corresponden a las especialidades de: Cirugía General, Cirugía Pediátrica, Cirugía Cardíaca, Cirugía Plástica, Cirugía Cardiotorácica, Cirugía Vascular, Urología, Neurocirugía, Traumatología y Ortopedia, Otorrinolaringología, Oftalmología, Coloproctología, Ginecología, Maxilo-Facial. Ver gráfico No. 83.

GRAFICO No. 83

PROCESOS DE VALOR AGREGADO DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO

2. PROCESOS DE VALOR AGREGADO			
2.1 GESTION ASISTENCIAL			
2.1.1 GESTION ESPECIALIDADES CLINICAS Y/O QUIRURGICAS	2.1.2 GESTION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	2.1.3 GESTION DE APOYO AL DG Y TERAPEUTICO	2.1.4 GESTION DE LA DOCENCIA E INVESTIGACION
2.2.1 INTERNACION	2.2.2 HOSPITAL DEL DIA	2.2.3 EMERGENCIA	2.2.4 CONSULTA EXTERNA

2.1.1.1	CARDIOLOGIA
2.1.1.2	GASTROENTEROLOGIA
2.1.1.3	MEDICINA INTERNA
2.1.1.4	NEFROLOGIA
2.1.1.5	NEUMOLOGIA
2.1.1.6	NEUROLOGIA CLINICA
2.1.1.7	PEDIATRIA
2.1.1.8	PSIQUIATRIA
2.1.1.9	ONCOLOGIA
2.1.1.10	HEMATOLOGIA
2.1.1.11	COMPL. DISCAPACIDADES
2.1.1.12	DERMATOLOGIA
2.1.1.13	PSICOLOGIA
2.1.1.14	ENDOCRINOLOGIA
2.1.1.15	CARDIOTORACICA
2.1.1.16	CIR. CARDIACA
2.1.1.17	CIRUGIA GENERAL
2.1.1.18	CIRUGIA PLASTICA
2.1.1.19	CIRUGIA VASCULAR
2.1.1.20	GINECOLOGIA
2.1.1.21	MAXILO FACIAL
2.1.1.22	NEUROCIRUGIA
2.1.1.23	OFTALMOLOGIA
2.1.1.24	OTORRINOLARINGOLOGIA
2.1.1.25	PROCTOLOGIA
2.1.1.26	TRAUMATOLOGIA
2.1.1.27	UROLOGIA
2.1.1.28	CIRUGIA PEDIATRICA

2.1.3.1 CENTRO QUIRURGICO
2.1.3.2 TERAPIA INTENSIVA
2.1.3.3 IMAGENOLOGIA
2.1.3.4 LABORATORIO
2.1.3.5 CENTRO DE TRANSFUSIÓN
2.1.3.6 REHABILITACION Y TERAPIA FISICA
2.1.3.7 REHABILITACION Y TERAPIA EN SALUD MENTAL
2.1.3.8 MEDICAMENTOS E INSUMOS MEDICOS
2.1.3.9 NUTRICION Y DIETETICA
2.1.3.10 ANATOMIA PATOLOGICA
2.1.3.11 ELECTROFISIOLOGIA

Fuente: MSP Elaboración: Toty Figueroa

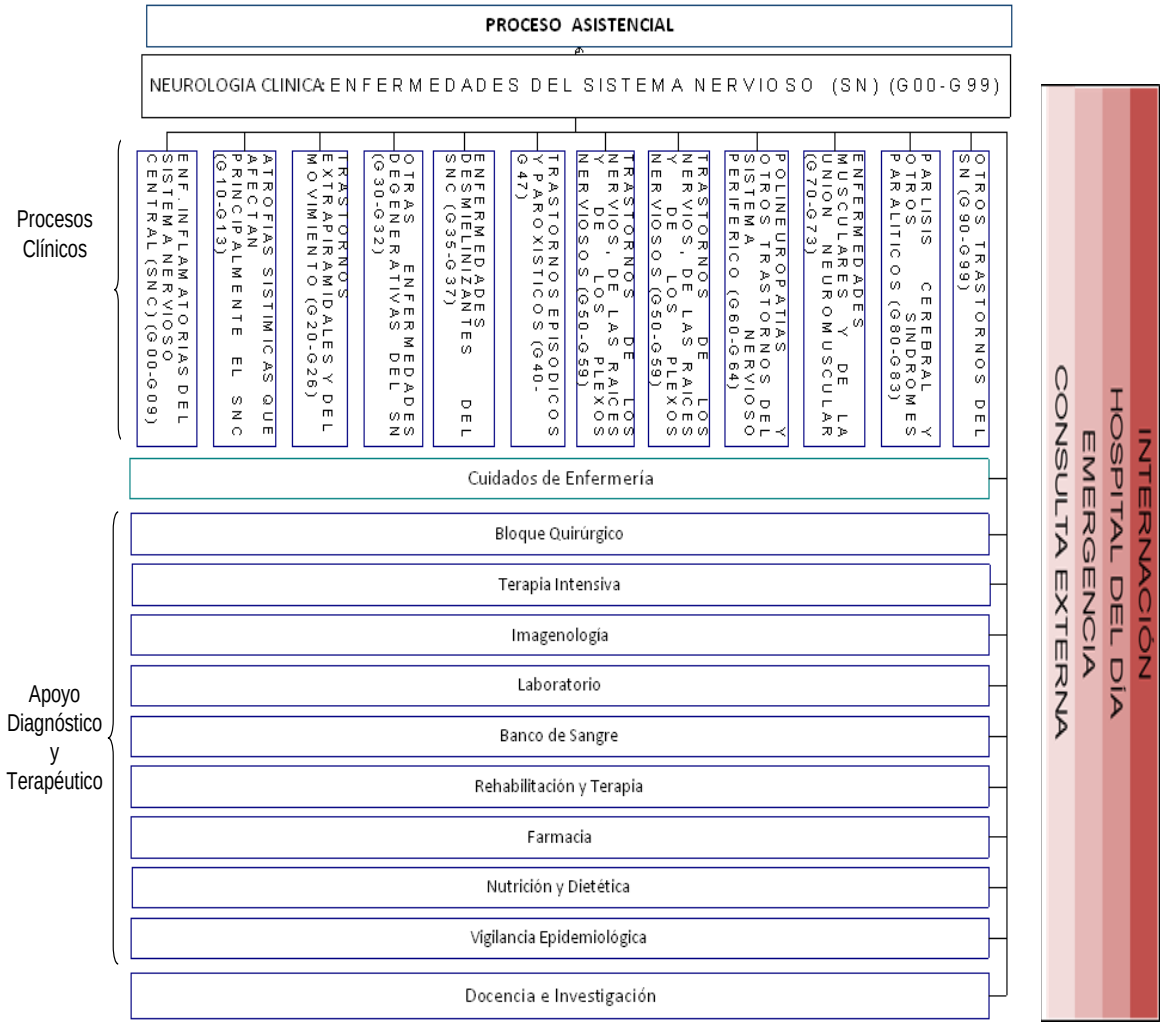
4.1.3 PROCESO DE NEUROLOGIA CLINICA

La Neurología Clínica es considerada ***como proceso de las Neurociencias***, vinculada a la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE 10, corresponde a las enfermedades del Sistema Nervioso Central (SNC) incluye las categorías en el Código 3, desde el código G00 hasta el G99, según gráfico No. 84 y en el Código 4, desde el código G000 hasta el G998, se observa en el Anexo No. 3, se aprecia la especificación del inventario de procesos de Neurología Clínica.

Todos los procesos clínicos, incluido Neurología Clínica están subordinados al Director Asistencial del Hospital. (M.S.P., 2012)

GRAFICO No. 84

ESTRUCTURA AMPLIADA DE LOS PROCESOS DE NEUROLOGIA CLINICA



Fuente: MSP Elaboración: Toty Figueroa

4.1.4 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO NEUROLOGIA CLINICA

Tiene como finalidad determinar los criterios y métodos para asegurar que las actividades que comprende este proceso se llevan a cabo eficazmente y el control del mismo, la descripción del proceso se centra en las actividades y las características relevantes que permiten su control y la gestión, en emergencia, consulta externa y hospitalización, se evidencia en los cuadros No. 8, 9 y 10, respectivamente.

CUADRO No. 8

DESCRIPTORES Y RESPONSABILIDADES DEL PROCESO DE NEUROLOGIA CLÍNICA EN EMERGENCIA

HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, NEUROLOGIA CLINICA		HOSPITAL EUGENIO ESPEJO		Ref:		
		MANUAL DE PROCESOS NEUROLOGIA CLINICA				
	MACROPROCESO	GESTION ASISTENCIAL		Código:		
	PROCESO	NEUROLOGIA CLINICA		Fecha: 03-10-2012		
	SUBPROCESO	EMERGENCIA		Versión:		
CUADRO DE DESCRIPTORES Y RESPONSABILIDADES						Pág. 1
Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE		REGISTRO	INSTRUCTIVO
			CARGO	UNID. EJEC.		
1	Triage pacientes	Clasificar a los pacientes antes de que reciban la atención asistencial	Emergenciologo	Emergencia (Triaje)	Parte diario médico	
2	Emergente	Examinar al paciente enfermedad cerebrovascular (ECV)	Emergenciologo	Emergencia (Triaje)	Parte diario médico	
3	Urgente	Que no corre riesgo la vida del paciente, pero requiere hospitalización.	Emergenciologo	Emergencia (Triaje)	Parte diario médico	
4	Elaborar hoja 008	Llenar todos los datos solicitados en el formato 008	Emergenciologo	Emergencia (Triaje)	Parte diario médico	
5	Solicita examenes de rutina	Examenes complementarios y de apoyo para confirmar dg y tratamiento	Emergenciologo	Emergencia (Triaje)	Hoja 008	
6	Valoración Neurología Clínica	Examen clínico y de examenes de especialidad	Neurologo clínico	Emergencia	Historia Clínica	
7	Admisión	Admisión incluye papelería, cama.	Enfermera	Admisión	Historia Clínica	
8	Observaciòn	Examen fisico, de laboratorio, complementarios, dg, tratamiento	Emergenciologo	Emeregencia	Hoja 008	
9	Ejecutar preescripciones médicas	Colocar oxígeno PRN, canalizar vía periférica	Enfermera	Emergencia	Kardex, hoja de evolución	
10	Alta	Recuperaciòn emergencia	Emergenciologo	Emergencia	Hoja 008	
Elaborado Por:		Revisado Por:		Aprobado Por:		
Fecha:		Fecha:		Fecha:		

Fuente: Neurología Clínica Elaboración: Toty Figueroa

CUADRO No. 9

DESCRIPTORES Y RESPONSABILIDADES DEL PROCESO DE NEUROLOGIA CLÍNICA EN CONSULTA EXTERNA

HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, NEUROLOGIA CLINICA	HOSPITAL EUGENIO ESPEJO		Ref:
	MANUAL DE PROCESOS NEUROLOGIA CLINICA		
	MACROPROCESO	GESTION ASISTENCIAL	Código:
	PROCESO	NEUROLOGIA CLINICA	Fecha: 03-10-2012
	SUBPROCESO	CONSULTA EXTERNA	Versión:

CUADRO DE DESCRIPTORES Y RESPONSABILIDADES						Pág. 4
Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE		REGISTRO	INSTRUCTIVO
			CARGO	UNID. EJEC.		
1	Recibir al Paciente	Recibir Historias Clínicas de Estadística. Llamar a los pacientes de acuerdo al turno	Enfermera	Consulta Externa		
2	Preparar al Paciente	Registrar datos en la Historia Clínica:actualizar fecha, tomar signos vitales y medidas antropométricas.	Enfermera	Consulta Externa	Historia Clínica	
3	Ubicar a la Paciente	Ubicar a las pacientes en los diferentes consultorios.	Enfermera	Consulta Externa	Historia Clínica	
4	Evaluar al Paciente	Analiza la historia clínica y examinar al paciente. Diagnosticar o solicitar exámenes y/o interconsulta ingreso a hospitalizacion.	Neurologo Clínico	Consulta Externa		
5	Admisión hospitalización	Si. Act.6 No Act. 4	Enfermera	Consulta Externa		
6	Ingreso a Hospitalización Traumatología	Trasladar a la pacientes a Hospitalización. Inicia Proceso de Hospitalización.	Enfermera	Consulta Externa		
7	Exámenes?	No. Procesos de Apoyo Diagnóstico. Vuelve a Consulta con los resultados. No Act. 8	Neurologo Clínico	Consulta Externa	Solicitud de Exámenes	
8	Interconsulta?	Si. Referir al Especialista. Vuelve a consulta con el informe. No Act. 9	Neurologo Clínico	Consulta Externa		
9	Hospitalizar?	Si. Trasladar al paciente a hospitalización. No Act. 10	Neurologo Clínico	Consulta Externa		
10	Definir Tratamiento	Se prescribe el tratamiento y se complementan las indicaciones de acuerdo a los resultados. Emite receta.	Neurologo Clínico	Consulta Externa	Historia Clínica Receta	
11	Elaborar Parte Diario	Registro de Pacientes Atendidos	Neurologo Clínico	Consulta Externa	Parte Diario de Atención	
12	Organizar Historia Clinica	Revisar y ordenar las historias clínicas de los pacientes atendiadas diariamente; y entregarlas a Estadística	Enfermera	Consulta Externa		
13	Realizar actividades complementarias	Ordenar el consultorio. Preparar y esterilizar el instrumental. Instruir al paciente de post consulta, dando indicaciones según las necesidades. Verificar y notificar materiales por terminarse o necesidad del servicio de mantenimiento.	Enfermera	Consulta Externa		
14	Solicitar Materiales y/o Mantenimiento	A partir de la información proporcionada por enfermería se realizan los pedidos de materiales a bodega. Si exiten fallas o novedades en la funcionalidad del consultorio se realizan los respectivos pedidos de mantenimiento	Enfermera	Consulta Externa	Pedidos de Materiales Pedidos de Mantenimiento	

Elaborado Por:	Revisado Por:	Aprobado Por:
Fecha:	Fecha:	Fecha:

Fuente: Neurología Clínica Elaboración: Toty Figueroa

CUADRO No. 10

DESCRIPTORES Y RESPONSABILIDADES DEL PROCESO DE NEUROLOGIA CLÍNICA EN HOSPITALIZACION

HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, NEUROLOGIA CLINICA	HOSPITAL EUGENIO ESPEJO		Ref:
	MANUAL DE PROCESOS NEUROLOGIA CLINICA		
	MACROPROCESO	GESTION ASISTENCIAL	Código:
	PROCESO	NEUROLOGIA CLINICA	Fecha: 03-10-2012
	SUBPROCESO	HOSPITALIZACIÓN	Versión:

CUADRO DE DESCRIPTORES Y RESPONSABILIDADES — Pág. 7

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE		REGISTRO	INSTRUCTIVO
			CARGO	UNID. EJEC.		
1	Recepción y ubicación del paciente	Verificar que la unidad del paciente este ordenada, limpia y equipada.	Enfermera	Hospitalización		
2	Evaluar al Paciente	Examinar al paciente, diagnosticar o solicitar exámenes y/o interconsulta. Dar indicaciones y prescripciones médicas.	Neurologo Clínico	Hospitalización	Hoja evolución médica	
3	Exámenes de laboratorio y/o Imagen	Si. Proceso de Servicios de apoyo.	Neurologo Clínico	Hospitalización	Solicitud de Exámenes	
4	Enviar al paciente al departamento de imagen	De acuerdo a la indicación médica y diagnóstico se solicita al paciente Rx de torax, Eco,Tac, Resonancia magnética	Enfermera	Hospitalización		
5	Dar Tratamiento	Complementa las indicaciones de acuerdo a los resultados y genera el registro de evolucion y prescripciones medicas	Neurologo Clínico	Hospitalización	Historia Clínica / prescripciones medicas	
6	Registro diario de medicamentos e insumos	Se cumplen las indicaciones dadas por el Traumatologo. Se registran signos vitales (Temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y de respiración). Control de ingestas y excretas.	Enfermera	Hospitalización	Historia Clínica /Formularios	
7	Ejecutar el Alta del paciente	Se ha cumplido con la evolucón favorable del paciente.	Neurologo Clínico	Hospitalización	Historia Clínica	
8	Indicaciones generales y especificas al paciente	Orientación en los cuidados e información sobre las indicaciones médicas de acuerdo a la receta enviada para la casa.	Enfermera	Hospitalización		
9	Cerrar Expediente	Recopilar toda la documentación de la Historia Clínica y enviar al departamento de estadística	Enfermera	Hospitalización	Historia clínica	

Elaborado Por:	Revisado Por:	Aprobado Por:
Fecha:	Fecha:	Fecha:

Fuente: Neurología Clínica Elaboración: Toty Figueroa

4.1.5 DIAGRAMA DEL PROCESO DE NEUROLOGIA CLINICA

A través del **diagrama** se representa las actividades de manera gráfica e interrelacionadas entre sí, se facilita la interpretación de las actividades en su conjunto y permite una percepción visual del flujo y la secuencia de las mismas, incluyendo las entradas y salidas necesarias para el proceso y los límites del mismo.

Se recoge la vinculación de las actividades con los responsables de su ejecución, a fin de reflejar cómo se relacionan los diferentes actores que intervienen en el proceso, es un esquema quién-qué y donde. La representa de las actividades a través de este esquema, facilita el entendimiento de la secuencia e interrelación de las mismas y favorece la identificación de la **cadena de valor** y las interfaces entre los diferentes actores que intervienen en su ejecución.

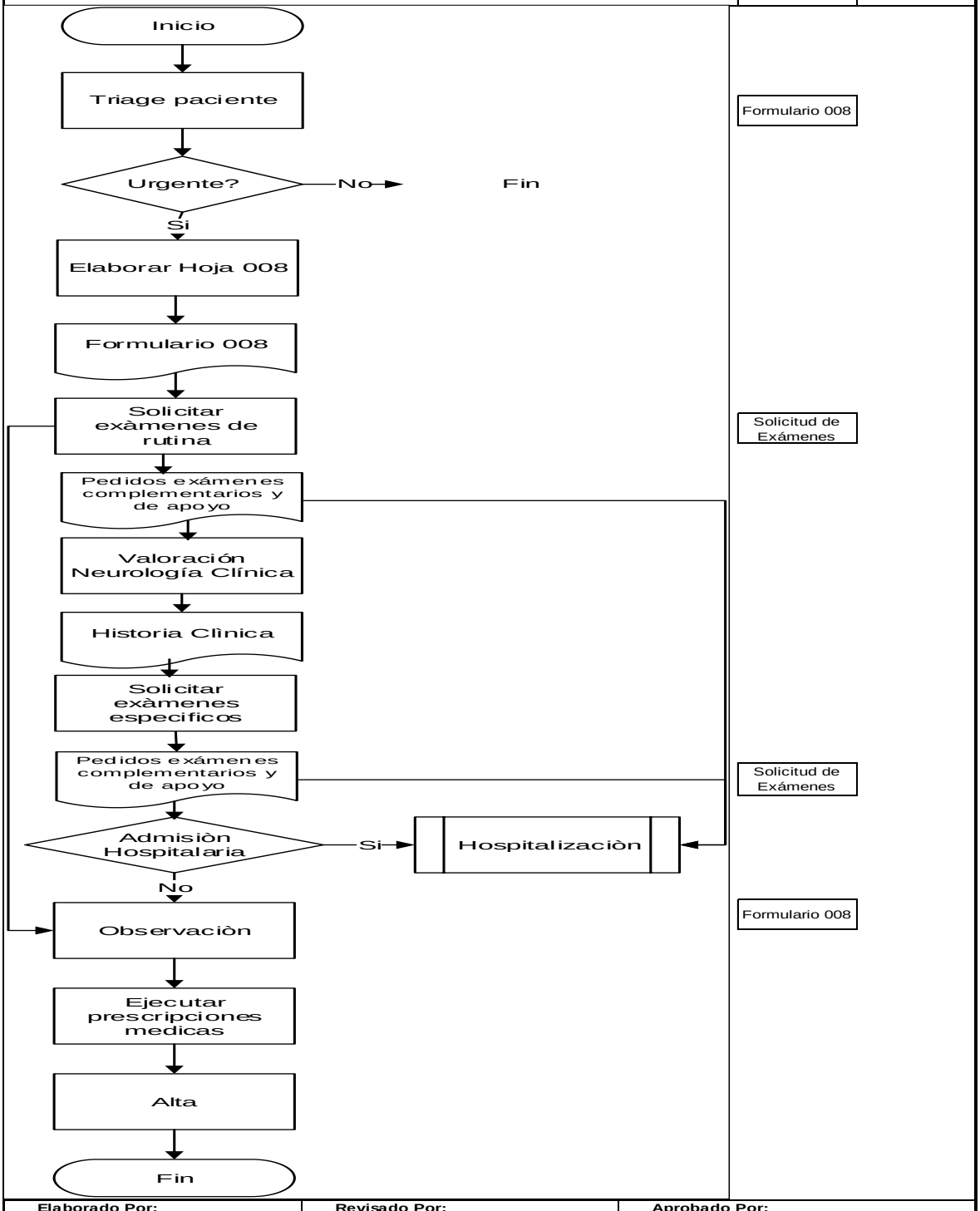
El nivel de detalle en la descripción de las actividades del proceso, asegura que éste se planifica, controla y ejecuta eficazmente; la documentación de las actividades de los procesos debe ser ágil y manejable, de fácil consulta e interpretación por las personas involucradas..

En el diagrama No. 2, 3 y 4, se especifica el flujo de las actividades desarrolladas dentro del subproceso de Neurología Clínica, en Emergencia, Consulta Externa y Hospitalización respectivamente.

DIAGRAMA No. 2
FLUJO DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN NEUROLOGIA CLINICA EN EMERGENCIA

HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, NEUROLOGIA CLINICA	HOSPITAL EUGENIO ESPEJO		Ref:
	MANUAL DE PROCESOS		
	MACROPROCESO	GESTION ASISTENCIAL	Código:
	PROCESO	NEUROLOGIA CLINICA	Fecha: 18-08-2013
	SUBPROCESO	EMERGENCIA	Versión:

DIAGRAMA DE FLUJO		Pág. 2
ACTIVIDAD	REGISTRO	INSTRUCTIVO



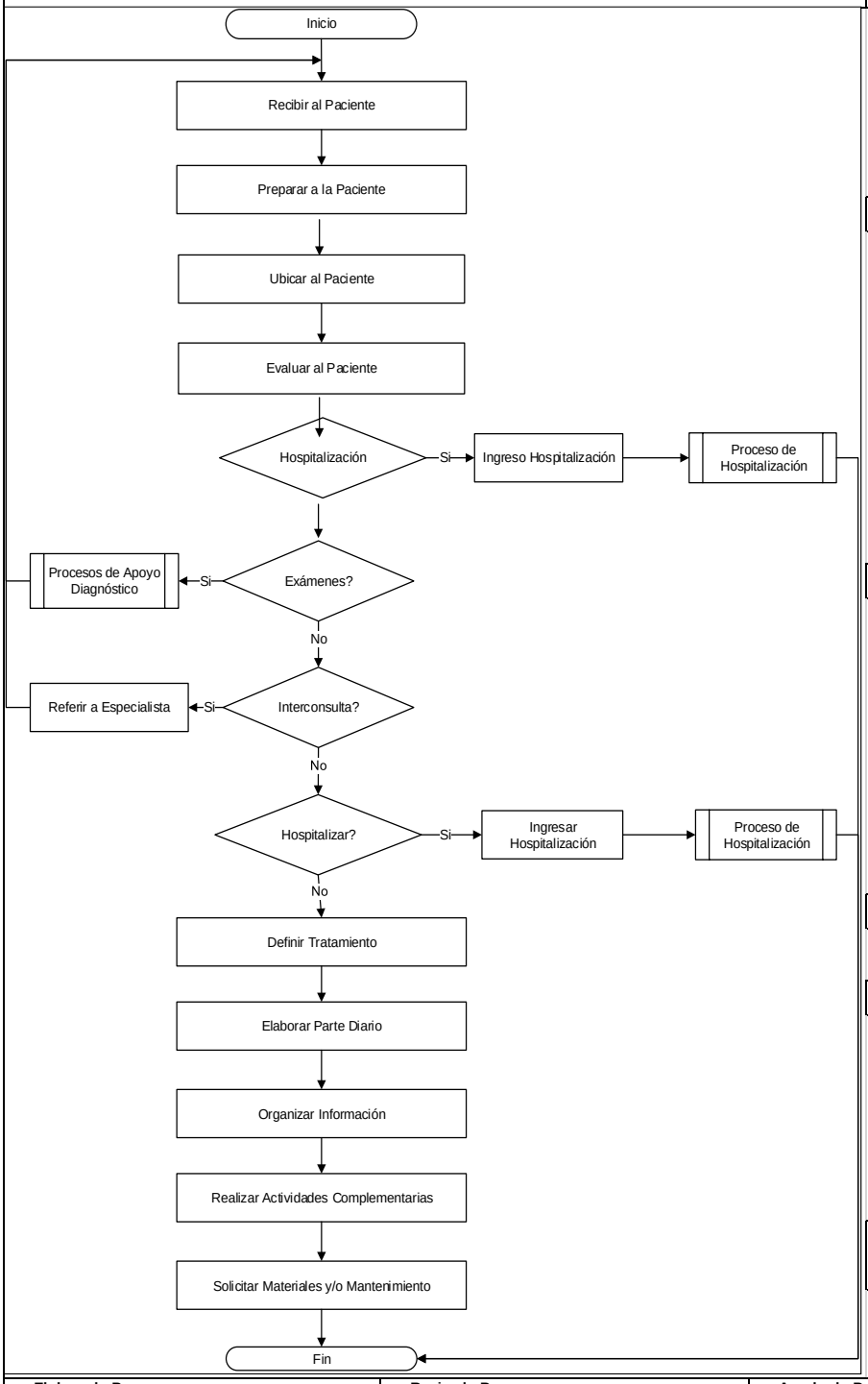
Elaborado Por:	Revisado Por:	Aprobado Por:
Fecha:	Fecha:	Fecha:

Fuente: Neurología Clínica Elaboración: Toty Figueroa

DIAGRAMA No. 3
FLUJO DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN NEUROLOGIA CLINICA ENCONSULTA EXTERNA

HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, NEUROLOGIA CLINICA	HOSPITAL EUGENIO ESPEJO		Ref:
	MANUAL DE PROCESOS		
	MACROPROCESO	GESTION ASISTENCIAL	Código:
	PROCESO	NEUROLOGIA CLINICA	Fecha: 18-08-2013
	SUBPROCESO	CONSULTA EXTERNA	Versión:

DIAGRAMA DE FLUJO		Pág. 5
ACTIVIDAD	REGISTRO	INSTRUCTIVO



Elaborado Por:	Revisado Por:	Aprobado Por:
Fecha:	Fecha:	Fecha:

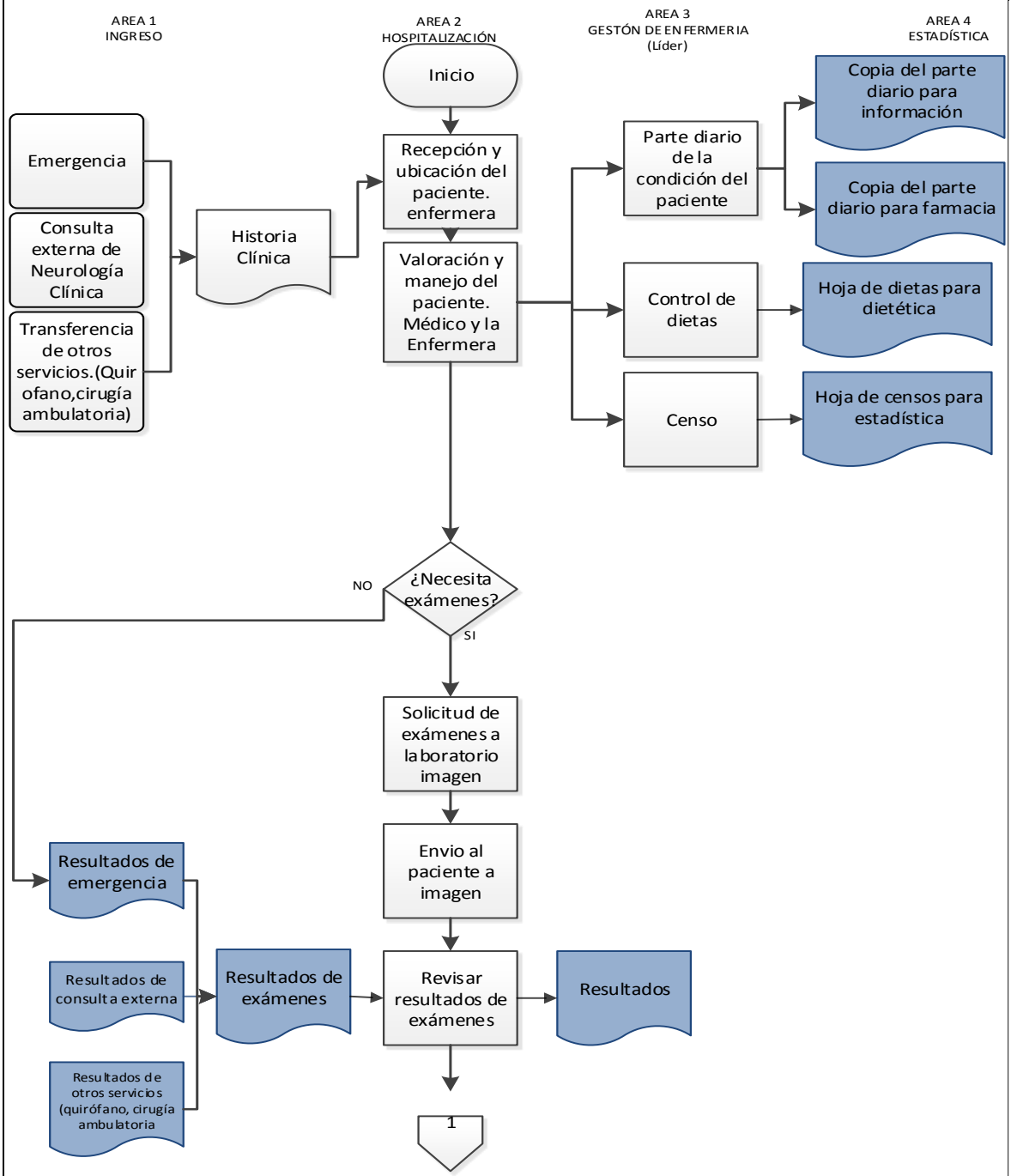
Fuente: Neurología Clínica Elaboración: Toty Figueroa

DIAGRAMA No. 4
FLUJO DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN NEUROLOGIA CLINICA EN HOSPITALIZACION

HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, NEUROLOGIA CLINICA	HOSPITAL EUGENIO ESPEJO		Ref:
	MANUAL DE PROCESOS NEUROLOGIA CLINICA		
	MACROPROCESO	GESTION ASISTENCIAL	Código:
	PROCESO	NEUROLOGIA CLINICA	Fecha: 18-08-2013
	SUBPROCESO	HOSPITALIZACIÓN	Versión:

DIAGRAMA DE FLUJO

ACTIVIDAD	REGISTRO



Elaborado Por:	Revisado Por:	Aprobado Por:
Fecha:	Fecha:	Fecha:

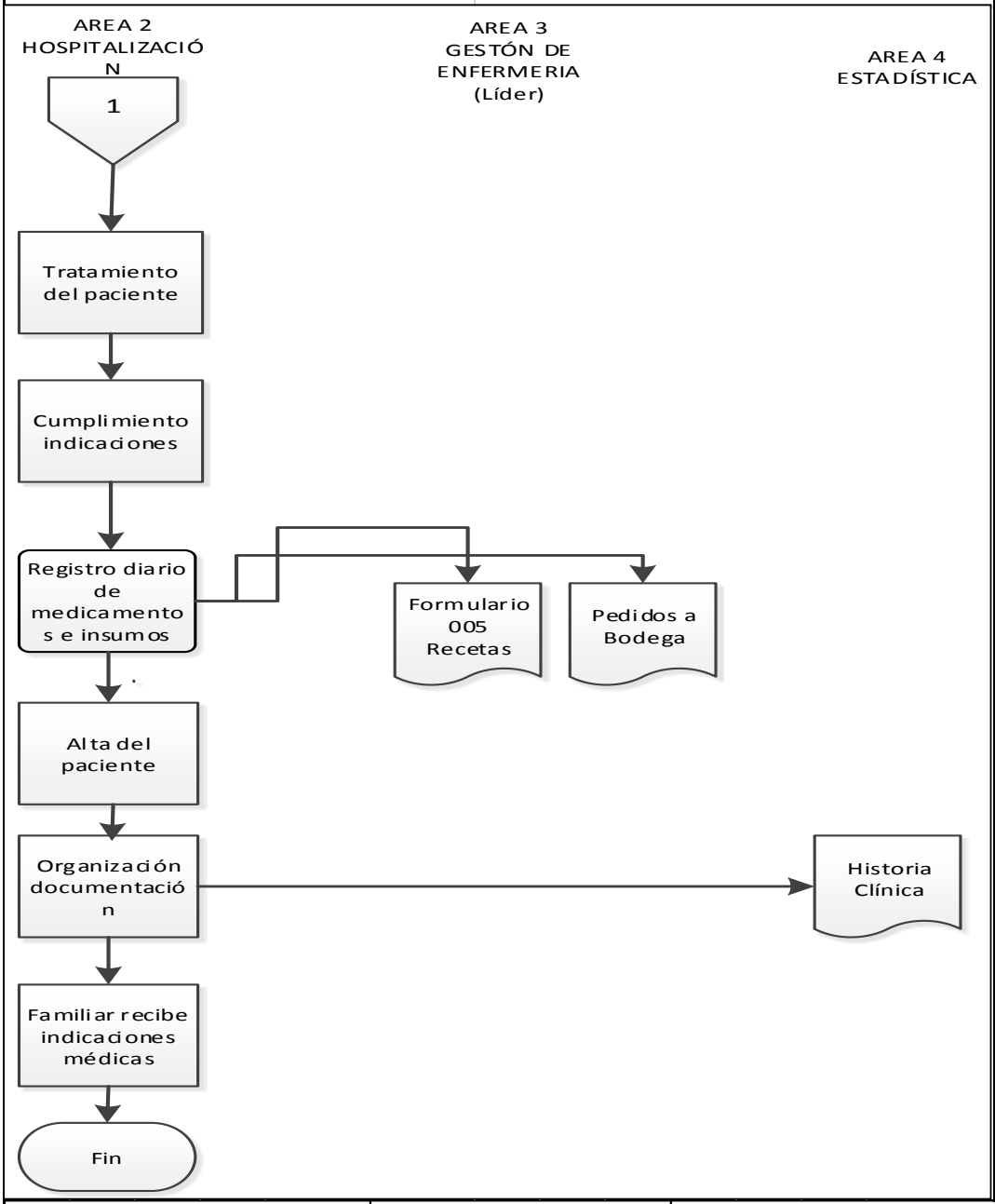
Fuente: Neurología Clínica Elaboración: Toty Figueroa

Continuación…

DIAGRAMA No. 4
FLUJO DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN NEUROLOGIA CLINICA EN HOSPITALIZACION

HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, NEUROLOGIA CLINICA	HOSPITAL EUGENIO ESPEJO		Ref:
	MANUAL DE PROCESOS NEUROLOGIA CLINICA		
	MACROPROCESO	GESTION ASISTENCIAL	Código:
	PROCESO	NEUROLOGIA CLINICA	Fecha: 03-10-2012
	SUBPROCESO	HOSPITALIZACIÓN	Versión:
DIAGRAMA DE FLUJO			Pág. 9

ACTIVIDAD	REGISTRO



Elaborado Por:	Revisado Por:	Aprobado Por:
Fecha:	Fecha:	Fecha:

Fuente: Neurología Clínica Elaboración: Toty Figueroa

4.1.6 DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE NEUROLOGIA CLINICA

En función del tamaño de la organización y/o la complejidad de las actividades, las agrupaciones y la cantidad de procesos son diferentes, la estructura de procesos debe permitir que cada proceso sea gestionable; cada proceso implica el manejo de una serie de indicadores que ofrecen información adecuada y relevante. Los elementos considerados relevantes para la gestión de un proceso:

- Misión u objeto: es el propósito del proceso
- Propietario del proceso: es el responsable del proceso y de que se obtenga los resultados esperados, con capacidad de actuación y liderazgo para involucrar y movilizar a los actores que intervienen.
- Límites del proceso: están marcados por las entradas y las salidas, por los proveedores (entradas) y los clientes (salidas); refuerza las interrelaciones con el resto de procesos, y mantiene coherencia con el diagrama de proceso y el mapa de procesos.
- Alcance del proceso: establece la primera actividad (inicio) y la última actividad (fin) del proceso, es la noción de la extensión de las actividades.
- Indicadores del proceso: permiten la medición y seguimiento del cumplimiento de su misión u objeto, faculta la evolución y las tendencias.
- Variables de control: parámetros sobre los que se tiene capacidad de actuación dentro del proceso, que pueden alterar el funcionamiento y los indicadores establecidos.
- Inspecciones: se hacen de manera sistemática con fines de control del mismo.
- Documentos y/o registros: se referencia a los documentos o registros vinculados al proceso, que permiten evidenciar la conformidad del proceso y de los requisitos de los productos o servicios.
- *Recursos:* Se refleja los recursos humanos, infraestructura y el ambiente de trabajo necesario para ejecutar el proceso.

Para establecer las ***interrelaciones entre los procesos*** es fundamental reflexionar acerca de qué salidas produce cada proceso y hacia quién va, qué entradas necesita el proceso y de dónde vienen y qué recursos consume el proceso y de dónde proceden.

En los cuadros No. 11,12 y 13, se aprecia la caracterización del proceso de Neurología Clínica, con sus entradas, salidas, recursos, controles, registros e indicadores, en Emergencia, Consulta Externa y Hospitalización, respectivamente.

CUADRO No. 11

CARACTERIZACION DEL PROCESO DE NEUROLOGIA CLINICA EN EMERGENCIA

HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, NEUROLOGIA CLINICA	HOSPITAL EUGENIO ESPEJO		Ref:
	MANUAL DE PROCESOS NEUROLOGIA CLINICA		
	MACROPROCESO	GESTION ASISTENCIAL	Código:
	PROCESO	NEUROLOGIA CLINICA	Fecha: 04-10-2012
	SUBPROCESO	EMERGENCIA	Versión:

CUADRO DE CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO	Pág.3
OBJETIVO:	Establecer un proceso documentado para la atención de los pacientes Neurológicos en Admisión de Emergencia.
ALCANCE:	Este proceso está desarrollado para la atención a pacientes del HEE en el área de Admisión de Emergencia.

ENTRADAS

DENOMINACIÓN	PROVEEDOR	PROCESO DE REFERENCIA
Priorizar pacientes	Servicios de Neurología Clínica	
Emergente o urgente	Servicios de Neurología Clínica	
Elaborar formato 008	Area de Emergencia, Triaje	
Paciente con Patologia Neurológica	Atención de enfermería	
Hoja 008, hoja de ingreso,	Revisar y ejecutar indicaciones médicas.	
Receptar muestras para Exámenes Complementarios	Laboratorio, Imagenología	
Comunicar la hospitalización del Paciente	Estadística	

SALIDAS

DENOMINACIÓN	CLIENTE	PROCESO DE REFERENCIA
Emergente	Cuidados Críticos	
Urgente	Hospitalización Neurología clínica	
Comunicar la hospitalización del paciente a familiares	Familiares colaboradores	

RECURSOS

HUMANOS		FÍSICOS		TECNOLÓGICOS	
DENOMINACIÓN	CANTIDAD	DENOMINACIÓN	CANTIDAD	DENOMINACIÓN	CANTIDAD
Neurologo clínico	5	Ambientes de observacion E.	7	Equipo Médico	
Médicos Residentes de postgrado	6	Mobiliario		Equipo Instrumental	
Enfermeras	1	Insumos Médicos		Computador	
Auxiliares de Enfermería	1	Material de Oficina		Impresora	
Internos Rotativos	3			Teléfono	

CONTROLES

Historia Clínica- Formulario 008

REGISTROS

DENOMINACIÓN	Código
Parte Diario de Atención	
Historia Clínica	
Formulario 008	

INDICADORES

DENOMINACIÓN	FÓRMULA DE CÁLCULO
Satisfacción del Cliente (%)	(Número de Pacientes Satisfechos/ Número Total de Pacientes Encuestados)*100
Pacientes Atendidos (%)	(Número de Pacientes Atendidos/ Número Total de ingresos Neurología Clínica)*100

Elaborado Por:	Revisado Por:	Aprobado Por:
Fecha:	Fecha:	Fecha:

Fuente: Neurología Clínica Elaboración: Toty Figueroa

CUADRO No. 12

CARACTERIZACION DEL PROCESO DE NEUROLOGIA CLINICA EN CONSULTA EXTERNA

HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, NEUROLOGIA CLINICA	HOSPITAL EUGENIO ESPEJO		Ref:
	MANUAL DE PROCESOS NEUROLOGIA CLINICA		
	MACROPROCESO	GESTION ASISTENCIAL	Código:
	PROCESO	NEUROLOGIA CLINICA	Fecha: 04-10-2012
	SUBPROCESO	CONSULTA EXTERNA	Versión:

CUADRO DE CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO	Pág. 6

OBJETIVO:	Establecer un proceso documentado para la atención de las pacientes que van a Consulta Externa de Neurología Clínica
ALCANCE:	Este proceso está desarrollado para la atención a pacientes del Servicio de Neurología Clínica

ENTRADAS

DENOMINACIÓN	PROVEEDOR	PROCESO DE REFERENCIA
Historia Clínica	Admisión y Estadística	
Resultados de Exámenes Complementarios	Laboratorio	
	Imagenología	

SALIDAS

DENOMINACIÓN	CLIENTE	PROCESO DE REFERENCIA
Historia Clínica Actualizada	Admisión y Estadística	
Solicitud de Exámenes de Laboratorio	Laboratorio	
Solicitud de Exámenes de Imagen	Imagenología	
Pedidos de Materiales	Bodegas	
Pedidos de Mantenimiento	Mantenimiento	
Paciente Atendido	Evaluación de Servicio al Cliente	

RECURSOS

HUMANOS		FÍSICOS		TECNOLÓGICOS	
DENOMINACIÓN	CANTIDAD	DENOMINACIÓN	CANTIDAD	DENOMINACIÓN	CANTIDAD
Neurologo Clínico	5	Consultorio	1	Equipo Médico	
Médicos Residentes	6	Mobiliario		Equipo Instrumental	
Enfermeras	1	Insumos Médicos		Hardware y Sofware de Base	
Auxiliares de Enfermería	1	Material de Oficina			

CONTROLES

Parte Diario
Formularios de Manejo de Historias Clínicas
Historia Clínica

REGISTROS

DENOMINACIÓN	Código
Historia Clínica	
Parte Diario de Atención	

INDICADORES

DENOMINACIÓN	FÓRMULA DE CÁLCULO
Satisfacción del Cliente (%)	(Número de Pacientes Satisfechos/ Número Total de Pacientes Encuestados)*100
Pacientes Atendidos (%)	(Número de Pacientes Atendidos/ Número Total de Pacientes con turno)*100
Partes Medicos Diarios (%)	(Partes bien elaborados / Partes generados)*100

Elaborado Por:	Revisado Por:	Aprobado Por:
Fecha:	Fecha:	Fecha:

Fuente: Neurología Clínica Elaboración: Toty Figueroa

CUADRO No. 13

CARACTERIZACION DEL PROCESO DE NEUROLOGIA CLINICA EN HOSPITALIZACION

HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, NEUROLOGIA CLINICA	HOSPITAL EUGENIO ESPEJO		Ref:
	MANUAL DE PROCESOS NEUROLOGIA CLINICA		
	MACROPROCESO	GESTION ASISTENCIAL	Código:
	PROCESO	NEUROLOGIA CLINICA	Fecha: 03-10-2012
	SUBPROCESO	HOSPITALIZACIÓN	Versión:

CUADRO DE CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO — Pág. 10

OBJETIVO:	Establecer un proceso documentado para la atención de los pacientes neurológicos que son remitidos al Servicio de Neurología Clínica
ALCANCE:	Este proceso está desarrollado para la atención a pacientes del HEE que son remitidos al servicio de Neurología Clínica desde su ingreso hasta el egreso

ENTRADAS

DENOMINACIÓN	PROVEEDOR	PROCESO DE REFERENCIA
Paciente con enfermedades neurológicas	Servicios clínicos de neurología	
Hoja 008, hoja de ingreso,	Área de emergencia, Consulta externa,Cirugía ambulatoria	
Resultados de Exámenes Complementarios	Laboratorio	
	Imagenología	

SALIDAS

DENOMINACIÓN	CLIENTE	PROCESO DE REFERENCIA
Historia Clínica Actualizada	Cuidados de Neurología Clínica	
Informe de Consumo de Materiales e Insumos	Farmacia	
Solicitud de Exámenes de Laboratorio	Laboratorio	
Solicitud de Exámenes de Imagen	Imagenología	
Hoja 008,hoja de ingreso	Hospitalización	
Paciente Atendido		

RECURSOS

HUMANOS		FÍSICOS		TECNOLÓGICOS	
DENOMINACIÓN	CANTIDAD	DENOMINACIÓN	CANTIDAD	DENOMINACIÓN	CANTIDAD
Neurologo Clínico	5	Camas	30	Equipo Médico	
Médicos Residentes de	6	Ambientes hospitalización	8	Equipo Instrumental	
Enfermeras	11	Mobiliario		Computador	
Auxiliares de Enfermería	14	Medicinas e Insumos Médicos		Impresora	
Internos Rotativos	3	Material de Oficina		Teléfono	
Trabajadora Social	1				
Secretaria	1				
Administrativos	3				

CONTROLES

Historia Clínica

REGISTROS

DENOMINACIÓN	Código
Parte Diario de Atención	
Parte Mensual de Atención	
Historia Clínica	

INDICADORES

DENOMINACIÓN	FÓRMULA DE CÁLCULO
Satisfacción del Cliente (%)	(Número de Pacientes Satisfechos/ Número Total de Pacientes Encuestados)*100
Pacientes Atendidos (%)	(Número de Pacientes Atendidos/ Número Total de ingresos)*100
Promedio de dia estancia	D-C-O de un período /Egresos del mismo período
Indice ocupacional	D-C-O de un período/ D-C-D de mismo período

Elaborado Por:	Revisado Por:	Aprobado Por:
Fecha:	Fecha:	Fecha:

Fuente: Neurología Clínica Elaboración: Toty Figueroa

4.1.7 RECURSOS FÍSICOS

El Servicio de Hospitalización de Neurología Clínica está ubicado en el octavo piso, bloque central del Hospital Eugenio Espejo, se accede mediante ascensores y la escalera de emergencia, se distribuye a lo largo de dos alas principales norte y sur, se cuenta con una pequeña sala de espera, dispone de la sala de electromiografía, capilla, estación de enfermeras, utilería, oficina de trabajo **social**, vestuario de enfermería y auxiliares de enfermería, ambiente para internos rotativos y médicos residentes de turno, archivo de placas de RX, tomografías, oficinas administrativas (secretaria, trabajo social), de médicos tratantes, médico líder del servicio, enfermera líder; un archivo de los resultados e informes de electroencefalogramas; una sala para seminarios y reuniones. Área física para 30 camas.

En la presente propuesta contempla la ampliación del área física , a fin de incrementar 6 camas adicionales, es decir funcionar con 36 camas en Hospitalización de Neurología Clínica; esto representa según tabla No.50 , un total de $ 42.750 USD.

TABLA No. 50

INCREMENTO DE CAMAS EN HOSPITALIZACION DE NEUROLOGIA CLINICA, HEE			
DESCRIPCION	NUMERO	COSTO UNITARIO	TOTAL USD
CAMAS	6	5.625	33.750
INFRAESTRUCTURA (m2)	18	500	9.000
TOTAL			42.750

Fuente: Neurología Clínica Elaboración: Toty Figueroa

4.1.8 RECURSOS FINANCIEROS

La proforma presupuestaria del Hospital Eugenio Espejo se aprueba de acuerdo a la codificación correspondiente para todo el Hospital, el Servicio de Neurología Clínica depende del nivel de requerimientos y priorización en los procesos de

elaboración presupuestaria, Plan Anual de Compras (PAC), procesos de contratación.

4.1.9 RECURSOS TECNOLÓGICOS

El equipamiento tecnológico en el Servicio de Neurología Clínica, no es sofisticado, se requiere básicamente contar con un plan de mantenimiento preventivo y correctivo, a través del servicio correspondiente, y la reposición de equipos que ya cumplieron su vida útil.

4.1.10 RECURSOS HUMANOS

El Servicio de Neurología Clínica, dispone de 44 personas, para la atención médica, que se realiza con 5 médicos tratantes 8HD, y por 6 médicos residentes que realizan turnos de 24 horas (cada 4to día), 3 internos rotativos de medicina, 10 enfermeras, 14 auxiliares de enfermería, 3 asistentes administrativas, 1 trabajadora Social, 1 secretaria, 1 enfermera líder y un médico líder.

En lo relacionado a enfermeras de cuidado directo, funciona el Servicio de Neurología Clínica con 10 enfermeras y 14 auxiliares de enfermería, con la ampliación a 36 camas, se hace necesario de cinco enfermeras adicionales, para el funcionamiento adecuado, ya que se realizan tres turnos (mañana, tarde y noche), con enfermeras 160 horas al mes, situación que permitirá la planeación adecuada de los periodos vacacionales, ausentismo no programado, maternidad, lactancia, calamidad doméstica. Esto permitirá profesionalizar el servicio, mejorar el nivel de calidad de atención, según tabla No. 51

La Metodología utilizada para el cálculo de un equipo de personal de enfermería para dar cobertura mínima, es la propuesta por la cátedra de Administración de Enfermería Universidad Nacional de Córdoba, en los servicios de atención de salud que permanecen abiertos todas las horas del día y los 365 días del año, en anexo No.4, se evidencia la metodología. (Brunetti, 2005)

TABLA No. 51

INCREMENTO DE PERSONAL DE ENFERMERIA

Complejidad de atención	Nº de personas que conforman un equipo	Nº de pacientes de la unidad	Nº de pacientes por equipo	Cálculo de equipo necesarios	Nº de equipos necesario	Nº total de personal
Cuidados intermedios	4	35	9	35/9	4	15,6

Fuente: Neurología Clínica Elaboración: Toty Figueroa

Actualmente, según resolución MRL No. 033 del 2 de febrero del 2011, se puede contratar enfermeras de 8 horas diarias y 160 horas al mes, por un valor mínimo de $ 935 USD, como servidor público 3, grado 9; con estos antecedentes se propone incorporar 5 enfermeras para cubrir los requerimientos del servicio cuyo monto representa $ 62.095 USD por año, según tabla No.52

TABLA No. 52

PRESUPUESTO REQUERIMIENTOS DE ENFERMERAS

PROFESIONAL	NUMERO	GRUPO OCUPACIONAL	GRADO	RMU	PRESUPUESTO MENSUAL	DECIMO 14	DECIMO 13	PRESUPUESTO ANUAL
ENFERMERAS	5	SERVIDOR PUBLICO 3	9	935	$ 4.675,00	$ 264,00	$ 935,00	$ 62.095,00

Fuente: Neurología Clínica Elaboración: Toty Figueroa

4.2. PLANIFICACIÓN DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA CLINICA

El Balanced Scoredcard (BSC) desarrollado por Robert Kaplan y David Norton, como herramienta de dirección y gestión se encuentran cuatro etapas diferenciadas:

- **Desempeño** de la empresa, al establecer distintos indicadores que permitan medir su alcance.
- **Visión estratégica** en el conjunto de indicadores.
- Se unifican los objetivos con los indicadores, a partir de relaciones causa-efecto y se establecen los **mapas estratégicos.**
- **Alineamiento estratégico**

El *Balanced Scorecard* (BSC) o Cuadro de Mando Integral (CMI) ofrece una combinación de medidas financieras y no financieras, que traducen la visión y estrategia de la organización, en objetivos e iniciativas cuantificables; es un sistema de dirección y gestión empresarial diferente, al considerar al alineamiento como clave del éxito en su implantación. Las cuatro perspectivas permiten al nivel directivo tener una visión general del servicio:

- **Perspectiva de los clientes**, para comprender cómo ven los usuarios al hospital;
- **Perspectiva Interna (procesos)**, para determinar las características de excelencia de la institución;
- **Perspectiva de innovación y aprendizaje**, para analizar si se puede continuar creando valor; y
- **Perspectiva Financiera** para ofrecer una visión general al nivel directivo.

El BSC como sistema de dirección estratégica incorpora cuatro procesos:

- **Aclarar, traducir o transformar la visión y la estrategia**: traducir la estrategia del servicio en objetivos estratégicos concretos para cada una de las cuatro perspectivas diferenciadas.
- **Comunicar y vincular los objetivos e indicadores estratégicos:** utilizar mecanismos de comunicación para trasladar a todos los empleados los objetivos críticos que se deberían alcanzar para que la estrategia del servicio tenga éxito.
- **Planificar, establecer objetivos y alinear las iniciativas estratégicas**: cuantificar los resultados a largo plazo que se quieren alcanzar, identificar mecanismos y recursos necesarios para alcanzarlos, y establecer metas a corto plazo para los indicadores financieros y no-financieros del BSC.
- **Aumentar la retroalimentación y formación estratégica.**

Los tres principios que permiten que el BSC de una institución esté vinculado a su estrategia son: **relaciones causa-efecto; inductores de actuación; y vinculación con las finanzas.**

- El BSC tiene que definir la estrategia de una unidad de negocio mediante una secuencia de **relaciones causa-efecto** (conjunto de hipótesis), proporcionando relaciones explícitas entre estas hipótesis y los objetivos e indicadores establecidos.
- **Los inductores de actuación** son aquellos indicadores específicos para una unidad de negocio en particular.
- Se destaca la **vinculación con las finanzas** en el sentido de enfatizar la relación entre el BSC y los resultados financieros; **En última instancia, los caminos causales de todos los indicadores del BSC deben estar vinculados con los objetivos financieros.**

A continuación se detalla los componentes a desarrollar: proceso de formulación del futuro y el desarrollo e instrumentación del BSC:

Proceso de Formulación del Futuro, contempla herramientas de recolección de información:

- Análisis de factores de influencia,
- Análisis FODA, análisis de urgencia, tendencia e impacto.
- Creación de la Visión Corporativa

- Creación de la Misión
- Creación de los valores
- Objetivos estratégicos

En el desarrollo e instrumentación *del Balanced Scorecard, tenemos:*

- Establecer las perspectivas.
- Fijar objetivos a largo, mediano y corto plazo.
- Establecer los indicadores
- Determinar las metas, partiendo de la línea basal
- Desarrollar estrategias o iniciativas.
- Elaboración del Plan de Acción Anual.

4.2.1 ANÁLISIS AMBIENTAL DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA CLINICA

Con la participación del personal del servicio, se definen los factores que influencia desde el entorno y desde el interior del hospital y servicio, para el efecto se utiliza un instrumento desarrollado en Excel.

El análisis ambiental externo comprende las oportunidades y amenazas del entorno, esto permite el *análisis competitivo*; luego el análisis interno considerando las fortalezas y las debilidades; se obtiene un *diagnóstico*, que permite plantear una serie de propuestas estratégicas que se ordenan como *objetivos*, los objetivos en *metas*, las metas en una secuencia de *tiempo*, se asignan *responsables* y se determina como se efectuarán las acciones.

4.2.1.1 Análisis ambiental externo: oportunidades y amenazas

Las oportunidades y amenazas se analizan de manera participativa con el personal de Neurología Clínica, a través de las cuatro perspectivas: *financiera, procesos internos, de formación y crecimiento del cliente*;

considerando las variables de *urgencia, tendencia e impacto*; cada una de estas tiene una valoración de 1 a 10, luego se suman los totales de cada factor y se priorizan 8 factores de acuerdo al mayor puntaje (puntaje máximo 30); a continuación se detalla en las Tablas No.53 y 54.

TABLA No. 53

OPORTUNIDADES					
PERSPECTIVA	**DESCRIPCIÓN**	**URGENCIA**	**TENDENCIA**	**IMPACTO**	**TOTAL**
CLIENTES	Fácil accesibilidad geográfica, buena imagen, confianza	10	10	10	30
	Hospital de Referencia Nacional	10	10	10	30
	Gratuidad	10	10	10	30
	Demanda de pacientes elevada	10	10	10	30
PROCESOS INTERNOS	Ley orgánica de compras públicas y su reglamento (costos competitivos)	9	9	9	27
	Presupuesto asignado por MSP facilita compra de equipos, medicamentos e insumos	10	10	10	30
	Implementación procesos Resolución SENRES – Proc- 2006-46, R.O. No.251 de 17-04- 2006	9	9	9	27
INNOVACIÓN Y APRENDIZAJE	Resolución 33- MRL - 2011, extensión de 4HD a 8HD (medicos), enfermeras 6HD a 8HD y contratación 8HD.	10	10	10	30
	Hospital docente asistencial	10	10	10	30
FINANCIERA	Declaratoria de Emergencia Hospitalaria e incremento del presupuesto para la salud.	10	10	10	30
PRIORIDAD					
1	Fácil accesibilidad geográfica, buena imagen, confianza				30
2	Gratuidad				30
3	Hospital de Referencia Nacional				30
4	Demanda de pacientes elevada				30
5	Presupuesto asignado por MSP facilita compra de equipos, medicamentos e insumos				30
6	Resolución 33- MRL - 2011, extensión de 4HD a 8HD (medicos), enfermeras 6HD a 8HD y contratación 8HD.				30
7	Hospital docente asistencial				30
8	Declaratoria de Emergencia Hospitalaria e incremento del presupuesto para la salud.				30

Fuente: Neurología Clínica Elaborado: Toty Figueroa

TABLA No. 54
AMENAZAS

SERVICIO DE NEUROLOGIA CLINICA DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO

PERSPECTIVA	DESCRIPCIÓN	OCURRENCIA	TENDENCIA	IMPACTO	TOTAL
CLIENTES	Inseguridad y atracos alrededor HEE	10	10	10	30
	Insatisfacción de usuarios en conseguir turnos	10	10	10	30
PROCESOS INTERNOS	Cambios frecuentes de autoridades del nivel directivo	10	10	10	30
	Incremento demanda que supera la capacidad de oferta de Hospitalización	10	10	10	30
INNOVACIÓN Y APRENDIZAJE	Mercado laboral mas competitivo en el IESS				
	Renuncias obligatoria e inestabilidad laboral	10	10	10	30
FINANCIERA	Salarios mas competeitivos en el IESS para profesionales	10	10	10	30
	Incremento de la inflacion e incremento costos equipos, medicamentos e insumos	9	9	10	28

PRIORIDAD		
1	Inseguridad y atracos alrededor HEE	30
2	Insatisfacción de usuarios en conseguir turnos	30
3	Cambios frecuentes de autoridades del nivel directivo	30
4	Incremento demanda que supera la capacidad de oferta de Hospitalización	30
5	Mercado laboral mas competitivo en el IESS	0
6	Renuncias obligatoria e inestabilidad laboral	30
7	Salarios mas competeitivos en el IESS para profesionales	30
8	Incremento de la inflacion e incremento costos equipos, medicamentos e insumos	28

Fuente: Neurología Clínica Elaborado: Toty Figueroa

4.2.1.2. Análisis Ambiental Interno: fortalezas y debilidades

El análisis ambiental interno, es decir Fortalezas y debilidades, se analizan de manera colectiva con el personal, a través de las cuatro perspectivas***: financiera, procesos internos, de formación y crecimiento del cliente***; considerando ***las variables de urgencia, tendencia e impacto***; cada una de estas tiene una valoración de 1 a 10, luego se suman los totales de cada factor y se priorizan 8 factores de acuerdo al mayor puntaje (puntaje máximo 30); a continuación se detalla las Tablas Nos. 55 y 56.

TABLA No. 55

SERVICIO DE NEUROLOGIA CLINICA DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO

FORTALEZAS					
PERSPECTIVA	**DESCRIPCIÓN**	**URGENCIA**	**TENDENCIA**	**IMPACTO**	**TOTAL**
CLIENTES	Confianza en la atencion y cuidados hospitalarios brindados	10	10	10	30
	Hospital Público de Especialidades de Referencia Nacional	10	10	10	30
PROCESOS INTERNOS	Trabajo en equipo con Residentes postgrado de Neurología	10	10	10	30
	Servicios diagnósticos con tecnología de punta (TAC, Resonancia, Electromiografía)	10	10	10	30
INNOVACIÓN Y APRENDIZAJE	Profesionales con alto nivel de formación y experiencia	10	10	10	30
	Innovación de infraestructura, tecnología	10	10	10	30
	Docencia asistencial: pregrado y postgrado	10	10	10	30
FINANCIERA	Recursos financieros para la Gratuidad	9	9	10	28

PRIORIDAD		
1	Confianza en la atencion y cuidados hospitalarios brindados	30
2	Hospital Público de Especialidades de Referencia Nacional	30
3	Trabajo en equipo con Residentes postgrado de Neurología	30
4	Servicios diagnósticos con tecnología de punta (TAC, Resonancia, Electromiografía)	30
5	Profesionales con alto nivel de formación y experiencia	30
6	Innovación de infraestructura, tecnología	30
7	Docencia asistencial: pregrado y postgrado	30
8	Recursos financieros para la Gratuidad	28

Fuente: Neurología Clínica Elaborado: Toty Figueroa

TABLA No. 56

SERVICIO DE NEUROLOGIA CLINICA DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO

DEBILIDADES					
PERSPECTIVA	**DESCRIPCIÓN**	**URGENCIA**	**TENDENCIA**	**IMPACTO**	**TOTAL**
USUARIO	Insatisfacción consecusión cita (call center)	10	10	10	30
	Demanda insatisfecha, frente a la oferta	10	10	10	30
PROCESOS INTERNOS	Sistemas de retroalimentación de información deficiente	9	9	10	28
	Promedio de dia estado elevado (16), no estandarizado	10	10	10	30
	No se ha instrumentado los procesos	9	10	10	29
	Talento humano desmotivado	10	10	10	30
	Manual organizativo desactualizado	10	10	10	30
INNOVACIÓN Y APRENDIZAJE	Carencia de un buen sistema de información	9	10	10	29
	Escaso personal de enfermeras de cuidado directo (7)	10	10	10	30
FINANCIERA	Presupuesto hospitalario codificado por partidas	9	9	10	28
PRIORIDAD					
1	Insatisfacción consecusión cita (call center)				30
2	Demanda insatisfecha, frente a la oferta				30
3	Promedio de dia estado elevado (16), no estandarizado				30
4	Talento humano desmotivado				30
5	Manual organizativo desactualizado				30
6	Escaso personal de enfermeras de cuidado directo (7)				30
7	Carencia de un buen sistema de información				29
8	No se ha instrumentado los procesos				29

Fuente: Neurología Clínica Elaborado: Toty Figueroa

4.2.1.3. Análisis DOFA

A partir de la priorización se obtiene un resumen de los factores encontrados en el análisis ambiental externo e interno, es decir oportunidades, amenazas, fortalezas y debilidades, de acuerdo a la Tabla No. 57.

TABLA No. 57

SERVICIO DE NEUROLOGIA CLINICA DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO

MATRIZ FODA			
ENTORNO (MEDIO EXTERNO)			
OPORTUNIDADES (+)			AMENAZAS (-)
1	Fácil accesibilidad geográfica, buena imagen, confianza	1	I nseguridad y atracos alrededor HEE
2	Gratuidad	2	Insatisfacción de usuarios en conseguir turnos
3	Hospital de Referencia Nacional	3	Cambios frecuentes de autoridades del nivel directivo
4	Demanda de pacientes elevada	4	Incremento demanda que supera la capacidad de oferta de
5	Presupuesto asignado por MSP facilita compra de equipos,	5	Mercado laboral mas competitivo en el IESS
6	Resolución 33- MRL - 2011, extensión de 4HD a 8HD (medicos),	6	Renuncias obligatoria e inestabilidad laboral
7	Hospital docente asistencial	7	Salarios mas competeitivos en el IESS para profesionales
8	Declaratoria de Emergencia Hospitalaria e incremento del	8	Incremento de la inflacion e incremento costos equipos,
INSTITUCION (MEDIO INTERNO)			
FORTALEZAS (+)			DEBILIDADES (-)
1	Confianza en la atencion y cuidados hospitalarios brindados	1	Insatisfacción consecusión cita (call center)
2	Hospital Público de Especialidades de Referencia Nacional	2	Demanda insatisfecha, frente a la oferta
3	Trabajo en equipo con Residentes postgrado de Neurología	3	Promedio de dia estado elevado (16), no estandarizado
4	Servicios diagnósticos con tecnología de punta (TAC, Resonancia,	4	Talento humano desmotivado
5	Profesionales con alto nivel de formación y experiencia	5	Manual organizativo desactualizado
6	Innovación de infraestructura, tecnología	6	Escaso personal de enfermeras de cuidado directo (7)
7	Docencia asistencial: pregrado y postgrado	7	Carencia de un buen sistema de información
8	Recursos financieros para la Gratuidad	8	No se ha instrumentado los procesos

Fuente: Neurología Clínica Elaborado: Toty Figueroa

4.2.1.4 Matriz de análisis estructural servicio de Neurología Clínica del HEE

El análisis estructural, identifica las *variables estratégicas claves,* la red de relaciones entre sus componentes, determina el sentido de las relaciones entre variables.

El objetivo es destacar la *estructura* de relaciones entre variables cualitativas, que caracterizan el sistema; el método faculta estudiar e identificar relaciones y variables esenciales.

Este análisis estructural comprende:

- *Identificación de las variables*
- *Determinación de las interrelaciones entre variables*
- *Clasificación de las variables y determinación de las variables estratégicas claves* (indicadores más altos de motricidad y dependencia).
- Se emplea el método de Matriz de Impactos Cruzados, Multiplicación Aplicada a una Clasificación, el cual permite cuantificar tanto el número de relaciones directas detectables a simple vista como indirectas u ocultas entre las variables.

El resumen de los factores encontrados en el análisis ambiental externo e interno, es decir oportunidades, amenazas, fortalezas y debilidades, permite valorar la relación de dependencia de estos factores, a fin de obtener la motricidad y dependencia en una matriz cruzada, como se aprecia a continuación en la tabla No. 58.

TABLA No. 58 (1/2)
MATRIZ ANALISIS ESTRUCTURAL DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA CLINICA DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO

MATRIZ DE ANALISIS ESTRUCTURAL DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA CLINICA DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO	Fácil accesibilidad geográfica, buena imagen, confianza	Gratuidad	Hospital de Referencia Nacional	Demanda de pacientes elevada	Presupuesto asignado por MSP facilita compra de equipos, medicamentos e	de 4HD a 8HD (medicos), enfermeras	Hospital docente asistencial	Declaratoria de Emergencia Hospitalaria e incremento del	Inseguridad y atracos alrededor HEE	Insatisfacción de usuarios en conseguir turnos	Cambios frecuentes de autoridades del nivel directivo	capacidad de oferta de Hospitalización	Mercado laboral mas competitivo en el IESS	Renuncias obligatoria e inestabilidad laboral	Salarios mas competeitivos en el IESS para profesionales	Incremento de la inflacion e	Confianza en la atencion y cuidados hospitalarios brindados	Hospital Publico de Especialidades de Referencia Nacional	Trabajo en equipo con Residentes postgrado de Neurología	Servicios diagnósticos con tecnología de punta (TAC, Resonancia,	Profesionales con alto nivel de formación y experiencia	Innovación de infraestructura, tecnología	Docencia asistencial: pregrado y postgrado	Recursos financieros para la Gratuidad	Insatisfacción consecusión cita (call center)	Demanda insatisfecha, frente a la oferta	Promedio de dia estado elevado (16), no estandarizado	Talento humano desmotivado	Manual organizativo desactualizado	Escaso personal de enfermeras de cuidado directo (7)	Carencia de un buen sistema de	No se ha instrumentado los procesos	TOTAL MOTRICIDAD
	OPORTUNIDADES								AMENAZAS								FORTALEZAS								DEBILIDADES								
OPORTUNIDADES																																
Fácil accesibilidad geográfica, buena imagen, confianza		1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	21
Gratuidad	1		1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	11
Hospital de Referencia Nacional	1	1		1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	11
Demanda de pacientes elevada	1	1	1		1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	20
Presupuesto asignado por MSP facilita compra de equipos, medicamentos e insumos	0	1	1	1		0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	13
Resolución 33- MRL - 2011, extensión de 4HD a 8HD (medicos), enfermeras 6HD a 8HD y contratación 8HD.	0	1	1	1	1		1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	12
Hospital docente asistencial	0	1	1	1	1	0		1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	14
Declaratoria de Emergencia Hospitalaria e incremento del presupuesto para la salud.	0	1	1	1	1	1	1		0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	20
AMENAZAS																																
Inseguridad y atracos alrededor HEE	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Insatisfacción de usuarios en conseguir turnos	1	1	1	1	1	1	1	1	0		0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	23
Cambios frecuentes de autoridades del nivel directivo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Incremento demanda que supera la capacidad de oferta de Hospitalización	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0		0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	24
Mercado laboral mas competitivo en el IESS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Renuncias obligatoria e inestabilidad laboral	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Salarios mas competeitivos en el IESS para profesionales	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Incremento de la inflacion e incremento costos equipos, medicamentos e insumos	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3

Fuente: Neurología Clínica Elaborado: Toty Figueroa

Continuación… **TABLA No. 58 (2/2)**

MATRIZ ANALISIS ESTRUCTURAL DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA CLINICA DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO

PLANEACION ESTRATÉGICA 2012 SERVICIO DE NEUROLOGIA CLINICA DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO

MATRIZ DE ANALISIS ESTRUCTURAL DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA CLINICA DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO	Fácil accesibilidad geográfica, buena imagen, confianza	Gratuidad	Hospital de Referencia Nacional	Demanda de pacientes elevada	Presupuesto asignado por MSP facilita compra de equipos, medicamentos e	de 4HD a 8HD (medicos), enfermeras	Hospital docente asistencial	Declaratoria de Emergencia Hospitalaria e incremento del	I nseguridad y atracos alrededor HEE	Insatisfacción de usuarios en conseguir turnos	Cambios frecuentes de autoridades del nivel directivo	capacidad de oferta de Hospitalización	Mercado laboral mas competitivo en el IESS	Renuncias obligatoria e inestabilidad laboral	Salarios mas competeitivos en el IESS para profesionales	Incremento de la inflacion e	Confianza en la atencion y cuidados hospitalarios brindados	Hospital Público de Especialidades de Referencia Nacional	Trabajo en equipo con Residentes postgrado de Neurología	Servicios diagnósticos con tecnología de punta (TAC, Resonancia,	Profesionales con alto nivel de formación y experiencia	Innovación de infraestructura, tecnología	Docencia asistencial: pregrado y postgrado	Recursos financieros para la Gratuidad	Insatisfacción consecusión cita (call center)	Demanda insatisfecha, frente a la oferta	Promedio de dia estado elevado (16), no estandarizado	Talento humano desmotivado	Manual organizativo desactualizado	Escaso personal de enfermeras de cuidado directo (7)	Carencia de un buen sistema de	No se ha instrumentado los procesos	TOTAL MOTRICIDAD
	OPORTUNIDADES								AMENAZAS								FORTALEZAS								DEBILIDADES								
FORTALEZAS																																	
Confianza en la atencion y cuidados hospitalarios brindados																																	0
Hospital Público de Especialidades de Referencia Nacional	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1		1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	18
Trabajo en equipo con Residentes postgrado de Neurología	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1		1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	21
Servicios diagnósticos con tecnología de punta (TAC, Resonancia, Electromiografía)	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1		1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	18
Profesionales con alto nivel de formación y experiencia	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1		1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	16
Innovación de infraestructura, tecnología	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1		1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	18
Docencia asistencial: pregrado y postgrado	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1		1	0	1	0	0	0	0	0	0	16
Recursos financieros para la Gratuidad	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	0	0	0	0	0	0	19
DEBILIDADES																																	
Insatisfacción consecusión cita (call center)	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	0	0	0	0	0	18
Demanda insatisfecha, frente a la oferta	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	0	0	1	1	1	24
Promedio de dia estado elevado (16), no estandarizado	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1		0	0	1	1	1	20
Talento humano desmotivado	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	1	1	1	10
Manual organizativo desactualizado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		0	1	1	3
Escaso personal de enfermeras de cuidado directo (7)	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1		0	0	14
Carencia de un buen sistema de información	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0		1	3
No se ha instrumentado los procesos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1		3
TOTAL DEPENDENCIA	11	20	20	20	23	16	19	20	2	12	2	18	4	4	4	10	17	18	17	17	15	16	15	22	7	13	9	3	1	8	7	7	397

Fuente: Neurología Clínica Elaborado: Toty Figueroa

4.2.1.5. Ordenamiento de factores según motricidad y dependencia

En esta etapa se resumen las variables ordenadas según motricidad y dependencia en la tabla No. 59.

TABLA No. 59
NEUROLOGIA CLINICA DEL HEE
ORDENAMIENTO DE FACTORES SEGÚN MOTRICIDAD Y DEPENDENCIA

ORDENAMIENTO DE FACTORES SEGÚN MOTRICIDAD Y DEPENDENCIA SERVICIO DE NEUROLOGIA CLINICA DEL HEE			
No.	**VARIABLE**	**MOTRICIDAD**	**DEPENDENCIA**
1	Fácil accesibilidad geográfica, buena imagen, confianza	21	11
2	Gratuidad	11	20
3	Hospital de Referencia Nacional	11	20
4	Demanda de pacientes elevada	20	20
5	Presupuesto asignado por MSP facilita compra de equipos, medicamentos e insumos	13	23
6	Resolución 33- MRL - 2011, extensión de 4HD a 8HD (medicos), enfermeras 6HD a 8HD y contratación 8HD.	12	16
7	Hospital docente asistencial	14	19
8	Declaratoria de Emergencia Hospitalaria e incremento del presupuesto para la salud.	20	20
9	I nseguridad y atracos alrededor HEE	0	2
10	Insatisfacción de usuarios en conseguir turnos	23	12
11	Cambios frecuentes de autoridades del nivel directivo	0	2
12	Incremento demanda que supera la capacidad de oferta de Hospitalización	24	18
13	Mercado laboral mas competitivo en el IESS	1	4
14	Renuncias obligatoria e inestabilidad laboral	0	4
15	Salarios mas competeitivos en el IESS para profesionales	3	4
16	Incremento de la inflacion e incremento costos equipos, medicamentos e insumos	3	10
17	Confianza en la atencion y cuidados hospitalarios brindados	0	17
18	Hospital Público de Especialidades de Referencia Nacional	18	18
19	Trabajo en equipo con Residentes postgrado de Neurología	21	17
20	Servicios diagnósticos con tecnología de punta (TAC, Resonancia, Electromiografía)	18	17
21	Profesionales con alto nivel de formación y experiencia	16	15
22	Innovación de infraestructura, tecnología	18	16
23	Docencia asistencial: pregrado y postgrado	16	16
24	Recursos financieros para la Gratuidad	19	22
25	Insatisfacción consecusión cita (call center)	18	7
26	Demanda insatisfecha, frente a la oferta	24	13
27	Promedio de dia estado elevado (16), no estandarizado	20	9
28	Talento humano desmotivado	10	3
29	Manual organizativo desactualizado	3	1
30	Escaso personal de enfermeras de cuidado directo (7)	14	8
31	Carencia de un buen sistema de información	3	7
32	No se ha instrumentado los procesos	3	7

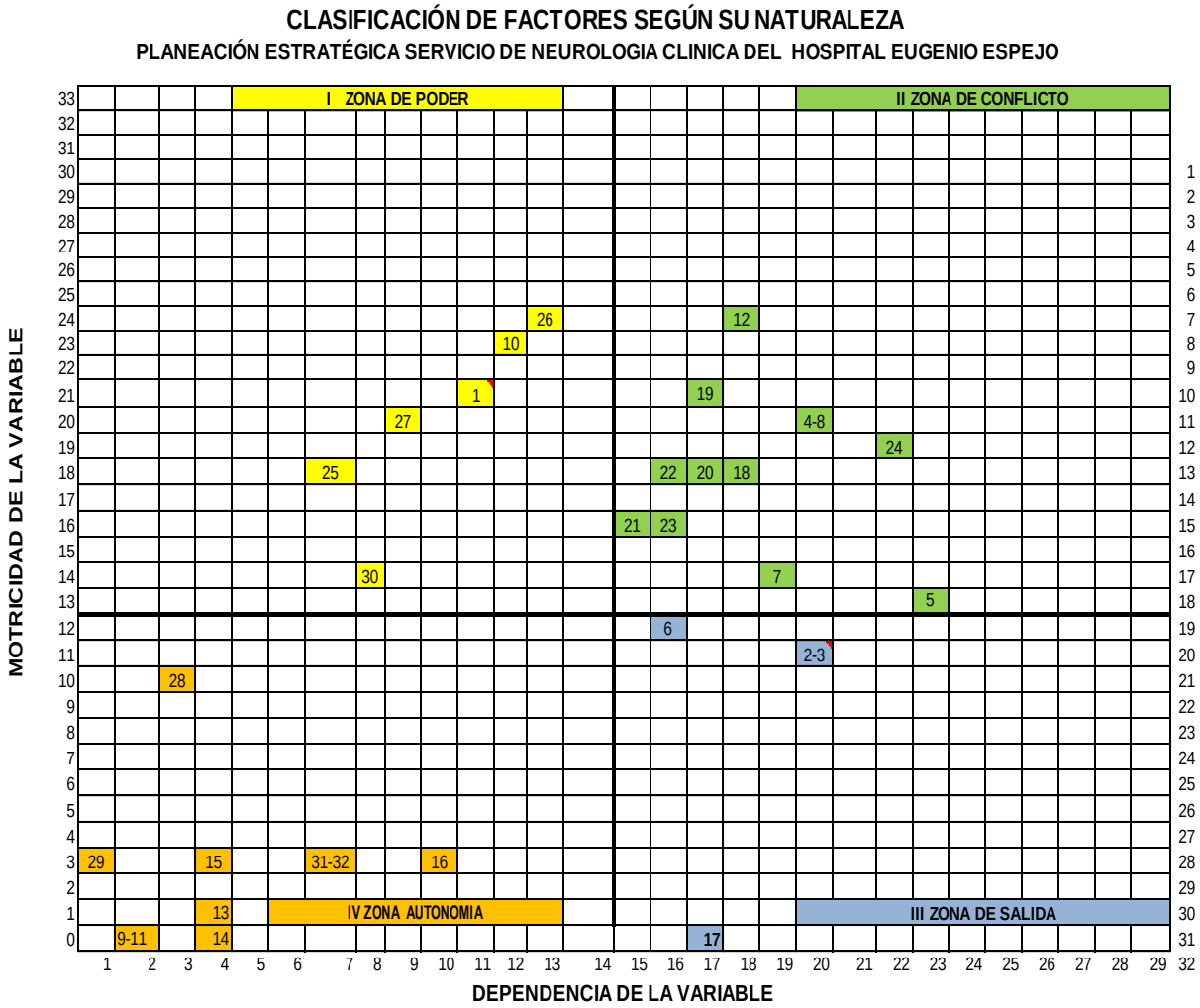
Fuente: Neurología Clínica Elaborado: Toty Figueroa

4.2.1.6. Clasificación de factores según su naturaleza

El eje de coordenadas se establece mediante el procesamiento estadístico y obtiene la media para la motricidad (12) y la mediana para la dependencia (14), en base al ordenamiento de los factores obtenidos anteriormente; luego se clasifican las variables del sistema en el plano de coordenadas dependencia-motricidad, en los siguientes sectores I-II-III-IV, según grafico No. 85.

GRAFICO No. 85

CLASIFICACIÓN DE FACTORES SEGÚN SU NATURALEZA DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA CLINICA DEL HEE



Fuente: Neurología Clínica Elaborado: Toty Figueroa

En el sector I o **Zona de Poder**, se sitúan las variables con coordenada de alta motricidad y baja de dependencia, son las variables motrices explicativas del

sistema, fuertemente condicionadas de las demás, como se aprecia en la tabla No. 60 y el gráfico No. 85.

TABLA No. 60
VARIABLES UBICADAS EN EL SECTOR I O ZONA DE PODER DEL PLANO DE COORDENADAS

S	No.	VARIABLE	MOTRICIDAD	DEPENDENCIA
1	1	Fácil accesibilidad geográfica, buena imagen, confianza	21	11
1	10	Insatisfacción de usuarios en conseguir turnos	23	12
1	25	Insatisfacción consecusión cita (call center)	18	7
1	26	Demanda insatisfecha, frente a la oferta	24	13
1	27	Promedio de dia estado elevado (16), no estandarizado	20	9
1	30	Escaso personal de enfermeras de cuidado directo (7)	14	8

Fuente: Neurología Clínica Elaborado: Toty Figueroa

En el sector II o **Zona de conflicto**, se sitúan las variables con coordenada de alta motricidad y alta dependencia, son variables de enlace, inestables por naturaleza, resulta claro que cualquier acción sobre estas variables repercutirá sobre el resto y tendrán un efecto de rebote sobre ellas, que amplificará o atenuará el impulso inicial, son las variables estratégicas clave, VEC, cuanto más alejadas se sitúen del eje estratégico, atenuándose más sus efectos acercándose al origen, como se aprecia en la tabla No. 61 y el gráfico No. 85

TABLA No. 61
VARIABLES UBICADAS EN EL SECTOR II O ZONA DE CONFLICTO DEL PLANO DE COORDENADAS

S	No.	VARIABLE	MOTRICIDAD	DEPENDENCIA
2	4	Demanda de pacientes elevada	20	20
2	5	Presupuesto asignado por MSP facilita compra de equipos, n	13	23
2	7	Hospital docente asistencial	14	19
2	8	Declaratoria de Emergencia Hospitalaria e incremento del pr	20	20
2	12	Incremento demanda que supera la capacidad de oferta de H	24	18
2	18	Hospital Público de Especialidades de Referencia Nacional	18	18
2	19	Trabajo en equipo con Residentes postgrado de Neurología	21	17
2	20	Servicios diagnósticos con tecnología de punta (TAC, Resona	18	17
2	21	Profesionales con alto nivel de formación y experiencia	16	15
2	22	Innovación de infraestructura, tecnología	18	16
2	23	Docencia asistencial: pregrado y postgrado	16	16
2	24	Recursos financieros para la Gratuidad	19	22

Fuente: Neurología Clínica Elaborado: Toty Figueroa

En el sector III o **Zona de salida**, se sitúan las variables con coordenada de baja motricidad y alta dependencia, pueden calificarse de variables resultantes, cuya evolución se explica por las que se sitúan en los sectores 1 y 2, como se aprecia en la tabla No. 62 y el gráfico No. 85

TABLA No. 62
VARIABLES UBICADAS EN EL SECTOR III O ZONA DE SALIDA DEL PLANO DE COORDENADAS

S	No.	VARIABLE	MOTRICIDAD	DEPENDENCIA
3	2	Gratuidad	11	20
3	3	Hospital de Referencia Nacional	11	20
3	6	Resolución 33- MRL - 2011, extensión de 4HD a 8HD (medicos), enfermeras 6HD a 8HD y contratación 8HD.	12	16
3	17	Confianza en la atencion y cuidados hospitalarios brindados	0	17

Fuente: Neurología Clínica Elaborado: Toty Figueroa

En el sector IV, Zona de autonomía, se sitúan las variables con coordenada de baja motricidad y baja dependencia, variables que pueden calificarse como au-

tónomas y en consecuencia se puede prescindir de ellas, como se aprecia en la tabla No. 63 y el gráfico No. 85.

TABLA No. 63
VARIABLES UBICADAS EN EL SECTOR IV O ZONA DE AUTONOMIA DEL PLANO DE COORDENADAS

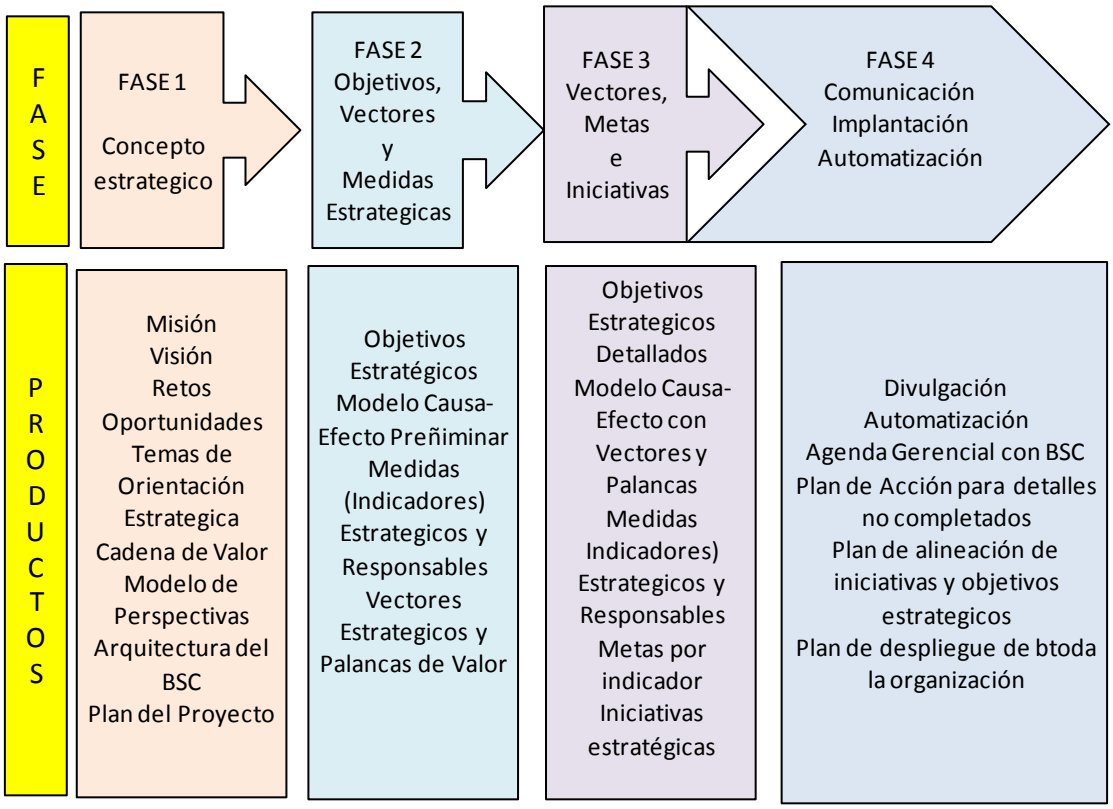
S	No.	VARIABLE	MOTRICIDAD	DEPENDENCIA
4	9	I nseguridad y atracos alrededor HEE	0	2
4	11	Cambios frecuentes de autoridades del nivel directivo	0	2
4	13	Mercado laboral mas competitivo en el IESS	1	4
4	14	Renuncias obligatoria e inestabilidad laboral	0	4
4	15	Salarios mas competeitivos en el IESS para profesionales	3	4
4	16	Incremento de la inflacion e incremento costos equipos, medicamentos e insumos	3	10
4	28	Talento humano desmotivado	10	3
4	29	Manual organizativo desactualizado	3	1
4	31	Carencia de un buen sistema de información	3	7
4	32	No se ha instrumentado los procesos	3	7

Fuente: Neurología Clínica Elaborado: Toty Figueroa

4.2.2. FASES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL BALANCED SCOREDCARD

La metodología de cuatro fases de diseño e implantación asegura la comprensión conceptual por los actores, su desarrollo y la puesta en práctica de la herramienta a nivel operativo; esta secuencia asegura que se capturen y traduzcan a un sistema de indicadores, los objetivos estratégicos de la organización, sobre una variedad de situaciones estratégicas y operacionales a la que es aplicable; el gráfico No.83, ilustra la secuencia del proceso.

GRÁFICO No. 86
METODOLOGÍA PLANTEADA POR ROBERT KAPLAN Y DAVID NORTON



Fuente: Miguel Barreto. Planificación Estratégica basada en el Balanced Scorecard
Elaboración: Miguel Barreto. Planificación Estratégica basada en el Balanced Scorecard

4.2.3. IDENTIFICAR EL ENFOQUE DEL SERVICIO A TRAVÉS DE SUS PERSPECTIVAS

Dimensiones que la metodología plantea para visualizar el desempeño estratégico del servicio, estas permiten ver la razón de ser del servicio en cuatro perspectivas:

Perspectiva financiera, el hospital cuyo fin es social, financieramente parte de una asignación presupuestaria y no busca rentabilidad (lucro), es la base para las demás perspectivas.

Perspectiva de aprendizaje y crecimiento o dinámica organizacional, se centra en el éxito actual y futuro del servicio: la gente, tecnología e información, son los elementos de una organización de aprendizaje (Learning organization), que habilitan a la organización para mejores logros.

Perspectiva de procesos internos, hace énfasis en el desempeño de los procesos clave (de valor agregado) que monitorean el negocio como componentes básicos de su cadena de valor.

Perspectiva del cliente, el desempeño excelente en los procesos del servicio (de valor agregado), impacta subsecuentemente en la satisfacción de expectativas y percepción de los clientes, sobre la contribución que el servicio les da como propuesta de valor.

4.2.4 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

La **misión** determina la finalidad de su existencia, incluye un código de conducta, valores corporativos; representa el propósito estratégico, es una descripción de la posición competitiva que la organización desea alcanzar durante un periodo determinado de tiempo y de las capacidades centrales que deberá adquirir para llegar allí.

La Misión del Servicio de Neurología Clínica

El servicio de Neurología Clínica del HEE, brinda atención especializada de tercer nivel, con alto nivel técnico y científico, contribuye en la atención a la población de Referencia Nacional, en la consulta externa, emergencia, hospitalización y servicios complementarios, las 24 horas del día, los 365 días al año, satisfaciendo sus necesidades y requerimientos en forma oportuna, eficiente, con calidad humana y personal comprometido.

La definición del destino estratégico es el primer paso para poder diseñar el mapa estratégico de una organización, es la visión que la organización espera alcanzar en los próximos 3 o 5 años, estableciendo los medios y recursos que serán claves para llegar a la situación deseada

Una **visión** brinda tanto una guía estratégica como un enfoque motivacional, la declaración de una visión eficaz debe cumplir con tres criterios:

- ❖ Debe ser clara, pero no tan limitativa que inhiba la iniciativa.
- ❖ Debe ser deseable en el sentido de que satisfaga los legítimos intereses y valores de todas las partes interesadas.
- ❖ Debe ser factible, es decir, ser implementable.

La visión del Servicio de Neurología Clínica

El Servicio de Neurología Clínica del HEE, estará conformado por un equipo de profesionales especializado, de alto nivel científico y técnico que brinda servicios con calidad y calidez, a través de medicina basada en evidencia y con tecnología de punta, para satisfacer las necesidades y demandas de la población de Referencia Nacional, liderado por profesionales que desarrollan el mejoramiento continuo del servicio, optimizando los recursos disponibles, en busca de la excelencia que permita satisfacer los requerimientos de la población.

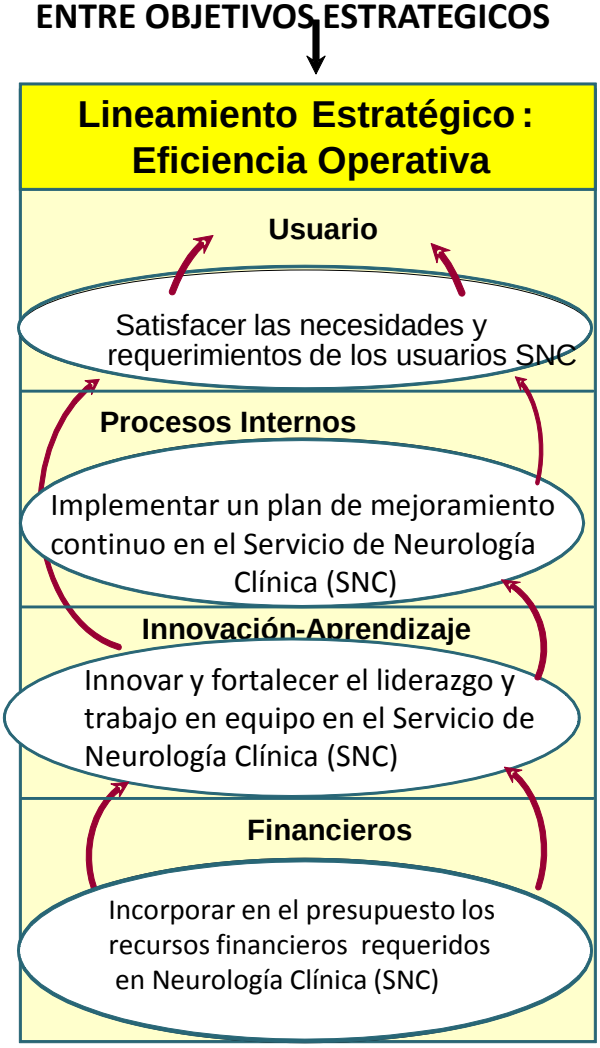
4.2.5 MAPA ESTRATÉGICO

Describe la visión y estrategia de la organización a través de objetivos distribuidos en las cuatro dimensiones del modelo BSC, permite establecer un marco de guía para identificar metas, indicadores e iniciativas, focalizando y organizando todas las actividades de la organización en pos de la estrategia.

Implica el traslado de una organización de su posición actual a una posición futura deseable por el equipo directivo y a la vez incierta, incluyendo una serie de hipótesis vinculadas entre sí, en el gráfico No. 87, se detalla la relación causal del mapa estratégico:

GRAFICO No. 87

MAPA ESTRATEGICO: DIAGRAMA DE CAUSA EFECTO, RELACION ENTRE OBJETIVOS ESTRATEGICOS



Fuente: Miguel Barreto Elaborado: Toty Figueroa

4.2.6 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y RELACIÓN CAUSAL

Los directivos casi siempre dividen las estrategias en temas concretos, que van desde buscar una excelencia operativa, mejorar la relación con los clientes, hasta desarrollar una cultura corporativa diferenciada; se fragmenta la organización a través de las cuatro perspectivas del servicio, formando una corriente de objetivos vinculados alrededor de un área de foco estratégico en la organización; la mayoría de los temas estratégicos que se identifican, se vinculan con:

- **Liderazgo en Servicio:** mantener el liderazgo en la creación y desarrollo de nuevos servicios.
- **Relación con el Cliente:** expandir, profundizar o redefinir las relaciones con los clientes actuales, mediante el incremento de cobertura, demanda, oferta.
- **Excelencia Operativa:** la creación de valor mediante la gestión de la productividad interna y la gestión de la cadena de aprovisionamiento, la gestión y capacidad de los recursos.

Luego de clarificar la visión de la organización y de definir los temas que direccionan la estrategia, el equipo precisa los objetivos estratégicos en las 4 perspectivas (Financiera, Clientes, Procesos, Aprendizaje) del mapa y su relación causal.

Los objetivos son declaraciones de acciones que describen como implementaremos la estrategia, para lograr la visión que todos tenemos de la organización y definen los métodos por los cuales conduciremos los temas estratégicos, como un conjunto de relaciones causa efecto que son concretas, que se pueden medir y justificar, esto permite que todas las personas en los distintos niveles de la organización entiendan su aporte a la estrategia de negocio.

Los **objetivos estratégicos definidos para el Servicio de Neurología Clínica** son por tanto:

- **Usuarios:** satisfacer las necesidades y requerimientos de los usuarios en el Servicio de Neurología Clínica
- **Procesos claves**: implementar un plan de mejoramiento continuo en el Servicio de Neurología Clínica
- **Innovación y aprendizaje:** innovar y fortalecer el liderazgo y trabajo en equipo en el Servicio de Neurología Clínica

- **Financiera:** incorporar en el presupuesto los recursos financieros requeridos en Neurología Clínica

4.2.7 INDICADORES, METAS E INICIATIVAS ESTRATÉGICA

El Balanced Scorecard usa metas para motivar a la organización, se utilizan como una herramienta de gestión estratégica para impulsar un cambio en la organización; para comunicar el cambio, los directivos establecen metas a ser alcanzadas en un horizonte de tiempo para cada indicador, proyectando ubicar a la empresa en la posición deseada, manteniendo la relación causa y efecto, logrando relacionar todas las metas demostrando el impacto que cada una de ellas tiene en la consecución de la estrategia.

Las metas fijan y comunican el nivel de desempeño esperado para la organización en un determinado periodo de tiempo y una organización consigue:

- Que la mayor parte de departamentos o individuos focalicen sus actividades en el alcance de los objetivos cuantificables que soportan el logro de la estrategia
- Dar a los individuos una meta o contribución definida con respecto a la estrategia general de la organización.
- Enfocar a la organización hacia la mejora continua.

Para definir *metas* en el modelo del Balanced Scorecard, es necesario lo siguiente:

- Establecer una sola meta por indicador, más de una meta puede crear confusión y puede definir en forma errónea a la estrategia, tema u objetivo.
- Las metas deben ser cuantificables, ya que si no lo son pueden llevar a una evaluación subjetiva en algún punto durante el proceso, basado en la frecuencia de la evaluación.
- Se debe comunicar claramente el desempeño esperado de la meta, no debe haber duda al respecto para la organización.

- ❖ Identificar relación entre meta, indicador y objetivo estratégico, exponer e ilustrar la relación entre la meta y su respectivo indicador, objetivo, tema y destino estratégico.

4.2.8 MATRIZ DEL BALANCED SCORE CARD

En la tabla No. 64, se detalla la matriz del Balanced Scorecard, en la columna (1) se encuentra la ***perspectiva***, esto es: financiera, innovación y aprendizaje, los procesos claves en el Servicio de Neurología Clínica del HBO.

En la columna (2), se encuentran los objetivos estratégicos, para cada perspectiva.

En la columna (3), se aprecia los indicadores estratégicos, para medir el cumplimiento de los objetivos.

En la columna (4), se evidencia la fórmula para obtener los indicadores que corresponden a cada perspectiva y por tanto a los objetivos.

En la columna (5), se encuentra la línea basal, a partir de la cual se va a medir en avance de los indicadores frente a cada objetivo.

En la columna (6), está la meta propuesta para cada objetivo, que será medida con relación a la línea de base.

En la columna (7), se encuentran las iniciativas estratégicas, que van a permitir construir la Estrategia de implementación más adelante.

TABLA No. 64

BALANCE SCORECARD DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA CLINICA DEL HEE 2013						
1	2	3	4	5	6	7
Perspectiva	Objetivos estratégicos	Indicadores estratégicos	Fórmula	Metas		Iniciativas Estrategias/ proyectos
				Actual	2013	
Usuarios	Satisfacer las necesidades y requerimientos de los usuarios	% de satisfacción de usuarios	Nº de pacientes satisfechos / Total pacientes encuestados *100	40%	70%	Plan de mejoramiento procesos
Procesos claves	Implementar un plan de mejoramiento continuo en el Servicio de Neurología Clínica	% de procesos implementados	Número de procesos implementados /Total de procesos levantados x 100	0%	50%	Plan de mejoramiento procesos
		% del manual de procesos realizado	Nº de procesos realizados / Total procesos planificado *100.	0%	100%	Plan de mejoramiento procesos
		Promedio de dia estada (PDE)	DCO/Egresos	16	12	Plan de mejoramiento procesos
Innovación y aprendizaje	Innovar y fortalecer el liderazgo y trabajo en equipo en el Servicio de Neurología Clínica	% de talleres de capacitación en Sistema de información WinSig	No. de talleres de capacitación realizados / Total programados * 100	0%	60%	Plan de mejoramiento procesos
		% de metros cuadrados de ampliación en Hospitalización	No. de metros cuadrados incrementados /Total	80%	100%	Plan de mejoramiento procesos
		% camas incrementadas	No. camas incrementadas/Total existente	80%	100%	Plan de mejoramiento procesos
		% de horas medico incrementadas	No. horas médico por mes 4HD/ Total horas médico 8HD	50%	75%	Plan de mejoramiento procesos
		% Enfermeras contratadas	No Enfermeras contratadas / Total enfermeras requeridas * 100	83%	100%	Plan de mejoramiento procesos
Financiera	Incorporar en el presupuesto los recursos financieros requeridos en Neurología Clínica	% de partidas presupuestarias creadas para enfermeras del Servicio de Neurología Clínica	Total Partidas asignadas para enfermeras/Total partidas requeridas *100	67%	100%	Plan de mejoramiento procesos

Fuente: Neurología Clínica Elaborado por: Toty Figueroa

4.3 GESTIÓN DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA CLINICA

La gestión articula lo planificado (objetivos) con los recursos existentes en la organización, por tanto pone en acción los procesos con entradas y salidas; a través de los procesos agregadores de valor, que son la razón de ser de la institución (misión), se pone en acción los recursos organizacionales (racionalizando y optimizando), a fin de obtener resultados (consultas externas, egresos), como productos finales e intermedios como exámenes de laboratorio, Rx, ECOS, etc.; con el propósito de satisfacer necesidades y requerimientos de usuarios.

4.3.1 EL BALANCED SCORECARD (BSC), COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN

El Balanced Scorecard (BSC) permite un análisis objetivo de la eficiencia y eficacia organizacional, considerando como las actividades de procesos, recursos y áreas impactan en el desempeño global del negocio; como herramienta de gestión, permite un análisis objetivo de la eficiencia y eficacia organizacional considerando el impacto de que procesos, recursos, áreas y departamentos ejercen en el desempeño global del servicio, asegurando un enfoque total sobre:

- **Foco y alineamiento:** permite focalizar las actividades e iniciativas de todo el personal en pos de la consecución de la estrategia de negocio
- **Motivación y Comunicación:** es una poderosa herramienta de motivación que permite conocer y evaluar como las actividades de cada empleado impactan en los resultados de la estrategia, una vez relacionado el BSC con el sistema de incentivos de la organización.
- **Realimentación y Aprendizaje:** luego de comunicar la estrategia del negocio a todos los niveles de la organización, el BSC nos permitirá direccionar la estrategia según su consistencia y cambios que experimente el mercado.

El manejo integrado de estos tres conceptos básicos en la implementación de un Balanced Scorecard genera en una organización, una serie de beneficios entre los cuales tenemos:

- **Alineación estratégica** de la organización a partir de la transformación de "Visión y Estrategia" en tácticas y acciones individuales.
- **Alta integración entre los diversos niveles de la organización** garantizando su eficiencia y eficacia, articulándose un entendimiento compartido y facilitando la retroalimentación estratégica.
- Contar con una **herramienta de seguimiento y control de planes, objetivos y metas a través de indicadores de ocurrencia y tendencia** que reflejen una relación de causa y efecto.
- El desarrollo de una **herramienta de comunicación, educación y motivación**.
- **Focalizar y optimizar el uso de los recursos.**
- **Permite identificar indicadores claves,** con indicación de cuáles son los inductores críticos que implican el éxito del servicio.

Los indicadores de gestión son más que datos estadísticos, están asociados a la misión de la gerencia y de la organización, agrega valor al servicio al suministrarle retroinformación y sistémica, un indicador es una relación de observaciones y cifras que pueden compararse y ser objeto de mejora continua; se requieren seis pasos:

- Conocer la visión de la institución, esto es, alinear toda la organización en torno a ella.
- Conocer, dentro de esta visión, cuál es el valor agregado esperado de cada unidad de gestión de la empresa (consulta externa, emergencia, hospitalización, servicios complementarios).
- Desdoblar el valor agregado, es establecer los subsistemas que pertenecen al sistema mayor y su correspondiente valor agregado (consulta externa, emergencia, hospitalización, servicios complementarios).

- Definir la métrica del sistema, es definir la efectividad del sistema (eficiencia y eficacia); eficaz si satisface las necesidades y requerimientos del cliente interno; eficiente si se utilizan óptimamente los recursos asignados (presupuesto, personas, equipo de trabajo, información, métodos) y no se incurre en fallas en los procesos establecidos.
- Establecer estándares, es un indicador numérico representativo del logro, sobre el cual se evalúan las desviaciones y aciertos.
- Verificar y comparar con planes y programas para lograr las metas adecuadamente; para solucionar y evitar recurrencia de problemas, atendiendo las causas básicas que los originan.

4.3.2 GESTION CON ENFOQUE BASADO EN PROCESOS

La estructura de procesos permite una orientación hacia el cliente/usuario, situación que facultan establecer los requisitos como elementos de entrada al Sistema de Gestión, se resalta la importancia del seguimiento y medición de la información relativa a la percepción del cliente acerca de cómo la organización cumple con sus requisitos; el sistema de gestión con enfoque en procesos, requiere cuatro grandes pasos:

- La identificación y secuencia de los procesos.
- La descripción de cada uno de los procesos.
- El seguimiento y la medición para conocer los resultados que obtienen.
- La mejora de los procesos con base en el seguimiento y medición realizada.

4.3.2.1 El seguimiento y la medición de los procesos

El seguimiento y medición de los procesos, debe servir como mínimo para evaluar la capacidad y la eficacia de los procesos, y tener datos a través de mediciones objetivas que soporte la toma de decisiones.

Los indicadores permiten establecer, en el marco de un proceso (o conjunto de procesos), qué es necesario medir para conocer la capacidad y la eficacia del mismo, todo ello alineado con su misión u objeto:

- Capacidad: aptitud de una organización, sistema o proceso para realizar un producto que cumple los requisitos para ese producto.
- Eficacia: extensión en la que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.

La *capacidad de un proceso* está referida a la aptitud para cumplir con unos determinados requisitos, mientras que la *eficacia del proceso* está referida a con qué extensión los resultados que obtiene el proceso son adecuados o suficientes para alcanzar los resultados planificados, es necesario alcanzar los resultados deseados optimizando la utilización de recursos, es decir, además de la eficacia, considerar la eficiencia en los procesos.

- Eficiencia: Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.

4.3.2.2 Indicadores del proceso

Los indicadores constituyen un instrumento que permite recoger de manera adecuada y representativa la información relevante respecto a la ejecución y los resultados de uno o varios procesos, de forma que se pueda determinar la capacidad y eficacia de los mismos, así como la eficiencia.

En función de los valores que adopte un indicador y de la evolución de los mismos a lo largo del tiempo, la organización está en condiciones de actuar o no sobre el proceso (sobre las variables de control para cambiar el comportamiento del proceso), según convenga.

Un indicador es un soporte de información que representa una magnitud, de manera que a través del análisis del mismo se permite la toma de decisiones sobre los parámetros de actuación (variables de control) asociados.

Para el establecimiento de indicadores, es necesario considerar tanto la **eficacia** (obtención de los resultados deseados) como la **eficiencia** (optimización de recursos) en los procesos; debe tenerse en cuenta: la forma de cálculo, la periodicidad para la medición y el seguimiento, la forma de representación, los responsables de ello y, por supuesto, el resultado esperado respecto al mismo.

4.3.2.3 El control de los procesos

Para ejercer un control sobre los procesos, la información recabada por los indicadores debe permitir el análisis del proceso y la toma de decisiones que repercutan en una mejora del comportamiento del proceso.

El control del proceso es a través de indicadores, se analizan los ***resultados del proceso*** (para conocer si alcanzan los resultados esperados) y se toman decisiones sobre las variables de control (se adoptan acciones); de la implantación de estas decisiones se espera, a su vez, un cambio de comportamiento del proceso y, por tanto, de los indicadores; se pueden utilizar herramientas de representación específicas (tablas, histogramas); lo que más preocupa a una organización es conocer en qué grado o extensión estos datos reflejan el cumplimiento de los requisitos del cliente.

El proceso de consulta externa se plantea realizar el control, mediante los indicadores de resultado, cuya dimensión se vincula con la eficacia y eficiencia, según cuadro No. 14

CUADRO No. 14

PROCESO: GESTIÓN CONSULTA EXTERNA			
Factor de éxito	**Dimensión administrativa**	**Indicadores**	**Forma de cálculo**
Nivel de relación con primeras consultas	Eficacia	Concentración de consultas	Total de Consultas/primeras consultas
Capacidad resolutiva en consulta	Eficacia	Promedio de horas de trabajo médico/dia	(Total horas laboradas/número de médico)/dias laborados
Promedio de atención en consulta	Eficiencia	Promedio diario de consultas	Total consultas/Días laborados
Rendimiento hora médico	Eficiencia	Promedio de consultas por hora	Total de Consultas/Total horas laboradas

Fuente: Toty Figueroa Elaborado por: Toty Figueroa

En el proceso de hospitalización el control de resultados, se realizará mediante los indicadores de eficiencia: ***promedio de días estancia, giro de camas, índice o porcentaje ocupacional e intervalo de sustitución,*** de acuerdo al anexo No.6

4.3.2.4 Mejora de los procesos

La organización debe mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de procesos, mediante los resultados de las auditorías de los procesos, el análisis de datos, las acciones correctivas, preventivas, la revisión por la dirección.

Los datos recopilados del seguimiento y la medición de los procesos deben ser analizados con el fin de conocer las características y la evolución de los procesos, de este análisis de datos se debe obtener la información relevante para conocer:

- Qué procesos no alcanzan los resultados planificados.
- Dónde existen oportunidades de mejora.

Cuando un proceso no alcanza sus objetivos, se deberá establecer las correcciones y acciones correctivas para asegurar que las salidas del proceso

sean conformes, lo que implica actuar sobre las variables de control para que el proceso alcance los resultados planificados.

También puede ocurrir que, aun cuando un proceso esté alcanzando los resultados planificados, se identifique una oportunidad de mejora en dicho proceso por su importancia, relevancia o impacto en la mejora global.

Metodológicamente se considera cuatro grandes pasos para establecer la mejora continua en los procesos:

Planificar: La etapa de planificación implica establecer qué se quiere alcanzar (objetivos) y cómo se pretende alcanzar (planificación de las acciones); esta etapa se puede descomponer, a su vez, en las siguientes subetapas:

- Identificación y análisis de la situación.
- Establecimiento de las mejoras a alcanzar (objetivos).
- Identificación, selección y programación de las acciones.

Hacer: implementar los procesos, en esta etapa se lleva a cabo la implantación de las acciones planificadas según la etapa anterior.
Verificar: En esta etapa se comprueba la implantación de las acciones y la efectividad de las mismas para alcanzar las mejoras planificadas (objetivos).
Actuar: En función de los resultados de la comprobación anterior, en esta etapa se realizan las correcciones necesarias (ajuste) o se convierten las mejoras alcanzadas en una “forma estabilizada” de ejecutar el proceso (actualización).

4.3.3 GESTION DE INDICADORES DE USO DE CAMA HOSPITALARIA

La gestión del ***recurso cama*** es fundamental en un servicio de hospitalización, ya que el presupuesto y los recursos están asignados en base al número de camas, por tanto permite medir el grado de eficiencia en el uso, optimización y racionalización de este recurso, en los servicios de hospitalización:

- Si se prolonga la **estadía** disminuyen el número de **egresos** y la posibilidad de atender el incremento de la demanda (demanda insatisfecha por falta de camas)
- Si disminuye el **promedio de estancia** se incrementa el número de egresos (requerimiento de la población por la demanda que supera la oferta),
- A menor promedio de estancia mayor egresos, mayor índice ocupacional
- A mayor número de **días cama ocupada**, mayor **índice ocupacional.**
- **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**.

En la actualidad la tendencia es a disminuir el tiempo de estada en el hospital, y realizar los controles a los pacientes de manera ambulatoria en la consulta externa, sin embargo, si estos criterios no están estandarizados y consensuados, a través de Protocolos, se vuelve lejana la optimización del recurso cama (eficiencia hospitalaria). A continuación se detallan los principales indicadores del uso de cama planteados para el servicio de hospitalización de Neurología Clínica.

4.3.3.1 Promedio de Estancia

También denominado *Estadía, Estada o Permanencia*, es el tiempo promedio en días y fracción de días, que el paciente permanece hospitalizado ocupando una cama: el tiempo promedio que utiliza un servicio o un hospital para ingresar, diagnosticar, tratar y/o rehabilitar a sus pacientes (el promedio de días que permanece un grupo de pacientes, en general o específico por edad, por servicio, por tipo de enfermedad, etc.).

Es un indicador de rendimiento del recurso cama, y está estrechamente relacionado con el número de egresos que produce un servicio u hospital en un período dado.

La fuente del dato es la contabilización de la estancia (permanencia) de cada uno de los egresados en un periodo dado aunque otra opción podría ser el censo diario por la contabilización del Día Cama Ocupada; se nutre del censo diario, por la contabilización del Día Cama Ocupada o bien por contabilización de los egresos realizada en el Departamento de Registros Médicos.

Está directamente relacionado con el tipo de morbilidad y complejidades que asume un determinado servicio, es de esperarse un Promedio de Estancia menor en servicios de Obstetricia (2-3 días: legrados 1 día, partos normales 2 días, cesáreas 3-4 días) que en un servicio de Medicina Interna. (OPS/OMS, 2007)

Fórmula:

Total de estancias de pacientes egresados

Egresos del mismo período

Total de estancias de egresos, es suministrado por el departamento de estadística, surge de la contabilización por paciente del número de días que estuvo internado (fecha egreso menos la fecha ingreso)

Opción:

D-C-O de un período (**)

Egresos del mismo período

Análisis e Implicaciones:

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” cama y por tanto de número de pacientes que la institución puede atender en un período dado; ***es a su vez***

uno de los pocos, sobre el cual puede ejercer control el gerente de los servicios de salud; los usos principales son:

- Cuantificar la ***capacidad productiva*** (número de pacientes hospitalizados que se pueden atender en un período dado) de la institución a partir de la dotación de camas.
- Monitorear el ***tiempo que cada paciente permanece hospitalizado***. La sumatoria determina el Promedio de Días Estancia de la especialidad o servicio.
- Proyectar, en asociación con otros indicadores, las metas programáticas.
- Determinar el nivel de cumplimiento de los estándares pertinentes.
- Determinar su comportamiento como un ***factor restrictivo de accesibilidad a los servicios de salud*** (a mayor Promedio de Días Estancia menor disponibilidad y a menor Promedio de Días Estancia mayor disponibilidad).

Factores que Influyen su Comportamiento:

1. Condiciones Relacionadas con el paciente:

- ❖ Patología que motiva la hospitalización y existencia de patologías asociadas.
- ❖ Severidad de la condición del paciente.
- ❖ Motivo de ingreso
- ❖ para estudio
- ❖ para diagnóstico y tratamiento
- ❖ sólo para tratamiento
- ❖ para rehabilitación
- ❖ Problemas sociales: vive lejos, no tiene familia, es anciano o discapacitado, etc. situaciones que generan que el paciente no egrese con oportunidad a pesar de tener del “alta” medica.

2. Condiciones Prehospitalarias:

- ❖ Paciente referido al nivel apropiado de complejidad para su condición de salud.

- ❖ Diagnóstico adecuado hecho con anterioridad al ingreso al hospital.
- ❖ Pacientes no diagnosticados oportunamente.

3. Condiciones Hospitalarias:

- ❖ Pérdidas de tiempo:
  - Pacientes no diagnosticados oportunamente.
  - Pacientes en preparación prolongada para intervenciones quirúrgicas
  - Preparación de la cama hospitalaria.
  - Movimiento excesivo: Una estación de trabajo mal diseñada es causa de que el personal malgaste energía en movimientos innecesarios. Si la plataforma de servicios y los lavados están situados demasiados lejos del lugar normal de trabajo, el personal tendrá que andar centenares de kilómetros innecesarios a lo largo del año. Las herramientas, los equipos, los materiales y las instrucciones que se necesitan para realizar el trabajo han de colocarse en el lugar más conveniente para que el funcionario ahorre energía.
- ❖ Pacientes recibiendo servicios de fisioterapia, rehabilitación o radioterapia.
- ❖ Cumplimiento de las indicaciones médicas y buena atención del paciente por parte del personal de enfermería.
- ❖ Tiempo de preparación del paciente para el alta o egreso del hospital.
- ❖ Manejo de complicaciones infecciosas, infecciones nosocomiales, reacciones adversas, etc.
- ❖ Relación entre el hospital y la familia del paciente previo al alta.
- ❖ Visita diaria.
- ❖ Correcta evaluación de la evolución del paciente.
- ❖ Oportuna atención del paciente cuando su condición lo determine durante su hospitalización.
- ❖ Vigilancia eficaz del paciente cuya condición es de alta severidad.
- ❖ Oportunidad de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y la toma de decisiones médicas correspondientes, según normas (protocolos).
- ❖ Conciencia del peligro de estancias prolongadas innecesarias (flebitis, infecciones, etc.).

- ❖ Conciencia del efecto de las condiciones sociales, comunitarias y familiares en la condición presente y futura del paciente.

4 Condiciones Relativas a la Admisión del Paciente:

- ❖ Documentación completa y adecuadamente organizada.
- ❖ Normas adecuadas de admisión y acciones subsecuentes inmediatas.
- ❖ Ingreso del paciente días viernes o sábado para cirugía electiva.
- ❖ Tiempo de preparación del paciente.
- ❖ Oportunidad de inicio de la atención a partir del ingreso.

5. Condiciones Relativas a Jefatura del Servicio y a la Dirección Médica:

- ❖ Visitas generales a las salas o ambientes donde se encuentre el paciente.
- ❖ Existencia de protocolos y de un sistema permanente de monitoreo, evaluación y ajuste, según condiciones locales e institucionales propias.
- ❖ Reuniones de personal médico para el análisis de morbilidad y revisión de indicadores de rendimiento (v. g. permanencia promedio del paciente internado).
- ❖ Existencia de un comité de expedientes médicos.
- ❖ Calidad y oportunidad de la información para la toma de decisiones sobre gestión clínica y gerencial.
- ❖ Si el personal espera instrucciones (dirección deficiente o muy centralizada), mala planificación del trabajo, cargas de trabajo desiguales entre procesos, fallo de los equipos, mala supervisión.

6. Condiciones Relativas a los Servicios de Apoyo:

- ❖ Existencia de la combinación de servicios y tecnología correspondiente al nivel de complejidad.
- ❖ Tiempo de respuesta de las solicitudes de procedimientos y servicios auxiliares.
- ❖ Cuellos de botellas en la producción, entrega tardía de materiales, materiales perdidos, mal control de materiales almacenados, mal control de la documentación.

- Si el personal espera instrucciones (dirección deficiente), mala planificación del trabajo, cargas de trabajo desiguales entre procesos, mala supervisión, rechazos por mala calidad, entregas tardías, materiales perdidos.
- Fallo de los equipos: un equipamiento mal diseñado o con un mantenimiento deficiente favorece en mucho a los problemas de producción, a la interrupción del ritmo de trabajo y a los accidentes. Las empresas deben instaurar el Mantenimiento Preventivo con la finalidad de "cero rupturas".
- Pérdidas de tiempo: movimiento excesivo, una estación de trabajo mal diseñada es causa de que el personal malgaste energía en movimientos innecesarios. Si la plataforma de servicios y los lavados están situados demasiados lejos del lugar normal de trabajo, el personal tendrá que andar centenares de kilómetros innecesarios a lo largo del año. Las herramientas, los equipos, los materiales y las instrucciones que se necesitan para realizar el trabajo han de colocarse en el lugar más conveniente para que el funcionario ahorre energía.

4.3.3.2 Porcentaje de Ocupación - Índice Ocupacional (I.O.)

Es el porcentaje de camas que en promedio están siendo utilizadas durante un período dado, v. g. un mes, un año, etc. (mide el grado de utilización de las camas). Los términos Índice Ocupacional y Porcentaje Ocupacional representan el mismo concepto, aunque pueden tener una expresión matemática discretamente diferente. Está condicionado por dos factores: la dotación de camas y el Promedio de Días Estancia. Es una medida de la racionalidad en el uso de los recursos de inversión (capacidad instalada, representada por la dotación de camas) y de la capacidad institucional para atender la demanda de servicios hospitalarios. Este indicador está relacionado con la presión que ejerce la demanda (población) sobre las camas de hospitalización.

Se puede disponer de este indicador por: especialidad o servicio, establecimiento, nivel de complejidad institucional, todos los establecimientos de una red de servicios (OPS/OMS, 2007)

Fórmula:

D-C-O de un período
---------- x 100 = Porcentaje de Ocupación (% Ocup)
D-C-D del mismo período

D-C-O de un período
---------- = Índice de Ocupación (I.O)
D-C-D de mismo período

Estadísticamente puede hacerse la distinción entre *Índice* y *Porcentaje* de Ocupación, considerándose la primera como un número decimal, por ejemplo I.O.= 0.8, mientras que el % Ocupacional seria 80%, para fines gerenciales se utilizan como sinónimos.

Análisis e Implicaciones:

Representa una 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.

Por si solo no se puede considerar al I.O. como una medida de eficiencia ya que puede estar elevado como consecuencia de estancias muy prolongadas, situación poco deseable e indicadora de menor eficiencia. También debe tenerse en cuenta que el porcentaje de ocupación se modifica en relación al tamaño del hospital; en una institución de 25 camas, un ingreso lo eleva considerablemente, mientras que en otro hospital de 250 camas apenas lo modificará. Algunas aplicaciones analíticas son:

- ❖ Determinar el nivel de uso de las camas hospitalarias y por tanto la capacidad ociosa.
- ❖ Hacer proyecciones sobre la capacidad de oferta de servicios de la institución (cantidad de pacientes que es posible atender en un período dado bajo ciertas premisas de eficiencia).
- ❖ Evaluar los niveles de uso de la capacidad instalada y requerimientos futuros de inversión física.
- ❖ Establecer patrones de dotación de recurso humano en base al uso real de la capacidad productiva (y no a la dotación física de camas).
- ❖ Contribuye a determinar el punto de equilibrio para la costeabilidad de la cama (o en su defecto el costo agregado por sub-utilización de camas).
- ❖ Permite evaluar la oferta (nivel de uso de la dotación de camas) y hacer proyecciones sobre los requerimientos de inversión física futura.
- ❖ Bajo ciertas condiciones, permite inferir la presencia de barreras gerenciales a la accesibilidad, por ejemplo: (i) hay lista de espera para intervenciones quirúrgicas cuando hay capacidad operativa ociosa en los quirófanos por organización de horarios u otros factores; (ii) hay lista de espera para internación con índices ocupacionales bajos.

4.3.3.3 Intervalo de Sustitución

Es el tiempo promedio, en días o fracción de días, que dura desocupada una cama, entre un ingreso y otro.

Fórmula:

(DCD de un período) - (DCO del mismo período)

Egresos durante el período

Análisis e Implicaciones:

- ❖ Bajo condiciones de alta demanda, el indicador ofrece una medida de la eficiencia en la preparación de la cama después de que egresa un paciente, de tal manera que la cama esté el menor tiempo posible ociosa para el ingreso

del siguiente paciente. A mayor Intervalo de Sustitución, mayor la espera del "siguiente paciente" y menor la capacidad productiva de la institución.

- Bajo condiciones de baja demanda, un índice ocupacional bajo determina una diferencia importante entre D-C-D y D-C-O y por tanto un alto intervalo de sustitución.
- En general el Intervalo de Sustitución debe ser positivo, si fuera negativo implicaría que hay más pacientes que camas (los pacientes tienen que esperar en pasillos o por algunos períodos más de un paciente tendrá que ocupar una cama. El indicador negativo implica que la cifra correspondiente a D-C-D es más baja la de los D-C-O). Un valor de 1, implica que se toma en promedio 24 horas para preparar una cama y entre más cercano a cero mayor será la eficiencia en la preparación de la cama y por tanto la optimización de productividad (presumiendo que existe demanda de servicios de hospitalización).

Algunas aplicaciones del Intervalo de Sustitución son:

- Determinar la eficiencia en el uso de la cama, especialmente cuando existe una alta demanda de servicios de hospitalización.
- Disminuir las listas y los períodos de espera para internación y por tanto aumentar la oportunidad de la atención.
- Inferir la racionalidad de los niveles de dotación de camas (a mayor Intervalo de Sustitución existe la posibilidad de una sobredotación de camas).
- Detectar problemas gerenciales asociados con la gestión de la cama: calidad de la supervisión, contactos sociales y familiares previos a la salida del paciente, etc.

Factores que Influyen su Comportamiento:

- Demanda de servicios de hospitalización, a mayor demanda, probable intervalo de sustitución bajo (mayor eficiencia) y a menor demanda, probable intervalo de sustitución alto (menor eficiencia).
- Si hay alta demanda, la eficiencia del proceso de alta del paciente internado y preparación de la cama condicionan el intervalo de sustitución.

- ❖ Supervisión de la condición del paciente y preparación interna y externa (contactos sociales y familiares) para el alta del paciente.
- ❖ Coordinación interna de otros procesos administrativos asociados con el alta del paciente. (OPS/OMS, 2007)

4.3.3.4 Giro de Camas (Índice de Rotación - Velocidad Cama – Coeficiente de Reemplazo)

Es el número de egresos promedio que se genera por cada cama, en un período determinado.

Se le denomina de muy diferentes formas: Índice de Rotación, Índice de Renovación, Velocidad Cama, Coeficiente de reemplazo y Promedio de Egresos por cama (este último pareciera ser el nombre más adecuado); es una razón entre el número de egresos hospitalarios y el número de camas de dotación normal; como el numerador es casi siempre mayor que el denominador, no se requiere de constante; se calcula generalmente para periodos anuales; y debemos hacer énfasis en que la unidad de tiempo es muy importante para la interpretación de este indicador.
Se puede disponer de este indicador por: especialidad o servicio, establecimiento (hospital), nivel de complejidad institucional, una región o un país, todos los establecimientos de una red de servicios

Fórmula:

Egresos de un Servicio

Promedio de camas disponibles en el periodo

Análisis e Implicaciones:

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; a mayor promedio de estancia, menor el giro de camas; y a menor

promedio de estancia, mayor el giro de camas; por ejemplo servicios de Obstetricia tendrán un mayor giro de cama que servicios como Medicina o Psiquiatría, ello en función de que su estancia promedio es mucho menor. (OPS/OMS, 2007).

“La costumbre” ha establecido que 25 egresos por cama es un buen Giro Cama para hospitales generales, sin embargo es peligroso caer en la tentación de un parámetro cuando en realidad es la interrelación entre I.O., Promedio de Estancia y en Giro Cama lo que debe imperar en su interpretación más que el dato aislado de Giro Cama, de hecho podremos encontrar como razonables giros cama muy disímiles para servicios de Obstetricia con 155 egresos/cama/año, Cirugía General con 62 egresos/cama/año y Medicina Interna con 44 egresos/cama/año, asumiendo para todos un I.O. del 85% y estancias promedio respectivamente de 2, 5 y 7 días.

Factores que Influyen su Comportamiento:

- Demanda de servicios.
- Índice ocupacional, dotación de camas y promedio de días estancia.
- Los mismos factores que condicionan el comportamiento del índice ocupacional y el promedio de días estancia.

4.3.4 OPTIMIZACIÓN DEL RECURSO CAMA EN EL SERVICIO DE NEUROLOGÍA CLÍNICA

Con las definiciones señaladas anteriormente, en el servicio de neurología Clínica, se procede a generar escenarios de optimización del recurso cama, en función de la productividad reflejada en los egresos, considerando la situación actual, situación potencial y la definición de capacidad ociosa. Para el efecto se establecen 5 escenarios, en los cuales se considera los DCO potenciales y el PDE disminuidos, a fin de que el cociente entre estos dos proporcione el número de egresos potenciales. Se incrementan de 466 (situación actual) egresos a 1323

(situación potencial), observándose la capacidad ociosa de 857 egresos, que corresponde al 184%, según tabla No. 68.

TABLA No. 68

SERVICIO DE NEUROLOGÍA CLINICA 2010

ANÁLISIS DE PRODUCTIVIDAD (EGRESOS) DEL RECURSO CAMA

SITUACION ACTUAL					SITUACION POTENCIAL					CAPACIDAD OCIOSA	
EGRESOS	D-C-O	INDICE OCUPACIONAL	PROMEDIO DE ESTANCIA	CAMAS	PROMEDIO DE ESTANCIA	INDICE OCUPACIONAL	D-C-O	EGRESOS	IS	Capacidad ociosa en EGRESOS	Capacidad ociosa como % de la producción actual
466	**7832**	96	17	**30**	**8**	**97**	**10585**	**1323**	**0,28**	857	184%
					9	**96**	**10479**	**1164**	**0,40**	698	150%
					10	**95**	**10373**	**1037**	**0,56**	571	123%
DCD	**10950**				**11**	**94**	**10267**	**933**	**0,73**	467	100%
					12	**93**	**10162**	**847**	**0,93**	381	82%

Fuente: Estadística HEE Elaborado por: Toty Figueroa

De igual manera se procede a determinar el número de camas requeridas, generando escenarios de optimización del recurso cama, en función del Promedio Día Estada, Índice Ocupacional y Egresos potenciales, evidenciándose la optimización en el número de camas, considerando la situación actual, situación potencial y la definición de capacidad ociosa de camas.

La Capacidad Potencial se calcula mediante la siguiente formula: CP=(E*PDEPotencial)/IOPotencial/365, observándose en los diferentes escenarios que al disminuir el PDE (desee 8 a 13 días), e incrementar el IO (desde 94% hasta 99%), se logra disminuir el número de camas necesarias (10 a 18), lo cual revela el número de camas en exceso (desde 20 a 12) y el exceso de camas como % (desde 66% a 41%) de la dotación actual, según tabla No. 65.

TABLA No. 65

SERVICIO DE NEUROLOGÍA CLINICA 2010

CAMAS REQUERIDAS EN CONDICIONES DE EFICIENCIA

SITUACION ACTUAL				SITUACION POTENCIAL			CAPACIDAD OCIOSA	
CAMAS	INDICE OCUPACIONAL	PROMEDIO DE ESTANCIA	EGRESOS	INDICE OCUPACIONAL	PROMEDIO DE ESTANCIA	CAMAS	Camas en exceso de requerimiento	Exceso de camas como % de la dotación
30	95,65	16,81	466	99	8	10	20	66%
				98	9	12	18	61%
				97	**10**	13	17	56%
				96	11	15	15	51%
				95	**12**	16	14	46%
				94	13	18	12	41%

Fuente: Estadística HEE Elaborado por: Toty Figueroa

Es factible desarrollar la presente optimización de manera paulatina, para el efecto se requiere el apoyo del personal médico, quienes establecen las altas, según protocolo, guías de práctica clínica y/o Medicina Basada en evidencia.

4.3.5 LIDERAZGO

En esta línea, el modelo se fundamenta en que los resultados excelentes con respecto al rendimiento de la organización, a los clientes, las personas y la sociedad (en definitiva, los diferentes grupos de interés) se logran mediante un liderazgo que dirija e impulse la política y estrategia, las personas de la organización, las alianzas y recursos, y los procesos.

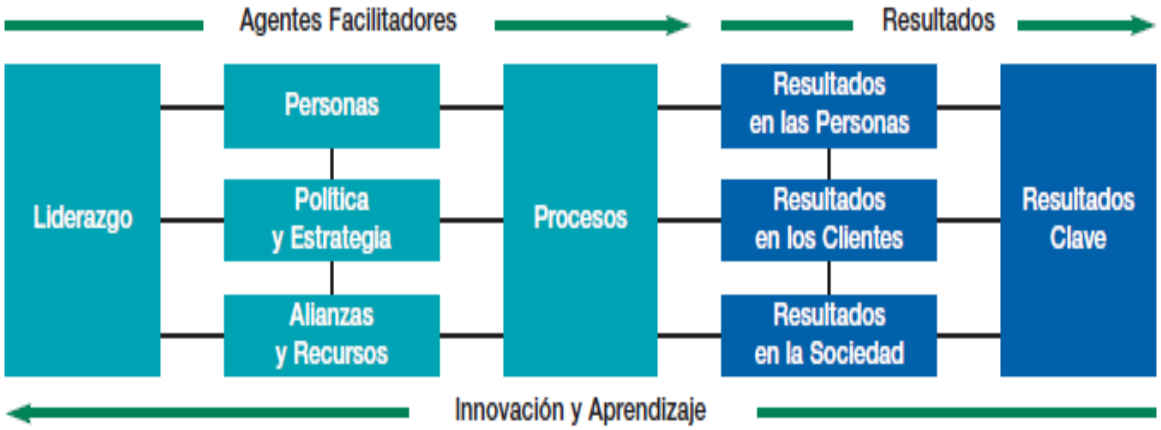
El modelo, como se observa en el grafico No. 85, se compone de nueve criterios y un esquema de evaluación que permite reconocer el nivel de excelencia de una organización, constituyéndose en una herramienta de mejora continua del desempeño global, que permite catalizar el cambio en las organizaciones, y en verdadero impulsor de la innovación y aprendizaje para la obtención de resultados excelentes en todos los ámbitos.

Es necesario plantear y fortalecer el trabajo en equipo, mediante un liderazgo que promueva la innovación y aprendizaje, en las personas, a través de las políticas y

estrategias, mediante alianzas y la dotación de recursos; situación que favorecerá la ejecución adecuada de los procesos internos, permitiendo los resultados en las personas, usuarios, y la sociedad en general, generando el impacto requerido en salud y satisfacción de los pacientes, según gráfico No. 88

GRAFICO No. 88

CRITERIOS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO ORGANIZACIONAL



Fuente: Instituto Andaluz de Tecnología Elaboración: Instituto Andaluz de Tecnología

4.4 MONITOREO, CONTROL Y EVALUACIÓN

Es el procedimiento para una gestión adecuada y ordenada, los resultados deben ser retroalimentados a los actores involucrados, a fin de tomar las medidas correctivas correspondientes; estos procedimientos solo pueden ser llevados a cabo a través de una herramienta fundamental en la gestión, que es el Sistema de Información, el cual se presenta más adelante.

El Monitoreo provee información sobre el avance de un proyecto, plan, programa, a fin de comparar los avances periódicos logrados frente a las metas propuestas.

El Control debe atravesar por tres etapas: establecimiento de estándares y puntos críticos, medición del desempeño y corrección de las desviaciones.

La Evaluación es un proceso desarrollado de manera periódica trimestral, semestral y anual.

4.5 SISTEMA DE INFORMACIÓN GERENCIAL (SIG)

El Hospital Eugenio espejo, por su tamaño, nivel de especialidades, servicios complementarios, personal, etc.; requiere un sistema de información gerencial, que permita la toma acertada de decisiones, mediante un monitoreo, control, evaluación y retroalimentación de la información generada en los servicios, para el efecto se sugiere la aplicación del sistema desarrollado por OPS/OMS, que funciona en varios países, pues por tratarse de un hospital público no tendría costo, tanto el software, la capacitación e instalación del mismo, a continuación se detalla los componentes del mismo.

4.5.1 PROPÓSITO

Es un *instrumento* de uso *gerencial* más que *administrativ*o, privilegia su aplicación en la gestión, planificación, manejo organizacional, incluyendo la gestión de los recursos; el uso del SIG concierne a quienes ejercen el liderazgo institucional al más alto nivel, y desde ahí permea a todos los niveles de toma de decisiones.

- ***Diagnóstico institucional***, como lectura permanente, práctica e intencionada de las “alarmas” o puntos críticos que provee el SIG; la posibilidad de visualizar con rapidez un conjunto reducido y manejable de problemas determinantes del perfil de productividad institucional, es una de las principales fortalezas.

- ***Instrumentos analíticos*** que permiten al gerente de los servicios de salud “modelar inteligentemente” con opciones de costo/beneficio (el costo conlleva la eficiencia y el beneficio se refleja en cobertura, calidad y equidad); cuantificar la capacidad productiva potencial, compararla con la

producción “actual” y medir objetivamente la capacidad ociosa (nivel real de productividad).

- El ***conocimiento de problemas relevantes, las causas asociadas y las posibilidades de acción,*** constituye los ingredientes para formular y ejecutar opciones y metas de cambio; el hecho de usar un número reducido de indicadores (Anexo No. 5) que afectan el perfil global de desempeño organizacional y la transparencia de los problemas relevantes- permiten establecer sobre la marcha procesos de cambio dirigidos a ***fortalecer la relación Eficiencia/Producción/Cobertura.***

4.5.2 ÁMBITO DE APLICACIÓN

Permite incorporar en diferentes regiones y niveles de complejidad:

- hospitales de referencia nacional (nivel terciario)
- hospitales regionales (nivel secundario, con subespecialidades).
- hospitales del primer nivel de referencia.
- centros ambulatorios.

El macro-análisis por nivel evidencia el perfil de problemas del subsistema hospitalario, en donde se destaca los siguientes aspectos:

- Uso improductivo de las camas, como reflejo de bajos índices ocupaciones y altos niveles de permanencia por paciente hospitalizado;
- un gasto en apariencia excesivo de medicamentos por egreso en los servicios de medicina y cirugía;
- altos índices de uso del servicio de laboratorio por parte de los servicios de cirugía y medicina; y
- bajos niveles de rendimiento del recurso médico en la consulta externa.

4.5.3 FUNCIONES PRINCIPALES

- Evaluar globalmente el desempeño de instituciones y programas de salud.

- Identificar los factores o problemas más relevantes del perfil de productividad institucional correspondiente.
- Facilitar el análisis de dichos factores o problemas a fin de determinar opciones de cambio, en el marco de los procesos de reforma sectorial y modernización de la gestión sanitaria.
- Monitorear los procesos de cambio y la evaluación de impacto de las medidas de ajuste institucional que sean adoptadas para atacar la problemática que el propio SIG permite identificar.
- Establecer los costos de los servicios como resultantes de la eficiencia en las funciones de producción.

4.5.4 PRODUCTOS DEL WINSIG

Hay algunos productos de especial importancia, denominados ***cuadros gerenciales,*** que se menciona a continuación:

- **Cuadro 1:** proporciona información global sobre los “centros productivos” (o servicios) que conforman la institución o la red de establecimientos; los costos totales de operación; los costos unitarios; y el rendimiento del recurso cama, si la institución es un hospital; este cuadro ofrece al gerente y a otras partes interesadas una visión de conjunto de los resultados del proceso productivo.
- **Cuadro 2:** define los niveles de uso de los servicios complementarios (por ejemplo: quirófanos, laboratorios, servicios de mantenimiento, administración, etc.) que forman parte integral del producto principal de la organización (consulta); para apreciar la importancia de los índices que registra este cuadro, debe notarse que, en los hospitales del nivel secundario y terciario los servicios complementarios absorben generalmente más del 50% de los costos totales de operación.
- **Cuadro 3:** ofrece información sobre la disponibilidad y el rendimiento, y los patrones de composición y distribución del recurso humano.
- **Cuadro 4:** detalla la composición de los costos de operación del establecimiento o red y de cada servicio o “centro productivo” que lo

conforma, es fundamental para analizar las funciones de producción (composición y monto de insumos asociados con un volumen de producción dado) y plantear opciones de costo/equidad y costo/eficacia.

4.5.5 ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

El menú principal contiene la estructura con los siguientes componentes: Configuración, Datos, Resultados, Análisis, Utilitarios, Ayuda.

4.6 ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACION

En la tabla No. 66, se detalla las iniciativas establecidas en el Balanced Scoredcard, traducidas en el Plan Operativo para lograr ejecutar la propuesta planteada.

TABLA No. 66

ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACION EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA CLINICA DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO													
PLANES	MACROACTIVIDAD	META	RESULTADO	INDICADOR	RESPONSABLE	F. VERIFICACION	F INICIO	F TERMINO	PRESUPUESTO	CRONOGRAMA			
										I	II	III	IV
PLAN DE MEJORAMIENTO DE PROCESOS	Taller de capacitación en Procesos y SIG	2 grupos de 22 (44)	44 personas capacitadas en procesos y SIG	No personas capacitadas/ Total personal programado	Líderes Médico y Enfermera de de Neurología Clínica	Registro de participantes	ene-13	dic-13	2.660	50%	50%		
	Levantamiento de procesos	Procesos Servicio de Neurología Clínica	Manual de procesos Servicio de Neurología Clínica	Documento de procesos de Servicio de Neurología Clínica	Líderes Médico y Enfermera de de Neurología Clínica	Documento de procesos	ene-13	jun-13	1.500	50%	50%		
	Implementación de procesos	Procesos Servicio de Neurología Clínica	Procesos Servicio de Neurología Clínica implementados	Documento de procesos de Servicio de Neurología Clínica	Líderes Médico y Enfermera de de Neurología Clínica	Documento de procesos	ene-13	dic-13	1.000			50%	50%
	Monitoreo y evaluación de indicadores	Procesos Servicio de Neurología Clínica	Procesos Servicio de Neurología Clínica mejorados	No. indicadores cumplidos/Total propuestos	Líderes Médico y Enfermera de de Neurología Clínica	Documento de procesos	jul-13	dic-13	500			50%	50%
	Mejoramiento de procesos	2 subprocesos	2 subprocesos mejorados	No. de procesos mejorados /Total procesos	Líderes Médico y Enfermera de de Neurología Clínica	Procesos mejorados, flujos	ene-13	dic-13	500	25%	25%	25%	25%
	Encuestas de satisfacción de usuarios	70% satisfacción	70% satisfacción	No. Pacientes satisfechos y /o familiares/Total encuestados	Líderes Médico y Enfermera de de Neurología Clínica	Encuestas	ene-13	dic-13	200	25%	25%	25%	25%
	Ampliación de Infraestructura	54 metros cuadrados	ampliación de 54 m2 (20%)	No. de metros cuadrados incrementados /Total	Líderes Médico y Enfermera de de Neurología Clínica	Contratos, planos	ene-13	dic-13	9.000	100%			
	Incremento de camas	6 camas	6 camas incrementadas	No. camas incrementadas/Total existente	Líderes Médico y Enfermera de de Neurología Clínica	Contrato compra, factura, fisicamente	jul-13	dic-13	33.750			100%	
	Incremento horas medico de 4HD a 8HD	5 Medicos tratantes, 6 Residentes, 11 Enfermeras	6 Medicos tratantes, 6 Residentes, 11 Enfermeras, trabajando en 8HD	No. de profesionales laborando 8HD/total profesionales	Líderes Médico y Enfermera de de Neurología Clínica	Acciónes de personal de RRHH	sep-13	dic-13	10.000				
	Contratación 5 enfermeras para Servicio de Neurología Clínica	5 enfermeras para Servicio de Neurología Clínica	5 enfermeras contratadas para Servicio de Neurología Clínica	No Enfermeras contratadas/ Total enfermeras requeridas * 100	Líderes Médico y Enfermera de de Neurología Clínica	Contratos	jul-13	mar-13	62.095			100%	
TOTAL									**121.205**				

Fuente: Neurología Clínica Elaborado: Toty Figueroa

4.7 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.7.1. CONCLUSIONES

- La organización del Servicio de Neurología Clínica se basa en procesos, sustentado en el Acuerdo Ministerial No. 1537, del 31 de julio del 2012, que establece el Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos de los Hospitales del Ministerio de Salud Pública (MSP); se aborda la importancia de la ampliación del área física, a fin de incrementar 6 camas, incremento de la jornada laboral de médicos 4HD a 8HD y enfermeras de 6HD a 8 HD, incremento del recurso humano de enfermería de 10 a 15, a fin de mejorar la calidad de atención.

- Para el desarrollo de la Planificación se ha utilizado el análisis FODA; definición de la misión y visión del servicio, el Balanced Scoredcard en sus perspectivas financiera, innovación y aprendizaje, procesos internos y satisfacción de los usuarios, así como los objetivos estratégicos para cada perspectiva, indicadores, metas, partiendo de una línea basal e iniciativas o planes que luego se reflejan en el plan Operativo, obteniendo un Plan estratégico y Operativo.

- La Gestión se fundamenta en la optimización de la cama hospitalaria, disminuyendo el promedio de día estada, a fin de incrementar los egresos y transformar en eficaz y eficiente el servicio de hospitalización, satisfaciendo los requerimientos de los usuarios externos; también amerita la implementación del liderazgo para propiciar un clima laboral favorable, para conseguir lo planificado, y promover un mejoramiento continuo de los procesos, concertación en la implementación de los principales protocolos, según perfil epidemiológico; optimización de los recursos existentes (financieros, físicos, humanos, etc.); las herramientas están orientadas a lograr la satisfacción del paciente.

- El Monitoreo y Evaluación, se basa en los indicadores se basa en indicadores de resultado de los procesos de consulta externa e indicadores de resultado de cama hospitalaria; de igual manera en los indicadores planteados en el Balanced Scoredcard, Plan Operativo; a fin de lograr una retroalimentación para tomar las decisiones apropiadas y resultados deseados; para ello se sugiere la implementación del Sistema de Información Gerencial de OPS/OMS denominado WinSig, debido a los costos y complejidad hospitalaria.

4.7.2. RECOMENDACIONES

- Se sugiere socializar la propuesta a las autoridades del HEE, a fin de lograr la decisión política y financiera, que permita la implementación de los procesos en el servicio, estandarización de los protocolos, asignación del recurso humano (cinco enfermeras).

- El documento de planificación requiere socializarse al personal del servicio y establecer los incentivos que permitan aplicarlo y cumplir con las metas propuestas.

- Se sugiere fortalecer el trabajo en equipo, mediante un liderazgo que promueva la innovación y aprendizaje, en las personas, a través de las políticas y estrategias, mediante alianzas y la dotación de recursos; situación que favorecerá la ejecución adecuada de los procesos internos, permitiendo resultados en las personas, usuarios, y la sociedad en general, generando el impacto requerido en salud y satisfacción de los pacientes.

- Se recomienda lograr de la Gerencia del Hospital la decisión política a fin de lograr a través de OPS/OMS el sistema de Información Gerencial WinSig, la capacitación e instalación del sistema, el mismo que facilitara la gestión mediante el monitoreo, control, evaluación y retroalimentación permanente.

4.8 BIBLIOGRAFIA

1. Alfaro, S. (2009). *Businesss Process Management, Gestión por Procesos.*
2. Barreto, M. (2003). *Manual de Planeación Estratégica Basada en Balance Scorecard (BSC).* Quito: ICAM-Q.
3. Beltrán, J. C. (2009). *Guía para una gestión basada en procesos.* Málaga-España: Centro Andaluz para la excelencia en la gestión.
4. Breilh, J. (1999). *Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación, Guía para un Taller de Metodología .* Quito: Centro de Estudios y asesoría en Salud, CEAS. Segunda Edición.
5. Brunetti, J. (2005). *Cálculo de necesidades de personal de enfermería a nivel hospitalario.* Cordova-Argentina.
6. Chacón, H. (2007). *Indicadores de Gestión para la toma de decisiones, Modulo I. Indicadores de producción, rendimiento, recursos y costos.* Costa Rica: OPS/OMS.
7. Díaz, L., Manjarrés, L., Salcedo, B., Martínez, L., & Ordóñez, R. (2005). Guía para la formulación de procesos. Bogotá Colombia: Senado de la Republica de Colombia. Dirección General administrativa. Resolución 1997.
8. Harrington, H. (1998). *Mejoramiento de los Procesos de la Empresa.* Bogotá-Colombia: McGraw – Hill.
9. Idrovo, P. &. (2006). *Manual de Diagramación de Procesos.* Quito: Proyecto de Salud de Altura.
10. INEC. (2004). *Anuario de recursos y actividades de salud.* Quito: INEC.
11. ISALUD- MSP, M. (2002-2003). *Diplomado Superior en Gerencia de Hospitales. Módulo I: Sistemas de Salud.* Quito-Ecuador: MSP.
12. ISALUD, & MODERSA, M. (2002-2003). *Diplomado Superior en Gerencia de Hospitales. Módulo 10: Calidad de Atención en Salud.* Quito: MSP.
13. ISALUD, M., & MODERSA. (2002-2003). *Diplomado Superior en Gerencia de hospitales. Módulo III: Gestión.* Quito: MSP-CTB.
14. ISALUD-MSP, & MODERSA. (2002-2003). *Diplomado Superior en Gerencia de Hospitales. Módulo 7: Sistemas de Información.* Quito: MSP.

15. ISALUD-MSP, M. (2002-2003). *Diplomado Superior en Gerencia de Hospitales. Módulo II Organización.* Quito-Ecuador: MSP-CTB.
16. ISALUD-MSP, M. (2002-2003). *La Economía de la Salud en la Reforma del Sector.* Quito: Ediciones ISALUD.
17. Laudon, L. &. (2008). *Sistemas de Información Gerencial.* México: Prentice-Hall, Inc. .
18. Lavadenz, F. R. (1998). *Manual de Vigilancia de la Calidad.* Bolivia: OPS/OMS.
19. Lincango, M. (2006). *Filosofía de la Administración por Procesos.* Quito: Universidad Central del Ecuador. Facultad de Ciencias Administrativas.
20. M.S.P. (2012). *Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos de los Hospitales del Ministerio de Salud Pública.* Quito-Ecuador: MSP.
21. Malagón, L. (1998). *Administración hospitalaria.* Buenos Aires: Editorial Médica.
22. Mejía, B. (2007). Gerencia de procesos para la organización y el control interno de empresas de salud. . Bogotá: ECOE Ediciones, quinta edición. MSP. (2012). *Modelo de Atención Integral del sistema Nacional de Salud.* Quito: MSP.
23. MSP. (2004). *Manual de Normas de Licenciamiento. Licenciamiento de los servicios de salud.* Quito: MSP.
24. OPS, O. (1999). *Planificación local participativa: metodologías para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe.* Washington DC: OPS.
25. OPS/OMS. (2007). *Indicadores de Gestión para la toma de decisiones, Modulo I. Indicadores de producción, rendimiento, recursos y costos. Costa Rica.* Costa Rica: OPS/OMS.
26. OPS/OMS. (2009). *Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud. Red Pública Integral de Salud.* Washington DC. : MSP.
27. OPS/OMS. (2009). *Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud; 49.o consejo directivo 61.a sesión del comité regional. Washington DC. .* Washington DC. : OPS/OMS. .

28. Otto, V. O. (2005). Monitoeo e indicadores. Guatemala.: Organización de Estados Iberoamericanos. Oficina Nacional en Guatemala.Junta de Andalucía
29. Paganini, J. (2002). *La calidad en salud. Introducción a la gestión integral de calidad* (Vol. Pág. 4).
30. Placencia, M. (2001). *Salud para el bienestar y desarrollo en Quito del siglo XX1.* Quito-Ecuador: Municipioo del Distrito Metropolitano de Quito, Dirección Metropolitana de Salud.
31. Pesse, K. (2009). Diplomado en gerencia y calidad de la Atención de salud. Módulo de Investigación operativa. Quito: Proyecto Salud de Altura. UTPL.
32. Porter, M. E. (2002). *Ventaja Competitiva.* México: Compañía Editorial Continental, segunda edición .
33. Trischler, W. (2000). *Mejora del valor añadido en los procesos, ahorrando tiempo y dinero eliminando despilfarro.* Barcelona: Gestión.
34. Vega, M. (2005). *Maestría en Gerencia en Servicios de Salud, EPN. Gestión de servicios de salud.* Quito.
35. Villacrés, N. &. (2010). *Gerencia y Calidad en Servicios de Salud. Módulo I: Salud producto social y derecho humano.* Quito: UTPL, Proyecto salud de Altura.
36. Universidad Politécnica de Valencia. Servicio de Evaluación, P. y. (Octubre 2011). Manual de Gestión de Procesos. Sistema de Gestión de Calidad UPV. . Valencia: Universidad Politécnica de Valencia.

4.9 ANEXOS

ANEXO No. 1: MARCO CONCEPTUAL

Agudos, Es un establecimiento que cubre una especialidad, cuya atención demandan los enfermos internados, con un promedio de permanencia no mayor de 30 días de estada.

Alta, un egreso se produce por alta cuando el paciente se retira vivo del hospital. Razón de alta, puede ser: alta médica definitiva, alta médica transitoria, traslado a otro establecimiento y por otras causas (retiro voluntario, fuga, disciplina, etc.)

Camas de Dotación Normal, son las camas asignadas al establecimiento, por la autoridad competente y que funciona regularmente para la internación de pacientes, en períodos de actividad normal.

- **Camas Hospitalarias Disponibles**, es la cama realmente instalada en el hospital en condiciones de uso para la atención de pacientes hospitalizados, independientemente de que estén o no ocupadas. El número de camas disponibles puede variar diariamente, debido a:Que se agreguen camas por demanda estacional, emergencia, etc.
- Que se retiren camas para reparación, desinfección, pintura del local, clausura temporal de servicio, etc.,…" (INEC, 2004)

Censo, estudio determinado de una zona que da como resultado la enumeración de toda la población y la recopilación de toda la información demográfica, social y económica concerniente a dicha población en un momento dado (INEC, 2004)

Crónicos, Es el establecimiento que cubre una especialidad, cuya atención demandan los enfermos internados, con un promedio de permanencia mayor de 30 días.

Defunción, un egreso se produce por defunción, cuando el paciente hospitalizado fallece mientras está internado en el establecimiento.

Días de Estada, es el número de días de permanencia en el hospital de un paciente egresado, comprendido entre la fecha de ingreso y la fecha de egreso. Para el cálculo se cuenta el día de ingreso pero no el de egreso; a los pacientes

ingresados y egresados el mismo día se les computa un día de estada…" (INEC, 2004).

Egreso Hospitalario, es el retiro de un paciente hospitalizado de los servicios de internación del hospital. Un egreso implica siempre la conclusión del período de hospitalización y la desocupación de una cama de hospital, ya sea por alta o fallecimiento.

Hospital Cantonal (Centro de Salud Hospital), es una unidad operativa de salud, que se halla ubicada en una cabecera cantonal.

Hospital Especializado, es un establecimiento reservado primariamente, para el diagnóstico y tratamiento de pacientes que padecen una enfermedad específica o una afección de un sistema reservado para el diagnóstico y tratamiento de condiciones que afectan a un grupo de edad específica.

Hospital General, es un establecimiento que brinda servicios de internación, tratamiento y rehabilitación a personas de todas las edades, que padecen o son sospechosas de padecer ciertas enfermedades. Un hospital general no necesariamente tiene todos los servicios de atención médica a todas las edades, pero provee al menos los servicios básicos de clínica médica, cirugía, obstetricia y pediatría; además de un número variable de servicios especializados.

Morbilidad, Frecuencia de las enfermedades en una población.

Mortalidad, Defunciones como componentes del cambio de población.

Paciente Hospitalizado, es la persona que ocupa una cama de hospital mientras recibe atención de diagnóstico y/o tratamiento.

Porcentaje de Ocupación de Camas, indica el porcentaje de ocupación o utilización de camas durante el período de la investigación.

Promedio Días de Estada, es el número de días que, en promedio han permanecido hospitalizados los pacientes egresados, el promedio se obtiene dividiendo el número de días de estada (días de hospitalización) de los egresados durante el año, para el número total de egresos (altas y defunciones) durante el mismo período.

Rendimiento de Camas Hospitalarias, se denomina también coeficiente de renovación o giro de camas e indica el número de pacientes egresados por cada cama, durante el período de investigación.

Tasa Bruta de Mortalidad Hospitalaria (Tasa de Letalidad Hospitalaria), es la relación entre el número total de defunciones (independientemente de los días de estada) ocurridas en el establecimiento hospitalario en el año y el número de egresos (altas y defunciones) en dicho período.

Tasa Neta de Mortalidad Hospitalaria, es la relación entre el número de defunciones ocurridas en el hospital, a pacientes de 48 horas y más de internación, durante el año y los egresos (altas y defunciones) producidos en el mismo período.

ANEXO No. 2: PRESUPUESTO HOSPITAL EUGENIO ESPEJO 2008

PARTIDA	DESCRIPCION	ASIGNADO	MODIFICADO	CODIFICADO	MONTO CERTIFICADO	COMPROMETIDO	DEVENGADO	PAGADO	SALDO POR COMPROMETER	SALDO POR DEVENGAR	SALDO POR PAGAR	% EJEC
01 00 000 001	ADMINISTRACION, GESTION, SERVICIOS Y APOYO A LOS SERVICIOS DE SALUD	0	94.326	94.326	0	94.326	94.326	94.326	0	0	0	100
03 00 000 001	EQUIPAMIENTO, INSUMOS Y MANTENIMIENTO HOSPITALES	641.857	-5.378	636.479	0	491.530	491.530	478.131	144.949	144.949	13.399	77
04 00 002 002	CONSTRUCCION, AMPLIACION Y REMODELACION HOSPITALES, CENTROS, SUBCENTROS Y PUESTOS DE SALUD	0	163.842	163.842	0	163.842	163.842	163.842	0	0	0	100
05 00 003 003	EXTENSIÓN PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD	0	200.000	200.000	0	199.905	199.905	199.905	95	95	0	100
20 00 000 001	ADMINISTRACION -RECURSOS HUMANOS, FARMACIA, LABORATORIO, RAYOS X, LAVANDERIA, TRANSPORTE, ALIMENTACION Y OTROS SERVICIOS	15.711.908	2.417.730	18.129.638	0	17.571.133	17.571.133	17.561.582	558.506	558.506	9.551	97
20 00 023 001	ADMINISTRACION PARA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN HOSPITALES Y AREAS DE SALUD	0	226.216	226.216	0	226.121	226.121	226.121	96	96	0	100
20 00 023 003	DOTACION DE AYUDAS TECNICAS, MEDICAMENTOS E INSUMOS MEDICOS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20 00 031 001	OBLIGACIONES PENDIENTES DE PAGO.	0	224.266	224.266	0	224.266	224.266	223.827	0	0	440	100
21 00 000 002	MATERNIDAD GRATUITA	0	12.743	12.743	0	6.294	6.294	6.294	6.449	6.449	0	49
21 00 023 002	MATERNIDAD GRATUITA	0	3.716	3.716	0	3.680	3.680	3.680	36	36	0	99
23 00 006 001	PROVISION DE MEDICAMENTOS GENERICOS	0	91.662	91.662	0	91.662	91.662	91.662	0	0	0	100
27 00 018 001	PROMOCION DEL DESARROLLO HUMANO A TRAVES DE LA SALUD	0	149.451	149.451	0	55.145	55.145	55.145	94.306	94.306	0	37
28 00 028 007	PROGRAMA NACIONAL DE TRANSPLANTES ONTOT	0	94.107	94.107	0	79.107	79.107	79.107	15.000	15.000	0	84
33 00 020 002	PROVISION DE INSUMOS, MEDICAMENTOS Y EQUIPAMIENTO	0	349.897	349.897	0	128.297	128.297	128.297	221.600	221.600	0	37
34 00 000 001	ACCESO A MEDICAMENTOS GRATUITOS EN LA RED DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. DECRETO 951 11MRZ08	0	1.316.540	1.316.540	0	1.316.537	1.316.537	1.082.233	3	3	234.304	100
34 00 000 003	CAMPAÑA DE SOLIDARIDAD Y RESPONSABILIDAD SOCIAL. DECRETO 951 11MRZ08	0	848.040	848.040	0	848.040	848.040	848.040	0	0	0	100
34 00 000 004	SERVICIOS DE MEDICINA TRANSFUSIONAL EN HOSPITALES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. DECRETO 951	0	12.668	12.668	0	12.668	12.668	12.668	0	0	0	100
34 00 021 002	MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD SERVIVIOS DE SALUD FORTALECIMIENTO DE INFRAEST. FÍSICA DECRETO 951	0	298.925	298.925	0	298.925	298.925	298.925	0	0	0	100
TOTAL :		16.353.766	6.498.750	22.852.516	0	21.811.476	21.811.476	21.553.783	1.041.039	1.041.039	257.693	95

Fuente: HEE Elaboración: Toty Figueroa

PRESUPUESTO HOSPITAL EUGENIO ESPEJO 2009

DESCRIPCION	ASIGNADO	MODIFICADO	CODIFICADO	MONTO CERTIFICADO	COMPROMETIDO	DEVENGADO	PAGADO	SALDO POR COMPROMETER	SALDO POR DEVENGAR	SALDO POR PAGAR	% EJEC
ADMINISTRACION, GESTION, SERVICIOS Y APOYO A LOS SERVICIOS DE SALUD	0	776.714	776.714	0	776.714	776.714	776.714	0	0	0	100
EQUIPAMIENTO, INSUMOS Y MANTENIMIENTO HOSPITALES	641.857	133.532	775.389	147.963	617.870	591.240	534.750	9.557	184.149	56.490	76
CONSTRUCCION, AMPLIACION Y REMODELACION HOSPITALES, CENTROS, SUBCENTROS Y PUESTOS DE SALUD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
REHABILITACIÓN Y EQUIPAMIENTO DE LOS HOSPITALES DEL SECTOR PÚBLICO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EXTENSIÓN PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD	200.000	-200.000	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Programa de apoyo a las personas con discapacidad "Ecuador sin Barreras"	0	98.686	98.686	0	98.686	98.686	98.686	0	0	0	100
ADMINISTRACION -RECURSOS HUMANOS, FARMACIA, LABORATORIO, RAYOS X, LAVANDERIA, TRANSPORTE, ALIMENTACION Y OTROS SERVICIOS	17.575.601	2.871.767	20.447.368	176.752	18.869.308	18.680.323	18.272.741	1.401.308	1.767.045	407.582	91
ADMINISTRACION PARA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN HOSPITALES Y AREAS DE SALUD	226.921	-226.921	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MATERNIDAD GRATUITA	0	18.308	18.308	0	10.197	10.197	6.520	8.111	8.111	3.677	56
Maternidad Gratuita	0	10.730	10.730	3.139	7.592	7.592	7.592	0	3.139	0	71
MATERNIDAD GRATUITA	3.716	-3.716	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PROVISION DE MEDICAMENTOS GENERICOS	91.662	-91.662	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ATENCION DE ENFERMEDADES CATASTROFICAS	0	52.122	52.122	0	52.122	52.122	52.122	0	0	0	100
AMINISTRACION, ALIMENTACION Y NUTRICION -SIAN-	0	3.849	3.849	0	3.849	3.849	3.849	0	0	0	100
PROMOCION DEL DESARROLLO HUMANO A TRAVES DE LA SALUD	300.000	-212.485	87.515	0	79.798	79.798	76.024	7.717	7.717	3.774	91
PROGRAMA NACIONAL DE TRANSPLANTES ONTOT	132.000	-117.000	15.000	0	14.994	14.994	14.994	6	6	0	100
PROVISION DE INSUMOS, MEDICAMENTOS Y EQUIPAMIENTO	350.000	6.480	356.480	51.898	301.565	301.565	241.018	3.017	54.915	60.547	85
INTERVENCION DE EMERGENCIAS PARA ENFRENTAR LA POSIBLE PANDEMIA DE INFLUENZA VIRAL A(H1N1)	0	169.868	169.868	11.724	158.144	158.144	148.223	0	11.724	9.921	93
ACCESO A MEDICAMENTOS GRATUITOS EN LA RED DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. DECRETO 951 11MRZ08	1.331.390	442.645	1.774.035	343.675	1.430.359	1.430.359	1.386.532	0	343.675	43.827	81
CAMPAÑA DE SOLIDARIDAD Y RESPONSABILIDAD SOCIAL. DECRETO 951 11MRZ08	850.000	0	850.000	86.121	763.879	708.907	602.150	0	141.093	106.756	83
SERVICIOS DE MEDICINA TRANSFUSIONAL EN HOSPITALES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. DECRETO 951	15.500	0	15.500	5.704	9.796	9.796	9.256	0	5.704	540	63
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD SERVICOS DE SALUD, FORTALECIMIENTO DE INFRAESTRUCTUIRA FISICA,DECRETO 951	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CONTRUCCION,AMPLIACION, REMODELACION Y MANTENIMIENTO DE VARIOS HOPSPITALES, AREAS DE SALUD DEL PAIS	0	632.502	632.502	213.114	419.286	351.425	88.506	101	381.077	262.918	56
EQUIPAMIENTO PARA VARIOS HOSPITALES Y AREAS DE SALLUD DEL PAIS	0	66.310	66.310	24.310	42.000	42.000	0	0	24.310	42.000	63
TOTALES	24.716.848	4.431.728	26.150.377	1.064.400	23.655.159	23.317.709	22.319.677	1.429.818	2.832.667	998.033	95

Fuente: HEE Elaboración: Toty Figueroa

PRESUPUESTO HOSPITAL EUGENIO ESPEJO 2010

PARTIDA	DESCRIPCION	ASIGNADO	MODIFICADO	CODIFICADO	MONTO CERTIFICADO	COMPROMETIDO	DEVENGADO	PAGADO	SALDO POR COMPROMETER	SALDO POR DEVENGAR	SALDO POR PAGAR	% EJEC
01 00 000 001	ADMINISTRACION, GESTION, SERVICIOS Y APOYO A LOS SERVICIOS DE SALUD	0	949.199	949.199	0	817.931	817.931	817.269	131.268	131.268	662	86
03 00 000 001	EQUIPAMIENTO, INSUMOS Y MANTENIMIENTO	329.501	5.250	334.751	26	329.404	329.344	329.344	5.321	5.407	0	98
03 00 000 002	MEDICAMENTOS	1.316.540	0	1.316.540	121	1.316.035	1.314.739	1.314.739	384	1.801	0	100
03 00 000 003	CAMPAÑA DE SOLIDARIDAD Y RESPONSABILIDAD SOCIAL	848.040	37.993	886.032	25	885.562	856.137	856.137	445	29.896	0	97
03 00 000 004	SERVICIOS DE MEDICINA TRANSFUSIONAL EN HOSPITALES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	12.668	29.680	42.348	274	41.710	41.710	41.710	364	638	0	98
20 00 000 001	ADMINISTRACION -RECURSOS HUMANOS, FARMACIA, LABORATORIO, RAYOS X, LAVANDERIA, TRANSPORTE, ALIMENTACION Y OTROS SERVICIOS	19.013.274	6.711.180	25.724.454	0	24.678.681	23.882.214	23.742.742	1.045.773	1.842.240	139.472	93
27 00 018 001	PROMOCION DEL DESARROLLO HUMANO A TRAVES DE LA SALUD	0	15.059	15.059	0	15.059	15.059	15.059	0	0	0	100
33 00 020 002	INFLUENZA AH1 N1	0	4.700									
04 00 002 002	CONSTRUCCION, AMPLIACION Y REMODELACION HOSPITALES, CENTROS, SUBCENTROS Y PUESTOS DE SALUD	0	16.059	15.059	0	15.059	15.059	15.059	0	0	0	100
50 00 005 001	EXTENSIÓN PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD	0	68.100	68.100	0	64.345	43.365	24.466	3.755	24.735	18.899	64
5000007001	INFRAESTYRUCTURA FISISCA, EQUIPAMIENTYO, MANTENIMIENTO, ESTUDIOS Y FIACALIZACION EN SALUD	0	600.000	600.000	0	513.044	13.079	2.439	86.956	586.921	10.640	2
5000030001	ALIMENTACION Y NUTRICION SIAN	0	7.000	7.000	2	6.751	6.751	6.751	247	249	0	96
5000031001	LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCION A LA INFANCIA	0	16.282	16.282	447	15.297	15.297	15.297	538	985	0	94
5000049001	SOSTENIMIENTO OPERATIVO DE LAS UNIDADES DEL MSPS	0	1.352.333	1.352.333	0	1.352.206	1.352.206	851.826	128	128	500.380	100
5000050001	RENOVACION GENERACIONAL	0	3.094.589	3.094.589	0	3.048.159	3.048.159	2.932.959	46.400	46.400	115.200	99
TOTAL		21.520.023	12.954.440	34.474.463	895	33.147.288	31.799.095	31.013.842	1.326.280	2.675.368	785.253	92

Fuente: HEE Elaboración: Toty Figueroa

ANEXO No. 3: CODIGOS DE PROCESOS NEUROLOGIA CLINICA

INVENTARIO DE PROCESOS CLÍNICO QUIRÚRGICOS DE NEUROLOGIA			
MACROPROCESO			GESTION ASISTENCIAL
PROCESO			GESTIÓN DE LOS PROCESOS CLÍNICO QUIRÚRGICOS DE NEUROLOGIA
SUBPROCESOS			**CONSULTA EXTERNA-EMERGENCIA-HOSPITALIZACIÓN DIA-INTERNACION**
COD_3	**DESCRIPCION CATEGORIAS DE TRES CARACTERES**	**COD_4**	**DESCRIPCION CODIGOS DE CUATRO CARACTERES**
G00	MENINGITIS BACTERIANA NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	**G000**	MENINGITIS POR HEMOFILOS
		G001	MENINGITIS NEUMOCOCICA
		G002	MENINGITIS ESTREPTOCOCICA
		G003	MENINGITIS ESTAFILOCOCICA
		G008	OTRAS MENINGITIS BACTERIANAS
		G009	MENINGITIS BACTERIANA, NO ESPECIFICADA
G01*	MENINGITIS EN ENFERMEDADES BACTERIANAS CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	**G01***	MENINGITIS EN ENFERMEDADES BACTERIANAS CLASIFICADAS EN OTRA PARTE
G02*	MENINGITIS EN OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS CLASIFICADAS OTRA PARTE	**G020***	MENINGITIS EN ENFERMEDADES VIRALES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE
		G021*	MENINGITIS EN MICOSIS
		G028*	MENINGITIS EN OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS ESPECIFICADAS CLASIFICADAS EN OTRA PARTE
G03	MENINGITIS DEBIDA A OTRAS CAUSAS Y A LAS NO ESPECIFICADAS	**G030**	MENINGITIS APIOGENA
		G031	MENINGITIS CRONICA
		G032	MENINGITIS RECURRENTE BENIGNA [MOLLARET]
		G038	MENINGITIS DEBIDAS A OTRAS CAUSAS ESPECIFICADAS
		G039	MENINGITIS, NO ESPECIFICADA
G04	ENCEFALITIS MIELITIS Y ENCEFALOMIELITIS	**G040**	ENCEFALITIS AGUDA DISEMINADA
		G041	PARAPLEJÍA ESPASTICA TROPICAL
		G042	MENINGOENCEFALITIS Y MENINGOMIELITIS BACTERIANAS, NO CLASIFICADAS EN
		G048	OTRAS ENCEFALITIS, MIELITIS Y ENCEFALOMIELITIS
		G049	ENCEFALITIS, MIELITIS Y ENCEFALOMIELITIS, NO ESPECIFICADAS
G05*	ENCEFALITIS MIELITIS Y ENCEFALOMIELITIS EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	**G050***	ENCEFALITIS, MIELITIS Y ENCEFALOMIELITIS EN ENFERMEDADES BACTERIANAS CLASIFICADAS EN OTRA PARTE
		G051*	ENCEFALITIS, MIELITIS Y ENCEFALOMIELITIS EN ENFERMEDADES VIRALES
		G052*	ENCEFALITIS, MIELITIS Y ENCEFALOMIELITIS EN OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS CLASIFICADAS EN OTRA PARTE
		G058*	ENCEFALITIS, MIELITIS Y ENCEFALOMIELITIS EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN
G06	ABSCESO Y GRANULOMA INTRACRANEAL E INTRARRAQUIDEO	**G060**	ABSCESO Y GRANULOMA INTRACRANEAL
		G061	ABSCESO Y GRANULOMA INTRARRAQUIDEO
		G062	ABSCESO EXTRADURAL Y SUBDURAL, NO ESPECIFICADO
07*A249	ABSCESO Y GRANULOMA INTRACRANEAL E INTRARRAQUIDEO EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	**G07***	ABSCESO Y GRANULOMA INTRACRANEAL E INTRARRAQUIDEO EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE
G08	FLEBITIS Y TROMBOFLEBITIS INTRACRANEAL E INTRARRAQUIDEA	**G08**	FLEBITIS Y TROMBOFLEBITIS INTRACRANEAL E INTRARRAQUIDEA
G09	SECUELAS DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	**G09**	SECUELAS DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
G10	ENFERMEDAD DE HUNTINGTON	**G10**	ENFERMEDAD DE HUNTINGTON
G11	ATAXIA HEREDITARIA	**G110**	ATAXIA CONGENITA NO PROGRESIVA
		G111	ATAXIA CEREBELOSA DE INICIACION TEMPRANA
		G112	ATAXIA CEREBELOSA DE INICIACION TARDIA
		G113	ATAXIA CEREBELOSA CON REPARACION DEFECTUOSA DEL ADN
		G114	PARAPLEJÍA ESPASTICA HEREDITARIA
		G118	OTRAS ATAXIAS HEREDITARIAS
		G119	ATAXIA HEREDITARIA, NO ESPECIFICADA
G12	ATROFIA MUSCULAR ESPINAL Y SINDROMES AFINES	**G120**	ATROFIA MUSCULAR ESPINAL INFANTIL, TIPO I [WERDNIG-HOFFMAN]
		G121	OTRAS ATROFIAS MUSCULARES ESPINALES HEREDITARIAS
		G122	ENFERMEDADES DE LAS NEURONAS MOTORAS
		G128	OTRAS ATROFIAS MUSCULARES ESPINALES Y SINDROMES AFINES
		G129	ATROFIA MUSCULAR ESPINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION
G13*	ATROFIAS SISTEMICAS QUE AFECTAN PRIMARIAMENTE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	**G130***	NEUROMIOPATIA Y NEUROPATIA PARANEOPLASICA
		G131*	OTRAS ATROFIAS SISTEMICAS QUE AFECTAN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN
		G132*	ATROFIA SISTEMICA QUE AFECTA PRIMARIAMENTE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN EL MIXEDEMA (E00.1†, E03.-†)
		G138*	ATROFIA SISTEMICA QUE AFECTA PRIMARIAMENTE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN OTRAS ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE
G20	ENFERMEDAD DE PARKINSON	**G20**	ENFERMEDAD DE PARKINSON
G21	PARKINSONISMO SECUNDARIO	**G210**	SINDROME NEUROLEPTICO MALIGNO
		G211	OTRO PARKINSONISMO SECUNDARIO INDUCIDO POR DROGAS
		G212	PARKINSONISMO SECUNDARIO DEBIDO A OTROS AGENTES EXTERNOS
		G213	PARKINSONISMO POSTENCEFALITICO
		G218	OTROS TIPOS DE PARKINSONISMO SECUNDARIO
		G219	PARKINSONISMO SECUNDARIO, NO ESPECIFICADO
G22*	PARKINSONISMO EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS OTRA PARTE	**G22***	PARKINSONISMO EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE
G23	OTRAS ENFERMEDADES DEGENERATIVAS DE LOS NUCLEOS DE LA BASE	**G230**	ENFERMEDAD DE HALLERVORDEN-SPATZ
		G231	OFTALMOPLEJIA SUPRANUCLEAR PROGRESIVA [STEELE-RICHARDSON-
		G232	DESGENERACION NIGROESTRIADA
		G238	OTRAS ENFERMEDADES DEGENERATIVAS ESPECIFICADAS DE LOS NUCLEOS DE LA
		G239	ENFERMEDAD DEGENERATIVA DE LOS NUCLEOS DE LA BASE, NO ESPECIFICADA

G24	DISTONIA	G240	DISTONIA INDUCIDA POR DROGAS
		G241	DISTONIA IDIOPATICA FAMILIAR
		G242	DISTONIA IDIOPATICA NO FAMILIAR
		G243	TORTICOLIS ESPASMODICA
		G244	DISTONIA BUCOFACIAL IDIOPATICA
		G245	BLEFAROSPASMO
		G248	OTRAS DISTONIAS
		G249	DISTONIA, NO ESPECIFICADA
G25	OTROS TRASTORNOS EXTRAPIRAMIDALES Y DEL MOVIMIENTO	G250	TEMBLOR ESENCIAL
		G251	TEMBLOR INDUCIDO POR DROGAS
		G252	OTRAS FORMAS ESPECIFICADAS DE TEMBLOR
		G253	MIOCLONIA
		G254	COREA INDUCIDA POR DROGAS
		G255	OTRAS COREAS
		G256	TIC INDUCIDOS POR DROGAS Y OTROS TICS DE ORIGEN ORGANICO
		G258	OTROS TRASTORNOS EXTRAPIRAMIDALES Y DEL MOVIMIENTO
		G259	TRASTORNO EXTRAPIRAMIDAL Y DEL MOVIMIENTO, NO ESPECIFICADO
G26*	TRASTORNOS EXTRAPIRAMIDALES Y DEL MOVIMIENTO EN ENFERMEDADES CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	G26*	TRASTORNOS EXTRAPIRAMIDALES Y DEL MOVIMIENTO EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE
G30	ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	G300	ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DE COMIENZO TEMPRANO
		G301	ENFERMEDAD DE ALZHEIMER COMIENZO TARDIO
		G308	OTROS TIPOS DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER
		G309	ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, NO ESPECIFICADA
G31	OTRAS ENFERMEDADES DEGENERATIVAS DEL SISTEMA NERVIOSO NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	G310	ATROFIA CEREBRAL CIRCUNSCRITA
		G311	DEGENERACION CEREBRAL SENIL NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE
		G312	DEGENERACION DEL SISTEMA NERVIOSO DEBIDA A EL ALCOHOL
		G318	OTRAS ENFERMEDADES DEGENERATIVAS ESPECIFICADAS DEL SISTEMA NERVIOSO
		G319	DEGENERACION DEL SISTEMA NERVIOSO, NO ESPECIFICADA
32*A256	OTROS TRASTORNOS DEGENERATIVOS DEL SISTEMA NERVIOSO EN ENFERMEDADES CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	G320*	DEGENERACION COMBINADA SUBAGUDA DE LA MEDULA ESPINAL EN ENFERNEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE
		G328*	OTROS TRASTORNOS DEGENERATIVOS ESPECIFICADOS DEL SISTEMA NERVIOSO EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE
G35	ESCLEROSIS MULTIPLE	G35	ESCLEROSIS MULTIPLE
G36	OTRAS DESMIELINIZACIONES DISEMINADAS AGUDAS	G360	NEUROMIELITIS OPTICA [DEVIC]
		G361	LEUCOENCEFALITIS HEMORRAGICA AGUDA Y SUBAGUDA [HURST]
		G368	OTRAS DESMIELINIZACIONES AGUDAS DISEMINADAS ESPECIFICADAS
		G369	DESMIELINIZACION DISEMINADA AGUDA SIN OTRA ESPECIFICACION
G37	OTRAS ENFERMEDADES DESMIELINIZANTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	G370	ESCLEROSIS DIFUSA
		G371	DESMIELINIZACION CENTRAL DEL CUERPO CALLOSO
		G372	MIELINOLISIS CENTRAL PONTINA
		G373	MIELITIS TRANSVERSA AGUDA EN ENFERMEDAD DESMIELINIZANTE DEL SISTEMA
		G374	MIELITIS NECROTIZANTE SUBAGUDA
		G375	ESCLEROSIS CONCENTRICA (BALO)
		G378	OTRAS ENFERMEDADES DESMIELINIZANTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL,
		G379	ENFERMEDAD DESMIELINIZANTE DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, NO
G40	EPILEPSIA	G400	EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS IDIOPATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALES) Y CON ATAQUES DE INICIO
		G401	EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALES) Y CON ATAQUES PARCIALES SIMPLES
		G402	EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALES) Y CON ATAQUES PARCIALES
		G403	EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS IDIOPATICOS GENERALIZADOS
		G404	OTRAS EPILEPSIAS Y SINDROMES EPILEPTICOS GENERALIZADOS
		G405	SINDROMES EPILEPTICOS ESPECIALES
		G406	ATAQUES DE GRAN MAL, NO ESPECIFICADOS (CON O SIN PEQUEÑO MAL)
		G407	PEQUEÑO MAL, NO ESPECIFICADO (SIN ATAQUE DE GRAN MAL)
		G408	OTRAS EPILEPSIAS
		G409	EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO
G41	ESTADO DE MAL EPILEPTICO	G410	ESTADO DE GRAN MAL EPILEPTICO
		G411	ESTADO DE PEQUEÑO MAL EPILEPTICO
		G412	ESTADO DE MAL EPILEPTICO PARCIAL COMPLEJO
		G418	OTROS ESTADOS EPILÉPTICOS
		G419	ESTADO DE MAL EPILEPTICO DE TIPO NO ESPECIFICADO

G43	MIGRAÑA	G430	MIGRAÑA SIN AURA [MIGRAÑA COMUN]
		G431	MIGRAÑA CON AURA [MIGRAÑA CLASICA]
		G432	ESTADO MIGRAÑOSO
		G433	MIGRAÑA COMPLICADA
		G438	OTRAS MIGRAÑAS
		G439	MIGRAÑA, NO ESPECIFICADA
G44	OTROS SINDROMES DE CEFALEA	G440	SINDROME DE CEFALEA EN RACIMOS
		G441	CEFALEA VASCULAR, NCOP
		G442	CEFALEA DEBIDA A TENSION
		G443	CEFALEA POSTRAUMATICA CRONICA
		G444	CEFALEA INDUCIDA POR DROGAS, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE
		G448	OTROS SINDROMES DE CEFALEA ESPECIFICADOS
G45	ATAQUES DE ISQUEMIA CEREBRAL TRANSITORIA Y SINDROMES AFINES	G450	SINDROME ARTERIAL VERTEBRO-BASILAR
		G451	SINDROME DE LA ARTERIA CAROTIDA (HEMISFÉRICO)
		G452	SINDROMES ARTERIALES PRECEREBRALES BILATERALES Y MULTIPLES
		G453	AMAUROSIS FUGAZ
		G454	AMNESIA GLOBAL TRANSITORIA
		G458	OTRAS ISQUEMIAS CEREBRALES TRANSITORIAS Y SINDROMES AFINES
		G459	ISQUEMIA CEREBRAL TRANSITORIA, SIN OTRA ESPECIFICACION
G46*	SINDROMES VASCULARES ENCEFALICOS EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	G460*	CEREBRAL MEDIA (I66.0†)
		G461*	SINDROME DE LA ARTERIA CEREBRAL ANTERIOR (I66.1†)
		G462*	SINDROME DE LA ARTERIA CEREBRAL POSTERIOR (I66.2†)
		G463*	SINDROMES APOPLETICOS DEL TALLO ENCEFALICO (I60-I67†)
		G464*	SINDROME DE INFARTO CEREBELOSO (I60-I67†)
		G465*	SINDROME LACUNAR MOTOR PURO (I60-I67†)
		G466*	SINDROME LACUNAR SENSORIAL PURO (I60-I67†)
		G467*	OTROS SINDROMES LACUNARES (I60-I67†)
		G468*	OTROS SINDROMES VASCULARES ENCEFALICOS EN ENFERMEDADES
G47	TRASTORNOS DEL SUENO	G470	TRASTORNOS DEL INICIO Y DEL MANTENIMIENTO DEL SUEÑO [INSOMNIOS]
		G471	TRASTORNOS DE SOMNOLENCIA EXCESIVA [HIPERSOMNIOS]
		G472	TRASTORNOS DEL RITMO NICTAMERAL
		G473	APNEA DEL SUEÑO
		G474	NARCOLEPSIA Y CATAPLEXIA
		G478	OTROS TRASTORNOS DEL SUEÑO
		G479	TRASTORNO DEL SUEÑO, NO ESPECIFICADO
G50	TRASTORNOS DEL NERVIO TRIGEMINO	G500	NEURALGIA DEL TRIGEMINO
		G501	DOLOR FACIAL ATIPICO
		G508	OTROS TRASTORNOS DEL TRIGEMINO
		G509	TRASTORNOS DEL TRIGEMINO, NO ESPECIFICADO
G51	TRASTORNOS DEL NERVIO FACIAL	G510	PARALISIS DE BELL
		G511	GANGLIONITIS GENICULADA
		G512	SINDROME DE MELKERSSON
		G513	ESPASMO HEMIFACIAL CLONICO
		G514	MIOQUIMIA FACIAL
		G518	OTROS TRASTORNOS DEL NERVIO FACIAL
		G519	TRASTORNOS DEL NERVIO FACIAL, NO ESPECIFICADO
G52	TRASTORNOS DE OTROS NERVIOS CRANEALES	G520	TRASTORNOS DEL NERVIO OLFATORIO
		G521	TRASTORNOS DEL NERVIO GLOSOFARINGEO
		G522	TRASTORNOS DEL NERVIO VAGO
		G523	TRASTORNOS DEL NERVIO HIPOGLOSO
		G527	TRASTORNOS DE MULTIPLES NERVIOS CRANEALES
		G528	TRASTORNOS DE OTROS NERVIOS CRANEALES ESPECIFICADOS
		G529	TRASTORNO DE NERVIO CRANEAL, NO ESPECIFICADO
G53*	TRASTORNOS DE LOS NERVIOS CRANEALES EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	G530*	NEURALGIA POSTHERPES ZOSTER (B02.2†)
		G531*	PARALISIS MULTIPLE DE LOS NERVIOS CRANEALES EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS CLASIFICADAS EN OTRA PARTE (A00-B99†)
		G532*	PARALISIS MULTIPLE DE LOS NERVIOS CRANEALES, EN LA SARCOIDOSIS (D86.8†)
		G533*	PARALISIS MULTIPLE DE LOS NERVIOS CRANEALES, EN ENFERMEDADES
		G538*	OTROS TRASTORNOS DE LOS NERVIOS CRANEALES EN OTRAS ENFERMEDADES
G54	TRASTORNOS DE LAS RAICES Y DE LOS PLEXOS NERVIOSOS	G540	TRASTORNOS DEL PLEXO BRAQUIAL
		G541	TRASTORNOS DEL PLEXO LUMBOSACRO
		G542	TRASTORNOS DE LA RAIZ CERVICAL, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE
		G543	TRASTORNOS DE LA RAIZ TORACICA, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE
		G544	TRASTORNOS DE LA RAIZ LUMBOSACRA, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE
		G545	AMIOTROFIA NEURALGICA
		G546	SINDROME DEL MIEMBRO FANTASMA CON DOLOR
		G547	SINDROME DEL MIEMBRO FANTASMA SIN DOLOR
		G548	OTROS TRASTORNOS DE LAS RAICES Y PLEXOS NERVIOSOS
		G549	TRASTORNO DE LA RAIZ Y PLEXOS NERVIOSOS, NO ESPECIFICADO

G55*	COMPRESIONES DE LAS RAICES Y DE LOS PLEXOS NERVIOSOS EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	G550*	COMPRESIONES DE LAS RAICES Y PLEXOS NERVIOSOS EN ENFERMEDADES
		G551*	COMPRESIONES DE LAS RAICES Y PLEXOS NERVIOSOS EN TRASTORNOS DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES (M50-M51†)
		G552*	COMPRESIONES DE LAS RAICES Y PLEXOS NERVIOSOS EN LA ESPONDILOSIS (M47.-
		G553*	COMPRESIONES DE LAS RAICES Y PLEXOS NERVIOSOS EN OTRAS DORSOPATIAS
		G558*	COMPRESIONES DE LAS RAICES Y PLEXOS NERVIOSOS EN OTRAS ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE
G56	MONONEUROPATIAS DEL MIEMBRO SUPERIOR	G560	SINDROME DEL TUNEL CARPIANO
		G561	OTRAS LESIONES DEL NERVIO MEDIANO
		G562	LESION DEL NERVIO CUBITAL
		G563	LESION DEL NERVIO RADIAL
		G564	CAUSALGIA
		G568	OTRAS MONONEUROPATIAS DEL MIEMBRO SUPERIOR
		G569	MONONEUROPATIA DEL MIEMBRO SUPERIOR SIN OTRA ESPECIFICACION
G57	MONONEUROPATIAS DEL MIEMBRO INFERIOR	G570	LESION DEL NERVIO CIATICO
		G571	MERALGIA PARESTESICA
		G572	LESION DEL NERVIO CRURAL
		G573	LESION DEL NERVIO CIATICO POPLITEO EXTERNO
		G574	LESION DEL NERVIO CIATICO POPLITEO INTERNO
		G575	SINDROME DEL TUNEL CALCANEO
		G576	LESION DEL NERVIO PLANTAR
		G578	OTRAS MONONEUROPATIAS DEL MIEMBRO INFERIOR
		G579	MONONEUROPATIA DEL MIEMBRO INFERIOR, SIN OTRA ESPECIFICACION
G58	OTRAS MONONEUROPATIAS	G580	NEUROPATIA INTERCOSTAL
		G587	MONONEURITIS MULTIPLE
		G588	OTRAS MONONEUROPATIAS ESPECIFICADAS
		G589	MONONEUROPATIA, NO ESPECIFICADA
G59*	MONONEUROPATIA EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS OTRA PARTE	G590*	MONONEUROPATIA DIABETICA (E10-E14† COMO CUARTO CARACTER COMUN .4)
		G598*	OTRAS MONONEUROPATIAS EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE
G60	NEUROPATIA HEREDITARIA E IDIOPATICA	G600	NEUROPTIA HEREDITARIA MOTORA Y SENSORIAL
		G601	ENFERMEDAD DE REFSUM
		G602	NEUROPATIA ASOCIADA CON ATAXIA HEREDITARIA
		G603	NEUROPATIA PROGRESIVA IDIOPATICA
		G608	OTRAS NEUROPATIAS HEREDITARIAS E IDIOPATICAS
		G609	NEUROPATIA HEREDITARIA E IDIOPATICA, SIN OTRA ESPECIFICACION
G61	POLINEUROPATIA INFLAMATORIA	G610	SINDROME DE GUILLAIN-BARRE
		G611	NEUROPATIA AL SUERO
		G618	OTRAS POLINEUROPATIAS INFLAMATORIAS
		G619	POLINEUROPATIA INFLAMATORIA, NO ESPECIFICADA
G62	OTRAS POLINEUROPATIAS	G620	POLINEUROPATIA INDUCIDA POR DROGAS
		G621	POLINEUROPATIA ALCOHOLICA
		G622	POLINEUROPATIA DEBIDA A OTRO AGENTE TOXICO
		G628	OTRAS POLINEUROPATIAS ESPECIFICADAS
		G629	POLINEUROPATIA, NO ESPECIFICADA
G63*	POLINEUROPATIA EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS OTRA PARTE	G630*	POLINEUROPATIA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS
		G631*	POLINEUROPATIA EN ENFERMEDAD NEOPLASICA (C00-D48†)
		G632*	POLINEUROPATIA DIABETICA (E10-E14† CON CUARTO CARACTER COMUN .4)
		G633*	POLINEUROPATIA EN OTRAS ENFERMEDADES ENDOCRINAS Y METABOLICAS (E00-E07†, E15-E16†, E20-E34†, E70-E89†)
		G634*	POLINEUROPATIA EN DEFICIENCIA NUTRICIONAL (E40-E64†)
		G635*	POLINEUROPATIA EN TRASTORNOS DEL TEJIDO CONECTIVO SISTEMICO (M30-M35†)
		G636*	POLINEUROPATIA EN OTROS TRASTORNOS OSTEOMUSCULARES (M00-M25†, M40-
		G638*	POLINEUROPATIA EN OTRAS ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE
G64	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO PERIFERICO	G64	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO PERIFERICO
G70	MIASTENIA GRAVIS Y OTROS TRASTORNOS NEUROMUSCULARES	G700	MIASTENIA GRAVIS
		G701	TRASTORNOS TOXICOS NEUROMUSCULARES
		G702	MIASTENIA CONGENITA O DEL DESARROLLO
		G708	OTROS TRASTORNOS NEUROMUSCULARES ESPECIFICADOS
		G709	TRASTORNO NEUROMUSCULAR, NO ESPECIFICADO
G71	TRASTORNOS MUSCULARES PRIMARIOS	G710	DISTROFIA MUSCULAR
		G711	TRASTORNOS MIOTONICOS
		G712	MIOPATIAS CONGENITAS
		G713	MIOPATIA MITOCONDRICA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE
		G718	OTROS TRASTORNOS PRIMARIOS DE LOS MUSCULOS
		G719	TRASTORNO PRIMARIO DEL MUSCULO, TIPO NO ESPECIFICADO
G72	OTRAS MIOPATIAS	G720	MIOPATIA INDUCIDA POR DROGAS
		G721	MIOPATIA ALCOHOLICA
		G722	MIOPATIA DEBIDA A OTROS AGENTES TOXICOS
		G723	PARALISIS PERIODICA
		G724	MIOPATIA INFLAMATORIA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE
		G728	OTRAS MIOPATIAS ESPECIFICADAS
		G729	MIOPATIA, NO ESPECIFICADA

G73*	TRASTORNOS DEL MUSCULO Y DE LA UNION NEUROMUSCULAR EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	G730*	SINDROMES MIASTENICOS EN ENFERMEDADES ENDOCRINAS
		G731*	SINDROME DE EATON-LAMBERT (C80†)
		G732*	OTROS SINDROMES MIASTENICOS EN ENFERMEDAD NEOPLASICA (C00-D48†)
		G733*	SINDROMES MIASTENICOS EN OTRAS ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA
		G734*	MIOPATIA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS CLASIFICADAS EN
		G735*	MIOPATIA EN ENFERMEDADES ENDOCRINAS
		G736*	MIOPATIA EN ENFERMEDADES METABOLICAS
		G737*	MIOPATIA EN OTRAS ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE
G80	PARALISIS CEREBRAL INFANTIL	G800	PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA
		G801	DIPLEJIA ESPASTICA
		G802	HEMIPLEJIA INFANTIL
		G803	PARALISIS CEREBRAL DISCINETICA
		G804	PARALISIS CEREBRAL ATAXICA
		G808	OTROS TIPOS DE PARALISIS CEREBRAL INFANTIL
		G809	PARALISIS CEREBRAL INFANTIL, SIN OTRA ESPECIFICACION
G81	HEMIPLEJIA	G810	HEMIPLEJIA FLACIDA
		G811	HEMIPLEJIA ESPASTICA
		G819	HEMIPLEJIA, NO ESPECIFICADA
G82	PARAPLEJIA Y CUADRIPLEJIA	G820	PARAPLEJIA FLACIDA
		G821	PARAPLEJIA ESPASTICA
		G822	PARAPLEJIA, NO ESPECIFICADA
		G823	CUADRIPLEJIA FLACIDA
		G824	CUADRIPLEJIA ESPASTICA
		G825	CUADRIPLEJIA, NO ESPECIFICADA
G83	OTROS SINDROMES PARALITICOS	G830	DIPLEJIA DE LOS MIEMBROS SUPERIORES
		G831	MONOPLEJIA DEL MIEMBRO INFERIOR
		G832	MONOPLEJIA DEL MIEMBRO SUPERIOR
		G833	MONOPLEJIA, NO ESPECIFICADA
		G834	SINDROME DE LA COLA DE CABALLO
		G838	OTROS SINDROMES PARALITICOS ESPECIFICADOS
		G839	SINDROME PARALITICO, NO ESPECIFICADO
G90	TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO	G900	NEUROPATIA AUTONOMA PERIFERICA IDIOPATICA
		G901	DISAUTONOMIA FAMILIAR [SINDROME DE RILEY-DAY]
		G902	SINDROME DE HORNER
		G903	DEGENERACION DE SISTEMAS MULTIPLES
		G908	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO
		G909	TRASTORNO DEL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO, NO ESPECIFICADO
G91	HIDROCEFALO	G910	HIDROCEFALO COMUNICANTE
		G911	HIDROCEFALO OBSTRUCTIVO
		G912	HIDROCEFALO DE PRESION NORMAL
		G913	HIDROCEFALO POSTRAUMATICO, SIN OTRA ESPECIFICACION
		G918	OTROS TIPOS DE HIDROCEFALO
		G919	HIDROCEFALO, NO ESPECIFICADO
G92	ENCEFALOPATIA TOXICA	G92	ENCEFALOPATIA TOXICA
G93	OTROS TRASTORNOS DEL ENCEFALO	G930	QUISTE CEREBRAL
		G931	LESION CEREBRAL ANOXICA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE
		G932	HIPERTENSION INTRACRANEAL BENIGNA
		G933	SINDROME DE FATIGA POSTVIRAL
		G934	ENCEFALOPATIA NO ESPECIFICADA
		G935	COMPRESION DEL ENCEFALO
		G936	EDEMA CEREBRAL
		G937	SINDROME DE REYE
		G938	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DEL ENCEFALO
		G939	TRASTORNO DEL ENCEFALO, NO ESPECIFICADO
G94*	OTROS TRASTORNOS DEL ENCEFALO EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS OTRA PARTE	G940*	HIDROCEFALO EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS CLASIFICADAS
		G941*	HIDROCEFALO EN ENFERMEDAD NEOPLASICA (C00-D48†)
		G942*	HIDROCEFALO EN OTRAS ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE
		G948*	OTROS TRASTORNOS ENCEFALITICOS ESPECIFICADOS EN ENFERMEDADES
G95	OTRAS ENFERMEDADES DE LA MEDULA ESPINAL	G950	SIRINGOMIELIA Y SIRINGOBULBIA
		G951	MIELOPATIAS VASCULARES
		G952	COMPRESION MEDULAR, NO ESPECIFICADA
		G958	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LA MEDULA ESPINAL
		G959	ENFERMEDAD DE LA MEDULA ESPINAL, NO ESPECIFICADA
G96	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	G960	PERDIDA DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO
		G961	TRASTORNOS DE LA MENINGES, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE
		G968	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
		G969	TRASTORNO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, NO ESPECIFICADO

G97	TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO CONSECUTIVOS A PROCEDIMIENTOS, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	G970	PERDIDA DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO POR PUNCION ESPINAL
		G971	OTRA REACCION A LA PUNCION ESPINAL Y LUMBAR
		G972	HIPOTENSION INTRACRANEAL POSTERIOR A ANASTOMOSIS VENTRICULAR
		G978	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO CONSECUTIVOS A
		G979	TRASTORNOS NO ESPECIFICADOS DEL SISTEMA NERVIOSO, CONSECUTIVOS A PROCEDIMIENTOS
G98	OTROS TRASTORNOS SISTEMA NERVIOSO NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	G98	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE
G99*	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS OTRA PARTE	G990*	NEUROPATIA AUTONOMICA EN ENFERNEDADES METABOLICAS Y ENDOCRINAS
		G991*	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO EN OTRAS ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE
		G992*	MIELOPATIA EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE
		G998*	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DEL SISTEMA NERVIOSO EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE

ANEXO No. 4: METODOLOGIA PARA CALCULO DE ENFERMERAS DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA CLINICA

METODOLOGIA PARA CALCULO DE ENFERMERAS DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA CLINICA				
1	DIAS/AÑO	HORAS/DIA	HORAS/AÑO	
	365	24	8760	
2	ENFERMERA	MESES	HORAS/MES	HORAS/AÑO/ENFERMERA
		11	160	1760
3	FRANCOS	SEMANA	AÑO	DIAS/AÑO
		1	52	52
4	VACACIONES	DIAS/AÑO		DIAS/AÑO
		30		30
5	LICENCIA ANUAL	DIAS/AÑO	HORAS/DIA	DIAS/AÑO
		2	48	2
6	AUSENTISMOS	DIAS/AÑO		DIAS/AÑO
		3		3
7	TOTAL/DIAS			87
	AÑO			278
	HORAS/AÑO			2224
8	NUMERO ENFERMERAS/TURNO			4

ANEXO No. 5: INDICADORES DE GESTION GENERADOS POR WINSIG

Los indicadores mencionados a continuación pueden ser obtenidos, cuando se cuenta con los datos pertinentes.

INDICADORES EN FORMATO ESTANDAR GENERADOS POR WINSIG

I SERVICIOS DE INTERNACION

1. Egresos
2. Índice de Concentración
3. Índice Ocupacional
4. Promedio de Días Estancia
5. Índice de Rotación
6. Intervalo de Sustitución
7. Dotación de Camas
8. Estructura de la Oferta de Servicios
9. Transferencias de Cuidados Intensivos por Egreso
10. Transferencia de Cuidados Especiales por Egreso
11. Intervenciones Quirúrgicas por Egreso
12. Tratamientos de Fisiología/Fisiatría por Egreso

II SERVICIOS AMBULATORIOS

13. Consultas
14. Índice de Concentración
15. Estructura de la Oferta de Servicios
16. Transferencias de Cuidados Intensivos por Consulta
17. Transferencia de Cuidados Especiales por Consulta
18. Intervenciones Quirúrgicas por Consulta
19. Tratamientos de Fisiología/Fisiatría por Consulta
20. Exámenes de Laboratorio Clínico por Consulta
21. Estudios de Rayos X por Consulta
22. Ecografías por Consulta
23. Electro-encefalografías por Consulta
24. Electro-cardiografías por Consulta
25. Transfusiones Sanguíneas por Consulta
26. Recetas por Consulta
27. Horas Médico por Consulta
28. Horas Enfermera por Consulta
29. Horas Auxiliar de Enfermería por Consulta
30. Total Horas Personal por Consulta
31. Horas Enfermera por 1 Hora Médico
32. Horas Auxiliar de Enfermería por 1 Hora Médico
33. Horas otras Categorías de Personal por 1 Hora Médico
34. Horas Médico Contratadas
35. Horas Enfermera Contratadas
36. Horas Auxiliar de Enfermería Contratadas
37. Horas Otras Categorías de Personal Contratadas
38. Horas Médico por 1000 Habitantes
39. Horas Enfermera por 1000 Habitantes
40. Horas Auxiliar de Enfermería por 1000 Habitantes

41. Total Horas Personal por 1000 habitantes
42. Costo Total del Servicio
43. Costo Unitario de la Consulta
44. Total Costo Directo del Servicio (en porciento)
45. Total Costo Indirecto del Servicio (en porciento)
46. Costo Total en Servicios Personales
47. Costo Total en Insumos Materiales
48. Costo Total en Medicamentos por Insumos Materiales
49. Costo Total en Material Médico Quirúrgico por Consulta
50. Primer Insumo Material de Mayor Peso Relativo en el Costo Directo (%)
51. Segundo Insumo Material de Mayor Peso Relativo en el Costo Directo
52. Primer Servicio de Mayor Costo Relativo con Respecto al Costo Indirecto Total
53. Segundo Servicio de Mayor Costo Relativo con Respecto al Costo Indirecto Total
54. Tercer Servicio de Mayor Costo Relativo con Respecto al Costo Indirecto Total

III SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

55. Exámenes de Laboratorio Clínico por Egreso
56. Estudios de Rayos X por Egreso
57. Ecografías por Egreso
58. Electro-encefalografías por Egreso
59. Electro-cardiografías por Egreso
60. Transfusiones Sanguíneas por Egreso
61. Recetas por Egreso
62. Raciones por Día Cama Ocupada
63. Kilos de Ropa Lavada por Día Cama Ocupada
64. Horas Médico por Día Cama Ocupada
65. Horas Enfermera por Día Cama Ocupada
66. Horas Auxiliar de Enfermería por Día Cama Ocupada
67. Total Horas Personal por Día Cama Ocupada
68. Horas Médico por Egreso
69. Horas Enfermera por Egreso
70. Horas Auxiliar de Enfermería por Egreso
71. Total Horas Personal por Egreso
72. Horas Enfermera por 1 Hora Médico
73. Horas Auxiliar de Enfermería por 1 Hora Médico
74. Horas otras Categorías de Personal por 1 Hora Médico
75. Horas Médico Contratadas
76. Horas Enfermera Contratadas
77. Horas Auxiliar de Enfermería Contratadas
78. Horas Otras Categorías de Personal Contratadas
79. Horas Médico por 1000 Habitantes
80. Horas Enfermera por 1000 Habitantes
81. Horas Auxiliar de Enfermería por 1000 Habitantes
82. Total Horas Personal por 1000 habitantes
83. Costo Total del Servicio
84. Costo Unitario del Egreso
85. Total Costo Directo del Servicio (en porcentajes)
86. Total Costo Indirecto del Servicio (en porciento)
87. Costo Total en Servicios Personales
88. Costo Total en Insumos Materiales
89. Costo Total en Medicamentos
90. Costo Total en Material Médico Quirúrgico
91. Primer Insumo Material de Mayor Peso Relativo en el Costo Directo (%)
92. Segundo Insumo Material de Mayor Peso Relativo en el Costo Directo
93. Primer Servicio de Mayor Costo Relativo Consulta

94. Segundo Servicio de Mayor Costo Relativo con Respecto al Costo Indirecto Total
95. Tercer Servicio de Mayor Costo Relativo con Respecto al Costo Indirecto Total
96. Costo del Servicio como Proporción del Costo Total (% Costos Directos)
97. Costo del Servicio como Proporción del Costo Total (%, Costos Totales)
98. Costo Per Cápita
99. Costo del Servicio como Proporción del Costo Total (% Costos Directos)
100. Costo Per Cápita
101. Producción
102. Índice de Utilización por Tipo de Servicio
103. Recurso Nuclear del Servicio
104. Horas Recurso Nuclear por Unidad de Producción
105. Horas Enfermera por Unidad de Producción
106. Horas Otros Profesionales por 1 Hora Recurso Nuclear
107. Horas Auxiliar de Enfermería por 1 Hora Recurso Nuclear
108. Horas Técnico Calificado por 1 Hora Recurso Nuclear Egreso
109. Total Horas Personal por Unidad de Producción
110. Horas Recurso Nuclear por 1000 Habitantes
111. Horas Enfermera por 1000 Habitantes
112. Horas Auxiliar de Enfermería por 1000 Habitantes
113. Horas Técnico por 1000 Habitantes
114. Total Horas Personal por 1000 habitantes COSTOS
115. Costo Total del Servicio
116. Costo Unitario por Unidad de Producción
117. Total Costo Directo del Servicio (en porciento)
118. Total Costo Indirecto del Servicio (en porciento)
119. Costo Total en Servicios Personales
120. Costo Total en.
121. Costo en Medicamentos por Unidad de Producción
122. Costo Total en Material Médico Quirúrgico
123. Primer Insumo Material de Mayor Peso Relativo en el Costo Directo (%)
124. Segundo Insumo Material de Mayor Peso Relativo en el Costo Directo
125. Primer Servicio de Mayor Costo Relativo con Respecto al Costo Indirecto Total
126. Segundo Servicio de Mayor Costo Relativo con Respecto al Costo Indirecto Total
127. Tercer Servicio de Mayor Costo Relativo con Respecto al Costo Indirecto Total
128. Costo del Servicio como Proporción del Costo Total (% Costos Directos)
129. Costo Per Cápita

ANEXO No. 6: EFICIENCIA: RENDIMIENTO DEL RECURSO CAMA HOSPITALARIA EN LAS PRESTACIONES ASISTENCIALES

Días Cama Ocupada	Giro de Camas	Indice o Porcentaje Ocupacional	Intervalo de Sustitución	Promedio de Días Estancia
Descripción	***Descripción***	***Descripción***	Descripción	Descripción
Es el indicador fundamental de programación de recursos y un indicador de las inversiones en infraestructura física. El Día Cama Ocupada representa la articulación de los recursos que se emplean en la atención del paciente y que determinan los costos	Es el número de egresos promedio que se genera por cada cama, en un período determinado. Este indicador por especialidad o servicio, según apertura programática de cada institución, establecimiento, nivel de complejidad.	Es una medida de la racionalidad en el uso de los recursos de inversión (capacidad instalada, representada por la dotación de camas) y de la capacidad institucional para atender la demanda de servicios hospitalarios, es el porcentaje de camas que en promedio estan ocupadas.	Es el tiempo promedio, en días o fracción de días, que dura desocupada una cama, entre un egreso y un nuevo ingreso.	Es el tiempo 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 o a un hospital.
Fórmula	***Fórmula***	***Fórmula***	Fórmula	Fórmula
Mediante censo de enfermería a las 24h	GIRO DE CAMAS = (EGRESOS)/(No DE CAMAS) Los datos deben corresponder a un mismo servicio y a un mismo período. Ejemplo: El Servicio de Medicina tiene 66 camas y produjo 200 egresos en el mes de abril. El giro de camas es 3.03 (200/66=3.03)	INDICE OCUPACIONAL o IO = (DIAS CAMA OCUPADA)/(DIAS CAMA DISPONIBLE) Los datos deben corresponder al mismo período.	INTERVALO DE SUSTITUCION = [(DCD) - (DCO)]/[EGRESOS] Todos los datos deben corresponder al mismo período, las abreviaciones D-C-D y D-C-0 corresponden a Día Cama Disponible y Día Cama Ocupada, respectivamente.	PROMEDIO DE DIAS ESTANCIA = (DIAS CAMA OCUPADA)/(EGRESOS) Ambos datos deben corresponder al mismo período. D-C-O es la abreviación para Días Cama Ocupada.
Análisis e Interpretación	***Análisis e Interpretación***	***Análisis e Interpretación***	Análisis e Interpretación	Análisis e Interpretación
Permite valorar su impacto sobre el uso global de las camas de la institución: a mayor número de días cama ocupada, mayor índice ocupacional. - Bajo condiciones adecuadas de eficiencia y eficacia, permite definir las funciones de producción de los recursos.	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. A mayor promedio de estancia, menor el giro de camas; y a menor promedio de estancia, mayor el giro de cama y mayores egresos	Representa una 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.	Bajo condiciones de alta demanda, el indicador ofrece una medida de la eficiencia en la preparación de la cama después de que egresa un paciente, de tal manera que ésta esté el menor tiempo posible ociosa para el ingreso del siguiente paciente.	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 cama y por tanto de número de pacientes
Indicador	***Indicador***	***Indicador***	***Indicador***	***Indicador***
Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado
Condicionantes	***Condicionantes***	***Condicionantes***	Condicionantes	Condicionantes
Depende del volumen de pacientes ingresados y del número de días que permanezcan en la institución.	Demanda de servicios. Indice ocupacional, dotación de camas y promedio de días estancia. Los mismos factores que condicionan el comportamiento del índice ocupacional y el promedio de días estancia.	Relación de oferta y demanda. Dotación de recursos (personal, equipos, insumos esenciales, etc.) y tecnología acordes con el nivel de complejidad y las necesidades cualitativas y cuantitativas de salud de la población respectiva. Existencia de normas.	Demanda de servicios de hospitalización. A mayor demanda, probable intervalo de sustitución bajo (mayor eficiencia) y a menor demanda, probable intervalo de sustitución alto (menor eficiencia). Si hay alta demanda, la eficiencia del proceso alta	Patología que motiva la hospitalización y existencia de patologías asociadas. Severidad de la condición del paciente. Motivo de ingreso: para estudio dg., tto.