

ESCUELA POLITÉCNICA NACIONAL

FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS

**“Modelo de Gerencia por Procesos para el Servicio de Consulta
Externa del Hospital “Baca Ortiz” de la Ciudad de Quito.**

**PROYECTO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÁSTER EN
GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

AUTORA: SANDRA PATRICIA AGUILAR NÚÑEZ

patyaguilar20@hotmail.com

DIRECTOR: Dr. MILTON VEGA HERRERA

mvegah2002@yahoo.es

Quito, Agosto de 2009

DECLARACIÓN

Yo, Sandra Patricia Aguilar Núñez, declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentada para ningún grado o calificación profesional; y que, he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

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

.....

Sandra Patricia Aguilar Núñez.

CERTIFICACIÓN

Certifico que el presente fue realizado por la Lic. Sandra Patricia Aguilar Núñez, bajo mi supervisión.

.....

Dr. Milton Vega Herrera.

DIRECTOR DEL PROYECTO.

DEDICATORIA

A Dios, por concederme sabiduría, entendimiento, inteligencia, discernimiento, conocimiento y ciencia para alcanzar la meta y hacer realidad mis sueños, amigo y fiel compañero en quién siempre he entregado mi vida, fe y confianza en todo momento, por guiarme y darme la oportunidad de crecer personal, académica y profesionalmente.

A Patricia y Deysi, quienes han sido hermanas, amigas y compañeras inseparables en todos los instantes de mi vida, con sus consejos y experticias humanas y profesionales me han dado valor y fortaleza para continuar adelante y llegar a concluir el presente trabajo.

A mis padres que luego de superar una prueba tan compleja de salud están presentes y acompañándome en el trajinar de mi vida para conseguir una de mis metas.

A mi hijo, el gran amor y razón de mi vida, que inicia su vida profesional y ha sido un gran apoyo y en esta etapa fundamental de mi vida.

AGRADECIMIENTO

- Agradezco infinitamente a Dios Altísimo por iluminar y guiar mi camino, permitiéndome alcanzar la meta propuesta.
- A la ilustre “Escuela Politécnica Nacional” quién por medio de sus coordinadores, organizadores y docentes socializaron y compartieron desinteresadamente sus valiosos conocimientos, sugerencias, vivencias, y recomendaciones.
- Al Dr. Milton Vega especialmente, profesor, amigo y director de tesis, quién a sido un ejemplo de profesionalismo, don de gente y con su gran espíritu de colaboración, supo dirigirme con responsabilidad, empoderamiento y acierto hasta llegar a la culminación del trabajo propuesto.
- Gracias Señor por darme gracia y favor ante todas las personas involucradas en el desarrollo de esta tesis, mis sinceros agradecimientos, respeto y gratitud.

CONTENIDO

DECLARACIÓN	II
CERTIFICACIÓN.....	III
DEDICATORIA.....	IV
AGRADECIMIENTO	V
CONTENIDO.....	VI
RESUMEN	XX
ABSTRACT	XXII
PRESENTACIÓN	XXIII
CAPITULO I.....	1
1. INTRODUCCION	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2 FORMULACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	5
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
1.4 JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO	5
1.4.1 JUSTIFICACIÓN TEÓRICA	5
1.4.2 JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA.....	6
1.4.3 JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA	7
1.5 HIPÓTESIS DE TRABAJO	7
1.5.1 HIPÓTESIS GENERAL	7
1.5.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICOS	7
1.6 METODOLOGIA	8
1.6.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	8
CAPITULO II	9
2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	9
2.1 MARCO TEÓRICO.....	9
2.1.1. SISTEMAS DE SALUD	9
2.1.2 SISTEMAS DE ATENCION	11
2.1.3 SERVICIOS DE SALUD	13
2.1.4 CONCEPTUALIZACION DE SALUD.....	15
2.1.5 EPIDEMIOLOGIA	17
2.1.6 ATENCION DE SALUD.....	18
2.1.7 NIVELES DE COMPLEJIDAD.....	21
2.1.8. SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS	25
2.2 ADMINISTRACION	29
2.2.1 EVOLUCION DE LAS TEORIAS.....	29
2.2.2 PLANIFICACION, EVOLUCION Y TENDENCIAS	31
2.3 ORGANIZACIÓN	37
2.3.1 EMPRESAS DE SALUD.....	38
2.3.2 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE LOS HOSPITALES	39

2.3.3 FUNCIONES DE LOS NIVELES DE ORGANIZACIÓN	44
2.4 GESTIÓN.....	47
2.4.1 GERENCIA.....	47
2.4.2. GERENTE.....	48
2.5 MONITOREO Y EVALUACION	57
2.5.1 EL CONTROL.....	64
2.5.2 TECNOLOGIA DE LA INFORMACION	65
2.6 SISTEMAS DE INFORMACION GERENCIAL.....	66
2.6.1 SISTEMAS DE INFORMACIÓN GERENCIAL EN SALUD.....	67
2.6.2 DATOS, INFORMACION, INDICADORES EN SALUD.....	70
2.7 CALIDAD	72
2.7.1 CALIDAD EN SALUD.....	74
2.7.2 GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD	75
2.7.3 PLANEACION DE LA CALIDAD	77
2.7.4 GESTION DE LA CALIDAD	78
2.7.5 CONTROL DE CALIDAD	79
2.8 EVALUACION CALIDAD EN EL SERVICIO DE SALUD	79
2.8.1 VARIABLES. INDICADORES Y ESTÁNDARES.	79
 CAPITULO III	
3. DIAGNOSTICO DE SITUACION	82
3.1. CONTEXTO HOSPITALARIO NACIONAL	82
3.1.1. RECURSOS DEL SISTEMA.....	84
3.1.2 RECURSOS CAMA	85
3.1.3 NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS, EGRESOS HOSPITALARIOS Y CAMAS HOSPITALARIA DISPONIBLES SEGÚN REGIONES AÑOS 1996,2000 Y 2006.	88
3.1.4 NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS SEGÚN CLASE, SECTOR Y ENTIDAD. AÑO 1996-2006.	90
3.1.5 NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES, SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1996 Y 2006.	91
3.1.6 NÚMERO DE EGRESOS HOSPITALARIOS, SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1996 Y 2006.	92
3.1.7 NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DE DOTACION NORMAL, SEGÚN SERVICIO AÑOS 1996 Y 2006.....	93
3.1.8 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD AÑO 2006.....	95
3.1.9 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD MASCULINA AÑO 2006	96
3.1.10 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD FEMENINA AÑO 2006.....	97
3.1.11 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD INFANTIL AÑO 2006	98
3.1.12 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD AÑO 2006.....	100
3.1.13 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD MASCULINA AÑO 2004	101
3.1.14 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD FEMENINA AÑO 2006	102
3.1.15 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD INFANTIL LISTA CIE.	104
3.1.16 HOSPITALES PEDIATRICOS A NIVEL NACIONAL POR ESPECIALIDAD A NIVEL NACIONAL AÑO 2004.....	105
3.1.17 TASA DE MEDICOS SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1997-2006.	107
3.1.18 NÚMERO DE PERSONAL QUE TRABAJAN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AÑOS 1997-2006.....	109
3.1.19 TASA DE ODONTOLOGOS SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1997-2006	111
3.1.20 TASA DE ENFERMERAS SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1997-2006	113
3.1.21 TASA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1997-2006.....	114

3.1.22 NÚMERO DE CAMAS DISPONIBLES, PORCENTAJE DE OCUPACIÓN, GIRO DE CAMAS Y PROMEDIO DÍAS DE ESTADA DE LOS HOSPITALES PEDIÁTRICOS AÑO 2004.	116
3.2. ANALISIS SITUACIONAL DEL HOSPITAL BACA ORTIZ	118
3.2.1. ORGANIZACIÓN	118
3.3 RECURSOS FÍSICOS EN EL HOSPITAL BACA ORTÍZ	126
3.3.1 RECURSOS TECNOLÓGICOS	127
3.3.2 RECURSOS LOGÍSTICOS.....	130
3.3.3. RECURSOS FINANCIEROS.....	131
3.3.4. RECURSOS HUMANOS HOSPITAL BACA ORTIZ	131
3.3.5. PLANIFICACIÓN HBO	140
3.3.6 GESTIÓN HOSPITALARIA DEL HBO	143
3.3.7. LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL.....	156
3.4 DIAGNOSTICO DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DESDE LOS AÑOS 2000 AL 2006.	158
3.4.1 RESEÑA HISTÓRICA DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.....	158
3.4.2 ORGANIZACIÓN	159
3.4.3RECURSOS FÍSICOS.....	163
3.4.4 RECURSOS TECNOLÓGICOS CONSULTA EXTERNA HBO 2007.....	163
3.4.5RECURSOS FINANCIEROS CONSULTA EXTERNA HBO	165
3.4.6RECURSOS LOGÍSTICOS.....	166
3.4.7RECURSOS HUMANOS.....	166
3.4.8PLANIFICACIÓN EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA HBO.....	168
3.4.9GESTIÓN DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA HBO.....	169
3.4.10 ANÁLISIS DEMOGRÁFICO	172
3.5CALIDAD EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA HBO	220
3.6SISTEMAS DE INFORMACIÓN	227
3.7 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	228
3.7.1 CONCLUSIONES	228
3.7.2 RECOMENDACIONES	229

CAPITULO IV

4. MODELO DE GESTIÓN DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA HOSPITAL BACA ORTÍZ	230
4.1PLANIFICACION DE LA CONSULTA EXTERNA HBO.....	231
4.1.1ANALISIS AMBIENTAL INTERNO Y EXTERNO DE LA CONSULTA EXTERNA HBO	231
4.1.2ANALISIS ESTRUCTURAL DE FACTORES	236
4.1.3MATRIZ DE ORDENAMIENTO DE FACTORES SEGÚN MOTRICIDAD Y DEPENDENCIA	238
4.1.4CLASIFICACION DE FACTORES SEGÚN SU NATURALEZA	239
4.1.5DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO DE LA CONSULTA EXTERNA	243
4.1.6MAPA ESTRATEGICO (ESTRATEGIAS)	245
4.1.7MATRIZ BALANCE SCORE CARD	247
4.2ORGANIZACIÓN EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA HBO	250
4.2.1PROCESOS.....	250
4.3.1 PRINCIPALES PROCESOS DE LA CONSULTA EXTERNA	251
4.2.2 SISTEMA DE CALIDAD DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HBO.....	260
4.3 MANUAL DE CALIDAD	261
4.4 ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN – POA	272
4.4.1. PROYECTO DE GESTIÓN SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA	281
4.5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	282

4.5.1 CONCLUSIONES	282
4.5.2 RECOMENDACIONES	283
5. BIBLIOGRAFÍA.....	284
6. ANEXOS	288

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO Nº 1 RECURSO HUMANO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD POR 10.000 HABITANTES 1996 - 2005	84
GRÁFICO Nº 2 _NUMERO DE ESTABLECIMIENTOS, EGRESOS HOSPITALARIOS Y CAMAS HOSPITALARIA DISPONIBLES SEGÚN REGIONES AÑOS 1996,2000 Y 2006.....	89
GRAFICO Nº 3 NUMERO DE ESTABLECIMIENTOS SEGÚN CLASE, SECTOR Y ENTIDAD AÑO 1996-2006	91
GRÁFICO Nº 4 NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1996 Y 2006.....	92
GRÁFICO Nº 5 _NÚMERO DE EGRESOS HOSPITALARIOS, SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1996-2006	93
GRÁFICO Nº 6 NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DE DOTACION NORMAL, SEGÚN SERVICIOS AÑOS 1996-2006	94
GRAFICO Nº 7 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD AÑO 2006.....	96
GRÁFICO Nº 8 _DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD MASCULINA AÑO 2006.....	97
GRÁFICO Nº 9 _DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD FEMENINA AÑO 2006.....	98
GRAFICO Nº 10 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD INFANTIL AÑO	99
GRÁFICO Nº 11 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD AÑO 2006.....	101
GRÁFICO Nº 12 _DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD MASCULINA AÑO 2006.	102
GRÁFICO Nº 13 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD FEMENINA AÑO 2006.....	103
GRAFICO Nº 14 EGRESOS POR HOSPITALES PEDIATRICOS Y SU UBICACIÓN A NIVEL NACIONAL2004.....	106
GRAFICO Nº 15 TASA DE MEDICOS SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1997 -2006.....	108
GRÁFICO Nº16 NUMERO DE PERSONAL QUE TRABAJA EN EST ABLECIMIENTOS DE SALUD AÑOS 1997 - 2006	110
GRAFICO Nº 17 TASA DE ODONTOLOGOS SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1997 - 2006.....	112
GRAFICO Nº 18 TASA DE ENFERMERAS SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1997 – 2006.....	113
GRAFICO Nº 19 TASA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1997 - 2006.....	115
GRÁFICO Nº 20 NUMERO DE CAMAS DISPONIBLES, PORCENTAJE DE OCUPACION, GIRO DE CAMAS, PROMEDIO DIAS ESTADA HOSPITALES PEDIATRICOS	117
GRAFICO Nº 21 ESTANDARES DE ORGANIZACIÓN DE LA ATENCION MEDICA.....	120

GRAFICO Nº 22 CONTINUIDAD DE LA ATENCION MEDICA	121
GRAFICO Nº 23 AREA DE HOSPITALIZACION	123
GRAFICO Nº 24 AREA TECNICA Y DE APOYO	125
GRAFICO Nº 25 PERSONAL QUE LABORA EN EL HOSPITAL BACA ORTIZ 2007	132
GRÁFICO Nº 26 PERSONAL CODIGO DE TRABAJO.....	133
GRÁFICO Nº 27 PERSONAL DE CARRERA CIVIL Y ADMINISTRATIVA.....	134
GRÁFICO Nº 28 PERSONAL MODALIDAD PRESTACION DE SERVICIOS	136
GRÁFICO Nº 29 PERSONAL MODALIDAD SERVICIOS PROFESIONALES.....	137
GRÁFICO Nº 30 PERSONALIDAD SERVICIOS OCASIONALES	138
GRÁFICO Nº 31 PERSONAL EMERGENCIA SANITARIA.....	139
GRÁFICO Nº 32 ALTAS Y EGRESOS 2000 - 2007	144
GRAFICO Nº 33 INDICADORES HOSPITALARIOS HBO 2007.....	146
GRÁFICO Nº 34 GIRO DE CAMAS HBO 2000 - 2007	147
GRÁFICO Nº 35 PORCENTAJE DE OCUPACION HBO 2000 - 2007.....	148
GRÁFICO Nº 36 PROMEDIO DIAS ESTADA HBO 2000 - 2007	149
GRÁFICO Nº 37 PROMEDIO DE CAMAS DISPONIBLES HBO 2000 - 2007	150
GRÁFICO Nº 38 TOTAL DEFUNCIONES HBO 2000 - 2007	151
GRÁFICO Nº 39 TASA DE MORTALIDAD + 48 HORAS	152
GRAFICO Nº 40 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HBO 2004 - 2007.....	153
GRAFICO Nº 41 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD HBO 2004 - 2007.....	155
GRÁFICO Nº 42 CONSULTA EXTERNA.....	160
GRÁFICO Nº 43 AREAS TECNICAS Y DE APOYO.....	162
GRÁFICO Nº 44 RECURSO HUMANO, CONSULTA EXTERNA HBO 2008	167
GRÁFICO Nº 45 PRODUCCION POR ESPECIALIDADES HBO 2004 - 2007	170
GRÁFICO Nº 47 ATENCION DE CONSULTA EXTERNA SEGÚN SEXO HBO AÑOS 2005 - 2007	173
GRÁFICO Nº 48 TOTAL CIRUGIAS REALIZADAS EN EL HBO EN HOSPITALIZACION, CONSULTA EXTERNA Y EMERGENCIA 2004 - 2007	174
GRÁFICO Nº 49 CIRUGIAS REALIZADAS EN CONSULTA EXTERNA HBO 2004 - 2007	176
GRÁFICO Nº 50 TOTAL DE CIRUGIAS EN CONSULTA EXTERNA POR ESPECIALIDADES AÑOS 2003 - 2007	177

GRÁFICO Nº 51 TOTAL DE CIRUGIAS EN CONSULTA EXTERNA POR ESPECIALIDADES HBO AÑOS 2003 - 2007	178
GRÁFICO Nº 52 TOTAL DE CIRUGIAS EN CONSULTA EXTERNA POR ESPECIALIDADES HBO AÑOS 2003 - 2007	179
GRÁFICO Nº 53 A PRODUCCION DE LA MAÑANA EN CONSULTA EXTERNA DEL HBO EN EL AÑO 2007	179
GRÁFICO Nº 53 B PRODUCTIVIDAD EN LA MAÑANA DE CONSULTA EXTERNA DEL HBO DEL AÑO 2007	179
GRÁFICO Nº 53 C CAPACIDAD FISICA OCIOSA EN LA MAÑANA EN LOS CONSULTORIOS DE CONSULTA EXTERNA DEL HBO AÑO 2007	179
GRÁFICO Nº 54 CAPACIDAD FISICA OCIOSA EN CONSULTORIOS DE CONSULTA EXTERNA DE LA TARDE DEL HBO AÑO 2007	179
GRÁFICO Nº 54 A PRODUCCION DE CONSULTA EXTERNA DE LA TARDE DEL HBO AÑO 2007	179
GRÁFICO Nº 54 B PRODUCCION PORCENTUAL DE CONSULTA EXTERNA DE LA TARDE DEL HBO AÑO 2007	179
GRÁFICO Nº 54 C PRODUCTIVIDAD EN LA CONSULTA EXTERNA DE LA TARDE DEL HBO AÑO 2007	179
GRÁFICO Nº 54 D PRODUCTIVIDAD PORCENTUAL EN CONSULTA EXTERNA DE LA TARDE DEL HBO AÑO 2007	179
GRÁFICO Nº 55 HORARIO DE TRABAJO SEGÚN DIAS LABORADOS Y HORAS ASIGNADAS / SEMANA / DIA HBO 2008 DERMATOLOGIA	189
GRÁFICO Nº 56 HORARIOS DE TRABAJO SEGÚN DIAS LABORADOS Y HORAS ASIGNADAS / SEMANA / DIA HBO 2008 INFECTOLOGIA	191
GRAFICO Nº 57 HORARIOS DE TRABAJO SEGÚN DIAS LABORADOS Y HORAS ASIGNADAS / SEMANA / DIA HBO 2008 NEUROLOGIA	193
GRÁFICO Nº 58 HORARIOS DE TRABAJO SEGÚN DIAS LABORADOS Y HORAS ASIGNADAS / SEMANA / DIA HBO 2008 OTORRINOLARINGOLOGIA	195
GRÁFICO Nº 59 HORARIOS DE TRABAJO SEGÚN DIAS LABORADOS Y HORAS ASIGNADAS / SEMANA / DIA HBO 2008 PEDIATRIA	197
GRÁFICO Nº 60 HORARIOS DE TRABAJO SEGÚN DIAS LABORADOS Y HORAS ASIGNADAS / SEMANA / DIA HBO 2008 PSIQUIATRIA	199
GRÁFICO Nº 61 HORARIOS DE TRABAJO SEGÚN DIAS LABORADOS Y HORAS ASIGNADAS / SEMANA / DIA HBO 2008 TERAPISTAS	201
GRÁFICO Nº 62 HORARIOS DE TRABAJO SEGÚN DIAS LABORADOS Y HORAS ASIGNADAS / SEMANA / DIA HBO 2008 UROLOGIA	203
GRÁFICO Nº 63 AUXILIARES DE DIAGNOSTICO – LACAS DE RAYOS X HBO AÑOS 2004 - 2007	205

GRÁFICO Nº 64 AUXILIARES DE DIAGNOSTICO – ECOGRAFIAS 2004 - 2007	206
GRÁFICO Nº 65 AUXILIARES DE DIAGNOSTICO ELECTROENCEFALOGRAMAS 2004-2006	207
GRÁFICO Nº 66 AUXILIARES DE DIAGNOSTICO ELECTROCARDIOGRAMAS 2004-2007	208
GRÁFICO Nº 67 AUXILIARES DE DIAGNOSTICO ECOCARDIOGRAMAS 2004-2007	209
GRÁFICO Nº 68 AUXILIARES DE DIAGNOSTICO – AUDIOMETRIAS 2004 - 2007	210
GRÁFICO Nº 69 AUXILIARES DE DIAGNOSTICO – INPEDANCIOMETRIAS 2004 - 2007	211
GRÁFICO Nº 70 AUXILIARES DE DIAGNOSTICO – POTENCIALES EVOCADOS HBO 2004- 2007.....	212
GRÁFICO Nº 71 AUXILIARES DE DIAGNOSTICO – HEMATOLOGICOS HBO 2004 - 2007....	213
GRÁFICO Nº 72 AUXILIARES DE DIAGNOSTICO – BACTERIOLOGICOS HBO 2004-2007 .	214
GRÁFICO Nº 73 AUXILIARES DE DIAGNOSTICO – QUIMICA SANGUINIA 2004 - 2007	215
GRÁFICO Nº 74 AUXILIARES DE DIAGNOSTICO – MATERIAS FECALES HBO 2004 - 2007	216
GRÁFICO Nº 75 AUXILIARES DE DIAGNOSTICO – ORINA HBO 2004 - 2007	217
GRÁFICO Nº 76 AUXILIARES DE DIAGNOSTICO – OTROS HBO 2004 - 2007	218
GRÁFICO Nº 77 TOTAL AUXILIARES DE DIAGNOSTICO EMERGENCIA, HOSPITALIZACION, CONSULTA EXTERNA HBO 2004 – 2007	220

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA Nº 1 RECURSO HUMANO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD POR 10000 HABITANTES	85
TABLA Nº 2 NUMERO DE ESTABLECIMIENTOS, EGRESOS HOSPITALARIOS Y CAMAS HOSPITALARIA DISPONIBLE SEGÚN REGIONES AÑOS 1996, 2000 Y 2006	89
TABLA Nº 3 NUMERO DE ESTABLECIMIENTOS SEGÚN CLASE, SECTOR Y ENTIDAD AÑO 1996 - 2000	91
TABLA Nº 4 NUMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1996 Y 2006.....	92
TABLA Nº 5 NNNUMERO DE EGRESOS HOSPITALARIOS, SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1996 - 2006	93
TABLA Nº 6 NUMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DE DOTACION NORMAL, SEGÚN SERVICIOS AÑOS 1996 - 2006	94
TABLA Nº 7 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD AÑO 2006	96
TABLA Nº 8 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD MASCULINA AÑO 2006	97
TABLA Nº 9 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD FEMENINA AÑO 2006	98
TABLA Nº 10 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD INFANTIL AÑO 2006.....	99
TABLA Nº 11 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD AÑO 2006	101
TABLA Nº 12 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD MASCULINA AÑO 2006	102
TABLA Nº 13 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD FEMENINA AÑO 2006	103
TABLA Nº 14 HOSPITALES PEDIATRICOS A NIVEL NACIONAL	106
TABLA Nº 15 TASA DE MÉDICOS SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1997-2006	109
TABLA Nº 16 NÚMERO DE PERSONAL QUE TRABAJAN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AÑOS 1997-2006	111
TABLA Nº 17 TASA DE ODONTÓLOGOS SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1997-2006	112
TABLA Nº 18 TASA DE ENFERMERAS SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1997-2006.....	114
TABLA Nº 19 TASA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1997-2006.....	116
TABLA Nº 20 NÚMERO DE CAMAS DISPONIBLES, PORCENTAJE DE OCUPACIÓN, GIRO DE CAMAS Y PROMEDIO DÍAS DE ESTADA DE LOS HOSPITALES PEDIÁTRICOS AÑO 2006.	117
TABLA Nº 21 ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA.....	120

TABLA Nº 22 CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA HBO	122
TABLA Nº 23 HOSPITALIZACION HBO	124
TABLA Nº 24 ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO HBO.....	125
TABLA Nº 25 PERSONAL QUE LABORA EN EL HOSPITAL BACA ORTIZ AÑO 2008	132
TABLA Nº 26 PERSONAL DEL HBO PERTENECIENTE AL CÓDIGO DE TRABAJO AÑO 2008	133
TABLA Nº 27 PERSONAL DEL HBO REGIDO POR LA LEY DE SERVICIO CIVIL Y CARRERA ADMINISTRATIVA 2008.....	135
TABLA Nº 28 PERSONAL CON MODALIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.....	136
TABLA Nº 29 PERSONAL CONTRATADO CON LA MODALIDAD DE SERVICIOS PROFESIONALES.....	137
TABLA Nº 30 PERSONAL DE CONTRATO CON LA MODALIDAD DE SERVICIOS OCASIONALES HBO 2007	138
TABLA Nº 31 PERSONAL CONTRATADO EMERGENCIA SANITARIA DE LA RED DE SERVICIOS MSP POR SERVICIOS PROFESIONALES 2007	139
TABLA Nº 32 TOTAL ALTAS Y EGRESOS HBO AÑOS 2000 – 2007	145
TABLA Nº 33 INDICADORES HOSPITALARIO HBO 2000-2007	146
TABLA Nº 34 GIRO DE CAMAS HBO 2000 - 2007	147
TABLA Nº 35 PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE CAMAS DISPONIBLES HBO 2000 – 2007	148
TABLA Nº 36 PROMEDIO DÍAS DE ESTADA HBO 2000 – 2007	149
TABLA Nº 37 PROMEDIO DE CAMAS DISPONIBLES HBO 2000 – 2007.....	150
TABLA Nº 38 TOTAL DEFUNCIONES HBO 2000 – 2007.....	151
TABLA Nº 39 TASA DE MORTALIDAD MAS DE 48 HORAS HBO 2000 - 2007.....	152
TABLA Nº 40 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HBO AÑO 2004-2007	154
TABLA Nº 41 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD HBO 2004, 2005, 2006 Y 2007.....	156
TABLA Nº 42 ESTÁNDARES MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA GARANTIZAR LA ATENCIÓN MÉDICA	161
TABLA Nº 43 ESTÁNDARES, AREAS TÉCNICAS Y DE APOYO DE LA CONSULTA EXTERNA DE HBO	162
TABLA Nº 44 RECURSO HUMANO CONSULTA EXTERNA 2008	168
TABLA Nº 45 ATENCION DE CONSULTAS POR ESPECIALIDADES EN EL AREA DE CONSULTA EXTERNA HOSPITAL BACA ORTIZ AÑOS 2004-2007.....	171

TABLA Nº 46 ATENCIÓN DE CONSULTA EXTERNA SEGÚN GRUPO DE EDADES HBO AÑOS 2005 – 2007	173
TABLA Nº 47 _ATENCIÓN DE CONSULTA EXTERNA SEGÚN SEXO HBO AÑOS 2005 - 2007	174
TABLA Nº 48 _TOTAL CIRUGÍAS REALIZADAS EN EL HBO EN HOSPITALIZACIÓN, CONSULTA EXTERNA Y EMERGENCIA AÑOS 2004-2007	175
TABLA Nº 49 _CIRUGÍAS REALIZADAS EN CONSULTA EXTERNA HBO AÑOS 2004-2007	176
TABLA Nº 50 TOTAL CIRUGÍAS REALIZADAS EN CIRUGÍA GENERAL, CIRUGÍA PLÁSTICA, ENDOSCOPIAS, OFTALMOLOGÍA AÑOS 2004-2007	177
TABLA Nº 51 _TOTAL CIRUGÍAS REALIZADAS EN ODONTOLOGÍA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, TRAUMATOLOGÍA, UROLOGÍA AÑOS 2004-2007	179
TABLA Nº 52 _TOTAL CIRUGÍAS REALIZADAS EN CARDIOVASCULAR, NEUROCIRUGÍA, MAXILOFACIAL, Y OTRAS AÑOS 2004-2007	180
TABLA Nº 53 _VARIABLES OBSERVADAS EN LA MAÑANA EN LOS CONSULTORIOS DE CONSULTA EXTERNA DEL HBO AÑO 2007	180
TABLA Nº 54 _CAPACIDAD FISICA OCIOSA EN CONSULTORIOS DE CONSULTA EXTERNA DE LA TARDE DEL HBO AÑO 2007	180
TABLA Nº 55 _HORARIO DE TRABAJO SEGÚN DÍAS LABORADOS Y HORAS ASIGNADAS/ SEMANA /DÍA CONSULTA EXTERNA HBO 2008.	190
TABLA Nº 56 _HORARIO DE TRABAJO SEGÚN DÍAS LABORADOS Y HORAS ASIGNADAS/ SEMANA /DÍA CONSULTA EXTERNA HBO 2008.	192
TABLA Nº 57 _HORARIO DE TRABAJO SEGÚN DÍAS LABORADOS Y HORAS ASIGNADAS/ SEMANA /DÍA CONSULTA EXTERNA HBO 2008.	194
TABLA Nº 58 _HORARIO DE TRABAJO SEGÚN DÍAS LABORADOS Y HORAS ASIGNADAS/ SEMANA /DÍA CONSULTA EXTERNA HBO 2008.	196
TABLA Nº 59 _HORARIO DE TRABAJO SEGÚN DÍAS LABORADOS Y HORAS ASIGNADAS/ SEMANA /DÍA CONSULTA EXTERNA HBO 2008.	198
TABLA Nº 60 HORARIO DE TRABAJO SEGÚN DÍAS LABORADOS Y HORAS ASIGNADAS/ SEMANA /DÍA CONSULTA EXTERNA HBO 2008.	200
TABLA Nº 61 HORARIO DE TRABAJO SEGÚN DÍAS LABORADOS Y HORAS ASIGNADAS/ SEMANA /DÍA CONSULTA EXTERNA HBO 2008.	202
TABLA Nº 62 _HORARIO DE TRABAJO SEGÚN DÍAS LABORADOS Y HORAS ASIGNADAS/ SEMANA /DÍA CONSULTA EXTERNA HBO 2008.	204
TABLA Nº 63 _AUXILIARES DE DIAGNOSTICO PLACAS DE RX CONSULTA EXTERNA HBO 2004-2007	205
TABLA Nº 64 _AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO ECOGRAFÍAS CONSULTA EXTERNA HBO 2004-2007	206

TABLA Nº 65 AUXILIARES DE DIAGNOSTICO ELECTROENCEFALOGRAMAS CONSULTA EXTERNA HBO 2004-2007	207
TABLA Nº 66 AUXILIARES DE DIAGNOSTICO ELECTROCARDIOGRAMAS CONSULTA EXTERNA HBO 2004-2007	208
TABLA Nº 67 _AUXILIARES DE DIAGNOSTICO ECOCARDIOGRAMAS CONSULTA EXTERNA HBO 2004-2007	209
TABLA Nº 68 AUXILIARES DE DIAGNOSTICO AUDIOMETRÍAS CONSULTA EXTERNA HBO 2004-2007	210
TABLA Nº 69 AUXILIARES DE DIAGNOSTICO IMPEDANCIOMETRÍAS CONSULTA EXTERNA HBO 2004-2007	211
TABLA Nº 70 AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POTENCIALES EVOCADOS CONSULTA EXTERNA HBO 2004-2007	212
TABLA Nº 71 _AUXILIARES DE DIAGNOSTICO HEMATOLÓGICOS CONSULTA EXTERNA HBO 2004-2007	213
TABLA Nº 72 AUXILIARES DE DIAGNOSTICO BACTERIOLÓGICOS CONSULTA EXTERNA HBO 2004-2007	214
TABLA Nº 73 _AUXILIARES DE DIAGNOSTICO QUÍMICA SANGUINEA CONSULTA EXTERNA HBO 2004-2007	216
TABLA Nº 74 _AUXILIARES DE DIAGNOSTICO MATERIAS FECALES CONSULTA EXTERNA HBO 2004-2007	217
TABLA Nº 75 _AUXILIARES DE DIAGNOSTICO ORINA CONSULTA EXTERNA HBO 2004-2007	218
TABLA Nº 76 _AUXILIARES DE DIAGNOSTICO OTROS CONSULTA EXTERNA HBO 2004-2007.....	219
TABLA Nº 77 _TOTAL AUXILIARES DE DIAGNOSTICO CONSULTA EXTERNA, HOSPITALIZACIÓN, EMERGENCIA HBO 2004-2007.....	220
TABLA Nº 78 CALIFICACION OBTENIDA POR CONSULTA EXTERNA HBO POR ESTANDARES Y GRADOS 2008	222
TABLA Nº 79 ACREDITACION CONSULTA EXTERNA HBO POR GRADOS 2008	224
TABLA Nº 80 _CALIFICACIÓN DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA POR ELEMENTOS DE ESTRUCTURA, PROCESOS Y RESULTADOS.....	225

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO Nº 1 _PRODUCCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA – ECUADOR 2006.....	88
CUADRO Nº 2 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD INFANTIL LISTA CIE AÑO 2006	105
CUADRO Nº 3 _ESTRUCTURA ORGÁNICO FUNCIONAL DEL HOSPITAL BACA ORTIZ.....	118
CUADRO Nº 4 RECURSOS TECNOLÓGICOS HOSPITAL BACA ORTIZ	128
CUADRO Nº 5 _TECNOLOGÍA ADQUIRIDA EN EL AÑO 2007	129
CUADRO Nº 6 _RECURSO LOGÍSTICO HBO.....	130
CUADRO Nº 7 _ESTADO DE EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA HBO 2004, 2005 Y 2006	131
CUADRO Nº 8 INDICADORES HOSPITALARIOS DEL HBO 2000 - 2007	144
CUADRO Nº 9 EQUIPOS BÁSICOS DEL SERVICIO	164
CUADRO Nº 10 OPORTUNIDADES	232
CUADRO Nº 11 AMENAZAS	233
CUADRO Nº 12 FORTALEZAS	234
CUADRO Nº 13 DEBILIDADES	235
CUADRO Nº 14 MATRIZ FODA.....	236
CUADRO Nº 15 PLANEACION ESTRATEGICA 2008 CONSULTA EXTERNA	237
CUADRO Nº 16 ORDENAMIENTO DE FACTORES SEGÚN MOTRICIDAD Y DEPENDENCIA.....	237
CUADRO Nº 17 CLASIFICACION DE FACTORES SEGÚN SU NATURALEZA. PROGRAMA DE PLANEACION ESTRATEGICA 2008	243
CUADRO Nº 18 _MAPA ESTRATEGICO DEL BSC DE LA CONSULTA EXTERNA HBO.....	246
CUADRO Nº 19 _CUADRO DE INDICADORES – METAS E INICIATIVAS.....	249
CUADRO Nº 20A PROCESO CONSULTA EXTERNA NEUROLOGIA.	251
CUADRO Nº 20B PROCESO NEUROLOGIA DIAGRAMA DE FLUJO	252
CUADRO Nº 20C PROCESO NEUROLOGIA. CUADRO DE CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO.....	253
CUADRO Nº 21ª PROCESO CONSULTA EXTERNA SERVICIO DE PEDIATRIA. CUADRO DE ESCRITORES Y RESPONSABILIDADES.....	254

CUADRO N°21B PROCESO CONSULTA EXTERNA SERVICIO DE PEDIATRIA. DIAGRAMA DE FLUJO 1	255
CUADRO 21C PROCESO CONSULTA EXTERNA SERVICIO DE PEDIATRIA. DIAGRAMA DE FLUJO 2.....	256
CUADRO N°22A PROCESO CONSULTA EXTERNA SERVICIO DE CARDIOLOGIA. CUADRO DE DESCRIPTORES Y RESPONSABILIDADES	257
CUADRO N°22B PROCESO CONSULTA EXTERNA SERVICIO DE CARDIOLOGIA. DIAGRAMA DE FLUJO.....	258
CUADRO N°22C PROCESO CONSULTA EXTERNA SERVICIO DE CARDIOLOGIA. CUADRO DE CARACTERIZACION DEL PROCESO	259
CUADRO N°23 PROYECTO DE GESTION SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA	281
CUADRO N° 24 EVALUACIÓN DE LAS VARIABLES, INDICADORES DE ESTRUCTURA, PROCESOS, RESULTADOS	288
CUADRO N° 25 CHECK LIST DE CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA	290

RESUMEN

La presente Tesis es un modelo de gerencia por procesos del servicio de Consulta Externa del Hospital Baca Ortiz, consta de IV capítulos cuyo desarrollo aborda un modelo eficiente, eficaz y efectivo para alcanzar los objetivos institucionales y satisfacer las necesidades de los usuarios.

En el Capítulo II se desarrolla el Marco Teórico Conceptual en el cual se establecen los principales elementos teóricos conceptuales, considerando al hospital como empresa social orientada a cumplir los objetivos fijados en las políticas públicas de salud del país; esta estructura incluye elementos formales e informales, que van de los canales de comunicación a los estilos directivos, y toman en cuenta que las organizaciones son flexibles y adaptables a cambios del entorno. Hoy en día el usuario demanda prestaciones de servicios públicos de alta calidad, eficaces y exige una eficiente inversión de los recursos económicos; por ende la toma de decisiones se basará en la optimización, mejora y evolución de los procesos a ejecutarse.

La situación hospitalaria a nivel nacional, el contexto del Hospital de Niños Baca Ortiz, diagnóstico situacional del servicio de Consulta Externa se encuentran en el Capítulo III, priorizando el diagnóstico de calidad, basado en datos estadísticos del INEC e informaciones institucionales y del servicio, los datos referente a la organización y calidad del servicio fueron obtenidos a través de encuestas de “Organización de la Atención Médica”, “Estándares de las Áreas Técnicas y de Apoyo” y la encuesta basada en el Manual de Vigilancia de la Calidad.

Iniciando la década de los 80-90 con el furor de calidad, planeación estratégica; en la actualidad la estrategia se la ve como un proceso democrático y participativo conectado operativamente y facilitado por el enfoque del **Balanced Scorecard**, herramienta gerencial para la formulación e implantación de estrategias metodológica, que son un conjunto de medidas de la actuación empresarial aplicadas en el Capítulo IV; el modelo se basa en la planificación de contenido organizativo, recursos y procesos; los objetivos son: desarrollar un sistema de planificación que articule la oferta con la demanda, desarrollar una estructura por procesos que establezca una relación y racionalice los recursos, desarrollar un sistema de gestión que permita optimizar los recursos de acuerdo al grado de complejidad, establecer un sistema de información y tomar decisiones acertadas en relación a servicios prestados y satisfacción del usuario, y así enlazar los recursos con la mejora del sistema de indicadores.

Los hospitales y áreas de consulta externa afrontan el desafío cultural institucional, modelos organizativos y de gestión en la consecución de la nueva capacidad gerencial, para que sea legítima, competitiva y basada en la productividad (eficacia, eficiencia, efectividad y satisfacción del usuario), con una respuesta social a las demandas sociales; la Estrategia de Implementación se presenta en el mismo capítulo.

ABSTRACT

The present work corresponds to a management model by processes of the pediatrics service at Consult Extern; the development of its chapters approaches the improvement of the hospital as a social enterprise, related to: The processes: reformulation; Service Management; demand support; Interinstitucionales relationships; Development of the corporative image. The conceptual and theoretical frame is presented in chapter II.

The hospital situation at national level, the context of the Baca Ortiz Hospital and the situational diagnosis of the consult extern service is presented in chapter III

The pattern takes into account the planning based on an organizational process of resources and processes, called the **Balanced Scorecard** (BSC). Chapter IV; has allowed to reach the conclusion, that the hospitals require to adapt their institutional culture, their organization al models and administration to incorporate a social management and to acquire a management capacity; the strategic approach is presented in chapter.

PRESENTACIÓN

La presente tesis es un modelo de gerencia por procesos del servicio de consulta externa de un hospital pediátrico, se fundamenta enfocando la gerencia moderna y centrándose en la calidad y satisfacción del usuario, tareas básicas de interpretar objetivos institucionales a través del proceso de planificación estratégica basado en el Balanced Scorecard; planear, organizar, dirigir y controlar; al emplear recursos organizacionales se consiguen los objetivos en forma eficiente y eficaz.

Con la Planificación se mejora la calidad, desarrollo institucional, fortalecimiento de recursos humanos e incremento de la calidad de vida de grupos vulnerables; la organización se basa en la división del trabajo, asignación objetiva de recursos para que el sistema funcione integrado y en forma satisfactoria; los mecanismos de operación indican que se debe y que no se debe hacer; como gestionar y definir mecanismos de decisión y concordar con objetivos globales organizacionales y específicos de los miembros que componen la organización; y como definir, armonizar e integrar la misma.

La presente información desarrollada, fue recolectada por consulta bibliográfica, recopilación de datos estadísticos, institucionales de el INEC, Departamento de Estadística del Hospital Baca Ortiz; obtención de resultados mediante la aplicación de encuestas y entrevistas realizadas por la autora de la tesis; este documento es fuente de consulta y su elaboración es un esfuerzo investigativo de modelo de gestión hospitalaria de calidad en consulta externa mediante la explicación clara y en forma consecutiva, para alcanzar los objetivos propuestos; a la par con los avances de la década presente en los sistemas de calidad hospitalaria y de consulta externa, el lector nutrirá su entendimiento con la temática a continuación detallada.

CAPITULO I

1. INTRODUCCION

El Hospital Baca Ortiz es una unidad operativa, especialidad pediátrica, de referencia nacional; cuenta con una dotación de 251 camas en hospitalización, tiene 29 subespecialidades en consulta externa.

El presente estudio se centra en la prestación de servicios en la Consulta Externa, la misma que en el año 2006, fue de 88.023 pacientes atendidos en las 29 subespecialidades que brinda atención continua destinada al diagnóstico, seguimiento y prevención de las distintas patologías que afectan a la población infantil a nivel nacional; tiene un promedio de atención diaria de 380 pacientes, cuenta con 79 médicos, 5 enfermeras, 12 auxiliares, 7 personas de servicios generales, 1 secretaria, personal de estadística, personal de caja, personal de servicio social en la atención diurna; desde el mes de abril del 2007 se establece la atención de Consulta Externa vespertina con 7 médicos 2 enfermeras, 2 personas en estadística, 1 persona de servicios generales para su respectiva atención por la emergencia sanitaria establecida por el MSP.

Este Servicio se encuentra ubicado en el primer piso del Hospital, ala Este, con una extensión de 2435 metros cuadrados y 42 consultorios para su atención de consulta.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A continuación se detalla los principales problemas observados:

El Modelo de Gerencia evidencia escasa planificación, organización gestión y evaluación, lo que ocasiona una baja competitividad por la ineficiencia e ineficacia

en el proceso técnico y administrativo del Servicio de Consulta Externa, provocando insatisfacción del usuario interno y externo.

El Servicio de Consulta Externa no cuenta con una **planificación estratégica** y operativa, lo que impide la relación adecuada entre oferta y demanda y mejora de la calidad de atención, situación que genera insatisfacción en los usuarios internos y externos.

La **Organización** en el Servicio de Consulta Externa no es dinámica ya que no existen procesos establecidos, normas y procedimientos claros; se aprecia poca interrelación y coordinación intra e interservicios, lo que ocasiona insatisfacción de los usuarios internos y externos.

El servicio de consulta externa presta atención rutinaria, cuyos procesos de atención se despliegan en forma lenta y sin valor agregado por la falta de cultura organizacional dirigida al cliente, cuenta con 42 consultorios para 29 subespecialidades los mismos que están asignados en nefrología y oncología, pediatría, urología, otorrinolaringología, odontología, cardiología, cirugía plástica, neurología, endocrinología, dos y tres médicos en cada consultorio y en diferente hora, ocasionando conflicto entre profesionales y con el usuario; las 10 áreas de mayor demanda son: Medicina-Pediátrica, Traumatología, Odontología, Otorrinolaringología, Neurología, Cirugía Plástica, Hematología, Urología, Oftalmología, Cardiología lo que no satisface con el recurso humano de personal disponible de 78 médicos tratantes, 1 médico líder, 5 enfermeras, 12 auxiliares de enfermería, 7 de servicios generales, 1 secretaria ya que la demanda de pacientes sobrepasa la prestación de servicio 351 consultas diarias que la consulta externa ofrece, cubriendo parcialmente con la atención vespertina que por la emergencia sanitaria brinda actualmente.

El servicio se encuentra liderado por un médico y una enfermera encargados particularmente y en forma integrada de trabajar organizativamente cumpliendo normas, reglamentos, funciones establecidos y caducos, según información por la

líder de enfermería de la consulta externa se encuentra elaborando el plan estratégico del servicio conjuntamente con el personal de enfermeras que trabajan en este servicio; el personal de enfermería que labora en esta área es ubicado generalmente por problemas de salud ocupacional, lo que entorpece las actividades que realizan por permanentes justificativos de ausencia laboral; trabajan en horarios administrativo de 8 horas el personal auxiliar de enfermería y las enfermeras 6horas laborales; el personal médico según contratación en horarios específicos de 4horas.

Los recursos tecnológicos y complementarios como laboratorio, Rx, electrocardiografía, ecografía, audiometrías, potenciales evocados, mantenimiento, centro de cómputo, trabajo social no funciona las 24 horas en la atención disponible para el servicio, lo efectúa en un horario de 8:00 a.m. a 14:00 p.m.

La **Gestión** en la Consulta Externa, no es competitiva de acuerdo al grado de complejidad de la unidad operativa, lo que provoca que no se cumpla con los requerimientos de los usuarios, ocasionando insatisfacción en el cliente interno y externo; las 10 especialidades de mayor atención en el año 2006 son Medicina-Pediátrica 14.62 %, Traumatología 10.83 %, Odontología 7.39 %, Otorrinolaringología 7.64 %, Neurología 6.58 %, Cirugía Plástica 5.26 %, Hematología 5.18 %, Urología 4.57 %, Oftalmología 4.09 %, Cardiología 4.72 %; la demanda de pacientes sobrepasa la oferta de atención en la prestación de servicios que la consulta externa ofrece y no satisface las necesidades del usuario y los horarios de atención del personal médico no cubre las expectativas de productividad del hospital.

Existe un escaso análisis, interpretación y retroalimentación de la información que impide un adecuado monitoreo y evaluación, por tanto una inadecuada toma de de decisiones; los instrumentos de trabajo utilizados en la recolección de datos son los partes diarios de atención de la consulta externa y los concentrados mensuales que en el departamento de estadística son procesados y remitida la

información al director del hospital y posterior al Ministerio de Salud; por tanto no se retroalimenta el análisis para la toma de dediciones en el nivel operativo.

1.2 FORMULACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA

¿Es posible que en Servicio de Consulta Externa se establezca un modelo de gerencia por procesos que incorpore los componentes de planificación, organización, gestión y evaluación a fin de satisfacer necesidades y demandas del usuario interno y externo?

¿Es posible que el Servicio de Consulta Externa cuente con una planificación estratégica y operativa que permita relacionar adecuadamente la oferta demanda y mejorar la calidad de atención así como la satisfacción en los usuarios interno y externo?

¿Es posible establecer una estructura por procesos, a fin de racionalizar los recursos del Servicio de Consulta Externa y satisfacer los requerimientos del usuario interno y externo?

¿Es posible que en el Servicio de Consulta Externa del HBO se desarrolle un sistema de gestión por procesos que permita ser competitivo de acuerdo al grado de complejidad cumpliendo con los requerimientos de los usuarios?

¿Será posible desarrollar un sistema de información que permita conocer datos estadísticos, epidemiológicos e indicadores para monitoreo y evaluación a fin de tomar decisiones acertadas en este servicio?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un modelo de gerencia en el Servicio de Consulta Externa del HBO que incorpore la planificación, organización, gestión y evaluación a fin de lograr satisfacer necesidades y demandas del usuario interno y externo.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- i) Desarrollar un sistema de planificación que articule la relación entre oferta y demanda que incorpore las necesidades y demandas, a fin de ofrecer un servicio de calidad en el Servicio de Consulta Externa
- ii) Desarrollar una estructura por procesos que establezca una relación adecuada y racionalice los recursos del Servicio de Consulta Externa, a fin de facilitar los requerimientos del usuario interno y externo.
- iii) Desarrollar un sistema de gestión por procesos en el Servicio de Consulta Externa del HBO que permita cumplir con los objetivos institucionales y optimización de recursos de acuerdo al grado de complejidad, a fin de satisfacer al cliente interno y externo.
- iv) Establecer un sistema de información que permita monitorear y evaluar a fin de tomar dediciones acertadas en la relación de servicios prestados y la satisfacción de los usuarios internos y externos.

1.4 JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

1.4.1 JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

En el sector salud “la gestión pública comprende no solo la prestación directa de los servicios, sino actuar como garante de la resolución de los problemas de salud

de la población”¹; sea esta por sí misma o por otros mecanismos que aseguren un ejercicio solidario del derecho a la salud.

El presente estudio se basa en la conceptualización de planificación, organización, gestión, monitoreo y evaluación, citado de varios autores entre ellos Kaplan, Roberto, Norton, David P., Cuadro de Mando Integral, Gestión 2000, conceptos que constituyen un aporte en la construcción del modelo de gerencia en el Servicio de Consulta Externa del HBO, mediante los componentes de planificación, organización, monitoreo y evaluación, a fin de mejorar la competitividad en el proceso técnico y administrativo, satisfaciendo las necesidades del cliente interno y externo.

1.4.2 JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

Luego de la revisión bibliográfica, se determinarán los instrumentos que puedan aplicarse, adaptarse y/o modificarse; con el aporte del diagnóstico de situación, en la construcción del modelo.

Sin embargo en el presente estudio se utilizarán dos instrumentos validados por OMS y OPS sobre estándares en la prestación de servicios, calidad técnica y humana, en base excel y access respectivamente, con el diagnóstico que arrojen los instrumentos se construirá retrospectivamente el modelo de estudio; de igual manera bajo la concepción de balance score card se aplicará un instrumento que permita asociar la planificación con la gestión; se desarrollará una base en excel sobre los principales indicadores de la consulta externa que permitan aportar al modelo; y en base a la normativa de MSP se desarrollará los procesos del servicio.

¹ Malagón-Londoño. Galán Morera. Pontón Laverde. Administración Hospitalaria. Editorial Médica Panamericana. 2ª. Edición. Bogotá, D.C Colombia. 2000.

1.4.3 JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

Este Modelo constituye un aporte técnico del maestrante para la institución, a fin de fortalecer el Modelo de Gerencia del Servicio de Consulta Externa del HBO, en la prestación de servicios; además este modelo podrá ser aplicado en otros hospitales de la misma complejidad, así como la metodología para realizar estudios similares.

1.5 HIPÓTESIS DE TRABAJO

1.5.1 HIPÓTESIS GENERAL

Si se desarrolla un modelo de gerencia por procesos en el Servicio de Consulta Externa del Hospital "Baca Ortiz" que incorpore los procesos de planificación organización, gestión y evaluación, entonces se logrará satisfacer al usuario interno y externo.

1.5.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICOS

- i) Si se desarrollar un sistema de planificación que articule la relación entre oferta y demanda, que incorpore las necesidades y demandas de los usuarios, entonces se ofrecerá un servicio de calidad en la Consulta Externa del HBO
- ii) Si se desarrolla una estructura por procesos que establezca una relación adecuada y racionalice los recursos del Servicio de Consulta Externa, entonces se facilitará los requerimientos del usuario interno y externo.
- iii) Si se desarrolla un sistema de gestión por procesos en el Servicio de Consulta Externa del HBO que permita cumplir con los objetivos institucionales y optimización de recursos de acuerdo al grado de complejidad, entonces se logrará satisfacer al cliente interno y externo.

- iv) Si se establece un sistema de información que permita monitorear y evaluar, entonces se tomarán decisiones acertadas en la relación entre servicios prestados y la satisfacción de los usuarios internos y externos.

1.6 METODOLOGIA

1.6.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Este estudio es descriptivo, para la construcción del árbol de problemas, árbol de objetivos se utilizó el marco lógico, situación que facilitó la construcción de las hipótesis, luego mediante las revisiones bibliográficas de los componentes de planificación, organización, gestión, monitoreo y evaluación; y el diagnóstico de situación a partir de diversas fuentes de información como: estadísticas, partes diarios, informes mensuales, utilizando técnicas cualitativas y cuantitativas; con estos elementos se construirá el Modelo de Gerencia, en el Servicio de Consulta Externa del H.B.O de la ciudad de Quito.

Por tratarse de un estudio descriptivo la construcción e interrelación de variables se realizara el momento que se cuente con la base y se determinará las variables respectivas.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1. SISTEMAS DE SALUD

Es el conjunto de sectores y subsectores que mantienen y perfeccionan la salud de la población, los subsectores agrupan a: **usuarios, financiadores, proveedores, administradores y reguladores.**

El Sistema de Salud comprende recursos que un país, estado o comunidad dedica a promoción de salud, prevención de enfermedades y recuperación de salud, incluye organizaciones sanitarias, es el resultado de la relación entre la comunidad y la respuesta de la sociedad en forma de políticas y organización de servicios.²

Los sistemas de salud contribuyen a mejorar la salud de la población, fomentar la competitividad de países con el fin de lograr mejores resultados de salud con recursos disponibles. "...Las condiciones de salud precarias aumentan los costos financieros y afectan la productividad; la atención sanitaria deficiente conlleva costos políticos y el gasto excesivo reduce la competencia..."³

² Fundación Isalud, Instituto Universitario Isalud, Diplomado Superior en Gerencia de hospitales, Módulo 1. Sistemas de Salud, Ecuador Diciembre 2002/ Abril 2003. Pág.5.

³ Carlos Alburquerque, Oswaldo Artaza. La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe. Biblioteca. Sede OPS. Washington, D.C; OPS, 2001, Pág.55.

Los sistemas de salud evolucionan en respuestas a cambios demográficos y patrón de enfermedades, políticas o falta de políticas públicas de salud, lo concerniente a accesibilidad, equidad, calidad, formación de recursos humanos y mecanismos de financiamiento, poder político de actores y presión de la tecnología; **son funciones** de los sistemas de salud: rectoría, financiación, prestación y aseguramiento.

La Rectoría es una función orientada a la conducción, normalización, coordinación, regulación y evaluación de las actividades y servicios de salud realizadas por entes públicos y privados y el desarrollo de las funciones esenciales de la salud pública, que incluye tareas en materia de autoridad sanitaria que se aplican a nivel central, provincial y local; en esta función es el conductor de todo el sistema de salud, "...es regulador de la prestación de los servicios y ejecuta las funciones esenciales de salud pública, es modulador del financiamiento sectorial, realiza vigilancia y tutelaje del aseguramiento y es armonizador de la provisión servicios de salud..."⁴.

El Financiamiento se refiere a recaudación y distribución de recursos para el funcionamiento del sistema: quién paga, cómo se recolectan y distribuyen los recursos económicos; la **compra de servicios** incluye función de financiamiento, hay compra de servicios de salud a terceros proveedores, esto realiza el estado al pagar a sus proveedores con asignaciones presupuestarias y subsidiando la oferta, esto visualiza la compra de servicios y se relaciona con la demanda efectiva, la **provisión de servicios** deber indelegable del estado, procura armonización de provisión de servicios, complementariedad, garantía, condiciones básicas de calidad y provee servicios sin desarrollo de mercado.

⁴ MSP, Proyecto Modersa, Fundación Insalud. Instituto Universitario Insalud, Diplomado Superior en Gerencia de Hospitales, Módulo 1 sistemas de salud. Ecuador. 2002, 2003.

El Aseguramiento es la garantía de cobertura efectiva de los servicios de salud y de acceso a los mismos en caso de necesidad, sus dimensiones esenciales son: el **manejo del riesgo** (“pooling”), o la asignación y administración de los recursos para garantizar que el riesgo financiero asociado a las intervenciones de salud sea asumido por todos los miembros del “pool” y no por cada miembro individualmente; la **organización y gestión de la prestación de servicios**, en muchos casos incluye la compra de servicios mediante establecimiento de compromisos de gestión o contratos de prestación de servicios; la **definición de los contenidos y modalidades de provisión de un conjunto garantizado de prestaciones**, beneficios y servicios de salud que reflejan las prioridades de políticas y los objetivos sanitarios nacionales.

Para cumplir estos objetivos el Estado debe definir la población (afiliación), definir las prestaciones (conjuntos/paquetes), ajustar prima y riesgo (“risk pooling”), captar y administrar recursos (tesorería), comprar servicios (mecanismos de pago a proveedores); los **beneficios** que otorga son familias y/o personas registradas en el sistema, tienen derecho a un Plan Integral de Salud considerando diferencias geográficas, culturales, características del país; el plan incluye prestaciones médicas, como acciones de salud pública (vacunaciones, fumigaciones, control de epidemias); el contenido del plan es el resultado de análisis de costos, estableciendo costos por persona o familia.⁵

2.1.2 SISTEMAS DE ATENCION

En el mundo se reconocen tres modelos, de acuerdo al financiamiento, población cubierta y propiedad de la provisión de servicios; el sistema de salud **público**, tiene cobertura universal, financiamiento público a través de impuestos y provisión pública de servicios, hospitales públicos y médicos asalariados; inicia con la

⁵ Fundación Isalud, Instituto Universitario Isalud, Diplomado Superior en Gerencia de hospitales, Módulo 1. Sistemas de Salud, Ecuador Diciembre 2002/ Abril 2003. Pág. 9

creación del Servicio Nacional de Salud que cubría por completo necesidades sanitarias de ciudadanos, fue el primer sistema universalista del mundo occidental; le caracteriza una cobertura universal, el financiamiento está dado por impuestos, su gestión es estatal, es un plan de salud único, con provisión de servicios y propiedad estatal y médicos asalariados; provisión de servicios que lo ejecuta a través de personal médico que cumplen diferentes programas, esta organización centralista y burocrática conduce a una falta de incentivos.⁶

El sistema de **seguridad social** se crea para aumentar la eficiencia de producción industrial en Alemania dada su baja productividad; su objetivo era proteger al trabajador que por contingencia ajena a su voluntad, como accidentes, enfermedad o vejez, su fuerza laboral sufría marginación social; este sistema de atención de salud es financiado en forma bipartita desde el trabajo, exigidos y garantizados por el estado.

Las **características** son cobertura universal y obligatoria; financiamiento compulsivo; gestión pública o privada; plan de salud único; provisión de servicios y la propiedad de estos es estatal y privada; pago a profesionales variable; su atención médica es un programa específico de protección colectiva contra contingencias que la persona puede presentar, provisión de servicios en forma directa o indirecta, de pago salarial, el gasto tiene techo y es previsible.

El sistema de **salud privado** es una técnica de evaluar, seleccionar, clasificar y ponderar riesgos, en este seguros una persona o grupo de personas compran una prima la abonan en forma regular a una empresa para cobertura de prestaciones asistenciales en dinero o servicios, no involucra un componente solidario, se aporta cuota voluntaria según riesgos, se caracterizan por ser voluntario, financiamiento privado sin considerar mecanismos solidarios, gestión privada,

⁶ Díaz CA. 2001. La empresa sanitaria moderna. Como generar la propia bestia sistemática. Ediciones ISALUD.

planes de salud variables, provisión de servicios y propiedad privadas, pagos a profesionales por unidades desagregadas.⁷

2.1.3 SERVICIOS DE SALUD

Todo sistema de salud reúne un conjunto de actores que desempeñan roles y asumen objetivos propios, en la ejecución de esos objetivos despliegan acciones que establecen flujos de servicios (de salud) y de recursos (financieros, físicos y humanos), la cantidad y variedad de actores y roles determinan la complejidad de los sistemas.

2.1.3.1 REDES DE SERVICIOS DE SALUD

Las redes de atención de salud son sistemas sociales abiertos con articulación de personas y organizaciones proveedoras de servicios de salud independientes de tamaño, complejidad y régimen de propiedad, tienen por objetivo satisfacer necesidades de salud de la población por acciones definidas, diferenciales y son complemento de instituciones públicas y privadas, prestando servicios de salud con criterios de equidad, calidad, oportunidad, eficiencia y contención de costos.

2.1.3.2 RECURSOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Los recursos son **humanos**, se basa en individuos, profesionales de salud: médicos, enfermeras, farmacéuticos, laboratoristas, administrativo, que aseguran un funcionamiento correcto del sistema y mejora continua de calidad de atención

⁷ Fundación Isalud, Instituto Universitario Isalud, Diplomado Superior en Gerencia de hospitales, Módulo I Sistemas de Salud, Ecuador Diciembre 2002/ Abril 2003. Pág. 17

de salud e intercambio entre profesionales de salud. Además están los recursos **tecnológicos y financieros**.

Son funciones de los servicios de salud, el monitoreo y análisis de salud de la población; vigilancia de sistema epidemiológico, investigación y control de riesgo; promoción de salud; participación social y empoderamiento de la salud; desarrollo de políticas; planes y capacidad de gestión que apoyen esfuerzos y contribuyen a la rectoría sanitaria nacional; regulación y fiscalización; evaluación y promoción del acceso equitativo de la población; desarrollo de recursos humanos y capacitación, garantía de calidad de servicios de salud individuales y colectivos; investigación; desarrollo e implantación de soluciones innovadoras; reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.

2.1.3.3 OBJETIVOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Son Objetivos intermedios:

- **Facilitar el acceso** a la atención sanitaria, relacionada con las barreras organizacionales, económicas, culturales y emocionales.
- **Mejorar la Eficiencia** para que la relación entre los costos de los recursos utilizados y los resultados obtenidos sea favorable mejorando la salud (disminución de la mortalidad, morbilidad), expresando productividad, igual resultado con menos recursos.
- **Atención de Calidad**, entregando a los usuarios asistencia eficaz, segura y oportuna, en condiciones materiales y éticas acorde a sus necesidades.
- **La Efectividad**, es la medida en que una determinada práctica o atención sanitaria en condiciones de uso normales, mejora el estado de salud de la población.
- **La Sostenibilidad** incluye la dimensión política y financiera y se define como la capacidad del sistema para resolver sus problemas actuales de

legitimidad y financiamiento, superar los retos de mantenimiento y desarrollo futuros, con la aceptación y apoyo de la sociedad.

Los objetivos finales

Los objetivos finales de estas redes son tres: mejorar las condiciones de salud, ofrecer un trato adecuado y garantizar protección financiera (esperanza de vida libre de discapacidad, autonomía, bienestar).

2.1.4 CONCEPTUALIZACION DE SALUD

La **salud enfermedad** es una situación de salud de la población, los servicios de salud son incapaces de reducir estas desigualdades por influencia del sistema actual y poco prioritario en importancia para el estado, el desarrollo de nuestra sociedad provoca un sistema de inequidad, expresado en el deterioro de la vida y la salud y son los procesos destructivos del trabajo, problemas de vida cotidiana, falta de capacidad organizativa políticamente, acceso a bienes de distribución estatal, patrones culturales y relaciones ecológicas.

La OMS sostiene que "... la salud es un estado de completo bienestar: físico, mental y social y no sólo la ausencia de molestias o enfermedades..."⁸; al no existir estados de bienestar o enfermedad absolutos, éstos son consecuencia de determinantes: sociales, económicos, políticos y culturales; relacionando salud y enfermedad conformando un proceso interactuante; el proceso de transformación social de la naturaleza explica el proceso salud-enfermedad como fenómeno colectivo, fundamentado en la variación histórica del perfil epidemiológico y distribución diferencial de salud-enfermedad en la sociedad.

⁸ María Velasco. Eduardo Ayala. Situación de Salud y sus Tendencias. Módulo II. Ecuador. Pág. 21

Jaime Breilh y Edmundo Granda realizan aportes científicos y proponen una categoría conceptual que es el perfil epidemiológico de clases, el cual permite ordenar y jerarquizar procesos de salud enfermedad teniendo en cuenta condiciones favorables (valores o bienes) y condiciones adversas (contravalores); esto conduce al perfil reproductivo social de clase, al predominar contravalores y desarrollar el polo de enfermedad y al intensificarse los valores , considerados los dos casos en un marco histórico de clase, se desarrolla el polo de salud.⁹

La cultura está formada por estilos de vida de un grupo humano, con patrones de vida aprendidos, de valores, creencias, costumbres y comportamientos comunes en un grupo de personas relacionadas entre sí, en el proceso salud enfermedad cada cultura crea sus propios recursos terapéuticos, establece alternativas para recuperar o mantener su salud.¹⁰

2.1.4.1 DETERMINANTES DE LA SALUD

Son factores que influyen sobre la salud de personas e interactúan en niveles de organización y son: factores **biológicos y causal genético**, su objetivo es el cuerpo humano se concentra en la biología y comprende la herencia genética, el funcionamiento de los sistemas internos complejos y los procesos de maduración y envejecimiento; **el medio ambiente**, se refiere a los hechos externos y comprende: los medios físico, psicológico y social; **los estilos de vida**, comprenden la participación laboral, en actividades recreativas y los patrones de consumo, se dividen en riesgos inherentes al ocio, modelos de consumo y ocupacionales, decisiones individuales que afectan la salud y sobre las que se tiene mayor o menor control; **el sistema organizativo de los sistemas de salud**, comprende los aspectos preventivos, curativos, consiste en la disponibilidad, calidad y cantidad de recursos para administrar la atención médica y los

⁹ Breilh, Jaime, Conferencia publicada en: Memorias del Seminario "Una nueva salud para un nuevo Ecuador" Foro de ONG's. Cepar, Quito, agosto de 1977.

¹⁰ Perdiguer, Enrique. Salud y Enfermedad. Una visión antropológica. En. Salud y Enfermería Comunitaria. Madrid. Ed. McGraw Gill Interamericana de España, 1996.

restaurativos y condiciones generales socioeconómicas, culturales y ambientales.¹¹ Así también es ventajoso promover puntos positivos de estilos de vida, medio ambiente y biología humana.¹²

2.1.5 EPIDEMIOLOGIA

En el campo de la salud se define "...epidemiología ciencia que se ocupa de la salud y la enfermedad en grupos poblacionales, así como los factores que incluye en los servicios de salud que las determinan..."¹³; se ocupa de la salud de grupos poblacionales y analiza la salud de la comunidad; brinda recursos para cura y prevención mediante la aplicación de técnicas epidemiológicas para evaluar necesidades de salud y es un método básico para administrar servicios de salud, hay tres tipos de estrategias epidemiológicas que abarcan métodos asociados: la **epidemiología descriptiva** se ocupa de la descripción, distribución, extensión y progresión de salud y enfermedad en la población; la **epidemiología analítica** incluye tres tipos de estudios, retrospectivo, prospectivo y de corte transversal; la **epidemiología experimental** comprueba factores etiológicos, controla grupos de experimentación o control, observa efectos que producen los supuestos en la aparición de una enfermedad o estado de salud, conocidos como pruebas clínicas o controladas, se utilizan para evaluación de tratamientos, drogas o servicios nuevos.

2.1.5.2 PERFIL EPIDEMIOLOGICO

La caracterización epidemiológica permite conocer la naturaleza, comportamiento y tipo de respuesta para su control; enfermedades transmisibles tienen un agente etiológico infeccioso o biológico y las no transmisibles un agente no biológico; estudios epidemiológicos y de laboratorio evidencian la función causal de agentes infecciosos en la patogénesis de enfermedades; en enfermedades crónicas como

¹¹ Dr. Milton Vega. Epidemiología y Bioestadística I. Módulo I. Ed. CITE. Ecuador. 2004. Pág. 19-23.

¹² G. E. ALAN DEBER. Epidemiología y Administración de Servicios de Salud. OPS. Aspen Publisher, Inc. 1991. Pág. 32

¹³ G. E. ALAN DEBER. Epidemiología y Administración de Servicios de Salud. OPS. Aspen Publisher, Inc. 1991. Pág. 18

agudas infecciosas, el huésped humano y el entorno social, ambiental, son determinantes del daño a la salud.¹⁴

La salud en una población, es el resultado de un proceso, donde intervienen fuerza protectoras que la favorecen en contra de las fuerzas dañinas que la perjudican, proceso que no es mecánico ni igual para todos los grupos, tampoco lo es para el mismo grupo en distintos momentos de su desarrollo.

La calidad de vida que depende de la salud, que está continuamente amenazada por procesos destructivos, estos nacen en las áreas del trabajo, del consumo, de acciones del estado, de la ecología y la organización político cultural, estas destruyen la estructura biológica y psíquica del ser humano, mucho antes de que aparezcan los síntomas.

2.1.6 ATENCION DE SALUD

Hay tres niveles de prevención: primaria o inhibición del desarrollo de la enfermedad antes que ocurra; secundaria, o detección temprana y tratamiento de la enfermedad y terciaria o rehabilitación, o recuperación del funcionamiento adecuado.

La **promoción de salud** es el proceso que capacita a individuos y comunidades a ejercer control y mejora sobre los determinantes de su salud, combina acciones en conjunto por personas, comunidades y gobiernos, con el objeto de afectar estilos y condiciones de vida que influyen el estado de salud y calidad de vida. La **promoción** es un período de prepatogénesis, su objetivo es mejorar el nivel general de salud por medio de medidas de protección específicas, son tareas de inmunización, sanidad ambiental, protección de accidentes y riesgos de trabajo,

¹⁴ G. E. ALAN DEBER. Epidemiología y Administración de Servicios de Salud. OPS. Aspen Publisher, Inc. 1991. Pág.9

medidas efectivas en mortalidad y morbilidad causadas por enfermedades infecciosas.

La **prevención** es el diagnóstico temprano de enfermedades a través de exámenes periódicos clínicos y de rayos; como por ejemplo la detección temprana de cáncer, hipertensión, enfermedades venéreas y otras; en enfermedades como artritis, morbilidad asociada a la edad, detienen el avance de discapacidad, complicaciones o secuelas, es decir son acciones que dependiendo del problema y actividad que trate actúa en tres niveles: sociedad, grupos e individuos.

La **curación** actúa a nivel de individuos, tiene impacto sobre condiciones de vida y perfiles de salud de grupos a través de modificaciones en riesgos de morir de los individuos enfermos y del acto distributivo de bienes y servicios en el ámbito individual.¹⁵

La **rehabilitación** denominada prevención terciaria es cuando la enfermedad manifestó una consecuencia, consiste en evitar discapacidad total una vez estabilizado las modificaciones anatómicas y fisiológicas, el objetivo es la rehabilitación del individuo para poder vivir satisfactoria y autosuficiente su vida; las estrategias de prevención responden a dos propósitos: los profesionales encargados de la atención determinan rápidamente donde concentrar sus recursos para prevenir e intervenir en el proceso de enfermedad y los administradores de servicios de salud deben ser capaces de comprender su potencial para utilizarlos en el manejo de la institución.¹⁶

¹⁵ MSP. Conjunto de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, 2da Edición. Ecuador, Marzo 2007. Pág. 11-14.

¹⁶ G. E. ALAN DEBER. Epidemiología y Administración de Servicios de Salud. OPS. Aspen Publisher, Inc. 1991. Pág.12

2.1.6.1 MODALIDADES DE ATENCION

Siguiendo con las necesidades de resolución de las personas, los incentivos positivos y negativos que el sistema presenta, el flujo de ínter niveles (referencia y contrarreferencia) de los pacientes, contamos con 3 niveles de atención.

La **ambulatoria** son servicios de centros asistenciales no hospitalarios, son la puerta de entrada del sistema, ubicada cerca de domicilios de personas responsables de la cobertura total de la población, existen solo si funcionan la responsabilidad del equipo salud sobre los resultados de la población a su cargo y la accesibilidad particularmente a elementos del diagnóstico y terapéutica; ubicados a 30 metros de recorrido, con población de 10.000 a 30.000 habitantes, brindan atención en especialidades básicas, son instituciones de menor tamaño, asiste un médico general, da atención ambulatoria y hospitalaria ambulatoria en consulta externa, urgencias y hospitalización de corta estancia, además involucra a individuos y organizaciones que dispensan servicios de salud personal en área extrahospitalaria.

En la **hospitalaria** están servicios de internación y de ambulatorios de hospitales generales de baja y media complejidad, presta servicios de atención médica en medicina interna, cirugía, pediatría, gineco-obstetricia y psiquiatría, una persona se encuentra hospitalizada al estar registrada como paciente en un hospital por prescripción médica, utilizando por lo menos 24 horas de servicio de hospitalización, dietética y atención de enfermería.

La **comunitaria** son servicios ambulatorios, acciones de salud a nivel poblacional donde se presta atención de salud colectiva, individual y ambiental con planeación y organización de servicios de salud personales y no personales donde se realiza vigilancia de las condiciones de salud obteniendo información

para la regulación sanitaria de bienes y servicios a través de la coordinación intersectorial.

2.1.7 NIVELES DE COMPLEJIDAD

Para brindar atención en salud de acuerdo a necesidades de usuarios de servicios hay tres niveles de atención, se da una atención piramidal (según Malagón). El mayor volumen (80%) se presta en el nivel I, la atención de especialidades (15%) en el nivel II y en nivel III se presta el resto (5%).

En el **I nivel** están profesionales generales, con un 80% de atención médica, a nivel regional, dan prestación de servicios rural y local, se encuentran:

Los **puesto de salud**, son recurso que ofrecen servicios de atención por enfermería, consulta médica y de odontología, programada por horas según demanda, ubicadas en áreas rurales con población de 5000 habitante.

Los **centros de salud "A"** son instituciones que brindan servicios de enfermería, consulta médica y odontología de ocho horas al día, realiza actividades de control de factores de riesgos en el medio ambiente, cuenta con camas de observación, se encuentra en poblaciones de 5.000 a 20.000 habitantes.

Los **centros de Salud "B"** se ubican en grandes ciudades, dan prestación de servicios de atención ambulatorio de ocho horas al día en medicina general y odontología, consulta en especialidades de medicina interna, ginecología, obstetricia, pediatría y atención permanente en urgencias con camas de observación.

El **hospital local** tiene patrimonio propio, autonomía administrativa y financiera para disponer de recursos humanos, físicos y financieros, con servicios ambulatorios y de hospitalización; profesionales generales durante veinticuatro horas al día, en áreas urbanas y con poblaciones superiores a 20.000 habitantes.

El **II nivel** formado por profesionales generales, más especialistas, prestación de servicios seccional y regional, con un (15%) de atención médica, unidades intermedias y hospital regional “A”¹⁷, la **unidad intermedia** ofrece atención de consulta externa y hospitalización en áreas de gineco-obstetricia, pediatría, medicina interna, cirugía ambulatoria.

El **hospital regional “A”** da atención ambulatoria y hospitalización en gineco-obstetricia, psiquiatría, especialidades de traumatología, otorrinolaringología y urología, tienen autonomía administrativa y financiera, patrimonio propio con áreas influencia de nivel inferior, están asignadas áreas de influencias constituidas por recursos hospitalarios de menor nivel utilizando de la referencia y contrarreferencia, ubicados en ciudades con cerca de 50.000 habitantes.

El III nivel conformado por profesionales generales, especialistas esenciales más supra-especialistas, prestación de servicios universitario y nacional, (3%) de atención médica, formado por:

El **hospital regional “B”** que brinda atención ambulatoria y de hospitalización en medicina general, medicina interna, gineco-obstetricia, pediatría, psiquiatría, cirugía general, cardiología, ortopedia, traumatología, cirugía plástica, urología, otorrinolaringología, oftalmología, neonatología y subespecialidades que disponga

¹⁷ Ibid., pp: 135

sus recursos.¹⁸ Son hospitales docentes, se ubican en ciudades con más de 500.000 habitantes.

Los **hospitales especializados y de referencia nacional** dan atención de salud con alta tecnología de servicios para satisfacer las necesidades de un sistema orgánico y de patologías específicas como el cáncer y el trauma, apoyan la **educación sanitaria en pregrado y postgrado** en su campo de acción específico, se ubican en ciudades con una población superior a 1.000.000 de habitantes.

Según el **Ministerio de Salud Pública** la tipología de las unidades operativas son ¹⁹ en **primer nivel: puestos de salud** con unidades operativas que realizan actividades básicas de fomento, promoción y prevención de salud, primeros auxilios, acciones de saneamiento ambiental y actividades con la comunidad; relación de dependencia técnica y administrativa, informa actividades al subcentro de salud de la parroquia de pertenencia; cumple normas y programas del MSP que corresponden a su nivel; atención ambulatorio, lo realiza una auxiliar de enfermería, prestación de servicios comunitario, recibe visitas periódicas del médico y/o odontólogo, capacidad resolutive, con referencia-contrarreferencia; se ubican en comunidades rurales, anejos o recintos, poblaciones menores a 2000 habitantes; **subcentro de salud**, unidad operativa realiza actividades de fomento, prevención, promoción y recuperación de salud, atención de parto normal de emergencia, odontología, saneamiento ambiental, participación comunitaria, cumple normas y programas del MSP de su nivel, relación de información y dependencia con la Jefatura de Área respectiva, atención ambulatoria, con un médico, odontólogo y auxiliar de enfermería o enfermera, realizan referencia-contrarreferencia según complejidad de casos y capacidad resolutive, ubicados en cabeceras parroquiales, poblaciones mayores a 2.000 habitantes; **centros de salud** brinda servicios integrados e integrales de fomento, promoción, prevención, recuperación de salud, atención odontológica, servicios

¹⁸ Ibid., pp: 136

¹⁹ Tomado de la Normativa del Ministerio de Salud Pública para el Modelo de Atención Integral. 2004.

auxiliares de diagnóstico (laboratorio clínico, imagenología), saneamiento ambiental, participación social, control sanitario de servicios que pertenecen al MSP, cumple normas y programas del MSP para su nivel, efectúan referencia-contrarreferencia, atención ambulatoria con equipo de profesionales de salud, pertenecen al primer nivel de servicios, se ubica en cabeceras cantorales, poblaciones hasta 30.000 habitantes.²⁰

El **segundo nivel** está el **hospital básico**, de atención ambulatoria, emergencia, hospitalización de corta estancia en medicina general, gineco-obstetricia, pediatría y cirugía de emergencias, cumplen acciones de fomento, protección y recuperación de salud, odontología, auxiliares de diagnóstico clínico, su tamaño depende de las características demográficas y perfil epidemiológico de la zona de influencia, capacidad de 15 a 20 camas, cumple funciones de control sanitario si pertenece al MSP e informa a la Dirección Provincial de Salud que corresponde, es parte y eje del sistema de referencia y contrarreferencia de servicios del primer nivel, atención ambulatoria y de hospitalización, con equipo de profesionales de salud, ocupa el segundo nivel de prestación de servicios, atiende 24 horas al día, es eje de referencia-contrarreferencia, se ubica en cabeceras cantorales, con poblaciones mayores a 30.000 habitantes; el **hospital general**, de atención ambulatoria de especialidades y referencia, hospitalización en cuatro especialidades básicas y otras de acuerdo al perfil epidemiológico del área de influencia y emergencias; con servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, odontología, medicina física y de rehabilitación, cumple indicadores de producción, docencia e investigación; de atención ambulatoria y hospitalización, ocupa el segundo nivel de prestación de servicios, atiende referencias, funciona las 24 horas al día.²¹

El **tercer nivel** formado por el **hospital especializado**, provee atención ambulatoria de especialidad, de referencia y hospitalización en especialidad o

²⁰ MSP. Conjunto de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, 2da Edición. Ecuador, Marzo 2007. Pág. 22,23,24.

²¹ Ibid., pp. 24, 26

subespecialidad, atiende a un grupo específico de edad según el perfil epidemiológico del área de influencia, da atención a población local o nacional mediante el sistema de referencia y contrarreferencia en paciente agudo o crónico, cumple indicadores de producción hospitalario especializado; funciona 24 horas al día, pertenece al tercer nivel de atención, brinda atención ambulatoria y hospitalaria de especialidad, realiza docencia e investigación en salud, se localiza en ciudades de mayor desarrollo y concentración poblacional; el **hospital de especialidades**, unidad de referencia de más alta complejidad del Sistema Nacional de Salud, brinda atención especializada de recuperación, rehabilitación y emergencia a usuarios en diferentes especialidades y subespecialidades médicas, en establecimiento de pacientes agudos, atiende a toda la población del país a través de referencia y contrarreferencia; desarrolla actividades de docencia e investigación, con atención ambulatoria y hospitalización, pertenece al tercer nivel de prestación de servicios; ubicado en ciudades polos de desarrollo y de mayor concentración poblacional.²²

2.1.8. SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS

Los hospitales tienen influencia en el área sociocultural, la percepción social reconoce al médico como depositario de la verdad sobre el proceso salud enfermedad y al hospital como lugar donde ejercen su sacerdocio, se inicia en la edad media donde se ejercía la caridad cristiana, período llamado hospitalocéntrico. Un servicio es el resultado de un acto aislado o de una secuencia de actos de duración y localización definidas, que se los realiza con medios humanos y materiales, a través de procesos, procedimientos y comportamientos codificados y con valor económico; avances en higiene, salud pública, anatomía patológica, bacteriología y cirugía, convirtieron al hospital en centro de atención de pacientes agudamente enfermos y desplazaron la satisfacción de atención integral por los usuarios como misión del hospital; así también es importante la participación de la comunidad en procesos de salud-

²² Sistema regionalizado de los servicios de salud y capacidad resolutiva de las unidades de salud. Ministerio de Salud Pública. Quinta edición. 2005.

enfermedad, educación para la salud, promoción de hábitos saludables y la prevención de enfermedades fuera de los muros del hospital.²³

Los **servicios de atención de la salud**, comprenden la totalidad de los servicios prestados a personas para la atención de salud, las siguientes características son: intangibles y generalmente el producto no existe antes de la compra por lo que no puede almacenarse y no es posible revenderlo, la producción y el consumo son simultáneos y ocurren en el mismo lugar, el producto no puede transportarse, los productores si, el consumidor toma parte directa en el proceso de producción y puede realizar parte de la producción, en la mayoría de los casos se necesita un contacto directo, no se puede exportar el servicio, pero el sistema de suministro de servicio si y las ventas y producción no pueden separarse como funciones.

El paciente es eje en que gira la actuación del equipo de salud y del hospital, se visualiza al hospital como empresa de servicios multiproducto y de gerenciamiento estratégico en salud a través de: centralización funcional dentro de la organización, descentralización de procesos; innovaciones prestacionales son hospitalización domiciliaria, hospital de día y cirugía ambulatoria,

El Hospital cuatro empresas en una, es una organización social, compleja, opera las 24 horas todos los días del año, se plantean problemas que involucran vida y la muerte de personas, son cuatro empresas con amplia producción y son: **hotel** cuyos usuarios presentan múltiples exigencias; **una empresa artesanal** con productos difíciles de definir, con múltiples profesionales altamente capacitados que ejercen en forma autónoma, con alto grado de coordinación y toma de decisiones, y con servicios finales; es una **empresa con tecnología de punta** con un gran turnover y procesos casi industriales, servicios intermedios, auxiliares del diagnóstico y tratamiento y finalmente una **escuela** de formación técnica y profesional .

²³ Fundación Isalud, Instituto Universitario Isalud, Diplomado Superior en Gerencia de hospitales, Módulo 1. Sistemas de Salud, Ecuador Diciembre 2002/ Abril 2003

Para analizar una organización hospitalaria es necesario conocer su menor unidad de análisis, denominada **unidad funcional**, que se divide en dos grupos: las unidades funcionales asistenciales y las no asistenciales.

Las unidades funcionales del hospital; son unidades de procesos, no de estructura; **las unidades funcionales asistenciales** se encuentran en el área de servicios finales y servicios intermedios o auxiliares del diagnóstico y terapéutica; **las unidades funcionales no asistenciales**, se encuentran en tres áreas: administrativa, servicios generales o servicios de apoyo y docencia e investigación.

Los **servicios finales**, o área de gestión clínica formada por sectores y unidades funcionales, hay interacción permanente con el paciente, procesos artesanales, profesionales de especialización, producto hospitalario, paciente curado total o parcialmente y paciente fallecido; comprende sectores de internación de pacientes en cuidados mínimos, consultorios externos, urgencias, cuidados especiales, hospital de día.²⁴

Los servicios intermedio, o área de servicios auxiliares de diagnóstico y terapéutica interactúan en la asistencia del paciente, no egresa directamente el paciente, con procedimientos rutinarios, fáciles de sistematizar y con personal técnico, con tecnología de punta; los hospitales de gran tamaño, pueden desagregarse en sectores, unidades funcionales; sus objetivos son aumentar la producción sanitaria; conformar un diseño organizacional horizontal; evitar feudos de servicios; efectivizar la respuesta del factor humano asistencial, ofrecer intercambio de especialidades y no compartimentalización de la asistencia a pacientes.

²⁴ Fundación Isalud, Instituto Universitario Isalud, Diplomado Superior en Gerencia de hospitales, Módulo 1. Sistemas de Salud, Ecuador Diciembre 2002/ Abril 2003

Las Unidades Funcionales no Asistenciales se encuentran en el área administrativa, de servicios generales o de apoyo y área de docencia e investigación.

En el área **administrativa** tenemos los siguientes sectores: el sector gestión de pacientes, el sector gestión Económico-financiera y el sector gestión de suministros.

Los servicios generales o de apoyo, en esta área se reconoce dos sectores de conservación, mantenimiento y hotelería que apoyan a los servicios intermedios y finales, tienen gran impacto sobre la percepción de la calidad asistencial, hacen referencia a elementos tales como ambientación, limpieza, lencería, dietas, seguridad entre otros.²⁵

2.1.8.1 CARACTERISTICAS DE ESTRUCTURA, PROCESO Y RESULTADO POR SERVICIOS

La estructura u oferta de servicios abarca la organización y funcionamiento de los servicios de salud y los recursos tanto físicos como tecnológicos, y financieros, además de los sistemas de información, los reglamentos, normas y leyes que los gobiernan.

Los procesos se definen como la superposición entre la **demanda** y la **estructura u oferta**, implica el interactuar entre los recursos humanos, tecnológicos y económicos, y las actividades intermedias y finales, incluyendo los procesos administrativos y financieros, los procesos científicos inherentes al diagnóstico y al tratamiento de los pacientes visualizados estos a través de los protocolos de manejo y diagnóstico terapéuticos.

²⁵ COSIALLS DE PUEYO D. 2000. Gestión Clínica y gerencial de hospital. Harcourt. Barcelona.

Los productos o resultados dirigidos a la cuantificación, derivados de las actividades intermedias y finales de la atención médica; en las actividades intermedias tenemos: laboratorio clínico, imágenes diagnóstica, endoscopias, anatomía patológica, etc, las actividades finales se refieren a la consulta externa médica y odontológica, urgencias médicas y hospitalizaciones; la evaluación del producto incluye el volumen, la calidad, la tecnología los costos y el tiempo en el desarrollo de las actividades.

2.2 ADMINISTRACION

2.2.1 EVOLUCION DE LAS TEORIAS

La evolución de las teorías se caracterizan por la aceleración de cambios en las últimas décadas, en el siglo XX las fábricas y burocracia atraviesan tres etapas, era industrial clásica, era industrial neoclásica y era de la información, la manera de dirigir una amplia gama de actividades sin planificación, organización, dirección y control no pudieron haberse realizado; surgen la teoría militar del chino Sun Tzu expresada en el libro “El Arte de la Guerra”; un administrador que pretendía cambiar una organización ya establecida debe tener una sombra de costumbres antiguas; la puesta de la máquina a vapor por J. Watt, el advenimiento de la producción en serie con Henry Ford, son los hechos más destacados.

La Administración Científica inicia en el siglo XX, sus precursores fueron William Frederick Taylor y Henry Farol, se evidencian tres momentos evolutivos: la administración científica, la humanización del trabajo, y la administración estratégica que corresponden a tres escuelas conocidas del pensamiento administrativo: **la escuela clásica**, consta de la administración científica y la teoría clásica de las organizaciones; la escuela de las ciencias del comportamiento y la escuela de las ciencias administrativas; **la administración científica**, escuela clásica y teoría general de la dirección inicia con Frederick Winslow Tayler, en su obra “Los principios de la Dirección Científica y Dirección

Comercial”; los modelos de administración pretendían reducir pérdidas y aumentar la producción; el recurso humano era engranaje de producción; la “Escuela Clásica” basada en que el individuo debe adaptarse al trabajo; la administración científica no logró la eficiencia esperada. Henry Fayol, estudió la organización de las empresas, se expresó con “Teoría General de la Dirección”, basada en principios de dirección; función técnica, comercial, financiera contable y seguridad; la función directiva asimilaba la del sistema nervioso, cumplía la actividad de proveer, organizar, mandar, coordinar y controlar; elaboró el staff como grupo de apoyo a la dirección separando tareas de ejecución y control, impulsó la distribución, la equidad, la estabilidad, el favorecimiento de la iniciativa y la cohesión.²⁶

La administración constituye la manera de utilizar recursos organizacionales como humanos, materiales, financieros, informáticos y tecnológicos para alcanzar objetivos y lograr excelente desempeño, es proceso de planear, organizar, dirigir y controlar para alcanzar objetivos en forma eficiente y eficaz, es lograr que las tareas u operaciones sean ejecutadas por las personas en conjunto para llevar a las organizaciones al éxito, es una ciencia social pues trata con negocios y organizaciones, debe lograr un alto grado de satisfacción entre las personas que realizan el trabajo y el cliente que lo recibe.²⁷

Se maneja dos criterios, la **eficiencia** es cuando las cosas se hacen bien y de manera correcta, es una medida de salidas o resultados comparados con los recursos utilizados, puede medir el costo del trabajo, utilización de equipos, el mantenimiento de máquinas y el retorno del capital invertido; la **eficacia** en relación a los objetivos y resultados, fines y propósitos, es el grado en que la administración consigue sus objetivos, medida de resultado de la tarea u objetivo establecido, es unidad de trabajo que alcanza diariamente metas de producción en términos de cantidad y calidad de los resultados. El éxito administrativo

²⁶ Fundación Isalud, Instituto Universitario Isalud, Diplomado Superior en Gerencia de hospitales, Módulo 3. Gerencia de Hospitales, Ecuador Diciembre 2002/ Abril 2003.

²⁷ Adalberto Chiabenato. Administración en los Nuevos Tiempos. Parte I. Colombia. 2004. Pág. 1-10.

consiste en utilizar recursos organizacionales con eficacia y eficiencia simultáneamente, lo que significa excelencia en el desempeño.

La Gerencia es la función que ocupa el director de una empresa o institución, donde sus obligaciones es representar a la sociedad frente a terceros y coordinar los recursos a través del proceso de planificación, organización, dirección y control, para lograr objetivos establecidos; el **propósito** del gerenciamiento es conducir a la organización hacia su objetivo, asignando los recursos humanos, materiales, financieros y de tiempo; la presente revisión teórica a continuación realizará un análisis de los procesos de: **Planificación, Organización, Gestión y Evaluación.**

2.2.2 PLANIFICACION, EVOLUCION Y TENDENCIAS

La planificación es un instrumento que surge desde la teoría militar, luego en el siglo XX es adoptada por los teóricos de la economía, la utilizaron en la ex-URS, en occidente, cuando se planifica la reconstrucción de Europa, luego de la segunda guerra mundial (1.946).

La planificación normativa se origina en la antigua Rusia, en 1921, con una planificación centralizada y realizada por pocos expertos, establecía que se puede predecir certeramente el futuro basándose en el conocimiento del pasado y la observación del presente.

La Planificación en el Sector salud, ha evolucionado constantemente ya que los sistemas de salud son altamente influenciados por factores tales como las ideologías predominantes, el envejecimiento poblacional, el nivel socioeconómico, los cambios epidemiológicos y los avances tecnológicos, a lo largo del siglo XX, en la década de los sesenta y setenta surgieron estudios de tipo descriptivo,

llamados diagnósticos de salud de la comunidad, así como planes de salud que analizaban las necesidades sanitarias de la población y reflejaban las políticas sanitarias de los gobiernos.

La Planificación Estratégica, es un instrumento de gestión y política económica, aporta en la toma de decisiones y asignación de recursos, proyecta una visión de futuro deseado y medios como alcanzarlo, proceso por el que se realiza una acción dirigida a alcanzar un objetivo, puesta en práctica de qué hacer, cómo hacer, cuando hacerlo, quien ha de hacerlo, método de razonar, acción de posicionar la organización en un futuro mejor; instrumento de saber donde esta el destino elegido, cual es el mejor camino, interpretar lo que encuentra al paso.

Los **principios** generales son diagnóstico, análisis de las variables, intervinientes, flexibilidad, enfoque de contingentes; el planteamiento de alternativas; compromiso con el “como” y el “cambio”; como resultados obtienen políticas o planes que disgregan programas y proyectos; conjunto de propuestas que abarcan el área de actividad humana, conducciones institucionales; orientación cuantitativa de alcance general; tarea sectorial, expresa cuantitativamente acciones y recursos; los proyectos, unidad menor de asignación de recursos, materializa un programa dentro de una política, a cargo de un equipo de trabajo o team work, expresa metas, acciones y recursos.

Las **modalidades** son: normativa, estratégica, descentralizada y participativa, quien participa se compromete con resultados, construye escenarios, describe acontecimientos desde una situación base actual a una prevista en escenario. Los **niveles** de planificación son: estratégica, presupuestaria, de proyecto y operativa, cada una con objetivos, contenidos, nivel y plazo.

En salud tiene cuatro elementos: tiempo, espacio, modo y satisfacción de necesidades de salud de la población utilizando organizaciones sociales llamadas diagnóstico de salud comunitaria, planes de salud, planes territoriales o mapas

sanitarios, protocolos de procesos diagnósticos y terapéuticos, planes de empresas, planes directores.²⁸

Los **elementos** de la planificación estratégica son: **diagnóstico estratégico** que consta de cultura corporativa, análisis interno, análisis externo y análisis de competencia, **análisis FODA**, **direccionamiento estratégico** que consta de visión, misión, objetivos globales, **formulación de la estrategia**, **definición de escenarios** posibles, **evaluación** y corrección.

Las fases del proceso de planificación estratégica son: identificación del problema, diagnóstico de situación, formulación del plan de estratégico, lo cual implica: definición de metas y objetivos, definición de actividades, definición de los indicadores de impacto y metodología de evaluación.

En la **Identificación del problema** se hará un análisis situacional, es necesario definir claramente el problema y los actores sociales involucrados en él; el **diagnóstico de situación** es un estudio de confrontación entre fortalezas y debilidades de la institución, frente a un determinado problema o proyecto deseado, lo que define la factibilidad para enfrentarlo o realizarlo, utiliza dos tipos de análisis; el externo a la organización social y el interno;

El análisis interno de la organización permite identificar con exactitud fortalezas y debilidades de la organización, comprende identificación de la cantidad y calidad de recursos disponibles de la organización, analiza el rol de las habilidades distintivas (únicas fortalezas de una empresa), recursos y capacidades en la formación y sostenimiento de la producción tales como: capacidad directiva,

²⁸ Fundación Insalud, Instituto Universitario Insalud, Diplomado Superior en Gerencia de hospitales, Módulo. Planificación, Ecuador Diciembre 2002/ Abril 2003. Pág.5.

competitiva (o de mercadeo), financiera, tecnológica (producción) y capacidad del talento humano.

El análisis externo o del entorno identifica las oportunidades y amenazas que existen en el macroentorno y el microentorno, analizar el macroentorno es valorar el ambiente internacional y nacional, además los factores macroeconómicos, sociales, gubernamentales, legales, y tecnológicos que puedan afectar la organización, analizar el microentorno o ambiente inmediato involucra una evaluación de la estructura competitiva de la organización; aquí analizamos: factores económicos, políticos, sociales, tecnológicos, competitivos y geográficos.

El análisis FODA permite visualizar la ventaja especial competitiva de la organización, ayuda a encontrar un "nicho" seguro en el medio, situándola en una posición ventajosa para aprovechar oportunidades que se presentan y prevenir el efecto de las amenazas en el medio; herramienta que permite conocer el estado de situación de la organización, sus fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas; el análisis interno se lo realiza relacionando fortalezas con debilidades y el análisis externo se lo realiza relacionando oportunidades con amenazas, como resultado sabremos: ¿Cómo aprovechar las oportunidades para potencializarlas?, ¿Cómo contrarrestar las amenazas, convirtiéndolas en oportunidades?, ¿Cómo aprovechar las fortalezas para impulsarlas? Y ¿Cómo prevenir el efecto de las debilidades, para eliminarlas?; en la **formulación del plan** de acción se debe considerar tres aspectos:

Definición de metas y objetivos, son fines que trata de alcanzar una organización por medio de su existencia y actividades que realiza, es el nivel de aspiración sobre el desempeño; **definir actividades**, planteándose qué actividades se harán, quiénes lo harán, donde se harán, cuándo se harán y con qué recursos; **definición de los indicadores** de impacto y evaluación.

Los objetivos estratégicos,²⁹ son los propósitos específicos del plan, son alcanzados en un plazo largo a través del desarrollo de la misión institucional; **los objetivos específicos** indican los resultados específicos que se quieren alcanzar con la ejecución del plan, los que deben ser claros y medibles; **los lineamientos estratégicos,** nacen de los objetivos estratégicos, los objetivos son los propósitos, los lineamientos son el camino para alcanzarlos.

La planificación operativa es realizada luego de la formulación estratégica y determinados los objetivos estratégicos, se continua con la operativización de objetivos estratégicos, es la definición de acciones implementables para cada uno de los objetivos estratégicos, en el tiempo, asignados a un responsable y de fácil seguimiento y control.

El direccionamiento estratégico consta de **la visión, que** es el conjunto de ideas generales, algunas abstractas, proveen el marco de referencia que una empresa quiere y espera ver en el futuro, señala el camino que permite a la alta gerencia establecer el rumbo para lograr el desarrollo esperado de la organización, implica definir anticipadamente dos cuestiones íntimamente relacionadas: el ámbito de negocio y los objetivos y las políticas generales de la organización; **la misión,** es una manifestación clara de principios y fundamentos que guían la empresa, muestra la forma como la institución procura alcanzar y consolidar las razones de su existencia; indica prioridades y dirección de negocios; señala mercados a los cuales se dirige, clientes que quiere servir y productos que quiere ofrecer.

La **formulación de la estrategia** se ubica en el primer nivel para alcanzar la misión; responde a: ¿Cómo hacer operativa la misión?: Definición de **objetivos a corto** plazo (plan operativo); definición de **objetivos a largo plazo** (plan estratégico); definición de **objetivos y proyectos.**

²⁹ Velasco G, María de Lourdes. Planificación estratégica aplicada a salud. Fondo editorial letras. Quito 2003

Los Proyectos son una serie de actividades dirigidas a ejecutar una o más estrategias; responden a: ¿Cómo podemos operacionalizar las estrategias?, su propósito es conseguir un fin determinado.

En la planificación, ejecución y evaluación de un proyecto se utiliza la matriz de **marco lógico** como una herramienta que facilite el proceso, diseñada de la forma siguiente: **resumen narrativo**, que contiene: actividades, componentes, propósito, y fin; **indicadores** o verificadores; **medios de verificación y supuestos**.

Como herramienta de planificación el presente trabajo utilizará al **Balanced Scorecard** (BSC), que es una técnica de manejo de empresas, herramienta ideada por Robert Kaplan y David Norton, quienes llevaron a los computadores ideas de enseñanza, el Scorecard fue concebido como un sistema de medición integral y balanceado de indicadores de gestión de una empresa, permiten evaluarse, medir como están y prepararse para el futuro; debe tener en cuenta opiniones, exigencias y gustos de clientes, los procesos internos para mejorar calidad y brindar valor agregado a clientes, capacitar a empleados para ser parte de los objetivos, lograr el empoderamiento de trabajadores, integrárselos a colaborar en planeación y definición de objetivos de metas, integra todas las áreas (servicios) de la empresa, elementos sueltos, equipos directivos, mueve comportamientos; conocido como Cuadro de Mando Integral permite al ejecutivo crear un panel de control personalizado que refleja indicadores importantes para implantar una estrategia de negocios; sus elementos son: **perspectiva del cliente**, para medir como estamos hoy, preguntar a afiliados como están sus expectativas, entrevistas aleatorias a afiliados y enviar cuestionario; **procesos internos**, comprende operaciones, programas y administración de empresa o institución, definen factores éxitos e indicadores por proceso; **aprendizaje y crecimiento**, mirando formas para mejora continua de procesos; **perspectiva financiera**, para cumplir con usuarios o clientes adopta un esquema de

presupuesto, los gastos operativos no sobrepasan ingresos y la utilidad se reinvierte en programas; al saber el que, podemos determinar como conseguirlo, mirar los procesos internos, ser efectivos y eficientes para alinearlos al plan estratégico; personal y usuarios son invitados a colaborar y dar sugerencias en el proceso, una decisión radical es tratar cifras financieras y medir el desempeño como un conjunto de medidas”³⁰

2.3 ORGANIZACIÓN

Aparece como grupo de individuos, un esfuerzo para alcanzar un objeto común, reparte funciones y trabajos en forma coordinada, se definen como agrupaciones humanas construidas a lograr metas específicas, modelo de sistema, necesarias unas a otras, sigue un patrón de redes; como sistema sus partes y personas tienen propósitos; estructura un sistema inclusivo, actividades en función social, sistemas abiertos y complejos, con cinco subsistemas: metas y valores, presensorial, estructural, técnico, administrativo.

Es un sistema dinámico, vivo, social; abierto, pues importa recursos al medio (entrada o input) los transforma y exporta, recursos organizacionales: **factores productivos** provistos por las familias, recursos naturales, capital (recursos de estructura y equipamiento), trabajo (recursos humanos), insumos provistos por proveedores, en salud constituye el propio paciente; **recursos financieros** provistos por financiadores, recursos organizacionales físicos o materiales, financieros, humanos, insumos, recursos de información, conocimiento y actividades; la corriente de salida o output, tiene valor agregado, recupera recursos, sus resultados son en términos de mejora de salud o calidad de vida.

³⁰ Robert Eccles. The performance measurement manifest. *HBR*. January – February 1991.

Existen micro y macrosistemas, inputs y output vinculan el sistema con el macrosistema, se considera la evolución a través del tiempo, las organizaciones sociales se clasifican de acuerdo al proceso de transformación en tres tipos:

- Organización industrial: cuyo proceso de transformación es físico.
- Organización Comercial: el proceso de transformación es el cambio de lugar.
- Organización de servicios: relación directa entre producción y consumo.

2.3.1 EMPRESAS DE SALUD

La corriente de salida, formada por producto y utilidad, producto es un bien de consumo, en la OS de servicios, el producto es un servicio, formadas por resultado, satisfacción y utilidad social, se refleja en indicadores y reconocimiento de la sociedad, satisfacción de usuarios, continuidad del subsidio del estado para funcionar; un **servicio** es el resultado de un acto aislado o secuencia de actos, duración y localización definidas, realizadas con medios humanos, materiales según procesos, procedimiento y comportamiento codificados con valor económico; los servicios públicos o de finalidad pública, desarrollados por organismos del estado o concesionarios privados con o sin fines de lucro, su objetivo es la prestación de servicios de calidad, utilizando en forma óptima todos los recursos; las **empresas de salud** son prestadoras de servicios con proceso de innovación continua, evidencian efectividad en el cumplimiento del mandato social y principios que sustentan el sistema de salud.

La **empresa sanitaria** se caracterizan de otras organizaciones, son graves y urgentes sin intervención jerárquica; de producción continua y personalizada; las decisiones son clínicas, el recurso principal es su gente de alta calificación; gestiona por transferencia de riesgo, su insumo principal el **servicio**; la producción observa niveles de participación de trabajador, depende de provisión

de insumos, se presta en totalidad; dirigentes de empresas de salud deben gestionar procesos; la producción hospitalaria es personalizada y humanizada.

Las OS dividen el trabajo en tareas establecidas, quién las hace; conducción y coordinación en equipo de trabajo, canales de comunicación entre las partes, las organizaciones no son iguales, eficientes consiguiendo coherencia entre secciones, componentes y adaptación de estructura a necesidades y realidades de cada empresa; las partes fundamentales tienen componentes como: el núcleo operativo, ápice estratégico, línea media, tecno estructura, personal de apoyo, los componentes subyacentes como: ideología, coalición interna; los mecanismos básicos de coordinación son: adaptación mutua, supervisión directa, normalización (procesos de trabajo, resultado esperado, habilidad, normas).

Los parámetros de uso de una OS son: división de trabajo o especialización de puesto de trabajo; formalización del comportamiento; adiestramiento; agrupación en unidades o departamentos; tamaño de la unidad, sistemas de planificación y control, dispositivos de enlace, formación, descentralización; línea de mando y organigrama, el organigrama afecta eficacia, eficiencia, la línea de mando se relaciona con la estructura organizacional; no existe línea de mando ideal, factores de solución como: entorno y capacidades de administradores y subordinados; la **estructura organizacional** puede ser formal e informal; de acuerdo a configuración del diseño estructural son de tipo empresarial, simple, mecanicista; especificidad profesional de tareas de sus trabajadores concede poder de control, diversificada; innovadora; misionera; de tipo político.

2.3.2 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE LOS HOSPITALES

Se establece **quien**, responsabilidades, relaciones entre miembros de equipo, de trabajo, diversos equipos de trabajo, líneas de autoridad y comunicación; **que** son actividades comprendidas dentro de procedimientos y procesos específicos, así:

agrupan RRHH en unidades de tareas denominadas “funcionales” y son asistenciales y no asistenciales; establecen para cada proceso procedimientos y actividades de su competencia; determinan grado de autonomía de unidades funcionales; establecen responsabilidades y responsables; relaciones entre unidades funcionales; determinan líneas de autoridad en la toma de decisiones; determinan canales de comunicación formal.

Se utiliza organigramas de organización como documento formal que representa la red de jerarquía y relaciones, en salud existen cuatro tipos de estructuras organizacionales:

- Estructuras con agrupamientos de profesionales por ramas del conocimiento en departamento: estructuras funcionales.
- Estructuras con agrupamientos de profesionales por servicios que brindan: estructuras por divisiones. Hospital por cuidados progresivos.
- Estructuras con agrupamiento de profesionales por productos o programas que llevan: estructura por productos.
- Estructuras mixtas: estructuras matriciales.

Estas estructuras permiten constituirse en un equipo de trabajo con autogestión, entrega continua, que cumplen su misión, asistiendo a pacientes y satisfaciendo necesidades de la comunidad, son flexibles, adecuan su estructura a estrategia organizacional cambios sucesivos, establecida las organizaciones maternas nos son para siempre; en salud históricamente se establecieron estructuras funcionales dadas la naturaleza profesional del trabajo así:

Las **organizaciones por servicios**, dan respuesta a necesidades de coordinación al interior del departamento y entre distintos departamentos, dentro del de servicios médicos, dividen en pequeñas unidades en base a los servicios que presta, presenta dualidad entre toma de decisiones administrativas de organización y asistenciales de cada unidad, dificultad al establecer responsabilidad; favorece el desarrollo profesional, cada grupo pretende optimizar

recursos y actividades, favorece el aislamiento de ellos y de objetivos de la organización obstaculizando las perspectivas de las que realizan otras tareas, alcanzan integración de diversos servicios, superan la compartimentalización de atención, utiliza mejor los recursos, disminuye camas ociosas y favorece objetivos de organización aplicando estrategias de áreas de interés compartidos de planificación, calidad de la atención y diversos comités; organización del hospital por cuidados progresivos como empresa integral de servicios de salud, empresas de servicios, empresa sanitaria hospital, hospital integral.

El **cuidado progresivo** se basa en sectorización de servicios finales del hospital según tipo de cuidados requeridos por paciente cuyos objetivos son: aumentar producción sanitaria, formar un diseño organizacional horizontal, servir para evitar fondos de servicios; el paciente se interna en el sector asignado por la patología de ingreso y cuidado de enfermería, el modelo asistencial establece internación según disponibilidad real de camas, complejidad de cuidados, concepción epidemiológica e infectología institucional; definida por el cuidado de enfermería, niveles de cuidado, el tamaño es dinámico, no fijo; establece, dimensiona, optimiza la distribución del recurso humano médico, de enfermería e insumo; hay relación en cantidad de enfermeros y pacientes internados, insumos y requerimientos, equipamientos y necesidades de pacientes.

Este sistema asistencial de gestión define relaciones correctas entre; debe ser flexible por la necesidad de los pacientes, se caracterizan por niveles de cuidados y no servicios tradicionales, facilitan accesibilidad, comunicación con la comunidad y articulación con centros de primer nivel; permite establecer, dimensionar y optimizar la distribución del recurso humano asistencial y en tecnología según demanda; cantidad horas de cuidado de enfermería requeridas por paciente, niveles de cuidados, test de enfermería por niveles de cuidado.

La **organización por procesos**, o de productos, el hospital Johns Hopkins de Baltimore fue el primero, basado en estructura por programas, deriva barreras entre departamentos; focaliza eficiencia y cuidado integral del paciente, coordina equipo multidisciplinario de trabajo responsable de procesos asistenciales y no asistenciales; llamados producto program management; en una empresa hospital se gestiona la salud de las personas, procesos productivos, gestión del conocimiento, interrelaciones personales, intereses de cinco colectivos (ciudadanos, profesionales sanitarios, personal en general, gestores, propietarios), volumen de recursos económicos, praxis médica y medicina defensiva, objetivación de intereses colectivos y lucha de poder.

Desarrollar estructuras funcionales o productos depende del tamaño de la institución o complejidad de la función; se integra un farmacéutico responsable de la medicación, enfermeras asignadas a esa área, un kinesiólogo responsable de la rehabilitación; los procesos **se clasifican** en: asistenciales, clínicos, claves, de atención de enfermería, diagnósticos, intermedios, finales, administrativos y reingeniería; el **proceso de atención** es secuencia progresiva de actividades comprende la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación; el **proceso asistencial** es conjunto de procedimientos, diagnóstico, terapéuticos y preventivos que alteran el curso de la enfermedad, prevenir, curar, rehabilitar en base a expectativas del cliente interno y usuario.³¹

La **organización matricial** son estructuras donde una estructura funcional o servicios sobrepasa el personal, genera conflictos; es crítico que niveles de conducción superior garanticen el funcionamiento de servicios intermedios auxiliares (diagnóstico y tratamiento) y de apoyo.

³¹ ZARATEGUI. JR. Economía Industrial. La gestión por procesos. Su papel y la importancia en la Empresa. 1999. Pág. 81-88

La visión y misión se refieren al ámbito de negocios como a políticas generales de organización; la visión expresa una situación de futuro deseable y la misión el marco concreto y sintético del operar de la organización, la visión guía a los miembros a orientar esfuerzos en una misma dirección, define el ámbito de negocios, políticas generales de organización; ámbito de negocios o actividades definen términos de satisfacción de necesidades del usuario, define por necesidades de salud de la comunidad; implica definir: a quien, que y como se prestará el servicio (los recursos humanos, tecnológicos, procesos, información); procesos, tecnología e información son tecnología organizacional; donde se prestarán servicios; con que se mostrará el servicio.

Los objetivos de los OS son los fines, aspiraciones sobre el desempeño, resultado o atributos a lograr, metas expresadas en términos mensurados o acotados en tiempo, rentabilidad privada o rentabilidad social; las políticas generales son líneas directrices que determinan la forma de actuar, fines, valores y filosofía de su comportamiento, relación usuarios; valores o partes de conducta guían el comportamiento de organizaciones.³²

La **misión corporativa** de la organización es una síntesis de la naturaleza del negocio y los valores centrales; objetivo y actividad de comportamiento explícitos y claros sobre la base de políticas y ámbito de mejoras entre propietarios, trabajadores, compradores, proveedores y sociedad; la **misión de un hospital** es una herramienta de comunicación de para qué existe el hospital; comunicación interna a trabajadores de la institución y comunicación externa hacia la comunidad, usuarios, políticos y dirigentes sociales; comienzo de planificación estratégica y provee principios que deciden en situaciones de cambio, conflictos, asignación de recursos, incorporación de especialidades y tecnología; escrito que expresa el rumbo de organización en componentes de políticas generales de

³² Fundación Insalud, Instituto Universitario Insalud, Diplomado Superior en Gerencia de hospitales, Módulo II. Sistemas de Salud, Ecuador Diciembre 2002/ Abril 2003. Pág.57.

institución y ámbito de actuación, importante monitorearla y evaluarla, determinar la tarea central de existencia de la OS y cuales son los valores y políticas.

Las OS definen objetivos del negocio como fines, aspiraciones sobre el desempeño, resultados o atributos a lograr, metas expresadas en términos mensurados o acotados en tiempo, rentabilidad privada o rentabilidad social; las **políticas generales de las organización** son directrices que determinan forma de actuar, grandes fines, valores y filosofías que anuncian en su comportamiento, relación usuarios e integrantes; los **valores**, o partes de conducta guían el comportamiento de las organizaciones.³³

2.3.3 FUNCIONES DE LOS NIVELES DE ORGANIZACIÓN

Existen tres niveles en las organizaciones sociales: nivel de **propietario**, mira a largo plazo el factor económico de producción, decide misión corporativa, ámbito y objetivo del negocio de organización; nivel de **propiedad** formado por un grupo de personas, representantes del conjunto de propietarios, directorio, consejo de administración, sus competencias son: ser máximo nivel de gobierno, establecer el ámbito del negocio (visión), establecer la misión, comunicarla, monitorearla y evaluarla, establecer estructuras de organización, de la planificación estratégica, de obtener aporte del factor económico de producción, responsable de designación, control y evaluación del nivel político estratégico; nivel de **conducción** o Management, tiene funciones gerenciales, bisagra entre niveles de propiedad y operativos; su misión es unir factores productivos, económicos y de trabajo; de largo y corto plazo; el nivel de conducción intermedia; nivel de conducción operativa, es a corto plazo, formado por órgano de nivel político estratégico, nivel de conducción intermedio o directivo; el nivel de conducción operativo corresponde a unidades funcionales, su unidad funcional es el equipo de trabajo, toma decisiones en procedimientos y programas de actividades, de

³³ Ibid., pp: 135

tareas rutinarias, responsable de la programación y presupuesto anual o de mediano plazo.³⁴

El nivel operativo aporta el factor y equipos de trabajo, los subsistemas de las organizaciones son metas y valores dados por pautas culturales; el subsistema cultural, por estructura orgánico funcional, relaciones de comunicación y formalización de relaciones y comunicaciones (organigrama); subsistema técnico por tecnología y conocimiento; subsistema administrativo, armoniza y en columna los subsistemas para que sean coherentes con la misión y objetivos de la organización.³⁵

El desempeño organizacional o performance es resultado de operatoria en relación a objetivos planteados, medición de resultados, implica medir producción, utilidad a nivel social, resultado de satisfacción del usuario y modificación de estado de salud y calidad de vida; los **indicadores de desempeño** son tres: a) resultados económicos financieros (costo, ingreso y utilidad); b) atributos objetivos (crecimiento, participación en el mercado, calidad, utilidad, innovación); atributos subjetivos (satisfacción de usuarios, motivación de RRHH, reconocimiento de comunidad);c) característica de hospitales y organizaciones proveedoras de servicio de salud.

El **hospital cuatro empresas en una**, es una empresa compleja opera 24 horas al día, todos los días del año, con acciones frecuentes que involucran la vida y la muerte de personas; coexisten cuatro empresas diferentes con amplia gama de producción, consideradas empresas multiproducto y son **hotel**, **empresa artesanal**, con productos y múltiples profesionales capacitados, alto grado de coordinación, toma de decisiones; **empresa con tecnología de punta**, procesos industriales, servicios intermedios, auxiliares del diagnóstico y tratamiento; **escuela** de formación técnica y profesional.

³⁴ Ibid., pp: 71

³⁵ Free Montt. K Rosenzweig, J, "La Administración de Organizaciones en enfoque de sistemas. Mac Grawn Hill Book Company. 1996

Para su análisis esta el UF (Unidad funcional) formada por: un **equipo de trabajo**, un responsable realiza rutinariamente tareas específicas; son unidades de proceso, no de estructura y son **unidades funcionales asistenciales** que se encuentran en áreas de servicios finales y servicio intermedios o auxiliares de diagnóstico y terapéutica; las **unidades funcionales no asistenciales** se encuentran en las áreas, administrativa, de servicios generales o servicios de apoyo y de docencia e investigación.

El hospital se forma en: área de **servicios finales o gestión clínica** formada por sectores y unidades funcionales con interacción permanente con el paciente, procesos artesanales difíciles de sistematizar, profesionales especializados que egresan el producto hospitalario (paciente curado, total o parcial y paciente fallecido), comprende sectores de internación del paciente, cuidados mínimos; consultorios externos; urgencias, ciudades especiales, hospital de día; el área de **servicios intermedios o servicios auxiliares de diagnóstico y terapéutica**, interactúan en forma transitoria en asistencia al paciente, con procedimientos rutinarios, fáciles de sistematizar, personal técnico y tecnología de punta; hospitales de gran tamaño se disgregan en sectores con unidades funcionales; el área **administrativa** con sectores de gestión de pacientes; económico – financiera; suministros; servicios generales de apoyo, abarca sectores de conservación y mantenimiento; hotelería; área de docencia e investigación son sectores de docencia y comités técnico – científico.

Las **características de procesos productivos**, contribuyen la complejidad de gestión de hospitales, es único; impacta sobre la calidad de vida de personas; el paciente es insumo clave; la demanda es condicionante de organización del proceso; hay asimetría de información, la demanda del servicio no refleja las necesidades de salud, quien detecta la oferta, valora la necesidad del que la consume; hay demanda; dificultad de evaluación de resultados y calidad; un tercer pagador es el verdadero comprador del servicio, es quien los consume.

La complejidad del proceso se da en variabilidad del paciente, imprevisibilidad de procesos, diversas conductas de producción, proceso productivo mixto artesanal e industrial, profesionales con autonomía en su labor y resistencia al control, son

profesionales, especializados con post - grado y personal con menor capacitación, con alto grado de coordinación, súper posición de autoridad, comunicación y cooperación horizontal, con extensas áreas de contacto con el usuario – cliente; gestión competente, independiente de organizaciones de utilidad social o privada, los profesionales sanitarios se involucran en la gestión, convirtiéndose en responsables del sistema de salud al que pertenecen.

Se identifican cuatro ejes de ineficiencia en los hospitales: los públicos no están obligados a competir por los pacientes y recursos; exceso de centralismo y falta de incentivo positivo y negativo en el personal; falta de profesionalismo en niveles de conducción.³⁶

2.4 GESTIÓN

Es coordinar todos los recursos disponibles para conseguir determinados objetivos, implica amplias y fuertes interacciones fundamentalmente entre el entorno, las estructuras, el proceso y los productos que se deseen obtener, es un proceso dinámico de interacción entre la estructura, (oferta) y la demanda (necesidades) con eficacia y eficiencia.³⁷

2.4.1 GERENCIA

Es el arte de hacer que las cosas ocurran (Crosby 1988), es la capacidad de gerenciar los procesos que se relacionan directamente con el cliente, el cual forma parte fundamental del proceso.

³⁶ COSTALLS I PUELLO D. 2000. Gestión Clínica y gerencial de Hospital. Hardcover. Barcelona.

³⁷ MSP, Proyecto Modersa, Fundación Isalud. Instituto Universitario Isalud, Diplomado Superior en Gerencia de Hospitales, Módulo 3 Gestión. Ecuador. 2002, 2003.

2.4.2. GERENTE

Se define como un individuo capacitado para orientar, dirigir, decidir y lograr objetivos; dependen de él su éxito personal, el de la organización y el del grupo que dirige, es necesario entonces que posea una formación gerencial, y además tenga criterios bien formados sobre la concepción del hombre, el trabajo y la administración, para que gane apoyo efectivo y partidarios comprometidos con la misión.

2.4.2.1 FUNCIONES DEL GERENTE

Son funciones del gerente: planificar, determinar el tipo de organización, dirigir y controlar.³⁸

- Participa a sus colaboradores los objetivos y prioridades de su departamento y de la organización.
- Utiliza el consenso para llegar a acuerdos con sus colaboradores.
- Fomenta la participación de sus colaboradores en la planificación, toma de decisiones y solución de problemas.
- Enfatiza en una comunicación continua y efectiva
- Analiza y evalúa, junto a sus colaboradores, los logros alcanzados, las causas de las desviaciones y las posibles medidas correctivas.
- Establece un sistema de recompensas de una manera justa y objetiva.
- Facilita el trabajo de sus colaboradores y les presta el apoyo necesario para que puedan realizar eficientemente sus tareas.
- Delega tanto las funciones como el poder para tomar decisiones dando suficiente autonomía de acción a sus colaboradores.
- Resuelve conflictos, los afronta para resolverlos no para buscar culpables.

³⁸ Ibíd.

- Considera los errores, propios y ajenos, como una oportunidad para aprender y mejorar.

2.4.2.2 LA GESTION POR PROCESOS

Es una "...herramienta de Calidad Total ya que procura asegurar de forma rápida, ágil y sencilla el abordaje de los problemas de salud desde una visión centrada en el paciente, en las personas que prestan los servicios y en el proceso asistencial en sí mismo..."³⁹ esta herramienta esta diseñada para lograr los objetivos de calidad en un entorno cambiante, ante las necesidades renovadas de los usuarios, complementando líneas de acción desde una visión innovadora que consiga fidelización de los usuarios, reducción en los costos y mejora de los resultados, se impulsa la aplicación de esta forma de gestión porque las empresas de servicios serán tan eficientes como lo sean sus procesos.

La gestión por procesos es una forma de reingeniería, cuyo objetivo es darle valor agregado al proceso gerencial para maximizar las acciones de salud de la comunidad dentro de la escasez de recursos, garantizando una prestación adecuada de servicio, lo que permite normalizar la actuación de los servicios sanitarios, reducir la variabilidad de la práctica clínica, adaptarse a los recursos disponibles, garantizando así la eficiencia, efectividad y calidad de los servicios, esto facilita analizar y mejorar la cadena servuctiva de producción de la empresa sanitaria.

Busca un nivel de cuidado eficaz, eficiente y de menor costo, cada actividad que se realiza en esa secuencia afecta el resto de las actuaciones, y al mismo tiempo tiene una influencia decisiva sobre la calidad de la prestación, la mejora en los procesos es la verdadera transformación y aumenta la competitividad de la empresa hospital.

³⁹ Díaz, Carlos. Gestión por Procesos, una herramienta indispensable para la mejora de la eficiencia. Junio del 2002.

La gestión por procesos es una herramienta orientada a la innovación dentro de la organización que nos permite: **acercar la organización a los usuarios**, pensando en la mejora continua de la calidad y en la excelencia, sin aumentar los gastos y resolviendo la crisis de satisfacción de los usuarios; **construir una visión compartida** que permita organizar los valores referenciales, dónde queremos estar y qué queremos hacer; **Implicar a los jefes clínicos en la gestión de los recursos** en las organizaciones cuya visión sea trabajar en la gestión clínica con el valor agregado de la calidad orientada hacia el usuario e **Identificar, comprender, estabilizar, controlar y mejorar la organización interna**, para aumentar la efectividad de los procesos, identificando los centros de responsabilidad y su competencia.

Esta gestión exige, además una **estrategia de identificación de los procesos** que la organización considere prioritarios (operativos o claves), estos procesos claves se seleccionan según los siguientes criterios: alta prevalencia, quejas más frecuentes, reclamaciones, lista de espera, impacto social, coste elevado, casuística más frecuente, aportación de valor añadido a los usuarios, factibilidad para abordar el proceso.

Una vez formulados los procesos a rediseñar, **actuamos sobre las normas y las guías de procedimientos**, y sobre las terapéuticas de la institución, para transformarlas de acuerdo a los procesos rediseñados, para esto es necesario que el 80% de las patologías estén normatizadas para disminuir la variabilidad de oferta e ignorancia profesional, iniciando la por la emergencia, las patologías clínicas y los motivos de internación, las estancias quirúrgicas y su duración, estas normatizaciones podrían ser: las estancias preoperatorios, las altas de las unidades críticas, el dolor postoperatorio, los cuidados en postoperatorios de alta complejidad, utilización de la antibioticoterapia nosocomial, entre otras.

La **dirección de producción asistencial** debe elaborar un informe donde se establezcan los procesos, los responsables de su rediseño, los tiempos otorgados y la construcción de los consensos, la implementación de las transformaciones, los resultados y el seguimiento.

Paralelamente se debe **desarrollar el sistema de información** desde donde se obtendrán los indicadores operativos para el gerenciamiento del servicio, indicadores integrados prestacionales y de calidad para la dirección de producción asistencial, para construir y obtener los factores claves de éxito para el cuadro de mando integral.

2.4.2.3 GESTION DE RECURSOS

Los cambios continuos en el mundo obliga a las organizaciones desarrollar capacidades estratégicas para anticiparlos y adecuarse a ellos determinando el éxito o fracaso del proceso; el hospital adecua formas de gestión de recursos humanos, financieros, físicos, técnicos logísticos, insumos, medicamentos, etc con el fin de satisfacer las necesidades del usuario proporcionándolo atención directa, actividad propia de las empresas de servicio.

2.4.2.4. GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

En el área de **recursos humanos** los gestores necesita de ordenamientos jurídicos y administrativos, la flexibilidad de contratación, despido y cambio de perfiles laborales, situación en la que trabajadores tienen visión de rechazo, fundamental es una transformación que defina perfiles de calificación con requisitos para el ingreso al trabajo⁴⁰, nivel educativo, capacitación continua, sistemas remunerativos basados en el desempeño individual y productividad, filosofía de calidad, equilibrio financiero, implantación de técnicas y tecnología avanzadas; la gerencia de recursos humanos tiene como metas, lograr organizaciones y entornos laborales en que la el personal no sólo trabaje sino que quiera trabajar es decir organizaciones efectivas, en donde se evalúa el

⁴⁰ Organización Panamericana de la salud, ACODESS, asociación de cooperación para el desarrollo de los servicios de salud, La Transformación de la Gestión de hospitales en América Latina y el Caribe. 2001

rendimiento y calidad, definida la estructura organizativa y la dotación de recursos de calidad.⁴¹

2.4.2.5 GESTION FINANCIERA

En lo **financiero** el director de una institución cumple con los objetivos de la institución plasmados en programas anuales o fiscales, gestión administrativa certera en la toma de decisiones y cumplimiento de programas de salud que implican gastos respaldados en ingresos de dinero gubernamental o privado, se desarrolla a través de un presupuesto de ingresos y gastos, la contabilidad que se lleva se plasma en resúmenes de resultados monetarios en dos informes principales, el **balance general**, de **pérdidas y ganancias** a los que se agregan controles evitando errores y fraudes que afectan la economía y moral institucional.⁴²

La gestión económica y financiera desarrolla reformas sectoriales en salud (eficiencia, equidad, efectividad y satisfacción del usuario), la colocan en un lugar de jerarquía con función indelegable del gerente apoyado por recursos especializados; la evaluación de productividad de servicios es compleja, corresponden a sistemas blandos determinados por actividades humanas; en el caso de inversiones financieras en infraestructura física los efectos negativos son profundos y duraderos en caso de no alcanzar con la demanda que la justifique pues los gastos de operación superan a los de inversión en períodos de 4 a 5 años, la dedición de realizar inversión puede transformarse en instrumento efectivo para reducir las brechas de desigualdad.

⁴¹ Carlos Albuquerque, Oswaldo Artaza. La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe. Capítulo 4. Biblioteca. Sede OPS. Washington, D.C; OPS, 2001. Pág. 231-236.

⁴² Malagón-Londoño. Galán Morera. Pontón Laverde. Administración Hospitalaria. Estructura física del Hospital. Capítulo X. Recursos Humanos. Editorial Médica Panamericana. 2ª. Edición. Bogotá, DC Colombia. 2000. Pág. 433-435.

El **presupuesto** es un plan financiero que detalla la forma como los fondos a obtener se gastarán en la nómina del personal, compra de insumos, bienes de capital, y la forma de financiarlos; es **útil** para delimitar los gastos y darle contenido a los planes y programas de la institución así como para controlar los diferentes departamentos o programas a través de la medición de los logros obtenidos; **sirve** para planear, controlar y coordinar; un presupuesto válido debe cumplir con lo siguiente: ser dirigido de manera centralizada, ser elaborado con la participación de diversos jefes de las dependencias quienes lo ejecutaran, ser realista estableciendo estándares de evaluación, ser flexible para adaptarse a las circunstancias, ser sencillo para que se facilite su manejo y control y tener base estadística para modificaciones ajustadas a tendencias futuras; se divide en dos grupos: ingresos y gastos.

Los **ingresos** se subdividen según su origen, para conocer la manera de obtenerlos, del gobierno, donaciones particulares, fundaciones o productos de la venta de los servicios.

Los **gastos** se dividen en: servicios personales (nómina), gastos generales (energía eléctrica, transporte, mantenimiento), transferencias (impuestos, tasas, pensiones), gastos de inversión (edificios, equipos mayores).

La **ejecución y control** del presupuesto consiste en la búsqueda de la obtención de ingresos calculados y su aplicación a los gastos o costos debe corresponder a las partidas presupuestadas y coincidir con el plan de compras, este se divide en áreas de responsabilidad, separando los valores para establecer las responsabilidades específicas.

Las **políticas de control** financieros abarca la organización y el desarrollo de varias clases de controles a los presupuestos financieros para cada programa, servicio y dependencia del hospital; el presupuesto debe definirse para controlar

de manera cruzada cada actividad importante que al combinarse y agruparse por subdirecciones y servicios, permite diferentes evaluaciones a los distintos niveles y responsabilidades del hospital; en lo referente a personal, consumo de materiales y medicamentos específicos se reflejan en el presupuesto general de gastos; es importante hacer un análisis de la forma como se cancelaran en el tiempo por medio de un cronograma ingresos, disponibilidad de dinero y cancelación de deudas mediante el análisis de flujo de caja .

2.4.2.6 GESTIÓN TECNOLÓGICA, TÉCNICA Y FÍSICA

La infraestructura de **tecnología** clínica implica personal técnico de competencia, personal médico especializado, la infraestructura dispone de recursos humanos como técnicos laboratoristas, personal de esterilización, técnicos de los servicios de diagnóstico y de cirugía, en la gestión de esta área se hace hincapié en la ética y factor humano que suponen necesidades de formación, motivación e incentivos profesionales; el plan estratégico y médico deben definir los objetivos de la infraestructura tecnológica clínica y relación de los servicios de la institución, en el enfoque estratégico se garantiza primero los servicios de hospitalización y ambulatorios a partir de los servicios de admisión y urgencias, posteriormente la infraestructura de tecnología clínica

En la gestión de **equipamiento** la relación costo beneficio parte del contexto de recursos financieros limitados, los costos de explotación y calidad de servicios postventa ocupan un lugar destacado en la decisión de adquisición, el alcance y costo del mantenimiento varían según el tamaño y complejidad de instalaciones, es fundamental que exista un programa de mantenimiento periódico preventivo pues aumenta la vida útil del equipo, reduce tiempos de inmovilización por la detección temprana de anomalías o errores de utilización, reduce costos de mantenimiento curativo, aumenta el desempeño del equipo, calidad de resultados y seguridad de utilización, aumenta la confianza de los operadores; el

mantenimiento curativo tiene carácter urgente es sinónimo de organización y política global de mantenimiento⁴³

2.4.2.7 GESTIÓN DE ABASTECIMIENTOS E INSUMOS

La gestión de **insumos** parte de establecer un modelo de planificación de necesidades, la gestión de compras debe realizarse conforme a las leyes de cada país o reglas particulares que establezcan los hospitales, "...esto garantiza que el proceso sea transparente, ágil y propicia igualdad de oportunidades a todos los proveedores que deseen participar y esté acorde al tipo, bien o servicio de que se trate y a la magnitud de compras..."⁴⁴; es necesario analizar ciertos aspectos como proveedor el momento que los proveedores manifiestan las condiciones así el precio factor decisivo cuando se presenta dos propuestas iguales; la calidad determinadas por normas técnicas o disponibles para los productos; cantidad y oportunidad ya que es indispensable que la entrega se realice en la cantidad y plazo estipulado en la orden de compra; el pago es obligación del comprador realizarlo según se haya pactado; la garantía es instrumento protector de riesgo se solicita de antemano al proveedor quien esta obligado a cumplir en los términos solicitados; los servicios posteriores son acordados previamente y debe garantizar que el proveedor los cumpla referentes a disponibilidad de refacción, capacitación y servicio de mantenimiento; la profesionalidad basada en honestidad reviste interés al definir lo que se debe o no comprar tomando en cuenta las ofertas y eligiendo la mejor opción, un buen comprador es aquel que vende a los proveedores un hospital solvente y transparente y un buen vendedor es el que adquiere el compromiso de formar parte de la función social del hospital y beneficios que brinda a la comunidad.

⁴³ Carlos Albuquerque, Oswaldo Artaza. La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe. Biblioteca. Sede OPS. Washington, D.C; OPS, 2001. Pág. 323-351

⁴⁴ Malagón L. administración hospitalaria, 2ª edición, editorial médica panamericana, 2005

La gestión de **recursos físicos** se refiere a la construcción del hospital y se parte de una definición epidemiológica local o sectorial, volumen de población usuaria del proyecto y especificaciones de morbilidad, estudio económico para establecer recursos reales y potenciales, un análisis geopolítico para establecer alternativas de ubicación, se definen condiciones ambientales y accesibilidad de todos los servicios básicos de sitios preseleccionados, todo esto a cargo de un grupo de técnicos profesionales, expertos en planeación hospitalaria que laboran a nivel oficial o privado integrados por ingenieros y arquitectos salubristas, profesionales de la salud y economistas que preparan proyectos y realizan ajustes de acuerdo a normas técnicas depuradas⁴⁵

En lo **logístico** la movilización de objetos y personas en situaciones diversas que se presenta en un hospital se utilizan los vehículos que generalmente no tienen buen mantenimiento, existen ciudades que han creado servicios centrales de rescate lo que ha permitido servicios de apoyo hospitalario para movilización diversificados y especializados en tareas de movilización lo que permite externalizar el servicio dependiendo de cada realidad local.

La gestión de **medicamentos** establece prioridades de adquisición recomendadas por la Organización Mundial de la Salud quien clasifica a los medicamentos en básicos esenciales y complementarios, debe tenerse en cuenta que más del 80% de medicamentos tienen sustitutivos comerciales y variación de costo; es prudente acudir a los Formularios Nacionales de Medicamentos, diccionarios de medicamentos y literatura de laboratorios ; las compras deben estar en función del paciente y normalizar su consumo elaborando normas sistémicas de tratamiento de las patologías según complejidad ; con estadísticas e información de los diferentes servicios se elaboran listas de productos para cada dependencia y son aproximaciones a futuras adquisiciones; es importante

⁴⁵ Malagón-Londoño. Galán Morera. Pontón Laverde. Administración Hospitalaria. Estructura física del Hospital. Capítulo XI. Editorial Médica Panamericana. 2ª. Edición. Bogotá, DC Colombia. 2000. Pág. 177-180.

hacer controles de calidad de productos activos y excipientes, guía de calidad, pureza y eficacia para adquirir o desechar productos⁴⁶

2.5 MONITOREO Y EVALUACION

Proceso sistemático y continuo, constituido por técnicas y procedimientos utilizados para valorar el éxito del proyecto, recolección sistémica y permanente de información sobre la ejecución, comparación de lo planificado y analizado, y análisis diferencial; análisis de efectos e impacto de resultados; abarca presupuesto, actividades, resultados, impacto y contexto del proyecto; llega a conclusiones en base a información que provee el monitoreo.

- El monitoreo de finanzas o presupuesto analiza utilización de recursos económicos planificados en tiempo establecido, actividades correspondientes, establece causas diferenciales de lo planificado en presupuesto y gastos efectuados; el manejo eficaz de recursos consiste en alcanzar con mínima inversión un buen resultado cuantitativo y cualitativo.
- El monitoreo de actividades, tiene como base el plan operativo, considera cualidad y cantidad de actividades y servicios prestados en período y compara con lo planificado, lo realiza a la gestión del proyecto.
- El monitoreo de resultados, tiene como base indicadores correspondientes en la matriz del marco lógico, deben expresar logros en un año.

⁴⁶Ibid. Abastecimientos y Suministros. Capítulo XVII. Editorial Médica Panamericana. 2ª. Edición. Bogotá, DC Colombia. 2000. Pág. 459-462

- El monitoreo de impacto es la relación de resultados, utilidad social en grupos netos y beneficios obtenidos, efectos del proyecto, constituyen el objetivo del monitoreo; se monitorea los pequeños cambios positivos y hay que estar atentos a impactos desfavorables; preguntas para motivar impactos son: ¿cómo esta la calidad y cantidad de productos o servicios que genera el proyecto?; ¿quiénes usan productos o servicios ofrecidos?; ¿cómo se utilizan, los aceptan, los aplican, los adoptan?; ¿qué clientes no los utilizan y por qué?; ¿cuál es nuestro grado de satisfacción, relacionado a aceptación de nuestro servicio?; ¿existen reacciones imprevistas referente a servicios prestados?⁴⁷
- El monitoreo de entorno o contexto, se refiere a aspectos identificados como supuestos en la matriz del marco lógico, que puede ejercer influencia sobre él, es importante preguntar: ¿qué cambios sociales, económicos, políticos, culturales, legales e institucionales influyen de manera positiva o negativa en el proyecto?; ¿cuáles son campos de tensión y conflicto a monitores prioritariamente?; ¿qué cambios de infraestructura, desarrollo científico, tecnológico o funciones naturales pueden influir en el proyecto?
- El monitoreo de procesos, no se incluye en el marco lógico, indaga el cómo de logros en la distribución de tareas, como distribuye tareas entre sí, roles de miembros del proyecto y organización, el aprendizaje, como adquirir grupos y organizaciones, conocimiento y destrezas para aplicar su trabajo cotidiano, situar obstáculos de aprendizaje y resistencias al cambio; prestación de servicios, como lo efectúan grupos y organizaciones, intercambio de servicios dentro del proyecto; como es la cooperación y coordinación de actividades, de grupos y organizaciones, como manejan los actores sus conflictos y luchas por el poder.
Existen dos modelos de monitoreo denominado **clásico**, trata del monitoreo de finanzas y actividades; otro denominado de **nueva generación**, tiene enfoque integral, abarca diferentes niveles, determina campos de acción por nivel, recolecciona datos según preguntas sobre finanzas, proceso, entorno e

⁴⁷ Darquea Sevilla, Gonzalo. Planeación Estratégica Municipal. Quito. Ed. CEL. CADEL, 2000

impacto y resultados; se utiliza como modelo para monitoreo y evaluación del proyecto, este proceso se lo realiza en cinco pasos:

- Proceso seleccionar campos de observación, a través de lluvia de ideas.
- Observar y medir, permite recolectar datos necesarios por diversas técnicas, encuestas, entrevistas.
- Documentar y analizar, datos recolectados deben tener sustento documental.
- Reflexionar y valorar, sobre consecuencias que tiene el monitoreo sobre la planificación, realizar ajustes, cambios, intervenciones.
- Tomar decisiones e intervenir, estas pueden relacionarse con la planificación.

La medición asegura el ser y llegar a ser de una organización, acompañada de acciones de monitoreo, control y seguimiento, al medir vamos a donde planeamos ir, lo que hacemos y como lo hacemos, comunicaciones apropiadas, lo que queremos ser y como lograrlo; se logra la medición a través de indicadores cuya selección es crítica e importante, con visión global y de conjunto, aseguran el éxito y futuro de la organización, basados en el enfoque “Balanced Scorecard” o “Cuadro de Mando Integral”, soporta pasos de planeación, monitoreo, control y seguimiento; los indicadores están asociados a objetivos que son parte del proceso de planeación; las organizaciones realizan una **planeación** tradicional, con información comercial, compleja al entender, no actúan sinérgicamente; el BSC coloca elementos uno al lado del otro en formato tabla, interconecta objetivos de planes por medio de un mapa o gráfico de enlaces, donde observan interconexiones y la forma sinérgica que obtendrán resultados, comunicando fácil y sencillamente planes, hay trabajo en equipo entre las diferentes áreas, logrando una visión global y de conjunto de la organización.

EL **monitoreo** predomina en forma aislada y puntual, el BSC ayuda hacer en forma global y de conjunto, combinando en cada área; facilita la selección de indicadores (medición), monitoreo, seguimiento y control de las organizaciones, a) continuidad, b) monitorear y demostrar progresos, c) desarrolla sistemas de información falencias claves en organizaciones actuales; contribuirá a cambiar

comportamiento, conductas y paradigmas a través de medición; seleccionar un conjunto de indicadores que impulsen un nuevo comportamiento; organización que enfoca al cliente; el contenido del plan estratégico, la misión, visión, valores objetivos, estrategias y programas; los objetivos presentados lineal y secuencial en BSC se hace en mapa de enlaces causa – efecto de objetivos (mapa estratégico) se aprecian objetivos en un plano multidimensional; interactúa y apoyan al logro de la visión, este mapa permite comprender la estrategia de la organización, a donde va y como lo logrará, es poderosa herramienta de comunicación que muestra a empleados , actores claves y público lo que pretende la organización, permite alinear recursos, acciones y muestra resultados.

El monitoreo, seguimiento y control se vuelve fácil, sistémico, integrados y de impacto al convertirse en panel de instrumentos para manejo de la institución; los objetivos toman colores (Rojo: mal), (Amarillo: Regular), (Verde: Bien), indicando que sucede en la organización; es instrumento de aprendizaje, permite a la organización aprender su planeación, medición, monitoreo y aprendizaje, con el tiempo le permiten ser una organización exitosa, direccionada apropiadamente, coherente, fortaleza, concepción, director, empleado, procesos y resultados; una empresa demuestra lo que es y hasta donde puede llegar a través del sistema de medición, influenciará el sistema de planeación y monitoreo, si es fuerte y sólido nos hará exitosos.⁴⁸

El **diagnóstico y evaluación** organizacional esta constituido por el diagnóstico estratégico basado en **análisis de entornos** demográficos, socioeconómicos, culturales, epidemiológico y de servicios de salud y el **análisis de estructura y financiamiento** del propio hospital, surge la descripción del frente interno de fortalezas y debilidades, en el frente externo de oportunidades y amenazas; situación concreta de la comunidad y misión de organización denominada matriz FODA, se realiza positiva o negativamente; que se quiere, con que se cuenta y de

⁴⁸ Ricardo Martínez Rivadeneira, Monitoreo, Control y Seguimiento en las organizaciones. Documento. Colombia 2006. Pág. 1-4

que se adolece (fortalece y debilidades); lo que el análisis estratégico pretende realizar es:

- Análisis del entorno: el **macroentorno** del mapa político, estudio epidemiológico, escenario legal y ordenación sanitaria, análisis de estructura demográfica de población del área del hospital, datos epidemiológicos específicos del área de referencia, análisis socioeconómico; el **microentorno** con oferta sanitaria del área, el objetivo y posicionamiento de sectores; conducción del análisis del entorno e identificación de oportunidades y amenazas.
- Análisis de situación interna del hospital: con el análisis de instalaciones de recursos humanos, tecnología, actividad asistencial, actividad docente e investigación, contextos existentes en el hospital, relación con agentes sociales, servicios externalizados de sistemas de información, información económica financiera, calidad, beneficios y ventajas.

Se realiza un diagnóstico de situación de la comunidad: mapa político, estudio epidemiológico, misión de la organización, cadena de valor agregado: proveedores, procesos y compradores, competidores, cada uno distribuidos en una de las cuatro columnas de la matriz FODA según corresponda.⁴⁹

La Evaluación es un proceso dinámico, interactivo, ordenado y permanente que verifica el cumplimiento de objetivos planteados, comprueba el avance en el desarrollo de programas, planes o proyectos según lo planificado, detectando áreas deficientes y corrigiéndolas; **evaluar** es formular un juicio de valor, partiendo de la información obtenida sobre el desarrollo o resultados, con el propósito de decidir; el **objetivo** es encaminar a la acción, tomar decisiones de cambio y progreso en el trayecto de un proceso.

El proceso analítico de la información considera lo siguientes pasos:

⁴⁹ PEREZ IÑIGO QUINTANA F. ABARCA CIDONS. 2001. Un modelo de hospital. Ars. Médica. Barcelona

- **Definir** el interés de la evaluación y las interrogantes que se responderá con ella.
- **Elegir** métodos para recolectar datos y herramientas de formulación para obtener la información
- **Recoger** la información y los datos necesarios para la evaluación a través de instrumentos establecidos, en la etapa de implementación.
- **Analizar** la información, los resultados de la evaluación se estudian y resumen en un bloque de afirmaciones, la veracidad de las conclusiones depende de la cantidad, calidad, y credibilidad de la información obtenida, además de la calidad de la interpretación y estimación de datos.
- Las **valoraciones** son afirmaciones referentes a las virtudes, el valor o la significación del evento evaluado, se realizan comparando resultados e interpretaciones frente a normas o estándares de calidad, eficiencia, y rendimiento seleccionados.

Un buen proceso de evaluación debe ser: imparcial, creíble, útil participativo, retroalimentador y una inversión; el **propósito** de la evaluación es enlazar la necesidad de evaluar del gerente y la manera cómo el evaluador la lleva a cabo, existen varios propósitos: **administrativos**, analizan la gestión administrativa en el problema; **descriptivo o resumen**, analiza y pondera los resultados del servicio o programa con los beneficios, forma de entrega del mismo y el impacto sobre la población beneficiada; **económico**, análisis presupuestario, de costos, rendimiento financiero, y utilización e inversión de los recursos en el programa; **seguimiento**, analiza el avance de los objetivos y metas del servicio dentro del plazo fijado; **sociopolítico**, analiza los valores compartidos en la institución, el clima organizacional y el régimen de autoridad de gerencia de la organización; **retroalimentación** o autocrecimiento, es el análisis operativo o de la eficiencia de los componentes del programa con vista a la retroalimentación u optimización del servicio.

Existen dos tipos de evaluadores, **internos** formados por miembros del establecimiento, permite disminuir los costos, hay apertura de los demás funcionarios durante la evaluación y como conocedor de la institución puede ahorrar tiempo en este proceso; **externos** están integrados por personas expertas en evaluación pero ajenas a la institución, poseen una visión más objetiva en el análisis, pero tienen poca colaboración de los funcionarios del servicio; todo proceso evaluativo en salud debe involucrar en diferentes niveles de intensidad aspectos concernientes al concepto de **productividad**; esto es relación entre producción de bienes/ servicios e insumos/recursos, o lo que es la eficiencia en la utilización los recursos.

Al **evaluar la producción** es necesario identificar los servicios o productos principales que oferta la institución a la comunidad: identificación de servicios finales, contar con un listado de productos generados, dan una primera impresión del establecimiento y de su nivel de complejidad, es decir cuentan con una cartera de servicios de la institución, generalmente se evalúan la producción de servicios finales, esto no exceptúa evaluaciones específicas a otras áreas de apoyo como farmacia, laboratorios, radiología, etc.

La evaluación compara básicamente la situación actual del establecimiento con lo programado para el mismo periodo, lo ejecutado en periodos anteriores, la capacidad potencial de producción en función de la capacidad física instalada, de la dotación del recurso humano, para este recurso es necesario contar con estándares o parámetros de eficiencia.

Al evaluar la **eficiencia de los servicios** se construye una serie de indicadores en función de la producción actual y se los compara con los mismos indicadores en función de estándares o normas institucionales, la ausencia de estos dificulta la evaluación, sugieren utilizar otros estándares técnicos diseñados por un grupo de expertos, los mismos que pueden ser nacionales o internacionales, siendo

útiles los avalados por instituciones reconocida por su prestigio como la OPS y OMS; los más utilizados son; **rendimiento del recurso humano**, por ejemplo consultas/hora; **rendimiento del recurso físico**, por ejemplo ocupación 80%, estancia promedio 5 días; índices de utilización de servicios de apoyo; costos de operación. El modelo de evaluación esta constituido por seis componentes: contexto, necesidad y demanda, oferta, proceso, resultado o producto, impacto o efecto.

El **contexto** evalúa los fenómenos, circunstancias y elementos que conforman el ambiente o el entorno del sistema de salud; el componente de **necesidad y demanda** analiza las características de los usuarios de los servicios por medio de los problemas de salud motivo de consulta y la gravedad de los mismos; la **oferta** busca responder al punto anterior, establece el perfil del plan de salud vigente, estudia la organización y funcionamiento de programas de salud, diferentes insumos, recursos humanos, físicos y financieros necesarios para enfrentar la demanda; en el **proceso** la evaluación se aplica al desarrollo de programas de asistencia médica, confronta los recursos de una organización con actividades intermedias o finales obtenidas de procesos asistenciales, incluye el seguimiento permanente para identificar posibles desviaciones entre lo programado y lo ejecutado; el **resultado o producto**, evalúa actividades intermedias y finales: cirugías, atención de partos, estudios de laboratorio, despacho de fórmulas, egresos, consultas; el **impacto o efecto** evalúa la modificación de riesgos de enfermar, incapacitarse o morir de la población y el cumplimiento de programas previstos por el sistema de salud.

2.5.1 EL CONTROL

Es el proceso de prevenir, monitorear y corregir acciones para garantizar que los resultados propuestos sean alcanzados, debe reflejar la naturaleza y necesidades

de la actividad; indicar rápidamente desviaciones; mirar prospectivamente; señalar excepciones en puntos estratégicos, ser objetivos y flexibles, reflejar el modelo de organización, ser económicos, comprensibles e indicar una acción correctiva.

2.5.2 TECNOLOGIA DE LA INFORMACION

Es una herramienta que dispone el administrador para enfrentar el cambio actual, mantiene unida la información en cuatro tipos: hardware, software, tecnología de almacenamiento y tecnología de telecomunicación; los (SI) pueden ser de diferente nivel: a) sistema de **nivel operativo**, hacen seguimiento de actividades y transacciones elementales de la organización b) sistema de **nivel de conocimiento**, se apoyan los trabajadores del conocimiento e información en una organización c) sistema de **nivel gerencial** se apoya el seguimiento, control, toma de decisiones, actividades administrativas de administradores de nivel medio d) sistemas de **nivel estratégico** apoyan actividades de planeación a largo plazo de dirección de la institución; no hay un (SI) único que se adapte a toda institución, se diseñan para que las personas puedan controlar, entender y usar de manera ética y responsable, controlar el proceso, considerarse en la construcción de insumos, salud, seguridad, bienestar social y alcance de metas organizacionales; los tipos de sistemas son: (SPO) de procesamiento de operaciones; (STC) trabajo del conocimiento; (SAO) automatización en la oficina; (SIA) información para la administración; (SSD) para el soporte a decisiones; (SSG) soporte gerencial; los sistemas deben integrarse unos con otros, aportar al flujo sistemático de información entre sistemas, la visión integrada tiene ventajas y un costo.

Los **sistemas estratégicos** de información resuelven problemas internos de la empresa dada la competencia, desarrollan nuevos productos, establecen relaciones con proveedores y clientes, minimizan costos de producción y maximizan calidad de productos; modelos utilizados identifican ventajas sobre la competencia y son: **modelo de fuerzas competitivas** que estimulan a la

empresa a tratar con clientes , proveedores, productos, servicios sustitutivos, modificando la balanza de poder entre compañía y competidores a favor de la empresa; el **modelo de la cadena de valor** se desarrolla a través de actividades primarias, logísticas externas y actividades de apoyo.

Los sistema de información institucional automatizan el flujo de información, enlazan la empresa con clientes, distribuidores o proveedores; el mercado electrónico enlaza compradores y vendedores con sistemas institucionales; la observación establece límites en usos tecnológicos, conservación de justicia y competencia; al abaratar costos permiten a la empresa dar productos y servicios a menor precio que los competidores, permitiéndole a la empresa sobrevivencia y prosperidad.

2.6 SISTEMAS DE INFORMACION GERENCIAL

Un sistema de información (SI) es un conjunto de componentes relacionados entre sí que permiten capturar, procesar, almacenar y distribuir información, apoyan la toma de decisiones y el control de la institución, esto apoya a administradores y personal para analizar problemas y crear nuevos productos; un (SI) proporciona información para tomar decisiones, controlar operaciones, análisis de problemas y creación de productos por tres actividades: a) alimentación o insumo, que captura datos primarios dentro de la institución o entorno para procesarlos en un (SI); b) procesamiento, es la conversión del insumo de manera comprensible para los seres humanos; c) productos o salidas, es distribuir información procesada a personas o en actividades a ser usada.

Los (SI) se clasifican en: **informales**, operan bajo reglas no establecidas de comportamiento y **formales**, tienen reglas predeterminadas, fijas como: manuales (tecnología, papel, lápiz) y basadas como computadoras (SIBC, tecnología de HW y SW de la computadora); la computadora y sus programas (software) son los

cimientos de sistemas modernos de información, pues son el equipo para el manejo y proceso de información.

Los **sistemas de información gerencial**, al desarrollarlos hay que entender el entorno, estructura, función y políticas de instituciones, papel de administración y toma de decisiones, capacidades y oportunidades que da la tecnología de información actual; a nivel gerencial se percibe retos, estrategias de institución para responder y asignar recursos humanos y financieros, crear nuevos productos, servicios e instituciones; los administradores de **nivel superior o directivo** son responsables de decisiones estratégicas a largo plazo sobre que producto o servicio producir; administradores de **nivel medio o gerentes** llevan los programas de directivos; administradores **operativos o superiores** son responsables del seguimiento de actividades diarias de la institución.

2.6.1 SISTEMAS DE INFORMACIÓN GERENCIAL EN SALUD.

Se contrarresta la competencia al encerrar a cliente y proveedores; los hospitales que participan no desean cambiar a otro proveedor por conveniencia del sistema y bajo costo; los sistemas estratégicos contrarrestan la competencia, crean nuevos productos y servicios diferenciándose del competidor, así la empresa no compite sobre la base del costo; las operaciones de la institución depende de sistemas de información a medida que penetran en ellos, incrementos de productividad en el procesamiento de información tiene impactos en productividad de cooperación; alianzas estratégicas lo realizan dos o más empresas compartiendo información para obtener ventajas mutuas, acceso a nuevos clientes, comparten inversiones en software y hardware; transiciones estratégicas son cambios en metas de negocios, relaciones entre clientes y proveedores, movimientos en niveles de sistemas socio técnicos, administradores e instituciones escogen impactos computacionales con resultados aleatorios, impactos diferentes.

Una institución es estructura social, estable y formal, obtiene recursos del medio ambiente por medio de procesos, el capital y trabajo son factores de producción proporcionados por el medio ambiente, las instituciones la transforma en productos y servicios; en institución de nueva tecnología, cambia la forma de combinar usuarios y obtener productos, considerándole a la empresa moldeable con capital y trabajo.

Los procedimientos estándar de operación (PEO) son reglas definidas con precisión, tareas para enfrentar situaciones esperadas, instituciones dedicadas al principio de eficiencia, maximizar el producto empleando insumos limitados; procedimientos que siguen rutinas de tiempo, estabilidad en producción, eficientes; los (SI) traen cambios significativos en metas, procedimientos, productividad y personal; la cultura organizacional limita el conflicto político, es freno al cambio de tecnológico; a nivel hospitalario la burocracia profesionales rige por jefes de departamento con autoridad centralizada y débil, opera en un medio ambiente que cambia lentamente, con sistemas de información primitivos y centralizados, basadas en fuerzas de valores, organizadas en fuerzas multidisciplinarias, tareas de vida corta.

Las características de las instituciones influyen sobre la tecnología de información a utilizarse y su empleo; el desarrollo de cambios va entre los 70s y 80s, la arquitectura de información se hizo compleja, incluyeron enlaces de telecomunicación para distribuir información, en los 90s es un servicio a lo ancho de la empresa; administradores e instituciones toman decisiones claras sobre el paquete de computo, determinan como se darán los servicios de tecnología, por quién y cuando.

Los sistemas de soporte a decisiones (SSD) ayudan a tomar decisiones, combina datos, modelos cualitativos, sofisticados y software amigable, son autónomos, da

herramientas para analizar bloque de datos; usa pequeñas cantidades de datos, con pocos usuarios importantes, usa modelos analíticos sofisticados.

El sistema de soporte a decisiones en grupos (SSDG) basado en computadora para solución de problemas no estructurados, personas toman decisiones en grupo, respuestas a calidad y eficiencia de reuniones, adoptan métodos de organización y operación como: reuniones con moderadores, brinstors o lluvia de ideas, generación de ideas libres de críticas, aplicación de tecnología que consta de hardware, software y personas; las herramientas de software incluyen: cuestionarios electrónicos, organizadores de ideas, cuestionarios, herramientas para establecer prioridades, identificar líderes, herramientas de análisis, diccionario de grupos, incrementan la participación, generan ideas libres, permiten objetividad en la evolución, organiza y evalúa ideas, establece prioridades y toma de decisiones, permite acceder información externa, genera memoria institucional.

Sistemas de soporte ejecutivos (SSE), diseñados en toma de decisiones usando gráficos y comunicaciones, enfocados en necesidades de información de alta dirección, detectan problemas, identifican oportunidades y pronostican tendencias; llamadas sistemas de información para ejecutivos; proporcionan comunicaciones electrónicas, análisis de datos, programación y organización, evitan sobrecarga de datos; la limitación es usar datos de sistemas diseñados para fines diferentes, en la actualidad incluyen herramientas para hacer modelos y análisis; pueden usar paquetes de software para crear comparaciones gráficas de datos por época, región, producto, nivel de precios y otros parámetros, incluyen otras sofisticadas; empleados, gerencia media, utilizar datos en formas distintas, enfocándose en área de responsabilidad, destacando plan versus realidad, (variación entre pronóstico y resultados reales)

Los administradores a nivel estratégicos detectan problemas del entorno institucional incluyendo amenazas y oportunidades estratégicas, el éxito determinar un conjunto de cuestiones que genere evento crítico; su costo depende de la tecnología empelada, funcionalidad del sistema, beneficios de

acuerdo a la operación que quiere, se encuentran involucrados en tres actividades: generan agendas y metas de corto y largo plazo e incluyen asunto financiero; constituyen red interpersonal e incluyen herramientas formales e informales, cultivan reputación personal y se relaciona con colegas del mismo nivel; explican ideas para desarrollar agendas personales.

La toma de decisiones constituyen apoyo a nivel institucional, hacen mejores administradores de sectores, mejores jugadores de política de control de agenda institucional; buenos sistemas de información incluyen: procesos grupales e institucionales de toma de decisiones, consciencia de requerimientos burocráticos y políticos de sistemas; con precisión de componentes avenirse a distintos intereses; consciencia y apreciación de límites de cambio organizacional en la política y procedimientos; flexibilidad en cambios repentinos institucionales y consciencia honesta y profesional de limitaciones de sistemas de información.

2.6.2 DATOS, INFORMACION, INDICADORES EN SALUD

Los **datos** son elementos y materia prima de la información utilizados como pilares básicos de un sistema de información, la administración de los datos son bienes valiosos de la organización.

La **Información** es el conjunto de datos agregados sistemáticamente y estructurados de forma coherente, la información y comunicación son conceptos indisolubles; las condiciones que aseguran la calidad de la información son la disponibilidad, integridad, confiabilidad; las categorías de la información son: estratégica, táctica y operacional.

Las **estadísticas hospitalarias** hacen referencia a modelos normales y tradicionales de presentación de datos procedentes de la tarea asistencial e insumos de decisión mas frecuentemente expuestos a la consideración del

director – gerente; toda actividad hospitalaria se revela a partir de indicadores que se describen, están constituidos por razones, proporciones y tasas.

Indicadores y estadísticas hospitalarias: Cama hospitalaria, cama disponible, dotación máxima de camas, dotación normal de camas, dotación normal de camas, días de estada, promedio diario de camas disponibles, promedio de días paciente, promedio de días estada agudos, porcentaje de ocupación de camas, giro de camas intervalo de giro, alta, alta médica definitiva, alta medica transitoria, alta por transferencia, egresos, promedio diario de egresos, otros (fuga, retiro voluntario, disciplina).

Indicadores de área de interacción de hospitales: Promedio de estadía, Porcentaje ocupacional, Giro cama, Promedio diario de egresos, Tasa de letalidad bruta, Tasa de letalidad neta, Tasa de letalidad específica, Tasa de autopsias, % de embarazadas bajo control, Tasa de infección quirúrgica, Tasa quirúrgica.

Indicadores del área Consulta Externa: Concentración de consultas, porcentaje de consultas de primera vez, promedio diario de consultas, razón, razón de consultas y egresos, productividad de consulta externa, tasas de consulta, consulta por beneficiario año, porcentaje de egresos, egresos por 100 beneficiarios año, resultados epidemiológicos, diagnóstico de egresos; valores observados como motivo de consulta, indicadores de resultados clínicos, tasa de mortalidad perinatal, cobertura.⁵⁰

⁵⁰ Milton Vega. Administración de Servicios de Salud. Manual de Procedimientos de Registros de Salud y Estadística. EPCAE-CITE. Quito. 2003. Pág. 1-6.

2.7 CALIDAD

En las últimas décadas los cambios se caracterizan por su aceleración, en el siglo XX fabricas y burocracia atraviesan tres etapas: era industrial clásica, era industrial neoclásica y era de la información; en los últimos años la calidad de atención se involucra como pilar de la prestación de servicios de salud.

Las organizaciones operan en un ambiente competitivo y dinámico, en la actualidad sea cual fuere la organización, una escuela, fábrica, hospital, un banco, entidad pública la competencia es la piedra angular, en todo el mundo las organizaciones emplean la calidad de manera estratégica para ganar clientes, obtiene ventajas en recursos o fondo de mejoras y son competitivos, mejora el desempeño en productividad, confiabilidad, entrega y precio.⁵¹

La eficiencia y producción en salud se acompañan de vigilancia y mejoramiento permanente de la calidad de los servicios, se encamina hacia decisiones entre costo y beneficio de prestaciones y desarrollo en un ambiente continuo de calidad de atención, tiende a la superación y fortalecimiento de estrategias de garantías de calidad integradas en reformas del sector salud, sus **principios** son equidad, eficacia, eficiencia y enfoque al cliente.

La **equidad**, comprende distribución de beneficios y acceso al sistema, encierra un sentido de solidaridad condicionando a las necesidades del usuario de los factores del medio, el acceso directo privilegia el concepto de red de servicios y el fortalece mecanismos de referencia del sistema de salud.

⁵¹ John S. Oaklan. Quality Management. Londres, Beatermosth – Heinemann Ltda. 1989.

La **eficacia**, es la aplicación y combinación de ideales de recursos y tecnología para producir impacto en la situación de salud, involucra aportación agregada de la institución a la solución del programa social, con procesos de planificación y gestión global de recursos y la relación individual con el paciente en donde la calidad clínica es fundamental.

La **eficiencia** aplica los recursos de tal manera que se puede obtener el mejor producto social al menos costo posible, ejecutar procesos educativos y de investigación para establecer la relación costo – beneficio; la **satisfacción del cliente** supone una acción que produzca la satisfacción del usuario ante un servicio, acorde a principios y valores, implican aspectos objetivos y subjetivos en los que intervienen actores que prestan y reciben servicios.

Existen diversas versiones de calidad, en sus diferencias y semejanzas podemos enriquecernos y aprender, el Doctor Andrés Donabedian, define **calidad en salud** como “lograr los mayores beneficios con los menores riesgos posibles para el paciente dados unos recursos”, la Dra. Heather Poliner de la escuela de salud pública de la Universidad de Harvard define como “la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario”.

La dimensión técnica de calidad aplica mejor el conocimiento y la tecnología disponible a favor del paciente, depende de cualidades y capacitación de profesionales de la salud; la dimensión de seguridad mide el riesgo que acarrear los servicios ofrecidos al paciente; la dimensión de satisfacer necesidades sentidas del usuario es la relación interpersonal del paciente y características del lugar en que se preste la atención que debe reflejar por el paciente permitiendo privacidad y comodidad; la dimensión del costo de atención, relaciona beneficios y riesgos, mejorar la calidad no incluye un aumento de costos al suprimir servicios

inútiles, como aseguradores o prestadores de servicios de salud se invierte la calidad.

El educar al usuario es característico de calidad, la atención de salud es un bien público, la sociedad debe evaluar la calidad de la atención como el agregado de beneficios a obtenerse toda la población, esta demanda puntos y comparaciones estándares, puede ser evaluada por: cada proveedor de servicios, grupo que participen en la atención, institución que los agrupe, empresas que contraten sus servicios, usuarios a nivel individual, una localidad, municipio, departamento o país.

2.7.1 CALIDAD EN SALUD

El Ministerio de Salud establece definiciones para determinar calidad en la prestación de servicios: a) calidad de atención es el conjunto de características técnico-científicas, materiales y humanas que deben tener la atención de salud y proveer a los beneficiarios para alcanzar efectos y obtener mayor años de vida saludables a un costo social y económicamente viable para el sistema y sus afiliados con características de oportunidad, agilidad, accesibilidad, continuidad, suficiencia, seguridad, integralidad e integridad, racionalidad lógico-científica, costo-efectividad, eficiencia, humanidad, información, transparencia, consentimiento y grado de satisfacción de los usuarios; b) evaluación de calidad de la atención es la medición del nivel de calidad de una actividad, procedimiento o guía de atención integral.⁵²

Calidad de atención, "...es requisito fundamental de prestación de servicios de salud en el país, necesidad de implantar un sistema de garantía de calidad en las instituciones prestadoras de servicios de salud que pueda ser evaluado y lograr

⁵² Malagón - Londoño. Galán Morera. Pontón Laverde. Administración Hospitalaria. Editorial Médica Panamericana. 2ª. Edición. Bogotá, DC Colombia. 2000.

mejoras progresivas...”⁵³ sometida a análisis sistémico y evaluación, generando información en la toma de decisiones y proporciona atención de calidad a usuarios; se enfoca en el saber médico y tecnología disponible, oferta lo mejor para el paciente; la eficiencia utiliza información en la toma de decisiones , mejora la prestación de servicios, respuesta a alternativas entre prevención y curación, ambulatorio y hospitalario, atención con personal profesional o auxiliar, son objetivos con el menor costo posible.

Los atributos de evaluación son oportunidad, continuidad, suficiencia e integridad, racionalidad lógico-científico, satisfacción del usuario y paciente, efectividad, eficiencia, optimización, aceptabilidad, legitimidad, equidad; para su medición se utilizan dos modelos: el primero avalúa tres áreas (Donabedian), la estructura, los procesos y los resultados; la estructura, se refiere a la organización de la institución y característica de recursos humanos, físicos y financieros; los procesos, al contenido de la atención y forma de ejecutarla; los resultados, representan el impacto logrado con la atención en términos de mejora en la salud y bienestar de personas, grupos o poblaciones y satisfacción del usuario por servicios prestados; el segundo modelo analiza el contexto en que se presenta la atención, demanda, oferta, proceso, resultados y el impacto (Galán).

2.7.2 GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD

La calidad se garantiza aplicando mecanismos de regulación externa, actúan desde el exterior de instituciones que prestan servicios y mecanismos de gestión interna de calidad, se desarrollan dentro de la institución; el grado de incentivos que la institución ofrece en relación con niveles elevados de calidad, de carácter económico, ético, de satisfacción profesional y mecanismos de control externo; financiación con fondos públicos basado en volumen de producción y el cumplimiento de estándares y metas denominados compromisos o contratos de

⁵³ Malagón-Londoño. Galán Morera. Pontón Laverde. Administración Hospitalaria. Editorial Médica Panamericana. 2ª. Edición. Bogotá, DC Colombia. 2000. Pág. 561.

gestión; mecanismos de regulación externa son el licenciamiento, acreditación y certificación.

2.7.2.1 LICENCIAMIENTO

Procedimiento obligatorio por el que la autoridad sanitaria otorga el permiso de funcionamiento previa verificación del cumplimiento de requisitos o estándares mínimos indispensables a instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas o privadas, según su nivel resolutivo; se aplica a individuos, trabajadores y profesionales de salud a quienes faculta participar en una práctica, ocupación o actividad en salud, de lo contrario sería ilegal.⁵⁴

Garantizar instituciones o servicios de salud a los que accede la población, cumplan con requisitos mínimos de recursos humanos, infraestructura, equipamiento y cumplimiento de normas para asegurar la protección de salud y seguridad públicas, la conservación del requisito es renovado periódicamente cada dos años, la organización de salud le garantiza seguir funcionando u operando y ofreciendo los servicios que requieren las personas; es de carácter oficial y procedimiento obligatorio; establece requisitos mínimos (estándares) indispensables.

2.7.2.2 ACREDITACION

Procedimiento voluntario realizado con regularidad o periodicidad, de carácter reservado a través del cual un servicio de salud (independiente de su nivel) es evaluado por un organismo técnico calificado de acuerdo a un conjunto de normas (estándares óptimos) que describen actividades y estructura que contribuyen en forma directa a los resultados deseados para los pacientes / usuarios; el

⁵⁴ MSP. Manual de Normas de Licenciamiento. Licenciamiento en Servicios de Salud, Abril, 2.004

cumplimiento de estas normas buscan alcanzar un óptimo nivel de calidad de atención, teniendo en cuenta los recursos disponibles; la acreditación implica la evaluación de desempeño del personal en relación con estándares óptimos de aplicación.

2.7.2.3 CERTIFICACION

Procedimiento por el cual un organismo autorizado evalúa y reconoce (certifica) a un individuo que ha cumplido requisitos predeterminados, como cursos de especialización, pasantías; los programas de certificación son no gubernamentales y no excluyen a los no certificados de la práctica, como lo hacen los programas de licenciamiento; los procesos de licenciamiento son dirigidos a establecer un mínimo de requerimientos de los servicios de salud y de profesionales para proteger la salud, seguridad y bienestar públicos; la certificación posibilita al público identificar aquellos profesionales de salud que han cumplido estándares de entrenamiento y experiencia por arriba de los niveles que se requieren para obtener un título.⁵⁵

2.7.3 PLANEACION DE LA CALIDAD

La planificación es un instrumento que utiliza gerencia para trazar su rumbo y adaptarse al cambio, la planificación estratégica es un proceso mediante el cual la institución analiza el entorno interno y externo, se pregunta la razón de ser en el seno de la comunidad a la cual pertenece y expresa su finalidad, metas, objetivos y estrategias para alcanzar bienestar y salud de la población; decisiones tomadas en el presente dan resultados útiles en el futuro; el plan estratégico es instrumento guía, permite y define características para construir el futuro que se desea respecto al medio o entorno relacionada con el largo plazo, es general, con planes amplios y duraderos, asegura efectividad y supervivencia, establece la

⁵⁵ MSP. Manual de Normas de Licenciamiento. Licenciamiento en Servicios de Salud, Abril, 2.004

finalidad de la organización, describe metas u objetivos y estrategias para alcanzarlos, dinámica y cambiante, se adapta a cambios institucionales y de entorno, la dirección busca la forma de enfrentar estos escenarios, adaptarse al cambio e incertidumbres venideras.⁵⁶

2.7.4 GESTION DE LA CALIDAD

No hay gerencia sin gestión de calidad, hay asignación y distribución de recursos ineficientes y de gestión de servicios, procesos que mejoran la calidad de salud del usuario y técnico; procesos afectados en la provisión y gestión de servicios son el desarrollo de procesos de gestión integral, desarrollo de programas de gestión de calidad, acreditación de establecimientos y certificación de los recursos humanos.

Los elementos de gestión de calidad son misión y plan estratégico de la organización, decisiones de líderes, ejemplo de dirigentes y el trabajo en equipo; tiene éxito si participan los funcionarios más altos de la institución, haciendo planes a lo grande, apartándose de las prácticas administrativas y gerenciales tradicionales; se desarrolla en resultados de impacto, metas y satisfacción a través del análisis de situación inicial y formulación del plan de acción en una estructura de recursos, organizativos que con procesos administrativos y clínicos se centran en una visión sistémica; un programa de gestión de calidad no puede sustituir a otros procesos y estructura básicos necesarios para el funcionamiento en el sistema de salud.

⁵⁶ Carlos Albuquerque, Oswaldo Artaza. La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe. Biblioteca. Sede OPS. Washington, D.C; OPS, 2001

2.7.5 CONTROL DE CALIDAD

Es el estudio de distribución de factores determinantes de servicios de salud, partiendo de que calidad en salud, es lograr los mayores beneficios con los menores riesgos posibles para el paciente, dados unos recursos y que dentro de los inputs de proceso de salud tenemos a los proveedores de insumos, relacionados a un buen resultado de salud-costo, mediante una cadena que son: producto, distribuidor, prestación, profesional de salud, paciente (entes reguladores).

2.8 EVALUACION CALIDAD EN EL SERVICIO DE SALUD

2.8.1 VARIABLES. INDICADORES Y ESTÁNDARES.

Las **variables** de evaluación corresponden la demanda, oferta, procesos resultado e impacto; según la complejidad del área de evaluación, existen variables que no alcanzan a medir atributos de calidad por eso se combinan variables para formar indicadores; **el estándar** es el patrón o norma de referencia, difíciles de precisar y corresponden a condiciones en que se presta la atención, teniendo en cuenta el contexto en que operan los servicios de salud, el enfoque moderno de Auditoría Médica se dirige al mejoramiento continuo de calidad de atención y operación general de servicios, implica toma de decisiones en un tiempo prudencial logrando mejorías en puntos críticos de las áreas de evaluación, estos cambios se expresan en **metas**, la institución es valorada por logros concretos en el proceso de mejoría continua de la calidad.

La información en hospitales se recoge en documentos como historia clínica o varios formularios correspondientes, la satisfacción del cliente se puede realizar por muestras representativas; organizar un sistema de información que alimente el modelo teniendo información que permita la toma oportuna de decisiones.

Al analizar el **contexto** se revisa la legislación y normativa vigentes que regulan la prestación de servicios de salud y documentos que definen las relaciones del hospital con otras entidades y comunidad, precisando el marco ambiental en que opera el hospital; la **demanda** la conseguimos consultando estadísticas que recoge periódicamente el hospital, partes diarios de consulta, clasificación socioeconómica de pacientes e historias clínicas, procesar muestra representativa de documentos; la **oferta** estudia las estructuras orgánica y funcional, recursos y sistema de información, revisa instrumentos administrativos de creación de la institución, manuales de funciones, personal de planta, inventario de recursos físicos y estados financieros; el **sistema de información** consulta formas estadísticas utilizadas, manuales de procedimientos, software y el hardware, listados de información que genere y canales de divulgación de información, las entrevistas, revistas son buen complemento; los **procesos** son importantes en la evaluación, examinar los de carácter administrativo y atención médica como manuales operativos, ver si están ajustados a la normatividad vigente, si el personal los conoce, si son aplicados con rigor, y si se ejerce control; los **procesos de atención médica** corresponden a los flujogramas de servicios, protocolos de atención, historia clínica, registros periódicos de tiempos de espera en etapas del proceso obtenidas por encuesta directa a usuarios; los cálculos de productividad, rendimiento y costos se realizan con información de recursos humanos, físicos, financieros y producción de actividades intermedias y finales; los formularios de referencia y contrarreferencia son de importancia en el análisis de procesos.⁵⁷

Los **resultados** corresponden a producción del hospital, concentración, oportunidad, utilización de recursos, gastos de atención y costo-beneficio de las actividades intermedias y finales se analizan con bases estadísticas institucionales; el análisis del **impacto** referente a riesgos de enfermar y morir, al costo-efecto de atención las estadísticas proporcionan la información; la **satisfacción** del cliente se mide por encuestas en muestras representativas; la

⁵⁷ Malagón-Londoño. Galán Morera. Pontón Laverde. Administración Hospitalaria. Editorial Médica Panamericana. 2ª. Edición. Bogotá, DC Colombia. 2000

recolección de la información puede ser primaria, referente a lo que no existe, se la recoge por observación, entrevista y encuesta; la secundaria es la existente en el hospital, organizada la información es sometida a análisis, deben realizar ajustes necesarios para captar y procesar información evitando duplicación; el procesamiento debe captar y procesarla de acuerdo a periodicidad establecida para los indicadores debe ser electrónico.

En el análisis se utiliza indicadores de impacto que miden cambios en riesgos de enfermar o morir, satisfacción del usuario y proveedores, costo-efecto de atención, si los indicadores muestran significativos cambios en tiempos, se asume que la institución brinda una atención de buena calidad, los indicadores muestran atributos de calidad logrados en distintas dependencias y servicios; si los resultados son adversos, los indicadores identificarán vacíos en cada área de evaluación, información de importancia para la toma de decisiones.⁵⁸

⁵⁸ Malagón-Londoño. Galán Morera. Pontón Laverde. Administración Hospitalaria. Editorial Médica Panamericana. 2ª. Edición. Bogotá, DC Colombia. 2000

CAPITULO III

3. DIAGNOSTICO DE SITUACION

3.1. CONTEXTO HOSPITALARIO NACIONAL

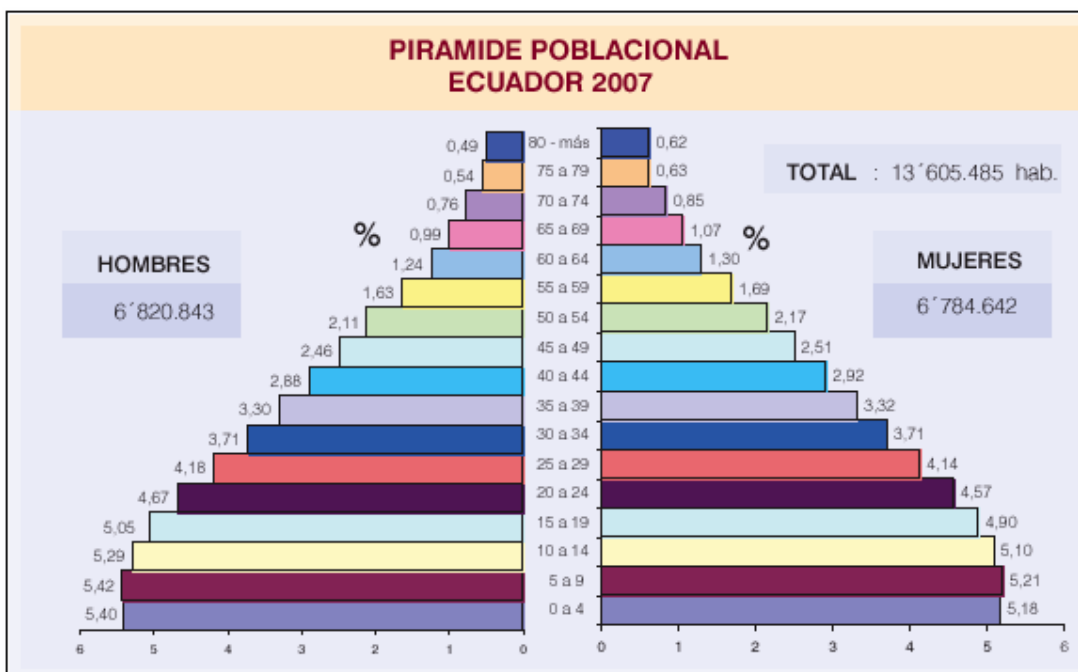
La Constitución Política de la República del Ecuador, Art. 42, 45 garantiza el derecho a la salud y prevé la integridad de la atención de salud; la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud⁵⁹. Art. 1 al 6 garantiza el derecho a la salud a través del Plan Integral de Salud basado en un modelo de atención con enfoque de Atención Primaria de Salud y énfasis en la promoción de la salud con la implementación de acciones y prestaciones en el país a través de una red de proveedores del sistema con equidad y universalidad; contiene políticas públicas, entornos, y estilos de vida saludable; reorientación de servicios con acciones que anticipen la enfermedad, educación para la salud, participación social y empoderamiento del ciudadano en el cuidado de la salud.

El conjunto de prestaciones del sistema de salud comprende la atención ambulatoria por grupos de edad en el primer nivel de atención, y la hospitalaria enfocada en acciones clínicas, quirúrgicas a ser resueltas en el segundo y tercer nivel es de atención y contiene atención de consulta externa y atención hospitalaria; el sistema de salud constituido por instituciones públicas y privadas con o sin fines de lucro, el subsector **público** formado por el Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policía dependientes de los Ministerios de Defensa y Gobierno, servicios de salud de Municipios y de la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG), Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil; Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) y Cruz Roja Ecuatoriana, instituciones privadas

⁵⁹ Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Registro Oficial No. 670 del 25 de septiembre del 2002.

que están en el sector público, disponen del 85.4 % de los establecimientos⁶⁰; el **privado** formado por instituciones privadas con fines de lucro, hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias, empresas de medicina pre-pagada y organizaciones privadas sin fines de lucro como ONG'S, servicios médicos populares, organizaciones de servicio social que representan un 14.6 % de establecimientos en el país.

La población estimada del Ecuador en el 2005 fue de 13'605.485 de habitantes, el 49% mujeres con 6'784.642 y el 51% hombres con 6'820.843; la población urbana en 63% y la rural del 47%; la esperanza de vida al nacer actualmente es de 74,1 años en mujeres y de 68 años en hombres.



Fuente: INEC. Ecuador Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2010. INEC-CEPAL. Serie 01 N°.205
Elaborado por: Patricia Aguilar.

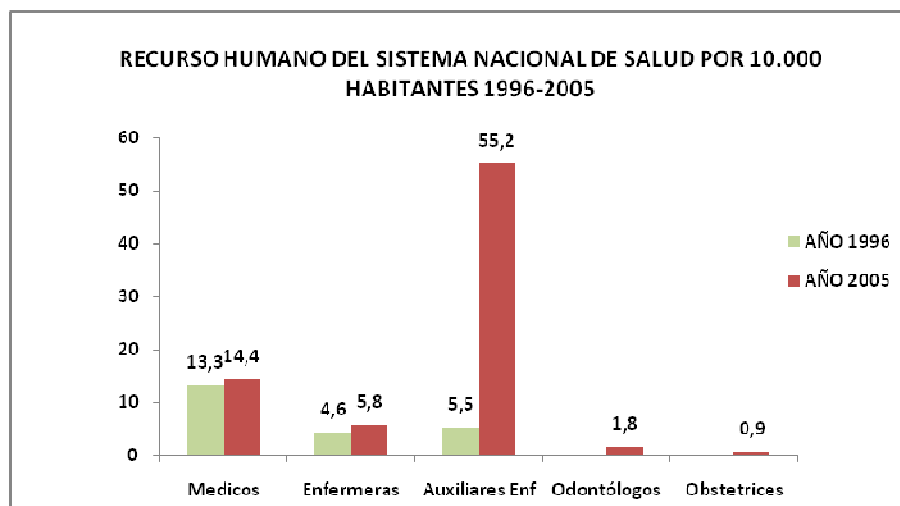
⁶⁰ Astudillo, P. "Revista Aniversario Hospital de Niños Baca Ortiz". Diciembre de 1999.

3.1.1. RECURSOS DEL SISTEMA

El **Recurso humano** es conocido como capital humano, es el conjunto de conocimientos, habilidades, aptitudes y destrezas de las personas que conforman las organizaciones, es la posesión del conocimiento y experiencia aplicada, que dan a las organizaciones ventajas competitivas únicas en el mercado.⁶¹

El país contaba por cada 10.000 habitantes (según datos del INEC), con 13,3 médicos en 1996, incrementándose a 14,4 en el 2005, el personal de enfermeras era de 4,6 enfermeras en 1996, incrementándose a 5,8 para el año 2005; el personal auxiliar de enfermería con 55,0 en 1996 y en el 2006 se incrementa a 55,2; el país contaba con 1,8 odontólogos y 0,9 obstetrices en el año 2005. Datos detallados en gráfico y tabla N° 1.

GRÁFICO N° 1



Fuente: INEC. Ecuador Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2010. INEC-CEPAL. Serie 01 N° 205

Elaborado por: Patricia Aguilar.

⁶¹ Leif, Edvinsson, Malone, Michael. El capital Intelectual, editorial norma 1998.

TABLA N° 1
RECURSO HUMANO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD POR 10000
HABITANTES

PERSONAL	AÑO 1996	AÑO 2005
Medicos	13,3	14,4
Enfermeras	4,6	5,8
Auxiliares Enf	5,5	55,2
Odontólogos		1,8
Obstetricas		0,9

Fuente: INEC. Ecuador Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2010. INEC-CEPAL. Serie 01 N°.205
 Elaborado por: Patricia Aguilar.

3.1.2 RECURSOS CAMA

El **Recurso cama**: se define como **cama hospitalaria** aquella que ha sido instalada para el uso regular de pacientes, implica recursos humanos, espacio físico, presupuesto, incluye camas de recién nacidos patológicos, no así la de recién nacidos sanos, cunas de lactantes, camas de trabajo de partos, de emergencia, de médicos y las que están en depósito.

Cama disponible es la que está apta para recibir pacientes durante las 24 horas del día independientemente que esté o no ocupada, puede variar diariamente este número.

Hospital Especializado.- Unidad operativa que provee atención de salud ambulatoria de especialidad, de referencia y hospitalización en una especialidad o subespecialidad, o que atiende a un grupo de edad específico; atiende a la población local o nacional mediante el sistema de referencia y contrarreferencia y puede ser de tipo agudo o crónico. Corresponde al tercer nivel de atención,

realizan docencia e investigación en salud y esta localizado en ciudades consideradas de mayor desarrollo y concentración poblacional.

Son de **Tipo Agudo** los establecimientos que cubren una especialidad, cuya atención demandan los enfermos internados, con un promedio de permanencia no mayor de 30 días de estada y, **Crónico** los establecimientos que cubren una especialidad, cuya atención demandan los enfermos internados, con un promedio de permanencia mayor a 30 días.

Consulta médica.- Es un conjunto de acciones básicamente médicas, destinadas a formular el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del estado de salud de una persona.

Primera consulta.- Es la consulta brindada a un paciente por primera vez, por una determinada enfermedad o acción de salud y en un determinado servicio. En el caso de que el paciente concurra al mismo servicio o a otro, por otra enfermedad o acción de salud, se computará nuevamente como consulta de primera vez.

Consulta Subsecuente.- Es la consulta subsiguiente a la primera otorgada a una persona, por una determinada enfermedad, en el año de información.

Morbilidad.- Es la frecuencia de las enfermedades en una población.

Consulta Externa de Morbilidad.- Es la acción brindada por un profesional a las personas en relación a un cuadro patológico dado, producido por la demanda espontánea o programada en un establecimiento de salud.

Primera Consulta de Morbilidad.- Es la atención brindada por un profesional a un paciente por primera vez en el transcurso de una enfermedad independientemente de la duración de la misma.

Consulta Subsecuente de Morbilidad.- Es la atención brindada a un paciente en forma posterior, para la continuación del tratamiento de una misma patología, durante el transcurso de una enfermedad. Así se puede verificar la producción de Servicios de Salud del MSP del Ecuador 2006 en el Cuadro N° 1.

CUADRO N° 1

**PRODUCCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD DEL
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA – ECUADOR 2006**

PRODUCCION DE SERVICIOS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA ECUADOR 2006	
Total de partos en instituciones del MSP	138.122
Ambulatorio	12.771
Internación	125.351
Número de Intervenciones quirúrgicas	134.731
Número de Egresos hospitalarios	384.331
Número de consultas médicas	9'882.331
Número de consultas de obstetrix	2'027.576
Número de consultas de psicólogo	95.970
Número de consultas de odontólogo	2'366.364
Total de consultas profesionales (incluyen 1ra y subrecurrentes)	14'372.251
Porcentaje de ocupación	73,4%
Promedio días estancia	3,7
Dotación normal de camas MSP	7.818
Número de unidades operativas del MSP	1.863

Fuente: INEC. Ecuador Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2010. INEC-CEPAL. Serie 01 N° 205
Elaborado por: Patricia Aguilar.

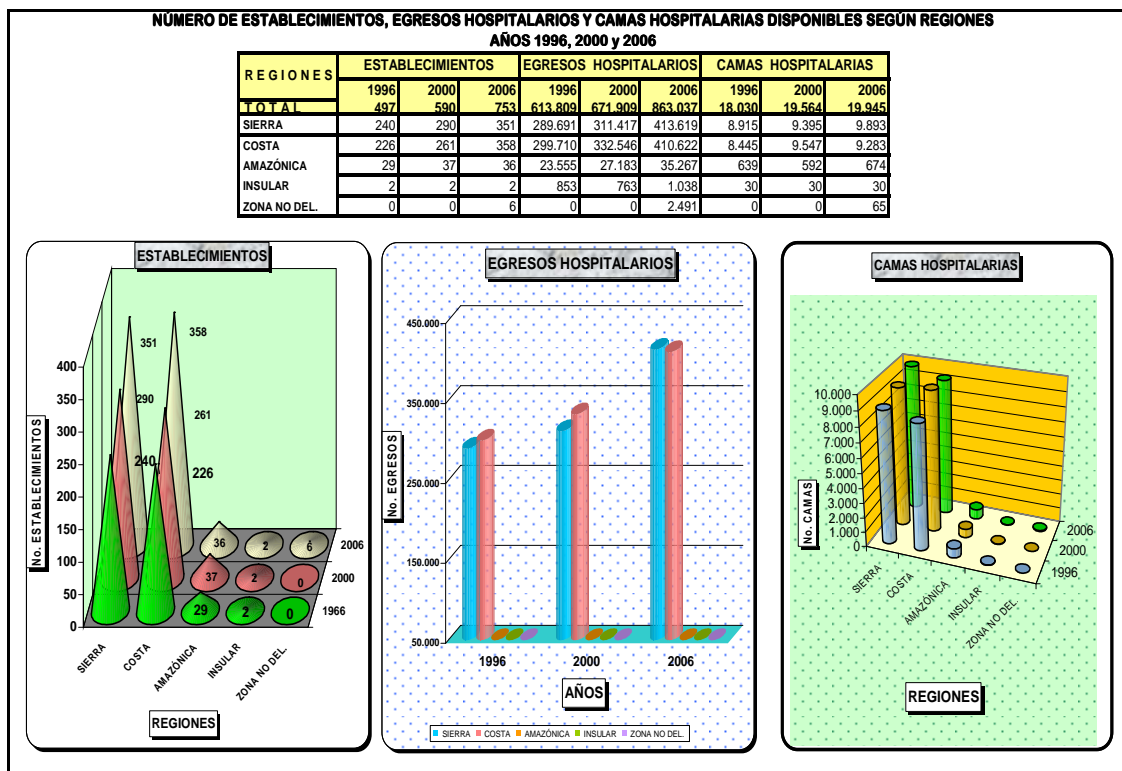
3.1.3 NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS, EGRESOS HOSPITALARIOS Y CAMAS HOSPITALARIA DISPONIBLES SEGÚN REGIONES AÑOS 1996,2000 Y 2006.

Durante el año 2006 se registraron 753 Establecimientos Hospitalarios con Internación, de los cuales se ubican en la Región Sierra 351 (46,6%); en la Costa 358 (47,5%); en la Región Amazónica 36 (4,8%); y un mínimo número se ubican en la Región Insular y en Zonas No Delimitadas con el 1,1%. Esta distribución por regiones para los años 1996 y 2000, fue para la Sierra el 48,3% y 49,1%; para la Costa el 45,4% y 44,2%; para la Región Amazónica el 5,8% y 6,3%, y en la Región Insular representan menos del 1 por ciento en los años mencionados.

En lo que se relaciona al número de Egresos Hospitalarios hay un importante crecimiento relativo de 40,6 por ciento entre 1996 y 2006 ya que de 613.809 egresos registrados en 1996 suben a 863.037. En el año 2006 a la Región Sierra le corresponde el 47,9% del total de egresos a nivel nacional; para la Región Costa representa el 47,5%; a la Región Amazónica el 4,0%; y, a la Región Insular y Zonas no delimitadas significa solamente el 0,4 por ciento del total de egresos hospitalarios. En cuanto a las Camas Hospitalarias disponibles se observa un incremento del equipamiento de camas en los establecimientos de salud durante los años que se analizan; pasando de 18.030 en el año 1996 a 19.945 en el 2006, así se observan en el Gráfico y Tabla N° 2.

GRÁFICO Y TABLA N° 2

NUMERO DE ESTABLECIMIENTOS, EGRESOS HOSPITALARIOS Y CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES SEGÚN REGIONES AÑOS 1996,2000 Y 2006

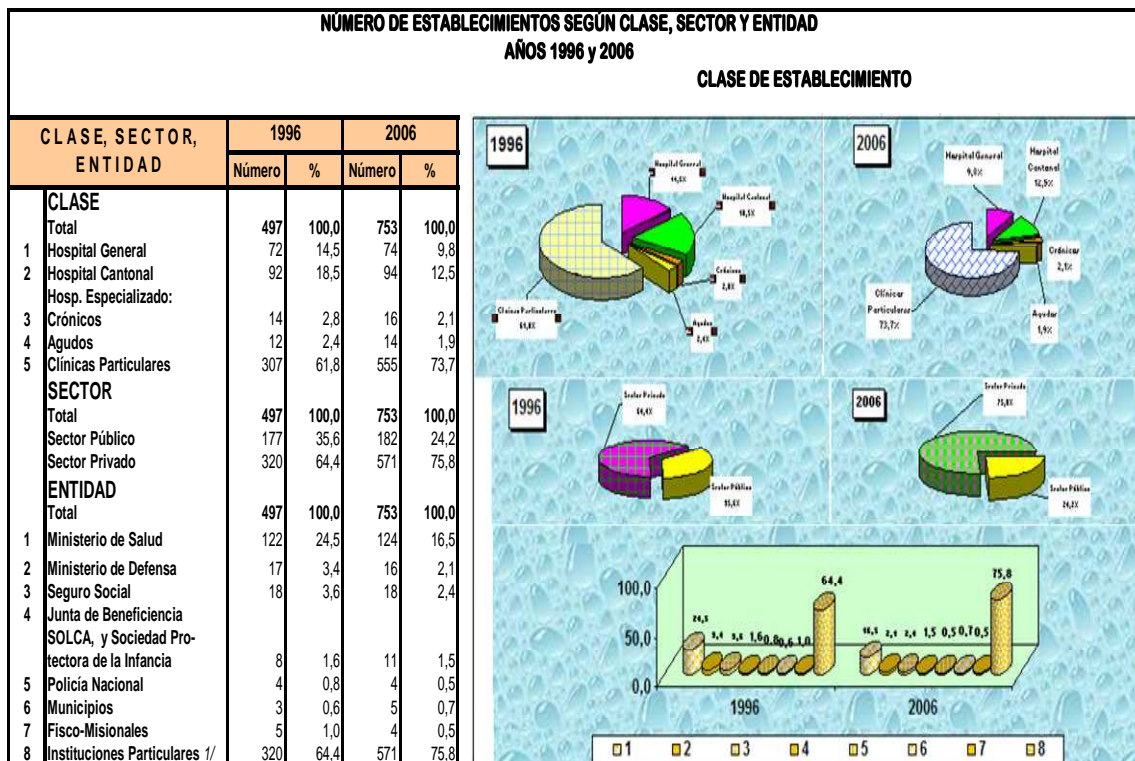


Fuente: INEC. Ecuador Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2010. INEC-CEPAL. Serie 01 N° 205
Elaborado por: Patricia Aguilar.

3.1.4 NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS SEGÚN CLASE, SECTOR Y ENTIDAD. AÑO 1996-2006.

De los 753 establecimientos hospitalarios que enviaron la información en el año 2006, se determina que el 73,7 por ciento son Clínicas Particulares; el 12,5% son Hospitales Cantonales; el 9,8% son Hospitales Generales; y, el 4,0% son Hospitales Especializados tanto Crónicos y Agudos; según el sector al que pertenecen los establecimientos hospitalarios informantes, al sector público le corresponden el 24,2 por ciento; el Ministerio de Salud es la Entidad que tiene el 16,5% de los establecimientos de salud; proporción que para el año 1996 fue de 24,5%. En cambio las Instituciones de Sector Privado se incrementaron considerablemente al pasar del 64,4% al 75,8% en la última década, lo que en términos absolutos significa un incremento de 320 a 571 establecimientos entre los años mencionados, como se lo puede verificar en el Gráfico y Tabla N° 3.

GRAFICO Y TABLA N° 3
NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS SEGÚN CLASE, SECTOR Y ENTIDAD
AÑO 1996-2006



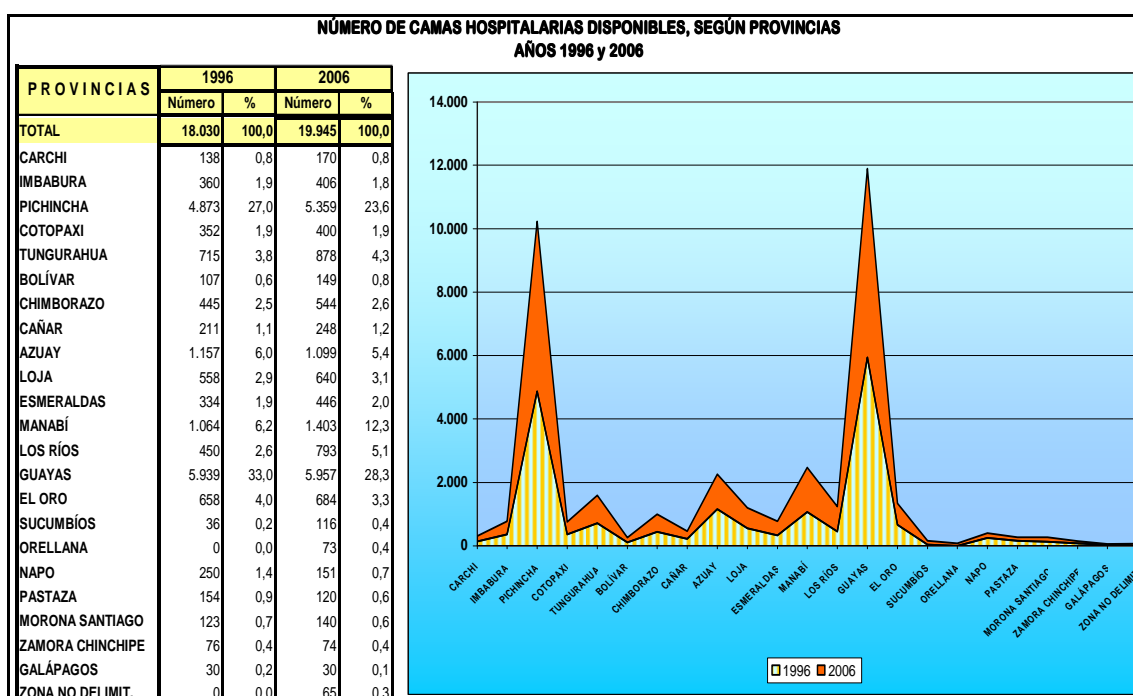
Fuente: INEC. Ecuador Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2010. INEC-CEPAL. Serie 01 N° 205
 Elaborado por: Patricia Aguilar.

3.1.5 NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES, SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1996 Y 2006.

El número de camas disponibles registradas en los años 1996 y 2006 se incrementaron en un 10,6%, al pasar de 18.000 al 19.945 en los años mencionados; de acuerdo a la distribución por provincia se observa que en Pichincha, región Sierra y Guayas en la Costa, son las que tienen el mayor número de camas hospitalarias, que en conjunto mantienen el 60,0% en el año 1996 y el 51,9% en el 2006; la reducción de estos porcentajes se explica por el

incremento de camas hospitalarias en otras provincias especialmente en Manabí, que prácticamente se incrementaron en un 31,9% el número de ellas en los años de observación como se observa en el Gráfico y Tabla N° 4.

GRÁFICO Y TABLA N° 4 NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1996 Y 2006



Fuente: Proyecciones de Población 2001-2010 INEC-CEPAL. Tasas por 10.000 habitantes.

Elaborado por: Patricia Aguilar.

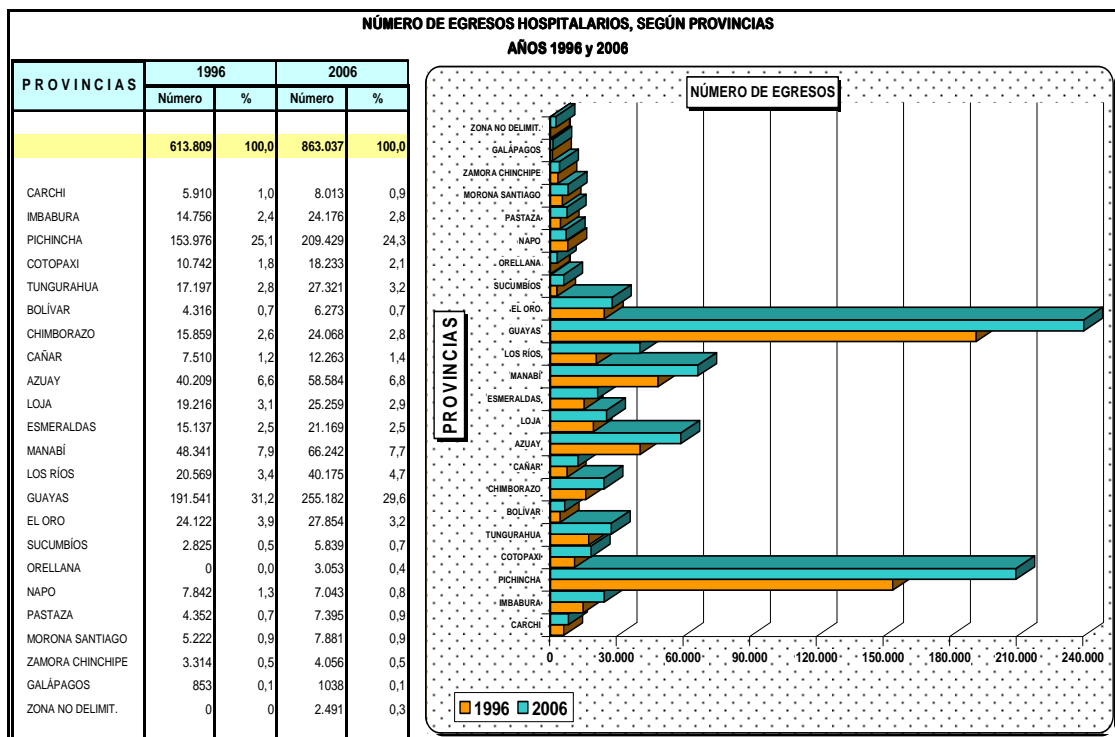
3.1.6 NÚMERO DE EGRESOS HOSPITALARIOS, SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1996 Y 2006.

El número de Egresos Hospitalarios registrados en el año 1996 fue de 613.809 y en el 2006 de 853.037, con un incremento relativo del 40,6%; así mismo; lo mismo sucede en Guayas con el 29,6% y Pichincha con el 24,3% las provincias que tienen los más altos porcentajes de egresos registrados en el 2006, por contar

con el mayor número de establecimientos de salud con internación hospitalaria y de mayor complejidad que atienden a pacientes referidos de otros establecimientos de salud del resto de provincias, como se observa en el Gráfico y Tabla N° 5.

GRÁFICO Y TABLA N° 5

NÚMERO DE EGRESOS HOSPITALARIOS, SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1996-2006



Fuente: Proyecciones de Población 2001-2010 INEC-CEPAL. Tasas por 10.000 habitantes.

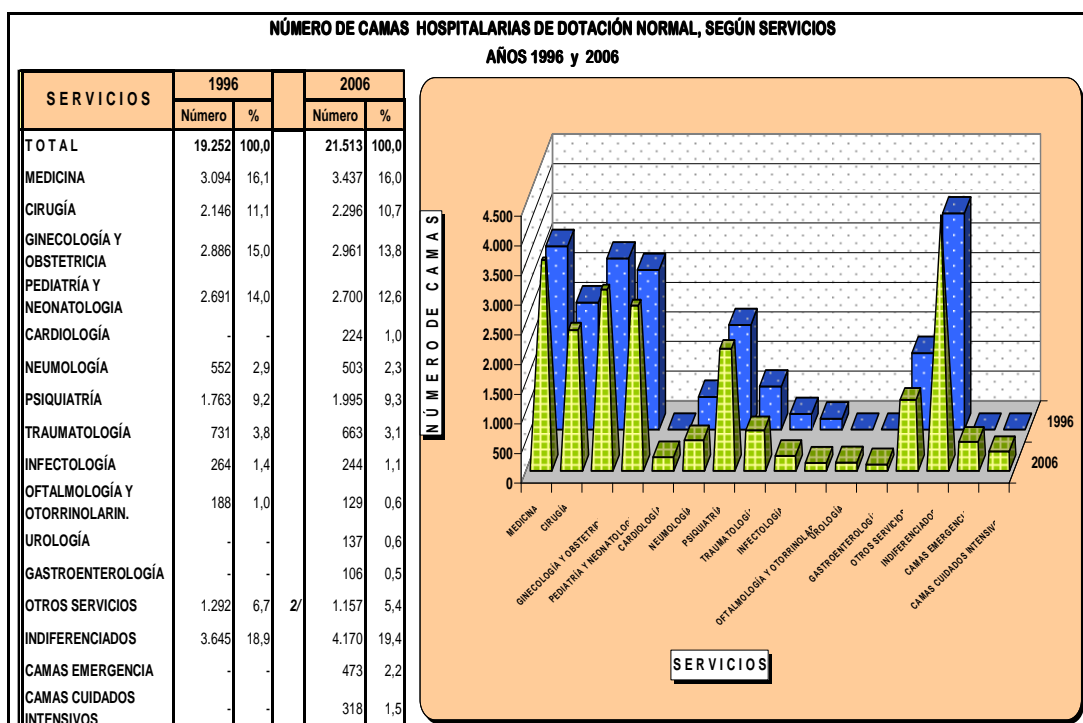
Elaborado por: Patricia Aguilar.

3.1.7 NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DE DOTACION NORMAL, SEGÚN SERVICIO AÑOS 1996 Y 2006.

La distribución de Camas Hospitalarias de Dotación Normal de acuerdo a las especialidades o servicios médicos; nos permite destacar que en el año 2006, los

Servicios "Indiferenciados", con el 19,4% ocupan el primer lugar, seguido por Medicina General con el 16.0%, Ginecología y Obstetricia, con el 13,8% y Pediatría y Neonatología con el 12,6%. Comparando con el año 1996, se observa un crecimiento de la proporción de camas de dotación normal para los Servicios Indiferenciados que ocupan el primer lugar, con se observa en el Gráfico y Tabla N° 6

GRÁFICO Y TABLA N° 6
NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DE DOTACION NORMAL, SEGÚN
SERVICIOS AÑOS 1996-2006



Fuente: Proyecciones de Población 2001-2010 INEC-CEPAL. Tasas por 10.000 habitantes.

Elaborado por: Patricia Aguilar.

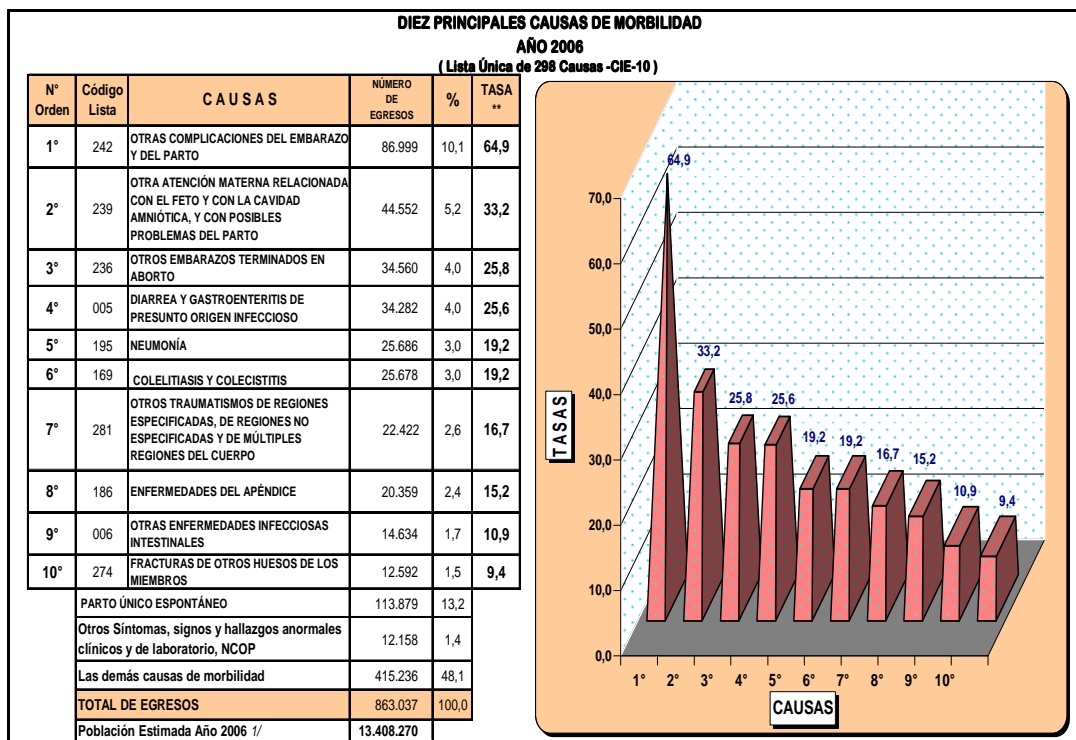
3.1.8 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD AÑO 2006

Con la finalidad de ser comparable con los Resúmenes Gráficos que se consideraron en años anteriores, se presentan las diez principales causas de morbilidad que fueron atendidas en los establecimientos hospitalarios del país y de acuerdo a la Lista Única de 298 Causas que se recomienda en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10). Para el año 2006, se establece que el grupo de "Otras complicaciones del embarazo y del parto", con el Código de Lista 242, son las causas atendidas con mayor frecuencia con un significativo 10,1 por ciento y una Tasa de 64,9 por cada 10.000 habitantes. El segundo grupo de causas es "Otra atención materna relacionada con el feto y con la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto", con una Tasa de 33,2 por 10.000 habitantes y una proporción de 5,2 por ciento del total de egresos. El tercer lugar ocupa el grupo de "Otros embarazos terminados en aborto", con una tasa de 25,8 por 10.000 habitantes y un porcentaje de atención de 4,0 por ciento.

Como se puede observar los tres primeros lugares de la lista de atención de enfermedades, tienen que ver con la morbilidad hospitalaria relacionada a complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, que sumado a las atenciones de "Parto Único Espontáneo" que alcanzó el 13.2 por ciento de los egresos, a pesar que esta última causa no se considera necesariamente como una enfermedad, se establece que los recursos físicos y humanos de los establecimientos hospitalarios del país, están siendo utilizados para la atención de pacientes con este tipo de patologías, que representan en conjunto la tercera parte de los egresos hospitalarios, como se verifica en el Gráfico y Tabla N° 7.

GRAFICO Y TABLA N° 7

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD AÑO 2006



Fuente: Proyecciones de Población 2001-21010 INEC-CEPAL. Tasas por 10.000 habitantes.

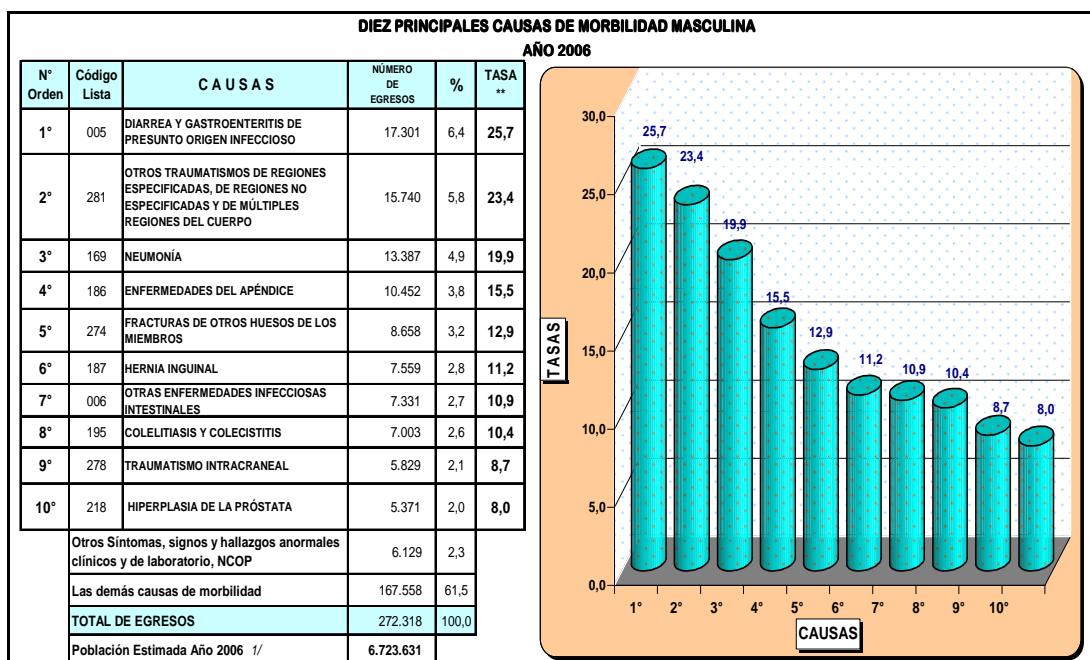
Elaborado por: Patricia Aguilar.

3.1.9 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD MASCULINA AÑO 2006

Al analizar las diez principales causas de morbilidad por sexo, en el caso de la población masculina, el grupo de causas que tienen que ver con, "Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso", con una tasa de 25,7 por cada 10.000 hombres, ocupa el primer lugar, seguido por "Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones "NO" especificadas y de múltiples regiones del cuerpo" alcanzan una tasa de 23,4, el tercer lugar de atención hospitalaria en la población masculina es el grupo de "Neumonía" con una tasa de 19,9 y en cuarto lugar están las "Enfermedades del apéndice" con una tasa de 15,5, como se observa en el Gráfico y Tabla N° 8.

GRÁFICO Y TABLA N° 8

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD MASCULINA AÑO 2006



Fuente: Proyecciones de Población 2001-21010 INEC-CEPAL. Tasas por 10.000 habitantes.

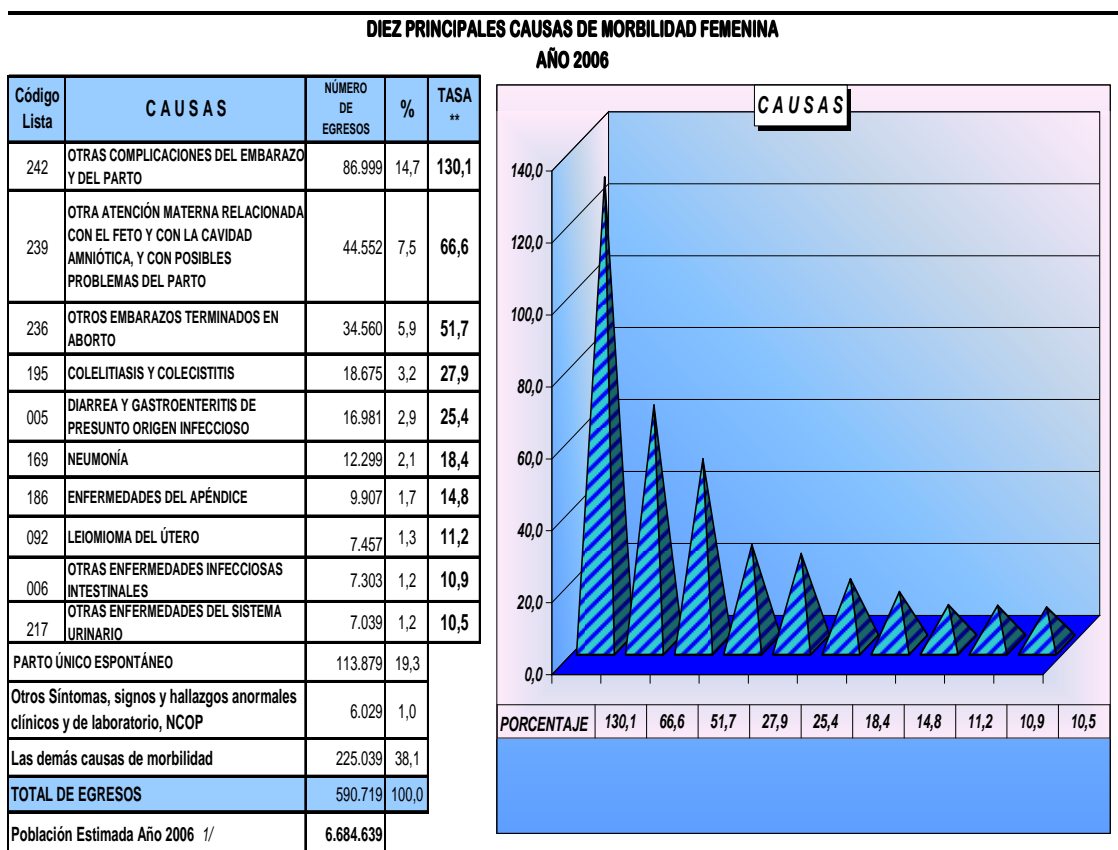
Elaborado: Patricia Aguilar.

3.1.10 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD FEMENINA AÑO 2006

En el caso de las mujeres, según se puede apreciar, la atención hospitalaria por "Parto Único Espontáneo" en el año de investigación, significó casi una quinta parte del total de egresos femeninos; las principales causas de morbilidad para la población femenina en orden de importancia son: "Otras complicaciones del embarazo y del parto" con una tasa de 130,1; seguido por "Otra atención materna relacionada con el feto y con la cavidad amniótica, y con posibles problemas del parto", con una tasa de 66,6; "Otros embarazos terminados en aborto", con una tasa de 51,7; y, con tasas inferiores en relación a la primera causa de la lista, se encuentran: "Leiomioma del útero", "Otras enfermedades infecciosas intestinales"; y, Otras enfermedades del sistema urinario, como se observa en el Gráfico y Tabla N° 9.

GRÁFICO Y TABLA N° 9

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD FEMENINA AÑO 2006



Fuente: Proyecciones de Población 2001-2010 INEC-CEPAL. Tasas por 10.000 habitantes.

Elaborado: Patricia Aguilar

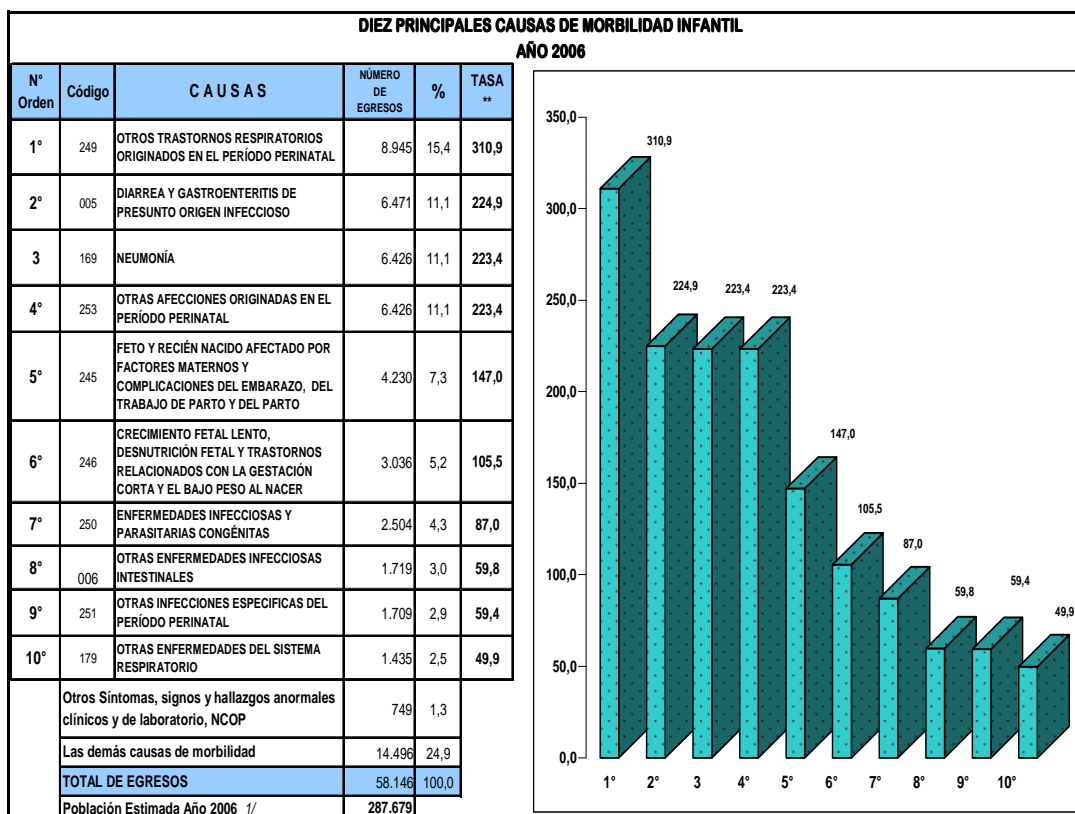
3.1.11 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD INFANTIL AÑO 2006

En este cuadro y gráfico se incluye las diez principales causas de Morbilidad Infantil, de cuya información se desprende que los "Otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal" con una tasa de 310,9 por cada 10.000 menores de un año, se ubica como la primera causa de Morbilidad Infantil; seguido por "Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso" con una tasa de 224,9 y "Neumonía" con una tasa de 223,4. Se localizan en los últimos lugares de la lista de 10 principales causas "Otras infecciones específicas del período perinatal" y

"Otras enfermedades del sistema respiratorio" con tasas de 59,4 y 49,9, respectivamente, relacionado por cada 10.000 niños menores de un año.

GRÁFICO Y TABLA Nº 10

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD INFANTIL AÑO



Fuente: INEC. Ecuador Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2010. INEC-CEPAL. Serie 01 N°:205
Elaborado: Patricia Aguilar.

3.1.12 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD AÑO 2006

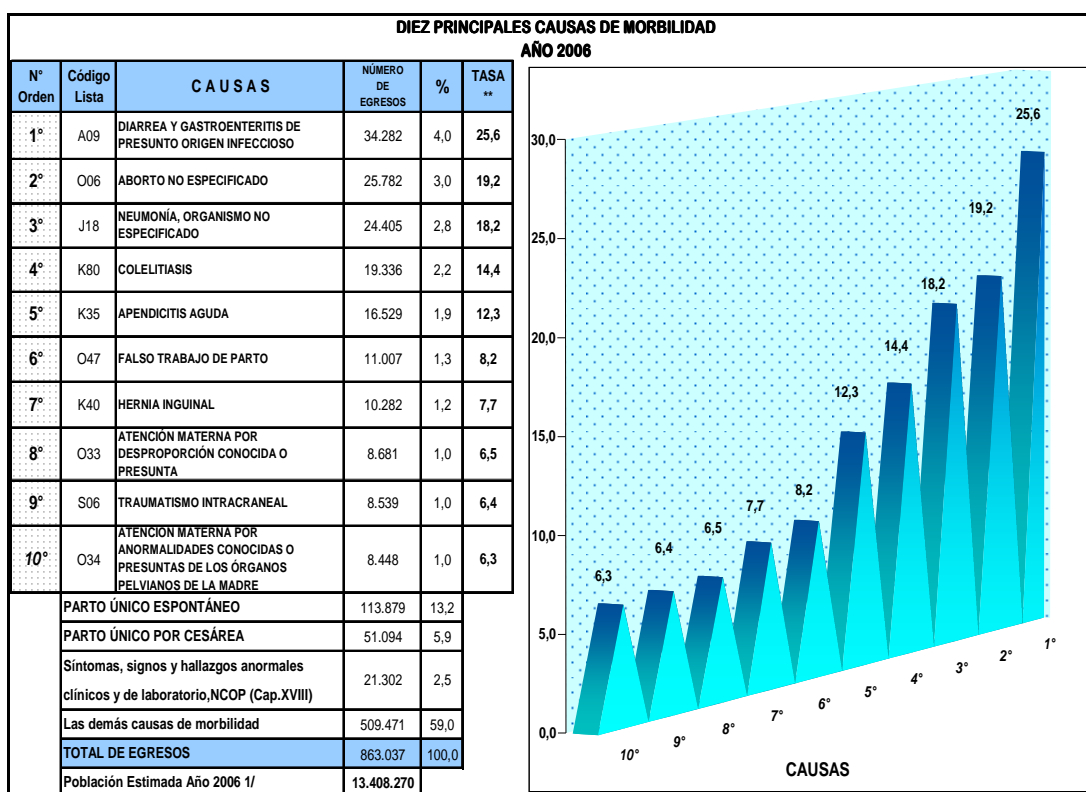
En este resumen gráfico, se presentan las 10 Principales Causas de Morbilidad de la población total, que fueron atendidas en los establecimientos hospitalarios, pero utilizando para ello la “Lista Internacional Detallada CIE-10”, que tiene la particularidad de describir en forma específica la enfermedad o dolencia que fue motivo de atención y que generó un egreso hospitalario.

Con el código “A09” la primera causa de atención fue la “Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso” con una tasa de 25,6 por cada 10.000 habitantes y con una proporción del 4,0 por ciento; la segunda causa con el código “O06” es el “Aborto no especificado”, con 19,2 de tasa calculada; en tercer lugar está la “Neumonía, organismo no especificado” con código J18, con una tasa de 18,2 por cada 10.000 habitantes; y, con una menor tasa dentro de las diez principales causas encontramos a la “Atención materna por anomalías conocidas o presuntas de los órganos pelvianos de la madre”.

En este cuadro, se incluye a más del Parto Único Espontáneo, la información del número de egresos hospitalarios causados por “Parto Único por Cesárea”, que significa el 5,9 por ciento de las atenciones, y representa cerca del 50 por ciento en relación al Parto Único Espontáneo, a verificarse en el Gráfico y Tabla N° 11.

GRÁFICO Y TABLA Nº 11

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD AÑO 2006



Fuente: Proyecciones de Población 2001-21010 INEC-CEPAL. Tasas por 10.000 habitantes.

Elaborado: Patricia Aguilar.

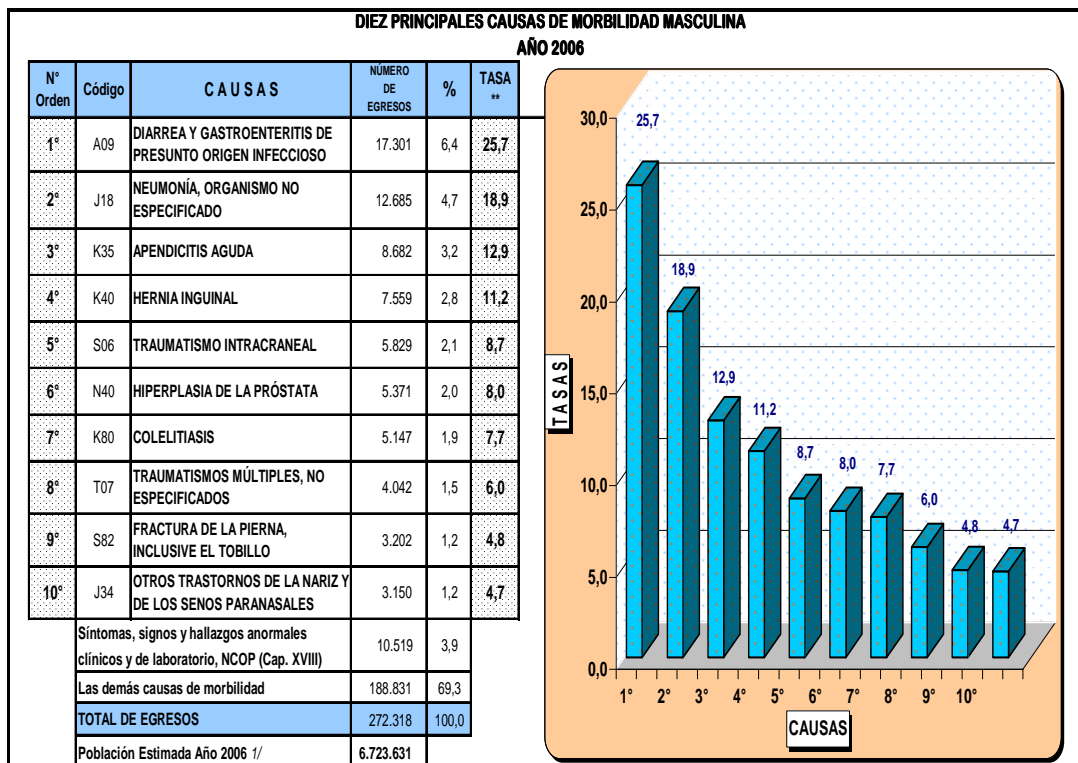
3.1.13 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD MASCULINA AÑO 2004

En la misma forma que el cuadro anterior, se presentan las diez principales causas de morbilidad masculina, de acuerdo a la lista detallada, en la que como primera causa de atención en forma específica igual que para el total de la población, es la “Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso”; en segundo lugar se encuentra la “Neumonía, organismo no especificado”, y en tercero la “Apendicitis aguda” con tasas por cada 10.000 hombres de: 25,7; 18,9; y, 12,9, respectivamente. En décimo lugar de esta lista de atenciones hospitalarias masculinas y en forma detallada se ubica la causa (Código J34) “Otros trastornos

de la nariz y de los senos paranasales”, con una tasa de 4,7, significando el 1,2 por ciento de atenciones masculinas, como se lo observa en el Gráfico y Tabla N° 12.

GRÁFICO Y TABLA N° 12

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD MASCULINA AÑO 2006



Fuente: Proyecciones de Población 2001-21010 INEC-CEPAL. Tasas por 10.000 habitantes.

Elaborado: Patricia Aguilar.

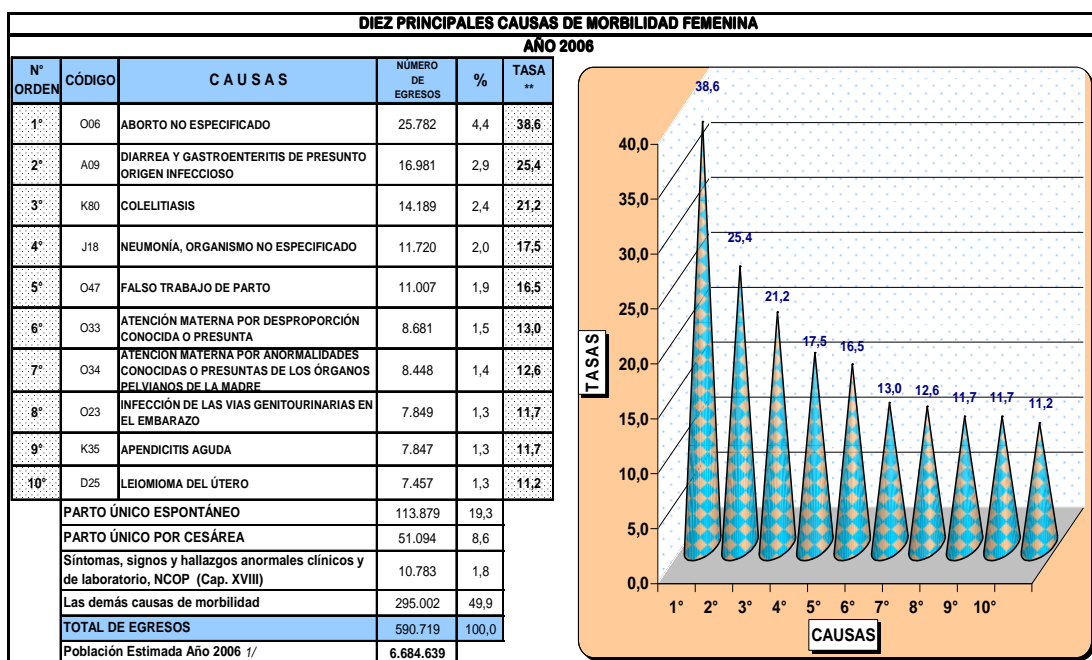
3.1.14 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD FEMENINA AÑO 2006

Dentro de las diez principales causas de morbilidad femenina de la Lista Internacional Detallada CIE-10, la primera causa es “Aborto no especificado” (Código O06) con una tasa de 38,6 por cada 10.000 mujeres; seguida por la causa “Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso”, con una tasa de 25,4; el

tercer lugar se establece para la “Colelitiasis” con una tasa de 21,2; y con un menor valor de la tasa de 11,2 por cada 10.000 mujeres le corresponde a “Leiomioma del útero”; del total de egresos de sexo femenino, el Parto Único Espontáneo representa el 19.3 por ciento y los 51.094 egresos de “Parto Único por Cesárea”, tiene una significación del 8.6 por ciento de las atenciones hospitalarias femeninas registradas en todos los establecimientos de salud del país, como se lo verifica en el Gráfico y Tabla N° 13.

GRÁFICO Y TABLA N° 13

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD FEMENINA AÑO 2006



Fuente: Proyecciones de Población 2001-21010 INEC-CEPAL. Tasas por 10.000 habitantes.

Elaborado: Patricia Aguilar.

3.1.15 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD INFANTIL LISTA CIE.

En el campo de la salud pública las atenciones hospitalarias de menores de 1 año, se establecen las causas específicas importantes de acuerdo a la lista detallada, de los diez principales, fueron establecidos en la lista de 298 Causas (Resumen Gráfico No. 9) y se refieren a la morbilidad infantil; el usuario podrá contar con la información de las causas específicas de atención que conforman cada una de las agrupaciones, e identificando el código correspondiente, por ejemplo para el grupo de “Otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal”, con 8.945 egresos; la causa específica de mayor atención con 4.841 casos, es la “Dificultad respiratoria del recién nacido” y representa el 54,1 por ciento de las atenciones, como se puede verificar en el Cuadro N° 2.

CUADRO Nº 2

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD INFANTIL LISTA CIE AÑO 2006

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD INFANTIL LISTA CIE AÑO 2006							
LISTA DE 298 GRUPOS DE CAUSAS				LISTA DETALLADA			
Nº Orden	COD. LISTA	CÓDIGOS AGRUPADOS	DESCRIPCIÓN DE LA AGRUPACIÓN	Nº EGRESOS	CÓDIGOS LISTA DETALLADA	DESCRIPCIÓN DE LA LISTA DETALLADA	Nº EGRESOS
TOTAL DE EGRESOS DE MENORES DE 1 AÑO				58.146			
1	249	P22-P28	OTROS TRASTORNOS RESPIRATORIOS ORIGINADOS EN EL PERÍODO PERINATAL	8.945	P22	DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIÉN NACIDO	4.841
					P28	OTROS PROBLEMAS RESPIRATORIOS DEL RECIÉN NACIDO, ORIGINADOS EN EL PERÍODO PERINATAL	1.620
					P24	SÍNDROMES DE ASPIRACIÓN NEONATAL	1.325
					P23	NEUMONÍA CONGÉNITA	1.072
						RESTO DE CAUSAS DEL GRUPO	87
2	005	A09	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	6.471	A09	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	6.471
3	169	J12-J18	NEUMONÍA	6.426	J18	NEUMONÍA, ORGANISMO NO ESPECIFICADO	6.072
						RESTO DE CAUSAS DEL GRUPO	354
4	253	P08, P29, P50-P54, P56-P56	OTRAS AFECIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PERINATAL	6.426	P59	ICTERICIA NEONATAL POR OTRAS CAUSAS Y POR LAS NO ESPECIFICADAS	2.957
					P70	TRASTORNOS TRANSITORIOS DEL METABOLISMO DE LOS CARBOHIDRATOS ESPECÍFICOS DEL FETO Y DEL RECIÉN NACIDO	920
					P08	TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL EMBARAZO PROLONGADO Y CON SOBREPESO AL NACER	421
					P74	OTRAS ALTERACIONES METABÓLICAS Y ELECTROLÍTICAS NEONATALES TRANSITORIAS	398
					P52	HEMORRAGIA INTRACRANEAL NO TRAUMÁTICA DEL FETO Y DEL RECIÉN NACIDO	357
						RESTO DE CAUSAS DEL GRUPO	1.373
5	245	P00-P04	FETO Y RECIÉN NACIDO AFECTADO POR FACTORES MATERNO Y POR COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, DEL TRABAJO DE PARTO Y DEL PARTO	4.230	P02	FETO Y RECIÉN NACIDO AFECTADOS POR COMPLICACIONES DE LA PLACENTA, DEL CORDÓN UMBILICAL Y DE LAS MEMBRANAS	1.860
					P00	FETO Y RECIÉN NACIDO AFECTADOS POR CONDICIONES DE LA MADRE NO NECESARIAMENTE RELACIONADAS CON EL EMBARAZO PRESENTE	1.320
						RESTO DE CAUSAS DEL GRUPO	1.050
6	246	P05-P07	CRECIMIENTO FETAL LENTO, DESNUTRICIÓN FETAL Y TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA GESTIÓN CORTA Y EL BAJO PESO AL NACER	3.036	P07	TRASTORNOS RELACIONADOS CON DURACIÓN CORTA DE LA GESTACIÓN Y CON BAJO PESO AL NACER, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	2.381
					P05	RETARDO DEL CRECIMIENTO FETAL Y DESNUTRICIÓN FETAL	655
7	250	P35-P37	ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS CONGÉNITAS	2.504	P36	SEPSIS BACTERIANA DEL RECIÉN NACIDO	2.416
					P37	OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS CONGÉNITAS	66
					P35	ENFERMEDADES VIRALES CONGÉNITAS	22
8	006	A02, A04-A05, A07-A08	OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	1.719	A08	INFECCIONES INTESTINALES DEBIDAS A VIRUS Y OTROS ORGANISMOS ESPECIFICADOS	1.094
					A04	OTRAS INFECCIONES INTESTINALES BACTERIANAS	544
						RESTO DE CAUSAS DEL GRUPO	81
9	251	P38-P39	OTRAS INFECCIONES ESPECÍFICAS DEL PERÍODO PERINATAL	1.709	P39	OTRAS INFECCIONES ESPECÍFICAS DEL PERÍODO PERINATAL	1.509
					P38	ONFALITIS DEL RECIÉN NACIDO CON O SIN HEMORRAGIA LEVE	200
10	179	J22, J66-J98	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	1.435	J22	INFECCIÓN AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS INFERIORES	682
					J96	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	342
					J98	OTROS TRASTORNOS RESPIRATORIOS	319
						RESTO DE CAUSAS DEL GRUPO	92
	270	R00-R09, R11-R49, R53, R55-R99	OTROS SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	749			
			RESTO DE CAUSAS DE MORBILIDAD INFANTIL	14.496			

Fuente: Proyecciones de Población 2001-21010 INEC-CEPAL. Tasas por 10.000 habitantes.

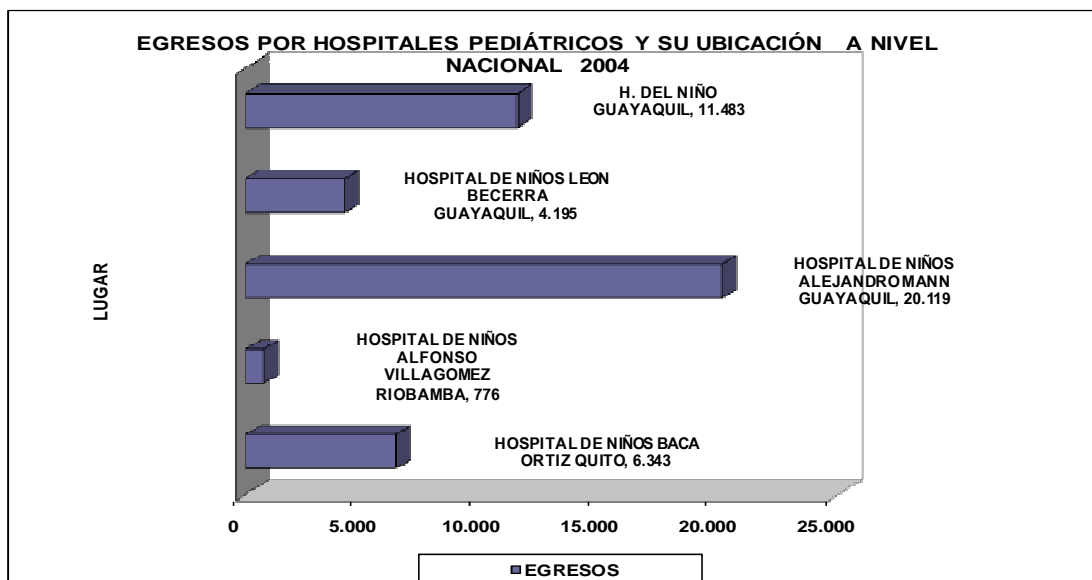
Elaborado: Patricia Aguilar.

3.1.16 HOSPITALES PEDIÁTRICOS A NIVEL NACIONAL POR ESPECIALIDAD A NIVEL NACIONAL AÑO 2004

Al realizar una evaluación en cuanto a los hospitales pediátricos a nivel nacional podemos indicar que en la ciudad de Guayaquil se encuentra el hospital Alejandro Mann con un total de egresos de 20.119 en primer lugar; seguidamente se encuentra en esta misma ciudad el hospital del Niño con 11.483 egresos y en

tercer lugar a nivel nacional el hospital de Niños Baca Ortiz en la ciudad de Quito con 6.343 egresos anuales con se observa en el Gráfico y Tabla N° 14.

GRAFICO N° 14



Fuente: INEC Ecuador: Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-21010 INEC-CEPAL. Serie 01N° 205

Elaborado: Patricia Aguilar.

HOSPITALES PEDIATRICOS POR ESPECIALIDAD A NIVEL NACIONAL AÑO 2004

TABLA N° 14

HOSPITALES PEDIATRICOS A NIVEL NACIONAL		
ENTIDADES	EGRESOS	LUGAR
H. DE NIÑOS BACA ORTIZ (QUITO)	6.343	QUITO
H. DE NIÑOS ALFONSO VILLAGOMEZ (RIOBAMBA)	776	RIOBAMBA
H. DE NIÑOS ALEJANDRO MANN (GUAYAQUIL)	20.119	GUAYAQUIL
H. DE NIÑOS LEON BECERRA (GUAYAQUIL)	4.195	GUAYAQUIL
H. DEL NIÑO (GUAYAQUIL)	11.483	GUAYAQUIL
TOTAL	42.916	

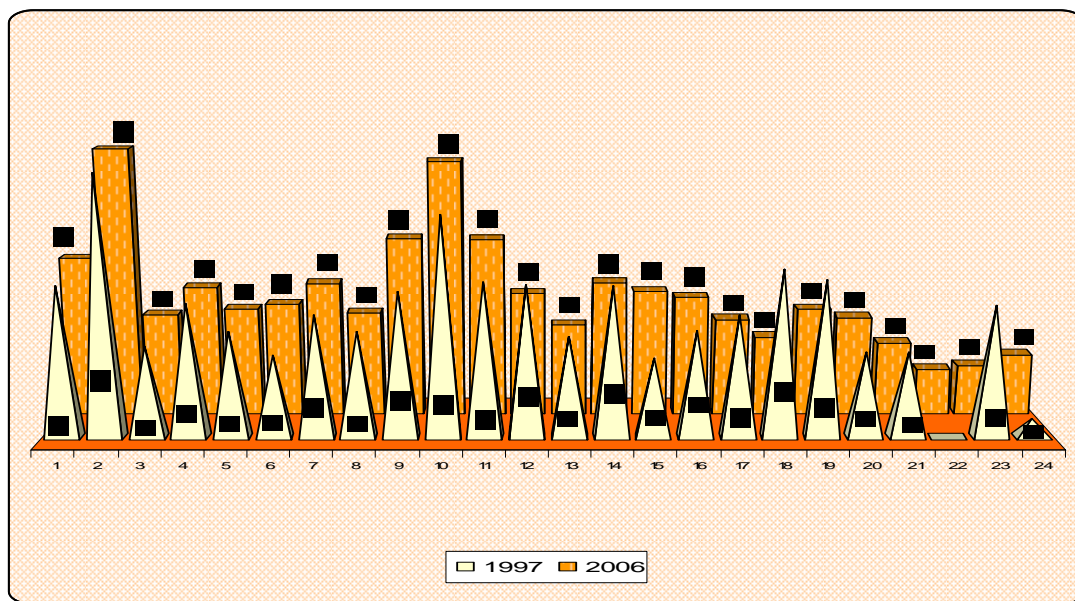
Fuente: INEC Ecuador: Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-21010 INEC-CEPAL. Serie 01N° 205

Elaborado: Patricia Aguilar.

3.1.17 TASA DE MÉDICOS SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1997-2006.

La distribución de Médicos que laboran en establecimientos de salud, considerando sus especialidades evidencia un predominio en Medicina General, la cual es ejercida por el 34,2 % de médicos en el año 1997 y por el 21,9% en 2006. Se observa un aumento en el número de médicos que prestan sus servicios en los establecimientos de salud del país, que tienden a obtener alguna especialidad para el año 2006, así como también un incremento considerable de la variedad de especialidades médicas, como lo demuestra el Gráfico y Tabla N° 15.

GRAFICO Nº 15
TASA DE MÉDICOS SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1997-2006



- Numeración del 1 al 24 representan las provincias
- Icono color amarillo corresponde a valores Tasa 3 año 1997
- Icono color tomate corresponde a Tasa 3 año 2006

Fuente: Proyecciones de Población 2001-21010 INEC-CEPAL. Tasas por 10.000 habitantes.

Elaborado: Patricia Aguilar.

TABLA Nº 15

TASA DE MÉDICOS SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1997-2006

No.	PROVINCIAS	1997			2006		
		Población 1	Médicos 4	Tasa 3	Población 2	Médicos	Tasa 3
1	TOTAL PAÍS	11.772.871	15.866	13,5	13.408.270	19.299	14,4
2	Azuay	583906	1358	23,3	666.085	1.613	24,2
3	Bolívar	171.529	140	8,2	179.358	165	9,2
4	Cañar	206.132	245	11,9	223.566	263	11,8
5	Carchi	153.154	144	9,4	164.507	161	9,8
6	Cotopaxi	334.652	245	7,3	391.947	400	10,2
7	Chimborazo	401.180	437	10,9	438.097	532	12,1
8	Imbabura	329.030	309	9,4	388.544	365	9,4
9	Loja	407.831	529	13,0	431.077	699	16,2
10	Pichincha	2.285.381	4.503	19,7	2.646.426	6.124	23,1
11	Tungurahua	427.624	591	13,8	491.629	793	16,1
12	El Oro	506.341	688	13,6	595.262	668	11,2
13	Esmeraldas	373.460	336	9,0	430.792	358	8,3
14	Guayas	3.176.382	4.286	13,5	3.581.579	4379	12,2
15	Los Ríos	629.977	444	7,0	728.647	831	11,4
16	Manabí	1.173.869	1.115	9,5	1.298.624	1.414	10,9
17	Morona Santiago	115.202	125	10,9	129.374	114	8,8
18	Napo	73.515	110	15,0	93.336	67	7,2
19	Pastaza	58.062	81	14,0	73.495	72	9,8
20	Zamora Chinchipe	77.767	59	7,6	84.629	76	9,0
21	Sucumbíos	118.722	90	7,6	157.497	104	6,6
22	Orellana	79.073	-	-	106.525	44	4,1
23	Galápagos	16.150	19	11,8	22.009	10	4,5
24	Zonas No Delimitadas	73.932	12	1,6	85.265	47	5,5

Fuente: Proyecciones de Población 2001-21010 INEC-CEPAL. Tasas por 10.000 habitantes.

Elaborado: Patricia Aguilar.

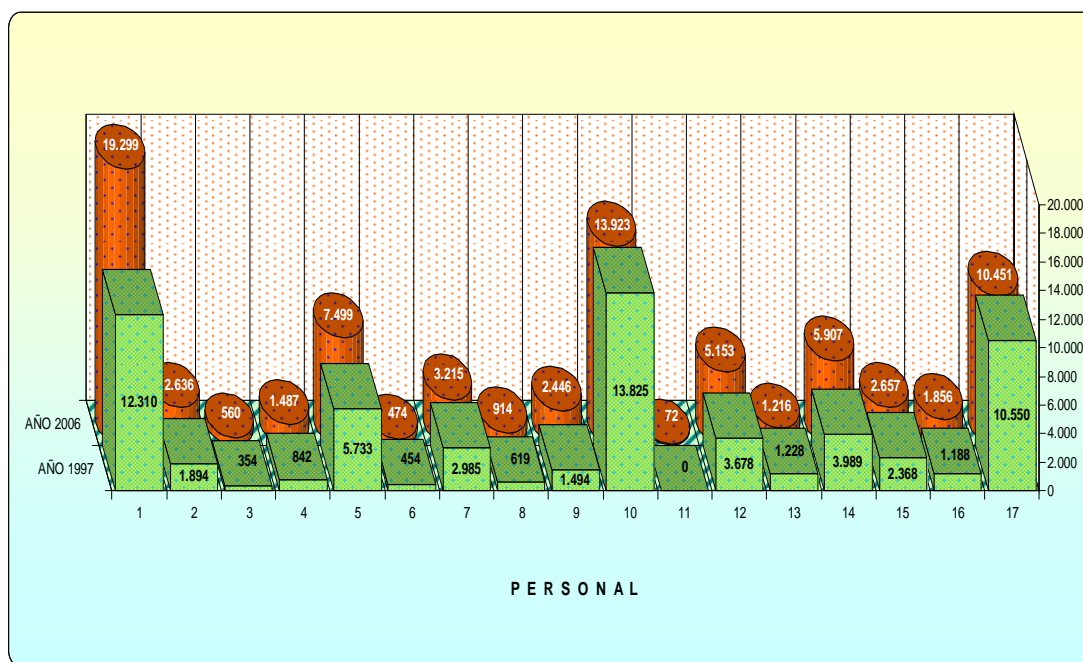
3.1.18 NÚMERO DE PERSONAL QUE TRABAJAN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AÑOS 1997-2006

El Total de personal que durante el año 2006 trabajo en establecimientos de salud es de 79.765, el mismo que en su mayoría esta compuesto por 19.299 Médicos según su especialidad; 13.923 Auxiliares de Enfermería; 10.451 en Personal de Servicio y 7.499 Enfermeras, entre los más importantes.

Si consideramos el Personal que trabajó en el año 1997, el mayor número de éste corresponde a las Auxiliares de Enfermería con 13.825, le siguen los Médicos según su especialidad con 12.310, Personal de Servicio con 10.550 y las

Enfermeras con 5.733, así mismo entre los de mayor importancia por su número, como se lo puede observar en el Gráfico y Tabla N° 16.

GRÁFICO N° 16



- Numeración del 1 al 24 representa las provincias
- Icono color verde corresponde a valores año 1997
- Icono color rojo corresponde a valores año 2006

Fuente: Proyecciones de Población 2001-21010 INEC-CEPAL. Tasas por 10.000 habitantes.

Elaborado: Patricia Aguilar.

TABLA Nº 16
NÚMERO DE PERSONAL QUE TRABAJAN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
AÑOS 1997-2006

ORDEN	PERSONAL	AÑO 1997	AÑO 2006
1	Médicos Especialistas	12310	19290
2	Odontólogos	1894	2636
3	Bioquímicos Farmacéuticos	345	550
4	Obstetrices	842	1487
5	Enfermeras	573	7499
6	Trabajadores Sociales	454	474
7	Tecnólogos	2985	3215
8	Otros Profesionales	619	914
9	Estudiantes Internos	1494	2440
10	Auxiliares de Enfermería	13825	13923
11	Auxiliares de Trabajo Social	0	72
12	Auxiliares de Servicio Técnico	3670	5153
13	Estadísticos y Registros Médicos	1221	1216
14	Personal Administrativo	3989	5907
15	Médicos Residentes	2368	2657
16	Médicos Rurales	1888	1856
17	Personal de Servicio	1550	10451

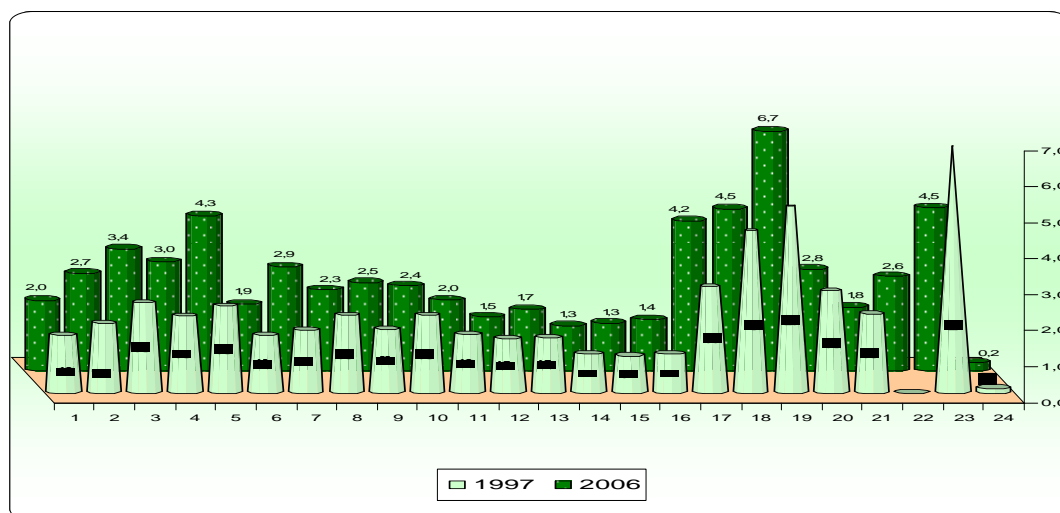
Fuente: Proyecciones de Población 2001-21010 INEC-CEPAL. Tasas por 10.000 habitantes.

Elaborado: Patricia Aguilar.

3.1.19 TASA DE ODONTOLOGOS SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1997-2006

La Tasa de Odontólogos que equivale al número de odontólogos por cada 10.000 habitantes, nos permite apreciar que para el año 2006 en relación a 1997 se ha incrementado, pasando de 1,6 a 2,0, respectivamente. Las provincias que presentan las tasas más altas son: Pastaza con 6,7; Napo y Galápagos, ambas con una tasa de 4,5; Carchi con 4,3 y Morona Santiago con 4,2, como se observa en el Gráfico y Tabla Nº 17.

GRAFICO Nº 17



- Numeración del 1 al 24 representan las provincias
- Icono color verde claro corresponde a valores Tasa 3 año 1997
- Icono color verde oscuro corresponde a Tasa 3 año 2006

Fuente: Proyecciones de Población 2001-21010 INEC-CEPAL. Tasas por 10.000 habitantes.

Elaborado: Patricia Aguilar.

TABLA Nº 17

TASA DE ODONTÓLOGOS SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1997-2006

No.	PROVINCIAS	1997			2006		
		Población 1	Odontólogos	Tasa 3	Población 2	Odontólogos	Tasa 3
1	TOTAL PAÍS	11.772.871	1.894	1,6	13.408.270	2.636	2,0
2	Azuay	583906	113	1,9	666.085	181	2,7
3	Bolívar	171.529	43	2,5	179.358	61	3,4
4	Cañar	206.132	44	2,1	223.566	68	3,0
5	Carchi	153.154	37	2,4	164.507	71	4,3
6	Cotopaxi	334.652	54	1,6	391.947	73	1,9
7	Chimborazo	401.180	70	1,7	438.097	127	2,9
8	Imbabura	329.030	71	2,2	388.544	88	2,3
9	Loja	407.831	72	1,8	431.077	106	2,5
10	Pichincha	2.285.381	493	2,2	2.646.426	629	2,4
11	Tungurahua	427.624	70	1,6	491.629	97	2,0
12	El Oro	506.341	77	1,5	595.262	90	1,5
13	Esmeraldas	373.460	57	1,5	430.792	74	1,7
14	Guayas	3.176.382	344	1,1	3.581.579	451	1,3
15	Los Ríos	629.977	65	1,0	728.647	97	1,3
16	Manabí	1.173.869	127	1,1	1.298.624	186	1,4
17	Morona Santiago	115.202	34	3,0	129.374	54	4,2
18	Napo	73.515	33	4,5	93.336	42	4,5
19	Pastaza	58.062	30	5,2	73.495	49	6,7
20	Zamora Chinchipe	77.767	22	2,8	84.629	24	2,8
21	Sucumbios	118.722	26	2,2	157.497	28	1,8
22	Orellana	79.073	-	-	106.525	28	2,6
23	Galápagos	16.150	11	6,8	22.009	10	4,5
24	Zonas no Delimitadas	73.932	1	0,1	85.265	2	0,2

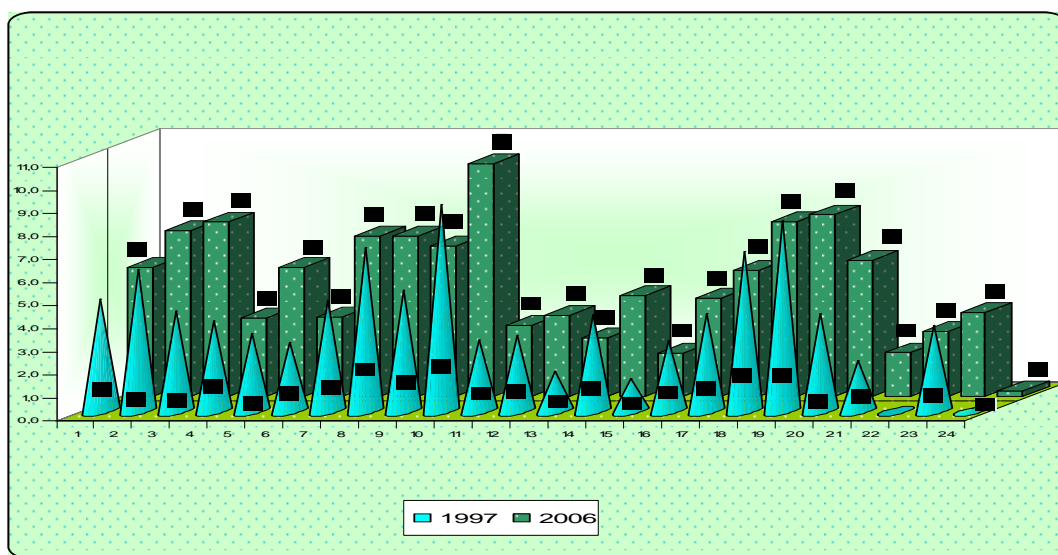
Fuente: Proyecciones de Población 2001-21010 INEC-CEPAL. Tasas por 10.000 habitantes.

Elaborado: Patricia Aguilar.

3.1.20 TASA DE ENFERMERAS SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1997-2006

Para el caso de las Enfermeras, el comportamiento en estos diez años también demuestra un crecimiento de la tasa, pasando de 4,9 en 1997 a 5,6 enfermeras por cada 10.000 habitantes en el 2006. Pichincha es la provincia que presenta la mayor tasa (10), como se lo puede observar en el Gráfico y Tabla N° 18.

GRAFICO N° 18



- Numeración del 1 al 24 representan las provincias
- Icono color celeste corresponde a valores Tasa 3 año 1997
- Icono color verde corresponde a Tasa 3 año 2006

Fuente: Proyecciones de Población 2001-21010 INEC-CEPAL. Tasas por 10.000 habitantes.

Elaborado: Patricia Aguilar.

TABLA N° 18

TASA DE ENFERMERAS SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1997-2006

No.	PROVINCIAS	1997			2006		
		Población 1/	Enfermeras	Tasa 3	Población 2	Enfermeras	Tasa 3
1	TOTAL PAÍS	11.772.871	5733	4,9	13.408.270	7499	5,6
2	Azuay	583906	360	6,2	666.085	480	7,2
3	Bolívar	171.529	75	4,4	179.358	136	7,6
4	Cañar	206.132	81	3,9	223.566	76	3,4
5	Carchi	153.154	52	3,4	164.507	92	5,6
6	Cotopaxi	334.652	100	3,0	391.947	135	3,4
7	Chimborazo	401.180	193	4,8	438.097	306	7,0
8	Imbabura	329.030	234	7,1	388.544	271	7,0
9	Loja	407.831	215	5,3	431.077	282	6,5
10	Pichincha	2.285.381	2054	9,0	2.646.426	2670	10,1
11	Tungurahua	427.624	133	3,1	491.629	153	3,1
12	El Oro	506.341	167	3,3	595.262	211	3,5
13	Esmeraldas	373.460	65	1,7	430.792	110	2,6
14	Guayas	3.176.382	1339	4,2	3.581.579	1567	4,4
15	Los Ríos	629.977	90	1,4	728.647	137	1,9
16	Manabí	1.173.869	361	3,1	1.298.624	553	4,3
17	Morona Santiago	115.202	49	4,3	129.374	71	5,5
18	Napo	73.515	51	6,9	93.336	71	7,6
19	Pastaza	58.062	48	8,3	73.495	58	7,9
20	Zamora Chinchipe	77.767	33	4,2	84.629	50	5,9
21	Sucumbíos	118.722	26	2,2	157.497	30	1,9
22	Orellana	79.073	-	-	106.525	30	2,8
23	Galápagos	16.150	6	3,7	22.009	8	3,6
24	Zonas no Delimitadas	73.932	1	0,1	85.265	2	0,2

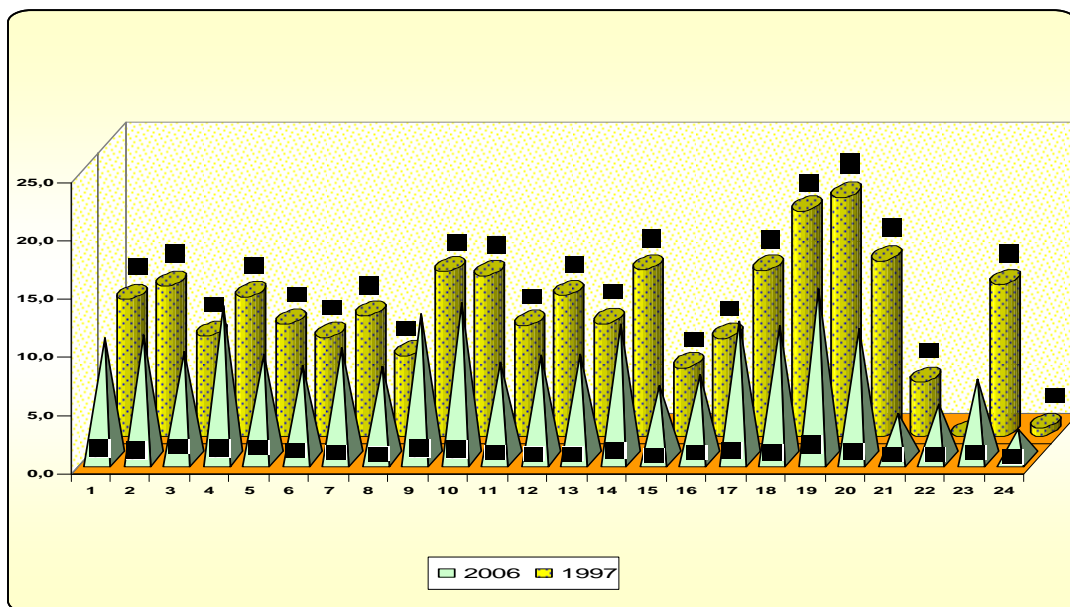
Fuente: Proyecciones de Población 2001-21010 INEC-CEPAL. Tasas por 10.000 habitantes.

Elaborado: Patricia Aguilar.

3.1.21 TASA DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1997-2006.

Ocurre lo contrario con las Auxiliares de Enfermería, ya que se observa que este personal que labora en establecimientos de salud ha disminuido, hace diez años, esto es en 1997, la tasa correspondía a 11,7 en tanto que para el 2006 equivale a 10,4 por cada 10.000 habitantes, como se observa en el Gráfico y Tabla N° 19.

GRAFICO Nº 19



- Numeración del 1 al 24 representan las provincias
- Icono color verde claro corresponde a valores Tasa 3 año 1997
- Icono color amarillo corresponde a Tasa 3 año 2006

Fuente: Proyecciones de Población 2001-21010 INEC-CEPAL. Tasas por 10.000 habitantes.

Elaborado: Patricia Aguilar.

TABLA Nº 19
TASA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1997-
2006

No.	PROVINCIAS	1997			2006		
		Población 1/	Auxiliares de Enfermería	Tasa 3/	Población 2/	Auxiliares de Enfermería	Tasa 3/
1	TOTAL PAÍS	11.772.871	13825	11,7	13.408.270	13923	10,4
2	Azuay	583906	750	12,8	666.085	706	10,6
3	Bolívar	171.529	147	8,6	179.358	165	9,2
4	Cañar	206.132	246	11,9	223.566	295	13,2
5	Carchi	153.154	147	9,6	164.507	148	9,0
6	Cotopaxi	334.652	283	8,5	391.947	313	8,0
7	Chimborazo	401.180	415	10,3	438.097	419	9,6
8	Imbabura	329.030	226	6,9	388.544	309	8,0
9	Loja	407.831	576	14,1	431.077	538	12,5
10	Pichincha	2.285.381	3146	13,8	2.646.426	3552	13,4
11	Tungurahua	427.624	406	9,5	491.629	406	8,3
12	El Oro	506.341	612	12,1	595.262	528	8,9
13	Esmeraldas	373.460	361	9,7	430.792	385	8,9
14	Guayas	3.176.382	4533	14,3	3.581.579	4154	11,6
15	Los Ríos	629.977	369	5,9	728.647	458	6,3
16	Manabí	1.173.869	985	8,4	1.298.624	936	7,2
17	Morona Santiago	115.202	164	14,2	129.374	153	11,8
18	Napo	73.515	142	19,3	93.336	107	11,5
19	Pastaza	58.062	119	20,5	73.495	107	14,6
20	Zamora Chinchipe	77.767	117	15,0	84.629	95	11,2
21	Sucumbíos	118.722	55	4,6	157.497	62	3,9
22	Orellana	79.073	-	-	106.525	50	4,7
23	Galápagos	16.150	21	13,0	22.009	15	6,8
24	Zonas no Delimitadas	73.932	5	0,7	85.265	22	2,6

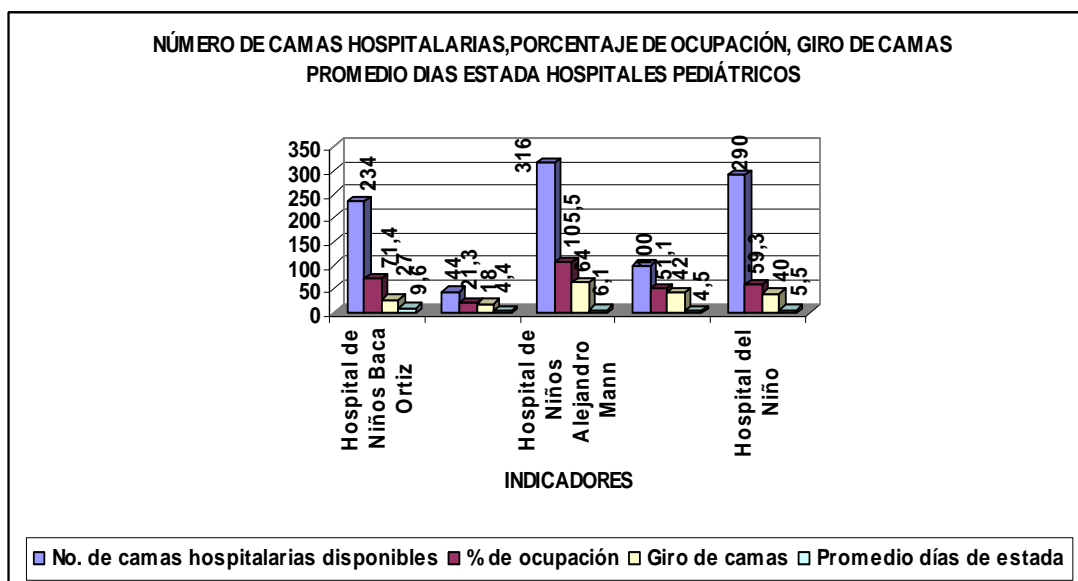
Fuente: Proyecciones de Población 2001-21010 INEC-CEPAL. Tasas por 10.000 habitantes.

Elaborado: Patricia Aguilar.

3.1.22 NÚMERO DE CAMAS DISPONIBLES, PORCENTAJE DE OCUPACIÓN, GIRO DE CAMAS Y PROMEDIO DÍAS DE ESTADA DE LOS HOSPITALES PEDIÁTRICOS AÑO 2004.

Los hospitales pediátricos que tiene mayor número de camas disponibles, porcentaje de ocupación de camas alto son el Alejandro Mann con el 105% y el Baca Ortiz con 71,4%; así también el promedio de días de estada es mayor a los demás con el 6.1 y 9,6 respectivamente como lo demuestran el Gráfico y Tabla Nº 20.

GRÁFICO Nº 20



Fuente: INEC Serie 01 N°. 205 Anuario de Estadísticas Hospitalarias – CAMAS Y EGRESOS 2004.

Elaborado: Patricia Aguilar.

TABLA Nº 20

**NÚMERO DE CAMAS DISPONIBLES, PORCENTAJE DE OCUPACIÓN, GIRO DE
CAMAS Y PROMEDIO DÍAS DE ESTADA DE LOS HOSPITALES PEDIÁTRICOS AÑO
2006.**

Hospitales Agudos Pediátricos	No. de camas hospitalarias disponibles	% de ocupación	Giro de camas	Promedio días de estada
Hospital de Niños Baca Ortiz	234	71,4	27	9,6
Hospital de Niños Alfonso Villagomez	44	21,3	18	4,4
Hospital de Niños Alejandro Mann	316	105,5	64	6,1
Hospital de Niños León Becerra	100	51,1	42	4,5
Hospital del Niño	290	59,3	40	5,5

Fuente: INEC Serie 01 No. 205 Anuario de Estadísticas Hospitalarias - CAMAS Y EGRESOS 2004

Elaborado por: Patricia Aguilar.

3.2. ANALISIS SITUACIONAL DEL HOSPITAL BACA ORTIZ

3.2.1. ORGANIZACIÓN

La **Estructura por Procesos** del Hospital Baca Ortiz, se puede apreciar en el Cuadro N° 3 que se encuentra ubicado dentro de los procesos gobernantes, de gestión técnica hospitalaria y de valor agregado; en éste último se incluyen los subprocesos de gestión de emergencia, gestión de consulta externa y la gestión de hospitalización de la institución.

CUADRO N° 3

ESTRUCTURA ORGÁNICO FUNCIONAL DEL HOSPITAL BACA ORTIZ

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR						
ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL POR PROCESOS						
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES						
HABILITANTES DE APOYO		GOBERNANTES			COMITÉ DE PARTICIPACIÓN SOCIAL	
DESARROLLO ORGANIZACIONAL	GESTIÓN ESTRATÉGICA HOSPITALARIA	GERENTE DE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES (DIRECTOR)	HOSPITALIZACIÓN	SERVICIOS TÉCNICOS COMPLEMENTARIOS		HABILITANTES DE ASESORIA
GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS						ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE GESTIÓN
GESTIÓN DE SERVICIOS INSTITUCIONALES						ASESORIA JURÍDICA
GESTIÓN DE COMUNICACIÓN						DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
GESTIÓN INFORMÁTICA						
GESTIÓN DE HOTELERÍA						
GESTIÓN DE FARMACIA						
GESTIÓN DE ENFERMERÍA	GESTIÓN TÉCNICA HOSPITALARIA	SUBGERENTE DE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES (SUBDIRECTOR)				
GESTIÓN FINANCIERA						
GESTIÓN DE PRESUPUESTO						
GESTIÓN DE CONTABILIDAD						
ADMINISTRACIÓN DE CAJA						
DE VALOR AGREGADO						
CALIFICACION DE DEMANDA Y OFERTA HOSPITALARIA		OPERATIVIZACIÓN DE NORMAS EN LA GESTIÓN EN SERVICIOS HOSPITALARIOS			CONTROL Y MEJORAMIENTO DE LA OPERATIVIZACIÓN DE NORMAS EN LA GESTIÓN DE SERVICIOS OSPITALARIOS	
	EMERGENCIA	CONSULTA EXTERNA	HOSPITALIZACIÓN	SERVICIOS TÉCNICOS COMPLEMENTARIOS		

Fuente: Archivo del Ministerio de Salud Pública.
Elaborado por: Patricia Aguilar.

Para la evaluación organizativa del Hospital Baca Ortiz se aplicará el instrumento de estándares mínimos, y garantizar la calidad de la atención médica, instrumento emitido por la OMS/OPS 200, este **evalúa estructuras, procesos y resultados** institucionales que garantizan la calidad de atención médica por medio de parámetros: **estándares de la organización** de la atención médica, **continuidad** en la atención médica, hospitalización y áreas técnicas y de apoyo⁶².

Estos indicadores se evalúan siguiendo una escala referencial que va del 0 al 1 en proporción, y en porcentaje de evaluación es: el **25%** del valor total a los **indicadores de estructura**; **35%** del valor total a **indicadores de proceso** y el **40%** del valor total a **indicadores de resultado**; se rigen en una **escala que va** del 0 a 24% equivalente a no cumple con el indicador; del 25% a 49% deficiente y debe mejorar; del 50% a 74% aceptable pero puede mejorar; del 75% al 100% entre bueno y excelente.

Aplicados los estándares de Organización de la Atención Médica se **otorga** a la organización del hospital un 90% de puntaje, ubicándose en un rango entre bueno y excelente, las áreas del hospital que no posee como son: banco de sangre, atención del parto, medicina nuclear y terapia radiante no fueron calificados; los servicios adjudicados con mayor puntaje son: control de infecciones, trabajo social y anatomía patológica; las áreas adjudicadas menor puntaje son: terapia intensiva y la biblioteca, como se puede observar en el Gráfico y Tabla N° 21.

⁶² OPS/OMS. Estándares obligatorios para garantizar la calidad de la atención médica. 2003

GRÁFICO Nº 21



Fuente: INEC Estimaciones de Población. Proyecciones de Población 2001-2010. INEC-SELADE.
Elaborado: Patricia Aguilar.

TABLA Nº 21

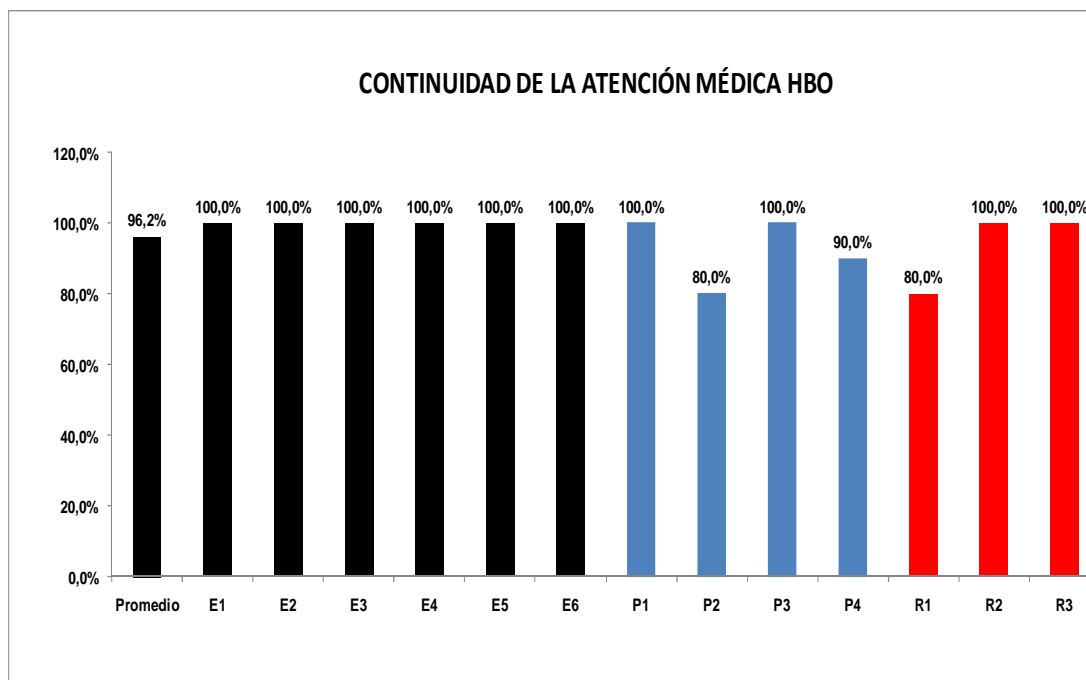
ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA

ESTÁNDARES	
ORGANIZACION DE LA ATENCION MEDICA	VALOR
PROMEDIO	90%
1. Continuidad de la atención médica	100%
2. Referencia y Contrarreferencia	80%
3. Hospitalización	90%
4. Consulta Externa	90%
5. Emergencias	90%
6. Laboratorio de Análisis Clínicos	90%
7. Diagnóstico por imágenes	90%
10. Quirófanos	80%
11. Anestesiología	90%
12. Control de infecciones hospitalarias	100%
13. Cuidados Críticos	80%
14. Neonatología	90%
17. Rehabilitación	90%
18. Servicio Social	100%
19. Biblioteca	60%
20. Anatomía Patológica.	80%
21. Unidad de Hemodiálisis.	80%

Fuente: INEC Estimaciones de Población. Proyecciones de Población 2001-2010. INEC-SELADE.
Elaborado: Patricia Aguilar.

En la **Continuidad de la Atención Médica** del Hospital Baca Ortiz los parámetros (E= Estructura; P= Procesos; R= Resultados) son aceptables y tienen un puntaje del 96,2% lo que le da una calificación de excelente; el área de menor puntajes es el indicador P2 ubicado en el ítem de procesos puesto que no hay actualización de procedimientos escritos que permitan estandarizar las indicaciones de los especialistas; R1 en el ítem de resultados indica que a las 48 horas de haber ingresado el 80%, o más de los pacientes tiene consignado en el expediente el diagnóstico definitivo esta información se verifica en el Gráfico y Tabla N° 22.

GRÁFICO N° 22



Fuente: INEC Estimaciones de Población. Proyecciones de Población 2001-2010. INEC-SELADE.

Elaborado: Patricia Aguilar.

TABLA N° 22

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA HBO

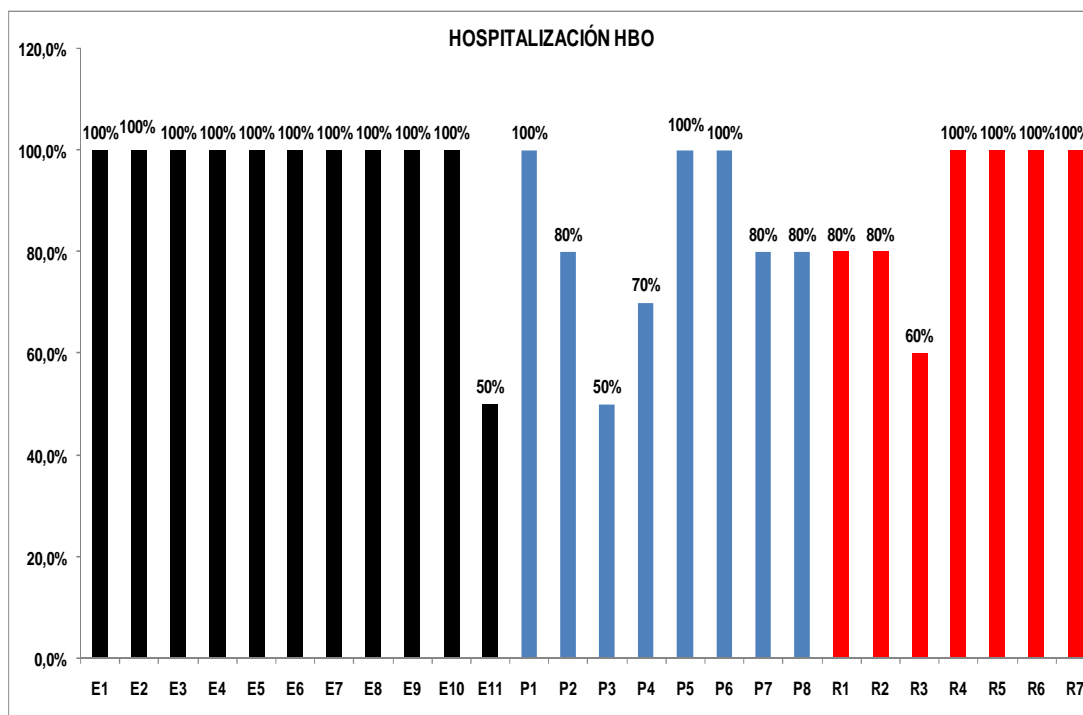
Continuidad de la atención médica		96,2%
Posee una Dirección Médica que conduce y asume la atención con responsabilidad, garantizando su supervisión.	E	100,0%
La continuidad está basada en los médicos de guardia.	E	100,0%
Cuenta con profesionales específicamente encargados del seguimiento de los pacientes hospitalizados.	E	100,0%
Cada paciente se halla a cargo de un profesional del establecimiento.	E	100,0%
Posee un Departamento o Servicio de Epidemiología y Estadísticas.	E	100,0%
Dispone de un Médico epidemiólogo debidamente acreditado.	E	100,0%
Los profesionales, pasan una revista diaria a los pacientes	P	100,0%
Existen procedimientos escritos para canalizar todas las indicaciones de	P	80,0%
El cuerpo médico discute los casos en reunión clínica, con una periodicidad no menor de una vez por semana.	P	100,0%
Todas las especialidades cubren funciones asistenciales, docentes y de investigación.	P	90,0%
A las 48 horas de haber ingresado, el 80%, o más, de los pacientes, tienen consignado en el expediente el diagnóstico definitivo.	R	80,0%
El 80% de las pruebas diagnósticas ordenadas (rayos X, laboratorio, anatomía patológica), reposan en la historia clínica y son comentados por los médicos tratantes.	R	100,0%
El 80% de los egresos tienen un promedio de días estancia de acuerdo a las normas establecidas para cada servicio y para el hospital	R	100,0%

Fuente: INEC Estimaciones de Población. Proyecciones de Población 2001-2010. INEC-SELADE.

Elaborado: Patricia Aguilar.

Aplicados los estándares en el **Área de Hospitalización** se le adjudica un puntaje de bueno ya que cumple satisfactoriamente la mayor parte de los ítems en análisis; el menor puntaje está dado al indicador E11, P3, P4 y R3, ya que existe falta de protocolización de procedimientos, aquí se encuentra el manejo de la morbilidad y mortalidad más frecuente en el hospital y calidad humana, como se indican en el Gráfico y Tabla N° 23.

GRAFICO Nº 23



Fuente: INEC Estimaciones de Población. Proyecciones de Población 2001-2010. INEC-SELADE.

Elaborado: Patricia Aguilar.

TABLA Nº 23
HOSPITALIZACION HBO

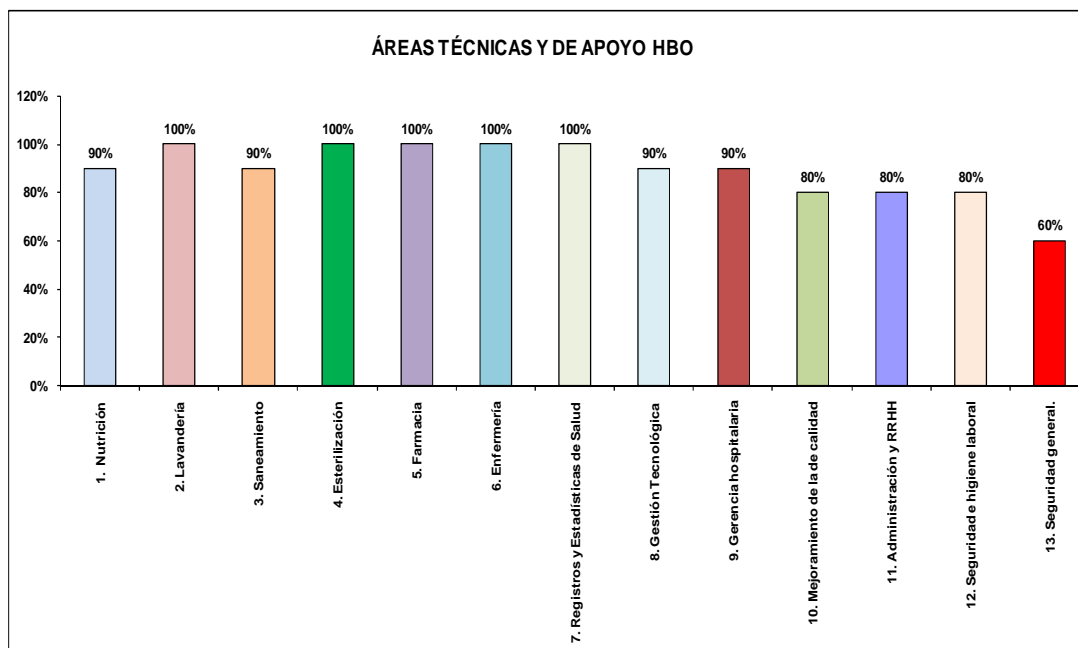
Hospitalización		89,6%
Cuenta con habitaciones individuales y múltiples hasta con cuatro	E	100,0%
Se dispone del equipo mínimo necesario para la prestación del servicio en sala de hospitalización.	E	100,0%
Se dispone de la dotación (insumos) mínima necesaria para la prestación del servicio en sala de hospitalización.	E	100,0%
Se cuenta con los medicamentos esenciales de acuerdo con los protocolos establecidos.	E	100,0%
Están disponibles los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico las 24 horas.	E	100,0%
La jefatura de cada servicio es ejercida por un médico especialista	E	100,0%
La atención es prestada las 24 horas por el médico especialista o residente.		100,0%
Todo paciente internado está bajo la responsabilidad de un médico tratante.	E	100,0%
Se cuenta con el recurso de enfermería profesional y auxiliar, adecuado para la atención de los pacientes.	E	100,0%
Existen normas y procedimientos escritos para la solicitud y respuesta a las interconsultas.	E	100,0%
Existen protocolos de manejo de la morbilidad más frecuente en el servicio.	E	50,0%
Se pasa visita médica diaria con el jefe del servicio.	P	100,0%
Se anota la evolución en la historia clínica con letra legible y firma del responsable.	P	80,0%
Se aplican y revisan los protocolos de la morbilidad más frecuente en el servicio.	P	50,0%
Se analizan periódicamente las historias clínicas para verificar el manejo correcto de los pacientes, con relación a los protocolos existentes.	P	70,0%
Se registran analizan e investigan las complicaciones y accidentes de los pacientes en el servicio.	P	100,0%
Se verifica el cumplimiento de los procedimientos para las diferentes interconsultas.	P	100,0%
Se informa y comunica en forma regular y permanente a los familiares de los pacientes.	P	80,0%
Se analizan los informes estadísticos para la planificación y programación de las actividades del servicio.	P	80,0%
El 80% de las interconsultas realizadas son atendidas antes de las 24 horas.	R	80,0%
El 95% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con los resultados de la hospitalización.	R	80,0%
El 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.	R	60,0%
Menos del 5% de los pacientes presentan complicaciones y/o accidentes como consecuencia de los tratamientos y/o procesos.	R	100,0%
La mortalidad hospitalaria no es mayor del 4%.	R	100,0%
Menos del 5% de los pacientes egresan contra opinión médica.	R	100,0%
El Índice C/T (transfusiones preparadas/transfusiones cumplidas) es menor de 2	R	100,0%

Fuente: INEC Estimaciones de Población. Proyecciones de Población 2001-2010. INEC-SELADE.
Elaborado por: Patricia Aguilar.

Lo relacionado a la **Organización de las Áreas Técnicas y de Apoyo**, el puntaje dado los estándares de las áreas para el hospital es de 89%, los servicios de mayor puntaje son central de esterilización, Farmacia, Enfermería, Registros estadísticos y Lavandería con el 100%; entre las áreas de menor

puntaje se encuentran seguridad general con 60% y saneamiento con 90% datos que se verifican en el Gráfico y Tabla N° 24.

GRAFICO N° 24



Fuente: INEC Estimaciones de Población. Proyecciones de Población 2001-2010. INEC-SELADE.
Elaborado: Patricia Aguilar.

TABLA N° 24

ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO HBO

ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO	VALOR
PROMEDIO	89%
1. Nutrición	90%
2. Lavandería	100%
3. Saneamiento	90%
4. Esterilización	100%
5. Farmacia	100%
6. Enfermería	100%
7. Registros y Estadísticas de Salud	100%
8. Gestión Tecnológica	90%
9. Gerencia hospitalaria	90%
10. Mejoramiento de la de calidad	80%
11. Administración y RRHH	80%
12. Seguridad e higiene laboral	80%
13. Seguridad general.	60%

Fuente: INEC Estimaciones de Población. Proyecciones de Población 2001-2010. INEC-SELADE.
Elaborado: Patricia Aguilar.

3.3 RECURSOS FÍSICOS EN EL HOSPITAL BACA ORTÍZ

El Hospital Baca Ortiz en cuanto a sus **recursos físicos**, cuenta con una estructura moderna de 7 pisos y una **planta baja** en la que se encuentran los servicios de: emergencias con 26 camas de dotación normal, ésta cuenta con las áreas de observación y cuidados intermedios; anatomía patológica; servicio social del personal y salud laboral; consultorio anexo al IESS; mecánica dental; morgue; rehabilitación; imagenología comprendida por Rx, ecosonografía, tomografía; bodega central; nutrición y dietética; lavandería, mantenimiento y parqueadero sur con su respectivo helipuerto; cuenta con otras instalaciones adyacentes al edificio central como central térmica; central de gases, cisterna de agua con una capacidad de 200 metros cúbicos; pozo de fluidos hospitalarios; incinerador; generador de luz en casos de emergencia; cuarto de mando y de aire comprimido; contiguo a éste en el edificio antiguo se encuentra funcionando los vestuarios del personal.

En el **primer piso** se encuentra el **Servicio de Consulta Externa** con 42 consultorios para la atención en las 29 subespecialidades; estadística; trabajo social; voluntariado; gestión de enfermería; farmacia; laboratorio central; servicios generales; caja; inventarios; información; gestión hospitalaria; subdirección médica; una parte del área administrativa; oncohematología ambulatoria, centro de informática; puerta de acceso principal al hospital y al parqueadero norte; y el servicio de cirugía que cuenta con 38 camas disponibles; el **segundo piso** está conformado por el servicio de Terapia Intensiva o UCI con una capacidad de 11 camas de dotación normal; a continuación el Centro Quirúrgico con 7 quirófanos; hospital del día; adyacente en el edificio antiguo, se encuentra el departamento de recursos humanos; y de administración.

El **tercer piso** está conformado por el área de quemados con 12 camas disponibles; central de esterilización; adyacente en el edificio antiguo está la capilla y oficina jurídica; el **cuarto piso** está conformada por el servicio de

neonatología con 21 camas disponibles, lactantes con 32 camas disponibles, hemodiálisis y adyacente en el edificio antiguo esta la ludoteca del hospital; el **quinto piso** conformado por el servicio de clínica general con 36 camas disponibles y clínica de especialidades con 36 camas disponibles; adyacente en el edificio antiguo se halla el servicio de Oncohematología con 16 camas disponibles; el **sexto piso** se encuentra formado por el servicio de infectología con 19 camas disponibles; traumatología con 42 camas disponibles; adyacente en el edificio antiguo se encuentra el auditorio general; y el departamento de docencia; el **séptimo piso** en el que funciona la sala de máquinas y el sistema de aire acondicionado del hospital.

Existe infraestructura ociosa o subutilizada en las siguientes áreas: 34 consultorios a partir de las 14 horas pues solo atienden 8 consultorios de 14 a 18 horas, Rehabilitación es improductivo a partir de las 16hs, Quirófanos que funcionan esencialmente en las mañanas hasta las 14hs en un 100% de su capacidad de lunes a viernes, en las tardes funcionan 2 quirófanos, en la noches y feriados 1 considerado de emergencia, el hospital del día es parte de el área de quirófanos, es improductivo desde las 14hs en el 100% de sus instalaciones.

3.3.1 RECURSOS TECNOLÓGICOS

A continuación se detallan los principales recursos tecnológicos con que cuenta el Hospital Baca Ortiz de acuerdo a la información existente en el departamento de inventarios, a verificarse en el Cuadro N° 4

CUADRO Nº 4

RECURSOS TECNOLÓGICOS HOSPITAL BACA ORTIZ

CLASE	CANTIDAD
Analizador a gas de sangre de PH eléctrico metálico con impresora	1
Analizador de calcio, potasio eléctrico metálico con impresora,	1
Analizador de oxígeno	1
Analizadores de química completo con teclado	2
Analizadores de sodio y potasio	2
Analizador hematológico	1
Aspirador de circulación extracorpórea	1
Autoclaves a vapor	4
Autoclaves eléctricos	5
Autoclave de óxido de etileno	1
Bomba contra incendios	2
Bombas hidroneúticas	3
Desfibriladores	7
Computadores	105
Eco cardiógrafo	1
Ecógrafos	2
Electroencefalógrafos	28
Electrocardiógrafos	6
Equipos de potenciales evocados	4
Equipos de RX móviles uno para neonatología 1 para UCI	2
Equipos de Rx	8
Flujómetros para oxígeno	46
Fonendoscopio	26
Fototerapia	4
Generadores eléctricos	4
Incubadoras	10
Laringoscopios	11
Lámparas auxiliares para operaciones	8
Lavadoras industriales de ropa	4
Maquinas de anestesia	27
Maquina de circulación extracorpórea	1
Microscopios	22
Monitores de signos vitales	28
Negatoscopios	128
Oftalmoscopios	5
Oxímetros	26
Refrigeradoras	55
Televisores	49
Unidades de otorrinolaringología	2

Fuente: Departamento de Inventarios del Hospital Baca Ortiz.

Elaboración: Patricia Aguilar.

La tecnología adquirida en el Hospital Baca Ortiz durante el año 2007, se detalla a continuación en el Cuadro Nº 5.

CUADRO Nº 5

TECNOLOGÍA ADQUIRIDA EN EL AÑO 2007

CLASE	CANTIDAD
Copiadora	1
Sistema de video y equipo de artroscopia	1
Lavadora industrial 150 libras	1
Lavadora industrial 125 libras	1
Caldero a vapor con todos sus componentes	1
Electromiográfico y potenciales evocados	1
Monitor multiparametros	2
Equipos de laringoscopio	2
Tensiometro pediátrico	1
Tensiometro adultos	2
Esterilizadores autoclaves	2
Sistemas de corte y coagulación	2
Maquinas de anestesia	2
Termocuna	1
Equipo de pinzas de cirugía de cataratas	1
Equipo de estrabismo	1
Equipo de blefaroplastia	1
Oxímetros	3
Fonendoscopio	2
Sistema de Rx telecomandado tecnología digital	1
Refrigeradoras	8
Chasis para RX	9
Computadoras portátiles	4

Fuente: Departamento de Inventarios del Hospital Baca Ortiz.

Elaboración: Patricia Aguilar.

Hay recursos en concesión como ascensores, red informática, ambulancias, computadoras y equipos dados en comodato. El equipo y maquinaria industrial del hospital, cuyo mantenimiento lo realiza la empresa privada es equivalente a un 30%.

El mantenimiento de infraestructura y recurso tecnológico, lo ejecuta la Gestión de Mantenimiento del hospital Baca Ortiz, se compone de 4 áreas: **Eléctrica – electrónica**, encargada del mantenimiento eléctrico de la infraestructura física y de equipos médicos no concesionados; **Electromecánica II** y Gases medicinales, encargados del suministro de gases medicinales y mantenimiento del Servicio de Central de Esterilización; **Electromecánica I** (industria – hidrosanitaria) encargada del mantenimiento mecánico de motores y maquinaria no médica,

áreas de cocina, lavandería, aire comprimido, ventiladores, sección hidrosanitaria, carpintería, tuberías, e infraestructura física general; la **Central Térmica** se encarga del mantenimiento de calderos, suministros de combustibles y manejo del incinerador; para proporcionar mantenimiento cuenta con un cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo, plan estructurado y no se lleva registros; el mantenimiento correctivo lo hace en respuesta a solicitud de necesidad de arreglo en los diferentes servicios con reporte de daños, si existe el material y repuesto disponible; atiende las necesidades de mantenimiento del 70% del hospital; el tiempo de vida útil de la mayor parte de los recursos tecnológicos hospitalarios es de 10 años, pero su rendimiento óptimo es de 3 a 4 años, los equipos en el HBO pasan los 17 años de uso.

3.3.2 RECURSOS LOGÍSTICOS

El recurso logístico que el hospital dispone es de 10 ambulancias para el transporte y movilización de pacientes a otras instituciones, sea para exámenes especiales o varias actividades extramurales según amerite el caso o la situación del mismo y 2 camionetas para el traslado del personal administrativo como se lo describe en el Cuadro N° 6.

CUADRO N° 6

RECURSO LOGÍSTICO HBO

CANTIDAD	RECURSOS	ESTADO	AÑO
1	Ambulancia chevrolet	Bueno	1990
1	Ambulancia Ford	Bueno	1978
2	Ambulancia GMC high sierra	Bueno	1987
1	Ambulancia Nissan patrol	Bueno	1998
1	Ambulancia Nissan Vanette	Bueno	1988
2	Ambulancia Nissan Vanette	Bueno	1987
2	Ambulancias	Bueno	2007
2	Camionetas	Bueno	1990

Fuente: Departamento de Inventarios del Hospital Baca Ortiz.
Elaboración: Patricia Aguilar.

3.3.3. RECURSOS FINANCIEROS

El presupuesto es anual, se obtiene de tres fuentes de financiamiento: fiscales, autogestión y predestinados, la gestión de la asignación presupuestaria es la adecuada en los años 2004 y 2005 donde se utiliza todos los rubros asignados, quedando deudas pendientes para el próximo año, sin embargo en el año 2006 se observa que no se utilizó todo el dinero quedando un restante de \$ 1'200.949,16, más detalles en el Cuadro N° 7.

CUADRO N° 7

ESTADO DE EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA HBO 2004, 2005 Y 2006

AÑO	PRESUPUESTO CODIFICADO	PRESUPUESTO DE EJECUCIÓN	RESULTADO DE OPERACIÓN
2004	8'994.985,31	8'899.793,44	-421.062,72
2005	10'537.405,60	9'373.837,96	-14.074,41
2006	11'900.908,42	10'677.862,96	1'200.848,16

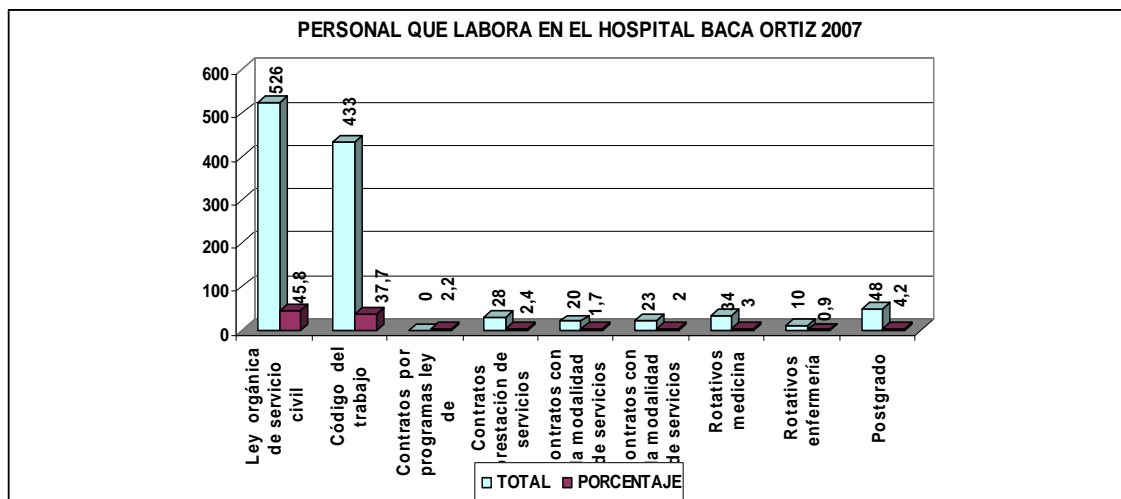
Fuente: Departamento Financiero del Hospital Baca Ortiz.
Elaboración: Patricia Aguilar.

3.3.4. RECURSOS HUMANOS HOSPITAL BACA ORTIZ

El Recurso Humano del Hospital Baca Ortiz cuenta con 1.156 trabajadores, 526 (46%) pertenecen a la ley de Carrera Civil y Servicio Administrativo; 433 (38%) pertenecen al Código de Trabajo; cuenta al momento con 26 contratos por Ley de Emergencia Nacional de Salud y 28 contratos por Prestación de Servicios del Código Civil, además 20 contratos con la modalidad de Servicios Profesionales y 23 contratos con modalidad de Servicios Ocasionales; el personal que se ha contratado corresponde al 8,3%; existen 34 Internos Rotativos de Medicina y 10 Internas Rotativas de Enfermería; cuenta también con 48 postgradistas de

diferentes subespecialidades, información que se puede evidenciar en el Gráfico y Tabla N° 25

GRAFICO N° 25



Fuente: Departamento Recursos Humanos del Hospital Baca Ortiz.2008

Elaboración: Patricia Aguilar.

TABLA N° 25

PERSONAL QUE LABORA EN EL HOSPITAL BACA ORTIZ AÑO 2008

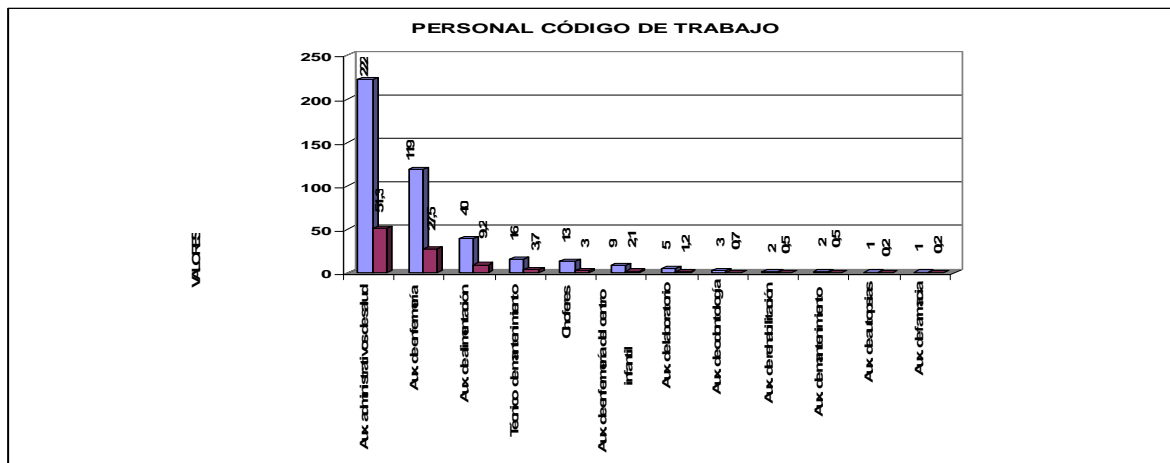
CLASIFICACION	TOTAL	PORCENTAJE
Ley orgánica de servicio civil	526	45,8
Código del trabajo	433	37,7
Contratos por programas ley de emergencia nacional de salud	26	2,2
Contratos prestación de servicios código civil	28	2,4
Contratos con la modalidad de servicios profesionales	20	1,7
Contratos con la modalidad de servicios ocasionales	23	2
Rotativos medicina	34	3
Rotativos enfermería	10	0,9
Postgrado	48	4,2
Total	1148	99,9

Fuente: Departamento Recursos Humanos del Hospital Baca Ortiz. 2008

Elaboración: Patricia Aguilar.

Del personal que labora bajo el Código de Trabajo el porcentaje mayor corresponde al personal auxiliar administrativo de salud con el 51,3% (222), el personal auxiliar de enfermería con el 27,9% (119) y el 20,8% (92) corresponde al resto del personal, ver Gráfico y Tabla N° 26.

GRÁFICO N° 26



Fuente: Departamento Recursos Humanos del Hospital Baca Ortiz. 2008

Elaboración: Patricia Aguilar.

TABLA N° 26

PERSONAL DEL HBO PERTENECIENTE AL CÓDIGO DE TRABAJO AÑO 2008

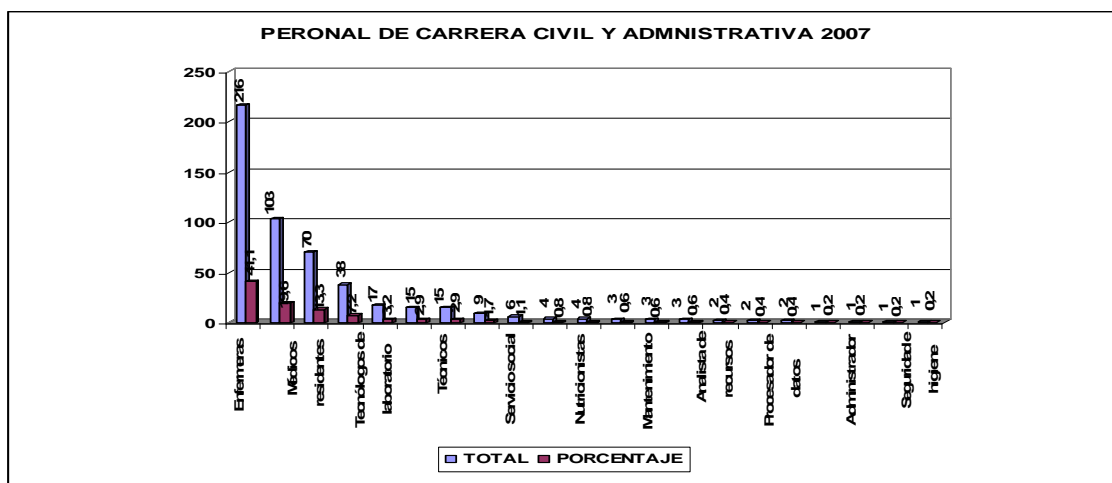
PERSONAL - CODIGO DE TRABAJO	TOTAL	PORCENTAJE
Aux. administrativos de salud	222	51,3
Aux. de enfermería	119	27,5
Aux. de alimentación	40	9,2
Técnico de mantenimiento	16	3,7
Choferes	13	3
Aux. de enfermería del centro infantil	9	2,1
Aux. de laboratorio	5	1,2
Aux. de odontología	3	0,7
Aux. de rehabilitación	2	0,5
Aux. de mantenimiento	2	0,5
Aux. de autopsias	1	0,2
Aux. de farmacia	1	0,2
Total	433	100

Fuente: Departamento Recursos Humanos del Hospital Baca Ortiz. 2008

Elaboración: Patricia Aguilar.

El personal profesional perteneciente a la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa, el correspondiente al de enfermeras profesionales representan el 41,1 % (216); el personal de médicos tratantes tiene el 19,6% (103); los médicos residentes el 13,3% (70) el restante personal tiene el 25,7% (137), como se lo verifica el Gráfico y Tabla N° 27.

GRÁFICO N° 27



Fuente: Departamento Recursos Humanos del Hospital Baca Ortiz. 2007

Elaboración: Patricia Aguilar.

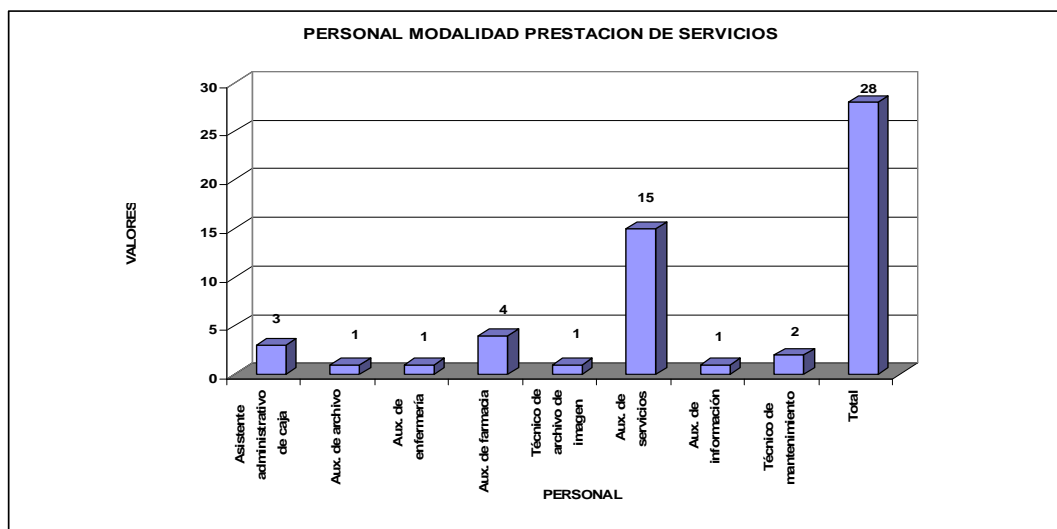
TABLA N° 27
PERSONAL DEL HBO REGIDO POR LA LEY DE SERVICIO CIVIL Y CARRERA
ADMINISTRATIVA 2008

PERSONAL DE CARRERA CIVIL Y ADMINISTRATIVA	TOTAL	PORCENTAJE
Enfermeras	216	41,1
Médicos	103	19,6
Médicos residentes	70	13,3
Secretarias	38	7,2
Tecnólogos de laboratorio	17	3,2
Tecnólogos de rehabilitación	15	2,9
Técnicos	15	2,9
Estadísticas y registros médicos	9	1,7
Servicio social	6	1,1
Cajeros	4	0,8
Nutricionistas	4	0,8
Tecnólogos de imagen	3	0,6
Mantenimiento	3	0,6
Dra. farmacia	3	0,6
Analista de recursos humanos	2	0,4
Recepcionistas	2	0,4
Procesador de datos	2	0,4
Tecnólogos de oftalmología	1	0,2
Administrador	1	0,2
Comunicador social	1	0,2
Seguridad e higiene industrial	1	0,2
Total	526	100

Fuente: Departamento Recursos Humanos del Hospital Baca Ortiz. 2007

Elaboración: Patricia Aguilar.

El personal contratado con modalidades de Prestación de Servicios (Código Civil), el correspondiente al mayor porcentaje es el de auxiliares de servicios con el 53% (15), el restante corresponde al 47% (13), los datos se especifican en el Gráfico y Tabla N° 28

GRÁFICO Nº 28

Fuente: Departamento Recursos Humanos del Hospital Baca Ortiz. 2007

Elaboración: Patricia Aguilar.

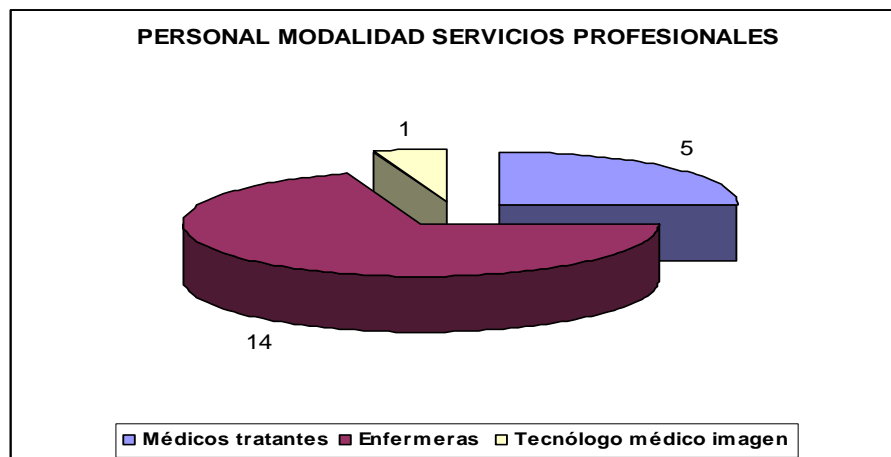
TABLA Nº 28**PERSONAL CON MODALIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

PERSONAL MODALIDAD PRESTACION DE SERVICIOS	TOTAL
Asistente administrativo de caja	3
Aux. de archivo	1
Aux. de enfermería	1
Aux. de farmacia	4
Técnico de archivo de imagen	1
Aux. de servicios	15
Aux. de información	1
Técnico de mantenimiento	2
Total	28

Fuente: Departamento Recursos Humanos del Hospital Baca Ortiz. 2007

Elaboración: Patricia Aguilar.

El personal contratado con modalidad de servicios profesionales en el año 2007 correspondiente al de enfermeras profesionales es de 14(70%), los restantes profesionales son 6(30%) estos datos se especifican a continuación en el Grafico y Tabla Nº 29

GRÁFICO Nº 29

Fuente: Departamento Recursos Humanos del Hospital Baca Ortiz. 2007
 Elaboración: Patricia Aguilar.

TABLA Nº 29

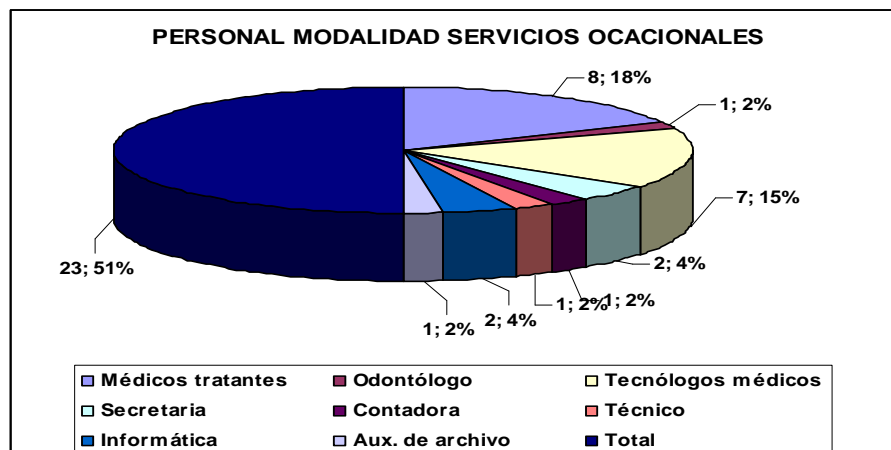
**PERSONAL CONTRATADO CON LA MODALIDAD DE SERVICIOS
 PROFESIONALES**

PERSONAL MODALIDAD SERVICIOS PROFESIONALES	TOTAL
Médicos tratantes	5
Enfermeras	14
Tecnólogo médico imagen	1
Total	20

Fuente: Departamento Recursos Humanos del Hospital Baca Ortiz. 2007
 Elaboración: Patricia Aguilar.

Se ha realizado la contratación de 8 Médicos Tratantes (35%); 7 tecnólogos médicos (30%), y personal profesional restante tiene el 35%(8) según la modalidad de contratación de Servicios Ocasionales según se puede observar en el Gráfico y Tabla Nº 30.

GRÁFICO Nº 30



Fuente: Departamento Recursos Humanos del Hospital Baca Ortiz. 2007
Elaboración: Patricia Aguilar.

TABLA Nº 30

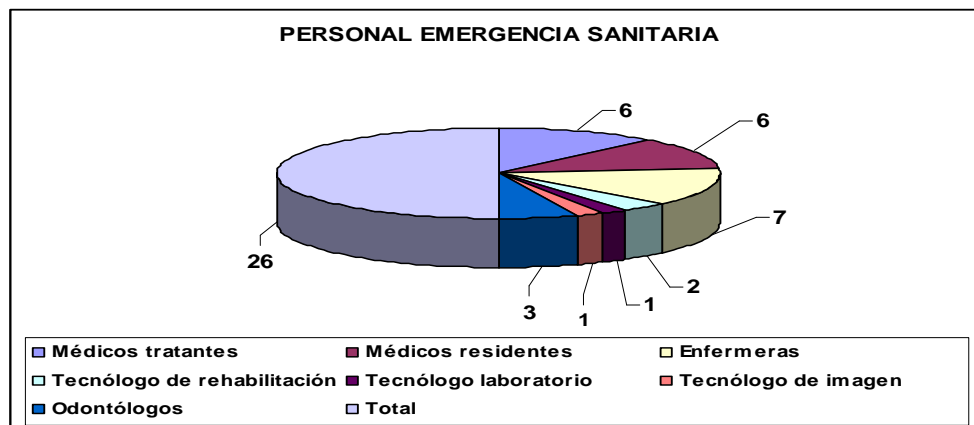
**PERSONAL DE CONTRATO CON LA MODALIDAD DE SERVICIOS
OCASIONALES HBO 2007**

PERSONAL MODALIDAD SERVICIOS OCASIONALES	TOTAL
Médicos tratantes	8
Odontólogo	1
Tecnólogos médicos	7
Secretaria	2
Contadora	1
Técnico	1
Informática	2
Aux. de archivo	1
Total	23

Fuente: Departamento Recursos Humanos del Hospital Baca Ortiz. 2007
Elaboración: Patricia Aguilar.

Cumpliendo con la Ley de Emergencia Nacional de Salud el Hospital Baca Ortiz a contratado 6 Médicos Tratantes y 6 Médicos Residentes que corresponden al 46,2%; 7 enfermeras profesionales que corresponden al 27%, los restantes profesionales corresponden al 26,8% (7) como se evidencia en el Gráfico y Tabla N° 31.

GRÁFICO N° 31



Fuente: Departamento Recursos Humanos del Hospital Baca Ortiz. 2007
Elaboración: Patricia Aguilar.

TABLA N° 31

**PERSONAL CONTRATADO EMERGENCIA SANITARIA DE LA RED DE
SERVICIOS MSP POR SERVICIOS PROFESIONALES 2007**

PERSONAL EMERGENCIA SANITARIA	TOTAL
Médicos tratantes	6
Médicos residentes	6
Enfermeras	7
Tecnólogo de rehabilitación	2
Tecnólogo laboratorio	1
Tecnólogo de imagen	1
Odontólogos	3
Total	26

Fuente: Departamento Recursos Humanos del Hospital Baca Ortiz. 2007
Elaboración: Patricia Aguilar.

3.3.5. PLANIFICACIÓN HBO

A partir del año 2004 el hospital cuenta con un Sistema por Procesos y Matriz de Interrelacionamiento, así lo indica el Plan Estratégico y Operativo 2005 – 2010 que contempla: proceso gobernante (Gestión Estratégica Hospitalaria), procesos habilitantes (Asesoría, Apoyo) y procesos de valor agregado (Calificación de oferta y demanda hospitalaria, Servicios técnicos).

3.3.5.1. ANÁLISIS F.O.D.A

Con la participación colectiva se realiza el análisis FODA del Hospital Baca Ortiz, a continuación se determinan las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas:

Fortalezas del HBO

- Ubicación estratégica del hospital y facilidades de acceso.
- Personal profesional y técnico altamente capacitado.
- Credibilidad de la institución.
- Estabilidad laboral.
- Plantilla de personal completa.
- Unidad financiada por el estado.
- Infraestructura adecuada.
- Tecnología adecuada de acuerdo al presupuesto establecido.
- Control de la gestión económica interna y externa.
- Servicios quirúrgicos de especialidades únicos en el país en el sector público.

Debilidades del HBO

- Carencia de equipos con tecnología actualizada.

- Limitados ingresos a través de autogestión.
- Trabajo sin planificación.
- Politizado de autoridades y cambios frecuentes de los mismos.
- Ausentismo elevado.
- Falta de programación del talento humano interno y su desarrollo.
- Personal carente de perfiles para ocupar el puesto de trabajo.
- El presupuesto utilizado para pago de sueldos y salarios es del 73%.
- Manuales técnicos administrativos sin actualización.
- Coordinación interna limitante.
- Productividad baja.
- Ausencia del cliente externo.
- Priorización de necesidades sin plan anual.
- Aplicación del Marco Legal relacionado con salud inadecuada y falta de conocimiento.
- Carencia de plan de mantenimiento de infraestructura, equipamiento y mobiliario.
- Se trabaja en base a oferta y no a la demanda.
- Existe presión de individuos y grupos de trabajadores por objetivos particulares y no institucionales.
- Hay subutilización de capacidad instalada y otros recursos.

Oportunidades del HBO

- La participación del Nivel Central del MSP y DPS apoyando la gestión institucional.
- Pasantías de profesionales a través de convenios.
- Apoyo de organizaciones en la gestión del hospital mediante donación de equipos, capacitación y apoyo económico.
- La existencia de Marco Legal que permite la modernización, autogestión y el aseguramiento de la calidad.
- Utilización de fondos provenientes de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención al Infante.

- Ejecución de la nueva estructura organizacional por procesos.

Amenazas del HBO

- El Aseguramiento Universal mediante el cual las instituciones públicas prestadoras competirán directamente con las privadas (pago por prestaciones).
- El manejo económico nacional, no privilegia al sector social, hay presencia de alto nivel de inflación.
- El presupuesto insuficiente y normas rígidas para su manejo.
- El Ministerio de Finanzas no entrega oportunamente las transferencias.
- Usuarios del hospital empobrecidos.
- Competencia de organizaciones prestadoras de servicio con costos menores.
- Limitada participación social externa.
- Presupuesto aprobado sin considerar las necesidades reales de la institución.

Misión: El Hospital Pediátrico “Baca Ortiz”, es una unidad de tercer nivel del Ministerio de Salud Pública especializado en la atención del paciente pediátrico y de especialidades, otorga atención integral de salud, oportuna y de calidad, integra a la familia en el cuidado del niño, su atención se basa en acciones de curación, recuperación, rehabilitación del usuario, así como también la conservación del medio ambiente.

Visión: El Hospital Pediátrico “Baca Ortiz”, es el líder nacional en la atención pediátrica de calidad por la excelencia académica y humana de su personal, tecnología de vanguardia, por ser un centro de investigación, formación y capacitación del talento humano, sus acciones se enmarcan en los principios de: universalidad, eficiencia, eficacia, calidad, equidad y solidaridad.

Los **valores institucionales** son referentes al respeto de los derechos del usuario, calidad, ética, honestidad, credibilidad, solidaridad, innovación; el **objetivo general** es brindar atención integral, especializada y de calidad al paciente pediátrico mediante la optimización de recursos.

Los **objetivos estratégicos** son:

- Conducir técnica y estratégicamente la Institución con amplia participación social, brindando servicios de calidad que satisfagan la necesidad en salud del usuario.
- Fortalecer la organización y funcionamiento del hospital mediante la coordinación adecuada de servicios institucionales en las gestiones: Financieras, Recursos Humanos, Suministros y Asesoría Jurídica.
- Desarrollar un modelo de atención integral que responda las expectativas de la demanda y programas de vigilancia epidemiológica.

Al realizar un análisis de la **gestión del Hospital Baca Ortiz** se identifican los siguientes indicadores:

- Servicios finales de producción:
- Consultas: primeras, subsecuentes
- Egresos: clínicos, quirúrgicos.
- Pacientes/día: por servicio.

3.3.6 GESTIÓN HOSPITALARIA DEL HBO

A continuación se realiza un análisis de los principales indicadores de producción hospitalario, así se lo observa en el Cuadro N° 8

CUADRO N° 8

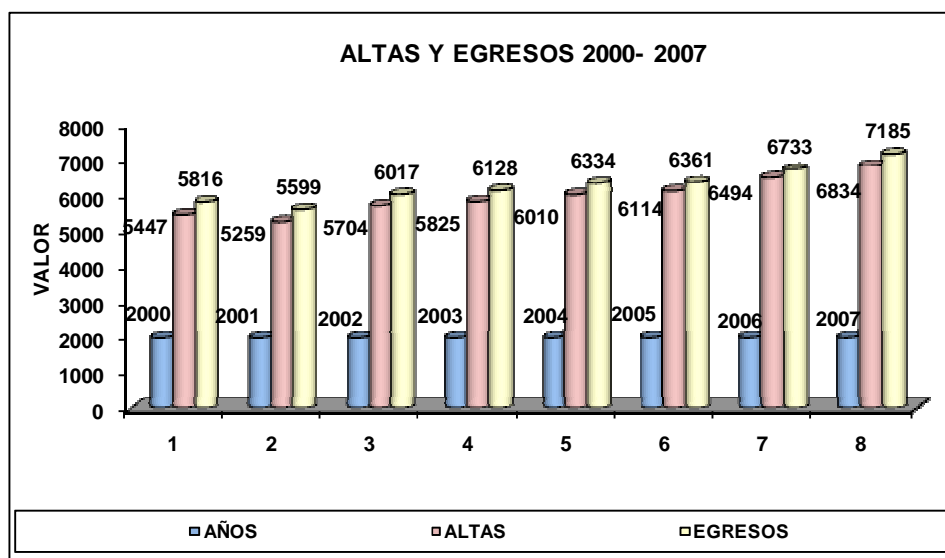
INDICADORES HOSPITALARIOS DEL HBO 2000 - 2007

AÑOS	ALTAS	DEFUNCIONES	EGRESOS	GIRO DE CAMAS	% DE OCUPACION	X DIAS ESTADA	X CAMAS DISPONIBLES	TASA DE MORTALIDAD + 48HORAS
2000	5447	369	5816	26,6	76,9	9,6	218	4,8
2001	5259	340	5599	25,7	79,1	10,2	218	4,4
2002	5704	313	6017	26,3	78,6	10,1	228	4
2003	5825	303	6128	26,2	73,9	9,4	234	3,8
2004	6010	324	6334	27,1	78,7	9,7	234	3,6
2005	6114	247	6361	27,1	77,4	9,4	234	3
2006	6494	239	6733	29,1	83	9,3	232	2,7
2007	6834	251	7185	27,3	82,7	9,5	244	2,4

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO

De las altas y egresos en el HBO 2000 – 2007, se observa que durante los años analizados se incrementan de 5.447 altas en el 2000 a 6834 en el año 2007 lo que representa el 21%, los egresos incrementan de 5816 en el 2000 a 7185 en el 2007, esto representa un 18,3%, como se lo observa en el Gráfico y Tabla N° 32.

GRÁFICO N° 32



Fuente: Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar.

TABLA N° 32

TOTAL ALTAS Y EGRESOS HBO AÑOS 2000 – 2007

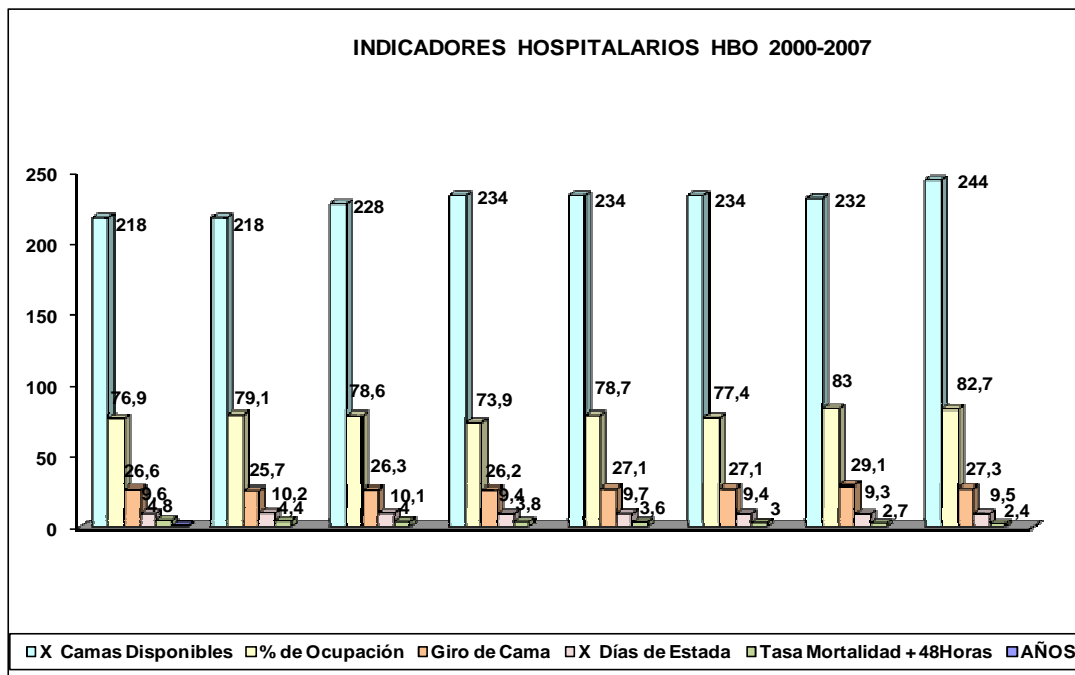
AÑOS	ALTAS	EGRESOS
2000	5447	5816
2001	5259	5599
2002	5704	6017
2003	5825	6128
2004	6010	6334
2005	6114	6361
2006	6494	6733
2007	6834	7185

Fuente: Estadística y Registros Médicos HBO

Elaborado por: Patricia Aguilar.

Al realizar el análisis del promedio de camas disponibles se observa un aumento del 10% en los 8 años analizados, el % de ocupación de camas va del 76,9% en el 2000 al 82,7% en el año 2007; el giro de camas en el 2000 es de 26,6 y en el 2007 de 27,3; el promedio de días de estada es de 9 días; la tasa de mortalidad hospitalaria ha disminuido de 4,8 en el año 2000 a 2,4 en el año 2007, como se puede verificar en el Gráfico y Tabla N° 33

GRÁFICO Nº 33



Fuente: Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar

TABLA Nº 33

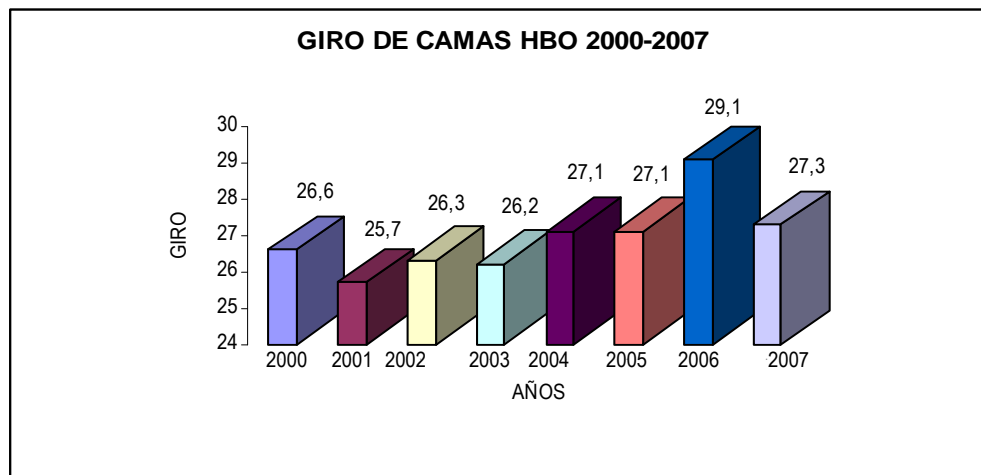
INDICADORES HOSPITALARIO HBO 2000-2007

Años	X Camas Disponibles	% de Ocupación	Giro de Cama	X Días de Estada	Tasa Mortalidad + 48Horas
2000	218	76,9	26,6	9,6	4,8
2001	218	79,1	25,7	10,2	4,4
2002	228	78,6	26,3	10,1	4
2003	234	73,9	26,2	9,4	3,8
2004	234	78,7	27,1	9,7	3,6
2005	234	77,4	27,1	9,4	3
2006	232	83	29,1	9,3	2,7
2007	244	82,7	27,3	9,5	2,4

Fuente: Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar.

El **giro de camas** en el HBO en los años analizados es irregular, los cuatro primeros años, disminuye de 26,6 a 26,2; pero en los últimos años se incrementa de 27,1 a 27,3; el año con mayor giro de camas es el año 2006, datos observados en Gráfico y Tabla N° 34.

GRÁFICO N° 34



Fuente: Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar

TABLA N° 34

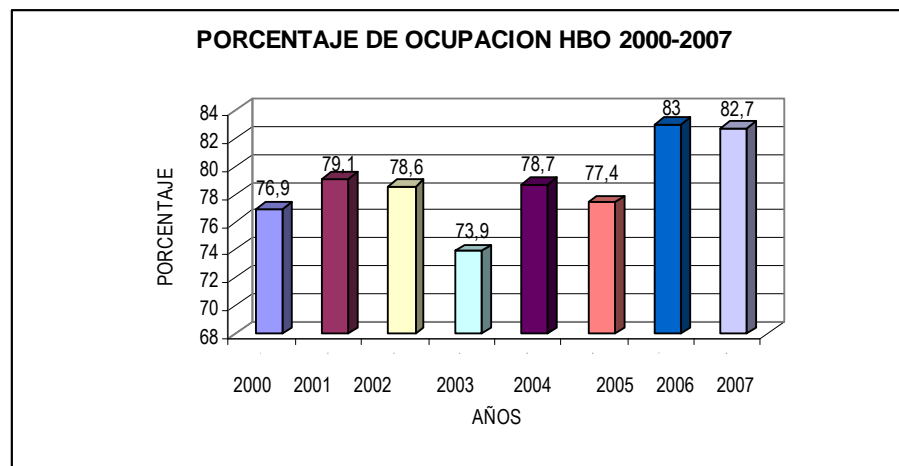
GIRO DE CAMAS HBO 2000 - 2007

AÑOS	GIRO DE CAMA
2000	26,6
2001	25,7
2002	26,3
2003	26,2
2004	27,1
2005	27,1
2006	29,1
2007	27,3

Fuente: Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar

El **Porcentaje de ocupación de camas** disponibles HBO 2000 – 2007, es irregular aumentando y disminuyendo, el año 2003 es el año con menos porcentaje de ocupación de camas disponibles (73,9), en el año 2007 el porcentaje de ocupación se situó en 82,7%, los datos se detallan en Gráfico y Tabla N° 35.

GRÁFICO N° 35



Fuente: Estadística y Registros Médicos HBO

Elaborado por: Patricia Aguilar

TABLA N° 35

PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE CAMAS DISPONIBLES HBO 2000 – 2007

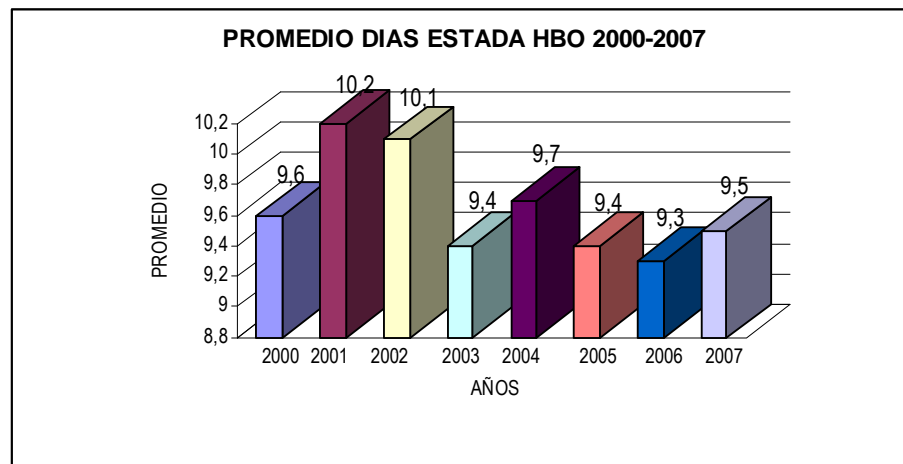
AÑOS	% DE OCUPACIÓN
2000	76,9
2001	79,1
2002	78,6
2003	73,9
2004	78,7
2005	77,4
2006	83
2007	82,7

Fuente: Estadística y Registros Médicos HBO

Elaborado por: Patricia Aguilar

El promedio días de estada HBO 2000 – 2007, es de 9,5 en el último año, pero en los años anteriores este promedio era mas alto 10,1 y 10,2 en el 2001 y 2002 respectivamente, datos obtenidos de Gráfico y Tabla N° 36.

GRÁFICO N° 36



Fuente: Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar

TABLA N° 36

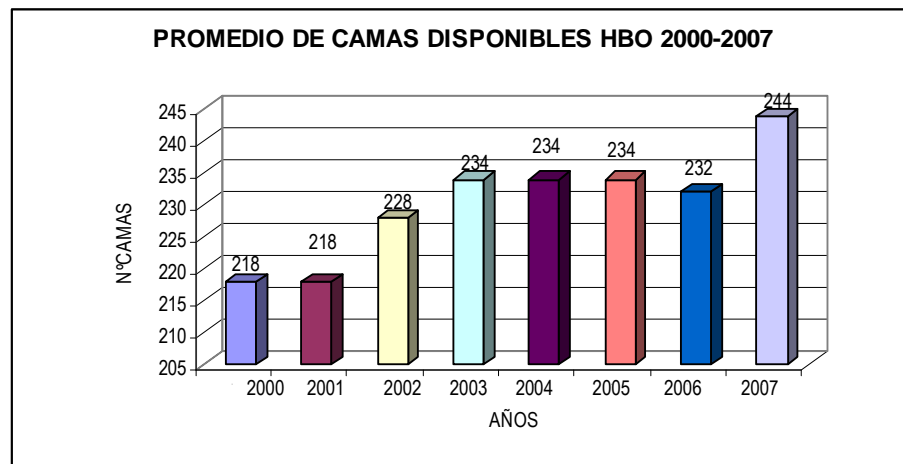
PROMEDIO DÍAS DE ESTADA HBO 2000 – 2007

AÑOS	PROMEDIO DÍAS DE ESTADA
2000	9,6
2001	10,2
2002	10,1
2003	9,4
2004	9,7
2005	9,4
2006	9,3
2007	9,5

Fuente: Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar.

El promedio camas disponibles HBO 2000 – 2007, se incrementa de 218 en el año 2000 a 244 en el año 2007, esto equivale a un 10,6%, datos encontrados en Gráfico y Tabla N° 37.

GRÁFICO N° 37



Fuente: Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar

TABLA N° 37

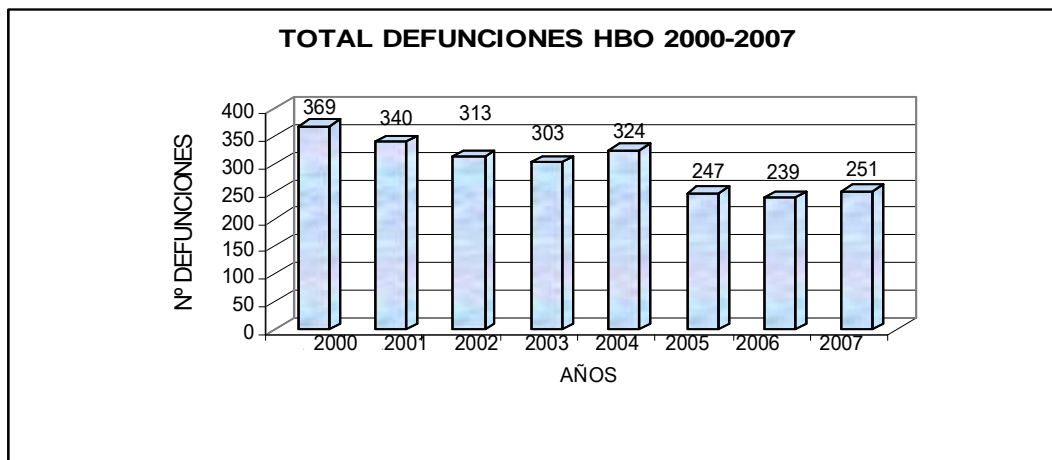
PROMEDIO DE CAMAS DISPONIBLES HBO 2000 – 2007

AÑOS	PROMEDIO DE CAMAS DISPONIBLES
2000	218
2001	218
2002	228
2003	234
2004	234
2005	234
2006	232
2007	244

Fuente: Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar

Las **defunciones** en el HBO durante los años 2000 – 2007, disminuyen de 369 en año 2000 a 251 en el 2007, observándose un incremento en el 2004 donde llega a 324 para decrecer en los siguientes años datos registrados en el Gráfico y Tabla N° 38.

GRÁFICO N° 38



Fuente: Estadísticas y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar

TABLA N° 38

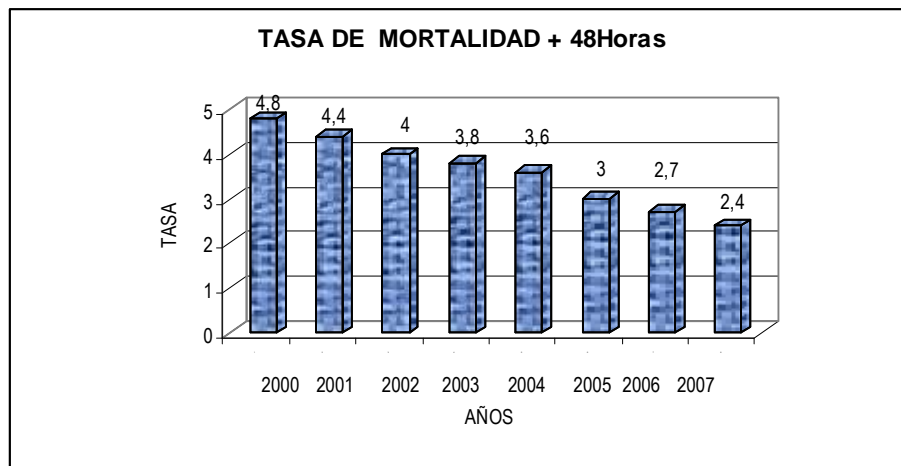
TOTAL DEFUNCIONES HBO 2000 – 2007

AÑOS	DEFUNCIONES
2000	369
2001	340
2002	313
2003	303
2004	324
2005	247
2006	239
2007	251

Fuente: Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar

La **tasa de mortalidad** hospitalaria es de 4,8 en el año 2000 y de 2,4 en el 2007, con tendencia a disminuir en todos los años analizados, como se verifican en el Gráfico y Tabla N° 39.

GRÁFICO N° 39



Fuente: Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar.

TABLA N° 39

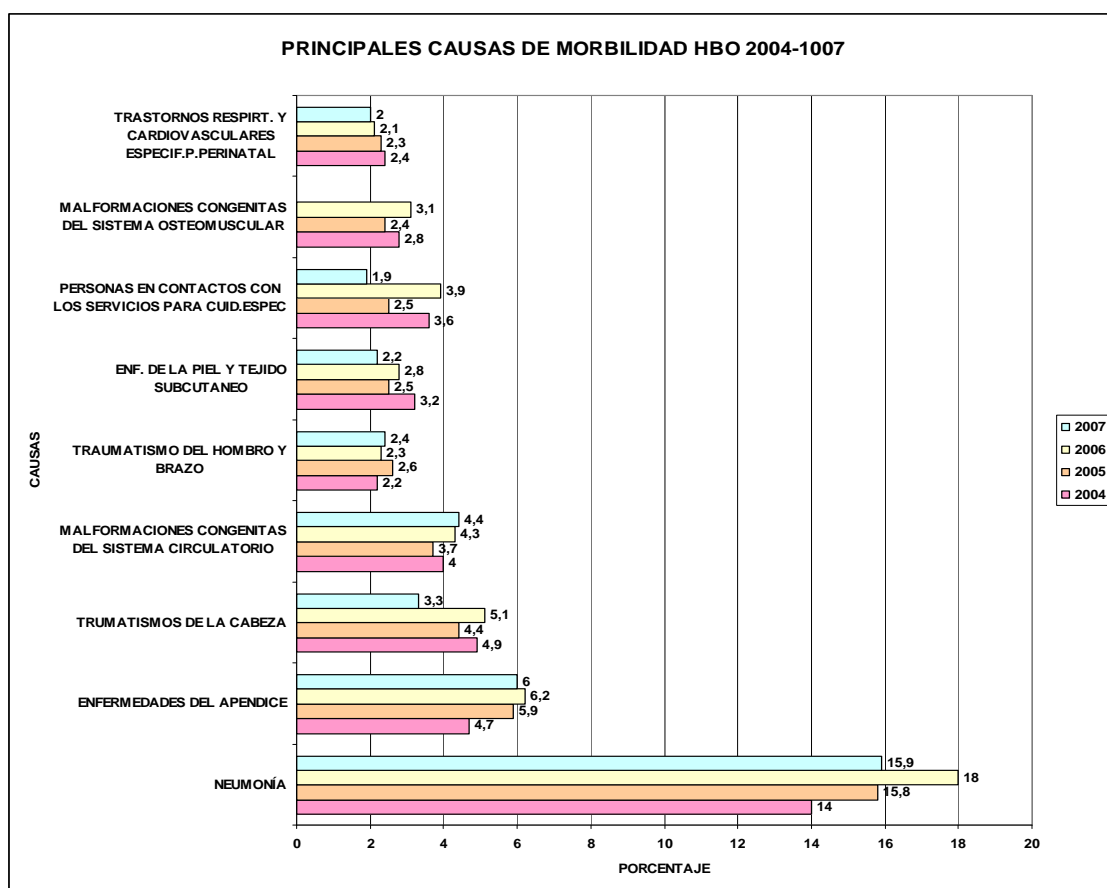
TASA DE MORTALIDAD MAS DE 48 HORAS HBO 2000 - 2007

AÑOS	TASA MORTALIDAD + 48 HORAS
2000	4,8
2001	4,4
2002	4
2003	3,8
2004	3,6
2005	3
2006	2,7
2007	2,4

Fuente: Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar.

Las principales causas de **morbilidad** en el HBO en los años 2004-2007, ocupan la primera causa durante los cuatro años analizados la neumonía con el 14% al 18% en el 2006 y luego en el 2007 a 15,9%, su tendencia es al incremento, en segundo lugar están las enfermedades del apéndice con un 5% y 6%, la tercera causa son los traumatismos de la cabeza con un 5% hasta el 2006 y luego desciende al 3% en el 2007, estos datos se verifican en el Gráfico y Tabla N° 40.

GRAFICO N° 40



Fuente: Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar.

TABLA N° 40

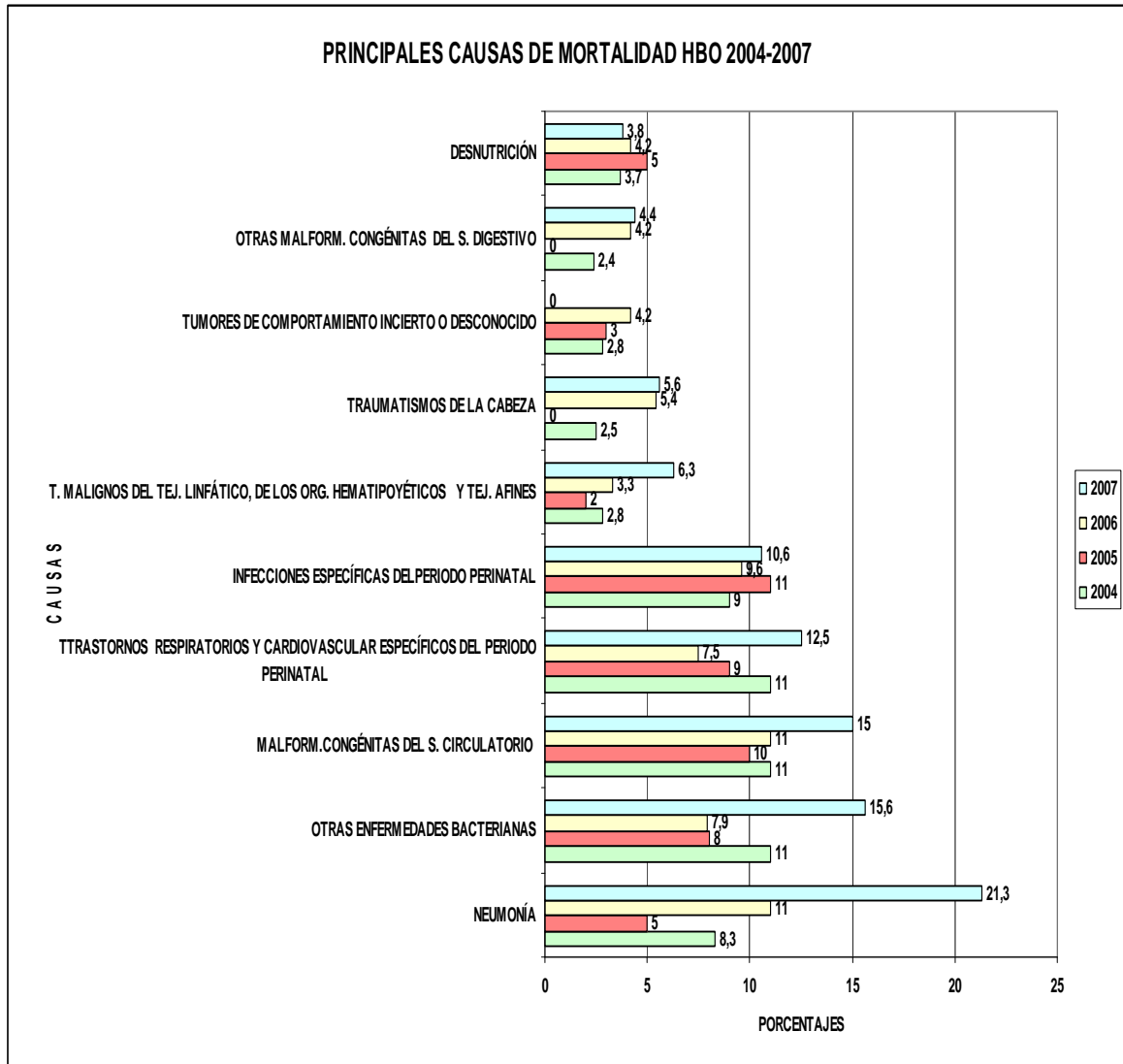
PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HBO AÑO 2004-2007

CAUSAS	2004		2005		2006		2007	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Neumonía	900	14	1006	15,8	1167	18	1142	15,9
Enfermedades del apéndice	295	4,7	374	5,9	400	6,2	428	6,0
Traumatismo de la cabeza	313	4,9	278	4,4	332	5,1	239	3,3
Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	252	4	233	3,7	281	4,3	317	4,4
Traumatismo del hombro y brazo	141	2,2	167	2,6	152	2,3	172	2,4
Inf. De la piel y tejido subcutáneo	203	3,2	157	2,5	185	2,8	161	2,2
Personas en contactos con los servicios para cuidados específicos de	230	3,6	157	2,5	255	3,9	135	1,9
Malformaciones congénitas del sistema Osteomuscular	179	2,8	154	2,4	202	3,1		
Trastornos respiratorios y cardiovasculares específicos periodo perinatal	155	2,4	144	2,3	134	2,1	145	2,0

Fuente: Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar.

Las principales causas de **mortalidad hospitalarias** tienen que ver con el primer periodo de vida de un niño esto es el periodo perinatal como los casos de malformaciones congénitas, trastornos respiratorios y cardiovasculares, infecciones del periodo perinatal y la neumonía; sin embargo todos estos casos han disminuido considerablemente, excepto en el caso de la neumonía que aumenta de 27 en el 2004 a 34 en el 2007. Los tumores malignos y los de comportamiento incierto o desconocido han variado muy poco, en el 2007 no se observaron muertes por tumores inciertos o desconocidos. Las muertes por desnutrición ha disminuido en un 50% del año 2004 al 2007, así se lo demuestran en el Gráfico y Tabla N° 41.

GRAFICO Nº 41



Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar.

TABLA Nº 41

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD HBO 2004, 2005, 2006 Y 2007

CAUSAS	2004		2005		2006		2007	
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
NEUMONÍA	27	8,3	12	5	25	11	34	21,3
OTRAS ENF. BACTERIANAS	36	11	20	8	19	7,9	25	15,6
MALFORMACIONES CONGÉNITAS DEL SISTEMA CIRCULATORIO	35	11	24	10	27	11	24	15,0
TRASTORNOS RESPIRATORIOS Y CARDIOVASCULARES ESPECÍFICOS DEL PERIODO PERINATAL	37	11	21	9	18	7,5	20	12,5
INFECCIONES ESPECÍFICAS DEL PERIODO PERINATAL	29	9	28	11	23	9,6	17	10,6
T. MALIGNOS DEL TEJIDO LINFÁTICO, DE LOS ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS Y TEJIDOS AFINES	9	2,8	6	2	8	3,3	10	6,3
TRAUMATISMOS DE LA CABEZA	8	2,5	0	0	13	5,4	9	5,6
T. DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO	9	2,8	7	3	10	4,2	0	0,0
OTRAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS DEL SISTEMA DIGESTIVO	11	2,4	0	0	10	4,2	7	4,4
DESNUTRICIÓN	12	3,7	11	5	10	4,2	6	3,8

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO

Elaborado por: Patricia Aguilar.

3.3.7. LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL

Los sistemas de información están diseñados a través de un sistema de cableado estructurado, poseen un servidor integrando, abarca las áreas financiera, de estadística y bodega central, bodega de mantenimiento, bodega de economato, bodega de farmacia interna y externa, el de consolidación de datos como stock de insumos en diferentes bodegas y departamento de estadísticas; este sistema cuenta con un software instalado, no cuenta con el hardware a nivel de todo el hospital, el software se encuentra formado por los siguientes sistemas

informáticos: **SIGEF** (Sistema Gubernamental Financiero), este se encarga de procesar la información financiera y contable de la institución; **MEDICYS**, sistema está encargado de integrar la información de bodega central, bodega de mantenimiento, bodega de economato, consulta externa y el sistema de información de medicinas en el área de farmacia; **OLIMPO**, en este sistema está toda la información de los archivos fijos del hospital.

El departamento de estadísticas realiza la consolidación y elaboración de un informe mensual por servicios y de la producción general del hospital, esta información se envía a la subdirección médica, la cual socializa a todos los servicios del hospital, actividad que se ejecuta parcialmente, pues queda la información archivada en estadística, subdirección médica del hospital, y jefaturas de enfermería; el procesamiento de datos se lo realiza en forma manual, debido a que el personal médico en especial los tratantes más antiguos, no aceptan manejar los computadores en sus consultorios a pesar de que el sistema de información en el área de consulta externa ya está instalado y listo para su utilización, previa capacitación del personal médico y de enfermería.

Esta información es enviada a la DPS, en donde se procesan los datos e informes recibidos y se consolidan con los de otras instituciones a nivel provincial y son enviados al MSP, su retroalimentación es limitada; la información referente a morbi-mortalidad infantil del hospital es enviada al INEC; los instrumentos para evaluar la productividad del hospital son indicadores cuantitativos, instrumentos que midan la calidad, desde el punto de vista de satisfacción de los clientes no existen.

3.4 DIAGNOSTICO DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DESDE LOS AÑOS 2000 AL 2006.

El servicio de consulta externa es una unidad técnica administrativa que brinda una atención continua destinada al diagnóstico, tratamiento, seguimiento y prevención de las distintas patologías que atentan a la población infantil.

En la consulta externa del HBO la población objeto de atención es 775.685 menores, comprendidos entre 1 a 14 años según el censo del año 2001 (población pediátrica de la provincia de Pichincha) a esta se suman la población de otras provincias e inclusive de los vecinos países de Colombia y Perú; se da atención a de todo el país a través de referencia y contrarreferencia de otras unidades de salud, además de docencia e investigación.

3.4.1 RESEÑA HISTÓRICA DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

El 14 de julio de 1946, se inaugura el hospital de niño Baca Ortiz, llevando el nombre de sus filántropos señores, Héctor Baca y Dolores Ortiz, ellos donaron sus bienes a nombre de la Asistencia Social, su funcionamiento fue posible gracias a la contribución espontánea de ciudadanos de la capital y el aporte de la ciudad protectora del niño enfermo; contaba con los servicios de infectología y clínica, la atención de enfermería estaba a cargo de las hermanas de la caridad y personal seglar de auxiliares de enfermería que trabajaban con la modalidad de internado.

La organización técnica – administrativa estuvo a cargo de la junta de patronos, con una capacidad ocupacional de 52 camas y se incorpora la primera enfermera profesional; en julio de 1964 se construyó un nuevo edificio con donaciones, la cobertura se amplía a 110 camas e incorporan nuevas profesionales en

enfermería, encargadas de la administración y cuidado directo; en 1973 según de decreto No 1519, se faculta al Ministerio de Salud Pública y Relaciones Exteriores la contratación del nuevo Hospital; en el Gobierno del Ingeniero León Febres Cordero se inaugura el nuevo edificio del Hospital Baca Ortiz, funcionando sólo la consulta externa. El 16 de diciembre de 1988 se inaugura oficialmente y entra en funcionamiento el nuevo edificio del hospital de niños Baca Ortiz.

3.4.2 ORGANIZACIÓN

Para evaluar la organización del servicio de consulta externa se aplica el instrumento denominado Estándares Mínimos necesarios para garantizar la calidad de la Atención Médica⁶³ (E= Estructura; P= Procesos; R= Resultados), el mismo que evalúa la estructura, proceso y resultados del servicio cuya puntuación máxima es de 100; el puntaje alcanzado es de 91,5% lo equivalente a una calificación de excelente; en una **escala que va** del 0 a 24% equivalente a no cumple con el indicador; del 25% a 49% deficiente y debe mejorar; del 50% a 74% aceptable pero puede mejorar; del 75% al 100% entre bueno y excelente.

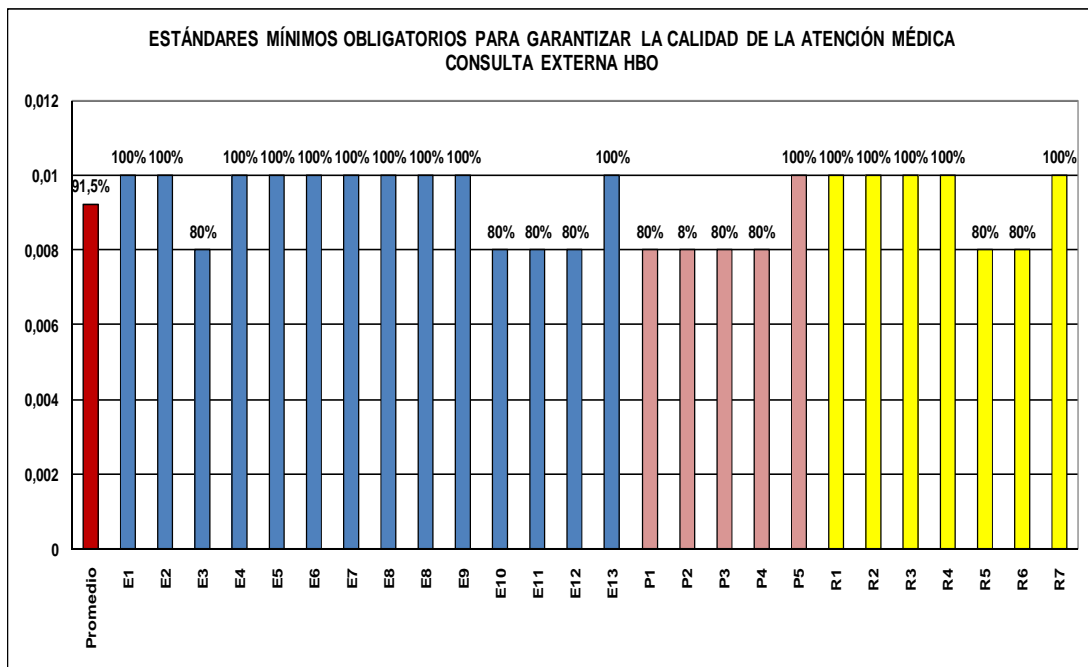
sin embargo existen áreas débiles como:

- Las normas y procedimientos para la atención de los pacientes entre ellos los protocolos aprobados por el CONASA y que de manera obligatoria lo emite la OMS, se aplican parcialmente
- En ocasiones se anota el diagnóstico y la evolución en la historia clínica con letra legible y firma del responsable.

⁶³ OPS/OMS. Estándares obligatorios para garantizar la calidad de la atención médica. 2003

- El 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibido, como se lo puede observar en el Gráfico y Tabla N° 42.

GRÁFICO N° 42



Fuente: Estándares Mínimos obligatorios para garantizar la atención médica
Elaborado por: Patricia Aguilar

TABLA Nº 42

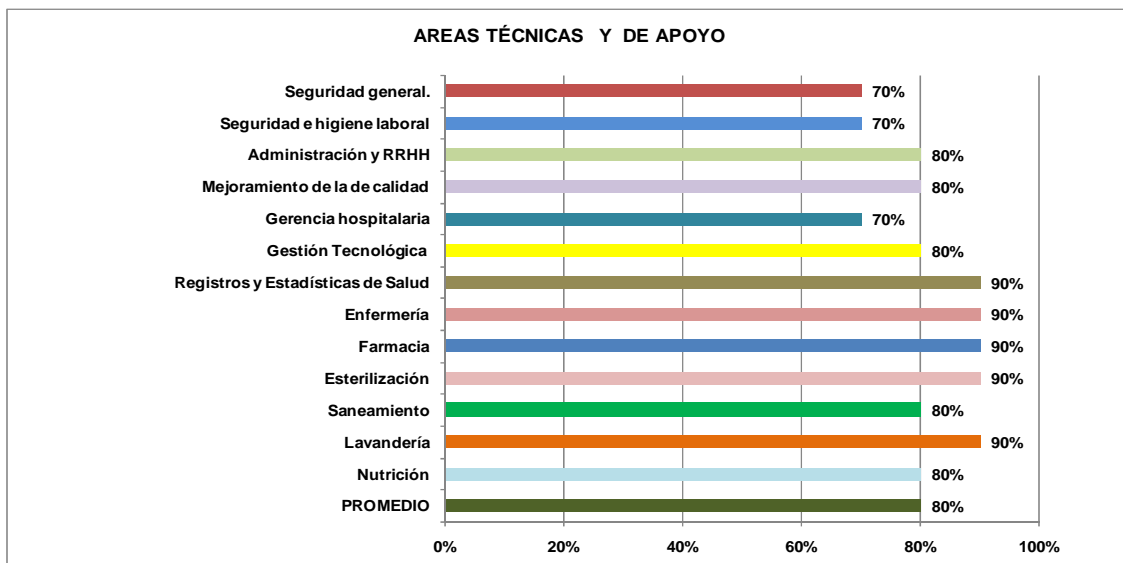
ESTÁNDARES MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA GARANTIZAR LA

ATENCIÓN MÉDICA

Promedio	4. Consulta Externa		91,5%
E1	Cumple con las normas arquitectónicas y de funcionamiento establecidas a nivel nacional.	E	100,0%
E2	Cuenta con área para espera exclusiva y diferenciada de las demás áreas de espera del establecimiento.	E	100,0%
E3	Cuenta con accesos exclusivos diferenciados del resto de los servicios.	E	80,0%
E4	Se dispone del equipo mínimo necesario para la atención de los pacientes en la consulta externa.	E	100,0%
E5	Se dispone de la dotación (insumos) mínima necesaria para la atención de los pacientes en la consulta externa.	E	100,0%
E6	Tiene especialistas que cuentan con los medios necesarios para realizar prácticas ó técnicas especializadas.	E	80,0%
E7	El personal de secretarías y enfermeras laboran exclusivamente en la consulta externa.	E	100,0%
E8	Cuenta con personal de enfermería capacitada en áreas específicas.	E	100,0%
E8	Cuenta con personal de saneamiento ambiental durante 12 horas (mientras dure la consulta)	E	100,0%
E9	Las citas están programados en base a pautas ó normas fijadas por la institución. Se pueden reservar turnos telefónicamente.	E	100,0%
E10	En las especialidades básicas hay turnos disponibles en el día ó accesibilidad diaria	E	80,0%
E11	Existen normas y procedimientos para la atención de los pacientes.	E	80,0%
E12	Existen protocolos para el manejo de la morbilidad más frecuente en la consulta.	E	80,0%
E13	Existen normas y procedimientos escritos para la solicitud y respuesta a las interconsultas.	E	100,0%
P1	Se aplican y revisan las normas y procedimientos para la atención de los pacientes.	P	80,0%
P2	Se anota el diagnóstico y la evolución en la historia clínica con letra legible y firma del responsable.	P	80,0%
P3	Se analizan periódicamente las historias clínicas para verificar el manejo correcto de los pacientes, con relación a los protocolos existentes.	P	80,0%
P4	Se verifica el cumplimiento de los procedimientos para las diferentes interconsultas.	P	80,0%
P5	Se analizan y se utilizan las estadísticas para la planificación y programación de las actividades del servicio.	P	100,0%
R1	La relación de primeras consultas y sucesivas está dentro del rango establecido por las normas.	R	100,0%
R2	En las especialidades básicas el tiempo de espera para conseguir una cita no es mayor de siete (7) días.	R	100,0%
R3	En las subespecialidades el tiempo de espera para conseguir una cita no es mayor de dos (2) semanas.	R	100,0%
R4	El 95% de las interconsultas realizadas son atendidas antes de 7 días.	R	100,0%
R5	El 95% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con los resultados de la consulta.	R	80,0%
R6	El 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.	R	80,0%
R7	El 95% de los pacientes cumplen con las citas programadas.	R	100,0%

Fuente: Estándares Mínimos obligatorios para garantizar la atención médica
Elaborado por: Patricia Aguilar.

Las Áreas Técnicas de Apoyo tiene un promedio de calificación de 80%, observando la áreas más débiles a seguridad general, seguridad e higiene laboral, gerencia hospitalaria, a su vez los más fuertes son las áreas de registros y estadística de salud, enfermería, farmacia, esterilización y lavandería como se detallan en el Gráfico y Cuadro Nº 43.

GRÁFICO Nº 43

Fuente: Estándares Mínimos obligatorios para garantizar la atención médica
Elaborado por: Patricia Aguilar

TABLA Nº 43

ESTÁNDARES, AREAS TÉCNICAS Y DE APOYO DE LA CONSULTA EXTERNA DE HBO

ESTANDARES	
AREAS TECNICAS Y DE APOYO	VALOR
PROMEDIO	80%
Nutrición	80%
Lavandería	90%
Saneamiento	80%
Esterilización	90%
Farmacia	90%
Enfermería	90%
Registros y Estadísticas de Salud	90%
Gestión Tecnológica	80%
Gerencia hospitalaria	70%
Mejoramiento de la de calidad	80%
Administración y RRHH	80%
Seguridad e higiene laboral	70%
Seguridad general.	70%

Fuente: Estándares Mínimos obligatorios para garantizar la atención médica
Elaborado por: Patricia Aguilar

3.4.3 RECURSOS FÍSICOS

El Servicio de Consulta externa ubicado en el primer piso, ala Este, del Hospital de Niños "Baca Ortiz", cuenta con una extensión de 2435 metros cuadrados, con infraestructura moderna desarrollada a base de hormigón armado, posee paredes pintadas con colores tenues y adornos infantiles brindando un ambiente cálido y entretenido al usuario y su familia; posee una entrada principal amplia, de fácil acceso, por la avenida "Cristóbal Colón", al ingresar se observan 6 ventanillas del departamento de estadística, un área de triage (ventanilla N- 3) en donde se entregan turnos dependiendo del orden de llegada del usuario, los pacientes se ubican dependiendo de la especialidad requerida para ser atendido. Hay 2 pantallas electrónicas en el lado izquierdo y derecho, las que marcan el número de ventanilla a la que debe acercarse y solicitar el turno en estadística.

Para la atención de pacientes cuenta con 42 consultorios ubicados a lo largo de un hall, con sillas que hace menos incómoda la espera; 3 baños habilitados para el uso del paciente y familiares; no existe señalización de consultorios, únicamente un número sobre la puerta de cada uno; no cuenta con un informativo relacionado a los días y turnos de atención de cada especialidad y médico; se puede apreciar las siguientes áreas: secretaría, posconsulta, preparación de pacientes, voluntariado, trabajo social, farmacia de hospitalización, laboratorio clínico, jefatura de enfermera; cuenta con el equipamiento mínimo necesario para la atención que se describe a continuación.

3.4.4 RECURSOS TECNOLÓGICOS CONSULTA EXTERNA HBO 2007

En el siguiente cuadro se puede verificar la tecnología existente del servicio de consulta externa.

CUADRO Nº 9
EQUIPOS BÁSICOS DEL SERVICIO

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
ARCHIVADOR DE DOCUMENTOS	11
ARMARIOS	4
MÁQUINAS DE AUDIOMETRÍAS	2
BALANZAS	8
CPU, RATÓN, MONITOR, PARLANTES, UPS, TECLADOS	18
MESA DE COMPUTADOR	40
MESA DE EXÁMENES	2
CAMILLAS	40
CANCELES	12
COCHES DE CURACIONES	12
ELECTRO-CUAGULADOR	2
ELECTRO-CARDIÓGRAFOS	4
ESCABEL GRADILLAS	25
ESCRITORIOS	30
ESTACIÓN DE TRABAJOS	3
ESTANTERÍAS	20
FONENDOSCOPIO	2
GABINETES	12
GUARDIA REAL TIME (ENDOCRINOLOGÍA)	2
IMPRESORA LACER	2
IMPRESORA MATRICIAL	2
MÁQUINAS DE ESCRIBIR	2
MESAS PARA CURACIONES	7
MESA AUXILIAR PARA MÁQUINA DE ESCRIBIR	3
MESA PARA COMPUTADORES	42
MESA DE EXÁMENES	3
MESA DE CURACIONES	11
NEGATOSCOPIOS	18
PAPELERAS	3
OXÍMETROS	2
PAPELERAS	3
SECADORES DE MANS	23
SILLAS	91
SILLAS GIRATORIAS	25
SILLAS GIRATORIAS	25
SOFAS-SHEYLLOONG	2
TABURETES	27
TELÉFONOS	8
TIJERAS	6
VELADORES	6

VITRINAS	3
EQUIPOS DE OTORRIN LARINGO LOGÍA	2
ELECTRO-CARDIOGRAFÍA	2
MONITOR DE SIGNOS VITALES	2
SATURÓMETROS	3

Fuente: Departamento de Inventarios del HBO.2008

Elaborado por: Patricia Aguilar

El Mantenimiento de infraestructura y recurso tecnológico lo realiza el personal de mantenimiento de la institución en un 80%, y un 20% la empresa privada; en lo relacionado al **estado del recurso tecnológico** los equipos del servicio se encuentran funcionando en forma aceptable, a pesar de haber concluido su tiempo de vida útil, por lo que es necesario la renovación de los mismos.

3.4.5. RECURSOS FINANCIEROS CONSULTA EXTERNA HBO

El proceso de diagnóstico, tratamiento y recuperación del paciente en la consulta externa, es financiado por los padres de familia o familiares en parte, compensado con medicación gratuita que se expende en farmacia del hospital y otra en casos excepcionales con la ayuda del servicio de trabajo social, existen convenios con otras instituciones o fundaciones sin fines de lucro (INFA, PPS, Fundación por una Vida, Damas voluntarias entre) para exámenes o tratamientos especiales que el hospital no puede proporcionar al usuario.

El Programa de Maternidad Gratuita, paga por los servicios de diagnóstico y tratamiento que brinda el servicio; a pesar de la gratuidad en la atención, sin embargo por carecer de recursos, se cobra ciertos exámenes de laboratorio y radiológicos, algunos son exonerados dependiendo del estudio socioeconómico elaborado por trabajo social y la emisión de la categorización respectiva. Se relaciona directamente con el presupuesto anual del hospital, el mismo que es asignado por tres fuentes de financiamiento: fiscal, autofinanciamiento y predeterminados.

3.4.6. RECURSOS LOGÍSTICOS

Para el transporte de pacientes en casos especiales como exámenes y procedimientos varios fuera de la institución hacia otras dependencias de salud, cuenta con las ambulancias del hospital, para lo cual se solicita autorización en la oficina de servicios generales, previamente.

3.4.7. RECURSOS HUMANOS

La plantilla de personal disminuye por los días de vacaciones, ausentismos y otros imprevistos como marchas o paros sindicales ya que estos son incluidos dentro de cada una de las plantillas individuales del personal puesto que no se cuenta con un grupo de personal específico para estos reemplazos; la población laboral se caracteriza por el predominio del sexo femenino sobre el masculino, en su mayoría entre 40 a 50 años de edad y que adolecen de alguna patología crónica por lo que se priorizado su ubicación a esta área.

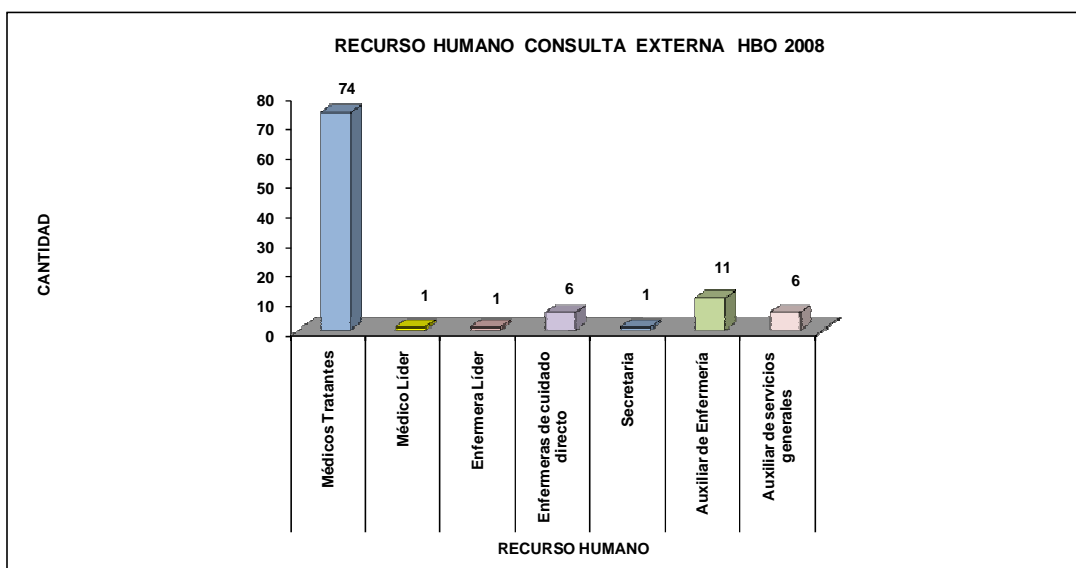
El personal de enfermería es eminentemente joven sus edades comprendidas entre los 25 y 45 años, de las 5 enfermeras profesionales de nombramiento y que trabajan entre 10 – 20 años en la institución, 2 enfermeras de contratación con el presupuesto de emergencia sanitaria emitido por el Gobierno, tienen 25 años de edad; el ausentismo laboral registrado durante el 2008 en el personal de enfermeras fue del 4,27% y en el personal auxiliar de enfermería del 10,90%, en su mayor parte responden a motivos de enfermedad razón por la que fueron asignadas a esta área lo que complica el trabajo y desarrollo de actividades del resto del personal que labora en la consulta externa.

El 100% del personal auxiliar está amparado por el código de trabajo, ley que regula su relación de dependencia; trabajan entre 20 y 30 años de servicio y están próximas a jubilarse, sus edades oscilan entre 40 a 60 años; el personal de

servicios generales tienen edades comprendidas entre los 25 y 55 años y trabajan de 8 a 30 años en la institución.

El personal médico tratante en la consulta externa tiene una amplia experiencia que va entre los 5 – 35 años de trabajo y oscilan entre las edades de 25 a 60 años, los residentes entre los 25 y 35 años y los internos rotativos entre los 24 y 26 años de edad; la dotación de recursos humanos del servicio es de 107 personas distribuidas de la siguiente manera: el 8% del personal son enfermeras, el 74% son médicos tratantes, el 6% son auxiliares administrativos, el 11% son auxiliares de enfermería y el 1% secretaria; la plantilla del personal se observa a continuación en el Gráfico y Tabla N° 44.

GRÁFICO N° 44



Fuente: Archivos Servicio de Consulta Externa HBO

Elaborado por: Patricia Aguilar.

TABLA N° 44

RECURSO HUMANO CONSULTA EXTERNA 2008

CANTIDAD	RECURSO HUMANO	%
78	Médicos Tratantes	74
1	Médico Líder	1
1	Enfermera Líder	1
7	Enfermeras de cuidado directo	6
1	Secretaría	1
12	Auxiliar de Enfermería	11
7	Auxiliar de servicios generales	6

Fuente: Archivos Servicio de Consulta Externa HBO

Elaborado por: Patricia Aguilar

3.4.8. PLANIFICACIÓN EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA HBO

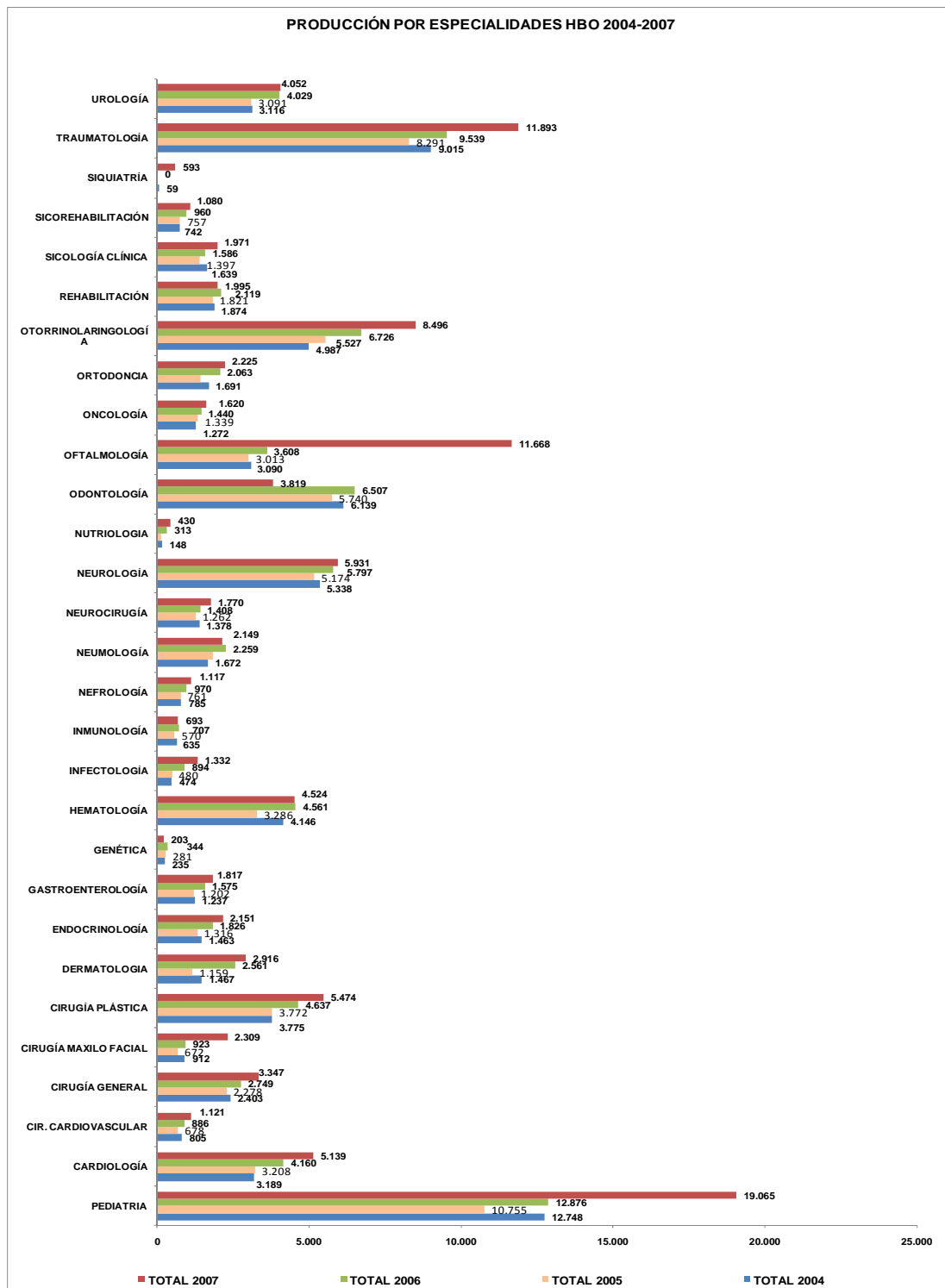
El servicio de consulta externa tiene un modelo de atención burocrática y rutinaria, los procesos se despliegan en forma lenta sin valor agregado; por varios factores como la falta de cultura organizacional, dirigida al cliente; desmotivación y modo de actuación del personal sin planificación de sus acciones, la atención al usuario debe estar encaminada a un marco definido de valores propósitos y objetivos no negociables.

El servicio no cuenta con un documento formal de Planificación Estratégica y operativa, las actividades de atención médica y de enfermería se realizan rutinariamente, las asignaciones de actividades son elaboradas de acuerdo al manual general que regula las funciones y actividades de cada miembro del equipo de salud, la enfermera líder del servicio realiza un plan anual general de actividades a cumplirse.

3.4.9. GESTIÓN DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA HBO

La **producción** por **consultas y especialidades** en la Consulta Externa H.B.O. 2004-2007: la especialidad de **mayor producción** en los años analizados es **pediatría** con 12.748 consultas, en el 2004 y un incremento al 2007 de 19.065; **traumatología** a continuación con 9.015 consultas, en el 2004 a 11.893 en el 2007; **odontología** con 6.139 en el 2004 y 3.819 en el 2007, observándose una significativa disminución de la atención de consultas; **otorrinolaringología** es la especialidad que tiene un considerable incremento del 85% debido a ciertos factores de promoción de servicio como son los implantes cocleares; estas son las subespecialidades con mayor demanda en la población infantil; las que tienen menos demanda son nutrición con 148 en el 2004 y un incremento considerable de 430 en el 2007; y genética la especialidad de menor producción con 235 en el 2004 y una disminución de cobertura a 203 en el 2007. Información detallada en el presente Gráfico y Tabla N° 45.

GRÁFICO Nº 45



Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar.

TABLA Nº 45

**ATENCION DE CONSULTAS POR ESPECIALIDADES EN EL AREA DE
CONSULTA EXTERNA HOSPITAL BACA ORTIZ AÑOS 2004-2007**

ESPECIALIDADES	TOTAL 2004	TOTAL 2005	TOTAL 2006	TOTAL 2007
PEDIATRIA	12.748	10.755	12.876	19.065
CARDIOLOGÍA	3.189	3.208	4.160	5.139
CIR. CARDIOVASCULAR	805	678	886	1.121
CIRUGÍA GENERAL	2.403	2.278	2.749	3.347
CIRUGÍA MAXILO FACIAL	912	672	923	2.309
CIRUGÍA PLÁSTICA	3.775	3.772	4.637	5.474
DERMATOLOGIA	1.467	1.159	2.561	2.916
ENDOCRINOLOGÍA	1.463	1.316	1.826	2.151
GASTROENTEROLOGÍA	1.237	1.202	1.575	1.817
GENÉTICA	235	281	344	203
HEMATOLOGÍA	4.146	3.286	4.561	4.524
INFECTOLOGÍA	474	480	894	1.332
INMUNOLOGÍA	635	570	707	693
NEFROLOGÍA	785	761	970	1.117
NEUMOLOGÍA	1.672	1.814	2.259	2.149
NEUROCIRUGÍA	1.378	1.262	1.408	1.770
NEUROLOGÍA	5.338	5.174	5.797	5.931
NUTRIOLOGIA	148	123	313	430
ODONTOLOGÍA	6.139	5.740	6.507	3.819
OFTALMOLOGÍA	3.090	3.013	3.608	11.668
ONCOLOGÍA	1.272	1.339	1.440	1.620
ORTODONCIA	1.691	1.416	2.063	2.225
OTORRINOLARINGOLOGÍA	4.987	5.527	6.726	8.496
REHABILITACIÓN	1.874	1.821	2.119	1.995
SICOLOGÍA CLÍNICA	1.639	1.397	1.586	1.971
SICOREHABILITACIÓN	742	757	960	1.080
SIQUIATRÍA	59	0	0	593
TRAUMATOLOGÍA	9.015	8.291	9.539	11.893
UROLOGÍA	3.116	3.091	4.029	4.052
TOTAL ATENCIONES	76.434	71.188	88.023	110.900

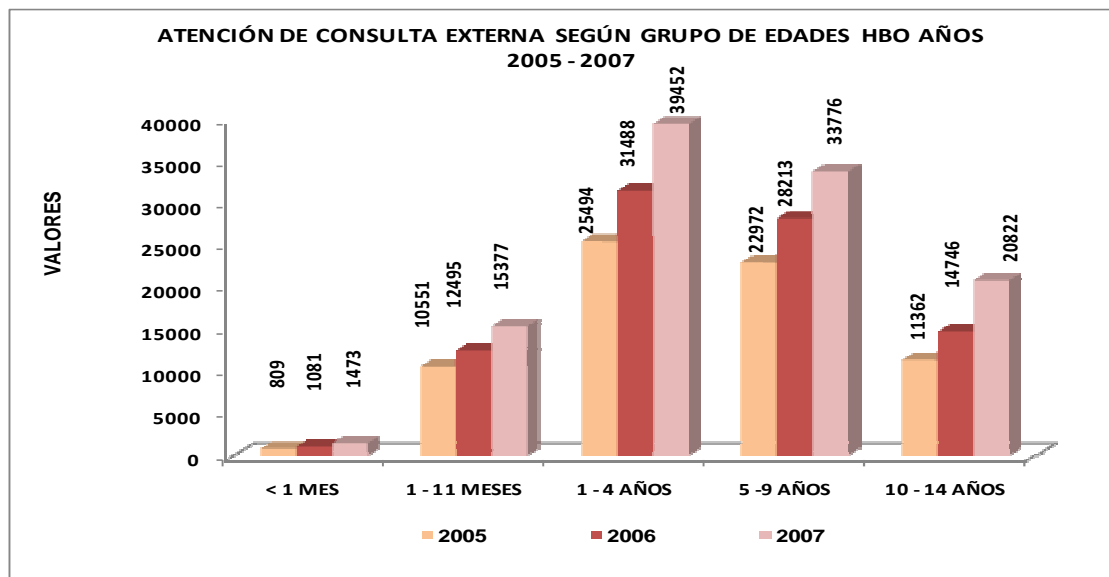
Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO.

Elaborado por: Patricia Aguilar.

3.4.10 ANÁLISIS DEMOGRÁFICO

La **edad** de los pacientes atendidos en la consulta externa en primer lugar están entre las edades de 1 a 4 años con 39.452 consultas en el 2007 y un margen de incremento desde el 2005 con 25.494; a continuación se encuentran los comprendidos entre 5 y 9 años con 33.776 en el 2007; seguidos de los comprendidos entre 10 y 14 años con 20.822 consultas, datos que se verifican en el Gráfico y Tabla N° 46.

GRÁFICO N° 46
ATENCIÓN DE CONSULTA EXTERNA SEGÚN GRUPO DE EDADES HBO
AÑOS 2005 - 2007



Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar.

TABLA N° 46
ATENCIÓN DE CONSULTA EXTERNA SEGÚN GRUPO DE EDADES HBO
AÑOS 2005 – 2007

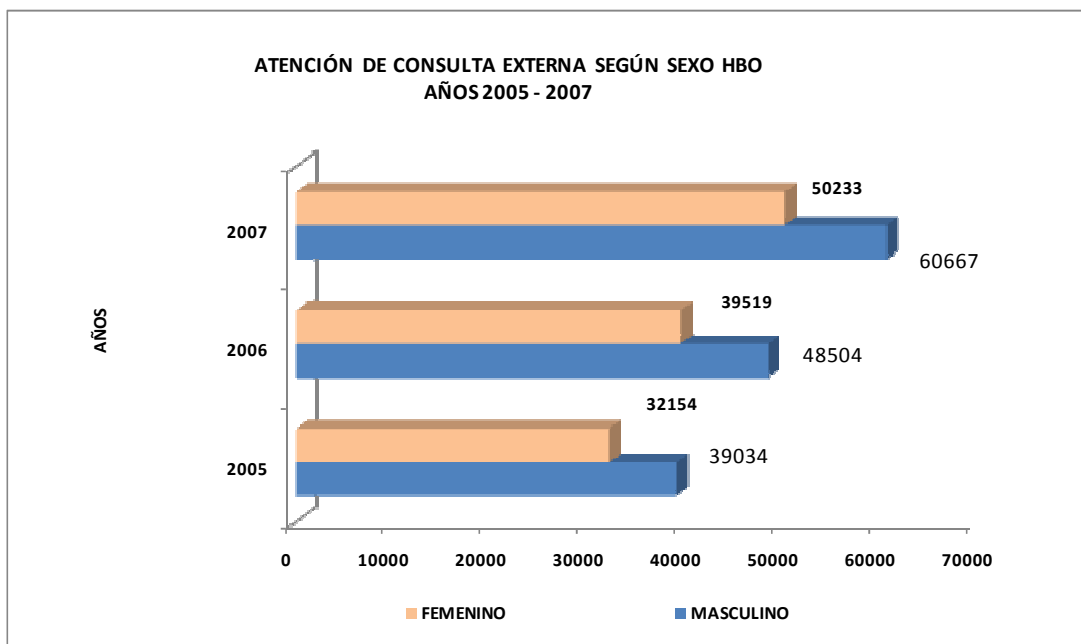
AÑOS	< 1 MES	1 - 11 MESES	1 - 4 AÑOS	5 -9 AÑOS	10 - 14 AÑOS
2005	809	10551	25494	22972	11362
2006	1081	12495	31488	28213	14746
2007	1473	15377	39452	33776	20822

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO

Elaborado por: Patricia Aguilar.

Al realizar el análisis respectivo según el **sexo** de usuarios atendidos se puede identificar claramente que el 55% corresponde a usuarios varones y el 45% usuarias mujeres, en el Gráfico y Tabla N° 47.

GRÁFICO N° 47



Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO

Elaborado por: Patricia Aguilar.

TABLA Nº 47

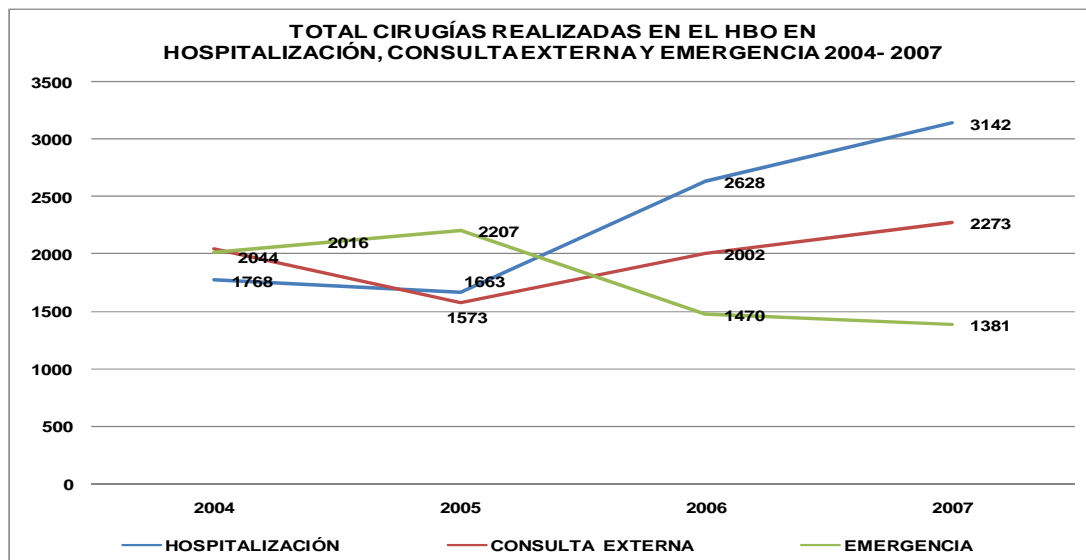
ATENCIÓN DE CONSULTA EXTERNA SEGÚN SEXO HBO AÑOS 2005 - 2007

AÑOS	MASCULINO	FEMENINO
2005	39034 – 54,8%	32154 – 45,2%
2006	48504 – 55,1%	39519 – 44,9%
2007	60667 – 54,7%	50233 – 45,3%

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar.

En el área de consulta externa se realizan la planificación de **cirugías** de pacientes atendidos en las doce especialidades quirúrgicas, como son: cardiovascular, cirugía general, cirugía plástica, gastroenterología (endoscopías), máxilo facial, neurocirugía, oftalmología, odontología, otorrinolaringología, quemados, traumatología y urología, las mismas que se lo ejecutan en hospitalización en el mayor número de cirugías planificadas, mientras que emergencia tiene el menor número, la consulta externa se encuentra en segundo lugar, como se pueden verificar en el Gráfico y Tabla Nº48.

GRÁFICO Nº 48



Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar.

TABLA N° 48

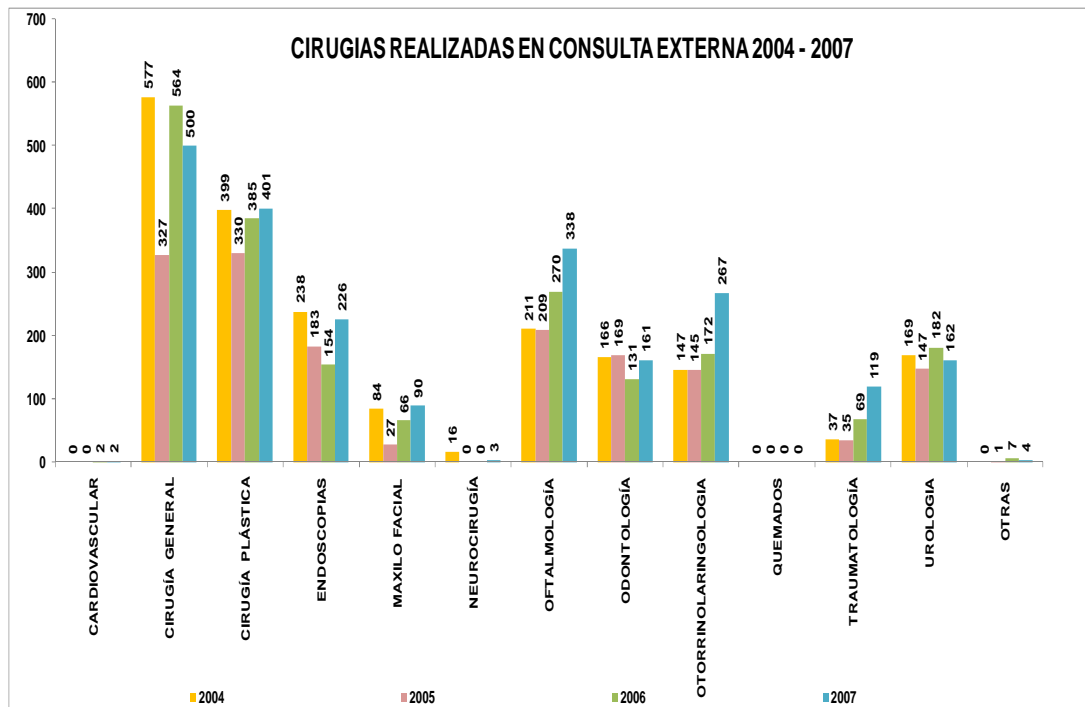
**TOTAL CIRUGÍAS REALIZADAS EN EL HBO EN HOSPITALIZACIÓN,
CONSULTA EXTERNA Y EMERGENCIA AÑOS 2004-2007**

AREAS	2004	2005	2006	2007
HOSPITALIZACIÓN	1768	1663	2628	3142
CONSULTA EXTERNA	2044	1573	2002	2273
EMERGENCIA	2016	2207	1470	1381

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar.

Al realizar el análisis de los datos específicamente de consulta externa en lo referente cirugías programadas y haciendo una relación comparativa desde el 2004 al 2007 se puede indicar que las cinco especialidades de mayor demanda son: cirugía general con 500 en el 2007 observándose una ligera disminución; luego está cirugía plástica con 401, que se mantiene casi constante; seguida se encuentra oftalmología con 338 y con un incremento importante; a continuación están otorrinolaringología y gastroenterología con (endoscopías) como lo demuestran el Gráfico y Tabla N° 49.

GRÁFICO Nº 49



Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO

Elaborado por: Patricia Aguilar.

TABLA Nº 49

CIRUGÍAS REALIZADAS EN CONSULTA EXTERNA HBO AÑOS 2004-2007

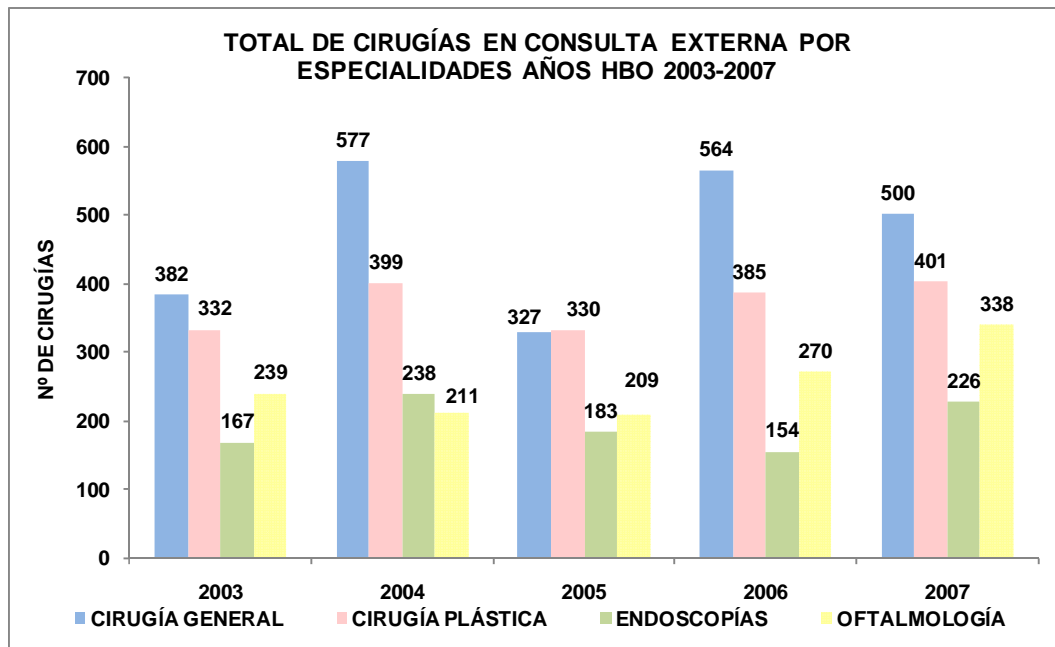
ESPECIALIDAD	CONSULTA EXTERNA			
	2004	2005	2006	2007
CARDIOVASCULAR	0	0	2	2
CIRUGÍA GENERAL	577	327	564	500
CIRUGÍA PLÁSTICA	399	330	385	401
ENDOSCOPIAS	238	183	154	226
MAXILO FACIAL	84	27	66	90
NEUROCIRUGÍA	16	0	0	3
OFTALMOLOGÍA	211	209	270	338
ODONTOLOGÍA	166	169	131	161
OTORRINOLARINGOLOGÍA	147	145	172	267
QUEMADOS	0	0	0	0
TRAUMATOLOGÍA	37	35	69	119
UROLOGÍA	169	147	182	162
OTRAS	0	1	7	4
TOTAL	2044	1573	2002	2273

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO

Elaborado por: Patricia Aguilar.

Al realizar un análisis específico se han tomado diferentes especialidades así en el Gráfico y Tabla N° 50; cirugía general es la de mayor número de cirugías planificadas con 577 en el año 2004.

GRÁFICO N° 50



Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO

Elaborado por: Patricia Aguilar.

TABLA N° 50

TOTAL CIRUGÍAS REALIZADAS EN CIRUGÍA GENERAL, CIRUGÍA PLÁSTICA, ENDOSCOPIAS, OFTALMOLOGÍA AÑOS 2004-2007

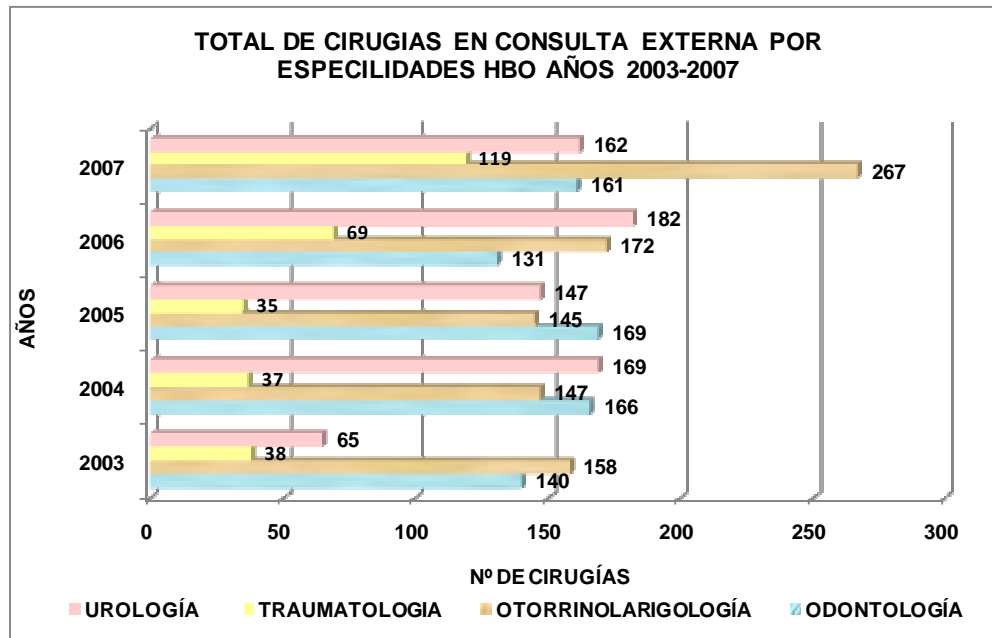
AÑOS	CIRUGÍA GENERAL	CIRUGÍA PLÁSTICA	ENDOSCOPIAS	OFTALMOLOGÍA
2003	382	332	167	239
2004	577	399	238	211
2005	327	330	183	209
2006	564	385	154	270
2007	500	401	226	338

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO

Elaborado por: Patricia Aguilar.

En el Gráfico y Tabla N° 51 otorrinolaringología es la especialidad de mayor número de cirugía planificadas con 267, luego está urología con 162, a continuación odontología con 161 en el año 2007 y traumatología con 119 en el mismo año, es la especialidad con menor número.

GRÁFICO N° 51



Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO

Elaborado por: Patricia Aguilar.

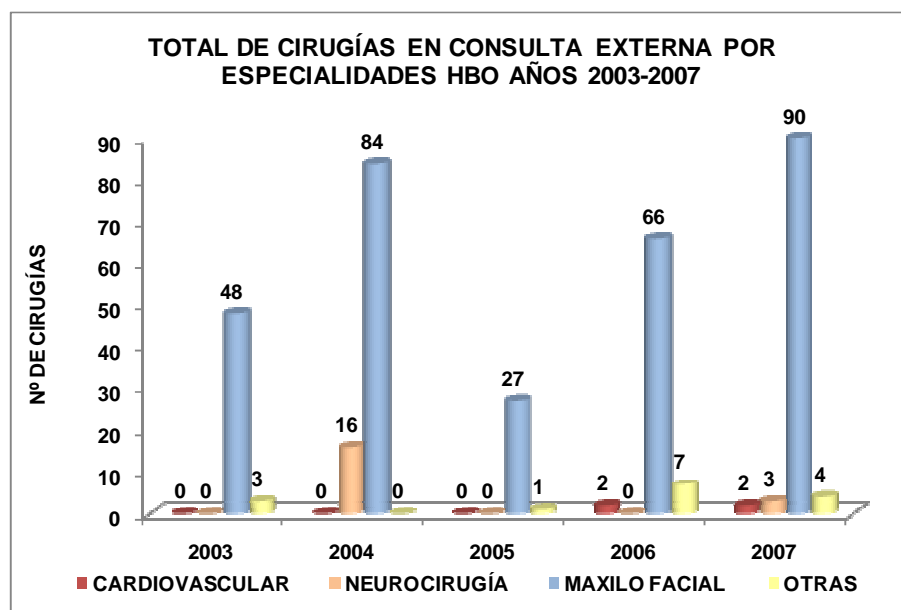
TABLA Nº 51
TOTAL CIRUGÍAS REALIZADAS EN ODONTOLOGÍA,
OTORRINOLARINGOLOGÍA, TRAUMATOLOGÍA, UROLOGÍA AÑOS 2004-
2007

AÑOS	ODONTOLOGÍA	OTORRINOLARINGOLOGÍA	TRAUMATOLOGIA	UROLOGÍA
2003	140	158	38	65
2004	166	147	37	169
2005	169	145	35	147
2006	131	172	69	182
2007	161	267	119	162

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
 Elaborado por: Patricia Aguilar.

En el Gráfico y Tabla Nº 52 podemos identificar a la especialidad de máxilo facial con mayor número de cirugías con 90 en el 2007, en relación a cardiovascular, neurocirugía y otras.

GRÁFICO Nº 52



Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
 Elaborado por: Patricia Aguilar.

TABLA N° 52

**TOTAL CIRUGÍAS REALIZADAS EN CARDIOVASCULAR, NEUROCIRUGÍA,
MAXILOFACIAL, Y OTRAS AÑOS 2004-2007**

AÑOS	CARDIOVASCULAR	NEUROCIRUGÍA	MAXILO FACIAL	OTRAS
2003	0	0	48	3
2004	0	16	84	0
2005	0	0	27	1
2006	2	0	66	7
2007	2	3	90	4

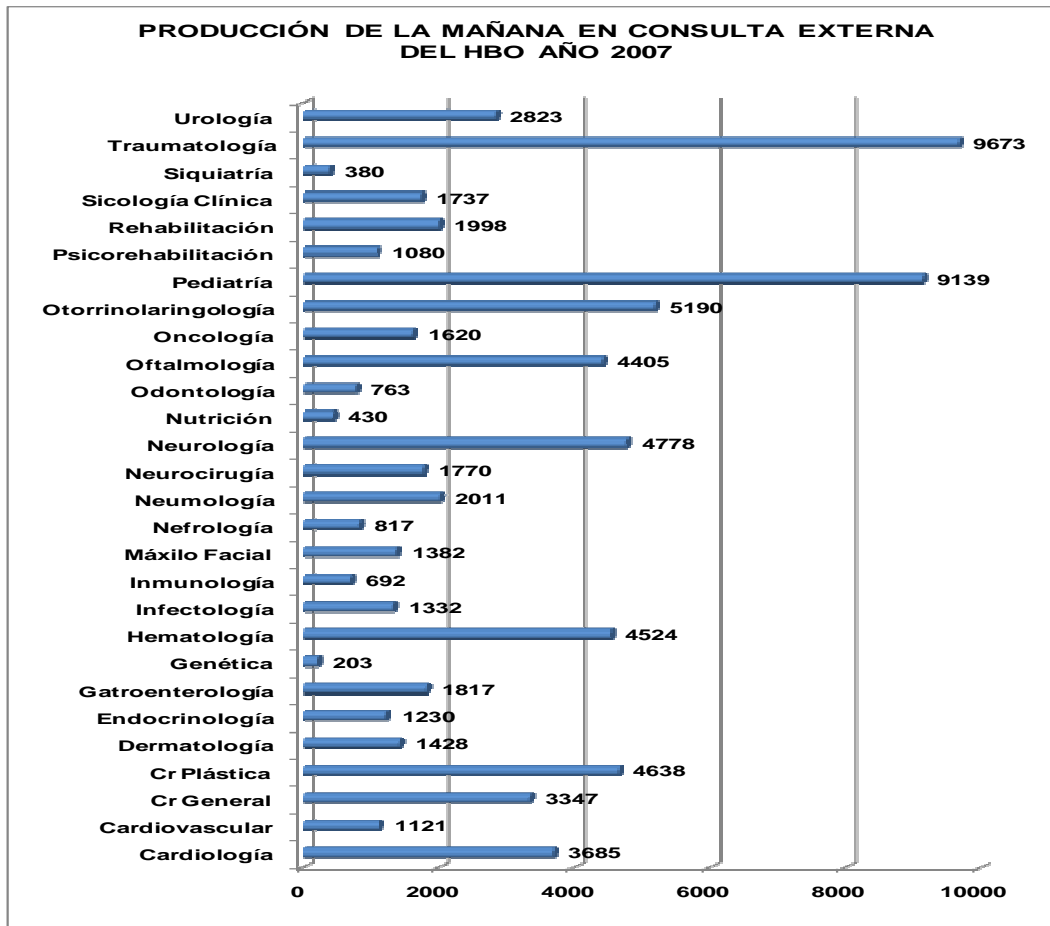
Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar.

**VARIABLES OBSERVADAS EN LA MAÑANA EN LOS CONSULTORIOS DE
CONSULTA EXTERNA DEL HBO AÑO 2007**

La mayor producción están en los servicios de pediatría y dermatología, lo que está en relación al número de médicos que trabajan en la mañana; de igual manera, existe 1 genetista y 1 siquiatra (Gráfico N° 53 A); la mayor productividad tienen los servicios de neumología y rehabilitación y la menor producción el servicio de odontología y genética (Gráfico N° 53B); la mayor capacidad física ociosa en la mañana se presenta en los consultorios de cirugía plástica y cirugía general, la menor capacidad física ociosa está en los consultorios de traumatología y nutrición (Gráfico N° 53 C); así se determina que los servicios con mayor producción son: traumatología, pediatría, otorrinolaringología, neumología, oftalmología, cirugía plástica, hematología, cardiología, cirugía general, neumología; en relación directa al número de consultorios y médicos disponibles (Tabla N° 53).

**PRODUCCIÓN DE LA MAÑANA DE CONSULTA EXTERNA DEL HBO AÑO
2007**

GRÁFICO Nº 53A

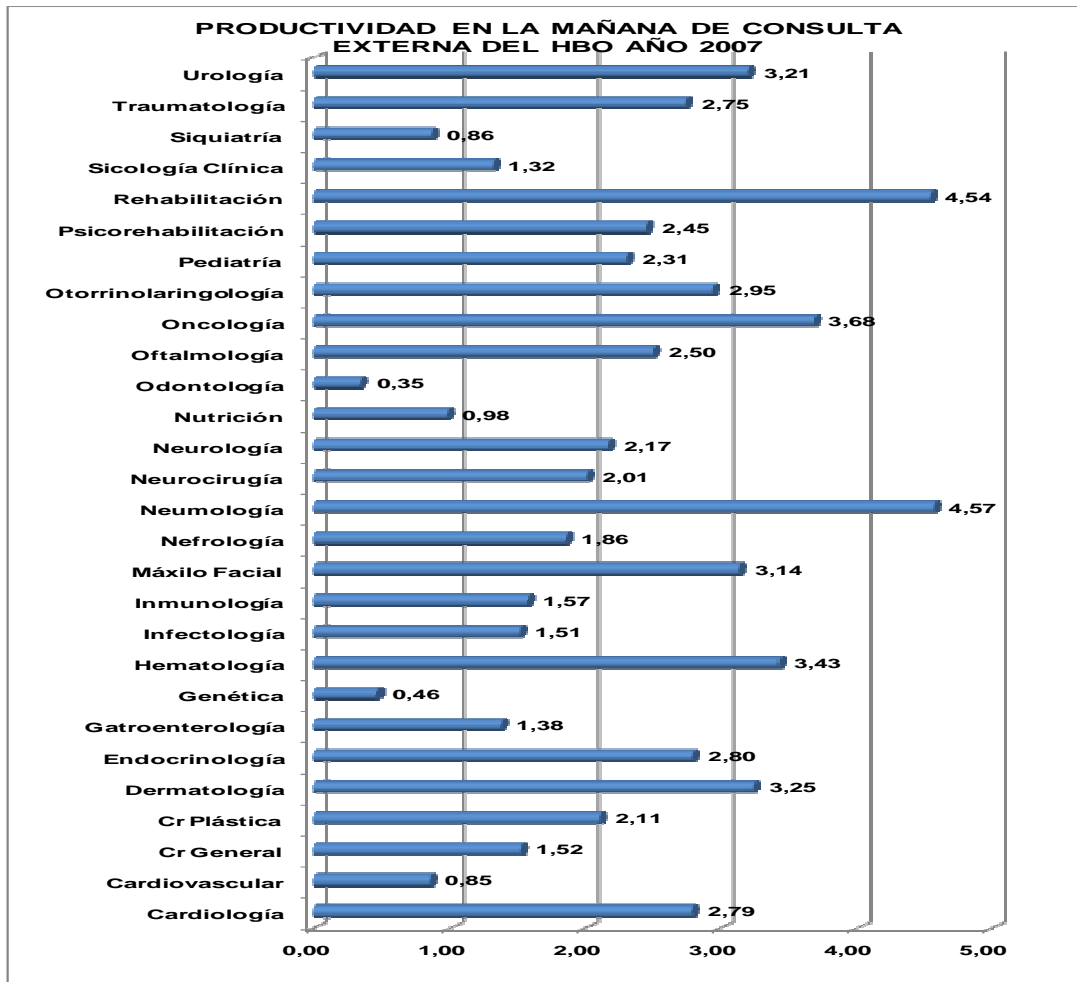


Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO

Elaborado por: Patricia Aguilar.

PRODUCTIVIDAD EN LA MAÑANA DE CONSULTA EXTERNA DEL HBO AÑO 2007

GRÁFICO Nº 53B

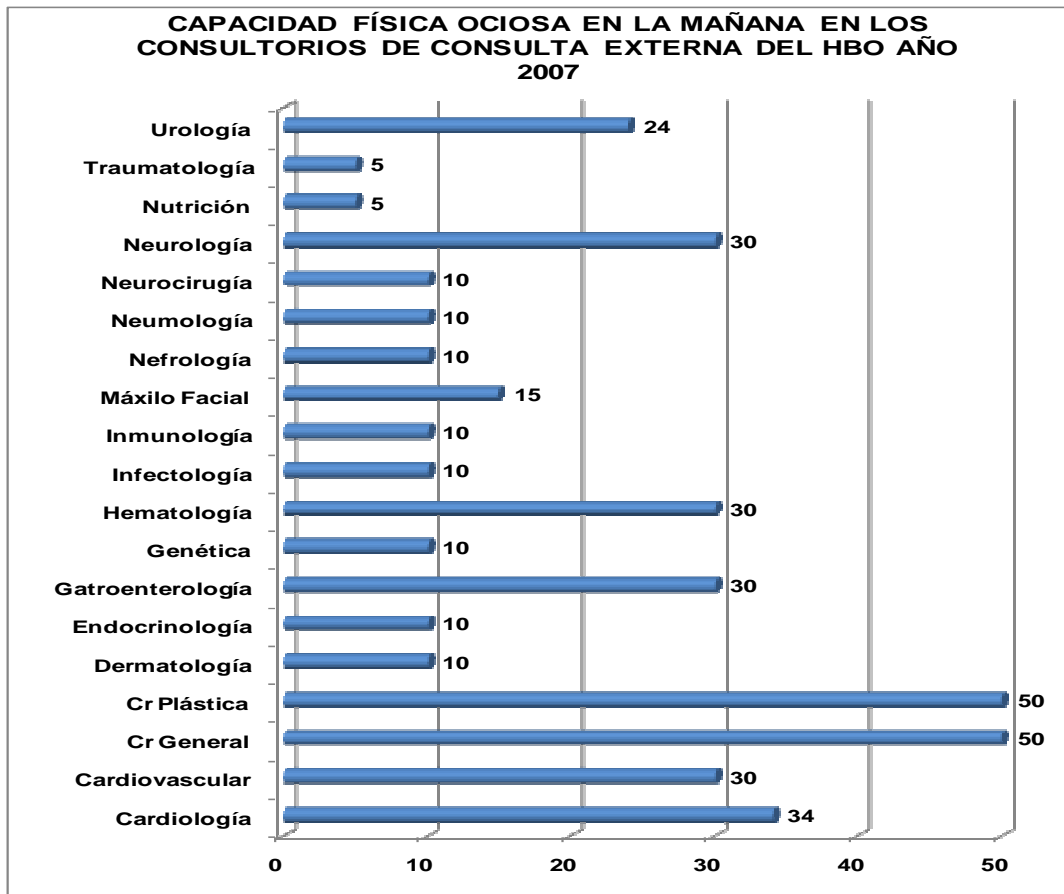


Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO

Elaborado por: Patricia Aguilar.

**CAPACIDAD FÍSICA OCIOSA EN LA MAÑANA EN LOS CONSULTORIOS DE
CONSULTA EXTERNA DEL HBO AÑO 2007**

GRÁFICO Nº 53C



Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO

Elaborado por: Patricia Aguilar.

TABLA Nº 53

**VARIABLES OBSERVADAS EN LA MAÑANA EN LOS CONSULTORIOS DE
CONSULTA EXTERNA DEL HBO AÑO 2007**

Especialidad	No. consultorios	CONSULTORIOS DIVIDIDOS	Horas/Consultorio libre (5 días)	No. CE-produccion	Nº HORAS PROFESIONAL/CE	No. Profesionales	HORAS CE/MES	Total Horas CE/Año	PRODUCTIVIDAD
Cardiología	3		34	3685	2	3	120	1320	2,79
Cardiovascular	1		30	1121	2	3	120	1320	0,85
Cr General	1		50	3347	2	5	200	2200	1,52
Cr Plástica	1	2	50	4638	2	5	200	2200	2,11
Dermatología	1		10	1428	2	1	40	440	3,25
Endocrinología	1		10	1230	2	1	40	440	2,80
Gastroenterología	1		30	1817	2	3	120	1320	1,38
Genética	1		10	203	2	1	40	440	0,46
Hematología	3		30	4524	2	3	120	1320	3,43
Infectología	1		10	1332	2	2	80	880	1,51
Inmunología	1		10	692	2	1	40	440	1,57
Máxilo Facial	1		15	1382	2	1	40	440	3,14
Nefrología	1		10	817	2	1	40	440	1,86
Neumología	1		10	2011	2	1	40	440	4,57
Neurocirugía	1		10	1770	2	2	80	880	2,01
Neurología	3		30	4778	2	5	200	2200	2,17
Nutrición	1		5	430	2	1	40	440	0,98
Odontología	1			763	2	5	200	2200	0,35
Oftalmología	1	3		4405	2	4	160	1760	2,50
Oncología	1			1620	2	1	40	440	3,68
Otorrinolaringología	1	2		5190	2	4	160	1760	2,95
Pediatría	5			9139	2	9	360	3960	2,31
Psicorehabilitación	1			1080	2	1	40	440	2,45
Rehabilitación	1			1998	2	1	40	440	4,54
Sicología Clínica	2			1737	2	3	120	1320	1,32
Siquiatría	1			380	2	1	40	440	0,86
Traumatología	3	4	5	9673	2	8	320	3520	2,75
Urología	1	2	24	2823	2	2	80	880	3,21
TOTAL	41	13	383	74013	56	78	111	1226	2,26

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO

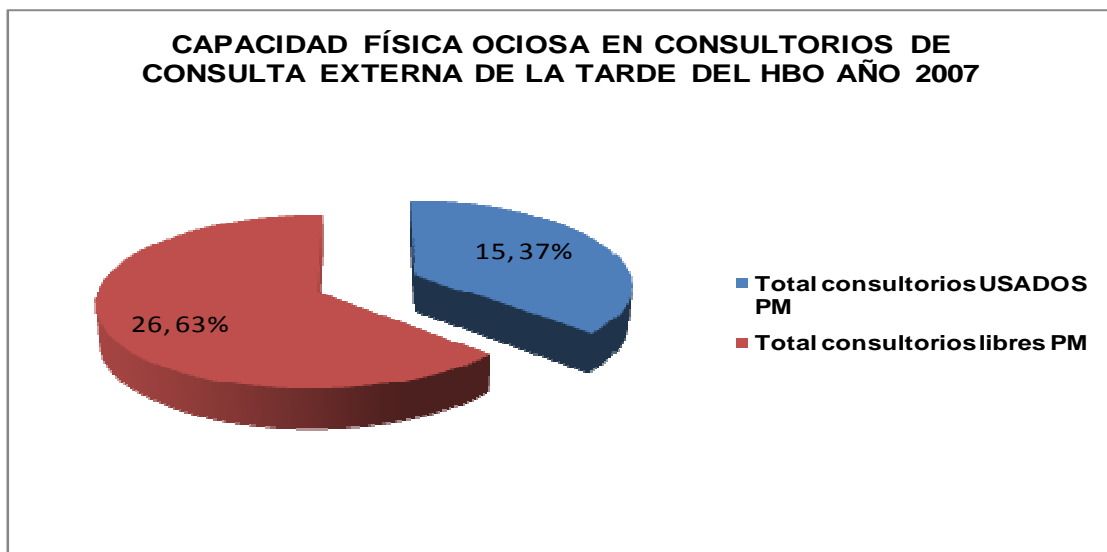
Elaborado por: Patricia Aguilar.

CAPACIDAD FÍSICA OCIOSA EN CONSULTORIOS DE CONSULTA EXTERNA DE LA TARDE DEL HBO AÑO 2007

La capacidad física ociosa en consultorios de consulta externa de la tarde del HBO es del 26,63, observar en el Gráfico N° 54.

La mayor producción está en el servicio de pediatría con un 30% y la menor en el servicio de psicología clínica con un 2% según los Gráficos N° 54A y 54B; los servicios con mayor productividad están en dermatología y cardiología con el 13%, luego están traumatología y máxilo facial con el 12%; la menor productividad están en Psicología clínica con el 2% y en odontología y nefrología con el 3%, como se observa en el Gráfico N° 54C y 54D respectivamente.

GRÁFICO N° 54



Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar.

TABLA N° 54

**CAPACIDAD FISICA OCIOSA EN CONSULTORIOS DE CONSULTA EXTERNA
DE LA TARDE DEL HBO AÑO 2007**

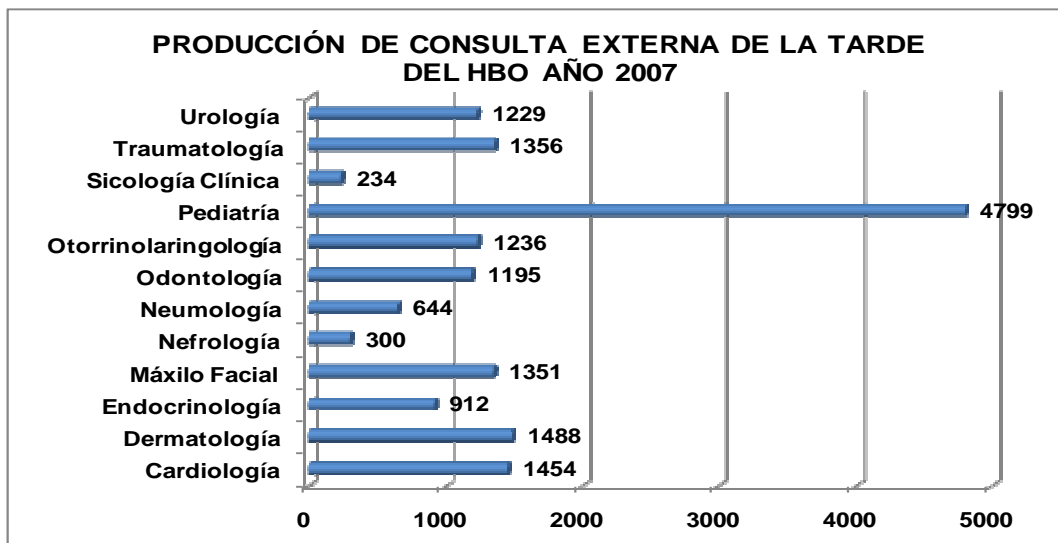
Total consultorios	41
Total consultorios USADOS PM	15
Total consultorios libres PM	26

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO

Elaborado por: Patricia Aguilar.

PRODUCCIÓN DE CONSULTA EXTERNA DE LA TARDE DEL HBO AÑO 2007

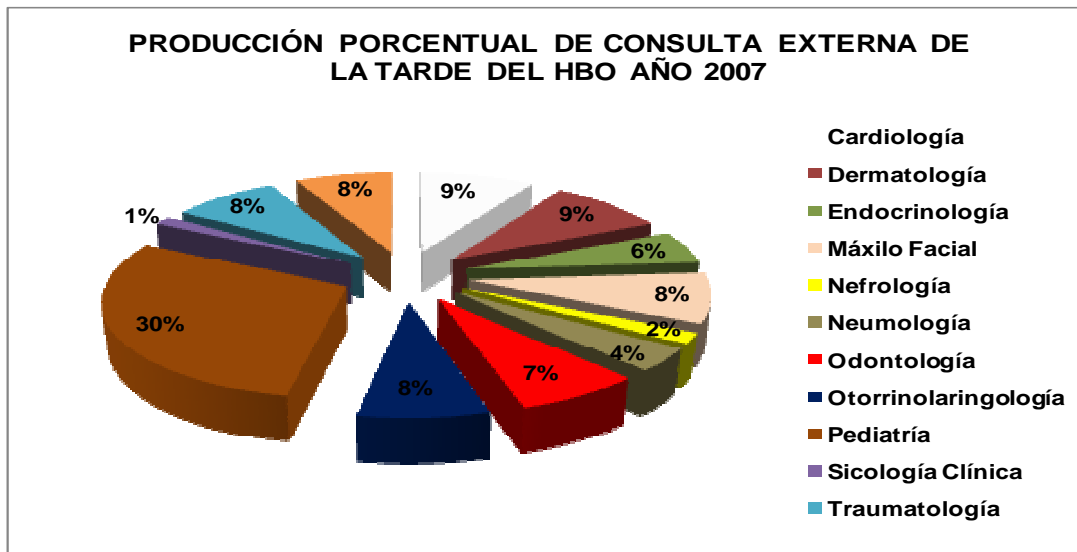
GRÁFICO N° 54A



Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO

Elaborado por: Patricia Aguilar.

GRÁFICO N° 54B



Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
 Elaborado por: Patricia Aguilar.

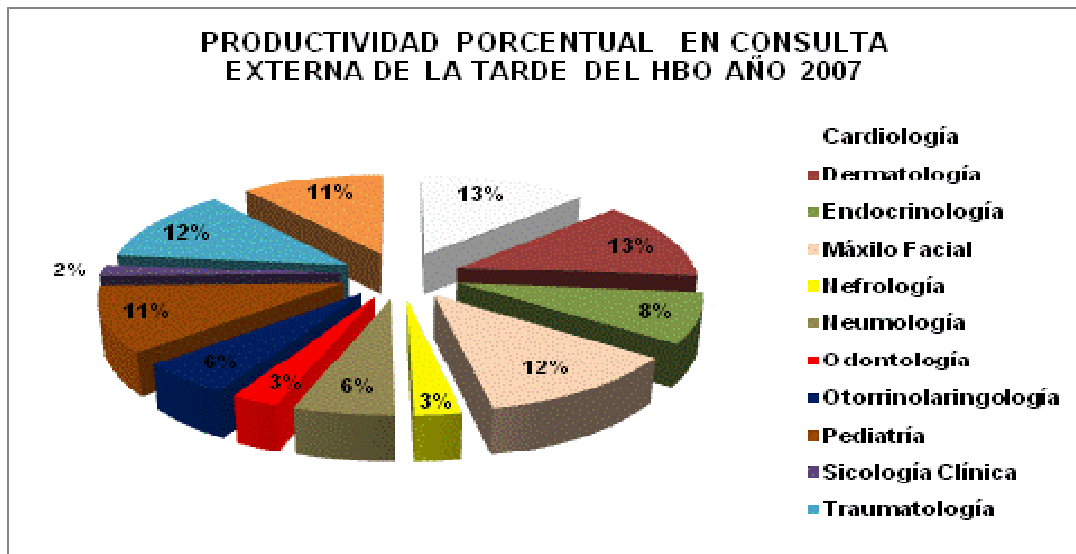
PRODUCTIVIDAD EN CONSULTA EXTERNA DE LA TARDE DEL HBO AÑO 2007

GRÁFICO N° 54C



Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
 Elaborado por: Patricia Aguilar.

GRÁFICO N° 54D



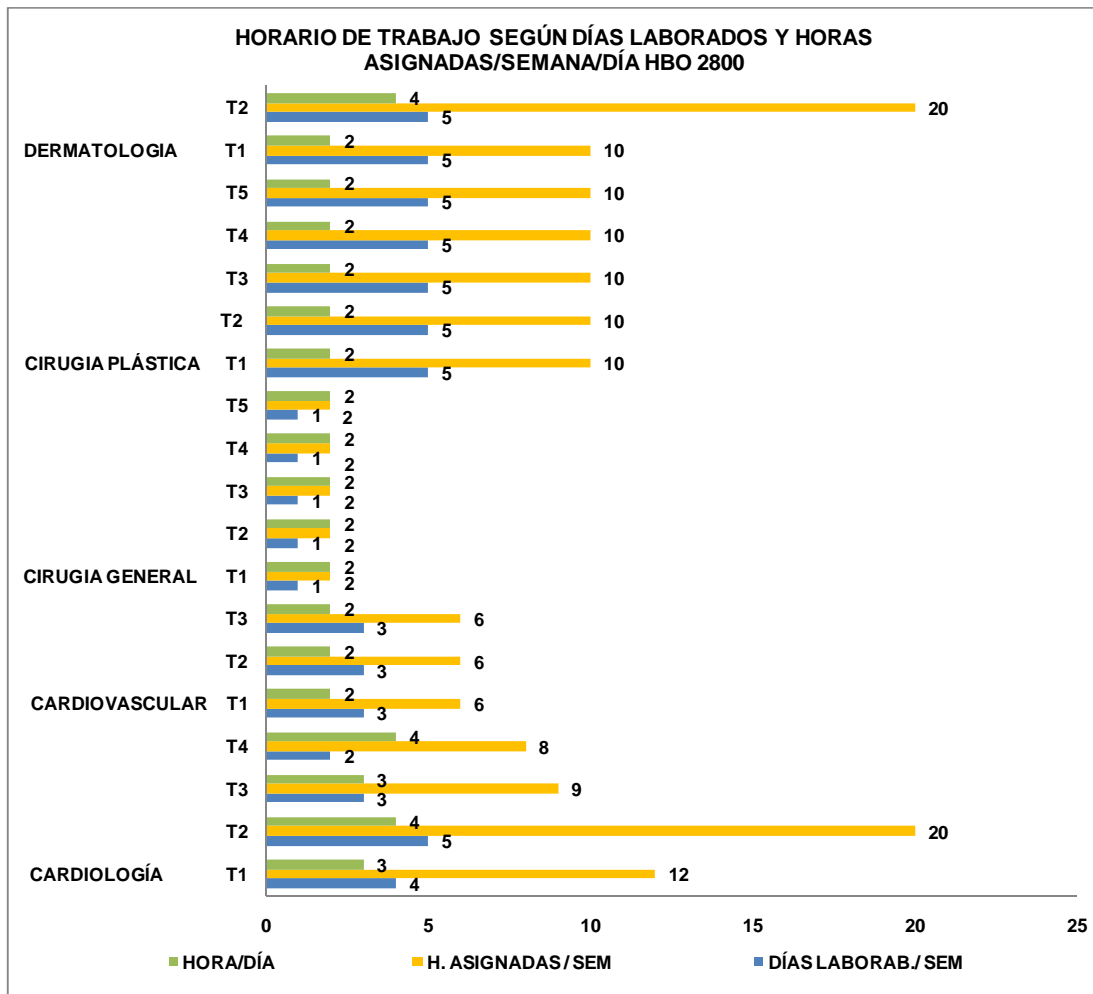
Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar.

**ATENCIÓN EN HORARIO DE TRABAJO POR ESPECIALIDADES, PERSONAL MEDICO Y TECNÓLOGO EN CONSULTA EXTERNA DEL HBO AÑO 2008.
SEGÚN DÍAS LABORADOS Y HORAS ASIGNADA**

Se realiza un análisis del tiempo de atención específicos en consulta externa para cada área según días laborados y horas asignadas del personal médico tratantes (T), sean de nombramiento con horarios de cuatro horas; y de contratación de cuatro u ocho horas; el 50% del tiempo lo asignan en la atención de consulta externa y el restante tiempo según su contratación de trabajo los profesionales clínicos pasan visita médica en el área de hospitalización, interconsultas a piso; los médicos cirujanos asisten a cirugías programadas, intervencionismos, endoscopías en quirófano según su especialidad; y el personal tecnológico (Tec.) en el turno de la mañana de la misma forma de trabajo tanto en la consulta externa como en hospitalización.

En la atención por la tarde (atención vespertina) en la consulta externa lo realiza personal médico tratante de nombramiento y de contratación de la misma forma descrita anteriormente; al realizar el análisis se determina que la consulta de cardiología, cardiovascular, cirugía general, cirugía plástica, dermatología, el tratante de dermatología (T2) y el de cardiología (T2), son profesionales a contratación y el número de días y horas trabajados a la semana es superior al personal de planta (nombramiento) por ende la producción se incrementa considerablemente de acuerdo al número de consultas diarias atendidas (cuatro consultas /hora), como se observa en el Gráfico y Tabla N° 55.

GRÁFICO N° 55



Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO

Elaborado por: Patricia Aguilar.

TABLA N° 55
**HORARIO DE TRABAJO SEGÚN DÍAS LABORADOS Y HORAS ASIGNADAS/
 SEMANA /DÍA CONSULTA EXTERNA HBO 2008.**

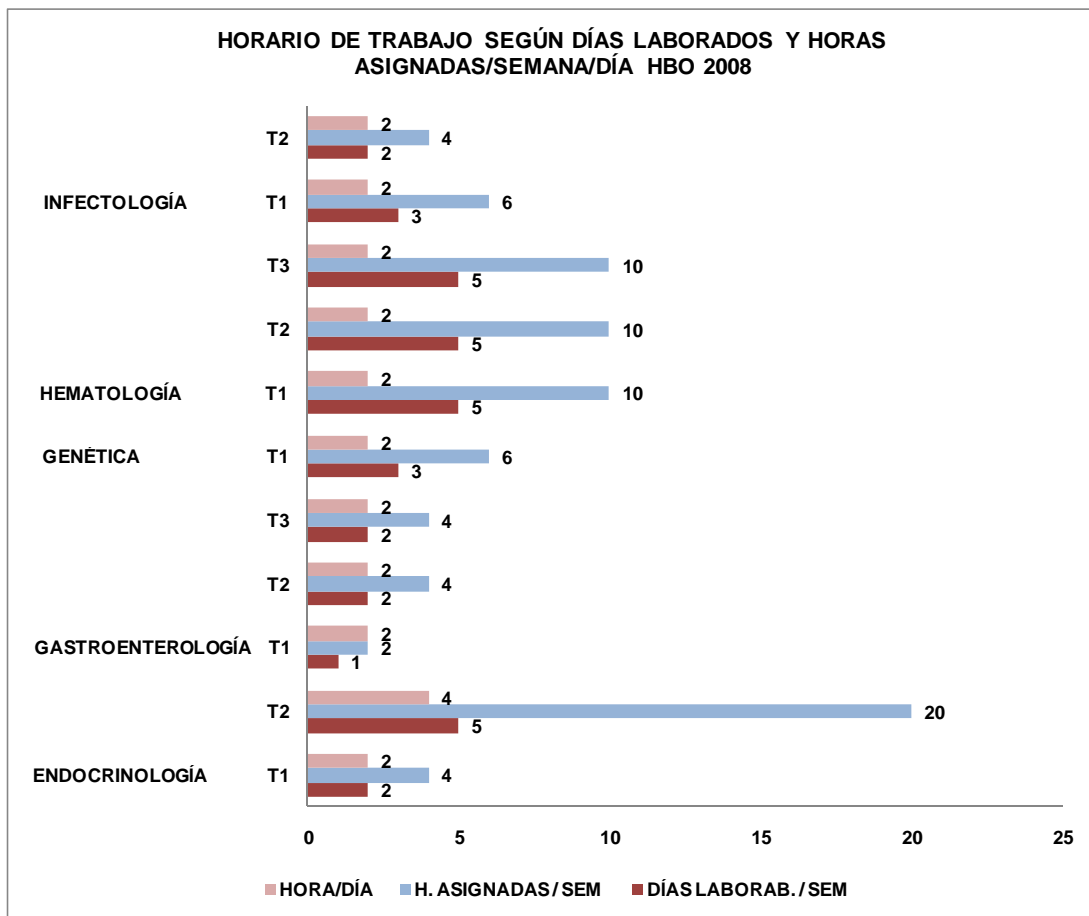
ESPECIALIDAD	TRATANTES	DÍAS LABORAB./ SEMANA	HORA ASIGNADAS/SEM	HORA/DÍA
CARDIOLOGÍA	T1	4	12	3
	T2	5	20	4
	T3	3	9	3
	T4	2	8	4
CARDIOVASCULAR	T1	3	6	2
	T2	3	6	2
	T3	3	6	2
CIRUGIA GENERAL	T1	1	2	2
	T2	1	2	2
	T3	1	2	2
	T4	1	2	2
	T5	1	2	2
CIRUGIA PLÁSTICA	T1	5	10	2
	T2	5	10	2
	T3	5	10	2
	T4	5	10	2
	T5	5	10	2
DERMATOLOGIA	T1	5	10	2
	T2	5	20	4

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO

Elaborado por: Patricia Aguilar.

A continuación entre las especialidades de análisis: endocrinología T2 es la especialidad de mayor producción, con 20 horas y 5 días semanales laborados, tomando en cuenta que es profesional de contratación; hematología cuenta con cuatro T que laboran 5 días y 10 horas semanales concordante con la demanda de pacientes del servicio; gastroenterología con T1 trabaja 1 día y 2 horas a la semana cuya producción en relación al número de consultas atendidas es sumamente baja, datos que se observa en el Gráfico y Tabla N° 56.

GRÁFICO Nº 56



Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO

Elaborado por: Patricia Aguilar.

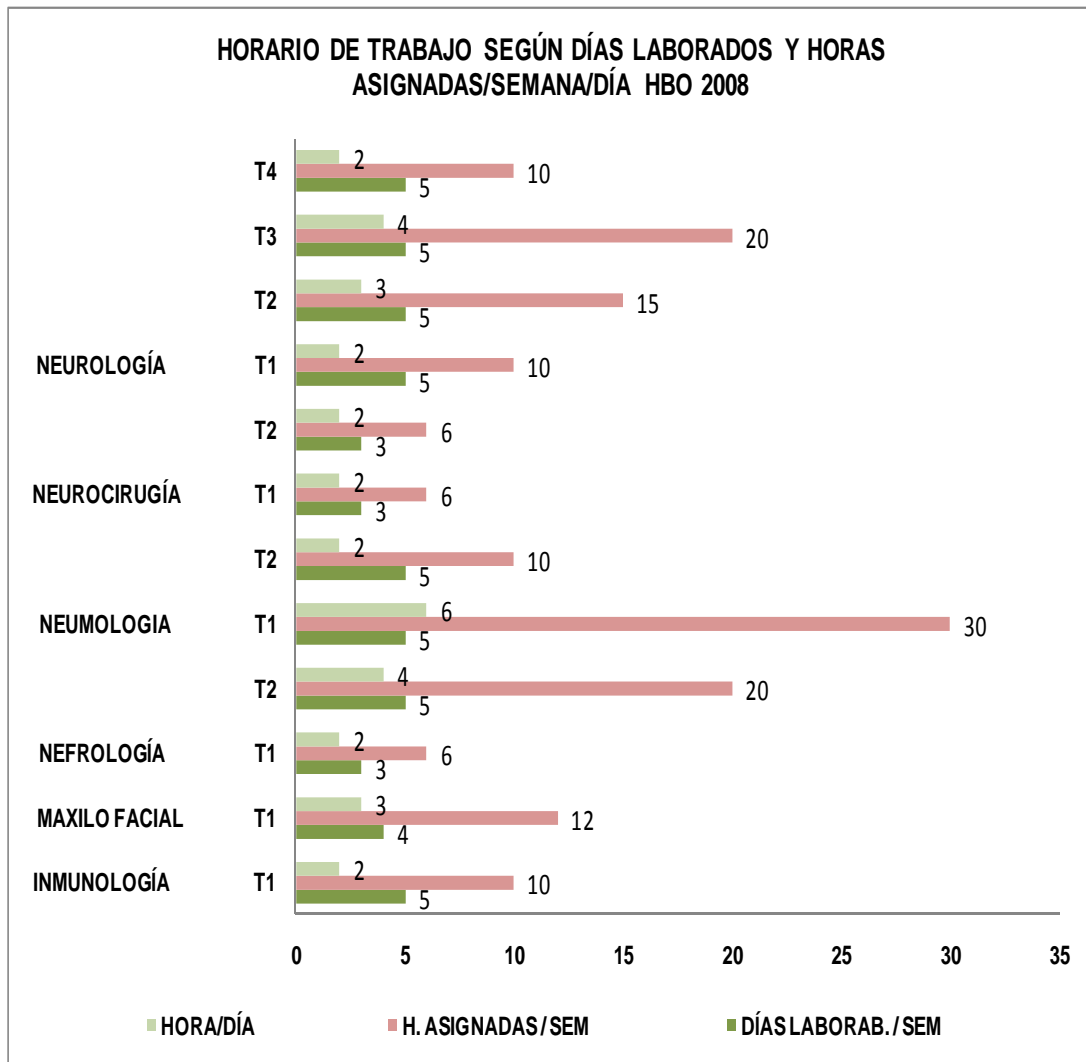
TABLA N° 56
**HORARIO DE TRABAJO SEGÚN DÍAS LABORADOS Y HORAS ASIGNADAS/
 SEMANA /DÍA CONSULTA EXTERNA HBO 2008.**

ESPECIALIDAD	TRATANTES	DÍAS LABORAB./SEM	HORA ASIGNADAS/SEM	HORA/DÍA
ENDOCRINOLOGÍA	T1	2	4	2
	T2	5	20	4
GASTROENTEROLOGÍA	T1	1	2	2
	T2	2	4	2
	T3	2	4	2
GENÉTICA	T1	3	6	2
HEMATOLOGÍA	T1	5	10	2
	T2	5	10	2
	T3	5	10	2
	T4	5	10	2
INFECTOLOGÍA	T1	3	6	2
	T2	2	4	2

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar.

De las seis especialidades analizadas, T1 de neumología, es el profesional trabaja 5 días y 30 horas semanales asignadas, es personal a contratación; nefrología T2 y neurología T3 son profesionales que tienen mayor número de horas y días asignados en relación con otros profesionales de su especialidad y son de contratación razón por la que su producción en relación al número de consultas atendidas es de igual forma superior, datos que se verifican en el Gráfico y Cuadro N° 57.

GRAFICO Nº 57



Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar.

TABLA N° 57
**HORARIO DE TRABAJO SEGÚN DÍAS LABORADOS Y HORAS ASIGNADAS/
 SEMANA /DÍA CONSULTA EXTERNA HBO 2008.**

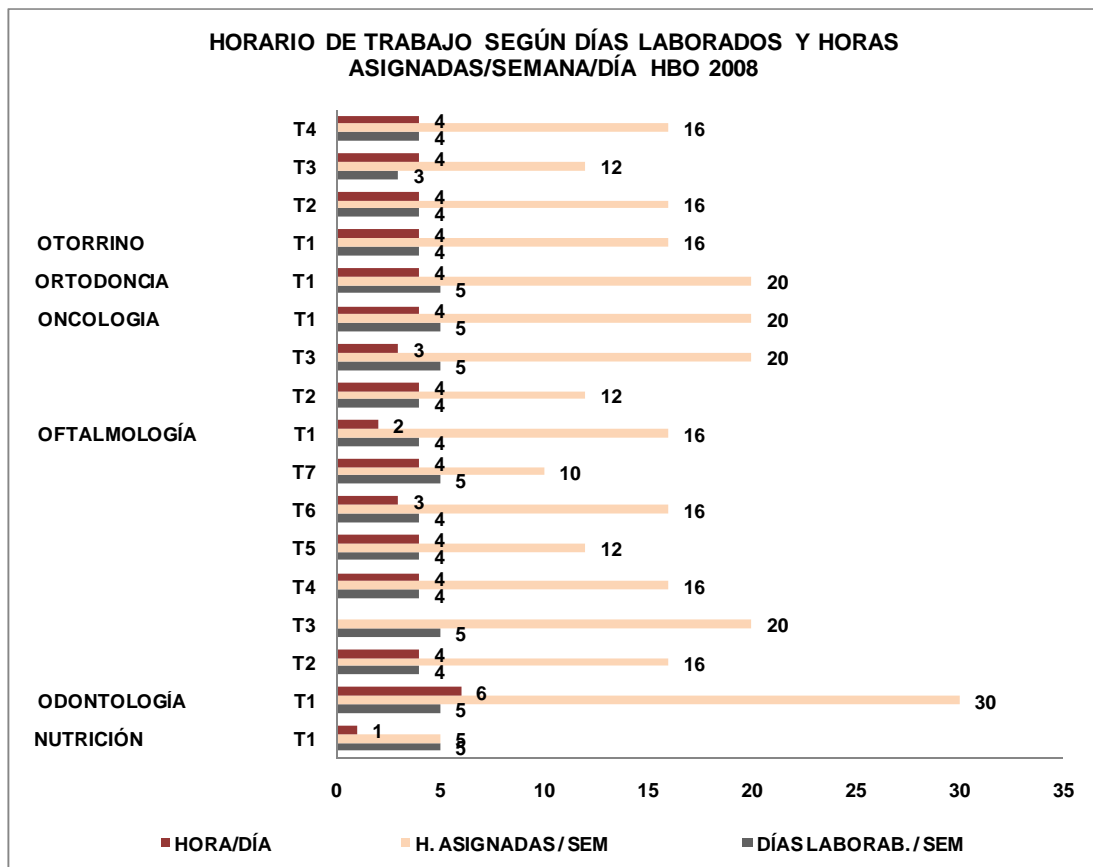
ESPECIALIDAD	TRATANTES	DÍAS LABORAB./SEM	H. ASIGNADAS/ SEM	HORA/DÍA
INMUNOLOGÍA	T1	5	10	2
MAXILO FACIAL	T1	4	12	3
NEFROLOGÍA	T1	3	6	2
	T2	5	20	4
NEUMOLOGIA	T1	5	30	6
	T2	5	10	2
NEUROCIROUGÍA	T1	3	6	2
	T2	3	6	2
NEUROLOGÍA	T1	5	10	2
	T2	5	15	3
	T3	5	20	4
	T4	5	10	2

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO

Elaborado por: Patricia Aguilar.

Hay que tomar en cuenta que las especialidades analizadas en este bloque tienen las asignaciones de horas y días más cargados, la mayoría son profesionales de planta, teniendo un promedio de 4 días laborables y 16 horas semanales de trabajo, ya que otras horas se la asigna a días quirúrgicos como son odontología, oftalmología y otorrinolaringología; nutrición T1 es la de menor producción labora 5 días semanales y 1 hora diaria; odontología Ti trabaja 5 días y 30 horas semanales y T3 5 días y 20 horas, son profesionales a contrato, como se puede observar en el Gráfico y Tabla N° 58.

GRÁFICO Nº 58



Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar.

TABLA Nº 58
**HORARIO DE TRABAJO SEGÚN DÍAS LABORADOS Y HORAS ASIGNADAS/
 SEMANA /DÍA CONSULTA EXTERNA HBO 2008.**

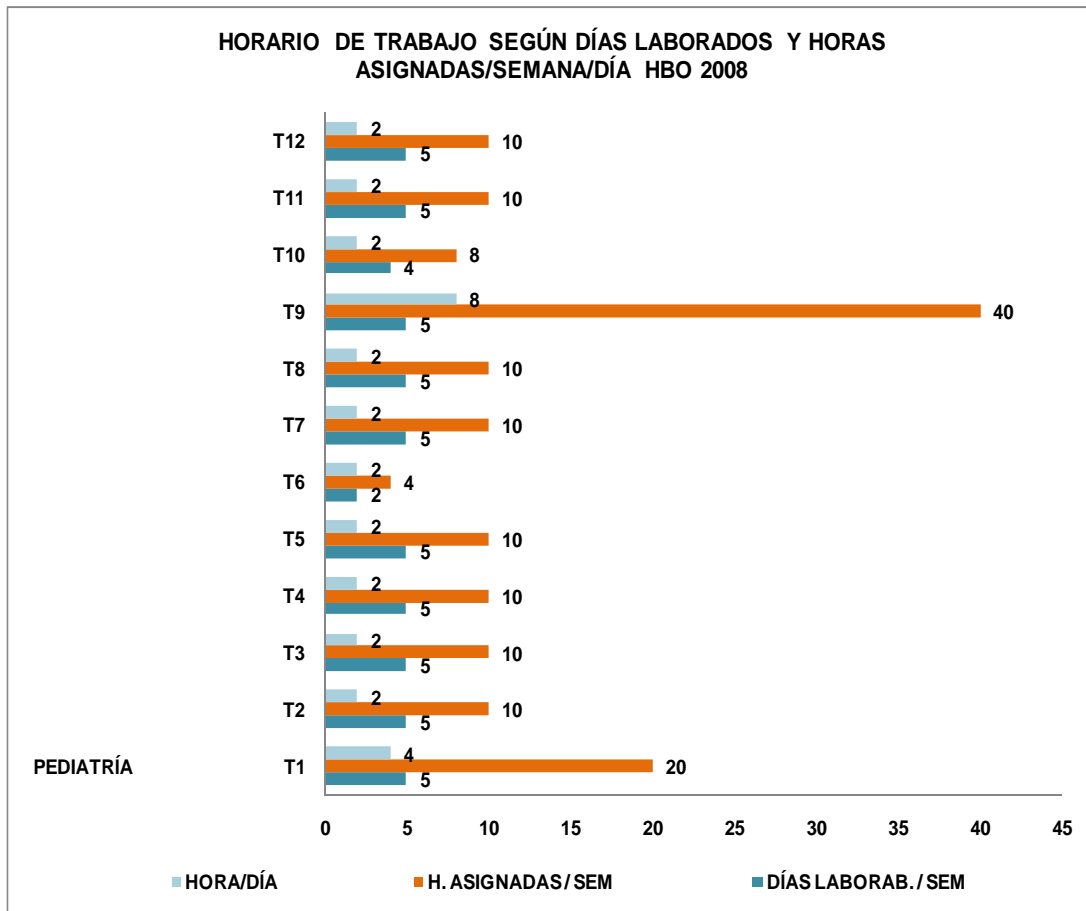
ESPECIALIDAD	TRATANTES	DÍAS LABORAB./ SEM	H. ASIGNADAS/ SEM	HORA/DÍA
NUTRICIÓN	T1	5	5	1
ODONTOLOGÍA	T1	5	30	6
	T2	4	16	4
	T3	5	20	4
	T4	4	16	4
	T5	4	12	3
	T6	4	16	4
	T6	5	10	2
	OFTALMOLOGÍA	T1	4	16
T2		4	12	3
T3		5	20	4
ONCOLOGIA	T1	5	20	4
ORTODONCIA	T1	5	20	4
OTORRINOLARINGOLOGÍA	T1	4	16	4
	T2	4	16	4
	T3	3	12	4
	T4	4	16	4

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar.

Pediatría cuenta con 12 especialistas (T1-T12), los 10 son de planta, acepto T1 con 5 días y 20 horas semanales y las otras 20 horas en piso de lactantes por la tarde y noche como tratante y T9 con 5 días y 40 horas semanales, son personal contratación; el resto de profesionales tienen un promedio de 4-5 días y

de 10 horas semanales de trabajo a excepción del jefe del servicio con 2 días y 4 horas semanales de trabajo, datos a verificarse en el Gráfico y Cuadro N° 59.

GRÁFICO N° 59



Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO

Elaborado por: Patricia Aguilar.

TABLA N° 59
**HORARIO DE TRABAJO SEGÚN DÍAS LABORADOS Y HORAS ASIGNADAS/
 SEMANA /DÍA CONSULTA EXTERNA HBO 2008.**

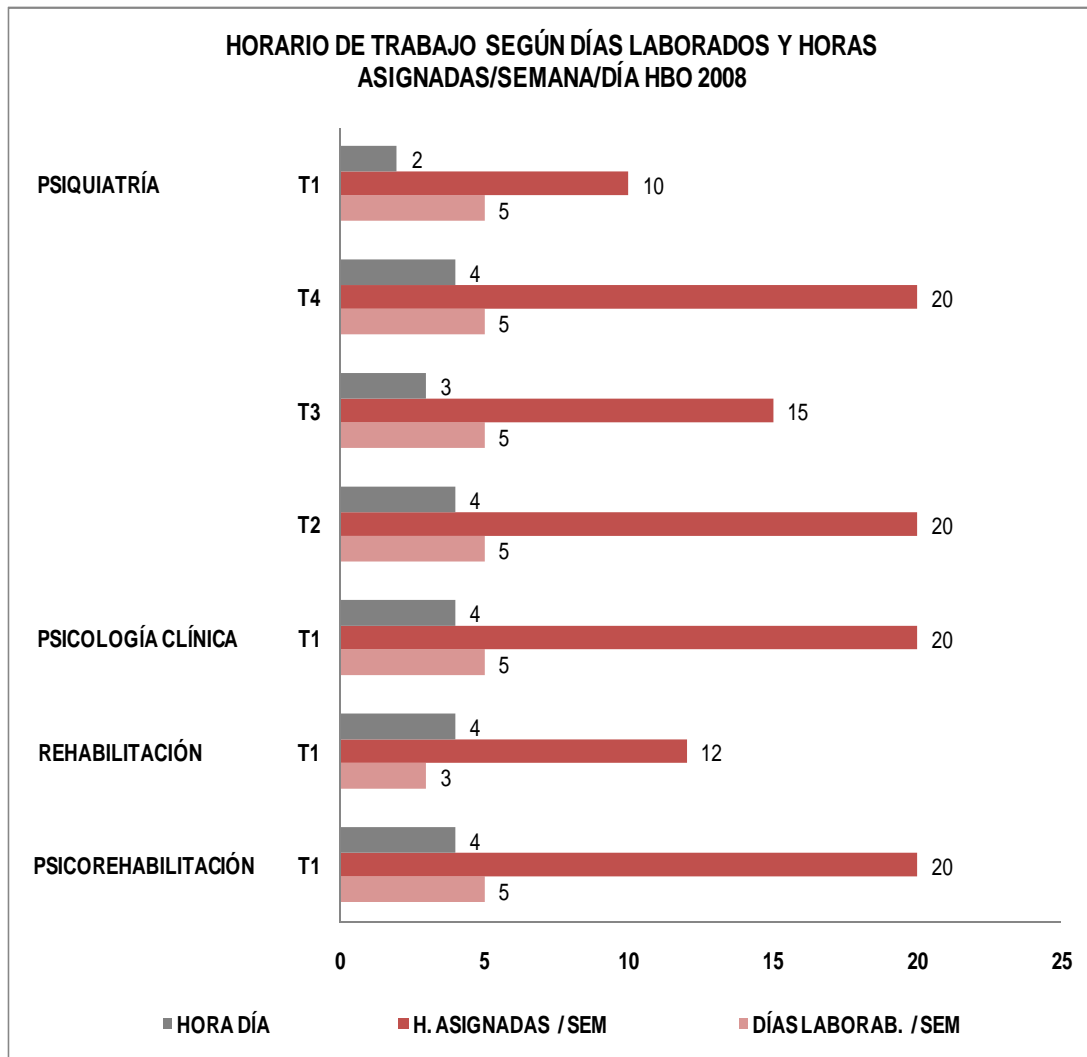
ESPECIALIDAD	TRATANTES	DÍAS LABORAB./SEM	H. ASIGNADAS /SEM	HORA/DÍA
PEDIATRÍA	T1	5	20	4
	T2	5	10	2
	T3	5	10	2
	T4	5	10	2
	T5	5	10	2
	T6	2	4	2
	T7	5	10	2
	T8	5	10	2
	T9	5	40	8
	T10	4	8	2
	T11	5	10	2
	T12	5	10	2

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO

Elaborado por: Patricia Aguilar.

Las especialidades de psicorehabilitación, rehabilitación y psicología clínica tienen un promedio de 5 días y 20 horas trabajados semanalmente y son personal de planta de la institución; psiquiatría trabaja 5 días y 10 horas semanales y es personal de contratación y con una baja producción por la demanda que tiene, datos que se pueden ver en el Gráfico y Tabla N° 60.

GRÁFICO Nº 60



Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO

Elaborado por: Patricia Aguilar.

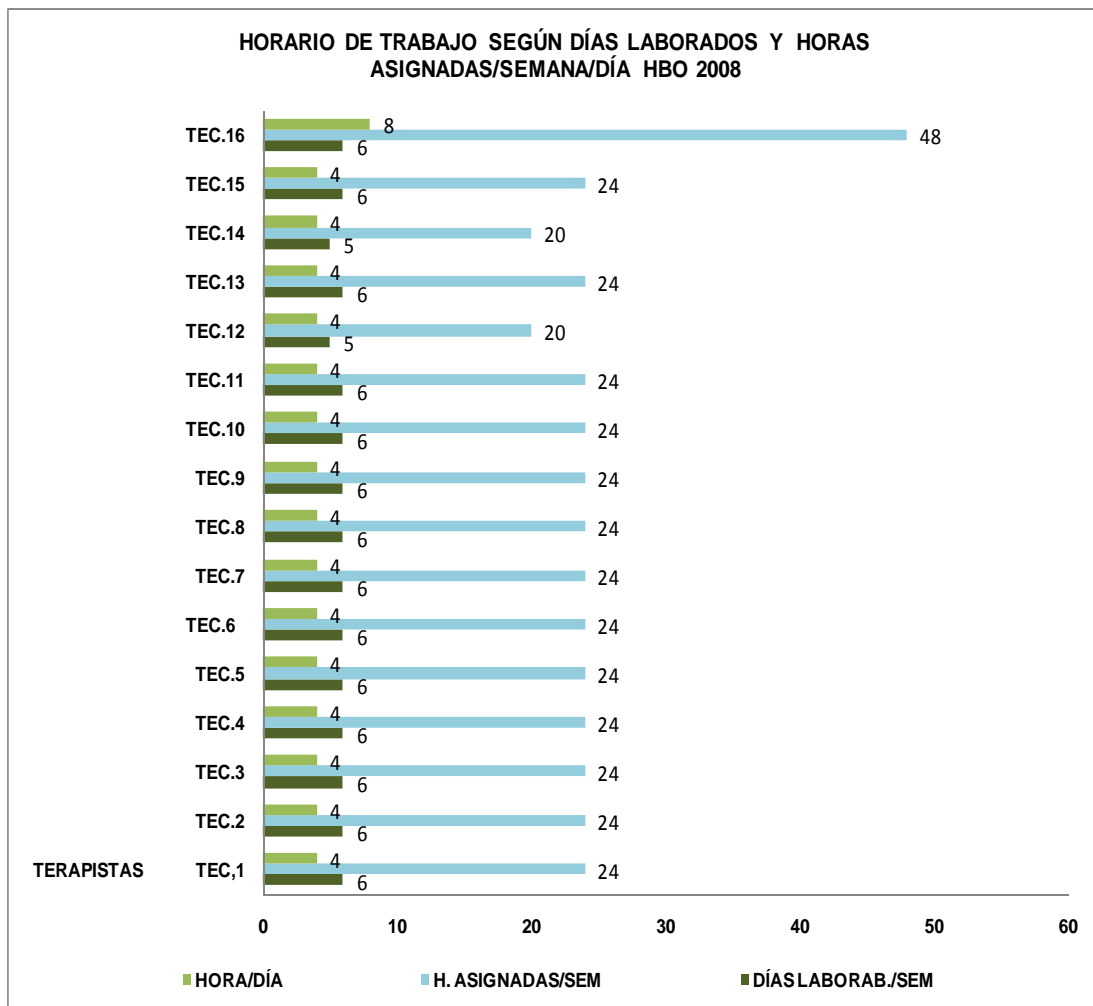
TABLA N° 60
**HORARIO DE TRABAJO SEGÚN DÍAS LABORADOS Y HORAS ASIGNADAS/
 SEMANA /DÍA CONSULTA EXTERNA HBO 2008.**

ESPECIALIDAD	TRATANTES	DÍAS LABORAB./ SEM	H. ASIGNADAS/ SEM	HORA/DÍA
PSICOREHABILITACIÓN	T1	5	20	4
REHABILITACIÓN	T1	3	12	4
PSICOLOGÍA CLÍNICA	T1	5	20	4
	T2	5	20	4
	T3	5	15	3
	T4	5	20	4
PSIQUIATRÍA	T1	5	10	2

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar.

La nómina del personal de terapeutas (Tec.) son personal de planta y 16, tienen un promedio de 6 días y 24 horas trabajadas semanalmente, a excepción de Tec. 12 y Tec. 14 que tienen 5 días y 20 horas asignados, datos que se pueden verificar en el Gráfico y Cuadro N° 61.

GRÁFICO Nº 61



Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO

Elaborado por: Patricia Aguilar.

TABLA Nº 61
**HORARIO DE TRABAJO SEGÚN DÍAS LABORADOS Y HORAS ASIGNADAS/
SEMANA /DÍA CONSULTA EXTERNA HBO 2008.**

ESPECIALIDAD	TECNÓLOGOS	DÍAS LABORAB./SEM	H. ASIGNADAS/ SEM	HORA/DÍA
TERAPISTAS	TEC,1	6	24	4
	TEC.2	6	24	4
	TEC.3	6	24	4
	TEC.4	6	24	4
	TEC.5	6	24	4
	TEC.6	6	24	4
	TEC.7	6	24	4
	TEC.8	6	24	4
	TEC.9	6	24	4
	TEC.10	6	24	4
	TEC.11	6	24	4
	TEC.12	5	20	4
	TEC.13	6	24	4
	TEC.14	5	20	4
	TEC.15	6	24	4
	TEC.16	6	48	8

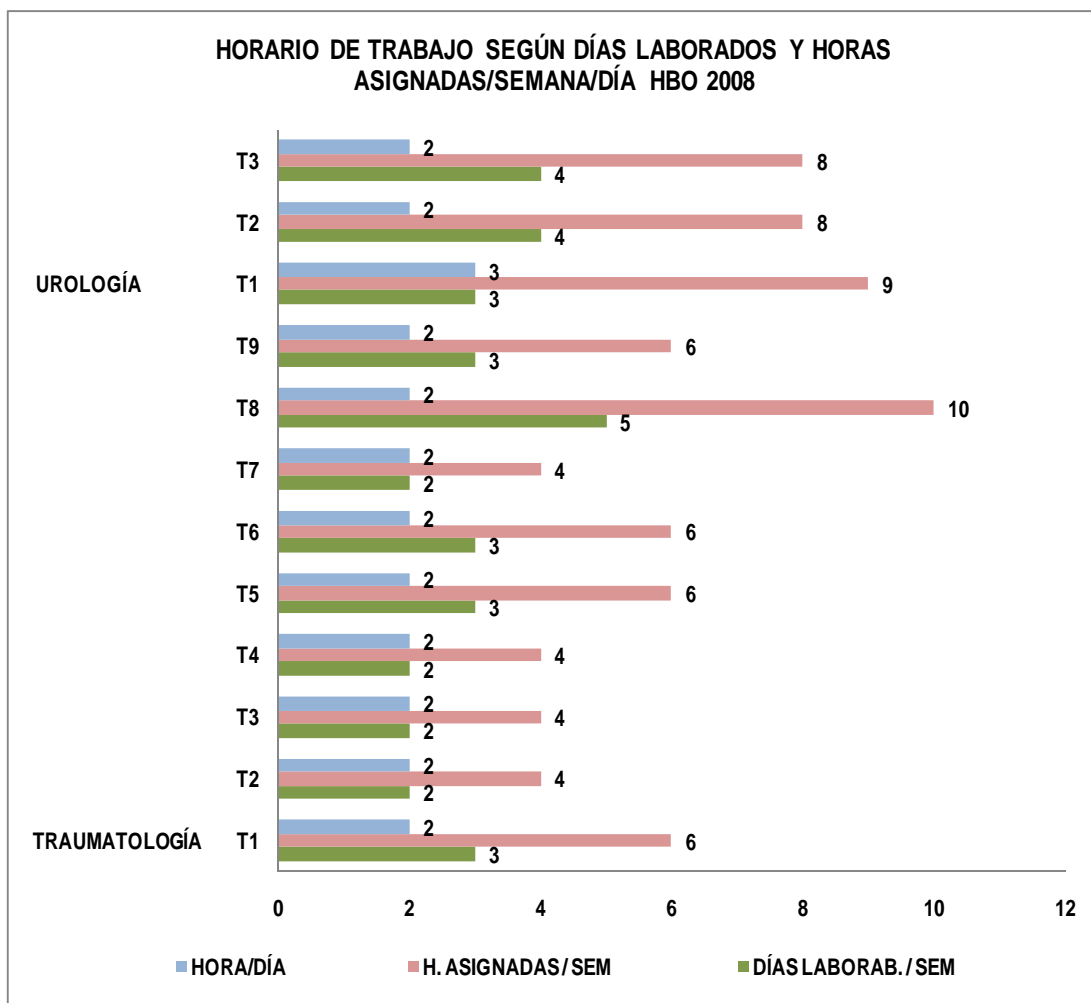
Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO

Elaborado por: Patricia Aguilar.

Traumatología cuenta con 8 especialistas (T1-T8), están asignados de 2 a 3 días y 4 a 6 horas semanales a la atención de consulta externa excepto T8, médico de contrato que cubre un horario de 5 días y 10 horas semanales, completa su semana laboral de 8 horas diarias y 40 semanales en piso, quirófanos y

emergencias; urología cuenta con 3 especialistas (T1-T3), T1 realiza 3 días y 6 horas semanales y (T2 y T3) trabajan 4 días y 8 horas semanales asignados, el resto lo cubren piso y quirófano según día asignado, ver Gráfico y Cuadro N° 62

GRÁFICO N° 62



Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar.

TABLA Nº 62
**HORARIO DE TRABAJO SEGÚN DÍAS LABORADOS Y HORAS ASIGNADAS/
 SEMANA /DÍA CONSULTA EXTERNA HBO 2008.**

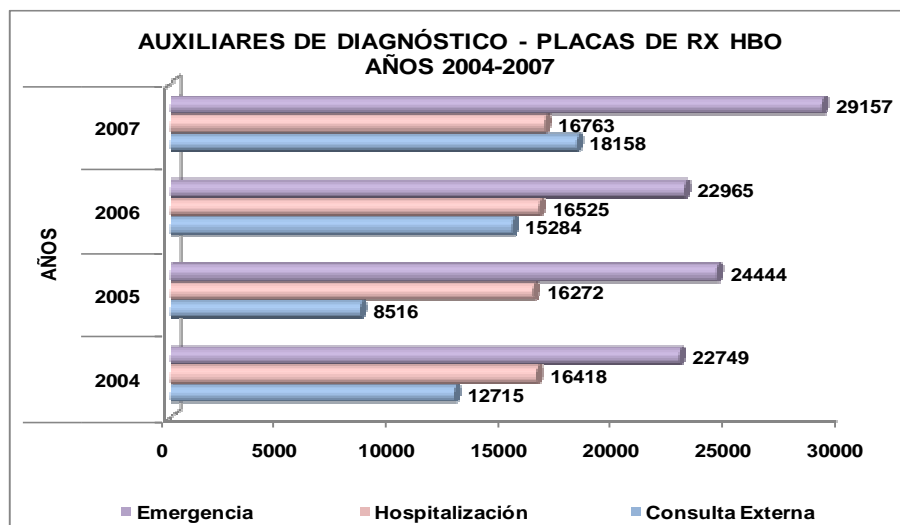
ESPECIALIDAD	TRATANTES	DÍAS LABORAB./SEM	H. ASIGNADAS/ SEM	HORA/DÍA
TRAUMATOLOGÍA	T1	3	6	2
	T2	2	4	2
	T3	2	4	2
	T4	2	4	2
	T5	3	6	2
	T6	3	6	2
	T7	2	4	2
	T8	5	10	2
	T9	3	6	2
UROLOGÍA	T1	3	9	3
	T2	4	8	2
	T3	4	8	2

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
 Elaborado por: Patricia Aguilar.

**ATENCIÓN A PACIENTES CON AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO EN
 CONSULTA EXTERNA HBO 2004-2007**

Al hacer el análisis de los **auxiliares de diagnóstico** realizados por consulta externa durante los años 2004-2007, se hará una relación con los realizados por hospitalización y emergencia; así las placas de Rx en la consulta externa tienen un incremento a partir del 2004 con 12.715 y en el 2007 con 18.158; Emergencia es el servicio con mayor demanda en el 2004 con 22.749 y en el 2007 con 29.157 como se puede verificar en el Gráfico y Tabla Nº 63.

GRÁFICO Nº 63



Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar.

TABLA Nº 63

**AUXILIARES DE DIAGNOSTICO PLACAS DE RX CONSULTA EXTERNA HBO
2004-2007**

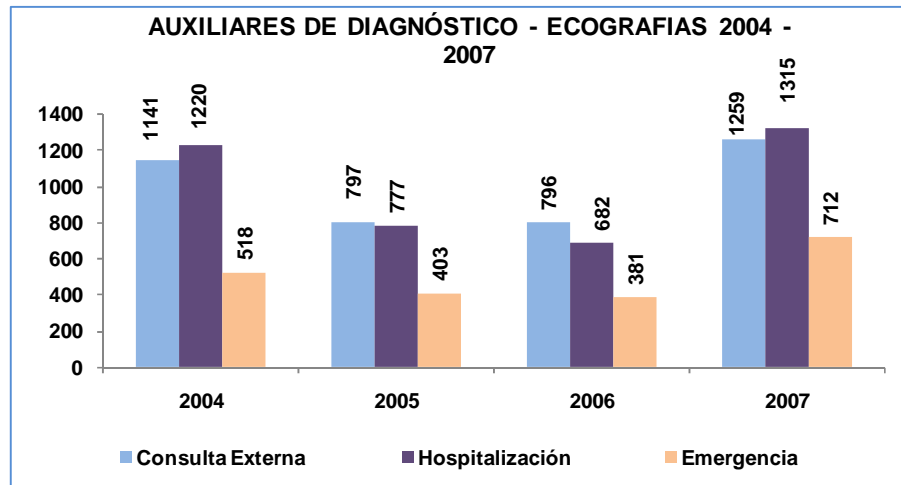
PLACAS RX	AÑOS			
	2004	2005	2006	2007
Consulta Externa	12715	8516	15284	18158
Hospitalización	16418	16272	16525	16763
Emergencia	22749	24444	22965	29157
TOTAL	51.882	49.232	54.774	64.078

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar.

Las ecografías se las realiza en mayor número en hospitalización, así en el 2004 con 1220 y en el 2007 con 1315 observándose un incremento; en el área de consulta externa en el 2004 tiene realizadas 1141 y en el 2007 se tomaron 1254

observándose un aumento significativo en relación al 2006, datos que se observan en el Gráfico y Tabla N° 64.

GRÁFICO N° 64



Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar.

TABLA N° 64

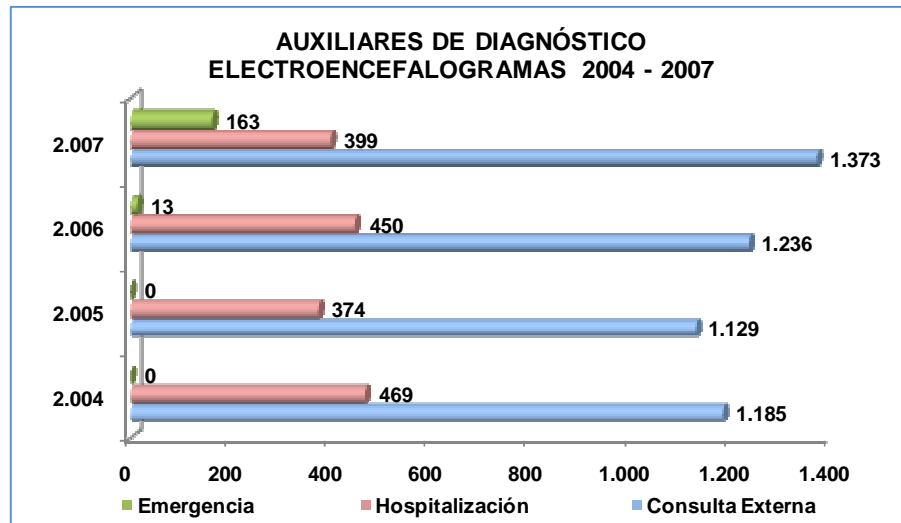
**AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO ECOGRAFIAS CONSULTA EXTERNA HBO
2004-2007**

ECOGRAFIAS	AÑOS			
	2004	2005	2006	2007
Consulta Externa	1141	797	796	1259
Hospitalización	1220	777	682	1315
Emergencia	518	403	381	712
TOTAL	2.879	1.977	1.859	3286

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar.

Es evidente que los electroencefalogramas se realizan mayoritariamente en la consulta externa, en el 2004 se hicieron 1186 y en el 2007 se tomaron 1373; el servicio de emergencia es en que se realiza un número menor en el 2007 se realizaron 163 electroencefalogramas, como se puede observar en el Gráfico y Tabla N°65.

GRÁFICO N° 65



Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar.

TABLA N° 65

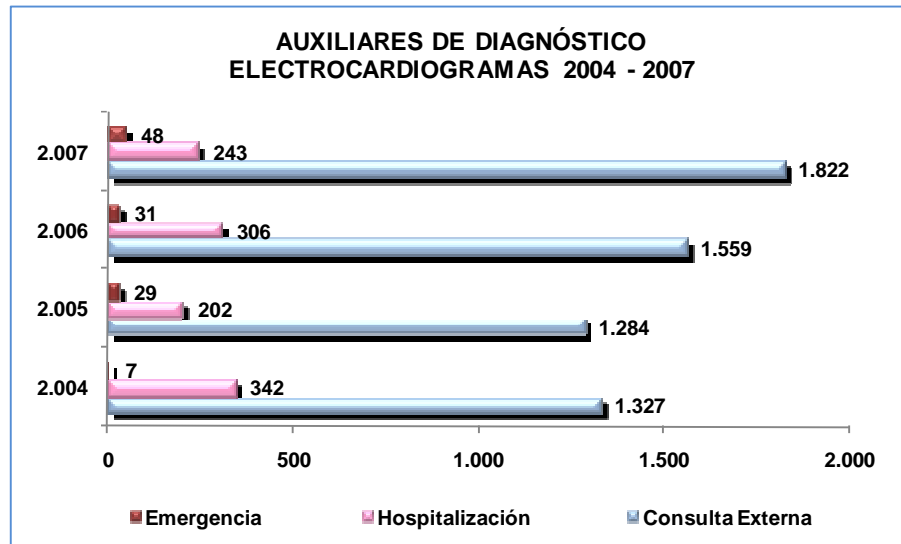
**AUXILIARES DE DIAGNOSTICO ELECTROENCEFALOGRAMAS CONSULTA
EXTERNA HBO 2004-2007**

ELECTROENCEFALOGRAMAS	AÑOS			
	2.004	2.005	2.006	2.007
Consulta Externa	1.185	1.129	1.236	1.373
Hospitalización	469	374	450	399
Emergencia	0	0	13	163
TOTAL	3.658	3.508	3.705	3.942

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar.

En el área de cardiología se realizan los electrocardiogramas, en consulta externa se toman mayoritariamente, en el año 2004 1327 y en el 2007 se hicieron 1822; en hospitalización se realizaron 342 y en el 2007 243 como se verifica en el Gráfico y Tabla N° 66.

GRÁFICO N° 66



Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar.

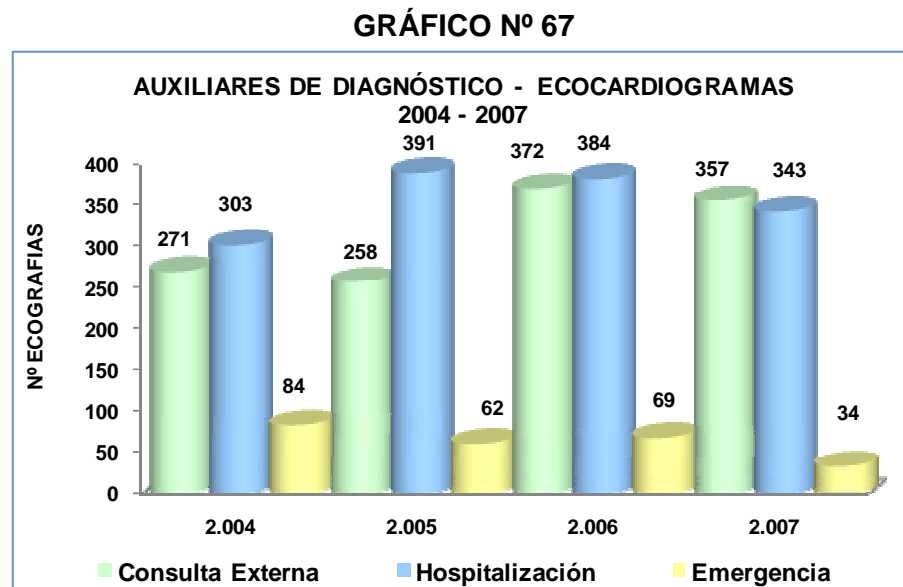
TABLA N° 66

**AUXILIARES DE DIAGNOSTICO ELECTROCARDIOGRAMAS CONSULTA
EXTERNA HBO 2004-2007**

ELECTROCARDIOGRAMAS	AÑOS			
	2.004	2.005	2.006	2.007
Consulta Externa	1.327	1.284	1.559	1.822
Hospitalización	342	202	306	243
Emergencia	7	29	31	48
TOTAL	1.676	1.515	1.896	2.113

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar.

Los ecocardiogramas lo realizan dos médicos cardiólogos, tanto en consulta externa con 357 en el 2007 y en hospitalización 343 en el mismo año, así se observa en el Gráfico y Tabla N° 67.



Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar.

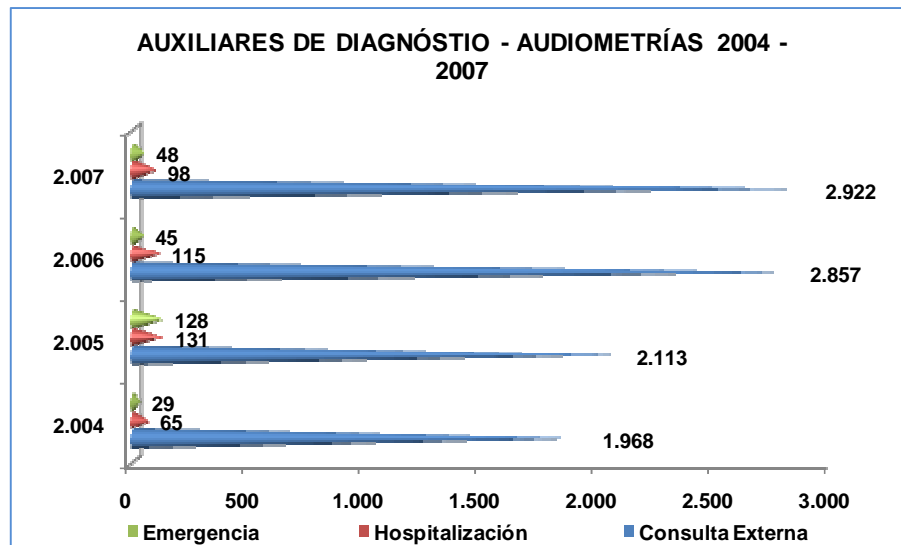
TABLA N° 67
**AUXILIARES DE DIAGNOSTICO ECOCARDIOGRAMAS CONSULTA
EXTERNA HBO 2004-2007**

ECOCARDIOGRAMAS	AÑOS			
	2.004	2.005	2.006	2.007
Consulta Externa	271	258	372	357
Hospitalización	303	391	384	343
Emergencia	84	62	69	34
TOTAL	658	711	825	734

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar.

Las audiometrías se las toman en mayor número en consulta externa, en el 2004 con 1968 y en el 2007 con 2922 exámenes; hospitalización le sigue con 65 en el 2004 y 98 en el 2007 como se evidencia en el Gráfico y Tabla N° 68.

GRÁFICO N° 68



Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar.

TABLA N° 68

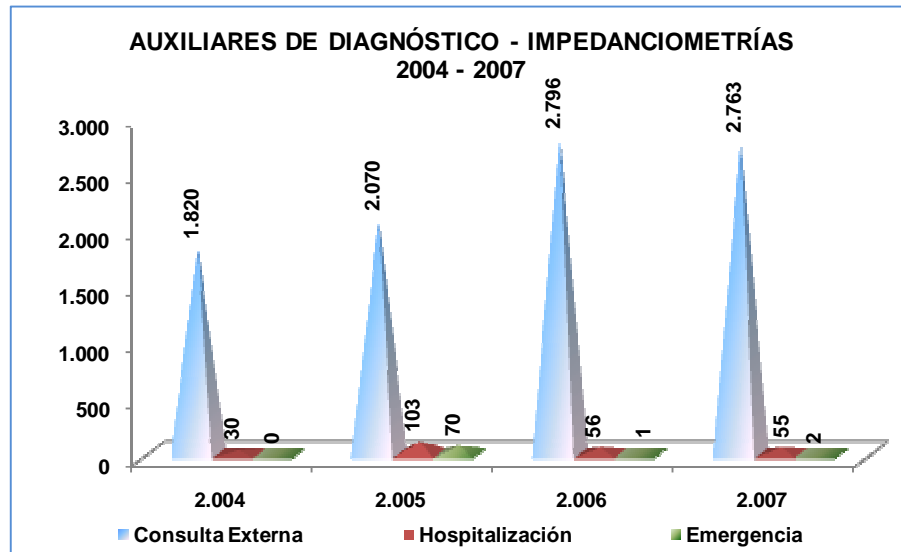
**AUXILIARES DE DIAGNOSTICO AUDIOMETRÍAS CONSULTA EXTERNA
HBO 2004-2007**

AUDIOMETRIAS	AÑOS			
	2.004	2.005	2.006	2.007
Consulta Externa	1.968	2.113	2.857	2.922
Hospitalización	65	131	115	98
Emergencia	29	128	45	48
TOTAL	2.062	2.372	3.017	3.068

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar.

Las impedanciometrías son realizadas en consulta externa en el año 2004 en un número de 1820 y en el 2007 se hicieron 2763, tanto en hospitalización como en emergencia se los realizaron en mínimo número, los valores se pueden observar en Gráfico y Tabla N° 69.

GRÁFICO N° 69



Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar.

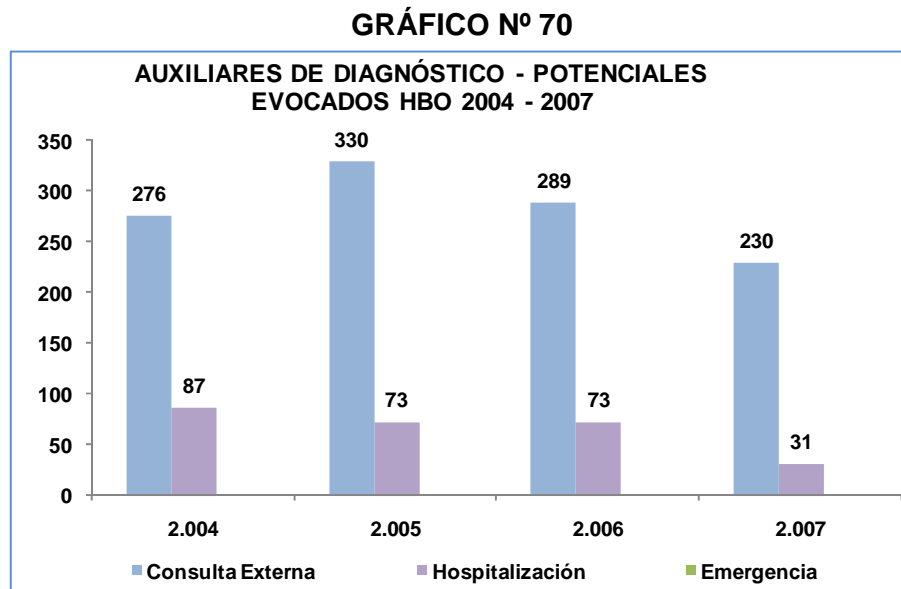
TABLA N° 69

**AUXILIARES DE DIAGNOSTICO IMPEDANCIOMETRÍAS CONSULTA
EXTERNA HBO 2004-2007**

IMPEDANCIOMETRIAS	AÑOS			
	2.004	2.005	2.006	2.007
Consulta Externa	1.820	2.070	2.796	2.763
Hospitalización	30	103	56	55
Emergencia	0	70	1	2
TOTAL	1.850	2.243	2.853	2.820

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar.

Los potenciales evocados tiene prevalencia en consulta externa, así en el 2004 se realizaron 276 y 230 en el 2007; en el servicio de emergencia no se realiza este tipo de examen, los datos se pueden observar en el Gráfico y Tabla N° 70.



Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar.

TABLA N° 70

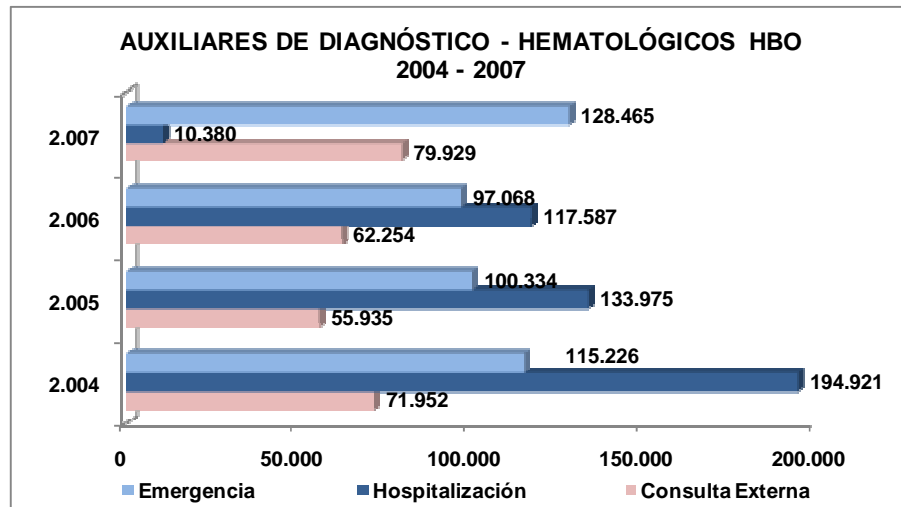
AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POTENCIALES EVOCADOS CONSULTA EXTERNA HBO 2004-2007

POTENCIALES EVOCADOS	AÑOS			
	2.004	2.005	2.006	2.007
Consulta Externa	276	330	289	230
Hospitalización	87	73	73	31
Emergencia	0	0	0	0
TOTAL	363	403	362	261

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar.

En cuanto a exámenes hematológicos el servicio de emergencia en el año 2004 tuvo 115226 y en el 2007 se realizaron 128465; en segundo lugar está la consulta externa con 71952 exámenes en el año 2004 y de 79929 en el 2007, datos que se pueden observar en el Gráfico y Tabla N° 71.

GRÁFICO N° 71



Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar.

TABLA N° 71

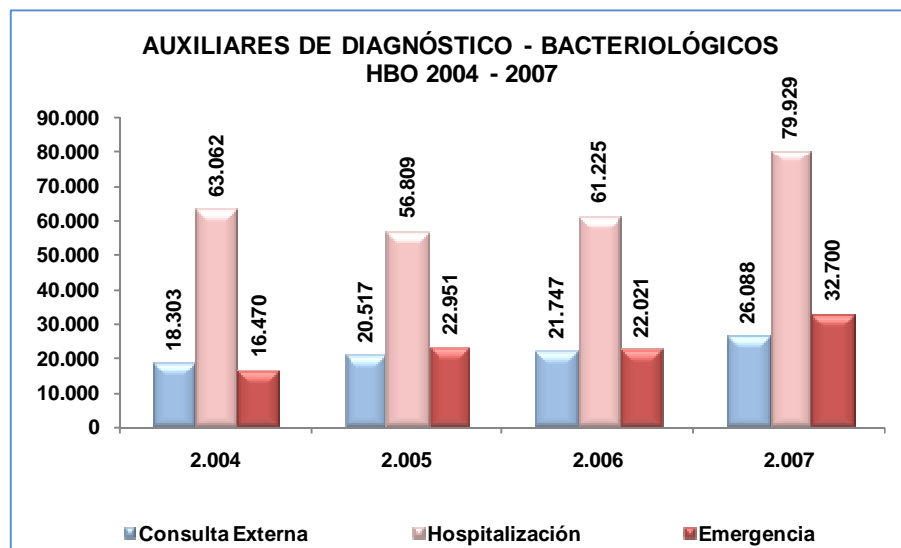
**AUXILIARES DE DIAGNOSTICO HEMATOLÓGICOS CONSULTA EXTERNA
HBO 2004-2007**

HEMATOLÓGICOS	AÑOS			
	2.004	2.005	2.006	2.007
Consulta Externa	71.952	55.935	62.254	79.929
Hospitalización	194.921	133.975	117.587	10.380
Emergencia	115.226	100.334	97.068	128.465
TOTAL	382.099	290.244	276.909	218.774

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar.

Los exámenes bacteriológicos se los realiza en gran parte en el área de hospitalización, así en el 2004 se ejecutaron 63062 y en el 2007 realizaron 79929; a continuación el servicio de consulta externa con 18303 exámenes en el 2004 de 26088 en el 2007, datos que se observan en el Gráfico y Tabla N° 72.

GRÁFICO N° 72



Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar.

TABLA N° 72

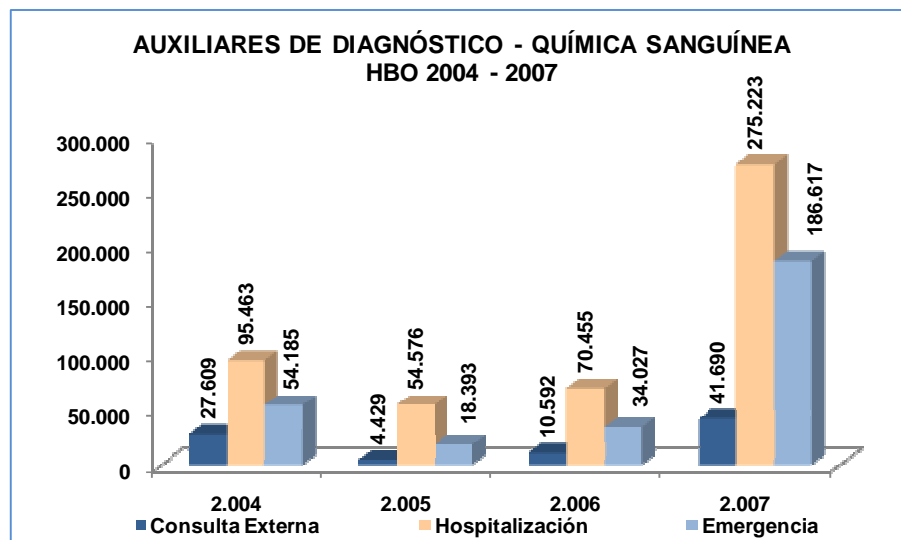
**AUXILIARES DE DIAGNOSTICO BACTERIOLÓGICOS CONSULTA EXTERNA
HBO 2004-2007**

BACTERIOLÓGICOS	AÑOS			
	2.004	2.005	2.006	2.007
Consulta Externa	18.303	20.517	21.747	26.088
Hospitalización	63.062	56.809	61.225	79.929
Emergencia	16.470	22.951	22.021	32.700
TOTAL	97.835	100.277	104.993	138.717

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar.

Los exámenes hematológicos de Química Sanguínea, en relación evidente se realizan masivamente en el área de hospitalización en un 200% mayor a los que se realizan en la consulta externa en los años analizados 2004-2007; durante los años 2006 y 2007 estos exámenes se triplican así hospitalización en el 2006 con 70.455 y en el 2007 con 275.223; en la consulta externa se realizaron en el 2006, 10.592 y en el 2007 se hicieron 41.690, datos que se verifican en el Gráfico y Tabla N° 73.

GRÁFICO N° 73



Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar.

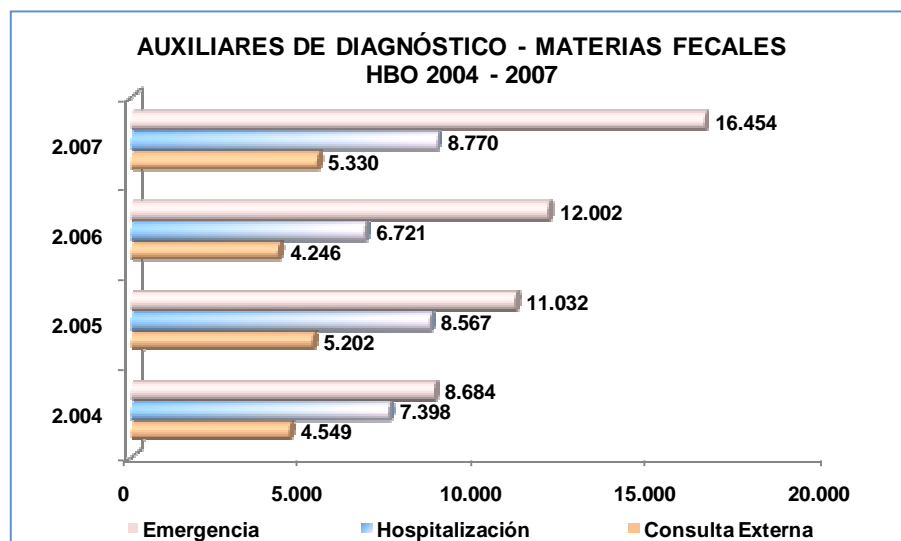
TABLA Nº 73
AUXILIARES DE DIAGNOSTICO QUÍMICA SANGUINEA CONSULTA
EXTERNA HBO 2004-2007

QUIMICA SANGUÍNEA	AÑOS			
	2.004	2.005	2.006	2.007
Consulta Externa	27.609	4.429	10.592	41.690
Hospitalización	95.463	54.576	70.455	275.223
Emergencia	54.185	18.393	34.027	186.617
TOTAL	177.257	77.398	115.074	503.530

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
 Elaborado por: Patricia Aguilar.

En lo referente a los exámenes coproparacitarios se los realizan en emergencia en una relación de 3 a 1 en comparación con el servicio de consulta externa, así en el año 2006 se hicieron 12.002 y en consulta externa 4.246; en el 2.007 en emergencia se hicieron 16454 y en consulta externa 5.330 exámenes, datos que se observan en el Gráfico y Tabla Nº 74.

GRÁFICO Nº 74



Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
 Elaborado por: Patricia Aguilar.

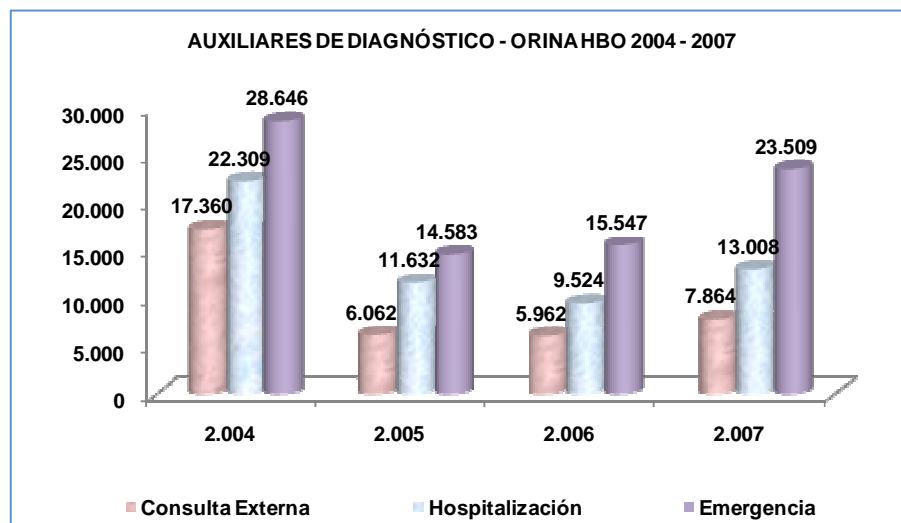
TABLA Nº 74
AUXILIARES DE DIAGNOSTICO MATERIAS FECALES CONSULTA EXTERNA
HBO 2004-2007

MATERIAS FECALES	AÑOS			
	2.004	2.005	2.006	2.007
Consulta Externa	4.549	5.202	4.246	5.330
Hospitalización	7.398	8.567	6.721	8.770
Emergencia	8.684	11.032	12.002	16.454
TOTAL	20.631	24.801	22.969	30.554

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
 Elaborado por: Patricia Aguilar.

Los exámenes de orina se realizaron de igual manera que los de materias fecales y en la misma proporción; en el año 2006 se hicieron 15.547 en emergencia y en consulta externa 5.962 y en el 2007 se realizaron 23.509 en emergencia y 7.864 exámenes, valores que se constatan en el Gráfico y Tabla Nº 75.

GRÁFICO Nº 75



Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
 Elaborado por: Patricia Aguilar.

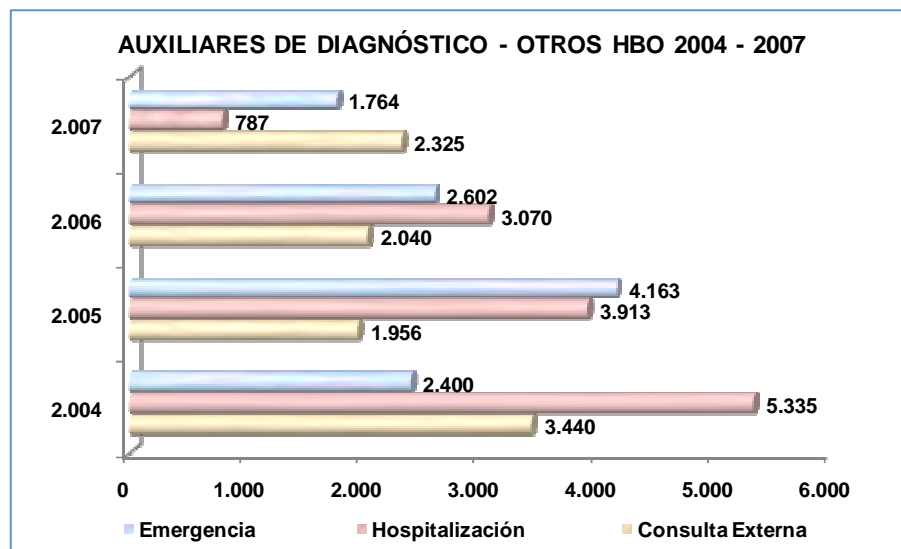
TABLA Nº 75
AUXILIARES DE DIAGNOSTICO ORINA CONSULTA EXTERNA HBO 2004-2007

ORINA	AÑOS			
	2.004	2.005	2.006	2.007
Consulta Externa	17.360	6.062	5.962	7.864
Hospitalización	22.309	11.632	9.524	13.008
Emergencia	28.646	14.583	15.547	23.509
TOTAL	68.315	32.277	31.033	44.381

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
 Elaborado por: Patricia Aguilar.

Es evidente que en otros exámenes de laboratorio en la consulta externa se realizan mayoritariamente en el año 2007 no así con 2.325 exámenes y en emergencia 1.764; en los años 2004-2006 es mayor en hospitalización y emergencia, información a ver en el Gráfico y Tala Nº 76.

GRÁFICO Nº 76



Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
 Elaborado por: Patricia Aguilar.

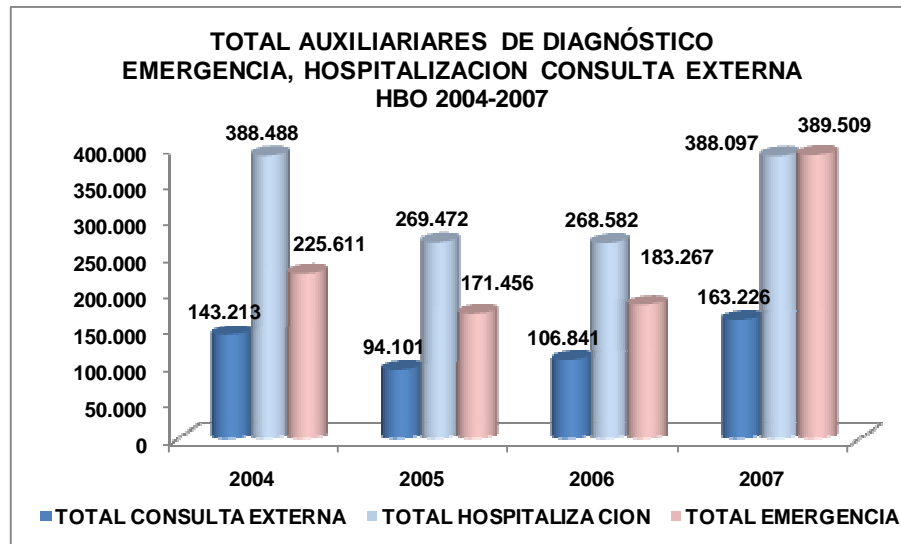
TABLA N° 76
AUXILIARES DE DIAGNOSTICO OTROS CONSULTA EXTERNA HBO 2004-
2007

OTROS	AÑOS			
	2.004	2.005	2.006	2.007
Consulta Externa	3.440	1.956	2.040	2.325
Hospitalización	5.335	3.913	3.070	787
Emergencia	2.400	4.163	2.602	1.764
TOTAL	11.175	10.032	7.712	4.876

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
 Elaborado por: Patricia Aguilar.

Los auxiliares de diagnóstico sirven para todos los servicios, en este caso se relaciona la consulta externa con el número de exámenes de laboratorio realizados; los datos comparativos entre los tres servicios permite evidenciar que la ejecución de auxiliares de diagnóstico es superior al 100% mayor en los servicios de hospitalización y emergencia, como se pueden observar los datos en el Gráfico y Tabla N° 77.

GRÁFICO Nº 77



Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar.

TABLA Nº 77

**TOTAL AUXILIARIOS DE DIAGNOSTICO CONSULTA EXTERNA,
HOSPITALIZACIÓN, EMERGENCIA HBO 2004-2007**

TOTAL AUXILIARIOS DE DIAGNOSTICO	ANOS			
	2004	2005	2006	2007
TOTAL CONSULTA EXTERNA	143.213	94.101	106.841	163.226
TOTAL HOSPITALIZACION	388.488	269.472	268.582	388.097
TOTAL EMERGENCIA	225.611	171.456	183.267	389.509
TOTAL GENERAL	757.312	535.029	558.690	940.832

Fuente: Departamento de Estadística y Registros Médicos HBO
Elaborado por: Patricia Aguilar.

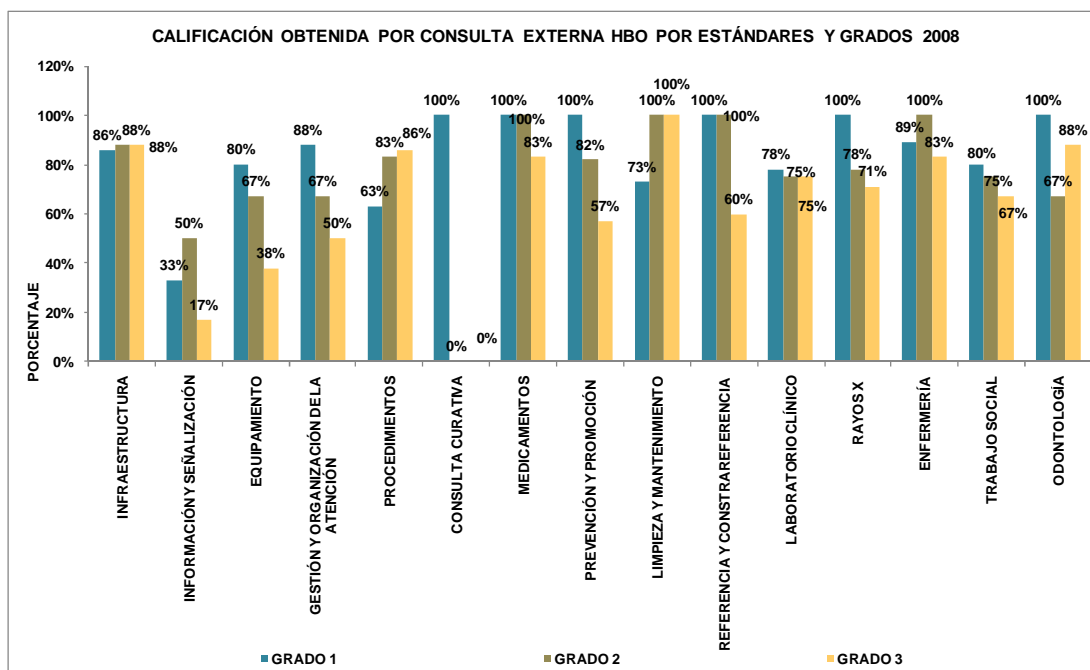
3.5 CALIDAD EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA HBO

La calidad de atención en salud del servicio de consulta externa es interactuante con juicios de valor, creencias y perspectivas sobre lo que constituye una buena o mala calidad de atención; en relación a las áreas de trabajo que describe

Donabedian, el énfasis del mejoramiento continuo es en el análisis de procesos: estrategias diagnósticas, tratamientos médicos, tiempos de espera y otros; el objetivo principal del mejoramiento es alcanzar la satisfacción del usuario, con una adecuada calidad en los procesos técnicos y humanos.

La calificación del instrumento aplicado se realizó introduciendo los datos en el sistema de información, que consta de 15 estándares y 399 preguntas al que se ingresó respuestas de acuerdo al Manual de Vigilancia de la Calidad, las respuestas fueron introducidas activado las casillas de verificación, cada sub estándar con respuesta positiva tiene un determinado porcentaje que se clasifican de acuerdo a una matriz ordenadora, obteniendo una calificación para la calidad técnica y administrativa, calidad humana y confort, o para la estructura, procesos y resultados del servicio de consulta externa del HBO; concluida la aplicación del instrumento, se llevó a cabo reuniones con las líderes de enfermería y líder médica del servicio para analizar los datos y los hallazgos de la encuesta; al realizar el análisis de la Atención de Calidad y Humana se analizó estándares como son, infraestructura, información y señalización, limpieza y mantenimiento, gestión y organización de la atención, equipamiento, procedimientos, consulta curativa, medicinas, rayos x, enfermería y trabajo social, y se puede observar que cumple con la mayoría de ítems en el grado 1, no así el de procedimientos y con menos puntaje el de información y señalización; los grados 2 y 3 disminuyen en la mayoría de estándares, el mayor porcentaje se le otorga al ítem de infraestructura, limpieza y mantenimiento, referencia y contrarreferencia, enfermería y odontología, detallados los valores en el Gráfico y Tabla N° 78.

GRÁFICO Nº 78



Fuente: Manual de vigilancia de calidad
Elaborado por: Patricia Aguilar.

TABLA Nº 78

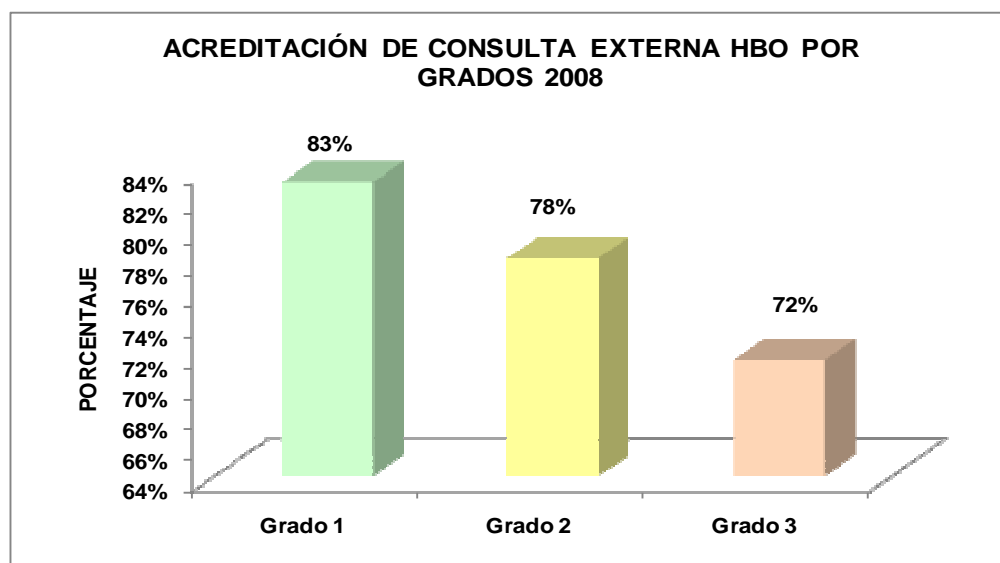
ESTANDARES	GRADO 1	GRADO 2	GRADO 3
INFRAESTRUCTURA	86%	88%	88%
INFORMACIÓN Y SEÑALIZACIÓN	33%	50%	17%
EQUIPAMIENTO	80%	67%	38%
GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN	88%	67%	50%
PROCEDIMIENTOS	63%	83%	86%
CONSULTA CURATIVA	100%	0%	0%
MEDICAMENTOS	100%	100%	83%
PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN	100%	82%	57%
LIMPIEZA Y MANTENIMIENTO	73%	100%	100%
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	100%	100%	60%
LABORATORIO CLÍNICO	78%	75%	75%
RAYOS X	100%	78%	71%
ENFERMERÍA	89%	100%	83%
TRABAJO SOCIAL	80%	75%	67%
ODONTOLOGÍA	100%	67%	88%

Fuente: Manual de vigilancia de calidad
Elaborado por: Patricia Aguilar.

Para la acreditación del servicio se realizó una redistribución de los porcentajes, asignando 100 puntos al total de preguntas del mismo grado, la calificación del grado es el porcentaje de respuestas positivas en ese grado, es una manera de valorar el nivel de crecimiento del servicio de consulta externa, los tres grados de desarrollo:(inicial, intermedio y de madurez).

Los rangos para la acreditación en cada uno de los ítems de Cumplimiento de Calidad para la Obtención de la Acreditación, cumplen con los estándares del grado 1 en un 83%, en el grado 2 con un 78% y en el grado 3 con un 72% como se observan en el Gráfico y Tabla N° 79.

GRAFICO N° 79



Fuente: Manual de vigilancia de calidad
Elaborado por: Patricia Aguilar.

TABLA Nº 79

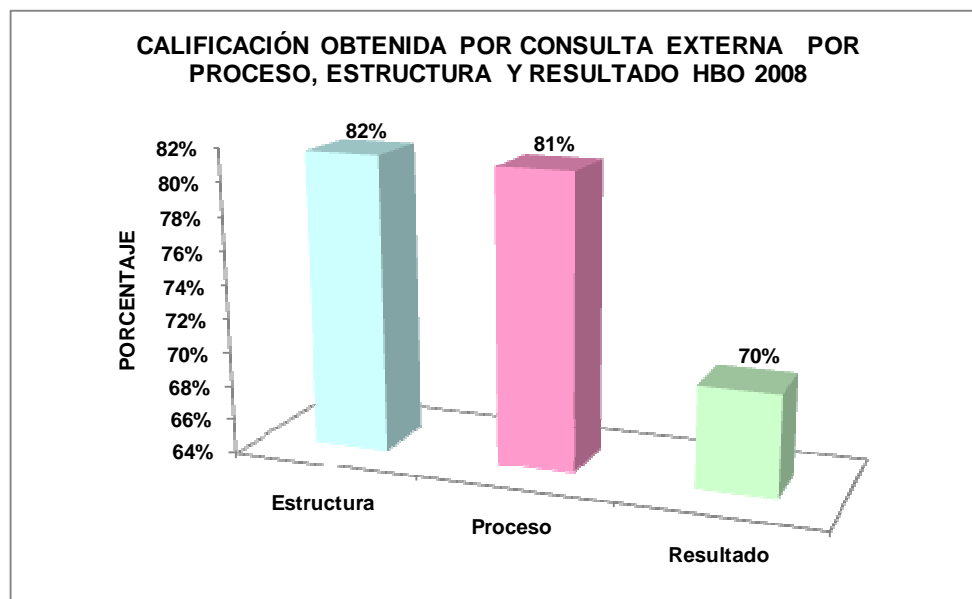
ACREDITACIÓN CONSULTA EXTERNA HBO POR GRADOS 2008	
GRADO 1	83%
GRADO 2	78%
GRADO 3	72%

Fuente: Manual de vigilancia de calidad
Elaborado por: Patricia Aguilar.

La estructura del “Mapa de Desarrollo de la Calidad”, fue realizada siguiendo el ordenamiento de la matriz de trabajo, que clasifica a cada sub-estándar en “Estructura, Proceso y Resultado”, la calificación del servicio obtiene un valor de estructura con un 82%, proceso con 81% y resultado con 70% como se detalla en el Gráfico y Tabla Nº 80.

GRÁFICO Nº 80

SERVICIO CONSULTA EXTERNA



Fuente: Manual de vigilancia de calidad
Elaborado por: Patricia Aguilar.

El diagrama muestra el puntaje alcanzado por el servicio tomando en cuenta los elementos de estructura, procesos y resultados.

TABLA N° 80

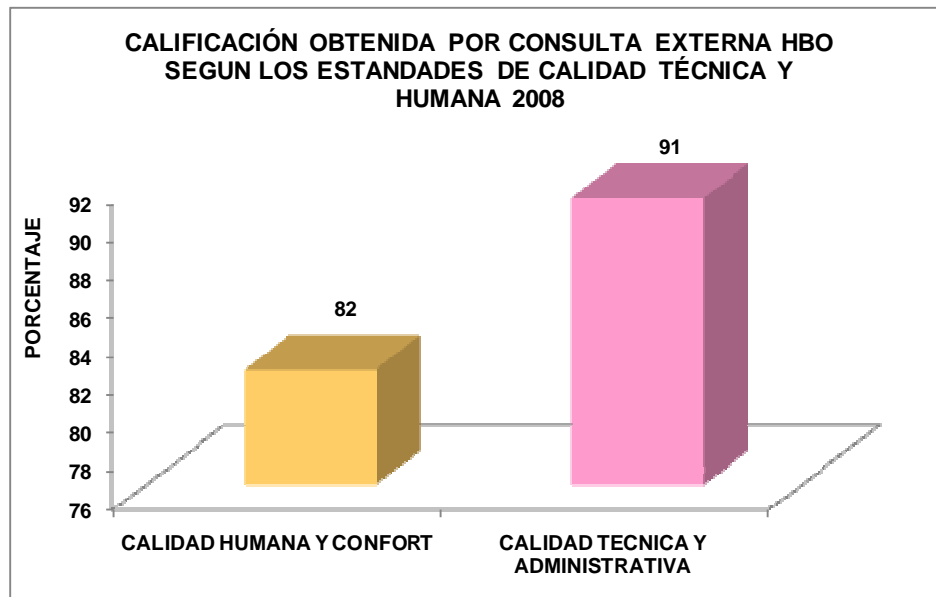
CALIFICACIÓN DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA POR ELEMENTOS DE ESTRUCTURA, PROCESOS Y RESULTADOS

CONSULTA EXTERNA HBO 2008	
ESTRUCTURA	82%
PROCESO	81%
RESULTADOS	70%

Fuente: Manual de vigilancia de calidad

Elaborado por: Patricia Aguilar.

Las preguntas clasificadas en Calidad Técnica y Administrativa, Calidad Humana y Confort, están en tres grados de desarrollo (inicial, intermedio y de madurez), tiene el siguiente puntaje: en calidad humana y confort 82% y en calidad técnica y administrativa el 91 como se detallan en el Gráfico y Tabla N° 81.

GRÁFICO Nº 81**SERVICIO****CONSULTA EXTERNA**

Fuente: Manual de vigilancia de calidad
Elaborado por: Patricia Aguilar.

El diagrama muestra el puntaje alcanzado por el servicio tomando en cuenta la Calidad Técnica y Administrativa y Calidad Humana y Confort.

TABLA Nº 81

**CALIFICACIÓN DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA POR CALIDAD TÉCNICA Y
ADMINISTRATIVA Y CALIDAD HUMANA Y CONFOR**

CALIDAD HUMANA Y CONFORT	82
CALIDAD TECNICA Y ADMINISTRATIVA	91

Fuente: Manual de vigilancia de calidad
Elaborado por: Patricia Aguilar.

3.6. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

El servicio de consulta externa tiene un sistema de registros básico, manual y sistemático, se registran datos como: partes diarios de atención médica, ingresos de pacientes a piso, número de pacientes preparados, pacientes que reciben post-consulta, asistencia del personal de enfermería en procedimientos especiales, vacunas administradas, canalizaciones de vías, exámenes varios en laboratorio, imagenología, ecografías Rx, tomografías.

La actividad de archivo en los siguientes documentos: requisición de insumos de bodega, egresos de bodega, egresos de farmacia, pedidos de reparación a mantenimiento, solicitud diaria de lencería, hojas de recepción de material blanco de central, documentos enviados, documentos recibidos, horarios, vacaciones del personal, informes de ausentismo de personal, pedidos semanal de insumos del personal por consultorios.

La información que se envía al Departamento de Enfermería son: horarios, vacaciones, ausentismos, certificados médicos justificando ausentismo, plan anual de actividades de Líder de Enfermería (informe de lo que ejecutó y lo que queda pendiente).

3.7 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.7.1 CONCLUSIONES

Aplicada la encuesta de satisfacción, según anexo 2, cuadro No.25, el 60% de de los usuarios que acuden al servicio de consulta externa, no están satisfechos por las dificultades de acceso y vigilia en el hospital en la adquisición de turnos en las especialidades de pediatría, neurología, cardiología.

En cuanto a la gestión de recursos humanos la limitante que se presenta en el personal, es que la gestión de enfermería, asigna al servicio de consulta externa, personal portador de alguna patología crónica preexistente, (músculo esquelética, degenerativas, edad promedio superior a 50 años), acompañado de índice de ausentismo, caracterizado por permisos médicos, sindicales, paralización de actividades por marchas y otros

Aplicado el instrumento Manual de Vigilancia de Calidad, que califica a la resultados un 70%, el instrumento indica que del 50% a 74% es aceptable pero se puede mejorar; lo que refleja el tipo de atención al usuario y la prestación de servicios.

La carga horaria con que el personal médico labora en la mañana es de 79 tratantes, distribuidos de lunes a viernes en los 42 consultorios según especialidades clínico quirúrgicas y en horarios de 8:00-10:00, o de 10:00-12:00, según designación que lo realiza el subdirector médico del hospital, y previa presentación de actividades médicas que lo presentan los líderes médicos de cada especialidad para dicho efecto.

3.7.2 RECOMENDACIONES

Es importante aprovechar la capacidad física instalada de la consulta en la tarde, con el personal de médicos y enfermeras requeridos de acuerdo a la demanda de atención de consultas médicas, con lo que se mejoraría y descongestionaría la sobredemanda de atención que existe en la atención de la mañana

Para una atención de calidad es importante contar con el suficiente personal, para proporcionar un mejor servicio al usuario, esto se alcanzaría mediante la contratación de personal con las características citadas, optimizando la producción del personal y del hospital.

La prestación de servicios al usuario y su acreditación de calidad se alcanzaría, cumpliendo con la normativa de calidad existente.

CAPITULO IV

4. MODELO DE GESTIÓN DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA HOSPITAL BACA ORTÍZ

Este capítulo describe el modelo a aplicar en la gestión de la consulta externa del HBO, se toman como base la revisión bibliográfica del marco teórico, el análisis situacional y como herramienta se utiliza el BSC, el mismo que facilita la planificación estratégica y la gestión; además es compatible con la estructura y gestión por procesos, lineamientos necesarios para la aplicación del presente modelo, el proceso de la formulación del futuro inicia con el desarrollo de la planificación estratégica del Servicio de Consulta Externa, se seguirá los pasos y perspectivas del BSC.

Las Perspectivas son:

- Lo **financiero**, perspectiva del accionista, mira rentabilidad.
- Los **clientes**, como nos ve, que necesita, mejorar los servicios e incluir valor agregado para él, la calidad característica para tener éxito.
- Sus **clientes externos**, como esta organizada la empresa, en que debe ser excelente, satisfacer necesidades del cliente usando técnicas gerenciales (reingeniería, de calidad, de costo basado en actividades)
- El **aprendizaje**, es la clave y el futuro, según con la tecnología a contar, apropiada y adecuada para su negocio, trabajo en equipo, liderazgo, participación, la compañía tendrá mejor futuro.

4.1 PLANIFICACION DE LA CONSULTA EXTERNA HBO

Al realizar la planificación estratégica del servicio se obtendrá una adecuada relación entre oferta y demanda, mejorando la atención de calidad y generando satisfacción de los usuarios internos y externos, con el plan operativo, los objetivos metas e indicadores establecen un norte y se asignan los recursos en forma óptima; al elaborar y aplicar los procesos de atención se podrá apreciar una adecuada relación y coordinación intra e interservicios, ocasionando satisfacción de los usuarios internos y externos de la consulta externa.

4.1.1 ANALISIS AMBIENTAL INTERNO Y EXTERNO DE LA CONSULTA EXTERNA HBO

El servicio que brinda la consulta externa del HBO está influenciado por una serie de factores y fuerzas que impactan positiva y negativamente en el desarrollo de su gestión, a continuación se describirán las mismas a través del análisis FODA, este análisis se realiza de manera colectiva, siguiendo los pasos del BSC, así se elegirán aquellas variables de acuerdo a cada una de sus perspectivas (financiera, procesos, aprendizaje y cliente); se elegirán aquellas con mayor puntaje de acuerdo a los criterios de urgencia, tendencia e impacto.

En el análisis externo se detallan las oportunidades y amenazas derivadas del medio externo al servicio, se identificaron las oportunidades que la consulta externa puede aprovechar para mejorar su gestión actual, estas se detallan en el Cuadro N° 10.

CUADRO N° 10

OPORTUNIDADES					Suma
PERSPECTIVA	DESCRIPCIÓN	URGENCIA	TENDENCIA	IMPACTO	
FINANCIERA	Apoyo de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales	8	6	10	24
	Donación de equipos, materiales e insumos varios	8	8	8	24
	Utilización de fondos de la Ley de Matrnidad Gratuita y Atención al Infante	10	10	10	30
CLIENTES	Reciben una atención profesional médica especializada	10	10	10	30
	Atención de salud médica gratuita	10	10	10	30
	Mejora de la calidad de vida del usuario	10	8	8	26
	Adquisición de turnos por vía telefónica, internet y previa cita	10	10	10	30
	Atención médica en horario am y pm	10	8	10	28
PROCESOS INTERNOS	Para la estructura de gestión por procesos, aplicar el Acuerdo Ministerial	10	10	10	30
	Estabilidad laboral	10	8	10	28
	Intercambio profesional con otros países	8	8	8	24
	Ley que establece un marco legal definido sobre modernización, estructura-organización y calidad de atención	10	8	10	28
	Coordinación de las actividades con cada una de las áreas	10	10	10	30
INNOVACIÓN Y APRENDIZAJE	Permisos para docencia y capacitación de personal	8	8	8	24
	Pasantías de estudiantes de diversas universidades	8	10	8	26
	Apoyo de estudiantes de secundaria para actividades lúdicas y labor social	8	8	8	24
	Acuerdos con la coordinación de enfermería para trabajar en nuevos proyectos	8	8	8	24
					0
PRIORIDAD					0
1	Utilización de fondos de la Ley de Matrnidad Gratuita y Atención al Infante				
2	Atención de salud médica gratuita				
3	Reciben una atención profesional médica especializada				
4	Adquisición de turnos por vía telefónica, internet y previa cita				
5	Coordinación de las actividades con cada una de las áreas				
6	Estabilidad laboral				
7	Atención médica en horario am y pm				
8	Mejora de la calidad de vida del usuario				

Fuente: Consulta Externa
Elaborado por: Patricia Aguilar.

Hay factores que **amenazan** la gestión de la consulta externa y que el servicio debe identificarlas para eliminarlas o disminuir su impacto negativo en su desarrollo operativo, estas se describen en el Cuadro N° 11.

CUADRO Nº 11

AMENAZAS					
PERSPECTIVA	DESCRIPCIÓN	OCURRENCIA	TENDENCIA	IMPACTO	TOTAL
FINANCIERA	Aprobación del presupuesto sin tomar en cuenta las necesidades de cada institución	8	8	9	25
	Termino de convenios con otras instituciones y fundaciones sociales de apoyo	6	6	8	20
	La realización de depósitos y transferencias no es oportuna por el Ministerio de Finanzas	10	10	10	30
	Incremento en el costo de medicinas y suministros médicos para la atención del usuario	8	8	9	25
	Reducción del presupuesto para el hospital	9	9	10	28
	Inversión del presupuesto hospitalario sobredimensionado	8	8	10	26
					0
CLIENTES	Nivel económico decreciente de los usuarios	8	8	9	25
	Incremento de morbilidad en las diversas especialidades	8	8	8	24
	Tratamientos inconclusos por parte de los usuarios	6	4	6	16
	Incremento en los costos de los medicamentos que el usuario debe comprar	8	8	9	25
	Incorformidad con el trato al usuario	6	6	6	18
					0
PROCESOS INTERNOS					0
					0
					0
					0
					0
INNOVACIÓN Y APRENDIZAJE	Nueva constitución afecta a organizaciones gremiales profesionales y laborales	8	8	8	24
	Inestabilidad del sistema sociocultura (políticas, estructuras, procesos, estrategias)	6	6	6	18
					0
					0
					0
PRIORIDAD					
1	La realización de depósitos y transferencias no es oportuna por el Ministerio de Finanzas				
2	Reducción del presupuesto para el hospital				
3	Inversión del presupuesto hospitalario sobredimensionado				
4	Aprobación del presupuesto sin tomar en cuenta las necesidades de cada institución				
5	Nivel económico decreciente de los usuarios				
6	Incremento en los costos de los medicamentos que el usuario debe comprar				
7	Incremento en el costo de medicinas y suministros médicos para la atención del usuario				
8	Nueva constitución afecta a organizaciones gremiales profesionales y laborales				

Fuente: Consulta Externa
Elaborado por: Patricia Aguilar

El servicio de consulta externa debe conocer cuales son sus fortalezas para potenciarlas y cuales sus debilidades para eliminarlas, este es un diagnóstico estratégico que analiza todos los factores que afectan su gestión corporativa, este proceso se denomina **análisis interno**.

Las fortalezas son actividades y atributos internos de la Consulta Externa que contribuyen y apoyan el logro de los objetivos del servicio, estas se describen en el Cuadro Nº 12.

CUADRO N° 12

FORTALEZAS					
PERSPECTIVA	DESCRIPCIÓN	URGENCIA	TENDENCIA	IMPACTO	TOTAL
FINANCIERA	Unidad de salud hospitalaria financiada por el estado	10	10	10	30
	Adecuado estudio socioeconómico	10	10	10	30
CLIENTES	Credibilidad en la institución	8	8	8	24
	Hospital pediátrico con talento humano especializado	10	10	10	30
	Personal con experiencia laboral	10	10	10	30
	Accesibilidad al hospital por encontrarse en una zona céntrica	10	8	10	28
PROCESOS INTERNOS	Rapidez en la atención de enfermería	8	8	8	24
	Potencial de trabajo en equipo	8	8	10	26
	El personal de salud de la consulta externa reconoce sus problemas	8	8	8	24
	Personal de enfermería cubre las doce horas de atención de la consulta externa	8	8	10	26
INNOVACIÓN Y APRENDIZAJE	Personal de salud con permisos para actualizar sus conocimientos	10	8	8	26
	Participación e interés del personal en cursos de educación continua	10	8	8	26
PRIORIDAD					
1	Unidad de salud hospitalaria financiada por el estado				
2	Adecuado estudio socioeconómico				
3	Hospital pediátrico con talento humano especializado				
4	Personal con experiencia laboral				
5	Accesibilidad al hospital por encontrarse en una zona céntrica				
6	Potencial de trabajo en equipo				
7	Personal de enfermería cubre las doce horas de atención de la consulta externa				
8	Participación e interés del personal en cursos de educación continua				

Fuente: Consulta Externa
Elaborado por: Patricia Aguilar

La consulta externa posee áreas que debilitan o disminuyen la efectividad de la prestación de servicios, estas debilidades al ser corregidas facilitarán la implementación de la estrategia y el cumplimiento de los objetivos, las debilidades se detallan en el Cuadro N° 13.

CUADRO Nº 13

DEBILIDADES					
PERSPECTIVA	DESCRIPCIÓN	URGENCIA	TENDENCIA	IMPACTO	TOTAL
FINANCIERA	Presupuesto hospitalario insuficiente	10	10	10	30
	Falta de conocimiento sobre el costo de atención por paciente	8	8	8	24
					0
					0
					0
CLIENTES	Falta de seguimiento de casos especiales (visitas domiciliarias)	8	8	8	24
	Elevada demanda de atención en las diversas especialidades	10	10	10	30
PROCESOS INTERNOS	Insuficiente personal médico y de enfermería en la consulta externa pm	10	10	10	30
	Coordinación inadecuada de tratamientos entre el personal médico	8	8	8	24
	Ausencia de sistematización en la atención médica	10	8	8	26
	Ausencia de protocolos y manuales técnico administrativos	10	10	10	30
	Incumplimiento en los horarios médicos	8	6	8	22
	Señalización, iluminación y ventilación del área defectuosa	8	8	8	24
INNOVACIÓN Y APRENDIZAJE	No se evidencia empoderamiento por parte del personal	10	10	10	30
	Trabajo de enfermería fragmentado en tareas	8	8	8	24
	Personal desmotivado	8	8	8	24
	Elevado ausentismo del personal, por permisos médicos y calamidades	8	8	10	26
	Personal de enfermería con dolencias físicas asignadas a c.externa	8	8	8	24
PRIORIDAD					
1	Presupuesto hospitalario insuficiente				
2	Elevada demanda de atención en las diversas especialidades				
3	Insuficiente personal médico y de enfermería en la consulta externa pm				
4	Ausencia de protocolos y manuales técnico administrativos				
5	No se evidencia empoderamiento por parte del personal				
6	Ausencia de sistematización en la atención médica				
7	Elevado ausentismo del personal, por permisos médicos y calamidades				

- ❖ Se realizó un anteproyecto de Levantamiento del Proceso de Atención al paciente clínico pediátrico en la consulta externa del HBO, Enero 2008 por el Líder de Enfermería de este servicio y que no fue difundido al personal. Datos que reflejan un tiempo de espera de 5 a 6 horas de espera del usuario, y un costo de atención de \$ 79,34 por paciente.

Fuente: Consulta Externa
Elaborado por: Patricia Aguilar

Como resultado del análisis ambiental, interno y externo se obtiene la **Matriz FODA**, la misma que resume las oportunidades, amenazas, fortalezas y debilidades, detalles en el Cuadro N° 14.

CUADRO N° 14

MATRIZ FODA SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA HBO	
ENTORNO (MEDIO EXTERNO)	
1	2
OPORTUNIDADES (+)	AMENAZAS (-)
1 Utilización de fondos de la Ley de Matrnidad Gratuita y Atención al Infante	1 La realización de depósitos y transferencias no es oportuna por el Ministerio de Finanzas
2 Atención de salud médica gratuita	2 Reducción del presupuesto para el hospital
3 Reciben una atención profesional médica especializada	3 Inversión del presupuesto hospitalario sobredimensionado
4 Adquisición de turnos por vía telefónica, internet y previa cita	4 Aprobación del presupuesto sin tomar en cuenta las necesidades de cada institución
5 Coordinación de las actividades con cada una de las áreas	5 Nivel económico decreciente de los usuarios
6 Estabilidad laboral	6 Incremento en los costos de los medicamentos que el usuario debe comprar
7 Atención médica en horario am y pm	7 Incremento en el costo de medicinas y suministros médicos para la atención del usuario
8 Mejora de la calidad de vida del usuario	8 Nueva constitución afecta a organizaciones gremiales profesionales y laborales
3	4
FORTALEZAS (+)	DEBILIDADES (-)
1 Unidad de salud hospitalaria financiada por el estado	1 Presupuesto hospitalario insuficiente
2 Adecuado estudio socioeconómico	2 Elevada demanda de atención en las diversas especialidades
3 Hospital pediátrico con talento humano especializado	3 Insuficiente personal médico y de enfermería en la consulta externa pm
4 Personal con experiencia laboral	4 Ausencia de protocolos y manuales técnico administrativos
5 Accesibilidad al hospital por encontrarse en una zona céntrica	5 No se evidencia empoderamiento por parte del personal
6 Potencial de trabajo en equipo	6 Ausencia de sistematización en la atención médica
7 Personal de enfermería cubre las doce horas de atención de la consulta externa	7 Elevado ausentismo del personal, por permisos médicos y calamidades
8 Participación e interés del personal en cursos de educación continua	8 Señalización, iluminación y ventilación del área defectuosa
INSTITUCION (MEDIO INTERNO)	

Fuente: Consulta Externa
Elaborado por: Patricia Aguilar

4.1.2 ANALISIS ESTRUCTURAL DE FACTORES

Se realiza el cruce de variables de acuerdo a la dependencia e independencia de factores según la siguiente matriz la cual nos va permitir establecer una relación de estos factores y el grado de prioridad que tiene cada uno de ellos, lo que se observa en la matriz a continuación, en el Cuadro N° 15.

4.1.3 MATRIZ DE ORDENAMIENTO DE FACTORES SEGÚN MOTRICIDAD Y DEPENDENCIA

El siguiente paso es realizar el análisis estructural, resultado del cual se obtiene la **matriz de ordenamiento**, según motricidad y dependencia obtenida, el análisis estructural se utiliza para determinar el sentido de las relaciones entre variables con el objetivo de resaltar la estructura de las relaciones entre variables cualitativas cuantificables o no, lo que permite identificar las variables esenciales; este análisis comprende las siguientes etapas:

- Identificación de las variables que ya se desarrollo en la matriz FODA
- Determinación de las interrelaciones entre las variables pues una variable tiene sentido en función de sus relaciones.

El documento es revisado por la Enfermera Líder y aceptada por la Doctora Líder de la Consulta Externa, análisis ver a continuación en el Cuadro N° 16.

CUADRO Nº 16

ORDENAMIENTO DE FACTORES SEGÚN MOTRICIDAD Y DEPENDENCIA			
NUMERO	VARIABLE	MOTRICIDAD	DEPENDENCIA
1	Utilización de fondos de la Ley de Matrnidad Gratuita y Atención al Infante	10	11
2	Atención de salud médica gratuita	27	14
3	Reciben una atención profesional médica especializada	27	13
4	Adquisición de turnos por vía telefónica, internet y previa cita	10	13
5	Coordinación de las actividades con cada una de las áreas	21	20
6	Estabilidad laboral	11	19
7	Atención médica en horario am y pm	24	22
8	Mejora de la calidad de vida del usuario	22	22
9	La realización de depósitos y transfercias no es oportuna por el Ministerio de Finanzas	6	14
10	Reducción del presupuesto para el hospital	14	21
11	Inversión del presupuesto hospitalario sobredimensionado	11	14
12	Aprobación del presupuesto sin tomar en cuenta las necesidades de cada institución	11	15
13	Nivel económico decreciente de los usuarios	13	14
14	Incremento en los costos de los medicamentos que el usuario debe comprar	11	14
15	Incremento en el costo de medicinas y suministros médicos parala atención del usuario	18	21
16	Nueva constitución afecta a organizaciones gremiales profesionales y laborales	20	21
17	Unidad de salud hospitalaria financiada por el estado	25	20
18	Adecuado estudio socioeconómico	4	8
19	Hospital pediátrico con talento humano especializado	27	22
20	Personal con experiencia laboral	27	18
21	Accesibilidad al hospital por encontrarse en una zona céntrica	11	13
22	Potencial de trabajo en equipo	26	18
23	Personal de enfermería cubre las doce horas de atención de la consulta externa	24	19
24	Participación e interés del personal en cursos de educación continua	12	14
25	Presupuesto hospitalario insuficiente	19	22
26	Elevada demanda de atención en las diversas especialidades	26	21
27	Insuficiente personal médico y de enfermería en la consulta externa pm	25	17
28	Ausencia de protocolos y manuales técnico administrativos	10	15
29	No se evidencia empoderamiento por parte del personal	16	16
30	Ausencia de sistematización en la atención médica	14	10
31	Elevado ausentismo del personal, por permisos médicos y calamidades	5	12
32	Señalización, iluminación y ventilación del área defectuosa	10	14

Fuente: Consulta Externa
Elaborado por: Patricia Aguilar.

4.1.4 CLASIFICACION DE FACTORES SEGÚN SU NATURALEZA

La clasificación de las variables y determinación de las variables estratégicas clave por medio del método llamado matriz de impactos cruzados, multiplicación aplicada a una clasificación “MICMAC”, que permite cuantificar el número de relaciones directas detectables e indirectas u ocultas entre variables; obteniéndose como resultado el **plano de coordenadas Dependencia Motricidad**, clasificando las variables de un sistema en cuatro sectores.

- El sector **1** ubica variables con coordenadas de alta motricidad y baja dependencia, estas son **variables motrices** y explican el sistema fuertemente condicionadas por las demás y es:
 - La variable 3. Reciben atención médica, tiene un valor de motricidad de 27 y dependencia de 13.

- El sector **2** ubica variables con coordenadas de alta motricidad y alta de dependencia, son variables de enlace, inestables por naturaleza, y cualquier acción sobre ella repercutirá en el resto y en ellas, se llaman **variables estratégicas clave**, mientras más se alejen del eje estratégico y sus efectos se atenúan cuanto mas se acercan al eje estratégico y son:
 - La variable 5. Coordinación de las actividades en cada una de las áreas, con una motricidad de 21 y dependencia de 20-
 - La variable 7. Atención médica en horarios am y pm, con motricidad de 24 y dependencia de 22.
 - La variable 8. Mejora de la calidad de vida del usuario, con motricidad de 22 y dependencia de 22.
 - La variable 15. Incremento en el costo de medicinas y suministros médicos para la atención al usuario, con motricidad de 18 y dependencia de 21.
 - La variable 16. Nueva constitución afecta a organizaciones gremiales, profesionales y laborales, con motricidad de 20 y dependencia de 21-
 - La variable 17. Unidad de salud hospitalaria financiada por el estado, con motricidad de 25 y dependencia de 20.
 - La variable 19. Hospital pediátrico con talento humano especializado, con motricidad de 27 y dependencia de 22-
 - La variable 20. Personal con experiencia laboral, con motricidad de 27 y dependencia de 18.

- La variable 22. Potencia de trabajo en equipo, con motricidad de 26 y dependencia de 18.
 - La variable 23. Personal de enfermería cubre las doce horas de atención de consulta externa, con motricidad de 24 y dependencia de 19.
 - La variable 25. Presupuesto hospitalario insuficiente, con motricidad de 19 y dependencia de 22.
 - La variable 26. Elevada demanda de atención en las diversas especialidades, con motricidad de 24 y dependencia de 21.
 - Insuficiente personal médico y de enfermería en la consulta externa pm, con motricidad e 25 y dependencia de 17.
- El sector **3** ubica variables con coordenadas de baja motricidad y alta dependencia, estas se clasifican como **variables resultantes** y su evolución se explica por las que se sitúan en el sector 1 y 2, a continuación:
- La variable 6. Estabilidad laboral, con motricidad de 11 y dependencia de 19.
 - La variable 10. Reducción del presupuesto para el hospital, con motricidad de 14 y dependencia de 21.
- El sector **4** ubican variables con coordenada de baja motricidad y baja dependencia, se conocen como **variables autónomas** y pueden prescindir de ellas, a continuación:
- La variable 1. Utilización de los Fondos de la Ley de Maternidad Gratuita y atención al infante, con motricidad de 10 y dependencia de 11.
 - La variable 4. Adquisición de turnos por vía telefónica, internet y turnos, con motricidad de 10 y dependencia de 13.
 - La variable 9. La realización de depósitos y transferencia no es oportuno por parte del Ministerio de Defensa, con motricidad de 6 y dependencia de 14.

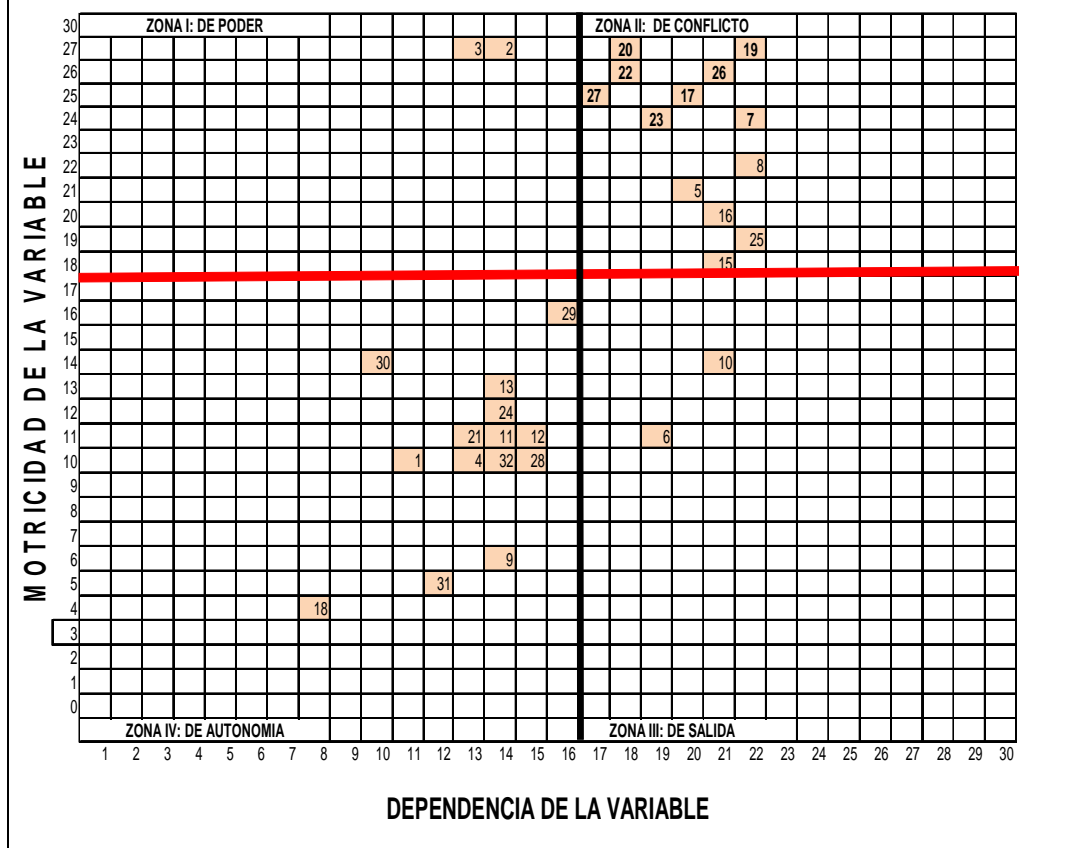
- La variable 11. Inversión del presupuesto sobredimensionado, con motricidad de 11 y dependencia de 14.
- La variable 12. Aprobación del presupuesto sin tomar en cuenta las necesidades de cada institución, con motricidad de 11 y dependencia de 15.
- La variable 13. Nivel económico decreciente de los usuarios, con motricidad de 13 y dependencia de 14.
- La variable 18. Adecuado estudio socioeconómico, con motricidad de 4 y dependencia de 8.
- La variable 21. Accesibilidad al hospital por encontrarse en zona céntrica, con motricidad de 11 y dependencia de 13.
- La variable 24. Participación e interés del personal en cursos de educación continua, con motricidad de 12 y dependencia de 14.
- La variable 28. Ausencia de manuales y protocolos técnico administrativos.
- La variable 29. No se evidencia empoderamiento por parte del personal, con motricidad de 16 y dependencia de 16.
- La variable 30. Ausencia de sistematización en la consulta externa, con motricidad de 14 y dependencia de 10.
- La variable 31. Elevado ausentismo del personal por permisos médicos y calamidades, con motricidad de 5 y dependencia de 12.
- La variable 32. Señalización, iluminación y ventilación del área defectuosa.

Estos resultados se detallan en los ejes de las coordenadas, a continuación en el Cuadro N° 17

CUADRO N°17

CLASIFICACIÓN DE FACTORES SEGÚN SU NATURALEZA

PROGRAMA DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA 2008



Fuente: Consulta Externa
 Elaborado por: Patricia Aguilar.

4.1.5 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO DE LA CONSULTA EXTERNA

El siguiente paso es definir cuál es el direccionamiento estratégico de la consulta externa, como sabemos que toda organización para crecer, generar utilidades y permanecer en el mercado debe tener muy claro hacia donde se dirige, este consta de los principios corporativos, visión y misión de la organización.

La **misión** de la consulta externa es brindar un servicio de atención pública diagnóstica, curativa y de rehabilitación las 12 horas del día a pacientes pediátricos provenientes de todo el Ecuador y países vecinos, con personal

profesional especializado y subprofesional, humanista, que entrega sus servicios con calidad; bajo los principios científico-técnicos dirigidos por valores morales y éticos.

La **visión** del servicio de consulta externa es: La consulta externa del HBO será un servicio de especialidad pediátrica de referencia nacional donde se entregue atención de cuarto nivel, con profesionales en todas las ramas de la salud, con excelencia académica y humanista, capaces de manejar tecnología actualizada, que brinde una atención con eficacia, calidad y calidez, encargado de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad con vigilancia estricta del cumplimiento de los derechos de los niños.

Los **principios corporativos** de la consulta externa son:

- El respeto por las personas
- Las actividades de enfermería se fundamentan en el respeto por los clientes – pacientes sus valores creencias, condición cultural, raza, credo.
- Plena satisfacción de los usuarios.
- El compromiso: El trabajo en equipo, el amor, lealtad y la transparencia frente a la organización son características indispensables del personal de enfermería de la institución.
- Perspectiva científica: enfoque sistémico de los procesos, decisiones basadas en la evidencia.
- Ética en su accionar: el comportamiento de los miembros de la gestión de enfermería debe ajustarse a los valores de honestidad, integridad y justicia.

El análisis FODA identifican las variables estratégicas claves, las mismas que permitirán trazar **los objetivos estratégicos**, estos son específicos y concretos que parten de la visión y misión del servicio, al realizar el análisis situacional interno y externo del servicio se identificó variables y factores que afectan su

óptimo funcionamiento, para proponer una solución se pone a consideración la siguiente propuesta a través del plan estratégica, los mismos que se plantean dentro de cada uno de las perspectivas del BSC, de la siguiente manera.

4.1.6 MAPA ESTRATEGICO (ESTRATEGIAS)

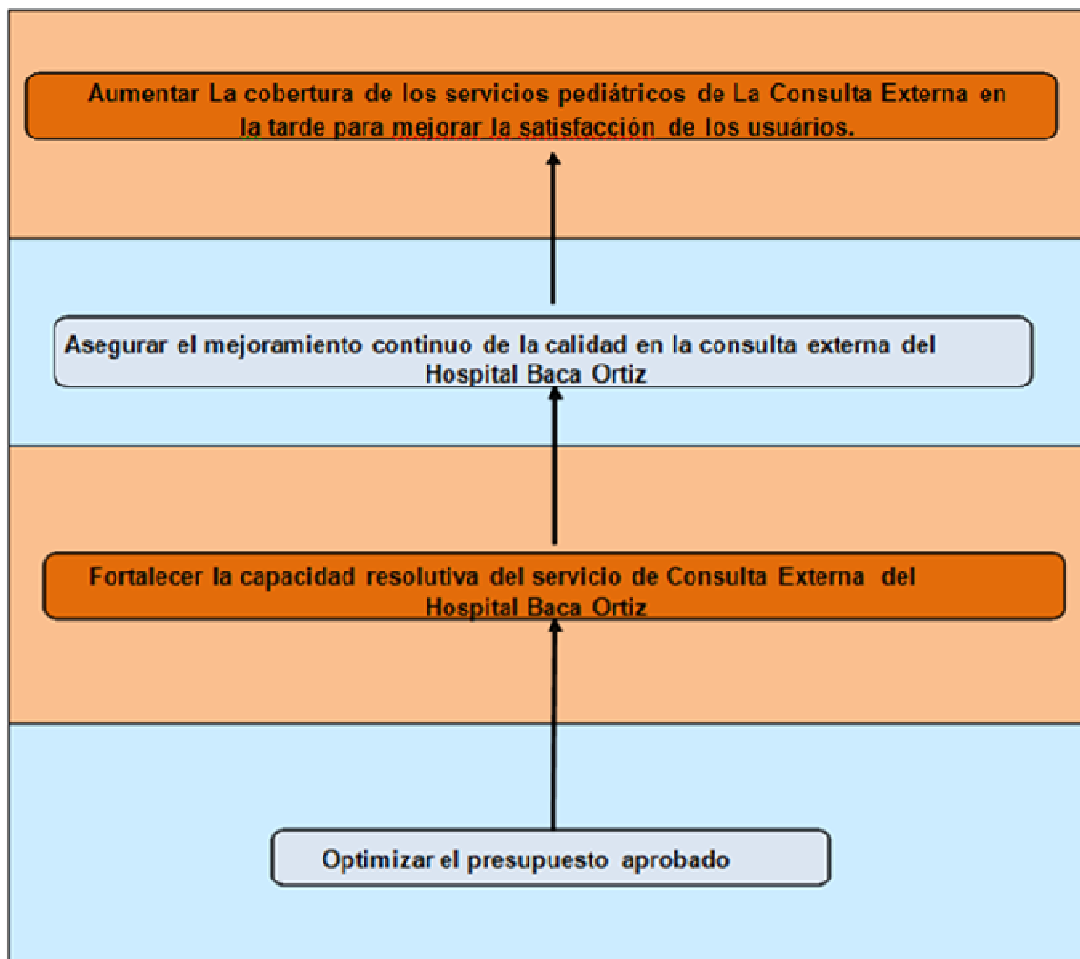
Según Norton y Kaplan, al realizar diversos estudios las empresas deben centrarse en satisfacer las necesidades del cliente; si es una empresa pública genera impacto social y si es una empresa privada generan rentabilidad.

En la **perspectiva clientes** el objetivo es aumentar la cobertura de los servicios pediátricos de la consulta externa para mejorar la satisfacción de los usuarios; en la **perspectiva de procesos** el objetivo es asegurar el mejoramiento continuo de la calidad en la consulta externa del Hospital Baca Ortiz; en la **perspectiva de aprendizaje** el objetivo es fortalecer la capacidad resolutive del servicio de consulta externa del HBO; en la **perspectiva financiera** el objetivo es optimizar el presupuesto aprobado.

Identificadas las variables estratégicas se elaboran los **objetivos estratégicos** y diseña el **Mapa Estratégico**, este mapa contiene en abscisas, en las se contempla la empresa (las habituales son la financiera, la de cliente, la de los procesos internos y la de aprendizaje y crecimiento) y, en ordenadas, temas estratégicos que permite a la empresa combinar recursos intangibles (habilidades, tecnologías y el clima organizacional) con procesos internos, obteniendo resultados deseados, permite comunicar claramente los resultados deseados e hipótesis de cómo se pueden alcanzar los resultados, la estrategia es entendida por todos sus miembros y determina su contribución al alinearse con la estrategia, estos datos se pueden identificar en el Cuadro N° 18, del Mapa Estratégico del BSC.

CUADRO Nº 18

MAPA ESTRATEGICO DEL BSC DE LA CONSULTA EXTERNA HBO



Fuente: Consulta Externa
Elaborado por: Patricia Aguilar.

4.1.7 MATRIZ BALANCE SCORE CARD

La matriz del BSC aplicada a la consulta externa se describe a continuación:

- En la columna 1 esta la Perspectiva Financiera, Perspectiva del Aprendizaje e Innovación, Procesos Claves y la última de Usuarios y Comunidad.

- En la columna 2 tenemos los objetivos estratégicos del plan y son:
 - Aumentar la cobertura de los servicios pediátricos de la consulta externa para mejorar la satisfacción de los usuarios.
 - Asegurar el mejoramiento continuo de calidad de la Consulta Externa del HBO.
 - Fortalecer la capacidad resolutive del servicio de Consulta Externa del HBO
 - Optimizar el presupuesto aprobado

- En la columna 3 se encuentran los indicadores estratégicos, son los indicadores que permiten el cumplimiento de los objetivos y son:
 - Índice de cobertura
 - Índice de satisfacción del usuario
 - Porcentajes de pacientes atendidos
 - Porcentajes de pre consultas realizadas
 - Porcentajes de consultas médicas realizadas
 - Porcentajes de post consultas realizadas

- Porcentajes de médicos tratantes que brindan atención en la tarde en consulta externa
 - Porcentaje de enfermeras que brindan atención en la tarde en consulta externa
 - Porcentaje de consultorios que se utilizan en la tarde en consulta externa
 - Porcentaje de consulta externa que se ejecutan en la tarde
 - Porcentaje de ejecución presupuestaria
-
- En la columna 4 consta la fórmula, que nos permite la construcción de la fórmula del indicador, detalladas respectivamente en el cuadro

 - En la columna 5 se establece la meta basal o estado basal del indicador en término porcentual

 - En la columna 6 se establece la meta a alcanzar

 - En la columna 7 se establece las iniciativas estratégicas del plan o propuestas a implementarse, el mismo que se describen más adelante en la estrategia de implementación

Estos datos se pueden evidenciar en el Cuadro N° 19.

CUADRO Nº 19

CUADRO DE INDICADORES – METAS E INICIATIVAS

BALANCED SCORECARD, CONSULTA EXTERNA HBO 2009						
1	2	3	4	5		7
				6		
Perspectiva	Objetivos estratégicos	Indicadores estratégicos	Fórmula	Actual	2009	Iniciativas Estrategias
Usuarios y Comunidad	Aumentar la cobertura de los servicios pediátricos de CE para mejorar la satisfacción de los usuarios	Indice de cobertura	Total de consultas solicitadas en un año /total de consultas atendidas en el mismo año * 100	90,00%	98%	Plan incremento cobertura
		Indice de satisfacción del usuario	Nº de pacientes satisfechos en un mes / Nº de pacientes atendidos en 1 mes * 100.	75%	90%	Plan de calidad
Procesos claves	Asegurar el mejoramiento continuo de la calidad en la Consulta Externa del HBO	% de pacientes atendidos en estadística para CE-HBO	Nº de pacientes que son atendidos en CE-HBO/ Nº total de turnos emitidos para CE-HBO * 100	83%	95%	Plan de implementación de procesos
		% de preconsultas realizadas en CE-HBO	Nº de pacientes preparados en 6 especialidades/Total paciente atendidos en especialidades requeridas(6) * 100.	67%	95%	
		% de Consultas médicas realizadas en CE-HBO	Nº de consultas realizadas /Total turnos otorgados *100.	90%	95%	
		% de postconsultas realizadas en CE-HBO	Nº de pacientes con postconsulta en 4 especialidades/Total paciente atendidos en especialidades requeridas(4) * 100	33%	60%	
Perspectiva del aprendizaje e innovación	Fortalecer la capacidad resolutive del servicio de Consulta Externa del HBO	% de medicos tratantes que brindan atención en la tarde en CE	Nº de médicos que atienden en CE de la tarde HBO/ Nº de médicos que atienden en la mañana* 100	9%	19%	Plan incremento capacidad resolutive(RRHH)
		% de enfermeras que brindan atención en la tarde en CE	Nº de enfermeras que atienden en CE de la tarde HBO/ Nº de enfermeras que atienden en la mañana* 100	20%	40%	
		% de consultorios que se utilizan en la tarde en CE	Nº de consultorios que se utilizan en CE de la tarde HBO/ Nº de total de consultorios * 100	14%	50%	
		% de personal capacitado en la tarde	Nº de personal capacitado en la tarde/ total de personas capacitadas*100	30%	40%	
		% de CE que se ejecutan en la tarde	No de CE de la tarde/No. De CE de la mañana* 100	17%	90%	
Perspectiva financiera	Optimizar el presupuesto aprobado	% de ejecución presupuestaria	Presupuesto ejecutado/ presupuesto aprobado * 100.	90%	100%	Plan ejecución presupuestario

Fuente: Consulta Externa
Elaborado por: Patricia Aguilar

4.2. ORGANIZACIÓN EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA HBO

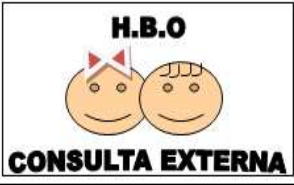
El área organizativa incluye el desarrollo del presente modelo y la necesidad de crear manuales y procedimientos para orientar el desarrollo diario de procesos de atención y la manera de relacionarlos con otros servicios, áreas de apoyo y procesos de atención mediante la elaboración de las normas del servicio.

4.2.1 PROCESOS

Una parte esencial de la propuesta del presente modelo de gestión es la elaboración de los principales procesos que se ejecutan en el servicio, al elaborar y aplicar los procesos de atención se podrá definir correctamente el número de personal que se necesita en consulta externa para que el cliente reciba una atención de calidad; estos se definen como un “Conjunto de actividades que transforman entradas conocidas en salidas deseadas”, **la Norma ISO 9001:2000** enfatiza la importancia de identificar, implementar, gestionar y mejorar continuamente la eficacia de sus procesos, necesarios para el sistema de gestión de calidad y para gestionar interacciones de estos, con el fin de alcanzar los objetivos de la organización, a continuación se describen los principales procesos del servicio de Consulta Externa en las áreas de Neurología, Pediatría y Cardiología que a continuación se detallan en los Cuadros N° 20 A, 20B, 20C; 21A,21B,21C; 22A,22B,22C respectivamente.

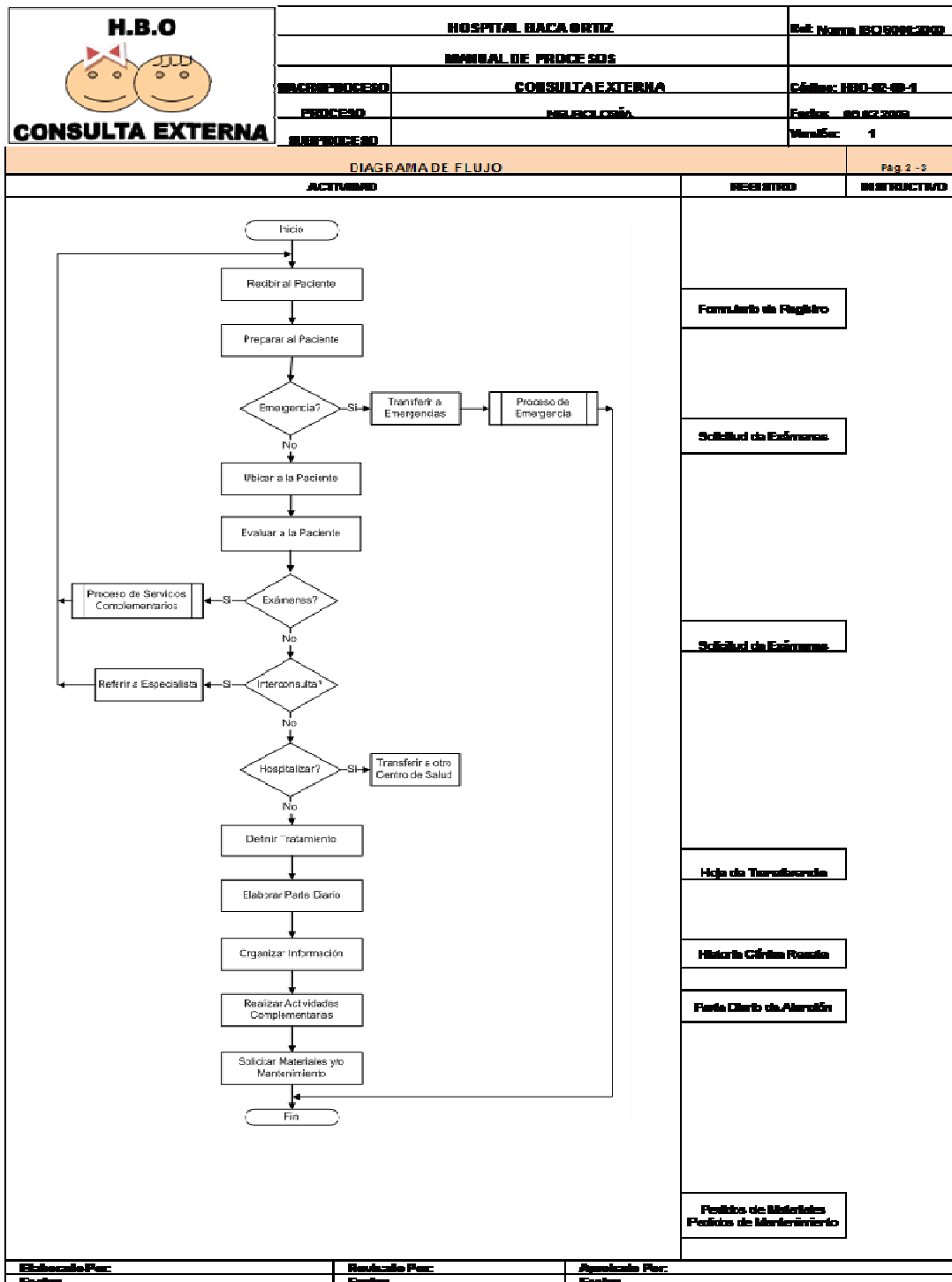
4.3.1. PRINCIPALES PROCESOS DE LA CONSULTA EXTERNA

CUADRO N° 20A

		HOSPITAL BACA ORTIZ			Ref: Norma ISO 9001:2008	
		MANUAL DE PROCESOS				
MACROPROCESO		CONSULTA EXTERNA			Código: HBO-02-09-1	
PROCESO		NEUROLOGÍA			Fecha: 06-02-2009	
SUBPROCESO					Versión: 01	
CUADRO DE DESCRIPTORES Y RESPONSABILIDADES						Pág. 1 - 3
N°	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE		REGISTRO	INSTRUCTIVO
			CARGO	UNID. EJEC.		
1	Recibir al Paciente	Recibir Historias Clínicas de Estadística. Llamar a los pacientes de acuerdo al turno.	Enfermera	Consulta Externa		
2	Preparar y Ubicar al Paciente	Ubicar a los pacientes en los diferentes consultorios, según especialidad.	Enfermera	Consulta Externa	formulario de registro	
3	Evaluar al Paciente	Diagnosticar o solicitar exámenes y/o interconsulta.	Neurólogo	Consulta Externa		
4	Exámenes?	Si. Procesos de Apoyo Diagnóstico. Vuelve a consulta con los resultados. No. Act. 7	Neurólogo	Consulta Externa	Solicitud de Exámenes	
5	Interconsulta?	Si. Referir a Especialista. Vuelve a Consulta con el informe medico.	Neurólogo	Consulta Externa		
6	Ingreso a piso de hospitalización	Llenar Hoja de ingreso a oiso	Neurólogo	Consulta Externa	Hoja de Ingreso a piso	
7	Definir Tratamiento	Se prescribe el tratamiento y se complementan las indicaciones de acuerdo a los resultados. Emite receta.	Neurólogo	Consulta Externa	Historia Clínica Receta	
8	Elaborar Parte Diario	Registro de Pacientes Atendidos	Neurólogo	Consulta Externa	Parte Diario de Atención	
9	Organizar Historia Clínica	Revisar y ordenar las historias clínicas de las pacientes atendidas diariamente; y entregarlas a Estadística	Enfermera	Consulta Externa		
10	Realizar actividades complementarias	Ordenar y equipar el consultorio. Instruir al paciente de post consulta, dando indicaciones según las necesidades. Verificar y notificar materiales por terminarse o necesidad del servicio de mantenimiento.	Enfermera	Consulta Externa		
11	Solicitar Materiales y/o Mantenimiento	A partir de la información proporcionada por enfermería se realizan los pedidos de materiales a bodega. Si existen fallas o novedades en la funcionalidad del consultorio se realizan los respectivos pedidos de mantenimiento.	Enfermera	Consulta Externa	Pedidos de Materiales Pedidos de Mantenimiento	
Elaborado Por:		Revisado Por:		Aprobado Por:		
Fecha:		Fecha:		Fecha:		

Fuente: Consulta Externa
Elaborado por: Patricia Aguilar.

CUADRO N°20B




Fuente: Consulta Externa
Elaborado por: Patricia Aguilar.

CUADRO N° 20C

H.B.O		HOSPITAL BACA ORTIZ		Ref: Norma ISO 9001:2008	
CONSULTA EXTERNA		MANUAL DE PROCESOS			
MACROPROCESO		CONSULTA EXTERNA		Código: HBO-02-09-1	
PROCESO		NEUROLOGÍA		Fecha: 06-02-2009	
SUBPROCESO				Versión: 1	
CUADRO DE CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO					Pág. 3 - 3
			OBJETIVO: Establecer un proceso documentado para la atención de los pacientes que van a ser atendidos en Consulta Externa.		
			ALCANCE: Este proceso está desarrollado para la atención a pacientes del MSP.		
ENTRADAS					
DENOMINACIÓN		PROVEEDOR		PROCESO DE REFERENCIA	
Historia Clínica		Estadística		HBO-ACE-A.1-09	
Resultados de Exámenes Complementarios		Laboratorio		HBO-LCE-P.1.1-09	
		Imagenología		HBO-RX-P.2.1-09	
				HBO-EG-P.2.1-09	
SALIDAS					
DENOMINACIÓN		CLIENTE		PROCESO DE REFERENCIA	
Historia Clínica Actualizada		Estadística		HBO-ACE-A.1-09	
Solicitud de Exámenes de Laboratorio		Laboratorio		HBO-LCE-P.1.1-09	
Solicitud de Exámenes de Imagen		Imagenología		HBO-RX-P.2.1-09	
Pedidos de Materiales		Bodegas		HBO-GA-M-09	
Pedidos de Mantenimiento		Mantenimiento		HBO-GA-M-09	
Paciente Atendido		Evaluación de Servicio al Cliente		HBO-ESC-G.1-09	
RECURSOS					
HUMANOS		FÍSICOS		TECNOLÓGICOS	
DENOMINACIÓN	CANTIDAD	DENOMINACIÓN	CANTIDAD	DENOMINACIÓN	CANTIDAD
		Consultorio		Equipo Médico	
Médicos Tratantes		Mobiliario		Equipo Instrumental	
Enfermeras		Insumos Médicos		Computador	
Auxiliares de Enfermería		Material de Oficina		Impresora	
				Teléfono	
CONTROLES					
Historia Clínica					
Parte Diario					
Manual de Manejo de Historias Clínicas					
REGISTROS					
DENOMINACIÓN				Código	
Parte Diario de Atención					
Historia Clínica					
INDICADORES					
DENOMINACIÓN			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Satisfacción del Cliente (%)			$(\text{Número de Pacientes Satisfechos} / \text{Número Total de Pacientes Encuestados}) * 100$		
Partes Medicas Diarios (%)			$(\text{Partes bien elaborados} / \text{Partes generados}) * 100$		
Elaborado Por:		Revisado Por:		Aprobado Por:	
Fecha:		Fecha:		Fecha:	

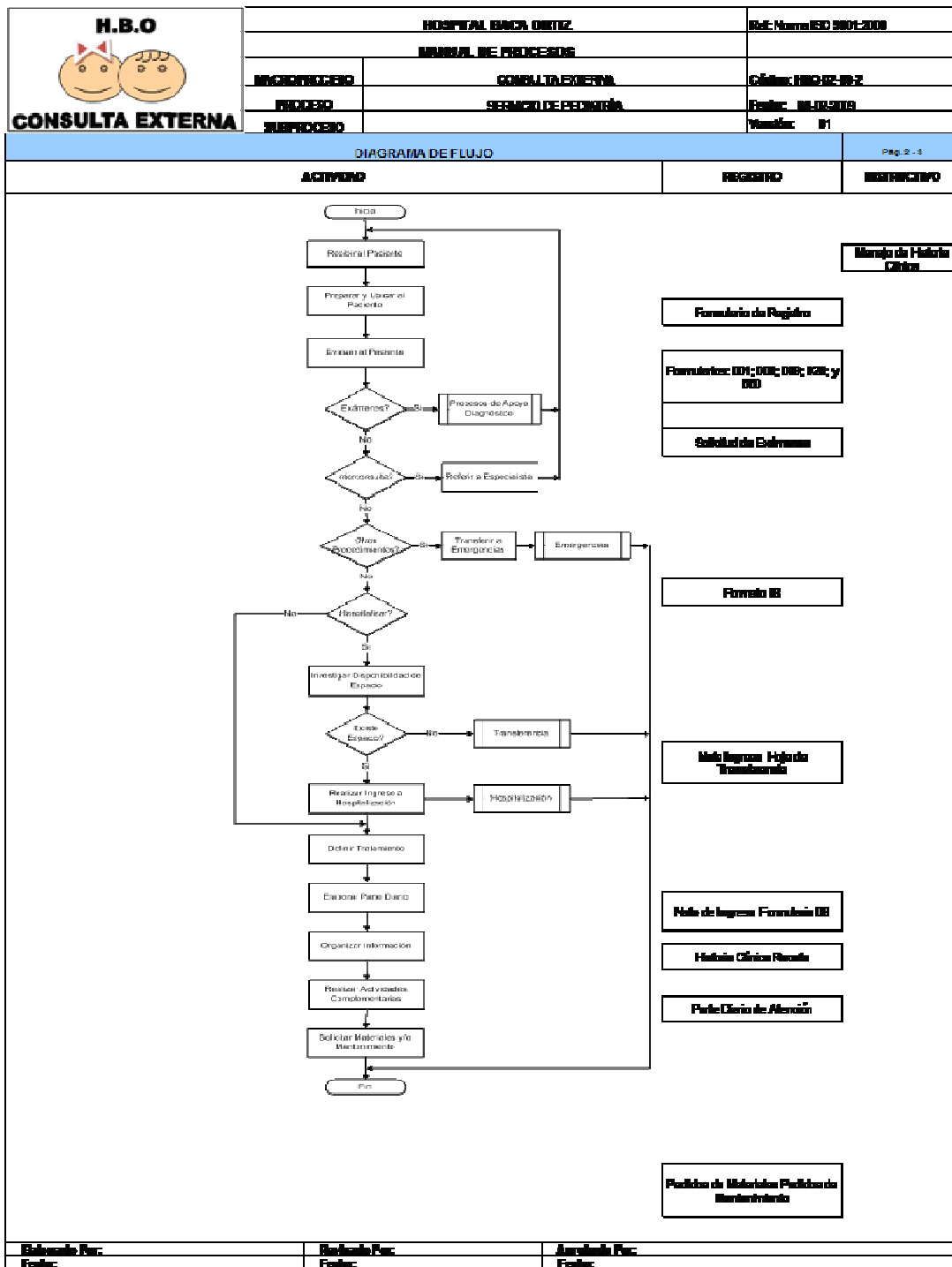
Fuente: Consulta Externa
Elaborado por: Patricia Aguilar.

CUADRO N°21A

 <p>H.B.O CONSULTA EXTERNA</p>		HOSPITAL RACA ORTIZ			Dir: Numa RO 0001-0000		
		MANUAL DE PROCEDIMIENTOS					
		MICROPROCEJO	CONSULTA EXTERNA			Código: MED-02-03-2	
		PROCESO	SERVICIO DE PEDIATRÍA			Fecha: 08/03/2018	
SUBPROCESO					Versión: 1		
CUADRO DE DESCRIPTORES Y RESPONSABILIDADES							
N°	ACTIVO	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE		RECURSO	INDICADOR	
			CARGO	UNID. FUNC.			
1	Recibir al Paciente	Recibir Historias Clínicas de Estadística. Llevar a los pacientes de acuerdo al turno.	Enfermera	Consulta Externa		Manejo de Historia Clínica	
2	Preparar y Llevar al Paciente	Tomar la temperatura, peso, talla y presión arterial. Llevar a los pacientes en los diferentes consultorios, según especialidad.	Enfermera	Consulta Externa	Formulario de registro		
3	Evaluar al Paciente	Analizar historia clínica, evaluar al paciente y llevar carnet de crecimiento. Diagnosticar a niños con enfermedades infecciosas.	Pediatra	Consulta Externa	Formularios: IMI; 005; IMC; 020; y 030.		
4	Calmarse?	SI. Proceso de Apego Diagnóstico. Vuelve a consulta con los resultados. No. Act. 5	Pediatra	Consulta Externa	Definición de Calmarse		
5	Intoxicarse?	SI. Referir a Especialista. Volver a Consulta con el informe. No. Act. 6	Pediatra	Consulta Externa			
6	Otra Pasada/Infección?	SI. Act. 7 No. Act. 8	Pediatra	Emergencia			
7	Traslado Emergencia	Se traslada al niño a emergencias, en caso de que necesite: suturas, heridas, fracturas o control de infección.	Enfermera	Emergencia	Formulario de Registro		
8	Hospitalizar?	SI. Act. 9 No. Act. 11	Pediatra	Consulta Externa			
9	Investigar Disponibilidad de espacio	SI. Ent. Act.10 No. Ent. Act. 11 Llamar Hospital Transitorio y Comunicar a Trabajo Social	Pediatra	Consulta Externa	Nota Ingreso - Hoja de Transitoriedad		
10	Realizar Ingreso a Hospitalización	Llevar nota de ingreso, 1 hoja de consentimiento informado y el Formulario DE de emergencia. Se procesa hospitalización.	Pediatra	Consulta Externa	Nota de Ingreso Formulario DE		
11	Definir Tratamiento	Se prescribe el tratamiento y se cumplen las indicaciones de acuerdo a los resultados. Ent. Act. 12	Pediatra	Consulta Externa	Historia Clínica Recibida		
12	Elaborar Parte Daris	Registro de Partes Absolutas.	Pediatra	Consulta Externa	Parte Daris de Absolutas		
13	Organizar Historia Clínica	Revisar y ordenar las historias clínicas de los pacientes atendidos diariamente y entregarlos a Estadística.	Enfermera	Consulta Externa			
14	Realizar actividades complementarias	Ordenar el consultorio. Preparar y esterilizar el instrumental. Incluir al paciente de post consulta, dando indicaciones según las necesidades. Verificar y modificar medicación por interacción o necesidad del servicio de medicamentos.	Enfermera	Consulta Externa			
15	Gestionar Medicamentos y Mantenimiento	A partir de la información proporcionada por enfermería se emiten los pedidos de medicamentos a la farmacia. Si existen fallas o necesidades en la funcionalidad del consultorio se realizan los respectivos pedidos de mantenimiento.	Enfermera	Consulta Externa	Pedidos de Medicamentos Pedidos de Mantenimiento		
Elaborado Por:			Revisado Por:		Aprobado Por:		
Fecha:			Fecha:		Fecha:		

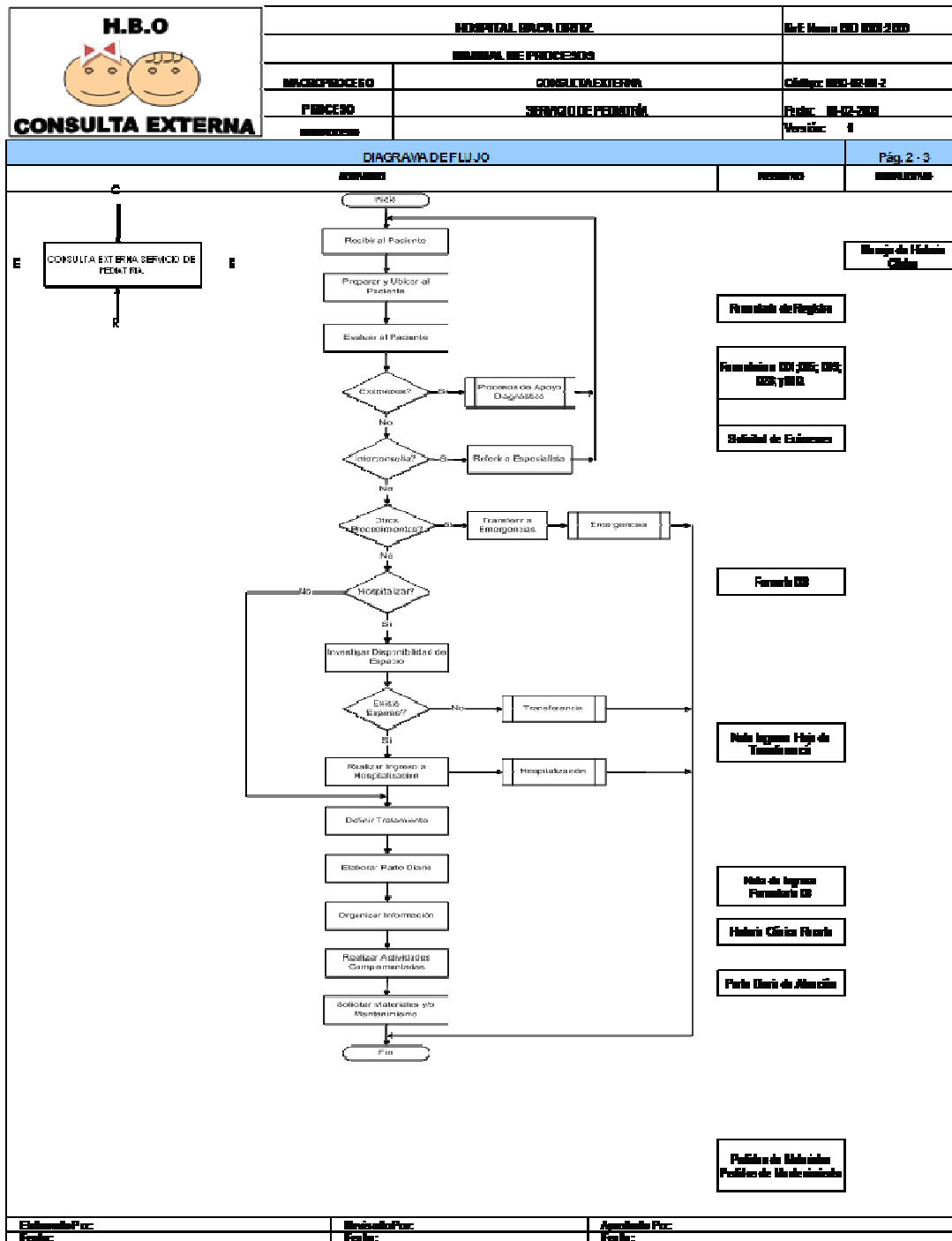
Fuente: Consulta Externa
Elaborado por: Patricia Aguilar.

CUADRO N° 21B



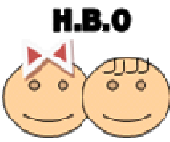
Fuente: Consulta Externa
 Elaborado por: Patricia Aguilar.

CUADRO 21C



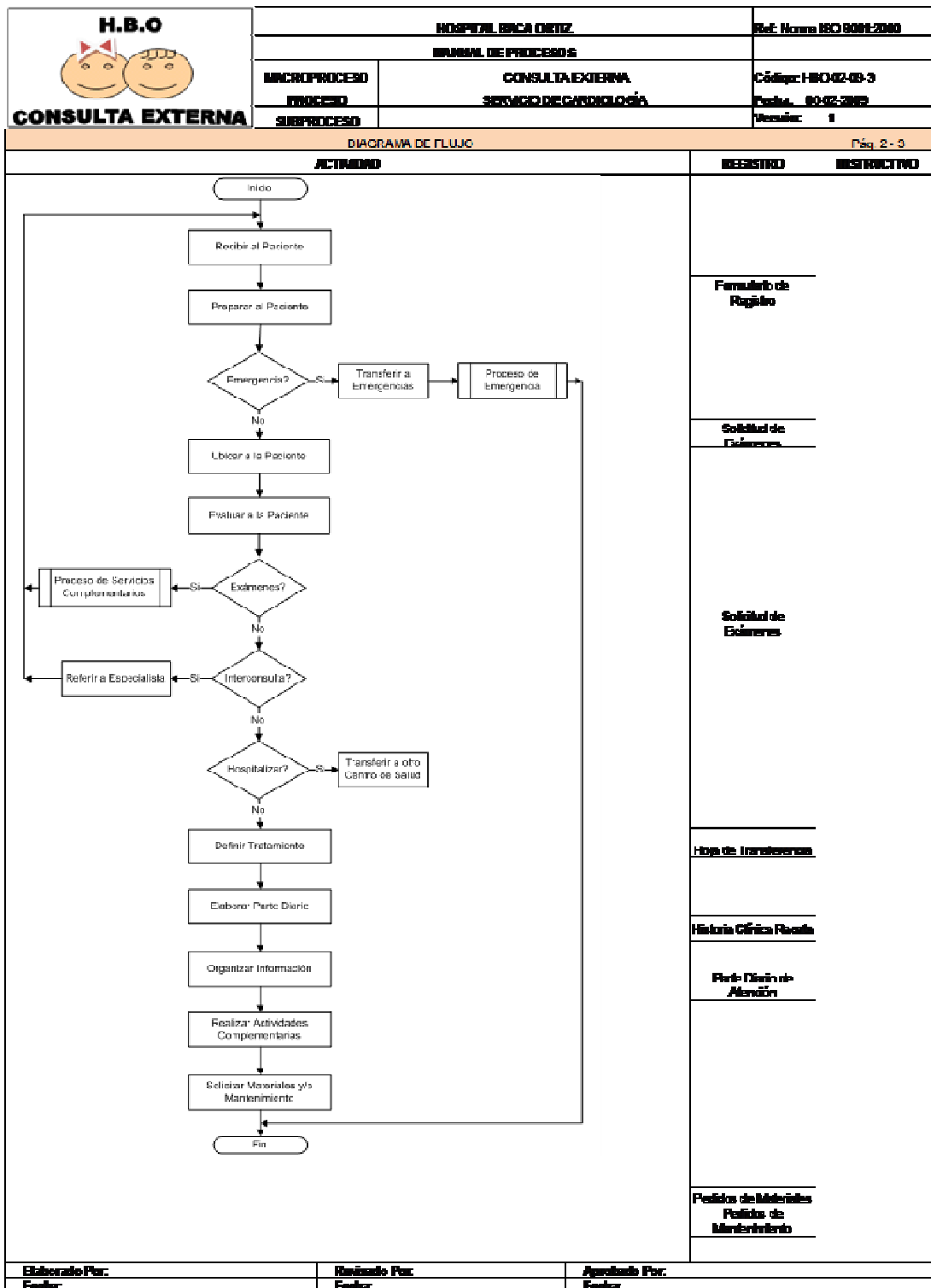
Fuente: Consulta Externa
Elaborado por: Patricia Aguilar.

CUADRO N°22 A

 H.B.O. CONSULTA EXTERNA		HOSPITAL BACA ORTIZ MANUAL DE PROCESOS		Rev: Norma ISO 9001:2008		
MACROPROCESO		CONSULTA EXTERNA		Código: HHO 02 M 2		
PROCESO		OFICIO DE CAMBIO DE		Fecha: 08-01-2008		
SUBPROCESO				Version: 01		
CUADRO DE DESCRIPCIÓNES Y RESPONSABILIDADES						
N°	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE		REGISTRO	INDICADOR
			CARGO	REDA. ELEC.		
1	Recibir al Paciente	Recibir Historias Clínicas de Estadística. Llamar a los pacientes de acuerdo al turno.	Enfermera	Consulta/Externa		
2	Preparar y Ubicar al Paciente	Ubica a los pacientes en los diferentes consultorios, según especialidad.	Enfermera	Consulta/Externa	Formulario de registro	
3	Exaltar al Paciente	Diagnosticar o solicitar exámenes y/o Intraconsulta.	Cardiologo	Consulta/Externa		
4	Exámenes?	Si. Procesos de Apoyo Diagnóstico. Vuelve a consulta con los resultados. No. Act. 7	Cardiologo	Consulta/Externa	Solicitud de Exámenes	
5	Intraconsulta?	Si. Relevar a Especialista. Vuelve a Consulta con el informe médico.	Cardiologo	Consulta/Externa		
6	Transferir a otra casa de Salud	Llenar Hoja de Transferencia	Cardiologo	Consulta/Externa	Hoja de Transferencia	
7	Definir Tratamiento	Se prescribe el tratamiento y se complementan las indicaciones de acuerdo a los resultados. Emite receta.	Cardiologo	Consulta/Externa	Historia Clínica Receta	
8	Elaborar Parte Diario	Registro de Pacientes Atendidos	Cardiologo	Consulta/Externa	Parte Diario de Atención	
9	Organizar Historia Clínica	Revisar y ordenar las historias clínicas de los pacientes atendidos diariamente; y entregarlas a Estadística	Enfermera	Consulta/Externa		
10	Realizar actividades complementarias	Ordenar y equipar el consultorio. Instalar al paciente de post consulta, dando indicaciones según las necesidades. Verificar y solicitar materiales por terminarse o necesidad del servicio de mantenimiento.	Enfermera	Consulta/Externa		
11	Solicitar Materiales y/o Mantenimiento	A partir de la información proporcionada por enfermería se realizan los pedidos de materiales a bodega. Si existen fallas o novedades en la funcionalidad del consultorio se realizan los respectivos pedidos de mantenimiento	Enfermera	Consulta/Externa	Pedidos de Materiales Pedidos de Mantenimiento	
Elaborado Por:		Revisado Por:		Aprobado Por:		
Fecha:		Fecha:		Fecha:		


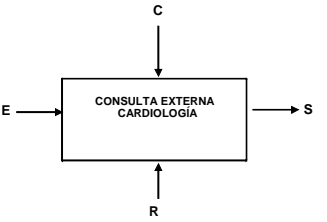
Fuente: Consulta Externa
 Elaborado por: Patricia Aguilar.

CUADRO N° 22B



Fuente: Consulta Externa
Elaborado por: Patricia Aguilar.

CUADRO N° 22C

 <p>H.B.O. CONSULTA EXTERNA</p>	HOSPITAL BACA ORTIZ		Ref: Norma ISO 9001:2008		
	MANUAL DE PROCESOS				
	MACROPROCESO	CONSULTA EXTERNA		Código: HBO-02-09-3	
	PROCESO	SERVICIO DE CARDIOLOGÍA		Fecha: 06-02-2009	
SUBPROCESO			Versión: 1		
CUADRO DE CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO					
			OBJETIVO: Establecer un proceso documentado para la atención de los pacientes que van a ser atendidos en Consulta Externa.		
			ALCANCE: Este proceso está desarrollado para la atención a pacientes del MSP.		
ENTRADAS					
DENOMINACIÓN		PROVEEDOR		PROCESO DE REFERENCIA	
Historia Clínica		Estadística		MP-ACE-A.1-09	
Resultados de Exámenes Complementarios		Laboratorio		MP-LCE-P.1.1-09	
		Imaginología		MP-RX-P.2.1-09	
				MP-EG-P.2.1-09	
SALIDAS					
DENOMINACIÓN		CLIENTE		PROCESO DE REFERENCIA	
Historia Clínica Actualizada		Estadística		MP-ACE-A.1-09	
Solicitud de Exámenes de Laboratorio		Laboratorio		MP-LCE-P.1.1-09	
Solicitud de Exámenes de Imagen		Imaginología		MP-RX-P.2.1-09	
Pedidos de Materiales		Bodegas		MP-GA-M-09	
Pedidos de Mantenimiento		Mantenimiento		MP-GA-M-09	
Paciente Atendido		Evaluación de Servicio al Cliente		MP-ESC-G.1-09	
RECURSOS					
HUMANOS		FÍSICOS		TECNOLÓGICOS	
DENOMINACIÓN	CANTIDAD	DENOMINACIÓN	CANTIDAD	DENOMINACIÓN	CANTIDAD
		Consultorio		Equipo Médico	
Médicos Tratantes		Mobiliario		Equipo Instrumental	
Enfermeras		Insumos Médicos		Computador	
Auxiliares de Enfermería		Material de Oficina		Impresora	
				Teléfono	
CONTROLES					
Historia Clínica					
Parte Diario					
Manual de Manejo de Historias Clínicas					
REGISTROS					
DENOMINACIÓN				Código	
Parte Diario de Atención					
Historia Clínica					
INDICADORES					
DENOMINACIÓN			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Satisfacción del Cliente (%)			$(\text{Número de Pacientes Satisfechos} / \text{Número Total de Pacientes Encuestados}) * 100$		
Partes Medicos Diarios (%)			$(\text{Partes bien elaborados} / \text{Partes generados}) * 100$		
Elaborado Por:		Revisado Por:		Aprobado Por:	
Fecha:		Fecha:		Fecha:	

Fuente: Consulta Externa
Elaborado por: Patricia Aguilar.

4.2.2 SISTEMA DE CALIDAD DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HBO.

La **calidad** de bienes y servicios de salud está como la totalidad de hechos y características de un bien o servicio que indican su capacidad al satisfacer las necesidades requeridas, obtener resultados deseados por el usuario y el sistema de atención médica, en forma congruente con los conocimientos actuales y el equilibrio entre riesgos y beneficios.

En la presente propuesta, se sugiere la aplicación de la Norma ISO-9001-2008. Las **normas ISO9000**, son un modelo para el aseguramiento de la calidad del diseño, desarrollo, producción, instalación y el servicio postventa, estas permiten desarrollar e implantar el sistema de gestión de la calidad en una empresa; la calidad del servicio de consulta externa en cuanto al ítem de señalización y comunicación obtiene uno de los menores puntajes debido a que no existe una adecuada orientación al usuario interna y externa para lo cual en el plan de implementación se realiza un instrumento que permite medir la necesidad de comunicación y elaborar el material necesario para satisfacer esta necesidad.
Anexo N° 2

En cuanto a la gestión organizativa de la atención, esta mejora con la aplicación de las normas, manuales y procedimientos, razón por la que se diseñó los principales procesos y el manual de calidad; se aprovechará la infraestructura instalada para mejorar el incremento de atención de consultas en el turno de la tarde con la incorporación profesional, médico y de enfermeras contratados.

En el presente Modelo de Gestión se incorpora el **manual de calidad** el que detalla la presentación (historia) y descripción de la empresa (localización, personal, organigrama, etc.), misión y visión, estrategia sobre la que define

objetivos, todo lo que constituye política de calidad del servicio; se incluye un breve resumen de los procedimientos de Calidad.

4.3 MANUAL DE CALIDAD

El Sistema de Gestión de Calidad se sostiene mediante el proceso de mejoramiento continuo de la calidad, el mismo que esta a cargo del nivel directivo y del Comité de Gestión de la Calidad del Hospital de Niños Baca Ortiz.

A nivel Internacional la Norma ISO 9001 son preparadas por el Comité Técnico ISO/TC 176, Gestión y Aseguramiento de la calidad, Subcomité SC 2, Sistemas de Calidad a continuación se desarrolla la Norma ISO 9001:2008.

La adopción de un sistema de gestión de la calidad deberá ser una decisión estratégica de la organización, el diseño e implementación del sistema de gestión de la calidad de una organización están influenciados por:

- El entorno de la organización, los cambios en ese entorno y los riesgos asociados con este entorno.
- Sus necesidades cambiantes.
- Los objetivos particulares.
- Los productos que proporcionan.
- Los procesos que emplea.
- Su tamaño y la estructura de la organización.

El propósito de esta Norma Internacional no es proporcionar uniformidad en la estructura de los sistemas de la gestión de la calidad o en la documentación.

Se define así a la aplicación de un **sistema de procesos** dentro de la organización, junto con la identificación e interacciones de estos procesos, así como su gestión para producir el resultado deseado, su ventaja es el control continuo que proporciona sobre los vínculos entre procesos individuales dentro del sistema de procesos, así como sobre su combinación e interacción; un enfoque de este tipo enfatiza la importancia de:

- La comprensión y el cumplimiento de los requisitos.
- La necesidad de considerar los procesos en términos que aporten valor.
- La obtención de resultados del desempeño y eficacia del proceso.
- La mejora continua de los procesos con base en mediciones objetivas.

Las normas ISO 9001 e ISO 9004 son normas de sistema de gestión de la calidad que se han diseñado para complementarse entre sí, pero también pueden utilizarse de manera independiente.

Durante el desarrollo de esta Norma Internacional, se han considerado las disposiciones de la Norma ISO 14001:2004 para aumentar la compatibilidad de las normas en beneficio de la comunidad de usuarios.

El Sistema de Gestión de Calidad, contempla:

Objetivo y Campo de Aplicación, esta Norma Internacional especifica los requisitos para un sistema de gestión de la calidad, cuando una organización:

- Necesita demostrar su capacidad para proporcionar regularmente producción que satisfagan los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables.

- Aspira a aumentar la satisfacción del cliente a través de la aplicación eficaz del sistema, incluidos los procesos para la mejora continua del sistema y el aseguramiento de la conformidad con los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables.

Referencias Normativas, estos son indispensables para la aplicación de este documento, para las referencias con fecha solo se aplica la edición citada, para las referencias sin fecha se aplica la última edición del documento de referencia (incluyendo cualquier modificación). ISO 9000-2005. Sistemas de Gestión de la Calidad – Fundamentación y vocabulario.

Términos y definiciones, para el propósito de este documento, son aplicables los términos y definiciones dados en la Norma ISO 9000; durante el desarrollo del documento el término producto puede significar también servicio.

Sistema de Gestión de la Calidad, los requisitos generales la organización debe establecer, documentar y mantener un sistema un sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia de acuerdo con los requisitos de esta norma Internacional; la organización debe:

- Determinar los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad y su aplicación a través de la organización.
- Determinar la secuencia e interacción de estos procesos-
- Determinar los criterios y los métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces.
- Asegurarse de la disponibilidad de recursos e información necesaria para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos.

- Realizar el seguimiento, la medición cuando sea aplicable el análisis de estos procesos.
- Implementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos.

Los Requisitos de la Documentación, comprenden:

Generalidades, la documentación del sistema de gestión de la calidad debe incluir:

- Declaraciones documentadas de una política de la calidad y de objetivos de la calidad.
- Un Manual de la calidad-
- Los procedimientos documentados y los registros requeridos por esta Norma Internacional.
- Los documentos, incluidos los registros que la organización determinan que son necesarios para asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos.

Manual de la Calidad, la organización debe establecer y mantener un manual de la calidad que incluya:

- El alcance de gestión de la calidad , incluyendo los detalles y la justificación de cualquier exclusión.
- Los procedimientos documentados establecidos para el sistema de gestión de la calidad , referencia a los mismos.
- Una descripción de la interacción entre los procesos del sistema de gestión de la calidad.

Control de los Documentos, los documentos requeridos por el sistema de gestión de la calidad deben controlarse, los registros son un tipo especial de documento y deben controlarse de acuerdo con los requisitos citados.

Deben establecerse un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para:

- Apoyar los documentos en cuanto a su adecuación antes de su emisión.
- Revisar y actualizar los documentos cuando sea necesario y aplicarlos nuevamente-
- Asegurarse de que se identifican los cambios y el estado de la versión vigente se los documentos.
- Asegurarse de que las versiones pertinentes de los documentos aplicables se encuentran disponibles en los puntos de uso.
- Asegurarse de que los productos permanecen legibles y fácilmente identificables.
- Asegurarse de que los documentos de origen externo, que la organización determinan que son necesarios para la planificación y la operación del sistema de gestión de la calidad se identifican y que se controla su distribución.
- Prevenir el uso no intencionado de documentos obsoletos y aplicarle una identificación adecuada en el caso de que se mantenga por cualquier razón.

Responsabilidades de la dirección

Compromiso de la Dirección, la alta dirección debe proporcionar evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación del sistema de gestión de la calidad, así como la mejora continua de su eficacia:

- Comunicando a la organización la importancia de satisfacer tanto los requisitos del cliente como los legales y reglamentarios-
- Establecer la política de la calidad.
- Asegurando que se establecen los objetivos de la calidad.
- Llevando a cabo las revisiones por la dirección.
- Asegurando la disponibilidad de recursos.

Enfoque al cliente, la alta dirección debe asegurarse de que los requisitos del cliente se determinan y se cumplen con el propósito de aumentar la satisfacción del cliente.

Política de la Calidad, la alta dirección debe asegurarse de que la política de la calidad:

- Es adecuada al propósito de la organización-
- Incluye un compromiso de cumplir con los requisitos y de mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad.
- Proporcionar un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad.
- Es comunicada y atendida dentro de la organización.
- Es revisada para su continua adecuación.

Planificación:

- Objetivos de la calidad
- Planificación del sistema de gestión de la calidad

Responsabilidad, autoridad y comunicación:

- Responsabilidad, y autoridad
- Responsabilidad de la dirección
- Comunicación interna

Revisión de la Dirección:

- Generalidades
- Información de entrada para la revisión
- Resultado de la revisión

Gestión de los recursos:

- Provisión de recursos
- Recursos humanos
- Infraestructura
- Ambiente de trabajo

Realización del Producto:

- Planificación de la realización del producto
- Procesos relacionados con el cliente

- Diseño y desarrollo

Compras

- Proceso de compras
- Información de las compras
- Verificación de los productos comprados

Producción y Prestación de Servicios

El Control de la producción y de la prestación del servicio, la organización debe planificar y llevar a cabo la producción y la prestación del servicio bajo condiciones controladas, las condiciones controladas deben incluir cuando sean aplicables:

- La disponibilidad de información que describa las características
- La disponibilidad de instrucciones de trabajo, cuando sea necesario.
- El uso del equipo apropiado.
- La disponibilidad y uso de equipos de seguimiento y medición.
- La implementación del seguimiento y de la medición.
- La implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega del producto.

Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio

La organización debe validar todo proceso de producción y de prestación de servicios cuando los productos resultantes no pueden verificarse mediante seguimiento o medición posteriores, y como consecuencia las deficiencias aparecen únicamente después que el producto esté siendo utilizado o se haya

prestado el servicio; la validación debe demostrar la capacidad de estos procesos para alcanzar los resultados planificados.

- Los criterios definidos para la revisión y aprobación de los problemas.
- La aprobación de los equipos y la calificación del personal.
- El uso de métodos y procedimientos específicos.
- Los requisitos de los registros.
- La revalidación.
 - *Propiedad del cliente*
 - *Prestación del producto*

Control de los equipos de seguimiento y de medición

La organización debe establecer procesos para asegurar de que el seguimiento y medición pueden realizarse y se realizan de una manera coherente con los requisitos de seguimiento y medición; cuando sea necesario asegurarse de la validez de los resultados, el equipo e medición debe:

- Calibrarse o verificarse, o ambos a intervalos especificados o antes de su utilización, comparado con patrones de medición trazables o patrones de medición internacionales o nacionales, cuando no existan tales patrones debe registrarse la base utilizada para la calibración .
- Ejecutarse o registrarse según sea necesario.
- Estar identificado para poder determinar su estado de calibración.
- Protegerse contra ajustes que pudieran invalidar el resultado de la medición.
- Protegerse contra los daños y el deterioro durante la manipulación, el mantenimiento y el almacenamiento-

Medición, Análisis y Mejora

La organización debe planificar e implementar los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para:

- Demostrar la conformidad con los requisitos del producto.
- Asegurarse de la conformidad del sistema de gestión de la calidad.
- Mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad.

Seguimiento y Medición

- Satisfacción del cliente
- Auditoría interna
- Seguimiento y medición del producto
- Control del producto no conforme:
 - o Tomando acciones para eliminar la no conformidad detectada
 - o Autorizando su uso, liberación o aceptación bajo concesión por una autoridad pertinente y cuando sea aplicable por el cliente
 - o Tomando acciones para impedir su uso o aplicación prevista originalmente
 - o Tomando acciones apropiadas a los efectos reales o potenciales de la no conformidad cuando se detecta un producto no conforme después de su entrega o cuando ya ha comenzado su uso

Auditoría de Datos

El análisis de datos debe proporcionar información sobre:

- La satisfacción del cliente
- La conformidad de los requisitos del producto
- Las características y tendencias de los procesos y de los productos, incluyendo las oportunidades para llevar a cabo acciones preventivas
- Los proveedores

Mejora continua

Las organizaciones deben mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad mediante el uso de la política de la calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de las auditorías, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección.

Acciones Correctivas

Debe establecerse un procedimiento documentado para definir los requisitos para:

- Revisar las no conformidades (incluyendo quejas de los clientes)
- Determinar las causas de las no conformidades
- Evaluar la necesidad de adoptar acciones para asegurarse de que las no conformidades vuelvan a ocurrir
- Determinar e implementar las acciones necesarias
- Registrar los resultados de las acciones tomadas
- Revisar la eficacia de las acciones correctivas tomadas.

Acciones Preventivas

Debe establecerse un procedimiento documentado para definir los requisitos para:

- Determinar las no conformidades potenciales y sus causas
- Evaluar la necesidad de actuar para prevenir la ocurrencia de no conformidades
- Determinar e implementar las acciones necesarias
- Registrar los resultados de las acciones tomadas
- Revisar la eficacia de las acciones preventivas tomadas.

Se desarrolla una propuesta del Manual de Calidad que expone en el Anexo N°3.

4.4 ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN – POA

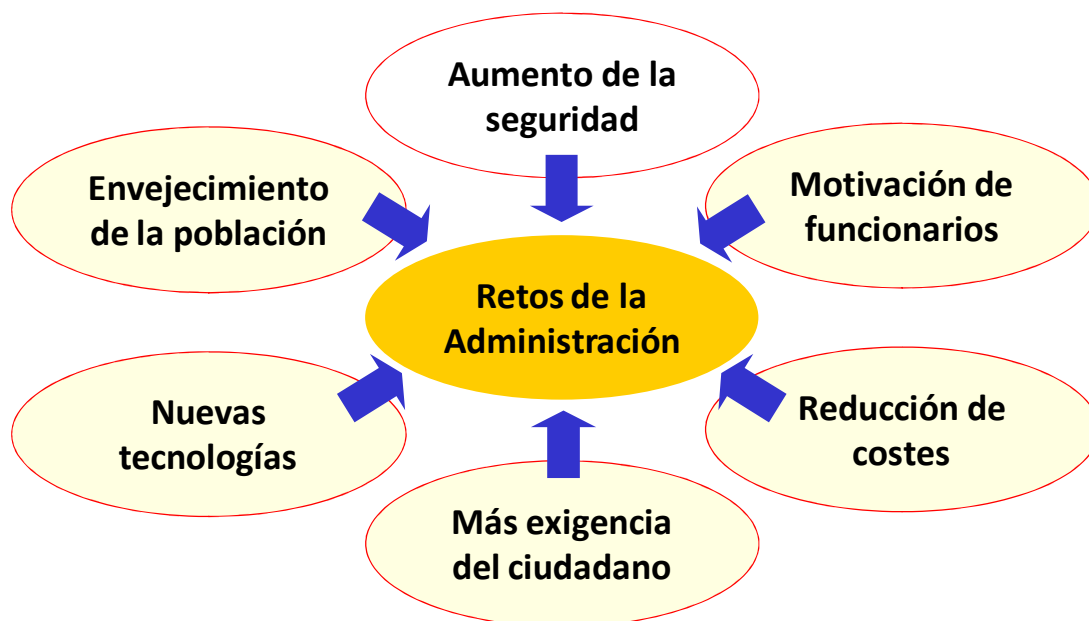
El BSC enfoca cuatro perspectivas: la financiera, del aprendizaje e innovación, de procesos claves, y usuarios-comunidad; se plantea objetivos e indicadores estratégicos, fórmula, metas e iniciativas estratégicas para cada perspectiva.

Con el propósito de facilitar al implementación se sugiere considerar algunos elementos importantes, que se señalan a continuación; a más de los contenidos técnicos, científicos y de formación académica de la alta dirección.

La coyuntura nacional e internacional actual exige de los directivos de la administración algo más que conocimientos y experiencia, así se pretende desarrollar no sólo competencias de gestión sino también competencias emocionales que se requieren en una Administración renovada que afronta multitud de retos.

En la columna 1 del cuadro N°14 se tiene las variables estructurales para cada una de las perspectivas; sin embargo los aspectos importantes son: el liderazgo de la alta gerencia y la calidad de los equipos por asumir los retos de la actual problemática.

RETOS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA



Las tendencias que se maneja son:

Constante presión para aumentar la calidad y reducir los costes

Más descentralización pero a la vez más integración horizontal

La administración como referente y líder social

Administración electrónica

Personalización

El consumidor es cada vez más exigente; el ciudadano no lo es menos.

Se exige cada vez más aportación de valor hacia el ciudadano:

Más servicios / Innovación

Más rapidez de respuesta

Más compromiso con la efectividad

Más transparencia

Más relación con el resto de agentes sociales

Es de suma prioridad que se mantengan presentes los siguientes aspectos dentro del manejo de una **administración ágil**:

Aumento de la productividad

Aumento de la satisfacción de empleados

Aumento de la calidad de servicio

Aumento de la satisfacción del ciudadano

Simplificación de procesos y estructuras

Rapidez de implantación de políticas

Reducción de costes operativos

Las Competencias, son características subyacentes a la persona, que está causalmente relacionada con un estándar de efectividad o un rendimiento superior en un trabajo o en una determinada situación

La inteligencia emocional, es el conjunto de habilidades que nos permiten comprender y compartir emociones, deseos, intenciones y otros estados mentales, además de manejar las emociones y las relaciones sociales; se refiere a la capacidad de sentir, entender, controlar y modificar estados emocionales en nosotros mismos y en los demás, no consiste en sofocar las emociones, sino mas bien en saber dirigitlas y equilibrarlas, es una fuerza potente en sí misma, y es indispensable para poder llevar a cabo ciertas actividades relacionadas con la mente: control de calidad, desarrollo de competencias, valoración; entre otras.

El principal investigador fue Daniel Goleman (1995) a través de su obra “la inteligencia emocional”. Preguntas cotidianas se nos presentan como: ¿Por qué algunas personas sonríen más a la vida que otras?; ¿Por qué algunas personas con alto coeficiente intelectual y que se destacan en su profesión no pueden aplicar esta inteligencia en su vida privada, que va a la deriva, del sufrimiento al fracaso?; ¿Por qué otras con alto coeficiente intelectual (QI) acaban por trabajar para otras que tienen un QI más bajo, pero que saben contactar, influir y relacionarse mejor?; la respuesta está en las emociones y en la capacidad de atenderlas y dirigir las.

D. Goleman sostiene: “Las personas con habilidades emocionales bien desarrolladas tienen más probabilidad de sentirse satisfechas, ser eficaces en su vida y de dominar los hábitos mentales que favorecen su propia productividad; las personas que no pueden poner cierto orden en su vida emocional entran en batallas interiores que sabotean la capacidad de concentración en el trabajo y de pensar claramente”; es por ello que a las empresas de hoy, les interesa nuestra formación o nuestro grado de especialización, pero también es importante la “manera de llevarnos con nosotros mismos y con los demás”.

Desde que el desarrollo económico transformó la economía en economías basadas en el conocimiento y la economía intensiva en tecnología, nuestra visión de empresa mudó completamente y nuevos elementos, **los intangibles**, se convirtieron en componentes de valor fundamental.

La Inteligencia emocional presenta una nueva filosofía (reto): Nos obliga a armonizar la cabeza y el corazón.

Los 5 Pilares de la Inteligencia Emocional

La Autoconciencia

- Es la capacidad de un sujeto de conocer sus propias habilidades y fortalezas en el manejo de sus emociones
- También hace referencia al conocimiento de qué habilidades y capacidades reconocen los otros en él

La Autorregulación

- Es la capacidad de aprender, en base a la meditación de las experiencias vividas, el mejor manejo de los impulsos emocionales
- Es la capacidad de no cometer dos veces el mismo error emocional, midiendo las consecuencias a través del impacto que generan en él y en los otros

La Automotivación

- Es la capacidad de encontrar una motivación interna independiente de la circunstancia que se viva, o de los factores externos de influencia
- Tolerancia a la frustración: es la capacidad de superar los fracasos

La Empatía

- Es la capacidad de reconocer y prever el impacto de los dichos y acciones sobre la Inteligencia emocional del otro
- y fundamentalmente, es la valorización de ese impacto

Las Habilidades Sociales

- Es la capacidad de relacionarse efectivamente con los otros para lograr inducirlos a la acción o pensamiento requerido.
- Es la capacidad de mantener un pensamiento independiente del manejo emocional de los otros.

Un líder debe tener un alto coeficiente de inteligencia emocional, es capaz de dirigir el desarrollo de las personas y de sus colaboradores, es un soñador, es un apasionado; pero también cumple con las aptitudes de conocimiento de sí mismo, motivador, autorregulador, empatía y habilidad social; las organizaciones actuales para ser competitivas no les basta con tener buenos administradores o gerentes, lo que necesitan son líderes y más aun que se desarrolle una “gerencia con liderazgo”; se dice que la mitad de las habilidades requeridas son técnicas, y la otra mitad es una alta inteligencia emocional”.

La Inteligencia Emocional: Qué hacer?

- La inteligencia emocional se puede aprender:
- En el plano **individual**: es posible identificar, evaluar y aumentar los elementos de la inteligencia emocional
- En el plano **grupal**: se tiene que afinar la dinámica interpersonal que torna más inteligentes a los grupos
- En el plano **empresarial**: revisar las jerarquías de valores para dar prioridad a la inteligencia emocional, en términos concretos de contratación, capacitación y desarrollo, evaluación de desempeño y ascensos
- En estos tiempos; las empresas cuya gente colabore mejor tendrán ventaja competitiva, y es por lo tanto que la inteligencia emocional es muy importante.

El departamento de RR. HH y la Inteligencia Emocional, van hacia la valoración de los aspectos emocionales por parte del empleador, afecta más el clima laboral que una promoción o un aumento de sueldo; los vínculos de contención y confianza aumentan la productividad, la auto motivación y el sentido de pertenencia más allá de las necesidades básicas; el aporte de la Inteligencia

Emocional a RR HH es hacernos reflexionar sobre nuestras propias contradicciones

- Confundimos madurez emocional con experiencia profesional?
- Por qué pretendemos perfiles jóvenes con estabilidad emocional, si esto es una contradicción por definición?
- Cuántas de las tareas a realizarse en un puesto requieren de CI altos? Por qué entonces tomamos evaluaciones analíticas?
- En qué momento del proceso de selección evaluamos factores emocionales?

Trabajar con la Teoría de la Inteligencia Emocional básicamente, significa no sólo admitir y tolerar sino potenciar los vínculos de confianza, amistad y conocimiento personal entre jefes y empleados, creando un clima propicio e instrumentando métodos para que esto se produzca; es incluir dentro de los planes de capacitación y desarrollo sistemas que favorezcan el desarrollo de los 5 pilares tanto a nivel individual como grupal.

Los Test del Coeficiente Emocional

- Ambiente Actual (encuadre): sucesos de la vida, presiones en el trabajo, presiones personales
- Conocimiento emocional: conocimientos de sus propias emociones, capacidad de expresión de las emociones, capacidad de conocimiento de las emociones de otros
- Competencias: intención, creatividad, elasticidad (flexibilidad), conexiones interpersonales, descontento constructivo
- Valores y creencias: compasión, perspectiva, intuición, radio de confianza, poder personal, integridad

- Influencia en la salud general: síntomas físicos, síntomas de conducta, síntomas emocionales, calidad de vida

Educación con Inteligencia emocional – Autonomía

- Autoconcepto, implica el respetarse y ser consciente de uno mismo
- Autoconciencia emocional/Empatía, es comprender y compartir emociones y otros estados mentales, capacidad para interesarse y ponerse en el lugar de otros
- Asertividad, es expresarse abiertamente y defender tus derechos sin mostrarse pasivo ni agresivo
- Autocontrol, es controlar tus emociones, acciones, impulsos y pensamientos
- Persistencia-responsabilidad, es el compromiso con metas y objetivos, persistencia metas
- Responsabilidad social, implica mantener las reglas sociales, cooperar con otros y ser confiable y amable
- Relaciones Interpersonales, establecen relaciones amistosas y recíprocas
- Flexibilidad/Adaptabilidad, es el ajuste a las cambiantes condiciones del medio
- Solución de problemas nos permiten identificar demandas y criterios/ definir problemas, generar alternativas y razonar consecuencias, decidir y evaluar
- Tolerancia al estrés, es tolerar y enfrentarse de forma positiva con situaciones de estrés
- Estado de Ánimo positivo/ Motivación nos permite mantener y expresar una actitud positiva, disfrutar y divertirse, motivación de meta.

La clave del éxito del desarrollo de la inteligencia emocional en la empresa se encuentra en el propio desarrollo personal , en el esfuerzo de cada uno de los sujetos implicados, a su ritmo y desde la introspección, la toma de conciencia y la voluntad de cambio y mejora continua de cada uno de ellos; por eso si queremos gestionar y dirigir el desarrollo de la Consulta Externa del HBO, es necesario facilitar un clima de confianza y apertura, elevar el nivel de conciencia y autoconocimiento de cada empleado e incrementar su motivación; Por tanto con habilidades y destrezas en el nivel de liderazgo, relaciones interpersonales adecuadas la propuesta de implementación según Cuadro N° 23, se vuelve más sencilla.

CUADRO N° 23

4.4.1. PROYECTO DE GESTIÓN SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

Plan	Actividad	Meta	Indicadores	Responsable	Fuente Verificación	F. Inicio	F. Terminio	Valor	Cronograma trimestral			
									1	2	3	4
Incremento capacidad resolutiva e incremento Cobertura	Utilizar capacidad ociosa física en las tardes	36 consultorios	# consultorios utilizados tarde/# Total consultorios sin uso en la tarde	Líder Médico de la Consulta Externa	Consultorios Utilizandose	ene-10	dic-09		25%	25%	25%	25%
	Contratación de personal médico	30 médicos*	# médicos contratados/Total requerido	Lider de RRHH	Contratos	ene-10	dic-09		25%	25%	25%	25%
	Contratación de personal enfermería	3 Enfermeras	# enfermeras contratadas/Total requerido	Lider de RRHH	Contratos	ene-10	dic-09		25%	25%	25%	25%
	Incrementar las CE en la tarde	300 pacientes	# CE atendidas tarde/Total planificado	Líder Médico de la Consulta Externa	Partes diarios, mensuales	ene-10	dic-09		25%	25%	25%	25%
Implementación procesos	Levantamiento, Implementación e implantación de procesos	1 proceso, 25 procedimientos, 25 indicadores	# procesos, procedimientos, indicadores implantados/Total planificado	Líder de Enfermeras de la Consulta Externa	Manual Proceos	ene-10	dic-09	1500	25%	25%	25%	25%
	Difusión y socialización	140 personas	# personas que reciben socialización/Total planificado	Líder de Enfermeras de la Consulta Externa	Registro asistencia	ene-10	dic-09	280	25%	25%	25%	25%
Plan Calidad	Taller de inducción de calidad (ISO-9001-2008)	30 personas	# personas que reciben taller/Total planificado	Líder de RRHH y Líder de Enfermeras de la Consulta Externa	Registro asistencia	ene-10	dic-09	1000	25%	25%	25%	25%
	Entrenamiento de Auditores de Calidad	10 personas	# personas que reciben entrenamiento/Total planificado	Lider de RRHH	Registro asistencia	ene-10	dic-09	1000	25%	25%	25%	25%
	Auditorías Internas	2 AI	# AI realizadas/ Total Planificado	Empresa Auditores Internos	Informes	ene-10	dic-09	1000	25%	25%	25%	25%
	Auditorías Externas	1 AE	# AE realizadas/ Total Planificado	Empres Auditores Externos	Informes	ene-10	dic-09	1300	25%	25%	25%	25%
	Certificación Servicio CE	Documento Certificación	Documento recibido	Jefe Consulta Externa	Documento Certificación	ene-10	dic-09	300	25%	25%	25%	25%
Ejecución Presupuesto	Adquisición equipos	#15 equipos básicos	# equipos adquiridos/Total requerido	Líder del Área Administrativa y de Adquisiciones	Facturas, actas	ene-10	dic-09	650	25%	25%	25%	25%
	Contratación personal requerido	33 profesionales	# profesionales contratados/Total requerido	Líder de RRHH y Líder del departamento Financiero.	Contratos	ene-10	dic-09	462.960	25%	25%	25%	25%

Fuente: Consulta Externa
Elaborado por: Patricia Aguilar.

4.5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.5.1 CONCLUSIONES

- Partiendo del análisis FODA y articulando las direcciones entre Misión y Visión, estas se articulan con el BSC, herramienta que da direccionamiento entre la formulación e implantación de estrategias.
- Al articular el BSC con el Plan Operativo (columna de indicadores que se articulan con planes), lo que se logra es la optimización de los recursos dentro de la gestión.
- Al organizar el servicio por procesos y aplicar la matriz del BSC, se tiene un instrumento para el monitoreo de avance de los indicadores, a través de las cuatro perspectivas: financiera, de aprendizaje e innovación, de procesos claves, usuario comunidad.
- En la estrategia de implementación se utiliza: actividad, meta, indicadores, fuente de verificación, fecha de inicio, fecha de término y valor, pero se requiere de la aplicación de conocimiento y relación entre personal y usuarios, inteligencia emocional; retos que exigen al administrador en la prestación de servicios al cliente e incluye una cultura de capacitación con talleres de inducción, seminarios, incentivos personales.
- La ejecución de esta propuesta va a depender de la voluntad y acción política expresada en términos de apoyo financiero para la puesta en marcha de la misma.
- El sistema de información por ser un hospital público y sumamente grande no dispone de recursos financiero por lo que requiere de recursos de la OMS Y OPS para su implementación del modelo que ya se está aplicando en otros países a través de la utilización de un software y la capacitación en el manejo del sistema para la aplicación del mismo.

4.5.2 RECOMENDACIONES

- La optimización de la atención de consulta externa de la tarde del HBO, se daría con la contratación de 30 profesionales médicos y 3 enfermeras y la adquisición de equipos básicos (camillas, sofá, fonendoscopios, tensiómetros), mas la funcionalidad de 36 consultorios para la atención, optimizando recursos e incremento de atención de servicios prestados en 90% a un costo de 462.960 dólares (escala salarial vigente), valor que debe ser tomado en cuenta no como gasto sino como inversión.
- Se sugiere poner en marcha la sistematización de los consultorios para la atención médica, en el horario de mañana y tarde, a pesar de la oposición del personal médico tratante de planta ya que con esto se proporcionará, una mayor atención al usuario.
- Se propone hacer lobby y difundir la propuesta a la alta dirección con el fin de lograr el apoyo político técnico y financiero.
- En lo referente a la capacitación, si la gente no está empoderada no se puede alcanzar los objetivos.

5. BIBLIOGRAFÍA

Astudillo, P. "Revista Aniversario Hospital de Niños Baca Ortiz". Diciembre de 1999.

Albuquerque, Carlos Oswaldo Artaza. La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe. Biblioteca. Sede OPS. Washington, D.C; OPS, 2001, Pág.55- 323-351-231-236-

Breilh, Jaime, Conferencia publicada en: Memorias del Seminario "Una nueva salud para un nuevo Ecuador" Foro de ONG's. Cepar, Quito, agosto de 1977.

Costalls I Puello D. 2000. Gestión Clínica y gerencial de Hospital. Harcourt. Barcelona.

Chiabonato Adalberto. Administración en los Nuevos Tiempos. Parte I. Colombia. 2004. Pág. 1-10.

Darquea Sevilla, Gonzalo. Planeación Estratégica Municipal. Quito. Ed. CEL. CADEL, 2000

Díaz, CA. 2001. La empresa sanitaria moderna. Como generar la propia bestia sistemática. Ediciones ISALUD.

Fundación Isalud, Instituto Universitario Isalud, Diplomado Superior en Gerencia de hospitales, Módulo 1. Sistemas de Salud, Ecuador Diciembre 2002/ Abril 2003. Pág.5-9-17-57

Fundación Insalud, Instituto Universitario Insalud, Diplomado Superior en Gerencia de hospitales, Módulo. Planificación, Ecuador Diciembre 2002/ Abril 2003. Pág.5.

Fundación Isalud, Instituto Universitario Isalud, Diplomado Superior en Gerencia de hospitales, Módulo 3. Gerencia de Hospitales, Ecuador Diciembre 2002/ Abril 2003.

Free Montt. K Rosenzweig, J, "La Administración de Organizaciones en enfoque de sistemas. Mac Grawn Hill Book Company. 1996

G. E. Alan Deber. Epidemiología y Administración de Servicios de Salud. OPS. Aspen Publisher, Inc. 1991. Pág. 9-18-12-32

Leif, Edvinsson, Malone, Michael. El capital Intelectual, editorial norma 1998

Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Registro Oficial No. 670 del 25 de septiembre del 2002.

Malagón-Londoño. Galán Morera. Pontón Laverde. Administración Hospitalaria. Editorial Médica Panamericana. 2ª. Edición. Bogotá, DC Colombia. 2000. Pág. 177-180-433-435-561.

MSP. Manual de Normas de Licenciamiento. Licenciamiento en Servicios de Salud, Abril, 2.004

MSP, Proyecto Modersa, Fundación Insalud. Instituto Universitario Insalud, Diplomado Superior en Gerencia de Hospitales, Módulo 1 sistemas de salud. Ecuador. 2002, 2003.

MSP. Conjunto de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, 2da Edición. Ecuador, Marzo 2007. Pág. 11-14-22-23-24

Organización Panamericana de la salud, ACODESS, asociación de cooperación para el desarrollo de los servicios de salud, La Transformación de la Gestión de hospitales en América Latina y el Caribe. 2001

Pérez Iñigo Quintana F. Abarca Cidons. 2001. Un modelo de hospital. Ars. Médica. Barcelona

Perdiguero, Enrique. Salud y Enfermedad. Una visión antropológica. En. Salud y Enfermería Comunitaria. Madrid. Ed. Mcgraw Gill Interamericana de España, 1996.

Rivadeneira Martínez, Ricardo, Monitoreo, Control y Seguimiento en las organizaciones. Documento. Colombia 2006. Pág. 1-4

Robert Eccles. The performance measurement manifest. HBR. January – February 1991.

Sistema regionalizado de los servicios de salud y capacidad resolutiva de las unidades de salud. Ministerio de Salud Pública. Quinta edición. 2005.

Oaklan, S. John. Quality Management. Londres, Beatermosth – Heinemann Ltda. 1989.

Tomado de la Normativa del Ministerio de Salud Pública para el Modelo de Atención Integral. 2004.

Velasco, María. Eduardo Ayala. Situación de Salud y sus Tendencias. Módulo II. Ecuador. Pág. 21

Velasco, G, María de Lourdes. Planificación estratégica aplicada a salud. Fondo editorial letras. Quito 2003

Vega, Milton. Administración de Servicios de Salud. Manual de Procedimientos de Registros de Salud y Estadística. EPCAE-CITE. Quito. 2003. Pág. 1-6.

Vega, Milton. Epidemiología y Bioestadística I. Módulo I. Ed. CITE. Ecuador. 2004. Pág. 19-23.

Zarategui. JR. Economía Industrial. La gestión por procesos. Su papel y la importancia en la Empresa.1999.Pág. 81-88

6. ANEXOS

ANEXO Nº 1

CUADRO Nº 24

EVALUACIÓN DE LAS VARIABLES, INDICADORES DE ESTRUCTURA, PROCESOS, RESULTADOS

SERVICIO / HOSPITAL			
E	VARIABLE	INDICADOR	COMPARACIÓN CON
ESTRUCTURA	Médicos, Enfermeras, radiología, organización, normas otros	Razones Med. /cama med. /enf. cama /m2 otros	Estándares tiempo otros (Acreditación evaluación investigación evaluativa)
P PROCESOS	Actividades, Consultas, egresos, Placas, radiológicas, análisis de laboratorio, satisfacción, gasto, otros	Razones Consulta / med. Egreso / cama otros	Estándares tiempo protocolos clínicos otros (Acreditación Auditoria Investigación Evaluativa)

R RESULTADOS	Mortalidad, satisfacción, rehabilitación, infecciones Otros	<i>Tasas</i> Mort. / Egresos infec. / egresos otros	Tiempo estándares otros (Calidad)
------------------------	---	--	--

Fuente: 12 MSP, Proyecto Modersa, Fundación Insalud. Instituto Universitario Insalud, Diplomado Superior en Gerencia de Hospitales, Módulo 10 calidad de Atención de salud. Ecuador. 2002, 2003.

ANEXO N° 2

En la prestación de servicios sanitarios, la **evaluación** subjetiva **de la calidad** es importante pues nos permite conocer en que grado el servicio brinda, cumple y supera las expectativas del cliente para lograr la satisfacción del usuario y contar con la lealtad del cliente; al satisfacer las necesidades no demandadas del cliente nos permitirá desarrollar la confianza de él; al cumplir con los derechos del cliente evitara quejas y conflictos.

Es recomendable medir las expectativas de los clientes, y la percepción de los usuarios frente al servicio brindado.

Se aplicó el cuestionario a 100 usuarios (clientes) de la consulta externa del HBO, obteniéndose un 60% de satisfacción, los datos se verifican a continuación en el Cuadro N°25.

CUADRO Nº 25

**CHECK LIST DE CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE EN EL
SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA**

ÍTEMS			
Nivel de involucramiento del paciente y/o familiar en el proceso	Si	No	Observaciones
Recibió explicación de los procedimientos antes de realizarlos (ventajas, desventajas, riesgos, alternativas.	76	24	
Se le explico el uso de las instalaciones (lugar, horarios)	72	28	
Se le informo sobre condición de salud, y basados en su decisión se siguió conducta terapéutica	52	48	
Los diferentes procedimientos se realizaron con su consentimiento informado (firmado)	48	52	
Se le ha capacitado para su auto cuidado o el de su familiar	75	25	
Aspectos organizacionales			
Existen facilidades para los tramites dentro y fuera de la institución	81	19	
Se cumplen los horarios de atención de las diferentes dependencias hospitalarias	42	58	
Están definidos los procesos, protocolos y normas de atención del servicio	38	62	
Condiciones ambientales			
Existe adecuada limpieza, orden, ventilación e iluminación en el servicio	72	28	
Son confortables las instalaciones de las habitaciones	85	15	
Ha tenido problemas con la seguridad del servicio	45	55	
Ha tenido problemas para orientarse en el hospital	61	39	
Condiciones de insumos brindados			
El servicio de hotelería es el adecuado	63	37	
Las instrucciones recibidas para el uso de los implementos otorgados son claras	56	44	


Condiciones de los prestadores de servicios			
Llevar identificación las diferentes personas que le atienden	64	36	
La presentación personal (aseo, uniforme) es adecuada	73	27	
Le tratan con amabilidad	51	49	
Le aclaran sus dudas	58	42	
Se toman tiempo para hablar con usted las personas que le atienden	39	61	
Tiene confianza en la capacidad profesional de personal	85	15	
Existe amabilidad en el trato otorgado por el personal	46	54	
Grado en que son respetados los derechos de los pacientes			
Conoce los derechos de los pacientes	38	62	
Esta conforme con la atención recibida en el servicio	62	38	
TOTAL	60%	40%	

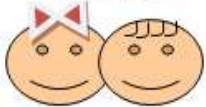
Fuente: Chacón Hugo, módulo IV evaluación de servicios de salud. Indicadores de gestión para la toma de decisiones. 2003

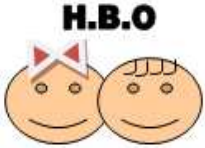
Elaborado por: Patricia Aguilar

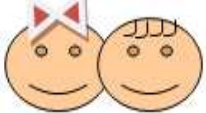
ANEXO N° 3

4.3.1 MANUAL DE CALIDAD

	MANUAL DE CALIDAD NORMA ISO 9000 2008	Revisión	N°
		Fecha	Febrero 2009
		Hoja	1 de 19
CONTENIDO			
<ol style="list-style-type: none"> 1. MISIÓN, VISIÓN Y POLÍTICA DE CALIDAD 2. DATOS GENERALES 3. ALCANCE DEL SISTEMA 4. SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD 5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN 6. ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS 7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO 8. MEDICION, MONITOREO Y MEJORA 			
ELABORADO	REVISADO	APROVADO	
Cargo: Enfermera Miembro de Equipo. Nombre: Lic. Patricia Aguilar	Cargo: Nombre:	Cargo: Nombre:	
Fecha: Firma:	Fecha: Firma:	Fecha: Firma:	

 <p>H.B.O CONSULTA EXTERNA</p>	<p>MANUAL DE CALIDAD</p> <p>NORMA ISO 9000 2008</p>	Revisión	Nº
		Fecha	Febrero 2009
		Hoja	2 de 19
<p>1. MISION, VISION Y POLÍTICA DE CALIDAD</p> <p>Misión</p> <p>La consulta externa brinda un servicio de atención pública diagnóstica, curativa y de rehabilitación las 12 horas del día a pacientes pediátricos provenientes de todo el Ecuador y países vecinos, con personal profesional especializado y subprofesional, humanista, que entrega sus servicios con calidad; bajo los principios científico-técnicos dirigidos por valores morales y éticos.</p> <p>Visión</p> <p>El servicio de consulta externa es: La consulta externa del HBO será un servicio de especialidad pediátrica de referencia nacional donde se entregue atención de cuarto nivel, con profesionales en todas las ramas de la salud, con excelencia académica y humanista, capaces de manejar tecnología actualizada, que brinde una atención con eficacia, calidad y calidez, encargado de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad con vigilancia estricta del cumplimiento de los derechos de los niños.</p> <p>La política de calidad del servicio de consulta externa es ofertar atención de salud integral, eficiente y eficaz a la niñez ecuatoriana, contribuyendo en el mejoramiento de la salud y la calidad de vida de nuestros usuarios.</p>			

 <p>H.B.O CONSULTA EXTERNA</p>	<p>MANUAL DE CALIDAD</p> <p>NORMA ISO 9000 2008</p>	Revisión	Nº
		Fecha	Febrero 2009
		Hoja	3 de 19
<p>2. DATOS GENERALES:</p> <p>En 1973 según de decreto No 1519: se faculta al Ministerio de Salud Pública y Relaciones Exteriores para la contratación del nuevo hospital, al transcurrir una década el Gobierno del Ingeniero León Febres Cordero inaugura el nuevo edificio del Hospital Baca Ortiz, funcionando sólo la consulta externa; la UNICEF ha reconocido al Hospital Baca Ortiz como Hospital Amigo de la Madre y el Niño, lo que lo otorga un gran prestigio entre la población del país por la calidad de su atención tanto técnica y humana, cuenta con las áreas siguientes:</p> <p>Área Técnica Médica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consulta Externa atención preventiva- curativa - Atención de especialidades en consultorios - Servicios de apoyo: quirófanos, laboratorio clínico, imagenología, trabajo social, estadística, nutrición, farmacia y hotelería. - Emergencia - Preparación de pacientes - Voluntariado - Post-consulta - Secretaría <p>Administrativa y financiera:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administrativa: mantenimiento, servicios generales, proveeduría, bodega. - Financiero: contabilidad, presupuesto, tesorería. - Recursos Humanos. - Informática. 			

 <p>H.B.O CONSULTA EXTERNA</p>	<p>MANUAL DE CALIDAD</p> <p>NORMA ISO 9000 2008</p>	Revisión	Nº
		Fecha	Febrero 2009
		Hoja	4 de 19

El Servicio de Consulta externa se encuentra ubicado en el primer piso, ala este, del Hospital de Niños “Baca Ortiz”, cuenta con una extensión de 2435 metros cuadrados, con infraestructura moderna desarrollada a base de hormigón armado, posee paredes pintadas con colores tenues y adornos infantiles con la finalidad de brindar un ambiente cálido y entretenido para el usuario y su familia.

Ubicado en las Avenidas Seis de Diciembre y Colón sin numeración (Sector la Floresta).

Teléfonos: 2220979 extensión 132


3. ALCANCE DEL SISTEMA:

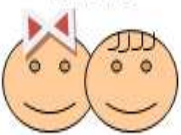
El alcance del Sistema de Gestión de Calidad del servicio de consulta externa es la atención del paciente de 1 a 14 años de todo el país a través de referencia y contra referencia de otras unidades de salud, estableciendo pautas que permitan viabilizar la atención integral de salud al paciente pediátrico.

4. SISTEMA DE ADMINISTRACION DE CALIDAD

4.1 Organización del sistema

4.1.1 Exclusiones permitidas: Debido a la naturaleza del producto y a las actividades efectuadas, queda excluido del Sistema de Gestión de Calidad el siguiente numeral de la Norma ISO 9001:2000 7.3 Diseño y Desarrollo.

 <p>H.B.O CONSULTA EXTERNA</p>	<p>MANUAL DE CALIDAD</p> <p>NORMA ISO 9000 2008</p>	Revisión	Nº
		Fecha	Febrero 2009
		Hoja	5 de 19
<p>4.1.2. Política de Calidad</p> <p>El Hospital Baca Ortiz y su dirección establecen la siguiente Política de Calidad.</p> <p>“Ofertar servicios de salud integral con atención eficiente y eficaz a la niñez ecuatoriana, contribuyendo al mejoramiento de la salud y la calidad de vida de nuestros clientes”.</p> <p>4.1.3. Objetivos de Calidad</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Incrementar la producción del servicio. 2.- incrementar el porcentaje de atención de la consulta externa al 95% 3.- Post consultas incrementar a un 80% <p>4.1.4. Estructura</p> <p>El hospital Baca Ortiz cuenta con un Organigrama Estructural y Funcional, aprobado por el MSP.</p> <p>4.1.4.1. Del Comité de Calidad</p> <p>La Gestión de Calidad del Hospital Baca Ortiz está conformada por el Comité de Calidad, constituido por el Director del Hospital, Jefe Administrativo Financiero, Responsable de Recursos Humanos, Jefa de Enfermería, Jefes de los diversos servicios, Auditores Internos y el Responsable de la documentación.</p>			

 <p>H.B.O. CONSULTA EXTERNA</p>	MANUAL DE CALIDAD NORMA ISO 9000 2008	Revisión	Nº
		Fecha	Febrero 2009
		Hoja	6 de 19

4.1.4.2. Responsabilidades del Comité de Calidad

Las principales funciones del Comité de Calidad son:

- Coordinar auditorias de calidad en función de la norma ISO 9001: 2000
- Contribuir en la preparación de planes de calidad en las áreas que lo requieran.
- Realizar inspecciones de acuerdo con los planes de la calidad y procedimientos documentados.
- Verificar que los procedimientos se mantengan actualizados.
- Coordinar acciones preventivas, correctivas y encargarse de su seguimiento.
- Recopilar la información para la revisión por parte de la Dirección.
- Apoyar las acciones del Representante de la Dirección.

4.1.4.3. Recursos

El HBO, establece su presupuesto anual para el desarrollo de las actividades a través del Plan Estratégico y Operativo.

 <p>H.B.O CONSULTA EXTERNA</p>	<p>MANUAL DE CALIDAD</p> <p>NORMA ISO 9000 2008</p>	Revisión	Nº
		Fecha	Febrero 2009
		Hoja	7 de 19

4.2 Estructura de la documentación

El objetivo de la estructura de la documentación es soportar el Sistema de Gestión de Calidad y consta de:




**MANUAL DE
CALIDAD**

**PROCEDIMIENTOS
DEL SISTEMA DE
CALIDAD**

DOCUMENTOS - REGISTROS

Manuales: El Manual de Calidad del Servicio de Consulta Externa, se rige por la política, objetivos, compromiso, autoridades y responsabilidades del hospital como organización con respecto a la calidad pues es quien define el sistema.

 <p>H.B.O CONSULTA EXTERNA</p>	<p>MANUAL DE CALIDAD</p> <p>NORMA ISO 9000 2008</p>	Revisión	Nº
		Fecha	Febrero 2009
		Hoja	8 de 19

4.2.1 Procesos de atención: Describen las actividades, tareas, responsabilidades y los responsables de las mismas.

El **Manual de Calidad** tiene requisitos especificados y son obligatorios para el personal del Sistema de Gestión de Calidad, es responsabilidad trabajar de acuerdo con el Sistema de Gestión de Calidad definido cumpliendo con los procedimientos.


Se revisará y actualizará el Manual y documentos del Sistema de Gestión de Calidad según las necesidades propias del servicio de consulta externa del HBO y el Sistema de Gestión de Calidad.

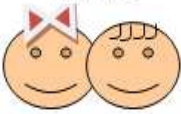
4.2.3 Control de documentos

Los documentos son controlados según procedimiento P – 423 a través de la Lista Maestra de Documentos, la responsabilidad de mantener actualizada ésta lista, es del Responsable de la Documentación.

El responsable de la documentación asegura los documentos en cada área, estos deben estar: Disponibles para su uso; Actualizados; Legibles y fácilmente identificables; Custodiadas en las revisiones anteriores (Obsoletos).

El responsable de área es el que mantiene los documentos vigentes y garantiza que: Se pueden encontrar fácilmente; Estén disponibles para evaluaciones; Archivados de manera que prevengan daño; Deterioro o pérdida.

	MANUAL DE CALIDAD NORMA ISO 9000 2008	Revisión	Nº
		Fecha	Febrero 2009
		Hoja	9 de 19
<p>4.2.4. Control de registros</p> <p>Los registros de calidad son controlados, archivados y conservados según el procedimiento P – 424 a través de la Lista Maestra de Documentos, la responsabilidad de mantener actualizada la Lista Maestra de Documentos es del responsable de la documentación.</p> <p>5. RESPONSABILIDAD GERENCIAL</p> <p>La Dirección establece, aprueba y divulga las políticas necesarias para el cumplimiento de los requerimientos del Sistema de Gestión de Calidad conforme la norma ISO 9001 – 2000.</p> <p>5.1 Compromiso de la Dirección</p> <p>La Dirección se compromete a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Ejercer supervisión y control del Sistema de Gestión de Calidad en la Institución a través del listado de requisitos legales y la Política de Calidad, comunicar al personal de la institución sobre la importancia de cumplir con los requerimientos del usuario interno y externo. 2.- Establecer la Política de Calidad. 3.- Establecer los Objetivos de Calidad. 4.- Realizar las revisiones gerenciales periódicas al Sistema de Gestión de Calidad. 5.- Asegurar los recursos apropiados para que el Sistema de Gestión de Calidad sea establecido, implantado y mantenido de acuerdo al Plan Operativo Anual. 			

 <p>H.B.O. CONSULTA EXTERNA</p>	<p>MANUAL DE CALIDAD</p> <p>NORMA ISO 9000 2008</p>	Revisión	Nº
		Fecha	Febrero 2009
		Hoja	10 de 19

4.2.4. Control de registros

Los registros de calidad son controlados, archivados y conservados según el procedimiento P – 424 a través de la Lista Maestra de Documentos, la responsabilidad de mantener actualizada la Lista Maestra de Documentos es del responsable de la documentación.

5. RESPONSABILIDAD GERENCIAL

La Gestión Hospitalaria establece, aprueba y divulga las políticas necesarias para el cumplimiento de los requerimientos del Sistema de Gestión de Calidad conforme la norma ISO 9001 – 2000.

5.1 Compromiso de la Gestión Hospitalaria

La Dirección se compromete a:

- 1.- Ejercer la supervisión y control del Sistema de Gestión de Calidad en la Institución a través del listado de requisitos legales y la Política de Calidad.
- 2.- Comunicar al personal de la institución sobre la importancia de cumplir con los requerimientos del usuario interno y externo.
- 3.- Establecer la Política de Calidad.
- 4.- Establecer los Objetivos de Calidad.
- 5.- Realizar las revisiones gerenciales periódicas al Sistema de Gestión de Calidad.
- 6.- Asegurar los recursos apropiados para que el Sistema de Gestión de Calidad sea establecido, implantado y mantenido de acuerdo al Plan Operativo Anual.

 <p>H.B.O CONSULTA EXTERNA</p>	<p>MANUAL DE CALIDAD</p> <p>NORMA ISO 9000 2008</p>	Revisión	Nº
		Fecha	Febrero 2009
		Hoja	11 de 19

5.2 Responsabilidad, autoridad y enfoque en el cliente

El comité de Gestión de Calidad es responsable por la calidad de servicios ofertados por la institución como esta estipulado en los procedimientos del sistema.

La autoridad necesaria para la ejecución de una determinada tarea esta delegada según el Manual de clasificación de puestos del Dirección Provincial de Salud.

5.3. Política de Calidad

La Dirección asegura que la política de calidad es apropiada de acuerdo al numeral 4.1.2 del presente manual.


5.4. Planificación

5.4.1. Objetivos de calidad

La Gestión del servicio asegura que los objetivos de calidad se cumplen de acuerdo a los requerimientos de nuestro servicio señalados en el numeral 4.1.3 del presente manual.

5.4.2. La planificación del Sistema de Gestión se realiza de acuerdo al Plan estratégico.

5.5. Responsabilidad, autoridad y comunicación

 <p>H.B.O CONSULTA EXTERNA</p>	MANUAL DE CALIDAD NORMA ISO 9000 2008	Revisión	Nº
		Fecha	Febrero 2009
		Hoja	12 de 19

5.5.1 Responsabilidad y autoridad

La Dirección asegura que las responsabilidades y autoridades son definidas y comunicadas dentro del HBO mediante el Manual de Clasificación de Puestos y el Perfil de cargo de la Institución.

5.5.2. Representante de la Dirección

El Representante de la Dirección designado es el subdirector Médico, que además de las obligaciones a su cargo es responsable de:

- 1.- Asegurar el desarrollo y ejecución del comité de Gestión de Calidad.
- 2.- Informar a la Dirección acerca del desempeño del Comité.
- 3.- Promover el conocimiento de los requerimientos de usuarios internos y externos, para su adecuada satisfacción.


La información se detalla en el Informe de desarrollo del Comité de Gestión de Calidad.

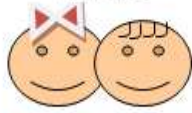
5.5.3 Comunicación interna

El HBO, cuenta con un sistema de comunicación interna del cual es parte del Servicio de Consulta Externa, por medio de documentos escritos, que certifican que los procesos de la gestión de Calidad se realicen en forma efectiva y son conocidos por todos.

5.6. Revisión gerencial

El Director y el subdirector revisaran la gestión realizada por el comité de Calidad al menos una vez al año, para asegurar la conformidad del comité con la norma ISO 9001:2000, mediante el documento Revisión por la Dirección.

 <p>H.B.O CONSULTA EXTERNA</p>	<p>MANUAL DE CALIDAD</p> <p>NORMA ISO 9000 2008</p>	Revisión	Nº
		Fecha	Febrero 2009
		Hoja	13 de 19
<p>6. ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS</p> <p>6.1 . Provisión de recursos.</p> <p>1.- La Dirección, se compromete a proporcionar los recursos necesarios que permitan y aseguren el desarrollo y ejecución del comité de Gestión de Calidad.</p> <p>2.- Los líderes de cada servicio determinan los requerimientos necesarios para poner en práctica los procesos del comité de Gestión de Calidad, mediante Planes Operativos.</p> <p>6.2. Talento Humano</p> <p>Se rige al Manual de Clasificación de Puestos de la carrera municipal de la Dirección provincial de Pichincha y RRHH.</p> <p>El Plan Anual de Capacitación es formulado y desarrollado en coordinación con la Gestión de RRHH.</p> <p>6.3. Infraestructura</p> <p>La infraestructura esta detallada a través de los planos y el listado de equipos del servicio.</p> <p>El mantenimiento de la infraestructura y equipos se realizara mediante el Plan anual de mantenimiento y el cumplimiento de contratos de mantenimiento se verificará mediante un Check.</p> <p>Es responsable de esta actividad el Administrador y líder de la gestión de Mantenimiento.</p>			

 <p>H.B.O CONSULTA EXTERNA</p>	MANUAL DE CALIDAD NORMA ISO 9000 2008	Revisión	Nº
		Fecha	Febrero 2009
		Hoja	14 de 19

6.4. Ambiente de trabajo

Se define y gestiona el ambiente de trabajo de la Consulta Externa para alcanzar la conformidad de los requisitos del servicio, a través del documento Matriz de Seguridad, siendo responsabilidad del administrador del hospital y el líder del servicio.

Las mediciones establecidas en dicha matriz se presentan en Registro de Ambiente de Trabajo.

7. ACTIVIDADES DEL SERVICIO

7.1. Planificación de los procesos del servicio

La calidad del servicio está definida y documentada a través de los procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad.

7.2. Procesos relacionados con el cliente

Se realizan encuestas de satisfacción del cliente.

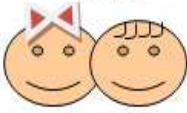
Existe comunicación para el usuario (Talleres, boletines informativos, cursos, charlas de orientación).

Se da atención personalizada.

Profesionalización de los servicios.

7.3 Diseño y desarrollo

El HBO excluye esta cláusula ya que los protocolos de atención y las técnicas están preestablecidas y no son resultado de una investigación propia.

 <p>H.B.O. CONSULTA EXTERNA</p>	<p>MANUAL DE CALIDAD</p> <p>NORMA ISO 9000 2008</p>	Revisión	Nº
		Fecha	Febrero 2009
		Hoja	15 de 19

7.4. Compras y evaluación de Proveedores

Este procedimiento se realiza en base a lo estipulado por el comité de adquisiciones y reglamentado por el MSP y DPSP. Por medio de un proceso de Licitación de precios, los proveedores son seleccionados y evaluados para cumplir con los requisitos de la Institución, se describe en el documento de Calificación y evaluación de proveedores.

7.5 CONTROL DE LA PRODUCCIÓN Y PROVISIÓN DEL SERVICIO

7.5.1. Control de producción y provisión del servicio


La atención del paciente de Consulta Externa se basa en el cumplimiento de los procesos establecidos por la Gestión de Calidad Hospitalaria.

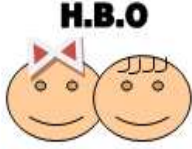
7.5.2 Validación de procesos

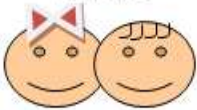
Con la finalidad de priorizar la satisfacción y confianza del usuario el servicio de Consulta Externa valida la conformidad del mismo mediante Encuestas de Satisfacción al Cliente y la Tabulación de dicha encuesta.

7.5.3 Identificación y trazabilidad

El servicio Consulta Externa identifica adecuadamente al paciente como a los componentes del proceso en la ejecución del mismo con el fin de facilitar el monitoreo mediante la Historia Clínica.

 <p>H.B.O CONSULTA EXTERNA</p>	<p>MANUAL DE CALIDAD</p> <p>NORMA ISO 9000 2008</p>	Revisión	Nº
		Fecha	Febrero 2009
		Hoja	16 de 19
<p>7.5.4 Propiedad del cliente</p> <p>El servicio de Consulta Externa conserva con cuidado la documentación de los pacientes que constituyen su propiedad, tales como resultados de exámenes y datos personales, los cuales están registrados y archivados en la Historia Clínica. La verificación de la aceptación se realiza mediante el formato de ingreso a la Institución.</p> <p>7.5.5. Preservación del servicio</p> <p>La Institución preserva adecuadamente los servicios, insumos y otros materiales que inciden en la calidad del servicio de atención del paciente de consulta externa, mediante identificación, manipulación y almacenamiento; que esta a cargo del personal de Bodega y de enfermeras en el servicio.</p> <p>7.6. Control de dispositivos de medición</p> <p>El HBO cuenta con un programa de calibración a intervalos programados de todos los equipos de medición y monitoreo de la institución, de acuerdo al Plan Anual de Mantenimiento.</p> <p>8. MEDICIÓN, MONITOREO Y MEJORA</p> <p>8.1. General</p> <p>El HBO planifica e implementa procesos que demuestran la conformidad de los procedimientos y asegura el sistema de gestión de calidad en los numerales siguientes.</p>			

 <p>H.B.O CONSULTA EXTERNA</p>	<p>MANUAL DE CALIDAD</p> <p>NORMA ISO 9000 2008</p>	Revisión	Nº
		Fecha	Febrero 2009
		Hoja	17 de 19
<p>8.2 MEDICIÓN Y MONITOREO</p> <p>8.2.1. Medición de la satisfacción del paciente el Comité de calidad se compromete a medir y monitorear la atención del paciente y la satisfacción de los usuarios, analizar datos y proveer los resultados para la ejecución de revisiones gerenciales que aseguren la efectiva operación de Gestión de Calidad y su continua mejora.</p> <p>8.2.2. Auditoría interna el Comité de Calidad, planifica y ejecuta una auditoría interna al año, alternadas con auditorías externas a su sistema para verificar la conformidad con la norma ISO 9001 – 2000 y su efectiva operación.</p> <p>Existe un procedimiento documentado para la realización de las auditorías internas.</p> <p>Existe un grupo calificado de Auditores Internos los cuales evidencian su competencia al haber aprobado un curso de Auditor Interno, los registros de las auditorías se mantienen apropiadamente y generan medidas correctivas y preventivas.</p> <p>8.2.3/8.2.4 Medición y monitoreo de procesos y del servicio</p> <p>El servicio de consulta externa aplica métodos de monitoreo del paciente desde su recepción hasta su egreso, información detallada en la Historia Clínica.</p>			

 <p>H.B.O CONSULTA EXTERNA</p>	<p>MANUAL DE CALIDAD</p> <p>NORMA ISO 9000 2008</p>	Revisión	Nº
		Fecha	Febrero 2009
		Hoja	18 de 19

8.3. CONTROL DE SERVICIO NO CONFORME

Se ha establecido que el servicio no conforme surge cuando el niño presenta luego del servicio, problemas médicos atribuibles a un mal manejo del procedimiento.

En este caso la Dirección interviene antes de que el médico autorice el egreso del paciente.

El registro adecuado de estas acciones se encuentra en la Historia Clínica.


8.4. Análisis de datos

La Dirección y los líderes del servicio, analizan la información e indicadores para demostrar la adecuación y efectividad de la Gestión de Calidad y evalúa la mejora continua, los registros son entregados en forma mensual por el Responsable de Estadística.

8.5 Mejoramiento

8.5.1. Mejoramiento continuo

La Dirección planifica el desarrollo de la mejora continua a través de la política de calidad, los objetivos, los resultados de las auditorias, el análisis de los datos, las acciones preventivas y correctivas.

 <p>H.B.O. CONSULTA EXTERNA</p>	<p>MANUAL DE CALIDAD</p> <p>NORMA ISO 9000 2008</p>	Revisión	Nº
		Fecha	Febrero 2009
		Hoja	19 de 19
<p>8.5.2 Acciones correctivas</p> <p>Existe un procedimiento documentado para eliminar la causa de las no conformidades y prevenir su recurrencia, las acciones correctivas permiten solucionar las no conformidades encontradas. Existen registros de acciones correctivas.</p> <p>8.5.3. Acciones preventivas</p> <p>Existe un procedimiento documentado para eliminar las potenciales no conformidades y prevenir su ocurrencia, las acciones preventivas permiten detectar oportunidades de mejora, se lleva un registro de acciones preventivas.</p>			

El Sistema de Gestión de Calidad se sostiene mediante el proceso de mejoramiento continuo de la calidad, el mismo que esta a cargo del nivel directivo y del Comité de Gestión de la Calidad del Hospital de Niños Baca Ortiz.