

# **ESCUELA POLITÉCNICA NACIONAL**

**FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS**

**CARRERA: MAESTRÍA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE  
SALUD**

**MODELO GERENCIAL PARA LA CRUZ ROJA DE IBARRA**

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

**AVELLANEDA RAMOS DIEGO BOLÍVAR**

**avellaneda\_diego@yahoo.com.ec**

**BOLAÑOS RUIZ BAYARDO BYRON**

**bayardob@hotmail.com**

**DIRECTORA: DRA. VILLACRÉS AVILÉS NILHDA**

**nildav@uio.satnet.net**

**Quito, abril 2008**

## DECLARACIÓN

Nosotros, Avellaneda Ramos Diego Bolívar, Bolaños Ruiz Bayardo Byron, declaramos bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de nuestra autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que hemos consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

A través de la presente declaración cedemos nuestros 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.

---

Avellaneda Ramos Diego Bolívar

---

Bolaños Ruiz Bayardo Byron

## **CERTIFICACIÓN**

Certifico que el presente trabajo fue desarrollado por Avellaneda Ramos Diego Bolívar y Bolaños Ruiz Bayardo Byron, bajo mi supervisión.

---

Dra. Nilhda Villacrés Avilés  
**DIRECTORA DE TESIS**

## AGRADECIMIENTO

La gratitud debe ser entendida como una de las virtudes y obligaciones del ser humano y en ese sentido hemos pensado que son varias las personas queridas a quienes las tenemos presentes; a Paulina por ser nuestro aliciente inicial, Liborio Tobar, por sus atenciones, a cada uno de los profesores por cambiar el esquema de la concepción de nuestras profesiones, al CITE por abrirnos el camino a un futuro promisorio, a Milton Vega por sus conocimientos ,guía y humor, a Nilhda Villacrés por su ejemplo como maestra, madre y amiga, por su inagotable paciencia y por supuesto a la Politécnica Nacional por ser nuestra casa y fuente de profundo orgullo de pertenecernos a la más prestigiosa institución educativa del país, muchísimas gracias

Sinceramente

Bayardo y Diego



## **DEDICATORIA**

El fracaso tiene innumerables justificativos y el éxito habla por sí mismo, creemos firmemente que culminar con esta maestría no es mérito de dos personas que intentaron superarse pese a las dificultades diarias del ser humano; los verdaderos gestores de este triunfo han sido nuestras esposas y nuestros hijos a quienes les hemos robado tiempo y momentos de unión familiar, muchas noches no los hemos visto, varios fines de semana nos han extrañado. Con una resignación grata han estimulado a nuestro espíritu para que continuemos en forma constante la concreción de este trabajo hasta visualizar aquel que pensábamos lejano amanecer.

Vaya para Sandra, Diego Jr. Felipe, así como para Wilma Alexandra, Paula y Camila nuestra dedicatoria, con profundo reconocimiento y amor, este, el fruto de su sacrificio.

**DIEGO Y BAYARDO**

## CONTENIDO

<b>DECLARACIÓN</b>	<b>2</b>
<b>CERTIFICACIÓN</b>	<b>3</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b>	<b>4</b>
<b>DEDICATORIA</b>	<b>5</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>17</b>
<b>OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>18</b>
OBJETIVO GENERAL	18
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
METODOLOGÍA	19
<b>RESULTADOS OBTENIDOS DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>23</b>
<b>ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO GERENCIAL</b>	<b>25</b>
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	26
CONCLUSIONES	26
<b>En la propuesta del Modelo Gerencial</b>	<b>29</b>
<b>En las estrategias de implementación</b>	<b>30</b>
Para la implementación es necesario:	30
RECOMENDACIONES	30
<b>PRESENTACIÓN</b>	<b>32</b>
<b>CAPITULO 1</b>	<b>33</b>
<b>1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>33</b>
1.1 INTRODUCCIÓN	33
1.2 FORMULACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA	35
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	36
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	36
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	36
1.4 JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO	37
1.4.1 JUSTIFICACIÓN TEÓRICA	37
1.4.2 JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA	37
1.4.3 JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA	38
1.5 HIPÓTESIS DE TRABAJO	38
1.6 ASPECTOS METODOLÓGICOS	39
<b>CAPITULO 2</b>	<b>40</b>
<b>2. MARCO TEÓRICO</b>	<b>40</b>
2.1 SALUD, SISTEMAS DE SALUD Y ATENCIÓN DE SALUD	40

2.2	SALUD – ENFERMEDAD	40
2.2.1	DETERMINANTES GENERALES /EPIDEMIOLÓGICOS	42
2.2.2	SISTEMA DE CONTRADICCIONES	42
2.2.3	SITUACIÓN DE SALUD	43
2.3	SISTEMAS DE SALUD	45
2.3.1	CONCEPTO	45
2.3.2	EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LOS SISTEMAS DE SALUD.	46
2.3.2.1	LA ASISTENCIA PÚBLICA	46
2.3.2.2	SISTEMA DE SEGUROS DE ENFERMEDAD	47
2.3.2.3	SISTEMA DE SERVICIOS SANITARIOS NACIONALES	47
2.3.3	SISTEMAS LOCALES DE SALUD (SILOS)	48
2.3.4	FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD	48
2.3.4.1	RECTORÍA	48
2.3.4.2	FINANCIAMIENTO	49
2.3.4.3	PRESTACIÓN	50
2.3.4.4	ASEGURAMIENTO	50
2.3.5	DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD	51
2.4	ATENCIÓN EN SALUD	51
2.4.1	TIPOS DE ATENCIÓN	52
2.4.1.1	PROMOCIÓN DE LA SALUD	52
2.4.1.2	PREVENCIÓN DE LESIONES Y ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y NO INFECCIOSAS	53
2.4.1.3	CURACIÓN	53
2.4.1.4	REHABILITACIÓN	53
<b>2.4</b>	<b>MODALIDADES DE ATENCIÓN</b>	53
2.4.2	ATENCIÓN AMBULATORIA	54
2.4.3	ATENCIÓN COMUNITARIA	54
2.4.4	ATENCIÓN HOSPITALARIA	54
2.5	NIVELES DE COMPLEJIDAD	54
2.5.1	PRIMER NIVEL	54
2.5.2	SEGUNDO NIVEL	55
2.5.3	DE TERCER NIVEL	56
2.6	SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	56
2.6.1	REFERENCIA	57
2.6.2	CONTRARREFERENCIA	57
2.7	REDES Y FUNDAMENTO	57
2.8	DEFINICIÓN DE REDES DE ATENCIÓN	58
2.8.1	BENEFICIOS DEL TRABAJO EN RED	59
2.8.1.1	CONTINUIDAD	59
2.8.1.2	INTEGRALIDAD	59

2.8.1.3	CALIDAD	59
2.8.1.4	EFICIENCIA	60
2.8.1.5	COBERTURA	60
2.9	CALIDAD	60
2.9.1	CALIDAD EN SALUD	62
2.9.2	GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD	66
2.9.2.1	LICENCIAMIENTO	67
2.9.2.2	ACREDITACIÓN	67
2.9.2.3	CERTIFICACIÓN	68
2.9.3	EL ROL DE LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN DE SALUD EN LA CALIDAD	68
2.9.3.1	ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO	69
2.9.3.2	FALTA DE PROTOCOLOS DE MANEJO	69
2.9.4	LA CALIDAD DEL SERVICIO Y EL PROFESIONAL DE LA SALUD	70
2.10	MERCADO	71
2.10.1	CARACTERÍSTICAS DEL MERCADO	71
2.10.1.1	OFERTA	71
2.10.1.2	DEMANDA	71
2.10.2	MONOPOLIO	72
2.10.3	MERCADO DE SERVICIOS DE SALUD, CARACTERÍSTICAS Y COMPLEJIDADES	73
2.10.4	ANÁLISIS DEL MERCADO	74
	<b>2.10.4.2 FASES EN EL PROCESO DE ANÁLISIS DE MERCADO</b>	<b>75</b>
2.10.5	PLANEACIÓN ESTRATÉGICA EN MERCADO	75
2.10.6	EL MERCADEO INTEGRAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD	76
2.10.6.1	¿POR QUÉ SE NECESITA EL MERCADEO EN SALUD?	77
2.10.7	SEGMENTACIÓN DE MERCADOS EN SALUD	78
2.11	MARKETING	79
2.11.1	FILOSOFÍA Y EVOLUCIÓN	80
	<b>CAPITULO 3</b>	<b>83</b>
<b>3.</b>	<b>EL SISTEMA DE SALUD ECUATORIANO</b>	<b>83</b>
3.1	RECTORÍA	84
3.2	ACCESO EQUITATIVO	86
3.2.1	ASEGURAMIENTO	86
3.2.2	FINANCIAMIENTO Y GASTO	86
3.3	PROVISIÓN DESCENTRALIZADA DE SERVICIOS	87
3.4	PROMOCIÓN DE LA SALUD	88
3.5	CALIDAD DE LA ATENCIÓN	94
3.6	MARCO JURÍDICO	94
3.7	PARTICIPACIÓN Y CONTROL SOCIAL	95
3.8	MODELO DE GESTIÓN	96
3.9	RECURSOS HUMANOS	96

3.10	VALUACIÓN DE RESULTADOS	97
3.11	EFFECTIVIDAD Y CALIDAD	98
3.12	CRUZ ROJA	99
3.12.1	MISIÓN DE LA CRUZ ROJA INTERNACIONAL	100
3.12.2	COMPONENTES DEL MOVIMIENTO INTERNACIONAL DE LA CRUZ ROJA Y SUS OBJETIVOS	100
3.12.2.1	COMITÉ INTERNACIONAL DE LA CRUZ ROJA	100
3.12.2.2	LA FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE LA CRUZ ROJA Y DE LA MEDIA LUNA ROJA	101
3.12.2.3	SOCIEDADES NACIONALES DE LA CRUZ ROJA Y DE LA MEDIA LUNA ROJA	101
3.12.3	PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA CRUZ ROJA INTERNACIONAL	101
3.12.4	HISTORIA DE LA CRUZ ROJA ECUATORIANA	102
3.12.4.1	ACTIVIDADES DE LA SOCIEDAD NACIONAL.	102
3.12.4.1.1	CRUZ ROJA DE LA JUVENTUD	102
3.12.4.1.2	INSTITUTO SUPERIOR DE CAPACITACIÓN	102
3.12.4.1.3	NIÑOS EXTRAVIADOS	102
3.12.4.1.4	DIFUSIÓN	103
3.12.4.1.5	GENÉTICA MOLECULAR E INMUNOGENÉTICA	103
3.12.4.1.6	TIPIFICACIÓN.	103
3.12.4.1.7	REHABILITACIÓN.	103
3.12.4.1.8	SERVICIO DE HEMATOLOGÍA	103
3.12.4.1.9	RED NACIONAL DE BANCOS ORTOPÉDICOS.	103
3.12.4.1.10	BIENESTAR SOCIAL	103
3.12.4.1.11	COOPERACIÓN AL DESARROLLO	104
3.12.4.1.12	SERVICIO DE AMBULANCIAS	104
3.12.4.1.13	DONACIÓN VOLUNTARIA	104
3.12.4.1.14	SOCORROS Y OPERACIONES EN DESASTRES	104
3.12.4.1.15	BANCO DE SANGRE	104
3.12.4.1.16	SERVICIO MÉDICO Y DENTAL	104
<b>3.12.5.</b>	<b>LA CRUZ ROJA EN IMBABURA</b>	<b>105</b>
<b>3.12.5.1</b>	<b>ORGANIZACIÓN</b>	<b>105</b>
	<b>CAPITULO 4</b>	<b>109</b>
<b>4.</b>	<b>DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA CRUZ ROJA DE IBARRA</b>	<b>109</b>
4.1	INTRODUCCIÓN	109
4.2	CONTEXTO DEL ESTUDIO - PROVINCIA DE IMBABURA	110
4.3	LA CRUZ ROJA EN IMBABURA	113
4.3.1	ESTRUCTURA DE DIRECCIÓN	114

4.3.2	ORGANIZACIÓN	114
4.3.2.1	RED CANTONAL	114
4.3.2.2	GESTIÓN DE LA OPERACIÓN DE LA CRUZ ROJA	114
4.3.2.3	NIVEL OPERATIVO	115
4.4	ANÁLISIS DE OFERTA Y DEMANDA EN SALUD DE LA CRUZ ROJA DE IMBABURA	115
4.4.1	ANÁLISIS DE LA DEMANDA EN IMBABURA	115
4.4.1.1	ASPECTOS DEMOGRÁFICOS	115
4.4.2	ANÁLISIS DE LA MORBIMORTALIDAD DE LA PROVINCIA DE IMBABURA	117
4.4.3	ANÁLISIS DE LA OFERTA DE LA PROVINCIA DE IMBABURA	120
4.5	ANÁLISIS DE LA OFERTA Y LA DEMANDA EN IBARRA	122
4.5.1	ANÁLISIS DE LA DEMANDA EN IBARRA	122
4.5.1.1	ASPECTOS DEMOGRÁFICOS	122
4.5.1.2	MORTALIDAD EN EL CANTÓN IBARRA	127
4.5.1.3	DETERMINANTES DE LA SALUD EN IBARRA	128
4.5.2	ANÁLISIS DE LA OFERTA DE LA CRUZ ROJA DE IBARRA	132
4.5.2.1	RECURSOS DISPONIBLES	133
4.5.2.1.1	HUMANOS	133
4.5.2.1.2	TÉCNICOS	140
4.5.2.1.3	INFRAESTRUCTURA	141
4.5.2.1.4	DISTRIBUCIÓN DE LAS ÁREAS DE CRUZ ROJA	142
4.5.2.1.5	DISTRIBUCIÓN DE LAS ÁREAS EN ARRENDAMIENTO	143
4.5.2.1.6	TIPO DE CONSTRUCCIÓN	143
4.5.2.1.7	ESTADO ACTUAL DE LAS INSTALACIONES.	143
4.5.2.1.8	CARACTERÍSTICAS DE LAS ÁREAS DE ATENCIÓN AL CLIENTE.	143
4.5.2.1.9	ESTACIONAMIENTOS	144
4.5.2.1.10	RIESGOS	144
<b>4.5.1.3.</b>	<b>RECURSOS FINANCIEROS</b>	144
<b>4.5.1.4.</b>	<b>RECURSOS DE AUTOGESTIÓN INTERINSTITUCIONAL LOGRADOS.</b>	151
4.6	PRODUCTOS Y/O SERVICIOS OFERTADOS	152
4.7	INDICADORES DE EFICIENCIA	158
4.8	ANÁLISIS DEL MERCADO	167
4.8.1	VARIABLES GEOGRÁFICAS	168
4.8.2	VARIABLES PSICOLÓGICAS	168
4.8.3	VARIABLES DEMOGRÁFICAS	169
4.8.4	VARIABLES DE COMPORTAMIENTO	170
4.8.5	ANÁLISIS DE LA COBERTURA	172
4.8.6	ANÁLISIS DE LA COMPETENCIA	173
4.9	FODA INSTITUCIONAL:	178

4.10	PROBLEMAS Y PRIORIZACIÓN:	179
4.10.1	EN LA GERENCIA	179
4.10.2	EN LA ATENCIÓN	179
4.10.3	EN LOS RECURSOS	180
	<b>CAPITULO 5</b>	<b>181</b>
<b>5.</b>	<b>PROPUESTA DE UN MODELO GERENCIAL Y ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN</b>	<b>181</b>
5.1	INTRODUCCIÓN	181
5.1.1	PLANIFICACIÓN	182
5.1.2	LÍNEAS DE INTERVENCIÓN PARA LA CRUZ ROJA DE IBARRA	187
5.1.3	ORGANIZACIÓN	191
5.1.3.1	COMO ESTRUCTURA BÁSICA	192
5.1.3.2	COMO MECANISMO DE OPERACIÓN	192
5.1.3.3	COMO MECANISMO DE DECISIÓN	192
5.1.3.4	COMO MECANISMO DE COORDINACIÓN ENTRE LAS PARTES	192
5.1.3.4.1	DESCRIPCIÓN DEL ORGANIGRAMA DE LA CRUZ ROJA DE IBARRA.	196
5.1.4	PROCESOS MACRO DE ATENCIÓN	196
5.1.5	GESTIÓN	206
5.1.5.1	CARACTERÍSTICAS DE LA GESTIÓN A IMPLEMENTAR	207
5.1.6	MONITOREO Y EVALUACIÓN	210
5.1.6.1	MONITOREO Y EVALUACIÓN PARA LA GERENCIA	217
5.2	ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN	219
5.2.1	ESTRATEGIA DE CAMBIO ORGANIZACIONAL	219
5.2.2	FORTALECIMIENTO DE LOS RECURSOS FINANCIEROS	219
5.2.3	COORDINACIÓN INTERAGENCIAL	220
5.2.4	FORMALIZACIÓN DE LA PROPUESTA DE CAMBIO	220
5.2.5	SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN	220
5.3	CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO	220
	<b>CAPITULO 6</b>	<b>222</b>
<b>6.</b>	<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>222</b>
6.1	CONCLUSIONES	222
6.1.1	DEL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	222
6.1.2	DE LA PROPUESTA DEL MODELO GERENCIAL	224
6.1.3	DE LAS ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN	225
6.2	RECOMENDACIONES	226
	<b>ANEXOS:</b>	<b>228</b>
	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>277</b>

## ÍNDICE DE CUADROS, TABLAS Y GRÁFICOS

### CUADROS:

- Cuadro Nro. 1. Determinantes Epidemiológicos y Sistemas de Contradicciones
- Cuadro Nro. 2. Propuesta de organigrama para la Cruz Roja de Ibarra
- Cuadro Nro. 3. Forma de organización en grupos superpuestos

### TABLAS:

- Tabla Nro. 1. Población del Ecuador y de la Provincia de Imbabura
- Tabla Nro. 2. Población Económicamente Activa por Ocupación
- Tabla Nro. 3. Tasas Brutas de natalidad en Imbabura
- Tabla Nro. 4. Nacidos Vivos, provincia de Imbabura 2001
- Tabla Nro. 5. Tasas Brutas de Mortalidad en Imbabura
- Tabla Nro. 6. Tasas de Mortalidad Infantil en Imbabura
- Tabla Nro. 7. Tasas de Mortalidad materna en Imbabura
- Tabla Nro. 8. Principales causas de Muerte en Imbabura
- Tabla Nro. 9. Número de Camas Hospitalarias en Imbabura
- Tabla Nro. 10. Establecimientos de Salud de primer nivel, Provincia de Imbabura
- Tabla Nro. 11. Sectores de Atención de Salud, Provincia de Imbabura
- Tabla Nro. 12. Población del cantón Ibarra
- Tabla Nro. 13. Distribución de la Población del cantón Ibarra



- Tabla Nro. 14. Pirámide de Población en Ibarra
- Tabla Nro. 15. Defunciones cantón Ibarra
- Tabla Nro. 16. Tasas de Analfabetismo en Ibarra
- Tabla Nro. 17. Viviendas particulares ocupadas por tipo, según Parroquias cantón Ibarra
- Tabla Nro. 18. Tipo de Vivienda por tenencia
- Tabla Nro. 19. Abastecimiento de Agua
- Tabla Nro. 20. Principal combustible para cocinar
- Tabla Nro. 21. Eliminación de aguas servidas
- Tabla Nro. 22. Servicio Eléctrico
- Tabla Nro. 23. Servicio Telefónico
- Tabla Nro. 24. Personal de la Cruz Roja de Ibarra
- Tabla Nro. 25. Sexo de los Empleados
- Tabla Nro. 26. Edad de los Empleados
- Tabla Nro. 27. Nivel de instrucción de las empleadas
- Tabla Nro. 28. Funciones que desempeñan las empleadas
- Tabla Nro. 29. Años de servicio de las empleadas
- Tabla Nro. 30. Sexo del personal voluntario
- Tabla Nro. 31. Edad de los voluntarios
- Tabla Nro. 32. Nivel de Instrucción de los voluntarios
- Tabla Nro. 33. Infraestructura Ocupada
- Tabla Nro. 34. Ingresos Económicos de Cruz Roja de Ibarra
- Tabla Nro. 35. Egresos Económicos de Cruz Roja de Ibarra
- Tabla Nro. 36. Análisis de Ingresos Cruz Roja de Ibarra
- Tabla Nro. 37. Análisis de Egresos Cruz Roja de Ibarra
- Tabla Nro. 38. Ingresos Vs. Egresos Cruz Roja de Ibarra
- Tabla Nro. 39. Servicios Hematológicos
- Tabla Nro. 40. Cursos de capacitación para Voluntarios

- Tabla Nro. 41. Equipos Ortopédicos disponibles en Cruz Roja de Ibarra
- Tabla Nro. 42. Atención a Eventos
- Tabla Nro. 43. Cronograma de actividades cumplidas
- Tabla Nro. 44. Atenciones odontológicas
- Tabla Nro. 45. Atenciones médicas
- Tabla Nro. 46. Explicación clara sobre la donación de sangre
- Tabla Nro. 47. Capacitación impartida por la Cruz Roja
- Tabla Nro. 48. Aceptabilidad del Servicio del Banco Ortopédico
- Tabla Nro. 49. La experiencia de ser voluntario
- Tabla Nro. 50. Motivación a familiares para ser parte de Cruz Roja
- Tabla Nro. 51. Satisfacción de los pacientes
- Tabla Nro. 52. Aceptabilidad de productos y servicios
- Tabla Nro. 53. Plan para los servicios de la Cruz Roja
- Tabla Nro. 54. Plan para la Gerencia de la Cruz Roja
- Tabla Nro. 55. Plan para los Recursos de la Cruz Roja
- Tabla Nro. 56. Indicadores
- Tabla Nro. 57. Cronograma y presupuesto

## **GRÁFICOS:**

- Gráfico Nro. 1. Mapa de Imbabura
- Gráfico Nro. 2. Población del Ecuador y de la Provincia de Imbabura
- Gráfico Nro. 3. Tasas Brutas de natalidad en Imbabura
- Gráfico Nro. 4. Nacidos Vivos, provincia de Imbabura 2001
- Gráfico Nro. 5. Tasas Brutas de Mortalidad en Imbabura
- Gráfico Nro. 6. Tasas de Mortalidad Infantil en Imbabura
- Gráfico Nro. 7. Tasas de Mortalidad materna en Imbabura
- Gráfico Nro. 8. Principales causas de Muerte en Imbabura

- Gráfico Nro. 9. Número de Camas Hospitalarias en Imbabura
- Gráfico Nro. 10. Establecimientos de Salud de primer nivel, Provincia de Imbabura
- Gráfico Nro. 11. Sectores de Atención de Salud, provincia de Imbabura
- Gráfico Nro. 12. Población del cantón Ibarra
- Gráfico Nro. 13. Distribución de la Población del cantón Ibarra
- Gráfico Nro. 14. Pirámide de Población en Ibarra – Mujeres
- Gráfico Nro. 15. Pirámide de Población en Ibarra – Hombres
- Gráfico Nro. 16. Defunciones cantón Ibarra
- Gráfico Nro. 17. Tasas de Analfabetismo en Ibarra
- Gráfico Nro. 18. Tipo de Vivienda por tenencia
- Gráfico Nro. 19. Abastecimiento de Agua
- Gráfico Nro. 20. Principal combustible para cocinar
- Gráfico Nro. 21. Eliminación de aguas servidas
- Gráfico Nro. 22. Servicio Eléctrico
- Gráfico Nro. 23. Servicio Telefónico
- Gráfico Nro. 24. Personal de la Cruz Roja de Ibarra
- Gráfico Nro. 25. Sexo de los Empleados
- Gráfico Nro. 26. Edad de los Empleados
- Gráfico Nro. 27. Nivel de instrucción de las empleadas
- Gráfico Nro. 28. Funciones que desempeñan las empleadas
- Gráfico Nro. 29. Años de servicio de las empleadas
- Gráfico Nro. 30. Sexo del personal voluntario
- Gráfico Nro. 31. Edad de los voluntarios
- Gráfico Nro. 32. Nivel de Instrucción de los voluntarios
- Gráfico Nro. 33. Infraestructura Ocupada
- Gráfico Nro. 34. Análisis de Ingresos Cruz Roja de Ibarra
- Gráfico Nro. 35. Análisis de Egresos Cruz Roja de Ibarra

- Gráfico Nro. 36. Ingresos Vs. Egresos Cruz Roja de Ibarra
- Gráfico Nro. 37. Servicios Hematológicos
- Gráfico Nro. 38. Cursos de capacitación para Voluntarios
- Gráfico Nro. 39. Equipos Ortopédicos disponibles en Cruz Roja de Ibarra
- Gráfico Nro. 40. Explicación clara sobre la donación de sangre
- Gráfico Nro. 41. Capacitación impartida por la Cruz Roja
- Gráfico Nro. 42. Aceptabilidad del Servicio del Banco Ortopédico
- Gráfico Nro. 43. La experiencia de ser voluntario
- Gráfico Nro. 44. Motivación a familiares para ser parte de Cruz Roja
- Gráfico Nro. 45. Satisfacción de los pacientes

## RESUMEN

El rápido desarrollo de la ciencia y la tecnología ha logrado que las comunicaciones sean mucho más eficientes y casi inmediatas, esto ha permitido el avance de las relaciones comerciales y de servicios de la más diversa índole, rompiendo innumerables barreras y caída de fronteras, dando lugar a la globalización y como fruto de ésta el apareamiento de la competencia, lo anterior exige de las empresas calidad en los productos y servicios que se ofertan.

La aplicación de la calidad ha llegado tardíamente a nuestro país, y particularmente en el área de la salud, en donde se ha comprobado un manejo ineficiente de los recursos, duplicación de actividades, desarticulación de los servicios, inequidad, centralismo administrativo y financiero, etc. lo que redundaba en baja calidad de atención e insatisfacción de los clientes, tanto internos como externos.

La Cruz Roja Ecuatoriana en su conjunto no ha escapado a esta problemática, por lo cual, adoptó la responsabilidad de producir un Primer Plan de Desarrollo a partir del “Plan Estratégico de Trabajo de 1990”. Este tuvo validez hasta el año 2002 y ha significado la introducción de cambios fundamentales para generar iniciativas de fortalecimiento de la capacidad operativa y estratégica, con el fin de perfeccionar y modernizar el trabajo.

Esta investigación se orienta a reconocer los elementos administrativos y de gestión en salud para con ellos elaborar un diagnóstico basal desde el cual se pueda identificar la problemática de la Cruz Roja de Ibarra, objeto central de este trabajo, e implementar un Modelo Gerencial que le permita transformarse

de una institución con una gerencia ineficaz, ineficiente y con poca calidad de prestaciones en una verdadera empresa social, con un manejo gerencial que brinde productos y/o servicios de alta calidad, con eficiencia, eficacia, y sostenibilidad.

## **OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **OBJETIVO GENERAL**

Formular un modelo de gerencia que responda a los requerimientos de la demanda con eficacia, eficiencia y calidad en los servicios que oferta la Cruz Roja de Ibarra.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Elaborar un diagnóstico situacional institucional y de mercado.
- Establecer un proceso de planificación eficiente que responda a la relación entre la oferta y la demanda de los productos y/o servicios que brinda la Cruz Roja de Ibarra.
- Diseñar un sistema organizacional eficiente de los servicios y la estrategia para la atención en la Cruz Roja de Ibarra.
- Elaborar protocolos estandarizados en los servicios de la nueva organización que permitan monitorear indicadores de eficiencia, eficacia y calidad.
- Diseñar un nuevo modelo de gestión eficaz, eficiente, de calidad, y sostenible para la nueva organización de la Cruz Roja de Ibarra.

## **METODOLOGÍA**

Este estudio fue una investigación de tipo operativo, en base a los objetivos se definieron las variables, su universo fueron los servicios que oferta la Cruz Roja de Ibarra.

Para el análisis de estas variables se identificaron fuentes de información primaria y secundaria. Tanto la recolección como el análisis de la información se realizaron por cada objetivo.

El presente informe se refiere a los aspectos técnicos, conceptuales y de contexto que permitieron la realización de este estudio. Además, contiene los resultados del diagnóstico situacional de la Cruz Roja de Ibarra, en base a los cuales se presenta la propuesta del Modelo Gerencial y su estrategia de implementación.

Este trabajo se ha sustentado bajo los siguientes conceptos teóricos:

**Salud.-** Entendida como un estado del organismo físicamente completo que funciona de manera uniforme y armónica, cuyas funciones deben estar en equilibrio, no tan solo con su medio interno o fisiológico, sino además con el medio ambiente.

**Determinantes generales/ epidemiológicos.-** Dimensión general: La naturaleza y la sociedad como su expresión más desarrollada y compleja, se oponen y determinan mutuamente. De acuerdo a la forma de organizarse de lo social a la estructura productiva en última instancia se establece un patrón de transformaciones.

**Sistema de contradicciones.-** Las contradicciones entre lo saludable (disfrute de valores de uso) y lo destructivo (padecimiento de procesos deteriorantes o contravalores) corresponden a los dominios “general” (instancias estructuradas como el trabajo y el consumo, instancias políticas como la capacidad organizativas de cada grupo, e ideológicas como el grado de conciencia tanto de la sociedad más amplia como del grupo), luego las mediaciones (gremiales, familiares y de género) y finalmente, el dominio “singular” ( donde se inscriben los procesos del fenotipo y genotipo con el conflicto entre las defensas fisiológicas y capacidades reactivas versus la fisiopatología y vulnerabilidades).

**Sistemas de Salud.-** Siendo en su forma más simple un “conjunto de unidades entre las que existen relaciones”. Así, un sistema está compuesto por dos elementos críticos: las unidades, objetos o elementos y las relaciones entre esas unidades. Aunque las unidades sean importantes, lo que realmente caracteriza a un sistema son las relaciones entre ellas. Por tanto, cualquier conjunto de partes unidas entre sí puede ser considerado un sistema, siempre que las relaciones entre las partes y el comportamiento del todo sea lo que se considere primordial

En términos de Salud Pública, en todos los países se observa una tendencia a la coordinación de los diversos servicios de salud que operan en el ámbito nacional, con la finalidad de integrarlos para construir lo que se ha llamado un Sistema Nacional de Salud, el cual tiene como estructura un Ministerio o Secretaría de Estado que se encarga de formular, organizar y ejecutar una política integral de salud en toda la nación.



**Funciones del Sistema de Salud.-** Rectoría, Financiamiento, Prestación y Aseguramiento,

**Atención en salud.-** Es un derecho ciudadano y un deber del Estado el mismo debe al menos cumplir con las características de accesibilidad (facilidad con la que los usuarios pueden obtener asistencia sanitaria, frente a las barreras financieras, organizativas, geográficas, culturales) oportunidad, calidez, eficacia tiene relación con la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, restauración y rehabilitación que se ofertan a través de establecimientos de diferente complejidad como de primer nivel, ambulatorios, hospitalarios o de alta capacidad resolutive, de tal manera que, reconociendo la existencia de servicios de organismos estatales y privados que hacen que en algunos casos se dupliquen acciones y en la mayoría provocan acceso limitados a la población, en la actualidad se propone esquemas de redes que significa articulación de diferentes servicios basados en acuerdos que definen objetivos comunes en donde estos servicios actúan con complementariedad para lograr integralidad que busquen la eficacia, eficiencia, calidad y acceso en la prestación de los servicios a la población.

Se identifican cuatro tipos de atención: Promoción, Prevención, Curación y Rehabilitación y dentro de las modalidades de atención tenemos a la Ambulatoria, Comunitaria y Hospitalaria.

La estructura del Sistema de Salud en el país opera en tres niveles:

Primer Nivel: (máxima cobertura, mínima complejidad)

Segundo Nivel: (menor cobertura y mayor complejidad) en unidades que cuenten con: Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, Cirugía.

Tercer Nivel: (Mínima cobertura por frecuencia, máxima complejidad).

**Calidad en Salud.-** Calidad es la totalidad de funciones, características (ausencia de deficiencias de un bien o servicio) o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores.

**Garantía de Calidad en salud.-** Debe constituir la razón de ser de las instituciones de salud. Ningún ser humano puede aspirar a condición diferente si es su misma vida la que esta puesta en manos de estos organismos. Para lograr lo anteriormente citado existen mecanismos de regulación externa, conocidos como: Licenciamiento, acreditación y certificación.

**Mercado.-** Un mercado está formado por todos los clientes potenciales que comparten una necesidad o deseo específico y que podrían estar dispuestas a tener la capacidad para realizar un intercambio para satisfacer esa necesidad o deseo.

**Oferta.-** Puesta de bienes o servicios a disposición del mercado. Por extensión: volumen de bienes y servicios puestos así a disposición de la demanda.

**Demanda.-** Cantidad de un bien o de un servicio que puede ser adquirido en un mercado en cierto precio definido y durante una cantidad de tiempo dada.

El mercado de salud tiene ciertas características importantes de anotar y que influyen en su abordaje, son:

Incertidumbre, Asimetría, Externalidades, Relación de Agencia en los servicios de Salud.

Marketing.- Es el medio por el cual las organizaciones identifican aquellas necesidades humanas que no se han satisfecho, las convierten en oportunidades comerciales y crean satisfacciones para otros y utilidad para ellas mismas.

## **RESULTADOS OBTENIDOS DE LA INVESTIGACIÓN**

Del análisis del contexto, de la oferta, demanda y mercado ha permitido identificar un conjunto de problemas que se pretenden resolver en la propuesta del Modelo Gerencial para la Cruz Roja de Ibarra y son los siguientes:

### **En la Gerencia:**

- Ausencia de un Modelo Gerencial que contemple una adecuada planificación, organización, gestión, monitoreo y evaluación.
- Inadecuado manejo administrativo y gerencial.
- Deficiente coordinación y comunicación entre los Órganos de Gobierno, Gestión y Operaciones.
- Inexistencia de manual de funciones y de protocolos de atención.
- Inexistente sistema de gestión de la calidad.
- Ausencia de proyectos sustentables y sostenibles.
- Débil presencia en programas de salud e higiene en las comunidades.
- Pérdida del mercado en atención prehospitalaria.

### **En los recursos:**

- Ausencia de iniciativas para diversificar la base financiera de la Cruz Roja.
- Recursos financieros incipientes para ampliar la cobertura de servicio social.
- Recursos tecnológicos subutilizados.
- Brecha generacional alta en el personal que labora como personal rentado.
- Ausencia de operador de ambulancias a tiempo completo.
- Desmotivación del personal voluntario.
- Débil capacitación en forma general.
- Alta deserción y rotación del personal voluntario.
- Carecer de una unidad móvil adecuada para la atención prehospitalaria.
- Ausencia de una línea telefónica para la Agencia de Búsqueda.
- Infraestructura subutilizada.
- Irresponsabilidad de los voluntarios.

**En la atención:**

- Atención limitada sin cobertura de servicios las 24 horas.
- Baja calidad de atención a los usuarios.
- Mala imagen de servicio ante los usuarios.
- Atención que no responde a la demanda.
- Incipiente servicio post atención.
- Áreas de atención con limitaciones para la accesibilidad, ergonomía y satisfacción para los clientes.

## **ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO GERENCIAL**

El Modelo Gerencial en la Cruz Roja de Ibarra es una necesidad por los problemas que ya analizamos anteriormente, por lo tanto, el aporte de esta investigación está orientada a prever la estrategia de implementación que se describe, no como procesos secuenciales, sino que en algunos casos son simultáneos y complementarios.

### **Estrategia de cambio organizacional.**

- Información intrainstitucional y sensibilización al cambio.
- Fortalecimiento de las capacidades
- Empoderamiento de los Actores
- Cambio o creación de normas o estándares, protocolos de la Cruz Roja para construir de manera progresiva, priorizando los Departamentos que tengan mayor problemática
- Complementación de recursos tecnológicos

### **Fortalecimiento de los recursos financieros.**

- Movilización del financiamiento
- Análisis de las brechas de financiamiento
- Buscar fuentes alternativas de financiamiento

### **Coordinación interagencial.**

- Coordinación Nacional e Internacional en relación a los productos y/o servicios que oferta la Cruz Roja de Ibarra.
- Buscar aliados estratégicos como Gobierno Provincial, Gobierno Local, Fuerzas Armadas, Policía, Central de Emergencias 9-1-1, ONG's,

Ministerio de Salud Pública, Clínicas Privadas, Gremios de Profesionales, Empresas Privadas, Filiales de Cruz Roja.

#### **Formalización de la propuesta de cambio.**

- Lograr acuerdo de la Junta
- Lograr la aceptación o reforma de Leyes, Estatutos, Reglamentos

#### **Sistema de monitoreo y evaluación**

- Construir un sistema evaluativo de impacto.

## **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **CONCLUSIONES**

#### **En el Diagnóstico Situacional**

La Cruz Roja de Ibarra, no dispone de un diagnóstico basal de la atención y la gestión, que le permita ser el punto de partida para emprender los cambios que garanticen la calidad en las prestaciones con eficacia y eficiencia.

El segmento de mercado cubierto hasta la actualidad es la población de la Provincia de Imbabura, principalmente la del cantón Ibarra; lo conforma en un porcentaje mayor un grupo etáreo entre los 14 y 30 años de edad, de ingresos económicos medio y medio-bajo, con un nivel de educación media. Es importante señalar que también se incluyen las instituciones de salud públicas y privadas, empresas, organizaciones deportivas, estudiantiles, gremiales y beneficiarios especiales como lo son los refugiados colombianos.

No existe una adecuada gerencia basada en procesos de planificación, organización, gestión, monitoreo y evaluación, que tomen en cuenta la oferta y la demanda, para formular un modelo de administración gerencial, lo que

indica las brechas en eficiencia, eficacia y calidad que se deberán desarrollar en un futuro, y para lo cual se diseña la propuesta gerencial.

Los procesos organizacionales son incipientes, con comunicaciones tanto internas como externas débiles, sin articulación de los servicios, el organigrama existente no responde a los requerimientos de una organización moderna y dinámica.

La socialización de la política institucional, la visión, la misión, los objetivos estratégicos están en su fase inicial.

La Cruz Roja de Ibarra no se maneja bajo un manual de procedimientos, protocolos, indicadores, fuentes de verificación, ni estandarización de los mismos, por lo tanto, el monitoreo y la evaluación del desempeño se tornan difíciles de medir, dificultando la retroalimentación y la adecuada toma de decisiones.

La gestión y toma de decisiones se encuentran focalizadas en pocas personas, con experticias desiguales que favorecen una atomización de actividades y generan desconcierto y malestar en los distintos departamentos que provocan un clima organizacional inadecuado.

No existe un sistema de información y rendimiento que proporcione cuentas claras, coherentes, confiables y articuladas.

El liderazgo mantenido no ha trascendido ni en el personal ni en las actividades, se lo conceptualizaría como dejar hacer y dejar pasar.

Se ha perdido espacio en Atención Prehospitalaria al no contar con un chofer de planta ni ambulancia para este propósito.

El monopolio por la venta de productos hematológicos no han recibido la importancia debida y por lo tanto, no se ha aprovechado esta fortaleza como se debería.

Esta Institución tiene posibilidades de crecimiento cierto por su infraestructura que supera los requerimientos actuales.

La Cruz Roja de Ibarra goza de un reconocimiento ciudadano de trayectoria que le ha permitido mantenerse en la memoria ciudadana.

Posee un voluntariado comprometido y adecuadamente capacitado que constituye una de sus principales fortalezas, el cual no ha sido aprovechado en debida forma.

Las Unidades Operativas de especialidad cuentan con el respaldo y felicitación ciudadana.

Todavía se cuenta con la confiabilidad del cliente externo, y esto constituye un pilar fundamental que deberá ser potencializado.

No se toma en cuenta la calidad en las prestaciones de los servicios que oferta.

Existe una brecha generacional alta en el personal rentado, el mismo que genera resistencia al cambio.



La utilización de la imagen institucional positiva a fin de lograr alianzas estratégicas de importancia ha sido muy puntual.

En cuanto a la información financiera, ésta no se ha beneficiado de los adelantos tecnológicos que le permitan ser oportuna, confiable y una herramienta en la planificación.

Debido a un gasto corriente excesivo, la Cruz Roja de Ibarra no dispone de un equilibrio financiero adecuado que le permita mantener sus actividades básicas y peor aún, buscar la extensión de las mismas.

Los proyectos presentados todavía son insuficientes ante la demanda existente.

### **En la propuesta del Modelo Gerencial**

Implementar un nuevo modelo gerencial para la Cruz Roja de Ibarra, que partiendo de un diagnóstico basal, contemple una adecuada planificación, organización, gestión, monitoreo y evaluación, permitiéndole desarrollarse como una empresa social al brindar productos y/o servicios en forma eficiente, eficaz, con calidad y sustentabilidad financiera, enfocada tanto al cliente interno, como al externo y que se enmarque en los Principios Fundamentales del Movimiento Internacional de la Cruz Roja.

Como parte del mercado este segmento podrá ser ampliado en el futuro con la aplicación de este modelo gerencial y lo constituirá, a más de los anteriormente nombrados, la población urbano-marginal de la ciudad de Ibarra, las Unidades Operativas Cantonales la Cruz Roja de la Provincia de

Imbabura como parte de la red provincial y los habitantes de la Cuenca baja del Río Mira, en concordancia con el II Plan Nacional de Desarrollo.

### **En las estrategias de implementación**

Para la implementación es necesario:

- Favorecer el crecimiento y desarrollo mediante la implementación de un sistema y clima organizacionales basado en las comunicaciones multidireccionales con enfoque en el desempeño, mejorando la satisfacción de los trabajadores, voluntarios, motivándolos permanentemente.
- Capacitación en todos los niveles, gobierno, gestión y operaciones a fin de mejorar el plus institucional, y extenderlo a otros cantones de la red provincial.
- Optimizar y modernizar la infraestructura y sus espacios.
- Aprovechar la imagen positiva obtenida para lograr financiamiento local, nacional e internacional en forma sostenida, lo que redundará en la factibilidad de desarrollo institucional y de servicio.
- Realizar una reingeniería del personal.
- Implementar un sistema de gestión de la calidad.
- Retribuir la confianza de los usuarios con proyectos que beneficien a las comunidades más vulnerables.
- Implementar un plan de marketing, fortaleciendo la imagen de marca institucional en los medios de comunicación.

### **RECOMENDACIONES**

- Formular proyectos con el apoyo técnico nacional amparados en los ejes estratégicos.

- Lograr alianzas estratégicas de importancia con Gobiernos Provinciales, locales, Policía, Fuerzas Armadas, Hospitales, Clínicas Privadas. ONG's.
- Una vez fortalecida la Sede Provincial, se extienda este crecimiento a la red cantonal de la provincia.
- Fortalecer y extender los servicios de las Unidades Operativas de especialidad.
- Aumentar la oferta de servicios al proporcionar asistencia en farmacia, laboratorio clínico, imagenología, consulta médica, odontológica, oftalmológica y atención prehospitalaria.
- Fortalecer, reclutar, involucrar y empoderar a más voluntarios para esta organización.
- Potenciar el monopolio de sangre a nivel provincial con una red de servicios en las distintas filiales cantonales.
- Elaborar un manual de procesos, protocolos y su debida estandarización, dentro de un modelo gerencial propuesto, con delegación de responsabilidad y eficiente monitoreo y evaluación.
- Lograr acercamiento con la competencia para determinar una correcta segmentación de mercados, con lo cual lograríamos una complementariedad del servicio y evitaríamos duplicidad de acciones y gasto de recursos.
- Lograr el posicionamiento institucional debido, para constituirse en un polo de referencia nacional que pueda adoptar nuestro modelo de Gerencia.

## **PRESENTACIÓN**

El presente trabajo está orientado a poner en consideración un modelo de Gerencia para la Cruz Roja de Ibarra, en el entendido de que esta Institución ha tenido la voluntad política de reconocer sus falencias, exponer sus fortalezas y oportunidades y proponerse a un cambio general que le permita ponerse a tono con las circunstancias actuales de constante búsqueda de calidad, competitividad y orientación de los servicios al cliente interno y externo; para ello, ha abierto sus puertas al acceder a la investigación necesaria, así como también, acoger las sugerencias que en esta propuesta se dan a conocer.

A partir de analizar el estado del arte enunciado en el Marco teórico, se evidencia el diagnóstico situacional, fruto de la aplicación de encuestas, entrevistas, observación directa y documental, con lo que se obtiene una línea de base a la cual con un análisis FODA se pretende intervenir mediante un Modelo Gerencial que abarcando la Planificación, Organización, Gestión, Monitoreo y Evaluación, conduzcan a la posibilidad de implementación de este Modelo en la Cruz Roja de Ibarra, así como en otras Filiales de la Red Territorial, para convertir a esta entidad en líder en la entrega de productos y/o servicios de salud con calidad, eficacia y eficiencia administrativa y financiera, orientada a la población más vulnerable, acorde con los Principios que rigen al Movimiento de la Cruz Roja y Media Luna Roja en concordancia con el Segundo Plan Nacional de Desarrollo.

## **CAPITULO 1**

### **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1 INTRODUCCIÓN**

En el Ecuador, y especialmente en el área de salud, la búsqueda de la calidad la competitividad, y la productividad, ha llegado tardíamente, no se ha asimilado con la rapidez necesaria el hecho de que son estas características las que hacen de la prestación de servicios verdaderas empresas sociales, con un manejo gerencial que las oriente a brindar productos eficientes, logrando satisfacción, tanto en el cliente interno, como en el cliente externo.

La Cruz Roja Ecuatoriana en su conjunto no ha escapado a esta problemática, por lo cual, adoptó la responsabilidad de producir un Primer Plan de Desarrollo a partir del “Plan Estratégico de Trabajo de 1990”. Este, tuvo validez hasta el año 2002 y ha significado la introducción de cambios fundamentales para generar iniciativas de fortalecimiento de la capacidad operativa y estratégica, con el fin de perfeccionar y modernizar el trabajo.

La filial de Cruz Roja en Imbabura a pesar de contar con una infraestructura ya establecida y varios servicios como: Banco de Sangre y Hematología, Banco Ortopédico, Socorros y Operaciones en casos de Desastres, Comité de Damas, Atención Prehospitalaria, Proyectos de Desarrollo Social, Apoyo Psicológico, Unidad Médica y Odontológica móvil, Capacitación en Primeros Auxilios, y más de 60 años de funcionamiento no ha podido mantener un ritmo de crecimiento uniforme ni articulado, con criterios de unidad en la gestión de sus recursos, con una constante pérdida de su imagen institucional por el deterioro de la calidad en sus prestaciones.

Lo anterior es el resultado de una planificación insuficiente que no responde a los requerimientos de la oferta y la demanda, además de un desconocimiento del personal directivo de la importancia de la planificación en la gerencia.

Por otra parte, la implementación de nuevos productos y servicios se han realizado sin criterios de integralidad y de visión de conjunto, lo que conlleva a que la estructura organizacional existente responda a esta lógica y no a una centrada en la planificación para producir resultados eficaces, eficientes y de calidad; dando como efecto, débiles mecanismos de comunicación, coordinación y articulación entre sus diferentes servicios.

Otra área importante es la resistencia al cambio del personal directivo y operativo, sumado a un manejo inadecuado del personal rentado, muchos de los cuales no cuentan con una capacitación técnica acorde al servicio que se presta, con demasiados años de trabajo, lo que hace que la carga financiera por concepto de salarios alcance el 50% de su presupuesto anual.

Esta situación se agrava por una cultura organizacional que no responde a la dinámica actual; tampoco existen protocolos estandarizados para los productos que se ofertan, por lo tanto, existe escasa sistematización, análisis de la información y por consiguiente, la retroalimentación y apoyo a la toma de decisiones.

Este proceso de toma de decisiones se caracteriza por ser elitista y escaso de participación del cliente interno y externo bajo un enfoque gerencial tradicional, lo que ha generado desmotivación, deserción y poca credibilidad

en sus dirigentes, impactando directamente en la sostenibilidad de los servicios porque el equilibrio financiero es frágil, cubre sólo los costos operativos, sin saldos positivos que permitan invertir en la modernización y desarrollo institucional.

Esta realidad puede revertirse con un adecuado modelo gerencial que permita al órgano de gobierno dar las pautas para que el personal de gestión y operación se guíe, mantenga, modernice y se ponga al ritmo de la modernidad y al servicio del cliente<sup>1</sup>. Por esto, se hace vital que se formule e implemente a mediano plazo una alternativa diferente que permita articular los distintos productos y/o servicios que presta la Cruz Roja de Ibarra con eficacia, eficiencia, calidad y sostenibilidad haciendo de ésta una verdadera Empresa Social.

## **1.2 FORMULACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA**

Lo anterior determina que se plantee como problema de investigación el siguiente:

¿Cuál es el modelo gerencial que se requiere para responder con eficacia, eficiencia y calidad en coherencia a los requerimientos de la demanda en la CRI?

Para responder a lo anterior es necesario definir:

- ¿Se dispone de un conocimiento suficiente de la situación actual de la atención y gestión de los servicios de la Cruz Roja de Ibarra?
- ¿Cuál es el segmento de mercado cubierto en la actualidad y el posible segmento, si se impulsa un nuevo modelo gerencial?
- ¿Cuál es la planificación que permita responder a los requerimientos de la oferta y la demanda de los productos y/o servicios?

---

<sup>1</sup> Como lo propuesto en el Segundo Plan Nacional de Desarrollo de CRE. 2002.

- ¿Cuáles son las modalidades de organización, comunicación y articulación para los distintos departamentos y servicios con los que se cuentan?
- Cuáles son los protocolos estandarizados necesarios para los servicios y los indicadores, estándares que sirvan para la retroalimentación y toma de decisiones?
- ¿Cuál es el modelo de gestión eficaz, eficiente y de calidad que articule la sostenibilidad de la red de servicios que oferta?

### **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.3.1 OBJETIVO GENERAL**

- Formular un modelo de gerencia que responda a los requerimientos de la demanda con eficacia, eficiencia y calidad en los servicios que oferta la Cruz Roja de Ibarra.

#### **1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Elaborar un diagnóstico situacional institucional y de mercado.
- Establecer un proceso de planificación eficiente que responda a la relación entre la oferta y la demanda de los productos y/o servicios que brinda la Cruz Roja de Ibarra.
- Diseñar un sistema organizacional eficiente de los servicios y la estrategia para la atención en la Cruz Roja de Ibarra.
- Elaborar protocolos estandarizados en los servicios de la nueva organización que permitan monitorear indicadores de eficiencia, eficacia y calidad.
- Diseñar un nuevo modelo de gestión eficaz, eficiente, de calidad, y sostenible para la nueva organización de la Cruz Roja de Ibarra.



## **1.4 JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO**

### **1.4.1 JUSTIFICACIÓN TEÓRICA**

Los aspectos teóricos que enmarcan la presente investigación están íntimamente relacionados con la planificación, la administración de los servicios de salud, la calidad total, la competitividad y la productividad, características que hacen de la prestación de servicios, verdaderas empresas sociales que permiten dentro de un medio competitivo establecer las estrategias adecuadas bajo un manejo gerencial para brindar productos y/o servicios de calidad, logrando satisfacción en el cliente, accesibilidad a los mismos, con calidez, oportunidad y todo esto a los costos más bajos.

La planeación, función administrativa que determina con anticipación qué se debe hacer y cuáles objetivos se deben alcanzar, busca brindar condiciones racionales para que la empresa, sus departamentos o divisiones se organicen a partir de ciertas hipótesis respecto de la realidad actual y futura<sup>2</sup>, elementos teóricos que en la Cruz Roja de Ibarra serán de gran importancia.

### **1.4.2 JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA**

El desarrollo de instrumentos metodológicos posibilitará mejorar la eficiencia y eficacia no solo de instituciones privadas, sino también, de instituciones públicas. Este nuevo modelo gerencial en la Cruz Roja de Ibarra, posibilitará aportes metodológicos como:

- Contar con una herramienta de desarrollo institucional aplicable como ejemplo a otras filiales de la red territorial.
- Permitirá establecer un análisis de mercados
- Posibilitará ser un aporte al benchmarking entre organizaciones similares.

---

<sup>2</sup> Administración, teoría, proceso y práctica. Idalberto Chiavenato. Edit. McGraw Hill. Tercera Edición. 2002

### **1.4.3 JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA**

La Cruz Roja Ecuatoriana al ser una entidad autónoma se encuentra en libertad de su autoorganización, planificación y desarrollo de sus proyectos y no interfieren con las normas y políticas gubernamentales

La aplicación de un nuevo modelo de gerencia va a mejorar el desempeño, la optimización de los recursos humanos, tecnológicos y financieros, fortaleciendo la calidad, eficiencia y sostenibilidad de los servicios lo que redundará en la satisfacción tanto del cliente interno como del cliente externo.

Este proyecto tiene una gran factibilidad de aplicación práctica, puesto que no parte de la nada, todo lo contrario, la Cruz Roja de Ibarra cuenta con una gran infraestructura como es su edificación propia, de excelente ubicación, recursos técnicos como ambulancias equipos, etc. y el personal humano de Voluntarios, Socorristas, Comité de Damas y gente altruista que apoyan esta aspiración que es esperada y anhelada, favoreciendo para ello la voluntad política de sus dirigentes.

### **1.5 HIPÓTESIS DE TRABAJO**

Si formulamos e implementamos un modelo de gerencia en la CRI, entonces se lograría transformarla en una verdadera empresa social que brinde productos y/o servicios eficaces, eficientes, de calidad y sostenibilidad, lo que significa que:

- Si formulamos un diagnóstico situacional institucional y de mercado entonces tendríamos un punto de partida fundamentado para cambiar el modelo gerencial de la CRI.

- Si logramos desarrollar un proceso de planificación estratégica que contemple la relación entre oferta y demanda, entonces, lograremos optimizar los recursos (eficiencia).
- Si se diseña un sistema organizacional que articule los diferentes servicios con eficiencia, entonces lograríamos coordinación e integralidad de los mismos.
- Si se establecen protocolos estandarizados de atención en los diferentes servicios, entonces se garantizaría la calidad y facilitaría la rendición de cuentas.
- Si diseñamos un nuevo modelo de gerencia, entonces se mejoraría la eficiencia, desempeño y sostenibilidad de los servicios en la Cruz Roja de Ibarra.

## **1.6 ASPECTOS METODOLÓGICOS**

Este estudio fue una investigación de tipo operativo, en base a los objetivos se definieron las variables, su universo fueron los servicios que oferta la Cruz Roja de Ibarra.

Para el análisis de estas variables se identificaron fuentes de información primaria y secundaria. Tanto la recolección como el análisis de la información se realizaron por cada objetivo. (**Ver Anexo 1**)

El presente informe se refiere a los aspectos técnicos, conceptuales y de contexto que permitieron la realización de este estudio. Además, contiene los resultados del diagnóstico situacional de la Cruz Roja de Ibarra, en base a los cuales se presenta la propuesta del Modelo Gerencial y su estrategia de implementación.

## CAPITULO 2

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 SALUD, SISTEMAS DE SALUD Y ATENCIÓN DE SALUD

Se tiende a interpretar a la salud como un estado del organismo físicamente completo que funciona de manera uniforme y armónica, pero estas funciones deben estar en equilibrio, no tan solo con su medio interno o fisiológico, sino además con el medio ambiente.

#### 2.2 SALUD – ENFERMEDAD

La conceptualización de salud definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), detalla: *"es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no tan solo la ausencia de enfermedad o afección"*.<sup>3</sup> Esta definición no es estática, por el contrario, es dinámica y de adaptación permanente en la relación con los variados factores económicos, sociales, ambientales, culturales y biológicos, que influyen y pueden perturbar esta condición.

Lo anterior determina una *multicausalidad* y *multifactorialidad* de los determinantes de la salud y sus variaciones, la idea de una capacidad biológica idéntica para todos los seres humanos cambia por la capacidad genética potencial favorable o desfavorable para generar salud, capacidad que es activada o deprimida por los factores ecológicos y sociales.

Establecer los lindes precisos entre el estado de salud y de enfermedad, resulta muy difícil, dado que existe entre el hombre y el ambiente una

---

<sup>3</sup> OPS: Planificación Local Participativa; Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe: Canadá; 1999: Pág. 11: Serie PALTEX Para Ejecutores de Programas de Salud N° 41.

interacción compleja y permanente de diversos gradientes ambientales e individuales en correspondencia.

El nuevo enfoque cambia el producto final del modelo desde “sin enfermedad” al de “bienestar” humano, complejizando enormemente la definición de responsabilidades, no solo dentro del sector salud sino para toda la sociedad. No es suficiente, corregir la forma de organización del sector salud, ni modificar algunas estrategias, el cambio debe ser mucho más profundo. Se requiere que las personas, las familias, las comunidades, la clase política, el estado y todos los actores sociales se comprometan y tomen posición frente al tema. Se hace determinante la utilización del enfoque multidisciplinario e intersectorial.<sup>4</sup>

La Comunidad Andina define: ***“Salud es la relación armónica con uno mismo, con los otros seres humanos y con la Pacha Mama, en la búsqueda de una tranquilidad espiritual, individual y social”***, que es la traducción de un concepto quechua de lo que es salud.<sup>5</sup>

Se plantean dos grupos de determinantes:

- Determinantes generales/epidemiológicos
- Sistema de contradicciones
- Situación de salud

---

<sup>4</sup> Ibid; pp: 12.

<sup>5</sup> Salud Para el Bienestar y Desarrollo en Quito del Siglo XXI. Política sectorial derivada del “Plan de Desarrollo Siglo XXI” Alcaldía 2000-2004.

### **2.2.1 DETERMINANTES GENERALES /EPIDEMIOLOGICOS**

Dimensión general: *La naturaleza y la sociedad como su expresión más desarrollada y compleja, se oponen y determinan mutuamente.* De acuerdo a la forma de organizarse de lo social a la estructura productiva en última instancia se establece un patrón de transformaciones.

### **2.2.2 SISTEMA DE CONTRADICCIONES**

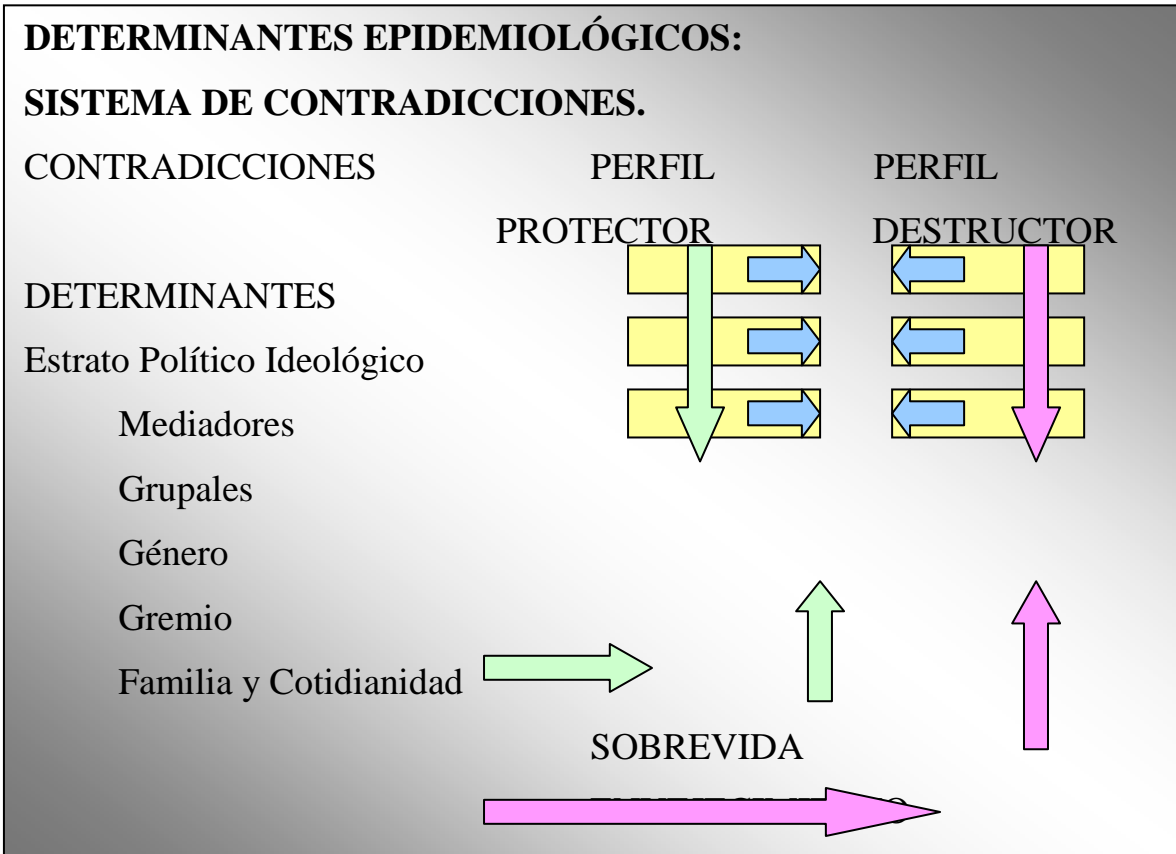
Las contradicciones entre lo saludable (disfrute de valores de uso) y lo destructivo (padecimiento de procesos deteriorantes o contravalores) corresponden a los dominios “*general*” (instancias estructuradas como el trabajo y el consumo, instancias políticas como la capacidad organizativas de cada grupo, e ideológicas como el grado de conciencia tanto de la sociedad más amplia como del grupo), luego las mediaciones (gremiales, familiares y de género) y finalmente, el dominio “*singular*” (donde se inscriben los procesos del *fenotipo* y *genotipo* con el conflicto entre las defensas fisiológicas y capacidades reactivas versus la fisiopatología y vulnerabilidades).<sup>6</sup>

### **Cuadro N° 1**

Determinantes Epidemiológicos y Sistema de Contradicciones.

---

<sup>6</sup> Ibid pp. 49



Fuente: Breilh Jaime, Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación. Guía Pedagógica para un taller de Metodología. Ediciones CEAS, Quito, 1994.

### 2.2.3 SITUACIÓN DE SALUD

Para el análisis de la situación de salud de la población se ha desarrollado la Epidemiología como la ciencia cuyo objeto es estudiar la incidencia y distribución de las enfermedades en grandes poblaciones, así como los factores que condicionan su expansión y gravedad. Consiste en la medición de la frecuencia de enfermedad y en el análisis de sus relaciones con las diversas características de los individuos y de su medio ambiente.

La epidemiología moderna o *epidemiología general* que aborda el “diagnóstico” de los determinantes y su prevención; misma que cuenta con dominios distintos de la determinación y objetos de transformación diversos, como: *epidemiología laboral* (estudio del trabajo como determinante y la salud de los trabajadores), *epidemiología del consumo* (procesos

determinantes relacionados con la conversión de los productos en bienes de disfrute, mediada por la distribución del mercado y del estado, así como el consumo de los valores de uso medio ambientales), *epidemiología del territorio* (epidemiología geográfica que analiza la salud en el espacio, la segregación social del espacio, de los determinantes y de las condiciones de salud-enfermedad, los procesos ecológicos como mediadores), *la epidemiología del poder, la conciencia y organización* (procesos políticos y culturales, formas de solidaridad y seguridad, la cultura como instrumento de conciencia y organicidad, en definitiva, carácter protector o destructivo de la cultura y la organización, agresión y violencia) y la *epidemiología histórica* (explicación histórica de las series seculares de procesos epidemiológicos específicos y por tipos).<sup>7</sup>

Utilizando las herramientas de la epidemiología se estructura una referencia en un momento dado y en una población determinada de la situación de morbimortalidad existente, sus factores determinantes, condicionantes y bajo un análisis estadístico, así como clínico de causa-efecto se pueden planificar las distintas intervenciones tendientes a minimizar la vulnerabilidad y afectación a la salud.

Estos parámetros son de gran utilidad para estructurar las estrategias de intervención encaminadas a la recuperación de la salud de dicha masa poblacional.

---

<sup>7</sup> Breilh Jaime. Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación. Guía Pedagógica para un Taller de Metodología. Serie "Epidemiología Crítica" N° 3 CEAS. 1994.



## 2.3 SISTEMAS DE SALUD

### 2.3.1 CONCEPTO

Para Berthalanffy, un sistema es, en su forma más simple un “conjunto *de unidades entre las que existen relaciones*”. Así, un sistema está compuesto por dos elementos críticos: las *unidades, objetos o elementos* y las *relaciones entre esas unidades*. Aunque las unidades sean importantes, lo que realmente caracteriza a un sistema son las relaciones entre ellas. Por tanto, cualquier conjunto de partes unidas entre sí puede ser considerado un sistema, siempre que las relaciones entre las partes y el comportamiento del todo sea lo que se considere primordial.<sup>8</sup>

En términos de Salud Pública, en todos los países se observa una tendencia a la coordinación de los diversos servicios de salud que operan en el ámbito nacional, con la finalidad de integrarlos para construir lo que se ha llamado un Sistema Nacional de Salud, el cual tiene como estructura un Ministerio o Secretaría de Estado que se encarga de formular, organizar y ejecutar una política integral de salud en toda la nación

En la reunión de Alma Ata los países de la Región constataron que los planes decenales anteriores no habían solucionado los problemas prioritarios de salud y la insuficiente e injusta distribución de los recursos para salud. Se comprometen entonces, con la meta de "salud para todos en el año 2000", reconociendo a la atención primaria (APS) como la estrategia apropiada para lograrlo.

---

<sup>8</sup> Barquín Manuel. Dirección de Hospitales. Pp. 15. Mc. Graw. Hill. Séptima Edición. México D. F. 2003.

La atención primaria (APS) se define como: asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación.

### **2.3.2 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LOS SISTEMAS DE SALUD.**

En la actualidad hay en el mundo tres sistemas básicos de Salud:

- Asistencia pública,
- Seguros de enfermedad y
- Servicios sanitarios nacionales.

#### **2.3.2.1 La Asistencia Pública**

Predomina en 108 países, que constituyen los 49% de la población mundial; localizados en Asia, África y América Latina. Para la gran mayoría de esos países, cualquier tipo de asistencia médica disponible es suministrada por un sistema de asistencia pública para gente desfavorecida. Esto incluye los hospitales del gobierno y los centros de salud financiados a través de los impuestos. Por lo general, el sistema y sus instalaciones carecen de la financiación necesaria, atienden un excesivo número de enfermos y no cuentan con personal suficiente. En nuestro país, los referentes a lo anteriormente citado son: el Ministerio de Salud Pública, los Municipios y Consejos Provinciales.

### **2.3.2.2 Sistema de seguros de enfermedad**

Domina en 23 países, que representan un 18% de la población mundial. Estos países industrializados están en Europa occidental y Norteamérica, además de Australia, Nueva Zelanda, Japón e Israel. En algunos se combina el seguro que proporciona el Estado con el seguro que se contrata con instituciones privadas. En otros, la población se halla cubierta por el seguro médico de enfermedad proporcionado por el Estado. Aunque la mayoría de estos países financian sus programas a través de los impuestos de la seguridad social a los trabajadores y empresarios, una parte considerable del coste recae en los fondos generales del gobierno. Casi todos los programas nacionales de seguro médico en los países industrializados se basan en la práctica privada de cuota por servicio prestado. Los médicos y otros profesionales de la medicina establecen contratos con el gobierno o con fundaciones médicas autorizadas para prestar sus servicios.

### **2.3.2.3 Sistema de servicios sanitarios nacionales**

Existe en 14 países, que constituyen el 33% de la población mundial. Entre ellos hay nueve países europeos, cuatro de Asia y Cuba; la mayoría de ellos son industrializados o en vías de rápida industrialización. Los servicios sanitarios nacionales cubren a toda la población. La financiación recae casi siempre en los fondos generales del gobierno y los servicios son proporcionados por médicos y personal médico asalariado que trabajan en los hospitales y centros de salud dependientes del Estado. Casi todos los servicios se imparten de una manera gratuita y la administración está unificada a través de los departamentos de salud. La integración regional de los medios e instalaciones, casi imposible bajo un sistema de programas de seguros de enfermedad, es uno de los logros importantes de los servicios sanitarios nacionales.

En 1988, el Consejo Directivo de la O. P. S., promulga las necesidades del desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud (SILOS) como operacionalización de la estrategia de APS para fortalecer la transformación de los sistemas nacionales de salud.

### **2.3.3 SISTEMAS LOCALES DE SALUD (SILOS)**

Los SILOS no consisten sólo en una nueva división de las tareas administrativas del sector salud, ni tampoco en la reasignación de responsabilidades ni es un fenómeno aislado, ya que es un esfuerzo que representa la respuesta del sector salud al proceso de *democratización y descentralización*. Por tanto, el sistema local debe articular todos los recursos de salud de una zona determinada, de manera que se utilicen en forma más eficaz y puedan adaptarse a la realidad local. Sobre todo, debe establecer y fomentar una relación de responsabilidad mutua con la población a la que sirve. Representan además, una respuesta interna del sector para lograr mayor *equidad, eficacia y eficiencia en sus acciones*.

### **2.3.4 FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD**

Los roles del Estado en la Salud son

#### **2.3.4.1 Rectoría**

Es la conducción, normatización, coordinación, regulación y evaluación de las actividades y servicios de salud realizada por entes públicos y privados.

Las once funciones esenciales de salud pública, definidas en el instrumento de evaluación del desempeño, impulsado por OPS/OMS son:

(1) Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud; (2) Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública; (3) Promoción de salud; (4) Participación de los ciudadanos en salud; (5) Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública; (6) Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública; (7) Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios; (8) Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública; (9) Garantía y mejoramiento de la calidad de servicios de salud individuales y colectivos; (10) Investigación en salud pública; y (11) Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.<sup>9</sup>

#### **2.3.4.2 Financiamiento**

Es la forma de asignar recursos que garanticen la entrega de un modelo de atención de buena calidad<sup>10</sup>

Las fuentes de financiamiento pueden ser: 1.- Taxación o impuesto, 2.- Contribución compulsada bien deducida del salario o vinculada al riesgo y pagada por compañías y 3.- La suscripción voluntaria a esquemas de seguros privados.

a) El financiamiento puede provenir de las siguientes fuentes:

- Fondos del Gobierno Central.
- Fondos de Gobiernos locales.

---

<sup>9</sup> En colaboración con el Centro Latinoamericano de Investigación en Servicios de Salud (CLASISS) y los Centros de Control y prevención de Enfermedades del Departamento de Salud de los Estados Unidos (CDC). OPS/OMS. CDC, CLASISS: Instrumento para la medición del Desempeño de las funciones esenciales de Salud pública, mayo 2001.

<sup>10</sup> Propuesta elaborada en el CONASA. Junio 2000.

- Rendimiento financiero del Fondo Nacional de Solidaridad.
- Contribución de familias o personas con capacidad de aporte económico.

b) La distribución de los recursos provenientes debe realizarse en base a criterios poblacionales, socioeconómicos, de situación de riesgo diferencial en salud, entre otros.

c) El Estado debe proteger a las familias o personas pobres al sistema, las personas o familias que tengan capacidad de contribución económica, su aporte será progresivo de acuerdo a la respectiva categorización socioeconómica.

#### **2.3.4.3 Prestación**

Es la atención de salud a la población que se brinda a través de diferentes establecimientos públicos y privados de diferente nivel de atención y complejidad.

#### **2.3.4.4 Aseguramiento**

Es la garantía de acceso universal y equitativo de la población a servicios de salud en cumplimiento al derecho ciudadano a la protección social en salud. Los sistemas de seguridad social son un importante elemento de la salud pública, por su papel en la calidad, acceso, y financiamiento de los servicios de salud.

Junto con el ahorro son los principios de los sistemas de seguridad que al cumplir una función de seguro, ofrecen a las personas afiliadas protección contra eventos futuros.

### **2.3.5 DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD**

En esencia es un proceso político que implica un cambio en el uso y distribución del poder, ya sea dentro de un sector o en la sociedad como un todo. Como tal, requiere una decisión política firme para transferir recursos financieros, humanos, tecnológicos, etc. Es de aclarar que este proceso no atomiza el Sistema de Salud; por el contrario, reforzará el todo al permitir que sus partes componentes operen de manera más eficaz y con complementariedad.

La descentralización se considera una manera mejor de identificar las necesidades locales, respondiendo en forma más adecuada a ellas, mejorando la gestión de los recursos, pero, lo más importante es que constituye un medio básico para establecer la participación de la comunidad y la autoconfianza local, siendo un factor clave para el desarrollo de los sistemas locales de salud y para el logro de la cobertura universal y de la eficiencia en los servicios de salud en los países en desarrollo.

En los sistemas de salud es un medio para su construcción.

## **2.4 ATENCIÓN EN SALUD**

La *atención en salud* es un derecho ciudadano y un deber del Estado el mismo debe al menos cumplir con las características de accesibilidad (facilidad con la que los usuarios pueden obtener asistencia sanitaria, frente a las barreras financieras, organizativas, geográficas, culturales)<sup>11</sup> oportunidad, calidez, eficacia tiene relación con la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, restauración y rehabilitación que se ofertan a través de

---

<sup>11</sup> Ibid; pp. 201

establecimientos de diferente complejidad como de primer nivel, ambulatorios, hospitalarios o de alta capacidad resolutive, de tal manera que, reconociendo la existencia de servicios de organismos estatales y privados que hacen que en algunos casos se dupliquen acciones y en la mayoría provocan acceso limitados a la población, en la actualidad se propone esquemas de *redes* que significa articulación de diferentes servicios basados en acuerdos que definen objetivos comunes en donde estos servicios actúan con complementariedad para lograr integralidad que busquen la eficacia, eficiencia, calidad y acceso en la prestación de los servicios a la población.

#### **2.4.1 TIPOS DE ATENCIÓN**

Se identifican cuatro tipos de atención:

##### **2.4.1.1 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.<sup>12</sup>

Jaime Breilh opina que se requiere implementar y mantener un sistema de monitoreo sobre la salud como una herramienta efectiva para preparar y orientar la defensa de la misma y para fundamentar un proceso de planeación estratégica que podría denominarse **prevención profunda y promoción real de la salud**.

Lo que se trata de hacer es descubrir, jerarquizar y sistematizar todo el conjunto de fuerzas, con la finalidad práctica de reforzar o impulsar las fuerzas protectoras de todo orden, promover el acceso de la población a los

---

<sup>12</sup> Ibid.; pp. 17



valores de uso social que operan como recursos de poder y de defensa, lo que equivale a realizar una **promoción de la salud** y, a la par, se trata de contrarrestar las fuerzas destructivas, lo que equivale a realizar una prevención que el autor ha definido como **prevención profunda**.<sup>13</sup>

#### **2.4.1.2 Prevención de lesiones y enfermedades infecciosas y no infecciosas**

Nos referimos a una acción de **carácter anticipado** para evitar un posible daño a la salud, **orientadas a “adelantarse” a la amenaza, tomando medidas para evitar la aparición del daño.**

#### **2.4.1.3 Curación**

Es la organización y provisión de servicios organizado por complejidad y capacidad resolutive para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

#### **2.4.1.4 Rehabilitación**

Es proceso mediante el cual las personas enfermas o incapacitadas alcanzan el grado más alto posible de actividad por sí mismas, mitigando la invalidez funcional resultante de enfermedades o lesiones posibilitando así volver a desarrollar sus actividades en el menor tiempo. No sólo la recuperación física, sino también la rehabilitación social, psicológica y vocacional están recibiendo cada vez más atención como aspectos importantes de los servicios de salud pública.

### **2.4 MODALIDADES DE ATENCIÓN**

---

<sup>13</sup> *Ibíd.*; pp. 244

### **2.4.2 ATENCIÓN AMBULATORIA**

Es la atención de salud que se brinda a los pacientes, sin que éstos requieran de internación en centros de mayor complejidad para la recuperación de su morbilidad.

### **2.4.3 ATENCIÓN COMUNITARIA**

Es aquella que tiene como principio la participación de la comunidad, su talento humano, sus creencias ancestrales y su realidad como base en la estructuración de la solución de sus problemas sanitarios.

### **2.4.4 ATENCIÓN HOSPITALARIA**

Es aquella que se brinda en hospitales, íntimamente relacionado con las anteriores modalidades, por el requerimiento de tecnología y de mayor tiempo para la recuperación de la morbilidad.

## **2.5 NIVELES DE COMPLEJIDAD**

Se distinguen cuatro niveles: Nivel primario, Nivel Secundario., Nivel Terciario.

### **2.5.1 PRIMER NIVEL**

Se considera como tal a una estructura que determina la *prevención de la salud*, la *promoción* de la misma y su *recuperación* como ejes básicos, sin requerir de remisión a instancias de mayor complejidad, tomando en cuenta la *participación de la comunidad* como actor fundamental. (*Máxima cobertura, mínima complejidad*).

Es el de mayor cobertura, pero de menor complejidad. Representado por las Postas y Estaciones médico rurales, los Consultorios urbanos y rurales y los Centros y Subcentros de Salud Familiar.

Para lograr sus objetivos debe proyectarse a la comunidad con sus recursos, coordinarse con sus organizaciones a fin de lograr actitudes favorables para la salud y hacer que éstas se involucren y confíen en el Sistema.

Sus recursos humanos lo constituyen entre otros:

Médicos y odontólogos generales, enfermeras, matronas, nutricionistas, psicólogos, asistentes sociales, técnicos paramédicos, etc. Sus actividades se relacionan entre otras, con: *Promoción para la salud., Control de la Salud., Pesquisa de morbilidad., Tratamiento de morbilidad no compleja., Derivación oportuna de casos a niveles de mayor complejidad.*

### **2.5.2 SEGUNDO NIVEL**

Son aquellas instancias de salud que comprenden un mayor nivel tecnológico y capacitación del talento humano que incluyen *resolución de la morbilidad en las cuatro especialidades básicas como son: pediatría, ginecología, medicina interna y cirugía (menor cobertura, mayor complejidad)*. Orientado a un segmento menor de la población (menor cobertura). Recibe para diagnóstico y tratamiento los pacientes que no pueden ser resueltos en el nivel primario. Generalmente está estrechamente relacionado con los servicios clínicos de los hospitales.

Su recurso humano está representado por el especialista. Su grado de desarrollo es variable y depende del establecimiento al que está adhosado y de las características propias de cada servicio de salud.

Para su trabajo requiere de unidades de apoyo diagnóstico más complejas (laboratorio, imagenología, anatomía patológica, etc.).

En general no se contacta directamente con la comunidad.

Se relaciona tanto con el nivel primario para devolver los casos resueltos (referencia y contrarreferencia) como con el terciario cuando la complejidad así lo requiera.

### **2.5.3 DE TERCER NIVEL**

Aquellas que brindan servicios con infraestructura tecnológica y humana que a más de las cuatro especialidades básicas poseen otras adicionales, conceptualizándolo como el *nivel de más alta resolución. (Mínima cobertura por frecuencia, máxima complejidad)*. Representado por los establecimientos para realizar acciones bajo régimen de atención cerrada (hospitalización).

En los hospitales se organiza por servicios y requieren de apoyo diagnóstico y terapéutico, incluidos los pabellones quirúrgicos además de unidades de tratamiento intensivo. Para su trabajo requiere de una gran concentración de recursos, tanto humanos como de equipamiento, este último de gran sofisticación.<sup>14</sup>

## **2.6 SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**

Es el procedimiento de coordinación entre las unidades operativas de los tres niveles de atención médica, para facilitar el envío y recepción de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna y de calidad idónea, e integrar la prestación de los servicios de salud en beneficio de la población.

---

<sup>14</sup> Dr. Luis Rozas Villanueva: [www.udec.cl/ofem/oem/natenc03](http://www.udec.cl/ofem/oem/natenc03).

### **2.6.1 REFERENCIA**

Procedimiento administrativo utilizado para canalizar al paciente de una unidad operativa a otra de mayor complejidad, con el fin de que reciba atención médica o se le realicen exámenes de laboratorio o gabinete más especializado y tecnificados.

### **2.6.2 CONTRARREFERENCIA**

Procedimiento administrativo mediante el cual, una vez resuelto el problema de diagnóstico y tratamiento, se retorna el paciente a la unidad operativa que lo refirió, con el fin de que se le realice el control y seguimiento necesario.

Las políticas del sistema de referencia y contrarreferencia son:

- Utilizar en forma racional los recursos disponibles en las unidades médicas existentes en la entidad.
- Atender con prioridad, responsabilidad y calidad los casos que son referidos o contrarreferidos por las diferentes unidades médicas.
- Incrementar la comunicación entre las unidades de atención médica, así como las relaciones positivas entre el personal involucrado en el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, con el propósito de mejorar la calidad de la atención a los mismos.
- Proporcionar de acuerdo a los recursos disponibles en la unidad, la orientación y las facilidades necesarias a los pacientes y familiares, para asegurar su eficiente referencia y contrarreferencia.<sup>15</sup>

## **2.7 REDES Y FUNDAMENTO**

La dinámica de las instituciones en los programas de salud , las motivaciones y la práctica social de sus actores, entre otros factores, han producido un

---

<sup>15</sup> OPS. OMS. La Participación Social. HSD/SILOS-3, 1990.

trabajo aislado y fragmentado que limita las posibilidades de cambio y de apoyo a la solución de problemas nacionales y regionales. La *falta de unidad* perjudica las relaciones entre las instituciones que sufren frecuentes retrocesos, condicionados por un clima de *inseguridad y desconfianza, duplicidad de acciones y pérdida de recursos*.

El desarrollo de las redes de servicios enfoca a accionar en el diseño e implantación de un nuevo modelo de atención para todos los niveles, *desarrollando y coordinando* los componentes de *prestación, gestión y financiamiento* de los servicios y modificando sustancialmente los enfoques en estos aspectos.

## **2.8 DEFINICIÓN DE REDES DE ATENCIÓN**

Son sistemas en los cuales por medio de un conjunto de recursos asistenciales, se satisfacen necesidades de salud de una población determinada en un área geográfica dada. El concepto de redes de atención se ajusta a la teoría de sistemas y a las nuevas tecnologías de gestión de organizaciones de servicios, tales como la gestión estratégica, de calidad y las que tratan a las organizaciones como espacios de conversación, acuerdos y compromisos.

Una red sanitaria es un conjunto de personas y organizaciones, formales o informales, con su propia identidad, que independientemente de su tamaño, régimen de propiedad y nivel de complejidad, comparten objetivos comunes, una misión explícita común, y generan actividades suficientemente definidas, diferenciadas y complementadas entre sí, que se entrelazan e interconectan con una multiplicidad de otras redes formales e informales en pro de objetivos también compartidos.

Una red puede poseer un territorio o población determinada, una estructura funcional o administrativa semejante a un sistema abierto, y los componentes relacionarse entre sí de diversos modos: horizontal, voluntario, complementario y flexible. Desarrolla o adopta capacidad de coordinación, comunicación y gestión de la información y procedimientos para acreditar y reconocer a sus unidades, defendiendo las características generales de ellas y sus propias normas de funcionamiento.

## **2.8.1 BENEFICIOS DEL TRABAJO EN RED**

Los logros de la salud administrada por redes de servicio son:

### **2.8.1.1 Continuidad**

La atención de salud debe tener un seguimiento tanto en el tiempo (ciclo de vida) como por episodio, durante todo el proceso, por uno o diferentes prestadores. Para esto es primordial la existencia de un responsable global.

### **2.8.1.2 Integralidad**

Las acciones de salud deben abarcar a las personas en su entorno familiar y social, cubriendo todos los niveles de intervención (promoción, prevención, curación y rehabilitación), además de ofrecer y estimular aquellas atenciones que no son demandadas espontáneamente.

### **2.8.1.3 Calidad**

Implica recibir prestaciones y acciones que cumplan un conjunto de atributos técnicos que aumenten la probabilidad de obtener la resolución del problema y los resultados esperados, incluyendo la mayor satisfacción de los usuarios. El plan contempla criterios de calidad estandarizados. Es el trabajo en equipo,

el control de los pares y la utilización de guías o protocolos debe ser un instrumento esencial para garantizar la calidad.

#### **2.8.1.4 Eficiencia**

Deben adecuarse los recursos a las necesidades de los usuarios, para aumentar la cobertura y resolver los problemas con un menor costo financiero y humano. Este concepto se refiere a la existencia de niveles de atención y a la selección de actividades en cada uno de ellos. Esta separación da cuenta de los diferentes requerimientos que pueden ser abordados de mejor manera, separando las destrezas y el equipamiento adecuado. La definición de las acciones a realizar tiene que priorizar aquellas probadamente eficaces y costo-efectivas.

#### **2.8.1.5 Cobertura**

Los sistemas organizados permiten alcanzar con mayor facilidad las coberturas requeridas en intervenciones de salud dirigidas a la población, tales como programas de inmunizaciones o de detección precoz de patologías.

### **2.9 CALIDAD**

**Juran** uno de los padres de la calidad entiende por calidad la *ausencia de deficiencias* que pueden presentarse como: retraso en las entregas, fallos durante los servicios, facturas incorrectas, cancelación de contratos de ventas, etc. Calidad es para él: adecuarse **al uso** y para ello concibió su trilogía que consiste en: **Planeación** de la calidad, **Control** de la calidad, **Mejoramiento** de la calidad.



- a) **Planeación de la calidad.** Viene a aportar la fuerza operativa a los medios para obtener productos que puedan satisfacer las necesidades de los clientes.
- b) **Control de la calidad.** Los procesos que no están bajo control pueden presentar influencias de causas especiales de variación, y sus efectos son tan grandes que no nos permiten ver las partes del proceso que se deben cambiar.

Para poder mejorar un proceso necesitamos primero tenerlo bajo control.

- c) **Mejoramiento de la calidad.** El mejoramiento de la calidad se encamina a cambiar el proceso para que nos permita alcanzar mejores niveles promedio de calidad, y para esto se deben de atacar las causas comunes más importantes.

Philip B. Crosby propuso un programa de 14 pasos a los que denominó *cero defectos* para que la administración conduzca a la organización a una posición productiva y competitiva.<sup>16</sup>, pero para hacerlo la alta gerencia tiene que motivar a sus trabajadores (Crosby: 1979). De esta forma planteaba la importancia de las *relaciones humanas en el trabajo*.<sup>17</sup> En esta etapa, se observa uno de los más notables avances hacia la calidad; de centrarse sólo en el control de proceso de manufactura hasta involucrar a todos los departamentos de la organización, de enfocarse sólo en métodos estadísticos a sensibilizarse hacia las necesidades de los trabajadores, de una alta gerencia ajena al control de calidad a una *administración participativa*, importante en el mantenimiento del movimiento hacia la calidad.

---

<sup>16</sup> [http://culiacan.udo.mx/~gortega/catorce\\_deming.htm](http://culiacan.udo.mx/~gortega/catorce_deming.htm)

<sup>17</sup> *Ibid.* [http://culiacan.udo.mx/~gortega/catorce\\_deming.htm](http://culiacan.udo.mx/~gortega/catorce_deming.htm)

El concepto de calidad ha evolucionado continuamente según las necesidades y las características de las personas y organizaciones a lo largo de la historia; no obstante, su significado está relacionado con el grado de perfección de un producto o servicio, el control de la variabilidad en su proceso y el nivel de satisfacción del cliente respecto al mismo, así:

Juran (Juran, Gryna: 1995) define calidad como "*adecuado para el uso*", también la expresa como "*la satisfacción del cliente externo e interno*".

Para el Dr. Kaoru Ishikawa es una revolución del pensamiento de la gerencia, incorpora la *calidad en el ciclo de investigación del mercado-diseño-producción-ventas*, a fin de lograr una producción totalmente libre de defectos y convierte un programa de control de calidad basado en la inspección en uno orientado hacia el proceso (que incluye a los clientes como parte del proceso)<sup>18</sup>

### **2.9.1 CALIDAD EN SALUD**

No es fácil describir qué entendemos corporativamente por “calidad en salud”. Hay muchas respuestas porque son muchos los ámbitos a los que nos podemos estar refiriendo. Para empezar a describir las ideas que todos tenemos muy claramente, acordemos en principio que entendemos por calidad:

**“Calidad, la totalidad de funciones, características (ausencia de deficiencias de un bien o servicio) o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores. Se trata de un concepto subjetivo dado**

---

<sup>18</sup> Kaoru Ishikawa ¿Qué es control total de calidad?. Empresas y Empresarios Grupo Editorial Norma. Décima Impresión 1996.

**que cada individuo puede tener su propia apreciación o su particular juicio de valor acerca del producto o servicio en cuestión... ”<sup>19</sup>**

La definición expresa tres conceptos que estimamos de vital importancia: el primero que Calidad “es la *totalidad de funciones*, características o comportamientos de un bien o servicio”. No hay calidad que se pueda medir por solamente la apreciación o el análisis de alguna de las partes constitutivas del servicio recibido. La calificación se hace con carácter integral, es decir, evaluando “todas las características, funciones o comportamientos”.

El segundo concepto que deseamos destacar, (porque lo consideramos de suma importancia), es que “se considera un bien o un servicio con calidad cuando logra su fin, que es *satisfacer las necesidades de los consumidores*”. Aquellos que no lo logra, no se consideran que son de calidad. Cliente que no sale satisfecho de un consultorio de un médico, no percibirá que fue atendido de buena manera (como a él le hubiera gustado, habiendo satisfecho sus expectativas) no habrá recibido una atención “de calidad”. No importa lo que el profesional piense o de lo que esté convencido. Tampoco importarán ante los ojos del paciente, los resultados médicos que obtenga del tratamiento recomendado. El profesional de la salud podrá creer que trabajó calificadamente, pero si no satisfizo las necesidades del paciente, éste no lo volverá a buscar por sobre todos los demás.

El tercer elemento fundamental de la definición es que *la calidad es un concepto subjetivo*, ya que lo que para una persona es bueno, para otra inclusive puede ser considerado como “de mala calidad”. El grado de

---

<sup>19</sup> Rubio Cebrián Santiago “Glosario de Economía de la Salud” Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) OPS, España, 1995.

exigencia depende de una serie de circunstancias siendo fundamentalmente aquellas de orden cultural, social y económico. En salud sabemos que las personas de bajo nivel social se conforman con ser atendidos por el profesional, no importándoles en muchos casos tener que sufrir largos períodos de espera y que le sean otorgadas citas muy espaciadas y otras circunstancias que no son aceptadas por personas de otro nivel quienes están acostumbradas a otro tipo de atención y que por ende, exigen más. El concepto de calidad para ambas, simplemente es diferente.

Deseamos expresar un factor complementario a lo expuesto, que hará entender mejor todo aquello que expresemos líneas abajo: *todo producto, bien o servicio, tiene dos maneras como puede percibirse su nivel de calidad*: existe un primer criterio denominado como “*calidad técnica*” y otro conocido como “*calidad funcional*”. La primera está referida al cumplimiento de todos los requisitos indispensables que se desarrollan acordes con lo *estrictamente científico*, es decir, con el cumplimiento de los protocolos de atención analizados desde la óptica técnico-científica. Mirando desde otro lado del tema, la calidad funcional es conocida “como *la manera cómo es brindado el servicio*”, de qué manera la persona percibe que es atendida.

Consignar una segunda definición de Calidad nos será muy provechoso: **“Consiste en satisfacer o superar las expectativas de manera congruente. Es juzgar una realidad frente a una referencia, cuadro o contexto, seguida de evaluaciones sistemáticas. Exige siempre un estándar básico de referencia y un Indicador para verificar si ese estándar fue alcanzado o no”**.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup>Ibíd.; Rubio Cebrián Santiago “Glosario de Economía de la Salud” Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) OPS, España, 1995.

Esta definición nos confirma que no todas las personas tienen iguales exigencias sobre la calidad y a la vez introduce varios conceptos interesantes: concebir algo como “de calidad” *es juzgar una realidad frente a una referencia, seguida de evaluaciones sistémicas*. Esto nos lleva a establecer que es exigible realizar una comparación y recién después emitir juicios, entre una realidad tangible y un estándar de comparación. Pensamos que es complejo que no exista en nuestras profesiones médicas, parámetros de referencia para calificar a nuestros servicios de que “disponen de calidad”. Si la calidad es subjetiva para los pacientes, también lo será para nosotros los profesionales y gran problema tendremos si lo que nosotros conceptuamos como tal, no es coincidente con lo que piensan los pacientes.

Aparte de estas consideraciones, tenemos una situación adicional y es que los servicios no son considerados como bienes tangibles, aunque esta antigua percepción ha cedido el paso ante una nueva manera de conceptuarlos. Siempre lo intangible es más difícil de calificar como bueno o malo, porque no se repite regularmente con resultados exactos y por que el usuario es parte intrínseca de la prestación.

La Organización Mundial de la Salud define la calidad como:

- Un alto nivel de excelencia profesional.
- Uso eficiente de los recursos.
- Un mínimo de riesgos por el paciente.
- Un alto grado de satisfacción por parte del paciente.
- Impacto final de la salud.

Cuando se utiliza la palabra calidad, en realidad, el usuario por lo general considera características típicas de la atención médica, como exigencia, cuidados y eficacia. Los programas de calidad, en realidad pretenden además mejorar el desempeño, los resultados y otros aspectos así como reducir los costos de la institución.

La Comisión Conjunta de los Estados Unidos utiliza el concepto de "*desempeño institucional*", que es más preciso que la palabra calidad sola. La información sobre el desempeño institucional se puede utilizar para juzgar la calidad y la Comisión Conjunta ofrece definiciones sobre las dimensiones de dicho desempeño (**ver anexo 2**)

### **2.9.2 GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD**

Quizás en ninguna otra área de servicios, pueda exigirse con mayor énfasis la garantía de calidad como en la salud, por lo mismo que ésta significa el máximo compromiso del hombre con el hombre, del estado con el hombre, de la familia y la comunidad. Además, porque la salud representa el más preciado tesoro del ser humano, su máximo ideal, su más definida aspiración. Con la salud nacen los ideales, se agiganta el espíritu, se genera la empresa, se proyecta la prosperidad. Con ella hay optimismo en el individuo y su familia, brota espontáneamente la armonía, se construye la paz.

Garantizar la salud es decirle al hombre que un esfuerzo de un equipo humano está comprometido plenamente para preservarlo y cuidarlo y a la familia y a la comunidad que pueden esperar confiados que ese equipo humano entrenado y motivado para tan noble ideal, emplea todos los recursos imaginables de la ciencia y la tecnología, de la gerencia, la administración, la permanente evaluación y educación, la logística, la retroalimentación, el humanismo y de

la caridad para lograr la preservación de la homeostasis orgánica de la vida, con una voluntad incondicional de hacer todas las cosas bien para un fin único que es la satisfacción del usuario.

Wendy Leevob define la calidad como *hacer correctamente lo correcto*. Donabedian apunta que “*calidad en salud es, a partir de unos recursos disponibles, lograr para el paciente los mayores beneficios, con los menores riesgos previsibles*.”

La garantía de calidad debe constituir la razón de ser de las instituciones de salud. Ningún ser humano puede aspirar a condición diferente si es su misma vida la que esta puesta en manos de estos organismos.<sup>21</sup> Para lograr lo anteriormente citado existen mecanismos de regulación externa, conocidos como: Licenciamiento, acreditación y certificación.<sup>22</sup>

### **2.9.2.1 Licenciamiento**

Proceso por el cual El Ministerio de Salud pública, otorga el permiso a un médico o a una organización de salud para desarrollar una ocupación o profesión: Los reglamentos se establecen para asegurar que el prestador de salud cumpla con los estándares mínimos. Es un requisito obligatorio que debe cumplir el prestador de salud para otorgar prestaciones de salud.

### **2.9.2.2 Acreditación**

Proceso Formal por medio del cual un cuerpo reconocido, generalmente una organización externa a la institución que ha de ser acreditada, valora y

---

<sup>21</sup> Gustavo Malagón Londoño-Ricardo Galán Morera-Gabriel Pontón Laverde. "Garantía de calidad en salud" Editorial Médica Panamericana. Impreso en Colombia 2001. Pág.13...

<sup>22</sup> Rooney A, Van Ostenberg. Licenciatura, acreditación y certificación: enfoques para la evaluación y administración de la calidad de los servicios de salud. Proyecto de Garantía de la calidad Q.A.P. Bethesda, MD: Center for Human Services; 1999.

reconoce que una organización de salud cumple estándares publicados, aplicables y preestablecidos. Los estándares suelen considerarse óptimos y factibles, y han sido diseñados para fomentar el mejoramiento continuo en las organizaciones acreditadas. La decisión acerca de la acreditación de una organización de salud se toma después de efectuar una evaluación local y periódica realizada por un equipo de colegas, y se lleva a cabo cada dos o tres años, siendo un proceso voluntario que no es exigido por la ley.<sup>23</sup>

### **2.9.2.3 Certificación**

Proceso por el cual una organización internacional gubernamental o no gubernamental evalúa y reconoce que un prestador de salud cumple con los requisitos o criterios preestablecidos. La certificación es un enfoque que emplea estándares como los que contiene la ISO 9000.<sup>24</sup>

Para garantizar lo anteriormente citado se cuenta con herramientas que permiten valorar el accionar de una institución como son los protocolos, estándares e indicadores. Para garantizar la garantía de calidad en salud es necesario contar con elementos de referencia o guías con el fin de poder comparar las características de la atención brindada con una atención posible dentro de un contexto institucional determinado.<sup>25</sup>

## **2.9.3 EL ROL DE LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN DE SALUD EN LA CALIDAD**

Los protocolos de atención de salud son una línea de acción o guía de manejo de una patología determinada.

---

<sup>23</sup>OPS/OMS. La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe. 2001.

<sup>24</sup> Normas Técnica y criterios para la calificación del nivel de complejidad en las Unidades Médicas del IESS y Acreditación de las Unidades Médicas del IESS y demás prestadores de salud; pp. 2.

<sup>25</sup> Braulio Mejía García MD. MSP. Auditoría Médica ECOE Ediciones. Cuarta Edición. Bogotá D. C. Agosto del 2002



Es una gran síntesis de las normas mínimas que se deben aplicar a los pacientes. Un protocolo de atención puede ser una especie de marca institucional, lo que le da a una institución hospitalaria el carácter de escuela. Así mismo, los protocolos pueden ser impuestos por las entidades prestadoras de salud con un criterio de calidad y costo-beneficio.

### **2.9.3.1 Elaboración del protocolo**

Todo protocolo debe tener los siguientes elementos:

- Título
- Definición: se especifica qué se entiende por dicha patología.
- Orientación diagnóstica: se establecen las principales características diagnósticas en cuanto a: cuadro clínico, examen físico, exámenes de laboratorio e imágenes diagnósticas, anatomía patológica.
- Orientación terapéutica' el tipo de manejo general, farmacológica, quirúrgica.
- Observaciones y recomendaciones

### **2.9.3.2 Falta de protocolos de manejo**

Cuando una institución prestadora de servicios de salud no cuenta con protocolos de manejo, se pueden presentar una serie de problemas, entre los cuales tenemos;

- Aumento de morbilidad
- Aumento de infecciones
- Aumento de reingresos
- Aumento de costos
- Aumento de demandas
- Aumento de problemas éticos
- Rechazo de los usuarios
- No hay mejoras
- No hay calidad
- No hay tiempo para mejorar procesos de atención

Todo lo anterior nos lleva a destacar la importancia que los protocolos de manejo clínico o guías de atención representan para cualquier institución de salud que quiera mantener altos estándares de calidad en la prestación de los servicios de salud.<sup>26</sup>

#### **2.9.4 LA CALIDAD DEL SERVICIO Y EL PROFESIONAL DE LA SALUD**

La búsqueda “de la calidad del servicio” representa un desafío o incluso una prioridad estratégica para los profesionales de la salud, por ello, el punto de partida de toda gestión de calidad, consiste en captar las exigencias de los pacientes y analizar la forma de ofrecerles soluciones que respondan a sus necesidades.

Así, si admitimos que ofrecer calidad significa corresponder a las expectativas de los pacientes e incluso sobrepasarlas, “debo *medir la calidad de mi servicio en forma realista*”. Esto implica conocer las virtudes y defectos del mismo para poder exponerlos o mejorarlos según sea el caso, para ello debo establecer *estándares* y evaluar en forma fehaciente los principales componentes de la calidad del servicio:

***Carácter tangible, Fiabilidad, Rapidez, Competencia, Cortesía, Credibilidad, Seguridad, Accesibilidad, Comunicación, Conocimiento del paciente: (Ver Glosario en Anexos 3).***

---

<sup>26</sup> Ibid, pp. 66

## **2.10 MERCADO**

Según Kotler un mercado está formado por todos los clientes potenciales que comparten una necesidad o deseo específico y que podrían estar dispuestas a tener la capacidad para realizar un intercambio para satisfacer esa necesidad o deseo.<sup>27</sup>

### **2.10.1 CARACTERÍSTICAS DEL MERCADO**

Consideramos importante analizar estos conceptos por el tipo de productos y/o servicios especiales que brinda la Cruz Roja como un monopolio en la provisión de sangre segura; este hecho debemos aprovecharlo como una ventaja competitiva única que nos permita potenciar todos nuestros sistemas en función de calidad total y por supuesto de la oferta y de la demanda.

#### **2.10.1.1 Oferta**

Puesta de bienes o servicios a disposición del mercado. Por extensión: volumen de bienes y servicios puestos así a disposición de la demanda. La oferta es, por definición, uno de los componentes fundamentales de la actividad económica, tanto si ésta se deriva de decisiones planificadas como si lo hace de iniciativas descentralizadas; es resultado del proceso de producción cuando se trata de bienes y servicios finales o un eslabón de este proceso si se trata de factores de producción o de bienes y servicios relativos al consumo intermedio.

#### **2.10.1.2 Demanda**

Cantidad de un bien o de un servicio que puede ser adquirido en un mercado en cierto precio definido y durante una cantidad de tiempo dada. Se constituye en una noción fundamental en toda economía de mercado,

---

<sup>27</sup> Kotler Philip; Fundamentos de Mercadotecnia: Prentice Hall: Tomo I

corresponderá al fenómeno de intercambio considerado desde el punto de vista de sus participantes y con mayor precisión en la economía monetaria.

Podemos colegir entonces que, demanda en la vida cotidiana de Cruz Roja de Ibarra son todos los usuarios que buscan en ella satisfacer sus necesidades de productos y/o servicios que esta institución oferta.

### **2.10.2 MONOPOLIO**

Situación de un sector del mercado económico en la que un único vendedor o productor oferta el bien o servicio que la demanda requiere para cubrir sus necesidades en dicho sector. Para que un monopolio sea eficaz no tiene que existir ningún tipo de producto sustituto o alternativo para el bien o servicio que oferta el monopolista, y no debe existir la más mínima amenaza de entrada de otro competidor en ese mercado. Esto permite al monopolista el control de los precios.

El monopolio puro (o llamado natural) —una única empresa en una industria— no suele darse en la economía real, excepto cuando se trata de una actividad desempeñada mediante una concesión pública. En estas industrias se suelen producir bienes y servicios vitales para el bienestar público, como el suministro de agua, electricidad, transportes y comunicaciones. Aunque parece que estos monopolios son la mejor forma de proporcionar determinados servicios a la sociedad, sigue siendo necesario regularlos cuando están en manos privadas; de lo contrario, tendrán que depender de una empresa pública.

### **2.10.3 MERCADO DE SERVICIOS DE SALUD, CARACTERÍSTICAS Y COMPLEJIDADES**

El mercado de salud tiene ciertas características importantes de anotar y que influyen en su abordaje, son:

**Incertidumbre.-** Se refiere a que no sabemos qué va a pasar con nuestra salud en un futuro; por otra parte, el resultado de las intervenciones de salud son inciertas.

**Asimetría.-** Entre consumidores y productores existe desequilibrio de información sobre el efecto del bien (servicios de salud) sobre la salud porque:

- El productor (profesionales de la salud) sabe más sobre la tecnología para resolver los problemas de salud.
- El productor no siempre está suficientemente informado sobre la tecnología ofertada.
- El productor está mejor informado de cómo la tecnología puede afectar la relación cuidados- salud.
- El consumidor no sabe sobre lo que la tecnología o su efecto significan para él.
- El consumidor quiere obtener salud, no tecnología.
- El productor está sometido a múltiples estímulos y su actuación no solo es la expresión de su interés por el paciente.

**Externalidades.-** El consumo o no de cuidados puede tener efectos positivos o negativos sobre la salud de otros.

**Relación de Agencia en los servicios de Salud.-** Elección racional: no existe libre elección sobre el bien o servicio a consumir, se establece una relación de agencia, donde el consumidor delega la decisión de consumir al proveedor.<sup>28</sup>

#### **2.10.4 ANÁLISIS DEL MERCADO**

Al analizar el mercado se debe empezar por estudiar al consumidor, pues este es el que indica a las empresas qué tipo de productos son los que desea adquirir, debiendo decidir la empresa a qué precios venderlos, dónde y cómo hacer publicidad al producto, qué canales de distribución se emplearán, etc.

La rápida evolución de los mercados exige el análisis permanente de los mismos, de cara a identificar y evaluar las oportunidades, es preciso establecer y utilizar un sistema de información de marketing más confiable. La investigación de mercado es esencial, ya que para satisfacer a los clientes es preciso conocer sus necesidades, deseos, localización, hábitos de compra, etc. El objetivo de la investigación es recoger información acerca del entorno de marketing relevante para la empresa. Asimismo, será preciso prestar atención para identificar y controlar a los competidores. La clave reside en desarrollar y mantener un buen y actualizado sistema de inteligencia competitiva, finalmente, no hay que olvidar la valoración de amenazas y oportunidades planteadas por los cambios en los factores y actores del entorno.

La realización de estudios y análisis de mercado, permite a las empresas trazar estrategias de comercialización más eficaces; además de realizar pronósticos de la demanda, planes de exportaciones e importaciones,

---

<sup>28</sup> VILLACRES Nilhda, LUCIO Ruth, Economía de la Salud. Maestría en Gerencia de Servicios de Salud. EPN. Agosto, 2001.

segmentación de mercado y también realizar análisis de la competencia y su posicionamiento. La información sobre el mercado es un elemento necesario en el mercadeo eficaz de los productos y servicios de una empresa. (**Ver anexo 4**)

#### **2.10.4.2 Fases en el Proceso de Análisis de Mercado**

- Definir el mercado relevante
- Diagnosticar el proceso de compra, Definir los segmentos del mercado, Describir los segmentos
- Analizar las posiciones de los competidores. (ver anexo 4)

#### **2.10.5 PLANEACIÓN ESTRATÉGICA EN MERCADO**

La planeación estratégica es el proceso con el cual, un gerente o equipo gerencial de una entidad de salud, organiza sus ideas y la información, para concentrarse en ellas y alcanzar la mayor efectividad posible.

El proceso esencialmente comprende la realización de un análisis interno de la organización de salud y un análisis externo de lo que rodea a la entidad (entorno).

Luego, con base en ello, se determinarán unos objetivos estratégicos, se establecen las metas que serán la medición cuantitativa de los objetivos estratégicos y por último las estrategias, que son las acciones ordenadas en secuencia lógica para alcanzar el cumplimiento de los objetivos.

En el análisis interno, se estudian las debilidades u obstáculos como se les llama hoy en día, que son los elementos negativos que no dejan ser competitiva a la entidad. También se analizan las fortalezas. Que son los

elementos que han posicionado y destacado a la organización en el mercado de los servicios de salud.

Respecto al análisis externo, lo que busca es identificar y aprovechar las oportunidades que nos ofrece el entorno. En ellas desarrollaremos los actuales y nuevos servicios de la entidad.

Las amenazas se estudiarán con el fin de que no perdamos mercado o lo peor de todo, que nos salgamos del mismo. Se refiere entonces a elementos como la legislación, la competencia desleal, el deterioro social, nuevas tecnologías, etc., que afecten o puedan afectar a la entidad de salud de una forma directa. Esta técnica es conocida como **FODA**.

Para realizar todo este proceso, se presenta entonces un modelo de plan estratégico en el cual se resalta la importancia del análisis que debemos hacer del competidor y el estudio profundo de cada una de las variables clásicas de mercadeo: producto (servicio), precio, plaza, promoción.

Debe, pues, entonces, este plan de mercadeo conducir a la organización y a los profesionales de salud, al desarrollo basado en beneficios para quienes existen como principal razón de ser de la entidad de salud: los pacientes.

#### **2.10.6 EL MERCADEO INTEGRAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

Toda organización que realiza sus actividades dentro del sector salud, requiere de herramientas gerenciales con las cuales debe buscar permanentemente la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo organizacional.



El mercadeo es una ciencia integradora, dinámica y de alto valor agregado, con la cual se pretende que la entidad de salud y/o el profesional independiente se oriente siempre hacia el *cliente (paciente)*, hacia el *mercado (comunidad)* y logre un excelente reconocimiento, basado en los beneficios de sus servicios con el eterno principio de la calidad del servicio.

Los diferentes sectores económicos han tenido que cambiar de una manera acelerada hacia esquemas mucho más competitivos en los cuales se ha intensificado la competencia Estado -sector privado y sector privado entre sí, trayendo como consecuencia la reforma a los sistemas de salud en muchos países de América Latina, basados en el principio de que la competencia presiona la mayor eficiencia y la búsqueda en la calidad de los servicios.

Por ello, el mercadeo es el concepto gerencial que mayor orientación y ayuda puede brindar al profesional de la salud que ejerce su profesión liberalmente y a las personas que desempeñan roles gerenciales en cualquier entidad de salud.

#### **2.10.6.1 ¿Por qué se necesita el mercadeo en salud?**

Hay varias razones:

- **Regulaciones legales:** Ellas han creado y están creando en muchos países entornos más competitivos ante los cuales es evidente la necesidad de una estrategia de mercadeo.
- **Aumento de ofertas de profesionales y entidades:** La experiencia ha demostrado que los países y sociedades que se capacitan, se vuelven más competitivos. América Latina está en un proceso de formación profesional lento, pero, creciente, lo que presiona al mercado de la salud.

- **Con las reformas a la seguridad social y la salud pública, también comienza a desarrollarse crecimiento institucional de la oferta de servicios de salud.** Ambos elementos presionan más a los oferentes, lo que los obliga a decidir con mayor precisión sus estrategias.
- **Clientes más informados y exigentes:** Sin lugar a dudas, estamos en la sociedad de la información, como bien lo plantean P. Druker y A. Tofler. Los pacientes de hoy conocen más sobre la salud, tanto de aspectos clínicos como legales y ello los hace comportarse de manera más exigente y no tan sumisa como en otros tiempos.
- **Tecnologías rápidamente cambiantes:** Se calcula que en la ciencia médica se da una transformación tecnológica más o menos sustancial cada cinco años, lo que obliga a aquellas entidades que manejan tecnologías de mediana y alta complejidad, a tener excelentes planes de mercadeo para no salir del mercado.

### **2.10.7 SEGMENTACIÓN DE MERCADOS EN SALUD**

Este concepto derivado del mercado, parte de un principio claro que dice: Una entidad de salud, aunque así lo quiera, no le vende servicios a todo el mundo. Es decir, no todas las clases sociales, no todos los niveles económicos, no todas las entidades privadas o estatales, no todos los pacientes con cualquier enfermedad, acuden a la misma entidad ni se afilian a la misma aseguradora de salud.

La segmentación de mercados es un proceso en el cual se divide a un gran mercado, en mercados más seleccionados, con base en unas variables que se reúnen. La definición de estas variables debe ir acorde a los servicios que

ofrece la entidad y a la calidad de los mismos. Las variables más comunes, se pueden clasificar en cuatro grandes grupos que son:

**VARIABLES GEOGRÁFICAS:** En las cuales se define con detalle la zona o zonas de interés a las cuales se quieren ofrecer unos servicios.

**VARIABLES DEMOGRÁFICAS:** Son las más comunes y son inherentes a las personas. Por ejemplo: edad, sexo, ocupación, nivel educativo, cargo, etapa del ciclo vital, estructura familiar, ingresos, etc.

**VARIABLES PSICOLÓGICAS:** Son aquellas como estilos de vida, grupos sociales, grupos de referencia, personalidad.

**VARIABLES DE COMPORTAMIENTOS:** Actitudes, percepciones, lealtad, imagen, horarios especiales, etc. Ellos nos reflejan formas de comportamiento al consumir los servicios.

En el proceso de segmentación, lo que se hace entonces es analizar cuáles son las variables más comunes y que caracterizan los usuarios de los servicios actuales y cuáles posibles mercados me interesan para ofrecerles los actuales servicios o nuevos servicio.

## 2.11 MARKETING

Es el medio por el cual las organizaciones identifican aquellas necesidades humanas que no se han satisfecho, las convierten en oportunidades comerciales y crean satisfacciones para otros y utilidad para ellas mismas.<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup> Philip Kotler. Dirección de Mercadotecnia. Análisis, Planeación y Control. Editorial Diana. Cuarta Edición México. 1986.

Si bien algunas de sus herramientas son nuevas, el marketing existe desde siempre. Decir marketing es decir “el cliente es el rey”.

### **2.11.1 FILOSOFÍA Y EVOLUCIÓN**

El marketing es una filosofía que nació en las empresas productoras de bienes tangibles. En un principio los “productores” de servicios se negaban a aplicar el marketing en su actividad comercializadora, aduciendo que este era solamente aplicable a los productos y que sin él podían lograr negocios exitosos. Esto se conoce hoy en día como la primera etapa de la actitud de los empresarios de la esfera de los servicios hacia el marketing.

Un segundo momento se distingue cuando los empresarios de servicios se percataron de que el mercado, el público potencial al que dirigen sus esfuerzos comercializadores, es el mismo al que se enfrentan las empresas productoras de bienes tangibles; en otras palabras, ambos trabajan por obtener un espacio apropiado en la distribución de los ingresos de los consumidores potenciales, toda vez que los productos y servicios pueden competir entre sí, y descubren que:

- Las personas reaccionan ante los estímulos de marketing que realizan los productores de bienes tangibles.
- Los consumidores, al consumir los productos y servicios, responden a las mismas motivaciones.
- Un servicio puede sustituir a un producto y viceversa: ¿comemos en un restaurante o compramos los alimentos y los cocinamos en casa?

En todo producto existe un alto contenido de servicio: ¿qué compramos: ¿un automóvil o la posibilidad de trasladarnos?; ¿qué se vende en el periódico:

¿papel impreso o información? Además, el consumidor, al adquirir lo que necesita para satisfacer su necesidad, no se detiene a dividir entre lo que corresponde a producto y lo que corresponde a servicio.

En esta etapa los empresarios de servicios, convencidos ya de la utilidad del marketing, toman los elementos del marketing de productos para aplicárselos a los servicios sin transformación alguna. Pero los productos y servicios son diferentes por diversas cualidades, de ahí que lo que pudiera ser efectivo para unos no necesariamente lo es para los otros. Por tanto, con el paso de los años, y sobre la base de la prueba y el error, fueron desarrollándose aspectos particulares del marketing para darles un tratamiento distinto a los servicios; y es ésta la tercera etapa de la relación marketing - sector de los servicios: el surgimiento de un marketing específico para los servicios.

**Producto** es cualquier cosa que se ofrezca en un mercado para atención, adquisición, uso o consumo; entre ellos se tienen objetos físicos, servicios, personalidades, lugares, organizaciones e ideas.<sup>30</sup>

Por **servicio** se entiende “cualquier actividad o beneficio que una parte puede ofrecer a otra, esencialmente intangible, y que no tiene como resultado la propiedad de algo”. Los servicios se diferencian de los productos porque generalmente la prestación de estos no requiere de intermediarios, los mercados de servicios tienen un alto grado de fragmentación, pues muchas empresas concurren a estos, y además porque los servicios son complejos, ya que cada uno de ellos es, en realidad, un conjunto de subservicios.

---

<sup>30</sup> Kotler Philip. Dirección de Mercadotecnia, análisis, planeación y control. Pág. 426. Editorial Diana. México. 1986.

Los servicios reúnen una serie de características distintivas que hacen necesario su trato especial en el campo del marketing:

- Simultaneidad producción - consumo.
- Intangibilidad.
- Inseparabilidad.
- Variabilidad.
- No transferencia de propiedad.
- Perecederos.

## CAPITULO 3

### EL SISTEMA DE SALUD ECUATORIANO

El Sistema de salud ecuatoriano está constituido por varios componentes sociales, políticos, económicos que inciden directa o indirectamente en las condiciones de vida y por ende la salud de las personas, familias y comunidades. Es por todos conocido que por estas mismas circunstancias típicas de nuestra idiosincrasia, cada uno de estos agentes al tener diferentes actitudes han respondido a sus propios intereses y se han ido adaptando de acuerdo a los escenarios políticos de turno, dando como resultado una atomización de programas, duplicidad de acciones, pérdida de recursos, además de la alta fragmentación del Sistema Nacional de Salud, y por lo tanto, no ha existido una política de salud seria y coherente que direcciona y agrupe los diferentes estamentos que hacen salud en procura de satisfacer las verdaderas necesidades sociales en el Ecuador.

Para incidir en esta problemática se diseñó una propuesta de cambio denominada “La Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador”, la misma que tiene por finalidad el logro de la equidad en la cobertura y el acceso a los servicios de salud a fin de alcanzar cobertura universal en salud y la eficiencia en la orientación y uso de los recursos financieros de origen público.<sup>31</sup>

El proceso de reforma se inicia en agosto de 1992, con el Gobierno Constitucional del Arq. Sixto Durán Ballén y el Ec. Alberto Dahik. Ejes de su acción fueron, la restitución de los equilibrios macroeconómicos, la Reforma

---

<sup>31</sup> Echeverría Ramiro. El Proceso de Reforma del Sector Salud en el Ecuador. CEPAR. Quito. Ecuador. 1997.

y modernización del Estado y el plan de Privatización de algunas empresas y servicios públicos.

Dentro de estas políticas se crea un organismo directamente ligado a la Presidencia de la República el CONAM, (ente privatizador) el cual planteaba la modernización de todos los componentes del Gobierno.

Para el logro de este fin ético y político era imperativo contar con tres premisas básicas:

- Un acuerdo político de la sociedad ecuatoriana en su conjunto sobre las prioridades en salud
- Aplicar un modelo de atención integral
- La adecuada organización de las instituciones responsables del financiamiento y prestación de servicios de salud.

Entre 1997 y 1998 tuvo lugar un proceso de consulta nacional para definir los roles del Estado en la Salud y las Políticas de Salud. Producto de esta iniciativa se definieron cuatro roles: a) rectoría; b) acceso equitativo (aseguramiento y financiamiento), c) Provisión descentralizada de servicios; y, d) promoción de salud.

### **3.1 RECTORÍA**

La conducción, normalización, coordinación, regulación y evaluación de las actividades y servicios de salud realizados por entes públicos y privados, es responsabilidad del MSP. Se destaca la necesidad de reforzar el rol de rectoría del Ministerio de Salud Pública para abordar el liderazgo de los procesos de reforma sectorial y de descentralización en marcha.



En el año 2001 la autoridad de salud en Ecuador ha evaluado las once funciones esenciales de salud pública definidas en el correspondiente instrumento de evaluación del desempeño impulsado por la OPS/OMS. Estas son: (1) Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud; (2) Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública; (3) Promoción de salud; (4) Participación de los ciudadanos en salud; (5) Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública; (6) Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública; (7) Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios; (8) Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública; (9) Garantía y mejoramiento de la calidad de servicios de salud individuales y colectivos; (10) Investigación en salud pública; y (11) Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.

La coordinación intrasectorial, es responsabilidad del Consejo Nacional de Salud, organismo asesor del Ministro de Salud Pública creado en 1980, conformado por 13 representantes de las instituciones públicas y privadas que actúan en el sector salud. Este organismo, funciona a través de comisiones de expertos (Planificación, Reforma, Medicamentos, Recursos Humanos, Bioética), con participación de delegados de las diferentes instituciones, para la definición de normas, reglamentos y otros instrumentos técnicos de aplicación general.

## **3.2 ACCESO EQUITATIVO**

### **3.2.1 ASEGURAMIENTO**

El objetivo es lograr el aseguramiento universal, impulsada por el CONASA en 2001, en el marco de la construcción de un Sistema Nacional de Salud. En esta propuesta el MSP asume el rol rector, el IESS se encarga del aseguramiento - con la participación de otras instituciones públicas que cumplen esta función actualmente como las FFAA y la Policía con la provisión plural público-privada de un plan integral de prestaciones.

La propuesta del CONASA de 2001 establece que la rectoría le corresponde al MSP con participación del CONASA, el aseguramiento a varias instituciones, con la perspectiva de que el asegurador público universal sea progresivamente el IESS, el financiamiento a todas las instituciones sobre una fuerte base del presupuesto general del Estado, y la provisión plural con participación de prestadores públicos y privados bajo normas reguladas de acreditación, calidad y costos, tanto de los servicios pertenecientes a instituciones públicas como privadas. Se ha destacado la necesidad de fortalecer la rectoría institucional del MSP a nivel sectorial, para asumir el liderazgo de los procesos de cambio que la reforma implica. Ello incluye la definición del rol del Estado en la salud, la reingeniería de sus estructuras sobre todo en los niveles central y provincial, y la desconcentración de la gestión técnica, administrativa y financiera en apoyo a las Áreas de Salud.

### **3.2.2 FINANCIAMIENTO Y GASTO**

En 1997, el gasto total en salud fue de USD 739'583.957 equivalente a un 3,8 % del PIB, un 21. % menos que en 1995 (4,6% del PIB). El 50.4% del gasto proviene del sector público y un 49.2 % del sector privado. Cabe destacar que el 88% del total del gasto privado corresponde a gasto directo de los hogares,

el cual se aplica fundamentalmente a la adquisición de medicamentos y otros insumos, (61,0%), atención médica, (24,3%) y a exámenes de laboratorio, insumos odontológicos y aparatos ortopédicos (4.7%). El 74,7% de este gasto se realizó en el área urbana y 25.3% en el área rural.

### **3.3 PROVISIÓN DESCENTRALIZADA DE SERVICIOS**

Las instituciones del sector salud realizan diversos programas de atención ambulatoria. El MSP fundamentalmente efectúa actividades de prevención y protección de la salud con la atención de la morbilidad prevalente. El IESS atiende las necesidades de sus afiliados, sobre todo la demanda de morbilidad y de igual modo lo hacen los servicios de sanidad de las FAAA y Policía. La JBG y SOLCA atienden principalmente a nivel hospitalario. El sector privado, y dentro de éste la Cruz Roja, se dedica a la atención de los eventos de morbilidad.

En el período 1994-2001 el proyecto FASBASE, financiado por el Banco Mundial apoyó 41 de las 160 áreas de salud en todo el país. Las propuestas de reforma sectorial han mantenido los procesos de desconcentración y descentralización como uno de los ejes de cambio. Se han desarrollado experiencias piloto o demostrativas apoyadas por el proyecto MODERSA (Modernización de los Servicios de Salud, también financiado por el Banco Mundial) que opera desde 1998 con el modelo de "Sistemas Descentralizados de Servicios de Salud" así también por ONG's como CARE y CEPAR, la cooperación de OPS/OMS y de los Gobiernos de Bélgica, Holanda, Alemania (GTZ) y la iniciativa de algunos Municipios. En una reciente publicación, se analizaron las opiniones de entrevistados sobre los principales logros del proceso de reforma del sector salud. "El haber iniciado la desconcentración y descentralización..." ocupó el primer lugar con un 23.1 % del total, seguido de

"La formulación de las entidades locales de gestión en salud...", con un 12.9 %. Esta apreciación es un referente fundamental para interpretar los avances de los proyectos demostrativos a nivel local, ya que la descentralización es la estrategia principal del proceso de reforma. Esta tendencia se vio reforzada por la Ley Especial de Descentralización del Estado y de Participación Social.

### **3.4 PROMOCIÓN DE LA SALUD**

Orientada a generar condiciones favorables para el desarrollo vital del sujeto, tanto en el plano físico, psíquico, social. Ejemplo de estas medidas serían la educación en salud de la población, alimentación apropiada, saneamiento del medio, estimulación temprana, realización laboral, etc.

El MSP lleva a cabo una serie de programas de promoción y protección de la salud. Estos incluyen: salud materno-infantil, control del niño sano, detección oportuna del cáncer cérvico-uterino, inmunizaciones, control y vigilancia epidemiológica, entre otros. El MSP está promoviendo el mejoramiento del entorno ambiental y el fortalecimiento de entornos psicosociales y culturales a través de los distintos programas y proyectos de la Dirección de Promoción y Atención de la Salud. Asimismo está coordinando con el Ministerio de Educación el desarrollo de la iniciativa de Ecuador (AME) el desarrollo de Municipios Saludables. El marco jurídico de modernización del Estado menciona expresamente la participación social y comunitaria como un requisito básico para su implantación y desarrollo y reconoce todas las formas de organización barriales y comunitarias existentes. En ese contexto, en el ámbito de la salud existen acuerdos para empoderar a la comunidad en la toma de decisiones mediante comités cantonales y locales de salud, así como comités de usuarias para vigilancia del cumplimiento de la Ley de Maternidad Gratuita y Prevención de la Violencia Intrafamiliar.

Las iniciativas de prevención, control y/o erradicación abarcan: tuberculosis; dermatología sanitaria (incluye enfermedad de Chagas, Lepra y Leishmaniasis); enfermedades tropicales (dengue y malaria); oncocercosis, rabia; SIDA y enfermedades de transmisión sexual; enfermedades crónicas no transmisibles; cólera; y el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). La estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), que se inició en 1996, trata de disminuir la mortalidad en las áreas de mayor riesgo.

La Política Nacional de Salud y la Ley del Sistema Nacional de Salud elaboradas participativamente bajo la conducción del Consejo Nacional de Salud y consensuadas ampliamente con representantes de la sociedad, Gobiernos del nivel nacional, provincial y municipal, Congreso Nacional, ONGs, comunidad organizada, instituciones prestadoras de servicios y formadoras de recursos humanos para la salud, gremios, sindicatos y organismos de cooperación internacional entre otros, fue aprobada en Septiembre del 2002.

La Política Nacional de la Salud aporta la visión de mediano y largo plazo de las metas a lograrse en términos de cobertura y acceso a los servicios de salud y control y erradicación de enfermedades, y las estrategias programáticas, organizativas de participación y de financiamiento para su efectivo cumplimiento. Es decir, la política da las orientaciones generales para la conducción sostenida y de largo aliento de las instituciones que conforman el sector, bajo la rectoría del Ministerio de Salud.

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

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

Existen procesos y programas que tienen un sólido sustento legal y financiero que sin duda tiene un alto valor estratégico para el desarrollo de la salud en el Ecuador y que son elementos sustantivos y constructivos del Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador. Estos son: La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia y su correspondiente reglamento, La Ley de Medicamentos Genéricos de Uso Humano y su reglamento, el Programa Nacional de Alimentación y Nutrición, y la Ley de Descentralización y Participación Social y su Reglamento.

El Subsector Público está conformado por los servicios del Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS-SSC), Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía (dependientes de los Ministerios de Defensa y Gobierno respectivamente), los servicios de salud de algunos Municipios y los de las Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG), la

Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil y la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) y la Cruz Roja Ecuatoriana. Estos últimos, aunque son entes privados actúan dentro del sector público, y disponen del 85.4 % de los establecimientos.

Al Ministerio de Salud Pública (MSP) le corresponde la regulación, dirección y control del sector contando con una Dirección de Salud en cada Provincia y en su interior por Áreas de Salud que son circunscripciones geográfico - poblacionales coincidentes en su mayoría con el ámbito político - administrativo del cantón. Estas funcionan como una unidad de desconcentración programática, administrativa y presupuestaria de la cual dependen los servicios básicos de salud (Puestos, Subcentros, Centros y Hospitales cantonales).

La coordinación con otras instituciones si bien aún es limitada, ha sido abordada por el Consejo Nacional de Salud (CONASA), ente de concertación sectorial que asesora al Ministro de Salud Pública en materia de políticas de salud y que tiene como propósito fundamental el propiciar la organización y desarrollo del Sistema Nacional de Salud.

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) mantiene un régimen de afiliación personal orientado básicamente a proteger a los trabajadores dependientes tanto del sector público como de las empresas privadas en un esquema de seguro social que incluye prestaciones económicas y de atención médica, con las cuales cubre a 10 % de la población del país, básicamente de trabajadores del sector formal urbano (aproximadamente el 28 % de la PEA). La afiliación de los trabajadores del área rural lo conforma el Seguro Social Campesino, cuya cobertura de carácter familiar incluye prestaciones sociales

(mortuoria, invalidez, vejez) y atención médica primaria que se proyecta a una cuarta parte de la población campesina del país. El Seguro General se financia con los aportes de los empleadores que por ley corresponde al 3.41 % de valor de la nómina salarial. Por su parte, el Seguro Social Campesino se financia con el 1% del valor de la nómina de modo tripartito: 0,35 % del valor de la nómina de los asegurados urbanos, 0.35 % de aporte de los empleadores y 0.30 % de aporte del Estado, a lo que se adiciona una cuota mensual simbólica de los jefes de familia, de 1% del salario mínimo vital; es decir, es un régimen financiado solidariamente por el Programa General del IESS y por el Estado.

La Sanidad de Fuerzas Armadas y Policía dispone de 96 servicios ambulatorios y 20 de hospitalización para sus miembros y familiares. Desde hace doce años funciona con la modalidad de seguro de salud, a través del Instituto del Seguro de Salud de Fuerzas Armadas (ISSFA). De igual modo funcionan los servicios de salud para los policías y sus familiares, protegidos en parte también por un régimen de aseguramiento (ISSPOL). La cobertura estimada es de un 3.0 % de la población nacional y se financian con los aportes del presupuesto general del Estado y la venta de servicios a miembros no relacionados con las Fuerzas Armadas y Policía y también por las contribuciones del régimen de aseguramiento.

La Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG) es una entidad autónoma de servicio social con más de 100 años de vida que se rige por sus propios estatutos jurídicos bajo un cuerpo directivo conformado por personalidades notables de la ciudad de Guayaquil. El financiamiento proviene principalmente de la Lotería Nacional equivalente a 4.5 % del aporte total al sector salud con rendimientos financieros de sus inversiones, y de la



recuperación parcial de costos de los servicios de salud y de otros servicios como el alquiler de salas de velación. También se mantiene un pequeño aporte del Presupuesto General del Estado que no supera el 5 % de su presupuesto.

La Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA) es una entidad privada de finalidad social que cubre buena parte de la demanda nacional de diagnóstico y tratamiento del cáncer. Su organización se basa en instituciones regionales con autonomía administrativa y financiera ubicadas en las principales ciudades del país y regidas por un cuerpo directivo. Recibe asignaciones fiscales y parte de los impuestos directos a transacciones en el sistema financiero, lo que genera un ingreso anual superior a 23 millones de dólares y que le ha permitido la inversión en los últimos años para el desarrollo de una moderna infraestructura hospitalaria.

Los Servicios de Salud Municipal tienen a cargo las Direcciones de Higiene para atender problemas de salud ambiental y de control sanitario. En los últimos años varios Municipios han avanzado en la organización de servicios de salud preventivos y curativos a través de la descentralización del sector salud. Como un primer ejemplo de ello tenemos al Gobierno Local del cantón Cotacachi con resultados satisfactorios que han merecido el reconocimiento internacional y local, demostrado en los últimos comicios al lograr la reelección para un tercer período.

El Subsector Privado está integrado por entidades privadas con fines de lucro (Hospitales, Clínicas, Dispensarios, Consultorios, Farmacias y las Empresas de Medicina Pre-pagada) y las organizaciones privadas sin fines de lucro como diversas ONG's, organizaciones populares de servicios médicos, asociaciones de servicio social, y la Cruz Roja de cuyo análisis nos

ocuparemos posteriormente, las cuales representan el 14.6 % de los establecimientos del país.

### **3.5 CALIDAD DE LA ATENCIÓN**

Se trata de impulsar la calidad de la atención, tanto en aspectos de eficacia o capacidad resolutoria (según niveles de organización tecnológica) y de calidez (calidad percibida, basada en la aceptabilidad y satisfacción del usuario), pero algunos instrumentos ya diseñados aún no se han puesto en práctica como los atinentes a la acreditación de los servicios (públicos y privados), certificación profesional, encuestas periódicas de satisfacción, etc.

### **3.6 MARCO JURÍDICO**

El entorno jurídico básico para el inicio del proceso de reforma lo constituye la Ley de Modernización del Estado de 1993. Ella originó propuestas de privatización de las empresas públicas, programas de reducción del tamaño del estado, reforma de la seguridad social, desconcentración y descentralización. En 1997 se expidió la Ley Especial de Descentralización y Participación social, la cual incluye la transferencia de competencias y recursos en materia de salud a los Municipios, disposición que no se pudo aplicar debido a la falta de su reglamentación y resistencia política de diversos grupos. El reglamento fue promulgado en julio de 2001 lo cual espera dinamizar este proceso a pesar de las dificultades operativas y discordancias de estas normativas con las actuales condiciones de gestión local. En 1998 se reformuló la Ley de elementos programáticos y financieros para la cobertura de salud a las mujeres y a niños(as) menores de cinco años en el marco de la descentralización y la participación social. El más importante esfuerzo realizado entre 1997 y 1998 es la formulación de Políticas Nacionales de

Salud con amplia participación y consenso, y que fueron base para la inclusión de importantes textos en la reforma Constitucional de 1998. Entre los contenidos sustanciales de esta normativa constitucional se mencionan: a) La garantía del Estado del derecho a la salud, su promoción y protección; b) El acceso a los servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia; c) Los programas y acciones de salud pública universales y gratuitas; d) La rectoría del estado en materia de salud, vigilancia de la aplicación de las políticas y del funcionamiento de las entidades del sector; e) La organización de un Sistema Nacional de Salud con funcionamiento desconcentrado, descentralizado y participativo; f) El financiamiento de las entidades públicas proveniente de aportes obligatorios, suficientes y oportunos del presupuesto general del Estado, de los usuarios según su capacidad económica y de otras fuentes que sean definidas; y g) El incremento anual de la asignación fiscal para salud pública.

### **3.7 PARTICIPACIÓN Y CONTROL SOCIAL**

El MSP mediante la aplicación del Decreto Ejecutivo # 502, de 1999 puso en marcha el fortalecimiento de la "autonomía de gestión" de los establecimientos de salud para "abrir espacios de participación de la comunidad en la gestión de los servicios y asegurar atención preferente a las personas de mayor necesidad". Con base en esto se han creado instancias de veeduría como los Comité de Participación y Control de Gestión, y los Comités de Modernización al interior de los Hospitales Según la ley orgánica de las Juntas Parroquiales de reciente expedición (octubre, 2000), la Asamblea Parroquial es el "...espacio que garantiza la participación ciudadana.", que además tiene que formular el "Plan de Desarrollo Parroquial" y ejercer el Control Social en el ámbito territorial de su competencia. Este organismo es la instancia formal para el proceso

organizativo y de participación en la gestión local de los servicios de salud y de monitoreo social de la equidad y calidad, ampliando la tradicional acción de los comités de salud, club de madres, etc. La ley de maternidad gratuita vigente, prevé también la organización de "comités de usuarias" para vigilar el cumplimiento de los beneficios estipulados en la ley, ejerciendo el derecho de monitoría necesario y apoyo al desarrollo de los derechos ciudadanos desde una perspectiva de género.

### **3.8 MODELO DE GESTIÓN**

Se han desarrollado experiencias demostrativas de modelos de gestión local a través de instancias tales como: los Consejos cantonales de Salud; los procesos de "gestión autónoma" de los servicios del MSP; las modalidades de reembolso en base a producción que aplica parcialmente el programa de maternidad saludable establecido por la Ley de maternidad gratuita; las pruebas piloto del MSP-MODERSA en Cuenca, Tena y Barrio Colinas del Norte-Quito de contratación y pago por servicios; experiencias locales en áreas de pago por episodio y fondos locales para mantener un inventario de medicamentos (Proyecto APS-Coop. de Bélgica); y la concesión de la administración de unidades de salud a Organizaciones No Gubernamentales sin fines de lucro (por ejemplo. Centro de Salud de Carcelén en Quito a cargo del Club de Leones). Se han producido también iniciativas locales de gestión con esquemas de prestación con base en "riesgo compartido", tercerización de servicios hospitalarios e incentivos según indicadores de desempeño.

### **3.9 RECURSOS HUMANOS**

Predomina en este campo la problemática laboral, los bajos salarios, la falta de incentivos, la desinformación de los procesos de cambio entre los

trabajadores y niveles operativos, la carencia de un estatuto o carrera funcionaria y de programas de educación continúa entre otros.

En términos de recursos humanos calificados en temas indispensables para abordar los desafíos de la reforma, se realiza formación de post-grado en doce cursos de salud pública a nivel nacional, incluyendo Economía de la Salud, Gestión Local y otros.

### **3.10 VALUACIÓN DE RESULTADOS**

Como no se ha avanzado en la formulación de un Plan de Implementación de la Reforma, no existe una base informativa específica, universal y confiable o estudios de evaluación con base en indicadores previamente definidos que permitan dar cuenta de los resultados de las acciones del proceso de RSS y de los cambios que son atribuibles a dicho proceso. Equidad. No hay una medición de los impactos sobre la equidad. No obstante algunos datos de mejoramiento en la cobertura de acciones como el control pre-natal entre 1994 y 1999, la atención del parto institucional por personal entrenado, y la cobertura del programa de inmunizaciones muestran algunos avances a pesar de la profunda crisis política y financiera que ha afectado al sector y en particular a los servicios del MSP y del IESS. Sin embargo, el gasto per cápita ha ido disminuyendo, al igual que la disponibilidad de camas por habitante y las barreras de acceso a los sectores sociales más pobres no se han modificado.

Los mecanismos de recuperación de costos implementados en los servicios del MSP parecen haber aumentado dichas barreras, excepto en lo referente a atención del parto donde se ha mejorado el acceso a los servicios debido a la aplicación de la Ley de Maternidad gratuita.

### 3.11 EFECTIVIDAD Y CALIDAD

No hay evidencia de que las fases iniciales del proceso de reforma hayan incidido en la reducción de los indicadores como mortalidad general, infantil y materna. Más bien se comienza a observar un leve estancamiento en la tendencia decreciente en los últimos años de estos indicadores (INEC, 1998-1999). Algunos indicadores como la mortalidad por cáncer cérvico-uterino, incidencia de HIV/AIDS y mortalidad por complicaciones agudas de diabetes mellitus e hipertensión arterial en menores de 25 años han aumentado.

En cuanto a la calidad técnica, en algunos hospitales piloto del MSP se han comenzado programas de control de calidad con sus respectivos Comités. En el IESS se han iniciado aplicaciones de protocolos de estandarización normativa para ciertas patologías. Se desconoce el porcentaje de estas intervenciones. En cuanto a la calidad percibida, no se implementan redes de información y consulta ciudadana para determinar el grado de uso y satisfacción con los servicios recibidos. La calidez de la atención sigue siendo eficiencia. La eficiencia es una variable de escasa medición en los servicios públicos, no obstante la progresiva incorporación de metodologías de costos y de sistemas de información gerencial. Para la asignación más eficiente de recursos financieros se ha diseñado una propuesta técnica que considera variables de población, pobreza, brechas de demanda, recursos de oferta y un manejo desconcentrado en las áreas de salud, pero no se ha implementado por restricciones de control en los niveles central (MSP y Ministerio de Economía) y provinciales.<sup>32</sup>

---

<sup>32</sup> MSP. CONASA. Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador. Quito 2002

El estudio que es motivo de nuestra investigación y propuesta, se centra en el rol de la Cruz Roja dentro del Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador, del cual si bien es cierto tiene un porcentaje pequeño de responsabilidad, no es menos importante cuando se lo valora en forma local y dentro de su área de influencia, especialmente en actividades y sectores vulnerables donde los otros actores no han intervenido. Por ello es necesario analizar a esta institución en forma detallada.

### **3.12 CRUZ ROJA**

El Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja se constituyó con el propósito de ayudar a las personas en peligro en el campo de batalla.

Henry Dunant. (Ginebrino), fundador del Movimiento, comprobó que, después de la batalla de Solferino en 1859, numerosos soldados heridos habían muerto abandonados en el campo de batalla, y que muchos se habrían salvado si se los hubiera socorrido: pero, el personal médico disponible no era suficiente.

La primera solución que propuso Henry Dunant fue la creación de una sociedad en cada país, que durante épocas de paz formase voluntarios que pudiesen asistir al personal médico de las fuerzas armadas en caso de guerra.

El resultado es que actualmente en 187 países existen Sociedades Nacionales de la Cruz Roja o de la Media Luna Roja reconocidas por todo el Movimiento y millones de voluntarios con formación de socorristas.

Este Movimiento no trabaja solamente en tiempo de guerra, sino, principalmente en tiempo de paz en donde sus objetivos tienen como finalidad la búsqueda y fomento de la paz, la promoción y protección de los Derechos Humanos, así como prevenir y atender los sufrimientos de las personas.

Cruz Roja promueve y colabora en programas y acciones de bienestar social, con especial atención a grupos vulnerables con dificultades para su integración, realizando una función social y humanitaria, compatible con el Espíritu y los Principios de la Institución, y organizada en grupos de personal rentado y voluntarios.

### **3.12.1 MISIÓN DE LA CRUZ ROJA INTERNACIONAL**

La Misión de la Cruz Roja, consiste en prevenir y aliviar el sufrimiento de los seres humanos en todas las circunstancias, así como proteger la vida y la salud; respetar la persona, promover y defender los Derechos Humanos, Derecho Internacional Humanitario y los Principios Fundamentales del Movimiento; actuar a favor de la paz interna, la convivencia ciudadana, la solidaridad, la comprensión mutua, la amistad, la cooperación y la paz duradera entre los pueblos.

### **3.12.2 COMPONENTES DEL MOVIMIENTO INTERNACIONAL DE LA CRUZ ROJA Y SUS OBJETIVOS**

#### **3.12.2.1 Comité Internacional de la Cruz Roja**

Es una organización imparcial, neutral e independiente cuya misión exclusivamente humanitaria es la de proteger la vida y la dignidad de las víctimas de la guerra y de la violencia interna y de proveer a ellos su asistencia. Ella dirige y coordina las actividades de socorro promovidas por el Movimiento en situaciones de conflicto. También conduce a prevenir el



sufrimiento a través de la promoción y el fortalecimiento de los Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario. Establecida en 1863 es el que originó el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media luna Roja.

### **3.12.2.2 La Federación Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja**

Apoya las actividades de las Sociedades Nacionales en favor de los grupos vulnerables de la población. Coordinando los socorros internacionales en caso de desastres y promoviendo la ayuda al desarrollo, intenta prevenir y atenuar los sufrimientos humanos. Fue fundada en 1919.

### **3.12.2.3 Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja**

Actúan como auxiliares de los poderes públicos en el respectivo país y prestan servicios en ámbitos diversos.

Para formar parte del Movimiento, todas las Sociedades Nacionales deben ser reconocidas por el CICR, sobre la base de las *condiciones de reconocimiento* establecidas. Posteriormente, pueden hacerse miembros de la Federación, organismo coordinador de las Sociedades Nacionales.

## **3.12.3 PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA CRUZ ROJA INTERNACIONAL**

Los principios fundamentales de la Cruz Roja a nivel internacional son: Humanidad, Imparcialidad, Neutralidad, Independencia, Carácter Voluntario, Unidad.<sup>33</sup> (Ver Anexos 5).

---

<sup>33</sup> Federación Internacional de la Cruz Roja. Documentos Estratégicos. Ginebra-Suiza, 2003

### **3.12.4 HISTORIA DE LA CRUZ ROJA ECUATORIANA**

En 1910 ocurrió la movilización general del Ecuador, pues se cernía la sombra fatídica de la guerra, el 22 de abril se conformó la Brigada de la Cruz Roja en Guayaquil que se integró para marchar a la frontera sur a auxiliar a las posibles víctimas de una contienda que se producía en aquella época. Se organizaron las ambulancias bajo el nombre de Cruz Roja pero solo fue temporal y no se solicitó el reconocimiento oficial del Comité Internacional de Ginebra.

En el registro oficial N° 1392 del 14 de diciembre de 1910, bajo la administración del General Eloy Alfaro se expide el decreto legislativo que declara a la Cruz Roja del Ecuador Institución de Beneficencia y utilidad pública

#### **3.12.4.1 Actividades de la Sociedad Nacional.**

##### ***3.12.4.1.1 Cruz Roja de la Juventud***

Trabaja con niños y jóvenes, cuyo objetivo principal es la formación de Líderes. Se trata de una formación holística. Se trabaja en Cooperación: Drogodependencia, Salud Reproductiva, Población Adulta Mayor, Menores en riesgo, Políticas poblaciones de VIH-Sida.

##### ***3.12.4.1.2 Instituto Superior de Capacitación***

Cuenta con una infraestructura moderna y un cuerpo de instructores especializados para capacitación en Atención Prehospitalaria, Primeros Auxilios Básicos, Rescate, Telecomunicaciones, etc. Cuenta con un Instituto Técnico Superior de Emergencias Médicas y Gestión de Desastres

##### ***3.12.4.1.3 Niños Extraviados***

Creado en 1940, para niños que son entregados en la Cruz Roja, en donde reciben cuidados hasta ser reclamados por sus familiares.

#### ***3.12.4.1.4 Difusión***

Interna y Externa, Protección del Emblema, DIH, Servicio de búsqueda.

#### ***3.12.4.1.5 Genética Molecular e inmunogenética***

Encargado de investigación de paternidad, y diversas enfermedades a través del ADN.

#### ***3.12.4.1.6 Tipificación.***

Laboratorio especializado en determinar el tipo de sangre al público.

#### ***3.12.4.1.7 Rehabilitación.***

Servicio que presta ayuda y da rehabilitación física a pacientes que han sufrido lesiones diversas, con equipos y tecnología especializada.

#### ***3.12.4.1.8 Servicio de Hematología***

Originalmente creado para la atención a pacientes hemofílicos, abierto a todo el público, es ahora el centro de referencia nacional que se encarga del diagnóstico, tratamiento y evolución de enfermedades hematológicas

#### ***3.12.4.1.9 Red Nacional de Bancos ortopédicos.***

Las Damas Voluntarias realizan una destacada labor a favor de la comunidad, a través de su programa más importante que es la Red de Bancos Ortopédicos en todo el país.

#### ***3.12.4.1.10 Bienestar Social***

Departamento encargado de planificar las políticas sociales y ejecutar los programas de protección y asistencia al niño, familia y comunidad.

**3.12.4.1.11 Cooperación al desarrollo**

Realiza un trabajo participativo comunitario desarrollado coberturas de infraestructura básica, salud y atención médica, así como: Proyectos de Desarrollo Comunitario.

**3.12.4.1.12 Servicio de ambulancias**

Presta un servicio invaluable de emergencia con una red de ambulancias. Este servicio cuenta con paramédicos, funciona las 24 horas del día con una dirección médica y la coordinación de un centro de comunicaciones especializado.

**3.12.4.1.13 Donación Voluntaria**

Le ofrece la oportunidad de dar vida donando sangre a quienes la necesitan a cambio reciben un carné de donación voluntaria para que sin costo retire la cantidad de sangre que necesita.

**3.12.4.1.14 Socorros y operaciones en Desastres**

Socorro Comunitario. Preparación y Atención para Desastres. Bodegas Estratégicas y Logística. Fortalecimiento de Socorrismo. Telecomunicaciones

**3.12.4.1.15 Banco de sangre**

Mantiene la más importante red de Bancos de Sangre del país, la misma que aporta con el 70% de la demanda sanguínea, entrega sangre segura con todos los controles de calidad que exige la técnica en los actuales momentos.

**3.12.4.1.16 Servicio Médico y Dental**

Proporciona atención médica general y odontológica Básica.<sup>34</sup>

### **3.12.5. LA CRUZ ROJA EN IMBABURA**

Fue oficialmente inaugurada como una necesidad del momento de crisis que vivía el país en la guerra de 1941 con el vecino Perú, desde ese entonces ha venido desarrollando sus actividades a favor de los más necesitados. En 1977 se crea el Departamento de Socorros y Desastres cuya principal tarea es ser el brazo operativo de la Institución en tareas de salvamento, búsqueda, rescate y capacitación en primeros auxilios, planificación, gestión, formulación y ejecución de proyectos de desarrollo social y de fortalecimiento Institucional.

La Cruz Roja cumple actividades sociales también a través del Banco de Sangre, Banco ortopédico, Cruz Roja de la Juventud, Servicio de Hematología, Tipificación, y Difusión del Derecho Internacional Humanitario.

#### **3.12.5.1 Organización**

Está constituida por la Junta Provincial, máxima autoridad de gobierno en la Provincia, y ésta con un Presidente, dos Vicepresidentes, un Secretario, un prosecretario, un Tesorero y tres Vocales principales y tres suplentes, asesor jurídico; la integran también los Presidentes de las Unidades Operativas cantonales.

**Red Cantonal.-** Está constituida por la cabecera provincial y las Unidades Operativas del cantón Otavalo, Urcuquí y Pimampiro hasta la actualidad.

**Gobierno.-** Constituido por 15 miembros de la Junta Provincial.

---

<sup>34</sup> Cruz Roja Ecuatoriana. Departamento de Difusión e Imagen Institucional. 2003

**Gestión.-** Formado por los Directores del Banco de Sangre, Socorros y Operaciones en Desastres y el Equipo Técnico de Proyectos, y personal Administrativo.

**Operación.-** Constituido por el personal voluntario de Socorristas y personal auxiliar rentado

**Recursos Humanos Rentados.-** Una Tesorera / Contadora, una Secretaria / laboratorista, tres auxiliares.

**Voluntarios.-** Un Director de Socorros y Operaciones en Desastres y Treinta y siete Voluntarios en Ibarra, quince Voluntarios en Otavalo.

**Recursos técnicos.-** Un Banco de sangre con 3 refrigeradoras, una centrifugadora, equipo de tipificación sanguínea, equipo de extracción sanguínea, equipo para pruebas cruzadas, hematocrito, hemoglobina, 2 sillas hidráulicas para donación, dos computadoras, 2 plantas de luz a gasolina.

Un Banco Ortopédico con 2 camas ortopédicas, 6 pares de muletas, 2 sillas de ruedas, 4 andadores, 5 colchonetas antiescaras.

Unidad de Socorros y Operaciones en Desastres con 2 ambulancias, equipo rescate vehicular básico, equipo básico de rescate de altura, 6 bicicletas de la unidad USBI, 2 botes de la Unidad de Rescate Acuático, 2 aulas de capacitación con equipo audiovisual, 1 dormitorio con 6 camas literas, 1 cocina-comedor, 1 bodega de rescate, 1 bodega general, 1 oficina de radiocomunicaciones con equipo UHF y VHF, 10 equipos de comunicación

móviles, 3 equipos de comunicación fijos, 1 oficina de búsqueda y reunificación familiar, equipada con computadora, 1 oficina de planificación equipada con computadora, 2 equipos odontológicos móviles, 1 equipo básico de atención médica.

**Infraestructura.-** Edificación de 1200 metros cuadrados de dos plantas construida en ladrillo y cemento armado en la parte anterior y en la parte posterior una construcción de 150 metros cuadrados prefabricada de hierro y bloque.

**Distribución de Áreas.-** En la primera planta existen 6 locales de arriendo, así: tres consultorios médicos, uno de venta de plásticos, una farmacia, una panadería, un local de venta de muebles, casi la mitad de la edificación está arrendada a una clínica particular contando con 626.5 metros cuadrados.

En la planta alta se encuentra el Banco de sangre, la secretaría general, la Presidencia con su secretaría, dos bodegas, dos consultorios, una oficina de contabilidad, tres baños, un salón de sesiones.

En la parte posterior se encuentran las oficinas del Comité de Damas, 2 garajes, una oficina de Socorristas, una sala de radiocomunicaciones 2 aulas para capacitación, una oficina de proyectos, una bodega de Rescate, un dormitorio con baño y ducha, una oficina para la Dirección Provincial de Socorros con baño y bodega, un comedor, una cocina, un baño social un patio posterior y una bodega general.

**Financiamiento.-** Se lo obtiene a través de la venta de productos hemáticos, una línea de gobierno y autogestión.

En la Cruz Roja de Ibarra los productos y/o servicios que está en capacidad de poner a disposición del cliente externo son: productos hematológicos, capacitación, servicios de atención a eventos del Departamento de Socorros, Servicios médicos especiales (Unidad Médico-Odontológica Móvil, Atención Psico-social, etc.).



## **CAPITULO 4**

### **DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA CRUZ ROJA DE IBARRA**

#### **4.1 INTRODUCCIÓN**

El presente trabajo está orientado a realizar un análisis tanto histórico, como actual de la situación en la que Cruz Roja de Imbabura ejecuta sus actividades de entrega de productos y/o servicios humanitarios a la comunidad, identificar los nodos conflictivos en lo que a su administración, organización y gestión de recursos humanos, tecnológicos, técnicos y financieros se refiere y proponer un modelo gerencial que permita superarlos, potenciar y fortalecer su imagen ante los clientes externos e internos, directos responsables de su trayectoria.

La necesidad apremiante de mejorarse cualitativa y cuantitativamente al mismo ritmo de la dinámica socioeconómica y geopolítica actual como institución privada, pero, con finalidad social, ha obligado a sus órganos de gobierno, gestión y operaciones a exigir a toda su red territorial un diagnóstico situacional que le permita disponer de una visión real, participativa y práctica, para con ella y amparada en sus principios fundamentales y coherentes con el Segundo Plan Nacional de Desarrollo, implementar un modelo de gerencia que incluya la planificación, organización, dirección, gestión, monitoreo y evaluación como una empresa de calidad de primera línea, facilitando a esta organización realizar sus planes operativos anuales con actividades, objetivos y metas, medibles, verificables, coherentes, pertinentes e integrados con instrumentos de rendición de cuentas lo que nos dará una lectura de eficacia, eficiencia y calidad, tomando en cuenta principalmente aspectos pertinentes a la oferta y demanda actuales.

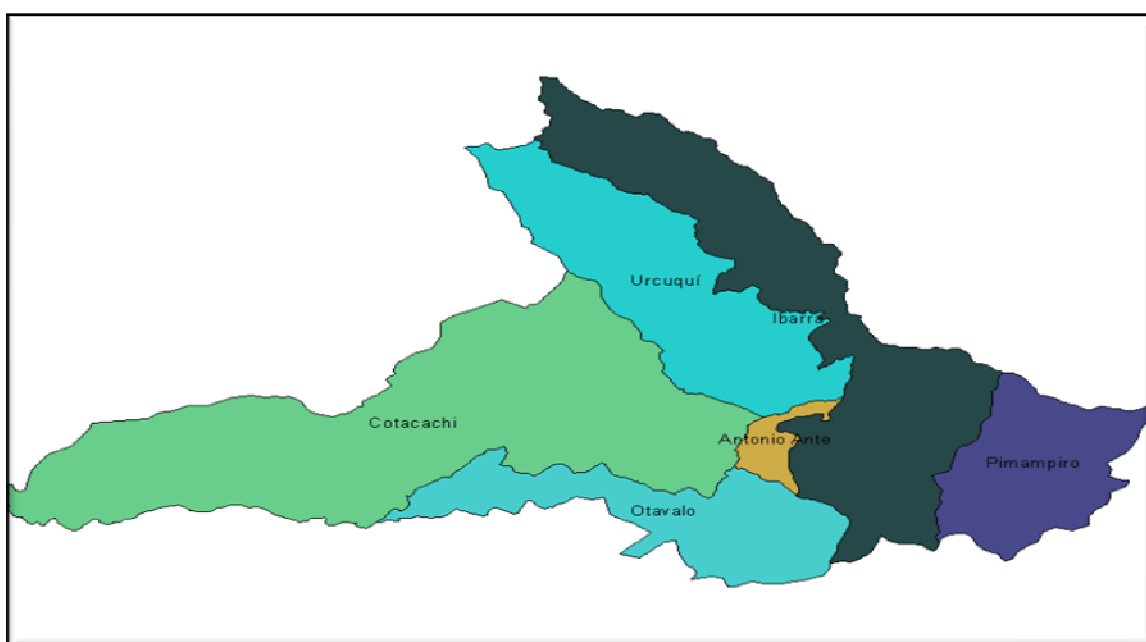
El diagnóstico situacional se realizó en base a la definición de variables de la oferta y la demanda, utilizó instrumentos cuanti-cualitativos; este diagnóstico ha sido el eje sobre el cual se elaboró la propuesta del modelo de gerencia y la estrategia de implementación, a través de los cuales, se lograrán los objetivos y finalidades institucionales y los mejores resultados para los usuarios.

#### **4.2 CONTEXTO DEL ESTUDIO - PROVINCIA DE IMBABURA**

Para tener un enfoque real de la actividad que vamos a proponer, es necesario contextualizar el campo de acción en el que la Cruz Roja va a ejecutar sus actividades particulares; por ello, es importante describir los diferentes aspectos sociales, demográficos, geográficos, económicos, sanitarios, culturales, etnográficos, etc. del entorno. Para de esta forma orientar las actividades de la Cruz Roja en sincronía a la realidad provincial, Cantonal e institucional y proponer un modelo que pueda solventar sus requerimientos.

### **GRÁFICO 1**

**MAPA DE Imbabura**



Fuente: SIISE.2003.  
Elaboración: Autores

Imbabura se encuentra en la región sierra norte del Ecuador, limita al norte con la provincia del Carchi, al sur con Pichincha, al este con Sucumbíos y al oeste con Esmeraldas.

Cuenta con un clima diverso, desde al frío, pasando por el templado hasta el cálido húmedo en las áreas tropicales, dicha diversidad climática, orográfica y lacustre ha hecho que a Imbabura se la conozca como la Provincia de Los Lagos y como consecuencia de esto el turismo sea una fuente importante de ingresos económicos y polo de atracción también para la migración interna y externa.

Una característica adicional es la diversidad étnica debido a la presencia de comunidades indígenas, afroecuatoriana, mestizos y una minoría blanca en constante interacción, en todos los Cantones.

Forman la provincia de Imbabura 6 Cantones: Ibarra, Otavalo, Antonio Ante, Cotacachi, Pimampiro y Urcuquí. Las comunidades Otavaleñas y Atuntaqueñas son ampliamente conocidas por su habilidad textil y de comercio, la afroecuatoriana en el Valle del Chota por ser el semillero de conocidos deportistas y sus ritmos tradicionales como la bomba en permanente expansión, San Antonio se precia de sus tallados en madera, Cotacachi destaca en manufacturas de cuero, Urcuquí y Pimampiro son considerados como zonas agrícolas y ganaderas importantes.

Las principales líneas económicas son por consiguiente la agricultura, el comercio, la artesanía y la industria sin chimenea, el turismo.

La provincia de Imbabura. Al estar ubicada a 120 kilómetros de la frontera norte constituye el lugar más seguro para la población colombiana que se desplaza desde su país debido a la violencia interna que soporta.

En el caso de esta provincia, entre octubre del 2001 hasta diciembre del 2002 el número de personas que han solicitado refugio asciende a 1243, lo que representa un porcentaje aproximado de un 11% de las personas que solicitaron refugio en el Ecuador en ese periodo.

Según Datos de la Pastoral Migratoria de Ibarra 336 familias se han acercado a estas dependencias por ayuda Humanitaria. Si se considera que estadísticamente se plantea 3.3 integrantes por familia tendríamos una población de 1108 personas, cifra aproximada que varía con 135 personas con relación a las que solicitaron refugio en Ibarra.

Este desfase es justificable porque no se suman los integrantes, sino la familia y el número de los mismos por familia pueden variar. Existen casos en los que no solicitan ayuda humanitaria porque tienen solvencia económica que les permite subsistir por sí mismos, más bien han contribuido generando fuentes de trabajo y potenciando el comercio formal e informal en la ciudad.

Para el año lectivo 2003 –2004, la Oficina de la Pastoral Migratoria brinda el apoyo para útiles escolares a 53 niños, niñas y adolescentes matriculados en diferentes centros educativos de la ciudad de Ibarra.

La población más vulnerable de este sector está conformada por las mujeres solas, quienes asumen el papel de “jefes de familia”. El promedio es tres hijos por madre.

El segundo sector vulnerable lo constituyen los niños y niñas que sufren diferentes niveles de desnutrición y enfermedades respiratorias agudas. Esto se presenta fundamentalmente porque los infantes al cambiar de entorno social sufren un trauma psicológico, afectivo, de identidad y costumbres que inciden directamente en su salud.

Otro sector muy vulnerable lo constituyen los ancianos que representan el 6% de la población refugiada.

La Cruz Roja de Ibarra ha efectuado atención médica, odontológica y de apoyo psicológico a estos grupos vulnerables dentro del Proyecto de Ayuda Humanitaria para la Frontera Norte en el año 2003.

Consideramos importante que dentro del contexto general de la provincia analicemos varios datos demográficos como población, sexo, escolaridad ocupación, servicios básicos, tasas de natalidad, morbilidad, mortalidad, ingresos económicos, vivienda, centros de atención médica, camas médicas disponibles, etc.

### **4.3 LA CRUZ ROJA EN IMBABURA**

En esta provincia existen dos Unidades Operativas cantonales: Ibarra y Otavalo, en Pimampiro se encuentra en proceso de formación; su fuerte está en la capital provincial, sin desconocer que Otavalo mantiene un importante servicio de alimentación a indigentes, rehabilitación física a través de un

convenio con el INNFA y sus Socorristas. Pimampiro cuenta con la infraestructura para implementar un Centro de Atención médica ambulatoria que no se ha llegado a concretar debido a la falta de un liderazgo que permita continuar la labor de su gestor, prematuramente fallecido, y que en el momento se encuentra en acefalía.

Es importante señalar que en los restantes Cantones no se ha podido consolidar la presencia de la Institución y es de vital importancia en este modelo de Gerencia lograr la extensión de su labor para establecer la Red Provincial de Cruz Roja.

#### **4.3.1 ESTRUCTURA DE DIRECCIÓN**

Está constituida por la Junta Provincial, máxima autoridad de Gobierno en la Provincia, y ésta con un Presidente, dos Vicepresidentes, un Secretario, un Prosecretario, un Tesorero y tres Vocales principales y tres suplentes, Asesor Jurídico; la integran también los Presidentes de las Unidades Operativas Cantonales. (Ver anexos Organigrama)

#### **4.3.2 ORGANIZACIÓN**

##### **4.3.2.1 Red Cantonal**

Forma parte la cabecera provincial y las Unidades Operativas del cantón Otavalo y Pimampiro hasta la actualidad.

##### **4.3.2.2 Gestión de la Operación de la Cruz Roja**

Formado por los Directores del Banco de Sangre, Socorros y Operaciones en Desastres, su Equipo Técnico de Proyectos, y personal Administrativo.

### 4.3.2.3 Nivel Operativo

Constituido por el personal voluntario de Socorristas y personal auxiliar rentado.

## 4.4 ANÁLISIS DE OFERTA Y DEMANDA EN SALUD DE LA CRUZ ROJA DE IMBABURA

La demanda para la Cruz Roja de Ibarra abarca la provincia de Imbabura, por lo tanto es necesario analizarla desde el punto de vista provincial y posteriormente cantonal en diversos aspectos como: demográficos, determinantes de la salud, etc., así:

### 4.4.1 ANÁLISIS DE LA DEMANDA EN IMBABURA

#### 4.4.1.1 Aspectos Demográficos

TABLA 1

GRÁFICO 2

#### POBLACIÓN DEL ECUADOR VS. IMBABURA

POBLACIÓN DEL ECUADOR Y DE LA PROVINCIA DE IMBABURA			
AÑO	ECUADOR	IMBABURA	%
1.950	3.202.757	146.893	4.6
1.962	4.564.080	174.039	3.8
1.974	6.521.710	216.027	3.3
1.982	8.138.974	247.287	3.0
1.990	9.697.979	275.943	2.8
2.001	12.156.608	344.044	2.8

Fuente: INEC. Censo 2001.

Elaboración: Autores El porcentaje (%) expresa la participación de la provincia en relación al país.

Se visualiza que desde el año 1950 hasta el 2001, la población del Ecuador se ha cuadruplicado y la de Imbabura se ha duplicado, con un ritmo de crecimiento del 2.3% anual.

TABLA 2

#### POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA POR OCUPACIÓN

GRUPOS DE OCUPACIÓN	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	RAMAS DE ACTIVIDAD	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
<b>TOTAL</b>	<b>60082</b>	<b>39205</b>	<b>20877</b>	<b>TOTAL</b>	<b>60082</b>	<b>39205</b>	<b>20877</b>
Profesionales técnicos	7142	4009	3133	Agricul, ganad, caza,pesca	9940	8457	1483
Empleados oficina	3422	1690	1732	Manufactura	8250	5304	2946
Trab. De servicios	10796	5046	5750	Construcción	4412	4312	100
Agricultores	5421	4398	1023	Comercio	12074	6869	5205
Operarios y operador	16665	13623	3042	Enseñanza	3608	1572	2036
Trab. No calificados	11829	7252	4577	Otras actividades	21798	12691	9107
Otros	4807	3187	1620				

Fuente: INEC Censo 2001  
Elaboración: Autores

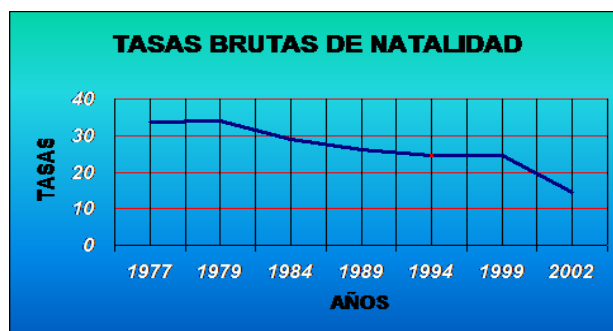
En esta tabla describimos la población económicamente activa según grupos de ocupación y ramas de actividad, de esto se desprende que los operarios constituyen el mayor grupo ocupacional clasificado, seguido de los comerciantes y trabajadores no calificados, sin embargo, existe un sector laboral no clasificado importante que constituye el grueso de la fuerza laboral.

**TABLA 3**

**GRÁFICO 3**

**TASAS BRUTAS DE NATALIDAD EN IMBABURA**

TASAS BRUTAS DE NATALIDAD	
AÑOS	TASAS
1.977	33.8
1.979	33.9
1.984	29.0
1.989	26.2
1.994	24.7
1.999	24.6
2.002	14.5



Tasas por 1000 habitantes  
Elaboración: Autores

Anuario de Estadísticas Vitales Nacimientos y Defunciones, INEC 2001

Es destacable apreciar que las tasas brutas de natalidad han tenido un descenso desde 33.8 en el año 1977 hasta 14.5 en el 2002, con una reducción del 19.3%, esto posiblemente obedece a la implementación de métodos de planificación familiar, desestructuración familiar debido a la migración masiva que ha sufrido el país y también a la crisis económica existente.

**TABLA 4**

**GRÁFICO 4**

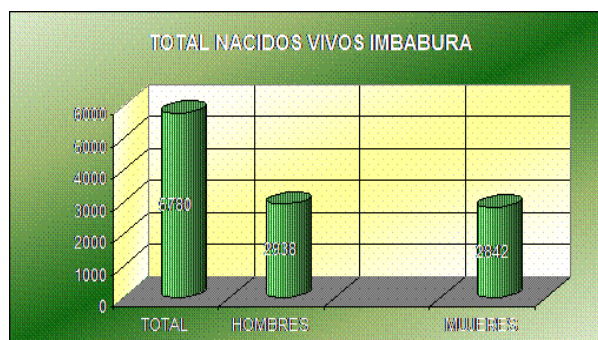


## NACIDOS VIVOS PROVINCIA DE IMBABURA 2001.

NACIDOS VIVOS PROVINCIA DE IMBABURA 2002		
TOTAL	HOMBRES	MUJERES
5.780	2.938	2.842

Anuario de Estadísticas Vitales Nacimientos y Defunciones  
INEC 2001

Elaboración: Autores



En el año 2002, mediante inscripción en el registro civil, se han contabilizado 5780 nacimientos, de los cuales 2938 son hombres y 2842 mujeres, existiendo por lo tanto una diferencia de 1.6%, es conocido que nacen más mujeres que hombres en esta provincia, sin embargo, han sido inscritos más hombres debido posiblemente al machismo imperante hasta la actualidad

### 4.4.2 ANÁLISIS DE LA MORBIMORTALIDAD DE LA PROVINCIA DE IMBABURA

A continuación se presenta las tasas brutas de mortalidad, mortalidad infantil, materna y las principales causas de muerte en la provincia de Imbabura.

TABLA 5

GRÁFICO 5

#### TASAS BRUTAS DE MORTALIDAD EN IMBABURA.

TASAS BRUTAS DE MORTALIDAD	
AÑOS	TASAS
1.977	7.9
1.979	7.6
1.984	6.0
1.989	5.2
1.994	4.6
1.999	4.5
2.002	4.4

Tasas por 1000 habitantes

Anuario de Estadísticas Vitales Nacimientos y Defunciones, INEC 2001

Elaboración: Autores

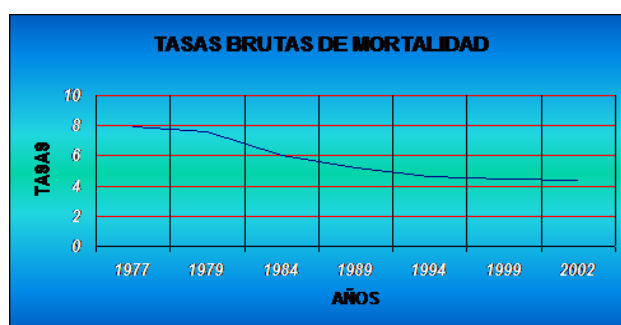


TABLA 6

GRÁFICO 6

**TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN IMBABURA.**

TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL	
AÑOS	TASAS
1.977	63.0
1.979	59.3
1.984	43.4
1.989	33.7
1.994	22.1
1.999	17.6
2.002	24.6



Tasas por 1000 habitantes

Anuario de Estadísticas Vitales Nacimientos y Defunciones, INEC 2001

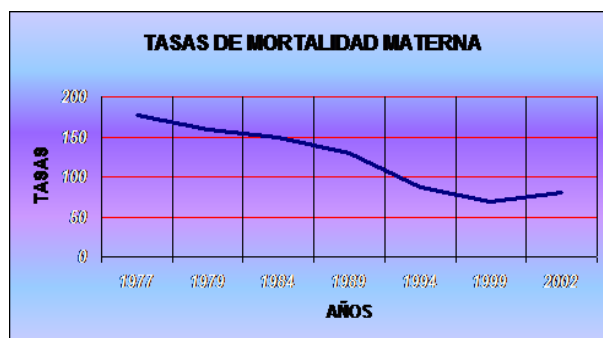
Elaboración: Autores

TABLA 7

GRÁFICO 7

**TASAS DE MORTALIDAD MATERNA EN IMBABURA.**

TASAS DE MORTALIDAD MATERNA	
AÑOS	TASAS
1.977	176.4
1.979	158.6
1.984	149.4
1.989	129.4
1.994	86.8
1.999	68.5
2.002	81.1



Tasas por 1000 habitantes

Anuario de Estadísticas Vitales Nacimientos y Defunciones, INEC 2001

Elaboración: Autores

Las tasas brutas de mortalidad general, mortalidad infantil y materna en Imbabura han disminuido sustancialmente debido a la implementación de programas de medicina preventiva, vacunación, detección oportuna del cáncer, desparasitación, infraestructura sanitaria, campañas de educación y mejoramiento de la tecnología tanto diagnóstica como terapéutica

TABLA 8

**PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN IMBABURA.**

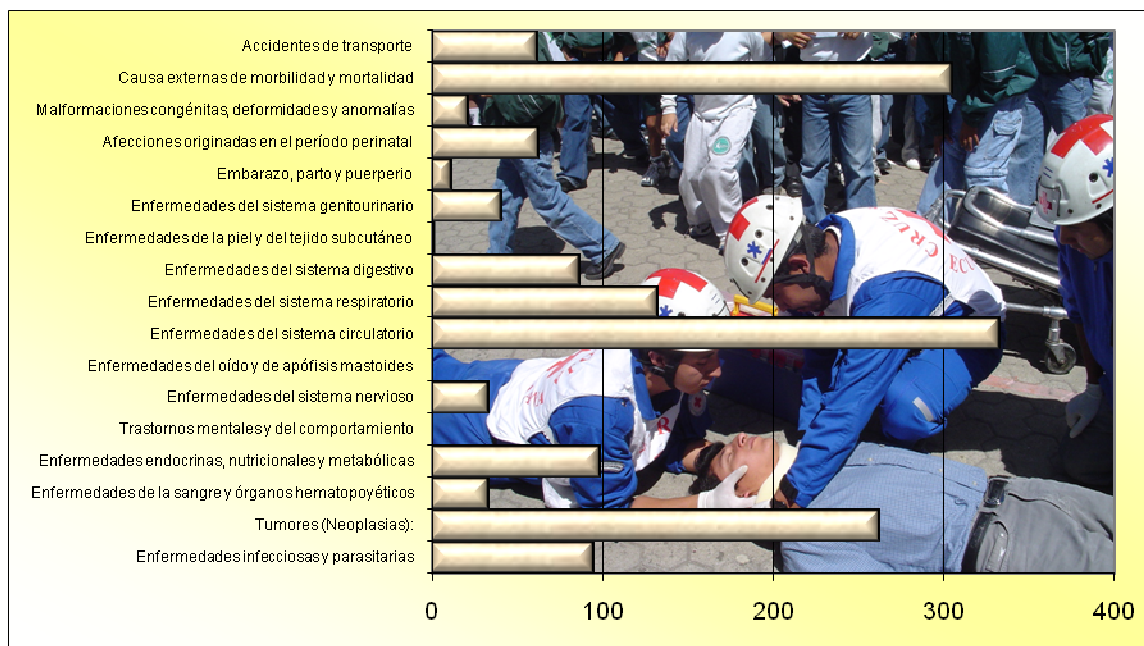
PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE	Nº	ORDEN
------------------------------	----	-------

<b>PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE</b>	<b>N°</b>	<b>ORDEN</b>
Enfermedades infecciosas y parasitarias	94	1
Tumores (Neoplasias):	262	2
Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos	33	3
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	98	4
Trastornos mentales y del comportamiento	0	5
Enfermedades del sistema nervioso	33	6
Enfermedades del oído y de apófisis mastoides	0	7
Enfermedades del sistema circulatorio	333	8
Enfermedades del sistema respiratorio	132	9
Enfermedades del sistema digestivo	86	10
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	1	11
Enfermedades del sistema genitourinario	40	12
Embarazo, parto y puerperio	11	13
Afecciones originadas en el período perinatal	62	14
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías	21	15
Causa externas de morbilidad y mortalidad	305	16
Accidentes de transporte	61	17

Anuario de estadísticas vitales -Nacimientos y Defunciones -INEC 2001

Elaboración: Autores

**GRÁFICO 8**



Anuario de estadísticas vitales -Nacimientos y Defunciones -INEC 2001

Elaboración: Autores

De los datos anteriormente expuestos podemos concluir que las enfermedades del aparato cardio-circulatorio ocupan el primer lugar entre las defunciones, seguidos por las causas externas de morbimortalidad, como violencia social,

accidentes en el trabajo, hogar, calle, etc. y posteriormente las enfermedades neoplásicas.

#### 4.4.3 ANÁLISIS DE LA OFERTA DE LA PROVINCIA DE IMBABURA

La oferta de la Provincia de Imbabura se compone de establecimientos ambulatorios y hospitalarios.

TABLA 9

GRÁFICO 9

#### NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS EN IMBABURA

CLASE:	NÚMERO	%
TOTAL	634	100.0
1 Hospital General	69	10.9
2 Hospital Cantonal	92	14.5
3 Crónicos	15	2.4
4 Agudos	12	1.9
5 Clínicas Particulares	446	70.3

Fuente INEC- Censo 2001

Elaboración: Autores

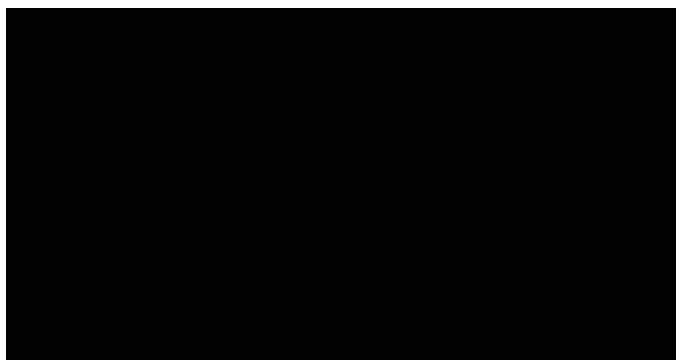


TABLA 10

GRÁFICO 10

#### ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL PROVINCIA DE IMBABURA

CLASE:	NUMERO	%
<i>Subcentros de Salud</i>	46	87
<i>Centros de Salud</i>	1	2
<i>Puestos de Salud</i>	6	11

Fuente INEC- Censo 2001

Elaboración: Autores

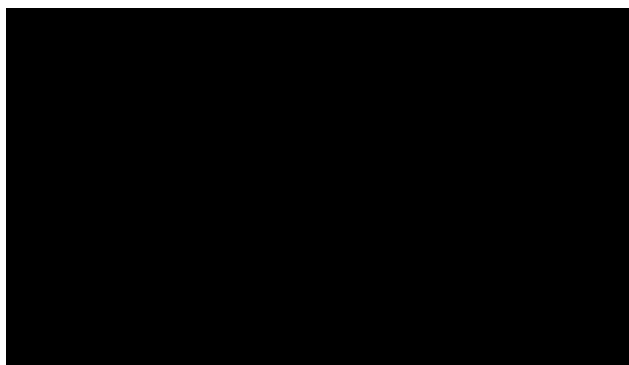


TABLA 11

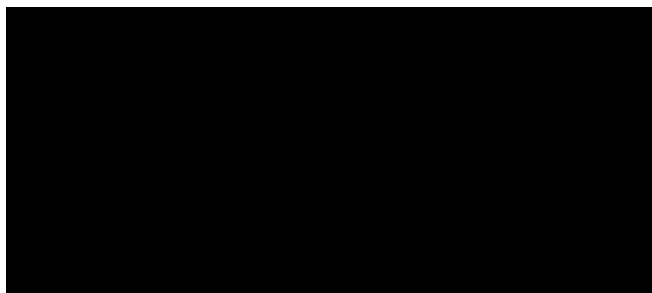
GRÁFICO 11

#### SECTORES DE ATENCIÓN DE SALUD – PROVINCIA DE IMBABURA

SECTOR:	NÚMERO	%
TOTAL	634	100.0
Sector Público	176	27.8
Sector Privado	458	72.2

Fuente: Anuario de Estadísticas Hospitalarias INEC 2001

Elaboración: Autores



En la provincia de Imbabura se disponen de un total de 634 camas hospitalarias; de las cuales 188 corresponden al sector público, esto es el 29,7%.

En tanto que 446 corresponden al sector privado, es decir 70,3%; cifras que pueden ser útiles al momento de realizar alianzas estratégicas para la provisión de productos y/o servicios que la Cruz Roja oferta y que le pueden asegurar rentabilidad.

El proyecto de Ayuda Humanitaria para la Frontera Norte fue positivo para los sectores beneficiados e igualmente para el desarrollo y fortalecimiento de la Cruz Roja de Ibarra. Se han logrado mejores relaciones con otras organizaciones, un mejor posicionamiento institucional tanto con población refugiada colombiana como en los sectores en los cuales se ejecutan actividades puntuales.

Las experiencias ganadas servirán para emprender otras actividades en el ámbito provincial.

## **4.5 ANÁLISIS DE LA OFERTA Y LA DEMANDA EN IBARRA**

### **4.5.1 ANÁLISIS DE LA DEMANDA EN IBARRA**

Estos análisis se circunscriben a la relacionada con la finalidad y productos de la Cruz Roja de Ibarra

#### **4.5.1.1 Aspectos Demográficos**

En los últimos 35 años, el cantón Ibarra viene experimentando un acelerado crecimiento de su población, se consolida como un importante centro urbano de la zona norte del Ecuador. Efectivamente, entre 1962 y 2001, el número de habitantes creció en un 78%. Se pasó de 82.700 habitantes a 153.256. Según las últimas estimaciones poblacionales, Ibarra ha crecido en el último período intercensal 1990 -2001 creciendo a un ritmo del 2,3 % promedio anual. El 29,2% de su población reside en el área rural; se caracteriza por ser una población joven ya que el 42,4% son menores de 20 años.

Este crecimiento se explica por dos hechos: la tasa de natalidad está estimada en 1,8% anual y el segundo factor es debido a las constantes migraciones provenientes de las provincias del Carchi, Sucumbíos, Esmeraldas, el norte de Pichincha y el sur de la República de Colombia, fruto de la violencia social y la aplicación del denominado Plan Colombia y Plan Patriota, implementados por el gobierno colombiano bajo el auspicio de los Estados Unidos como una ofensiva contra los grupos guerrilleros y paramilitares que en asociación con cárteles de droga han creado un clima de violencia interna de gran magnitud, lo que ha obligado a pobladores de estas áreas a buscar sitios de paz y seguridad en el Ecuador, y de la región norte de Imbabura, Ibarra es el cantón que posee mayor cantidad de desplazados y refugiados colombianos.

Lo anterior implica que en los próximos 13 años la población del cantón se duplicará. En el año 2012 Ibarra contará con alrededor de 300.000 habitantes, allí el reto de los responsables de formular políticas públicas y de los distintos agentes públicos y privados vinculados a la producción, generadores de empleo y la prestación de servicios en donde la Cruz Roja tomaría parte para generar las condiciones económicas, políticas y sociales que den cabida a esa nueva población.

Los siguientes cuadros y gráficos presentan algunos análisis y evolución de aspectos demográficos, así como determinantes de la salud en el cantón Ibarra según las cifras definitivas del censo del 2001.

**TABLA 12**

**POBLACIÓN DEL CANTÓN IBARRA – CENSO 2001**

<b>POBLACIÓN DEL CANTÓN IBARRA CENSO 2001</b>			
<b>ÁREAS</b>	<b>TOTAL</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>
TOTAL	153.256	74.469	78.787
URBANA	108.535	52.148	56.387
RURAL	44.721	22.321	22.400

Fuente: INEC. Censo 2001

Elaboración: Autores

**GRÁFICO 12**



Fuente: INEC. Censo 2001.

Elaboración: Autores

La distribución poblacional por sexos no muestra una diferencia significativa entre hombres y mujeres en el cantón Ibarra, existiendo apenas un 2% de diferencial entre ellos.

**TABLA 13**

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL CANTÓN IBARRA**

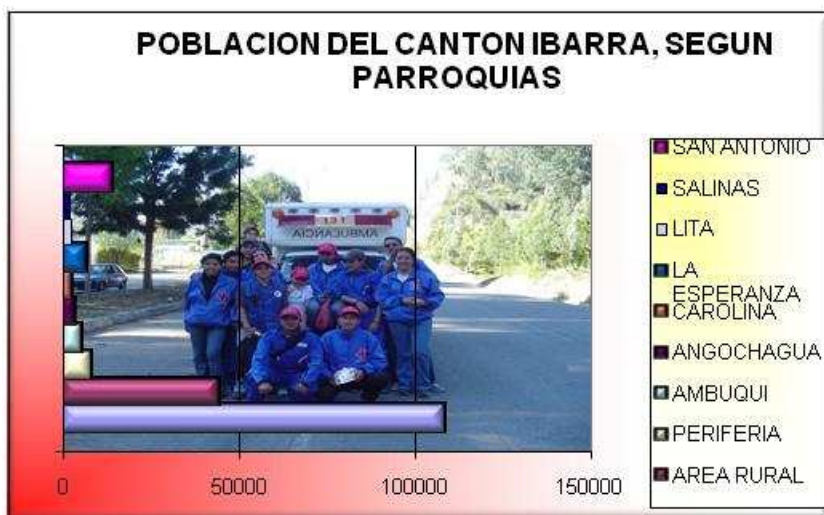
<b>DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL CANTÓN IBARRA</b>			
<b>SEGÚN PARROQUIAS</b>			
<b>PARROQUIAS</b>	<b>TOTAL</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>
<b>TOTAL</b>	<b>153.256</b>	<b>74.469</b>	<b>78.787</b>
IBARRA Urbano	108.535	52.148	56.387
ÁREA RURAL	44.721	22.321	22.400
PERIFERIA	7.988	3.923	4.065
AM BUQUÍ	5.319	2.693	2.626
ANGOCHAGUA	3.768	1.765	2.003
CAROLINA	2.875	1.507	1.368
LA ESPERANZA	6.677	3.325	3.352
LITA	2.413	1.306	1.107
SALINAS	1.694	885	809
SAN ANTONIO	13.987	6.917	7.070

Fuente: INEC. Censo del 2001.

Elaboración: Autores

**GRÁFICO 13**





Fuente INEC. Censo del 2001

Elaboración: Autores

Se concluye que el 55% de la población del cantón Ibarra se encuentra habitando el área urbana y el 45% restante se encuentra distribuido entre el área rural y las demás parroquias. Este resultado es importante puesto que los 108.535 habitantes constituyen el mercado potencial minoritario de la Cruz Roja de Ibarra.

TABLA 14

### PIRÁMIDE DE POBLACIÓN EN IBARRA

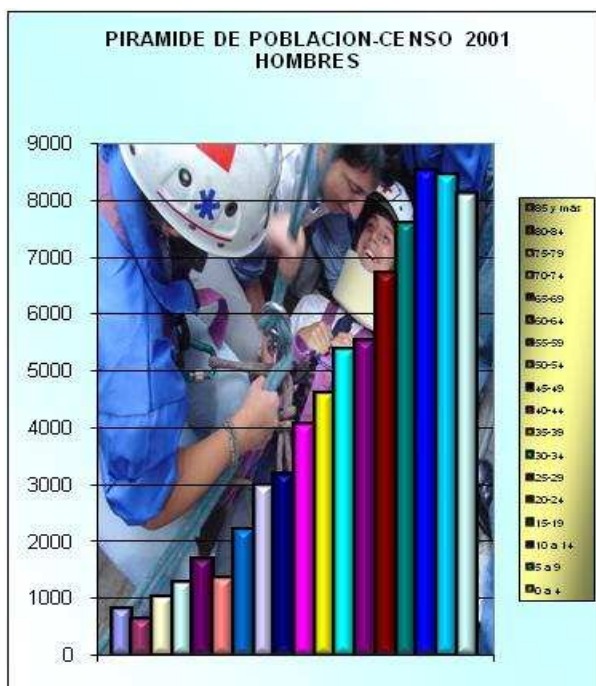
PIRÁMIDE DE POBLACIÓN Censo 2001		
EDADES	HOMBRES	MUJERES
85 y más	803	930
80-84	611	735
75-79	1.021	1.104
70-74	1.263	1.476
65-69	1.678	1.869
60-64	1.344	2.202
55-59	2.190	2.419
50-54	2.956	3.177
45-49	3.172	3.572
40-44	4.048	4.297
35-39	4.595	5.310
30-34	5.353	5.818
25-29	5.513	6.329
20-24	6.697	7.217
15-19	7.594	7.872
10 a 14	8.502	8.423
5 a 9	8.431	8.155

0 a 4	8.098	7.882
-------	-------	-------

Fuente: INEC, Censo 2001.

Elaboración: Autores

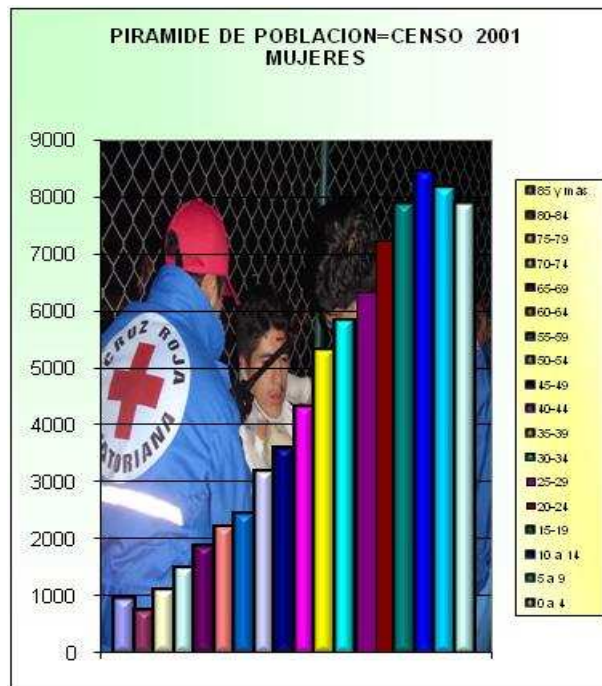
GRÁFICO 14



Fuente: INEC, Censo 2001.

Elaboración: Autores

GRÁFICO 15



En la pirámide poblacional podemos observar que en la ciudad de Ibarra la población joven es mayoritaria, la franja etaria con mayor porcentaje es la comprendida entre los 10 y 14 años, tanto en hombres como en mujeres. Para

nuestros propósitos estos datos son de interés desde el punto de vista de planificación para capacitación, y motivación al voluntariado.

#### 4.5.1.2 Mortalidad en el cantón Ibarra

La mortalidad en el cantón Ibarra se presenta en la siguiente tabla y gráfico, en los cuales se distribuyen por parroquias con una totalidad de defunciones de 1.895 según el último censo.

TABLA 15

#### DEFUNCIONES – CANTÓN IBARRA

<b>DEFUNCIONES CANTÓN IBARRA</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>1895</b>
IBARRA	738
AM BUQUÍ	18
ANGOCHAGUA	29
CAROLINA	12
LA ESPERANZA	44
LITA	13
SALINAS	10
SAN ANTONIO	52

Anuario de Estadísticas Vitales Nacimientos y Defunciones  
INEC 2001  
Elaboración: Autores

GRÁFICO 16



Anuario de Estadísticas Vitales Nacimientos y Defunciones  
INEC 2001  
Elaboración: Autores

En el año 2001 se ha registrado un total de 1895 defunciones a nivel cantonal y de ellas 738 en Ibarra por tener el mayor índice poblacional.

Otras condiciones de la demanda constituyen los determinantes de la salud que se describen en los siguientes cuadros de análisis.

#### 4.5.1.3 Determinantes de la Salud en Ibarra

TABLA 16

#### TASAS DE ANALFABETISMO EN IBARRA

TASAS DE ANALFABETISMO POR ÁREAS Censo 2001.			
TOTAL CANTÓN	URBANO	RURAL	
8.6	5.3	17.8	

Fuente: INEC. Censo

del 2001.

Elaborado: Autores

GRÁFICO 17



Fuente: INEC. Censo del 2001.

Elaborado: Autores

Estos datos reflejan el alto índice de analfabetismo en el sector rural del cantón Ibarra, en tanto que en el área urbana, la tasa es del 5.3%.

**TABLA 17**

**VIVIENDAS PARTICULARES OCUPADAS, POR TIPO, SEGÚN PARROQUIAS, CANTÓN IBARRA**

PARROQUIAS	TOTAL VIVIENDAS	TIPO DE VIVIENDA							
		CASA O VILLA	DEPARTAMENTO	CUARTOS EN INQUILINATO	MEDIA GUA	RANCHO	COVACHA	CHOZA	OTRO
TOTAL CANTÓN	38.165	24.361	4.035	4.452	4.922	179	70	107	39
IBARRA (URBANO)	27.666	16.344	3.902	3.958	3.363	22	37	14	26
PERIFERIA	1.775	1.231	5	13	492	7	4	22	1
AMBUQUÍ	1.283	1.038	17	63	144	3	5	9	4
ANGOCHAGUA	959	886	2	6	27	0	0	38	0
CAROLINA	657	542	1	7	96	6	1	3	1
LA ESPERANZA	1.485	1.158	7	111	120	68	7	14	0
LITA	505	379	8	23	24	62	4	3	2
SALINAS	401	334	2	20	39	1	4	1	0
SAN ANTONIO	3.434	2.449	91	251	617	10	8	3	5

Fuente INEC Censo 2001

Elaborado: Autores

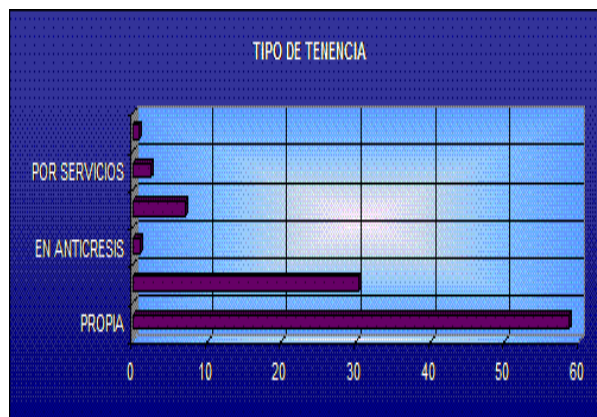
El cuadro anterior nos indica el tipo de vivienda y la concentración de ellas en los diferentes cantones, lo que en forma indirecta podemos dimensionar la calidad de vida de la población en el cantón Ibarra.

**TABLA 18**

**GRÁFICO 18**

**TIPO DE VIVIENDA POR TENENCIA**

TIPO DE TENENCIA		
	#	%
<b>TOTAL</b>	<b>38.165</b>	<b>100.0</b>
PROPIA	22.359	58.6
ARRENDADA	11.556	30.3
EN ANTICRESIS	355	0.9
GRATUITA	2.686	7.0
POR SERVICIOS	906	2.4
OTRO	303	0.8



Fuente INEC Censo 2001

Elaborado: Autores

Casi el 60% de las viviendas en el cantón Ibarra son propias, cifra considerada alta en países en vías en desarrollo y dato que demuestra que las familias en gran parte no gastan en este rubro, ha existido en los últimos años un incremento en la adquisición de bienes raíces porque la población que ha sufrido crisis bancarias como congelamiento, pérdida de dinero en financieras fantasmas prefiere invertir en la construcción que guardar su dinero en los bancos, sumado a lo anterior el incremento de remesas provenientes del exterior con una tendencia fuerte a lo anteriormente citado.

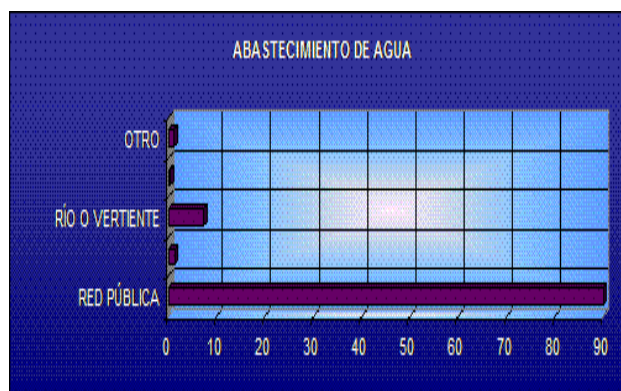
**TABLA 19**  
**ABASTECIMIENTO DE AGUA**

ABASTECIMIENTO DE AGUA		
	#	%
<b>TOTAL</b>	<b>38.165</b>	<b>100.0</b>
RED PÚBLICA	34.338	90.0
POZO	495	1.3
RÍO O VERTIENTE	2.781	7.3
CARRO REPARTIDOR	132	0.3
OTRO	419	1.1

Fuente INEC Censo 2001

Elaborado: Autores

**GRÁFICO 19**

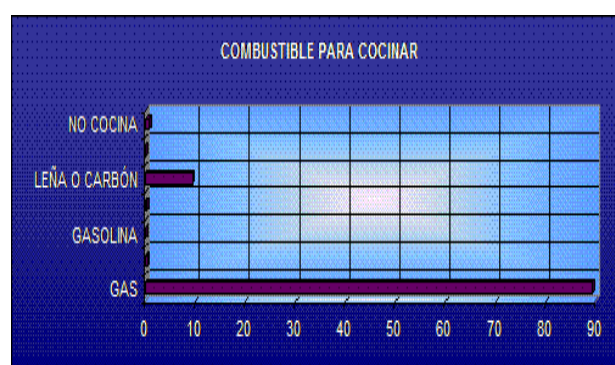


El 90% de las viviendas en el cantón poseen abastecimiento de agua potable mediante red pública, determinante importante en el estado de salud de la población.

**TABLA 20**  
**PRINCIPAL COMBUSTIBLE PARA COCINAR.**

PRINCIPAL COMBUSTIBLE PARA COCINAR		
	#	%
<b>TOTAL</b>	<b>38.165</b>	<b>100.0</b>
GAS	34.035	89.2

**GRÁFICO 20**





ELECTRICIDAD	152	0.4
GASOLINA	20	0.1
KEREX O DIESEL	66	0.2
LEÑA O CARBÓN	3.597	9.4
OTRO	10	0.0
NO COCINA	285	0.7

Fuente INEC Censo 2001

Elaborado: Autores

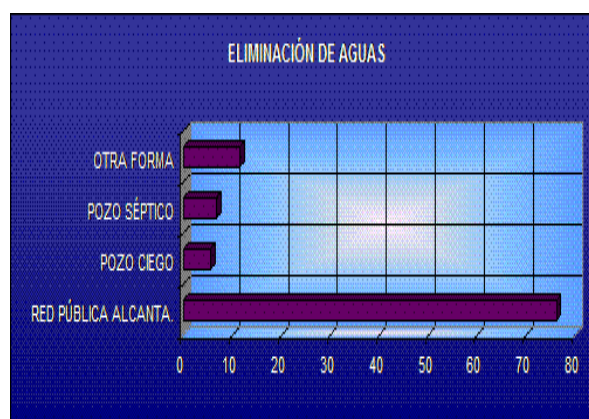
Este cuadro demuestra que casi un 90% de la población utiliza el gas como combustible en el hogar, en el campo de Cruz Roja tiene relevancia debido a que se constituye uno de los principales riesgos de explosión, fuga, y causa de incendio, con las respectivas posibilidades de quemaduras, asfixia y muerte.

TABLA 21

GRÁFICO 21

### ELIMINACIÓN DE AGUAS SERVIDAS

ELIMINACIÓN DE AGUAS SERVIDAS		
	#	%
<b>TOTAL</b>	<b>38.165</b>	<b>100.0</b>
RED PÚBLICA ALCANTA.	29.130	76.3
POZO CIEGO	2.124	5.6
POZO SÉPTICO	2.538	6.7
OTRA FORMA	4.373	11.5



Fuente INEC Censo 2001

Elaborado: Autores

Es otro determinante de la salud de gran peso y se demuestra que casi un 80% de la población del cantón Ibarra posee este servicio. Disminuyendo la posibilidad de contaminación de suelos, alimentos, etc.,

TABLA 22

GRÁFICO 22

### SERVICIO ELÉCTRICO

SERVICIO ELÉCTRICO		
	#	%



<b>TOTAL</b>	<b>38.165</b>	<b>100.0</b>
SI DISPONE	36.582	95.9
NO DISPONE	1.583	4.1

Fuente INEC Censo 2001

Elaborado: Autores

El cantón Ibarra se encuentra bien servido en lo que a energía eléctrica se refiere, con una cobertura que alcanza el 96%, asegurando un bienestar familiar y siendo un factor vital para el funcionamiento de industrias, talleres, empresas, etc.

TABLA 23

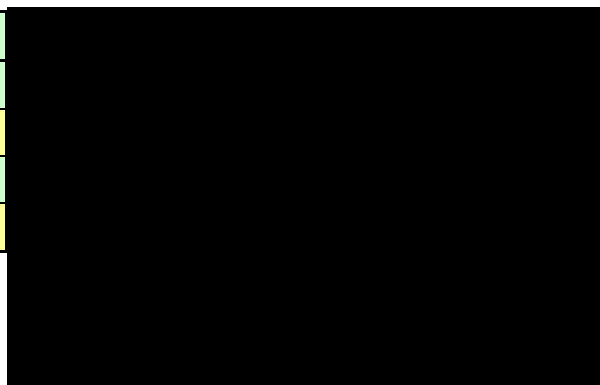
GRÁFICO 23

### SERVICIO TELEFÓNICO

SERVICIO TELEFÓNICO		
	#	%
<b>TOTAL</b>	<b>38.165</b>	<b>100.0</b>
SI DISPONE	14.405	37.7
NO DISPONE	23.760	62.3

Fuente INEC Censo 2001

Elaborado: Autores



La telefonía fija pública constituye una debilidad en lo que a comunicación se refiere, puesto que apenas el 37% de la población de este cantón cuenta con este servicio, lo que ha sido aprovechado por las empresas privadas de telefonía móvil a un costo mucho mayor y con cobertura limitada en las parroquias rurales.

#### 4.5.2 ANÁLISIS DE LA OFERTA DE LA CRUZ ROJA DE IBARRA

Para analizar la oferta debemos tomar en cuenta los recursos disponibles: físicos, humanos y financieros; los servicios y productos disponibles su



cobertura en función de la población de usuarios, se constituye una línea de base actual, a partir de la cual se generó una propuesta de mejoramiento para la implementación de un modelo gerencial que le permita convertirse en una verdadera empresa de servicio social con eficiencia, eficacia, calidad y soporte financiero que posibilite en lo posterior extender sus servicios a toda la red cantonal, enmarcado en los Principios y Políticas de la Cruz Roja y aportar a la construcción del Sistema Nacional de Salud.

#### 4.5.2.1 Recursos disponibles

##### 4.5.2.1.1 Humanos

**Rentados.** Una Tesorera/Contadora, una Secretaria/laboratorista, tres auxiliares.

**Voluntarios.** Un Director de Socorros y Operaciones en Desastres y Treinta y nueve Voluntarios en Ibarra.

TABLA 24

#### PERSONAL DE CRUZ ROJA DE IBARRA

<i>PERSONAL</i>	<i>TOTPRO PORCIÓNION</i>	<i>PORCENTAJE</i>	
<i>Voluntario</i>	39	0.89	88.6
<i>Asalariado</i>	5	0.11	11.4
<i>TOTAL</i>	44	1.00	100.0

Fuente: Coordinación de Personal Cruz Roja de Imbabura 2004

Elaborado: Autores

GRÁFICO 24



Fuente: Coordinación de personal Cruz Roja de Imbabura (Socorros), 2004

Elaborado: Autores

Del total de personal que labora en Cruz Roja, tanto asalariado, como voluntarios, concluimos que existe una relación de 7.8 voluntarios por cada asalariado en la Unidad, lo que da la idea de la importancia que tiene este grupo de Voluntarios en las acciones institucionales.

TABLA 25

### SEXO DE LOS EMPLEADOS

SEXO	TOTAL	PROPORCIÓN	PORCENTAJE
<i>Masculino</i>	0	0.0	0%
<i>Femenino</i>	5	1.0	100%
TOTAL	5		100%

Fuente: Encuesta aplicada por investigadores.

Elaborado: Autores

GRÁFICO 25



**Fuente:** Encuesta aplicada por investigadores.

**Elaborado:** Autores

Con respecto al sexo de los trabajadores de la Cruz Roja de Ibarra, podemos observar que solo hay mujeres en ella.

**TABLA 26**

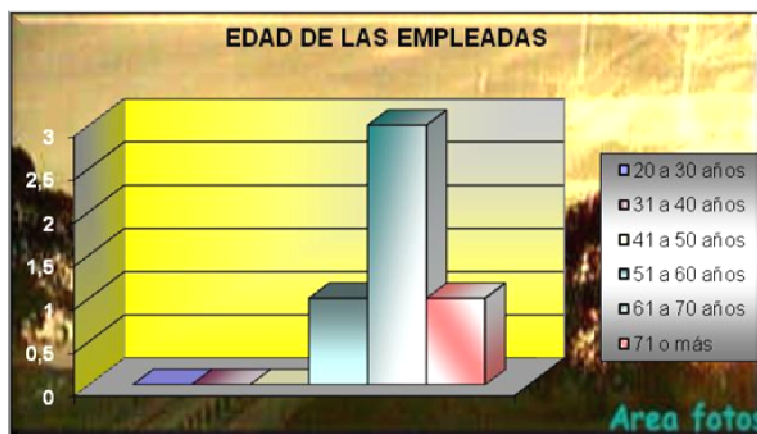
### **EDAD DE LOS EMPLEADOS**

<b>EDADES</b>	<b>TOTAL</b>	<b>PROPORCIÓN</b>	<b>PORCENTAJE</b>
20 a 30 años	0	0.0	0%
31 a 40 años	0	0.0	0%
41 a 50 años	0	0.0	0%
51 a 60 años	1	0.2	20%
61 a 70 años	3	0.6	60%
71 o más	1	0.2	20%
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>		<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada por investigadores.

**Elaborado:** Autores

**GRÁFICO 26**



**Fuente:** Encuesta aplicada por investigadores.

**Elaborado:** Autores

Con respecto a la edad de las empleadas se puede apreciar que la mayoría de ellas fluctúa entre las edades de 61 a 70 años, seguidas por un porcentaje igual las que se encuentran en el rango de 51 a 60 años y de 71 a más años, demostrándonos una brecha generacional alta.

**TABLA 27**

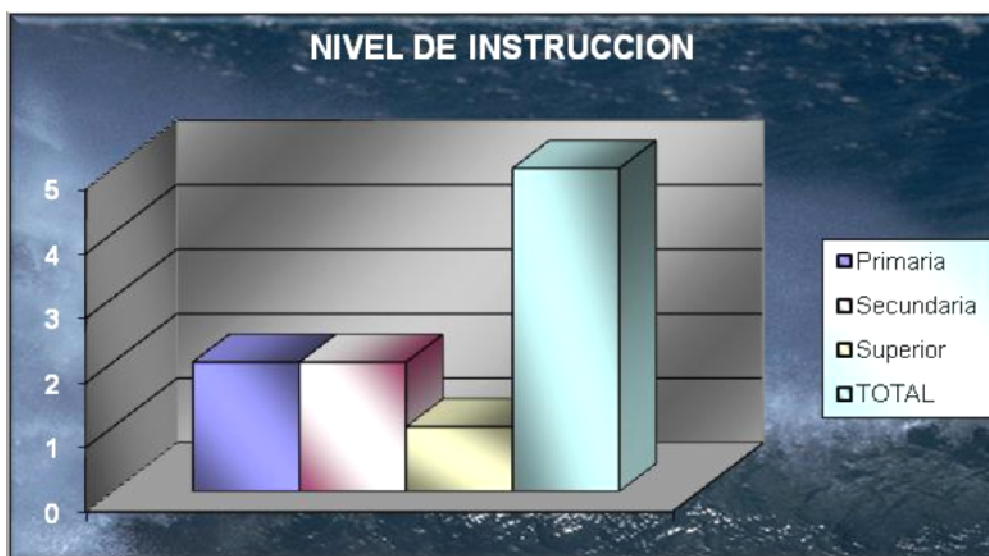
### **NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS EMPLEADAS:**

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	TOTAL	PROPORCIÓN	PORCENTAJE
Primaria	2	0.4	40%
Secundaria	2	0.4	40%
Superior	1	0.2	20%
TOTAL	5		100%

Fuente: Encuesta aplicada por investigadores.

Elaborado: Autores

GRÁFICO 27



Fuente: Encuesta aplicada por investigadores.

Elaborado: Autores

Se puede observar que el nivel de instrucción superior es escaso, y que existe una igualdad entre el personal que tiene instrucción primaria e instrucción secundaria, lo que nos conduce a pensar que es este factor decisivo en la débil calidad en la atención a los usuarios y es un aspecto a fortalecer mediante capacitación.

TABLA 28

### FUNCIONES QUE DESEMPEÑAN LAS EMPLEADAS

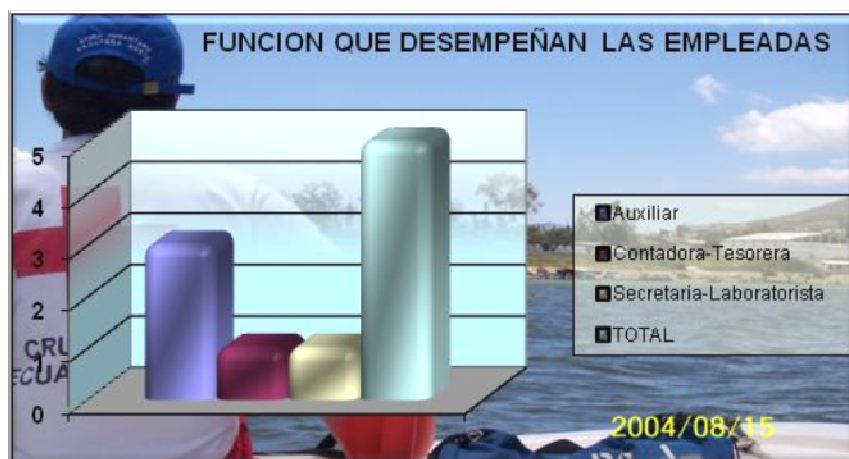
ACTIVIDADES	TOTAL	PROPORCIÓN	PORCENTAJE
Auxiliar	3	0.6	60%

<i>Contadora-Tesorera</i>	1	0.2	20%
<i>Secretaria-Laboratorista</i>	1	0.2	20%
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>		<b>100%</b>

Fuente: Encuesta aplicada por investigadores.

Elaborado: Autores

**GRÁFICO 28**



Fuente: Encuesta aplicada por investigadores.

Elaborado: Autores

El mayor porcentaje de empleados se dedican a tareas de auxiliares, lo que equivale a un 60%, seguido por contadora-tesorera y secretaria-laboratorista con un 20% cada una.

**TABLA 29**

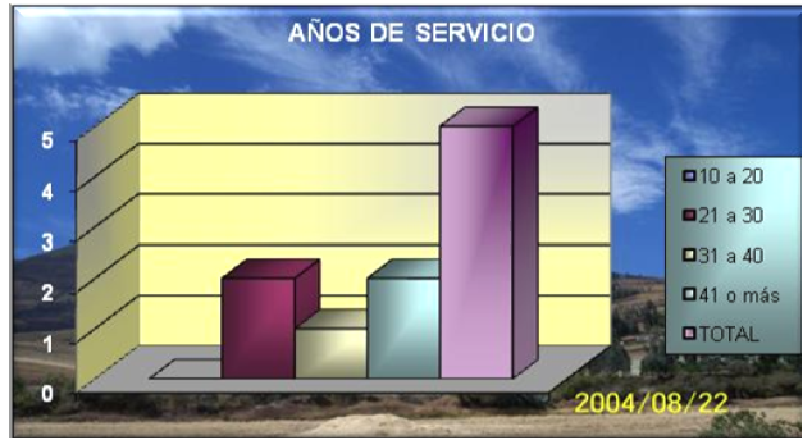
### AÑOS DE SERVICIO DE LAS EMPLEADAS

AÑOS	TOTAL	PROPORCIÓN	PORCENTAJE
10 a 20	0	0.0	0%
21 a 30	2	0.4	40%
31 a 40	1	0.2	20%
41 o más	2	0.4	40%
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>		<b>100%</b>

Fuente: Encuesta aplicada por investigadores

Elaborado: Autores

**GRÁFICO 29**



**Fuente:** Encuesta aplicada por investigadores.  
**Elaborado:** Autores

Podemos determinar que el personal se distribuye en igual porcentaje entre las que han trabajado en los rangos de 21 a 30 años y 41 o más años, 40% cada grupo y un 20% entre quien trabaja en el rango comprendido entre 31 a 40 años, demostrando a la vez que mencionado personal se encuentra en edad de jubilación.

**TABLA 30**

### SEXO DEL PERSONAL VOLUNTARIO

SEXO	TOTAL	PROPORCIÓN	PORCENTAJE
Masculino	21	0.54	54%
Femenino	18	0.46	46%
TOTAL	39		100%

**Fuente:** Encuesta aplicada por investigadores.  
**Elaborado:** Autores

**GRÁFICO 30**



**Fuente:** Encuesta aplicada por investigadores.

Elaborado: Autores

Con respecto al sexo de los Voluntarios de la Cruz Roja de Ibarra, podemos observar que el 54% corresponde al sexo masculino, mientras que el 46% corresponde al sexo femenino.

TABLA 31

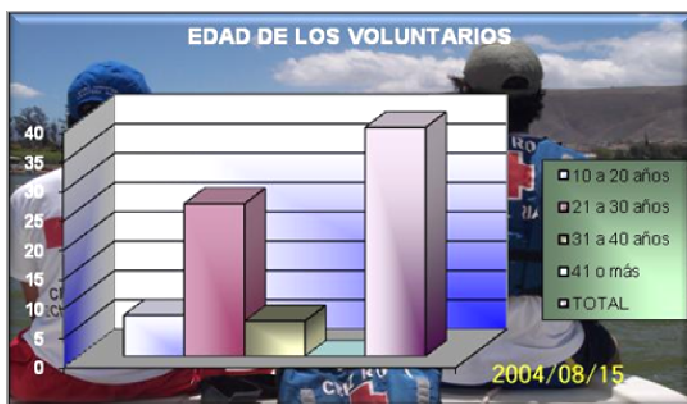
### EDAD DE LOS VOLUNTARIOS

EDADES	TOTAL	PROPORCIÓN	PORCENTAJE
10 a 20 años	7	0.18	18%
21 a 30 años	26	0.67	67%
31 a 40 años	6	0.15	15%
41 o más	0	0.0	0%
TOTAL	39		100%

Fuente: Encuesta aplicada por investigadores.

Elaborado: Autores

GRÁFICO 31



Fuente: Encuesta aplicada por investigadores.

Elaborado: Autores

Con respecto a la edad de los voluntarios se puede apreciar que el 67% se encuentra en el rango de 21 a 30 años de edad, el 18% está en el rango de 10 a 20 años de edad y el 15% corresponde al rango de 31 a 40 años de edad.

TABLA 32

### NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LOS VOLUNTARIOS

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	TOTAL	PROPORCIÓN	PORCENTAJE
Primaria	0	0.0	0%

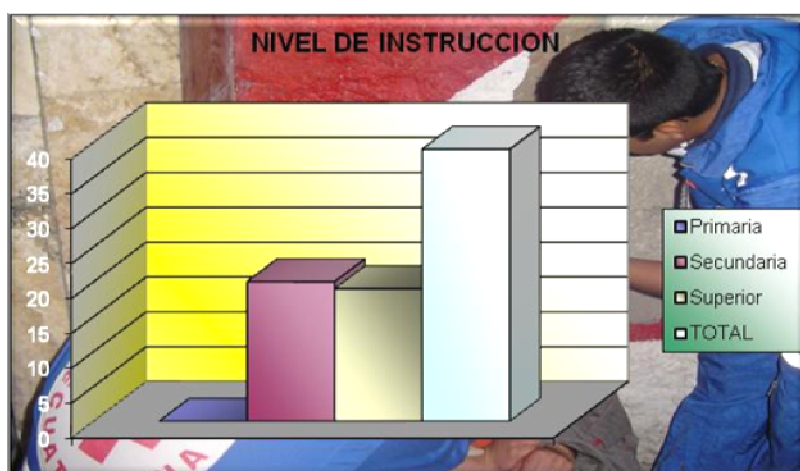


Secundaria	20	0.51	51%
Superior	19	0.49	49%
TOTAL	39		100%

Fuente: Encuesta aplicada por investigadores.

Elaborado: Autores

GRÁFICO 32



Fuente: Encuesta aplicada por investigadores.

Elaborado: Autores

Se puede determinar que el 51% de los voluntarios se encuentran dentro del nivel de instrucción secundaria y el 49% restante en el nivel de instrucción superior, constituyendo una fortaleza y oportunidad su preparación y la posibilidad cierta de que sean ellos los que tomarán la posta sobre el destino de esta Institución.

#### 4.5.2.1.2 *Técnicos*

##### **a.- Banco de sangre**

Posee 3 refrigeradoras, una centrifugadora, equipo de tipificación sanguínea, equipo de extracción sanguínea, equipo para pruebas cruzadas, hematocrito, hemoglobina, 2 sillas hidráulicas para donación, dos computadoras, 2 plantas de luz a gasolina

##### **b.- Socorros y Operaciones en Desastres**



Cuenta con dos ambulancias, equipo de rescate básico, rescate de montaña, Unidad de Rescate Acuático, Unidad de Atención Médica y Odontológica Móvil equipada, Unidad de Socorros en bicicletas, Oficina de Búsqueda con una computadora y enlace internacional, Capacitación con equipos audiovisuales y dos aulas amobladas y equipadas, una bodega de rescate básico equipada, una bodega general, un dormitorio con 12 literas

### **c.- Banco Ortopédico**

Dispone de 3 sillas de ruedas, 8 muletas, 4 collarines cervicales, 10 colchonetas antiescaras, 5 bastones, 3 andadores.

#### **4.5.2.1.3 Infraestructura**

El edificio que fue inaugurado en 1971 sobre una superficie de 1.200 metros cuadrados se encuentra en la Plazoleta Pasquel Monge, en pleno centro de la ciudad; de esta área fueron construidos 1126.5 metros cuadrados en ese entonces y en 1998 la Prefectura de turno, donó una construcción prefabricada de 150 metros cuadrados adicionales.

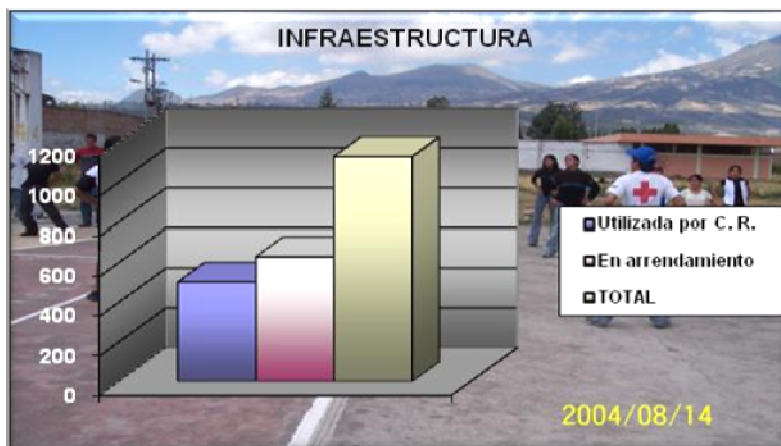
Se constató que son 500 metros cuadrados los destinados para las acciones propias de Cruz Roja y se mantiene en calidad de arrendamiento 626.5 metros cuadrados.

**TABLA 33**

### **INFRAESTRUCTURA OCUPADA CRUZ ROJA DE IBARRA**

<b>INFRAESTRUCTURA</b>	<b>TOTAL</b>	<b>PROPORCIÓN</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<i>Utilizada por C. R.</i>	500	0.44	44.4
<i>En arrendamiento</i>	626.5	0.56	55.6
<b>TOTAL</b>	1126.5	1.00	100.0

Fuente: Encuesta aplicada por investigadores.  
Elaboración: Autores



Fuente: Planos Estructurales Cruz Roja. Ing. Fernando Merino Grijalva 1966  
Elaboración: Autores

La infraestructura disponible es 2.25 veces más de lo que requiere actualmente la Cruz Roja para sus actividades, la construcción restante se destina para arrendamiento, esto representa una fortaleza para el incremento de ingresos de Cruz Roja y en perspectiva podría ser utilizada para expandir los servicios de la Institución

#### 4.5.2.1.4 Distribución de las Áreas de Cruz Roja

Planta baja, sector posterior: Departamento de Socorros y Operaciones en Desastres. Un aula, oficina de telecomunicaciones, oficina de proyectos, dormitorio con baño, oficina de la Dirección de Socorros con bodega y baño, un comedor, una cocina, una bodega de rescate, una bodega general, tres oficinas del Comité de Damas con baño.

Planta alta, sector anterior: Banco de Sangre con baño, secretaría, oficina de contabilidad con bodega y baño, oficina de Presidencia con oficina adjunta, dos consultorios, un salón de conferencias.

Planta alta, sector posterior: Oficina de capacitación, aula con bodega pequeña.

#### ***4.5.2.1.5 Distribución de las Áreas en Arrendamiento***

Planta baja, sector anterior: Una farmacia, una panadería, un almacén de venta de plásticos, un almacén de venta de cocinas, tres consultorios médicos.

Planta alta, sector anterior: Clínica Moderna con 9 habitaciones, con capacidad para 18 camas, recepción y quirófano, sala de partos y sala de emergencias, cocina y bodega.

#### ***4.5.2.1.6 Tipo de Construcción***

Construcción de ladrillo y cemento armado en los bloques anteriores, bloque y estructura prefabricada en el sector posterior.

#### ***4.5.2.1.7 Estado actual de las instalaciones.***

A pesar de tener más de 30 años de construcción, el edificio se ha mantenido en buenas condiciones, se reconoce que existen dificultades en instalaciones eléctricas, principalmente por ausencia de planos.

#### ***4.5.2.1.8 Características de las Áreas de atención al Cliente.***

Se dispone de privacidad y buena iluminación en las áreas de extracción de sangre, señalética básica de horarios y teléfonos de emergencia, así como de costos de los servicios.

Es necesario destacar la poca ventilación en la sala de extracción de sangre, deficiente iluminación en el hall de ingreso al bloque de Cruz Roja, ausencia de facilidades de acceso para disminuidos físico, no hay mobiliario adecuado en sala de espera, no se cuenta con un guardia de seguridad en el bloque de

Cruz Roja, no se disponen de otros medios de seguridad ni activa ni pasiva, evidenciando una debilidad grande en este aspecto.

#### **4.5.2.1.9 Estacionamientos**

Cuenta con un garaje para ambulancias y para el personal de la institución, no hay estacionamiento autorizado frente al edificio.

#### **4.5.2.1.10 Riesgos**

Se encuentra muy cerca de redes de alto voltaje, el ruido en el sector es elevado, la inseguridad del área es sentida por la cercanía al mercado Amazonas.

### **4.5.1.3. Recursos financieros**

El financiamiento de Cruz Roja de Ibarra se lo obtiene a través de la venta de productos hemáticos, una pequeña subvención Fiscal, arrendamiento de locales comerciales, donaciones y autogestión.

El presupuesto está distribuido de la siguiente manera:

**TABLA 34**

### **INGRESOS ECONÓMICOS CRUZ ROJA DE IBARRA**

<b>PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>		
<b>1</b>	Saldo inicial	260.20
<b>2</b>	Servicio en atención de pintas de sangre	30.850
<b>3</b>	Servicio de plasma	3.936
<b>4</b>	Exámenes de VIH y hepatitis	5.028
<b>5</b>	Pruebas de Coombs indirecta	72
<b>6</b>	Sangrías	876
<b>7</b>	Exámenes de VDRL	126
<b>8</b>	Tipificaciones	6.758

<b>PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>		
<b>9</b>	Traslado de pacientes	180
	TOTAL	48086.2
<b>RENTAS PATRIMONIALES</b>		
<b>10</b>	Arriendo Sr. Patricio Endara	4.400
<b>11</b>	Arriendo Dr. Enrique Escobar	4.400
<b>12</b>	Arriendo Sra. María Villota	1.080
<b>13</b>	Arriendo Clínica Moderna	9.600
<b>14</b>	Arriendo Sra. Beatriz Vallejos	720
<b>15</b>	Arriendo botica Carranco	3.840
<b>16</b>	Arriendo Dr. Arturo Ubidia	840
<b>17</b>	Arriendo Dr. Alfredo Gomezjurado	24
<b>18</b>	Arriendo Sr. Patricio Escobar	400
<b>19</b>	Arriendo Sra. Beatriz Vallejos por OCT-DIC 2002	240
	TOTAL	25.544
<b>TRANSFERENCIAS A RECIBIR</b>		
<b>20</b>	Subvención fiscal de Mayo 2002 a Septbre de 2003	2.415,67
	TOTAL	2.415,67
<b>RETENCIONES</b>		
<b>21</b>	Retención del 12% IVA arrendatarios	3.062,40
	TOTAL	3.062,40
<b>INGRESOS VARIOS</b>		
<b>22</b>	Pago de agua potable de arrendatarios	288
<b>23</b>	Aportación del Instituto Nacional de Osteoporosis	1.521
<b>24</b>	Pago de muestras de VIH acuartelados	1.069,75
	TOTAL	2.878,75

<b>TOTAL INGRESOS</b>	<b>81987.02</b>
-----------------------	-----------------

TABLA 35

**EGRESOS ECONÓMICOS CRUZ ROJA DE IBARRA**

<b>REMUNERACIONES</b>		
<b>1</b>	Sueldos	25.600
<b>2</b>	Bonificación Banco de Sangre	600
<b>3</b>	Trabajo ocasional Banco de Sangre	1.427,92
<b>4</b>	Contratación ocasional chofer	264
<b>5</b>	Décimo Tercer sueldo	2.262
<b>6</b>	Décimo Cuarto sueldo	609,55

<b>REMUNERACIONES</b>		
7	Aportes al IESS	5.181,68
8	Fondos de Reserva	1.091
9	Gastos de Representación	3100
	TOTAL	40.136,15

<b>SERVICIOS Y SUMINISTROS</b>		
10	Agua Potable	144,31
11	Luz Eléctrica	1.354,44
12	Teléfono	810,23
13	Transporte de muestras de sangre a Quito	817,36
14	Útiles de escritorio	133,04
15	Útiles de aseo y limpieza	191,22
16	Colas a donantes	389,03
17	Mantenimiento de ambulancia	48,64
18	Combustible ambulancia	454,35
19	Gastos de imprenta	142
20	Compra de equipo Banco de Sangre	6.999,78
21	Compra de reactivos Banco de Sangre	959,39
22	Compra lancetas, algodón, gasas, etc.	1.397,24
23	Pago de exámenes serológicos	15.832,41
24	Devolución garantía de sangre	2.803,10
	TOTAL	32.476,54

<b>MANTENIMIENTO DE OBRAS</b>		
25	Reparación cuidado edificio	383,24
26	Compra de cerámica y mano de obra Banco de Sangre	1.127,50
27	Mantenimiento equipos Banco de Sangre	86,63
	TOTAL	1.597,37

<b>RETENCIONES</b>		
28	Servicio de Rentas Internas	4.016,54
	TOTAL	4.016,54

<b>TRANSFERENCIAS</b>		
<b>29</b>	Cruz Roja Otavalo	240
<b>30</b>	Comité de Damas Cruz Roja	400
<b>31</b>	Socorrismo	731,48
	<b>TOTAL</b>	<b>1.371,48</b>

<b>IMPREVISTOS</b>		
<b>32</b>	Publicaciones y Gastos no previstos	832,85
<b>33</b>	Compra de una computadora	1.103,20
	<b>TOTAL</b>	<b>1.936,05</b>

<b>TOTAL EGRESOS</b>	<b>81.534,13</b>
----------------------	------------------

<b>INGRESOS – EGRESOS</b>	<b>81987.02 – 81.534.13</b>
<b>SALDO</b>	<b>452,89</b>

Fuente: Informe presupuestario Cruz Roja 2003

Elaboración: Autores

**TABLA 36**

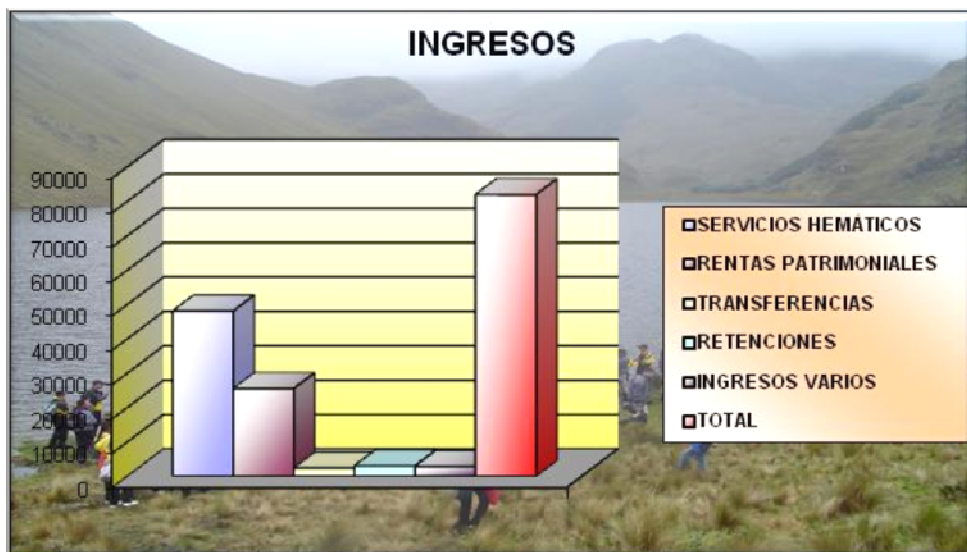
## **ANÁLISIS DE INGRESOS CRUZ ROJA DE IBARRA**

<b>INGRESOS</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>SERVICIOS HEMÁTICOS</b>	48086.20	58.65
<b>RENTAS PATRIMONIALES</b>	25544.00	31.16
<b>TRANSFERENCIAS</b>	2415.67	2.95
<b>RETENCIONES</b>	3062.4	3.74
<b>INGRESOS VARIOS</b>	2878.75	3.51
<b>TOTAL</b>	<b>81987.02</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Informe presupuestario Cruz Roja 2003. Dep. Contabilidad. Lic. Nelly Terán.

Elaboración: Autores

**GRÁFICO 34**



Fuente: Informe presupuestario Cruz Roja 2003. Dep. Contabilidad. Lic. Nelly Terán.

Elaboración: Autores

De lo anterior podemos colegir que el mayor porcentaje de ingresos de la institución proviene de la venta de productos hemáticos (58,65%), seguido por la renta de locales comerciales (31,16%), sumando 89,81%, el restante 10,19% se encuentra distribuido en transferencias, retenciones e ingresos varios

Es necesario buscar otras fuentes de financiamiento con el desarrollo de nuevos productos y o servicios para diversificar la base financiera a efecto de contar con una solvencia económica, que bajo un modelo gerencial permita el desarrollo institucional.

TABLA 37

### ANÁLISIS DE EGRESOS CRUZ ROJA DE IBARRA

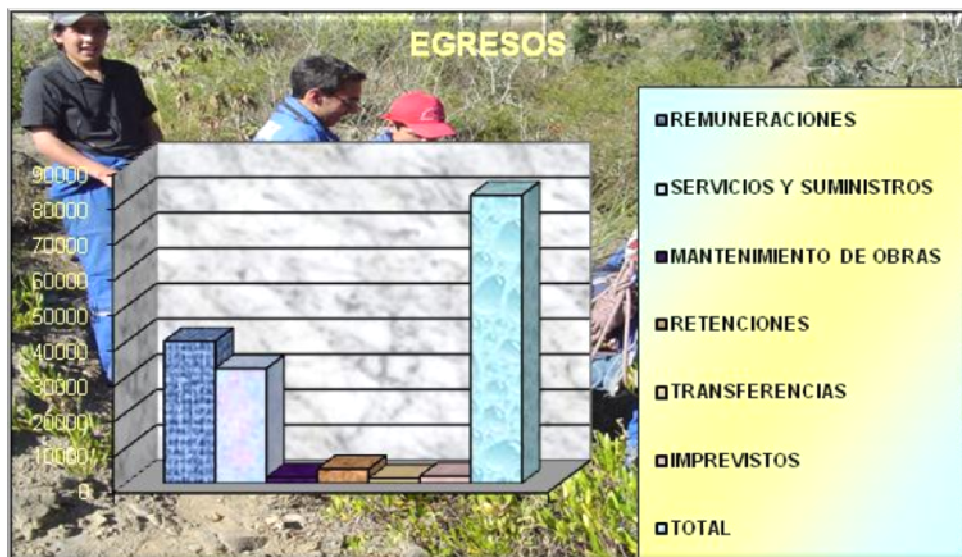
<i>EGRESOS</i>	<i>CANTIDAD</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>REMUNERACIONES</i>	40136.15	49.23
<i>SERVICIOS Y SUMINISTROS</i>	32476.54	39.83
<i>MANTENIMIENTO DE OBRAS</i>	1597.37	1.96
<i>RETENCIONES</i>	4016.54	4.93
<i>TRANSFERENCIAS</i>	1371.48	1.68
<i>IMPREVISTOS</i>	1936.05	2.37
<i>TOTAL</i>	81534.13	100.00



Fuente: Informe presupuestario Cruz Roja 2003. Dep. Contabilidad. Lic. Nelly Terán.

Elaboración: Autores

GRÁFICO 35



Fuente: Informe presupuestario Cruz Roja 2003. Dep. Contabilidad. Lic. Nelly Terán.

Elaboración: Autores

Podemos observar que el mayor porcentaje de egresos corresponde a remuneraciones (49,23%), y gastos por servicios y suministros (39,83%), sumando un 89,06%, el restante 10,94% se encuentra distribuido entre mantenimiento, retenciones, transferencias e imprevistos.

Estos datos demuestran que el gasto corriente es sumamente alto, consumiendo casi la totalidad del presupuesto anual, lo que conlleva a concluir varios efectos:

Desfinanciamiento institucional.

- Pobre capacidad de desarrollo en ampliación de servicios.
- Demostración de pobre gestión en el manejo de recursos financieros.

- Pago excesivo al personal rentado que posee una brecha generacional alta.
- Ausencia de un modelo de gerencia que permita una adecuada planificación, organización, gestión, y evaluación de los distintos recursos con que cuenta la Cruz Roja de Ibarra, justificando la necesidad de implementar un modelo gerencial que optimice los recursos y haga de esta organización, eficiente, eficaz y que entregue productos y o servicios de calidad.

TABLA 38

**INGRESOS VS. EGRESOS CRUZ ROJA DE IBARRA**

<i>INGRESOS/EGRESOS</i>	<i>CANTIDAD</i>
<i>INGRESOS</i>	81987.02
<i>EGRESOS</i>	81534.13
<i>SALDO</i>	452.89

Fuente: Informe presupuestario Cruz Roja 2003. Dep. Contabilidad. Lic. Nelly Terán

Elaboración: Autores

GRÁFICO 36



Fuente: Informe presupuestario Cruz Roja 2003. Dep. Contabilidad. Lic. Nelly Terán

Elaboración: Autores

Al realizar la confrontación de los ingresos versus los egresos es fácil visualizar que ninguna empresa que tenga una adecuada gerencia puede permitirse el lujo de gastar casi todo su presupuesto, quedando un saldo insignificante demostrando que la Cruz Roja de Ibarra está en un estado de supervivencia.

#### **4.5.1.4. Recursos de Autogestión interinstitucional logrados.**

- Con el Municipio de Ibarra para la dotación de combustible y mantenimiento de la Unidad de Rescate Acuático.
- Proyecto 151 “El Pacto” para la atención médica y Odontológica
- Florícola Hilsea, para capacitación a sus empleados en primeros auxilios y acciones ante desastres.
- Visión Mundial para capacitación en primeros auxilios, a cambio de una televisión.
- Paradero Muelle Bar Yahuarcocha para obtener la base de operaciones de la Unidad de Rescate Acuático y almuerzos para los voluntarios los fines de semana y feriados.
- Universidad Católica de Quito para capacitación en primeros auxilios a estudiantes de Ecoturismo.
- Defensa Civil para dotar de 12 literas para el dormitorio de los voluntarios.
- Acuerdo de cooperación con el Gobierno provincial para fortalecer la atención y reglamentación de uso del espacio acuático en Yahuarcocha.
- Acuerdo de cooperación con el Municipio de Ibarra para fortalecer la atención y reglamentación de uso del espacio acuático en Yahuarcocha.

- Acuerdo con el ACNUR y la Pastoral Migratoria para la implementación del proyecto de ayuda Humanitaria para la Frontera Norte en atención médica, Odontológica y de apoyo Psicosocial.
- Acuerdo con Visión Mundial para la capacitación comunitaria en 9 sectores de la provincia.
- Convenio con el Myr. José Gómez para la utilización del Camping 3 amigos como base de entrenamiento para socorristas a cambio de capacitación y recreación a los campistas visitantes.

#### 4.6 PRODUCTOS Y/O SERVICIOS OFERTADOS

TABLA 39

#### SERVICIOS HEMATOLÓGICOS

<i>PRODUCTOS HEMÁTICOS / SERVICIOS / AÑO</i>	<i>CANTIDAD</i>	<i>VALOR UNIT</i>	<i>TOTAL</i>
<i>Despacho de pintas de sangre.</i>	617	50	30850
<i>Plasmas sanguíneos.</i>	328	12	3936
<i>Exámenes de SIDA.</i>	419	12	5028
<i>Pruebas de Coombs indirectas</i>	6	12	72
<i>Sangrías.</i>	73	12	876
<i>Tipificaciones.</i>	3359	2	6718
<i>VDRL</i>	25	2	50
<i>Traslado de pacientes en ambulancia</i>	3	60	180
<b><i>TOTAL</i></b>	4830		47710

Fuente: Informe presupuestario Cruz Roja 2003. Dep. Contabilidad. Lic. Nelly Terán.

Elaboración: Autores

#### GRÁFICO 37



Fuente: Informe presupuestario Cruz Roja 2003. Dep. Contabilidad. Lic. Nelly Terán

Elaboración: Autores

En el año 2003 se realizaron 4830 actividades, que representan un ingreso de 47710 dólares.

## CAPACITACIÓN

Los principales cursos dictados por la coordinación de Capacitación son:

**TABLA 40**

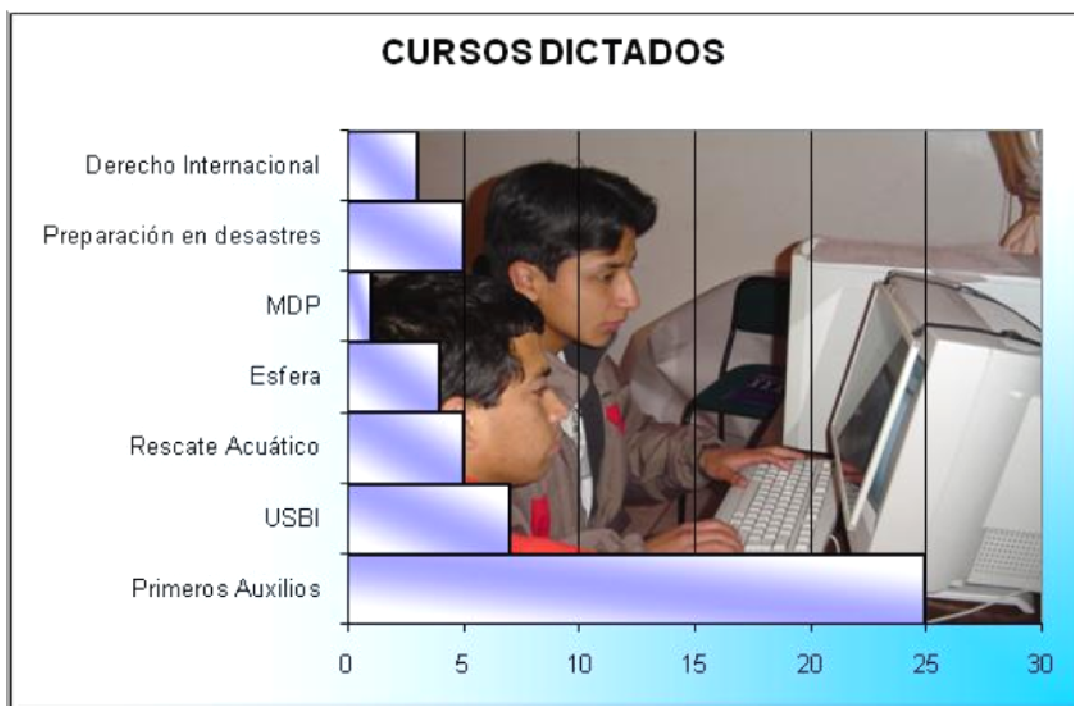
### CURSOS DE CAPACITACIÓN PARA VOLUNTARIOS

CURSO	TOTAL	PROPORCIÓN	PORCENTAJE
Primeros Auxilios	25	0.5	50%
USBI	7	0.14	14%
Rescate Acuático	5	0.1	10%
Esfera	4	0.08	8%
MDP	1	0.02	2%
Preparación en desastres	5	0.1	10%
Derecho Internacional	3	0.06	6%
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>		<b>100%</b>

Fuente: Encuesta aplicada por investigadores.

Elaboración: Autores

## GRÁFICO 38



Fuente: Departamento de Socorros.

Elaboración: Autores

El 50% de los Capacitados pertenecen a primeros auxilios, la USBI con el 14%, rescate acuático y preparación en desastres con el 10% cada una, la esfera con el 8%, derecho internacional con el 6% y MDP con el 2%.

## BANCO ORTOPÉDICO

La oferta de arrendamiento de los diferentes equipos ortopédicos investigada mediante una encuesta a los clientes arroja los siguientes datos:

**TABLA 41**

### **EQUIPOS ORTOPÉDICOS DISPONIBLES EN LA CRUZ ROJA DE IBARRA**

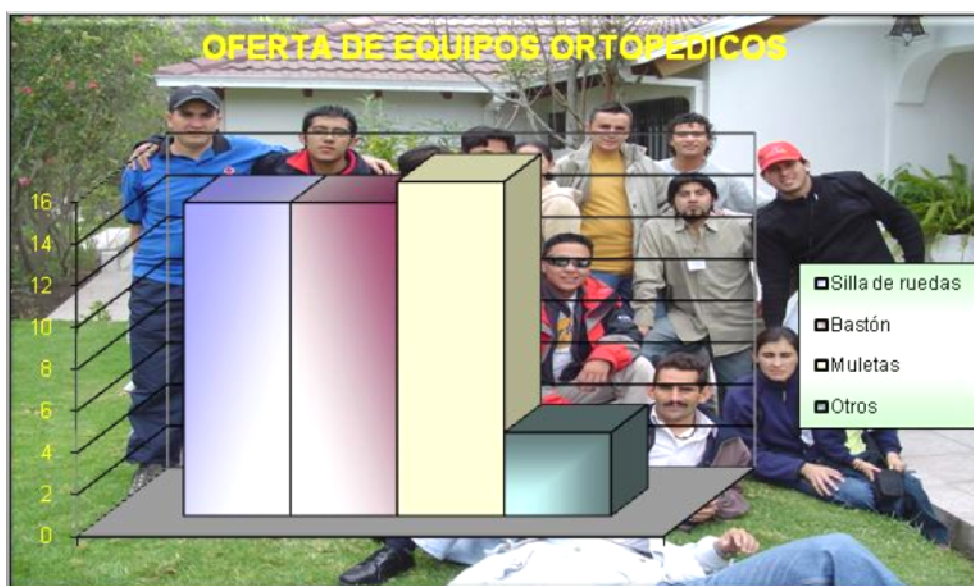
PARÁMETROS	TOTAL	PROPORCIÓN	PORCENTAJE
------------	-------	------------	------------

Silla de ruedas	15	0.3	30%
Bastón	15	0.3	30%
Muletas	16	0.32	32%
Otros	4	0.08	8%
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>		<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada por investigadores.

Elaboración: Autores

**GRÁFICO 39**



**Fuente:** Encuesta aplicada por investigadores.

Elaboración: Autores

El 32% del equipo solicitado han sido muletas, el 30% corresponde tanto a las sillas de ruedas y los bastones, y el 8% solicitó otros equipos, entre los cuales podemos mencionar collarines cervicales y colchonetas antiescaras.

## SOCORROS

### Atención Prehospitalaria

El Departamento de Socorros ha intervenido en el año 2003 sólo en 10 actividades de atención prehospitalaria y puntualmente en rescates en montaña, este bajo número de respuestas obedece a la ausencia de un ambulancia equipada adecuadamente para estos fines y a no disponer de un

chofer de planta remunerado, a pesar de haber recibido innumerables solicitudes de auxilio que no han sido adecuadamente registradas.

La desatención a estos requerimientos ciudadanos continuos han sido cubiertos por personal de nuestra competencia la central de Emergencias 9-1-1 y el Cuerpo de Bomberos.

**TABLA 42**

**ATENCIÓN A EVENTOS**

<b>TIPO DE EVENTO</b>	<b>NUMERO</b>
Travesía Lago Yahuarcocha	1
Travesía Lago San Pablo	1
Triatlón	1
Maratón	1
Presentaciones artísticas	3
Levantamiento indígena	2
Caminatas masivas	3
Bicicross	3
Operativos en feriados	4
Competencias Hípicas	3
Juegos intercantonales	4
Campamentos	4
Motocross	4
Parapentes	9
Seguridad en lago Yahuarcocha	9
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>

Fuente: Departamento de Socorros 2004.

Elaboración: Autores

De lo anterior podemos determinar que se ha realizado una atención de eventos semanal en el periodo de un año; cifra que nos parece muy precaria teniendo la infraestructura y el personal con equipo y capacitación adecuadas como para atender una demanda mayor.



## SERVICIOS DE SALUD

El Departamento de Socorros tiene a su cargo el Programa de salud Médico-Odontológico Móvil y ha dirigido sus esfuerzos hacia la población vulnerable como son los desplazados y refugiados colombianos que se encuentran en nuestra ciudad, ejecutando el Proyecto de Ayuda Humanitaria para la Frontera Norte, y en este contexto mostramos el concentrado de actividades realizadas:

TABLA 43

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES CUMPLIDAS.

ACTIVIDAD	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO			
Jornadas de atención odontológica	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x
Jornadas de atención MÉDICA											x	x	x	x	x	x	X	x	x	x
Charlas de capacitación en salud																	X	x	x	x
Taller de Apoyo Psicosocial					x															
Derecho Internacional Humanitario							x													
Derecho Internacional Humanitario											x									
Mejor Diseño de Programas															x					
Programa Esfera																	X			
Capacitación agencia de Búsqueda																	x			
Taller de Apoyo Psicosocial Profesores																				x

Fuente: Departamento de Socorros de la Cruz Roja de Ibarra, 2004.

Elaboración: Autores

TABLA 45

**ATENCIÓNES MÉDICAS**

Mes	Jornadas cumplidas	Pacientes atendidos	Colombianos		Ecuatorianos	
Abril	3	84	10	11,90	74	88,10
Mayo	8	193	11	5,69	182	94,31
Junio	10	196	26	13,26	170	86,74
Total	21	473	47	9,93	426	9,07

Fuente: Departamento de Socorros de la Cruz Roja de Ibarra, 2004.

Elaboración: Autores

El proyecto de Ayuda Humanitaria para la Frontera Norte fue positivo para los sectores beneficiados e igualmente para el desarrollo y fortalecimiento de la Cruz Roja de Ibarra. Se han logrado mejores relaciones con otras organizaciones, un mejor posicionamiento institucional tanto con población refugiada colombiana como en los sectores en los cuales se ejecutan actividades puntuales.

Las experiencias ganadas servirán para emprender otras actividades en el ámbito provincial.

**4.7 INDICADORES DE EFICIENCIA**

La percepción de la aceptabilidad y calidad de los productos y o servicios demandados por la población se muestran a continuación:

**SOBRE SERVICIOS HEMATOLÓGICOS**

Al aplicar la encuesta a los usuarios sobre si recibió o no una explicación clara y adecuada sobre el proceso de donación de sangre, los riesgos, temores, utilidad e importancia de la misma, encontramos los siguientes datos:

TABLA 46

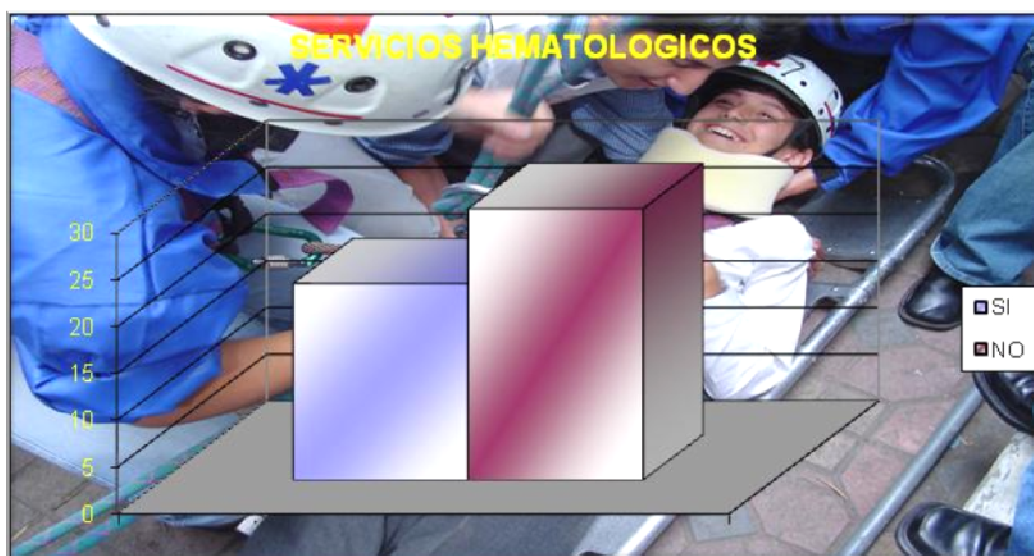
## EXPLICACIÓN CLARA SOBRE LA DONACIÓN DE SANGRE

PARÁMETRO	TOTAL	PROPORCIÓN	PORCENTAJE
SI	21	0.42	42%
NO	29	0.58	58%
<b>TOTAL</b>	50		100%

**Fuente:** Encuesta aplicada por investigadores.

Elaboración: Autores

### GRÁFICO 40



**Fuente:** Encuesta aplicada por investigadores.

Elaboración: Autores

El 58 % de las personas donantes de sangre a la Cruz Roja no han recibido ningún tipo de explicación acerca de la donación y sus efectos, esto nos demuestra la poca calidad de atención brindada a los usuarios por parte del personal del Banco de Sangre, incidiendo negativamente en la actitud de la comunidad para continuar como donantes voluntarios, lo hacen únicamente por necesidades puntuales de sus familiares o amigos.

Una prestación descomedida demuestra también la poca motivación y capacitación sobre atención al cliente poniendo de manifiesto una debilidad institucional que podría poner en riesgo el posicionamiento institucional en la conciencia ciudadana.

Desde el aspecto administrativo se evidencia un débil enfoque de los procesos de calidad centrados tanto en el cliente, como en la organización interna de este importante servicio.

## **SOBRE CAPACITACIÓN**

Cuando se investigó sobre si las instituciones naturales o empresas recomendarían la capacitación impartida por Cruz Roja, se encontró lo siguiente:

**TABLA 47**

### **CAPACITACIÓN IMPARTIDA POR LA CRUZ ROJA**

<b>SE RECOMIENDA</b>	<b>TOTAL</b>	<b>PROPORCIÓN</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	50	1.0	100%
No	0	0.0	0%
<b>TOTAL</b>	50		100%

**Fuente:** Encuesta aplicada por investigadores.

Elaboración: Autores

**GRÁFICO 41**



**Fuente:** Encuesta aplicada por investigadores.

Elaboración: Autores

El 100% de personas si recomendarían estos cursos a otras personas e instituciones. Esto nos indica que los talleres, cursos, charlas, foros y mesas de discusión impartidas tienen un efecto positivo y de gran impacto en la comunidad, que considera que los temas fueron de utilidad y que han tenido resultados prácticos para cada una de las personas y entidades usuarias.

## **SOBRE BANCO ORTOPÉDICO**

Cuando se investigó sobre la aceptación del servicio del Banco ortopédico, los resultados fueron los siguientes:

**TABLA 48**

### **ACEPTABILIDAD DEL SERVICIO DEL BANCO ORTOPÉDICO**

PARÁMETRO	TOTAL	PROPORCIÓN	PORCENTAJE
-----------	-------	------------	------------

Si	50	1.0	100%
No	0	0.0	0%
<b>TOTAL</b>	50		100%

**Fuente:** Encuesta aplicada por investigadores.

Elaboración: Autores

## GRÁFICO 42



**Fuente:** Encuesta aplicada por investigadores.

Elaboración: Autores

El 100% de los Clientes asegura que volverá a utilizar los servicios en mención. Esto tiene dos lecturas: la primera; que este servicio al carecer de un número alto de elementos ortopédicos tiene en constante funcionamiento y alquiler sus aparatos, segundo; existe una aceptación generalizada de los usuarios y debe ser considerada como una fortaleza desde el punto de vista de que se puede ampliar y fortalecer este tipo de prestaciones considerando que existe el 16% de la población ecuatoriana que tiene algún tipo de discapacidad.

## SOBRE SOCORROS

En lo referente a si la experiencia de ser Voluntarios Socorristas en la Cruz Roja es una experiencia útil en la vida del individuo, las respuestas se concentran en el siguiente cuadro:

**TABLA 49**

**LA EXPERIENCIA DE SER VOLUNTARIO ES ÚTIL**

PARÁMETRO	TOTAL	PROPORCIÓN	PORCENTAJE
Si	39	1.0	100%
No	0	0.0	0%
<b>TOTAL</b>	39		100%

**Fuente:** Encuesta aplicada por investigadores.

Elaboración: Autores

**GRÁFICO 43**



**Fuente:** Encuesta aplicada por investigadores.

Elaboración: Autores

El 100% de los encuestados considera que esta experiencia será útil en su vida, por lo tanto, se concluye que la experiencia de vida del Voluntario es positiva y se convierte en una fortaleza que debe ser aprovechada y potencializada mediante un adecuado plan de capacitación y motivación,



además de un seguimiento que promueva crear fuentes de trabajo para el personal que goza de trabajar para una institución a la que considera suya y la acepta.

Si se analiza la posibilidad de motivar a los familiares o hijos para que sean parte de la Cruz Roja como un síntoma de interés y de apropiación de lo que significa pertenecer a la Cruz Roja, tenemos los siguientes resultados:

**TABLA 50**

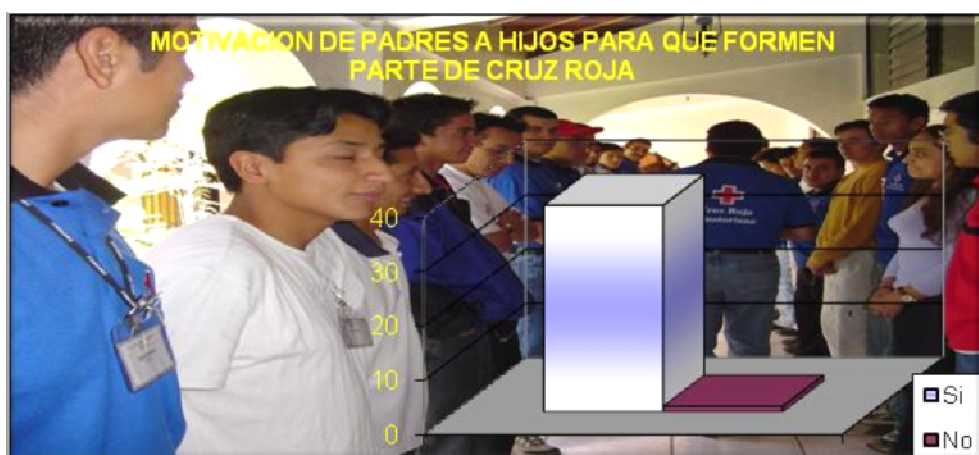
### MOTIVACIÓN A FAMILIARES PARA SER PARTE DE CRUZ ROJA

PARÁMETRO	TOTAL	PROPORCIÓN	PORCENTAJE
Si	38	0.97	97%
No	1	0.03	3%
<b>TOTAL</b>	39		100%

**Fuente:** Encuesta aplicada por investigadores.

Elaboración: Autores

**GRÁFICO 44**



**Fuente:** Encuesta aplicada por investigadores.

Elaboración: Autores



El 97% de los encuestados motivará a sus familiares para que ingresen a la Cruz Roja como Voluntarios, mientras que el 3% se abstendrá de hacerlo. Nos indica que de 100 aspirantes 97 motivarían a sus familiares directos para continuar con la obra, demostrándonos que este grupo se encuentra comprometido y empoderado con la filosofía y acciones que se desarrollan en el Socorrismo, es posible que el restante 3% se encuentre demostrando una falta de apoyo y seguimiento en la motivación que los incluya para recomendar este tipo de tareas.

### **SOBRE SERVICIOS DE SALUD**

Cuando se investigó sobre la forma cómo ha sido atendido un paciente en la unidad de médica y odontológica móvil, como una búsqueda de la satisfacción del usuario encontramos lo siguiente:

**TABLA 51**

### **SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES**

<i>PARÁMETRO</i>	<i>TOTAL</i>	<i>PROPORCIÓN</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>Si</i>	46	0.92	92%
<i>No</i>	4	0.08	8%
TOTAL	39		100%

**Fuente:** Encuesta aplicada por investigadores.

Elaboración: Autores

### **GRÁFICO 45**



Fuente: Encuesta aplicada por investigadores.  
Elaboración: Autores

El 92% de los pacientes volverán a pedir atención mientras que el 8% asegura que no lo volverá a hacer, este dato mide la eficiencia y la eficacia de la atención del servicio de atención médica y odontológica móvil. Sin embargo, la falta de insumos y continuidad hacen que un porcentaje minoritario se encuentre en contra de esta actividad, poniéndonos como oportunidad la posibilidad de mejorar el servicio y ampliarlo

TABLA 52

### ACEPTABILIDAD DE PRODUCTOS Y SERVICIOS

<i>PRODUCTOS / SERVICIOS</i>	<i>ACEPTABILIDAD</i>
<i>Servicios de salud:</i>	92%
<i>Servicios de sangre:</i>	82%
<i>Capacitación:</i>	100%
<i>Socorros:</i>	98%
<i>Banco ortopédico</i>	100%
<b>PROMEDIO</b>	94.40%

Fuente: Encuestas de aceptabilidad de los diferentes Servicios de Cruz Roja. 2004

Elaboración: Autores

En términos generales la Cruz Roja tiene un gran porcentaje de aceptabilidad en los productos y servicios que oferta, teniendo como promedio el 94.40 %.

Capacitación, Banco Ortopédico y Socorros son los servicios que mayor aceptabilidad tienen según las encuestas practicadas a los usuarios y los de menor porcentaje son los servicios de salud y hematológicos.

Hay que destacar que lastimosamente los distintos departamentos de esta institución han venido trabajando aisladamente y dependen más de la buena voluntad de sus directivos que de un trabajo coordinado y planificado que incluya el registro de la demanda insatisfecha.

Se nota que los servicios hematológicos a pesar de ser un monopolio y fortaleza de esta organización no tienen gran aceptabilidad del cliente por falta de una directriz adecuada que le permita brindar atención de calidad.

#### **4.8 ANÁLISIS DEL MERCADO**

De acuerdo a la investigación mediante encuestas aplicadas a los distintos usuarios de los productos y/o servicios que oferta la Cruz Roja de Ibarra, se pueden extraer algunas conclusiones que revelarán el segmento de mercado al cual esta institución atiende; con esta identificación real obtenida al confrontar los datos entre la oferta y la demanda el Gerente dispondrá de una herramienta valiosa que le permitirá planificar sus futuras acciones tendientes a mantener y ampliar la cobertura en dicho segmento, estableciendo precios que se ajusten a la realidad local, horario de atención, implementación de nuevos servicios, mejores condiciones de atención como accesibilidad, oportunidad, servicios post- atención y posiblemente proyectar un plan de marketing que apunte a la búsqueda de nuevos segmentos de mercado que redundarán en la imagen institucional.

Las características del segmento de mercado atendido están determinadas por las siguientes variables:

#### **4.8.1 VARIABLES GEOGRÁFICAS**

En el área de donación voluntaria de sangre encontramos que el 60% de los usuarios son del cantón Ibarra, 10% de Otavalo y 10% de Pimampiro.

El servicio de atención médica, odontológica y apoyo psicológico atendió a un 92% de pacientes radicados en Ibarra, 6% de ellos son de Otavalo y 2% de Urcuquí.

En cuanto al servicio de alquiler de equipos ortopédicos el 92% se lo realizó a solicitantes de Ibarra, 4% de Otavalo, 2% de Urcuquí y 2% del cantón Antonio Ante.

La capacitación realizada fue dirigida a un 84% de beneficiarios de Ibarra, 10% de Otavalo y 6% de Antonio Ante.

#### **4.8.2 VARIABLES PSICOLÓGICAS**

Las prestaciones de productos y/o servicios realizadas por la Cruz Roja de Ibarra han sido proporcionadas a un amplio sector del mercado de salud debido a las características especiales de monopolio, especialmente en lo que a productos hemáticos se refiere, en cuanto a las actividades sanitarias, de socorro y capacitación notamos que se ha influido en la clase media y media baja, lastimosamente queda un amplio sector de clase baja desprotegido por la deficiencia de recursos económicos y factores como desconocimiento de los servicios que esta institución presta y el temor propio en que este sector de la población ha vivido.

### **4.8.3 VARIABLES DEMOGRÁFICAS**

En lo relacionado a donaciones voluntarias de sangre el 50% corresponde a individuos del sexo masculino y 50% al sexo femenino.

Las edades corresponden de 16 a 20 años 10%; de 21 a 30 años 64%; de 31 a 40 años 24%; de 41 a 50 años 1%.

Su nivel de instrucción está en el 18% correspondiente a educación superior; 62% secundaria; 18% educación primaria y un 2% son analfabetos.

La ocupación en este grupo está representado por estudiantes con 26%; comerciantes 16%; empleados 14%.

Las atenciones médicas, odontológicas y de apoyo psicológicos tienen un 46% orientados a hombres y 54% a mujeres.

Las edades son de 11 a 15 años 8%; de 16 a 20 años con 24%; de 21 a 30 años 42%; de 31 a 40 años 18%.

El nivel de instrucción se encuentra en 16% para el nivel superior; 58% secundaria; 26% primaria.

La ocupación corresponde a 26% para estudiantes; 10% comerciantes; 8% profesores.

En el área de alquiler de equipos ortopédicos podemos observar que un 64% de los usuarios son hombres y 36% mujeres.

Las edades de 16 a 20 años tienen un 12%; de 21 a 30 años 40%; de 31 a 40 años 16%.

El nivel de instrucción superior es de 16%; secundaria 44%; y primaria 38%. La ocupación estudiantil cubre un 22%; amas de casa 20%; choferes 20%; empleados 20%.

En capacitación el 40% de los beneficiarios son hombres y el 60% son mujeres.

Las edades de 10 a 20 años poseen un 44%; de 21 a 30 años un 36%; y de 31 a 40 años 18%.

La instrucción superior obtiene 30%; secundaria 50%; y 20% educación primaria.

El 82% de las capacitaciones han sido dirigidas a instituciones privadas y un 18% a las públicas.

#### **4.8.4 VARIABLES DE COMPORTAMIENTO**

Las actitudes, las percepciones que sobre la institución tienen los usuarios, el horario de atención e imagen institucional están demostrados por los siguientes resultados:

En el área de donación voluntaria encontramos que el 50% tiene temor a que le transmitan enfermedades; el 26% que se debilite o enferme y el 16% tienen temor al pinchazo.

Después del procedimiento el 52% se sintió bien; el 42% no muy bien y el 6% mal.

Del personal encuestado el 42% afirma haber tenido una explicación clara del procedimiento de donación.

En el servicio médico, odontológico y de apoyo psicológico un 90% afirma que se sintió bien después del tratamiento; el 90% dice que la atención fue buena y 94% de los pacientes mejoró su tranquilidad por las explicaciones recibidas; la totalidad de ellos expresa que el sitio donde fueron atendidos estaba limpio; el 92% asegura que la atención del personal fue amable y el 92% volverá a utilizar los servicios que presta la Cruz Roja de Ibarra.

En lo que tiene que ver con el alquiler de equipos ortopédicos un 56% de los usuarios ha tenido atención inmediata; el 78% ha recibido los equipos en buenas condiciones; el 52% indica que el costo por concepto de alquiler no es caro; el 76% fue atendido en forma amable y el 100% volverá a utilizar este servicio en caso necesario.

El área de capacitación tiene un 100% en cuanto a la aplicabilidad de lo aprendido y su utilización práctica por lo que recomendarán a otros para tomar cursos similares en la Cruz Roja de Ibarra.

(Fuente: encuestas de percepción de calidad aplicadas a usuarios de los productos y/o servicios de Cruz Roja de Ibarra, ver anexos).

#### **4.8.5 ANÁLISIS DE LA COBERTURA**

En Atención Prehospitalaria la Cruz Roja cubre un 2% de la demanda en emergencias urbanas, 80% de seguridad en eventos deportivos y masivos, 98% en rescates de montaña y 100% en rescate acuático.

En lo que atañe al Banco de sangre, creemos necesario señalar que existe un subregistro por no tener datos ciertos que analicen la demanda insatisfecha, pero es valioso recalcar que si bien es cierto ser un monopolio, no se cubrirá más allá del 60% de la verdadera necesidad de este líquido vital, debido en algunas ocasiones a la falta de donantes voluntarios, producto de una débil campaña de captación de los mismos, así como en forma cíclica existe una sobredemanda ej: año nuevo, fiestas de Ibarra, fines de semana, por la incidencia de accidentes vehiculares debido al consumo excesivo de alcohol en nuestra ciudad y provincia.

El Banco ortopédico cubre apenas a un 20% de las necesidades de este tipo de equipos en razón de que el número en existencia es limitado y está casi siempre en alquiler.

En capacitación se cubre con aproximadamente un 70% de las solicitudes realizadas para este efecto, puesto que el personal preparado para este tipo de prestaciones es limitado y por su carácter de voluntario no dispone de tiempo completo ni los recursos económicos, logísticos, transporte e insumos para ampliar la cobertura.

La Unidad Médica y Odontológica Móvil atiende un promedio de 2000 pacientes anuales y específicamente a usuarios que se encuentran dentro del Proyecto de Ayuda Humanitaria para la frontera Norte, este dato significa que



dentro de la cobertura sanitaria en la ciudad, la Cruz Roja de Ibarra estaría atendiendo a un 0.5%

#### **4.8.6 ANÁLISIS DE LA COMPETENCIA**

La atención prehospitalaria se ha constituido en una debilidad institucional, y se ha perdido este espacio cediendo casi el 95% de la respuesta a la Central de Emergencias 9-1-1 institución municipal que dispone de 4 ambulancias equipadas y personal rentado, distribuido así: 4 Médicos, 4 Paramédicos, 8 Auxiliares, 8 choferes, 8 despachadores de consolas, 1 Secretaria, 1 Director.

Esta central tiene 4 turnos de 24 horas de guardia y está en funcionamiento desde hace 2 años y medio, teniendo como responsabilidad la atención de emergencias en el cantón Ibarra exclusivamente, dichas actividades promedian 25 al día, con por lo menos 2 accidentes vehiculares.

Cabe mencionar que del personal paramédico y auxiliar, el 90% son también voluntarios de la Cruz Roja de Imbabura y Pichincha los mismos que se han vinculado a este sistema de trabajo por remuneración, este aspecto demuestra que la Cruz Roja no ha sido capaz de crear fuentes de trabajo con su personal voluntario en el que se ha invertido muchos recursos para su preparación y adiestramiento dando como resultado una fuga y subutilización del talento humano.

El Cuerpo de Bomberos ha captado aproximadamente el 3% de la atención prehospitalaria, anteriormente cubierta por Cruz Roja, si bien es cierto, su principal objetivo es el control de incendios, en los últimos meses han contratado un paramédico, una enfermera y su personal que dicho sea de paso ha sido alumno de la Cruz Roja está efectuando esporádicas atenciones

cuando los accidentes son de magnitud y el 9-1-1 no abastece con su personal, disponen de una ambulancia, una camioneta 4x4, tres motobombas y 24 bomberos de planta.

Los hospitales San Vicente de Paúl, IESS ni las clínicas privadas cuentan con personal que realice Atención Prehospitalaria formalmente.

Si analizamos a la competencia del Banco de Sangre de la Cruz Roja que es un monopolio en este tipo de prestaciones, debemos aclarar que existieron iniciativas para lograr el funcionamiento de un similar en el Hospital San Vicente de Paúl, pero, por las disposiciones legales vigentes, no ha sido implementado, existe eso sí, un depósito de sangre que coordina sus necesidades con la Cruz Roja.

**Banco ortopédico:** Se ha concluido que el INFA, la Fundación Angelo Franco y el club Rotario son considerados como competencia en esta línea de acción, cada una con sus requisitos característicos que en conjunto no logran abastecer la demanda existente, siendo la Cruz Roja la que puede ofertar mayor diversidad de aparatos a los costos más bajos.

**Capacitación:** La Central de Emergencias 9-1-1 con su personal ha iniciado venta de cursos de primeros Auxilios con personal que como se dijo anteriormente fue capacitado por Cruz Roja, el SECAP oferta muy esporádicamente cursos básicos que no han tenido la respuesta que ellos esperaban y actualmente la Universidad Técnica del Norte abrirá una tecnología en Atención Prehospitalaria.

**Unidad Médico Odontológica Móvil:** Se tiene como competencia el MSP, el Seguro Campesino, y la Unidad Médica Móvil del Gobierno provincial, sin embargo, es importante recalcar que la población a la que esta unidad atiende es considerada como la más olvidada por los estamentos oficiales.

La evaluación de la Gerencia se obtuvo al realizar entrevistas con actores claves como ex presidentes de la Institución, miembros de la Junta Provincial, Directores departamentales y personajes de reconocido prestigio que conocen sobre la vida institucional.

A continuación podemos encontrar el concentrado de las respuestas realizadas:

**a) Administración de la Cruz Roja como Empresa de Salud.**

La mayoría concuerda que la Cruz Roja ha sido llevada con buena voluntad, pero, desgraciadamente no con criterios técnicos, ni como empresa de salud, se la orientó como una entidad de carácter social con personalidades representantes de la sociedad Ibarreña.

**b) Aspectos positivos de las Administraciones anteriores.**

El interés por el servicio social, el mantener sus actividades a pesar del escaso financiamiento y capacitación del personal el nombre de la Cruz Roja se ha mantenido y la mística se ha enraizado en sus Voluntarios.

**c) Tipo de Gerencia actual.**

Una administración de tipo vertical, en donde no existe mucha participación en la toma de decisiones.

**d) Perspectiva Gerencial de la Cruz Roja.**

La totalidad de los entrevistados concuerda que la Cruz Roja debería ser llevada con una gerencia bien estructurada, firme y con objetivos que la lleven al mejoramiento y extensión de los servicios comunitarios de acuerdo a sus principios, en donde se dé especial atención a la calidad, y a la atención al cliente tanto interno como externo.

**e) Aspectos que deberían cambiar o mejorar en la gerencia / administración.**

Desde las políticas administrativas hasta una reingeniería de personal, técnica y financiera.

**f) Administración ideal para la Cruz Roja.**

Una administración horizontal, participativa, de alta calidad, en donde se potencie el talento humano y el servicio.

**g) Formas de alcanzar la excelencia administrativa.**

Una excelente administración, moderna, técnica y basada en planes estratégicos que contemplen la Misión, la Visión y las estrategias para lograr los objetivos propuestos.

**h) La gerencia actual responde a los requerimientos de Planificación, Organización, Gestión, Evaluación y Monitoreo**

La forma en que ha sido llevada la administración en la Institución no siempre ha estado acorde con los principios de la Administración moderna.

**I) La estructura organizacional está acorde con un modelo gerencial?**

Al no existir un modelo gerencial definido tampoco se observa una estructura organizacional que responda a los requerimientos del mismo.

**j) Existe en la Cruz Roja de Ibarra Manual de Funciones, Protocolos de Atención?**

No existe un manual de funciones, los mismos se han efectuado por tradición y la elaboración de protocolos de atención es un tema pendiente en la Cruz Roja de Ibarra.



#### **4.10 PROBLEMAS Y PRIORIZACIÓN:**

El análisis del contexto, de la oferta, demanda y mercado ha permitido identificar un conjunto de problemas que se pretenden resolver en la propuesta del Modelo Gerencial y son los siguientes:

##### **4.10.1 EN LA GERENCIA**

- Ausencia de un Modelo Gerencial que contemple una adecuada planificación, organización, gestión, monitoreo y evaluación.
- Inadecuado manejo administrativo y gerencial.
- Deficiente coordinación y comunicación entre los Órganos de Gobierno, Gestión y Operaciones.
- Inexistencia de manual de funciones y de protocolos de atención.
- Inexistente sistema de gestión de la calidad.
- Ausencia de proyectos sustentables y sostenibles.
- Débil presencia en programas de salud e higiene en las comunidades.
- Pérdida del mercado en atención prehospitalaria.

##### **4.10.2 EN LA ATENCIÓN**

- Atención limitada sin cobertura de servicios las 24 horas.
- Baja calidad de atención a los usuarios.
- Mala imagen de servicio ante los usuarios.
- Atención que no responde a la demanda.
- Incipiente servicio post atención.

Áreas de atención con limitaciones para la accesibilidad, ergonomía y satisfacción para los clientes.

#### **4.10.3 EN LOS RECURSOS**

- Ausencia de iniciativas para diversificar la base financiera de la Cruz Roja.
- Recursos financieros incipientes para ampliar la cobertura de servicio social.
- Recursos tecnológicos subutilizados.
- Brecha generacional alta en el personal que labora como personal rentado.
- Ausencia de operador de ambulancias a tiempo completo.
- Desmotivación del personal voluntario.
- Débil capacitación en forma general.
- Alta deserción y rotación del personal voluntario.
- Carecer de una unidad móvil adecuada para la atención prehospitalaria.
- Ausencia de una línea telefónica para la agencia de búsqueda.
- Infraestructura subutilizada.
- Irresponsabilidad de los voluntarios.



## **CAPITULO 5**

### **PROPUESTA DE UN MODELO GERENCIAL Y ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN**

#### **5.1 INTRODUCCIÓN**

En base a los resultados obtenidos por la presente investigación, se llega a la conclusión de que es imprescindible realizar un modelo gerencial que permita que la Cruz Roja de Ibarra se transforme en una verdadera empresa social, que brinde productos y/o servicios con eficiencia, eficacia y calidad, a los costos más bajos, pero, brindando la sustentabilidad y sostenibilidad institucional con un enfoque tanto al cliente interno como al externo, logrando de esta manera un posicionamiento ciudadano de importancia.

Realizar la propuesta de un Modelo Gerencial, es entregar una herramienta que si bien no pretendemos sea la única, pero sí, una de las mejores alternativas en la consecución de los objetivos de administrar técnicamente y con calidad ésta institución. Se identificaron los procesos, pero se establecen los protocolos y estándares de trabajo que siendo importantes no se desarrollaron en este estudio porque implican un compromiso institucional al cambio, el mismo que no fue objeto de esta tesis, pero que puede ser un componente de la implementación de esta propuesta.

Se propone un modelo gerencial en los ámbitos de la planificación, organización, gestión evaluación y monitoreo.

### **5.1.1 PLANIFICACIÓN**

Se asume la planificación estratégica como el marco teórico del proceso; se propone una planificación con un horizonte de tiempo de 5 años y una operativa anual con revisiones semestrales, en función de superar la pobre planificación que normalmente se ha venido utilizando, basada solo en los antecedentes históricos, y sus pronósticos, bajo el supuesto que el comportamiento central del futuro será similar al pasado.

A su vez, la planificación actual ha tenido como premisa que el logro de los objetivos que el sistema plantee, depende fundamentalmente de la voluntad y esfuerzo que se coloque para conseguirlos, más que de cómo se valore las circunstancias o elementos externos que lo afectan.

Los supuestos de la planeación utilizados por Cruz Roja de Ibarra, son cada vez menos realistas, pues el presente se caracteriza por la discontinuidad, los cambios bruscos, los riesgos inesperados, una turbulencia creciente y una marcada tendencia hacia el desarrollo de modelos de gestión fundamentados en criterios de calidad y orientados hacia la satisfacción de los clientes, situación que obliga necesariamente al cambio.

Es necesario pasar de la administración fundamentada en apagar incendios, a modelos de planeación por objetivos, orientados hacia la consecución de resultados, en entornos altamente variables, donde el éxito depende de la capacidad que tenga el Gerente para enfrentar la incertidumbre, los permanentes cambios de las reglas de juegos y la competencia, que cada vez resulta ser mayor, menos controlable, y en casos hasta desleal.

Esta situación cambiante e incierta, determina que las Instituciones de Salud y dentro de ellas, la Cruz Roja, dependan para el logro de sus objetivos, no solo de la voluntad para conseguirlos, sino del desarrollo de modelos de gestión integral, donde el direccionamiento estratégico se convierta en hilo conductor de la organización y pilar fundamental de la calidad, que en últimas será la que garantice la proyección y crecimiento de la organización en el futuro.

Un adecuado proceso de planeación con enfoque estratégico deberá permitir obtener el mayor rendimiento en la producción de los productos y/o servicios de salud, en términos de promoción, prevención y asistencia, garantizando calidad e igualdad en la prestación de los mismos.

La planeación institucional con enfoque estratégico, partirá de todo un proceso de sensibilización, que permita eliminar las barreras generadas por la resistencia al cambio, especialmente por el personal rentado. Para ello será necesario identificar los factores claves de desarrollo de la organización, donde se presentan situaciones que de una manera u otra condicionan las actividades que en ella se realicen.

Se propone iniciar el proceso con una inducción hacia el cambio de mentalidad, fundamentado en el pensamiento estratégico, en otras palabras, generando una nueva forma de pensar centrada siempre en los factores claves de la organización; a su vez, siempre estará dirigida hacia el alcance de objetivos, formulación y ejecución de estrategias con una visión prospectiva.

Los elementos más importantes en este nuevo enfoque son:

1.- Permitirá desarrollar el diagnóstico de la institución resaltando los factores claves, tanto externos, como internos, que tienen algún impacto sobre las áreas que conforman la organización. A nivel externo se tendrán en cuenta todas aquellas variables que afectan al entorno general de Cruz Roja. En cuanto al interior, se analizará la situación de cada una de sus áreas, resaltando los aspectos de mayor impacto, ya sean positivos o negativos.

Una adecuada interacción de los factores identificados permitirá construir una matriz donde se definirán claramente las oportunidades y amenazas presentadas en el entorno, junto con las debilidades y fortalezas más relevantes a nivel interno y cruzarlas para determinar las adecuadas estrategias de desarrollo.

Como consecuencia de esta etapa de diagnóstico se obtendrá una radiografía de la institución, la cual permitirá definir objetivos a alcanzar y de igual manera se podrán identificar estrategias, como medios de acción, que permitirán disminuir el impacto de las debilidades y amenazas, aprovechando las posibilidades generadas en las oportunidades y fortalezas identificadas.

2.- El diagnóstico participativo es el que se utilizó en el análisis del capítulo IV y sustenta esta propuesta en el eje del enfoque planteado. Es importante decir que es necesario vencer todos los prejuicios, crear una nueva cultura organizacional amparado en los principios fundamentales del Movimiento de la Cruz Roja, valores, objetivos estratégicos, misión y visión de la institución que permiten direccionar un adecuado plan de acción, los cuales se enuncian a continuación.

**Misión:** Mejorar la calidad de vida de las personas vulnerables, movilizándolo el poder de la Humanidad.

**Visión:** La Cruz Roja de Ibarra funcionará con eficiencia, eficacia y calidad bajo un modelo gerencial que le permita cumplir su función humanitaria al fortalecer la sociedad civil a través de un trabajo de mejoramiento continuo de sus programas operativos, movilizándolo apoyo a nivel cantonal y nacional, permitiéndole solidez financiera para extender sus productos y/o servicios en forma equitativa, en un plazo de cinco años, articulándose al sistema provincial de salud.

**Principios y valores:** Los componentes del Movimiento obran en los más diversos contextos (socio-culturales, de conflictos, de catástrofes naturales, etc.). Por eso han de poder referirse, en toda circunstancia a líneas directrices superiores que guíen su acción y proporcionen la necesaria coherencia. En otras palabras, ha de haber en el Movimiento una unidad de pensamiento, por lo tanto la Cruz Roja de Ibarra estará regida por los siguientes Principios Fundamentales: Humanidad, Imparcialidad, Neutralidad, Independencia, Voluntariado, Unidad, Universalidad.

**Líneas Estratégicas Institucionales:** Los programas de la Cruz Roja de Ibarra responden a la vulnerabilidad local y abordarán específicamente aquellas áreas donde pueden tener mayor impacto.

Los esfuerzos colectivos se concentrarán en:

- a) Promoción de los Principios y valores humanitarios, mediante un programa de capacitación interna y externa que permita el desarrollo del talento humano, así como fortalecer la capacidad de aprendizaje del conjunto de integrantes de la red provincial; Gobierno, Gestión,

- personal rentado y voluntariado, combinando niveles de conocimiento y competencias.
- b) Preparación y participación eficiente de la comunidad, integrándola al sistema de socorro comunitario para disminuir el impacto de las emergencias o desastres.
  - c) Intervención en casos de desastre, brindando un sistema eficaz y eficiente de respuesta operativa ante emergencias o desastres, mediante el apoyo de brigadas de respuesta y unidades de especialidad.
  - d) Salud y asistencia a la comunidad, conformando equipos que respondan a las vulnerabilidades locales con eficiencia y calidad en 3 áreas: salud comunitaria, servicios de salud, dotación de sangre segura con oportunidad y suficiencia, fomentando la donación voluntaria y mejorando con ello las condiciones sanitarias tanto en situaciones normales como en emergencia con articulación ciudadana.

Objetivo Estratégico: Satisfacer con calidad, eficiencia, eficacia, la demanda de la población de la ciudad de Ibarra en productos y/o servicios hematológicos, Capacitación, Socorros, Servicios de Salud, con oportunidad, equidad, coherencia, y pertinencia en armonía con los Principios Fundamentales del Movimiento Internacional de la Cruz Roja enmarcados dentro de un modelo gerencial cuyas principales responsabilidades sean la conducción ejecutiva y la coordinación del desarrollo de la Cruz Roja de Ibarra, fortaleciendo la planificación estratégica y los recursos humanos.

3.- El diagnóstico situacional realizado ha permitido diseñar un objetivo estratégico y líneas de intervención que direccionen la gerencia de la Cruz Roja de Ibarra.

### **5.1.2 LÍNEAS DE INTERVENCIÓN PARA LA CRUZ ROJA DE IBARRA**

Las líneas de intervención se refieren a los problemas encontrados y priorizados de gerencia, recursos y atención (servicios que oferta), Servicio Hematológico, Capacitación, Socorros, Servicios de Salud.

## PLAN DE ACCIÓN

Este plan de acción se refiere a la atención de la Cruz Roja de Ibarra.

**TABLA 53**

### PLAN PARA LOS SERVICIOS DE LA CRUZ ROJA DE IBARRA

<i><b>OBJETIVOS ESTRATÉGICOS</b></i>	<i><b>ACTIVIDADES</b></i>	<i><b>RESULTADOS</b></i>	<i><b>RECURSOS</b></i>
<i><b>Servicios hematológicos</b></i>	Diagnóstico situacional  Reorganización de personal  Optimización de recursos  Extensión de los servicios	Disponer de una línea de base  Disponer de personal que responda al cambio y organigrama funcional  Eficiencia del servicio  Mayor cobertura e imagen	Datos de investigación Recursos humanos, técnicos y financieros
<i><b>Capacitación</b></i>	Diagnóstico situacional  Fortalecimiento del personal  Extensión del servicio	Disponer de una línea de base  Profesionalización del personal  Personal motivado Mayor oferta del servicio	IDEM
<i><b>Socorros</b></i>	Diagnóstico Situacional Fortalecer Los Servicios  Concentrar El Trabajo En Ejes Estratégicos  Extender La Red A Los cantones	Disponer de una línea de base Servicios de calidad  Eficacia en el logro de los objetivos  Mayor cobertura e imagen Institucional.	IDEM
<i><b>Servicios de Salud</b></i>	Diagnóstico situacional	Disponer de una línea de	IDEM



<b>OBJETIVOS ESTRATÉGICOS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>RECURSOS</b>
	Fortalecimiento del servicio  Potenciar y ampliar las alianzas estratégicas  Identificar y concentrar acciones en poblaciones de mayor vulnerabilidad	base  Servicios de calidad  Evitar duplicidad de acciones y ahorro de recursos  Mayor impacto social  Reconocimiento Institucional.  Mejora el cuidado de la salud y el medio ambiente.	

Fuente: Departamento de Planificación

Elaborado: Autores

## **TABLA 54**

### **PLAN PARA LA GERENCIA DE LA CRUZ ROJA DE IBARRA**

<b>OBJETIVOS ESTRATÉGICOS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>RECURSOS</b>
<b>Gerencia</b>	Diagnóstico situacional  Implementación de un sistema administrativo gerencial  Administración por procesos	Disponer de una línea de base  Se trabaja con eficiencia eficacia y calidad  Se proporciona a un cliente productos y/o servicios con valor agregado, mejora el control y se establecen	Datos de Investigación Recursos Humanos, Técnicos y Financieros

<b>OBJETIVOS ESTRATÉGICOS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>RECURSOS</b>
	<p>Evaluación de la calidad mediante indicadores.</p> <p>Implementar protocolos de atención</p> <p>Adecuada rendición de cuentas</p>	<p>responsabilidades</p> <p>Se estandarizan procedimientos, ahorro de recursos, calidad.</p> <p>Transparencia, realizar ajustes de gestión.</p>	

Fuente: Departamento de Planificación

Elaborado: Autores

## **TABLA 55**

### **PLAN PARA LOS RECURSOS DE LA CRUZ ROJA - IBARRA**

<b>OBJETIVOS ESTRATÉGICOS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>RECURSOS</b>
Recursos	<p>Diagnóstico Situacional</p> <p>Desarrollo de recursos humanos</p> <p>Desarrollo de los Recursos Técnicos</p> <p>Desarrollo de los Recursos Financieros</p>	<p>Disponer de una línea de base</p> <p>Talento humano capacitado, comprometido e involucrado con la Institución</p> <p>Plataforma técnica equipada y actualizada</p> <p>Base financiera diversificada y técnicamente gestionada</p>	<p>Datos de Investigación</p> <p>Recursos Humanos, Técnicos y Financieros</p>

Fuente: Departamento de Planificación

Elaborado: Autores

Si conceptualizamos a las estrategias, como la determinación de los objetivos básicos a largo plazo de la Cruz Roja y la adopción de los cursos de acción y asignación de los recursos necesarios para alcanzarlos, determinaremos que son: Modelo de atención (Servicios Hematológicos, Capacitación, Socorros, Servicios de Salud) y un Modelo Gerencial los pilares que soportan el desarrollo institucional, entonces, se propone realizar una adecuada distribución de los recursos a los distintos servicios que se priorizaron en base a una planificación operativa anual departamental que se articule en un Plan Estratégico de Desarrollo Institucional con revisión semestral de sus actividades, cada uno de ellos presentará un cronograma de ejecución, objetivos, metas, indicadores, responsables, porcentaje de cumplimiento, presupuesto, en base a una estructura organizacional funcional adaptada al modelo gerencial a implementarse.

Estos planes deberán ser elaborados involucrando a todos los estamentos de la Cruz Roja centrados en los objetivos institucionales y con un enfoque al cliente.

### **5.1.3 ORGANIZACIÓN**

De acuerdo a los resultados de la investigación, la Cruz Roja de Ibarra no ha desarrollado un sistema organizacional que responda eficientemente a los retos actuales que son enfoque al cliente interno y externo, objetivos estratégicos, política institucional, optimización de los recursos, calidad, etc.

Lo que se planifica para esta nueva Cruz Roja de Ibarra, va a implicar un cambio en la organización. Para que responda al planteamiento anterior el diseño de la nueva organización institucional procurará atender cuatro requisitos fundamentales:

### **5.1.3.1 Como estructura básica**

A través de la división del trabajo organizacional y la asignación de los recursos con que contamos para que el sistema pueda funcionar integrada y satisfactoriamente se implementará la especialización horizontal llamada Departamentalización. En consecuencia la estructura básica tomará en cuenta los aspectos estáticos de la organización que correspondan a una radiografía del cuerpo institucional donde estarán representados los órganos y partes que componen la Cruz Roja de Ibarra: Servicios hematológicos, Capacitación, Socorros, Servicios de Salud.

### **5.1.3.2 Como mecanismo de Operación**

Para indicar a los diferentes departamentos lo que deben y lo que no deben hacer por medio de descripciones de cargos, procesos, protocolos, normas y reglamentos internos, sistemas de evaluación, etc., en consecuencia la introducción de una reingeniería.

### **5.1.3.3 Como mecanismo de decisión**

Para establecer el proceso en la toma de decisiones, para encontrar consonancia entre los objetivos estratégicos y los específicos de cada Departamento. Este mecanismo define el poder de tomar decisiones dentro de la Cruz Roja y la autoridad que de allí se deriva. Corresponde a la distribución del poder y la jerarquía de autoridad en la toma de decisiones, delegando responsabilidades para lograr equipos autodirigidos.

### **5.1.3.4 Como mecanismo de coordinación entre las partes**

Define cómo debe armonizar e integrar la organización a sus diferentes Departamentos en función de la división del trabajo organizacional. Mientras la

estructura básica divide el trabajo y diferencia en departamentos, el mecanismo de coordinación integra y da coherencia al todo.

Se plantea que lo adecuado para la Cruz Roja de Ibarra es que se implemente un sistema organizacional de forma horizontal departamentalizado por productos y/o servicios, con un Director responsable, bajo la autoridad de un Gerente.

Uno de los resultados que se obtendrá siguiendo este modelo es proporcionar unidades semiautónomas para operar dentro de la Cruz Roja de Ibarra.

En esta estructura la institución se diferenciará por los resultados (output) lo cual facilitará el empleo de tecnología, máquinas, equipos, conocimiento, etc. que nos permitirá intensificar los esfuerzos y la coordinación.

Como ventajas de esta propuesta están la responsabilidad del Departamento frente al producto o servicio, permitirá evaluar su desempeño mediante el éxito y la aceptación del mismo, el Director ejecutivo de cada Departamento se orientará a los aspectos principales de su producto o servicio pues esta estrategia enfatiza en costos, ganancias, programación y consideración sobre el producto, ya que pone la máxima atención y esfuerzo.

Facilitará la coordinación interdepartamental pues las actividades funcionales se volverán secundarias y estarán sujetas a los objetivos principales.

Debido a la inexistencia de un organigrama formal en la Institución, se considera que es necesario adoptar uno que sea de características simples, pero, a la vez que se ajuste a los objetivos estratégicos y líneas de intervención

planteados en la planificación. El esquema que proponemos para la Cruz Roja de Ibarra es el siguiente:

Cuadro Nro. 2

## PROPUESTA DE ORGANIGRAMA PARA LA CRUZ ROJA DE IBARRA



#### *5.1.3.4.1 Descripción del Organigrama de la Cruz Roja de Ibarra.*

**a) Junta Provincial:** Es el máximo órgano de gobierno Institucional, del cual se impartirán las políticas y los objetivos estratégicos, conformado por personalidades altruistas de reconocimiento y prestigio tanto personal como ciudadanos.

**b) Presidente:** Nombrado por la Junta Provincial, es quien la representa y transmite las decisiones tomadas hacia la Gerencia para su ejecución, supervisión y cumplimiento. El Presidente también es el nexo con las demás Filiales cantonales, miembro de la Asamblea General de la Cruz Roja Ecuatoriana, así como es el vocero institucional ante Organizaciones Gubernamentales y no Gubernamentales y la sociedad en general.

**c) Gerente:** Es quien llevará a efecto el Management o Dirección Ejecutiva ejercida en el nivel intermedio de Cruz Roja de Ibarra en el área de gestión; estará subordinado al Presidente de la Junta provincial y dirigirá a los Directores Departamentales, es decir, al área de operaciones.

Entre sus principales tareas estará la conducción de la actividad humana (motivación, liderazgo y comunicación) para conseguir los objetivos departamentales con eficacia, eficiencia y calidad.

La Gerencia tendrá dos áreas complementarias que le asisten; la secretaría y el área de contabilidad.

#### **5.1.4 PROCESOS MACRO DE ATENCIÓN**

Los productos y servicios que oferta la Cruz Roja de Ibarra deberán estar enmarcados dentro de un sistema organizativo departamental, el cual lo vemos



representado en el organigrama expuesto anteriormente, los mismos que a continuación los describimos.

**a) Departamento de Servicios Hematológicos:** Estará representado por un Director cuyo perfil será el de un profesional de la salud, con formación en administración y con alto grado de empoderamiento de los Principios humanitarios que rigen a la Cruz Roja.

Sus responsabilidades serán llevar a cabo las actividades de captación de sangre mediante donaciones, convenios interinstitucionales, etc. coordinar las campañas que para este efecto deban realizarse, asegurar la provisión y despacho de productos hemáticos seguros con estándares de calidad, oportunidad y suficiencia para enfrentar las necesidades locales, así como también las actividades de laboratorio como tipificaciones, pruebas cruzadas, VDRL, biometrías, química sanguínea.

Todos estos procesos estarán orientados hacia la satisfacción tanto de los clientes internos (tecnólogo y auxiliares) a los cuales se asegurará de brindarles la adecuada capacitación en bioseguridad y manejo de desechos biopeligrosos, relaciones humanas, servicio al cliente, y estandarizará su trabajo bajo protocolos, como al cliente externo (usuarios) a los cuales se les deberá satisfacer y superar las demandas y necesidades en forma personalizada con servicio de postventa, servicio a domicilio (clínicas y hospitales) utilizando para ello los recursos con que cuenta la institución como ambulancia y personal voluntario, porque consideramos que la sangre es un tejido vivo y debe ser tratado como tal.

Implementará, organizará y fortalecerá una base de datos con los nombres de donantes voluntarios, grupos sanguíneos, direcciones, teléfonos, donaciones

efectuadas, etc., así como un sistema de compensaciones, apertura y mantenimiento de cuentas de ahorro sanguíneo con la Policía, Ejército, Instituciones públicas y privadas a nivel cantonal y provincial.

Puesto que en la Cruz Roja de Ibarra no se dispone de un verdadero Banco de Sangre, sino de un Depósito, será la responsabilidad de su Director el seguimiento de los envíos y la recepción de productos desde la hemoteca en la ciudad de Quito.

**b) Departamento de Socorros y Operaciones en Desastres:** Estará representado por un Director cuyo perfil se ajuste a los requerimientos emitidos desde la Coordinación Nacional de Socorros y Operaciones en Desastres.

Mantendrá y fortalecerá una red organizada de atención para emergencias y desastres que brinde asistencia técnica, oportuna y de calidad en los servicios de socorro a la comunidad.

Brindará un sistema eficaz y eficiente de respuesta operativa ante emergencias o desastres, mediante el apoyo de brigadas de respuesta y Unidades Operativas Especializadas.

Tendrá a su cargo el manejo de las diferentes Unidades Operativas Especializadas con sus respectivos coordinadores. Estas Unidades Operativas son: URA (Unidad de Rescate Acuático), USBI (Unidad de Socorros en Bicicleta), URM (Unidad de Rescate en Montaña) APH (Atención Prehospitalaria)

En este Departamento se incluye:

El sistema de telecomunicaciones operativas que asegurará un enlace efectivo y permanente a nivel local (banda de 2 metros) y nacional (banda de 40 metros).

La oficina de Búsqueda: estará orientada a la reunificación familiar de población desplazada, desaparecida y emigrante como consecuencia de violencia civil tanto interna como externa.

Proyectos: será el encargado del levantamiento, formulación, ejecución y seguimiento de los mismos en áreas en las cuales la Cruz Roja de Ibarra ha visualizado vulnerabilidad y concentrará su esfuerzo para la intervención.

Logística: será encargada de la adquisición, uso, distribución y mantenimiento de equipos e insumos necesarios para las diferentes actividades de este Departamento.

Voluntariado; será el responsable del reclutamiento, capacitación, motivación, promoción, e involucrará al personal voluntario en las diferentes acciones programadas, incentivando los valores humanitarios que permitan reforzar la solidaridad, el valor de la vida, la ética, servicio a la comunidad

**c) Departamento de Salud:** Su Director será un profesional de la salud con formación de Administración en Servicios de Salud, de sólida formación humana y relaciones interpersonales positivas.

Estarán a su cargo la gestión de:

Salud Comunitaria: para mejorar las condiciones de salud de las comunidades vulnerables tanto en situaciones normales como en caso de emergencia,

fomentando las capacidades locales con una participación activa de la población beneficiaria.

La ejecución de este servicio se facilitará con el uso de una unidad móvil de atención médica-odontológica conocida como “Proyecto Guaraca “

Servicios Especiales: Se implementará un consultorio médico, odontológico, oftalmológico para la atención de consulta externa en la sede de Cruz Roja de Ibarra, destinado a satisfacer la demanda de pacientes con escasos recursos económicos, así como a personal refugiado y desplazado.

Se fortalecerá el Banco Ortopédico para el alquiler de equipos como collarines cervicales, sillas de ruedas, muletas, andadores, colchonetas antiescaras, necesarios para el proceso de recuperación de la salud a precios que nos permitan mantener la operación.

Apoyo Psicosocial; para solventar los desórdenes psicológicos causados por el entorno cada vez más conflictivo por la crisis socio-económica, violencia civil en Colombia, así como también por la desestructuración familiar causada por la masiva migración, creciente número de madres jóvenes solteras, etc.

Transporte de emergencias y de pacientes hacia y desde las diferentes casas de salud como un mecanismo de autogestión.

Servicios de imágenes (Rx y ecografía) proporcionarán estos exámenes complementarios a precio de ayuda social, puesto que se gestionará mediante proyectos la donación de estos equipos.

Farmacia Institucional para venta de medicinas genéricas, que aseguren la adquisición y el tratamiento completo para la recuperación de la salud.

Programa de medicina preventiva que incluirá detección oportuna del cáncer de cérvix, mamas y piel, desparasitación, planificación y orientación familiar.

Damas Voluntarias: se reorganizará este comité con el involucramiento de nuevas socias altamente motivadas y comprometidas con los Principios del Movimiento para brindar su apoyo en las diferentes actividades de este Departamento.

**d) Departamento de Capacitación:** Estará a cargo de un Director cuyo perfil sea el de un Administrador con experticia en relaciones públicas, humanas y marketing.

Será su responsabilidad potenciar la organización de este Departamento para lograr una adecuada combinación de niveles de conocimiento y competencias de los Voluntarios, órgano de gobierno, gestión y operaciones, como factor decisivo del fortalecimiento de la Cruz Roja de Ibarra.

Sus actividades deberán armonizar con las directrices del Instituto Superior de Capacitación de la Cruz Roja Ecuatoriana, tomando en consideración la realidad local.

- **Capacitación Interna:** Buscará la capacitación en formación básica de Cruz Roja, atención prehospitalaria y de especialidad para las Unidades Operativas así como en planeación, comunicación, gestión financiera, relaciones públicas con el personal y los voluntarios.
- **Capacitación externa:** El Director visualizará a la capacitación como un producto y/o servicio que generará rentabilidad y que además contribuirá

a la concienciación de la sociedad civil, autoridades gubernamentales, centros académicos, e intelectualidad de la provincia sobre Principios Fundamentales de la Cruz Roja, el Derecho Internacional Humanitario y a la vez fomentará la protección y buen uso del emblema de manera eficaz, eficiente y oportuna.

Se proveerá de formación en Primeros Auxilios y autocuidado, preparación para desastres, recreación a estudiantes, amas de casa, profesionales, gremios, instituciones públicas y privadas, comunidades, etc.

Este esquema de organización, así como la descripción de cargos y sus responsabilidades deberá ser socializado entre todos los niveles de Cruz Roja de Ibarra, es decir: gobierno, gestión y operaciones como una demostración de consideración en el ser humano logrando unidad de criterios en la diversidad de funciones de los distintos departamentos.

El flujo de la información en este esquema será descendente, ascendente y lateral.

- **Descendentes:** se socializará la Misión, Visión, Objetivos estratégicos, políticas, procedimientos, reglamentos, manuales de funciones, etc.
- **Ascendentes:** El flujo de la información ascendente lo constituirá los reclamos, sugerencias, informes de desempeño, sondeos de opinión tanto del cliente interno como del cliente externo a través de un buzón de sugerencias a instalarse en la sede de Cruz Roja de Ibarra.
- **Lateral u horizontal:** a través de memorandos interdepartamentales, reunión línea-staff, interacción de personal rentado y voluntarios, grupos y equipos de trabajo.

Con ello se logrará cumplir a satisfacción con una de las necesidades más apremiantes y sentidas en la Cruz Roja de Ibarra, la atomización de las tareas debido a una pobre organización y a un débil flujo de información, concluyendo que la estructura propuesta es adecuada y se ajusta a la realidad local, pero toma en cuenta las perspectivas de crecimiento futuras.

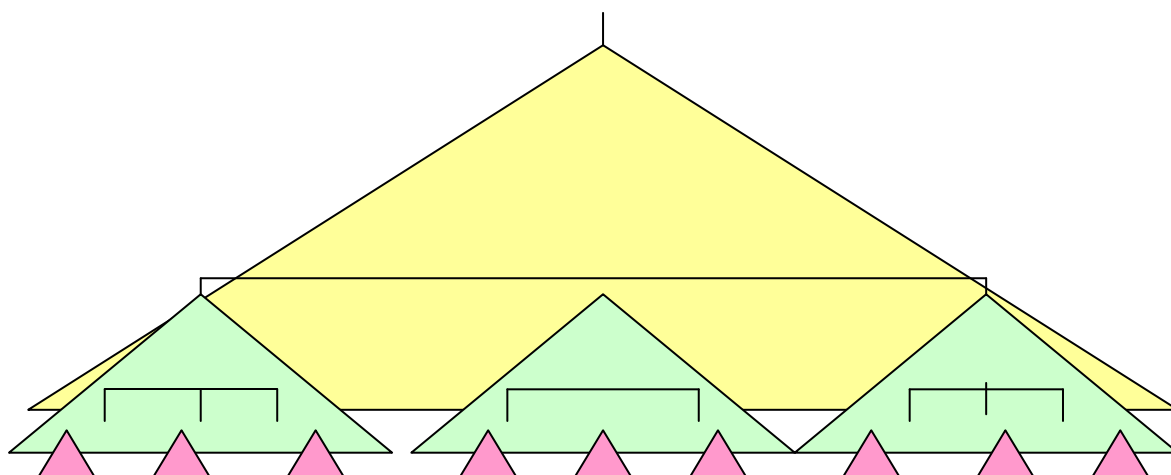
Este es un modelo de organización grupal que se superpone. Cada grupo de trabajo se vinculará al resto de la institución mediante personas que pertenecen a más de un grupo y que superponen su vinculación y su relación con más de un grupo, denominadas “eslabones de vinculación superpuesta” que unirán diferentes equipos de trabajo, lo cual proporcionarán una nueva dinámica al sistema.

En la práctica, la estructura organizacional permitirá una vinculación de grupos superpuestos, pero complementarios e integrados. En muchas ocasiones un equipo del departamento de Socorros podrá apoyar a otro del departamento de Servicios de Salud o serán parte del equipo de capacitadores, de hecho esta institución cuenta con voluntarios que perteneciendo a una Unidad Operativa de Socorros trabaja a tiempo parcial en el departamento de Servicios Hematológicos.

Una representación gráfica la encontraremos en la figura abajo expuesta:

### **Cuadro Nro. 3**

#### **Forma de organización en grupos superpuestos.**



Fuente: Administración. Proceso Administrativo. Teoría Proceso Práctica. Idalberto Chiavenato.

Se asegurará que los objetivos de la organización estén enlazados con las necesidades y expectativas de los usuarios, comunidades, y las comunicará a todos los niveles de la Cruz Roja de Ibarra, midiendo la satisfacción del cliente interno y externo, proveedores, financiadores, comunidades y la sociedad como un todo, actuando en función de los resultados.

Uno de los principales obstáculos que ha enfrentado la Cruz Roja de Ibarra es la pobre aplicación de métodos, procesos y procedimientos documentados y actualizados, en casi todos sus departamentos. Esta falta de documentación no ha permitido tener una memoria organizacional, puesto que ésta se ha concentrado en forma aislada, siendo interpretada y aplicada por cada sector a su manera y libre albedrío. En estas circunstancias ha sido muy difícil delinear parámetros de rendimiento, establecer normativas, definir metas y resultados.

Por ello, una de los principales giros que pretendemos implementar dentro de esta propuesta es implementar un sistema gerencial de procesos que se vuelva realidad en un manual de procesos de las actividades neurales de esta institución.

Se tendrán como ventajas visibles por el usuario, el recibir productos y/o servicios oportunos, eficientes y de calidad. Al cliente se le ahorrarán esfuerzos innecesarios, tramitología, pérdida de tiempo y dinero.



Así mismo se obtendrán ventajas para el personal al reducir el esfuerzo físico y mental, aumentando el grado de satisfacción en sus actividades diarias sabiendo con precisión lo que debe y no debe hacer, mejorará el clima organizacional y generará iniciativa y creatividad.

Entre las ventajas institucionales se logrará la mejora de la imagen ante clientes, empleados y voluntarios al brindar un servicio caracterizado por la cordialidad, la tolerancia y la responsabilidad, optimizará la utilización de los recursos, mejorará las interrelaciones internas y externas. En definitiva la aplicación de procesos es un factor de gran importancia para poder ser competitivos como organización de salud.

La implementación de procesos deberá ser vital en cada departamento de la Cruz Roja de Ibarra, sus Directores y Coordinadores serán los responsables junto con la Gerencia de levantar un manual por cada producto y/o servicio ofertado.

El “momento de la verdad” de la Cruz Roja de Ibarra será justamente cuando se añada un valor agregado a cada prestación, de esta manera el input será transformado positivamente cuando se proporcione oportunidad, calidez, calidad, pertinencia, logrando de esta manera productos o outputs que evidencien el mejoramiento con la intervención humanitaria de esta organización.

Es importante que toda institución que trabaja bajo procesos tenga previsto un sistema de referenciación o benchmarking, que le permita conocerse a sí mismo, conocer la competencia, definir los mejores procesos e integrarlos a la suya propia.

Para ello deberemos identificar las filiales con mayor desarrollo como Quito, Guayaquil o Cuenca, determinar la calidad de sus procesos y buscar la aplicabilidad de los mismos en Ibarra, así como también dentro de los diferentes departamentos que están trabajando internamente para determinar si se están desarrollando actividades similares con el fin de tomar lo mejor de ellas para así mejorar un departamento específico.

La comparación sistemática de los productos y/o servicios con los de la competencia como la Central de Emergencias 9-1-1, sistemas privados de Atención prehospitalaria, Ministerio de Salud pública, IESS, etc., permitirá elevar la competitividad y por ende, la calidad de los mismos.

### **5.1.5 GESTIÓN**

En la Cruz Roja de Ibarra se ha mantenido un estilo de gestión de tipo autocrático, en donde los grupos han mostrado un clima de conflictos, tensión o frustración, debido a que existe una confusión de roles entre quien debe dirigir versus entre quien ha estado manipulando el poder de decisión, ha faltado espontaneidad, iniciativa y formación de grupos de amistad. Aunque en apariencia hay conformidad con el trabajo, no han demostrado satisfacción frente a la situación de estancamiento institucional. El trabajo sólo se realizaba cuando el Presidente estaba presente físicamente o cuando existía una amenaza de por medio, las tareas se han ejecutado sin tener un objetivo, con muchos altibajos, y con pérdida de tiempo en discusiones orientadas más hacia motivos personales que hacia el trabajo en sí. Se ha notado un fuerte individualismo departamental, especialmente el de Socorros, el más fuerte de la Institución, debido a que ha sido el que tiene una estructura jerárquica y organizativa desarrollada, pero, se lo dejó realizar su trabajo sin criterios de evaluación y

acompañamiento del órgano de gobierno y de gestión, por ello, se vieron forzados a buscar su autofinanciamiento unilateral. Lo anterior expresa la problemática que se debe resolver con la propuesta de gestión.

Los problemas obligan a proponer un estilo de gestión diferente, que sea dirigido por un profesional que tenga como perfil la formación académica a nivel de Master en Gerencia de Servicios de Salud, con experiencia en el manejo y administración del talento humano, comprometido con los objetivos estratégicos del Movimiento y sus Principios, que posea gran flexibilidad para ser el responsable de las relaciones de la Cruz Roja de Ibarra y el ambiente externo, será el encargado de trazar la estrategia empresarial más adecuada para alcanzar los objetivos pretendidos, será su representante legal, sintonizará las políticas internas para que las actividades institucionales, las tareas departamentales y las operaciones se cumplan de acuerdo con lo planeado y organizado, dirigirá la organización como un todo.

La gestión que se adecua al modelo gerencial propuesto, se basa en la teoría Z, de William Ouchi, cuyo principio es eminentemente participativo, se trata de conjugar los intereses de los trabajadores con los de la Cruz Roja de Ibarra en busca de una mejor calidad en el servicio al cliente y mejores desempeños organizacionales.

#### **5.1.5.1 CARACTERÍSTICAS DE LA GESTIÓN A IMPLEMENTAR**

- a) **Participativa.-** Se tomará en cuenta el criterio del componente humano de la institución en forma crítica y constructiva
- b) **Proceso de toma de decisiones horizontal.-** En la Cruz Roja de Ibarra el proceso decisorio será totalmente delegado y desconcentrado, el órgano de gobierno definirá las políticas y objetivos estratégicos,

controlando los resultados, sólo en casos de emergencia, el Presidente y la Junta provincial tomarán decisiones y estarán sujetas a la ratificación explícita de los involucrados. El sistema de información y comunicación será fluido y en todas las direcciones como garantía para el éxito institucional, en este sentido la Cruz Roja de Ibarra realizará inversiones para fortalecer los sistemas de información básica existentes, como líneas de teléfono, fax, Internet, intercomunicadores, etc.

- c) Relaciones interpersonales flexibles y trabajo en equipo.-** En cuanto a las relaciones interpersonales, proponemos el trabajo en equipos autodirigidos fijos o ad hoc, de acuerdo a cada necesidad de las líneas de intervención. Para la conformación de estos equipos el Gerente deberá fomentar la confianza mutua, la participación, el involucramiento intenso, fomentando la autoestima del personal rentado y del voluntariado.
- d) Incentivos.-** Habrá que poner énfasis en las recompensas sociales, materiales, salariales, motivacionales, adoptando el principio de relaciones de apoyo, para ello sugerimos que el Gerente adopte metas de elevado desempeño para sí mismo y para su personal, ofreciendo lógicamente las condiciones y los medios adecuados para alcanzarlas, favorecerá crear un clima organizacional positivo, de tal manera que asegure cubrir las necesidades primarias del talento humano, (necesidades fisiológicas y de seguridad) así como oriente toda su energía para la consecución de las necesidades secundarias (Necesidades sociales, de estima, y autorrealización) (Pirámide de Maslow), pues ello redundará directamente en el tipo de servicio que la Cruz Roja de Ibarra busca para su comunidad; eficiente, eficaz y de calidad.

e) **Liderazgo.-** El Gerente deberá promover un clima organizacional positivo y ejercerá un liderazgo que influya en el personal para que ejecuten lo que deben hacer de tal manera que su estilo de comportamiento frente a sus subordinados adopte un estilo democrático y participativo, desarrollando comunicaciones espontáneas, francas y cordiales, incluso cuando él no se encuentre, ya mencionamos en párrafo anterior que buscamos equipos autodirigidos, sabemos que el personal rentado necesita ser promovido, revisado sus salarios, escuchado, acompañado y sobretodo el voluntariado necesita estar altamente inducido a la acción y lo hará inclusive con pequeños reconocimientos como entrega de escarapelas por horas de servicio, envío a cursos nacionales, internacionales, reconocimientos por escrito en forma pública, oportunidad de entrar a Unidades Operativas de especialización, entrega de uniformes que hasta la presente han sido adquiridos por los propios voluntarios, es decir, darles la valía que lícitamente les corresponde, creemos que de esta manera ellos se empoderarán institucionalmente formando un espíritu de cuerpo sólido a imagen de la clase de líder que los guía.

El líder que proponemos deberá enmarcarse en el siguiente perfil: mostrar carisma, ser un ejemplo y referente para el resto de miembros, motivador, comunicador, impulsador, poseer suficientes conocimientos técnicos, información de calidad y experiencia, ser imaginativo, diligente, esforzado, con conocimientos de la Cruz Roja a nivel nacional e internacional, ser capaz de tomar decisiones acertadamente y en forma oportuna, con predisposición hacia el cambio y la mejora continua y además deberá hacer de su trabajo una diversión, encendiendo el fuego en el corazón de sus compañeros, estableciendo el empuje necesario para eliminar el miedo.

**f) Coordinación interinstitucional.-** Deberá promover la adecuada coordinación con organizaciones tales como Ministerio de salud, ACNUR, Gobierno Provincial, Municipio de Ibarra, instituciones públicas, privadas, ONG's, filiales de la red territorial, etc. con el fin de fortalecer las alianzas y neutralizar opositores.

### **5.1.6 MONITOREO Y EVALUACIÓN**

En relación a la atención en la Cruz Roja se visualizará 3 aspectos fundamentales: establecer estándares y protocolos en cada servicio, medir el desempeño en base a lo anterior, corregir las variaciones de los estándares y ajustar los planes.

Esto está establecido en el ciclo de mejoramiento de Deming con el cual concordamos, el que se lo va a identificar con las siglas PHVA, es decir, planificar, hacer, verificar y ajustar.

Con el uso de la información en tiempo real, a través de las herramientas tecnológicas que fortalecerá la Cruz Roja de Ibarra, el Gerente obtendrá datos sobre lo que está ocurriendo mientras sucede en cada departamento, permitiendo adaptación de los controles en concordancia a los planes de acción individual de la organización.

Las actividades serán evaluadas por los indicadores previstos para el efecto, ej: costo año por funcionario, en donde el resultado es la división del valor de los gastos personales del período entre el número de funcionarios reportados en el plan de cargos.

**Costo año por funcionarios**

$$= \frac{\text{valor gastos personales en el período}}{\text{Número de funcionarios en el plan de cargos}}$$

$$\text{Costo año por funcionarios} = \frac{\$ 40136}{5} = \$ 8027.2$$

Fuente: Balance contable Cruz Roja de Ibarra. 2003

Este indicador evidenciará que cada empleada de Cruz Roja recibe como promedio anual 8027.2 dólares, es decir, 668,9 dólares mensuales.

Con este dato el Gerente podrá evaluar si los gastos en que se incurren por cada funcionario se compensan con la productividad del mismo al cruzar este indicador con otro de productividad y propondrá otras alternativas como reingeniería de personal, jubilación de empleadas con brecha generacional alta, etc.

Proponemos la implementación en Cruz Roja de Ibarra a más del anteriormente ejemplificado, otros que pueden ser de valía así:

**TABLA 56**

**INDICADORES:**

CONSULTA EXTERNA	
Número de consultas	NÚMERO DE CONSULTAS EN EL PERÍODO
Número de consultas por hora trabajadas	N° total de consultas realizadas en el período N° horas profesional trabajadas en el período
N° de consultas por hora contratada	N° total de consultas realizadas en el período N° de h. profesional contratadas en el período

<b>CONSULTA EXTERNA</b>	
Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para consulta	Fecha de asignación de cita – fecha de solicitud
Costo promedio de consulta % de rentabilidad	Costo total de consulta en el período N° total de consultas realizadas en el período  Total de ingresos por consulta en el período X 100 Costo total de consulta en el período
Índice de cumplimiento de protocolos de manejo	N° de pacientes en quienes se cumplió el protocolo de manejo de una patología en el período X 100 N° total de pacientes que consultaron por esa patología en el período
Índice de satisfacción del usuario	N° de puntos obtenidos en la encuesta respectiva para cada variable X 100 N° total de puntos posibles en la encuesta

<b>URGENCIAS</b>	
N° de pacientes atendidos	N° de pacientes atendidos en el período
% de pacientes hospitalizados	N° de hospitalizaciones generadas por urgencias en el período X 100 N° total de atenciones realizadas en el período
Tiempo promedio de permanencia en urgencias.	N° total de horas de permanencia en urgencias en período X 100 N° de pacientes en observación en el período
% de ocupación, camas de observación.	N° de camas ocupadas en el período X 100 N° de camas disponibles en el período
% de mortalidad	N° de pacientes muertos en urgencias en el período X 100 N° de pacientes atendidos en el período
Costo por medio de atención	Costo total de servicios de urgencias en el período N° total de consultas realizadas en el período
% de rentabilidad	Total ingresos por urgencias en el período X 100 Costo total de urgencias en el período



<b>LABORATORIO CLÍNICO</b>	
N° de exámenes procesados	N° de exámenes procesados en el período
N° de exámenes realizados por hora contratada	N° de exámenes realizados en el período N° de horas contratadas en el período
Ordenes no atendidas en un período determinado	N° total de exámenes que esperan más de n horas para en procesamiento X 100 N° total de exámenes que se procesan en el período
Costo promedio de examen	Costo total servicio de laboratorio en el periodo N° total de exámenes procesados en el período
% de rentabilidad	Total ingresos por laboratorio en el período X 100 Costo total de laboratorio en el período

<b>BANCO DE SANGRE</b>	
N° de transfusiones efectivas realizadas	N° de unidades de sangre y derivados vendidos
N° de donantes captados	N° de donantes recibidos en el período
Costo promedio de unidades de sangre o derivados	Costo total de servicio de banco de Sangre en el período N° total de unidades de sangre o derivados producidos en el período
% de rentabilidad	Total ingresos por banco de sangre en el período X 100 Costo total de banco de sangre en el período

<b>RECURSOS HUMANOS</b>	
% de retiros o ingresos	N° de personas retiradas en el período X 100 N° de personas vinculadas
% de ausentismo	N° de horas ausentismo por causa en el periodo X 100

<b>RECURSOS HUMANOS</b>	
	N° total de horas contratadas en el período
% de ausentismo no reemplazado	N° de horas ausentismo no reemplazado en el período N° total de horas ausentismo en el período
Nivel de satisfacción respecto al salario	Total puntos obtenidos respecto a satisfacción salarial en encuesta Total puntos posibles respecto a satisfacción salarial en la encuesta
Nivel de satisfacción	Total puntos obtenidos respecto a cada criterio en encuesta Total puntos posibles respecto a cada criterio en la encuesta
Índice de capacitación	Total horas de capacitación en el período Total horas contratadas en el período
% prestacional	X 100 Valor total salarios
% de participación del costo de recursos	Costo recursos humanos en el periodo total del servicio X 100 Costo total en el período
Composición del costo de recurso humano	Costo de cada uno de los componentes en el período X 100 Costo total recurso humano en el período
% de distribución de áreas	N° de personas por área específica en el período N° total de personas vinculadas en el período
% de accidentes de trabajo y enfermedad profesional	N° de accidentes de trabajo en el período X100 N° total de personas vinculadas en el período
% de accidentes de trabajo y enfermedad profesional	N° de accidentes de trabajo en el período X100 N° de personas que laboran en el período
Índice de la frecuencia de accidentes de trabajo	N° de accidentes de trabajo en el período N° de horas contratadas en el período
Índice de frecuencia de enfermedad profesional	N° de incapacidades por enfermedad en el periodo N° de horas trabajadas en el período
Promedio de antigüedad laboral	Total de años de trabajo d los trabajadores

RECURSOS HUMANOS	
	N° de trabajadores vinculados
Composición del recurso humano por profesión, sexo, edad	N° total de trabajadores por profesión, edad, o sexo N° de trabajadores vinculados

SUMINISTROS	
Índice de rotación	Valor de salidas en el período Valor inventario promedio en el período
Índice de recursos inmovilizados	Costo total de unidades sin movimiento en el período Costo total de inventario en el período
% de ejecución programa de suministros	Valor consumos en el período X 100 Valor consumo presupuestado en el período
% de diferencia en inventario	Costo de productos con diferencia en período X 100 Costo total de productos en inventario en el período
% de cumplimiento de las entregas	Ordenes de compra entregada dentro del plazo establecido en el período X 100 Total ordenes de compra del período
% de ejecución presupuesto de compras	Valor de compras ejecutadas período X100 Valor de compras pr4esupuestadas del período
% de satisfacción de la demanda	N° de artículos despachados período X 100 N° de artículos solicitados en el período
Índice de rentabilidad de suministros	Valor de los artículos facturados en el período a precio de venta X 100 Valor de artículos despachados En el período a precio de compra
Proporción de artículos facturados	Valor de artículos provenientes de botiquines facturados a precio de compra en el período X 100 Valor de artículos despachados a los botiquines a precio de compra en el período

FINANCIEROS	
Razón corriente	Activo corriente en el período

<b>FINANCIEROS</b>	
	Pasivo corriente en el período
Capital de trabajo	Activo corriente en el período - Pasivo corriente en el periodo actual
Variación porcentual en el capital de trabajo	Capital de trabajo período anterior X 100 Capital de trabajo período anterior
Prueba ácida	Activo corriente – Inventario en el período Pasivo corriente en el período
Liquidez general	Total activo en el período Total pasivo en el período
Nivel de entendimiento	Total pasivo en el período Total activo en el período
Nivel de endeudamiento con terceros	Total pasivos con terceros en el período Total activo en el período
Nivel de endeudamiento laboral	Total obligaciones laborales en el periodo Total activo en el período
Concentración de endeudamiento	Pasivo corriente en el período Total pasivo en el período
Indicadores de apalancamiento	Total pasivo en el período Patrimonio en el período
Rotación de cartera	Ingreso promedio por venta de serv. En el p. Cuentas por cobrar promedio
Días rotación de cartera	Total días del período Rotación de cartera en el período
Rotación de inventarios	Costo de ventas promedio en el período Inventario promedio en el período
Días rotación de inventario	Total días del período Rotación de inventario del período
Margen operacional ( de utilidad)	Resultado operacional en el período Ingresos por venta de servicios en el período
Variación en ejecución presupuestal presupuesto de gastos para el período	Valor ejecución presupuesto de gastos en el periodo X 100 Presupuesto de gastos para el período
Vencimiento de cuentas por cobrar por edades	Valor de cuentas por edad en el per. X 100 Valor total cuentas por C. En el per.
Composición porcentual de los ingresos	Valor de ingresos por fuente en el períodox100 Valor ingresos al inventario en el período
Variación valor inventarios de ingreso de activos	Valor ingresos al inventario por periodo x 100

FINANCIEROS	
	Valor inventario en el período anterior

Fuente: Indicadores de atención – Cruz Roja Ecuatoriana

Elaborado: Autores

Estos indicadores son la base de las diferentes evaluaciones mismas que estarán orientadas e implementadas de una forma unificada realizando juntas periódicas con los responsables de cada departamento para evaluar su desempeño y también la gestión gerencial, operativa y los ajustes pertinentes ej: garantizar que el flujo financiero esté adecuado y a tiempo, que los recursos acompañen a la planificación de cada servicio, en sincronía con el cronograma, si estos datos nos dan una lectura de transparencia ante la comunidad y los posibles financiadores de proyectos, etc. **(ver anexo de técnica de Diagnóstico de Gestión Gerencial)**

El gerente deberá implementar un sistema de auditoría interna y por lo menos una auditoría externa anual.

#### **5.1.6.1 Monitoreo y evaluación para la Gerencia**

Para la Gerencia el enfoque basado en datos precisos y confiables facilitará tomar decisiones cotidianas o estratégicas de doble vía, se usarán herramientas como análisis de los antecedentes, registros bien llevados, estadística (porcentajes, curvas de función, histogramas, promedios, desviaciones estándar, cartillas de control, etc.) que deberán ser socializadas para que el conjunto de el talento humano pueda visualizar el avance de su accionar, (diagrama de Gantt).

En los proyectos a ejecutarse en los distintos departamentos será imprescindible utilizar varias técnicas de monitoreo y evaluación como grado

de impacto, costo- beneficio, evaluación y revisión de programas (PERT), etc.

La información que hemos indicado anteriormente descendente, ascendente y horizontal será monitoreada y evaluada con el fin de que no presente nodos conflictivos, sino que fluya de forma simple, con formatos estandarizados, a fin de que el gerente la pueda receptar, procesar, modificar o ajustar de acuerdo a cada necesidad.

Es imprescindible precisar que el monitoreo será continuo en cada actividad que los departamentos realicen y será obligación de sus responsables ir midiendo el avance, sus problemas y posibles soluciones a efecto de trastocar lo que sea considerado como un problema para buscar la solución que se adapte dinámicamente a la demanda.

El gerente fundamentará el mejoramiento continuo con la aplicación del llamado círculo de calidad, que no es otra cosa que grupos de personas de la misma área organizacional que se reúnen periódicamente para solucionar problemas que suceden en los proyectos, actividades, programas, eventos, etc.

Precisaremos que el monitoreo y la evaluación, reconocidos como entidades permanentes en el ciclo de una organización serán pertinentes para que Gerente pueda disponer de una carta de navegación organizacional que le permita realizar cambios de timón precisos, oportunos, y con visión futura para asegurar que la Cruz Roja de Ibarra lidere y brinde la prestación de sus productos y/o servicios a favor de la población vulnerable.

Será de valía contar con un acompañamiento nacional y de acuerdo a las circunstancias internacional para que evalúen, modifiquen y nutran las

actividades de los distintos departamentos a efectos de estar bajo las normativas que el Movimiento promulga para cada una de las líneas de intervención realizadas y que el gerente no pierda de vista la trascendencia que su acción implica para el Movimiento.

## **5.2 ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN**

El Modelo Gerencial en la Cruz Roja de Ibarra es una necesidad por los problemas que ya analizamos anteriormente, por lo tanto el aporte de esta investigación está orientado a prever la estrategia de implementación que se describe, no como procesos secuenciales, sino que en algunos casos son simultáneos y complementarios.

### **5.2.1 ESTRATEGIA DE CAMBIO ORGANIZACIONAL**

- Información intrainstitucional y sensibilización al cambio.
- Fortalecimiento de las capacidades y potencialidades de los recursos humanos técnicos y gerenciales
- Empoderamiento de los Actores
- Cambio o creación de normas o estándares, protocolos de la Cruz Roja para construir de manera progresiva, priorizando los Departamentos que tengan mayor problemática
- Complementación de recursos tecnológicos

### **5.2.2 FORTALECIMIENTO DE LOS RECURSOS FINANCIEROS**

- Movilización del financiamiento
- Análisis de las brechas de financiamiento
- Buscar fuentes alternativas de financiamiento
- Fortalecimiento de sistemas contables – financieros

### 5.2.3 COORDINACIÓN INTERAGENCIAL

- Coordinación Nacional e Internacional en relación a los productos y/o servicios que oferta la Cruz Roja de Ibarra.
- Buscar aliados estratégicos para consolidar convenios, proyectos que nos beneficien mutuamente, como Gobiernos Provinciales, Municipios, ONG's, Comando Provincial de la Fuerzas Armadas, Policía, Cuerpo de Bomberos, Central de Emergencias 911, Hospitales y Clínicas Privadas.

### 5.2.4 FORMALIZACIÓN DE LA PROPUESTA DE CAMBIO

- Lograr acuerdo de la Junta
- Lograr la aceptación o reforma de Leyes, Estatutos, Reglamentos

### 5.2.5 SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

- Construir un sistema evaluativo de impacto

## 5.3 CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO

Para la implementación, se establecen un cronograma y un presupuesto con las estrategias de aplicación que describimos a continuación:

TABLA 57

### CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO

Nr.	ACTIVIDAD	RESULTADO	MEDIO	TIEMPO	COSTO
1	Estrategia de cambio organizacional				
1.1	Socialización y motivación	Personal informado y motivado	4 Talleres	1 mes	120.00
1.2	Capacitación	Talento Humano capacitado	1 Diplomado	6 meses	2.500.00
1.3	Formulación e implementación	Protocolos y	4 Talleres	2 meses	240.00



Nr.	ACTIVIDAD	RESULTADO	MEDIO	TIEMPO	COSTO
	de manual de normas, protocolos y estándares	estándares elaborados e implementados			
1.4	Complementación de Recursos Tecnológicos.	Institución optimizada tecnológicamente.	Cambio de plataforma tecnológica	2 meses	12.000.00
1.5	Reingeniería	Renovación de Personal	Asesoría laboral	3 meses	40.000.00
1.6	Infraestructura	Fortalecimiento Institucional	Actividades de Ingeniería	3 meses	10.000.00
2.	Fortalecimiento de recursos financieros				
2.1	Negociación de cartera de proyectos	Proyectos financiados	Asesoría en Planificación y Proyectos	3 meses	2.000.00
2.2	Movilización de alternativas de financiamiento	Base financiera diversificada	Plan de Marketing	2 meses	2.000.00
3.	Coordinación Interagencial	Alianza, convenios, proyectos	Reuniones	1 mes	
4.	Formalización de la propuesta de cambio	Acuerdos	Reuniones	1 mes	500.00
5	Sistema de Monitoreo y evaluación				
5.1	Monitoreo y Evaluación de los avances de la Propuesta.	Eficacia, eficiencia de procesos y resultados	Indicadores de atención, gerencia y recursos	1 año	5.000.00
5.2	Investigación anual /Evaluación del cambio	Grado e avances, limitaciones y perspectivas	Documento Estratégico	3 meses	2.000.00
TOTAL:					76.360.00

## **CAPITULO 6**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **6.1 CONCLUSIONES**

##### **6.1.1 DEL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL**

- La Cruz Roja de Ibarra, no disponía de un diagnóstico basal de la atención y la gestión, que le permitiera ser el punto de partida para emprender los cambios que garanticen la calidad en las prestaciones con eficacia y eficiencia, por esta razón se define como primera prioridad.
- El segmento de mercado cubierto hasta la actualidad es la población de la Provincia de Imbabura, principalmente la del cantón Ibarra; lo conforma en un porcentaje mayor un grupo etéreo entre los 14 y 30 años de edad, de ingresos económicos medio y medio-bajo, con un nivel de educación media. Es importante señalar que también se incluyen las instituciones de salud públicas y privadas, empresas, organizaciones deportivas, estudiantiles, gremiales y beneficiarios especiales como lo son los refugiados colombianos.
- No existe una adecuada gerencia basada en procesos de planificación, organización, gestión, monitoreo y evaluación, que tomen en cuenta la oferta y la demanda, para formular un modelo de administración gerencial, lo que indica las brechas en eficiencia, eficacia y calidad que se deberán desarrollar en un futuro, y para lo cual se diseña la propuesta gerencial.
- Los procesos organizacionales son incipientes, con comunicaciones tanto internas como externas débiles, sin articulación de los servicios,

el organigrama existente no responde a los requerimientos de una organización moderna y dinámica.

- La socialización de la política institucional, la visión, la misión, los objetivos estratégicos están en su fase inicial.
- La Cruz Roja de Ibarra no se maneja bajo un manual de procedimientos, protocolos, indicadores, fuentes de verificación, ni estandarización de los mismos, por lo tanto, el monitoreo y la evaluación del desempeño se tornan difíciles de medir, dificultando la retroalimentación y la adecuada toma de decisiones.
- La gestión y toma de decisiones se encuentran focalizadas en pocas personas, con experticias desiguales que favorecen una atomización de actividades y generan desconcierto y malestar en los distintos departamentos que provocan un clima organizacional inadecuado.
- No existe un sistema de información y rendimiento que proporcione cuentas claras, coherentes, confiables y articuladas.
- El liderazgo mantenido no ha trascendido ni en el personal ni en las actividades, se lo conceptualizaría como dejar hacer y dejar pasar.
- Se ha perdido espacio en Atención Prehospitalaria al no contar con un chofer de planta ni ambulancia para este propósito.
- La coordinación interinstitucional en lo que respecta a la atención prehospitalaria ha sido muy elemental, debido al celo institucional de la Central de Emergencias 9-1-1 y del cuerpo de Bomberos.
- El monopolio por la venta de productos hematológicos no han recibido la importancia debida y por lo tanto, no se ha aprovechado esta fortaleza como se debería
- Esta Institución tiene posibilidades de crecimiento cierto por su infraestructura que supera los requerimientos actuales.

- La Cruz Roja de Ibarra goza de un reconocimiento ciudadano de trayectoria que le ha permitido mantenerse en la memoria ciudadana.
- Posee un voluntariado comprometido y adecuadamente capacitado que constituye una de sus principales fortalezas, el cual no ha sido aprovechado en debida forma.
- Las Unidades Operativas de especialidad cuentan con el respaldo y felicitación ciudadana.
- Todavía se cuenta con la confiabilidad del cliente externo, y esto constituye un pilar fundamental que deberá ser potencializado.
- No se toma en cuenta la calidad en las prestaciones de los servicios que oferta.
- Existe una brecha generacional alta en el personal rentado, el mismo que genera resistencia al cambio.
- La utilización de la imagen institucional positiva a fin de lograr alianzas estratégicas de importancia ha sido muy puntual.
- En cuanto al a información financiera, esta no se ha beneficiado de los adelantos tecnológicos que le permitan ser oportuna, confiable y una herramienta en la planificación,
- Debido a un gasto corriente excesivo, la Cruz Roja de Ibarra no dispone de un equilibrio financiero adecuado que le permita mantener sus actividades básicas y peor aun buscar la extensión de las mismas.
- Los proyectos presentados todavía son insuficientes ante la demanda existente.

### **6.1.2 DE LA PROPUESTA DEL MODELO GERENCIAL**

- Implementar un nuevo modelo gerencial para la Cruz Roja de Ibarra, que partiendo de un diagnóstico basal, contemple una adecuada planificación, organización, gestión, monitoreo y evaluación,

permitiéndole desarrollarse como una empresa social al brindar productos y/o servicios en forma eficiente, eficaz, con calidad y sustentabilidad financiera, enfocada tanto al cliente interno, como al externo y que se enmarque en los Principios Fundamentales del Movimiento Internacional de la Cruz Roja.

Como parte del mercado este segmento podrá ser ampliado en el futuro con la aplicación de este modelo gerencial y lo constituirá, a más de los anteriormente nombrados, la población urbano-marginal de la ciudad de Ibarra, las Unidades Operativas cantonales la Cruz Roja de la provincia de Imbabura como parte de la red provincial y los habitantes de la Cuenca baja del Río Mira, en concordancia con el II Plan Nacional de Desarrollo.

### **6.1.3 DE LAS ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN**

Para la implementación es necesario:

- Favorecer el crecimiento y desarrollo mediante la implementación de un sistema y clima organizacionales basado en las comunicaciones multidireccionales con enfoque en el desempeño, mejorando la satisfacción de los trabajadores, voluntarios, motivándolos permanentemente.
- Capacitación en todos los niveles, gobierno, gestión y operaciones a fin de mejorar el plus institucional, y extenderlo a otros cantones de la red provincial.
- Optimizar y modernizar la infraestructura y sus espacios.
- Aprovechar la imagen positiva obtenida para lograr financiamiento local, nacional e internacional en forma sostenida, lo que redundará en la factibilidad de desarrollo institucional y de servicio.
- Realizar una reingeniería del personal.
- Implementar un sistema de gestión de la calidad.

- Retribuir la confianza de los usuarios con proyectos que beneficien a las comunidades más vulnerables.
- Implementar un plan de marketing, fortaleciendo la imagen de marca institucional en los medios de comunicación.

## **6.2 RECOMENDACIONES**

- Formular proyectos con el apoyo técnico nacional amparados en los ejes estratégicos.
- Lograr alianzas estratégicas de importancia, se sugiere con Gobiernos Provinciales, Municipios, ONG's, Policía, Fuerzas Armadas, Hospitales, y clínicas Privadas.
- Recomendamos que una vez fortalecida la sede provincial, se extienda este crecimiento a la red cantonal de la provincia.
- Fortalecer y extender los servicios de las Unidades Operativas de especialidad.
- Aumentar la oferta de servicios al proporcionar asistencia en farmacia, laboratorio clínico, imagenología, consulta médica, odontológica, oftalmológica y atención prehospitalaria.
- Lograr que los organismos de socorro realicen la sectorización de la ciudad para atención de emergencias.
- Fortalecer, reclutar, involucrar y empoderar a más voluntarios para esta organización.
- Potenciar el monopolio de sangre a nivel provincial con una red de servicios en las distintas filiales cantonales.
- Elaborar un manual de procesos, protocolos y su debida estandarización, dentro de un modelo gerencial propuesto, con delegación de responsabilidad y eficiente monitoreo y evaluación.
- Lograr acercamiento con la competencia para determinar una correcta segmentación de mercados, con lo cual lograríamos una

complementaridad del servicio y evitaríamos duplicidad de acciones y gasto de recursos.

- Lograr el posicionamiento institucional debido, para constituirse en un polo de referencia nacional que pueda adoptar nuestro modelo de Gerencia, mediante pasantías de personal de otras filiales para socializar la experiencia del modelo gerencial en la Cruz Roja de Ibarra, así como también a través de la difusión de los objetivos logrados en la revista institucional que circula en la red territorial.

## ANEXOS:

### ANEXO 1

#### INSTRUMENTOS DE INFORMACIÓN

ENCUESTA DIRIGIDA A USUARIOS DE SERVICIOS DE LA  
CRUZ ROJA DE IBARRA.

CLASE DE USUARIO: ALQUILER DE EQUIPOS ORTOPÉDICOS

U-3

Estimado cliente: Estamos realizando un sondeo para verificar la calidad de los servicios que estamos prestando a usted y a los demás clientes. Le solicitamos nos ayude a mejorarlos dándonos su opinión y

contestando a las siguientes preguntas:

#### 1. DATOS PERSONALES:

1.1. Sexo

1.2. Edad

1.3. Instrucción:

Analfabeto	
Primaria	
Secundaria	
Superior	

1.4. Dirección:

Provincia
CANTÓN
Parroquia
Barrio

1.5. Actividad a la que se dedica:

#### 2. CALIDAD DE SERVICIOS

2.1. Tipo de equipo que ha solicitado:

Silla de ruedas	<input type="text"/>
Bastón	<input type="text"/>
Muletas	<input type="text"/>



- Otros
- 2.2. Lo ha encontrado en existencia y ha recibido atención inmediata?  Si  
 No
- 2.3. Lo ha recibido en buenas condiciones:  Si  
 No
- 2.4. El equipo es:
- |                              |                          |
|------------------------------|--------------------------|
| Nuevo                        | <input type="checkbox"/> |
| Medianamente nuevo pero útil | <input type="checkbox"/> |
| Viejo                        | <input type="checkbox"/> |
- 2.5. El costo del alquiler es:
- |             |                          |
|-------------|--------------------------|
| Barato      | <input type="checkbox"/> |
| No muy caro | <input type="checkbox"/> |
| Caro        | <input type="checkbox"/> |
- 2.6. Las garantías que le han pedido son aceptables?  Si  
 No
- 2.7. Ha sido atendido amablemente por la persona a cargo de este trabajo?  
 Si  
 No
- 2.8. Le han explicado claramente sobre el uso y condiciones del alquiler?  
 Si  
 No
- 2.10. Está claro sobre responsabilidades por daño, pérdida o incumplimiento de pago?  
 Si  
 No
- 2.11. Ha solucionado su problema con el alquiler de este equipo?  
 Si  
 No

2.12. Le parece más práctico que comprarlo?

si
No

2.13. Ha utilizado otros servicios de la Cruz Roja?

Si
No

2.14. Volverá a utilizar nuestros servicios?

Si
No

Proponga algunas sugerencia que nos permitan mejorar nuestro  
2.15. servicio:


Fecha:      Día  
                 Mes  
                 Año

Firma del encuestador

**ENCUESTA DIRIGIDA A USUARIOS DE SERVICIOS DE LA  
CRUZ ROJA DE IBARRA.**

**CLASE DE USUARIO: TIPIFICACIÓN DE SANGRE**

U-4

**Estimado cliente: Estamos realizando un sondeo para verificar la calidad de los servicios que estamos prestando a usted y a los demás clientes. Le solicitamos nos ayude a mejorarlos dándonos su opinión y**

**contestando a las siguientes preguntas:**

**1. DATOS PERSONALES:**

1.1. Sexo 

Masculino		Femenino	
-----------	--	----------	--

1.2. Edad 

0 a 10	11 a 15	16 a 20	21 a 30	31 a 40	40 a 50	50 o +
--------	---------	---------	---------	---------	---------	--------

1.3. Instrucción: 

Analfabeto	
Primaria	
Secundaria	
Superior	

1.4. Dirección: 

Provincia
CANTÓN
Parroquia
Barrio

1.5. Actividad a la que se dedica:

**2. CALIDAD DE SERVICIOS**

2.1. Es la primera vez que utiliza los servicios de la Cruz Roja de Ibarra?

si
No

2.2. Ha recibido atención inmediata y rápida?

si
no

2.3. Los resultados los ha recibido inmediatamente?

Si
No

2.4. El documento en el que constan los resultados es de su agrado?

Si
No

2.5. La atención recibida ha solucionado su problema?

Si
No

2.6. El costo fue:

Normal  
medio caro  
caro


2.7. Le atendieron con amabilidad:

si
no

2.8. La información que requería fue

Clara  
Algo confusa  
Confusa


2.9. Qué le preocupa más:

El pinchazo

Que se infecte el dedo?

Que le puedan transmitir alguna enfermedad por la aguja?


2.6. Cómo le atendieron:

Bien  
No muy bien  
Mal.


2.7. El lugar donde le extrajeron la muestra es:

Limpio  
No muy limpio  
Nada limpio


2.8. La persona que le extrajo la muestra le atendió:

Con amabilidad y cortesía

Con indiferencia

Le trató mal


2.9. La persona que le atendió: uso ropa e instrumentales:

Limpios

No muy limpios

Sucios


2.10. La sala y el ambiente en donde hizo la donación estuvieron:

Adecuados y limpios

No muy adecuados

Nada adecuados


2.11. Por la forma como ha sido atendido, volverá otra vez?

Si
No

2.12. Proponga algunas sugerencia que nos permitan mejorar nuestro servicio:


Fecha:      Día  
                  Mes  
                  Año

Firma del encuestador

**ENCUESTA DIRIGIDA A USUARIOS DE SERVICIOS DE LA  
CRUZ ROJA DE IBARRA.**

**CLASE DE USUARIO: ATENCIÓN ODONTOLÓGICA, MEDICA Y PSICOLÓGICA**

**U-5**

**Estimado cliente: Estamos realizando un sondeo para verificar la calidad de los servicios que estamos prestando a usted y a los demás clientes. Le solicitamos nos ayude a mejorarlos dándonos su opinión y**

**contestando a las siguientes preguntas:**

**1. DATOS PERSONALES:**

1.1. Sexo 

Masculino		Femenino	
-----------	--	----------	--

1.2. Edad 

0 a 10	11 a 15	16 a 20	21 a 30	31 a 40	40 a 50
50 o +					

1.3. Instrucción: 

Analfabeto	
Primaria	
Secundaria	
Superior	

1.4. Dirección: 

Provincia
Cantón
Parroquia
Barrio

1.5. Actividad a la que se dedica: 

--

**2. CALIDAD DE SERVICIOS**

2.1. Clase de servicio 

Odontológica	
Médica	
Sicológica	

2.2. Veces que ha recibido atención: 

1 vez	
2 veces	
3 o más	

2.3. Cómo se sintió después del examen:

Bien  
No muy bien  
Mal


2.4. Cómo le atendieron:

Bien  
No muy bien  
Mal.


2.5. Mejoró su tranquilidad y seguridad por las explicaciones recibidas?

Si
No

2.6. El lugar donde recibió la atención es?

Limpio  
No muy limpio  
Nada limpio


2.7. La persona que le realizó el examen le atendió con:

Con amabilidad y cortesía  
Con indiferencia  
Le trató mal


2.8. La persona que le atendió: uso ropa e instrumentales:

Limpios  
No muy limpios  
Sucios


2.9. La sala y el ambiente en donde hizo la donación estuvieron:

Adecuados y limpios  
No muy adecuados  
Nada adecuados


2.10. Por la forma como ha sido atendido, volverá otra vez?

Si
----

No
----

2.11. Proponga algunas sugerencia que nos permitan mejorar nuestro servicio:


Fecha:      Día

            Mes

            Año

Firma del encuestador

**ENCUESTA DIRIGIDA A USUARIOS DE SERVICIOS DE LA  
CRUZ ROJA DE IBARRA.**

**CLASE DE USUARIO: CAPACITACIÓN**

U-6
-----

**Estimado cliente: Estamos realizando un sondeo para verificar la calidad de los servicios que estamos prestando a usted y a los demás clientes. Le solicitamos nos ayude a mejorarlos dándonos su opinión y**

**contestando a las siguientes preguntas:**

**1. DATOS PERSONALES E INSTITUCIONALES:**

1.1. Sexo

Masculino		Femenino	
-----------	--	----------	--

1.2. Edad:

--

1.3. Instrucción:

Primaria

Secundaria

Superior


1.4. Dirección:

Provincia
Cantón
Parroquia
Barrio



1.5. Nombre del establecimiento o institución.

--

1.6 Clase:

Privada


Pública

## 2. CALIDAD DE SERVICIOS

2.1. Clase de curso recibido

--

2.2. Número de personas beneficiarias

--

2.3. Califíque la importancia de este curso para los beneficiarios

Muy importante

Medianamente importante

Nada importante


2.4. El curso dictado fue claro y didáctico?

Si
No

2.5. Práctico y aplicable?

Si
No

2.6. Participación de los asistentes:

Pasiva

Activa


2.7. Se han obtenido resultados prácticos para su institución:

Si
No

2.8. Recomendaría estos cursos a otras instituciones o personas?

Si
No

2.9. Otros cursos que desearía recibir:

Primeros auxilios

Atención en desastres

Rescate

Rescate acuático


2.10 Qué recomendaciones haría para que mejoren los cursos:


Fecha:

Día

Mes

Año

Firma del encuestador

**ENCUESTA DE SONDEO DE CALIDAD DE SERVICIOS DE LA  
CRUZ ROJA DE IBARRA.  
DIRIGIDA A EMPLEADOS Y TRABAJADORES**

**P-1**

**Estimado compañero: estamos realizando un sondeo para verificar la calidad de los servicios que estamos prestando a nuestros clientes. Le solicitamos nos ayude a mejorarlos dándonos su opinión y**

**contestando a las siguientes preguntas:**

**1. DATOS PERSONALES E INSTITUCIONALES:**

1.1. Sexo 

Masculino		Femenino	
-----------	--	----------	--

1.2. Edad:

1.3. Instrucción:

Primaria	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
Secundaria	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
Superior	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>

1.4. Dirección:

Provincia
CANTÓN
Parroquia
Barrio

1.5. Función que desempeña:

1.6. Años de servicio:

**2. CALIDAD DE SERVICIOS**

2.1. Se siente satisfecho en la institución en la que trabaja?

2.2. El ambiente de trabajo es:

Bueno	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
No muy bueno	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
No me gusta	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>

2.3. Estoy satisfecho con mi horario?

Si
No

2.4. Su remuneración está acorde con sus aspiraciones?

Si  
Medianamente  
No


2.5. Ha mejorado su remuneración últimamente:

Si
No

2.6. Las autoridades y jefes en su trabajo son:

Cordiales  
Le apoyan  
Son impositivos  
negativos


2.7. Ha recibido capacitación:

Si
No

2.8. Nombre un área en la que necesita capacitación

--

2.9. El trato con sus compañeros de trabajo es:

Cordial  
Le apoyan  
Son amables  
Negativos  
Problemáticos  
Se siente bien


2.10. El trato con los usuarios es:

Cordial  
Fácil  
Son problemáticos  
No le gusta tratar con usuarios


2.11. En su trabajo:

Se siente realizado como persona  
Lo hace solamente por su sueldo  
Le gustaría trabajar en otra parte


2.12. Nombre tres cosas que debería mejorar en su trato con clientes:


2.13. Qué debería hacer para mejorar la imagen y los servicios de su institución:


2.14. Conoce los reglamentos, obligaciones y responsabilidades propias de su trabajo?

Si
No

2.15. Los pone en práctica en un:

100%  
80%  
50%  
-50%

2.16. Cuáles son sus expectativas en el futuro?


2.17. Sugerencias personales para mejorar a su institución?


Fecha:   Día  
          Mes  
          Año

Firma del encuestador

**ENCUESTA DIRIGIDA A VOLUNTARIOS DE SONDEO DE CALIDAD DE SERVICIOS DE LA CRUZ ROJA DE IBARRA.**

**P-2**

**Estimado voluntario: Estamos realizando un sondeo para verificar la calidad de los servicios que estamos prestando a usted y a los demás clientes. Le solicitamos nos ayude a mejorarlos dándonos su opinión y**

**contestando a las siguientes preguntas:**

**1. DATOS PERSONALES E INSTITUCIONALES:**

1.1. Sexo 

Masculino		Femenino	
-----------	--	----------	--

1.2. Edad:

1.3. Instrucción:

Primaria	<input type="checkbox"/>
Secundaria	<input type="checkbox"/>
Superior	<input type="checkbox"/>

1.4. Dirección:

Provincia
Cantón
Parroquia
Barrio

1.5. Función que desempeña:

1.6. Años de voluntariado:

**2. CALIDAD DE SERVICIOS**

2.1. Se siente orgulloso y motivado para trabajar en la Cruz Roja?

Si
No

2.2. Qué es para usted el voluntariado:

Una novelería	<input type="checkbox"/>
Una aventura	<input type="checkbox"/>
Una experiencia agradable	<input type="checkbox"/>
Un servicio a los demás	<input type="checkbox"/>

2.3. Esta experiencia será útil en su vida?

Si
No

2.4. Nombre tres aspectos en los que esta experiencia será útil:


2.5. Qué espera de la Cruz Roja en el futuro?

--

2.6. Cuánto tiempo más espera estar en esta institución como voluntario?

Dejar ya

1 año

2 años

Indefinidamente


2.7. Invitará a otras personas para que se unan al voluntariado?

Si
No

2.8. Motivará a sus familiares o hijos en caso de tenerlos, para que hagan lo mismo?

Si
No

2.9. Cree que la Cruz Roja llena sus expectativas a las que dedica su esfuerzo?

Si
No

2.10. Cómo es su relación con los jefes inmediatos:

Buena

No muy buena

Mala


2.11. Cómo es su relación con sus compañeros de voluntariado?

Buena

No muy buena

Mala


2.12. Cómo es la relación con las personas que se benefician de su trabajo?

Buena

No muy buena

Mala


2.13. Sugerencias a su Institución para que mejore su trabajo:

Sugerencias personales para mejorar a su institución?


Fecha:    Día  
          Mes  
          Año

Firma del encuestador





**MATRIZ DE VACIAMIENTO DE DATOS**

**NRO.**

: \_\_\_\_\_

**TEMA:**

\_\_\_\_\_

**FECHA:**

\_\_\_\_\_

**NOMBRE:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**OCUPACIÓN:**

\_\_\_\_\_

**RESULTADOS:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del Encuestado

Firma del Encuestador

## **ANEXO 2**

### **DEFINICIONES DE LAS DIMENSIONES DEL DESEMPEÑO:**

#### **Hacer lo correcto.**

- La eficacia del procedimiento o tratamiento en relación a la condición del paciente:
  - El grado al que la atención/intervención para el paciente ha demostrado lograr el resultado deseado/programado.
- La adecuación de una prueba, procedimiento, o servicio específico para satisfacer las necesidades del paciente:
  - El grado al que la atención/intervención proporcionada es relevante a las necesidades clínicas del paciente, valor nivel actual de conocimientos.
- La disponibilidad de una prueba, procedimiento, tratamiento o servicio para el paciente que lo necesita:
  - El grado al que la atención/intervención adecuada está disponible para satisfacer las necesidades del paciente.
- La puntualidad con que una prueba, procedimiento, tratamiento o servicio necesario es proporcionado al paciente:
  - El grado al que se proporciona la atención al paciente en el momento más beneficioso o necesario.
- La efectividad con que las pruebas, procedimientos, tratamientos y servicios son proporcionados:
  - El grado al que la atención/intervención para el paciente es coordinada entre los médicos, instituciones y con el tiempo.
- La seguridad del paciente (y otros) a quienes se proporciona en los servicios:
  - El grado al que el riesgo de una intervención y el riesgo en el entorno son reducidos para el paciente y otros, incluyendo al médico.

- La eficiencia con la que se proporcionan los servicios:
  - La relación entre los resultados (de la atención) y los recursos utilizados para prestar servicios del paciente.

- El respeto y cuidado con que se prestar los servicios:

El grado al que el paciente o un apoderado participa en las decisiones sobre su atención y el nivel de sensibilidad y respeto hacia las necesidades, expectativas y diferencias individuales por parte de los que prestan el servicio.

### ANEXO 3

**Carácter tangible:** es el aspecto del soporte material del servicio, del personal y de los soportes de comunicación. (Como se lo atiende por teléfono, las condiciones de confort y limpieza del consultorio, como lo recibe la recepcionista etc.)

**Fiabilidad:** consiste en realizar correctamente el servicio desde el primer momento. Hay que tener cuidado porque normalmente el 96% de los pacientes insatisfechos no realizan reclamaciones pero no vuelven al consultorio y no lo recomiendan. Si atiendo un paciente mal o no le prestó la debida atención en la primera consulta, esa es la impresión que el va a tener y luego es muy difícil de modificarla.

**Rapidez:** se traduce en la capacidad de realizar el servicio dentro de los plazos aceptables para el paciente. No retener a un paciente mucho tiempo en la sala de espera y no dar turnos por períodos muy largos.

**Competencia:** del personal que debe poseer la información y la capacitación necesaria para la realización del servicio. El personal que acompaña hay profesional debe conocer todas las indicaciones del servicio de manera de poder transmitir las claramente al paciente y evitarle molestias y trámites innecesarios.

Por ej. Cuáles son los pasos a seguir para autorizar una orden de práctica?

**Cortesía:** expresada través de la educación, la amabilidad y el respeto del personal y del profesional hacia el paciente.

**Credibilidad:** es decir, honestidad del profesional que presta el servicio tanto en sus palabras como en sus actos.

**Seguridad:** ausencia de peligro, riesgo o dudas a la hora de utilizar el servicio.

**Accesibilidad:** que se traduce por la facilidad con la que el paciente puede utilizar el servicio en el momento que lo desee o necesite.

**Comunicación:** se debe informar al paciente con un lenguaje que éste entienda, eliminar vocablos técnicos que lo confunden y asustan.

**Conocimiento del paciente:** se trata del esfuerzo realizado por el profesional para entender a sus pacientes y sus necesidades, para poder atenderlo y contenerlo.

## **ANEXO 4**

### **PUNTOS A CONSIDERAR EN EL ANÁLISIS DEL MERCADO.**

- Conocer mejor a sus competidores directos.
- Conocer cómo está la relación entre los clientes y la empresa.
- Saber si el precio del producto o del servicio ofertado está de acuerdo al sector del mercado que se quiere llegar.
- Conocer si el producto o servicio tiene aceptación o no en el mercado por sus características (calidad, precio, atención al cliente y otros).
- Conocer si la diversidad de productos o servicios ofertados satisface las necesidades de los clientes y cubre todos los estratos del mercado.
- Obtener información sobre clientes potenciales.
- Conocer el impacto que tiene la publicidad sobre las ventas.
- Saber cómo está la imagen, tanto de la empresa, como de los productos y/o servicios en el mercado.

### **FASES EN EL PROCESO DE ANÁLISIS DE MERCADO.**

#### **Definir el mercado relevante.**

Una empresa puede ver a su competidor más destacado como otras marcas de la misma forma de producto, otras formas de producto u otras clases de producto. Los gerentes no pueden analizar un mercado a menos que lo definan primero.

#### **Diagnosticar el proceso de compra.**

Una vez que se ha definido el mercado, los gerentes deben averiguar quiénes son los compradores: qué circunstancias los motivan y los capacitan para comprar; cómo buscan información relacionada con las compras, y cómo seleccionan entre las alternativas.



**Definir los segmentos del mercado.**

Existen pocas situaciones de compra en las que todos los clientes tengan motivaciones iguales, busquen la misma información y sigan procesos similares de selección.

**Describir los segmentos.**

En cualquier mercado, es posible identificar un número dado de segmentos, y los gerentes pueden seleccionar uno o más de estos segmentos como objetivos para la oferta de mercadeo de la empresa. Sin embargo, antes de hacer una selección, los gerentes deberán determinar el tamaño de cada segmento y la mejor forma de alcanzarlo.

**Analizar las posiciones de los competidores.**

Al identificar las alternativas que a juicio de los compradores, satisfacen las necesidades de cada segmento, los gerentes pueden determinar quién será el competidor específico para cada segmento.

## ANEXO 5

### LOS PECADOS DEL SERVICIO.

Son una serie de elementos que se han investigado en usuarios de servicios, los cuales se presentan como las causas más comunes de insatisfacción al recibir los servicios.

**Apatía:** Se refiere a la falta de interés del personal administrativo o clínico, por el problema del paciente.

**Desaire:** Lo manifiestan las personas como un afán o desgano por resolver rápidamente y de cualquier manera, el problema a que plantea el usuario. También lo interpretan como una burla por las cosas que hace o dice el paciente.

Los usuarios manifiestan que se sienten como "cosas", y "objetos" que están examinando. Se oye decir: "El cáncer raro de la habitación 404 "; "La ficha 30 de consulta", etc. No hay ni siquiera, las más mínimas normas de educación con el paciente.

**Aire de superioridad:** Se refiere al poder de información que maneja el personal de salud o el personal administrativo. El usuario se siente inferiorizado por la persona que lo atiende y en muchos casos hasta humillado como ser humano

**Robotismo:** Todo trabajo tiene el riesgo de rutinizarse y cuando ello se alcanza, el usuario lo percibe y nota cómo el empleado o la persona que lo atiende ríe mecánicamente o realiza los procedimientos de manera rutinaria, sin generar expresión de individualidad con la persona que atiende.

**Reglamentitis:** Es cuando la norma pesa más que el servicio del paciente. Por ejemplo, es más importante tener el papel de autorización en la mano para una cirugía, que operar al paciente, así sea esta una cirugía relativamente urgente.

**Evasivas:** Se interpreta por los pacientes como la entrega de cualquier disculpa ante la imposibilidad de prestar el servicio. A veces incluso son difíciles de creer por los pacientes estas disculpas.



## **ANEXO 6**

### **PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA CRUZ ROJA INTERNACIONAL**

#### **Humanidad**

El Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, al que ha dado nacimiento la preocupación de prestar auxilio, sin discriminación, a todos los heridos en los campos de batalla, se esfuerza, bajo su aspecto internacional y nacional, en prevenir y aliviar el sufrimiento de los hombres en todas las circunstancias. Tiende a proteger la vida y la salud, así como a hacer respetar a la persona humana. Favorece la comprensión mutua, la amistad, la cooperación y una paz duradera entre todos los pueblos.

#### **Imparcialidad.**

No hace ninguna distinción de nacionalidad, raza, religión, condición social ni credo político. Se dedica únicamente a socorrer a los individuos en proporción con los sufrimientos, remediando sus necesidades y dando prioridad a las más urgentes.

#### **Neutralidad.**

No hace ninguna distinción de nacionalidad, raza, religión, condición social ni credo político. Se dedica únicamente a socorrer a los individuos en proporción con los sufrimientos, remediando sus necesidades y dando prioridad a las más urgentes.

#### **Independencia.**

No hace ninguna distinción de nacionalidad, raza, religión, condición social ni credo político. Se dedica únicamente a socorrer a los individuos en proporción con los sufrimientos, remediando sus necesidades y dando prioridad a las más urgentes.

**Carácter Voluntario**

No hace ninguna distinción de nacionalidad, raza, religión, condición social ni credo político. Se dedica únicamente a socorrer a los individuos en proporción con los sufrimientos, remediando sus necesidades y dando prioridad a las más urgentes.

**Unidad**

En cada país sólo puede existir una Sociedad de la Cruz Roja o de la Media Luna Roja, que debe ser accesible a todos y extender su acción humanitaria a la totalidad del territorio.

**Universalidad.**

En cada país sólo puede existir una Sociedad de la Cruz Roja o de la Media Luna Roja, que debe ser accesible a todos y extender su acción humanitaria a la totalidad del territorio.

## **ANEXO 7**

### **EVALUACIÓN DE LIDERAZGO**

#### **ESTILOS**

#### **EVALUACIÓN DEL ESTILO DE MANDO**

##### **Instrucciones**

Lea cuidadosamente cada pregunta antes de contestar, señale una respuesta para cada pregunta, si los comportamientos señalados no describen exactamente su manera de pensar, señale el que más se aproxima, no deje ninguna sin contestar.

1. Normalmente al mantener una relación de trabajo mi comportamiento es:
  - a) Influir mediante mi opinión**
  - b) Modificar la opinión de los demás**
  - c) Aceptar la de otros aun cuando difiera**
  - d) Reunir opiniones e integrarlas para tomar una decisión**
  
2. Tú te consideras capacitado y tienes gusto para trabajar en:
  - a) Lograr productividad a toda costa**
  - b) Supervisar al personal en mejora de resultados**
  - c) Capacitar, comunicar y coordinar equipos de trabajo.**
  - d) Diseñar, controlar, manejar estadísticas y administración.**
  
3. A tí lo que menos te gustaría desempeñar en tu puesto es tener:
  - a) Funciones en las que tuviera poco poder y autoridad**
  - b) Funciones no rutinarias y cambiantes**
  - c) Funciones rutinarias y sin cambios**
  - d) Con escaso contacto e interacción de personal**

4. En tu puesto te identificas más con:
- a) **las personas que están a tu mismo nivel**
  - b) **con los objetivos de la empresa**
  - c) **Con las personas que dependen de ti**
  - d) **Con sus superiores.**
5. La comunicación que tu mantienes es:
- a) **Hacia los jefes y colaboradores**
  - b) **Únicamente hacia los colaboradores**
  - c) **Escasa en cualquier dirección**
  - d) **Hacia niveles superiores a través de mis colaboradores**
6. La forma que consideras más adecuada para comunicarte con tus colaboradores es:
- a) **A través de juntas de trabajo**
  - b) **Por escrito, vía correo o memorando**
  - c) **Vía órdenes verbales y directas**
  - d) **Reuniones personales, cara a cara**
7. Tus juntas de trabajo deberían de:
- a) **Servir para fijar normas de trabajo, supervisar y motivar**
  - b) **Iniciar trabajos, evaluar y dirigir**
  - c) **Dejar que los colaboradores conduzcan y resuelvan**
  - d) **Apoyar, moderar y asesorar**
8. Evalúas positiva o negativamente a tus colaboradores dependiendo de:
- a) **Cantidad alta de productividad y resultados**
  - b) **La habilidad para integrarse con el equipo de trabajo.**

- c) **Comunicarse eficientemente con la gente**
  - d) **Que demuestre obediencia a los lineamientos establecidos.**
9. Evalúas positiva o negativamente a tus jefes dependiendo de:
- a) **Pruebas evidentes de su inteligencia**
  - b) **Buen manejo del poder con los niveles de alta dirección**
  - c) **Resultados concretos dentro de su ámbito de decisión**
  - d) **Capacidad para trabajar en equipo**
10. Te gustaría que tus colaboradores fueran:
- a) **Muy cuidadosos de la seguridad**
  - b) **Comprometidos con su trabajo**
  - c) **Cooperativos y dispuestos**
  - d) **Con un alto grado de desempeño y resultados.**
11. La base del tiempo que te gusta tomar en cuenta en la realización de tu trabajo y toma de decisiones es:
- e) **Tomar de base los hechos pasados**
  - f) **Resultados por darse en un futuro inmediato**
  - g) **No es tan importante cuando**
  - h) **Resultados a largo plazo, pero consistentes.**
12. Respecto a los errores en tus colaboradores, cómo respondes:
- a) **Aprovechar para aprender de ellos**
  - b) **Castigar al responsables**
  - c) **Establecer más controles**
  - d) **No darle importancia**
13. Respecto a los conflictos, tu reacción normal sería:
- a) **Enfrentarlos y manejarlos**



- b) Reprimirlos inmediatamente**
- c) Evitarlos de ser posible**
- d) Suavizarlos**

14. Tu reacción normal cuando hay problemas:

- a) Explorar y controlar**
- b) Acudir a la fuente del problema para escuchar a todos**
- c) Evitar tomar decisiones en esas circunstancias**
- d) Dirigirte al reglamento de trabajo**

15. Consideras que para que las personas desempeñen bien sus funciones es necesario:

- a) Apoyarse en los mejores para solicitar el mismo desempeño**
- b) Convencerlos a través de argumentos lógicos**
- c) No hay necesidad de hacerlo, su trabajo es el que habla**
- d) Estimular su buen funcionamiento.**

16. ¿Qué consideras necesario hacer para que se eviten los comportamientos negativos en el trabajo?

- a) Negociar con quien los presente para mejorar responsablemente.**
- b) Desaprobar de inmediato a quien lo presenten**
- c) Sancionar de inmediato**
- d) Discutir y dejar que resuelvan**

17. El principal problema que consideran tienen tus colaboradores es:

- a) Independencia limitada**
- b) Ausencia de dirección**
- c) Escasa información para tomar decisiones**

**d) Bajo reconocimiento por su desempeño.**

18. Para tí tiene poca relevancia:

**a) Las expectativas de tus colaboradores**

**b) La organización del trabajo**

**c) Innovar y crear**

**d) Que las personas actúen independientemente**

## CLAVE DE LA EVALUACIÓN

NUMERO	A	B	C	D
1	D	C	A	S
2	D	A	S	C
3	D	C	S	A
4	D	S	A	C
5	S	A	C	D
6	S	C	D	A
7	S	D	C	A
8	D	S	A	C
9	C	D	A	S
10	C	S	A	D
11	C	D	A	S
12	S	D	C	A
13	S	D	C	A
14	D	A	S	C
15	A	C	D	S
16	S	A	D	C
17	S	A	D	C
18	D	A	C	S

**D = Directivo      C = Consultivo    A = Apoyador    S = Separador / Delegador.**

## ANEXO 8

**DIAGNÓSTICO DE GESTIÓN GERENCIAL****TÉCNICAS: DIAGNOSTICO DE GESTIÓN GERENCIAL**

En la rutina de 4 las Empresas, es posible que se pierdan de vista algunos aspectos de importancia para mantener los niveles deseados de satisfacción en la Excelencia Operativa que requiere ésta, así como también es posible que se dé una inadecuada planeación de los esfuerzos conjuntos de toda la empresa.

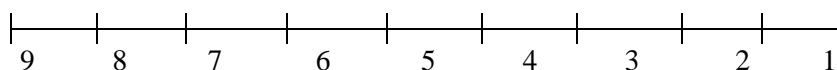
El presente cuestionario, tiene como fin, obtener información relevante que permita encauzar adecuadamente la energía y talento de la empresa hacia la consecución efectiva de sus objetivos.

Por lo anterior, es especialmente importante que tu su respuestas sean sinceras y producto de una reflexión lo más objetiva que sea posible; por lo mismo, no hay un tiempo límite ni respuestas “buenas” o “malas”. La mejor respuesta es aquella de la cual estés planamente convencido.

**INSTRUCCIONES**

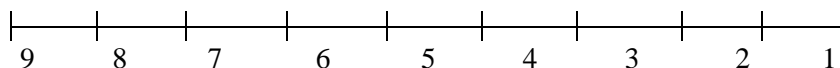
Encontrarás 80 situaciones posibles en la actuación de las personas dentro de la Empresa. Estas situaciones son extremas y señalar con una “x” el número que refleje con mayor precisión tu punto de vista, según éste se aleje o aproxime a alguno de los dos extremos.

Solo deberás señalar una sola “x” por cada continuo. Así al finalizar habrás obtenido 40 respuestas que habrán de recibir un tratamiento estadístico. A continuación un ejemplo:

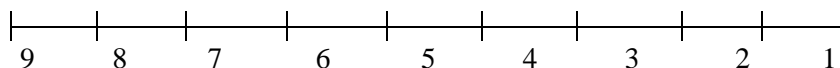
**X**

<b>Creo que hoy más que nunca es importante la calidad</b>	<b>La calidad no tiene la importancia que muchos quieren darle</b>
--	--

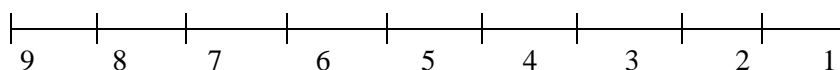
TÉCNICA: DIAGNOSTICO DE GESTIÓN GERENCIAL



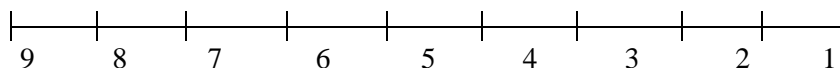
<b>Participamos en juntas periódicas de información sobre objetivos y avances</b>	<b>No he participado en juntas de información de objetivos.</b>
---	---



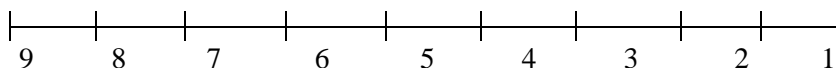
<b>En mi sucursal se fomenta la participación con opiniones y sugerencias sobre el trabajo.</b>	<b>Aquí no se aceptan opiniones, no se escucha, ni se busca la generación de ideas.</b>
---	---



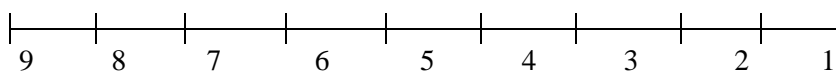
<b>Mi trabajo tiene la flexibilidad para ser creativo</b>	<b>Mi trabajo es muy rutinario; las actividades son las mismas.</b>
---	---



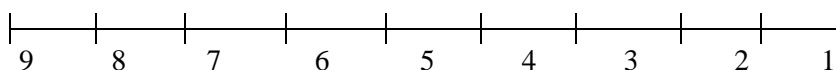
<b>Creo que hoy más que nunca es importante la calidad</b>	<b>La calidad no tiene la importancia que mucho quieren darle</b>
--	---



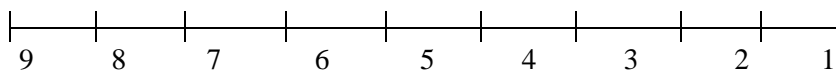
<b>Existe un ambiente de compañerismo y cordialidad</b>	<b>Es difícil conseguir ayuda en mi sucursal.</b>
---	---



<b>La información de la sucursal fluye con claridad y oportunidad</b>	<b>Me entero más de lo que sucede en la Empresa por rumores que por información oficial.</b>
---	--

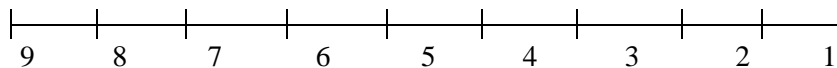


<b>En mi sucursal hay libertad para opinar en como enriquecer e innovar nuestro trabajo.</b>	<b>Son tan poco cambiante las condiciones que rodean mis actividades que no tiene caso buscar innovación</b>
--	--

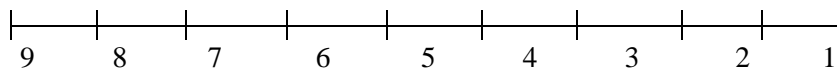


<b>Aún cuando hay una</b>	<b>Mis actividades son muy</b>
---------------------------	--------------------------------

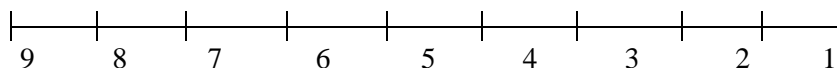
<b>rutina que cumplir, mi trabajo me permite innovación.</b>	<b>rutinarias y aburridas.</b>
--	--------------------------------



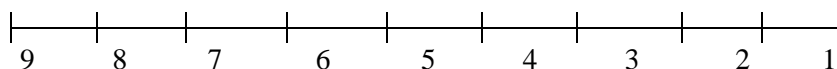
<b>En mi sucursal hay orgullo por pertenecer a ésta Empresa.</b>	<b>Creo que en mi sucursal no sentimos orgullo ni identificación con la empresa.</b>
--	--



<b>Mi jefe procura delegarnos con tiempo en función de nuestras decisiones.</b>	<b>Mi jefe de abarcar todo se ve abrumado y presionado.</b>
---	---

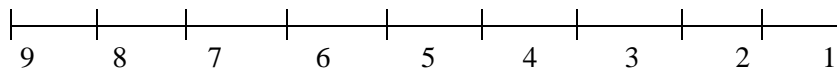


<b>La presencia del jefe favorece la creatividad del grupo</b>	<b>Cuando esta el jefe es cuando menos creativos podemos ser.</b>
--	---

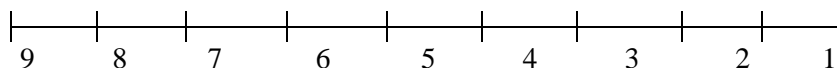


<b>Por su naturaleza, mi</b>	<b>En mi trabajo no es</b>
------------------------------	----------------------------

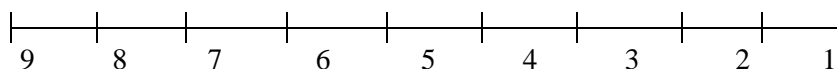
<b>trabajo es muy flexible y puedo ser creativo.</b>	<b>posible ser creativo.</b>
--	------------------------------



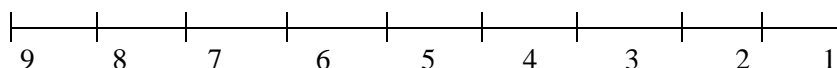
<b>Estoy seguro que nuestra posición en el mercado tiene diversos cambios, por eso estamos preparados.</b>	<b>Las variantes que se dan en nuestro mercado no nos debemos preocupar por ellas.</b>
--	--



<b>Gracias a nuestro jefe, se percibe un ambiente de confianza y participación en la sucursal.</b>	<b>Nuestro jefe no genera confianza en grupo y fomenta la competencia</b>
--	---

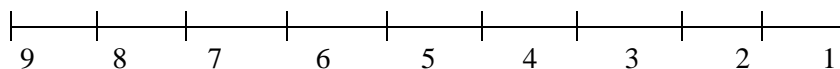


<b>Me gusta proponer ideas que mejoren la forma en que se hacen las cosas.</b>	<b>Aún y cuando yo quiera proponer nuevas ideas, no lo hago porque se que no servirá.</b>
--	---

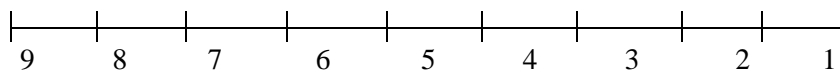




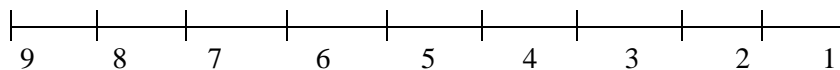
<b>Mi trabajo es tan flexible que puedo ser creativo y aplicar la innovación</b>	<b>Tengo nulas posibilidades de cambiar mi rutina, ya que mi trabajo es muy rígido.</b>
--	---



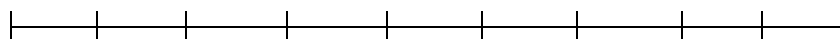
<b>Los sistemas avanzan tan rápido en nuestro medio que los cambios son bien venidos y bajo control.</b>	<b>En nuestro medio es difícil observar un cambio en sistemas, que no se sabe que hacer si hubiera.</b>
--	---



<b>Mi jefe me mantiene al tanto de los planes a corto y mediano plazo en nuestra sucursal.</b>	<b>Desconozco los planes de la empresa y el por qué de mi sucursal y puesto.</b>
--	--

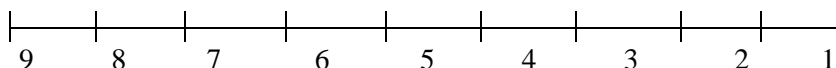


<b>Busco generar soluciones para aprovechar mejor los recursos que tengo asignados por mi jefe.</b>	<b>No puedo buscar nuevos modos para usar mis recursos por falta de tiempo y exceso de presión.</b>
---	---

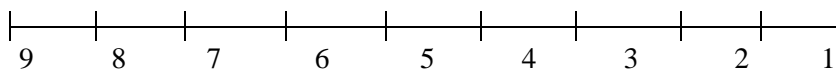


9 8 7 6 5 4 3 2 1

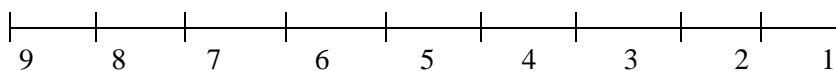
<p><b>Los problemas que se me presentan tienen más de una alternativa de solución</b></p>	<p><b>Mis problemas se manejan con una sola solución y a veces ninguna.</b></p>
---	---



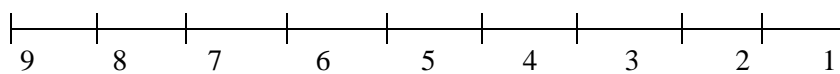
<p><b>En la situación económica que vivimos, cada cambio que ocurre estamos preparados.</b></p>	<p><b>Los cambios en lo económico nos llegan a afectar por que no estamos preparados.</b></p>
---	---



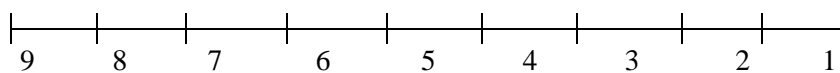
<p><b>El hacer una planeación es inmediata en mi sucursal y todos participamos</b></p>	<p><b>La planeación surge poco antes o durante el día a día.</b></p>
--	--



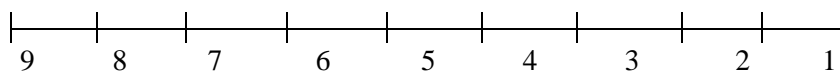
<p><b>Es importante que participemos en las decisiones de los objetivos de la sucursal.</b></p>	<p><b>Nunca se nos considera en las decisiones de los objetivos de la sucursal. Esto lo hacen los jefes.</b></p>
---	--



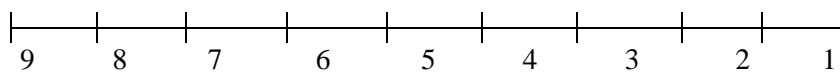
<b>En mi puesto es posible tomar decisiones para abordar las decisiones que nos presentan.</b>	<b>No tengo que tomar decisiones dada la naturaleza de mi puesto y a mi jefe no le gustaría.</b>
--	--



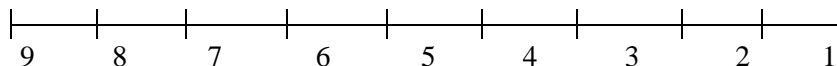
<b>Llevar una adecuada planeación no es fácil cuando las cosas cambian tanto, pero si se puede.</b>	<b>La planeación en mi sucursal es muy difícil, siempre surgen las acciones improvisadas.</b>
---	---



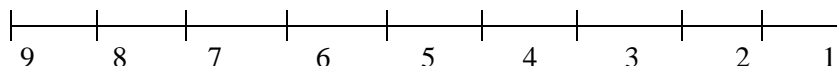
<b>La información, los datos, cifras que son indispensables para mi trabajo los tengo claros y oportunos.</b>	<b>No hay discriminación en la información, lo confidencial, no se maneja y lo no confidencial está restringido.</b>
---	--



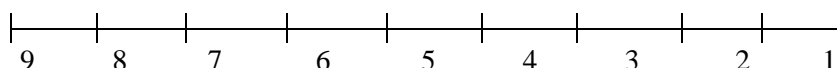
<b>No creo que sea válido permanecer al margen de las cosa en la sucu</b>	<b>La calidad no tiene la importancia que mucho quieren darle</b>
---	---



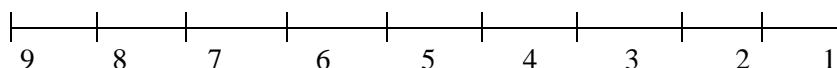
<b>Cada día es muy diferente al anterior en mi sucursal.</b>	<b>Todos los días son iguales unos a otros.</b>
--	---



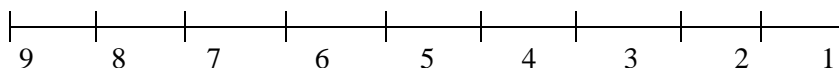
<b>La rotación de personal en la empresa no se da a nivel tal que impida dar continuidad a los planes.</b>	<b>La alta rotación de personal en la Empresa difícilmente permite dar continuidad a los planes.</b>
--	--



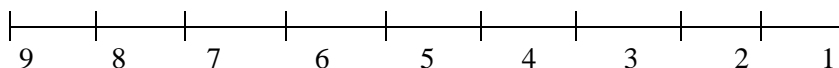
<b>Los miembros del equipo trabajamos coordinadamente hacia la conservación de los objetivos.</b>	<b>En mi grupo se lucha más por lo individual que por el logro de un objetivo común.</b>
---	--



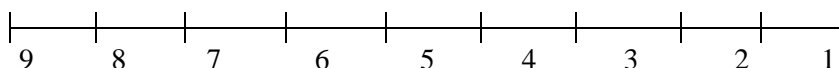
<b>Yo soy el propio generador de mi trabajo. Creo que es más importante no depender de mi jefe en ese sentido.</b>	<b>Para actuar, yo espero a que se nos den instrucciones precisas de que hacer.</b>
--	---



<b>El impacto de mis ideas entra en un proceso de innovación con resultados claros en la empresa.</b>	<b>Las ideas que yo pueda tener con respecto a mi trabajo, tienen bajo impacto en los resultados de la sucursal.</b>
---	--

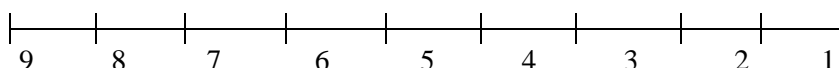


<b>La competencia en nuestro ramo es muy agresiva, lo cual nos obliga a tratar de implementar mejoras constantes.</b>	<b>La competencia es muy lenta, esto nos permite implantar mejoras con un ritmo pausado.</b>
---	--

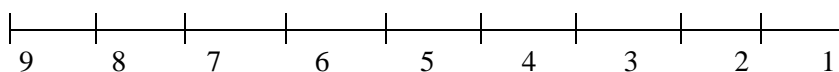


<b>Mi jefe actúa</b>	<b>Los cambios constantes en</b>
----------------------	----------------------------------

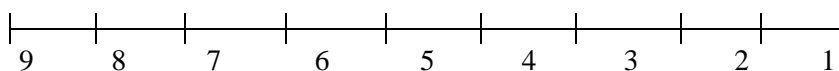
<b>consistentemente con su estilo de Apoyador, que nos permite aportar ideas.</b>	<b>el carácter de mi jefe me desorientan y presionan.</b>
---	---



<b>En cuanto llego a dormir mi trabajo, inmediatamente busco y hago lo necesario para conseguirlo.</b>	<b>El tiempo que llevo en lo que hago me permite estar bien. No buscaría un cambio.</b>
--	---

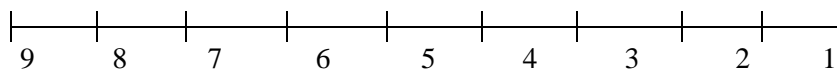


<b>Mi trabajo me permite tener un amplio conocimiento de la empresa.</b>	<b>Por mis actividades y responsabilidades, puedo tener conocimiento de lo que hago en mi puesto, no en la empresa.</b>
--	---

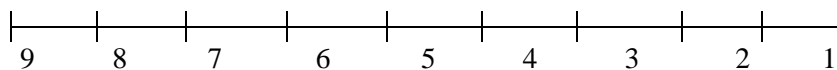


<b>La innovación es clave mediante la cual podemos responder a tanto cambio en el entorno que</b>	<b>No es necesario ser innovador en este medio, ya que los cambios no ocurren tan rápido.</b>
---	---

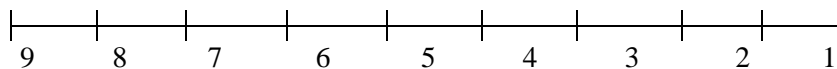
<b>rodea a la empresa.</b>	
----------------------------	--



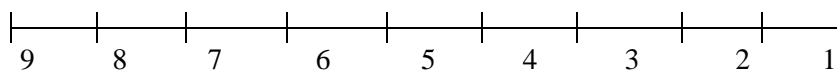
<b>Mi jefe promueve el desarrollo de todo el personal.</b>	<b>En mi sucursal no se brindan oportunidades de desarrollo.</b>
--	--



<b>Me siento más satisfecho en la medida en que puedo contar con más libertad para actuar.</b>	<b>Prefiero un jefe que nos diga que debemos hacer y mantenga una supervisión estrecha conmigo.</b>
--	---



<b>En mi puesto se presentan trabajos especiales para satisfacer requerimientos nuevos en la sucursal.</b>	<b>Mi puesto se caracteriza por la emisión rutinaria de reportes e informes ya establecidos.</b>
--	--



<b>La empresa debe de estar</b>	<b>Lo único que la empresa</b>
---------------------------------	--------------------------------

<b>en constante desarrollo para adaptarse rápido a los cambios de todo tipo.</b>	<b>requiere es mantenerse estable, sin preocuparse de ningún posible cambio en el entorno.</b>
--	--



## BIBLIOGRAFÍA

1. **ALCALDIA DE QUITO**, Salud para el Bienestar y Desarrollo en Quito del Siglo XXI. Política Sectorial derivada del “Plan de Desarrollo Siglo XXI”, 2000-2004.
2. **BARQUIN**, Manuel, Dirección de Hospitales, Editorial McGraw Hill, 7ma. Edición. México DF, 2003
3. **BREILH**, Jaime, Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación. Guía Pedagógica para un Taller de Metodología, Ediciones CEAS, Quito-1994
4. **CONASA**, Propuesta del Sistema nacional de Salud, Junio 2002
5. **CRUZ ROJA DE IBARRA**, Departamento de Planificación
6. **CRUZ ROJA DE IBARRA**, Informe presupuestario, Departamento de Contabilidad, 2003.
7. **CRUZ ROJA ECUATORIANA**, Departamento de Difusión e Imagen Institucional, 2003.
8. **CRUZ ROJA IMBABURA**, Coordinación de personal, 2004
9. **CHIAVENATO**, Idalberto; Administración, teoría, proceso y práctica, Edit. McGraw Hill, 3ra. Edición, 2002
10. **ECHEVERRIA**, Ramiro, El proceso de reforma del Sector Salud en el Ecuador, CEPAR, Quito-Ecuador, 1997.
11. **FEDERACION INTERNACIONAL DE CRUZ ROJA**, Documentos Estratégicos, Ginebra-Suiza, 2003.
12. **HOVARITZ** Jacques, Los siete Secretos del Servicio al Cliente
13. [http://culiacan.udo.mx/~gortega/catorce\\_deming.htm](http://culiacan.udo.mx/~gortega/catorce_deming.htm)
14. **IESS**, Normas, técnica y criterios para la calificación desnivel de complejidad de las Unidades Médicas y demás prestadores de salud.
15. **INEC**, Anuario de Estadísticas Vitales, nacimientos y defunciones, Ecuador-2001.

16. **INEC**, Censo de Población y Vivienda, Ecuador -2001
17. **ISHIKAWUA**, Kaoru, ¿Qué es el control total de calidad?. Empresas y empresarios., Editorial Norma, 10ma. Impresión, 1996
18. **KOTLER**, Philip, Dirección de Mercadotecnia. Análisis, Planeación y Control, Editorial Diana, 4ta. Edición, México, 1986.
19. **KOTLER**, Philip, Fundamentos de Mercadotecnia, Prentice Hall, Tomo I.
20. **MALAGON**, Gustavo, **LONDOÑO**, Ricardo, **GALAN**, Morera, **PONTON**, Gabriel, “Garantía de calidad de Salud”, Editorial Medica Panamericana, Colombia, 2001.
21. **MEJIA GARCIA**, Braulio, MD, MSP. Auditoría Médica. Ediciones ECOE, 4ta. Edición, Bogotá DC. Agosto 2002.
22. **MSP/CONASA**, Marco General de la Reforma estructural de la Salud en el Ecuador, Quito, 2002.
23. **OPS**, Planificación Local Participativa; Metodologías para la promoción de la salud en América Latina y El Caribe, Serie PALTEX Para Ejecutores de Programas de Salud, Nro. 41. Canadá, 1999.
24. **OPS/OMS**, **CLASSIS**, Instrumento para la medición del desempeño de las funciones esenciales de Salud Pública, Departamento de Salud y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos, Mayo 2001.
25. **OPS/OMS**, La participación Social. HSD/SILOS-3, 1990
26. **OPS/OMS**, La transformación de la Gestión de Hospitales en América Latina y El Caribe, 2001
27. **ROONEY**, A., **OSTEMBERG**, Van, “licenciatura, acreditación y certificación”: Enfoques para la evaluación y Administración de la Calidad de los Servicios de Salud. Proyecto de Garantía de la Calidad Q.A.P., Bethesda- MD Center for Human Service, 1999.
28. **ROZAS VILLANUEVA**, Luis, [www.udec.cl/ofem/oem/natenc03](http://www.udec.cl/ofem/oem/natenc03)

29. **RUBIO CEBRIAN**, Santiago, Glosario de Economía de la Salud, Programa ampliado de libros de texto y materiales de instrucción (PALTEX), OPS, España, 1995.
30. Segundo Plan Nacional de Desarrollo de la Cruz Roja Ecuatoriana 2002
31. **VILLACRES**, Nilhda, **LUCIO**, Ruth, Economía de la Salud- Maestría en Gerencia de Servicios de Salud, Escuela Politécnica nacional, Agosto 2001