

# **ESCUELA POLITÉCNICA NACIONAL**

**FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS**

**MODELO DE GERENCIA POR PROCESOS PARA EL SERVICIO  
DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL Dr. GUSTAVO  
DOMÍNGUEZ. SANTO DOMINGO DE LOS COLORADOS**

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

**AUTORA: Lic. ROSA GUILLERMINA BUENO LOJA**

**rosybueno@gmail.com**

**DIRECTOR: DR. MILTON VEGA H.**

**MD, MBA, MGSS**

**Mvegah2002@yahoo.es**

**Quito, MAYO 2009**

## DECLARACIÓN

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

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

.....

Rosa Guillermina Bueno Loja.

## **CERTIFICACIÓN**

Certifico que el presente fue realizado por la Lic. Rosa Guillermina Bueno Loja, bajo mi supervisión.

.....

Dr. Milton Vega Herrera.  
DIRECTOR DEL PROYECTO.

## DEDICATORIA

A mis padres: María y Nicanor, quienes con sus sabios consejos, su apoyo incondicional, me dieron todo su respaldo, la confianza y la oportunidad para superarme y crecer personal, académica y profesionalmente, al impartirme el valor para poder continuar adelante.

A mis Hermanas (o) Zoila, Narcisa, María, Yoli y Eduardo, fieles consejeras (o), amigas (o) incondicionales, quienes son mi fortaleza para continuar adelante y alcanzar mis objetivos.

A mi amiga Martha, quien me dio su apoyo ilimitado en todas las circunstancias, para conseguir lo propuesto y anhelado.

***ROSA***

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por ser mi guía, fortaleza, y refugio durante toda mi vida y me llevo a concluir esta meta.

A todo el equipo de la Escuela Politécnica Nacional, que con sus aportes, entrega, compromiso, seriedad y responsabilidad fueron el valor agregado para este proceso, de aprendizaje

Un “ESPECIAL MUCHAS GRACIAS” al Dr. Milton Vega H., distinguido profesor, amigo y director de tesis, que con su gran espíritu de colaboración, capacidad, disposición y su apoyo, supo guiarme con responsabilidad, paciencia y acierto hasta la culminación de la misma.

A todos quienes hacen el Hospital “Dr. Gustavo Domínguez”, los cuales formaron parte importante, en el desarrollo del presente trabajo, gracias por su valiosa colaboración.

Gracias a todas las personas e instituciones que no se nombran en estas líneas pero que de una u otra forma han participado, colaborado y contribuido en la realización de este trabajo.

A todos ¡*MUCHAS GRACIAS!*

***ROSA***

## CONTENIDO

<b>DECLARACIÓN</b> .....	2
<b>CERTIFICACIÓN</b> .....	3
<b>DEDICATORIA</b> .....	4
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	5
<b>RESUMEN</b> .....	23
<b>ABSTRACT</b> .....	25
<b>PRESENTACIÓN</b> .....	27
<b>CAPÍTULO I</b> .....	28
MODELO DE GERENCIA POR PROCESOS PARA EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ. SANTO DOMINGO DE LOS COLORADOS 2007 -2009. ....	28
1 <b>INTRODUCCIÓN</b> .....	28
1.1 <b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.</b> ....	28
1.2 <b>FORMULACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA.</b> .....	30
1.3 <b>OBJETIVOS.</b> .....	30
1.3.1 <b>OBJETIVO GENERAL</b> .....	30
1.3.2 <b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> .....	31
1.4 <b>JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO</b> .....	31
1.4.1 <b>JUSTIFICACIÓN TEÓRICA.</b> .....	31
1.4.2 <b>JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA.</b> .....	34
1.4.3 <b>JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA</b> .....	35
1.5 <b>HIPÓTESIS DE TRABAJO</b> .....	35
1.5.1 <b>HIPÓTESIS GENERAL</b> .....	35
1.5.2 <b>HIPÓTESIS ESPECÍFICOS</b> .....	35
1.6 <b>METODOLOGIA</b> .....	36

CAPÍTULO II .....	37
2 MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL .....	37
2.1 SALUD –ENFERMEDAD .....	37
2.1.1 DETERMINANTES DE LA SALUD.....	37
2.1.2 LA EPIDEMIOLOGÍA. ....	38
2.1.3 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO. ....	39
2.2 SISTEMAS DE SALUD .....	39
2.2.2 FUNCIONES DE LOS SISTEMAS DE SALUD. ....	41
2.3 SERVICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD. ....	44
2.3.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD .....	44
2.3.2 LA PREVENCIÓN PRIMARIA.....	45
2.3.3 CURACIÓN O PREVENCIÓN SECUNDARIA. ....	45
2.3.4 LA REHABILITACIÓN O PREVENCIÓN TERCIAARIA.....	45
2.3.5 MODELO DE ATENCIÓN .....	46
2.3.6 MODALIDADES DE ATENCIÓN.....	47
2.3.7 NIVELES DE COMPLEJIDAD.....	48
2.4 SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS.....	49
2.4.1 EL HOSPITAL.....	49
2.4.2 LA EMPRESA HOSPITALARIA .....	50
2.5 EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA,.....	52
2.6 PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA.....	52
2.6.1 CARACTERÍSTICAS DE LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA .....	53
2.6.2 EL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.....	54
2.6.3 DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO .....	56
2.6.4 FORMULACIÓN DE LÍNEAS Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.....	59
2.7 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE LOS HOSPITALES .....	60
2.8 GESTIÓN POR PROCESOS .....	63

2.8.1	GERENCIA POR PROCESOS EN SISTEMAS DE SALUD.....	63
2.8.2	LA GESTIÓN POR PROCESOS Y CALIDAD ASISTENCIAL.....	64
2.8.3	DIFERENCIAS ENTRE LA GESTIÓN FUNCIONAL Y LA GESTIÓN POR PROCESOS.....	65
2.8.4	FASES PARA LA IMPLEMENTACIÓN.....	66
2.9	EL CUADRO DE MANDO INTEGRAL .....	78
2.10	OBJETIVOS FUNDAMENTALES DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL (CMI):	78
2.10.1	PERSPECTIVAS QUE ANALIZA EL CMI.....	79
2.10.2	BENEFICIOS DE IMPLEMENTAR EL CUADRO DE MANDO INTEGRAL .....	82
2.10.3	IMPLANTACIÓN DE CUADRO DE MANDO INTEGRAL.....	83
2.10.4	EL TABLERO DE CONTROL .....	83
2.10	MONITOREO Y EVALUACIÓN.....	84
2.10.1	SISTEMA DE INFORMACIÓN .....	85
2.11	LA CALIDAD EN LOS SISTEMAS DE SALUD .....	91
	CAPÍTULO III .....	95
3.1	CONTEXTO DE SALUD NACIONAL .....	95
3.2	CONTEXTO PROVINCIAL.....	124
3.2.1	SITUACIÓN GEOGRÁFICA Y POLÍTICA.....	124
3.2.2	DATOS HISTÓRICOS.....	124
3.2.3	CLIMA Y OROGRAFÍA .....	125
3.2.4	ASPECTOS DEMOGRÁFICOS .....	126
3.2.5	ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS .....	132
3.2.6	CARACTERÍSTICAS EDUCACIONALES.....	134
3.2.7	SERVICIOS BÁSICOS.....	136
3.2.8	SERVICIOS DE SALUD.....	144

3.2.9 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	146
3.3 CONTEXTO HOSPITALARIO.....	150
3.3.1 INSTALACIONES.....	152
3.3.2 DOTACIÓN DE CAMAS.....	153
3.3.3 RECURSOS HUMANOS.....	155
3.3.4 TECNOLOGÍA.....	157
3.3.5 ACTIVIDADES DOCENTES.....	157
3.3.6 COMITES HOSPITALARIOS.....	158
3.3.7 SISTEMAS DE INFORMACIÓN.....	158
3.3.8 INFORMACIÓN ECONÓMICO FINANCIERA.....	159
3.3.9 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL HOSPITAL.....	160
3.3.10 ACTIVIDADES ASISTENCIALES.....	162
3.3.11 INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL HOSPITAL.....	173
3.4 SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.....	176
3.4.1 ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO.....	176
3.4.2 COORDINACIÓN INTERDEPARTAMENTAL.....	179
3.4.3 EQUIPAMIENTO DEL SERVICIO.....	186
3.4.4 ACTIVIDADES CUMPLIDAS EN EL SERVICIO.....	187
3.4.5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.....	195
CAPITULO IV.....	197
4. MODELO DE GESTIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ.....	197
4.1 PLANIFICACIÓN.....	197
4.1.1 ANÁLISIS AMBIENTAL.....	197
4.1.2 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.....	208
4.1.3 BALANCED SCORECARD (BSC).....	211

4.2 ORGANIZACIÓN.....	214
4.3 ESTRUCTURA POR PROCESOS.....	218
4.3.1 BASE LEGAL .....	219
4.3.2 JERARQUIZACIÓN DEL PROCESO .....	219
4.3.3 DESARROLLO DEL PROCESO .....	222
4.4 GESTIÓN .....	238
4.4.1 OPTIMIZACIÓN DEL RECURSO CAMA .....	241
4.5 NECESIDADES DE MEJORA.....	242
4.6 MONITOREO Y EVALUACIÓN.....	246
4.6.1 ELEMENTOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN .....	247
4.7 ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN.....	250
4.8 CONCLUSIONES.....	254
4.9 RECOMENDACIONES .....	255
5. BIBLIOGRAFÍA .....	256
6. ANEXOS. ....	261
6.1 ANEXO.....	261
6.2 ANEXO.....	262
6.3 ANEXO.....	273
6.4 ANEXO.....	291
6.5 ANEXO.....	292
6.6 ANEXO.....	297
6.7 ANEXO.....	298

<b>ÍNDICE DE CUADROS</b>	<b>PÁGINA</b>
N°1 Diferencia entre Gestión Funcional y Procesos.....	66
N°2 Información Básica de las Instalaciones del Hospital.....	153
N°3 Oportunidades Servicio de Medicina Interna.....	199
N°4 Amenazas, Servicio de Medicina Interna.....	200
N°5 Fortalezas, Servicio de Medicina Interna.....	202
N°6 Debilidades, Servicio de Medicina Interna.....	203
N°7 Matriz FODA, Servicio de Medicina Interna 2007 .....	204
N°8 Subproceso: Admisión de Paciente.....	223
N°9 Caracterización del Subproceso: Admisión de Pacientes.....	225
N°10 Subproceso: Tratamiento Médico.....	226
N°11 Caracterización del Subproceso: Tratamiento Clínico.....	228
N°12 Descripción del Subproceso: Interconsulta.....	229
N°13. Caracterización del Subproceso: Interconsulta.....	231
N°14 Descripción del Subproceso: Alta y/o Egreso Hospitalario.....	232
N°15 Caracterización del Subproceso: Alta y/o Egreso Hospitalario.....	234
N°16 Descripción del Subproceso: Transferencia.....	235
N°17 Caracterización del Subproceso: Transferencia .....	237
N°18 Formulario de Inventario Técnico de Equipos Hospitalarios (1).....	292
N°19 Formulario de Inventario Técnico de Equipos Hospitalarios (2).....	293

N°20 Formulario: Orden de Trabajo.....	294
N°21 Ejemplo: Características Técnicas.....	295
N°22 Ejemplo de Rutinas de Trabajo.....	296
N°23 Modelo de Encuesta para Medir Grado de Satisfacción.....	297

**ÍNDICE DE GRÁFICOS****PÁGINA**

N° 1 Población por Grandes Grupos de Edad. Censo Nacional 2001.....	96
N° 2 Número de Establecimientos de Salud con Internación y sin Internación Hospitalaria, Según Regiones Geográficas. Años 1997, 2001 y 2006.....	92
N° 3 Número de Establecimientos de Salud con Internación y sin Internación Hospitalaria, Según Entidad a la que Pertenecen. Años 1997 y 2006.....	104
N° 4 Número de Establecimientos de Salud con Internación Hospitalaria, Según Sector y Clase de Establecimiento Año 2006.....	106
N° 5 Número de Establecimientos de Salud sin Internación Hospitalaria por Regiones, Según Clase de Establecimiento y Área. Año 2006.....	107
N° 6 Médicos que Trabajan en Establecimientos de Salud Según Especialidades. Año 1997 y 2006.....	109
N° 7 Número de Personal que Trabaja en Establecimientos de Salud, Años 1997 y 2006.....	111
N° 8 Consultas de Morbilidad, Prevención y Odontología Realizadas en los Establecimientos de Salud, Según Regiones Geográficas. Año 2006.....	112
N° 9 Tasa de Médicos Según Provincias. Años 1997 y 2006.....	113
N° 10 Tasa de Enfermeras Según Provincia. Años 1997 y 2006.....	114
N° 11 Tasa de Auxiliares Según Provincias, Años 1997 y 2006.....	115
N° 12 Número de Establecimientos. Egresos Hospitalarios Disponibles Según Regiones. Años 1996, 2001 y 2006.....	117
N° 13 Número de Camas Hospitalarias Disponibles Según Provincias. Años 1997 y 2006.....	118
N° 14 Número de Egresos Hospitalarios Según Provincias Años 1996 y 2006.	119

N° 15 Diez Principales Causas de Morbilidad. 2006. (Lista Única de 298 Causas – Cie-10).....	121
N° 16 Diez Principales Causas de Morbilidad Masculina. 2006 (Lista Única de 298 Causas –Cie-10).....	122
N° 17 Diez Principales Causas de Morbilidad Femenina. 2006 (Lista Única de 298 Causas –Cie-10).....	123
N° 18 Población Provincia Santo Domingo de los Tsáchilas, por Áreas y Sexo. Censo 2001.....	127
N° 19 Estimado de Población y Tasa de Crecimiento Anual por Áreas, Provincia Santo Domingo de los Tsáchilas. 1974 – 2020.....	128
N° 20 Población Según Parroquias, Provincia Santo Domingo de los Tsáchilas. Censo 2001.....	129
N° 21 Proyección de la Población Según Grupos Programáticos Provincia Santo Domingo de los Tsáchilas. 2007.....	130
N° 22 Población por Etnias, Santo Domingo. Censo 2001.....	131
N° 23 Población Económicamente Activa de 5 Años y más, por Sexo, Según Grupos Ocupacionales. Santo Domingo. Censo 2001.....	133
N° 24 Población Según Niveles de Instrucción, por Áreas, Provincia Santo Domingo de los Tsáchilas. Censo 2001.....	135
N° 25 Total de Población Según Nivel de Instrucción , por Sexo, Provincia Santo Domingo de los Tsáchilas. Censo 2001.....	136
N° 26 Población que dispone de Electricidad, Según Parroquias. Provincia Santo Domingo de los Tsáchilas. Censo 2001.....	137
N° 27 Población con Disponibilidad de Teléfono, Según Parroquias, Provincia Santo Domingo de los Tsáchilas, Censo 2001.....	138

N° 28 Población con Disponibilidad de Agua, Según Parroquias, Provincia Santo Domingo de los Tsáchilas. Censo 2001.....	139
N° 29 Población con Disponibilidad de Alcantarillado, Según Parroquias, Provincia Santo Domingo de los Tsáchilas. Censo 2001.....	140
N° 30 Sistema de Eliminación de Basuras, Según Parroquias, Provincia Santo Domingo de los Tsáchilas. Censo 2001.....	141
N° 31 Población con Disponibilidad de Vivienda. Santo Domingo 2001.....	142
N° 32 Denuncias por Delito de Mayor Incidencia. Santo Domingo. 2004 – 2006.....	143
N° 33 Unidades de Salud, Área 17 y Población de Referencia, Prov. Santo Domingo de los Tsáchilas. 2005.....	145
N° 34 Unidades de Salud Área 22 y Población de Referencia. Prov. Santo Domingo de los Tsáchilas. 2005.....	146
N° 35 Morbilidad Malárica, Zona I SNEM, 2001 – 2008 .....	147
N° 36 Tipos de Morbilidad Área 17, Prov. Santo Domingo de los Tsáchilas. 2007-2008.....	148
N° 37 Tipo de Morbilidad Área 22, Prov. Santo Domingo de los Tsáchilas. 2007-2008.....	149
N° 38 Casos VIH Sida. Santo Domingo.....	150
N° 39 Distribución de Camas por Servicio. Hospital Dr. Gustavo Domínguez. 2006 – 2008.....	154
N° 40 Distribución del Personal Según Denominación, H. Dr. Gustavo Domínguez. 2006 – 2008.....	156
N° 41 Análisis Presupuesto Hospital Dr. Gustavo Domínguez 2007 – 2008.....	160

N° 42 Organigrama Estructural, Hospital Dr. Gustavo Domínguez. 1996.....	161
N° 43 Atenciones Ambulatorias. H. Dr. Gustavo Domínguez. 2006 – 2007.....	164
N° 44 Egreso Hospitalario por Servicio, H. Dr. Gustavo Domínguez. 2006 - 2008.....	165
N° 45 Porcentaje de Ocupación de Cama por Servicio, H. Dr. Gustavo Domínguez, 2006 – 2008.....	166
N° 46 Intervalo de Giro Cama por Servicio. H. Dr. G . D. 2006 – 2008.....	167
N° 47 Intervenciones Quirúrgicas Realizadas, H. Dr. Gustavo Domínguez, 2006 – 2008.....	168
N° 48 Determinaciones de Laboratorio, H. Dr. Gustavo Domínguez, 2006 – 2008.....	169
N° 49 Actividades Complementarias Imagenología, H. Dr. Gustavo Domínguez, 2006 – 2008.....	170
N° 50 Recetas Despachadas, H. Dr. Gustavo Domínguez . 2006 – 2008.....	171
N° 51 Raciones Alimenticias, H. Dr. Gustavo Domínguez, 2006 – 2008.....	172
N° 52 Kilos de Ropa Lavada, H. Dr. Gustavo Domínguez, 2006 – 2008.....	173
N° 53 Tipos de Morbilidad por Egreso Hospitalario, H. Dr. Gustavo Domínguez, 2007.....	174
N° 54 Causas de Morbilidad Hospitalaria, H. Dr. Gustavo Domínguez, 2006 - 2008.....	175
N° 55. Organigrama del Servicio de Medicina Interna e Infectología, H. Dr. Gustavo Domínguez, 2006.....	177
N° 56 Personal que Labora en el Servicio de Medicina Interna, H. Dr. Gustavo Domínguez. 2006 – 2008.....	179

N° 57 Organización de la Atención Médica Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica, Servicio de Medicina Interna.....	184
N° 58 Áreas Técnicas y de Apoyo, Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica, Servicio de Medicina Interna.....	186
N° 59 Egresos Hospitalarios, Serv. Medicina Interna e Infectología, H. Dr. G. D. 2006 – 2008.....	188
N° 60 Promedio Día Estada, Serv. Medicina Interna e Infectología, H. Dr. G. D. 2006 – 2008.....	189
N° 61 Porcentaje de Ocupación de Camas Serv. Medicina Interna e Infectología, H. Dr. G. D. 2006 – 2008.....	190
N° 62 Intervalo de Giro Cama, Medicina Interna e Infectología, H. Dr. G. D. 2006 – 2008.....	191
N° 63 Principales Tipos de Morbilidad, Servicio de Medicina Interna, H. Dr. G. D. 2006 – 2008.....	192
N° 64 Principales Tipos de Egresos Hospitalarios, Infectología, H. Dr. G. D. 2006 - 2008.....	193
N° 65 Causas de Mortalidad, Serv. Medicina Interna e Infectología, H. Dr. G. D. 2006- 2008.....	194
N° 66 Clasificación de Factores Según su Naturaleza. Programa de Planeación Estratégica. Servicio De Medicina Interna. H. Dr. G. D. 2009.....	208
N° 67 Organigrama Estructural Servicio de Medicina Interna.....	215
N° 68 Requerimientos de Personal de Enfermería, Servicio Medicina Interna. 2009.....	217
N° 69 Procesos del Hospital General.....	220

N°70 Proceso de Valor Agregado.....	221
N°71 Proceso de Hospitalización.....	222
N°72 Diagrama de Flujo: Admisión de Pacientes.....	224
N°73 Diagrama de Flujo: Tratamiento Médico.....	227
N°74 Diagrama de Flujo Subproceso: Interconsulta.....	230
N°75 Diagrama de Flujo Subproceso: Alta y/o Egreso Hospitalario.....	233
N°76 Diagrama de Flujo Subproceso: Transferencia.....	236
N°77 Mapa de la Provincia Santo Domingo de los Tsáchilas.....	261
N° 78 Estándares Organización de la Atención Médica , Continuidad de la Atención Médica.....	262
N° 79 Estándares Organización de la Atención Médica , Referencia y Contrareferencia.....	263
N°80 Estándares Organización de la Atención Médica , Hospitalización.....	264
N°81 Estándares Organización de la Atención Médica, Consulta Externa.....	266
N°82 Estándares Organización de la Atención Médica , Emergencias.....	268
N°83 Estándares Organización. Atención Médica, Laboratorio de Análisis.....	269
N° 84 Estándares Organización. Atención Médica, Diagnóstico por Imágenes.....	271
N° 85 Estándares Organización de la Atención Médica , Control de Infecciones Hospitalarias.....	272
N° 86 Estándares Organización de la Atención Médica, Servicio Social.....	273

N°87 Estándares de Áreas Técnicas y de Apoyo, Nutrición.....	274
N°88 Estándares de Áreas Técnicas y de Apoyo, Lavandería.....	275
N°89 Estándares de Áreas Técnicas y de Apoyo, Saneamiento.....	276
N°90 Estándares de Áreas Técnicas y de Apoyo, Esterilización.....	277
N°91 Estándares de Áreas Técnicas y de Apoyo, Farmacia.....	278
N°92 Estándares de Áreas Técnicas y de Apoyo, Enfermería.....	279
N° 93 Estándares de Áreas Técnicas y de Apoyo, Registros y Estadísticas.....	280
N°94 Estándares de Áreas Técnicas y de Apoyo, Gerencia Técnica.....	281
N°95 Estándares de Áreas Técnicas y de Apoyo, Mantenimiento.....	282
N°96 Estándares de Áreas Técnicas y Apoyo, Estructura Físico Funcional.....	284
N°97 Estándares de Áreas Técnicas y de Apoyo, Instalaciones Eléctricas.....	285
N°98 Estándares de Áreas Técnicas y de Apoyo, Instalaciones Sanitarias.....	286
N°99 Estándares de Áreas Técnicas y de Apoyo, Sistema de Gases.....	287
N° 100 Estándares de Áreas Técnicas y de Apoyo, Mejoramiento Continua de la Calidad.....	288
N° 101 Estándares de Áreas Técnicas y de Apoyo, Administración y Recursos Humanos.....	289
N° 102 Estándares de Áreas Técnicas y de Apoyo, Seguridad General, Vigilancia e Información.....	290

**ÍNDICE DE TABLAS****PÁGINA**

N°1 Médicos que Trabajan en Establecimientos de Salud Según.....	108
N° 2 Número de Personal que Trabaja en Establecimientos de Salud, Según Sector al que Pertenecen, Clase de Establecimientos y Regiones Geográficas. Años 1997 y 2006.....	110
N°3 Ordenamiento de Factores Según Motricidad y Dependencia.....	205
N°4 Tabla Balanceada de Indicadores, Servicio de Medicina Interna.....	213
N°5 Optimización Recurso Cama Propuesta, Servicio de Medicina Interna. H. Dr. G. D.....	242
N°6 Monitoreo y Evaluación de los Indicadores Estratégicos.....	247
N°7 Estrategia de Implementación, Servicio de Medicina Interna. (1).....	247
N° 7 Continuación. Estrategia de Implementación, Servicio de Medicina Interna. 2009. (2).....	252
N° 8 Estándares Organización de la Atención Médica, Continuidad de la Atención Médica.....	262
N° 9 Estándares Organización de la Atención Médica, Referencia y Contrareferencia.....	263
N° 10 Estándares Organización de la Atención Médica , Hospitalización.....	264
N° 11 Estándares Organización de la Atención Médica , Consulta Externa.....	265
N° 12 Estándares Organización de la Atención Médica , Emergencias.....	267
N° 13 Estándares Organización de la Atención Médica , Laboratorio de Análisis.....	269

N° 14 Estándares Organización de la Atención Médica , Diagnóstico por Imágenes.....	270
N° 15 Estándares Organización de la Atención Médica , Control de Infecciones Hospitalarias.....	271
N° 16 Estándares Organización de la Atención Médica , Servicio Social.....	272
N° 17 Estándares de Áreas Técnicas y de Apoyo, Nutrición.....	273
N° 18 Estándares de Áreas Técnicas y de Apoyo, Lavandería.....	274
N° 19 Estándares de Áreas Técnicas y de Apoyo, Saneamiento.....	275
N° 20 Estándares de Áreas Técnicas y de Apoyo, Esterilización.....	276
N° 21 Estándares de Áreas Técnicas y de Apoyo, Farmacia.....	277
N° 22 Estándares de Áreas Técnicas y de Apoyo, Enfermería.....	278
N° 23 Estándares de Áreas Técnicas y de Apoyo, Registros y Estadísticas en Salud.....	279
N° 24 Estándares de Áreas Técnicas y de Apoyo, Gerencia Técnica.....	280
N° 25 Estándares de Áreas Técnicas y de Apoyo, Mantenimiento.....	281
N° 26 Estándares de Áreas Técnicas de Apoyo, Estructura Físico Funcional....	283
N° 27 Estándares de Áreas Técnicas y de Apoyo, Instalaciones Eléctricas.....	284
N° 28 Estándares de Áreas Técnicas y de Apoyo, Instalaciones Sanitarias.....	285
N° 29 Estándares de Áreas Técnicas y de Apoyo, Sistema de Gases.....	286
N° 30 Estándares de Áreas Técnicas y de Apoyo, Mejoramiento Continuo de la Calidad.....	287

N° 31 Estándares de Áreas Técnicas y de Apoyo, Administración y Recursos Humanos.....	288
N° 32 Estándares de Áreas Técnicas y de Apoyo, Seguridad General, Vigilancia e Información.....	289
N° 33 Matriz de Análisis Estructural, Hospital Dr. Gustavo Domínguez, Servicio de Medicina Interna. Planeación Estratégica 2008.....	291
N° 34 Presupuesto para Estrategia de Implementación (1).....	298
N° 34 Continuación. Presupuesto para Estrategia de Implementación (2).....	299

## RESUMEN

El presente trabajo corresponde a un modelo de gerencia por procesos del servicio de medicina interna del hospital Dr. Gustavo Domínguez, se desarrollaron cuatro capítulos; en el capítulo I se plantea el problema, los objetivos, hipótesis y la metodología como pauta para realización de los capítulos siguientes.

El Marco Teórico Conceptual, capítulo II, se describe las bases teóricas y conceptuales, se enfoca al hospital como empresa social, direccionado en las políticas públicas de salud de un país; también contienen elementos que, teóricamente que sustenten y orienten el proceso administrativo, en los aspectos de planificación, organización, gestión y control, que faciliten el desarrollo del modelo, considerando que toda institución o servicio debe estar dispuesta al cambio y la mejora continua, de los servicios públicos de salud, para ofertar servicios eficientes a una población demandante.

En el capítulo III se resume la situación hospitalaria a nivel nacional, el contexto Provincial y del Hospital Dr. Gustavo Domínguez, diagnóstico situacional del servicio medicina interna; para lo cual se utiliza base a datos estadísticos del INEC e institucionales. En lo relacionado a la organización y calidad del servicio se aplicaron matrices de la “Organización de la Atención Médica” y “Estándares de las Áreas Técnicas y de Apoyo”.

El capítulo IV, se desarrolla el modelo, en base a la planificación estratégica, y la construcción del *Balanced Scorecard*, como herramienta que ayuda a vincular la visión y objetivos, en un conjunto de medidas de la actuación, que facilitan la gestión y medición, además de los aspectos organizacionales, el desarrollo de procesos, un conjunto de indicadores que permitan el seguimiento y la evaluación para la toma de decisiones, la rendición de cuentas, mejoramiento continuo, y la estrategia de implementación.

Es necesario plantear alternativas de cambio encaminadas a mejorar el servicio en base a una gestión eficiente como reto para una institución de salud, donde se demuestre su capacidad de enfrentar los cambios que el desarrollo humano y tecnológico lo plantean y que den respuesta a los requerimientos a una sociedad.

## ABSTRACT

This present document concentrates on a management for processes model for the internal medicine department of the Dr. Gustavo Dominguez hospital, which is developed in four chapters. Chapter one focuses on the main problem, objectives, hypothesis and guidelines of methodology of the following chapters.

Chapter II shows the hospital as a social enterprise who responds to the country's public health policies, but also contain elements which, in theory support and guide the administrative process, in aspects of planning, organization, management and control, facilitating the development of the model, considering that any institution or service must be willing to change and continuously improve public health services in order to offer efficient services to the people.

Chapter III summarizes hospital's situation nationwide, and the situational analysis of the Dr. Gustavo Dominguez hospital, and its internal medicine service, which is based on statistical data obtained from INEC and this hospital statistics department. Medical Care Organization and Support and Standards of Technical Areas were applied to the type of service and organization.

On Chapter IV the model is developed, based on strategic planning, and the construction of the Balanced Scorecard as a tool that helps to join this vision with the objectives, this approach makes management and measurement possible, as well as organizational aspects, development process, a set of indicators which allows monitoring and evaluation in order to make a good decision, accountability, continuous improvement, and implementation strategies.

Alternatives are needed for change to improve the service based on an efficient management as a challenge to a health institution, which demonstrates its ability to cope with the changes that human development and technology and raise it to accommodate the requirements a society.

Changing alternatives are needed to improve the service but this improvement should be based on an efficient management this way it would show its capacity to handle and face the new technological and human developing challenges.

## PRESENTACIÓN

El desarrollo de esta tesis corresponde a un modelo de gerencia por procesos de un servicio de medicina interna de un hospital de segundo nivel, El modelo se basa en un enfoque en la calidad y en la satisfacción del usuario, a través de la planificación estratégica, el Balanced Scorecard; y los cuatro aspectos de la administración; optimizar el empleo de los recursos organizacionales para conseguir los objetivos con eficiencia y eficacia.

Planificación, con el objeto de direccionar a la institución a un futuro mejor, con el fortalecimiento de los recursos humanos, y el logro de mejores resultados; la organización que asegura la coordinación de las actividades, la asignación coherente de los recursos, para que el sistema funcione de forma integrada; gestión para describir los mecanismos de decisión, seguimiento y control que ayude definir como armonizar e integrar el servicio, el mejoramiento continuo, desarrollo institucional e incrementar la calidad de de los servicios y alcanzar la satisfacción del usuario.

Mediante la consulta bibliográfica, la observación, datos estadísticos institucionales como: INEC, H. Dr. G. D., y otras Instituciones, consultas realizada por la autora, se presenta la información en los capítulos desarrollados. La elaboración del presente trabajo es un aporte como referente a otros servicios hospitalarios, y que las definiciones aquí descritas sean comprensibles para la consecución de los objetivos propuestos.

La necesidad de una actualización permanente en este mundo cambiante, involucra a todos los sistemas de gestión hospitalaria, para conseguir ser más eficaces y eficientes, orientado hacia la satisfacción de usuarios.

## **CAPÍTULO I**

# **MODELO DE GERENCIA POR PROCESOS PARA EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ. SANTO DOMINGO DE LOS COLORADOS 2007 -2009.**

## **1 INTRODUCCIÓN**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

El cantón Santo Domingo de los Colorados con una población de 288.748 habitantes de acuerdo a los resultados del VI Censo de Población y V de Vivienda noviembre del 2001, cuenta con un hospital de segundo nivel con capacidad de 141 camas, para dar atención en las 4 especialidades Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Gineco Obstetricia.

El modelo de gerencia del servicio de Medicina Interna H. Dr. Gustavo Domínguez no está debidamente estructurado en los componentes de planificación, organización, gestión, evaluación, lo que trae como consecuencia una atención deficiente y la insatisfacción del usuario

La pobre relación entre la oferta y demanda en la planificación, el desconocimiento del plan estratégico y un plan operativo deficiente, en el servicio de medicina interna impiden un trabajo colectivo que facilite una óptima atención al cliente externo.

Una organización vertical, capacitación irregular del personal, distribución inequitativa de recursos, no satisfacen las demandas de los usuarios internos y externos.

El servicio de Medicina interna como parte integrante del Hospital Dr. Gustavo Domínguez, dispone de 42 camas de las cuales 34 son para la atención a usuarios adultos hombres y mujeres con diferentes patologías clínicas y para las subespecialidades como neumología, cardiología, neurología; las restantes 8 camas son destinadas al área de Infectología que recibe usuarios que requieren aislamiento de las diferentes especialidades de acuerdo a demanda y capacidad de área, el personal que labora este servicio son: 6 médicos tratantes, 3 médicos residentes, 5 enfermeras profesionales, 14 auxiliares de enfermería y 3 auxiliares administrativos; los recursos señalados son insuficientes para satisfacer los requerimientos en el servicio.

La insuficiente gestión, trámites burocráticos, inadecuada optimización de recursos, escasa aplicación de protocolos de atención, no permite el desarrollo del trabajo de forma oportuna, con eficiencia y eficacia, que estén acordes con la oferta y demanda de atención.

La productividad del servicio en los últimos tres años es variada, según datos proporcionados por el departamento de Estadística y Registros Médicos del Hospital; para el año 2004 el total de atenciones es de 20776 y de egresos 1340; 2005 atenciones 13772, egresos 1375, 2006 atenciones 13280, egresos 1543.

El procesamiento de la información, centrado a un solo departamento, una ausente retroalimentación, no permiten una optimización de los recursos y la toma de decisiones de forma oportuna.

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

¿Es posible desarrollar un modelo de gerencia por procesos en el servicio de medicina interna que incorpore los componentes de planificación, organización, gestión, evaluación, con eficacia y eficiencia y que permita alcanzar la satisfacción del cliente?

¿Es posible establecer un plan de difusión del plan estratégico, diseñar un plan operativo participativo, acorde a las necesidades del servicio, establecer una articulación entre oferta y demanda?

¿Es posible establecer una organización centrada en el cliente, con una distribución equitativa de los recursos, que fortalezcan los equipos de trabajo y que satisfaga los requerimientos de los usuarios?

¿Es posible desarrollar una gestión que cumpla los objetivos, coordine todos los recursos disponibles, con protocolos definidos, acuerdos entre la oferta y demanda, permitiendo un trabajo con eficiencia y eficacia?

¿Es posible establecer un sistema de información, para el monitoreo y evaluación, que involucre la retroalimentación, para la toma de decisiones oportuna y acertada?

## **1.3 OBJETIVOS.**

### **1.3.1 OBJETIVO GENERAL**

Desarrollar un modelo de gerencia por procesos en el servicio de medicina interna que incorpore los componentes de planificación, organización, gestión, evaluación, con eficacia y eficiencia, que faculte alcanzar la satisfacción del cliente.

### **1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Desarrollar un proceso de planificación con participación colectiva, que articule adecuadamente la oferta y demanda, para empoderar al usuario interno en la prestación del servicio hacia el usuario externo.
- Desarrollar una estructura organizacional ágil dinámica, con una distribución técnica de los recursos, que satisfaga los requerimientos de los usuarios.
- Desarrollar un modelo de gestión que cumpla con los objetivos, que optimice los recursos disponibles, evidencie eficiencia y eficacia, a fin de satisfacer las necesidades y requerimientos del cliente interno y externo
- Desarrollar un sistema de información, que facilite el monitoreo y evaluación, que incorpore la retroalimentación, a fin de tomar decisiones acertadas y oportunas.

## **1.4 JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO**

### **1.4.1 JUSTIFICACIÓN TEÓRICA.**

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

La Organización<sup>1</sup> se define como la combinación de los medios humanos y materiales disponibles, en función de la consecución de un fin, según un esquema preciso de dependencias e interrelaciones entre los distintos elementos que la constituyen. Organizar es distribuir y coordinar actividades y establecer procedimientos de actuación:

Distribuir es asignar las actividades necesarias para el logro de los objetivos de la organización, entre los diferentes recursos disponibles; coordinar es gestionar la interacción entre los diferentes sujetos que actúan.

Estas definiciones teóricas y las señaladas a continuación constituyen la vinculación de la teoría con el objeto de estudio que en el presente caso constituye el desarrollo del modelo de gerencia en el servicio de medicina interna del Hospital Dr. Gustavo Domínguez.

Mucho se ha debatido acerca de si existen o no características diferenciales entre el management de empresas de salud y otros tipos de negocios, existe en general un acuerdo en las organizaciones tales como la American College of Health Care Executives y la Canadian College of Health Services Executives acerca de las siguientes dos particularidades en el gerenciamiento en salud: la misión de las organizaciones de salud, la complejidad de las organizaciones de salud; la misión de muchas de las organizaciones de salud como empresas de servicios a la comunidad versus la orientación a la obtención de utilidades económicas por parte de las demás empresas es una de las características diferenciales primeramente señaladas.

La complejidad de las organizaciones de salud está vinculada a las especificidades del sector salud, que son las siguientes: el proceso productivo, el

---

<sup>11</sup> José Manuel Martínez Simón, GESTION DE LA ADMINISTRACION PÚBLICA, MÓDULO I ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA Y TOMA DECISIONES, Septiembre 2007.

componente social, la imprevisibilidad del consumo y la aparición del tercer pagador.

El proceso productivo es único por las siguientes características: quien demanda, el paciente, es el insumo clave del proceso productivo; la demanda actúa como condicionador de la organización del proceso de trabajo.

Como expresión de la complejidad de las organizaciones de salud basta con mencionar que en un hospital de cierta complejidad, además de tener una operatoria continua en actuaciones que muchas veces plantean problemas que involucran la vida y la muerte de las personas, coexisten cuatro empresas diferentes:

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

Por todo estas particularidades, el Health Management, pilar de todas las reformas de los sistemas de salud en el mundo, se ha convertido en uno de los roles más complejos en las sociedades modernas, y plantea un desafío enorme para quienes lo ejerzan.

La empresa de salud para responder a estos desafíos planteados en la salud y en las políticas sanitarias, debe ser una organización abierta y basada en el conocimiento, organizado flexible y dinámica con una estructura horizontalizada que siga a la estrategia, tendiendo a la descentralización y orientándose a la demanda, un sistema de información organizado por productos y servicios, que permita conocer indicadores de producción, económicos, de resultados y de satisfacción con una amplia comunicación bidireccional, predominantemente ascendente

La fundamentación teórica que precede constituirá un aporte fundamental en la elaboración del modelo de gerencia, de acuerdo a las concepciones modernas

#### **1.4.2 JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA.**

De acuerdo a la revisión bibliográfica se utilizará herramientas que se adapten para construir el modelo de gerencia, conjuntamente con el diagnóstico situacional del servicio.

Se utilizó la matriz del marco lógico para la construcción del árbol de problemas, objetivos, planteamiento de hipótesis.

Se utilizarán dos instrumentos validados por la OPS/OMS para la identificación de la organización del servicio y la calidad; también se desarrollará una base de datos en Excel para procesar y analizar las variables del servicio.

En la definición del modelo se utilizará como herramienta el balance scorecard que asocia la planificación y la gestión mediante indicadores de eficacia y eficiencia.

### **1.4.3 JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA**

El planteamiento de un modelo de gestión para el Servicio de Medicina Interna constituye un aporte a la institución y permitirá dar una pauta al mejoramiento de la atención, optimizando el talento humano y la utilización de los recursos materiales, además servirá como referente para otras unidades de igual complejidad.

## **1.5 HIPÓTESIS DE TRABAJO**

### **1.5.1 HIPÓTESIS GENERAL**

Si se desarrolla un modelo de gerencia por procesos en el servicio de medicina interna que incorpore los componentes de planificación, organización, gestión, evaluación, con eficacia y eficiencia, entonces se logrará alcanzar la satisfacción del cliente.

### **1.5.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICOS**

- Si se desarrolla un proceso de planificación con participación colectiva, que articule adecuadamente la oferta y demanda, entonces se logrará empoderar al usuario interno en la prestación del servicio hacia el usuario externo.
- Si se desarrolla una estructura organizacional ágil dinámica, con una distribución técnica de los recursos, entonces se logrará satisfacer los requerimientos de los usuarios.
- Si se desarrolla un modelo de gestión que cumpla con los objetivos, que optimice los recursos disponibles, evidencie eficiencia y eficacia, entonces se

logrará satisfacer las necesidades y requerimientos del cliente interno y externo.

- Si se desarrolla un sistema de información, que facilite el monitoreo y evaluación, que incorpore la retroalimentación, entonces se tomarán decisiones acertadas y oportunas.

## **1.6 METODOLOGIA**

El presente estudio se realizará en la ciudad de Santo Domingo de los Colorados, el universo de estudio es el hospital de segundo nivel Dr. Gustavo Domínguez el servicio de Medicina Interna, el estudio es de tipo descriptivo. Se utilizó la matriz del marco lógico para el planteamiento de problemas, elaboración de objetivos, lo cual facilitó la construcción de hipótesis, además con la construcción del marco teórico y el diagnóstico de situación, a partir del análisis cualitativo y cuantitativo, facilitarán la construcción del modelo.

## CAPÍTULO II

### 2 MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

En este capítulo se establece la base teórica para la estructuración de la gestión por procesos del servicio de medicina interna.

#### 2.1 SALUD –ENFERMEDAD

La OMS describe que la “... salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no consiste solamente en la ausencia de enfermedad...”<sup>2</sup>

“...desde el punto de vista epidemiológico es la síntesis de un conjunto de determinaciones que operan una sociedad concreta y que producen en los diferentes grupos la aparición de riesgos o potencialidades características, los cuales a su vez se manifiestan en la forma de perfiles o patrones de enfermedad o salud...”<sup>3</sup>. Esto dependerá de la calidad de vida a la que están expuestos los grupos humanos, para que su exposición a riesgos sea diferente, lo que provocara la aparición de enfermedades y formas de muerte específicas, a si como beneficios o potenciadores de salud y vida.

##### 2.1.1 DETERMINANTES DE LA SALUD.

Son un conjunto de condicionantes de la salud y de la enfermedad en individuos, grupos y colectividades con una adaptación dinámica al medio natural y socioeconómico-cultural que nos rodea,

---

<sup>2</sup> PLACENCIA, M. Salud para el Bienestar y Desarrollo en Quito del siglo XXI. Ecuador, 2001. pp: 21

<sup>3</sup> BREILH J, et al. Investigación de la salud en la sociedad. 2da edición. Quito. Epidemiología científica y teórica y práctica; 1985 pp: 50

“...Son aquellos factores que ejercen influencia sobre la salud de las personas actuando e interactuando en diferentes niveles de organización, determinan el estado de salud de la población...”<sup>4</sup>.

Tiene algunas características y factores como: biológicos y de caudal genético, individuales y de preferencias en estilos de vida, influencias comunitarias y soporte social, acceso a servicios de atención de salud, condiciones de vida y de trabajo, condiciones generales socioeconómicas, culturales y ambientales, conformando así un modelo que hace necesario desarrollar y aplicar conceptos, métodos e instrumentos epidemiológicos.

### 2.1.2 LA EPIDEMIOLOGÍA.

Siempre ha constituido una forma de analizar la salud de la comunidad, se la puede definir como:

“...la ciencia que ocupa de la ocurrencia, distribución y determinantes que afectan la salud enfermedad...”<sup>5</sup>

Nos permite evaluar necesidades, de salud de los grupos, determinar prioridades y ponderar los resultados, por lo tanto es de mucha utilidad dentro de la administración de servicios y como tal se debe considerar tres tipos: la **epidemiología descriptiva** que se relaciona con la aparición, distribución, extensión y progresión de la salud y enfermedad en la población; la **epidemiología analítica**, analiza la exposición, incidencia prevalencia de una enfermedad en los grupos poblacionales; y la experimental o pruebas clínicas o controladas utilizada para la evaluación de drogas o servicios nuevos<sup>6</sup>.

---

<sup>4</sup> EPN-EPCAE. Módulo de Epidemiología y Bioestadística Maestría en Gerencia de Servicios de Salud. Octubre 2004 Quito, pp. 18

<sup>5</sup> DEVER, A. Epidemiología y Administración de Servicios de Salud, OPS/OMS, 1991. pp:18

<sup>6</sup> Ibid., pp: 20

### 2.1.3 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO.

“...Expresa los elementos epidemiológicos específicos de una clase como consecuencia de sus condiciones de reproducción social y sus tendencias de transformación histórica, permite clasificar las condiciones de salud – enfermedad de un conglomerado social bajo una perspectiva distinta a la visión clínica de la clasificación internacional de enfermedades...”<sup>7</sup>.

## 2.2 SISTEMAS DE SALUD

Los sistemas de salud durante muchos años han sido objeto de reforma incluida la creación de sistemas nacionales de atención sanitaria, los planes de seguro social, para luego aplicar la promoción de la atención primaria como medio para alcanzar mayor cobertura universal, también ha recibido diferentes nombres, como sistema de atención médica, sistemas de salud, sistemas de prestación de salud, los sistemas de salud inicialmente se los entendía como acción del médico sobre el enfermo con el fin de curarlo, hoy en día se habla del equipo de salud, todo esto surge como resultado de la interacción o relación entre la comunidad que tiene necesidad de salud y la respuesta de la sociedad en forma de políticas y organización de servicios.<sup>8</sup>

Un “...sistema de salud comprende todos los recursos que un país, estado o comunidad dedica a la promoción de la salud, a la prevención de las enfermedades y a la recuperación de la salud, incluyendo todas las organizaciones sanitarias...”<sup>9</sup>, también se la puede considerar como:

---

<sup>7</sup> BREILH J, et al. Investigación de la salud en la sociedad. 2da ed. Quito. Epidemiología científica y teórica y práctica; 1985. pp.: 201

<sup>8</sup> BLANCO, H. Fundamentos de Salud Pública, Administración de Servicios de Salud, 2ª ed. Tomo II. Corporación para Investigaciones Biológicas. Colombia. 2005.

<sup>9</sup> Fundación ISALUD. Instituto Universitario ISALUD. Diplomado Superior en Gerencia de Hospitales. Módulo 1 Sistemas de Salud. Diciembre 2002/Abril 2003. pp: 5

“...La respuesta que brinda una sociedad, a las necesidades de salud de sus integrantes, es más que la suma de los servicios de atención de la salud. Implica también la forma en que se protegen las condiciones de vida y trabajo, la distribución y calidad de los alimentos y el crecimiento y desarrollo de la nueva generación (UNICEF/CIEPP, 1990)...”<sup>10</sup>.

Los sistemas de salud tienen características que asisten a mantener la salud como son:

- Usuarios o beneficiarios (pacientes);
- Financiadores, los Ministerios de Salud de los gobiernos; seguros públicos, seguros privados y los propios pacientes;
- Proveedores directos de las prestaciones, profesionales de la salud, administradores de los servicios de atención de la salud;
- Reguladores, los políticos en los gobiernos, que concurren a mantener y perfeccionar la salud de la población;
- Los recursos que la sociedad aplica como forma de reducir las desigualdades en el acceso a los servicios de salud considerados esenciales.

El sistema de salud es un sistema social, dinámico y abierto que contribuye a la consecución de metas sociales además del mejoramiento de la salud.<sup>11</sup>

Para fortalecer el funcionamiento de los ministerios de salud es importante definir las competencias que son propias e indelegables, es decir componentes o funciones esenciales que permitan un mejor desempeño de su actividad y están son como se las describe a continuación.

---

<sup>10</sup> *Ibíd.*, pp:5

<sup>11</sup> *Ibíd.*, pp: 4

## 2.2.2 FUNCIONES DE LOS SISTEMAS DE SALUD.

Están dadas por las siguientes funciones: rectoría, financiamiento, aseguramiento, provisión de servicios; en cada una el Estado ha de desarrollar un conjunto de tareas indelegables, denominado ejercicio de rectoría sectorial ejercido a través de la autoridad sanitaria, nacional, regional y local según corresponda a la organización de cada país.

### 2.2.2.1 Conducción Sectorial o Rectoría.

“...Implica la función indeclinable del Estado en 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 substantivas en materia de autoridad sanitaria y cuya aplicación se da a nivel central como a nivel provincial y local...”<sup>12</sup>.

Como regulador el Estado es responsable de:

- Conducir el sector , entre otras actividades implica acciones de regulación y ejecución de las funciones esenciales de salud pública, además de tareas como: fijar y ejecutar las políticas sanitarias, establecer a quien debe brindarse cobertura de salud, evaluar periódicamente el desempeño
- Regular el sector, se trata de establecer las regulaciones generales del subsector público, el marco normativo en materia de aseguramiento, la regulación técnica y la fiscalización de la prestación de servicios de salud.
- Ejecutar las funciones esenciales de salud pública, realizar el seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud, la vigilancia de la salud pública, tareas de promoción de la salud, la participación de los ciudadanos en la salud, desarrollar políticas de planificación y gestión, fortalecer la regulación y

---

<sup>12</sup> *Ibíd.*, pp:38

fiscalización, acceso equitativo a los servicios de salud necesarios, desarrollar recursos humanos y capacitarlos, mejora de la calidad de los servicios de salud; realizar investigación, reducción del impacto en salud, de las emergencias y desastres<sup>13</sup>.

### **2.2.2.2 Financiamiento.**

Es la recaudación y distribución de los recursos para el funcionamiento de los sistemas de salud, esto es: quién paga, cómo se recolectan los recursos económicos y cómo se aplican o distribuyen, dentro de esto tenemos tres grandes tendencias.

- Creación de fondos nacionales autónomos separados de los ministerios de salud, como aportaciones públicas, impuestos generales, tributaciones específicas para salud, las aportaciones de trabajadores y empleados en régimen de seguridad social, entre otros.
- Incremento de la proporción del financiamiento sectorial que proviene de las instancias intermedias y locales del estado, procedentes de recaudaciones tributarias propias de cada nivel de administración y de los recursos del situado fiscal nacional destinados para acciones de salud.
- Participación en la composición del financiamiento sectorial global en algunas países de seguros privados de salud, modalidades de prepago de servicios sufragados con recursos de los beneficiarios y / o sus empleadores.

Es obligación del estado establecer las políticas necesarias que garanticen las modalidades de financiamiento y permitan a todos los habitantes el acceso equitativo a servicios de salud de calidad.<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> EPN-EPCAE, Módulo Administración de los servicios de Salud. Abril/Mayo 2005. pp: 5, 6, 7

<sup>14</sup> EPN-EPCAE. Módulo Administración de los Servicios de Salud. Abril/Mayo 2005. pp. 8

### **2.2.2.3 Aseguramiento.**

Dependerá del desarrollo de seguridad social de cada país, el estado es protector de un plan básico garantizado de cobertura de servicios de salud para todos los habitantes o grupos especiales, es atribución del Ministerio de Salud actuar como garante del aseguramiento que haga posible la observancia de un mandato social; Que todos los prestadores de los servicios tengan capacidades de tal modo que puedan:

- Definir los contenidos de los planes garantizados de cobertura básica que tengan carácter obligatorio.
- Vigilar en cumplimiento de los planes en entidades públicas, privadas en la provisión de los servicios, que ningún beneficiario sea excluido por situaciones de riesgos etarios o patologías preexistentes.
- Cuando se trate de aseguramiento público, desarrollar la capacidad de compra de servicios públicos y / o privados mediante fórmulas de pago agregada para cumplimiento de planes de seguridad que estén vigentes.<sup>15</sup>

### **2.2.2.4 Provisión de Servicios.**

Los Ministerios de Salud Pública administraban la prestación de acciones de salud pública y de atención a las personas a través de los establecimientos hospitalarios y ambulatorios de su propia red, actualmente están delegando esa responsabilidad parcial o totalmente a niveles intermedios (estados, departamentos o provincia), locales (municipios) del estado a organismos descentralizados. Entre estas tendencias que hoy caracterizan a la provisión de servicios los ministerios necesitan desempeñar nuevas tareas:

---

<sup>15</sup> *Ibíd.*, pp: 9

- Definir los criterios de asignación de recursos que deben ser adjudicados a los organismos y / o establecimientos que estén descentralizados a través de transferencias directas por parte de los ministerios economía.
- Armonizar los planes de acción y de gestión de los distintos organismos públicos.
- Definir los contenidos de los servicios básicos de salud pública que son responsabilidad del estado.
- Brindar cooperación técnica a los entes descentralizados o desconcertados.
- Definir mecanismos redistributivos del gasto corriente y el gasto de inversión.
- Establecer mecanismos de contratos o de compromisos de gestión de servicios en término de procesos como resultados.<sup>16</sup>

## **2.3 SERVICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD.**

Está dada en respuesta a los requerimientos de la sociedad, es el contacto de las personas hacia los servicios de salud, comprenden la totalidad de los servicios que se prestan a las personas en la atención de salud enfocados en la promoción, prevención, curación, rehabilitación.

### **2.3.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD**

“...se basa en una combinación de acciones llevadas a cabo en conjunto por las personas, las comunidades y los gobiernos, con el objeto de afectar al máximo los estilos y las condiciones de vida que influyen en el estado de salud y en la calidad de vida...”<sup>17</sup>,

Incluyen factores biológicos, ambientales y nivel de vida que contribuye a reducir en forma enérgica la mortalidad y morbilidad. Además de fortalecer la capacidad

---

<sup>16</sup> Ibíd. pp. 10

<sup>17</sup> Instituto Universitario ISALUD. Diplomado Superior en Gerencia de Hospitales Sistemas de Salud Módulo 1. Ecuador. Diciembre 2002/Abril 2003. pp:56

de la gente para controlar el ecosistema, las condiciones socioeconómicas, el estilo de vida y los servicios de salud.

### **2.3.2 LA PREVENCIÓN PRIMARIA.**

Dirigidos a personas sanas, es mejorar el nivel general de salud y procurar medidas de fomento para población sana ej., potabilización de agua, y de protección específicas dirigidas a subgrupos como tareas de inmunización, saneamiento ambiental, protección de accidentes y riesgos de trabajo.

### **2.3.3 CURACIÓN O PREVENCIÓN SECUNDARIA.**

Consiste mayormente en el diagnóstico y tratamiento temprano y efectivo de las enfermedades mediante exámenes periódicos clínicos, como la detección temprana del cáncer, hipertensión, enfermedades venéreas, con la finalidad de impedir la expansión del daño y romper la secuencia nociva y evitar deterioros subsiguientes.

### **2.3.4 LA REHABILITACIÓN O PREVENCIÓN TERCIARIA.**

Conjunto de actividades dirigidas a reducir la discapacidad y la invalidez, evitar la muerte prematura, una vez que se haya estabilizado las modificaciones anatómicas y fisiológicas para que pueda vivir una vida satisfactoria y autosuficiente, es decir es la recuperación de funciones perdidas y la rehabilitación orgánica, psíquica y social.<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> BLANCO, H. Fundamentos de Salud Pública Administración de servicios de Salud, Tomo II, 2da ed. Colombia 2005.pp:73

### **2.3.5 MODELO DE ATENCIÓN**

En el mundo se reconocen tres modelos de sistemas de salud, de acuerdo a la fuente de financiamiento, población cubierta y propiedad de la provisión de servicios: que son seguro social, público, privado.

#### **2.3.5.1 El Modelo de Seguro Social,**

Sus orígenes se remontan a Alemania donde se desarrollaron un sistema de leyes que entonces se aprobaron como la: creación de las cajas de socorros para enfermos, los seguros por accidentes laborales, seguros de retiro por edad o invalidez para proteger al trabajador de eventualidad ajena a su voluntad, como accidentes, enfermedad o vejez, las características del modelo son: de cobertura universal y obligatoria, financiamiento público a través de aportes y contribuciones de empleados y empleadores, la gestión es pública y/o privada, existe un plan de salud único, la provisión de los servicios y la propiedad de estos es estatal y privada, el pago a los profesionales es variable. De algún modo corresponde al modelo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS-SSC).<sup>19</sup>

#### **2.3.5.2 El Modelo Público Universalista.**

Tiene como antecedente el Hospital de Beneficencia, las características son: cobertura universal, el financiamiento es por impuestos, el plan de salud es único, la provisión de los servicios a través de hospitales públicos y la propiedad de estos es estatal, los médicos son asalariados.<sup>20</sup>

---

<sup>19</sup> Instituto Universitario ISALUD. Diplomado Superior en Gerencia de Hospitales. Módulo 1 Sistemas de Salud. Diciembre 2002/Abril 2003.pp: 14

<sup>20</sup>Ibíd., pp:15

### **2.3.5.3 El Modelo Privado.**

Con cobertura limitada a los asegurados, las características son: es voluntario, el financiamiento es privado, sin considerar mecanismos solidarios, la gestión es privada, los planes de salud son variables, la provisión de los servicios y su propiedad son privadas, el pago a los profesionales es esencialmente por unidades desagregadas.<sup>21</sup>

### **2.3.6 MODALIDADES DE ATENCIÓN.**

Se organizan en tres grandes áreas:

#### **2.3.6.1 Ambulatoria,**

Básicamente los usuarios acuden a la institución para procedimientos que no demanden su permanencia en tiempo no mayores entre 8 y 24 horas, los servicios deben ofrecerse en instalaciones y horas que pueda acceder el usuario, en esta modalidad comprende los servicios de consulta externa, diagnóstico, urgencias, cirugía ambulatoria, farmacia.

#### **2.3.6.2 Hospitalaria,**

Destinados cuando la atención requiere asilar usuarios sea para evaluación, tratamiento o rehabilitación, estos servicios necesitan de condiciones adicionales de hotelería, por la complejidad de los problemas de salud puede exigir a la institución la división de los servicios de internación en unidades de especialidad como pediatría, cirugía, obstetricia, cuidados intensivos.

---

<sup>21</sup> *Ibíd.* pp:16

### **2.3.6.3 Comunitaria,**

Diseñados para atender al usuario en la vivienda o zona de residencia, tiene sus ventajas son más cómodos el usuario no debe desplazarse, permiten extender coberturas y el uso del servicio, reducir costos de atención. Las visitas domiciliarias para evaluación posquirúrgica, controles médicos y de enfermería son parte de esta modalidad<sup>22</sup>.

## **2.3.7 NIVELES DE COMPLEJIDAD.**

Se establecen en niveles de atención de menor a mayor capacidad resolutive, con base en la complejidad de la tecnología disponible, comunicados por referencias y contrarreferencias.

### **2.3.7.1 Nivel I de Atención.**

Considerada como ambulatoria en los que se ubican los centros de salud, unidades sanitarias, policonsultorios; con baja complejidad y alta cobertura, son la puerta de entrada al sistema, ubicados en las cercanías de los domicilios de las personas, y responsables de la cobertura del total de la población; donde debe predominar elementos como la responsabilidad del equipo de salud y accesibilidad a elementos de diagnóstico y terapéuticos, brindando esencialmente atención en las especialidades básicas; deben estar ubicados a no más de unos 30 minutos de recorrido (para los usuarios de zonas urbanas), y abarcar una población de entre 10.000 y 30.000 habitantes.

---

<sup>22</sup> *Ibíd.*, pp:74

### **2.3.7.2 Nivel II.**

Son considerados los servicios de internación y de ambulatorios de los hospitales generales de baja y media complejidad con especialidades básicas obstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía.

### **2.3.7.3 Nivel III.**

Internación con alta complejidad, aquí se concentran las facilidades técnicas sofisticadas y los recursos humanos especializados necesarios para llevar adelante distintos procedimientos diagnóstico terapéuticos vinculados esencialmente a: cirugía cardiovascular, neurocirugía, trasplantes, grandes traumatizados, grandes quemados; el tercer nivel debe dar asistencia a una población de alrededor de un millón de personas<sup>23</sup>.

## **2.4 SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS.**

### **2.4.1 EL HOSPITAL.**

La palabra hospital viene del latín hospes (huésped o visita), que derivó a hospitalia (casa para visitas foráneas), posteriormente se transformó en hospital, en la actualidad dentro de los sistemas de salud, "... es el centro de referencias que debe recibir los pacientes cuyos problemas no han podido resolverse en niveles inferiores, su misión está encaminada a la recuperación de la salud, en la cual compromete todos los esfuerzos administrativos, técnicos científicos de investigación bajo la responsabilidad de un equipo humano adecuadamente preparado y seleccionado..."<sup>24</sup>

---

<sup>23</sup> Instituto Universitario ISALUD. Diplomado Superior en Gerencia de Hospitales Sistemas de Salud Módulo 1. Ecuador. Diciembre 2002/Abril 2003. pp:55

<sup>24</sup> MALANGÓN, G. et. al. Administración Hospitalaria. 2ª ed. Editorial Panamericana. Octubre 2000. Colombia. pp. 20

También se la considera al Hospital como una empresa social de servicios de atención de la salud, que dispone de recursos humanos y tecnológicos que giran en torno a la unidad productiva (la cama hospitalaria) y desarrolla esencialmente una serie de procesos tendientes a tratar o rehabilitar pacientes, la OMS lo define como "...una parte integrante de la organización médica social, cuya función es la de proporcionar a la población atención médica completa, tanto preventiva como curativa y cuyo servicio de consultorio externo, alcanza a la familia en el hogar. El hospital es además un centro para la preparación y adiestramiento del personal que trabaja en salud y además un campo de investigación biosocial..."<sup>25</sup>.

Esto responde al hecho que los Hospitales han ido transformado su rol, desarrollando su presencia más allá de sus paredes, sin dejar de conformar el segundo y tercer nivel de atención, procuran dar una mayor respuesta a las necesidades de la comunidad de forma integrada con el resto de los proveedores, particularmente con los del primer nivel de atención, que tienen como fin proveedor servicios integrados, integrales y continuos de salud a un determinado colectivo, el Hospital no sólo amplía su horizonte de actuación, sino que además centra su objetivo principal en la rentabilidad social.

#### **2.4.2 LA EMPRESA HOSPITALARIA**

"La incorporación de los instrumentos, técnicas y soluciones organizativas, utilizadas en el mundo de la empresa, se ha producido dentro de la consideración del hospital como una moderna y compleja empresa de servicios"<sup>26</sup>.

Un hospital es una empresa social de servicios en la atención de la salud, que dispone de recursos humanos y tecnológicos que giran en torno a la unidad productiva, *la cama hospitalaria* y desarrolla esencialmente una serie de procesos tendientes a tratar o rehabilitar pacientes, además es una organización multifuncional y compleja, las cuatro empresas que coexisten en el hospital son:

---

<sup>25</sup> MALANGÓN, G. et. al. Administración Hospitalaria. 2ª ed. Editorial Panamericana. Octubre 2000. Colombia. pp. 20

<sup>26</sup> ROMÁN, Abelardo; Visión del desempeño de la gerencia en un hospital público, Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios Vol. 3 - Monográfico 3 - Noviembre 2002.

#### **2.4.2.1 Área de Servicios Finales.**

Conocida como Gestión Clínica, es un área funcional conformada por sectores y unidades funcionales donde se produce una interacción permanentemente con el paciente, con un elevado número de profesionales de gran especialización donde es posible que egrese el producto hospitalario: el paciente curado total o parcialmente y el paciente fallecido, comprende los sectores: de internación de pacientes en cuidados mínimos, consultorios externos, urgencias, cuidados especiales hospital de día.

#### **2.4.2.2 Área de Servicios Intermedios.**

O servicios auxiliares del diagnóstico y terapéutica, también considerada funcional, que interactúa de forma transitoria en la asistencia del paciente, contribuyen en el resultado del producto, pero de las cuales no egresa directamente el paciente, los procedimientos son rutinarios, fáciles de sistematizar, con personal técnico, tecnología de punta en constante evolución.

#### **2.4.2.3 Área de Servicios Generales.**

O de apoyo donde se reconocen dos sectores de conservación y mantenimiento, y el sector de hotelería donde los usuarios tienen mayores exigencias que en un hotel común.<sup>27</sup>

#### **2.4.2.4 Área de Docencia e Investigación**

Una escuela de formación técnica y profesional y de investigación.

---

<sup>27</sup> Instituto Universitario ISALUD. Diplomado Superior en Gerencia de Hospitales, Organización Módulo 2. Ecuador. Diciembre 2002/Abril 2003. pp. 73

## **2.5 EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA,**

La Medicina Interna es la especialidad que ha servido de germen para el desarrollo del resto de las especialidades médicas, podemos afirmar que en el mundo occidental ha soportado una grande evolución desde su nacimiento a finales del siglo XIX en Alemania, con el término Innere Medizin, que distinguía a los médicos que ejercían la práctica puramente clínica; las grandes figuras de aquella época lo describen como el conjunto de ciencias médicas aplicadas a la clínica, es decir, la profundización en el pensamiento médico, incluyendo los hallazgos fisiopatológicos y anatomopatológicos y atendiendo especialmente a la visión conjunta del enfermo.

La medicina interna se lo considera como ciencia práctica que articula de una forma armónica el saber y las destrezas surgidos en las especialidades de todo orden que se relacionan con la asistencia de los adultos, en todas sus dimensiones biopsicosociales, no es sólo una labor de gerencia, ni de rectoría de otras disciplinas, su misión esencialmente es de servicio, de organización eminentemente horizontal, de dar y de obtener de cada cual, en el colectivo, lo mejor de sí, en una ética humanística de ayuda mutua y con un rigor científico que favorezcan la mejor atención de los adultos. En este sentido, la función educativa tanto a los estudiantes y profesionales de la salud, como a la comunidad y la función investigativa, llevadas a cabo con calidad, garantizan su credibilidad, con la necesidad de abordar esta atención a las personas como sujetos y no como objetos, situación a veces no es totalmente clara a nivel conceptual ni práctico.

## **2.6 PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA.**

“...Es un proceso mediante el cual una organización define su visión de largo plazo y las estrategias para alcanzarla a partir del análisis de sus fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas. Supone la participación activa de los actores organizacionales, la obtención permanente de información sobre los factores claves de éxito, su revisión, monitoría y ajustes periódicos para que se

convierta en un estilo de gestión que haga de la organización un ente proactivo y anticipatorio...”<sup>28</sup>

La planificación estratégica es una propuesta de intervención sobre una realidad inestable que se busca modificar, para alcanzar mejores niveles de vida en la sociedad; por lo que para cumplir con esto, las entidades deben incorporar en su gestión aspectos relacionados con la competitividad, eficacia, eficiencia y efectividad en el futuro; esta aplicación pretende que tengan la posibilidad de redefinir su misión, basada en un análisis continuo y permanente de las expectativas de la sociedad y del entorno externo así como de las aspiraciones de quienes las integran, con una visión de hacia dónde quieren llegar y sus resultados.

### **2.6.1 CARACTERÍSTICAS DE LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA**

- *De largo plazo:* por medio de la cual, los niveles de propiedad y conducción de las organizaciones sociales establecen políticas, objetivos y contenidos cualitativos de las acciones que habrán de realizar dichas organizaciones,
- *Gran participación de los niveles operativos:* Debe ser elaborada de forma descentralizada y participativa, para la consecución de los objetivos propuestos; se seleccionan proyectos dinámicos, idóneos y apropiados para llegar al cambio deseado;
- *Provee una visión global de la empresa:* Quienes toman decisiones en una organización, obtienen la información necesaria para elaborar los fines y establecen los caminos y los recursos para alcanzarlos; y, la creación de escenarios posibles donde evolucionarán las principales variables que

---

<sup>28</sup> Serna, H. Gerencia Estratégica. 7<sup>ma</sup> Ed. 3r Editores. Colombia, 2000, pp: 29.

intervienen en los diversos componentes del escenario o subescenarios: económico, sociocultural, político-legal, tecnológico.<sup>29</sup>

## **2.6.2 EL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO**

El direccionamiento estratégico, es saber hacia dónde va una organización, y lo conforman:

### **2.6.2.1 Principios corporativos:**

Son el conjunto de valores, creencias, normas, que regulan la vida de la organización, constituyen norma de vida corporativa y el soporte de la cultura organizacional, deben ser apropiados para la época, el lugar y las condiciones en las que opera, por lo tanto los valores son creencias fundamentales acerca del negocio y de la gente que guía la estrategia organizacional, pueden estar en relación a consideraciones del usuario, calidad, eficiencia, etc., son la expresión de la filosofía empresarial convirtiéndose es el eslabón más alto de una cadena que desciende a través de los propósitos y las metas para alcanzar finalmente los objetivos<sup>30</sup>.

### **2.6.2.2 Visión corporativa:**

Según Chiavenato, es la imagen que la organización tiene respecto de si misma y de su futuro, de los recursos que dispone, del tipo de relación que desea mantener con sus clientes y qué hacer para satisfacer sus necesidades, como

---

<sup>29</sup> Instituto Universitario ISALUD. Diplomado Superior en Gerencia de Hospitales Módulo 6 Planificación. Ecuador. Diciembre 2002/Abril 2003. pp:11 -12

<sup>30</sup> Serna, H. Gerencia Estratégica. 7<sup>ma</sup> Ed. 3r Editores. Colombia, 2000,Pp: 85 – 87.

alcanzar sus objetivos, además representa el destino que pretende transformar en realidad, y que se lograría si todos en la organización trabajan en conjunto.<sup>31</sup>

En el ámbito de salud debiera estar definido por las necesidades de salud de la comunidad, implica definir: a quiénes se prestará el servicio, qué servicios se habrá de prestar, cómo se prestará, los recursos humanos, procesos procedimientos, actividades, información, tecnología además donde se prestará el servicio, con qué se prestará el servicio.<sup>32</sup>

### **2.6.2.3 La Misión:**

Es el objetivo que tiene la organización en la sociedad, Según Chiavenato, es la razón de su existencia, la finalidad de creación y a la que debe servir, debe responder a tres preguntas básicas: ¿quiénes somos?, ¿qué hacemos?, ¿por qué hacemos lo que hacemos?, se enfoca hacia la demanda de la sociedad o del cliente, debe ser objetiva, clara, impulsadora, reflejar el consenso de la organización, y comprendida con facilidad.<sup>33</sup>

En un hospital es una herramienta de comunicación interna hacia los trabajadores y externa, hacia la comunidad, los usuarios, definirla implica responder algunas preguntas básicas tales como: qué hace el hospital, cuáles son sus servicios finales e intermedios, quiénes son sus clientes, cuáles son sus valores básicos, tan importante como establecer la misión de una organización, es monitorearla y evaluarla.<sup>34</sup>

---

<sup>31</sup> CHIAVENATO, I. Administración en los Nuevos Tiempos, Colombia 2004, pp: 254

<sup>32</sup> Instituto Universitario ISALUD. Diplomado Superior en Gerencia de Hospitales Módulo 2 Organización. Ecuador, Diciembre. 2002/Abril 2003. Pp. 52 – 54

<sup>33</sup> CHIAVENATO, I. Administración en los Nuevos Tiempos, Colombia 2004, pp: 248.

<sup>34</sup> Instituto Universitario ISALUD. Diplomado Superior en Gerencia de Hospitales Módulo 2 Organización. Ecuador, Diciembre. 2002/Abril 2003, pp: 57 – 59.

### **2.6.3 DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO**

El Diagnóstico Estratégico se basa en dos actividades principales: análisis externo (entorno), y análisis interno del sistema de salud.

#### **2.6.3.1 El análisis externo**

Se analiza la comunidad, sus necesidades y sus problemas de salud, se identifican y valoran las fuerzas, tanto generales como particulares, que al externo de la organización tienen la potencialidad de impactar, ya sea positivamente (oportunidades) o negativamente (amenazas), sobre lo que dicha organización quiere y puede hacer. En el análisis interno de la organización se valora qué está haciendo actualmente, qué está capacitada la organización para hacer y qué es lo que se quiere hacer, qué se quiere, con qué se cuenta y de que se adolece, sus fortalezas y sus debilidades.

Además está la estructura demográfica de la población de la provincia correspondiente al último censo, pirámides de población, grupos de edad tramos de edad, sexo; el estudio epidemiológico que no debe faltar en el diagnóstico estratégico de una institución de salud los indicadores epidemiológicos del estado de salud de la comunidad y de los recursos que está destinada para atenderlos, datos epidemiológicos como: mortalidad, morbilidad; el análisis socioeconómico composición de los hogares, nivel educativo de la población, nivel económico perfil ocupacional; también es importante conocer el número de centros de atención primaria y especializada, ubicación, número de camas, cartera de servicios, hospitales de referencia y para que especialidades.

### 2.6.3.2 Análisis Interno

En la evaluación interna del hospital es importante realizar una breve reseña histórica del hospital, incluyendo los hitos más importantes, además del análisis de:

- Las instalaciones fecha de construcción del hospital, u estructura física, áreas de hospitalización, consulta externa, de urgencias, bloque quirúrgico, de servicios centrales, tipo de habitaciones y número de camas disponibles por servicio, dotación de quirófanos y tipo de asignación, número de consultorios, camas de urgencias.
- Los recursos humanos, dotación total de personal, por agrupamientos, nivel de ausentismo, profesional no médico, enfermería, auxiliares de enfermería, técnicos y no sanitario por servicio, diferenciado por categoría y tipo de relación (de planta o contratado), mecanismos de reclutamiento, política de seguridad y salud, política de incentivos, política de capacitación en servicio, modalidad de la evaluación del desempeño.
- La tecnología, básica, equipos de radiología convencional y ecógrafos instalados, tecnología relevante equipos instalados con la fecha de la instalación (TC, RNM, equipos de láser).
- La actividad asistencial corresponde a los dos últimos ejercicios, cartera de servicios, horario general de atención del hospital, consultas, externas y quirófanos, causas de ingreso, índice de ocupación, estancia media, laboratorio bioquímica, número de determinaciones por tipo de laboratorio , anatomía patológica; diagnóstico por la imagen radiología convencional ecografías, tomografía axial computarizada (TAC), resonancia nuclear magnética, (RM).
- La actividad docente e investigación; de las comisiones o comités existentes en el hospital y frecuencia de reuniones, comité de historia clínica, de

farmacia, de análisis de la mortalidad, comité de infectología; la relación existentes con otros agentes sociales, universidades, escuelas de enfermería, fundaciones.

- Del sistema de información, existencia de información clara, confiable, integrada, relevante y oportuna, descripción del tipo de hardware y software instalado y en funcionamiento en el hospital.
- La información económico financiera, presupuesto, existencia de un sistema de contabilidad analítica, facturación, descripción del sistema de compras; de la calidad, existencia o no de una unidad de atención al usuario y de un registro de reclamaciones, de datos para la elaboración de indicadores de calidad, encuestas de satisfacción realizadas y sus resultados, plan de calidad: descripción y grado de implantación y descripción.
- Análisis de la estructura organizacional, tipo de estructura, agilidad, flexibilidad, organigrama jerárquico y funcional, coherencia de la estructura con el plan estratégico.<sup>35</sup>

### **2.6.3.3 Análisis FODA**

Es una herramienta de planeación que busca diagnosticar las fortalezas y debilidades internas, así como las oportunidades y amenazas externas, se basa en que el administrador debe evaluar las fortalezas y debilidades de la organización, frente a la oportunidades y amenazas del ambiente externo para formular estrategias que concilie los aspectos internos y externos y asegurar el éxito de la organización, se aprovechan las fortalezas internas y oportunidades externas , se corrigen las debilidades interna, y neutralizan las amenazas

---

<sup>35</sup> Instituto Universitario ISALUD. Diplomado Superior en Gerencia de Hospitales Módulo 2 Organización. Ecuador, Diciembre. 2002/Abril 2003, pp. 94 -103

externas. El producto o servicio ofrecido constituye uno de los aspectos principales de este enfoque. (Chiavenato).

#### **2.6.4 FORMULACIÓN DE LÍNEAS Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS**

Consiste en como orientar las decisiones de la organización para la consecución de su finalidad última o misión, a través de establecer las líneas estratégicas que surgen como conclusión del análisis FODA y se orientan a corregir debilidades, afrontar amenazas, potenciar fortalezas, aprovechar oportunidades; y los objetivos estratégicos para cada una de las actuaciones, debe darse respuesta puntual a las necesidades observadas en el diagnóstico estratégico atendiendo a las prioridades de la organización.

##### **2.6.4.1 Los objetivos Estratégicos:**

Son los fines que trata de alcanzar, constituyen el nivel de aspiración sobre el desempeño, los resultados o atributos a lograr, son metas cuando están expresados en términos específicos: mensurados o acotados en el tiempo, son básicos o principal y los secundarios que constituyen una red de objetivos que contribuyen a cumplir el objetivo básico de la organización, se establecen para toda la organización y para cada sector.

En la formulación estratégica o plan de acción, se debe considerar: la definición de metas, lo que la organización espera cumplir de mediano a largo plazo expresados en términos específicos: mensurados o acotados en el tiempo, y de objetivos que son los fines o para qué se hace, los resultados o atributos a lograr; definición de actividades, la capacidad positiva para acometer el propósito y debe responder a: qué, quien dónde, cuándo y con qué recursos se debe hacer, en situaciones imprevistas es imprescindible contar con una planificación contingente, con planes alternativos que permitan que el proyecto o programa no

se retrase en el tiempo, es esencial que ofrezca plena viabilidad; y la definición de los indicadores de impacto y metodología de evaluación.<sup>36</sup>

## **2.7 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE LOS HOSPITALES**

Todas las organizaciones sean bancos, fábricas, empresas de servicios, hospitales se identifican por la estructura interna que les garantiza coordinación e integración para funcionar de manera adecuada, ésta actividad es compleja y su éxito depende en cómo se organizan para operar y proporcionar resultados; debe ser suficientemente maleable y ajustable para responder a los cambios externos que ocurren en el ambiente, que traen nuevas tecnologías y recursos, incentivan la competencia, todo esto influye directa o indirectamente en la organización.<sup>37</sup>

La organización de una institución de salud es la función gerencial que consiste esencialmente en: agrupar recursos humanos en unidades de tareas denominadas funcionales asistenciales y no asistenciales; establecer para cada una los procesos, procedimientos y actividades que son de su competencia; el grado de autonomía; las responsabilidades y responsables; relaciones entre las diversas unidades funcionales; líneas de autoridad para la toma de decisiones; los canales de comunicación formal con el objetivo que las tareas se realicen adecuadamente; usualmente se utiliza el organigrama, como documento formal que representa la red de jerarquías y relaciones, que expresa la estructura gerencial, las diversas unidades funcionales, sus autoridades y líneas de mando, así como las vías de comunicación entre unidades.

En la conformación de un hospital se pueden identificar tres aspectos fundamentales: la estructura, los procesos, el ambiente; además cada área, de un hospital es una empresa, donde se pueden identificar sus niveles de

---

<sup>36</sup> Instituto Universitario ISALUD. Diplomado Superior en Gerencia de Hospitales Módulo 6 Planificación. Ecuador. Diciembre 2002/Abril 2003, pp: 23 -26.

<sup>37</sup> CHIAVENATO, I. Administración en los Nuevos Tiempos, Colombia 2004, pp: 365

responsabilidad, su jerarquía y la disposición de los elementos que requiere para realizar su tarea y alcanzar sus fines

Desde el punto de vista organizativo, un hospital está compuesto por varios subsistemas: El médico o científico, administrativo y financiero, recurso o talento humano, es necesario conformar grupos interdisciplinarios que respondan a las necesidades de la comunidad y de la organización. Otras funciones importantes que debe atender son las de: docencia, investigación en salud; educación a la comunidad.

Por ser parte de una red de organizaciones que tienen como fin proveer servicios integrales y continuos de salud a un determinado colectivo, al considerar al hospital como empresa social de servicios en la atención de la salud, que dispone de recursos humanos y tecnológicos, desarrolla esencialmente una serie de procesos tendientes a tratar o rehabilitar pacientes, por lo tanto es una organización multifuncional y compleja, al interior también se puede agrupar por áreas funcionales asistenciales dentro de la cual se ubican el área de los servicios finales, los servicios intermedios o auxiliares del diagnóstico y la terapéutica; y en las no asistenciales están las áreas administrativa, de servicios generales o de apoyo, y de docencia e investigación quedando conformado por cinco grandes áreas.

*Área de Servicios Finales*, conformada por unidades funcionales en los cuales se produce una interacción permanentemente con el paciente, con procesos difíciles de sistematizar, un elevado número de profesionales de gran especialización de donde solamente es posible que egrese el producto hospitalario: el paciente curado total o parcialmente y el paciente fallecido; comprende los sectores de internación de pacientes en cuidados mínimos, consultorios externos, urgencias, cuidados especiales, hospital de día

*Área de Servicios Intermedios* o servicios auxiliares del diagnóstico, lo conforman unidades funcionales que interactúan de forma transitoria en la asistencia del paciente, y contribuyen en el resultado del producto, pero de las cuales no egresa

directamente el paciente. Los procedimientos son más rutinarios, fáciles de sistematizar interviene una mayor proporción de personal técnico, así como tecnología de punta en constante evolución, en circunstancias particulares de venta de servicios a terceros, se convierten en generadores de productos finales; en los hospitales de gran tamaño, dentro del área de servicios intermedios pueden subdividirse en sectores, por ejemplo, dentro del sector de laboratorio, la unidad funcional de bacteriología, o dentro del sector de diagnóstico por imágenes la unidad funcional de tomografía computarizada.

*Área Administrativa* reconocemos los siguientes sectores: gestión de pacientes, económico-financiera vinculada con la aplicación, desarrollo e implementación del presupuesto; de suministros que es la parte logística, trata sobre las actividades para adquisición, almacenamiento y el suministro a los pacientes, tanto de medicamentos, alimentos, y demás elementos de uso sanitario y administrativo.

*Servicios Generales de apoyo* están sector de Hotelería considerado como una alternativa para enriquecer el restablecimiento de la salud de los usuarios para que este transcurra en un ambiente agradable, higiénico, confortable, lo que incrementa la satisfacción del cliente<sup>38</sup>; y de conservación y mantenimiento que incluye todas las acciones que se realizan para mantener los elementos del hospital en condiciones de servicio, empieza con la selección del equipo a adquirir y termina cuando sale del hospital por obsolescencia o destrucción y comprende el mantenimiento preventivo, programado y correctivo.

*Área de Docencia e Investigación:* comités técnico-científicos de investigación que generen nuevos conocimientos a la ciencia o busquen soluciones específicas de salud; y docencia con educación escalonada mediante comunicación clara conduce a un trabajo en equipo por lo que debe darse en los niveles bajo e intermedio, profesional, estudiantes de pre y postgrado, comunidad, esto dará resultados gratificantes al trabajador y usuario.

---

<sup>38</sup> PINEDA, M. et. al. Hotelería Clínica mejor servicio para el paciente. Memorias II Congreso Latinoamericano de Ingeniería Biomédica, Habana 2001. pp. 1

## 2.8 GESTIÓN POR PROCESOS

La gestión por procesos, “...(Business Process Management) es una forma de organización diferente de la clásica organización funcional, y en el que prima la visión del cliente sobre las actividades de la organización, los procesos así definidos son gestionados de modo estructurado y sobre su mejora se basa la de la propia organización”<sup>39</sup>; aporta una visión y unas herramientas con las que se puede mejorar y rediseñar el flujo de trabajo para hacerlo más eficiente y adaptado a las necesidades de los clientes, los procesos lo realizan personas y los productos los reciben personas, y por tanto, hay que tener en cuenta en todo momento las relaciones entre proveedores y clientes.

### 2.8.1 GERENCIA POR PROCESOS EN SISTEMAS DE SALUD

“Las organizaciones sanitarias en la actualidad están muy relacionadas con los procesos productivos, asistenciales y deben estar en coordinación con los requerimientos de los usuarios, la comunidad, las prioridades políticas, que se constituya en una organización flexible capaz de aprovechar los cambios para bien; por lo tanto deben poseer procesos bien diseñados, en función de costos, la satisfacción, y de los principios del sistema sanitario, sin interferencias de los financiadores, del complejo industrial médico y con el sustento de la evidencia científica”<sup>40</sup>.

Un sistema de gestión por procesos, facilita los conocimientos y las herramientas para la mejora, involucra reordenar los flujos de trabajo de forma que aporten valor añadido dirigido a aumentar la satisfacción del cliente y a facilitar las tareas de los profesionales, procura asegurar de forma rápida, ágil y sencilla el abordaje de los problemas de salud desde una visión centrada en el paciente.

---

<sup>39</sup> Sescan. La Gestión por procesos. Servicio de calidad de la Atención Sanitaria. Toledo octubre 2002. Pp: 6.

<sup>40</sup> Instituto Universitario ISALUD. Diplomado Superior en Gerencia de Hospitales Módulo 2 Organización. Ecuador, Diciembre. 2002/Abril 2003. pp: 43.

Entendiéndose al proceso como conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

### **2.8.2 LA GESTIÓN POR PROCESOS Y CALIDAD ASISTENCIAL**

Juntos estos dos procesos están encaminados a la mejora en la prestación de servicios, con el involucramiento de los profesionales a conseguir una visión dinámica y horizontal teniendo como referencia las necesidades de los usuarios y la respuesta adecuada en cada paso del proceso, pueden aportar ventajas en la mejora de la calidad de los servicios, permitiendo adaptarse a las necesidades de la población y a los cambios organizacionales y tecnológicos.

Dentro de las principales características están:

- Se centra en el usuario, favorece el cambio en la actitud de los profesionales, mejora la continuidad de la asistencia, se basa en la implicación de los profesionales, mejora la efectividad de las actuaciones, optimiza el uso de los recursos, facilita la identificación de la falta de calidad de las actuaciones.
- La mejora de los procesos, está relacionada con la medición el seguimiento y el control de los procesos y se plantean en términos de indicadores que permitan una medición con validez y fiabilidad, de esta manera de mide evalúa y corrige constantemente buscando la mejora del proceso, redefiniéndolo y adaptándolo a las necesidades actuales en cada momento, para ello es importante
- Planificar mediante un modelo de evaluación del proceso, que afecte a la acciones de todos los profesionales implicados; quien y que personas llevan a cabo la mejora, como se organiza la mejora, cuando se definen los tiempos, que se necesita para asegurar el plan de mejora.

- Comprobar y evaluar es el análisis de resultados, detectar la adecuación a los objetivos, la aparición de errores y sus causas, las necesidades de cambio y soluciones planteadas y obtener resultados.
- Actuar eliminando las causas de los errores, de forma decidida, contrarrestando los aspectos negativos y potenciando los aspectos positivos que el proceso de cambio requiere, son los líderes quienes deben gestionar en forma anticipada las fases de cambio empezando por la de resistencia, pasando a la confusión e integrando el cambio, logrando el compromiso profesional<sup>41</sup>.

### **2.8.3 DIFERENCIAS ENTRE LA GESTIÓN FUNCIONAL Y LA GESTIÓN POR PROCESOS**

A continuación se presentan un resumen de las diferencias entre el sistema de gestión por procesos frente al funcional:

---

<sup>41</sup> Cortes, M. et al. Gestión de procesos asistenciales. Aplicación práctica. 1ª ed. Editorial McGRAW-HILL. Interamericana. España 2006, pp: 2.

**CUADRO # 1**  
**DIFERENCIA ENTRE GESTION FUNCIONAL Y PROCESOS**

Gestión funcional	Gestión por procesos
Organización por departamentos o áreas	Organización orientada a los procesos
Los departamentos condicionan la ejecución de las actividades	Los procesos de valor añadido condicional la ejecución de las actividades
Autoridad basada en jefes departamentales	Autoridad basada en los responsables del proceso.
Principio de jerarquía y de control	Principio de autonomía y de autocontrol
Orientación interna de las actividades hacia el jefe o departamento	Orientación externa hacia el cliente interno o externo.
Principios de burocracia, formalismo y centralización en la toma de decisiones	Principios de eficiencia, flexibilidad y descentralización en la toma de decisiones
Ejercicio del mando por control basado en la vigilancia	Ejercicio del mando por excepción basado en el apoyo o la supervisión
Principio de eficiencia: ser más productivo	Principio de eficacia: ser más competitivos
Cómo hacer mejor lo que venimos haciendo	Para quién lo hacemos y qué debemos hacer
Las mejoras tienen un ámbito limitado: el departamento	Las mejoras tienen un ámbito transfuncional y generalizado: el proceso

Fuente: Gestión por procesos. Badía. A.<sup>42</sup> Elaboración: Badía. A.

#### **2.8.4 FASES PARA LA IMPLEMENTACIÓN.**

Las Fases para la implantación de procesos son las siguientes:

- Fase estratégica
- Fase de Desarrollo del Proceso
- Fase de Implantación

A continuación se presenta el detalle teórico de las fases:

---

<sup>42</sup> Sescan. La Gestión por Procesos. Servicio de Calidad de la Atención Sanitaria. Toledo. 21 octubre 2002, pp:7

### 2.8.4.1 Fase estratégica

Se debe contar con una planificación estratégica o los planes de salud en el que señalan hacia donde se dirigen los procesos, previo el análisis epidemiológico y de prestación de servicios, entendiéndose por lo tanto a la gestión por procesos como un estrategia dirigida a conseguir los objetivos de la organización, para lo cual hay que definir cuáles son los principales procesos en los que los servicios sanitarios se centran, es decir establecer un mapa de procesos.

#### 2.8.4.1.1 *Diseño del mapa de Procesos,*

Donde se debe definir aquellos que afectan a los pacientes, para la selección hay que tener en cuenta todos los criterios y realizar un proceso de priorización como: necesidades de la población y sus expectativas, objetivos de la organización, población afectada, facilidad de abordaje, posibilidades de mejora; también definir las fuentes de información como motivos de consulta y atención, encuestas, estadísticas vitales, etc.; la metodología para la priorización del mapa que se lo hace por medio de talleres donde participen grupo de profesionales líderes de la organización. Los procesos que más se relacionen con el desarrollo del presente estudio están:

#### 2.8.4.1.2 *Clasificación de los procesos,*

Los procesos se pueden clasificar de la siguiente manera:

*Proceso Gobernante o estratégico:* Es aquel que proporciona directrices, fijando objetivos, políticas y estrategias para todos los demás procesos, adoptando decisiones sobre el destino y manejo de toda la organización.

*Procesos claves u operativos:* guardan relación directa con los clientes, impacto sobre su satisfacción, proceso clínico asistencial, son los pasos desde donde parten los procesos operativos y conforman las interfases organizativas

necesarias para añadir valor a la actividad realizada con los pacientes. Entre estos procesos encontramos: la consulta externa, la atención de la emergencia, hospitalización, atención del paciente, durante su internación clínica, el cuidado domiciliario y el trabajo del hospital con la comunidad, llegan al exterior de la organización con el cumplimiento de la misión de la organización.

*Procesos de Soporte:* Permite que los procesos y subprocesos se ejecuten, su función es proveer y administrar los recursos, suministrando todo lo necesario para la operatividad de los procesos lo que facilita el cumplimiento de la misión de la organización; dan como resultado los productos intermedios: horas de trabajo, productos de laboratorio y de anatomía patológica, placas radiográficas, tomografías, endoscopias, etc.

#### **2.8.4.2 Fase de desarrollo del Proceso.**

Se deben desarrollar las características especiales del proceso y que identifican los elementos de coordinación asistencial, la medición, monitorización y la asignación de recursos, se plantea el siguiente esquema de descripción:

##### *2.8.4.2.1 Definición del Proceso*

La definición funcional del proceso debe describir en forma breve todo el proceso asistencial.

Limites del proceso; de entrada, son el punto en el que se considera comienza el proceso, el momento y situación que se considera termina o límite final o salida y los límites marginales los aspectos que son del proceso y no abordados ya sea por su complejidad por afectar a un número reducido de personas.

Responsables, no siempre son de manera estandarizada, esto no significa jefatura sino liderazgo y capacidad de coordinar equipos

#### *2.8.4.2.2 Destinatarios y objetivos del proceso.*

Destinatarios y expectativas, es todo aquel individuo, organización, unidad, colectivo al que va dirigido el producto del proceso, al delimitar el cliente se puede identificar las necesidades que son las carencias objetivas, y las expectativas que es la forma en la que el cliente espera sean satisfechas sus necesidades, que formaran parte de los objetivos, se puede tomar en cuenta los aspectos como la tangibilidad, accesibilidad, cortesía, comunicación, etc. es importante indagar las expectativas de los profesionales.

#### *2.8.4.2.3 Identificación de subprocesos*

Respetando la secuencia lógica del desarrollo del proceso, se los puede identificar tomando en cuenta los escenarios donde se produce la atención o dividir el proceso según la fase de atención.

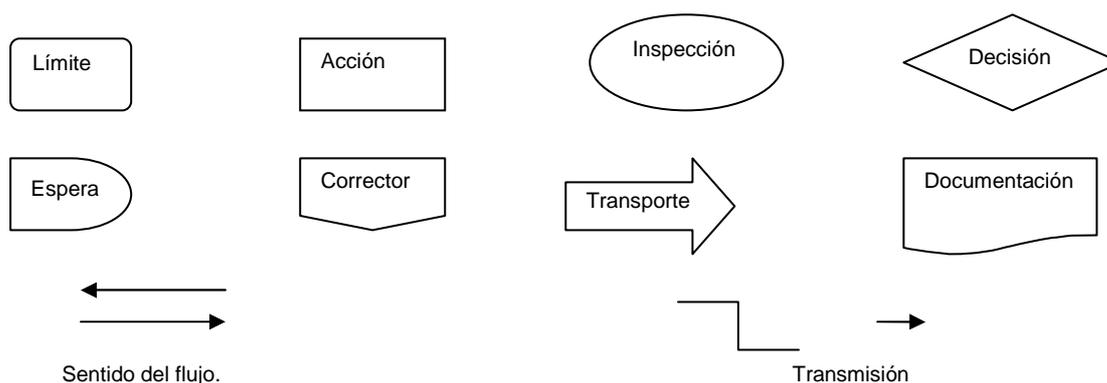
#### *2.8.4.2.4 Descripción de actividades*

Para cada uno de los subprocesos y sus destinatarios, se describen las actividades que los profesionales realizan, estableciendo que, quien, y como hace, que dará respuesta a los requerimientos establecidos, además se puede describir también la actividad, el profesional que lo realiza y las características de calidad de la misma, esta descripción de actividades debe ser en forma secuencial, ordenada para cada uno de los destinatarios, es un paso muy importante por cuanto debe estar debidamente sustentado, con evidencia

científica disponible. De esta descripción dependerá la representación gráfica del proceso.<sup>43</sup>

#### 2.8.4.2.5 La representación gráfica general del proceso.

El ordenar los procesos facilita la comprensión tornándoles más eficientes, esto se logra por medio de la diagramación que es un método para describir gráficamente un proceso mediante la utilización de símbolos y palabras similares proporcionando muchas ventajas, muestran claramente las actividades o áreas en las cuales se podrían producir cuellos de botella o ser improductivas, nos sirven para disciplinar nuestra manera de pensar; para ello se utilizan símbolos ampliamente reconocidos, los propuestos por al ANSI (American National Standards Institute), principalmente son:



Existen diferentes tipos de flujograma en los que se puede mencionar: pictórico, vertical, horizontal, geográfico<sup>44</sup>; de bloque que proporciona una visión rápida del proceso; de flujo, que analiza las interrelaciones detalladas de un proceso; de flujo funcional, que muestra el flujo del proceso entre organizaciones o áreas<sup>45</sup>.

<sup>43</sup> Cortés, C. et.al. Gestión de procesos asistenciales. Aplicación práctica. 1ª Ed. ed. Interamericana. España. 2006. pp: 86.

<sup>44</sup> Mejía B. Gerencia de Procesos, para la organización y el control interno de empresas de salud, pp: 33- 38, 45- 47, 53.

<sup>45</sup>-EPCAE, Módulo Gerencia de Procesos. 2005, pp: 18

El flujograma horizontal, es muy utilizado cuando involucra a varias personas u organismos, la secuencia se lo hace de manera horizontal; este utiliza los mismos símbolos y convenciones que el vertical

#### 2.8.4.2.6 *Los Indicadores*

Por medio de indicadores es factible evaluar los procesos, conocer la naturaleza de los servicios brindados al usuario, la cantidad y la calidad de los recursos utilizados, la secuencia de las normas y procedimiento, protocolos de manejo, el indicador vigila las acciones que interviene en la atención de los pacientes.

*Un indicador: es un instrumento de medición*, los indicadores son variables que intentan medir u objetivar en forma cuantitativa o cualitativa, sucesos colectivos para así poder respaldar acciones políticas, evaluar logros y metas.

*Un indicador de Salud:* son calibradores que permiten evaluar problemas relacionados con la salud de la población, y que ayudan a la gestión de los servicios de salud que asisten a la comunidad.

El proceso de elaboración de los indicadores esta dado por:

- Nombre del indicador: debe indicar ese evento y la forma en la que es medido (tasa, razón, porcentaje).
- Descripción del indicador: la función, actividad o el resultado que se pretende medir.
- Componentes: los términos incluidos en el indicador. En el caso de una tasa, se definirá el numerador, el denominador y la constante.
- Periodicidad: establece el lapso de tiempo al que se refiere el indicador. Lleva implícito la entrega sistemática de información.
- Fuente: lugar de donde se obtuvieron los datos para confeccionar el indicador.

Debe tener las siguientes características: comprensibilidad; validez; factibilidad; objetividad; fiabilidad; sensibilidad; especificidad; comparabilidad: contra sí mismo (histórico), indicadores de otros lugares, estándares, tendencias.<sup>46</sup>

Clasificaciones posibles (Bodart,C) Según el área o función en que se van a utilizar:

- Áreas de Gestión:

Indicadores de Planificación, Indicadores de Evaluación

Gestión administrativa, Gestión clínica, Gestión financiera,

- Área Temática:

Indicadores del estado de salud de la comunidad,

Indicadores de los determinantes del estado de salud

- Según aspectos del proceso productivo:

Estructura, Proceso y Resultado

- Según aspectos relacionados con el mercado:

Indicadores de demanda, de oferta

- Según aspectos relacionados con la calidad

Indicadores Eficiencia, Efectividad, Ética, Satisfacción.<sup>47</sup>

Algunos los indicadores se centran en los estándares de procesos, que están vinculados con los resultados en los pacientes, existen algunos indicadores que permiten clarificar su importancia: promedio día estancia, porcentaje de ocupación, de consulta externa, de urgencias, etc.

A continuación se presentan un conjunto de Indicadores base en el desarrollo de la gestión por procesos de hospitales:

---

<sup>46</sup> Instituto Universitario ISALUD. Diplomado superior en Gerencia de Hospitales, Módulo 10 Calidad, diciembre 2002/ abril 2003. pp. 28 – 29.

<sup>47</sup> Presentación: Power Point. Indicadores.

*Satisfacción:* Este indicador tiene por objetivo dar a conocer el grado de satisfacción que experimenta el usuario. Existe un alto índice de correlación entre la satisfacción lograda en los usuarios como salida de cualquier proceso de servicio y el grado de satisfacción de los trabajadores, el cual es fiel reflejo del esfuerzo del personal.

Resulta de hacer el cociente entre las diferentes calificaciones de satisfacción obtenidas por parte del usuario y el total de encuestas realizadas.

(Muy satisfecho / total encuestado) \* 100.

*Quejas del período:* Este indicador tiene por objetivo manifestar las irregularidades que ocurren en los distintos procesos.

Las mismas deben ser canalizadas, solucionadas y comunicadas por un funcionario dedicado a dicha tarea, en caso de superar su poder de decisión el mismo la delegará en un superior.

Resulta de la sumatoria del número de quejas receptadas disgregadas por proceso.

*Tiempos de espera:* Tiempo transcurrido desde que el paciente llega a la unidad de salud por atención y el inicio de su atención, conjuntamente con información de otros indicadores orienta la suficiencia de la oferta de servicio de salud.

Fórmula: Número de pacientes según tiempo de espera/ total pacientes \*100.

*Trato brindado por el personal:* Este indicador tiene por objetivo conocer el trato brindado al usuario por parte del personal involucrado en los procesos.

Resulta de hacer el cociente entre las diferentes calificaciones de trato obtenidas por parte del usuario y el total de encuestas realizadas.

(Buen trato / total encuestado) \* 100.

Sus principales fuentes de datos son la encuesta dirigida a los usuarios y las quejas relacionadas con dicho indicador.

*Higiene y condiciones del sector:* Este indicador tiene por objetivo conocer la higiene de la planta física.

Resulta de hacer el cociente entre las diferentes calificaciones de higiene obtenidas de parte del usuario y el total de encuestas realizadas.

$(\text{Buena higiene} / \text{total encuestado}) * 100.$

*Cantidad de recetas expedidas por usuario:* Este indicador tiene por objetivo conocer el promedio de recetas expedidas por usuario.

Es el promedio de recetas expedida por usuario, resulta de hacer el cociente entre las recetas expedidas y el número de usuarios que consultan en ese período.

Fórmula:  $\text{Recetas expedidas de un servicio un periodo} / \text{Egresos del servicio en el mismo periodo}$

Este indicador puede ser disgregado en: recetas expedidas para un usuario en particular, por patología, entre otras. Tiene como objetivo en los casos mencionados detectar el nivel de consumo individual y patológico, conocer el consumo de algunos tipos de medicación y de qué especialidad proviene dicho consumo.

*Egresos Hospitalarios:* Es la salida de un paciente de un servicio hospitalario, que puede ser por curación, voluntaria fuga, defunción o traslado, este indicador permite valorar el impacto del uso global de camas de la institución.

*Porcentaje de ocupación camas:* Porcentaje promedio que están siendo utilizadas las camas, durante un periodo de tiempo, es una medida de racionalidad del uso de recursos de inversión, mide el grado de utilización de las camas, y la capacidad de la institución para atender la demanda.

Fórmula: día cama ocupada de un periodo/día cama disponible del mismo periodo  
\*100.

*Promedio día estada:* Es el tiempo promedio que el paciente permanece hospitalizado ocupando una cama y que utiliza un servicio para ingreso, diagnosticar, tratar y/o rehabilitar al paciente, es un indicador de rendimiento del recurso cama, cuantifica la capacidad productiva.

Fórmula: Total de estancias de pacientes egresados/Egresos del mismo periodo.<sup>48</sup>

*Tasa bruta de mortalidad hospitalaria:* Se usa para en el tiempo evaluar la calidad de atención médica y sus variaciones, es la relación entre el número de defunciones ocurridas en el hospital durante un periodo dado y el número de egresos durante el mismo periodo, en circunstancias normales; de ésta se pueden desprender tasa específicas cuando se tiene en cuenta factores como edad, sexo, raza, población.

Fórmula: Número de defunciones en un periodo/total de egresados del periodo  
\*1000

*Tasa de Morbilidad:* Es el conocimiento de determinada enfermedad presentada a través del tiempo, relacionada con datos demográficos de la demanda atendida, esta información consiste en tabular las atenciones realizadas en un periodo de tiempo por diagnóstico o causa de atención sobre total de atenciones.

Tasa de morbilidad por causa: N° enfermos por causa /Población total a mitad de periodo\*1.000 habitantes.

---

<sup>48</sup> CHACON, H. indicadores de gestión para la toma de decisiones. Indicadores de Producción, Rendimiento y Costos Módulo I.OPS. Costa Rica. pp: 8-17

*Índice de utilización de servicios complementarios:* Sirve para conocer la demanda de los servicios receptores sobre los de apoyo, además de saber cómo se distribuyó estos, hacia los servicios finales.

Fórmula: Exámenes realizados para un servicio X en un periodo de tiempo/ egresos de ese servicio en el mismo periodo \*100.<sup>49</sup>

*Porcentaje de recursos humanos capacitados:* Este indicador tiene por objetivo conocer el porcentaje de los recursos humanos que están capacitados en el proceso de atención al usuario.

Resulta de hacer el cociente entre el total de recursos humanos que han sido instruidos en el proceso de atención al usuario y el total de recursos humanos.

(Recursos humanos instruidos t / total recursos humanos t) \* 100.

*Horas de capacitación del personal:* Este indicador tiene por objetivo conocer el tiempo que se dedica a la capacitación de los recursos humanos.

Resulta de hacer la sumatoria de horas dedicadas a dicho fin.

(Sumatoria horas capacitación t).

### **2.8.4.3 Fase de Implantación del Modelo de Gerencia por Procesos**

Se relaciona con la capacidad para implantar bien los procesos, en la ejecución del plan es necesario la participación de todos los profesionales involucrados en la puesta en marcha del proceso, se debe formar grupos reducidos de profesionales de las diferentes disciplinas implicados en el trabajo, además de emprender un programa formativo que prepare a los profesionales que van a

---

<sup>49</sup> CHACÓN, H. Indicadores de gestión clínica, OPS, en sistemas de información e indicadores de gestión. Costa rica. pp13-15, 47-48.

liderar y ser responsable de la implantación. Para ello se debe tener presente algunas áreas de trabajo:

Los objetivos del grupo de trabajo para la implantación del proceso donde se tomará en cuenta el conseguir la implantación, difundir el proceso, evaluar periódicamente, establecer mejoras continuas, además en esta fase se debe identificar a nivel local un responsable del proceso, la formación del grupo de implantación, aportación de información al grupo sobre el proceso que va a implantar, durante el desarrollo del trabajo se realiza un análisis de la situación, detección de los principales problemas y puntos críticos, propuesta de mejora que se plantean desde los propios profesionales implicados, directivos de los centros donde se implanta y otros niveles directivos y la representación gráfica del proceso de nivel local.

La comunicación es una herramienta de gestión que favorece a los cambios de implantación, a la difusión del proceso entre los profesionales, para ello debe existir un plan de comunicación, con objetivos definidos, estrategia, los elementos claves para el éxito, variables del plan de comunicación, contenidos; además, no solo se ha de difundir el proceso sino también los valores objetivos a fin de implicar al mayor número posible de profesionales.

La formación, dirigida a todos los involucrados en el proceso, líderes sanitarios, equipos directivos, formadores, responsables de grupos de mejora, la incorporación de nuevos modelos de gestión y de las actividades a desarrollar, implica la formación de los profesionales en las nuevas competencias, por medio de un plan que de formación que prepare a los profesionales en las actividades a realizar y conseguir los objetivos.<sup>50</sup>

---

<sup>50</sup> Cortés, C. et. al. Gestión de procesos asistenciales. Aplicación práctica. 1ª Ed. ed. Interamericana. España. 2006. pp: 65-74

## **2.9 EL CUADRO DE MANDO INTEGRAL**

El Cuadro de Mando es un poderoso instrumento para medir el desempeño corporativo y una herramienta efectiva para enlazar la visión, misión y la estrategia a cinco medidas de desempeño. Además permite ofrecer una visión completa de la organización, siendo el elemento esencial del sistema de información que sirve de apoyo al sistema de control de gestión en su misión de mejorar su nivel de competitividad en el largo plazo

El CMI es una “metodología desarrollada por los académicos Norton y Kaplan que consiste en organizar, difundir y controlar la ejecución de la estrategia de las organizaciones”<sup>51</sup>.

Este mecanismo puede ser utilizado por cualquier organización, incluidas las de servicios (y este caso, de servicios hospitalarios), pues, se adapta a las características de cada empresa u organización ya que se basa en su propia planificación estratégica.

El Cuadro de Mando Integral, ayuda a los directivos de las organizaciones a controlar periódicamente el cumplimiento de las metas permitiendo tomar acciones preventivas e inmediatas antes de que los problemas escalen a niveles muy costosos e irreversibles.

### **2.10 OBJETIVOS FUNDAMENTALES DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL (CMI):**

- Instaurar el cambio a través del liderazgo de los directivos de la organización.
- Llevar la estrategia hacia la aplicación operativa.

---

<sup>51</sup> PAREDES, Gabriela (2004), Implementación del Balanced Score card, Quito-Ecuador.

- Alinear a toda la organización (o departamentos) hacia la estrategia.
- Lograr que la estrategia sea el objetivo del personal.
- Hacer de la estrategia sea un proceso continuo.

### **2.10.1 PERSPECTIVAS QUE ANALIZA EL CMI**

Es muy importante que todos los funcionarios de la empresa conozcan y entiendan toda la estrategia de la empresa, para que contribuyan con el logro de los objetivos empresariales. La metodología sugiere la clasificación de sus objetivos en 4 perspectivas de igual importancia:

- Perspectiva Financiera
- Perspectiva del Cliente/Usuario
- Perspectiva de Procesos Internos.
- Perspectiva de Aprendizaje y crecimiento.

#### **2.10.1.1 Perspectiva Financiera**

La construcción del Cuadro de Mando Integral debe animar a las unidades de negocios a vincular sus objetivos financieros con la estrategia de la empresa.

Los objetivos financieros sirven de enfoque para los objetivos e indicadores en todas las demás perspectivas.

Los objetivos financieros en la fase de crecimiento enfatizarán el crecimiento de las ventas en nuevos mercados y a nuevos clientes y procedentes de nuevos productos y servicios manteniendo unos niveles de gastos adecuados para el desarrollo de los productos y de los procesos, los sistemas, las capacidades de los empleados y el establecimiento de nuevos canales de marketing, ventas y distribución<sup>52</sup>.

---

<sup>52</sup> Secretaría de Salud de Colombia, **Tablero del Control**, [www.balancedscorecard.org](http://www.balancedscorecard.org), 21-08-08.

### **2.10.1.2 Perspectiva del Cliente**

Las empresas y organizaciones identifican los segmentos del cliente y de mercado en que han elegido competir. Estos segmentos representan las fuentes que proporcionarán el componente de ingreso de los objetivos financieros. La perspectiva del cliente permite que las empresas equiparen sus indicadores clave sobre los clientes (satisfacción, retención, adquisición y rentabilidad) con los segmentos del mercado y clientes seleccionados. También les permite identificar y medir en forma explícita las propuestas de valor añadido que entregarán a los segmentos de clientes y de mercados seleccionados.

La identificación de las propuestas de valor añadido que se entregarán a los segmentos seleccionados se convierte en la clave para desarrollar objetivos e indicadores para la perspectiva del cliente.

Los inductores de la actuación para la satisfacción del cliente son:

- El tiempo
- Calidad
- Precios, costos.

### **2.10.1.3 Perspectivas del Proceso Interno**

Para esta perspectiva, se identifican los procesos más críticos a la hora de conseguir los objetivos del empresario y clientes/usuarios. Las empresas desarrollan sus objetivos e indicadores desde esta perspectiva después de haber desarrollado los objetivos e indicadores para la perspectiva financiera y del cliente.

Se le recomienda a las instituciones que definan una completa cadena de valor de los procesos internos que se inicia con el proceso de innovación a través de la identificación de las necesidades de los clientes actuales y futuros y desarrollando

nuevas soluciones para estas necesidades, continuando con los procesos operativos mediante la entrega de los productos y servicios existentes a los clientes existentes y culminando con el servicio venta, ofreciendo servicios después de la venta, que se añaden al valor que reciben los clientes.

#### **2.10.1.4 Perspectiva de Aprendizaje y Crecimiento**

Los objetivos establecidos en las perspectivas anteriores identifican los puntos en que la organización ha de ser excelente. Los objetivos de la perspectiva del aprendizaje y crecimiento proporcionan la infraestructura que permite que se alcancen los objetivos ambiciosos en las restantes perspectivas y son los inductores necesarios para conseguir unos resultados excelentes en las anteriores perspectivas.

El CMI recalca la importancia de invertir para el futuro, y no solo en las áreas tradicionales de inversión, como los nuevos equipos y la investigación y desarrollo de productos nuevos. Las organizaciones deben invertir en su infraestructura, es decir, personal, sistemas y procedimientos si es que quiere alcanzar unos objetivos de crecimiento financiero a largo plazo, se habla de tres categorías de variables en la perspectiva de aprendizaje y crecimiento.

- Las capacidades de los empleados
- La satisfacción del empleado
- La retención del empleado
- La productividad del empleado
- Las capacidades de los sistemas de información
- La motivación, delegación de poder y coherencia de objetivos.

Los inductores del crecimiento y aprendizaje provienen primordialmente de tres fuentes: los empleados, los sistemas y la equiparación de la organización. Las estrategias para una actuación superior exigirán, en general, unas inversiones

importantes en personal, sistemas y procesos que construyen capacidades para las organizaciones.

Los objetivos y las medidas de estos inductores deberán ser parte integrante del CMI de cualquier organización. Los indicadores basados en los empleados, satisfacción, retención y productividad proporcionan medidas del resultado de las inversiones realizadas en los empleados, sistemas y equiparación de la organización.

### **2.10.2 BENEFICIOS DE IMPLEMENTAR EL CUADRO DE MANDO INTEGRAL**

Los beneficios que obtendrá al aplicar el Cuadro de Mando Integral, en cualquier organización o departamento, se pueden resumir en los siguientes puntos:

- Contribuye a maximizar la rentabilidad y a la creación de valor en el tiempo.
- El Cuadro de Mando Integral ayuda a alinear los indicadores estratégicos a todos los niveles de la organización.
- El Cuadro de Mando Integral ofrece a la gestión una imagen gráfica y clara de las operaciones del negocio.
- La metodología facilita la comunicación y entendimiento de los objetivos de la compañía en todos los niveles de la organización
- El mismo concepto del Cuadro de Mando Integral permite ir aprendiendo de la estrategia.
- El Cuadro de Mando Integral le ayuda a reducir la cantidad de información que puede obtener de los sistemas de información, ya que de ellos, el BSC extrae lo esencial.
- Mide el grado de contribución personal con los resultados de la empresa.
- Convierte la estrategia en acción.
- Logra que la estrategia sea el objetivo de todos y de todos los días.
- Genera indicadores de control efectivo.
- Permite tomar decisiones oportunas.

- Aumenta la satisfacción de sus clientes.
- Instaura un proceso continuo de generación y modificación de estrategias<sup>53</sup>.

### 2.10.3 IMPLANTACIÓN DE CUADRO DE MANDO INTEGRAL

El objetivo de un proyecto de Cuadro de Mando Integral, no es desarrollar un nuevo conjunto de indicadores. Los indicadores son la forma como describimos los resultados y las metas, son verdaderamente una poderosa herramienta de motivación y evaluación. La estructura de indicadores del CMI debería ser empleada para desarrollar un nuevo sistema de gestión. Esta distinción entre un sistema de medición y un sistema de gestión es importante. El sistema de indicadores debería ser solo un medio para conseguir un objetivo aún más importante: un sistema de gestión estratégica que ayude a los ejecutivos a implantar y obtener feedback sobre su estrategia.

### 2.10.4 EL TABLERO DE CONTROL

El tablero puede tener forma de una matriz o mapa estratégico en donde se representen cada una de las 4 perspectivas antes mencionadas valorando los siguientes datos:

Objetivos	Metas	Medidas	Iniciativas
-----------	-------	---------	-------------

Estos tableros generalmente se hacen en forma de cascada, de manera que el tablero del director recoge y agrega datos que los diferentes departamentos también registran, de esta forma existe consistencia organizacional<sup>54</sup>.

<sup>53</sup> PAREDES, Gabriela (2004), Implementación del Balanced Scorecard, Quito-Ecuador.

<sup>54</sup> Secretaría de Salud de Colombia, **Tablero del Control**, [www.balancedscorecard.org](http://www.balancedscorecard.org), 21-08-08.

Por otro lado, los Mapas Estratégicos son diagramas que describen como la organización crea valor conectando los objetivos estratégicos con relaciones de causa efecto específicas en las cuatro áreas del Cuadro de Mando Integral.

Los mapas presentan en una sola página una serie de elementos conectados entre sí, tales como:

- Valor para los usuarios,
- gerencia de clientes,
- proceso gerencial,
- gerencia de calidad,
- capacidades centrales,
- innovación,
- recursos humanos,
- tecnología de la información,
- diseño organizacional,
- aprendizaje entre todas las partes.

## **2.10 MONITOREO Y EVALUACIÓN**

El monitoreo y evaluación de las actividades y operaciones de toda la organización está relacionada con la función administrativa del control, la evaluación adquiere sentido en la medida en que comprueba la eficacia y posibilita el perfeccionamiento de la acción, desde el punto de vista de la ONU define como "...el proceso encaminado a determinar sistemáticamente y objetivamente la pertinencia, eficiencia, eficacia e impacto de todas las actividades a la luz de los objetivos. Se trata de un proceso organizado para mejorar las actividades todavía en marcha y ayudar a la administración en la planificación, organización, programación y toma de decisiones futuras..." (ONU, 1984: 18) Pautas básicas para el seguimiento y evaluación de programas. Mineo

FEGS)<sup>55</sup>. El proceso de evaluación debe ser imparcial con transparencia, equidad, creíble esencialmente que haya confianza entre los involucrados, se debe aplicar las normas claras y estrictas a la calidad del diseño de la evaluación, los datos sean válidos, útil, participativo, retroalimentador.

Todo proceso de evaluación de los servicios de salud están relacionados con productividad que se la define como la relación que existe entre producción de bien/servicio y los insumos utilizados; y la eficiencia con la cual son utilizados para producir o proveer servicios o productos de calidad y de manera oportuna; al establecer un plan de evaluación dentro de una organización es necesario tomar en cuenta algunos aspectos: el propósito de las evaluaciones y quienes usarán la información y que esto fomente la retroalimentación, para que el gerente pueda establecer la pertinencia entre lo formulado y lo ejecutado, optimizar los procesos internos y externos, analizar todo el contexto donde se ejecuta la producción/atención de los usuarios, maximizar la eficiencia, eficacia del establecimiento; tener en cuenta las principales preocupaciones; las fuentes de datos y métodos de recolección; quienes harán la evaluación el calendario y presupuesto necesario.

En lo relacionado al monitoreo se debe considerar algunos aspectos como el nivel de involucramiento de usuarios y/o familiares, aspectos organizacionales, condiciones del ambiente, insumos brindados, prestadores de servicios, grado con que son respetados los derechos de los usuarios; la forma de monitoreo puede ser directo preguntando al usuario o indirecto por medio de las tasas de uso del servicio.

### **2.10.1 SISTEMA DE INFORMACIÓN**

Un Sistema de Información es un conjunto de componentes interrelacionados que permiten capturar, procesar, almacenar y distribuir la información, para mejorar

---

<sup>55</sup> CHACÓN, H. Indicadores de Gestión para la toma de decisiones, Evaluación de Servicios de Salud. Módulo IV Costa Rica, pp: 1

los procesos productivos de una organización social, dar apoyo a la toma de decisiones, la planificación, organización, dirección, evaluación y el control.

Elementos de un sistema de información: para producir la información se deben llevar adelante tres actividades:

- “Alimentación o insumo: La captura o recolección de datos primarios dentro de la institución o de su entorno para procesarlos en un sistema de información.
- Procesamiento: La conversión de insumo en forma que sea más comprensible para los seres humanos.
- Producto o salida: La distribución de información procesada a las personas o en las actividades en donde será usada<sup>56</sup>, además los elementos que interactúan en un sistema informático son de naturaleza diversa y normalmente incluyen:
  - El equipo informático, es decir, el hardware necesario para que el sistema de información pueda operar, donde se incluye la tecnología de la información que mantiene unida la información, y se puede diferenciar cuatro tipos: Hardware de computadora, Software de Computadora, Tecnología de almacenamiento y Tecnología de telecomunicaciones.
  - El recurso humano que interactúa con el Sistema de Información,
  - Los datos o información fuente que son introducidos en el sistema; Los programas que son procesados y producen diferentes tipos de resultados.

*“Tipos de Sistema de Información:* Como existen intereses, especialidades y niveles diferentes en una institución, existen también distintos tipos de sistemas:

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

---

<sup>56</sup>. Sistemas de Información Laudon. Organización y estructura de la información, [www.eui.upm.es/deport/dep-eoi](http://www.eui.upm.es/deport/dep-eoi). pp:2

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

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

*Sistemas de nivel estratégico:* Sistemas de información que apoyan las actividades de planeación a largo plazo de los niveles de dirección de la institución<sup>57</sup>.

En la elaboración de un SIN se deben seguir las siguientes etapas:

- Establecer el concepto de cuestión principal, para qué se necesita la información, se trata de determinar las necesidades específicas
- Obtención de datos, se debe diferenciar que dato es útil y relevante, cuales son los datos principales que deben ser colectados y cuales son datos secundarios: qué dato, como y de donde se obtiene.
- Procesamiento de datos consiste en: clasificación: operaciones de cálculo: distribución: síntesis o consolidación: se trata de definir y establecer mecanismos de evaluación
- Mantenimiento de la información, los informes pueden ser: periódicos permanentes, transitorios
- Almacenamiento de la información, esto es cómo se guarda, registra y conserva la información.
- Entrega de la información, es establecer a quien se reporta la información.
- Establecer que datos no están disponibles y búsqueda de datos sustitutos

---

<sup>57</sup> Sistemas de Información Laudon. Organización y estructura de información, [www.eui.upm.es/deport/dep-eoi](http://www.eui.upm.es/deport/dep-eoi), pp: 3

- Los mecanismos de monitoreo y control, autorregulación, en un sistema de información automático (informática) se establecen sensores que monitorean determinadas condiciones
- Retroinformación o devolución de la información procesada. Es esencial para la organización por cuanto reconoce el valor del trabajo y promueve los análisis comparativos.

*En el sistema de información en un Hospital,* la información es un recurso importante, y, en las que se manejan tres tipos de información: epidemiológica, administrativa, contable.

Los objetivos de un sistema de información de un hospital son: reunir toda la información clínica y de consumo de recursos de cada paciente; facilitar la elaboración de los reportes epidemiológicos, la realización, coordinación y supervisión de las tareas de producción de los servicios; de los procesos administrativos, contables y de facturación; asistir para la toma de decisiones puntuales y a la planificación; contribuir con los procesos de investigación y docencia; para ello un sistema de información debe básicamente tener previsto: identificar pacientes, médicos, el lugar de las transacciones, actividades de los procesos productivos, el consumo de recursos.

Es necesario crear en cada hospital un comité directivo de información que dependa directamente del director ejecutivo, integrado por los jefes de los principales servicios de atención y de administración, por un miembro del equipo de trabajo del sistema de información y un representante de los profesionales, el mismo que tendrá la responsabilidad del: diseño del plan maestro de información de la institución ; producción de informes anuales sobre su evolución; propuesta de los cambios que fueran necesarios

Todo sistema de información hospitalario debe contemplar los tipos de información a proveer: sobre el área atendida; los pacientes atendidos por el

hospital; servicios producidos; el equipo de profesionales; operaciones y resultados financieros; y, sobre las otras organizaciones de servicios sanitarios<sup>58</sup>.

Un sistema de información estará compuesto de diversos subsistemas de información, básicamente, serán los siguientes:

- Registro de los usuarios la diagnosis y las actuaciones que el profesional realiza sobre el usuario, además de las características del usuario.
- Estadísticas de la actividad asistencial los movimientos de los usuarios y de las distintas actividades realizadas, número y tiempo de dedicación a las diferentes actividades asistenciales.
- Registros del personal y de su actividad, el registro de las actividades de los profesionales estará estrechamente ligado con la ficha-registro de usuarios, tiempo y tipo de actuaciones realizadas por cada uno de los profesionales en los usuarios.
- Información económica-financiera, contabilidad general donde se obtendrá, el balance de situación y la cuenta de resultados, además la contabilidad analítica o de costes, que tiene como objetivo la obtención de los costes por actividad por funciones o por diagnóstico.<sup>59</sup>

La actividad hospitalaria se releva a partir de indicadores que son expresiones matemáticas, generalmente un cociente del tipo tasa, proporción o razón, no existen indicadores universales, sino diferentes tipos de indicadores que ofrecen propósitos claramente distinguibles como: evaluar rendimientos cuantitativos de un servicio de atención médica, medir la cantidad de prestaciones brindadas en función de estándares preestablecidos, analizar la estructura de los recursos existentes, medir el grado de ajuste entre la oferta disponible y la demanda de la población asistida.

---

<sup>58</sup> Instituto Universitario ISALUD. Diplomado Superior en Gerencia de Hospitales, Módulo 7 Monitoreo y evaluación. Ecuador. Diciembre 2002/ abril 2003. Pp: 14 - 36

<sup>59</sup> Instituto Universitario Isalud, Diplomado Superior En Gerencia de Hospitales, Módulo 9, ECUADOR, Diciembre 2002 / Abril 2003, pp: 13 – 14.

En la calidad objetiva se requiere indicadores de gestión que nos darán una visión global de organización, se debe incluir indicadores de alto significado sobre la calidad de atención, la interpretación al evaluar la producción determinara cuales son los servicios y productos que ofrece principalmente servicios finales sin menoscabo de otros servicios como los de apoyo farmacia, laboratorio, puede ser la evaluación de cómo está la situación actual comparado con periodos anteriores, la capacidad potencial en función de capacidad física, del recurso humano gerencial de estos permitirá mejorar la capacidad de respuesta y satisfacción de los servicios de salud frente a los problemas y necesidades de la población, evaluar la eficiencia de los servicios consiste en elaborar una serie de indicadores en función de la producción comparados con los mismos indicadores o con estándares preestablecidos como son:

- Perfil de morbilidad que está relacionado con datos demográficos de demanda atendida, se puede considerarla morbilidad atendida por servicios hospitalarios, consulta ambulatoria, servicios de urgencias.
- El establecer las camas por 1000 habitantes, nos permitirá establecer la oferta hospitalaria de camas;
- Día cama disponible que mide la capacidad de la oferta determinada por la dotación de camas;
- Egreso; dentro de esto se puede considerar la proporción hospitalaria para medir la cobertura de atención;
- Total y promedio de estancia como indicador de rendimiento del recurso cama y de productividad;
- Porcentaje de ocupación que mide el grado de utilización de camas, la racionalidad de su uso, capacidad ociosa; intervalo de sustitución determina el tiempo que dura una cama desocupada;
- Giro cama, indica el número de egresos que genera cada cama,
- Índice de utilización de servicios complementarios;
- Consultas por egreso hospitalario.

En cuanto a la calidad subjetiva, está relacionada con la satisfacción del cliente, donde se debe evaluar las expectativas y necesidades, la percepción es decir la atención al cliente y el grado de satisfacción, los datos primarios se obtienen de buscar en la población, una de las formas de evaluar por medio de una encuesta de satisfacción.

## **2.11 LA CALIDAD EN LOS SISTEMAS DE SALUD**

Una institución sanitaria, le concierne prestar una asistencia de la más alta calidad posible y que además del factor humano, vendrá condicionada por los recursos materiales y financieros de que disponga, si los componentes de la calidad incluyen la equidad, la efectividad, la eficiencia, la accesibilidad, la satisfacción del paciente y del profesional, entre otras características, se hace necesaria una gestión óptima de los recursos limitados de que se dispone, para lograr unos resultados positivos.

La Organización Mundial de la Salud, concreta el pensamiento y expresa que existe calidad de la atención de la salud cuando en ella concurren: un alto grado de excelencia profesional, el uso eficiente de los recursos, un mínimo de riesgos y un alto grado de satisfacción para el paciente; por lo tanto un impacto final positivo en la salud.<sup>60</sup>

Consecuentemente la calidad como filosofía es introducir a la gente en un proceso de mejora, redescubrir el potencial del ser humano y su aplicación en el trabajo bien hecho, reencontrar el sentido del trabajo individual y de grupo, la pertinencia de hacer bien las cosas desde la primera vez, conocer el costo de la no calidad acompañada de apatía, indiferencia o manipulación, comprender el enfoque preventivo sobre el correctivo, que la calidad no es un problema es una solución, mantener la motivación de todo el personal de una organización, buscar

---

<sup>60</sup> Instituto Universitario ISALUD. Diplomado superior en Gerencia de Hospitales, Módulo 10 Calidad, diciembre 2002/ abril 2003. pp.3

la revalorización y dignificación del trabajo, con los consecuentes beneficios a la sociedad.

“Siguiendo el esquema de Avedis Donabedian, reconocemos estos componentes de calidad:

- La eficacia,
- La efectividad,
- La eficiencia,
- La seguridad,
- La oportunidad,
- La disponibilidad,
- La legitimidad,
- La equidad,
- La aceptabilidad,
- la sostenibilidad”<sup>61</sup>.

Cuando se habla de calidad en salud, se diferencian tres términos, calidad técnica que es la eficacia objetiva o el hacer lo correcto correctamente; calidad percibida por el usuario y, calidad total, aunque constituyan aspectos complementarios de una misma realidad.

Calidad de la atención médica, las reformas que los sistemas de salud están llevando a cabo en muchos países, sólo pueden considerarse exitosas si la calidad de la atención médica mejora como resultado de los cambios, el enfoque moderno para mejorar la calidad y la eficiencia surge a partir de tres conceptos teóricos/ prácticos: el enfoque sistémico estratégico, y el liderazgo institucional.

---

<sup>61</sup> 61 Instituto Universitario ISALUD. Diplomado superior en Gerencia de Hospitales, Módulo 10 Calidad, diciembre 2002/ abril 2003. Pp: 19

El enfoque sistémico considera para su análisis al conjunto de elementos que constituyen ese sistema, las relaciones que existen entre los elementos constitutivos, y el objetivo del sistema, es decir, el resultado que el sistema busca, un claro enfoque sería la propuesta de Donabedian al analizar los sistemas de salud en su estructura, sus procesos y sus resultados.

No existen límites en cuanto a las áreas en las que se puede aplicar la garantía de calidad, dependerá en conocer las necesidades del hospital y proponer áreas de trabajo, por medio de la utilización de instrumentos que faciliten la evaluación como son entre otros:

- *La evaluación de historias clínicas* que es un importante documento en el cual se registran las decisiones acerca del diagnóstico y el tratamiento, si no es de calidad no transmitirá la información apropiada a los profesionales que necesitan analizarlo para atender al paciente.
- *La satisfacción del usuario* agrupada en conocer las necesidades expectativas, conocer y mejorar la satisfacción; es un valor central en la atención de la salud dado que la conducta y la actitud de los pacientes y su entorno tienen un alto impacto en el resultado final de la atención
- *La Bioseguridad* se concibe, como un derecho de la población que exige la protección de las personas y del medio ambiente; como un derecho de los pacientes que concurren a establecimientos sanitarios y, por último, como un derecho de quienes trabajan en dichos establecimientos; tiene profundas interrelaciones con la higiene hospitalaria, el control de las infecciones nosocomiales y con la higiene y la seguridad en el trabajo, es una disciplina eminentemente preventiva.
- *El licenciamiento*, procedimiento de carácter obligatorio que deben cumplir las instituciones prestadoras de servicios de salud, para la consecución de permiso de funcionamiento el mismo que es concedido por la Autoridad

Sanitaria, previa verificación del cumplimiento de los requisitos o estándares mínimos indispensables, se aplica tanto a instituciones públicas o privadas, según su nivel resolutivo, como también a individuos, trabajadores y profesionales de la salud a los que les da la posibilidad de participar en una práctica, ocupación o actividad en salud.<sup>62</sup>

- *La certificación*, procedimiento mediante el cual un organismo debidamente autorizado evalúa y reconoce a un individuo que ha cumplido requisitos predeterminados, como son cursos de especialización, pasantías; generalmente son no gubernamentales, posibilita al público identificar aquellos profesionales de salud que han cumplido estándares de entrenamiento y experiencia por arriba de los niveles que se requieren para obtener un título académico de profesional.
- *La acreditación*, es un programa voluntario, patrocinado por una agencia no gubernamental, que evalúan si una organización de salud cumple con los estándares de rendimiento preestablecidos, como son estrategias de mejoramiento continuo y en el logro de estándares óptimos de calidad que son revisados periódicamente para permanecer al día con las ideas más modernas de calidad, cuidado de la salud, avances en la tecnología, los tratamientos y los cambios en las políticas de salud; los propósitos principales incluyen lo siguiente: mejorar la calidad del cuidado de la salud, estimular y mejorar la integración y administración de los servicios de salud, establecer una base de datos comparativa, reducir los costos del cuidado de la salud concentrándose en una mayor eficiencia y efectividad de los servicios, proporcionar educación y consultoría a las organizaciones, administradores y profesionales de salud; reforzar la confianza del público en la calidad del cuidado de la salud, y reducir los riesgos asociados con lesiones e infecciones para los pacientes y el personal.<sup>63</sup>

---

<sup>62</sup> Manual de Normas de Licenciamiento de los Servicios de salud. Dirección Nacional de Áreas de Salud. MSP. 2004. pp: 6

<sup>63</sup> Instituto Universitario ISALUD. Diplomado superior en Gerencia de Hospitales, Módulo 10 Calidad, diciembre 2002/ abril 2003.

## CAPÍTULO III

### 3.1 CONTEXTO DE SALUD NACIONAL

Ecuador como Estado Social de Derecho tiene la responsabilidad de cumplir con las obligaciones sociales que garanticen la vida y la salud de sus habitantes. La Constitución del 2008, recientemente aprobada en el país, establece el marco jurídico-legal para instituir el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, en el que se encuentra la salud, y señalan a la misma como un derecho, además de las características del sistema nacional de salud que funcionará dentro de los principios de universalidad y equidad, con una red pública integral y bajo la rectoría de la autoridad sanitaria nacional

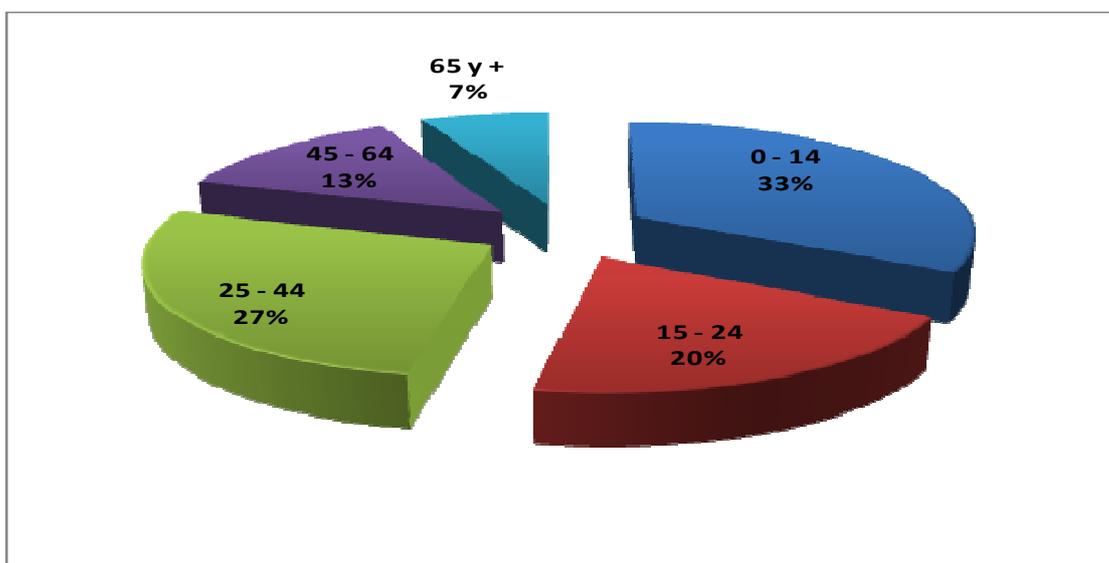
El Ecuador, un país pluricultural, multiétnico con contrastadas diferencias geográficas sociales y económicas, dirigido por un gobierno representativo, electivo de acuerdo a la constitución del país; la población con la que cuenta es de 12.151.608 habitantes de acuerdo al censo 2001, como se puede apreciar en el gráfico # 1, el mayor porcentaje poblacional del país se encuentra entre las edades de 0 a 44 años, es decir que el país cuenta con una población relativamente joven<sup>64</sup>.

---

<sup>64</sup> Organización Panamericana de la Salud "Perfil I de Sistema de Salud: Ecuador, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma". Washington, D.C.: OPS, © 2008, pp:10

## GRAFICO # 1

### POBLACIÓN POR GRANDES GRUPOS DE EDAD. CENSO 2001 - Nacional (En porcentajes)



Fuente y Elaboración INEC.

El país está ubicado en la costa noroccidental de América del Sur, con una extensión territorial de 256 370 km<sup>2</sup>, la cadena montañosa divide al país en regiones geográficas: Costa, Sierra, Amazonía y la Región Insular o Islas Galápagos, localizada a 1000 kilómetros de la costa; con marcadas diferencias geográficas, sociales y económicas, en la 4 regiones, “ para la administración del Estado y la representación política, existen 24 provincias, 221 cantones y 1205 parroquias (408 urbanas y 797 rurales) y las demarcaciones territoriales indígenas y afroecuatorianas”<sup>65</sup>.

Para el año 2006 la población total estimada fue de 13 408 270, de los cuales 6'684.639, el 49,9 %, fueron mujeres, la mayoría de la población, el 63,4 %, vive en zonas urbanas, con una densidad poblacional (país) de 49,3 habitantes por km<sup>2</sup>, con una estructura demográfica de población predominantemente joven, con más del 30% de menores de 15 años y un índice de envejecimiento del 25,97%,

<sup>65</sup> Organización Panamericana de la Salud “Perfil I de Sistema de Salud: Ecuador, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma”. Washington, D.C.: OPS, © 2008, pp:7

la distribución poblacional no es homogénea y se encuentra concentrada en los polos de desarrollo de las principales provincias: Guayas 26% y Pichincha 15%, y en especial en las ciudades de Quito 12% y Guayaquil 17 % de acuerdo con el Censo de Población de 2001.<sup>66</sup>

Debido a la crisis económica en 1999, Ecuador adoptó en el año 2000 el dólar estadounidense como moneda oficial, a partir de ese año, la economía del país registró una tasa de crecimiento promedio de 4,9 % entre el año 2001 y 2005. El desempeño de esta se tradujo en un mayor nivel de PIB per cápita que se expandió a una tasa promedio anual de 3,5 % en este período. A finales del 2005, el PIB per cápita alcanzó USD 2 743, la inflación se redujo significativamente, al pasar de un nivel promedio anual de 37,7 % en el 2001 a 2,12 % en el 2005, esto permitió la recuperación de los salarios reales, la evolución económica se dio en un marco de inestabilidad política interna.<sup>67</sup>

Por su parte el salario mínimo, términos nominales, pasó de USD 121,3 en 2001 a USD 174,9 en el 2005, una medición de pobreza según consumo, realizada por el INEC reveló que para el año 2005 el 52 % de la población se agrupaba como pobre y 14 %, como extremadamente pobre, para el período 2005-2006, la proporción de pobreza registrada para la población rural fue del 61.54% y para la urbana del 24.88%, existiendo en la mitad de esta década una reducción de la pobreza y la extrema pobreza en relación a la última década del pasado siglo, esto se asocia a un incremento en la inversión petrolera y a las remesas de los emigrantes. Los niveles de pobreza entre los indígenas y afroecuatorianos, así como entre los habitantes del campo son mucho mayores al promedio nacional (68%, 43% y 62%, respectivamente).<sup>68</sup>

La tasa general de analfabetismo de la población de más de 15 años era del 9,1% en el 2006 pero las provincias con mayor concentración de población indígena (Chimborazo Cotopaxi y Bolívar) presentaban un porcentaje mayor. La tasa fue

---

<sup>66</sup>OPS/OMS. Situación de Salud. Ecuador 2006, pp: 10.

<sup>67</sup>OPS/OMS. Situación de Salud. Ecuador 2006, pp: 16

<sup>68</sup> Organización Panamericana de la Salud "Perfil I de Sistema de Salud: Ecuador, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma". Washington, D.C.: OPS, © 2008 pp: 9

también mayor en las mujeres (10,7%) que en los hombres (7,4%). Durante el último decenio ha habido un crecimiento de la matrícula básica de unos 7 puntos porcentuales, alcanzando cerca del 91% en el 2006. Esto quiere decir que 1 de cada 10 niños/as entre 5 y 14 años no asiste a este nivel de instrucción<sup>69</sup>

El presupuesto fiscal del sector salud (incluye Ministerio de Salud Pública [MSP], Seguro Social [IESS] y otras instituciones) se incrementó en 5,9 % del presupuesto general del Estado en el 2005, para el año 2000 era de \$115.5 millones, al 2006 es de \$561.7 millones, lo que demuestra que el gasto en salud en el año 2000 se destinaron USD9,39 por habitante, incrementándose a USD41,89 en el año 2006 como la señala el Banco Central del Ecuador y el Ministerio de Economía y Finanzas.

Además, se canalizaron otras fuentes de financiamiento para el fortalecimiento de la red pública del MSP, como del Fondo de Solidaridad para la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

“El financiamiento del Ministerio de Salud Pública (8 % del presupuesto general del Estado en la proforma 2007) proviene principalmente de recursos fiscales situados en el presupuesto general del Estado. Alrededor del 7 % del gasto se financia a través de los cobros de autogestión a los usuarios de los establecimientos. Otra parte proviene de las recaudaciones de las tasas de funcionamiento de los establecimientos sujetos a vigilancia sanitaria y registro de títulos de profesionales de la salud.

La capacidad de gasto está supeditada a la transferencia de los recursos desde el Ministerio de Economía y Finanzas; los desembolsos del año fiscal se inician entre abril y mayo, y se aceleran a fines de año, cuando la capacidad de realizar licitaciones y contrataciones es limitada, por lo cual los recursos no ejecutados se revierten al presupuesto general del Estado”<sup>70</sup>.

---

<sup>69</sup> Organización Panamericana de la Salud “Perfil I de Sistema de Salud: Ecuador, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma”. Washington, D.C.: OPS, © 2008, pp: 9

<sup>70</sup> OPS/OMS. Situación de Salud. Ecuador 2006, pp: 125

Los niveles de desempleo registraron una disminución, así la tasa de desempleo urbano pasó de 10,9 % en 2001 a 7,9 % en 2005. Según el INEC, a noviembre 2003, el desempleo de la población total registrado fue de 9,2 % (246 085 mujeres y 215 008 hombres)<sup>71</sup>

En Ecuador, existe un deterioro de los servicios básicos de agua potable y alcantarillado que, según el Plan Nacional de Saneamiento Básico, se debe al “círculo vicioso” que produce: bajas eficiencias y altos costos en la prestación de los servicios; lo cual se refleja en bajas coberturas, deficiente calidad de los servicios y limitado apoyo de la comunidad, afectada por este proceso. Para el año 2002 estimaciones de Naciones Unidas reportaron: cobertura nacional en servicios de agua potable 86 %, urbana 92 % y rural 77 %.

A partir de las estimaciones antes mencionadas, el gobierno nacional programó, específicamente para el aumento de cobertura de los servicios, una inversión de USD 343 millones para el período 2002-2006, esperándose un incremento de cobertura de 6,5 % para agua potable y 11,5 % para alcantarillado. El Ministerio de Vivienda y Desarrollo Urbano (MIDUVI), como entidad rectora de los servicios de agua y saneamiento, reportó para 2006 coberturas a nivel nacional de 67% en agua potable, 57 % en saneamiento y 51 % en residuos sólidos.<sup>72</sup>

El país está expuesto a emergencias y desastres debido a las múltiples amenazas (fallas geológicas, volcanes, terrenos en declive, deforestación, inundaciones, deslizamientos y otras), que interactúan con vulnerabilidades en un alto porcentaje de su población, por lo que ha sido considerado por la Oficina para Asistencia Humanitaria en Casos de Desastre (OFDA- U SAID) como uno de los cinco países del hemisferio occidental más proclives a los desastres de origen natural, el 80 por ciento de la población está expuesta a eventos de carácter sísmico generados por 52 fuentes sismo genéticas.

---

<sup>71</sup> OPS/OMS. Situación de Salud. Ecuador 2006, pp:16

<sup>72</sup> OPS/OMS. Situación de Salud. Ecuador 2006, pp: 20

La mayoría de la población no tiene garantía de acceso a los servicios de salud que necesita, y la oferta institucional es desarticulada, soporta graves deficiencias de cobertura y calidad, por lo cual 1 de cada 4 personas no es atendida en ninguna institución y más del 70 % no tiene seguro de salud.

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud define el plan integral de salud; estructura el sistema en el nivel nacional, provincial y cantonal, a través del Sistema Nacional de Salud y los consejos provinciales y cantonales de salud; delimita el funcionamiento del sistema, a través de las funciones de rectoría, provisión de servicios de salud, aseguramiento y financiamiento; establece las normativas generales sobre los recursos humanos en salud, los medicamentos e insumos, y la ciencia y tecnología.<sup>73</sup>

“El sector de la salud está constituido por una multiplicidad de instituciones públicas y privadas, con y sin fines de lucro, coordinadas en base a los acuerdos y las normas establecidas por el Consejo Nacional de Salud, el subsector público está formado por las siguientes entidades: el Ministerio de Salud Pública es el ente rector del sector sanitario en Ecuador; asimismo, es el mayor ejecutor de prestaciones sociales de salud y posee la más amplia red de servicios, que representa más de la mitad de la infraestructura instalada en el país, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), atiende mediante afiliación personal a los trabajadores formales (el 28% de la población económicamente activa) y al sector rural, el Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas y el Servicio de Sanidad de la Policía, dependientes de los institutos de seguridad social de las respectivas instancias.

Las Fuerzas Armadas y la Policía disponen de servicios ambulatorios y de hospitalización para sus miembros y familiares y funcionan bajo la modalidad de seguro de salud, el Instituto Nacional del Niño y la Familia (INNFA), el Ministerio de Bienestar Social.

---

<sup>73</sup> OPS/OMS. Situación de Salud. Ecuador 2006, pp: 93

Se puede considerar dentro del sector público a las instituciones que, aun siendo autónomas y de carácter privado, realizan prestaciones con finalidad social: La Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG) y la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil, que atienden la recuperación de la salud de población de medianos y escasos recursos, principalmente de la región de la Costa, La Sociedad de la Lucha contra el Cáncer (SOLCA) presta sus servicios especializados de diagnóstico y tratamiento en las principales ciudades del país, La Cruz Roja Ecuatoriana, que atiende emergencias y regula los bancos de sangre, también se considera parte del subsector público de salud a la Subsecretaría de Saneamiento Ambiental del Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda y a los municipios que regulan y ejecutan acciones sanitarias, se estima que el Ministerio de Salud Pública cubre al 30% de la población, el IESS al 18%, las Fuerzas Armadas y la Policía al 1% y la JBG, Solca y las entidades sin fines de lucro a otro 10% de la población. Varias entidades privadas cubren a un 10% de la población, mientras que el 30% restante no tiene acceso directo a la atención médica.

El subsector privado se compone de organizaciones con y sin fines de lucro; dispone de establecimientos hospitalarios de diferente complejidad, consultorios y servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento de la población con capacidad de pago”<sup>74</sup>

El gráfico # 2 refleja que, “A nivel de regiones geográficas, si comparamos los años 1997 y 2006, los datos nos demuestran un aumento de establecimientos con Internación Hospitalaria, pasando de 494 en 1997 a 683 en el 2006. La región geográfica con mayor crecimiento es la Sierra, que en el transcurso de estos últimos diez años ha experimentado un crecimiento del 44,5%, con excepción de la región Insular donde se mantiene el número de ellos durante los diez años; en las Zonas No Delimitadas, en términos absolutos se registra un importante incremento de 1 a 6 establecimientos.

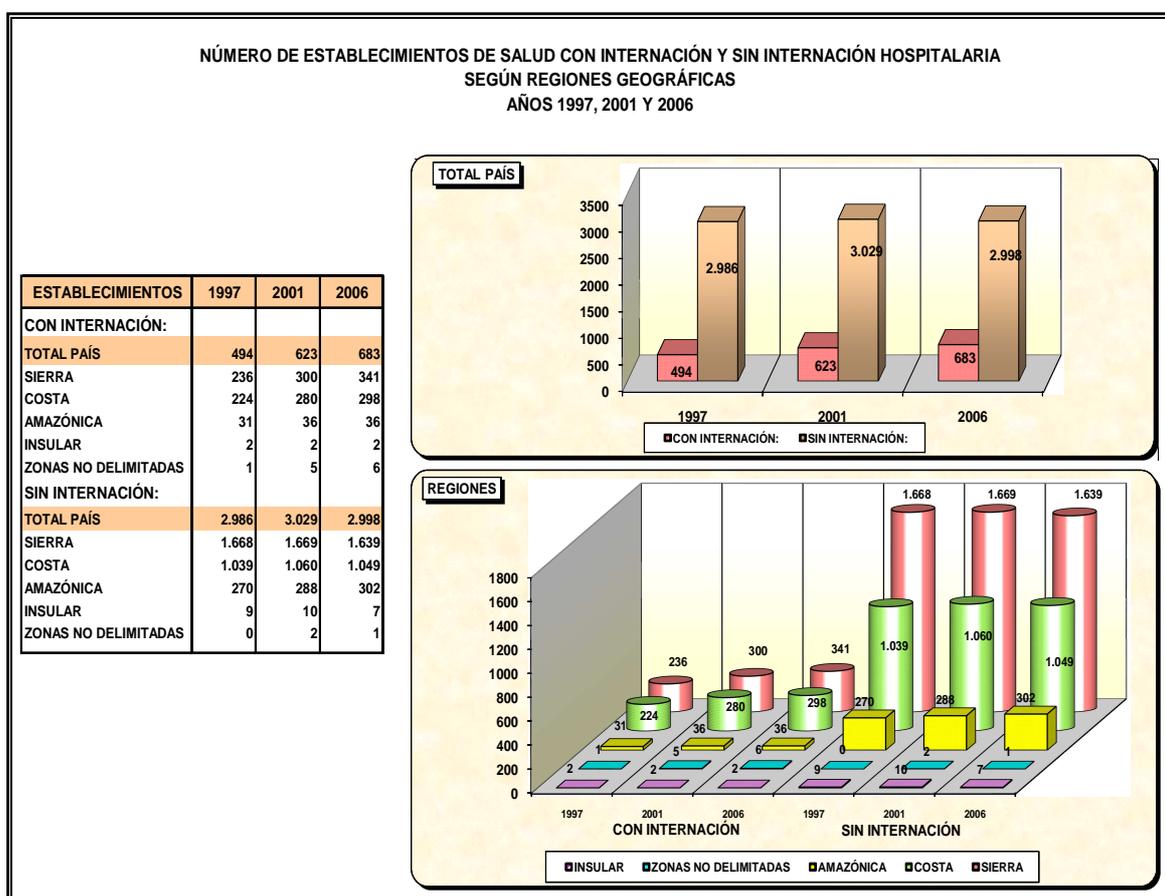
---

<sup>74</sup>Ecuador. Perfil demográfico y social La salud Centro de Información y Documentación Empresarial sobre Iberoamérica (CIDEIBER)

Los Establecimientos Sin Internación Hospitalaria, si bien se denota a nivel de País un ligero aumento respecto al año 1997, no podemos comparar porcentajes de crecimiento tanto a nivel de país como por regiones geográficas, debido a que algunos establecimientos no entregan la información”<sup>75</sup>.

## GRÁFICO # 2

### NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON INTERNACIÓN Y SIN INTERNACIÓN HOSPITALARIA, SEGÚN REGIONES GEOGRÁFICAS. AÑOS 1997, 2001 Y 2006.



Fuente y Elaboración INEC.

En lo referente a establecimientos de salud el gráfico # 3 señala que, “Para el año 2006, de acuerdo a la distribución de los Establecimientos de Salud, según la

<sup>75</sup> INEC

entidad a la que pertenecen, se observa que el Ministerio de Salud agrupa al mayor porcentaje de establecimientos Con Internación y Sin Internación Hospitalaria siendo el 47,2% de establecimientos que pertenecen a esta entidad; le siguen en importancia el Seguro Social Campesino con el 15,7% y el Sector Privado Con fines de Lucro con el 13,1%.

En relación al total de Establecimientos con Internación Hospitalaria, el Sector Privado con Fines de Lucro representa la mayor participación porcentual con el 68,8%, siguiéndole el Ministerio de Salud con el 19,2%. Por otra parte, respecto al año 1997, se observa que los establecimientos del Ministerio de Salud representaron el 25,1% en ese año, en tanto que los de Sector Privado con Fines de Lucro aumentaron del 61,4% en 1997 al 68,8% en el año 2006.

Para los establecimientos Sin Internación Hospitalaria, el 53,6% pertenecen al Ministerio de Salud, le sigue con el 19,2% el Seguro Social Campesino. Estableciendo una comparación con lo ocurrido en el año 1997, las dos entidades han incrementado ligeramente su participación, pasando del 51,6% en 1997 a 53,6% en el 2006 y del 19,1% al 19,2%, respectivamente.

Es necesario señalar que para el año 2006 se establece una nueva agrupación de entidades, la diferencia respecto a 1997 radica en la agrupación "Otros Ministerios" que para el año 1997 incluye a los Ministerio de Obras Públicas y de Educación, en tanto que para el año 2006, cada uno de estos se establecen en forma separada"<sup>76</sup>.

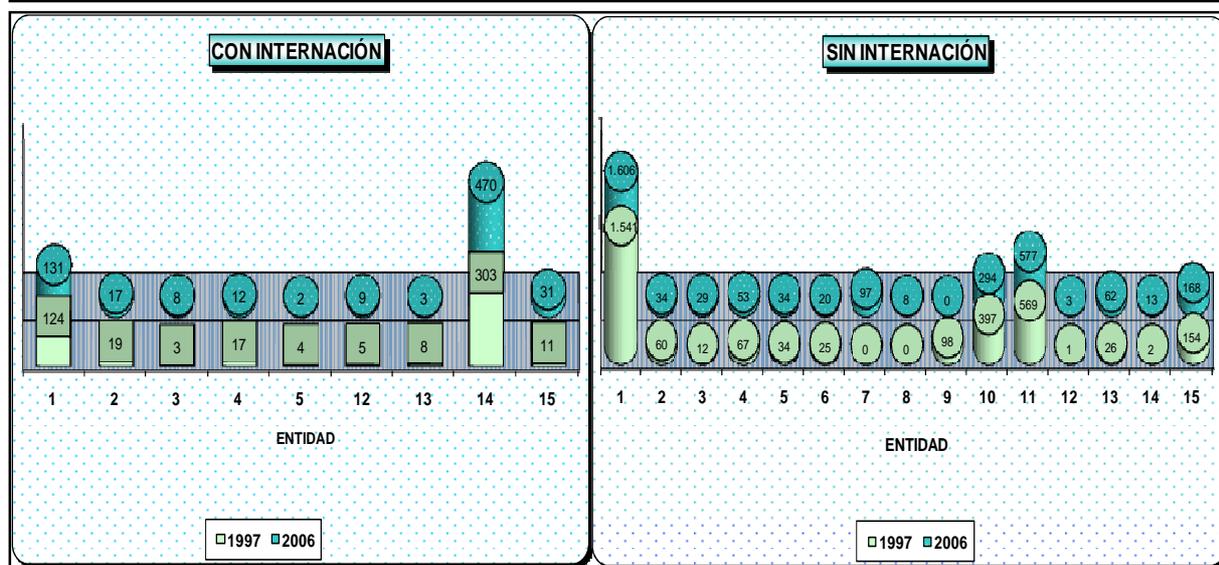
---

<sup>76</sup> INEC

**GRAFICO # 3**  
**NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON INTERNACIÓN Y SIN INTERNACIÓN HOSPITALARIA, SEGÚN ENTIDAD A LA QUE PERTENECEN.**  
**AÑOS 1997 Y 2006.**

NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON INTERNACIÓN Y SIN INTERNACIÓN HOSPITALARIA												
SEGÚN ENTIDAD A LA QUE PERTENECEN												
AÑOS 1997 Y 2006												
ENTIDAD	1997						2006					
	TOTAL		CON INTERNACIÓN		SIN INTERNACIÓN		TOTAL		CON INTERNACIÓN		SIN INTERNACIÓN	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%	NÚMERO	%	NÚMERO	%	NÚMERO	%	NÚMERO	%
<b>TOTAL:</b>	<b>3.480</b>	<b>100,0</b>	<b>494</b>	<b>100,0</b>	<b>2.986</b>	<b>100,0</b>	<b>3.681</b>	<b>100,0</b>	<b>683</b>	<b>100,0</b>	<b>2.998</b>	<b>100,0</b>
<b>SECTOR PÚBLICO</b>												
1 Ministerio de Salud	1665	47,8	124	25,1	1.541	51,6	1.737	47,2	131	19,2	1.606	53,6
2 Seguro Social (IESS)	79	2,3	19	3,9	60	2,0	51	1,4	17	2,5	34	1,1
3 Municipio	15	0,4	3	0,6	12	0,4	37	1,0	8	1,2	29	1,0
4 Ministerio de Defensa Nacional	84	2,4	17	3,4	67	2,2	65	1,8	12	1,8	53	1,8
5 Ministerio de Gobierno y Policía	38	1,1	4	0,8	34	1,1	36	1,0	2	0,3	34	1,1
6 Ministerio de Bienestar Social	25	0,7	-	-	25	0,8	20	0,5	-	-	20	0,7
7 Ministerio de Educación	-	-	-	-	-	-	97	2,6	-	-	97	3,2
8 Ministerio de Obras Públicas	-	-	-	-	-	-	8	0,2	-	-	8	0,3
9 Otros Ministerios 1/	98	2,8	-	-	98	3,3	-	-	-	-	-	-
10 Anexos al IESS	397	11,4	-	-	397	13,3	294	8,0	-	-	294	9,8
11 Seguro Social Campesino	569	16,4	-	-	569	19,1	577	15,7	-	-	577	19,2
12 Solca*	6	0,2	5	1,0	1	0,0	12	0,3	9	1,3	3	0,1
13 Otras Entidades 2/	34	1,0	8	1,6	26	0,9	65	1,8	3	0,4	62	2,1
<b>SECTOR PRIVADO</b>												
14 Con fines de Lucro 3/	305	8,8	303	61,4	2	0,1	483	13,1	470	68,8	13	0,4
15 Sin fines de Lucro 4/	165	4,7	11	2,2	154	5,2	199	5,4	31	4,5	168	5,6

1/ Incluye: Ministerio de Educación y Obras Públicas, para el año 1997  
2/ Incluye: Junta de Beneficencia de Guayaquil, Sociedad Protectora de la Infancia, Fisco-Misionales, Mixtos, Misionales, Universidades, Politécnicas, INNFA, APROFE y CEMOPLAF  
3/ Incluye: Compañías Autónomas (Clínicas y Hospitales Particulares)  
4/ Incluye: Instituciones Religiosas, Particulares y Fundaciones  
\* Solca: Sociedad de Lucha Contra el Cáncer



Fuente y Elaboración INEC.

En el gráfico # 4 se observa que; “Del total de establecimientos de salud Con Internación Hospitalaria registrados en el País, el 26,6% corresponden al sector Público y el 73,4% son del Sector Privado. De acuerdo a la Clase de Establecimiento la mayor parte son Clínicas Privadas sin Especialidad, pues del total de establecimientos, 454 corresponden a esta clase.

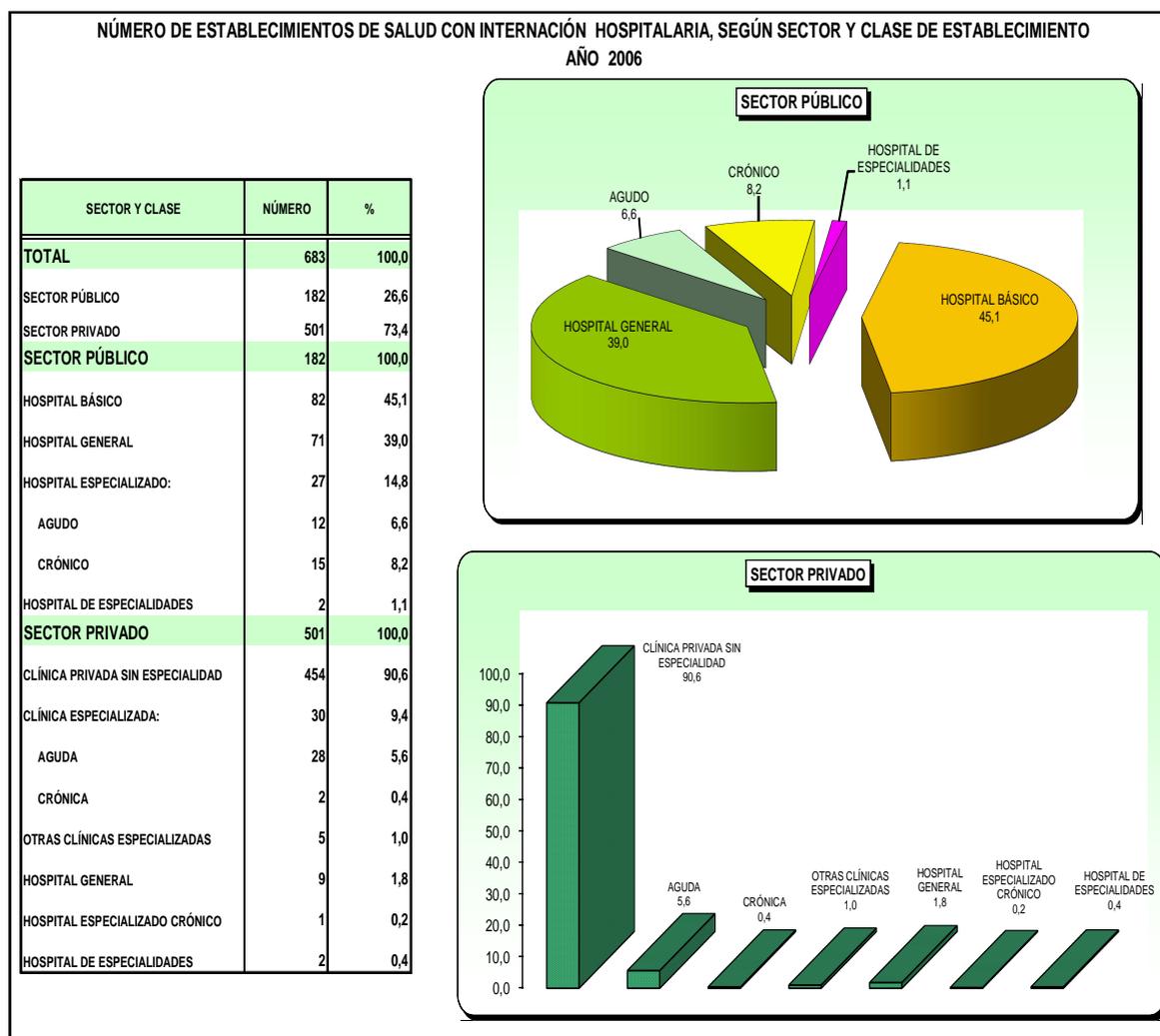
En el Sector Público, está conformado en su mayoría por Hospitales Básicos (45,1%) y Hospitales Generales con el 39,0%; los Hospitales Especializados corresponden al 14,8% y los de Especialidades al 1,1%.

En el Sector Privado, el 90,6% son Clínicas Privadas sin Especialidad; el 9,4% Clínicas Especializadas”.<sup>77</sup>

---

<sup>77</sup> INEC

**GRÁFICO # 4**  
**NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON INTERNACIÓN**  
**HOSPITALARIA, SEGÚN SECTOR Y CLASE DE ESTABLECIMIENTO AÑO**  
**2006**



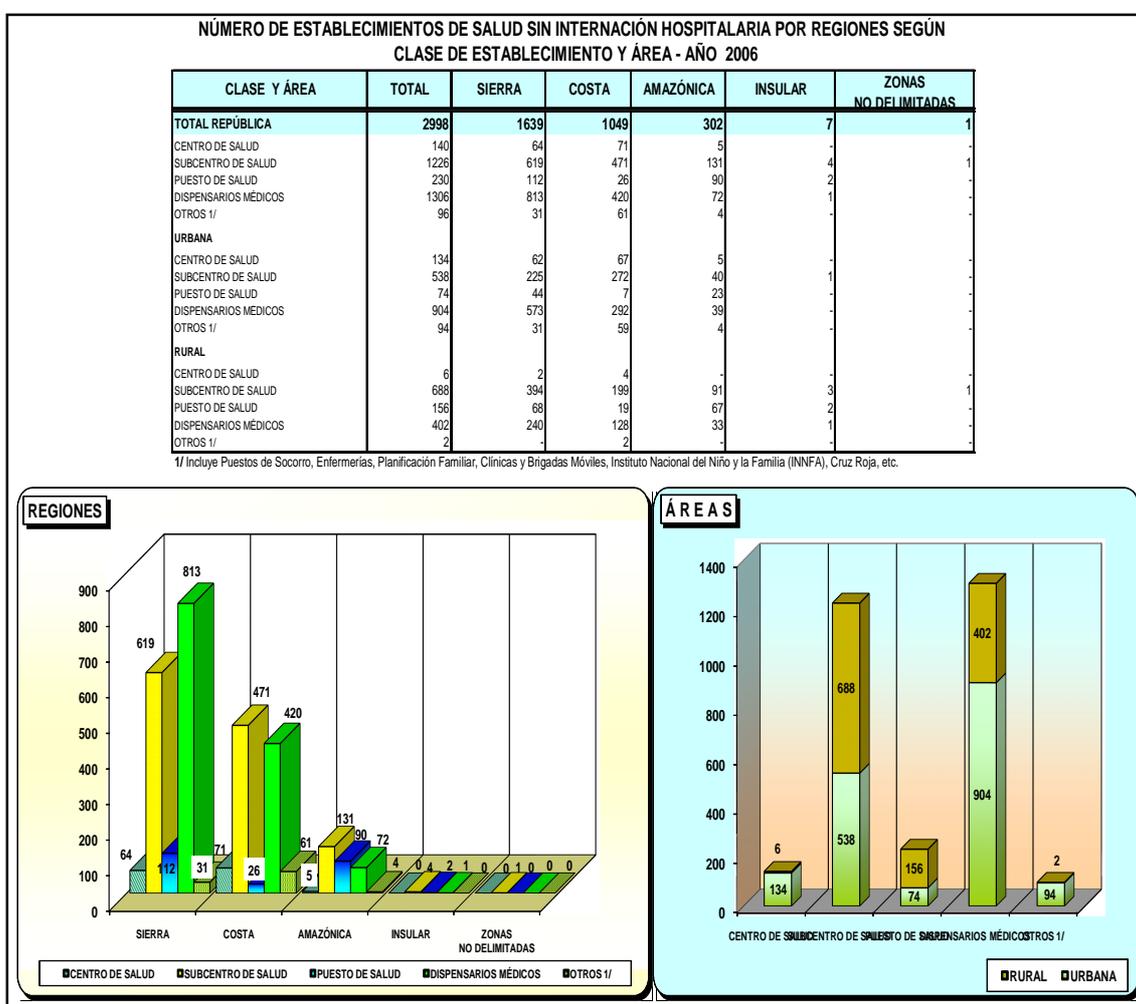
Fuente y Elaboración INEC

De acuerdo al gráfico # 5, "Según las Regiones Geográficas del País, en la Sierra es donde existen la mayoría de Establecimientos de Salud Sin Internación Hospitalaria, en términos absolutos se observa que 1.639 se ubican en esta región, siguiéndole en importancia la Costa con 1.049 establecimientos, en tanto que en las Zonas No Delimitadas sólo existe un establecimiento que reportó información.

El mayor número de Establecimientos según la Clase, corresponde a Dispensarios Médicos con 1.306, seguido por los Subcentros de Salud con 1.226; el mayor número de ellos (688) se encuentran en el área rural, en tanto que los Dispensarios médicos, la mayoría están en el área urbana (904)<sup>78</sup>.

### GRÁFICO # 5

## NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SIN INTERNACIÓN HOSPITALARIA POR REGIONES, SEGÚN CLASE DE ESTABLECIMIENTO Y ÁREA. AÑO 2006.



Fuente y Elaboración INEC.

<sup>78</sup> INEC

En lo referente a los profesionales médicos (tabla # 1 y gráfico # 6), “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.

Además 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”<sup>79</sup>.

**TABLA # 1**  
**MÉDICOS QUE TRABAJAN EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SEGÚN ESPECIALIDADES. AÑOS 1997 Y 2006.**

MÉDICOS QUE TRABAJAN EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SEGÚN ESPECIALIDADES AÑOS 1997 Y 2006				No.	ESPECIALIDADES	2006	
						NÚMERO	PORCENTAJE
<b>TOTAL REPÚBLICA:</b>						<b>19.299</b>	<b>100,0</b>
1	MÉDICO GENERAL	4.233	34,2	1	MÉDICO GENERAL	4.233	21,9
2	CIRUGÍA	1.240	10,1	2	MEDICINA INTERNA (INTERNISTA)	604	3,1
3	PEDIATRÍA	1.117	9,1	3	CIRUJANOS	1.730	9,1
4	GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	1.214	9,9	4	PEDIATRAS	1.495	7,7
5	TRAUMATOLOGÍA	644	5,2	5	TRAUMATÓLOGOS	923	4,8
6	ANESTESIOLOGÍA	877	7,1	6	ANESTESIÓLOGOS	1.526	7,9
7	CARDIOLOGÍA	493	4,0	7	CARDIÓLOGOS	718	3,7
8	LABORATORIO	311	2,5	8	LABORATORIO 2/	218	1,1
9	RADIOLOGÍA	234	1,9	9	RADIÓLOGOS	368	1,9
10	NEUROLOGÍA	341	2,8	10	NEURÓLOGOS	481	2,5
11	PSIQUIATRÍA	286	2,3	11	PSIQUIÁTRAS	314	1,6
12	OFTALMOLOGÍA Y OTORRINOLARINGOLOGÍA	554	4,5	12	NEONATÓLOGOS	263	1,4
13	OTRAS 1/	786	6,4	13	INTENSIVISTAS	337	1,7
				14	HEMATÓLOGOS	129	0,7
				15	NEUMÓLOGOS	237	1,2
				16	CIRUJANOS PLÁSTICOS	466	2,4
				17	NEFRÓLOGOS	159	0,8
				18	GASTROENTERÓLOGOS	426	2,2
				19	GERENTÓLOGOS	89	0,5
				20	ONCÓLOGOS	190	1,0
				21	URÓLOGOS	480	2,5
				22	OFTALMÓLOGOS	394	2,0
				23	OTORRINOLARINGÓLOGOS	439	2,3
				24	DERMATÓLOGOS	296	1,5
				25	INFECTÓLOGOS	72	0,4
				26	ENDOCRINÓLOGOS	134	0,7
				27	ALERGÓLOGOS	61	0,3
				28	DIABETÓLOGOS	92	0,5
				29	PERINATÓLOGOS	50	0,3
				30	GINECÓLOGOS	1.436	7,4
				31	OBSTÉTRAS	338	1,8
				32	DE SALUD PÚBLICA	29	0,2
				33	EPIDEMIÓLOGOS	25	0,1
				34	DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA	37	0,2
				35	OTROS 1/	510	2,6

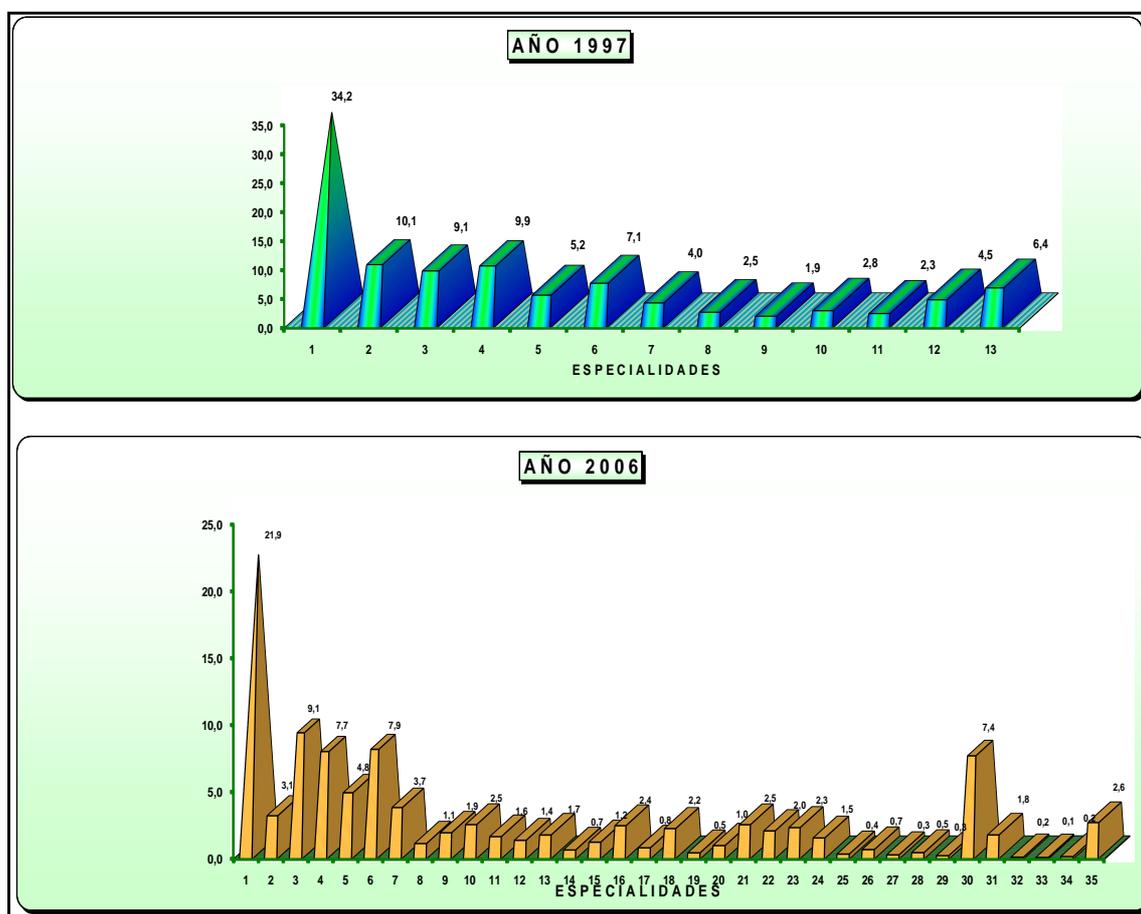
1/ Incluye: Neumología, Gastroenterología, Urología, Dermatología, Patología y Venerología

1/ Incluye: Venerólogos, Acupunturistas, Deportólogos, Proctólogos, Genetistas y Terapistas del dolor.

2/ Incluye: Patólogo Clínico, Anatómo Patólogo y Citólogo

Fuente y Elaboración INEC.

**GRÁFICO # 6**  
**MÉDICOS QUE TRABAJAN EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SEGÚN**  
**ESPECIALIDADES. AÑO 1997 y 2006.**



Fuente y Elaboración INEC

Es importante describir los recursos humanos en salud que labora en los establecimientos de salud, en forma general en la tabla # 2 y gráfico # 7 indica que, “El Total de personal que durante el año 2006 trabajo en establecimientos de salud es de 79.765, el mismo que en su mayoría está 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

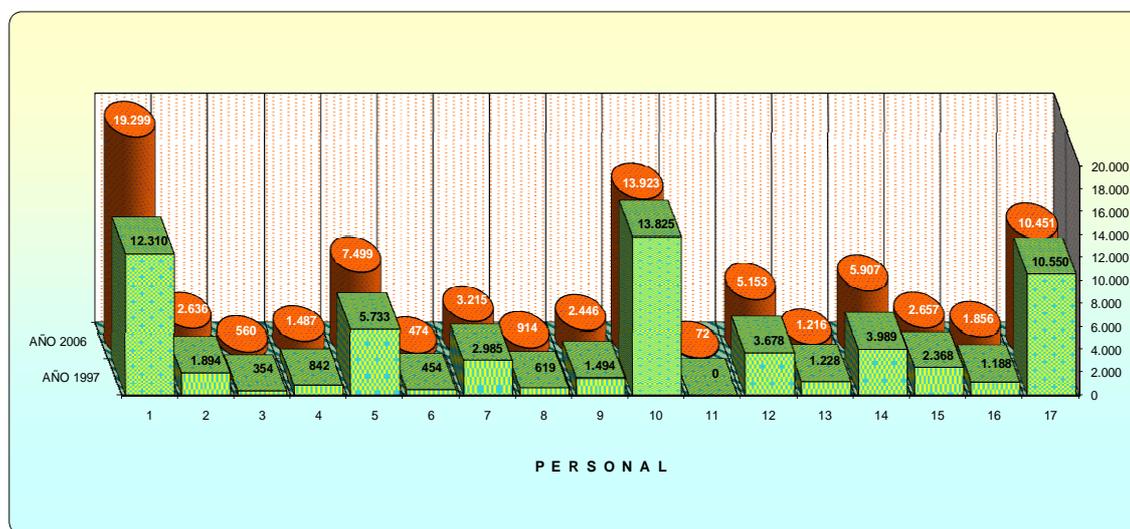
Enfermeras con 5.733, así mismo entre los de mayor importancia por su número”<sup>80</sup>.

**TABLA # 2**  
**NÚMERO DE PERSONAL QUE TRABAJA EN ESTABLECIMIENTOS DE**  
**SALUD, SEGÚN SECTOR AL QUE PERTENECEN, CLASE DE**  
**ESTABLECIMIENTOS Y REGIONES GEOGRAFICAS. AÑOS 1997 Y 2006.**

SECTOR CLASE Y REGIONES	TOTAL	MÉDICOS ESPECIALI- ZADOS	ODONTÓ- LOGOS	BIOQUÍMICOS FARMA- CÉUTICOS	OBSTETRICES	ENFERMERAS	TRABA- DORAS SOCIALES	TECNÓLOGOS	OTROS PROFE- SIONALES 1/	ESTU- DIANTES INTERNOS	AUXILIARES DE ENFERMERÍA	AUXILIARES DE TRABAJO SOCIAL	AUXI- LIARES SERVICIO TÉCNICO	ESTADÍSTICA Y REGISTROS MÉDICOS	PERSONAL ADMINS- TRATIVO	MÉDICOS RESIDENTES	MÉDICOS RURALES	PERSONAL DE SERVICIO
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
<b>AÑO 2006</b>																		
TOTAL PAÍS	79.765	19.239	2.636	560	1.487	7.499	474	3.215	914	2.446	13.923	72	5.153	1.216	5.907	2.657	1.856	10.451
SECTOR																		
SECTOR PÚBLICO	54.289	8.212	2.386	291	1.273	6.175	389	2.175	594	2.003	10.458	44	3.965	1.052	3.927	1.830	1.851	7.664
SECTOR PRIVADO	25.476	11.087	250	269	214	1.324	85	1.040	320	443	3.465	28	1.188	164	1.980	827	5	2.787
CLASE																		
CON INTERNACIÓN	60.508	15.220	602	374	721	5.956	291	2.557	611	2.308	10.739	38	3.257	850	4.757	2.641	335	9.251
SIN INTERNACIÓN	19.257	4.079	2.034	186	766	1.543	183	658	303	138	3.184	34	1.896	366	1.150	16	1.521	1.200
REGIONES																		
REGIÓN SIERRA	43.523	11.115	1.501	327	858	4.601	238	1.773	548	1.238	6.851	23	2.726	581	3.243	1.523	843	5.534
REGIÓN COSTA	32.982	7.650	898	219	544	2.578	223	1.337	333	1.180	6.461	48	2.136	569	2.446	1.067	791	4.502
REGIÓN AMAZÓNICA	3.048	477	225	12	80	310	12	98	33	27	574	1	270	64	210	67	211	377
REGIÓN INSULAR	91	10	10	1	3	8	-	3	-	-	15	-	12	2	6	-	10	11
ZONAS NO DELIMITADAS	121	47	2	1	2	2	1	4	-	1	22	-	9	-	2	-	1	27
<b>AÑO 1997</b>																		
TOTAL PAÍS	63.511	12.310	1.894	354	842	5.733	454	2.985	619	1.494	13.825	-	3.678	1.228	3.989	2.368	1.188	10.550
SECTOR																		
SECTOR PÚBLICO	40.102	-	1.796	239	716	4.933	422	2.411	488	1.166	11.700	-	3.326	1.087	3.029	-	-	8.789
SECTOR PRIVADO	7.543	-	98	115	126	800	32	574	131	328	2.125	-	352	141	960	-	-	1.761
CLASE																		
CON INTERNACIÓN	36.347	-	432	266	280	4.529	348	2.507	425	1.436	10.351	-	2.055	963	3.261	-	-	9.494
SIN INTERNACIÓN	11.298	-	1.462	88	562	1.204	106	478	194	58	3.474	-	1.623	265	728	-	-	1.056
REGIONES																		
REGIÓN SIERRA	32.555	6.763	1.067	165	372	3.497	222	1.643	356	728	6.342	-	1.837	524	2.100	1.189	549	5.201
REGIÓN COSTA	28.478	5.235	670	176	423	2.022	224	1.254	252	734	6.860	-	1.646	654	1.742	1.121	513	4.952
REGIÓN AMAZÓNICA	2.329	290	145	11	46	207	7	80	11	32	597	-	168	45	141	58	117	374
REGIÓN INSULAR	106	10	11	2	1	6	-	5	-	-	21	-	18	4	4	-	9	15
ZONAS NO DELIMITADAS	43	12	1	-	-	1	1	3	-	-	5	-	9	1	2	-	-	8
1/ Incluye: Nutricionistas, Psicólogos, Educadores para la Salud, Ingenieros Sanitarios, Ingenieros Ambientales y Otros: Psicólogos Industriales y Relacionadores Públicos.																		

Fuente y Elaboración INEC.

**GRAFICO # 7**  
**NÚMERO DE PERSONAL QUE TRABAJA EN ESTABLECIMIENTOS DE**  
**SALUD, AÑOS 1997 Y 2006**

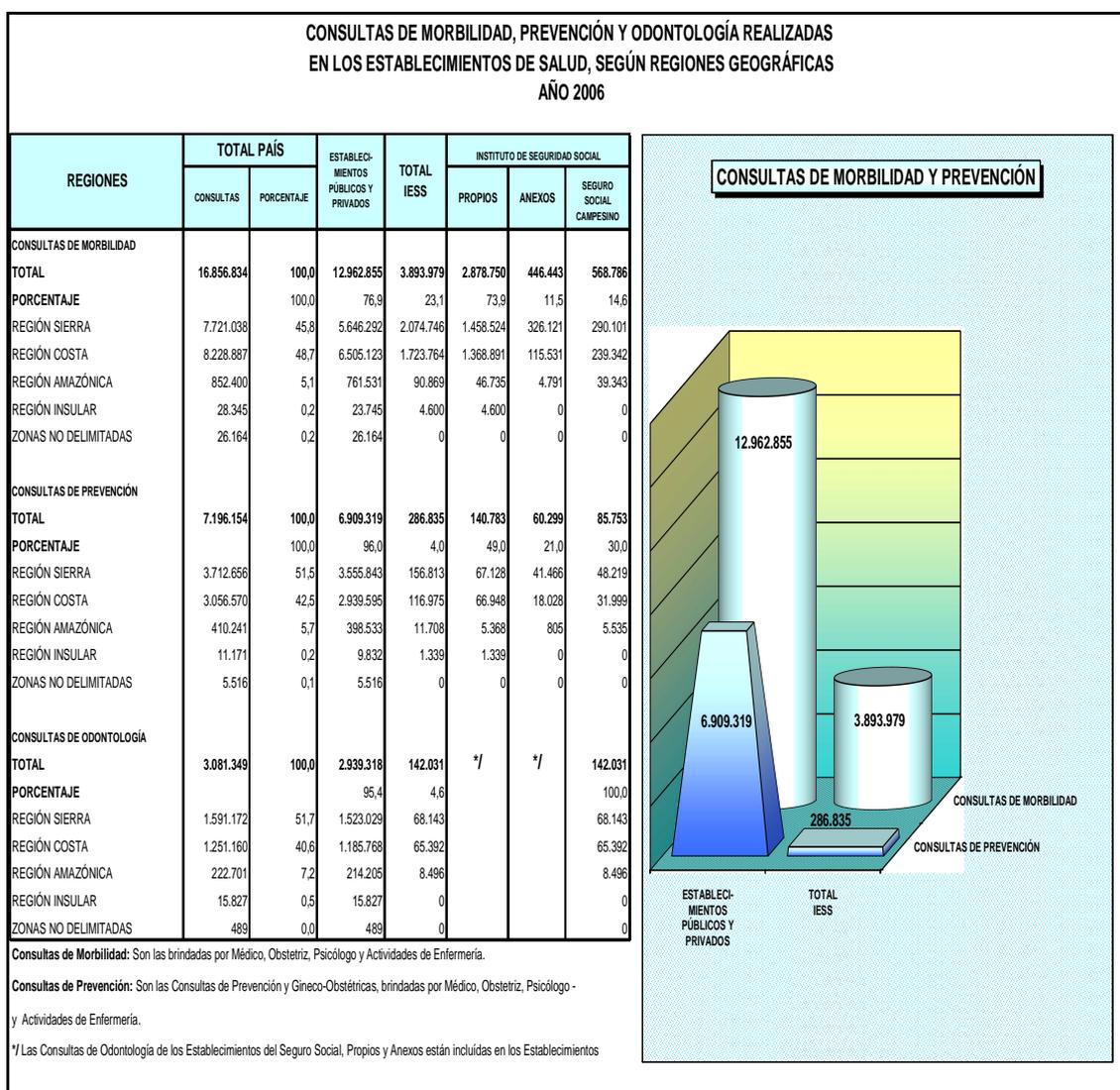


Fuente y Elaboración INEC.

Al observar el gráfico # 8 “En lo referente a las Consultas de Morbilidad, Prevención y de Odontología realizadas en los establecimientos de salud, tanto Públicos como Privados y del Seguro Social, éstos reportaron en total 16´856.834 consultas de morbilidad; 7´196.154 consultas de prevención y 3´081.349 consultas de odontología. En las Regiones de Sierra y Costa en su conjunto se realizaron el 94,2% del total de consultas”<sup>81</sup>.

<sup>81</sup> INEC

**GRÁFICO # 8**  
**CONSULTAS DE MORBILIDAD, PREVENCIÓN Y ODONTOLOGÍA**  
**REALIZADAS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, SEGÚN REGIONES**  
**GEOGRÁFICAS. AÑO 2006.**

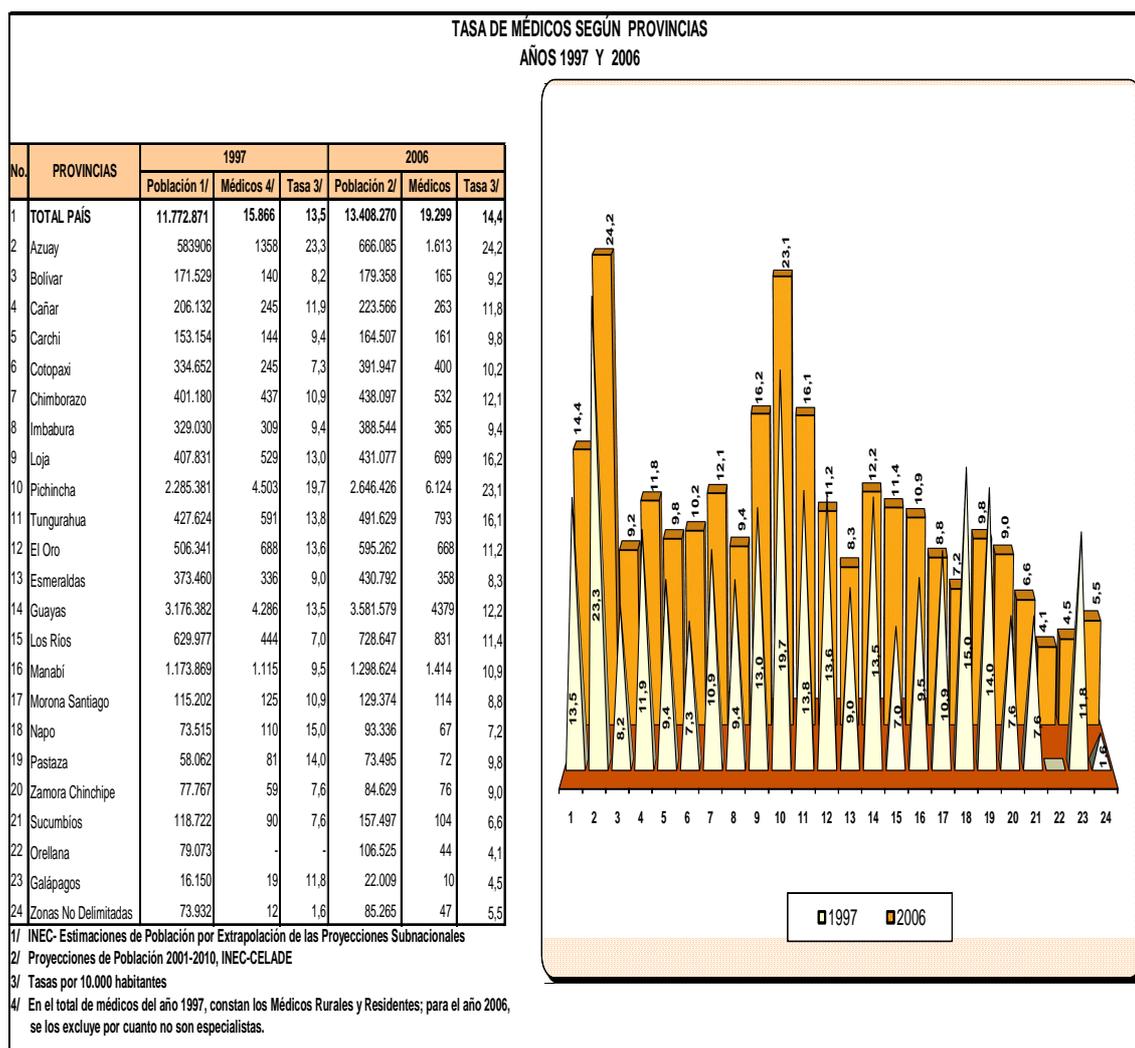


Fuente y Elaboración INEC.

Según el gráfico # 9, “la disponibilidad de Médicos que laboran en los Establecimientos de Salud Públicos y Privados del País, presenta un ligero incremento en estos últimos diez años; para el año 1997 la tasa de médicos por cada 10.000 habitantes fue de 13,3 en tanto que para el año 2006 se cuenta con 14,4 médicos por cada 10.000 habitantes.

Las provincias que ostentan las tasas más altas, llegando incluso a superar ampliamente a la tasa nacional, son en su orden: Azuay 24,2; Pichincha 23,1; Loja 16,2 y Tungurahua 16,1. En tanto que Galápagos con 4,5 y Orellana con 4,1 obtienen las tasas más bajas del País”<sup>82</sup>.

**GRAFICO # 9**  
**TASA DE MÉDICOS SEGÚN PROVINCIAS. AÑOS 1997 Y 2006.**



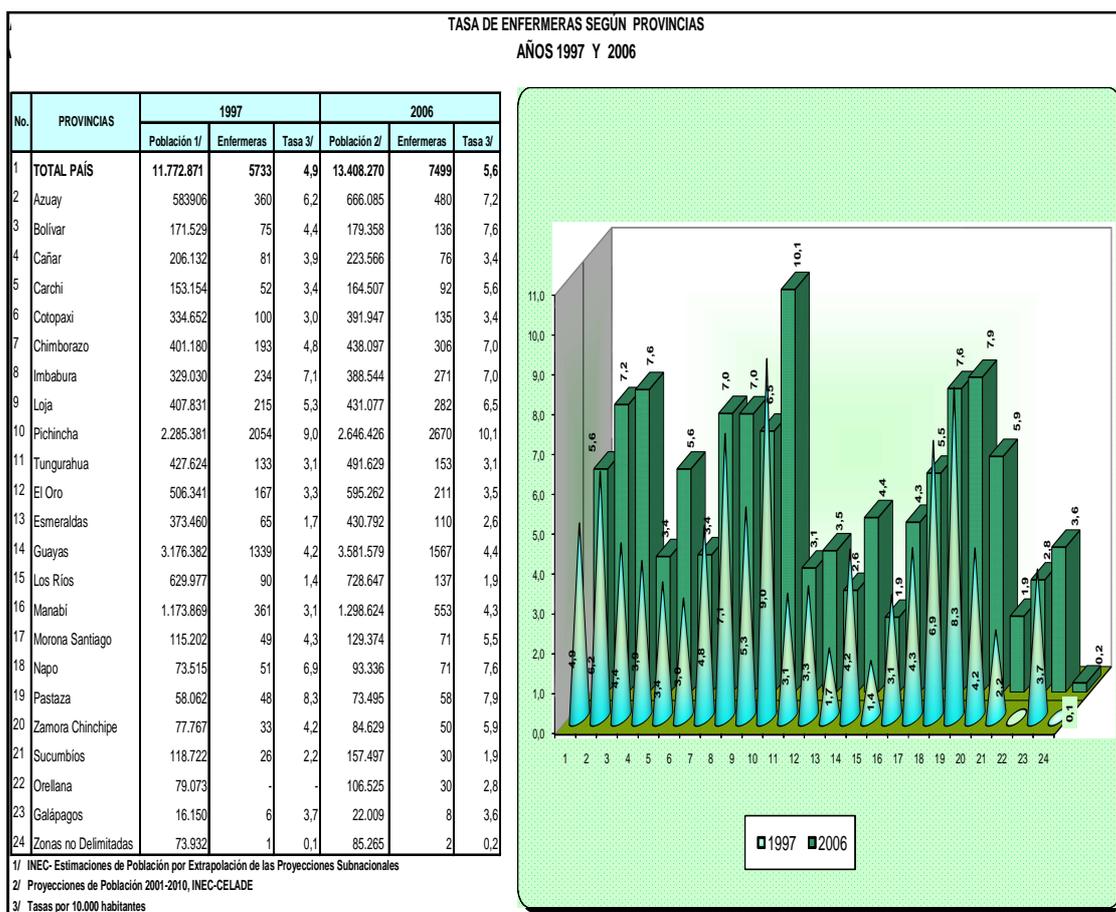
Fuente y Elaboración INEC.

Se puede apreciar en el gráfico # 10, “Para el caso de las Enfermeras, el comportamiento en estos diez años también demuestra un crecimiento de la tasa,

<sup>82</sup> INEC

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 (10,1)<sup>83</sup>.

**GRÁFICO # 10**  
**TASA DE ENFERMERAS SEGÚN PROVINCIA. AÑOS 1997 Y 2006**



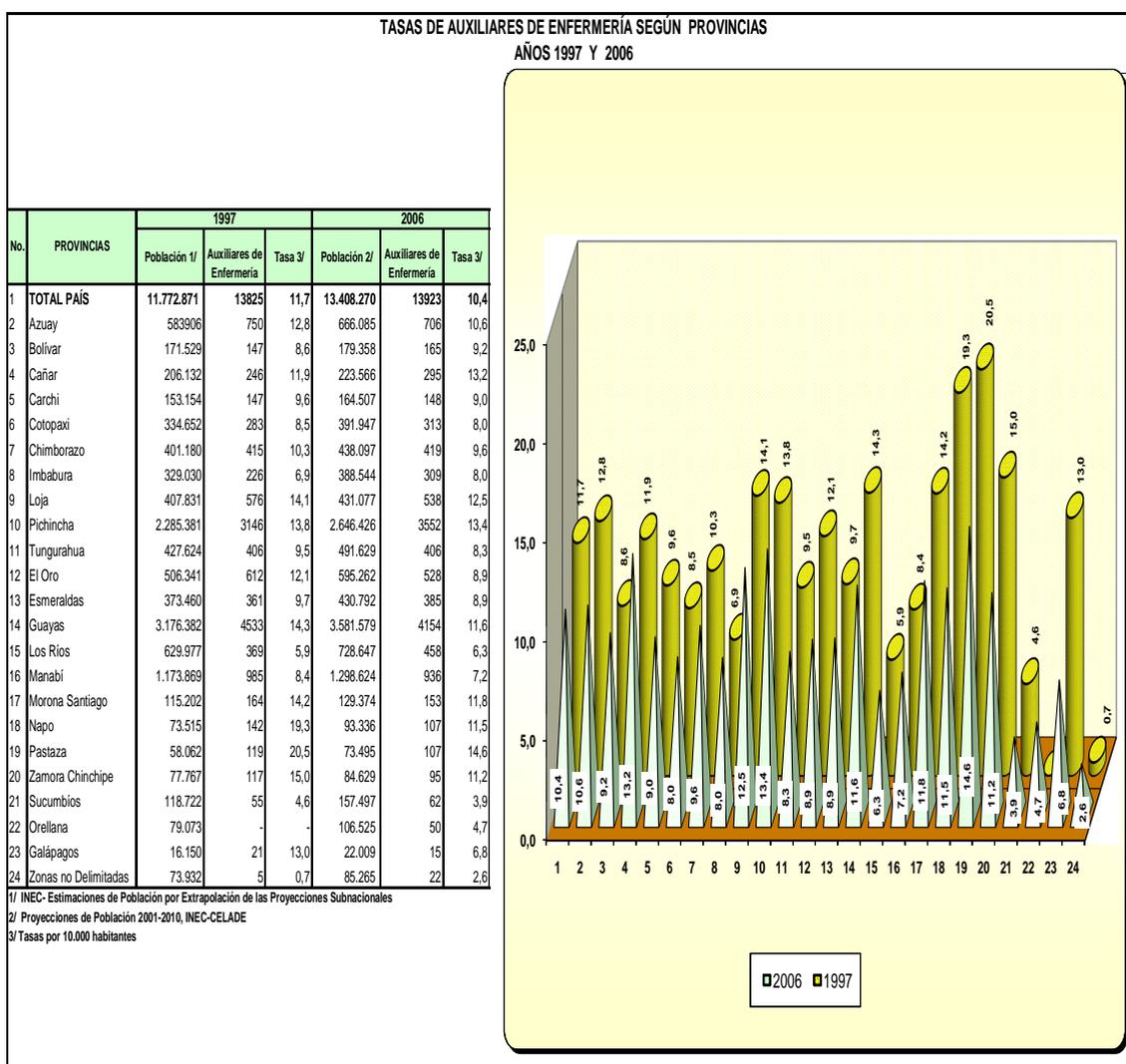
Fuente y Elaboración INEC.

En el gráfico # 11 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.

<sup>83</sup> INEC

## GRAFICO # 11

### TASA DE AUXILIARES SEGÚN PROVINCIAS, AÑOS 1997 Y 2006.



Fuente y Elaboración INEC.

En lo concerniente a los establecimientos con internación en relación a las regiones, en el siguiente gráfico (12), se observa que, “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%.

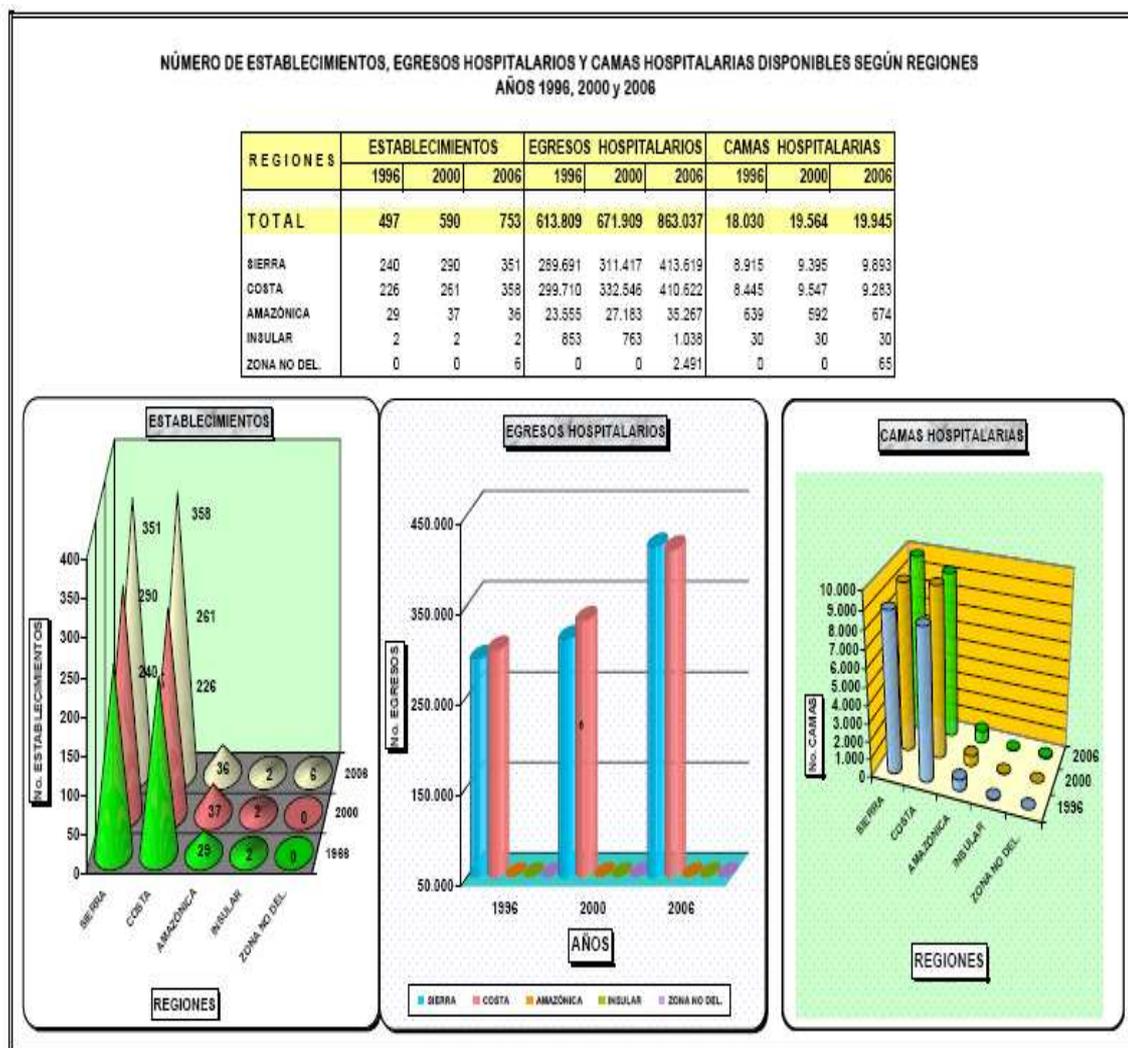
Esta distribución por regiones para los años 1996 y 2000, fue para la Sierra el 48,3% y 49,1%; para la Costa el 45,4% y 44,2%; para la Región Amazónica el 5,8% y 6,3%, y en la Región Insular representan menos del 1 por ciento en los años mencionados.

En lo relacionado al número de Egresos Hospitalarios existe 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”<sup>84</sup>

---

<sup>84</sup> INEC

**GRÁFICO # 12**  
**NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS. EGRESOS HOSPITALARIOS**  
**DISPONIBLES SEGÚN REGIONES. AÑOS 1996, 2000 Y 2006.**



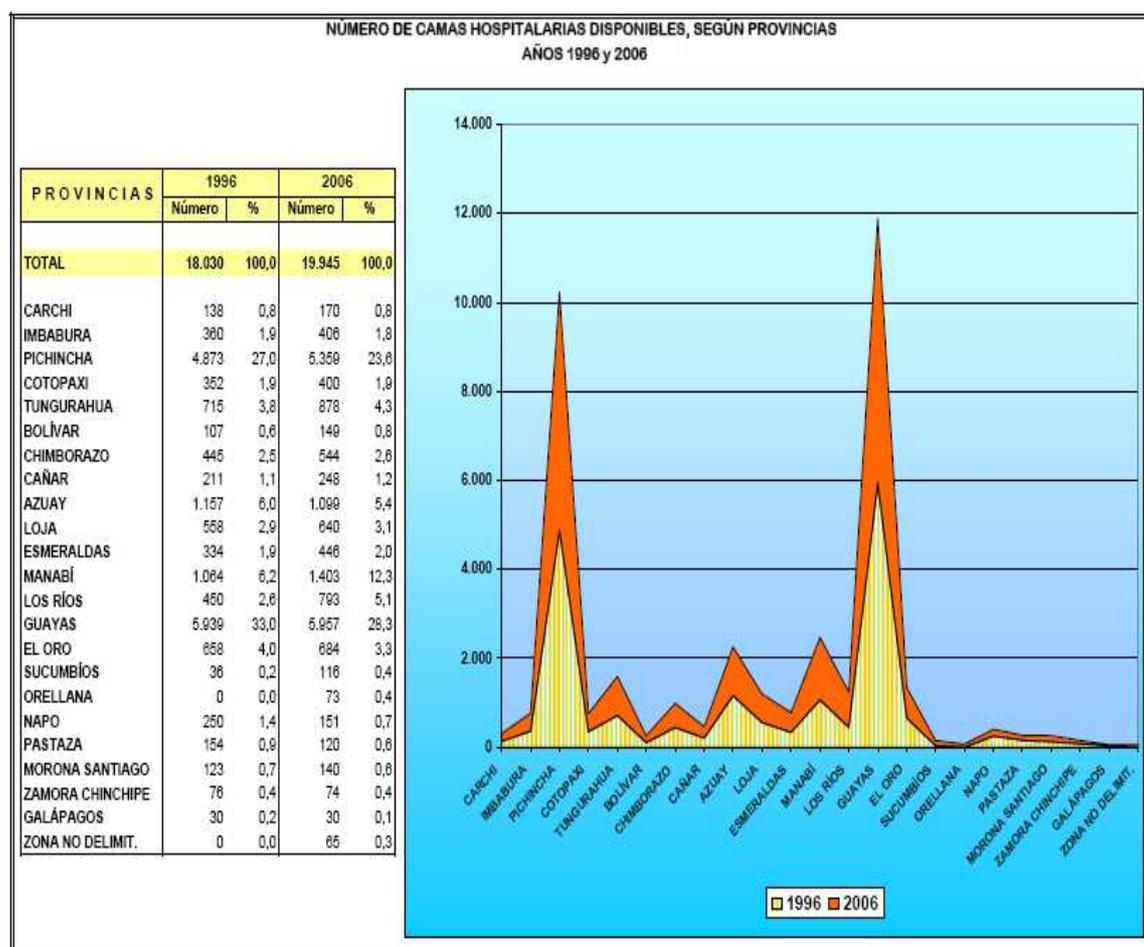
Fuente y Elaboración: Anuario de Estadísticas Hospitalarias – Camas y Egresos. INEC 2006.

En el gráfico # 13 demuestra, “El número de Camas Hospitalarias disponibles registradas en los años 1996 y 2006 se incrementaron en un 10,6 por ciento, al pasar de 18.030 al 19.945 en los años mencionados. De acuerdo a la distribución por provincias se observa que Pichincha en la 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”.<sup>85</sup>

### GRÁFICO # 13

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



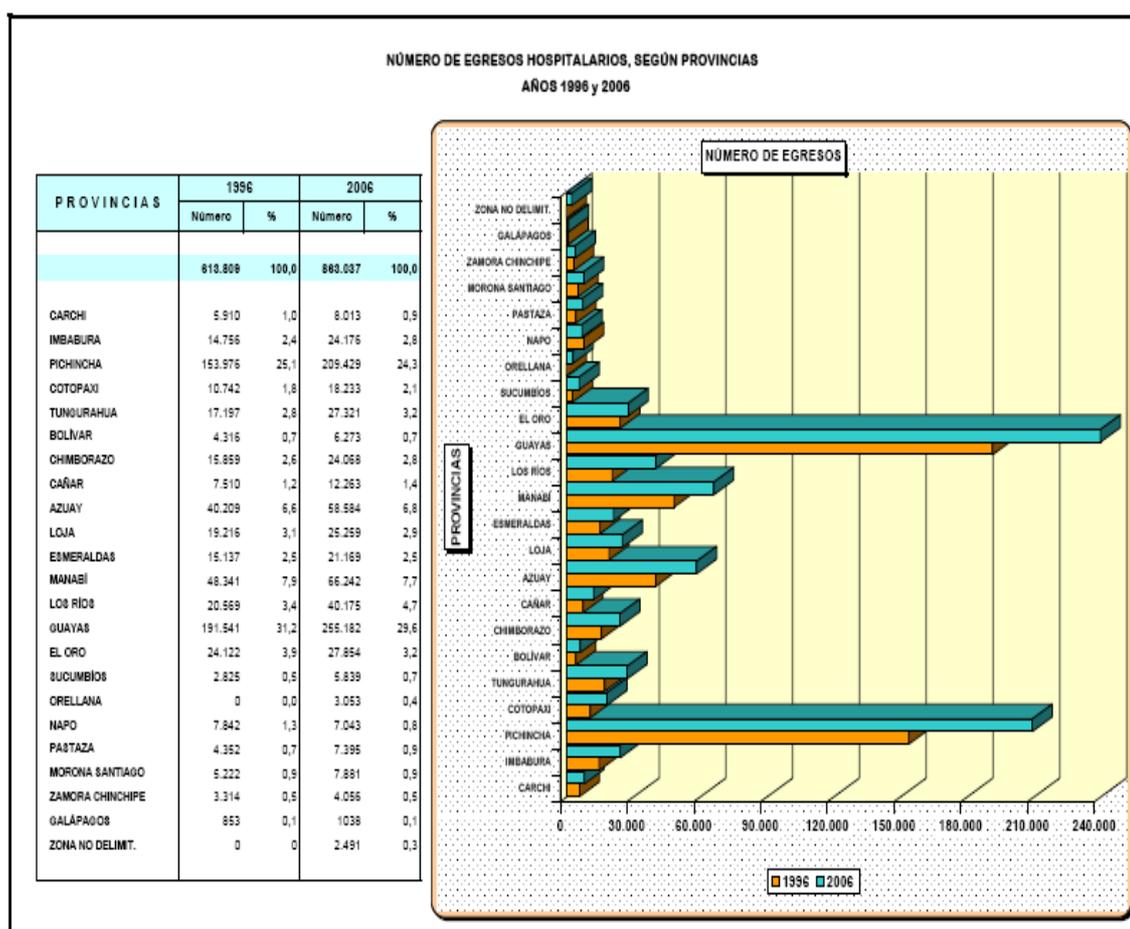
Fuente y Elaboración: Anuario de Estadísticas Hospitalarias – Camas y Egresos. INEC 2006

En estas últimas décadas se ha mantenido un modelo de atención en los servicios de salud centrado en lo curativo, hospitalario e individualista, según los informes

<sup>85</sup> INEC

de producción de servicios hospitalarios del sector salud (INEC), se puede apreciar en el siguiente gráfico # 14 , “El número de Egresos Hospitalarios registrados en el año 1996 fue de 613.809 y en el 2006 de 863.037, con un incremento relativo del 40,6%; así mismo, son 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 que son referidos de otros establecimientos de salud de las demás provincias del país”<sup>86</sup>.

**GRÁFICO # 14**  
**NÚMERO DE EGRESOS HOSPITALARIOS SEGÚN PROVINCIAS.**  
**AÑOS 1996 y 2006.**

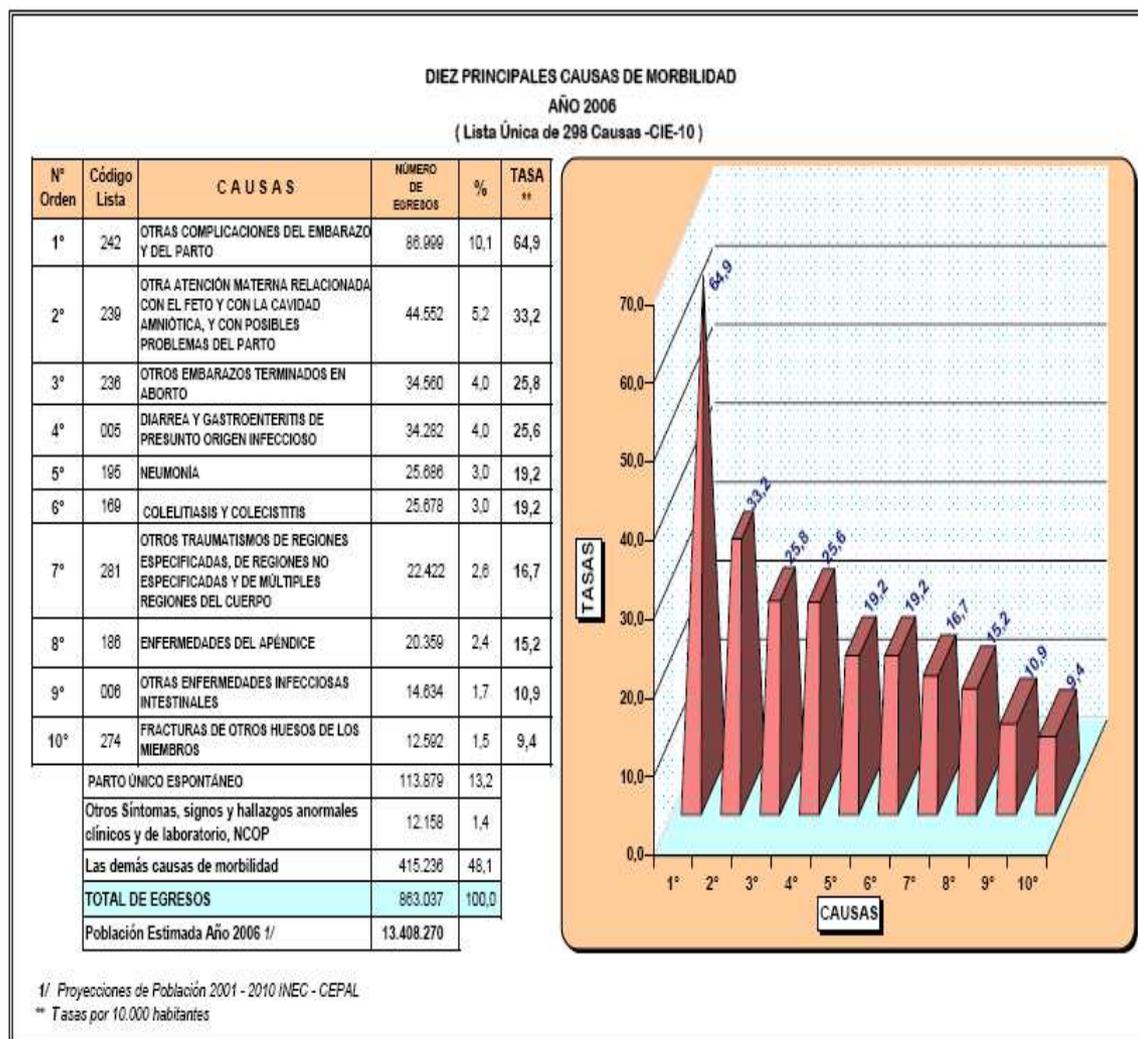


Fuente y Elaboración: Anuario de Estadísticas Hospitalarias-Camas y Egresos. INEC. 2006

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 en el siguiente gráfico (# 15), 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.

**GRÁFICO # 15**  
**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD. 2006.**  
**(Lista Única de 298 Causas –CIE-10)**

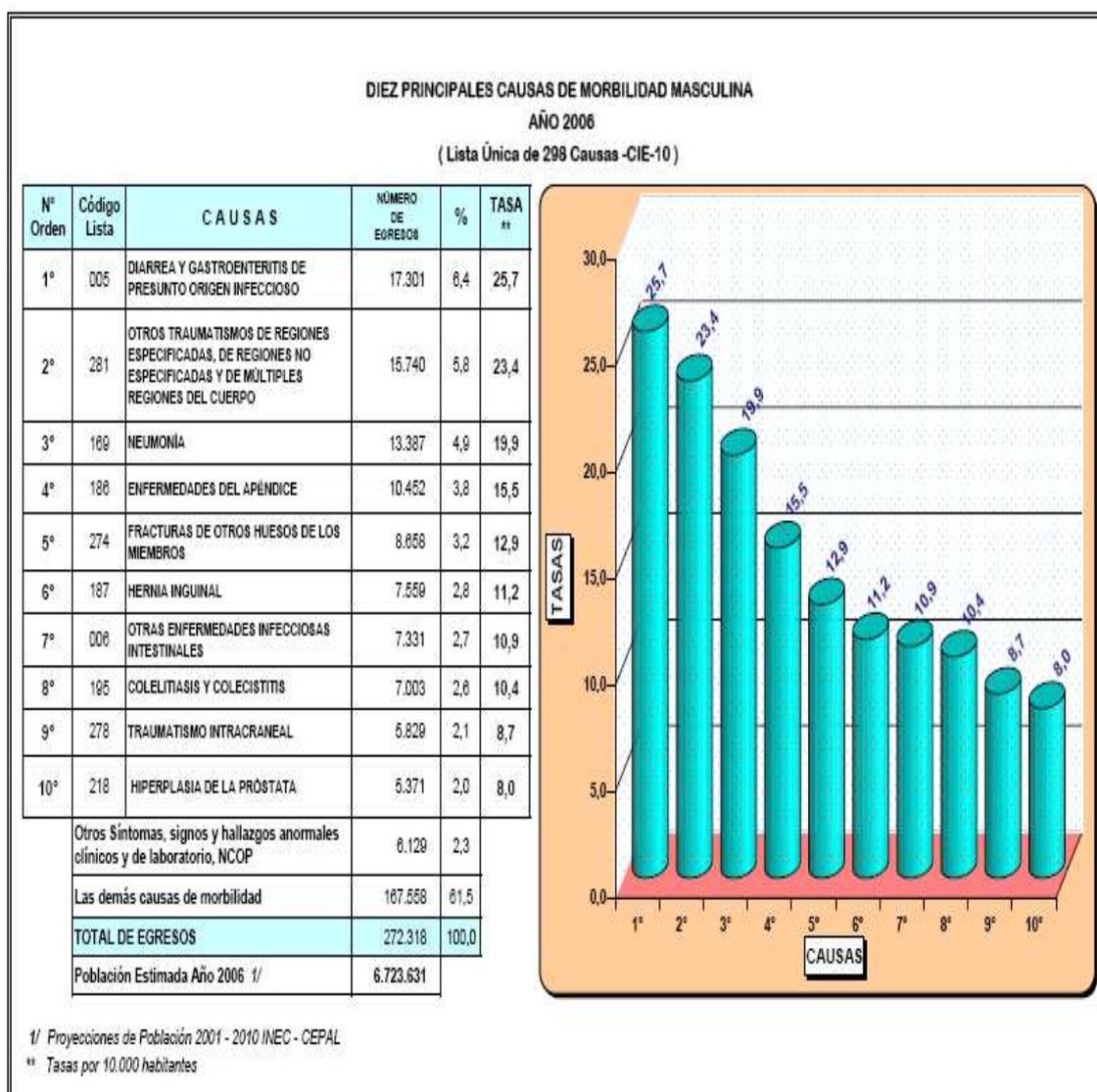


Fuente Y Elaboración: Anuario de Estadísticas Hospitalarias-Camas y Egresos. INEC. 2006.

Al analizar las diez principales causas de morbilidad por sexo, en el caso de la población masculina, como lo demuestra el gráfico # 16, 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.

**GRÁFICO # 16**  
**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD MASCULINA. 2006**  
**Lista única de 298 Causas –CIE-10)**

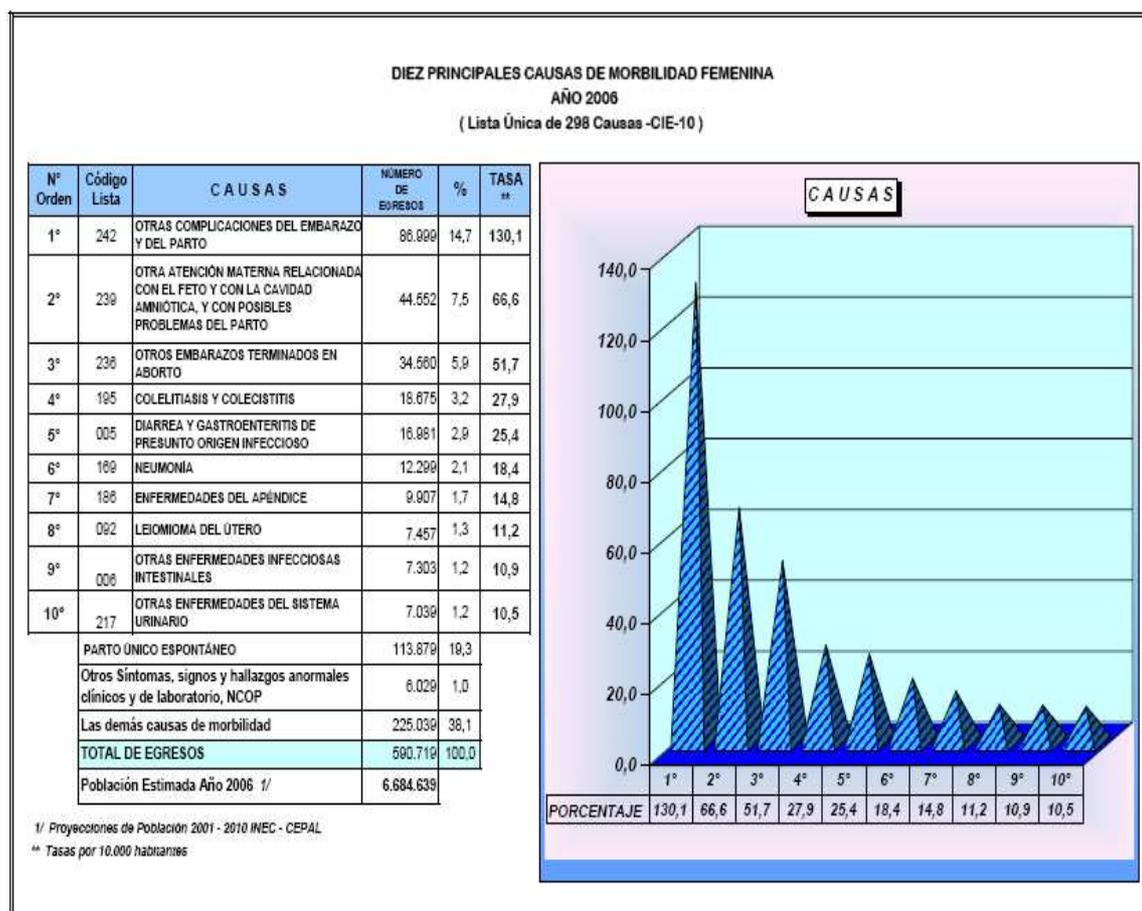


Fuente y Elaboración: Anuario de Estadísticas Hospitalarias-Camas y Egresos. INEC. 2006

En el caso de las mujeres, según se puede apreciar en el gráfico # 17, 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".

**GRÁFICO # 17**  
**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD FEMENINA. 2006**  
**Lista única de 298 Causas –CIE-10)**



Fuente y Elaboración: Anuario de Estadísticas Hospitalarias-Camas y Egresos. INEC. 2006

## **3.2 CONTEXTO PROVINCIAL**

### **3.2.1 SITUACIÓN GEOGRÁFICA Y POLÍTICA.**

Santo Domingo de los Colorados actualmente reconocido como 23ª la provincia del Ecuador, con la denominación de Santo Domingo de los Tsáchilas, con su capital Santo Domingo; tiene una superficie territorial de 3.857 Km<sup>2</sup>, con una densidad poblacional de 74,86 habitantes por Km<sup>2</sup>, se encuentra ubicado a 133 Km al oeste de Quito, en la parte noroccidental de la cordillera de los andes, con una altitud de 656 metros sobre el nivel del mar, limita: Norte: Provincias de Pichincha y Esmeraldas; Sur: Los Ríos y Cotopaxi; Este: los cantones Quito y Mejía; Oeste: Manabí.

En su división política Administrativa: la Provincia está conformada por 7 parroquias rurales: (Anexo # 6.1), Alluriquín, Luz de América, Puerto Limón, San Jacinto del Búa, Valle Hermoso, Santa María del Toachi y El Esfuerzo; 7 pre parroquias: Las Delicias, Nuevo Israel, Las Mercedes, El Placer del Toachi, San Gabriel del Baba y Julio Moreno Espinosa y 7 Comunas Tsáchilas: Colorados del Búa, Cóngoma, Poste, Chigüilpe, Otongo Mapalí, Peripa y Naranjo. La capital, Santo Domingo se conforma por parroquias urbanas como Chigüilpe, Rió Verde, Bombolí, Zaracay, Abraham Calazacón, Río Toachi, según registros del Gobierno Provincial.

### **3.2.2 DATOS HISTÓRICOS**

El reconocimiento e integración de Santo Domingo se inicia a partir de la promulgación de la Ley de División Territorial, el 29 de mayo de 1861; con la publicación de la Ley de Reforma Agraria y Colonización en 1875 donde se procedió a colonizar y a enajenar las tierras baldías como también a la apertura y mantenimiento de caminos; entre 1873 y 1912 se adjudicaron las primeras 50.000 hectáreas que la historia registra, y la llegada de los primeros colonos

ecuatorianos y extranjeros, jornaleros, caucheros, contratistas de obras públicas y hacendados, quienes junto a los Tsáchilas fueron poblando y ocupando la región, estableciéndose como parroquia rural del cantón Quito; es fundado el 23 de julio de 1883 y convirtiéndose en parroquia del cantón Mejía; esta ciudad ha progresado en forma muy acelerada, y es el 3 de julio de 1967 donde se lo reconoce como cantón, integrado al comercio interregional, a la agro exportación.

Para lograr establecerse como provincia, es desde el año 1885 que se presentan los proyectos de ley, quedándose suspenso por varias ocasiones, retomando en el año 2006 la propuesta de provincialización, con el apoyo de las fuerzas vivas del cantón, después de varias gestiones y por medio de consulta popular a la población del cantón si desea que se eleve a la categoría de provincia, obteniéndose un 93.5% de aprobación para la jerarquización, el 16 de agosto del 2007, el Congreso Nacional aprobó en primer debate el proyecto, el 2 de octubre, el segundo y definitivo debate de la Provincialización de Santo Domingo; el 6 de noviembre del 2007, se publica en el Registro Oficial No. 205, la ley de creación de la Provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas.

### **3.2.3 CLIMA Y OROGRAFÍA**

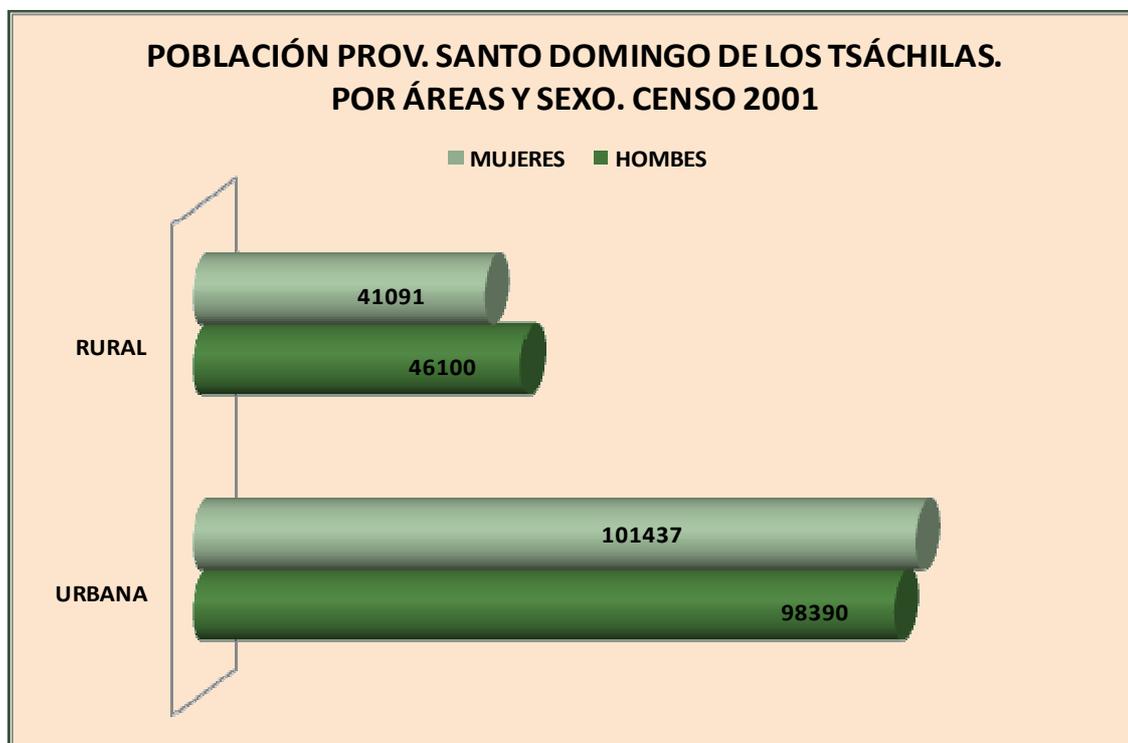
Goza de un clima subtropical, su temperatura oscila entre 14 y 25° C, con una media de 22,9°C., sus coordenadas geográficas son: longitud 78° 40' W -79° 50'; latitud 0° 40' N – 1° 50', con una orografía donde se distinguen dos zonas geográficas, la una corresponde a los flancos extremos de la cordillera occidental de los Andes, hasta el límite de los 1000 metros sobre el nivel del mar, abarca a las cuencas de los ríos Saloya, Pilatón y Toachi, la segunda región es la del litoral que se extiende desde los 1000 metros sobre el nivel del mar y termina en la costa del océano Pacífico; la zona de Santo Domingo se caracteriza por un tipo de relieve de semí-llanura cuyo único elemento orográfico está constituido por las montañas de Convento, Muisne, Mache y Cindul, cercanas estas últimas a la costa, cuya elevación no sobrepasa los 600 metros sobre el nivel del mar.

Por el posicionamiento vial, constituye el enlace regional entre la sierra y la costa, con posibilidades de intercambio con los cuatro puertos de exportación entre Manta, Esmeraldas, Guayaquil y Puerto Bolívar; el uso del suelo el 54.5%, está mayoritariamente destinado a la ganadería, seguido de un 30.6% para la agricultura, un mínima extensión para bosques 2.5% y, para diferentes usos un 12.4%.

#### **3.2.4 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS**

En lo referente a los aspectos demográficos de acuerdo a los resultados del VI Censo de Población y V de Vivienda noviembre del año 2001, la población fue de 288.108 habitantes (gráfico # 18), el 50,48% son masculinos y el resto son mujeres; el 69,4% de la población se localiza en el área urbana, mientras que el 30,4% de su población reside en el área rural, el índice de feminidad es de 98.64% (mujeres por cada cien hombres), conformada por una población joven, ya que el 46,8% son menores de 20 años.

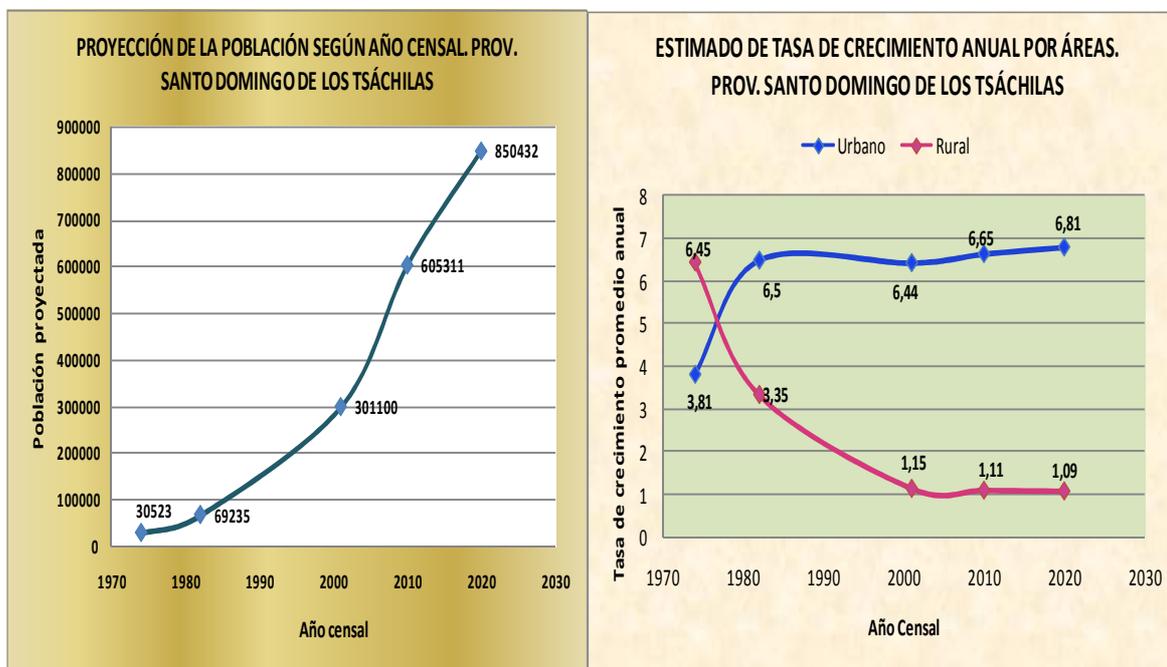
**GRÁFICO # 18**  
**POBLACIÓN PROVINCIA SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS, POR**  
**ÁREAS Y SEXO. CENSO 2001.**



Fuente: INEC. Elaboración: Bueno Rosa.

Se debe señalar que los estimativos de la tasa de crecimiento anual de la población según datos del INEC se va incrementando en la área urbana de 3.81 que se estimó para 1974, en el año 2001 es de 6,44, mientras para el 2010 será de 6.65, siendo todo lo contrario en la área rural donde se observa un decrecimiento, de 6.45 en 1974, a 1,15 para el año 2001, como se puede apreciar en el gráfico # 19, además la proyección de la población para el año 2001 se estimó en 301100, mientras que para el año 2010 se proyecta a 605311 habitantes de la provincia.

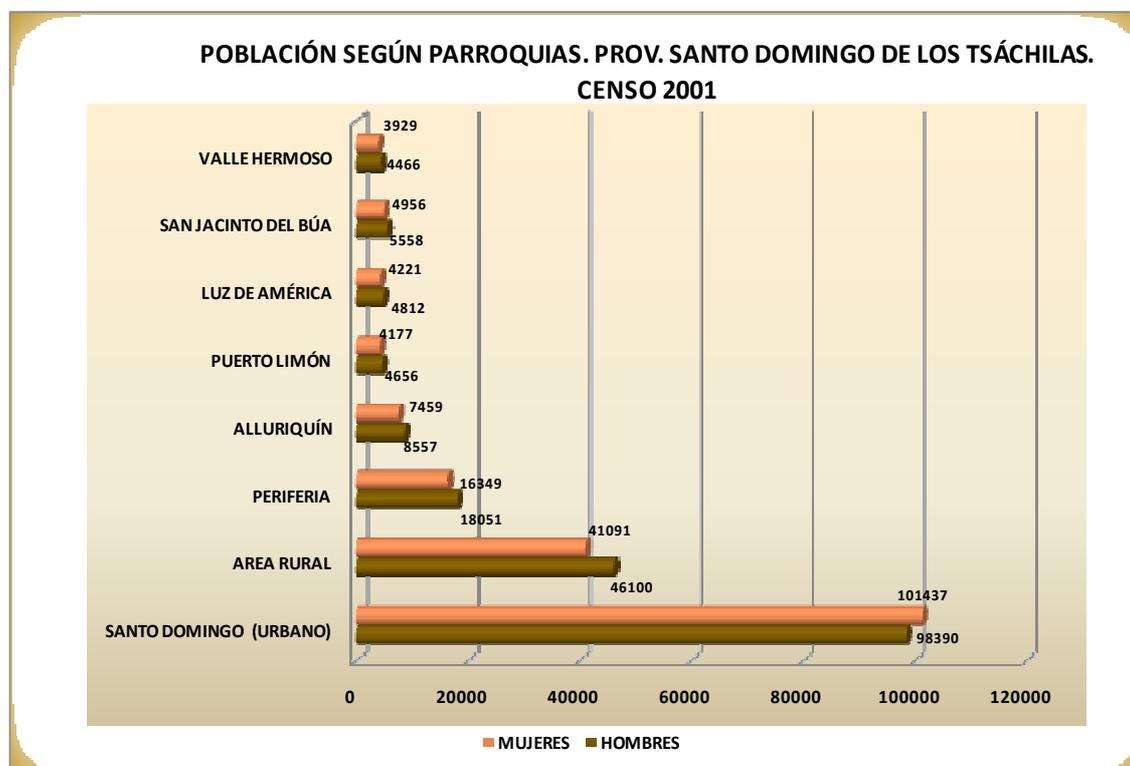
**GRÁFICO # 19**  
**ESTIMADO DE POBLACIÓN Y TASA DE CRECIMIENTO ANUAL POR ÁREAS,**  
**PROVINCIA SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS. 1974 - 2020**



Fuente: INEC.      Elaboración: Bueno Rosa.

Al elevarse a la categoría de provincia es importante mencionar la distribución de la población a nivel de las parroquias, en el gráfico # 20, la parroquia Alluriqín es la más poblada después del Cantón Santo Domingo, cuenta según el censo del 2001 con 16016 habitantes, seguido de San Jacinto del Búa con 10514, Luz de América con 9033, Puerto Limón con 8833 habitantes, del total de la población, la masculina es la que supera en número en las parroquias mientras que en la capital de provincia es la población femenina.

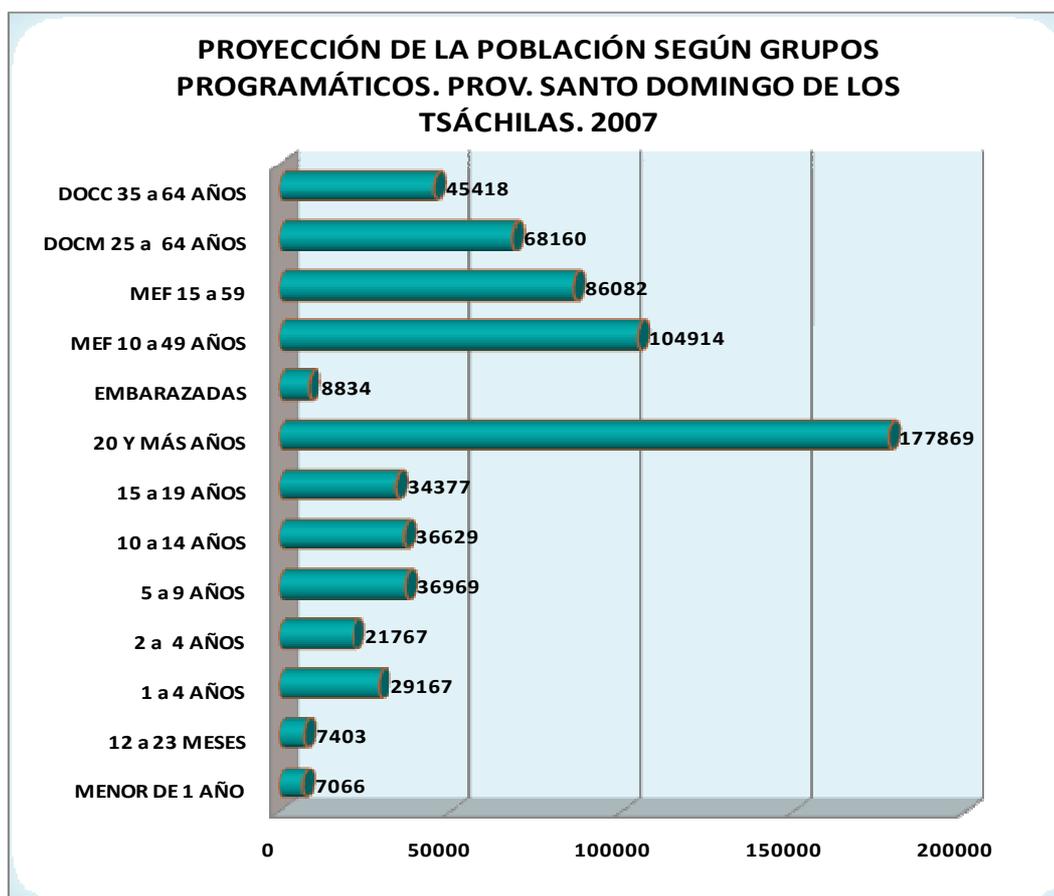
**GRÁFICO # 20**  
**POBLACIÓN SEGÚN PARROQUIAS, PROVINCIA SANTO DOMINGO DE LOS**  
**TSÁCHILAS. CENSO 2001.**



Fuente: INEC. Elaboración: Bueno Rosa.

Según los registros del INEC y del Sistema Común de Información del MSP, la proyección poblacional de acuerdo a los grupos programáticos, para el año 2007, la población total de Santo Domingo se estima en 322080 habitantes, distribuido tanto para el cantón y parroquias como se demuestra en gráfico # 21, el grupo poblacional que entre 20 y más años con 177879 habitantes, seguido del grupo de mujeres en edad fértil entre 10 a 49 años 104914, los restantes grupos poblacionales sin merecer su importancia, se proyecta en cifras menores.

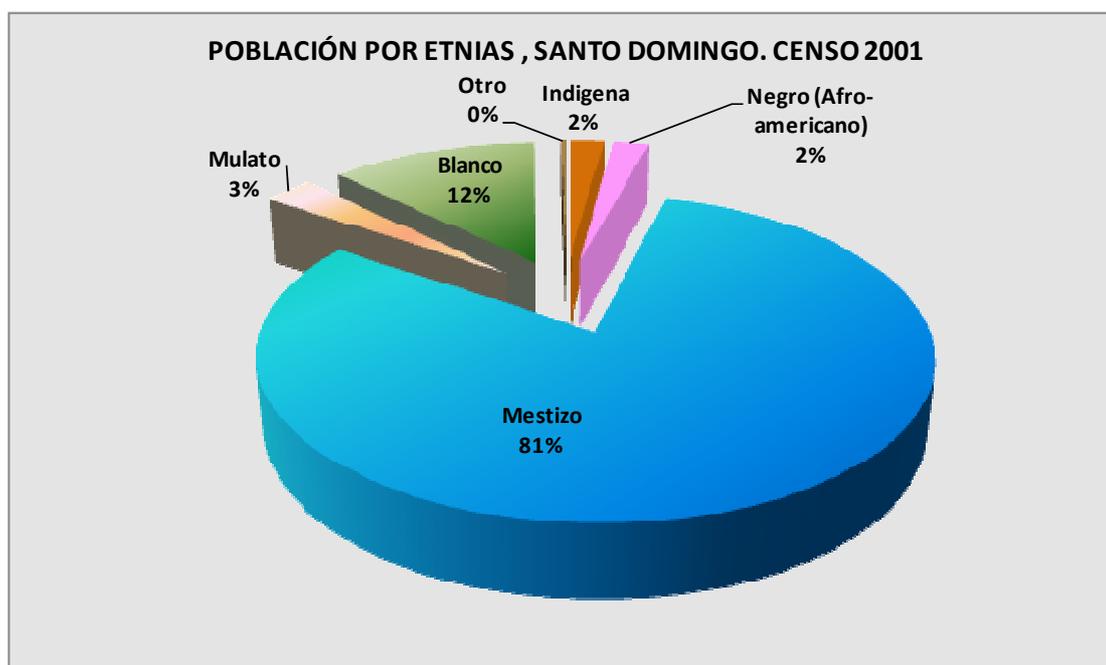
**GRÁFICO # 21**  
**PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN GRUPOS PROGRAMÁTICOS**  
**PROVINCIA SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS. 2007.**



Fuente: INEC-Proyecciones de Población por Provincias, Cantones, Áreas, Sexo, Grupos de Edad. Periodo 2001-2010.  
MSP-Sistema Común de Información. Elaboración: Bueno Rosa.

La conformación poblacional en la mayoría mestiza proceden de las provincias de Manabí, Loja, Cotopaxi y Pichincha, desde los años 60 se desarrolla un proceso rápido de ocupación territorial, con colonias provenientes de otros sectores del país y Colombia; la población de la provincia como se puede apreciar en el gráfico # 22, un 80% está conformada por mestizo, seguido de un 12% de blancos y en porcentajes mínimos mulato, negro (afro-americano) e indígena, en cuanto a la población Tsáchila comunidad nativa de la zona para el año 2005 se considera que habrán 2000 habitantes en base a las estimación de población autóctona del Ecuador.

**GRÁFICO # 22**  
**POBLACIÓN POR ETNIAS, SANTO DOMINGO. CENSO 2001.**



Fuente: INEC. Censo 2001

Elaboración: Bueno Rosa

La esperanza de vida calculada en relación a los datos obtenidos es de 65,5 años, y la edad mediana es de 23,5 años, el crecimiento poblacional está ubicado como uno de los más altos de Latinoamérica; mientras la media nacional se ubica en el orden del 2,4% para el período 1982-1990, la tasa fue del 6,4% para el mismo período; atribuible en gran medida a los flujos migratorios; al año 2001 la tasa de inmigrantes hacia Santo Domingo ha disminuido, pero la tasa de emigración se ha puesto de manifiesto sobre todo para los países europeos y España, y en pequeña proporción a los Estados Unidos, las causas son el desempleo, los salarios bajos, y la búsqueda de nuevas oportunidades para el mejoramiento de la calidad de vida, los resultados del censo poblacional reflejan además la existencia de una población flotante, esto es, llegan a inicio de semana y salen a finales, sobre todo profesionales y comerciantes.

### 3.2.5 ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS

En lo concerniente a los aspectos económicos el INEC reporta que el 40% de la población es económicamente activa, las ramas de actividad económica están en un 27% se relaciona al sector primario, 14% al secundario, 45% terciario, 11.85 no declarado, y 0.6% trabajador nuevo; la manera en que la pobreza es experimentada varía de acuerdo condiciones sociales específicas: la identidad étnica, la edad, el género, entre otros factores sociales, determinan el modo particular en que diferentes individuos y grupos viven situaciones de pobreza “En el año 2004, la última medición realizada por el INEC (ENIGHU, febrero 2003 a enero 2004) reveló que 41,5% de la población se agrupaba como pobre y 8,5 % como extremadamente pobre. En ella se encontró que el 20% más rico de la población tiene acceso al 43,6% de todo el consumo; por su parte, 20% de la población más pobre tiene acceso a 6,5 veces menos (6,7%). Cuatro de cada diez personas son pobres urbanos y ocho de cada diez son rurales”<sup>87</sup>, cabe mencionar que la incidencia de la pobreza en el cantón (SIICE 3.0 CPP), reporta un 16,93% de incidencia de pobreza y 12,06 % de indigencia, asimismo según el censo 2001, el porcentaje de población con pobreza por necesidades básicas insatisfechas era del 69,56%, la extrema pobreza por necesidades básicas insatisfechas 31,03%.

Es importante mencionar que de acuerdo al censo del 2001 la población en edad de trabajar en Santo Domingo era de 204837, mientras que la económicamente activa 100861, en cuanto al trabajo infantil el 10.11% de niños/as que trabajan y no estudian; 15,71% que no trabajan ni estudian; 71,56 que estudian y no trabajan, y 21 2,61% de niños/as que trabajan y estudian

Según datos proporcionados por la Dirección Municipal de Salud, en la cabecera cantonal el 3% de la población se dedica al comercio informal en alimentos, productos, vestido, calzado, con familias que provienen de sector

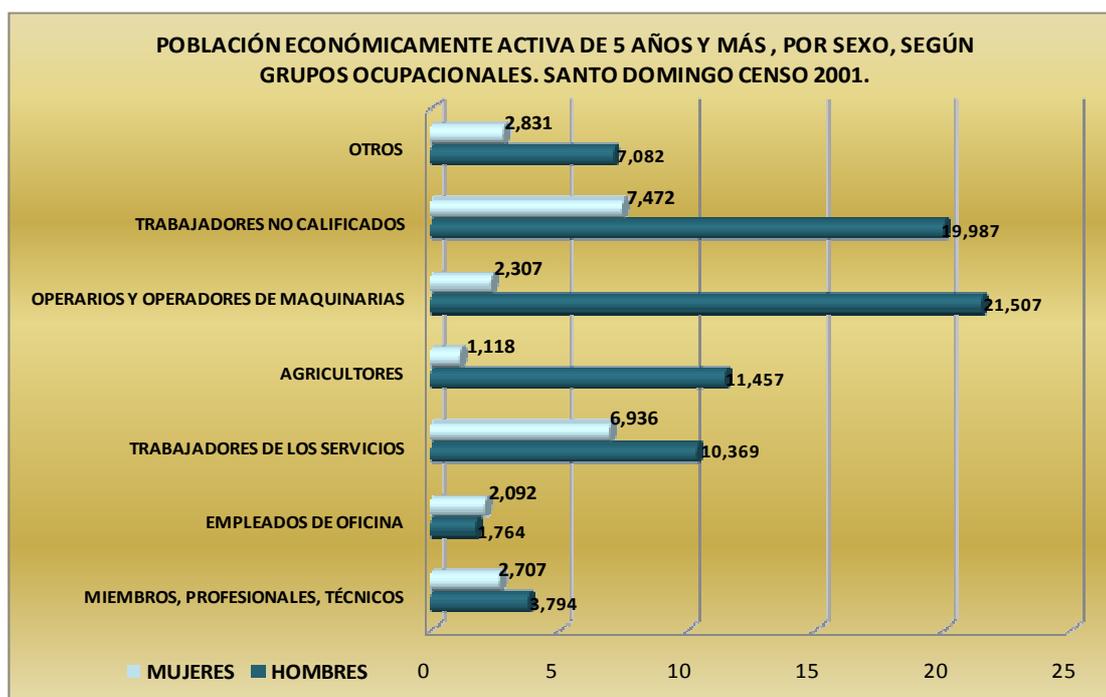
---

<sup>87</sup>Resumen del Análisis de Situación y Tendencias de Salud. OPS. Ecuador.

urbano marginal, con asentamientos e invasiones, en los sectores urbano marginales, el comercio formal es de escasa rentabilidad y subsistencia (tiendas pequeñas, abarrotes), en el área rural las familias no son sujetos de crédito y el jornal dirigido a la agricultura y la ganadería es mal remunerada, por los escasos ingresos, el comercio se ha desarrollado en forma inquietante y que conforme han llegado se han organizado como lo demuestra la revista de la cámara de comercio del cantón en los años 80 contaban con 2000 comerciantes de los cuales 200 eran formales, en 1993 se contaba con 1000 negocios y el triple de informales.

El censo 2001 señala que 27459 habitantes considerados como población económicamente activa (gráfico # 23), de acuerdo a la ocupación se encuentran agrupados como trabajadores no calificados; operarios y operadores de maquinarias 23814; en cifras menores los trabajadores de servicio 17305, agricultores 12 575.

**GRÁFICO # 23**  
**POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA DE 5 AÑOS Y MÁS, POR SEXO, SEGÚN GRUPOS OCUPACIONALES. SANTO DOMINGO. CENSO 2001.**



Fuente: INEC.

Elaboración: Bueno Rosa.

En lo concerniente a la actividad productiva de las parroquias según el libro “Santo Domingo Cantón Mágico”: la Parroquia de Puerto Limón, es una zona dedicada a la agricultura y ganadería reconocida por la producción tanto de carne como de leche, sus ingresos están considerados entre 2 salarios mínimos vitales (1994); la población económicamente activa (PEA), de Luz de América se ocupa de la agricultura, caza, pesca, y silvicultura sus ingresos varían entre 1 a 3 salarios mínimos vitales.

Alluriquín debido a su ubicación geográfica su población se dedica a la prestación de servicios básicos, abastecimiento, está conformada por pequeños propietarios, comerciantes, algunos dependientes del tránsito, artesanos, empleados y trabajadores en otras poblaciones y asentamientos especialmente en Santo Domingo.

San Jacinto del Búa, es básicamente un centro de acopio intermedio de los productos agropecuarios, el sector agropecuario da empleo al 44.57% de la población económicamente activa, el 22.57% representan los finqueros agricultores y ganaderos del lugar, el 9.69% son jornaleros, asalariados agrícolas, los ingresos del 67,14% de la PEA agrícola se ubican sobre los 4 salarios básicos.

Valle Hermoso zona dedicada a la agricultura, ganadería, también cuenta con industrias procesadoras de aceite de palma, planteles avícolas y porcinos.

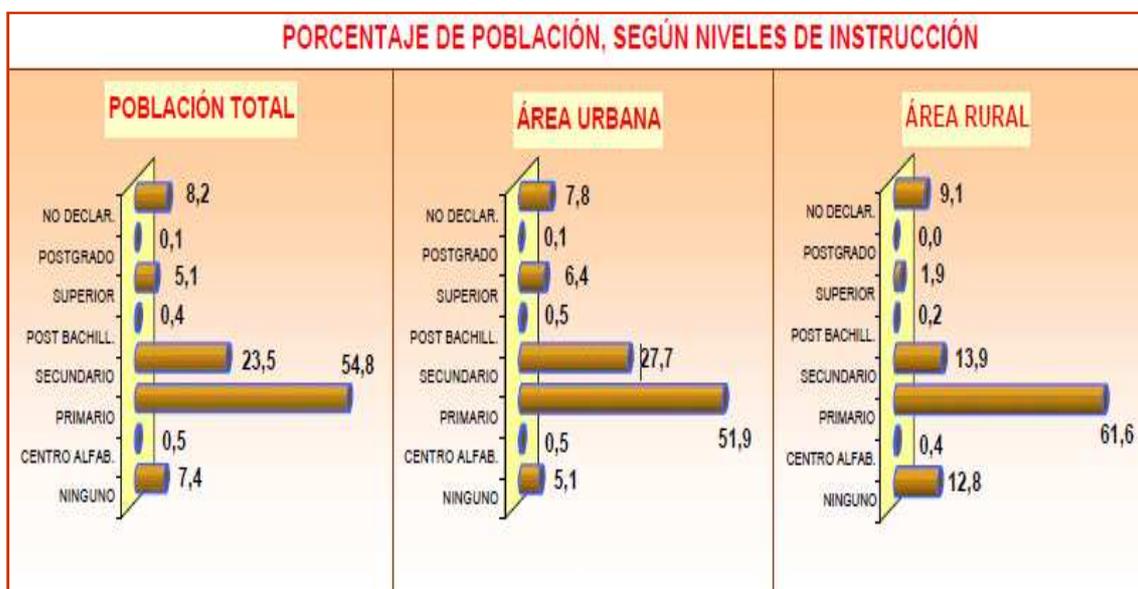
### **3.2.6 CARACTERÍSTICAS EDUCACIONALES**

En cuanto a los aspectos educativos se puede mencionar que según datos INEC (SINEC), los planteles para educación primaria 445 de los cuales 373 son fiscales, mientras que para la secundaria 98; la educación superior cuenta con una extensión de la universidad Central financiado en parte por los alumnos, 5

universidades presenciales y 7 semipresenciales privadas (cifras del Consejo Provincial de Pichincha).

Los resultados del VI Censo de Población y V de Vivienda, señalan las características de la educación en la población (gráfico # 24), del total 54.8% alcanza la instrucción primaria, 23,5% la secundaria, en porcentajes menores lo que corresponde a nivel superior y posgrados, mientras que un 7,4% con ningún tipo de instrucción; con relación a las áreas en la urbana 51,9% tiene instrucción primaria, 27,7% secundaria; en cambio en la rural el 61,6% con instrucción primaria, 13,9% corresponde a la secundaria y población sin ningún nivel de instrucción 5,1% en la urbana y 12,8% rural.

**GRÁFICO # 24**  
**POBLACIÓN SEGÚN NIVELES DE INSTRUCCIÓN, POR ÁREAS, PROVINCIA**  
**SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS. CENSO 2001.**



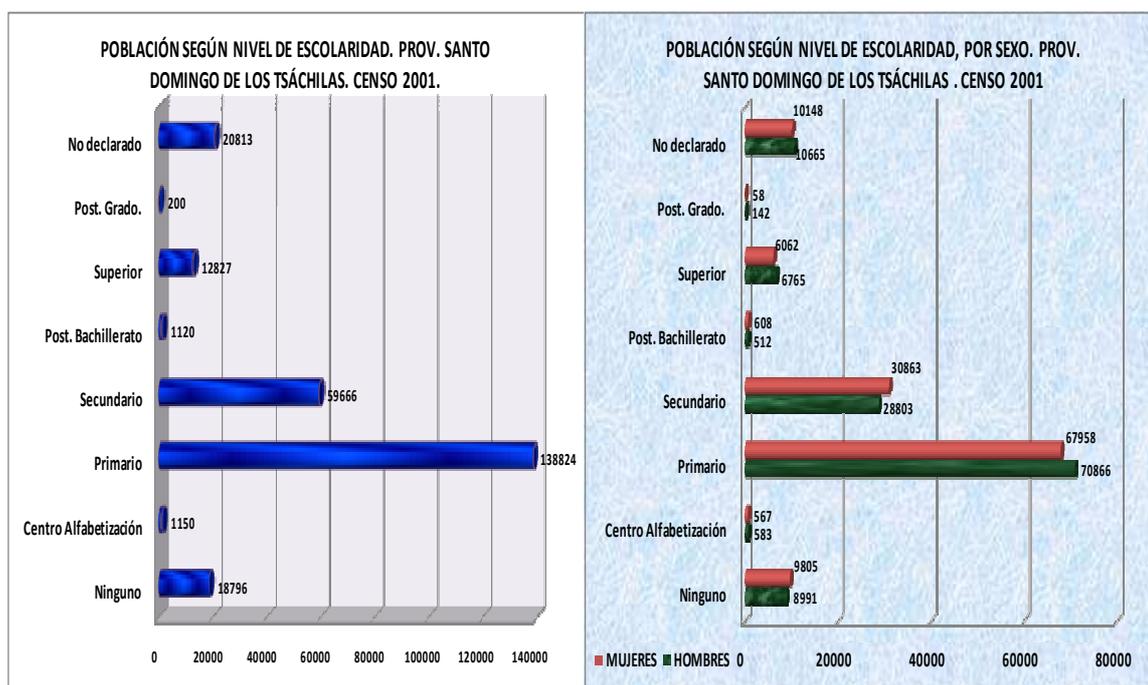
Fuente y Elaboración INEC.

Observando el gráfico # 25, la gran mayoría de la población 138824 alcanza el nivel primario, son en grupos poblacionales menores que logran el nivel de instrucción secundaria y superior, y, un total de 18796 habitantes no tiene ningún nivel de instrucción, en cuanto a la relación de género son los hombres que

acceden a la instrucción primaria en mayor número 70866, en cambio en el nivel secundario sucede lo contrario el número mayoritario son las mujeres 30863, mientras que en el nivel superior de podría decir que están en igualdad de número.

### GRÁFICO # 25

#### TOTAL DE POBLACIÓN SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN, POR SEXO, PROVINCIA SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS. CENSO 2001.



Fuente INEC.

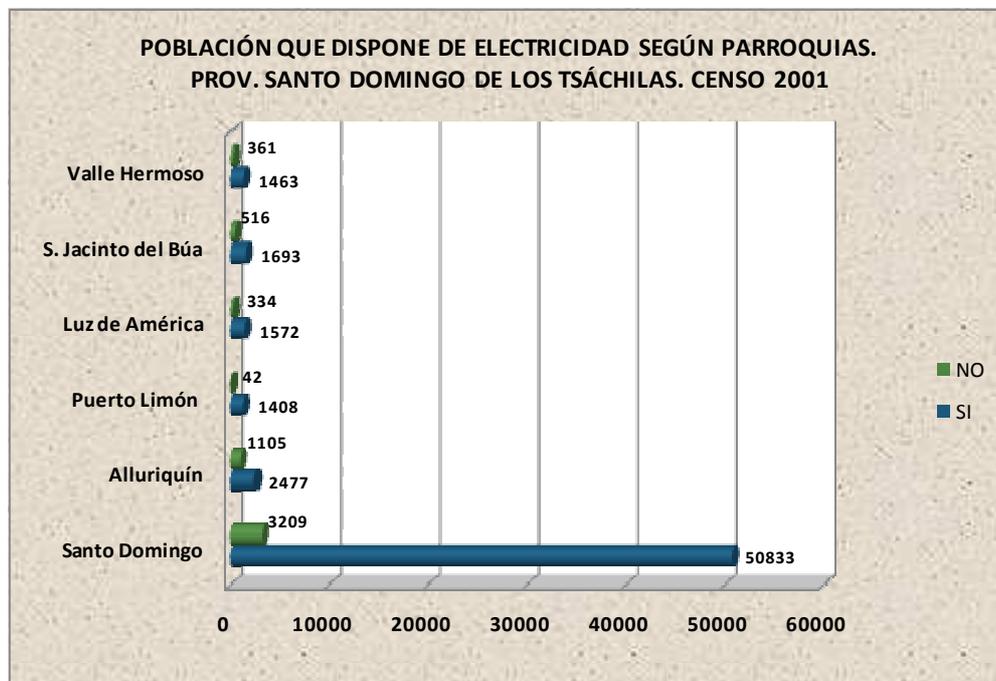
Elaboración: Bueno Rosa.

### 3.2.7 SERVICIOS BÁSICOS

La disponibilidad de servicios básicos a nivel ciudad y parroquias se describe en el gráfico # 26, la electricidad dispone gran parte de la población, tanto a nivel del cantón como de las parroquias, son un número reducido de habitantes que no dispone de este servicio básico.

## GRÁFICO # 26

**POBLACIÓN QUE DISPONE DE ELECTRICIDAD, SEGÚN PARROQUIAS.  
PROVINCIA SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS. CENSO 2001.**



Fuente: INEC. Elaboración: Bueno Rosa

En el gráfico # 27 demuestra que el servicio telefónico tiene una cobertura menor, más de la mitad de la población no tiene acceso a este servicio, de acuerdo al censo de población y vivienda del 2001 tanto a nivel de cantón como de las parroquias de toda la provincia.

**GRÁFICO # 27**  
**POBLACIÓN CON DISPONIBILIDAD DE TELÉFONO, SEGÚN PARROQUIAS,**  
**PROVINCIA SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS, CENSO 2001.**



Fuente: INEC.

Elaboración: Bueno Rosa

En lo relacionado a la dotación del agua, gráfico # 28, por medio de red, Santo Domingo tiene una cobertura de 53.4%, un 36% dispone de agua de pozo, y el restante de río o carro repartidor; en las parroquias sucede lo contrario la mayor parte de las viviendas se proveen de agua de pozo o río, un reducido número de viviendas tiene la provisión del líquido vital por medio de red.

**GRÁFICO # 28**  
**POBLACIÓN CON DISPONIBILIDAD DE AGUA, SEGÚN PARROQUIAS,**  
**PROVINCIA SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS. CENSO 2001.**

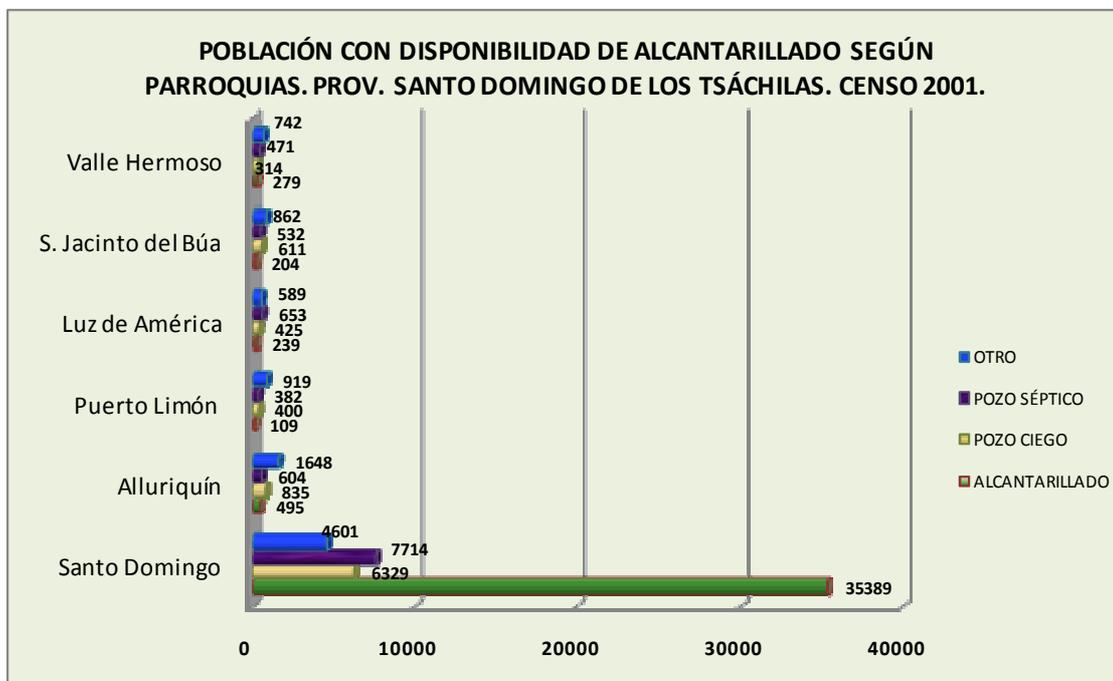


Fuente: INEC.

Elaboración: Bueno Rosa.

De igual manera el gráfico # 29, señala que el servicio de alcantarillado un 65% de la ciudad de Santo Domingo lo dispone, mientras que el 12% elimina excretas en pozo ciego, 14% usa pozo séptico, el resto de parroquias tiene una situación muy diferente, la mayor parte de las viviendas no disponen de alcantarillado, están provistas de pozos sépticos o utilizan otros medios para la eliminación de excretas

**GRÁFICO # 29**  
**POBLACIÓN CON DISPONIBILIDAD DE ALCANTARILLADO, SEGÚN**  
**PARROQUIAS, PROVINCIA SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS. CENSO**  
**2001.**

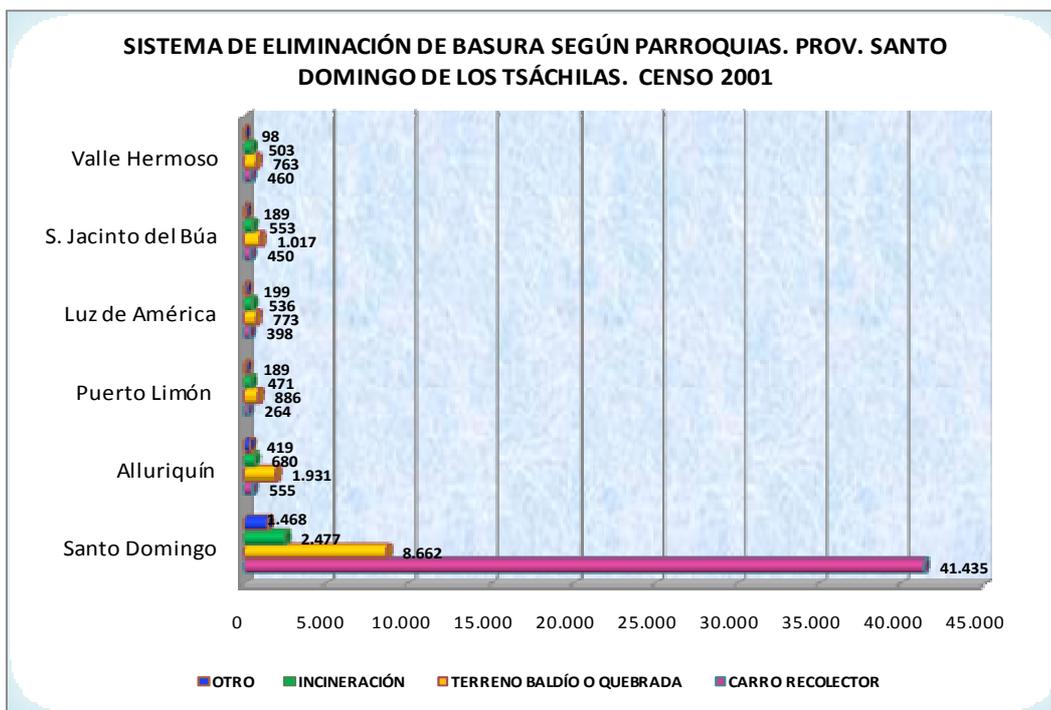


Fuente: INEC.

Elaboración: Bueno Rosa

La recolección de desechos dentro de la ciudad el carro recolector cubre el 77%, un 16% es eliminado a terreno baldío, el 5% lo incinera, en las parroquias el sistema de eliminación de basura entre el 40 y 50 % de la población lo hace a los terrenos, o la incineración es el otro medio que más utilizan, mientras que el sistema de carro recolector tiene una cobertura muy limitada, como se observa en el gráfico # 30

**GRÁFICO # 30**  
**SISTEMA DE ELIMINACIÓN DE BASURAS, SEGÚN PARROQUIAS,**  
**PROVINCIA SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS. CENSO 2001.**

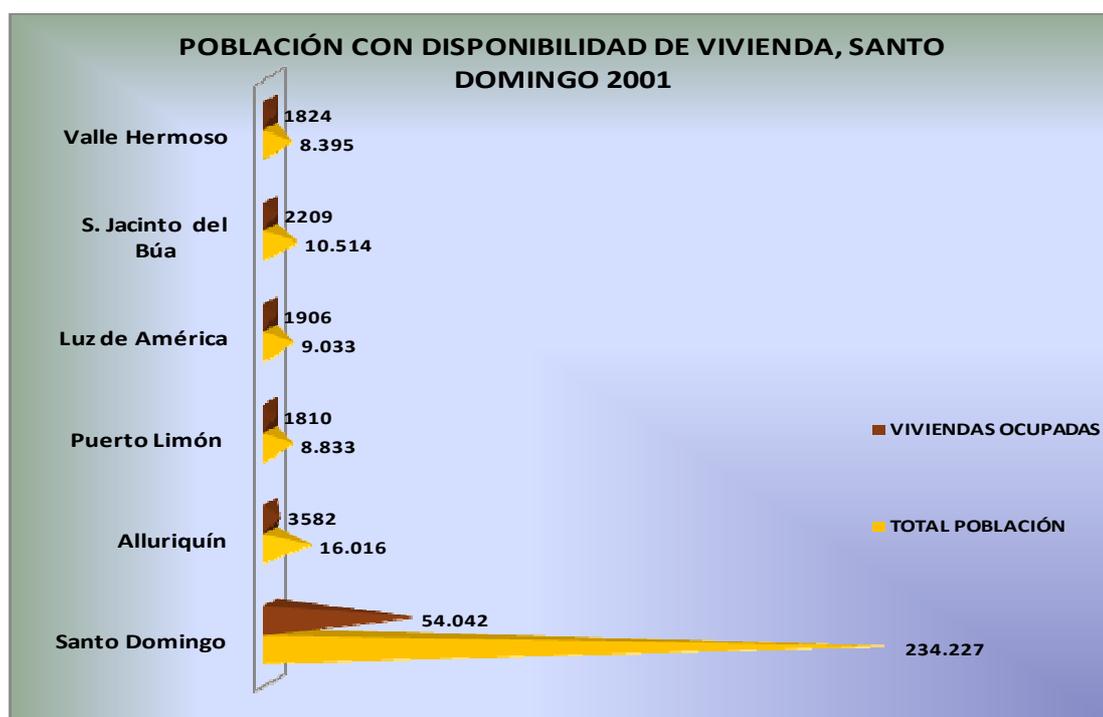


Fuente: INEC.

Elaboración: Bueno Rosa

Según el censo del 2001, con respecto a la vivienda, 76889 son el total de viviendas ocupadas, 53771 corresponden al área urbana y 23113 a la rural, además indica que el promedio de ocupación es de 4.4 personas con una densidad poblacional de 75,4 habitantes por Km<sup>2</sup>, en el gráfico # 31 se puede observar que la distribución de viviendas, en el cantón del total de población 234227, existen 54042 viviendas ocupadas; en la parroquia Alluriquín la población es 16016 con total de 3582 viviendas ocupadas.

**GRÁFICO # 31**  
**POBLACIÓN CON DISPONIBILIDAD DE VIVIENDA. SANTO DOMINGO 2001.**



Fuente: INEC.

Elaboración: Bueno Rosa.

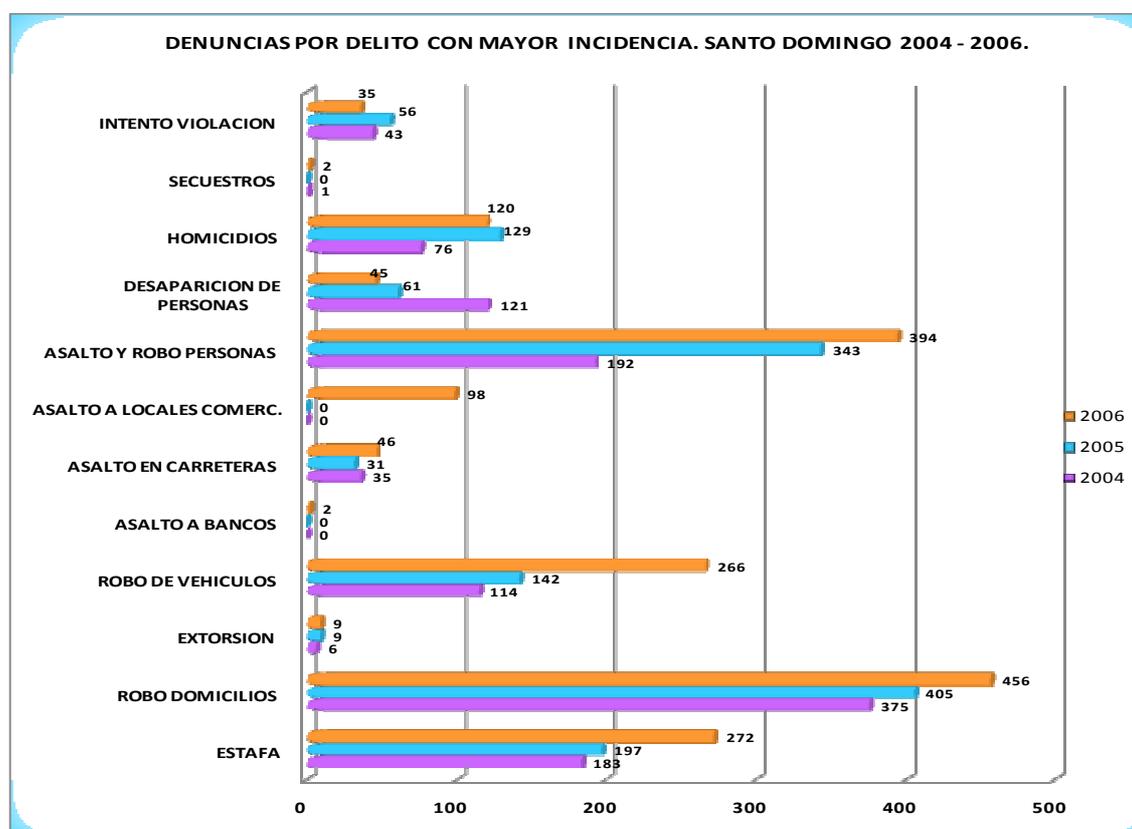
Según la Dirección Municipal de Salud, muchas de las viviendas están ubicadas junto a los esteros, en quebradas o cursos de agua con alta contaminación orgánica por su contenido de agua servida, falta de canalización, agua de pozo cuya cercanía con los pozos sépticos los convierte en potenciales focos de contaminación y generadores de enfermedades particularmente para los niños menores de cinco años, además las viviendas son construidas con materiales perecibles y fungibles, convirtiéndoles en altamente peligrosos para la integridad física de las personas que las habitan.

Además menciona que, Santo Domingo es una ciudad que tiene un crecimiento desordenado y no programado, el ajuste en la economía del país ha creado desigualdades, este y otros factores como ambientales, debilitaron aún más la economía de muchas familias rurales obligadas a migrar al extranjero o a zonas urbanas con agravamiento de la desestructuración familiar, a partir de 1973 comienza la legalización de la gran cantidad de cooperativas de vivienda, muchas de las cuales fueron producto de invasiones a haciendas o fincas preexistentes; al

momento existen en Santo Domingo más de 110 cooperativas y otro tanto en asentamientos, en los que se registra alrededor de 25.000 familias con carencia absoluta de alcantarillado, agua segura para consumo humano, calles con exceso de polvo en verano y greda en invierno, contaminación de esteros, alta incidencia de vectores trasmisores de enfermedades tropicales prevalentes, desocupación, maltrato infantil y violencia intrafamiliar delincuencia y pandillerismo, alcoholismo y drogadicción, conductas sexuales de riesgo.

En el gráfico # 32, en base a datos proporcionado por la Policía Judicial de la ciudad, se puede apreciar que los delitos de mayor incidencia en la zona durante estos últimos años los robos a domicilios, vehículos cada año se va incrementando, al igual que el asalto a persona, los homicidios, etc.,

**GRÁFICO # 32**  
**DENUNCIAS POR DELITO CON MAYOR INCIDENCIA. SANTO DOMINGO.**  
**2004 – 2006.**



Fuente: Archivo Policía Judicial Santo Domingo.

Elaboración: Bueno Rosa.

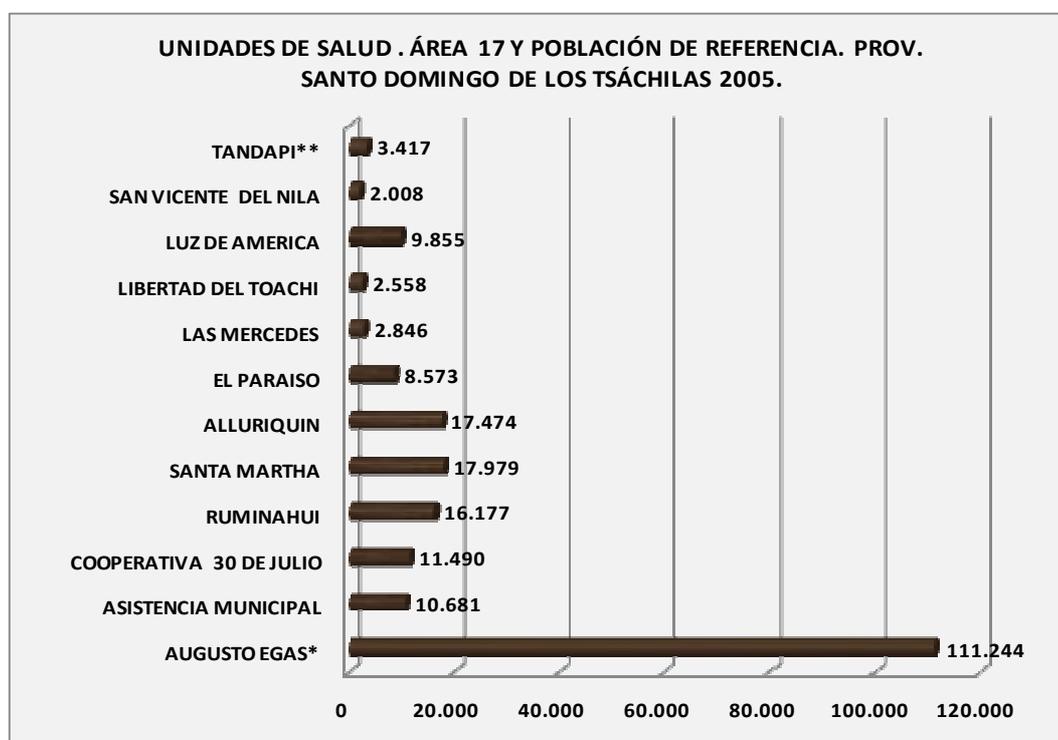
Otros aspectos como inseguridad alimentaria debido a la manipulación, expendio masivo alimentos y productos en centros privados y populares como, hospedaje, talleres, edificios públicos, lugares de recreación, diversión, centros educativos, son entre otras causas son el denominador común; desde hace aproximadamente dos años debido al plan Colombia y Plan Patriota el fenómeno migratorio hacia nuestro país desde Colombia se ha incrementado, con lo cual es frecuente encontrar familias de colombianos en calidad de refugiados o desplazados.

### **3.2.8 SERVICIOS DE SALUD.**

La provincia, en la actualidad cuenta con un Hospital general de segundo nivel, Dispensario del IESS que no dispone de internación, no atiende fines de semana y festivos, Sistema Nacional de Erradicación de Malaria (SNEM), 2 unidades de salud móviles del Municipio, 1 subcentro de salud del Consejo Provincial, dentro de los establecimientos privados (datos proporcionados por CS. Augusto Egas) están: 2 hospitales, 17 clínicas, 23 centros médicos, 93 consultorios, 59 consultorios odontológicos, 49 laboratorios de diagnóstico, 4 consultorios obstétricos, 8 servicios de rehabilitación, 4 consultorios Psicológicos que funcionan dentro de la ciudad; según la base de datos realizada por el Dr. Luís Caisaguano Coordinador del servicio de Emergencia del hospital, en la ciudad funcionan 15 establecimientos de salud privados que disponen de camas para hospitalización y atención de emergencia.

En cuanto a la atención ambulatoria dependiente del Ministerio de salud está, el Centro de Salud Augusto Egas como cabecera de área, localizado en el centro de la ciudad, del cual dependen, 4 subcentros de salud ubicados en el área urbana y 7 subcentros de salud en el área rural, el gráfico # 33 indica a cada una de las unidades con su población de referencia, además el subcentro de Tandapí hasta el año 2005 era considerado dentro de ésta área, ésta parroquia pertenece al cantón Mejía.

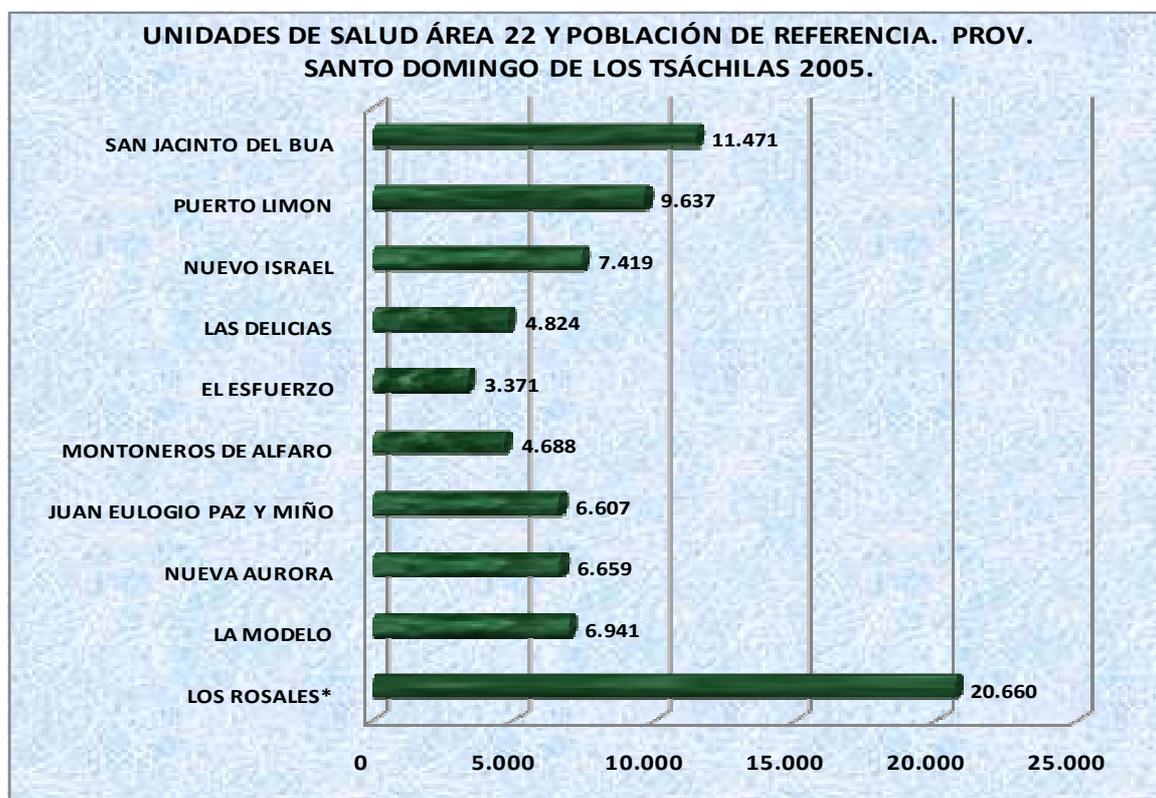
**GRÁFICO # 33**  
**UNIDADES DE SALUD, ÁREA 17 Y POBLACIÓN DE REFERENCIA, PROV.**  
**SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS. 2005.**



FUENTE: Proyección de población por cantones y parroquias 2005. Estadísticas MSP. Subproceso Modelo Gerencia de Servicios de Salud. EQ. Técnico/EP2005. Elaboración: Bueno Rosa.

También está el centro de Salud los Rosales, al igual que el anterior en el gráfico # 34, detalla la población de referencia hasta el año 2005, del que dependen, 3 subcentros de salud urbanos, 6 subcentros de salud rurales localizados en la diferentes parroquias, (de acuerdo a información del Sistema Regionalizado de áreas de salud, actualización DPS; INEC; MSP: 2005).

**GRÁFICO # 34**  
**UNIDADES DE SALUD ÁREA 22 Y POBLACIÓN DE REFERENCIA. PROV.**  
**SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS. 2005.**



FUENTE: Proyección de población por cantones y parroquias 2005. Estadísticas MSP. Subproceso Modelo Gerencia de Servicios de Salud. EQ. Técnico/EP2005. Elaboración: Bueno Rosa.

El personal de salud que presta sus servicios en el cantón, existe un aproximado de 400 médicos entre afiliados o no a ASOMED, 100 odontólogos, 70 enfermeras, 120 auxiliares de enfermería con certificado, 20 obstétrices que laboran en las zonas urbanas y rurales y 14 parteras autorizadas por el Ministerio de Salud.

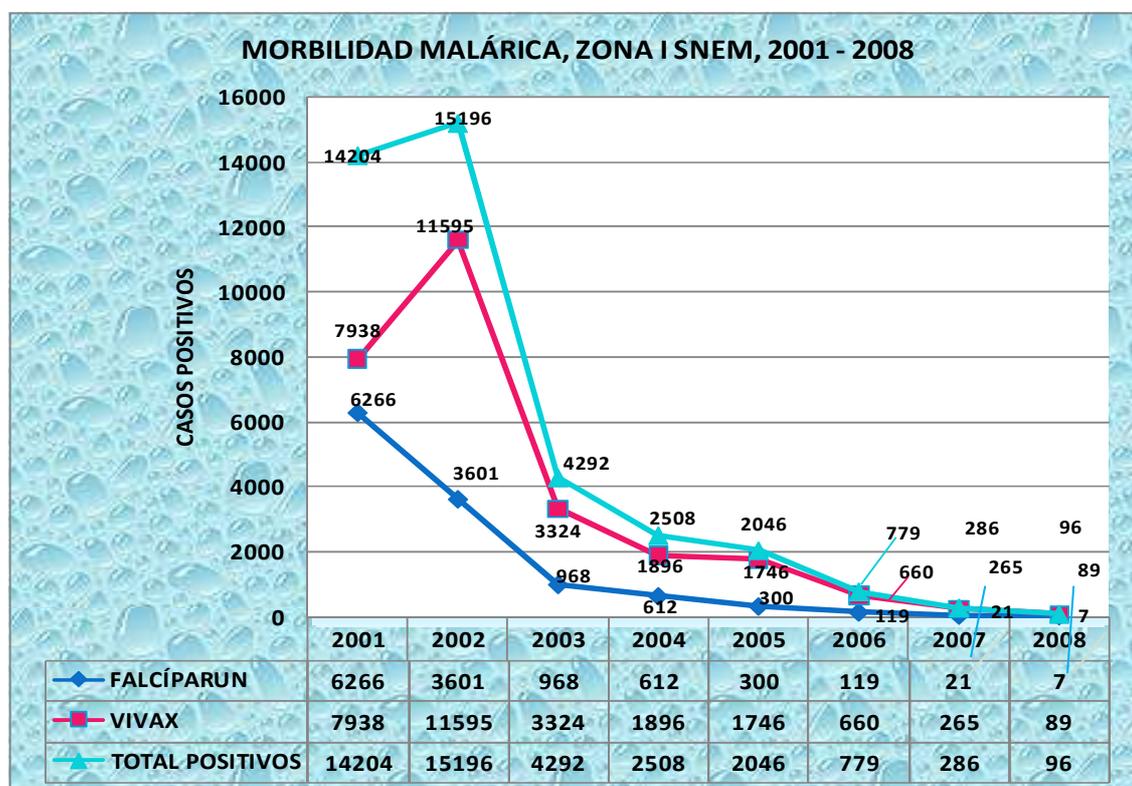
### 3.2.9 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS.

Todo lo descrito, la disponibilidad de servicios de salud, los niveles educativos, las condiciones socio-sanitarias de los hogares, el acceso a agua potable y/o segura y a saneamiento ambiental y, en general, los niveles de pobreza y bienestar del medio familiar influyen o predisponen a la población a estar

expuestos constantemente al riesgo de enfermar o morir, siendo la niñez el grupo de mayor riesgo según estadísticas vitales, la tasa de mortalidad neonatal, es 8.2 por 1000 nacidos vivos, mientras que la de mortalidad infantil 15,49 por mil nacidos vivos.

Un problema importante de salud particularmente en zonas rurales y urbano periféricas la morbilidad por malaria, si observamos el gráfico # 35, según datos proporcionados por la Zona I del servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM) que comprende parte de la provincia de Pichincha, Puerto Quito, Pedro Vicente Maldonado, San Miguel de los Bancos, toda la provincia Tsáchila y parte de Manabí El Carmen y Flavio Alfaro; desde el año 2001 hasta el 2008 este problema de salud ha ido disminuyendo en el año 2006 el total casos positivos 779 de los cuales 660 corresponden al Plasmodium Vivax y 21 a Falcíparun, mientras que en el año 2008 un total de 96 con 89 y 7 casos respectivamente.

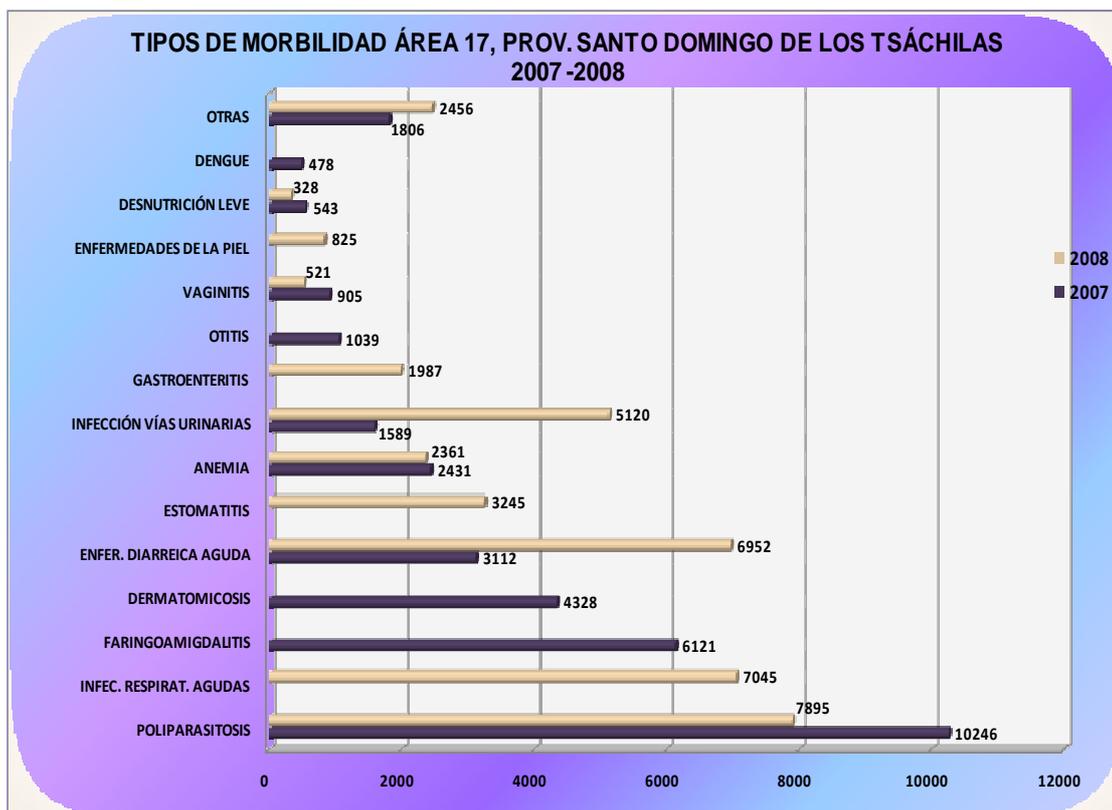
**GRÁFICO # 35**  
**MORBILIDAD MALÁRICA, ZONA I SNEM, 2001 – 2008.**



Fuente: Zona I Santo Domingo. Elaboración: Bueno Rosa.

Los principales tipos de atención de acuerdo a los registros estadísticos del Área 17, se detalla en el gráfico # 36, son la poliparasitosis que se registra con 10246 casos en el año 2007, mientras que en el 2008 son 7895, en orden de frecuencia están la infecciones respiratorias con 7045 casos en el 2008, llama la atención la enfermedad diarreica aguda en el año 2007 se presentan 3112 para alcanzar a 6952 en el año 2008, situación similar pasa con la infección de vías urinarias de 1589 a 5120 casos respectivamente, las restantes causas en menores cifras, no dejan de ser importantes.

**GRÁFICO # 36**  
**TIPOS DE MORBILIDAD ÁREA 17, PROV. SANTO DOMINGO DE LOS**  
**TSÁCHILAS. 2007- 2008.**

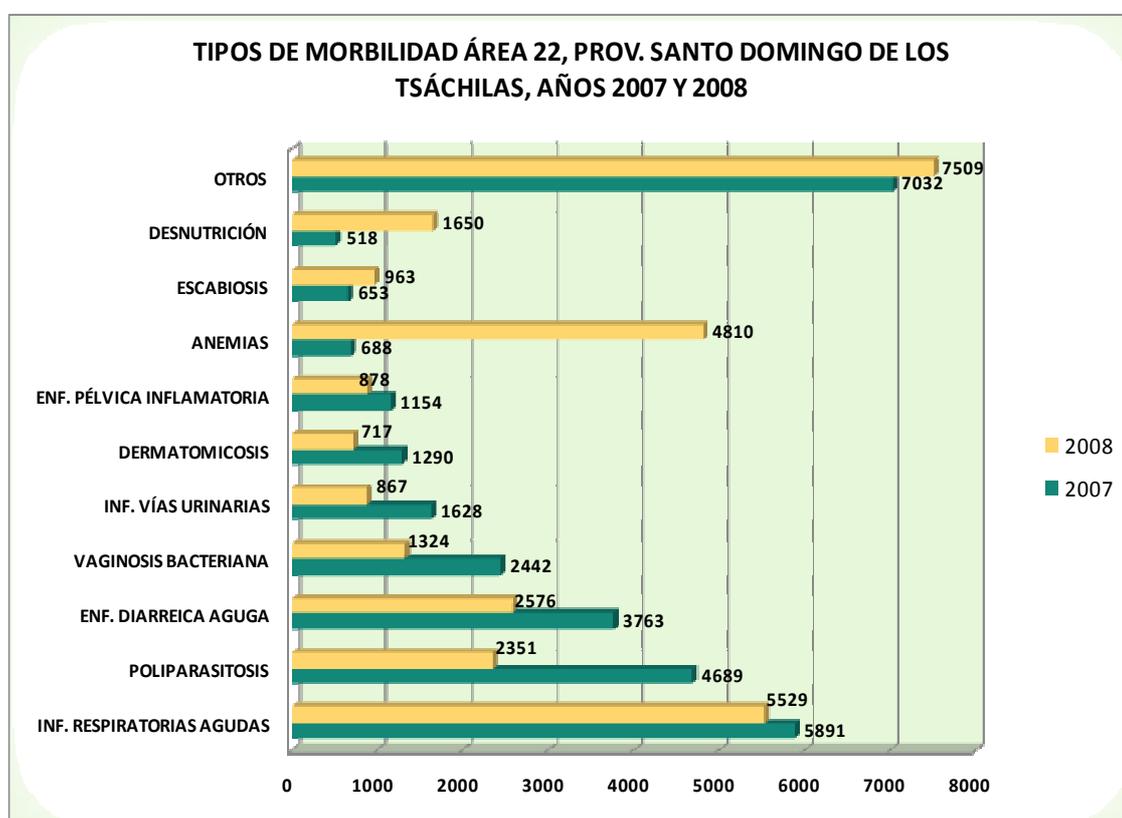


Fuente: Dpto. Estadística y Registros Médicos. C. S. Augusto Egas. Elaboración: Bueno Rosa.

En el gráfico # 37, La morbilidad presentada en el área 22 en estos dos años, son las infecciones respiratorias agudas las que ocupan el primer lugar como causa de atención con 5891 en el año 2007, alcanzando 5529 en el año 2008, la

poliparasitosis es otra causa de mayor atención en el año 2007, el número de casos es de 4689, mientras que para el 2008 disminuye a 2351; la enfermedad diarreica aguda, ocupa el tercer lugar como causa de atención, con 3763 y 2576, para cada año respectivamente; llama la atención el incremento de los problemas de salud como la anemia en el año 2007 se presentan 688 casos, mientras que para el año 2008 llega a 4810, éstas y las restantes causas de atención tiene similitud con las presentadas en el área 17.

**GRÁFICO # 37**  
**TIPO DE MORBILIDAD ÁREA 22, PROV. SANTO DOMINGO DE LOS**  
**TSÁCHILAS. 2007 Y 2008.**



Fuente: Dpto. Estadística y Registros Médicos. C. S. Augusto Egas. Elaboración. Rosa Bueno.

Otro de los problemas preocupantes en salud es el incremento del VHI de los datos estadísticos obtenidos (1990 a nov. 2007, gráfico # 38), se observa que del total de casos 217 confirmados, a partir del año 2000 el número de personas con este problema va aumentando considerablemente, siendo en el año 2006 un

total de 62 casos nuevos, en el año 2007 hasta noviembre hay un total de 28 casos nuevos.

**GRÁFICO # 38**  
**CASOS VIH SIDA. SANTO DOMINGO.**



Fuente: Dpto. Epidemiología H. Dr. G. D. (Estadísticas 1990 hasta noviembre 2007). Elaboración. Bueno Rosa.

### 3.3 CONTEXTO HOSPITALARIO

El desarrollo de una ciudad no solo está dada por el comercio, transporte, educación, también es parte fundamental la salud, es así que en 1944 para dar soporte a la producción cauchera y con el apoyo económico del servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública se creó el Hospital DUNHAN con el fin de brindar atención en salud a los trabajadores del caucho y cascarilla, en la especialidad de enfermedades tropicales, además de brindar servicio gratuito a los habitantes de la región; posteriormente el 23 de julio de 1946 toma el nombre Augusto Egas; debido al incremento de la población se ve necesario la construcción de un hospital de mayor capacidad, es a partir del año 1976, en un lote del Seguro Social, adquirido por convenio con el Ministerio de Salud Pública,

la gestión y el informe justificativo para su creación elaborado por los Dres. Gustavo Domínguez Z. Director del Hospital "Augusto Egas" y Gonzalo Cárdenas Jefe De Fomento y Protección del mismo Hospital, y aceptada por el Sr. Coronel de Sanidad, Raúl Maldonado Mejía, Ministro de Salud Pública de ese entonces, se da el contrato, para la construcción y equipamiento del Hospital, suscrito el 27 de Abril de 1976, con la Compañía INA BRONCO, siendo Ministro de Salud el Dr. Asdrúbal de la Torre, después de 11 años de iniciado su construcción a un costo total de 170`777.452 sucres (\$6.831.10), el nuevo hospital termina su construcción en Agosto de 1983

La fase de adiestramiento, apertura y entrega recepción del nuevo Hospital, fue en septiembre de 1983, con el Personal Técnico del Ministerio de Salud Pública, IEOS y Personal del Hospital " Augusto Egas", bajo la Dirección del Dr. Ricardo Freire, Director General de Servicio de Salud y el Dr. Patricio Ampudia, Director del Hospital " Augusto Egas ", es el 12 de octubre 1983 que inicia su funcionamiento con el nombre de H. Santo Domingo, con acuerdo Ministerial N° 4337 decretado por el Dr. Luís Sarracín D. Ministro de Salud en esa época, quedando el antiguo hospital como Centro de Salud.

El nuevo hospital, inicia su labor asistencial al público con 36 usuarios, distribuidos en las especialidades de: Medicina Interna, Cirugía, Gineco Obstetricia y Pediatría. A la fecha de la inauguración, contaba con el siguiente personal 9 Médicos de planta, 8 Médicos residentes, 2 Odontólogos, una Enfermera Jefe, 20 Enfermeras de Planta 2 Enfermeras del año Rural, 54 Auxiliares de enfermería y demás Personal Administrativo, el primer Director del Hospital fue el Dr. Patricio Ampudia.

En el año 2000 con fondos del FASBASE el servicio de Emergencia fue remodelado, en abril del año 2001, por gestiones realizadas por el Dr. Gustavo Domínguez, todo el hospital entra en una fase de reconstrucción por parte de CORPECUADOR a cargo de la firma Maldonado Fiallos, para lo cual fue necesario la construcción de tres áreas tipo canchones que fueron ocupados por Emergencia y Hospitalización, con un 40% de la capacidad total que tiene el hospital, Centro Quirúrgico, Neonatología y Gineco Obstetricia se ubico en el área

de emergencia, el área administrativa y Rehabilitación se trasladaron al Dispensario Médico del IESS, Estadística y Consulta Externa funcionaron en el Centro de Salud Augusto Egas. La reinauguración se realizó el 6 enero del 2003 y cambia de nombre denominándose HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z, con acuerdo ministerial 00719, publicado en Registro oficial # 712 el 26 de noviembre del 2002, en memoria de quién fue el gestor de la obra.

El Hospital dedicado a las labores asistenciales de fomento y protección de la salud, de curación y rehabilitación, científicas y educativas, también incrementa su servicio de medicina física y Rehabilitación el mismo que tuvo el apoyo del Gobierno Japonés en sus inicios, actualmente funciona con recursos del Ministerio de Salud.

### **3.3.1 INSTALACIONES.**

Para su funcionamiento y servicio a la comunidad el hospital, es una construcción vertical, con un total de 9500 m<sup>2</sup> de área construida; dispone de un servicio de agua entuba y cisterna (cuadro # 2), con sus respectivos sistemas de tratamiento, la energía eléctrica de red pública y un generador eléctrico de emergencia con capacidad de 112 Kw./hora, el consumo de energía eléctrica es de 16700 Kw. mes; también cuenta con un sistema de Oxígeno centralizado con tanque propio, se calcula que el consumo está en 120 m<sup>3</sup> al mes como se resume en el siguiente cuadro, la disposición de excretas y aguas servidas a través de la red de alcantarillado público, el sistema de recolección de desechos dentro del hospital se realiza la clasificación de los mismos de acuerdo a normas establecidas y que es de conocimiento del todo el personal, éstas son almacenadas en el centro de acopio para luego ser llevadas por carro recolector al destino final, siendo responsabilidad del municipio el realizar ésta actividad.

**CUADRO # 2**  
**INFORMACIÓN BÁSICA DE LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL**

<b>INFORMACIÓN BÁSICA DE LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL</b>	
Fecha de construcción de las instalaciones	Jul-76
Fecha de inicio de la rehabilitación	May-01
Tipo de construcción	Vertical
<b>Extensión:</b>	
Superficie total del hospital	15500 m <sup>2</sup>
Áreas verdes	6000 m <sup>2</sup>
Áreas construida	9500 m <sup>2</sup>
Área edificada	2900 m <sup>2</sup>
Área en comodato	400 m <sup>2</sup>
<b>Agua</b>	
Entubada, tratada	300 m <sup>3</sup>
1 cisterna	100 m <sup>3</sup>
1 Tanque de tratamiento	200 m <sup>3</sup>
Grado de dureza del agua	Variando en promedio 104 MG/lt
<b>Energía eléctrica</b>	
En funcionamiento las 24:00 h del día	Capacidad instalada:
tiene corriente de 110 a 220 w	135 Kw. en B y C
1 Generador eléctrico marca cuminis, tipo	
transformador con capacidad de 500 Kw.	
y 112,5 Kw/hora	
Consumo promedio	16700 Kw./mes
<b>Consumo de oxígeno</b>	
Sistema centralizado de oxígeno, servicio de tanque propio.	
Consumo promedio de oxígeno	120 m <sup>3</sup> /mes
<b>Sistema de vapor</b>	
2 calderos tipo horizontal con capacidad de	1725 lb./h
redes de vapor anexo	
<b>Consumo de combustible</b>	
Promedio mensual de	2000 a 3000 galones diesel
<b>Sistema de aguas servidas</b>	
Dispone de sistema de alcantarillado público	

Fuente y Elaboración: Plan estratégico HDGD. 2005 – 2006

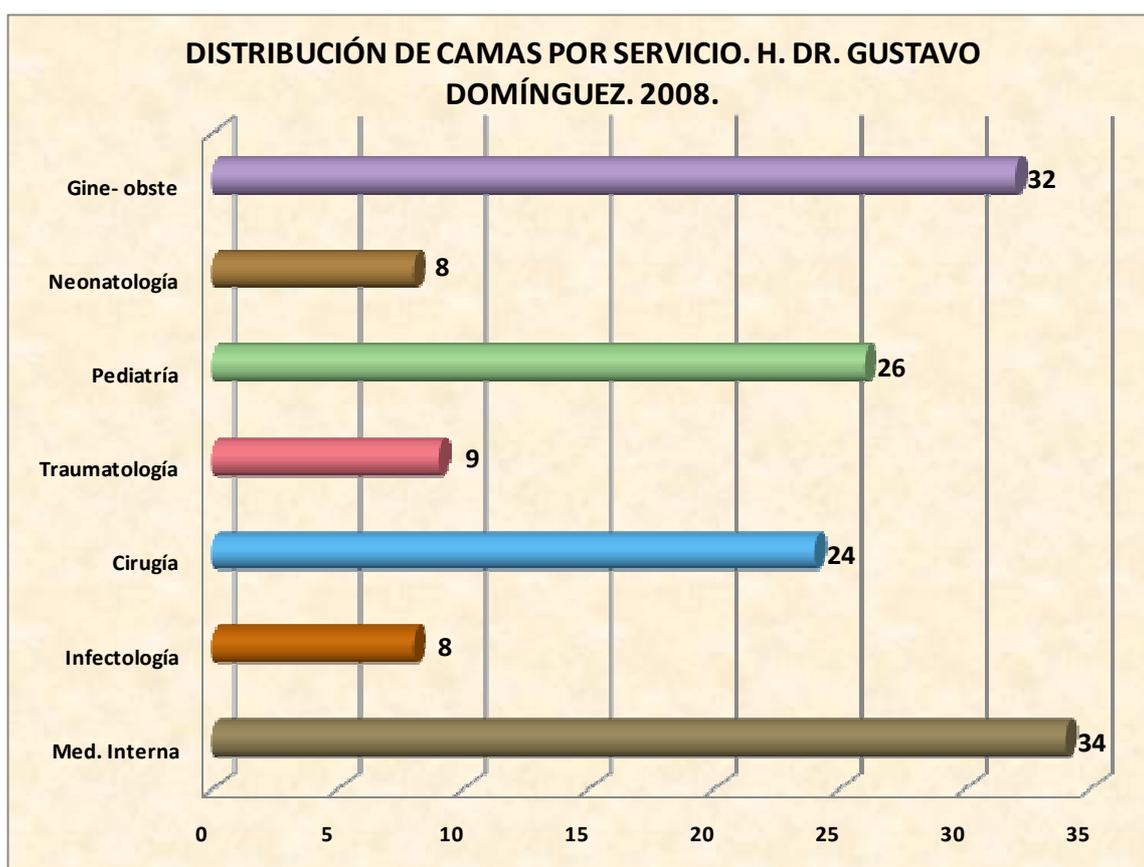
### 3.3.2 DOTACIÓN DE CAMAS

La dotación normal de camas es de 141 para las cuatro especialidades básicas, distribuidas de la siguiente manera, en el tercer piso funciona Medicina Interna con 42 camas, de las cuales 8 están destinadas a infectología; en el segundo piso

está Cirugía General con 33 camas, de este total 9 son para traumatología, comparte este piso con Pediatría que dispone de 20 cunas y 6 camas; neonatología 8 termocunas, se ubica junto a Ginecología y Obstetricia en el primer piso que funciona con 32 camas, además en este piso también está ubicado estratégicamente central de Esterilización, y Centro Quirúrgico – Obstétrico que dispone de 4 quirófanos, 2 salas de parto, una sala de recuperación con cuatro camillas ( gráfico # 39).

### GRÁFICO # 39

#### DISTRIBUCIÓN DE CAMAS POR SERVICIO. HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ. 2006 – 2008



Fuente: Dpto. Estadística y Registros Médicos. Elaboración: Bueno Rosa.

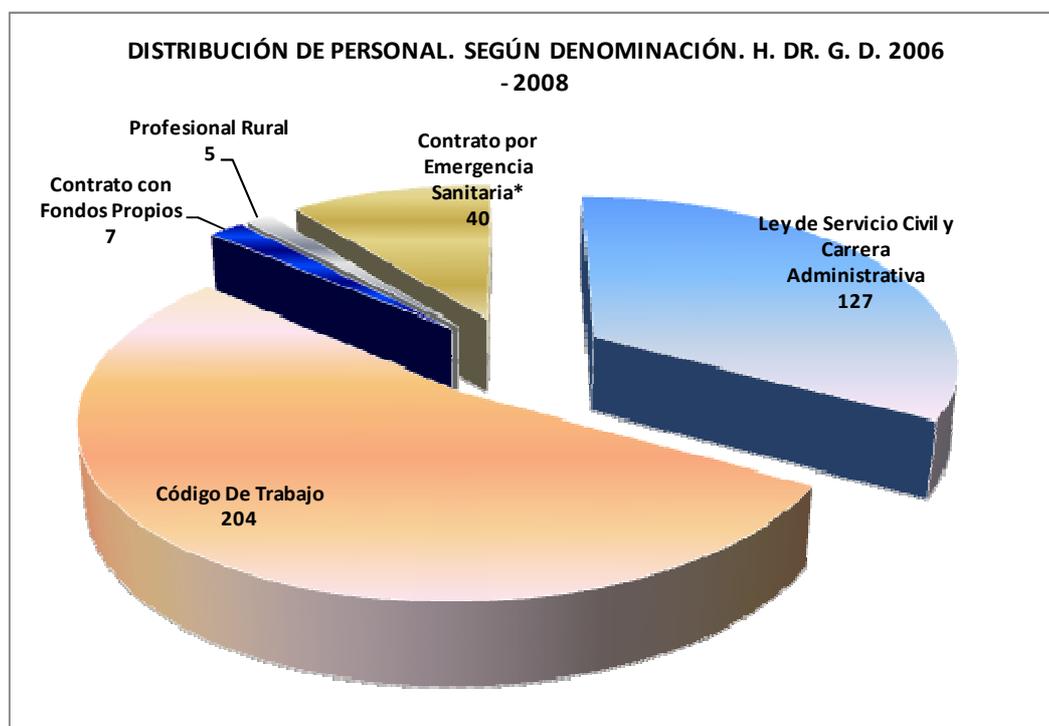
En la planta baja del hospital se encuentra consulta externa que cuenta con 8 consultorios, información, adjunto a esto el departamento de estadística, trabajo

social, el bloque administrativo, en la parte posterior, se encuentra Emergencia con 16 camillas para recibir y atender usuarios, en la parte interna esta el servicio de laboratorio y radiología, además del servicio de nutrición y dietética, en bloques independientes funcionan los departamentos de bodega, rehabilitación, mantenimiento, ropería y lavandería, laboratorio de anatomía patológica, la morgue.

### **3.3.3 RECURSOS HUMANOS.**

El talento humano que labora en el hospital: son 30 médicos tratantes, 16 médicos residentes, 27 enfermeras profesionales, 96 auxiliares de enfermería, 108 de servicios generales, además de personal por contrato con fondos propios y por la emergencia sanitaria se incrementándose el personal a partir de abril del año 2007, que de acuerdo a denominación, el mayor grupo corresponde a Código de Trabajo con 204 personas, 127 al Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa (gráfico # 40), dando un total de 383 personas que laboran en el hospital

**GRÁFICO # 40**  
**DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL SEGÚN DENOMINACIÓN, H. DR. GUSTAVO**  
**DOMÍNGUEZ. 2006 – 2008.**



Fuente. Dpto. RR. HH. H. DR. G. D.      Elaboración: Rosa Bueno.

No existen datos estadísticos del nivel de ausentismo por categorías, el mecanismo de reclutamiento aunque es muy limitado por no existir rotación alta de personal, es a través de convocatorias según la vacante que se ocasione, si es personal de contrato colectivo lo realizan por medio de selección y toma de examen el comité designado para el caso, y, para personal de carrera administrativa es por medio de concurso en coordinación con los respectivos colegios de agremiados según sea el cargo. La política de incentivos es muy escasa, existe un reconocimiento formal por el tiempo de trabajo a partir de los 15, 20 y 25 años de labor.

### **3.3.4 TECNOLOGÍA**

El equipamiento que dispone el hospital está dado en base a los requerimientos que cada área lo demanda, dependiendo de la actividad a la cual está destinada, muchos de los mobiliarios, equipos y más implementos son reemplazados ya sea por daño o por haber superado su tiempo de vida útil, el no disponer una información completa sobre tiempo de funcionamiento, vida útil de los equipos, como son los inventarios actualizados, lo que no facilita dar una aproximación de la realidad actual de los mismos, pero en los últimos años conforme avanza el desarrollo tecnológico el hospital también ha implementado equipos especialmente en el área administrativa donde las actividades se lleva exclusivamente por medio de un sistema informático, estas son financiero, proveeduría, caja, parte de estadística, que mantienen enlaces con los niveles centrales; con relación a los servicios de hospitalización, diagnóstico, apoyo y demás componentes se ha incorporado muy poca nueva tecnología, laboratorio dispone de un equipo para hematograma, radiología dos equipos de "RX" y un ecógrafo. Los requerimientos nuevos de cada servicio se realizan previa solicitud del área que lo necesita y son analizados en comité de adquisiciones para ser adquiridos dependiendo de la partida presupuestaria que se disponga.

También dispone de sistema de transporte como son tres ambulancias, para referencia de usuarios a unidades de salud de mayor complejidad, una camioneta para uso administrativo

### **3.3.5 ACTIVIDADES DOCENTES**

La docencia que se realiza en el hospital está a cargo de un médico internista que además es responsable del área de epidemiología, desarrollan programa de educación continúa para médicos tratantes, residentes e internos rotativos, también en el grupo del internado rotativo de enfermería.

Existe la coordinación de tutoría con la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Quito para estudiantes de post grado en las especialidades de cirugía, pediatría, y para el internado rotativo de Enfermería y Medicina, también se

relaciona con la Universidad de Guaranda, para el desarrollo del internado rotativo de Enfermería, con la Universidad Católica sede local, con la Facultad de Enfermería por cuanto realizan sus rotaciones y prácticas hospitalarias las estudiantes de dicha facultad.

### **3.3.6 COMITES HOSPITALARIOS**

Dentro del hospital se ha conformado algunos comités: Consejo Técnico, comité de: Manejo de Infecciones Nosocomiales, Bioseguridad, Farmacia, Riesgos y Desastres, de Historia Clínica, Auditoria Médica, que tiene sus funciones establecidas de acuerdo a los fines para los que se organizaron, las reuniones se realizan en base a la planificación de cada comité, no se dispone estadísticas de la frecuencia de reuniones.

### **3.3.7 SISTEMAS DE INFORMACIÓN.**

Es importante destacar que el hospital está incorporando en forma paulatina a la nueva tecnología informática, en la actualidad áreas como la administrativa dispone de un sistema informático, y se mantiene en red con bodega, farmacia, también estadística lo dispone, los enlaces que el hospital tiene a nivel nacionales con la Dirección Provincial de Salud de Pichincha, el Ministerio de Salud, Banco Central otras entidades con la que coordina o suministra información; los sistemas informáticos que en la actualidad dispone el hospital están: ESIGEF que es una red nacional obligatoria entre el Ministerio de Salud y Ministerio de Economía y Finanzas, con el INEC, SIPROD, SIVE ALERTA; EPIINFO, Bioestadística; el programa OLIMPO instalado para el proceso administrativo del hospital, es un sistema informático instalado en Red interna entre administración, bodega, farmacia; tiene los siguientes módulos: inventario, para control de existencias maneja bodega; contabilidad, para movimiento contable; tesorería maneja cartas y proyectos cuentas por pagar, cuentas por cobrar, proveedores, presupuesto, hace certificaciones y reformas presupuestarias, devengados, pagos presupuestarios y saca reportes de ingresos y gastos.

### 3.3.8 INFORMACIÓN ECONÓMICO FINANCIERA.

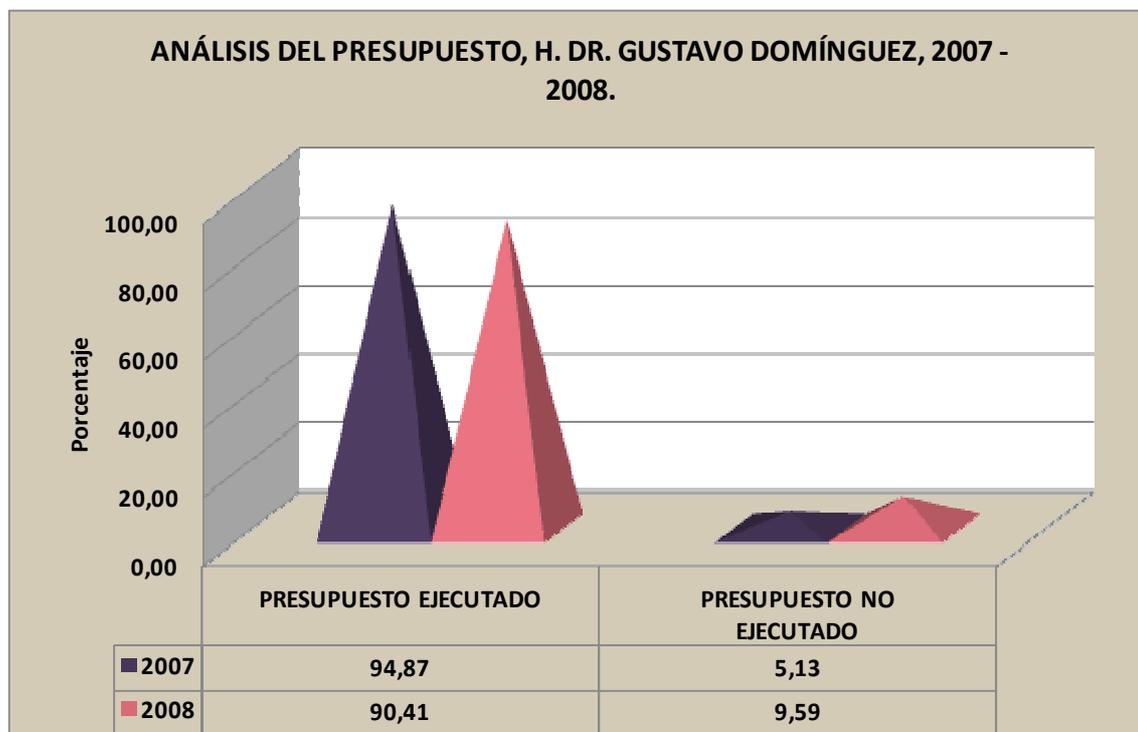
El presupuesto para el hospital proviene del estado por parte del Ministerio de Economía y Finanzas, se trabaja el mismo en base a los históricos (presupuestos anteriores); la proforma presupuestaria es elaborada hasta el 30 de junio, para lo cual es importante tener en cuenta la proyección de ingresos, por la inflación se calcula con el 3% más, de lo que asigna el Ministerio de Finanzas; esta proforma es remitida a los organismos correspondientes para su aprobación; la asignación se realiza el 1º de enero de cada año, para la ejecución que es en base al POA que desde el año 2008 la SEMPLADES exige a cada institución para la asignación presupuestaria.

No existe dentro de la institución, presupuestos o costos por cada servicio, se asigna los recursos de acuerdo a las necesidades de cada área y conforme a la disposición de recursos económicos y partidas presupuestarias asignadas.

En el grafico # 41 de análisis de presupuesto, el 5.13% corresponde a presupuesto no ejecutado en el año 2007, siendo estos fondos revertidos al Ministerio de Finanzas el monto no ejecutado es debido a la gestión deficiente o porque en ese año el presupuesto fue asignado en alcúotas mensuales y muchas veces pese a la ejecución y al no haber disponibilidad de fondos desde el gobierno los recursos no llegaban, quedando el presupuesto sin ejecutarse.

En lo referente al presupuesto del 2008 el 9.59%, es no ejecutado siendo mayor el porcentaje de no ejecución con relación al año anterior, de acuerdo a referencias del departamento financiero para este año se trabajo en planificación por cuatrimestres, como la dispone la SENPLADES (Secretaria de Planificación y Desarrollo), por lo que la ejecución del presupuesto debe efectuarse según la Planificación Operativa Anual (POA) de la institución, se debe señalar que dicha planificación no se realizo para el 2008 con la participación de los involucrados, sino únicamente fue elaborado por la parte contable y administrativa, es importante mencionar que del total de presupuesto anual asignado a la institución, el 70% está destinado al pago de remuneraciones del personal, siendo destinado el restante 30% a gastos corrientes.

**GRÁFICO # 41**  
**ANÁLISIS DEL PRESUPUESTO HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ 2007**  
**– 2008.**



Fuente Dpto. Financiero H. Dr. G. D. Elaboración: Bueno Rosa.

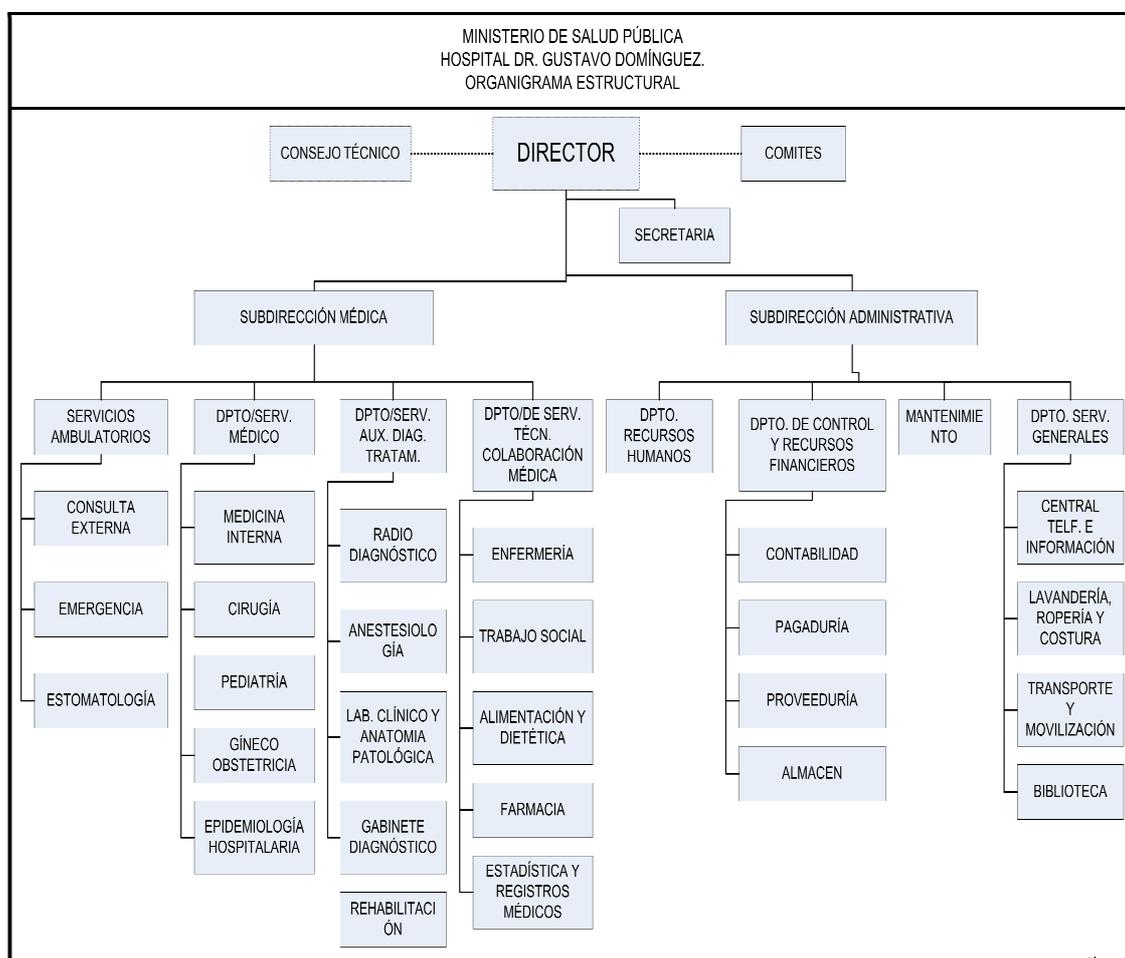
### 3.3.9 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL HOSPITAL

El hospital conserva una organización vertical, que está conducida por la Dirección y Administración del Hospital respectivamente, además un Consejo Técnico y Comités, con sus funciones encaminadas a determinar conjuntamente con la Dirección las Políticas de atención Médica y Administración de la Institución, estructuralmente el organigrama en orden jerárquico está conformado por la Dirección la misma que cuenta con la asesoría del Consejo Técnico y los comités de: Auditoría Médica, Adquisiciones y Farmacología.

De la Dirección es responsabilidad directa los servicios médicos (gráfico # 42): integrado por medicina interna, cirugía y traumatología, pediatría, gineco - obstetricia, odontología, vigilancia epidemiológica, rehabilitación y fisioterapia.

Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento: integrado por laboratorio clínico y patológico, anestesiología y radiología, los servicios técnicos de colaboración médica integrado por: enfermería, trabajo social, estadística y registros médicos, alimentación y dietética, y farmacia.

**GRÁFICO # 42**  
**ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL, HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ.**  
**1996**



Fuente y Elaboración: Dpto. Recursos Humanos. H. Dr. Gustavo Domínguez.

Administración integrado por: Personal, control de recursos financieros (pagaduría, proveeduría, almacén), mantenimiento y servicios generales (transporte y movilización, ropería y lavandería, información y central telefónica y servicios varios); a pesar que desde el Ministerio se ha establecido la

estructuración por procesos hasta la actualidad dentro del hospital no se ha operativizado la estructura organizacional por procesos, existiendo desconocimiento sobre la técnica y metodología y procedimientos de ésta nueva estructura, por lo tanto en sus diferentes niveles carecen de funciones y actividades definidas según procesos, existiendo ausencia del orgánico funcional para la nueva estructura; lo que al momento existe es el distributivo de todo el personal con la denominación de asignaciones que Recursos Humanos lo realiza.

### **3.3.10 ACTIVIDADES ASISTENCIALES.**

La atención que brinda es a través de la consulta externa, rehabilitación; hospitalización y emergencia, además de tener los servicios complementarios de diagnóstico como laboratorio clínico, patológico, rayos X, ecosonografía, anexo al hospital el servicio de tomografía que no es propiedad del hospital sino presta sus servicio previo convenio; también están los servicios de apoyo de atención al usuario como: limpieza, lavandería, mantenimiento, nutrición y dietética, además de las áreas administrativas.

*Procedencia de los pacientes:* El 75% de ambulatorios proceden del área urbana y urbana marginal, (plan estratégico) el 12% proviene del área rural y el 13% de las áreas de influencia del cantón, principalmente de las provincias de Manabí, Esmeraldas y los Ríos, alrededor del 80% de los pacientes hospitalizados provienen del área urbana y urbana marginal; el 8% del área rural y el 12% de las áreas de influencia, principalmente del El Carmen, Flavio Alfaro, Chone, Quinde, La Concordia, Quevedo, Buena Fe, Puerto Quito, Tandapi, acuden por referencia de establecimientos de salud de menor complejidad o por atención directa.

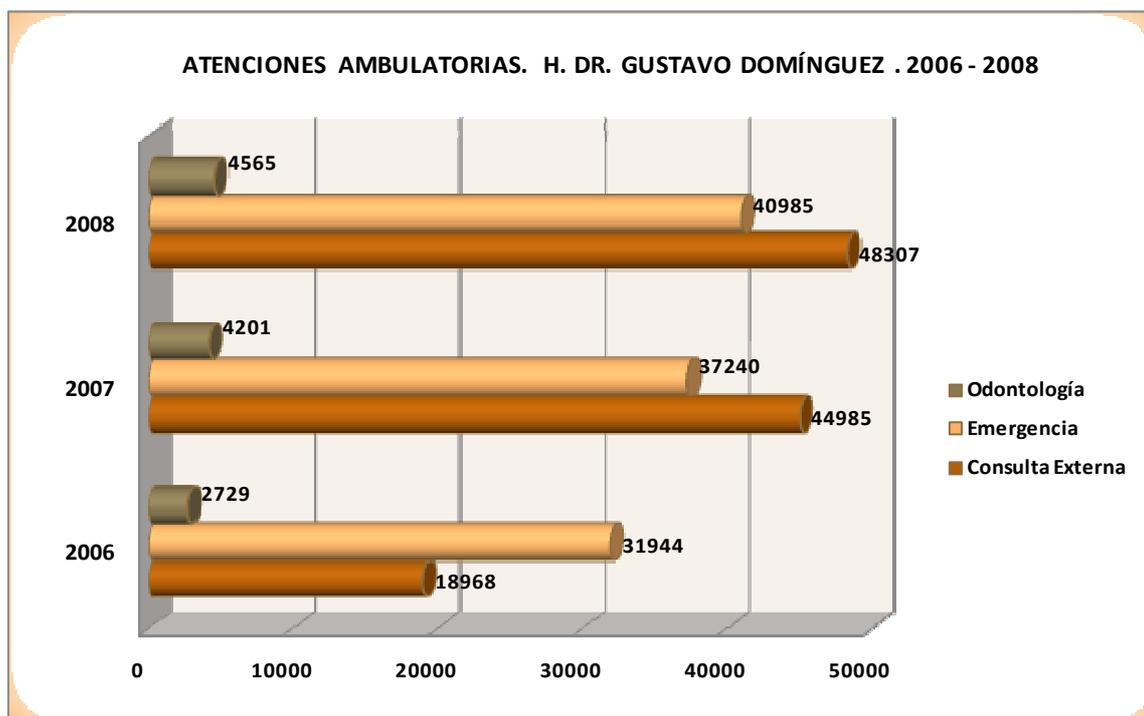
*Características de los usuarios:* El 90% de los pacientes son trabajadores, con ingresos inferiores o iguales al salario mínimo vital vigente, laboran en el campo o son comerciantes ambulantes, o son mujeres separadas de sus esposos y que laboran en una actividad económica terciaria informal; el 10% de los pacientes son de la tercera edad, o que se encuentran alrededor de la incidencia de la

pobreza (12%), o de la brecha de la pobreza (3%), observándose cambios bruscos en los pacientes del área rural y principalmente los que provienen de Puerto Quito aproximadamente el 5% de los pacientes usuarios de hospitalización son afiliados al IESS, el 1% es referido de unidades de menor complejidad del MSP; un 4% son referidos de clínicas o consultorios particulares, el resto viene por sus propios medios.

En el gráfico # 43 se exponen las actividades realizadas en los últimos años, donde aprecia que la demanda por atención en algunas áreas de atención se ha ido incrementando paulatinamente, como son emergencia en el año 2006 se atienden 31944 personas, mientras que para el 2008 alcanza a 40985, odontología duplica la atención desde el 2006 al 2008, en cambio en consulta externa la demanda se hace más evidente en el año 2006, acuden a consulta 18968 usuarios, llegando a un total de 48307 en el año 2008, este aumento se debe al incremento de recurso humano, para algunas áreas por medio del decreto de emergencia en salud.

Realizando una relación de atención entre consulta y emergencia en el 2006 más de 50% de atenciones se realizan en Emergencia, del total de atenciones 89292, durante al año 2008; el 54% de usuario acudió por atención a consulta externa, mientras que el restante 46% lo hizo por Emergencia

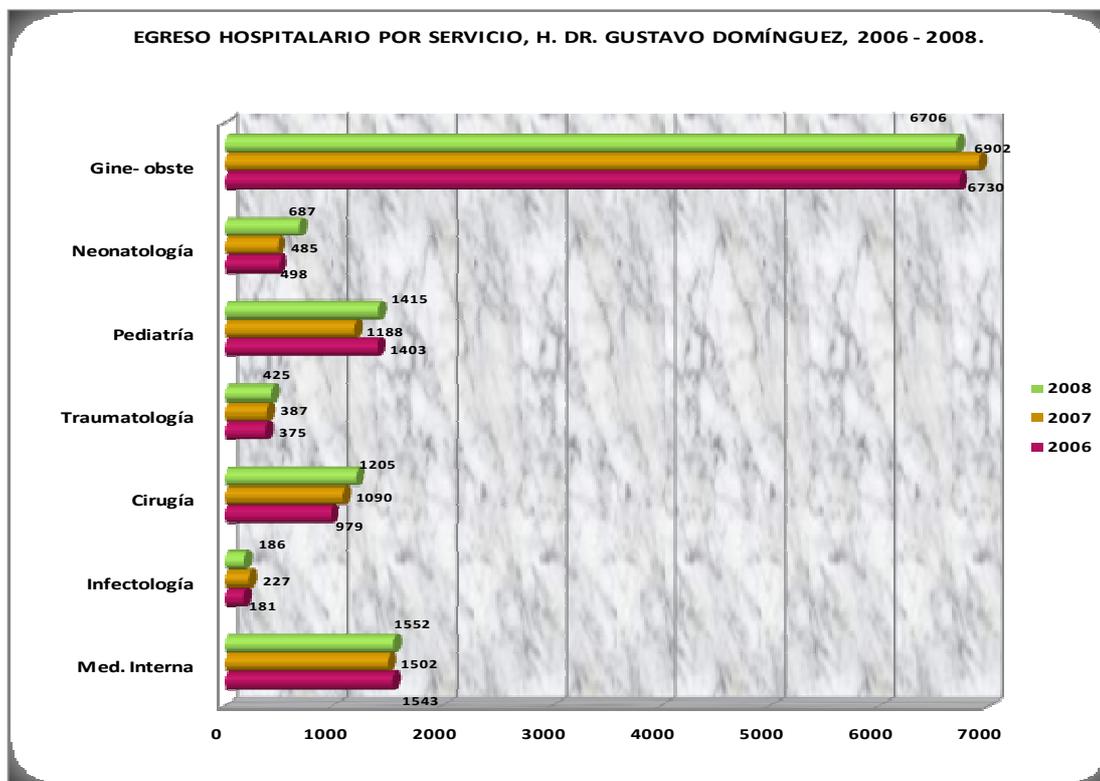
**GRÁFICO # 43**  
**ATENCIONES AMBULATORIAS. H. DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ. 2006 – 2008.**



Fuente. Dpto. Estadística y Registros Médicos. H. DR. G. D. Elaboración: Rosa Bueno

Cabe destacar que la productividad del hospital se ve reflejada en las diferentes actividades, como son los egresos hospitalarios, en el gráfico # 44 de acuerdo a especialidad del total de egresos, gineco obstetricia es el área que mayor demanda ha tenido, situación que se ve reflejada en el total de egresos que supera los 6000 cada año, tomando en cuenta su dotación de cama que es de 32, neonatología a pesar de tener una dotación de camas (incubadoras) mínima, refleja datos estadísticos de gran demanda en el año 2008 tuvo 682 egresos; mientras que pediatría los egresos hospitalarios están sobre los 1400, tanto el años 2006 y 2008, traumatología y cirugía los egresos han aumentado en forma paulatina; infectología es el área que refleja la menor cantidad de egresos, medicina interna ha mantenido egresos por año sobre los 1500, todo esto se debe relacionar con la capacidad de oferta de camas de cada uno de los servicios.

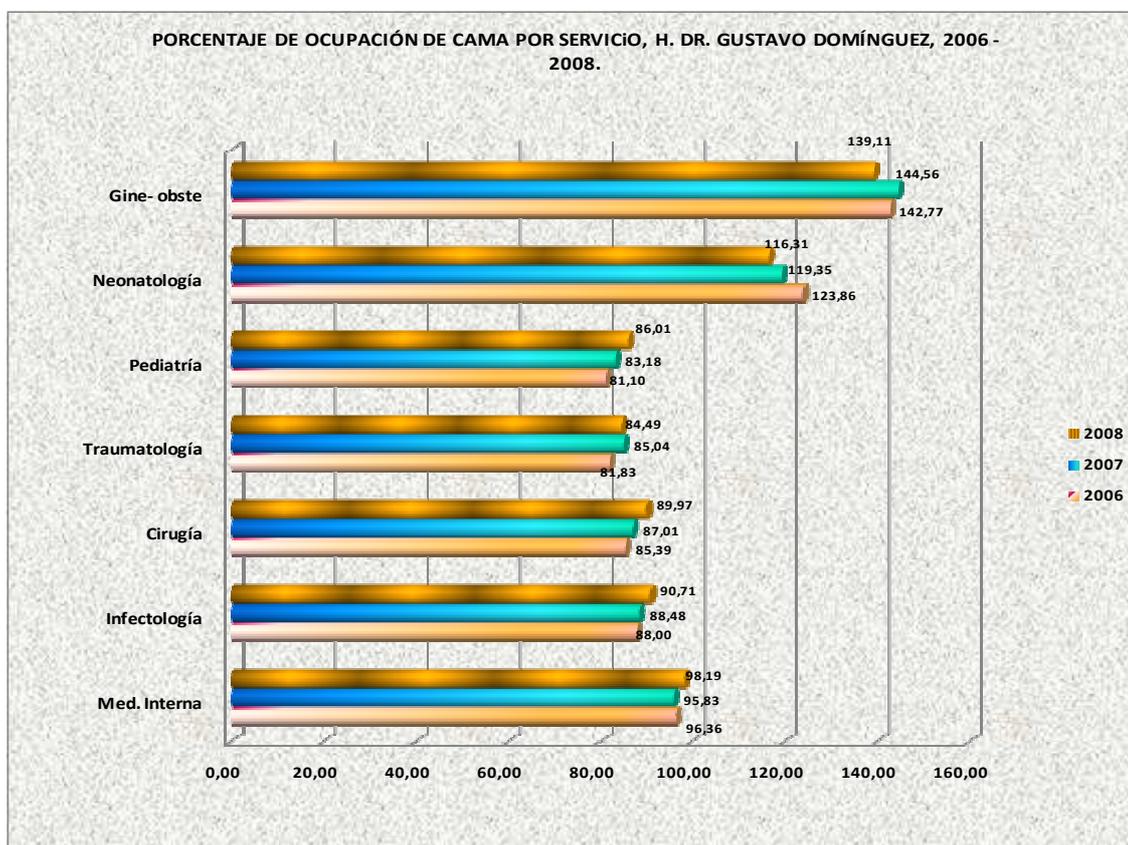
**GRÁFICO # 44**  
**EGRESO HOSPITALARIO POR SERVICIO, H. DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ.**  
**2006 - 2008**



Fuente: Dpto. Estadísticos y Registros Médicos. Sistema común de información MSP. Elaboración: Bueno Rosa.

El porcentaje de ocupación de camas más alto corresponde al servicio de ginecología y obstetricia con 142.77% en el año 2006, 144.56% en el año 2007 para alcanzar a 139.11% en el año 2008, (gráfico # 45), le sigue neonatología con 123.86% en el 2006, 119.35% y 116.31% en los años siguientes respectivamente, estas dos áreas sobrepasaron la capacidad de oferta, en los restantes servicios, el 96.36% en el año 2006, 95.83% para el año 2007 y llegando a 98.19% que corresponde a medicina interna; entre el 85,39% año 2006 y 89.97% de ocupación en el año 2008 reporta el servicio de cirugía, mientras que pediatría incremento el porcentaje de ocupación de cama de, 81.10%, 83.13% a 86%, en los tres años respectivamente.

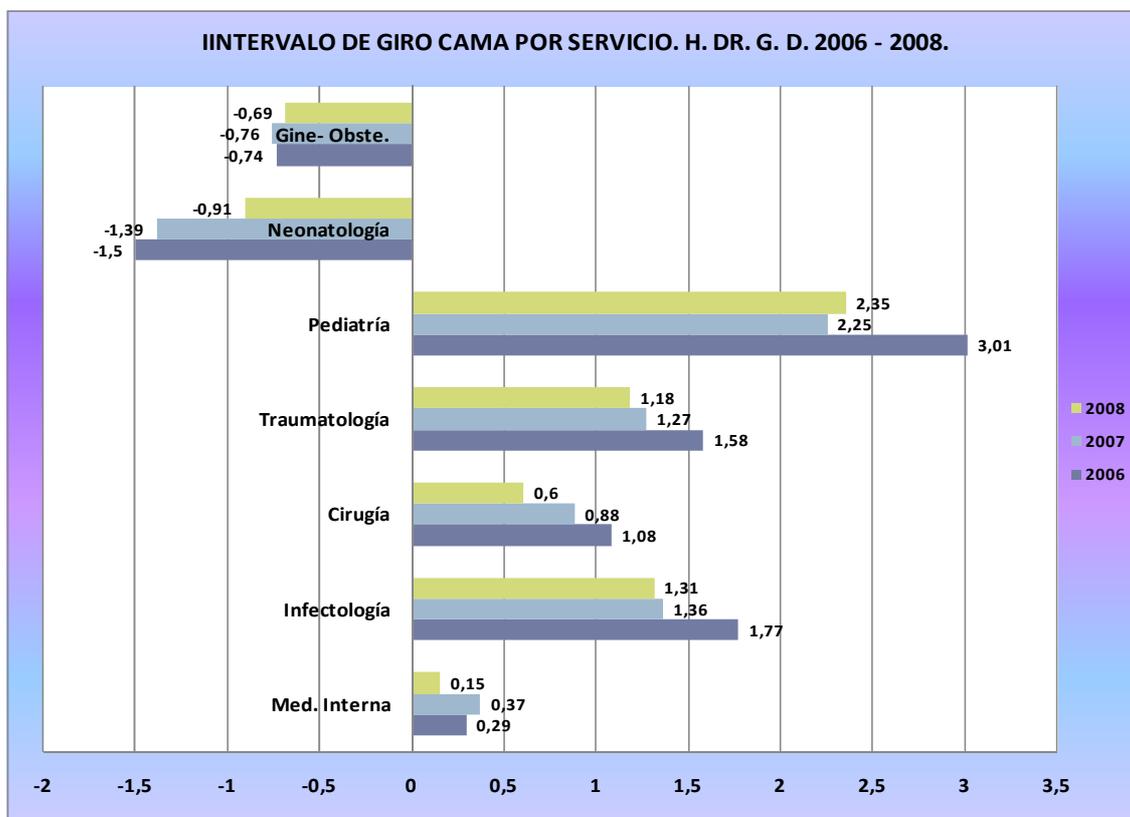
**GRÁFICO # 45**  
**PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE CAMA POR SERVICIO, H. DR. GUSTAVO**  
**DOMÍNGUEZ, 2006 – 2008.**



Fuente: Dpto. Estadística y Registros Médicos.      Elaboración: Bueno Rosa

En cuanto al intervalo de giro cama (gráfico # 46), los servicios con alta demanda tienen un intervalo negativo, gineco – obstetricia con -0,74 en el año 2006 y en el año 2008 es -0,69, también neonatología de -1,5 durante al año 2006 alcanza a -0,91 en el 2008, mientras que los restantes servicios como medicina interna mantiene estos tres años un su intervalo entre 0,29, 0,37 y 0,15 siendo pediatría, el servicio que más tiempo tiene desocupada una cama el intervalo es entre 3,01 en el año 2006 a 2,35 en el año 2008.

**GRÁFICO # 46**  
**INTERVALO DE GIRO CAMA POR SERVICIO. H. DR. G. D. 2006 – 2008.**



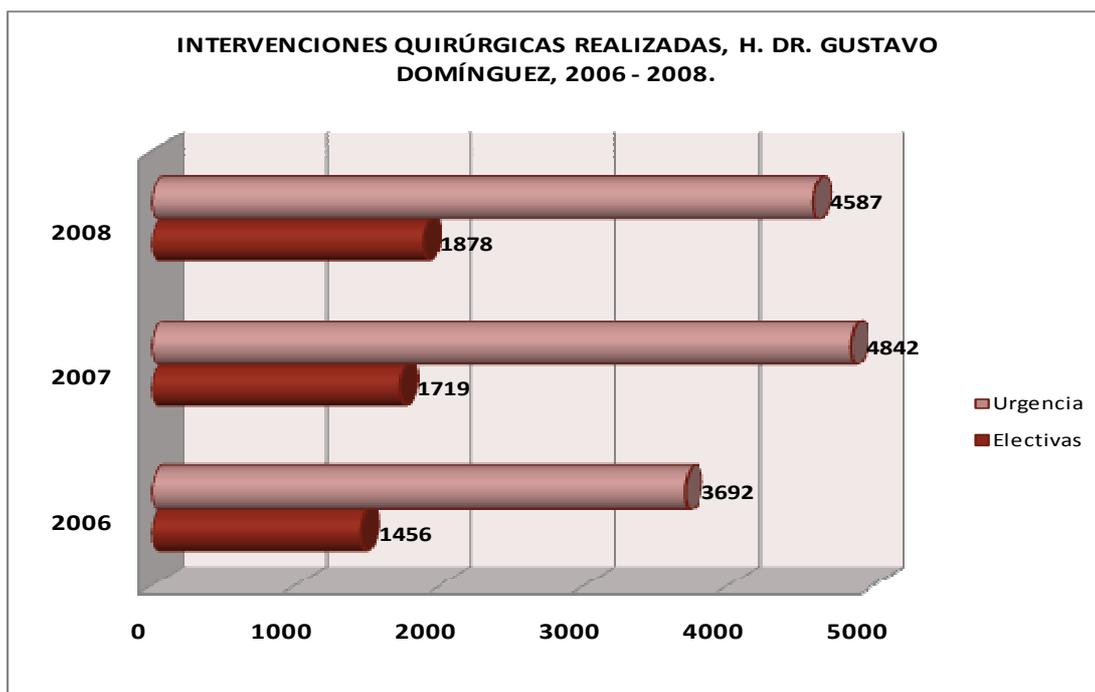
Fuente: Dpto. Estadística y Registros Médicos.      Elaboración: Bueno Rosa

De acuerdo a los registros estadísticos, el promedio día estada, de Gineco - obstetricia es de 1,59, mientras el promedio de egresos hospitalarios fueron de 18,91; infectología con 8, 64 es el área con un promedio de estada más alto y el de egresos 0,83, el resto de servicio tuvieron promedios de días estadas más alto en relación con los egresos, en general el promedio de egresos para el hospital fueron de 32, 28, mientras que el promedio día estada de 3, 32 , estos valores se registran debido a la alta demanda del área de obstetricia que influye en la cifras generales del hospital dando una estancia baja.

Otras de las actividades desarrolladas en el hospital están las intervenciones quirúrgicas como parte del tratamiento médico que requieren algunos usuarios, durante estos tres años, las intervenciones que más se ejecutaron fueron las consideradas como urgentes y que en cifras duplican al número de cirugías

electivas o programadas, como se detalla en el gráfico # 47 es así entre el año 2006 al 2008 se realizan 5053 intervenciones quirúrgicas programadas, mientras que las urgentes dan un total de 13121.

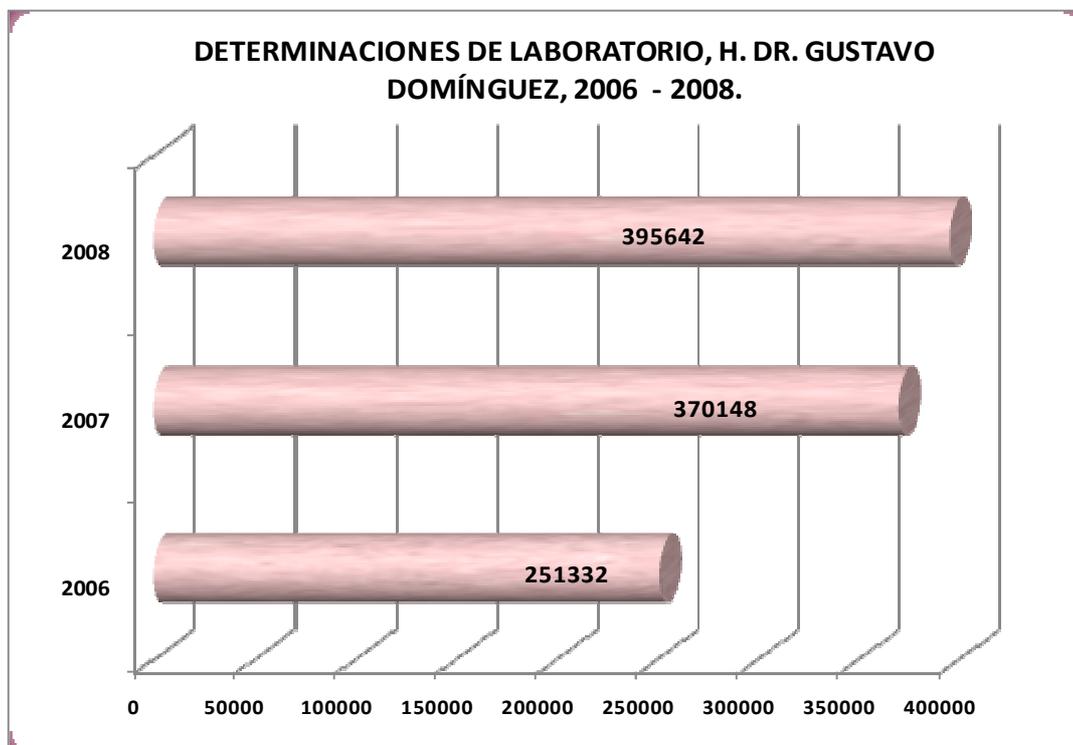
**GRÁFICO # 47**  
**INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS REALIZADAS, H. DR. GUSTAVO**  
**DOMÍNGUEZ, 2006 – 2008.**



Fuente: Dpto. estadística y Registros Médicos. Elaborado: Rosa Bueno

Otras actividades complementarias como parte de la atención médica son las determinaciones de laboratorio, en el gráfico # 48 se puede observar que en el año 2006 se realizaron 251332 determinaciones, esto relacionado con el total de atenciones de ese año nos da una relación de 4 determinaciones por usuario, igual, comportamiento es para los años siguientes, se debe indicar que desde el año 2007 laboratorio funciona las 24 horas del día.

**GRÁFICO # 48**  
**DETERMINACIONES DE LABORATORIO, H. DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ,**  
**2006 – 2008.**

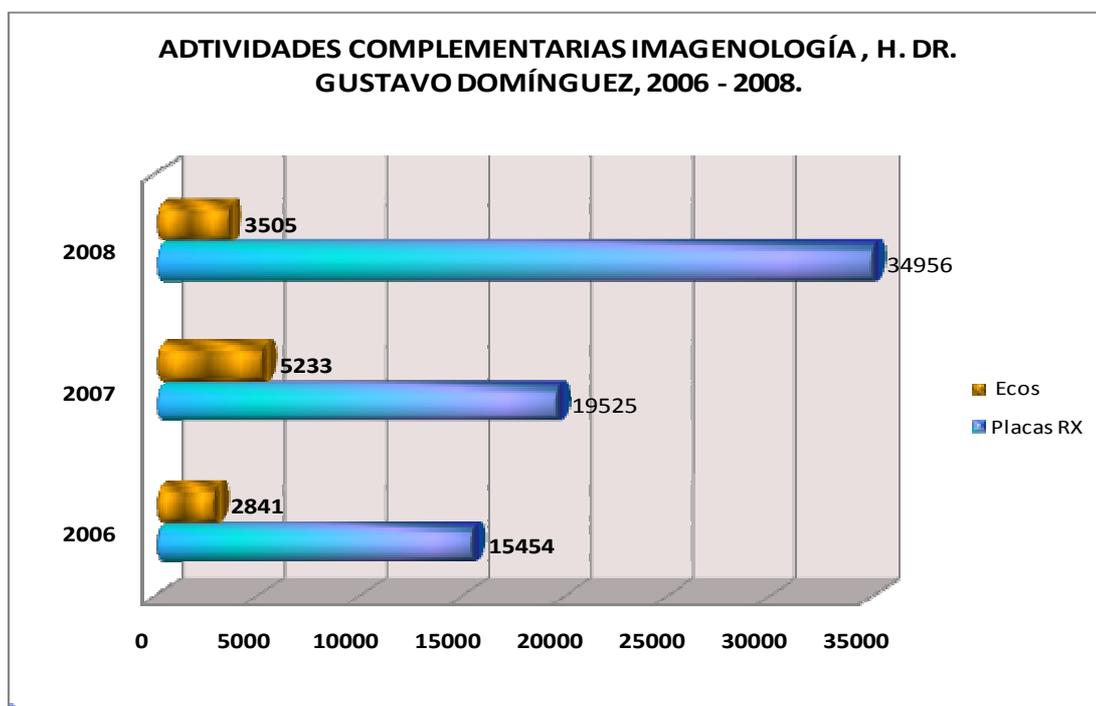


Fuente: Dpto. Estadística y Registros Médicos.

Elaboración: Rosa Bueno

En lo referente a radiografías en el gráfico # 49, se observa que en el año 2006 se realizan 15454, mientras que en el año 2008 se efectúan 34956, en cuanto a los ecos; los datos son menores existiendo variación en los tres años esto se debe a que no se dispone del Médico Radiólogo permanentemente, es en el año 2007 donde se realizan 5233, siendo este año que se contaba con la pasantía de los médicos postgradistas de esta especialidad.

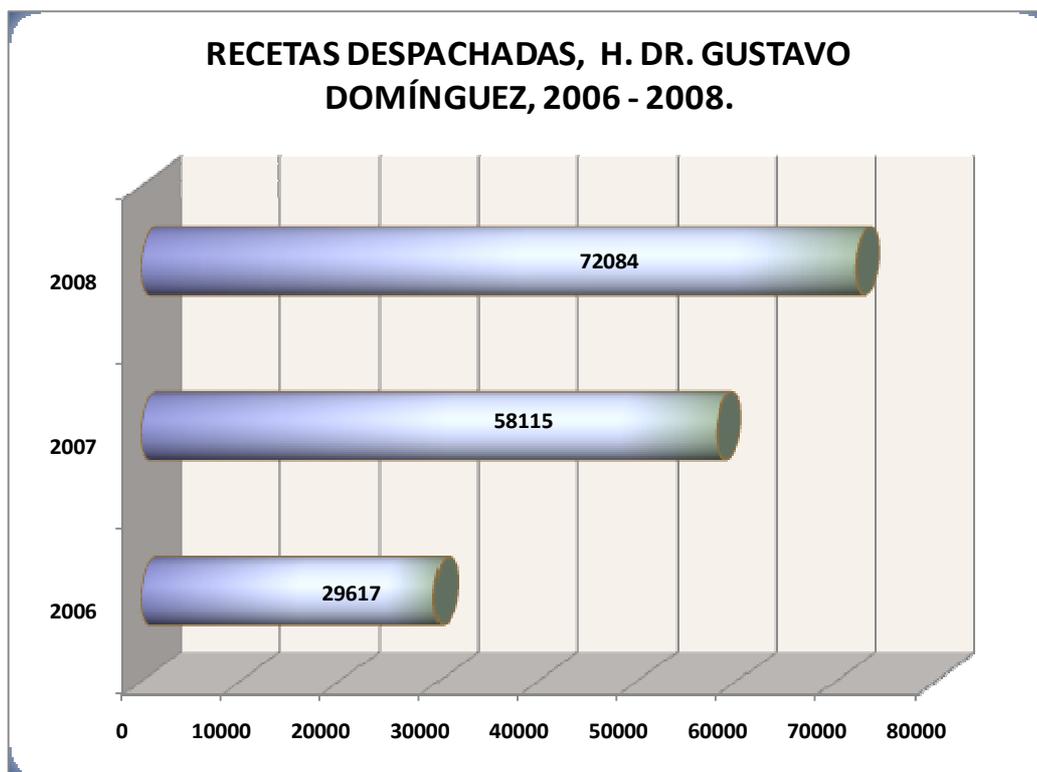
**GRÁFICO # 49**  
**ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS IMAGENOLÓGÍA, H. DR. GUSTAVO**  
**DOMÍNGUEZ, 2006 – 2008.**



Fuente: Dpto. Estadística y Registros Médicos. Elaboración: Bueno Rosa.

También como parte de las actividades están las recetas despachadas desde farmacia hacia los diferentes servicios, el gráfico # 50, nos indica que durante estos últimos tres años existe un aumento considerable del número de recetas generadas, de 29617 en el año 2006, alcanza a 58115 al siguiente año, llegando en el año 2008 a 72084, se debe indicar que a finales de éste último año según el programa de medicina gratuita, la entrega de las mismas es, una receta por medicamento.

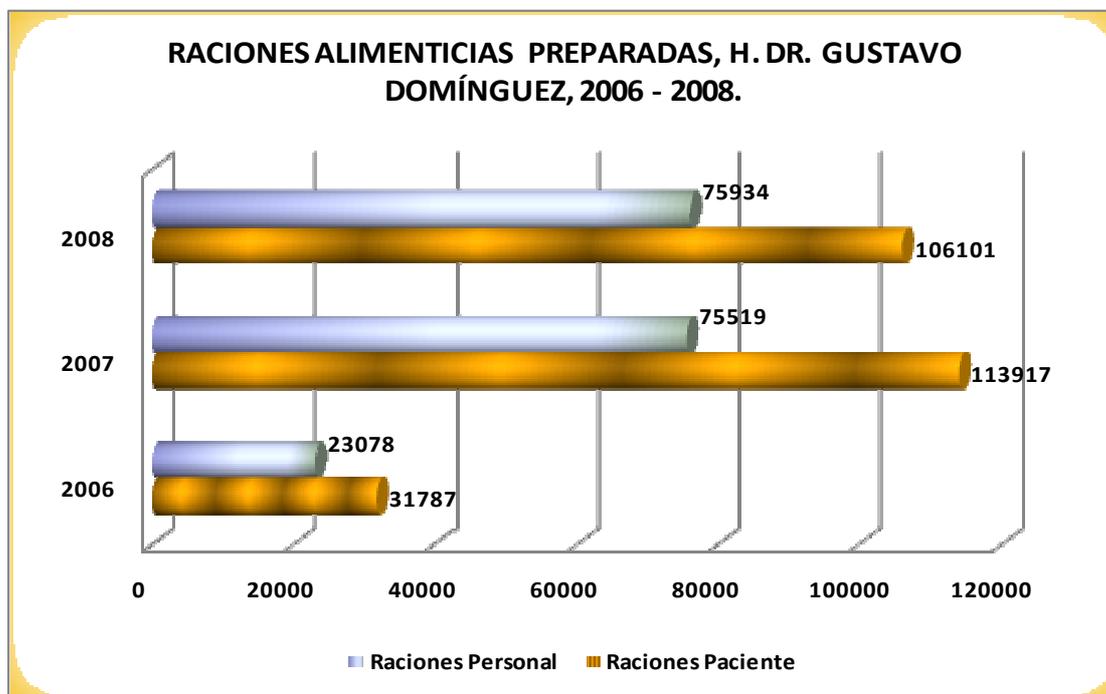
**GRÁFICO # 50**  
**RECETAS DESPACHADAS, H. DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ. 2006 – 2008.**



Fuente: Dpto. Estadística y Registros Médicos. Elaboración: Bueno Rosa.

En lo relacionado a las raciones alimenticias, el gráfico # 51, demuestra que el mayor número preparado fue para los pacientes, existe una diferencia en cuanto a los años, en el año 2006 se preparan 31787 raciones para pacientes y 23078 para el personal, en los años siguientes 2008, el número se incrementa a 106101 y 75934 respectivamente.

**GRÁFICO # 51**  
**RACIONES ALIMENTICIAS PREPARADAS, H. DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ,**  
**2006 – 2008.**

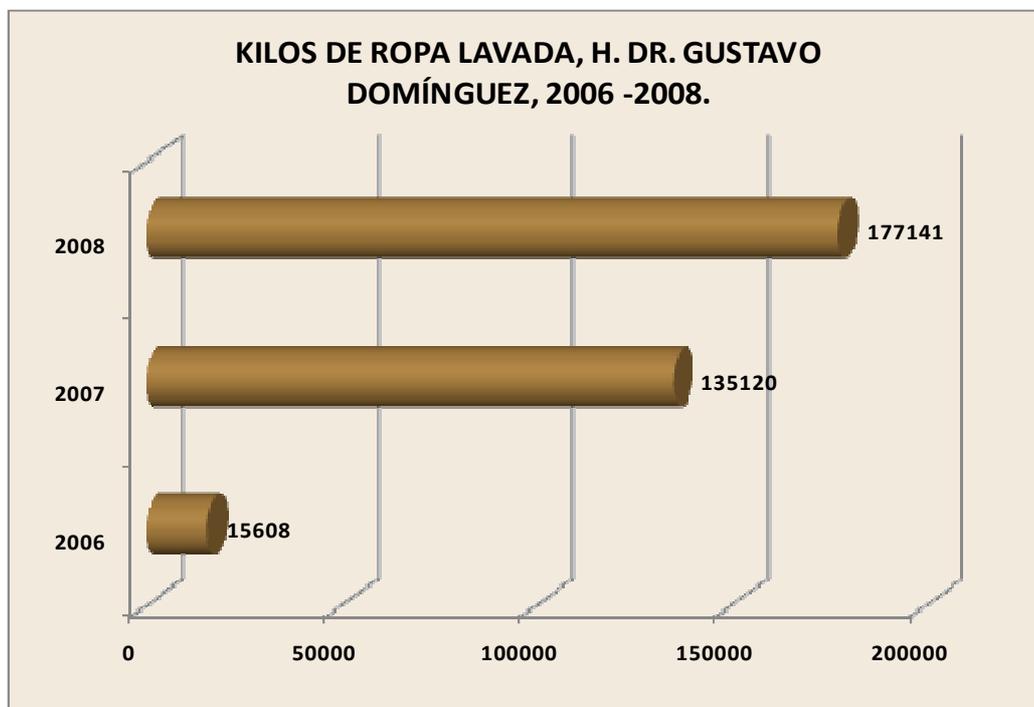


Fuente: Dpto. Estadística y Registros Médicos.

Elaboración: Bueno Rosa.

En el gráfico # 52 se puede observar el reporte de la cantidad de ropa lavada por kilos, notándose una gran diferencia entre los años 2006 se registra 15608 kilos, se puede considerar que los reportes desde donde se genera la información fueron incompletos, en el año 2007, 135120 mientras que en el año 2008 aumenta a 177141, los reportes sobre esta actividad son en forma global de todo el hospital.

**GRÁFICO # 52**  
**KILOS DE ROPA LAVADA, H. DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ, 2006 – 2008.**



Fuente: Dpto. Estadística y Registros Médicos.

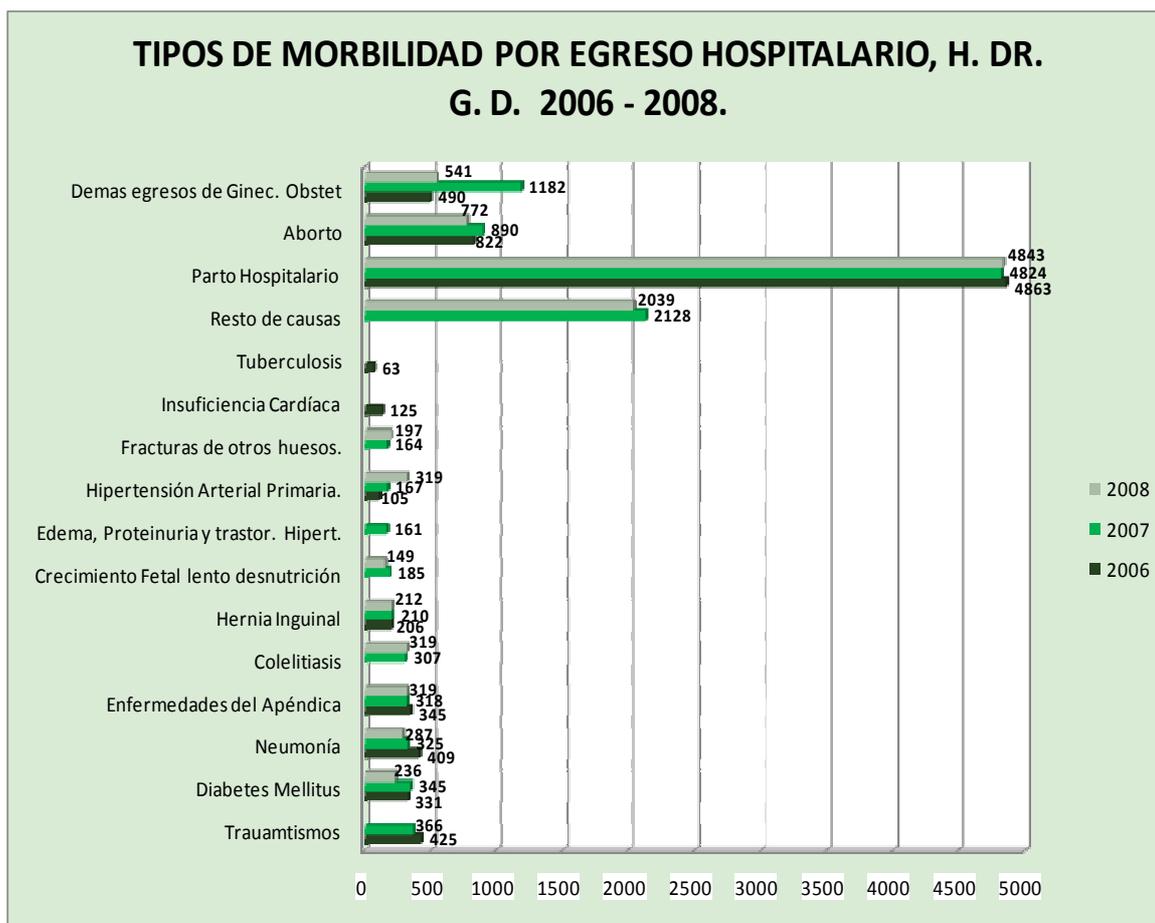
Elaboración: Bueno Rosa.

### 3.3.11 INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL HOSPITAL

Dentro de este contexto, es importante destacar las principales causas de morbilidad por egreso hospitalario, en base a los registros estadísticos del hospital en el gráfico # 53 se observa que, el parto hospitalario aunque no es considerado una patología es la primera causa de atención por egreso hospitalario en el año 2006 se atiende 4843 partos mientras que en el año 2008, 4863, la siguiente causa de atención son los abortos con 822 en el 2006, 890 en el 2007 y en el año 2008 772 casos; los demás egresos gineco - obstétricas se presenta un total de 490 en el año 2006, 1182 casos en el 2007 para el año 2008 un total de 541. Otros de las causas por egresos están la diabetes con 331 casos en el año 2006, disminuyendo a 236 en el año 2008; se observa un incremento de la hipertensión

arterial con 105 atenciones en el año 2006, alcanzando a 319 casos al 2008; otra patología es la neumonía en la que se observa un decrecimiento de 409 en el año 2006 llega a 282 casos el año 2008.

**GRAFICO # 53**  
**TIPOS DE MORBILIDAD POR EGRESO HOSPITALARIO, H. DR. GUSTAVO**  
**DOMÍNGUEZ, 2007.**

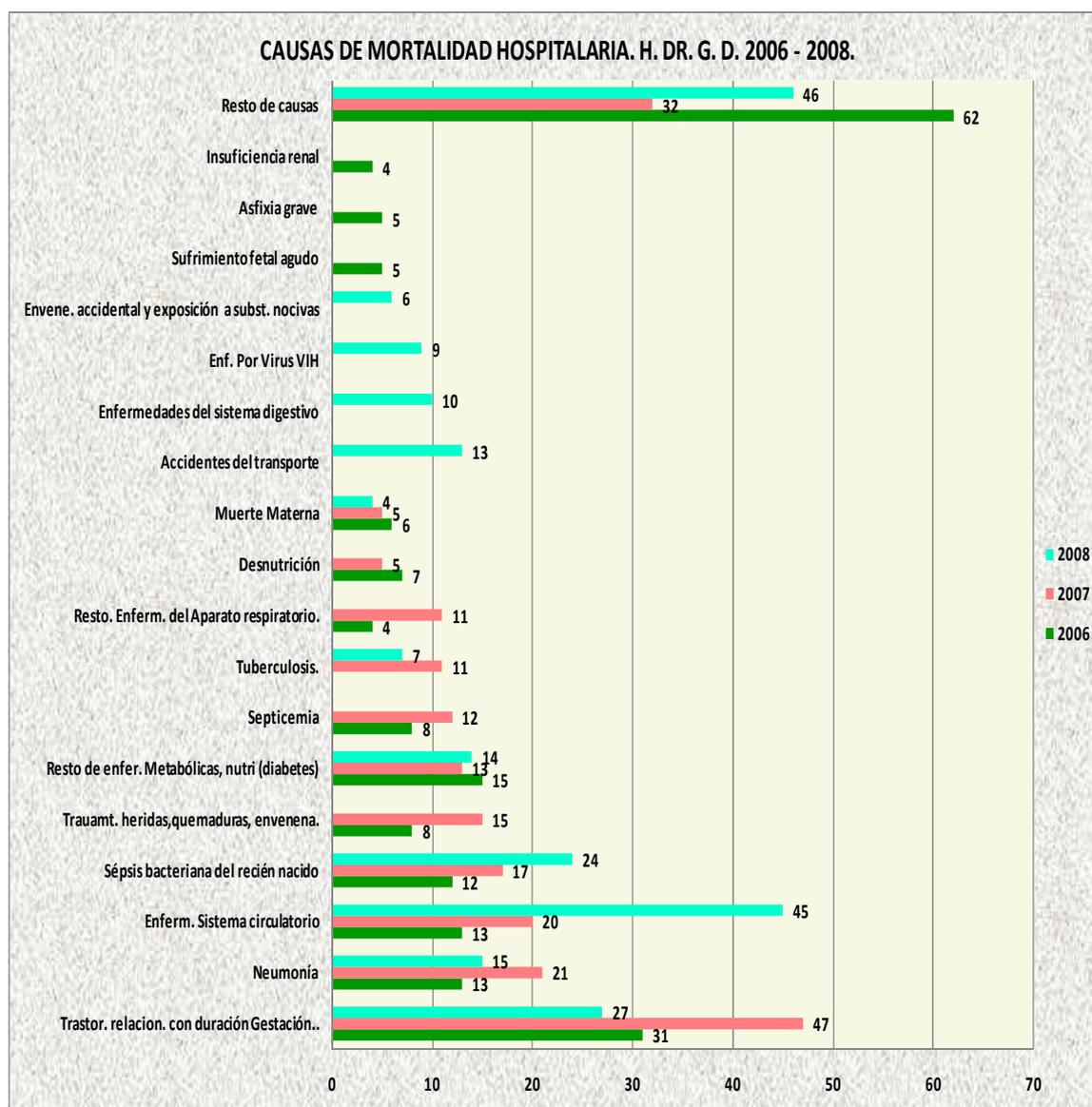


Fuente: Dpto. Estadística y Registros Médicos. Elaboración: Bueno Rosa

Con respecto a la mortalidad general hospitalaria, (gráfico # 54), una de las causas son la relacionada con las enfermedades del sistema circulatorio en el año 2006 se presentan 13 casos para en el año 2008 elevarse a 45; los trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal dentro de las que están la prematuridad extrema con 31 en el 2006, 47 casos en el 2007 para el 2008 disminuir a 27 causas de muerte, llama la atención otro problema que es la

sepsis bacteriana del recién nacido que se incrementa como causa de muerte de 12 casos en el año 2006 a 24 en el año 2008, la neumonía en el año 2007 se incrementa a 21 casos para disminuir a 15 en el año 2008; el resto de causas tienen comportamientos similares, también se observa que durante el año 2008 existen otras causas de muerte que no son evidentes en años anteriores tal es el caso de los accidentes del transporte con 13 casos.

**GRÁFICO # 54**  
**CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITALARIA, H. DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ,**  
**2006 - 2008.**



Fuente: Dpto. Estadística y Registros Médicos. Elaboración: Bueno Rosa

### **3.4 SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

El servicio de Medicina Interna funciona en el tercer piso del hospital, durante las 24 horas del día, los 365 días del año, brinda atención médica y de enfermería a usuarios mayores de 14 años que requieren de hospitalización, con su especialidad y subespecialidades: Neumología, Cardiología, Neurología; dispone de 42 camas, de las cuales 34 están destinadas para medicina interna; el área física está distribuida de: 8 habitaciones, 4 de ellas con capacidad para 6 camas las 4 restantes para dos camas, 1 estación de enfermería, utilería limpia, bodega, oficina, baños para pacientes, 1 para personal; las restantes 8 camas están destinadas para infectología, que no está considerado como un servicio independiente sino parte del servicio de medicina interna, dispone de 4 habitaciones con capacidad para dos camas cada una, estación de enfermería y utilería limpia, es una área designada a la atención de usuarios que debido a su patología (infecto - contagiosas), deben recibir tratamiento aislado de otros pacientes, o requieren de un área de aislamiento, donde se utilizan medidas de protección que están destinadas a favorecer la evolución del paciente, proteger la integridad del personal.

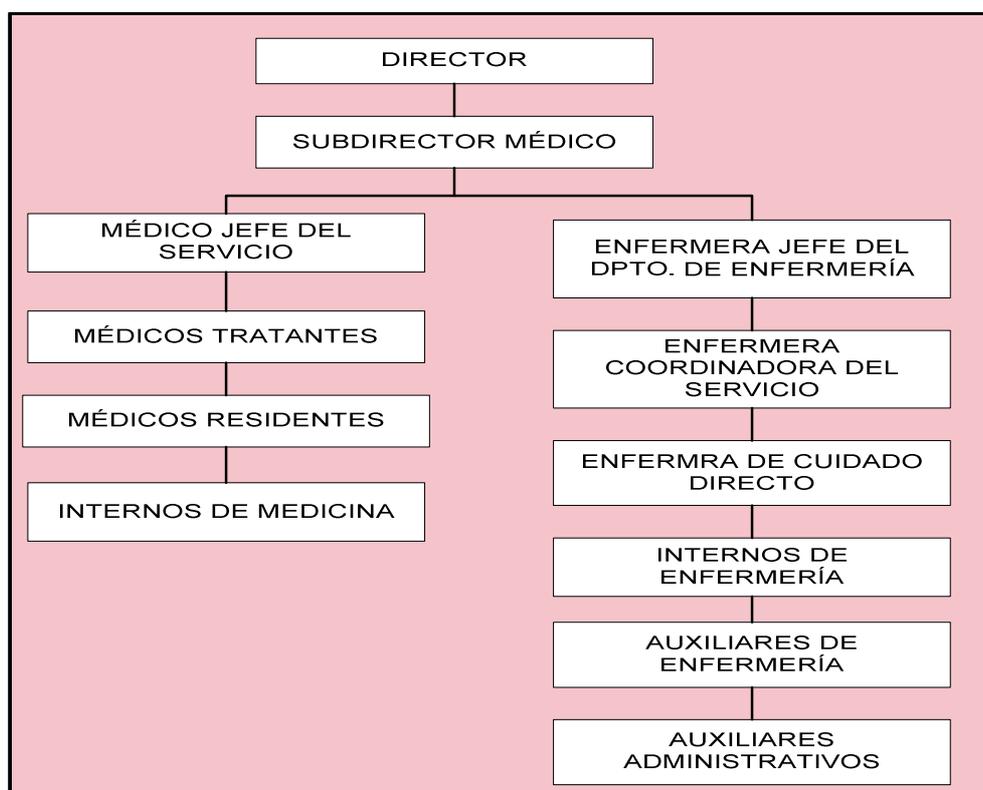
#### **3.4.1 ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO**

La organización del servicio, jerárquicamente depende de la dirección del hospital, coordina sus actividades con los diferentes departamentos y servicios tanto en el aspecto administrativo como en las actividades propias del servicio, dispone de un manual técnico de funciones no actualizado, donde se describen los reglamentos de cada uno de las personas que integran el servicio, y de acuerdo a las funciones que desempeñan.

Al igual que en el hospital dentro del servicio la organización es vertical como lo demuestra en el gráfico # 55, la estructura organizacional del servicio está dada por un médico tratante designado jefe del servicio, que a más de dar atención a usuarios cumple funciones administrativas y de coordinación interdepartamental;

una licenciada en enfermería que a más proporcionar cuidado directo a los usuarios, es responsable de organizar las actividades administrativas intra y extra departamentales.

**GRAFICO # 55.**  
**ORGANIGRAMA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA E INFECTOLOGÍA,**  
**H. DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ, 2006.**



Fuente y Elaboración Manual Serv. Medicina Interna.

El talento humano, que labora en el servicio está conformado por médicos profesionales especialistas en medicina interna, 1 médico neumólogo, en este último año se ha integrado un médico cardiólogo y, 1 médico neurólogo, bajo el contrato de la emergencia sanitaria, ellos cumplen jornadas de 8 horas diarias; 3 médicos residentes con jornadas de trabajo de 28 horas cada cuarto día; 1 licenciada en enfermería que cumple actividades de coordinación, 3 licenciadas miembros de equipo, con horarios de trabajo de 6 horas diarias, 1 licenciada por

la emergencia sanitaria 8 horas diarias, 15 auxiliares de Enfermería que laboran 6 horas diarias, 2 auxiliares administrativos de salud con horarios de 8 horas, además se apoya con internas/os de medicina y enfermería.

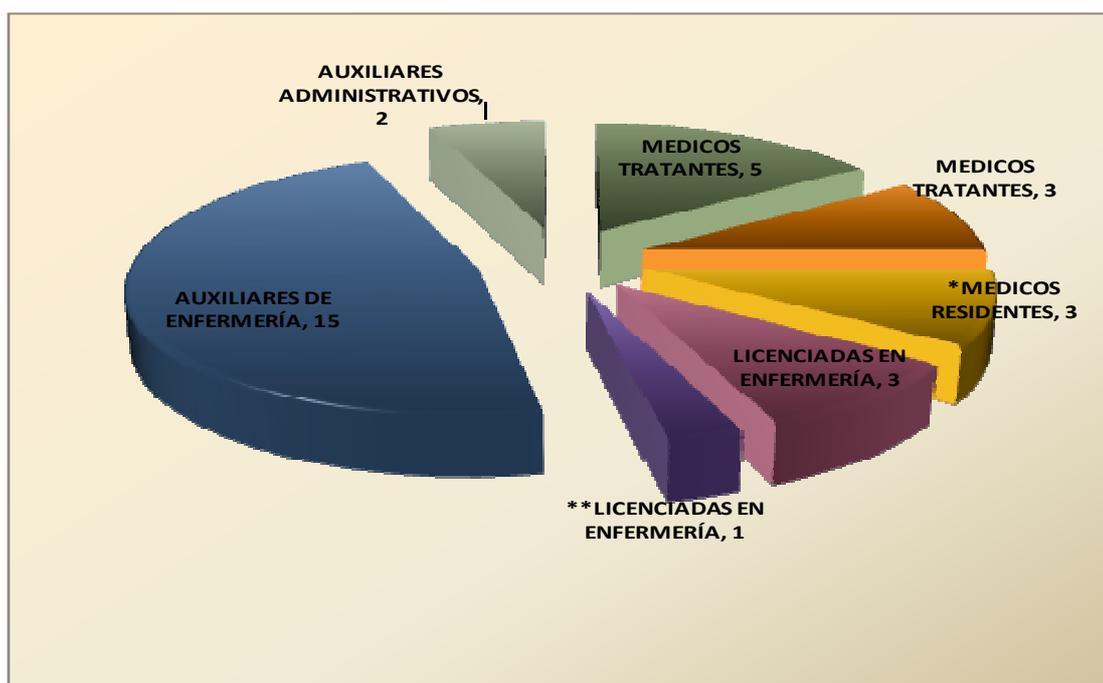
Todo este grupo de personal es distribuido en horarios de trabajo tanto para medicina interna e infectología, las jornadas de trabajo, para los médicos tratantes de 4 horas de lunes a viernes en su mayoría lo realizan en las mañanas, un médico tratante, realiza su horario de trabajo dos horas en la mañana para visita médica en hospitalización y dos horas en la tarde para atención en consulta externa, el promedio de pacientes que tiene como responsable cada médico es de 6 en hospitalización, y 10 turnos en la consulta externa, para los médicos de 4 horas mientras que para los médicos con horarios de 8 horas el número de consultas son 16, además de cumplir las interconsultas; en ausencia de uno de los médicos tratantes, son los médicos tratantes de turno los que cubren el ausentismo.

En lo referente a los médicos residentes cumplen jornadas de trabajo de 28 horas cada cuatro días, son responsables de la asistencia médica de todos los pacientes el servicio durante sus turnos, debido al déficit de médicos residente existe algunas guardias quedan descubiertas, además se cuenta con la presencia de los internos rotativos de medicina que cumplen su rotación anual en los diferentes servicios de acuerdo a los calendarios establecidos rotan por el servicio de medicina interna e infectología

El personal de enfermería realiza turnos rotativos de mañana y tarde de en horarios de 6 horas que rige para el personal con nombramiento, mientras que para el personal de contrato(\*\*) son de 8 horas,(gráfico # 56), y los turnos de la noche son de 12 horas, se debe indicar que para el personal auxiliar de Enfermería de acuerdo a conquista laboral el horario mensual es de 120 horas, además se contemplan en los calendarios de trabajo los derechos que por ley corresponde a todo el personal, como son los días libres, feriados y las vacaciones anuales, en determinados turnos especialmente las noches no se dispone de personal de enfermería profesional para el cuidado de los pacientes recayendo toda la responsabilidad en el personal auxiliar de enfermería, por lo

general el número de enfermeras que laboran en la mañana son dos en determinados turnos tres y en la tarde una, en caso de existir ausentismo por diferentes causas no existe el respectivo reemplazo este se debe cubrir con la dotación existente.

**GRÁFICO # 56**  
**PERSONAL QUE LABORA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, H. DR.**  
**GUSTAVO DOMÍNGUEZ. 2006 – 2008.**



Fuente: Dpto. Recursos Humanos, H. Dr. G. D. Elaboración: Bueno Rosa.

### 3.4.2 COORDINACIÓN INTERDEPARTAMENTAL

No dispone de un plan anual operativo del servicio, las actividades de atención que cumple, se desarrolla por medio de coordinación tanto interna y extra departamental.

El médico jefe del servicio es el responsable del personal médico del servicio en cuanto a organización del trabajo, puesto que para la visita médica en hospitalización rotan cada mes por infectología un médico tratante de medicina,

además debe valorar pacientes en el servicio de emergencia cuando el caso lo requiere, otro médico es responsable cumplimiento de las interconsultas para los servicios que son solicitados, también coordina conjuntamente con recursos humanos permisos solicitados, además de ser parte del consejo técnico del hospital.

La enfermera responsable del servicio realiza su trabajo en coordinación con el jefe del servicio, participa en la visita médica diaria, tiene a cargo todo el personal de enfermería asignado al área, elabora horarios mensuales, comunica y cubre ausentismos del personal en coordinación con el departamento de enfermería, forma parte del comité de manejo de desechos hospitalarios, tiene a su cargo el inventario del servicio, coordina actividades administrativas con los departamentos asistenciales y administrativos de acuerdo a las necesidades del servicio.

Existe un nutricionista, encargado de orientar al usuario en lo que a su área le corresponde como también debe cumplir el resto de sus actividades inherentes a su función dentro del departamento y con los demás servicios, igualmente elabora el listado de dietas diarias para pacientes, en ausencia lo realiza enfermería.

Trabajo social realiza la evaluación socio-económica a los usuarios que lo requieren y a su vez coordina con instituciones particulares para la realización de exámenes complementarios que no dispone el hospital, logrando que los costos sean asequibles, además de otras actividades de soporte necesarias, como es coordinar con administración para uso de ambulancias ya sea con exoneración o disminución de costos, cuando se debe transferir pacientes a unidades de mayor complejidad.

Igualmente se lleva el sistema de interconsulta médica cuando el Médico responsable de la atención del usuario necesita la participación de otra especialidad en el complemento de la atención al paciente, es la Enfermera de turno la encargada de enviar la interconsulta a la especialidad requerida, la misma que no se efectúa inmediatamente, siempre existe un tiempo de espera a veces se cumple de un día para otro, o en mayor tiempo, lo que retrasa tratamientos y aumenta el día estada.

La disponibilidad de servicios complementarios de diagnóstico como laboratorio e imagenología están disponibles las 24 horas, los exámenes de laboratorio considerados de rutina se realizan previa la indicación médica, la solicitud del mismo es responsabilidad de Enfermería entregar en laboratorio, para ser realizado al siguiente día y los resultados son entregados en la tarde, los mismos que son valorados por el médico tratante en la visita del siguiente día; si la solicitud se genera el día viernes este examen se efectuara el día lunes de la siguiente semana, hay determinaciones de laboratorio que son solicitadas en forma urgente las mismas que se realizan en el mismo día de la solicitud, los resultados son valorados por el médico residente de turno para la toma de decisiones en la continuidad del tratamiento; en cuanto a rayos X, según la prescripción médica, es el personal de enfermería quien coordina con el departamento respectivo para solicitar turno y realizar el examen correspondiente, en la actualidad estos exámenes no tienen costo, mientras que los ecosonografías tienen un costo bajo e igualmente se realizan dentro de la institución por medio de turno, o en ocasiones deben realizarse particularmente cuando la demanda es numerosa, al igual que otros exámenes que no dispone la institución

La provisión de insumos y materiales para el servicio se realiza en base a pedido mensual previo la autorización de la dirección y en coordinación con bodega, siendo la responsable la enfermera coordinadora del servicio.

La capacitación y actualización del personal no es planificada, el personal médico realiza reuniones semanales para analizar determinados patologías, previo a la visita general que lo realizan, para el resto de personal es mínima la capacitación y está supeditada al interés personal que tenga cada uno para auto capacitarse

La productividad diaria de atención, se concentra en la hoja de censo diario donde se registra los ingresos, egresos transferencias, defunciones, este formulario es responsabilidad de enfermería de realizarlo diariamente y a su vez entregarlo al departamento de estadística donde procesan la información de todos los servicios, conjuntamente con las historias clínicas individual de los usuarios.

Farmacia es la encargada de entregar los medicamentos los mismos que se retiran diariamente en base a receta unitaria por medicamento para todos los pacientes la dosis para las 24 horas del día, llevado un sistema de paquete identificado para cada usuario, es enfermería responsable de enviar las recetas y retirar la de medicación diaria y su vez de cumplir y vigilar su administración, el reporte de recetas generadas por el servicio se desconoce por cuanto los datos estadísticos son globales para todo el hospital.

La enfermera responsable del servicio tiene a su cargo el inventario de los activos fijos y bienes de control y responsable del cuidado y buen funcionamiento de los equipos en coordinación con el departamento de mantenimiento, al momento el programa de mantenimiento preventivo es insuficiente, la no disponibilidad de personal técnico especializado para el mantenimiento de equipos especializados (ventilador, monitor), retarda el arreglo de los mismos, por cuanto deben ser enviados a la empresa privada para su respectivo arreglo lo que tomo muchas veces tiempos prolongados debido a los trámites burocráticos que tiene que realizar.

Dentro de las funciones de hotelería están el lavado de ropa de pacientes, este se realiza diariamente, es responsabilidad del Sr. Auxiliar administrativo de entregar en lavandería la ropa contando, para que luego del lavado, sea el departamento de lencería quien la entregue al servicio, no se dispone de un registro por servicio en cuanto a los kilos de ropa lavados.

Al igual que el resto de la institución se realiza la clasificación y manejo de desechos hospitalarios, siendo responsabilidad del Sr. Auxiliar de administrativo esta actividad, pero desde la generación de desechos es responsabilidad de todo el personal del servicio ejecutarlo de acuerdo al manual existente.

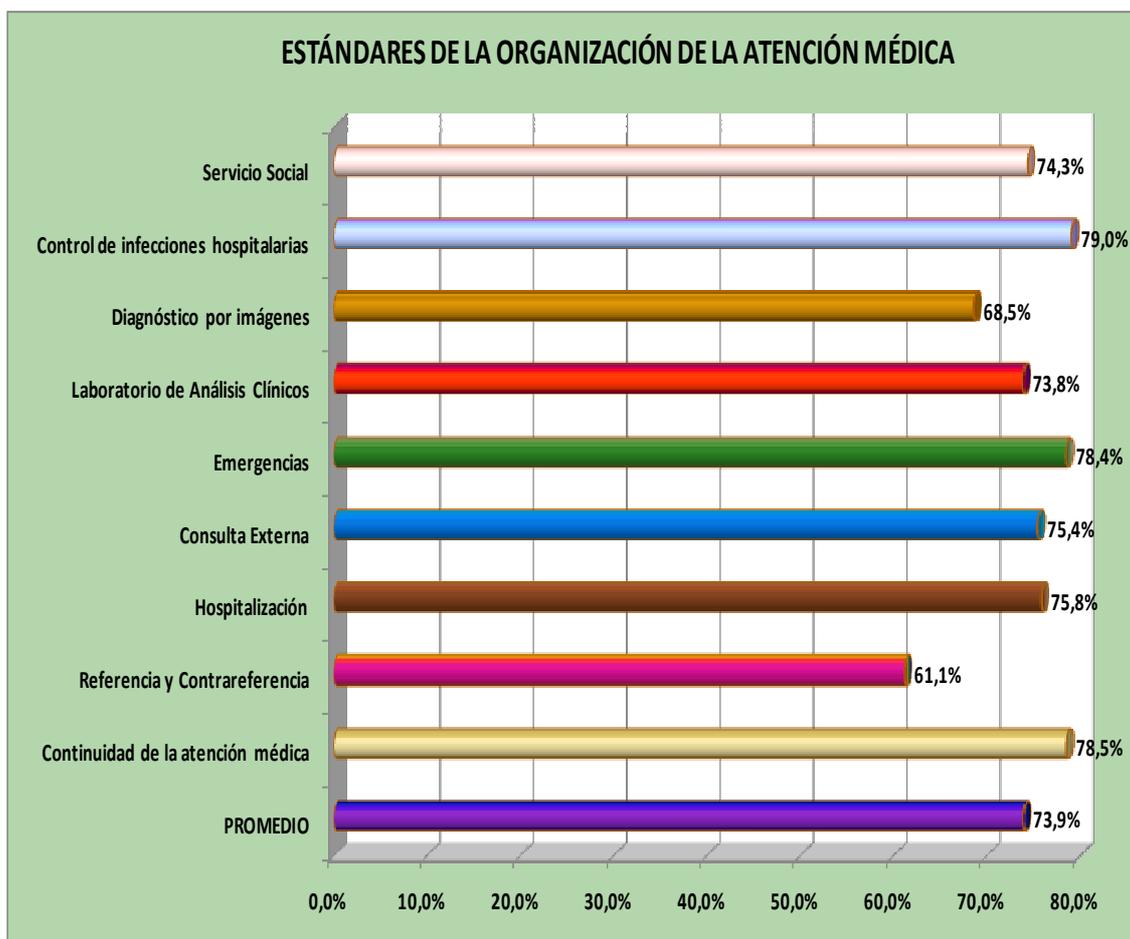
Utilizando la matriz de Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica, se aplicó esta encuesta, destinado a evaluar los recursos y procesos del servicio, para ello se tomó en cuenta un conjunto de indicadores, que resalten la realidad existente, cuyo análisis permita llegar a conclusiones eficaces en forma sencilla, la mayoría de los indicadores propuestos

son esencialmente cualitativos, cuya verificación se lo hace por medio de la observación de ciertos aspectos y su presencia permita suponer condiciones de calidad, el instrumento utilizado está compuesto de 9 estándares de Organización de la atención médica y 11 estándares de Áreas técnicas y de apoyo que a su vez se conforman por un número de indicadores de estructura proceso y resultado

En los siguientes gráficos se presenta resultados de la evaluación de la calidad de atención, en base a la matriz mencionada anteriormente, se presentan los datos más representativos de la realidad existente y que permite obtener conclusiones, en forma sencilla, son cualitativos, su verificación se realizo en base a la observación, se evalúan los aspectos de estructura, proceso y resultado, esta evaluación siempre trae dificultades por cuanto en la institución no se aplican.

En el grafico # 57 de los resultados obtenidos, se considera algunos aspectos, tanto para estructura (E), proceso (P), y resultado (R), en el instrumento aplicado al servicio de medicina interna (Anexo # 6.2, se detalla todo el instrumento aplicado), se presenta un resumen general de todos los estándares que se observaron con respecto a la organización de la atención médica, y que tiene relación directa con el servicio dando un promedio general del 73.9%, observándose un 61.1% en lo relacionado a las actividades de referencia y contrareferencia, actividad que dentro de la atención médica no se lo ejecuta de acuerdo a la normativa, más específicamente en el mecanismo de seguimiento de las referencias y contrareferencias y evaluación de la calidad de la atención que se brinda en las mismas, también el diagnostico por imágenes, 68.5% esto influye el no disponer equipos de alta tecnología; laboratorio de análisis clínicos 73.8% donde los resultados de laboratorio de emergencia no son reportados en la primera hora, además no se realizan exámenes de mayor complejidad; los restantes indicadores presentados en el gráfico como la continuidad de la atención médica esta en 78,5%, hospitalización 75,8% considerado dentro de una evaluación aceptable pero que puede y debe mejorar y es adonde debe ir dirigido los procesos de mejora.

**GRÁFICO # 57**  
**ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA ESTÁNDARES MÍNIMOS**  
**OBLIGATORIOS PARA GARANTIZAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN**  
**MÉDICA, SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.**



Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica. Elaboración. Bueno Rosa

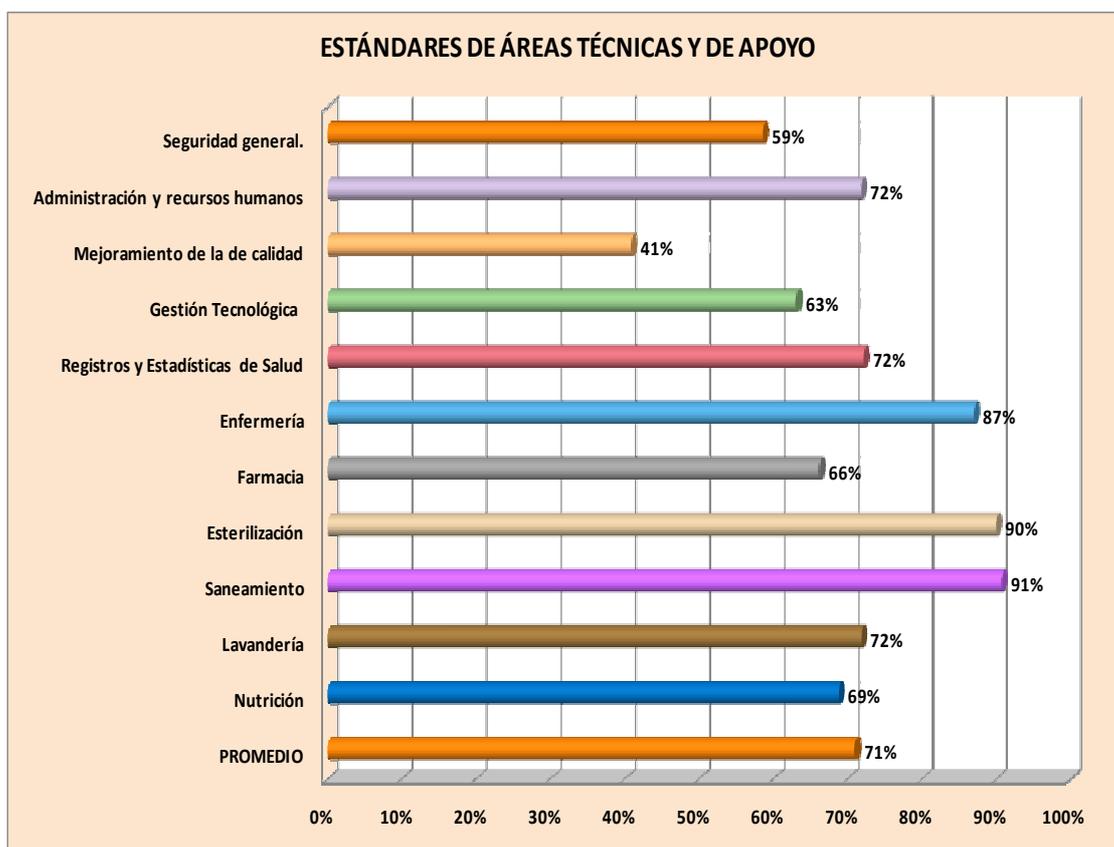
Dentro de este análisis también se considera a la áreas técnicas y de apoyo en el grafico # 58, igualmente se presenta un resumen, de todas las áreas involucradas directamente con el servicio, al igual que el anterior el destalle de la aplicación del instrumento esta en anexos # 6.3, uno de los indicadores considerados es seguridad general con 55% donde se establece la no conformación de un comité de protección civil, además deficiente adiestramiento o realización en forma periódica de simulacros para enfrentar contingencias,

deficiente sistema de dispositivos de alarma eléctrica de flujo de agua conectadas a los rociadores.

En lo relacionado al mejoramiento de la calidad un 41% donde se observa que muchas de las actividades para mejoramiento se ejecutan pero no están debidamente estructuradas; la gestión tecnológica 63% como ya se menciona anteriormente hay falencias que se deben mejorar; farmacia 66% no dispone de personal técnico o auxiliar de farmacia de guardia las 24 horas para la atención de pacientes internados y ambulatorios, entre otros aspectos que requieren atención, enfermería 87%, nutrición 69% que entre otros aspectos no cuenta con un área para la preparación de fórmulas con normas específicas, la consulta externa de nutrición y dietética atendida por una nutricionista no está establecida; el 72%.

Los registros y estadísticas de salud donde se requiere que el comité de historias clínicas responsable por la calidad, funcione de mejor manera, no se cuenta con publicaciones mensuales de la información; saneamiento y esterilización 91% y 90% respectivamente, dando un promedio general de 71%, considerado entre deficiente y aceptable pero que puede y debe mejorar

**GRAFICO # 58**  
**ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO, ESTÁNDARES MÍNIMOS OBLIGATORIOS**  
**PARA GARANTIZAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA, SERVICIO DE**  
**MEDICINA INTERNA**



Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa.

### 3.4.3 EQUIPAMIENTO DEL SERVICIO.

El servicio de medicina interna e infectología, para la atención médica y de enfermería, está dotada de mobiliario y equipos básicos, a más de los implementos necesarios, dispone de tres monitores para vigilancia continua de pacientes graves, y un ventilador mecánico, un oxímetro de pulso, tres bombas de infusión, un electrocardiógrafo, siendo esta dotación insuficiente para la complejidad de pacientes que atiende, las habitaciones están dotadas de oxígeno en red pero el número de tomas de oxígeno, son insuficiente, siendo necesario la provisión de tanques de oxígeno grandes para suplir la demanda, además parte del mobiliario ha cumplido su tiempo de vida útil, siendo reemplazado por nuevo

de acuerdo a la disponibilidad de recursos económicos en la partida presupuestaria asignada para este rubro, además debido a la insuficiente cantidad de equipos algunos pacientes deben ser derivadas a otras unidades de mayor complejidad (Quito o Guayaquil), convirtiéndose esto en un problema tanto para el usuario y familia cuando las unidades de referencia también están saturadas.

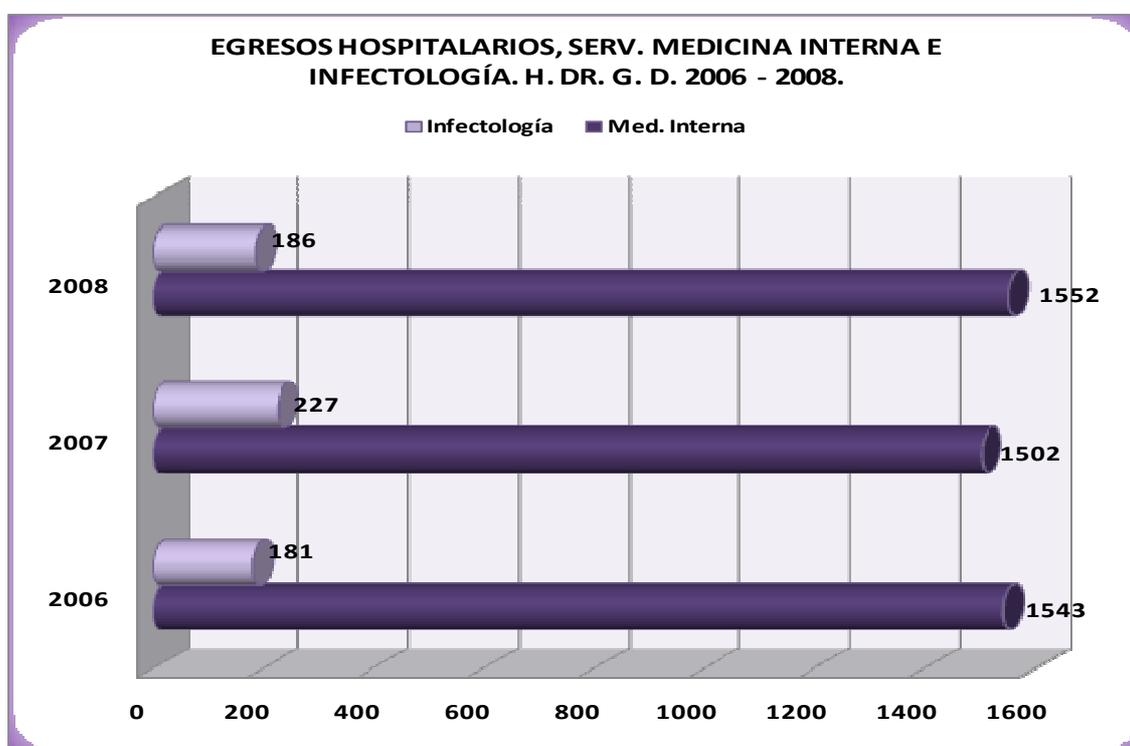
#### **3.4.4 ACTIVIDADES CUMPLIDAS EN EL SERVICIO.**

La actividad propia del servicio se centra en la atención del usuario que requiere hospitalización, el mismo que para ser atendido por consulta externa madruga o permanece en espera de turno desde el día anterior, lo que causa inconvenientes al usuario, debido a la gran demanda de usuarios muchos de ellos deben esperar algunos días para alcanzar un turno, se desconoce datos estadísticos sobre demanda insatisfecha, una vez que el paciente recibe atención y es valorado por el médico especialista y requiere ingreso, es el personal de estadística quien comunica al servicio en caso de existir disponibilidad de cama el paciente ingresará caso contrario espera algunas horas hasta que salgan pacientes con el alta, o a su vez envía a casa con tratamiento si no hay espacio físico para que retorne al siguiente día, en situaciones que demanden hospitalización inmediata lo remiten a emergencia para que sea observado y dado el tratamiento requerido.

También los ingresos se generan desde emergencia, el paciente es atendido por el médico de turno, recibe la atención y los cuidados iniciales, tanto de enfermería como médicos, se lo realiza los exámenes complementarios solicitados, una vez estabilizado el paciente, el médico decide el ingreso, que es coordinado por enfermería, al igual que en consulta si existe disponibilidad de cama el paciente ingresa a medicina interna caso contrario permanece en el servicio de emergencia, en muchas ocasiones por más de 48 horas, hasta que haya disponibilidad física, en esta área no existe un médico clínico permanente para la valoración del usuario, este acude de acuerdo al calendario de rotación que establece medicina interna cuando dispone de tiempo dentro de su horario de trabajo, caso contrario el paciente recibe tratamiento del médico de emergencia.

Toda la actividad asistencial de medicina interna e infectología de estos últimos tres años se resumen a continuación; el gráfico # 59 señala los egresos hospitalarios de medicina interna son 1543 en el año 2006, disminuyendo a 1502 en el año 2007, alcanzando a 1552 para el año 2008; mientras que en infectología al tener una dotación de camas menor en el año 2006 se registran 181 egresos, aumentando a 227 en el año 2007, y para el año 2008, 186 egresos.

**GRÁFICO # 59**  
**EGRESOS HOSPITALARIOS, SERV. MEDICINA INTERNA E INFECTOLOGÍA,**  
**H. DR. G. D. 2006 – 2008.**

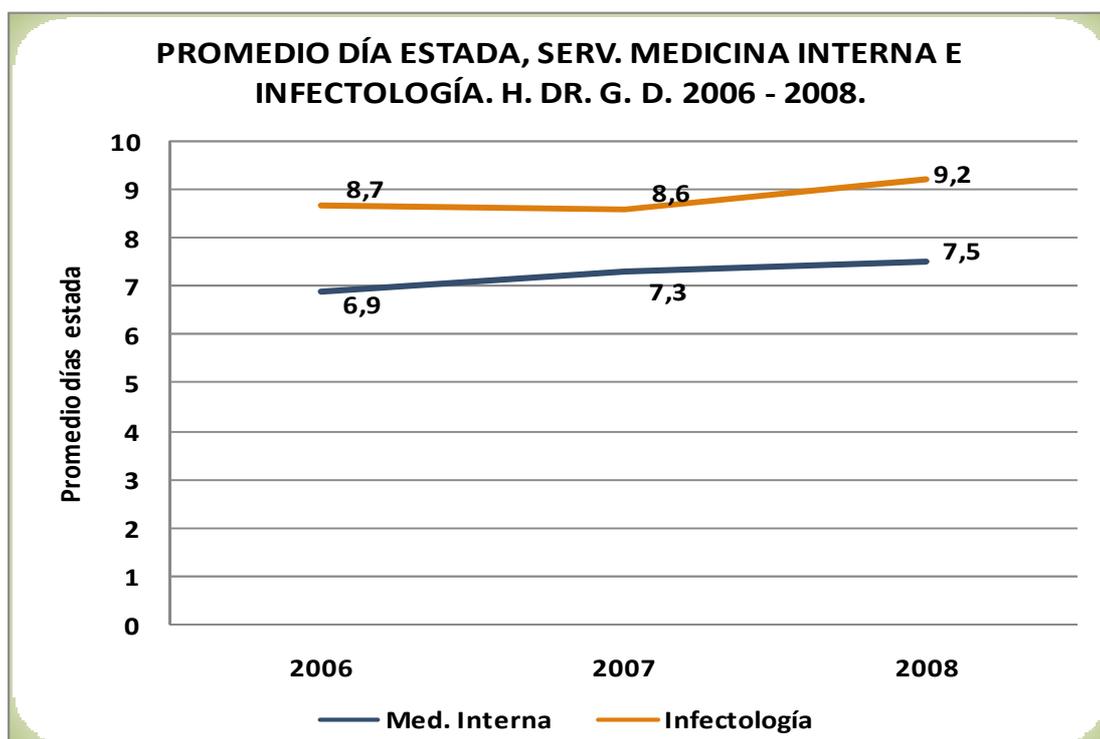


Fuente: Dpto. Estadística y Registros Médicos. Elaboración: Bueno Rosa.

Con respecto al promedio día estada, se observa en el gráfico # 60, que en medicina interna de 6,9 que estuvo en el año 2006, se incrementa a 7,5 en el año 2008, infectología, tiene un promedio día estada mayor de 8.7 en el año 2006, aumenta a 9.2 en el 2008, que puede ser debido a la complejidad de la patología, factores económicos, que retrasan algunos tratamientos o la realización de

exámenes complementarios aumentado el día estada del paciente, o a la toma de decisiones más oportuna cuando la participación en el tratamiento médico depende de más de un profesional, también puede estar asociado a problemas sociales de abandono.

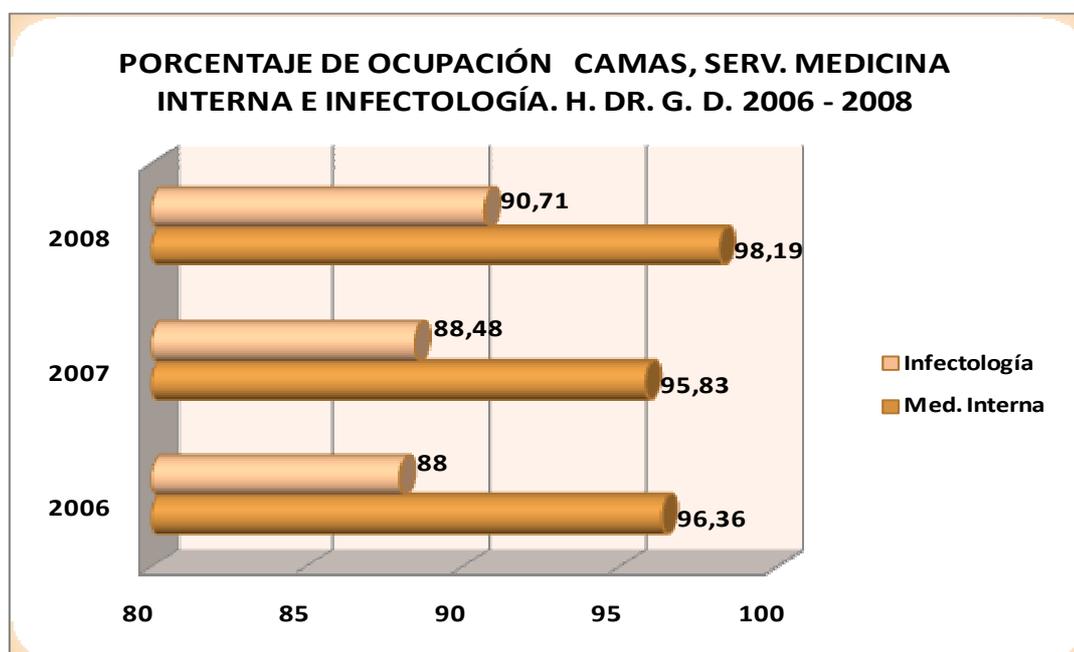
**GRÁFICO # 60**  
**PROMEDIO DÍA ESTADA, SERV. MEDICINA INTERNA E INFECTOLOGÍA, H. DR. G. D. 2006 – 2008.**



Fuente: Dpto. Estadística y Registros Médicos. Elaboración: Bueno Rosa.

Según el gráfico # 61, el porcentaje de ocupación de cama en medicina interna está entre el 96,36% y el 98,19%, para el año 2006 y 2008 respectivamente, mientras que en infectología es del 88% para el año 2006, observándose un incremento a 90,71% para el año 2008, lo que refleja que el servicio tuvo una gran demanda. Con respecto al giro cama medicina se mantuvo en un promedio del 45.6 para el año 2008, mientras que infectología de 23,3 en el mismo año.

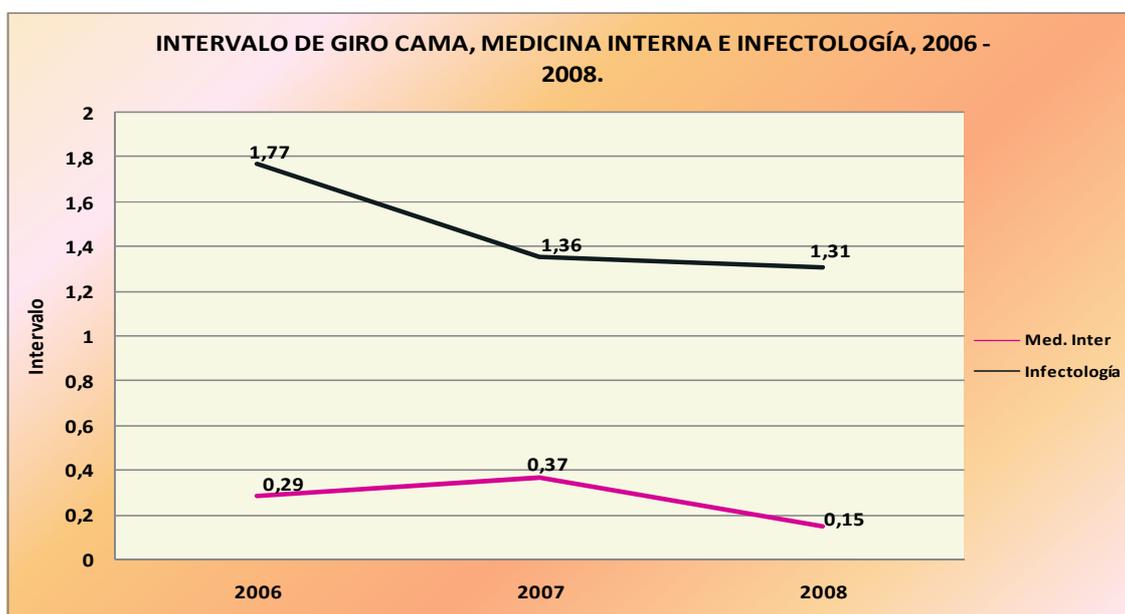
**GRÁFICO # 61**  
**PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE CAMAS SERV. MEDICINA INTERNA E**  
**INFECTOLOGÍA, H. DR. G. D. 2006 - 2008**



Fuente: Dpto. Estadística y Registros Médicos. Elaboración: Bueno Rosa

Otro aspecto importante es el intervalo de giro cama, en el gráfico # 62 se observa que para medicina interna se mantiene un intervalo durante estos tres años de menos de uno, es decir entre 0,29 en el año 2006, 0,37 para el 2007 y 0,15 en el 2008, lo que indica que en menos de 24 horas las camas fueron ocupadas luego de un egreso, mientras que para infectología, esta sobre uno en el año 2006 1,77, para el año 2008 1,31 lo que indica que una cama en infectología demoró más de 24 horas para ser utilizada.

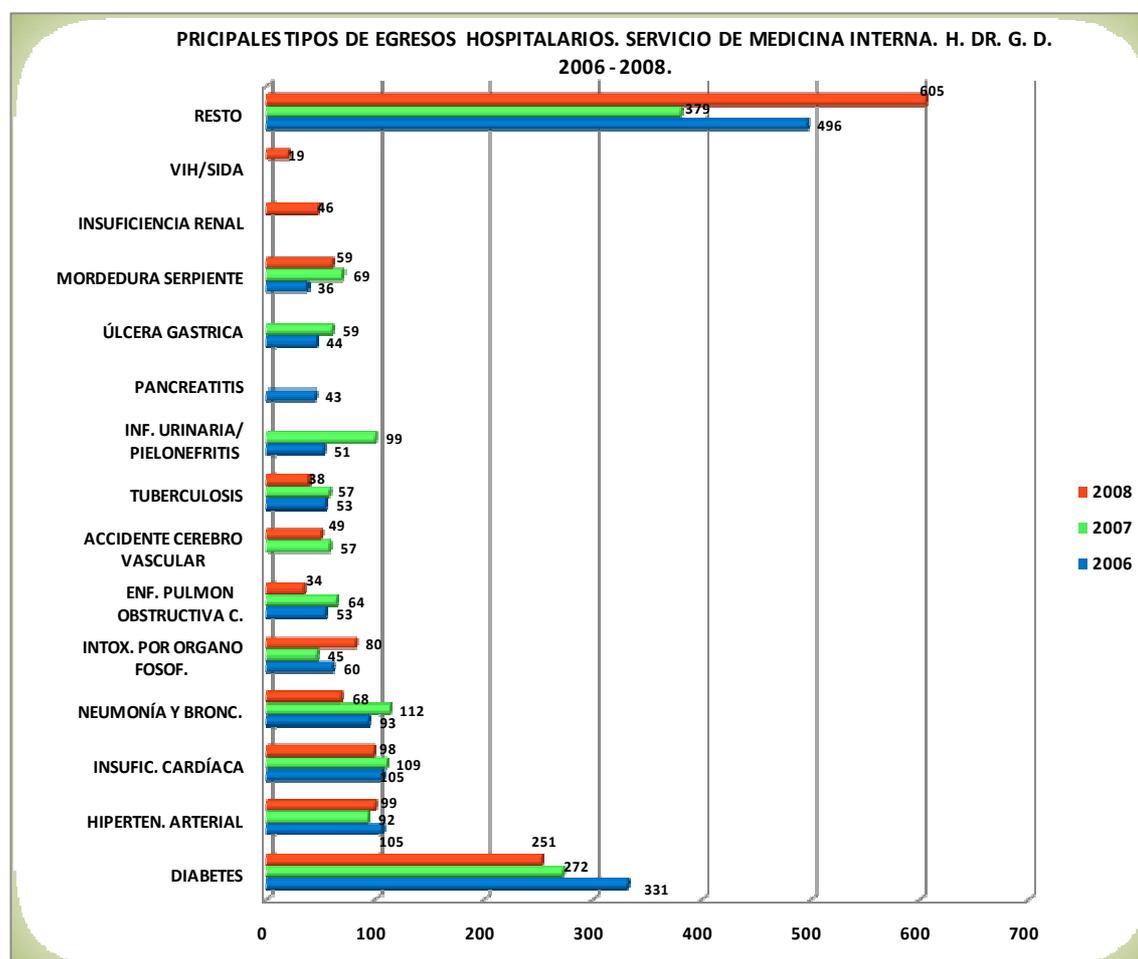
**GRÁFICO # 62**  
**INTERVALO DE GIRO CAMA, MEDICINA INTERNA E INFECTOLOGÍA, H. DR.**  
**G. D. 2006 – 2008.**



Fuente: Dpto. Estadística y Registros Médicos. Elaboración: Bueno Rosa

Con respecto a la morbilidad por egreso hospitalario del servicio de medicina interna, las patologías que con más frecuencia se presentaron en estos últimos tres años fueron: la diabetes con 331 casos en el 2006, 272 y 252 en los años 2007 y 2008 respectivamente, otra patología es la hipertensión arterial con 105 casos en el año 2006, llegando a 98 casos en el 2008, existen patologías que en determinados años son más evidentes como la neumonía y bronconeumonía con 112 casos en el año 2007, otro problema de salud que requirió de hospitalización con mayor frecuencia en el año 2008 son las intoxicaciones con órgano fosforado 80 casos, también se puede observar en el gráfico # 63 que en el año 2008 se hacen evidentes por su frecuencia otras patologías como el VIH/SIDA con 19 casos, la insuficiencia renal 46 casos, el resto de patologías aunque en menor frecuencia no dejan de ser representativas dentro de la morbilidad del servicio.

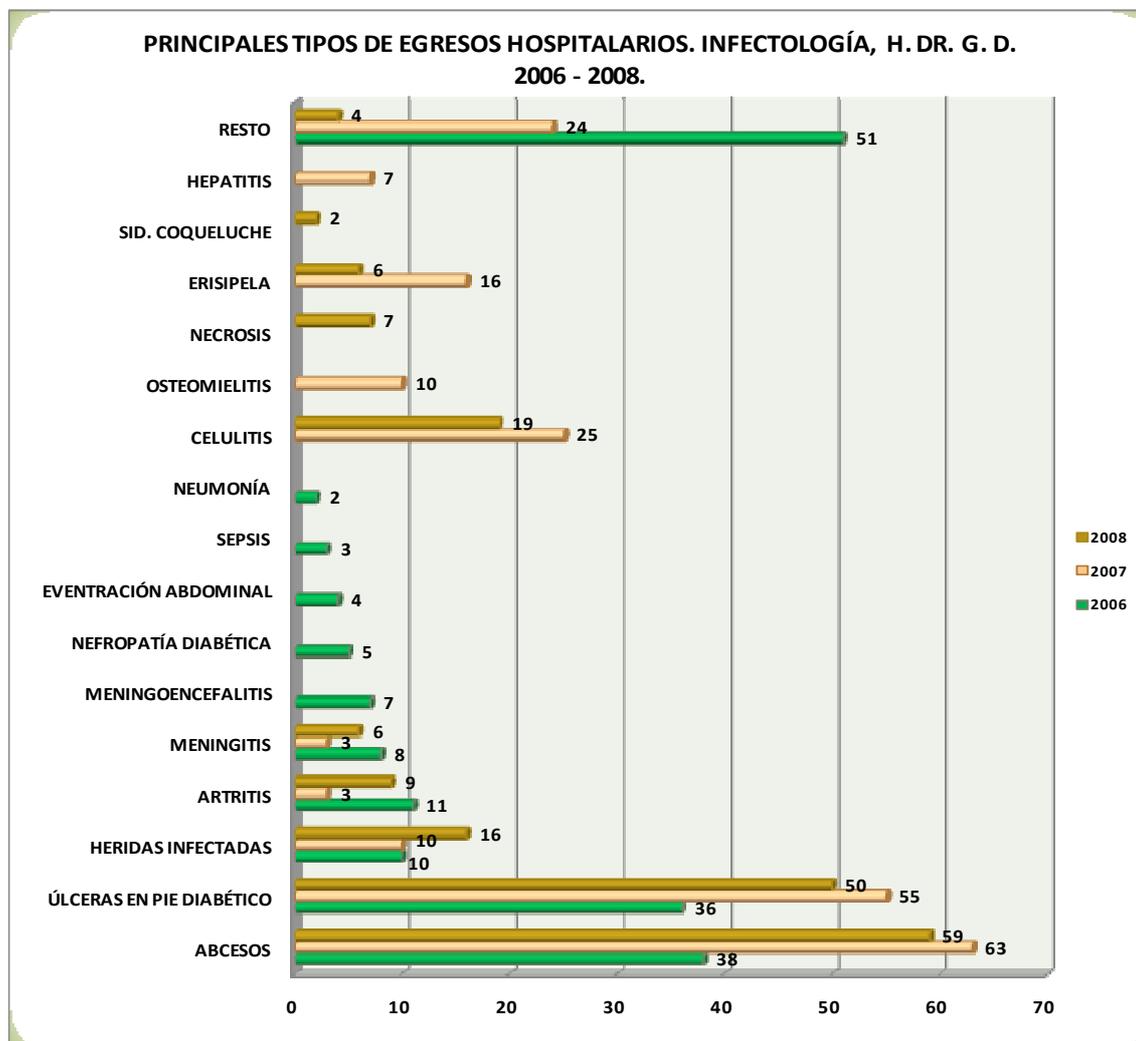
**GRÁFICO # 63**  
**PRINCIPALES TIPOS DE MORBILIDAD, SERVICIO DE MEDICINA INTERNA,**  
**H. DR. G. D. 2006 – 2008.**



Fuente: Dpto. Estadística y Registros Médicos. Elaboración: Rosa Bueno.

Como ya se mencionó anteriormente infectología no funciona como un servicio independiente, es parte del servicio de medicina interna, es una área designada a la atención de usuarios que debe recibir su tratamiento separado de otros pacientes debido a su patología, las principales causas de atención con mayor porcentaje por egreso hospitalario están los abscesos con 38 casos en el año 2006, 63 él en 2007 y 50 en el 2008, las úlceras en pie diabético se presentaron 36, casos en el año 2006, 55 en el 2007 y 50 el 2008, estas y las restantes patologías de menor frecuencia que se presenta en el gráfico # 64, por su complejidad hacen que exista un tiempo de ocupación de cama más largo en esta área, más aún si tiene asociada otra enfermedad a su problema de ingreso.

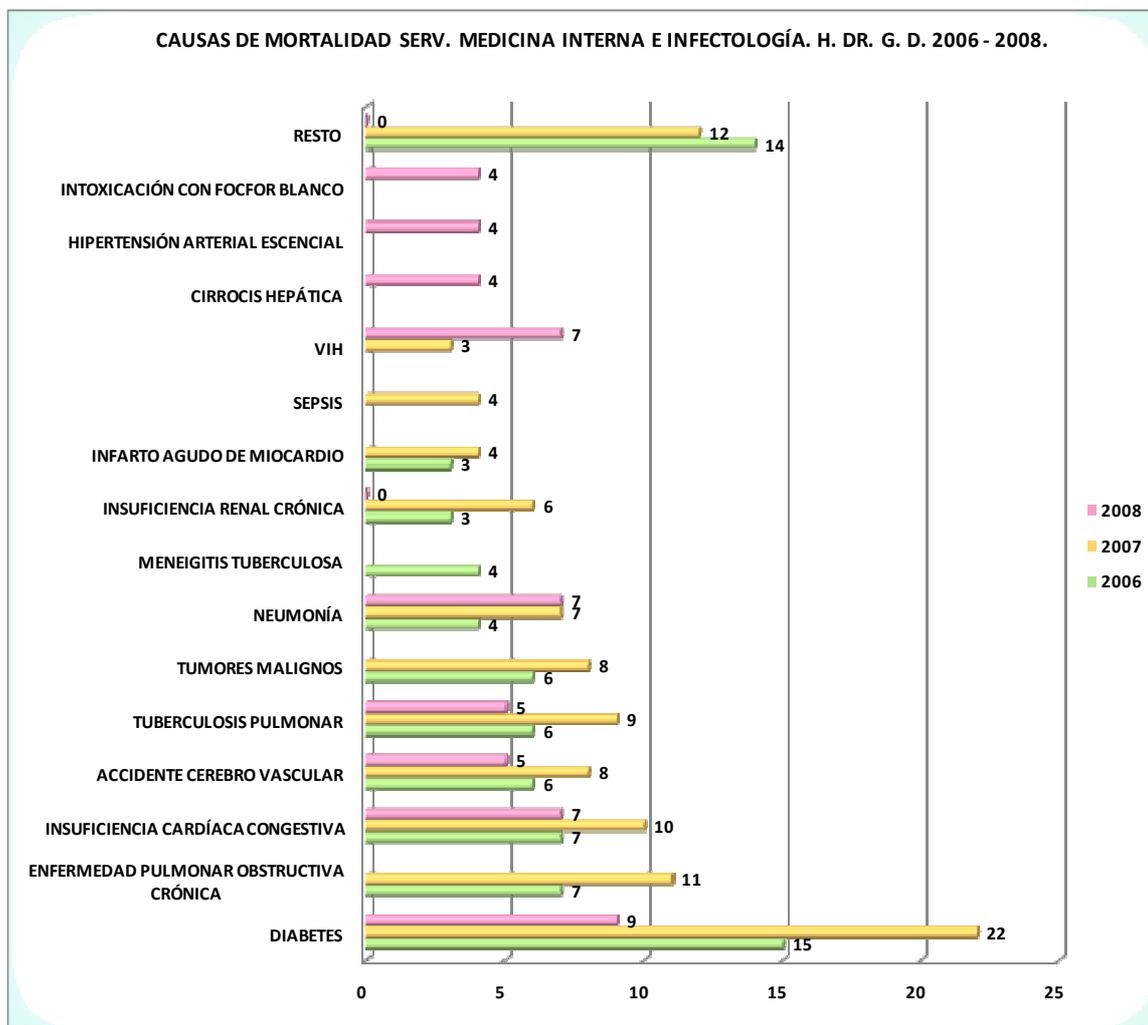
**GRÁFICO # 64**  
**PRINCIPALES TIPOS DE EGRESOS HOSPITALARIOS, INFECTOLOGÍA, H.**  
**DR. G. D. 2006 -2008.**



Fuente: Dpto. Estadística y Registros Médicos.      Elaboración: Bueno Rosa.

Las causas de mortalidad, registrada en medicina interna e infectología de acuerdo a los datos proporcionados por el departamento de estadística del hospital, se demuestran en el gráfico # 65, la más frecuente es la diabetes con un total de 46 casos en los tres años, otra causa es la insuficiencia cardíaca congestiva con 24 casos, los accidentes cerebro vasculares 19 casos, la tuberculosis es otra causa de muerte con 20 casos igualmente los 3 años.

**GRÁFICO # 65**  
**CAUSAS DE MORTALIDAD, SERV. MEDICINA INTERNA E INFECTOLOGÍA,**  
**H. DR. G. D. 2006- 2008.**



Fuente: Dpto. Estadística y Registros Médicos. Elaboración. Bueno Rosa.

### **3.4.5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.**

El servicio de medicina interna como parte del hospital Dr. Gustavo Domínguez, es la única área en esta especialidad, que cuenta con hospitalización para atención a usuarios en lo que corresponde a establecimientos de salud pública dentro de la provincia.

Por lo tanto se debe optimizar los recursos que dispone, centrada en resolver los problemas de salud del paciente con un enfoque holístico, gestionada por una organización horizontal y participativa.

El talento humano profesional con el que cuenta, es limitado en relación con los requerimientos del servicio (enfermeras profesionales, médicos residentes), por cada 5.25 camas existe 1 médico tratante, 1 médico residente por cada 14 camas, 1 enfermera profesional por cada 10.5 camas y 1 auxiliar de enfermería por 2.8 camas, las conquistas laborales limitan los horarios de trabajo en horas teniendo una disminución en horas de trabajo de 8 horas a 6 horas, por lo que se dispone de menos personal para cubrir horarios especialmente turnos nocturnos.

La situación actual impide una gestión de recursos humanos adecuada, por lo tanto se debe fomentar el consenso responsable, crear canales de colaboración en la toma de decisiones, facilitar la formación y la investigación.

Los protocolos de atención no están debidamente actualizados consensuados y documentados, existe una deficiente capacitación, personal con escasos incentivos.

Por lo tanto es importante la creación de protocolos conjuntos entre las tres áreas donde se atiende pacientes de esta especialidad, y la corresponsabilidad asistencial que faciliten estudios de coste/efectividad.

El equipamiento del servicio con tecnología acorde con la demanda es insuficiente para responder a las necesidades diagnósticas y terapéuticas de los usuarios.

Es necesario dotar de equipos acordes el cambiante entorno demográfico, sociológico, cultural y tecnológico siendo una oportunidad de mejora para la asistencia médica hospitalaria.

El sistema de información es general, centralizado no existe una retroalimentación, que facilite la toma de decisiones oportunas.

Por lo tanto se hace necesario una, el establecer herramientas que demuestren el desarrollo total de actividades que sean debidamente registradas y que reflejen inversión y producción del servicio con miras a optimizar los recursos en todos los aspectos.

El promedio día estada en estos últimos tres años se ha incrementado, esto repercute en la disminución de la oferta de camas a la vez, el estancamiento pacientes demandando una cama para ingreso lo que produce insatisfacción en el usuario y mayores costos para la institución.

Para ello se debe plantear alternativas de cambio disminuyendo problemas que demoren tratamientos o produzcan la duplicación de actividades logrando disminuir el promedio día estada.

La capacitación y actualización del personal no es planificada, el personal médico realiza reuniones semanales previo la visita general.

Establecer un plan de capacitación integral a todo el personal en base a necesidades diagnósticas del servicio.

## **CAPITULO IV**

### **4. MODELO DE GESTIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ.**

El nuevo y cambiante entorno social, económico y cultural debe interpretarse como oportunidades de mejora para la medicina interna, el desarrollo un modelo de gestión va enmarcado a lograr el mejoramiento del nivel de satisfacción tanto del cliente interno como externo, por lo tanto, en el presente capítulo se describe propuestas para las cuatro funciones de la administración, planificación, organización, gestión, y control.

#### **4.1 PLANIFICACIÓN.**

Considerada un instrumento, es utilizado por todas las organizaciones, en la toma de decisiones en el qué, cómo, cuándo, quién ha de hacerlo en definitiva es el método de razonar antes de actuar, con el objetivo de posicionar la organización a un futuro mejor.

##### **4.1.1 ANÁLISIS AMBIENTAL**

Utilizando la matriz DOFA como instrumento que nos permite señalar los eventos o tendencias que tiene relación con el desempeño de la organización e identificar la situación organizacional interna y externa ante la posibilidad de planificar, formular objetivos, tomar decisiones estratégicas y operativas para lo cual en los siguientes cuadros se presenta el desarrollo de los aspectos más importantes para cada factor.

#### **4.1.1.1 Análisis Ambiental Externo**

Involucra valorar el ambiente que hacen a la actividad a desarrollar, así como los factores sociales, gubernamentales, legales, y tecnológicos que puedan afectar la organización.

Con respecto a las oportunidades consideradas como un factor externo que facilite o contribuye al cumplimiento de la misión en el cuadro # 3 se describe en las cuatro perspectivas financiera, del cliente, los procesos internos, innovación y aprendizaje, utilizando un instrumento de Excel y tomando en cuenta la urgencia, tendencia, e impacto, se analiza valorando del uno al diez, para luego de la valoración, priorizar las variables más representativas de acuerdo al puntaje más alto establecido y que se las resume a continuación los 8 principales factores: generar recursos financieros mediante convenio de prestación de servicios con el IESS, recursos Gobierno central para PROGRAME, recursos a través de programa de LMGAI, nivel satisfacción del cliente, atención oportuna, de calidad, alianzas estratégicas con otras instituciones (universidades: internado, posgradistas), existe la normativa legal para implementación de procesos en los hospitales públicos, como paso previo a la acreditación, y la formulación del plan de desarrollo tecnológico e innovación.

**CUADRO # 3**  
**OPORTUNIDADES, SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

<b>OPORTUNIDADES</b>				
PERSPECTIVA	DESCRIPCIÓN	URGENCIA	TENDENCIA	IMPACTO
<b>FINANCIERA</b>	Generar recursos financieros mediante convenio de prestación de servicios con el IESS	10	10	10
	Recursos a través de programas DOTS, VIH, Programa degenerativas	10	8	9
	Recursos Gobierno Central para PROGRAME	10	10	10
	Convenios con instituciones privadas para realización de exámenes a bajo costo	7	5	7
	Recursos a través de programa de LMGAI	9	9	10
<b>CLIENTES</b>	Nivel satisfacción del cliente	10	8	10
	Usuario externo con prioridad, grupos sensibles (Diabéticos, Adulto mayor, VIH, )	7	7	7
	Requerimiento de la comunidad (para mejoramiento del servicio)	6	7	10
	Atención oportuna, de calidad.	10	8	10
<b>PROCESOS INTERNOS</b>	Existe la Normativa legal para implementación de procesos en los hospitales públicos, como paso previo a la acreditación	9	9	10
	Cumplimiento del acuerdo ministerial 051-2004 Art. 1° Calificar como prioritario, el proceso de Licenciamiento de los Servicios Formales de Salud como un proceso administrativo, de carácter oficial, obligatorio y continuo.	9	7	10
	Implementar sistemas de información integrales (OPS)	10	5	10
	Alianzas estratégicas con otras instituciones (universidades: internado, posgradistas)	9	9	10
<b>INNOVACIÓN Y APRENDIZAJE</b>	Participación de la capacitación implementada por el MSP	9	9	9
	Convenios de pasantía en Instituciones de mayor complejidad	7	3	9
	Acceso a la información técnico científica actual (internet).	10	4	10
	Formulación del Plan de desarrollo tecnológico e innovación	9	9	10
<b>PRIORIDAD</b>				
1	Generar recursos financieros mediante convenio de prestación servicios con IESS			
2	Recursos Gobierno Central para PROGRAME			
3	Recursos a través de programa de LMGAI			
4	Nivel satisfacción del cliente			
5	Atención oportuna, de calidad.			
6	Alianzas estratégicas con otras instituciones (universidades: internado, posgradistas)			
7	Existe la Normativa legal para implementación de procesos en los hospitales públicos, como paso previo a la acreditación			
8	Formulación del Plan de desarrollo tecnológico e innovación			

Fuente: servicio de Medicina Interna

Elaboración: Bueno Rosa

Con respecto a las amenazas factor considerado como limitantes para que una organización alcance su desarrollo, en el cuadro # 4 siguiendo el mismo esquema que el anterior se describe las amenazas para las cuatro perspectivas y a su vez se prioriza las más importantes según la ocurrencia, tendencia e impacto, las más representativas son: Crisis social político y económica mundial y del país, política social en salud (Gratuidad en la atención) con escasos recursos para satisfacer la demanda, ausencia de participación ciudadana y entidades públicas

(comités), nivel socio-económico medio y bajo del usuario, techo presupuestario asignado por MEF no está acorde con Hospital Provincial, ausencia de soporte técnico por parte del MSP para implementar una gestión por procesos, escaso personal profesional de enfermería, inestabilidad del cargo directivo por injerencia política.

#### CUADRO # 4

#### AMENAZAS, SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

AMENAZAS				
PERSPECTIVA	DESCRIPCIÓN	OCURRENCIA	TENDENCIA	IMPACTO
<b>FINANCIERA</b>	1. Techo presupuestario asignado por MEF no esta acorde con Hospital provincial.	10	9	10
	2. Crisis social político y económica mundial y del país	10	10	10
	3. Política social en salud (Gratuidad en la atención) con escasos recursos para satisfacer la demanda.	10	10	10
	4. Ausencia de participación ciudadana y entidades públicas(comites)	10	10	10
	5. Escasa creación de partidas presupuestarias para RRHH (profesionales)	8	7	9
<b>CLIENTES</b>	1.Poca importancia por parte del usuario en el cuidado de la salud	8	10	10
	2. Nivel socio-económico medio y bajo del usuario	10	10	10
	3.Injerencia negativa por parte de los medios de comunicación	8	10	10
<b>PROCESOS INTERNOS</b>	1. Inestabilidad del cargo directivo por injerencia política	8	10	10
	2. Ausencia de soporte técnico por parte del MSP para implementar una gestión por procesos	9	10	10
<b>INNOVACIÓN Y APRENDIZAJE</b>	1. Baja oferta del MSP en capacitación para fortalecer competencias en temas específicos	10	7	7
	2. Escaso personal profesional de enfermería	8	10	10
	3. Exigencia de aplicación programas MSP sin la debida capacitación	8	8	10
PRIORIDAD				
1	Crisis social político y económica mundial y del país			
2	Política social en salud (Gratuidad en la atención) con escasos recursos para satisfacer la demanda.			
3	Ausencia de participación ciudadana y entidades públicas (comités)			
4	Nivel socio-económico medio y bajo del usuario			
5	Techo presupuestario asignado por MEF no esta acorde con Hospital Provincial.			
6	Ausencia de soporte técnico por parte del MSP para implementar una gestión por procesos			
7	Escaso personal profesional de enfermería			
8	Inestabilidad del cargo directivo por injerencia política			

Fuente: servicio de Medicina Interna

Elaboración: Bueno Rosa

#### **4.1.1.2 Análisis Ambiental Interno**

Comprende la identificación de la cantidad y calidad de recursos, capacidades en la formación y sostenimiento de la producción, disponibles para la organización.

En el cuadro # 5 se presentan las fortalezas se definen como la parte positiva de la institución, son los factores internos y los recursos que benefician y a su vez apoyan el logro de objetivos y a concretar planes, y que se las priorizaron siguiendo el mismo esquema que los cuadros anteriores, dentro de esto se destacan los más importantes: Financiamiento de la LMGAI, Financiamiento para contratación del personal, atención oportuna, la buena imagen del servicio, la capacidad técnica - científica de profesionales para atender al cliente, financiamiento para la dotación equipos, atención continua las 24 h, 365 días /año, recurso cama: 42 unidades en Medicina Interna.

**CUADRO # 5**  
**FORTALEZAS, SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

<b>FORTALEZAS</b>				
<b>PERSPECTIVA</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>URGENCIA</b>	<b>TENDENCIA</b>	<b>IMPACTO</b>
<b>FINANCIERA</b>	1. Financiamiento para la dotación equipos	10	9	10
	2. Financiamiento de la LMGAI	10	10	10
	3. Presupuesto prioritario para salud, a fin cubrir atención gratuita	8	6	10
	4. Financiamiento del Gobierno Central del PROGRAME (medicinas)	8	8	10
	5. Financiamiento para contratación del personal	10	10	10
<b>CLIENTES</b>	1. La buena imagen del servicio	10	9	10
	2. Talento humano especializado y con experiencia	7	8	10
	3. Trabajo en equipo, con predisposición al cambio	8	7	8
	4. atención oportuna	10	10	10
	5. Atención con calidad y calidez	8	8	10
<b>PROCESOS INTERNOS</b>	1. La capacidad técnica - científica de profesionales para atender al cliente	10	10	10
	2. Único hospital en la provincia con 4 especialidades básicas de atención pública en la zona	10	8	10
	3. Atención continua las 24 h, 365 días /año.	10	9	10
	4. Demanda que sobrepasa capacidad instalada para atención médica	8	9	10
	5. Exámenes laboratorio e imagenología atención 24h/día, 365 días/año	10	8	10
<b>INNOVACIÓN Y APRENDIZAJE</b>	1. Infraestructura adecuada	10	8	10
	2. Compromiso para capacitación interna y externa	8	9	10
	3. Institución docente de referencia provincial (internado medicina, enfermería, psicología y postgrado Cirugía general).	8	8	10
	4. Tecnología básica para la atención al usuario	9	9	10
	5. Recurso Cama: 42 unidades en Medicina Interna	10	8	10
<b>PRIORIDAD</b>				
1	Financiamiento de la LMGAI			
2	Financiamiento para contratación del personal			
3	Atención oportuna			
4	La buena imagen del servicio			
5	La capacidad técnica - científica de profesionales para atender al cliente			
6	Financiamiento para la dotación equipos			
7	Atención continua las 24 h, 365 días /año.			
8	Recurso Cama: 42 unidades en Medicina Interna			

Fuente: servicio de Medicina Interna

Elaboración: Bueno Rosa.

Las debilidades que son internas de la organización, consideradas dificultad o falta de una determinada capacidad o condición para el logro de metas o fines y que se debe mejorar o convertirlas en fortalezas las priorizadas son las siguientes (cuadro # 6): desmotivación del personal y ausencia de estímulos, déficit de profesionales enfermeras para atención la noche, insatisfacción de usuarios por trámites burocráticos, presencia de largas filas para la atención (turnos el día anterior), capacidad de oferta no satisface demanda, deficiente plan de

mantenimiento, preventivo y correctivo, deficiente gestión presupuestaria, protocolos de atención no actualizados duplican actividades.

**CUADRO # 6**  
**DEBILIDADES, SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

<b>DEBILIDADES</b>				
<b>PERSPECTIVA</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>URGENCIA</b>	<b>TENDENCIA</b>	<b>IMPACTO</b>
<b>FINANCIERA</b>	Programación presupuestaria no acorde a necesidades	8	8	9
	Deficiente gestión presupuestaria	10	8	10
	No disponibilidad de costos por servicio	8	8	8
	Autogestión suspendida	8	7	8
<b>CLIENTES</b>	Desmotivación del personal y ausencia de estímulos	10	10	10
	Escasa comunicación en temas que afectan al usuario	10	7	10
	Escasa facilitación para actualización de conocimientos	7	7	7
	Déficit de enfermeras profesionales para turnos en la noche	10	10	10
	Insatisfacción de usuarios por trámites burocráticos	10	10	10
	Presencia de largas filas para la atención (turnos el día anterior)	10	10	10
<b>PROCESOS INTERNOS</b>	Estructura organizacional no bien definida	10	7	10
	Subregistro estadísticos	9	9	10
	Procesos institucionales no implementados	8	8	10
	Capacidad de oferta no satisface demanda	10	10	10
	Inexistencia de Plan Operativo Anual del servicio	10	8	9
	Deficiente plan de mantenimiento, preventivo y correctivo	10	10	10
<b>INNOVACIÓN Y APRENDIZAJE</b>	Protocolos de atención no actualizados que duplican actividades	8	10	10
	Insuficiente aplicación de tecnología	8	10	10
	Débil sistema de información sin retroalimentación.	8	10	10
	Ausencia de plan de contingencia para reemplazo de personal que cumple años de servicio	8	10	10
	Clima laboral afectado por la cultura organizacional	8	9	10
	Insipiente grado de incentivos- motivación- comunicación	8	9	10
<b>PRIORIDAD</b>				
1	Desmotivación del personal y ausencia de estímulos			
2	Déficit de enfermeras profesionales para turnos en la noche			
3	Insatisfacción de usuarios por trámites burocráticos			
4	Presencia de largas filas para la atención (turnos el día anterior)			
5	Capacidad de oferta no satisface demanda			
6	Deficiente plan de mantenimiento, preventivo y correctivo			
7	Deficiente gestión presupuestaria			
8	Protocolos de atención no actualizados que duplican actividades			

Fuente: servicio de Medicina Interna

Elaboración: Bueno Rosa

Tanto en lo externo las oportunidades que facilitan el desarrollo si se aprovechan en forma oportuna y adecuada, y las amenazas que limitan o dificultan su desarrollo operativo; y en lo interno, fortalezas o actividades que contribuyen al beneficio de la institución, y las debilidades que inhiben o dificultan el logro de los objetivos de una organización, a continuación (cuadro # 7) se

presenta el resumen de matriz de análisis FODA con los factores más relevantes de acuerdo a la tendencia, urgencia e impacto, que de acuerdo al puntaje se las agrupo a las más altas en puntuación y que se consideran más significativas, dentro de oportunidades, amenazas, fortalezas y debilidades.

**CUADRO # 7**  
**MATRIZ FODA, SERVICIO DE MEDICINA INTERNA 2007.**

<b>HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ, SERVICIO MEDICINA INTERNA 2007</b>	
<b>MATRIZ FODA</b>	
<b>EXTERNO</b>	
<b>1</b>	<b>2</b>
<b>OPORTUNIDADES (+)</b>	<b>AMENAZAS (-)</b>
<b>1</b> Generar recursos financieros mediante convenio de prestación servicios con IESS	<b>1</b> Crisis social político y económica mundial y del país
<b>2</b> Recursos Gobierno Central para PROGRAME	<b>2</b> Política social en salud (Gratuidad en la atención) con escasos recursos para satisfacer la demanda.
<b>3</b> Recursos a través de programa de LMGAI	<b>3</b> Ausencia de participación ciudadana y entidades públicas (comités)
<b>4</b> Nivel satisfacción del cliente	<b>4</b> Nivel socio-económico medio y bajo del usuario
<b>5</b> Atención oportuna, de calidad.	<b>5</b> Techo presupuestario asignado por MEF no esta acorde con Hospital Provincial.
<b>6</b> Alianzas estratégicas con otras instituciones(universidades: internado, posgradistas)	<b>6</b> Ausencia de soporte técnico por parte del MSP para implementar una gestión por procesos
<b>7</b> Existe la Normativa legal para implementación de procesos en los hospitales públicos, como paso previo a la acreditación	<b>7</b> Escaso personal profesional de enfermería
<b>8</b> Formulación del Plan de desarrollo tecnológico e innovación	<b>8</b> Inestabilidad del cargo directivo por ingerencia política
<b>3</b>	<b>4</b>
<b>FORTALEZAS (+)</b>	<b>DEBILIDADES (-)</b>
<b>1</b> Financiamiento de la LMGAI	<b>1</b> Desmotivación del personal y ausencia de estímulos
<b>2</b> Financiamiento para contratación del personal	<b>2</b> Déficit de enfermeras profesionales para turnos en la noche
<b>3</b> Atención oportuna	<b>3</b> Insatisfacción de usuarios por trámites burocráticos
<b>4</b> La capacidad técnica - científica de	<b>4</b> Capacidad de oferta no satisface demanda
<b>5</b> La buena imagen del servicio	<b>5</b> Deficiente plan de mantenimiento, preventivo y correctivo
<b>6</b> Recurso Cama: 42 unidades en Medicina Interna	<b>6</b> Presencia de largas filas para la atención (turnos el día anterior)
<b>7</b> Financiamiento para la dotación equipos	<b>7</b> Deficiente gestión presupuestaria
<b>8</b> Atención continua las 24 h, 365 días /año.	<b>8</b> Protocolos de atención no actualizados que duplican actividades
<b>INTERNO</b>	

Fuente: servicio de Medicina Interna

Elaboración: Bueno Rosa.

En la siguiente tabla # 3 se presenta el ordenamiento de factores que tienen los indicadores más altos de motricidad y dependencia, los mismos que se obtuvo una vez aplicada la matriz de análisis estructural (ver anexo # 6.4), se observa que las de mayor valor, son: nivel de satisfacción del usuario con 27 de motricidad y 31 de dependencia, atención oportuna de calidad 25 y 30 respectivamente, y es en base a estas variables que se debe plantear la planificación.

**TABLA # 3**  
**ORDENAMIENTO DE FACTORES SEGÚN MOTRICIDAD Y DEPENDENCIA.**

ORDENAMIENTO DE FACTORES SEGÚN MOTRICIDAD Y DEPENDENCIA			
N°	VARIABLE	MOTRICIDAD	DEPENDENCIA
1	Generar recursos financieros mediante convenio de prestación servicios con IESS	16	10
2	Recursos Gobierno Central para PROGRAME	7	10
3	Recursos a través de programa de LMGAI	11	11
4	Nivel satisfacción del cliente	27	31
5	Atención oportuna, de calidad.	25	30
6	Alianzas estratégicas con otras instituciones(universidades: internado, posgradistas)	10	15
7	Existe la Normativa legal para implementación de procesos en los hospitales públicos, como paso p	11	4
8	Formulación del Plan de desarrollo tecnológico e innovación	15	12
9	Crisis social político y económica mundial y del país	17	18
10	Política social en salud (Gratuidad en la atención) con escasos recursos para satisfacer la demanda	23	17
11	Ausencia de participación ciudadana y entidades públicas (comités)	10	10
12	Nivel socio-económico medio y bajo del usuario	13	14
13	Techo presupuestario asignado por MEF no esta acorde con Hospital Provincial.	20	22
14	Ausencia de soporte técnico por parte del MSP para implementar una gestión por procesos	6	4
15	Escaso personal profesional de enfermería	14	17
16	Inestabilidd del cargo directivo por ingerencia política	14	18
17	Financiamiento de la LMGAI	8	11
18	Financiamiento para contratación del personal	12	13
19	Atención oportuna	20	26
20	La capacidad técnica - científica de profesionales para atender al cliente	12	14
21	La buena imagen del servicio	15	18
22	Recurso Cama: 42 unidades en Medicina Interna	9	10
23	Financiamiento para la dotación equipos	9	15
24	Atención continua las 24 h, 365 días /año.	9	13
25	Desmotivación del personal y ausencia de estímulos	14	12
26	Déficit de enfermeras profesionales para turnos en la noche	17	17
27	Insatisfacción de usuarios por trámites burocráticos	20	8
28	Capacidad de oferta no satisface demanda	13	12
29	Deficiente plan de mantenimiento, preventivo y correctivo	18	5
30	Presencia de largas filas para la atención (turnos el día anterior)	6	6
31	Deficiente gestión presupuestaría	8	15
32	Protocolos de atención no actualizados que duplican actividades	18	9
		447	447
	Promedio	14	
	Mediana		13

Fuente: Servicio de Medicina Interna

Elaboración: Bueno Rosa

De acuerdo a las variables obtenidas, y utilizando en el plano de coordenadas se las representa, (grafico # 66), en base al número asignado en el cuadro ordenamiento de factores según motricidad y dependencia correspondiente, obteniéndose un promedio para motricidad de 14 y una mediana de dependencia

de 13, se ubica a las variables por número de ordenamiento según la cuantificación obtenida, situándose como se describe a continuación:

En la *ZONA UNO* de poder (gráfico # 66), se concentra el 19% de variables explicativas del sistema condicionadas de las demás variables, son de alta motricidad y baja dependencia y son:

- Insatisfacción de usuarios por trámites burocráticos (27)
- Deficiente plan de mantenimiento, preventivo y correctivo (29)
- Protocolos de atención no actualizados que duplican actividades (32)
- Formulación del Plan de desarrollo tecnológico e innovación (8)
- Generar recursos financieros mediante convenio de prestación servicios con IESS (1)
- Desmotivación del personal y ausencia de estímulos (25)

El 25% de variables se ubican en la *ZONA DOS*, (gráfico # 66), estas variables también son de alta motricidad y alta dependencia, consideradas de conflicto, son inestables por su naturaleza, cualquier acción sobre estas variables repercutirá sobre el resto y están:

- Atención oportuna, de calidad (5)
- Nivel satisfacción del cliente (4)
- Crisis social política y económica mundial y del país (9)
- Política social en salud (Gratuidad en la atención) con escasos recursos para satisfacer la demanda. (10)
- Techo presupuestario asignado por MEF no está acorde con Hospital Provincial (13)
- Atención oportuna (19)
- La buena imagen del servicio (21)
- Déficit de enfermeras profesionales para turnos en la noche (26)

Mientras que en la *ZONA TRES*, se ubican las de baja motricidad y alta dependencia esta es la zona de salida donde se agrupa los 28% de variables

(gráfico # 66), calificadas de resultantes cuya evolución explica por las que se sitúan en los sectores 2 y 1.

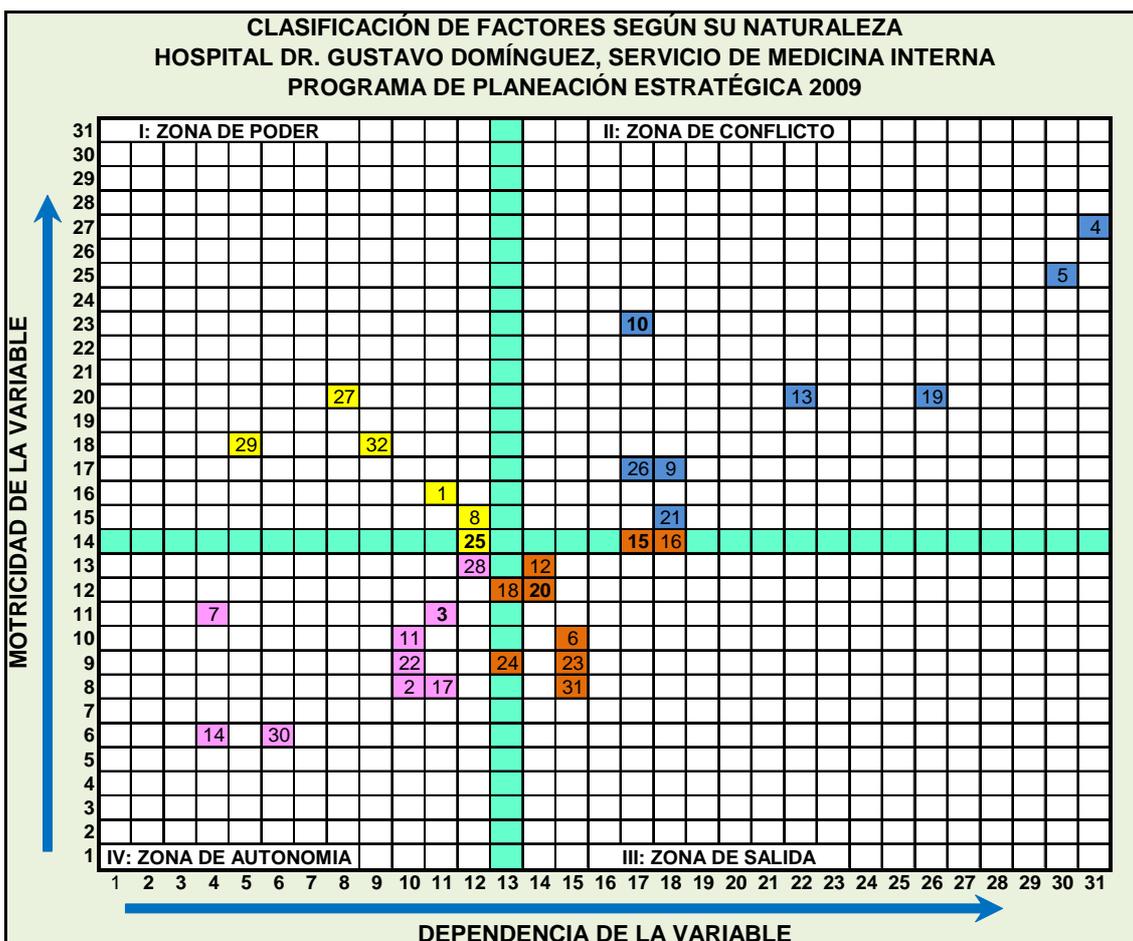
- Alianzas estratégicas con otras instituciones (universidades: internado, posgradistas) (6)
- Escaso personal profesional de enfermería (15)
- Inestabilidad del cargo directivo por injerencia política (16)
- Financiamiento para contratación del personal (18)
- La capacidad técnica - científica de profesionales para atender al cliente (20)
- Deficiente gestión presupuestaría (31)
- Financiamiento para la dotación equipos (23)
- Atención continua las 24 h, 365 días /año. (24)
- Nivel socio-económico medio y bajo del usuario (12).

Y por último en la *ZONA CUATRO*, de autonomía, considerada de baja motricidad y baja dependencia, (gráfico # 66), se sitúan el 28% de variables, por ser autónomas se puede prescindir de ellas.

- Recursos Gobierno Central para PROGRAME (2)
- Recursos a través de programa de LMGAI (13)
- Existe la Normativa legal para implementación de procesos en los hospitales públicos, como paso previo a la acreditación (7)
- Ausencia de participación ciudadana y entidades públicas (comités) (11)
- Ausencia de soporte técnico por parte del MSP para implementar una gestión por procesos (14)
- Financiamiento de la LMGAI (17)
- Recurso Cama: 42 unidades en Medicina Interna (22)
- Capacidad de oferta no satisface demanda (28)
- Presencia de largas filas para la atención (turnos el día anterior) (30)

GRÁFICO # 66

CLASIFICACIÓN DE FACTORES SEGÚN SU NATURALEZA. PROGRAMA DE PLANEACIÓN ESTRATEGICA. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. H. DR. G. D. 2009.



Fuente: Servicio de Medicina Interna      Elaboración: Rosa Bueno

4.1.2 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

El tener una visión general de cómo se desarrolla una institución de salud es muy importante, porque permite establecer como está organizado, cuáles son sus objetivos, misión, visión, etc.

#### **4.1.2.1 Misión**

Considerada una herramienta, de comunicación interna, hacia los trabajadores de la institución; externa, hacia la comunidad, los usuarios, los políticos y otros dirigentes sociales en la que se resume el para que esta el hospital; por lo tanto se propone como misión la siguiente descripción:

“Medicina Interna del Hospital Dr. Gustavo Domínguez, conformada por médicos internistas, especialistas clínicos del adulto y otros profesionales de la salud, en permanente crecimiento profesional y técnico, tiene como prioridad la atención al usuario, manteniendo el respeto a su autonomía personal, unidos por el interés de difundir el conocimiento y la actualización en el ejercicio de la medicina, encaminado a la preservación y mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios, familia y comunidad”.

#### **4.1.2.2. Visión**

Sirve de guía para que todos los miembros orienten sus esfuerzos en una misma dirección, para lograr el desarrollo esperado dentro de la organización.

“El servicio de medicina interna, para el año 2013, es un referente para la comunidad provincial, en la prestación de servicios de salud, dentro de su especialidad y subespecialidades, dando respuesta a las necesidades de salud de la población, con una gestión participativa, promueve el desarrollo personal, técnico y profesional de su recurso humano y lo incentiva hacia la excelencia en el desempeño, la autocrítica y la rendición de cuentas, con una infraestructura y tecnología moderna, facilitando la atención integral y oportuna”.

#### 4.1.2.3 Valores

Los valores o principios, es todo lo favorable que tiene el ser humano y que permite su evolución realización, su desarrollo, y que son un marco de referencia que regula la vida de una organización; y se detalla a continuación:

*Amabilidad*, ofreciendo un servicio cálido y humano, que garantice el buen trato y evidencie nuestro interés hacia sus necesidades.

*Compromiso*, actitud permanente de servicio hacia el logro de resultados y el cumplimiento de los objetivos personales e institucionales.

*Ética* como fundamento de nuestras actividades, orientándonos hacia el logro de una armonía individual y social.

*Confidencialidad*, manejando con entereza la información, de tal forma que no se divulgue, la información personal relacionada con la vida, la salud o la institución.

*Honestidad*, actuando de conformidad a las normas morales, éticas y religiosas, según la sociedad a la que se pertenece, y a las leyes y normas jurídicas.

*Respeto*, valorando a las personas como a nosotros mismos, entendiendo que nuestra libertad llega hasta donde inicia la de los demás.

*Responsabilidad*, hacer lo que hay que hacer, en el momento justo, en cantidad y calidad esperada y deseada, asumiendo positivamente las consecuencias de nuestros actos

*Equidad*, enmarcados dentro de la normatividad vigente reconociendo los derechos, deberes y necesidades individuales de nuestros usuarios, teniendo en cuenta su participación activa.

#### **4.1.2.4 Objetivos Estratégicos**

- Brindar atención clínico con calidad.
- Mejorar la satisfacción de los usuarios.
- Desarrollar un proceso de mejoramiento continuo de la calidad en el servicio de M. I.
- Promover el desarrollo del personal del servicio de M. I.
- Optimizar el uso del recurso camas en el servicio de M. I.
- Lograr la sostenibilidad económica del hospital mediante los recursos asignados por el Gobierno Central.

#### **4.1.2.5. Líneas Estratégicas.**

- Plan calidad – Encuestas
- Plan de implementación por procesos
- Plan implementación de protocolos (10 patologías de mayor incidencia)
- Plan de implementación protocolos enfermería
- Plan de evaluación de historias clínicas.
- Plan de evaluación de aplicación de protocolos.
- Plan de capacitación
- Plan de optimización uso de cama.
- Plan optimización recursos.

#### **4.1.3 BALANCED SCORECARD (BSC)**

Luego de haber realizado el análisis y desarrollado la matriz FODA en la página 204, como parte de la planificación estratégica, planteado la visión y misión, se estructura el BSC, considerado un instrumento metodológico que transcribe la visión, en un conjunto de medidas de la actuación, las cuales proporcionan la estructura necesaria para un sistema de gestión y medición, además nos permite la comunicación hacia todo el personal de los objetivos y su cumplimiento, como

también aportará los elementos cuantitativos y cualitativos, para la toma de decisiones, en la siguiente tabla # 4 se presenta la tabla balanceada de indicadores, donde se describe las actuaciones que permitirán un mejoramiento del área de medicina interna.

- En la columna # 1, representa las perspectivas del cliente, del proceso interno, aprendizaje y crecimiento, y financiera, por medio de las cuales es posible evaluar la actividad.
- En la columna # 2, objetivos estratégicos, que nos indica el mejoramiento que se busca.
- En la columna # 3, indicadores estratégicos, que se constituyen el medio que se tiene para visualizar el cumplimiento o no de los objetivos.
- En la columna # 4, describe las fórmulas o los parámetros que permiten ejecutar el indicador.
- En la columna # 5, metas, 5.1 las metas actual, 5.2 metas al 2010, que se desea alcanzar.
- En la columna # 6, iniciativas estratégicas, las acciones que se ejecutarán para conseguir los objetivos.

TABLA # 4

## TABLA BALANCEADA DE INDICADORES, SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ, SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, TABLA BALANCEADA DE INDICADORES

1	2	3	4	5		6
				5.1	5.2	
Perspectiva	Objetivos estratégicos	Indicadores estratégicos	Fórmula	Metas		Iniciativas Estrategias
				Actual	2010	
Usuarios	Brindar atención clínico con calidad	Índice de atención clínico con calidad	$N^{\circ}$ de egresos hospitalarios de MI satisfechos del año t./ $N^{\circ}$ total de egresos hospitalarios en el mismo año t.* 100	0%	75%	Plan de calidad-Encuestas
	Mejorar la satisfacción de los usuarios	Índice de satisfacción del usuario	$N^{\circ}$ de pacientes satisfechos en un mes t / $N^{\circ}$ de pacientes atendidos en 1 mes t * 100.	0%	85%	
Procesos Internos	Desarrollar un proceso de mejoramiento continuo de la calidad en el servicio de MI.	% procesos implementados	No. Procesos implementados/Total propuesto	0%	50%	Plan de implementación por procesos
		% Protocolos medicos aplicados	No protocolos médicos aplicandose/Total propuesto (10)	30%	100%	Plan implementación de protocolos (10 patologías de mayor incidencia)
		% Protocolos de cuidados de enfermería aplicados	No. protocolos de cuidados de enfermería aplicandose/Total propuesto (10)	40%	80%	Plan de implementación protocolos enfermería
		% de historias clínicas completas según normativa.	# de historias clínicas completas durante el mes/total de historias clínicas revisadas en el mes *100	0%	50%	Plan de evaluación de historias clínicas.
		Índice de utilización de servicios complementarios	Exámenes de laboratorio realizados para el servicio de medicina interna/ egresos del servicio de medicina interna Placas de rayos X realizados para el servicio de medicina interna/ egresos del servicio de medicina interna	0%	50%	Plan de evaluación de aplicación de protocolos
Perspectiva Innovación y aprendizaje	Promover el desarrollo del personal del servicio de MI	% de personal capacitado anualmente	$N^{\circ}$ de profesionales que participan en eventos capacitación en el año / total profesionales * 100	0%	40%	Plan de capacitación
	Optimizar el uso del recurso camas en el servicio de MI	Índice ocupacional	Total días paciente/Total camas disponibles	90%	98%	Plan de optimización uso de cama
		Promedio días estada	Total días estada del paciente/Total egresos	7,5	6	
Intervalo de giro de cama		(D.C.D. de un periodo)-(D.C.O. del mismo periodo)/Egresos durante el periodo	0,6	0,8		
	Perspectiva financiera	Lograr la sostenibilidad económica del hospital mediante los recursos asignados por el GC	% de presupuesto ejecutado	Presupuesto ejecutado/Presupuesto asignado	25%	90%

Fuente: Tesis Rosa Bueno. Elaboración: Bueno Rosa.

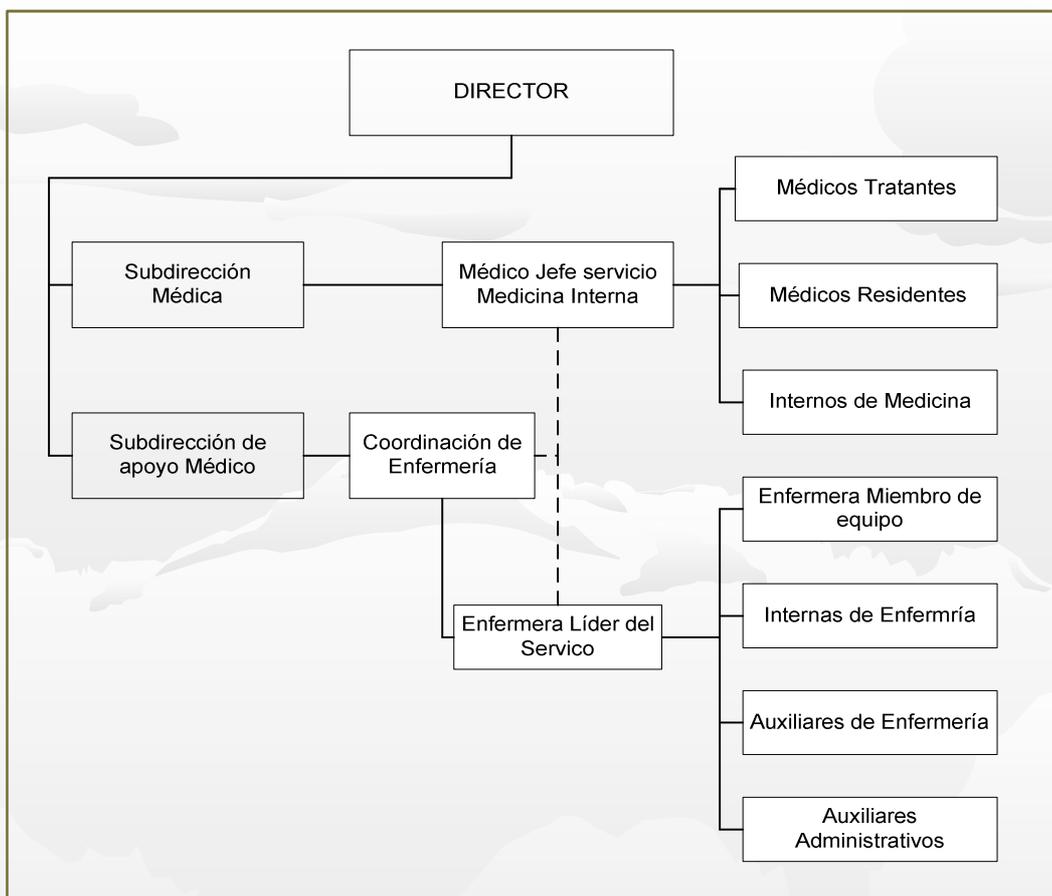
## 4.2 ORGANIZACIÓN

La Organización es el proceso de comprometer a las personas en un trabajo conjunto, implica el proceso de propiciar las relaciones y crear la estructura para lograr fines organizacionales, se la define como la combinación de los medios humanos y materiales disponibles, en función de la consecución de un fin, con un esquema preciso de observancias e interrelaciones entre los distintos elementos que la constituyen, es distribuir o asignar las actividades necesarias, gestionar y establecer procedimientos de actuación entre los diferentes recursos disponibles, para el logro de los objetivos de la organización.

En el presente caso si se establece que la estructura organizacional de servicio tiene un orden jerárquico vertical, se ve importante plantear una estructura funcional, según Chiavenato, dentro de esta estructura, las persona se concentran en departamentos, es la agrupación de actividades basada en habilidades, conocimientos y recursos semejantes, que va a permitir una mejor coordinación intradeparamental; además se plantea una estructura mixta es decir entre horizontal y vertical con el objeto de superar las limitaciones, por medio del horizontal, se disminuye las distancias administrativas, las líneas de comunicación son más cortas, contribuye a elevar la moral de los empleados, en el vertical la comunicación de los directivos tiene más atención por consiguiente pasa con mayor rapidez por los distintos niveles, esto se lo representa en un organigrama, que es la representación gráfica de la estructura orgánica de una institución o de una de sus áreas y refleja en forma esquemática la descripción de las unidades que la integran, su respectiva relación, niveles jerárquicos y canales formales de comunicación y coordinación, que se esquematiza en el gráfico # 67.

GRAFICO # 67

## ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

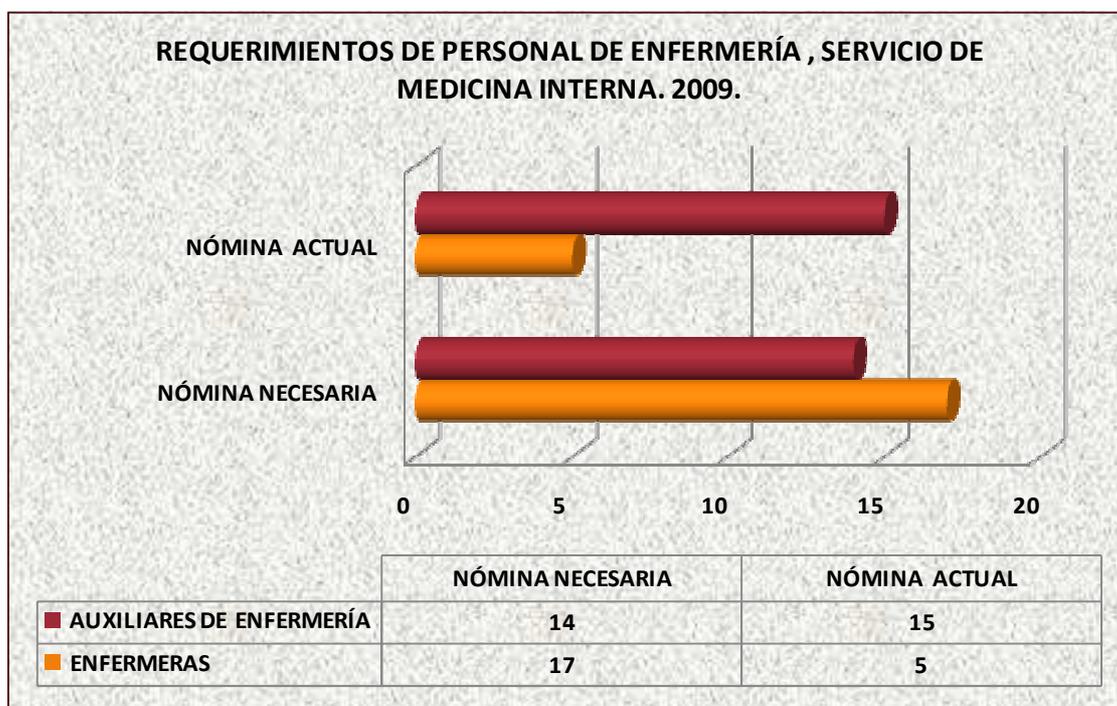


existe insuficiente número de personal de enfermeras profesionales para cubrir los turnos de trabajo las 24 horas, tomando los datos referenciales para cálculo de personal (La Gestión de Enfermería y los Servicios Generales en las Organizaciones Sanitarias, de Diego Ayuso, et. al. España. 2006), en la que señala, para medicina 3 horas de enfermería en 24 horas, además no existe una metodología estandarizada por cuanto las necesidades de una institución a otra van a ser diferentes, hay que tomar en cuenta muchos factores como tipo de servicio, patología más frecuente la pirámide poblacional, recursos materiales, tecnológicos para realizar los estimativos necesarios.

Siguiendo este contexto, la distribución de plantilla por categoría que es 60% para enfermeras profesionales y 40% para auxiliares de enfermería, también hay que tener en cuenta la distribución de la plantilla por turno si se consideran tres turnos, la mañana 50%, tarde 30%, la noche 20%; el cálculo de la horas de enfermería necesarias en 24 horas, además hay que tener presente el número de camas, índice ocupacional y el número de horas enfermería por paciente; para realizar la distribución de hora por categoría, con las constantes que menciono anteriormente, esto nos ayuda a establecer la distribución de horas por turno y categoría, con este valor se obtuvo el número de puestos por enfermería por turno y categoría, teniendo en cuenta que para el personal de enfermeras y auxiliar de enfermería se considera una jornada laboral del 8 horas diarias, además de establecer la jornada anual del trabajador y finalmente obtener la plantilla requerida.

Por lo tanto si en la actualidad se cuenta con 5 enfermeras profesionales, según lo descrito anteriormente se necesita 12 enfermas para cubrir el déficit de enfermeras profesionales, para atención las 24 horas en turnos rotativos, como se demuestra en el, gráfico # 68; de obtenerse este personal tendría un costo estimativo anual de \$117 986, teniendo como referencia que un enfermera de contrato en la actualidad percibe un ingreso mensual de \$ 819 más beneficios de ley.

**GRÁFICO # 68**  
**REQUERIMIENTOS DE PERSONAL DE ENFERMERÍA, SERVICIO MEDICINA**  
**INTERNA. 2009.**



Fuente: Plantilla según Barquín.

Elaboración: Bueno Rosa.

Además dentro del ámbito de enfermería la asignación de un número de paciente por enfermera: favorece la atención integral, posibilita la comunicación dentro del equipo, con el paciente, la familia, y la continuidad de los cuidados, o lo que se llama enfermera por cuidados, además sería importante establecer el nivel de dependencia de los pacientes, que es un factor muy importante dentro de la asignación de personal de enfermería.

Con respecto a los recursos físicos es necesario, que el sistema de iluminación sea distribuido adecuadamente eliminando zonas oscuras, las áreas destinadas para aislamiento deben contar con un sistema de presión negativa, es importante se adecue una área de depósito intermedio para desechos que se generan en el servicio siempre rigiéndose a las normas de manejo de desechos, la señalización debe existir en todas las áreas de tal manera que oriente al familiar, paciente y

personal, en esta debe estar claramente distinguida las zonas de restricción , salidas de emergencia etc.

La implementación de un buen sistema de mantenimiento, acorde con el avance tecnológico, garantizará que los recursos, físicos, tecnológicos, funcionen y se conserven adecuadamente en la prestación de servicios, por lo tanto es muy necesario establecerlo porque asegura la disponibilidad de las instalaciones y equipo, ampliando su vida útil y a la vez obtener un máximo rendimiento de los mismos, esto se logra por medio de un proceso integral de gestión (Gestión de Mantenimiento Hospitalario, W. Calisaya), teniendo en consideración la elaboración y consolidación de inventario verificación de estado de funcionamiento de equipos, la formulación de rutinas de mantenimiento: preventivo , correctivo a través de un adecuado diagnóstico y evaluación del servicio, en la evaluación se debe considerar los siguientes componentes: inventarios actualizados de equipos, estado de funcionamiento, grado de obsolescencia de equipos, (guías de formatos en anexo # 6.5), se debe mantener un sistema de control, seguimiento, evaluación y retroalimentación constante, para ello es importante la implementación de una base de datos debidamente documentada, actualizable permanentemente, con suficiente información como: localización geográfica del equipo, tipo de mantenimiento realizado, descripción de las actividades realizadas y las piezas reemplazadas, fecha de la actividad, monto total del mantenimiento, responsables y especialistas que efectuaron el mantenimiento, todo esto se debe anexar una hoja de vida de los equipos, que garantizarán un adecuado inventario de los diferentes elementos, facilitando el manejo de los mismos y su mantenimiento.

### **4.3 ESTRUCTURA POR PROCESOS.**

Facilita los conocimientos y las herramientas para la mejora, en la actualidad las instituciones están muy relacionadas con los procesos productivos, asistenciales y en coordinación con los requerimientos de los usuarios, la comunidad, las

prioridades políticas, la gestión por procesos, comprende reordenar los flujos de trabajo de forma que aporten valor añadido, dirigido a aumentar la satisfacción del cliente y a facilitar las tareas de los profesionales, procura asegurar de forma rápida, ágil y sencilla el abordaje de los problemas de salud desde una visión centrada en el paciente.

#### **4.3.1 BASE LEGAL**

En el marco del proceso de Modernización del Estado, se viene aplicando los nuevos Sistemas de Organización por Procesos y de Desarrollo del Recurso Humano a implementarse en las entidades del Sector Público, conforme a las Políticas Públicas establecidas en la Resolución N° OSCIDI – 2000-032 publicada en el Registro Oficial N°234 del 29 de Diciembre del 2000.

Existe la normativa legal, establecida por parte de los organismos de control, publicada en el Registro Oficial # 251 de 17abril del 2006, en la que destaca los artículos: según la RESOLUCIÓN No. SENRES – PROC- 2006-0000046

“Que, el artículo 54 literal c) de la LOSCCA, establece la necesidad de expedir políticas, normas e instrumentos técnicos de desarrollo administrativo, como marco de referencia para el diseño, reforma e implementación de estructuras organizacionales por procesos, mediante resoluciones que serán publicadas en el Registro Oficial a aplicarse en las instituciones, organismos y dependencias del Estado;...”<sup>88</sup>

#### **4.3.2 JERARQUIZACIÓN DEL PROCESO**

Para la estructuración de los procesos del departamento de Medicina Interna, se contó con el apoyo de los miembros del personal que laboran en el área. Sin embargo, la elaboración del trabajo la realizó la autora del presente trabajo de

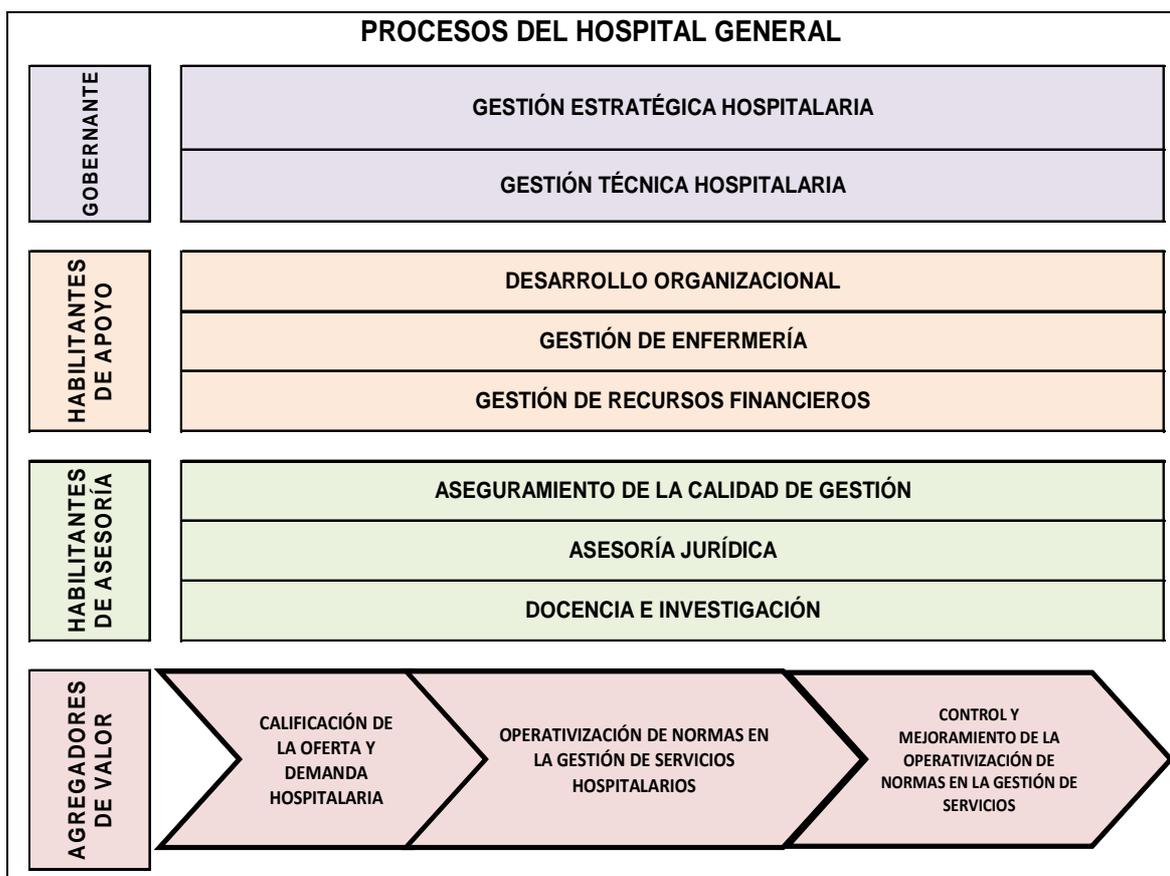
---

<sup>88</sup> Registro Oficial Registro Oficial #241 de 17 abril del 2006.

investigación, basada en la observación directa, revisión del manual de funciones, diálogo con los miembros del personal.

El desarrollo de procesos para el área de Medicina Interna, se inicia teniendo en cuenta la estructuración que plantea el Ministerio de Salud, por lo tanto, en el gráfico # 69 se indica la jerarquización de los procesos para un hospital general que brinda atención ambulatoria y de hospitalización en las cuatro especialidades básicas, siguiendo el esquema de clasificación descrita en el capítulo dos, están los procesos gobernantes; los de valor agregado; los habilitantes de apoyo y asesoría, cada uno con sus respectivos subprocesos.

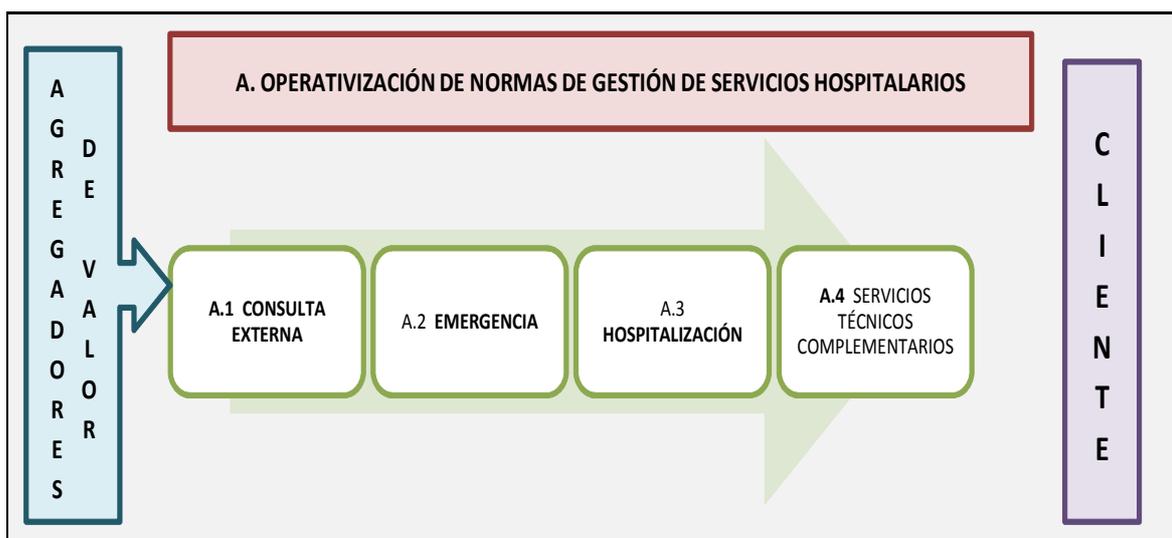
**GRÁFICO # 69**  
**PROCESOS DEL HOSPITAL GENERAL**



Fuente MSP. Elaboración: MSP.

En el siguiente gráfico # 70, se describe el proceso de valor agregado, dentro del cual se agrupan otros procesos, dentro de estos, el de operativización de normas de gestión de servicios hospitalarios, y que se conforma a su vez por los subprocesos de emergencia, hospitalización, consulta externa, servicios técnicos complementarios, que son los que tienen relación directa con el cliente, llegan al exterior de la organización, y en el que se centra el proceso para el desarrollo del presente trabajo que es el de hospitalización.

**GRÁFICO # 70**  
**PROCESO DE VALOR AGREGADO**

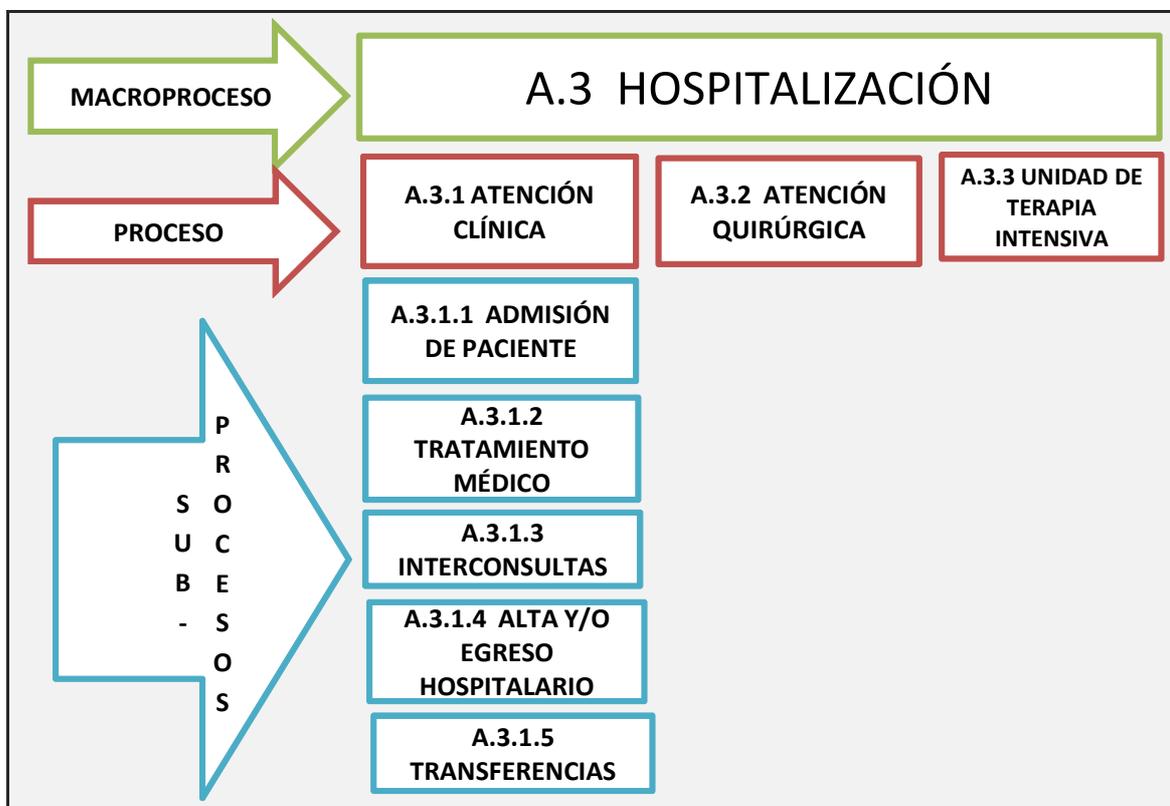


Fuente MSP. Elaboración: Bueno Rosa.

Luego de realizar esta descripción de la estructura de procesos para un hospital general a continuación (gráfico # 71), se representa el proceso de hospitalización al que se lo considera el macroproceso, y como procesos están: atención clínica, atención quirúrgica y la unidad de terapia intensiva, en lo que involucra al desarrollo del trabajo, esta la atención clínica, que están conformados por los subprocesos de admisión, tratamiento médico, interconsultas, altas, y transferencias, que son los que están relacionados directamente con el usuario.

## GRÁFICO # 71

## PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN



Fuente MSP. Elaboración: Bueno Rosa.

#### 4.3.3 DESARROLLO DEL PROCESO

Debido a que, esta es una propuesta para la aplicación de procesos, aún no se ha establecido un responsable que llevará a cabo las tareas de supervisión, control y corrección de las actividades ligadas a los procesos principales, pues tal designación deberá realizarse por los directivos del área, incluso, del hospital al momento que la propuesta, sea considerada.

Por lo tanto identificado el macroproceso de hospitalización, los procesos y subprocesos y tomando en cuenta que la actuación está centrada en la atención al usuario, que es la actividad central del servicio, a continuación se esquematiza los subprocesos, en el cuadro # 8, se realiza la descripción del subproceso de

admisión, en el que se detalla toda la actividad que se realiza, la misma que se detalla forma secuencial, designando para cada actividad las tareas y los responsables, además de los registros que se generan.

**CUADRO # 8**  
**SUBPROCESO: ADMISIÓN DE PACIENTE**

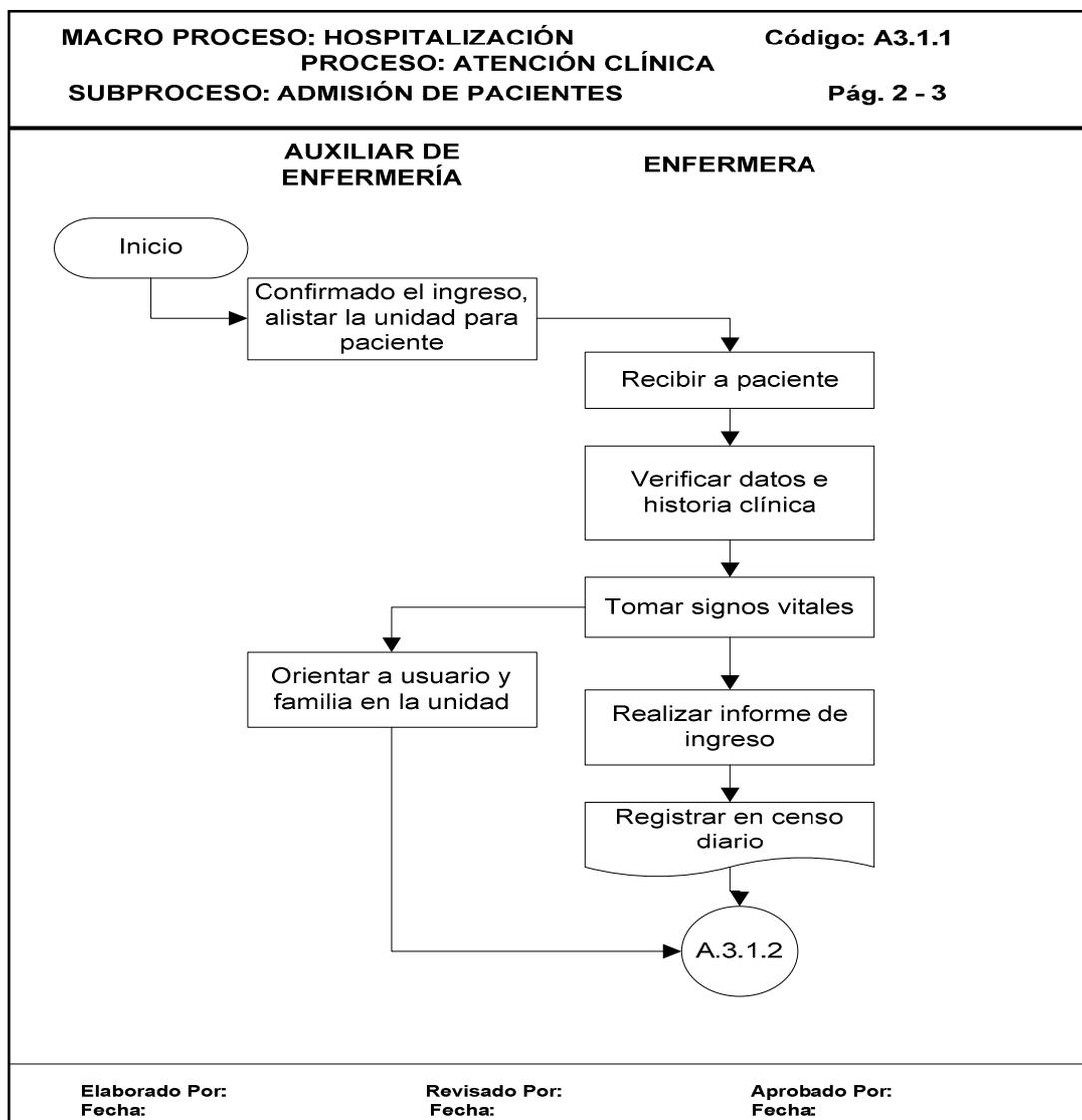
MACROPROCESO		HOSPITALIZACIÓN		Código: A. 3.1.1	
PROCESO		ATENCIÓN CLÍNICA		Fecha: 09 - 2009	
SUBPROCESO		ADMISIÓN DE PACIENTE			
CUADRO DE DESCRIPTORES Y RESPONSABILIDADES					Pág. 1 - 3
Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE		REGISTRO
			CARGO	UNID. EJEC.	
1	Preparar la Unidad	Confirmado ingreso, alistar unidad para paciente, verificar funcionamiento de equipos que esten en buenas condiciones	Aux/Enf.	Hospitalización	
2	Recibir a paciente	Ingresa, en silla de ruedas o camilla y se asignará la unidad correspondiente	Enfermera	Hospitalización	
3	Verificar datos	Revisar historia clínica, con documentación completa del usuario	Enfermera	Hospitalización	Historia Clínica
4	Tomar signos vitales	Toma de signos vitales , aplicando procedimiento y registrar en formulario correspondiente	Enfermera	Hospitalización	Formulario 020
5	Orientar a usuario y familia	En la ubicación en el servicio, horario de visitas, aclarar dudas que presentaren cliente y familia.	Auxilia de enfermería	Hospitalización	
6	Realizar informe de ingreso	Se reporta la condición en la que ingresa el usuario, con firma de responsabilidad	Enfermería	Hospitalización	Formulario 005
7	Registrar ingreso	Hacer constar en la hoja de condición de paciente y de censo diario	Enfermera	Hospitalización	Hoja censo diario
Elaborado Por:		Revisado Por:		Aprobado Por:	
Fecha:		Fecha:		Fecha:	

Fuente: Medicina Interna.

Elaborado por: Bueno Rosa

La descripción realizada de este subproceso se representa en el diagrama de flujo, donde se indica gráficamente en forma secuencial como se desarrolla el proceso, utilizando símbolos y líneas, para que facilite la comprensión en los diferentes pasos, y permita un mejor entendimiento de los flujos de actividad e información.

**GRÁFICO # 72**  
**DIAGRAMA DE FLUJO: ADMISIÓN DE PACIENTES**



Fuente: Medicina Interna.

Elaborado por: Bueno Rosa.

En el siguiente cuadro # 9, se realiza la caracterización del proceso en el que se especifica, objetivo, alcance, las estradas con su denominación y proveedor; salidas, denominación y cliente; además de los recursos, controles, registros e indicadores que serán la base de control del proceso.

**CUADRO # 9**  
**CARACTERIZACIÓN DEL SUBPROCESO: ADMISIÓN DE PACIENTES.**

<b>MACROPROCESO:</b>	<b>HOSPITALIZACIÓN</b>		<b>Código: A.3.1.1</b>
<b>PROCESO:</b>	<b>ATENCIÓN CLÍNICA</b>		<b>Fecha: 09 2009</b>
<b>SUBPROCESO:</b>	<b>ADMISIÓN DE PACIENTES</b>		
<b>CUADRO DE CARACTERIZACIÓN DEL SUBPROCESO</b>			<b>Pág. 3 - 3</b>
OBJETIVO: Documentar el proceso de admisión de pacientes en el servicio de medicina interna			
ALCANCE: Este proceso está desarrollado para la atención a pacientes de hospitalización área medicina interna			
<b>ENTRADAS</b>			
<b>DENOMINACIÓN</b>		<b>PROVEEDOR</b>	
Pacientes		Consulta externa	
Familiars		Emergencias	
Historia clínica		Traslado de otro servicio de hospitalización	
<b>SALIDAS</b>			
<b>DENOMINACIÓN</b>		<b>CLIENTE</b>	
Paciente admitido.		Hospitalización	
Historia Clínica Actualizada		Estadística	
<b>RECURSOS</b>			
<b>HUMANOS</b>	<b>FÍSICOS</b>	<b>TECNOLÓGICOS</b>	
<b>DENOMINACIÓN</b>	<b>DENOMINACIÓN</b>	<b>DENOMINACIÓN</b>	
Enfermeras	Infraestructura Hospitalaria	Equipo Médico	
Auxiliares de Enfermería	Material de Oficina	Instrumental médico	
	Útiles de aseo	Teléfono	
	Lencería		
	Mobiliario		
<b>CONTROLES</b>			
Censo Diario			
Historia Clínica			
Registro de enfermería			
<b>REGISTROS</b>			
<b>DENOMINACIÓN</b>			
Historia Clínica			
Censo diario			
<b>INDICADORES</b>			
<b>DENOMINACIÓN</b>		<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>	
Porcentaje de ingresos		Número pacientes ingresados al servicio en un periodo/(total pacientes atendidos consulta externa+ total pacientes atendidos emergencia de especialidad)*100	
<b>Elaborado Por:</b>	<b>Revisado Por:</b>	<b>Aprobado Por:</b>	
<b>Fecha:</b>	<b>Fecha:</b>	<b>Fecha:</b>	

Fuente: Medicina Interna.

Elaborado por: Bueno Rosa.

En la misma secuencia se desarrolla los siguientes subprocesos

**CUADRO # 10**  
**SUBPROCESO: TRATAMIENTO MÉDICO**

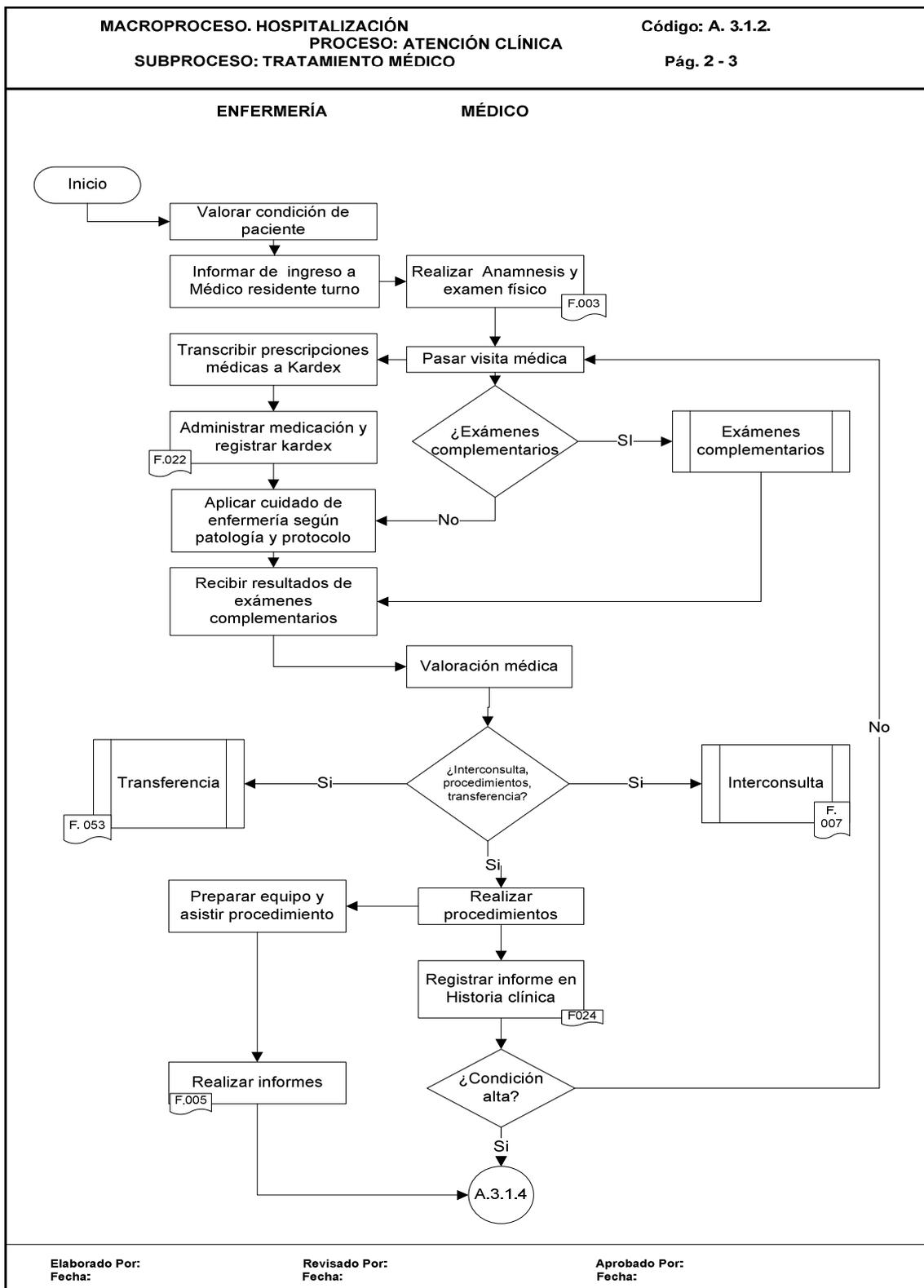
MACROPROCESO		HOSPITALIZACIÓN			Código: A. 3.1.2	
PROCESO		ATENCIÓN CLÍNICA			Fecha: 09 - 2009	
SUBPROCESO		TRATAMIENTO MÉDICO				
<b>CUADRO DE DESCRIPTORES Y RESPONSABILIDADES</b>						Pag. 1 - 3
Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE		REGISTRO	
			CARGO	UNID. EJEC.		
1	Valorar paciente	Observar condición de paciente, para establecer plan de cuidado a desarrollar	Enfermera	Hospitalización		
2	Informar de ingreso a Médico de turno	Oportunamente, para que sea valorado	Enfermera	Hospitalización	Historia Clínica	
3	Realizar anamnesis y examen físico	Realiza médico como parte de la atención y la documentación respectiva	Médico	Hospitalización	Formulario 003	
4	Pasar visita médica	Diariamente donde se evalúa la condición del paciente y prescribe las indicaciones para continuación de su tratamiento, a su vez toma de decisión para la realización de exámenes complementarios, según protocolo.	Médico	Hospitalización	Formulario 005	
5	Transcribir prescripciones médicas	Realizar registros de horario de medicación, procedimientos, exámenes y más actividades que el paciente requiera	Enfermera	Hospitalización	Formulario 022	
6	Administrar medicación y registrar kardex	Administrar medicación prescrita según normas y horarios, y documentar esta actividad en formulario respectivo	Enfermera	Hospitalización	Formulario 022	
7	Aplicar cuidado de enfermería	De acuerdo a patología y según protocolo establecido	Enfermera	Hospitalización		
8	Tramitar exámenes complementarios	Según indicación médica se coordinará con los departamentos respectivos y realizará los exámenes solicitados	Enfermera	Hospitalización	Formulario 010, 012	
9	Recibir resultados de exámenes	Incluir los resultados de exámenes a la historia clínica, las imágenes mantener en la cabecera del paciente, comunicar a médico	Enfermera	Hospitalización	Formulario 010, 012	
10	Valoración médica	La evaluación médica del paciente así como de resultados de exámenes y la toma de decisiones, transferencia, interconsulta, procedimientos especiales.	Médico	Hospitalización		
11	Realizar procedimientos especiales.	La ejecución de procedimientos de acuerdo a necesidad de paciente en base a protocolos establecidos, previa autorización y consentimiento informado a paciente y/o familiares	Médico	Hospitalización	Formulario 024	
12	Preparar equipo y asistir a procedimiento	Alistar materiales y equipos a su vez cuidar de la privacidad del paciente, y asistir en el procedimiento según protocolo	Enfermera	Hospitalización		
13	Registrar informe en historia clínica	Describir el procedimiento realizado	Médico	Hospitalización	Formulario 005	
14	Realizar informes	Describir en el formulario correspondiente los cuidados, realizados y la sintomatología del paciente.	Enfermera	Hospitalización	Formulario 005	
15	Coordinar transferencia	A.3.1.5				
16	Tramitar interconsulta	A.3.1.3				
17	Comunicar alta	A.3.1.4				
Elaborado Por:		Revisado Por:		Aprobado Por:		
Fecha:		Fecha:		Fecha:		

Fuente: Medicina Interna.

Elaboración: Bueno Rosa.

## GRÁFICO # 73

### DIAGRAMA DE FLUJO: TRATAMIENTO MÉDICO



## CUADRO # 11

### CARACTERIZACIÓN DEL SUBPROCESO: TRATAMIENTO CLÍNICO

<b>MACROPROCESO:</b>	<b>HOSPITALIZACIÓN</b>		<b>Código: A.3.1.2</b>
<b>PROCESO</b>	<b>ATENCIÓN CLÍNICA</b>		<b>Fecha: 09 2009</b>
<b>SUBPROCESO</b>	<b>TRATAMIENTO MÉDICO</b>		
<b>CUADRO DE CARACTERIZACIÓN DEL SUBPROCESO</b>			<b>Pág. 3 - 3</b>
OBJETIVO: Documentar el proceso de atención de los pacientes que ingresan al servicio de medicina interna			
ALCANCE: Este proceso está desarrollado para la atención a pacientes de hospitalización área medicina interna			
<b>ENTRADAS</b>			
<b>DENOMINACIÓN</b>		<b>PROVEEDOR</b>	
Historia Clínica		Consulta externa	
Formulario 008		Emergencias	
Resultados de exámenes complementarios		Traslado de otro servicio de hospitalización	
Resultados de exámenes complementarios		Imagenología	
		Laboratorio	
<b>SALIDAS</b>			
<b>DENOMINACIÓN</b>		<b>CLIENTE</b>	
Paciente atendido.		Estadística	
Historia Clínica Actualizada		Laboratorio	
Solicitud de Exámenes de Imagen		Imagenología	
Solicitud de Exámenes de Laboratorio		Trabajo Social	
<b>RECURSOS</b>			
<b>HUMANOS</b>	<b>FISICOS</b>	<b>TECNOLÓGICOS</b>	
<b>DENOMINACIÓN</b>	<b>DENOMINACIÓN</b>	<b>DENOMINACIÓN</b>	
Médicos Tratantes	Infraestructura Hospitalaria	Equipo Médico	
Médicos Residentes	Insumos Médicos	Instrumental médico	
Internos de Medicina	Medicinas	Computador	
Enfermeras	Material de Oficina	Impresora	
Internas de Enfermería	Útiles de aseo	Teléfono	
Auxiliares de Enfermería	Lencería	Internet	
Auxiliares Administrativos	Mobiliario		
<b>CONTROLES</b>			
Censo Diario			
Historia Clínica			
Registro de enfermería			
Hoja condición de paciente			
<b>REGISTROS</b>			
<b>DENOMINACIÓN</b>			
Historia Clínica			
Censo diario			
Condición paciente			
Registros Enfermería			
<b>INDICADORES</b>			
<b>DENOMINACIÓN</b>		<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>	
Porcentaje de ocupación		$\text{Día cama ocupada de un periodo} / \text{día cama disponible del mismo periodo} * 100$	
Número de recetas expedidas por usuario		$\text{Recetas expedidas del servicio en un periodo} / \text{egresos del servicio mismo periodo}$	
Índice de utilización de servicios complementarios		$\text{Exámenes realizados de un servicio en un periodo} / \text{egresos del servicio mismo periodo} * 100$	
Mortalidad hospitalaria por servicio		$\text{N}^\circ \text{ fallecidos por servicio} / \text{total de egresos del servicio} * 100$	
Tasa de Morbilidad		$\text{N}^\circ \text{ casos de una enfermedad} / \text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos en un periodo} * 1000$	
<b>Elaborado Por:</b>	<b>Revisado Por:</b>	<b>Aprobado Por:</b>	
<b>Fecha:</b>	<b>Fecha:</b>	<b>Fecha:</b>	

Fuente: Medicina Interna.

Elaboración: Bueno Rosa.

## CUADRO # 12

### DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO: INTERCONSULTA

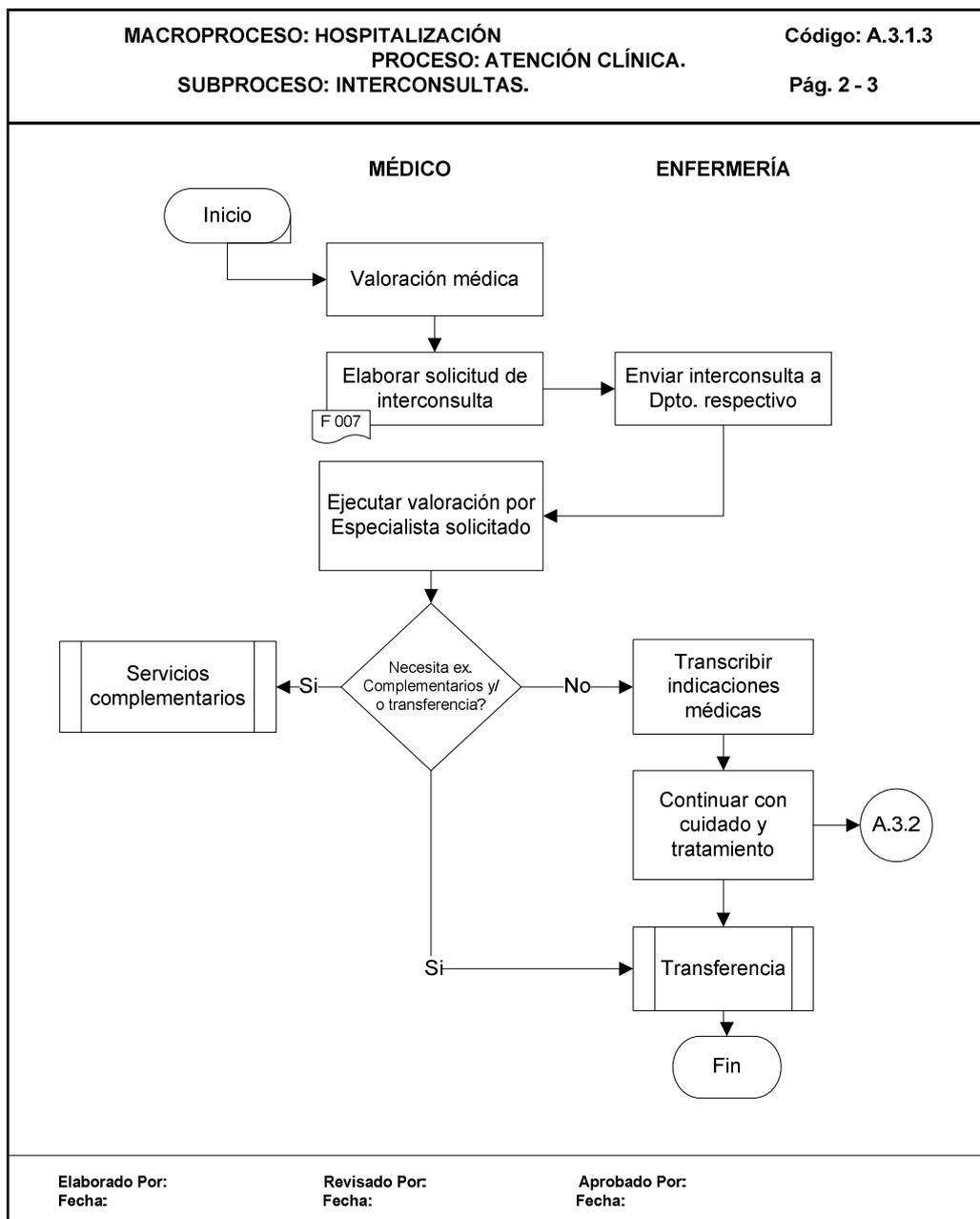
<b>MACROPROCESO</b>		<b>HOSPITALIZACIÓN</b>			<b>Código: A.3.1.3.</b>
<b>PROCESO</b>		<b>ATENCIÓN CLÍNICA</b>			<b>Fecha: 09 - 2009</b>
<b>SUBPROCESO</b>		<b>INTERCONSULTA</b>			
<b>CUADRO DE DESCRIPTORES Y RESPONSABILIDADES</b>					<b>Pag. 1 - 3</b>
Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE		REGISTRO
			CARGO	UNID. EJEC.	
1	Valoración médica	Donde se genera la necesidad de interconsulta a otra especialidad y se registra en la historia clínica	Médico	Hospitalización	
2	Elaborar solicitud	El formulario debe ser llenado con todo los datos del paciente y más especificaciones que indiquen el motivo de la solicitud y firmada por el médico que solicita.	Médico	Hospitalización	Formulario 007
3	Enviar solicitud	La solicitud se envía al departamento requerido y se registra en la historia hora y fecha de envío	Enfermera	Hospitalización	
4	Valoración Médica	El médico especialista consultado evaluará al paciente y describirá sus comentarios así como las indicaciones médicas necesarias	Médico	Hospitalización	Formulario 007
5	Transcripción de indicaciones	Se actualizará los registros respectivos de las prescripciones médicas indicadas	Enfermera	Hospitalización	
6	Continuar con tratamiento	A.3.1.2			
7	Realizar exámenes complementarios	A.4			
8	Coordinar Transferencia	A.3.15			
<b>Elaborado Por:</b>		<b>Revisado Por:</b>		<b>Aprobado Por:</b>	
<b>Fecha:</b>		<b>Fecha:</b>		<b>Fecha:</b>	

Fuente: Medicina Interna.

Elaboración: Bueno Rosa.

## GRÁFICO # 74

## DIAGRAMA DE FLUJO SUBPROCESO: INTERCONSULTA



Fuente: Medicina Interna.

Elaboración: Bueno Rosa.

**CUADRO # 13.****CARACTERIZACIÓN DEL SUBPROCESO: INTERCONSULTA**

<b>MACROPROCESO:</b>	<b>HOSPITALIZACIÓN</b>		<b>Código: A.3.1.3</b>
<b>PROCESO</b>	<b>ATENCIÓN CLÍNICA</b>		<b>Fecha: 09 2009</b>
<b>SUBPROCESO</b>	<b>INTERCONSULTA</b>		
<b>CUADRO DE CARACTERIZACIÓN DEL SUBPROCESO</b>			<b>Pág. 3 - 3</b>
OBJETIVO: Documentar el subproceso de interconsulta para los pacientes que ingresan al servicio de medicina interna			
ALCANCE: Este proceso está desarrollado para la atención a pacientes de hospitalización área medicina interna			
<b>ENTRADAS</b>			
<b>DENOMINACIÓN</b>		<b>PROVEEDOR</b>	
Solicitud de interconsulta		Medicina interna	
<b>SALIDAS</b>			
<b>DENOMINACIÓN</b>		<b>CLIENTE</b>	
Paciente atendido.		Otras especialidades	
<b>RECURSOS</b>			
<b>HUMANOS</b>	<b>FÍSICOS</b>	<b>TECNOLÓGICOS</b>	
<b>DENOMINACIÓN</b>	<b>DENOMINACIÓN</b>	<b>DENOMINACIÓN</b>	
Médicos Tratantes	Infraestructura Hospitalaria	Equipo Médico	
Enfermeras	Insumos Médicos	Instrumental médico	
	Material de Oficina	Teléfono	
	Mobiliario		
<b>CONTROLES</b>			
Formulario 007			
Historia Clínica			
<b>REGISTROS</b>			
<b>DENOMINACION</b>			
Historia Clínica			
Registros enfermería			
<b>INDICADORES</b>			
<b>DENOMINACIÓN</b>		<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>	
% Interconsultas del servicio		Total de interconsultas solicitadas en un periodo/ total de pacientes atendidos en el mismo periodo *100	
<b>Elaborado Por:</b>	<b>Revisado Por:</b>	<b>Aprobado Por:</b>	
<b>Fecha:</b>	<b>Fecha:</b>	<b>Fecha:</b>	

Fuente: Medicina Interna.

Elaboración: Bueno Rosa.

### CUADRO # 14

#### DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO: ALTA Y/O EGRESO HOSPITALARIO

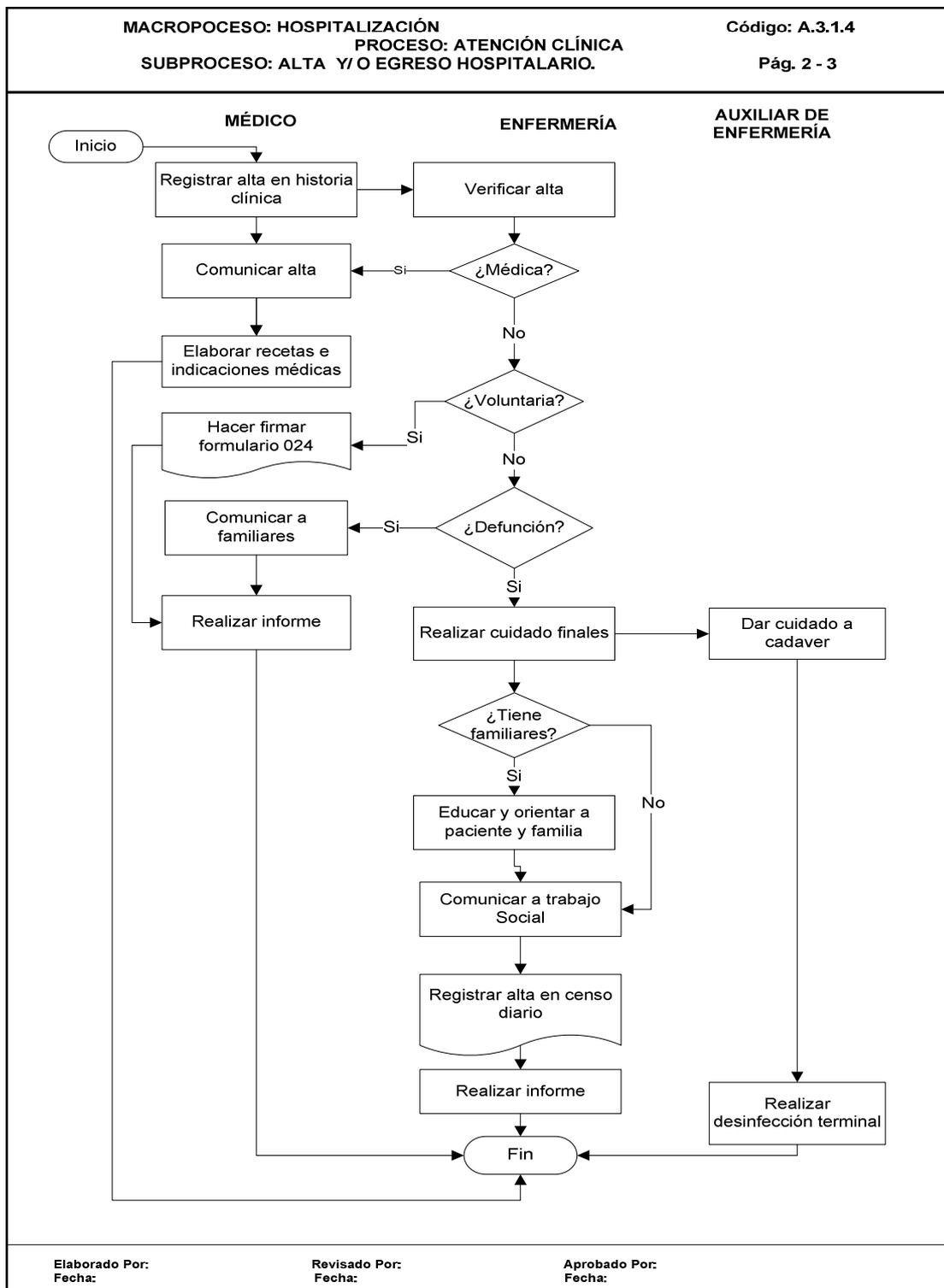
MACROPROCESO		HOSPITALIZACIÓN			Código:
PROCESO		ATENCIÓN CLÍNICA			Fecha: 04 - 2009
SUBPROCESO		ALTA Y/O EGRESO HOSPITALARIO			
CUADRO DE DESCRIPTORES Y RESPONSABILIDADES					Pág. 1 - 3
Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE		REGISTRO
			CARGO	UNID. EJEC.	
1	Registrar alta	El alta es indicada por el médico, y registrada en la historia clínica	Médico	Hospitalización	Formulario 005
2	Verificar alta en historia clínica	Se revisará la indicación de alta en la historia clínica del paciente que este con firma y sello respectivo del médico. O si es solicitada por el paciente o familiar	Enfermera	Hospitalización	
3	Comunicar alta	Se informa a paciente y familiares que ha sido dada de alta, si el paciente esta solo se coordina con trabajo Social	Enfermera	Hospitalización	
4	Elaborar recetas e indicaciones médicas	Se entregara a paciente recetas de medicación para tratamiento con las respectivas indicaciones médicas que debe continuar	Médico	Hospitalización	Recetas
5	Hacer firmar formulario respectivo	Si el alta es solicitada por familiar o paciente, informar que asumen la reponsabilidad y deben firmar la exoneración de responsabilidad	Médico	Hospitalización	Formulario 024
6	Comunicar a familiares	Comprobado el deseso, Informa a familiares del fallecimiento del paciente.	Médico	Hospitalización	
7	Realizar informe	En la historia clínica reporta fallecimiento, y firma certificado de defunción	Médico	Hospitalización	
8	Realizar cuidados finales	Retirar venoclisis, realizar curaciones, adminstrar medicación.	Enfermera	Hospitalización	
9	Dar cuidado a cadaver	Retiran sondajes, poner apósitos e identificar el cadaver; hacer entrega a familiares de objetos personales	Auxiliar de Enfermería	Hospitalización	
10	Educar y orientar a paciente y familia	Se da la orientación y educación a paciente y familiar sobre cuidado, tratamiento en casa y los controles posteriores a realizarse	Enfermera	Hospitalización	
11	Registrar alta	Registrar datos de la historia clínica en el censo diario de egreso de paciente	Enfermera	Hospitalización	Censo diario
12	Realizar informe	Se describirá en la historia las condiciones en las que sale el paciente de la unidad	Enfermera	Hospitalización	Formulario 005
13	Realizar desinfección	Se debe realizar en la unidad la desinfección terminal y dejar lista para un nuevo ingreso.	Auxiliar de Enfermería	Hospitalización	
Elaborado Por:		Revisado Por:		Aprobado Por:	
Fecha:		Fecha:		Fecha:	

Fuente: Medicina Interna.

Elaboración: Bueno Rosa

## GRÁFICO # 75

## DIAGRAMA DE FLUJO SUBPROCESO: ALTA Y/O EGRESO HOSPITALARIO



Fuente: Medicina Interna.

Elaboración: Bueno Rosa.

**CUADRO # 15**  
**CARACTERIZACIÓN DEL SUBPROCESO: ALTA Y/O EGRESO**  
**HOSPITALARIO**

<b>MACROPROCESO:</b>	<b>HOSPITALIZACIÓN</b>		<b>Código: A.3.1.3</b>
<b>PROCESO</b>	<b>ATENCIÓN CLÍNICA</b>		<b>Fecha: 09 2009</b>
<b>SUBPROCESO</b>	<b>ALTA Y/O EGRESO HOSPITALARIO</b>		
<b>CUADRO DE CARACTERIZACIÓN DEL SUBPROCESO</b>			<b>Pág. 3 - 3</b>
OBJETIVO: Documentar el subproceso de alta de los pacientes que egresan del servicio de medicina interna			
ALCANCE: Este proceso está desarrollado para la atención a pacientes de hospitalización área medicina interna			
<b>ENTRADAS</b>			
<b>DENOMINACIÓN</b>		<b>PROVEEDOR</b>	
Alta y/o defunción		Medicina interna	
<b>SALIDAS</b>			
<b>DENOMINACIÓN</b>		<b>CLIENTE</b>	
Paciente atendido y/o fallecido.		Estadística	
Recetas		Farmacia	
Historia Clínica Actualizada			
<b>RECURSOS</b>			
<b>HUMANOS</b>		<b>FÍSICOS</b>	<b>TECNOLÓGICOS</b>
<b>DENOMINACIÓN</b>		<b>DENOMINACIÓN</b>	<b>DENOMINACIÓN</b>
Médicos Tratantes		Infraestructura Hospitalaria	Instrumental médico
Médicos Residentes		Medicinas	Computador
Enfermeras		Material de Oficina	Impresora
Auxiliares de Enfermería		Útiles de aseo	Teléfono
		Lencería	
		Mobiliario	
<b>CONTROLES</b>			
Censo Diario			
Historia Clínica			
<b>REGISTROS</b>			
<b>DENOMINACIÓN</b>			
Historia Clínica			
Censo diario			
Registros Enfermería			
<b>INDICADORES</b>			
<b>DENOMINACIÓN</b>		<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>	
Intervalo de giro cama		$(DCD \text{ de un periodo}) - (DCO \text{ del mismo periodo}) / \text{egresos durante el periodo}$	
Promedio diario egreso		Total egresos / total días del año.	
Promedio días paciente		Total días paciente en un periodo / N° de días del mismo periodo	
Giro cama		Total de egresos en un periodo / N° de camas disponibles del mismo periodo.	
Porcentaje de ocupación		Día cama ocupada de un periodo / día cama disponible del mismo periodo * 100	
Promedio día estada		Total estancias de pacientes egresados / egresos del mismo periodo * 100	
<b>Elaborado Por:</b>		<b>Revisado Por:</b>	<b>Aprobado Por:</b>
<b>Fecha:</b>		<b>Fecha:</b>	<b>Fecha:</b>

Fuente: Medicina Interna.

Elaboración: Bueno Rosa

## CUADRO # 16

## DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO: TRANSFERENCIA

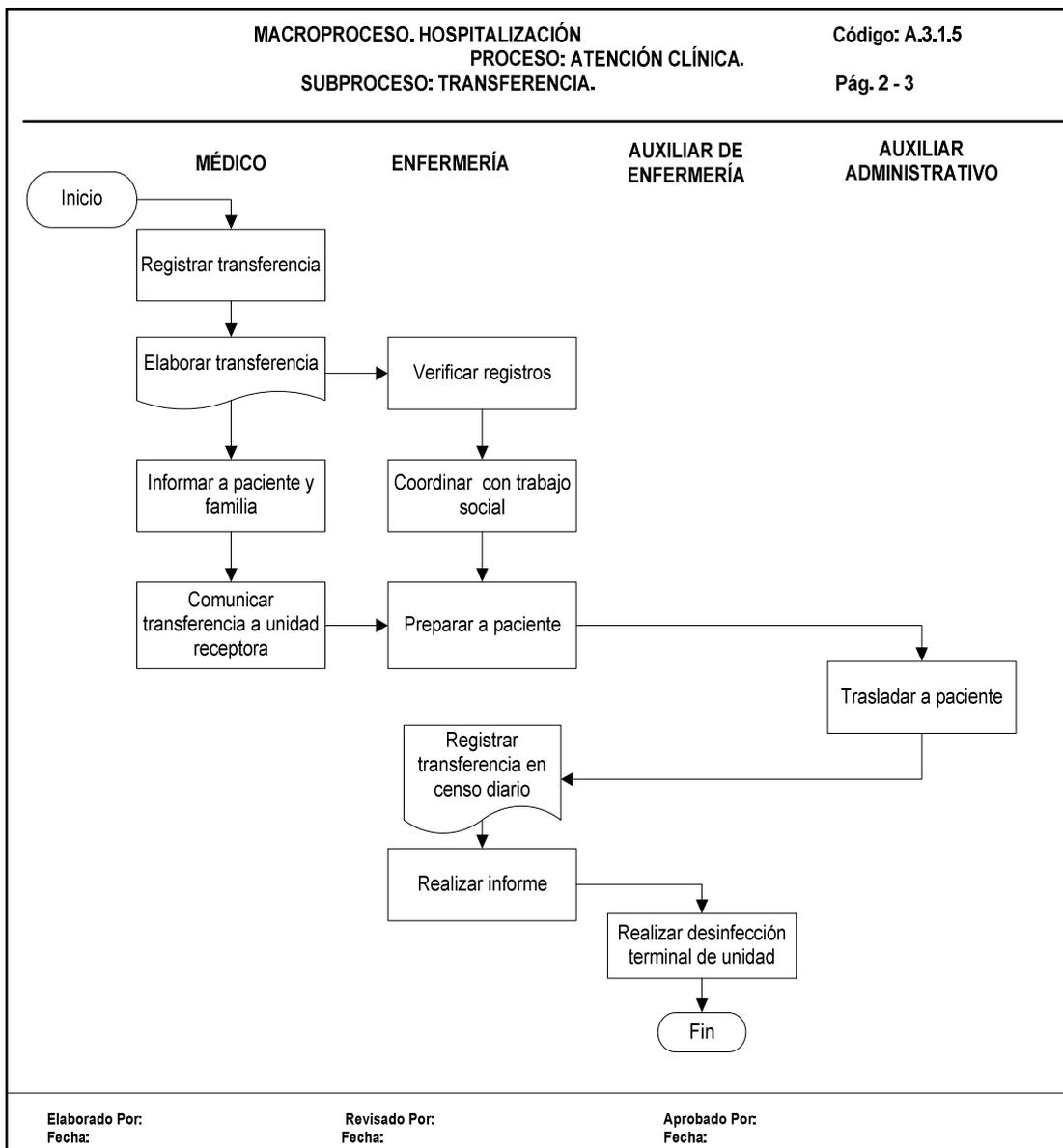
MACROPROCESO		HOSPITALIZACIÓN			Código: A.3.1.5
PROCESO		ATENCIÓN CLÍNICA			Fecha: 09 - 2009
SUBPROCESO		TRANSFERENCIAS			
CUADRO DE DESCRIPTORES Y RESPONSABILIDADES					Pág. 1 - 3
Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE		REGISTRO
			CARGO	UNID. EJEC.	
1	Registrar transferencia	Debe estar consignado en las prescripciones médicas la transferencia dada por el médico con firma y sello	Médico	Hospitalización	Formulario 005
2	Elaborar transferencia	Llenar el formulario correspondiente según normas establecidas	Médico	Hospitalización	Formulario 053
3	Verificar registros	Verificar en historia clínica la indicación de transferencia	Enfermera	Hospitalización	
4	Informar a paciente y/o familiar	Se debe comunicar al paciente y/o familiar la necesidad de transferencia a otra unidad de salud	Médico	Hospitalización	
5	Coordinar con trabajo social	Para facilitar el transporte, y la exoneración de costos	Enfermera	Hospitalización	
6	Comunicar a unidad receptora	El médico debe informar vía telefónica, a la unidad que se transfiere el paciente, de acuerdo a normas de transferencia.	Médico	Hospitalización	
7	Preparar al paciente	Se lo debe alistar y asegurar vías venosas, sondas, cánulas, para facilitar el transporte del paciente	Enfermera	Hospitalización	
8	Trasladar al paciente a la unidad de transporte	Se llevará al paciente a la ambulancia en camilla con todos los apoyos que sean necesarios, como oxígeno, ventilador, etc.	Auxiliar Administrativo	Hospitalización	
9	Registrar transferencia en censo diario	Una vez enviado al paciente se debe registrar los datos en el censo diario	Enfermera	Hospitalización	Censo diario
10	Realizar informe	Se describirá las condiciones en las que sale el paciente de la unidad con firma de responsabilidad	Enfermera	Hospitalización	Formulario 005
11	Realizar desinfección terminal	Se debe realizar en la unidad la desinfección terminal y dejar lista para un nuevo ingreso.	Auxiliar de Enfermería	Hospitalización	
Elaborado Por:		Revisado Por:		Aprobado Por:	
Fecha:		Fecha:		Fecha:	

Fuente: Medicina Interna.

Elaboración: Bueno Rosa

## GRÁFICO # 76

## DIAGRAMA DE FLUJO SUBPROCESO: TRANSFERENCIA.



Fuente: Medicina Interna.

Elaboración: Bueno Rosa

## CUADRO # 17

## CARACTERIZACIÓN DEL SUBPROCESO: TRANSFERENCIA

<b>MACROPROCESO:</b>	<b>HOSPITALIZACIÓN</b>		<b>Código: A.3.1.3</b>
<b>PROCESO</b>	<b>ATENCIÓN CLÍNICA</b>		<b>Fecha: 09 2009</b>
<b>SUBPROCESO</b>	<b>TRANSFERENCIA</b>		
<b>CUADRO DE CARACTERIZACIÓN DEL SUBPROCESO</b>			<b>Pág. 3 - 3</b>
OBJETIVO: Documentar el subproceso de transferencia de los pacientes del servicio de medicina interna			
ALCANCE: Este proceso está desarrollado para la atención a pacientes de hospitalización área medicina interna			
<b>ENTRADAS</b>			
<b>DENOMINACIÓN</b>		<b>PROVEEDOR</b>	
Historia Clínica		Medicina interna	
Formulario 053			
<b>SALIDAS</b>			
<b>DENOMINACIÓN</b>		<b>CLIENTE</b>	
Paciente transferido		Otra unidad de salud	
Historia Clínica Actualizada		Estadística	
Formulario de Transferencia			
<b>RECURSOS</b>			
<b>HUMANOS</b>		<b>FÍSICOS</b>	<b>TECNOLÓGICOS</b>
<b>DENOMINACIÓN</b>		<b>DENOMINACIÓN</b>	<b>DENOMINACIÓN</b>
Médicos Tratantes		Infraestructura Hospitalaria	Equipo Médico
Médicos Residentes		Insumos Médicos	Instrumental médico
Enfermeras		Medicinas	Computador
Trabajadora social		Material de Oficina	Impresora
Auxiliares de Enfermería		Útiles de aseo	Teléfono
Auxiliares Administrativos		Lencería	Internet
		Mobiliario	
<b>CONTROLES</b>			
Censo Diario			
Historia Clínica			
<b>REGISTROS</b>			
<b>DENOMINACIÓN</b>			
Historia Clínica			
Formulario 053			
Censo diario			
<b>INDICADORES</b>			
<b>DENOMINACIÓN</b>		<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>	
Pacientes Transferidos (%)		$(\text{Número de Pacientes Transferidos} / \text{Número de Pacientes Atendidos}) * 100$	
<b>Elaborado Por:</b>		<b>Revisado Por:</b>	<b>Aprobado Por:</b>
<b>Fecha:</b>		<b>Fecha:</b>	<b>Fecha:</b>

Fuente: Medicina Interna.

Elaboración: Bueno Rosa

## 4.4 GESTIÓN

Considerada la fase dinámica dentro del proceso administrativo, la gestión o dirección fomenta una relación de cooperación entre los directivos y los empleados, a través de una comunicación que fluye del nivel superior al inferior y viceversa, la gestión: “trabajar con y a través de individuos, grupos y otros recursos para conseguir los objetivos de la organización”. (Hersey y Blanchard).

El proceso de gestión o dirección es el marco en el que se encuentran todas las actividades del líder, la dirección implica el manejo del personal por lo tanto debe existir un liderazgo que guíe al equipo a conseguir o alcanzar los objetivos planeados y al mismo tiempo lograr la propia satisfacción de éstos con su desarrollo profesional individual

Por lo tanto el liderazgo dentro del desarrollo del presente trabajo es muy importante plantearlo y, se lo define como la capacidad de inspirar y guiar a individuos o grupos; las personas con esta capacidad, articulan y despiertan entusiasmo en pos de una visión y una misión compartidas, están al frente cuando es necesario, cualquiera sea su cargo, orientan el desempeño de otros, haciéndoles asumir su responsabilidad, y guían mediante el ejemplo.

Es importante tener un estilo de liderazgo transformador, de colaboración y dirección, puesto que se comparte la responsabilidad y la autoridad; con paternalismo; cuidando a la gente sin decirle nada; de comunicación, del por qué tiene que hacer las cosas y se le mantiene informada; con participación, se le pide sus ideas y cooperación, y; de colaboración, se comparte la planeación, implementación, evaluación y recompensa.

Para ello es necesario que los líderes posean características como: inteligencia práctica, madurez social, motivación interna porque constantemente se plantea nuevas metas y objetivos, actitud de relaciones humanas, comprensión para escuchar, evitan la supervisión estrecha, responsable y honesto al comunicar,

descubre lo mejor en su gente, son seguros de sí mismos, saben reconocer sus errores y aceptar las críticas

Además mantener la motivación en las personas creando o aumentando el impulso necesario para ello, porque conforme aumenta la motivación, disminuyen el tiempo y los costos y aumentan la calidad y la satisfacción, se debe tener presente siempre las metas claras, bien definidas, que las entiendan y las acepten, a su vez receptar ideas y sugerencias del grupo, asegurarles que se les tiene confianza y se cree en ellos.

La capacitación, un proceso educativo muy importante, activo y permanente que consiste en adquirir, mantener, renovar, reforzar, actualizar o incrementar los conocimientos, destrezas y actitudes necesarias para que se dé un mejor dominio de las técnicas operativas del puesto, el desarrollo personal y colectivo de los trabajadores, se espera que haya un cambio de conducta y de actitud, respecto de la comunicación efectiva y el ejercicio del trabajo en equipo como consecuencia de una capacitación y motivación acorde a lo detectado, tener en cuenta que lo enseñado responda a una necesidad de la empresa, y; asegurar que se aprenda, y esto a su vez se traslade a la tarea, contribuya al crecimiento del trabajador, y se sostenga en el tiempo.

La gestión clínica en el ámbito de hospitalización regula los movimientos de este área ingresos, traslados y altas, gestionando adecuadamente las camas, favoreciendo la necesaria coordinación entre los diferentes servicios que atienden al paciente y garantizando la fiabilidad de la información registrada; dentro del desarrollo del presente trabajo, se selecciona un conjunto de indicadores que permitirán la valoración, el seguimiento control de los resultados que en el tiempo se vayan obteniendo, de las actividades planteadas a fin de mejorar la gestión y que faciliten la toma de decisiones oportunas

Los siguientes son los indicadores, que se consideran serán de mucha utilidad en el desarrollo del modelo:

- Índice de atención clínico con calidad, información que se obtiene de los usuarios, se relaciona con la opinión percepción que siente con respecto al servicio que reciben.
- Índice de satisfacción del usuario, la forma de ofrecer el servicio cumpla con las expectativas del usuario.
- % procesos implementados% Protocolos médicos aplicados,
- % Protocolos de cuidados de enfermería aplicados
- % de historias clínicas completas según normativa.
- Índice de utilización de servicios complementarios.

Estos indicadores permiten medir si la atención brindada es adecuada de acuerdo a la patología y el nivel de complejidad correspondiente, además de verificar el cumplimiento de normas y protocolos de atención que influenciaran en la calidad de atención.

- % de personal capacitado anualmente  
Establecer la importancia de la actualización del personal que directamente se involucra en la atención
- Intervalo de giro de cama  
Medida de eficiencia de la preparación de una cama después de un egreso de paciente, para disponerla para otro ingreso en el menor tiempo posible.
- Índice ocupacional.  
Es una medida parcial de la capacidad productiva del servicio en cuanto al uso de camas.
- Promedio días estada.  
Favorece a determinar los tiempos que se toma un servicio en dar atención hospitalaria, y también a cuantificar el nivel de cumplimiento de estándares
- % de presupuesto ejecutado  
Evaluar en qué medida se ejecutó el presupuesto en función de una adecuada producción.

Dentro de la gestión es importante la optimización del recurso cama, que permitirá mejorar la oferta para la demanda existente, teniendo en cuenta la disponibilidad de camas para alcanzar una optimización de los distintos recursos disponibles

tanto técnico como humano, cumpliendo con todos los indicadores de calidad de la atención, que en definitiva repercutirá finalmente en una mayor eficiencia del servicio prestado y en la satisfacción de los usuarios internos y externo.

#### **4.4.1 OPTIMIZACIÓN DEL RECURSO CAMA**

Teniendo en cuenta estos indicadores que se describen a continuación:

*Promedio día estada* considerado el tiempo que utiliza un servicio en ingresar, diagnosticar, tratar o rehabilitar a un paciente, se lo considera indicador de rendimiento del recurso cama relacionado con el número de egresos que produce el servicio en un periodo dado, como también con el tipo de morbilidad y complejidad que asume un determinado servicio.

*Día cama Ocupada* representa la articulación de los recursos y los costos de operación que se emplean en la atención del paciente como: atención médica, de enfermería, alimentación limpieza, etc., a mayor número de días camas ocupada mayor índice de ocupación y depende del número de pacientes ingresados y el tiempo que permanezcan hospitalizados.

*Giro cama*, mide la productividad del recurso cama y es el número de egresos que se genera por cada cama en un periodo de tiempo, a mayor promedio de estancia menor será el giro cama.

*Índice de ocupación*, promedio de ocupación de camas condicionado por la dotación de camas y el promedio de día estada, se la considerada una medida de racionalidad en el uso de recurso cama, de inversión y la capacidad para atender la demanda. A mayor índice de ocupación, mayor capacidad de oferta de los servicio y costos de operación más bajos.

Se plantea la optimización del recurso cama tomando en cuenta los datos históricos del servicio, en la tabla # 5, con un promedio de día estada 7, se

mantiene un índice ocupacional 64 y 75%, el giro cama entre 33 y 39.3, con egresos que llegaría hasta 1450, considerando de esto como un escenario bueno, si se logra disminuir el promedio día estada a 6 se mejoraría el índice ocupacional entre 70% y 90%, con un incremento de los egresos de hasta 2300; al igual que el giro cama a 55, que se lo ubica dentro de un escenario muy bueno, mientras si se alcanza a un promedio día estada por paciente de cinco, se puede considerar un escenario óptimo porque se lograría un índice ocupacional entre 91 y 98% , se obtiene mayor días camas ocupadas, mientras que los día pacientes disminuye, por lo tanto el giro cama será 71.4, y los egresos llegarían hasta 3000, es decir que existe mayor capacidad de oferta.

**TABLA # 5**  
**OPTIMIZACIÓN RECURSO CAMA PROPUESTA, SERVICIO DE MEDICINA**  
**INTERNA. H.DR. G. D.**

Egresos	camas	Periodo	DCD	Giro cama	PDE	DCO	Total días Pte	IO	Escenario
1398	42	365	15330	33	7	9786	10172	64%	Bueno
1450	42	365	15330	34,5	7	10150	9807	66%	
1550	42	365	15330	36,9	7	10850	9174	71%	
1600	42	365	15330	38,1	7	11200	8888	73%	
1650	42	365	15330	39,3	7	11550	8618	75%	
1800	42	365	15330	42,9	6	10800	7900	70%	Muy Bueno
2000	42	365	15330	47,6	6	12000	7110	78%	
2100	42	365	15330	50	6	12600	6772	82%	
2300	42	365	15330	55	6	13800	6183	90%	
2800	42	365	15330	66,7	5	14000	5079	91%	Óptimo
2900	42	365	15330	69,0	5	14500	4904	95%	
3000	42	365	15330	71,4	5	15000	4740	98%	

Fuente: Registros Médicos y Estadísticos, H. Dr. G. D.

Elaboración: Bueno Rosa

## 4.5 NECESIDADES DE MEJORA

La calidad asistencial se ha convertido en un instrumento imprescindible para prestar servicios sanitarios accesibles, efectivos, equitativos y adecuados a las necesidades de salud de la población, la mejora en la atención a los problemas de salud y la obtención de niveles más altos, tanto en los índices de mejora de la salud como en los de satisfacción del usuario, son intereses compartidos entre la administración pública, los gestores, los profesionales y los ciudadanos, las

administraciones y los gestores tienen responsabilidad sobre los servicios sanitarios que prestan: a ellos les corresponde la planificación general, la definición del modelo sanitario y la gestión de los recursos disponibles, pero son principalmente los profesionales clínicos y sanitarios quienes conocen en profundidad los procesos asistenciales y las posibilidades de mejora, por lo que resulta imprescindible su plena participación y las sugerencias que aporten a consolidar la cultura y las actividades de mejora en una organización y que facilite el desarrollo y la continuidad de las actividades de servicios de salud.

Es importante introducir el tema de la calidad como una actividad normal dentro del funcionamiento habitual de los profesionales y de los servicios de la Institución, para lo cual se debe contar con Liderazgo efectivo de la Dirección en la promoción de estas actividades, formación del personal en principios y técnicas, soporte metodológico y logístico para la puesta en marcha y el seguimiento de actividades, reconocimiento a las personas y unidades que desarrollan acciones de mejora, estableciendo una cultura institucional en mejora de calidad como un proceso continuo, la metodología de trabajo en calidad, una estructura organizativa basada en la estructura asistencial de la institución, implicando activamente a los profesionales de las diversas áreas asistenciales en la selección, priorización y análisis de problemas, así como en la elaboración de propuesta de mejora, facilitando la homogenización y coordinación intrainstitucional entre servicios; mejorar la satisfacción de los profesionales respecto a sus dinámicas de trabajo cotidiano en sus respectivos ámbitos, mejorar la atención y satisfacción de los usuarios, objetivo principal al que debe ir dirigido cualquier programa de calidad.

Para ello es importante que en la institución exista el equipo directivo o comité de calidad clave para el correcto funcionamiento de las actividades de mejora continua en una institución, responsables de velar porque las propuestas de mejora se enmarquen en una realidad institucional concreta, seleccionen los primeros proyectos de mejora, eligiéndolos preferentemente entre los que afecten a problemáticas interfuncionales, proponer a los profesionales más adecuados y conocedores del proceso a mejorar para tratar el tema seleccionado quienes

conformarán los equipos de mejora, proporcionar medios para que éstos puedan desarrollar su trabajo: soporte, formación y sobre todo tiempo, el soporte de la dirección se traduce básicamente en su presencia visible en el seguimiento de los proyectos.

Partiendo de una fase de valoración realizada por medio de la matriz de estándares de calidad descrita en el capítulo anterior se presenta a continuación propuestas de mejora para las áreas que lo requieren:

Laboratorio. Estructurar una mejor respuesta, a través de un sistema en red para obtener resultados de urgencia en el menor tiempo posible, evaluar la satisfacción del usuario tanto interno como externo sobre la atención que brinda laboratorio, proyectar mecanismos para la oferta de análisis de laboratorio de mayor complejidad.

Diagnóstico por imágenes: teniendo en cuenta la demanda, proporcionar personal capacitado (Radiólogo) que brinden atención de especialidad por lo menos durante 8 horas e intercambien opiniones con los médicos tratantes, y realizar estudios para la readecuación del área y disminuir la concentración de usuarios en el pasillo por ser un espacio que se comunica con otras áreas.

Servicio Social, proyectar la reubicación del área para un mejor desarrollo de su trabajo, se mejore las actividades extramurales, como visitas domiciliarias, contactos comunitarios, relaciones institucionales e identificación de grupos de riesgo, además de actualizar las normas y procedimientos escritos.

Nutrición, es importante que exista el área consulta externa de nutrición Y dietética atendida por una nutricionista, se implemente el área para la preparación de fórmulas con normas específicas.

Lavandería. Establecer un registro del cambio de ropa en pacientes con fluidos corporales, además de los pesajes de ropa por servicio, se ejecute la auditoría periódica de los procesos establecidos en el servicio de lavandería.

Farmacia: se implemente normas de utilización de antibióticos y vademécum para uso del establecimiento, disponga de personal técnico o auxiliar de farmacia de guardia las 24 horas, para la atención de pacientes internados y ambulatorios, exista almacenes y equipos de acuerdo al tipo de medicamentos que cumplan con las condiciones ambientales que aseguren un buen almacenamiento, sea parte activa de docencia e investigación clínica, se realicen estudios de fármaco epidemiología.

Registros y estadísticas de salud, que el comité de historias clínicas responsable por la calidad, ejecute el registro y seguimiento del movimiento y ruta de las historias clínicas, se emita una publicación mensual de la información, para una oportuna retroalimentación, además se lleve a cabo en forma regular el análisis cuantitativo y cualitativo de las Historias Clínicas.

Seguridad general, Vigilancia e Información, se disponga de personal exclusivo para el control de los accesos y orientación al público las 24 horas debidamente adiestrado, se cuente con un comité de protección civil, las salidas de emergencia estén claramente accesibles y señalizadas, el sistema de prevención, alarma y extinción de incendio en óptimas condiciones, adecuada señalización para agilizar el flujo de pacientes en el proceso de atención por parte de la institución, Se realicen en forma periódica, simulacros para enfrentar contingencias.

Administración y Recursos Humanos, programe los recursos humanos necesarios y suficientes para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente, los manuales de normas y procedimientos administrativos debidamente actualizados y socializados, se establezca un sistema de control de gestión.

## 4.6 MONITOREO Y EVALUACIÓN

El Monitoreo es un proceso de control destinado a observar constantemente un conjunto actividades y estrategias para hacer los ajustes necesarios con el propósito de cumplir de manera óptima con las metas establecidas, expresadas en el Plan Operativo, con un manejo adecuado de los recursos humanos, tecnológicos y financieros.

Evaluación es la comparación de las metas programadas con las metas logradas en un periodo determinado, nos indica qué está funcionando y qué no lo está, qué debemos mantener y qué debemos cambiar, también se utiliza para detectar los problemas y obstáculos, hacer modificaciones y evitar errores, constituyen una herramienta para tomar decisiones.

Para realizar el seguimiento y la evaluación de las actividades planteadas en el presente trabajo, en el tablero de indicadores planteados en el BSC, se describe el sistema de seguimiento a desarrollar (tabla # 6), para lo cual se toma del tablero del BSC diseñado anteriormente, la columna de indicadores, fórmulas y metas por medio de las cuales se plantean en la columnas siguientes el alcance y evaluación a realizar por medio de trimestres para cada uno de los indicadores propuestos.

TABLA # 6

## MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES ESTRATÉGICOS

Indicadores estratégicos	Fórmula	Metas		MONITOREO Y EVALUACIÓN			
		Actual	2009	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE
Índice de atención clínico con calidad	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de egresos hospitalarios de MI satisfechos del año t.}}{\text{N}^\circ \text{ total de egresos hospitalarios en el mismo año t.}} * 100$	0%	75%		50%		25%
Índice de satisfacción del usuario	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes satisfechos en un mes t}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos en 1 mes t}} * 100$	0%	85%		50%		35%
% procesos implementados	$\frac{\text{No. Procesos implementados}}{\text{Total propuesto}}$	0%	50%		25%		25%
% Protocolos médicos aplicados	$\frac{\text{No protocolos médicos aplicandose}}{\text{Total propuesto (10)}}$	30%	100%	40%	40%	10%	10%
% Protocolos de cuidados de enfermería aplicados	$\frac{\text{No. protocolos de cuidados de enfermería aplicandose}}{\text{Total propuesto (10)}}$	40%	80%	20%	20%	20%	20%
% de historias clínicas completas según normativa.	$\frac{\# \text{ de historias clínicas completas durante el mes}}{\text{total de historias clínicas revisadas en el mes}} * 100$	0%	50%		25%		25%
Índice de utilización de servicios complementarios	Exámenes de laboratorio realizados para el servicio de medicina interna/ egresos del servicio de medicina interna	0%	50%		25%		25%
	placas de rayos X realizados para el servicio de medicina interna/ egresos del servicio de medicina interna						
% de personal capacitado anualmente	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de profesionales que participan en eventos capacitación en el año}}{\text{total profesionales}} * 100$	0%	40%	25%	25%	25%	25%
Índice ocupacional	$\frac{\text{Total días paciente}}{\text{Total camas disponibles}}$	90%	98%		96%		98%
Promedio días estada	$\frac{\text{Total días estada del paciente}}{\text{Total egresos}}$	7,5	6		7		7
Intervalo de giro de cama	$\frac{(\text{D.C.D. de un periodo}) - (\text{D.C.O. del mismo periodo})}{\text{Egresos durante el periodo}}$	0,6	0,8		0,70		0,80
% de presupuesto ejecutado	$\frac{\text{Presupuesto ejecutado}}{\text{Presupuesto asignado}}$	25%	90%		50%		90%

Fuente. Tesis Bueno Rosa. Elaboración: Bueno Rosa.

## 4.6.1 ELEMENTOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN

El monitoreo y evaluación se facilita si se cuenta con la información adecuada, por lo tanto es muy importante plantear elementos del sistema de información que permiten medir el cumplimiento los objetivos en base a indicadores planteados y metas propuestas.

Como ya se describió en el capítulo dos, uno de los aspectos a tomar en cuenta es la conformación de un comité directivo de información, que dependa directamente del director ejecutivo, quien tiene la decisión de conformarlo en el momento que se implemente un sistema de información y que cumplirán con las responsabilidades asignadas como diseño plan maestro de información de la institución; informes anuales sobre su evolución; propuesta de los cambios de ser necesarios.

Por lo tanto en la siguiente propuesta se describe algunos aspectos a tener en cuenta en el planteamiento de los elementos de información, que comprendan todos los niveles y todos los aspectos de la actividad de la institución, entre otros:

- . Registro de los usuarios: los datos necesarios que dependen de la naturaleza del problema, número y tipo de pacientes ingresados, diagnósticos principales, características socioculturales y económicas.

- . Estadísticas de la actividad asistencial, tipo de patologías, volúmenes, estadía media, estadísticas de cada uno de los servicios, equipamiento e infraestructura por servicio, costos por servicio, análisis de eficiencia y rentabilidad.

- . Registros del personal y de su actividad, calidad, capacidades, cantidad, edades, honorarios, títulos de postgrado, niveles de estudios, enfermeras universitarias, actividades docentes y de investigación.

- . Información económica-financiera, estructura de ingresos y gastos, resultados, costos por servicios, necesidades de inversión, estructura de financiamiento, flujo de fondos proyectados, rentabilidad; que no solo será aplicable para un servicio sino para la institución, con todas los cambios y/o modificaciones que el caso requiera.

Lo descrito anteriormente será posible alcanzar, diseñando indicadores adecuados además de un sistema de incentivos, que permitan el suministro de información y a su vez conseguir las metas y objetivos propuestos en el plan.

Por lo tanto dentro del desarrollo del presente trabajo se sugiere una herramienta o instrumento de gestión como es el programa informático WinSIG.

WinSIG es la versión en ambiente Windows del Programa computacional del Sistema de Información Gerencial, SIG. De La Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), en su doble dimensión de instrumento de gestión y Programa computacional (WinSIG). Su principal aporte consiste en relacionar la información existente selectivamente para ofrecer al gerente una visión estratégica de los sistemas de salud y de la gestión sanitaria y facilitarle la toma de decisiones gerenciales.

En este contexto, conviene destacar algunos de los principales productos que el Programa ofrece al gerente para cumplir con las anteriores funciones:

Información actualizada mes a mes para la gerencia, como cuadros, indicadores y tendencias; además un conjunto de indicadores para el control por resultados cuando hay procesos definidos de descentralización, dichos indicadores cubren cobertura, producción, recursos, rendimientos y costos, consta de los siguientes módulos:

Un módulo para el procesamiento de la estructura de morbilidad atendida, siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Un módulo para la incorporación de protocolos de atención como un elemento auxiliar de excelencia clínica y a su vez articulado a la estructura de morbilidad y al sistema de programación de insumos y procedimientos.

Un instrumento de programación y presupuestación, sustentado en el análisis institucional de la productividad y en los protocolos de atención que ofrece opciones más sólidas para determinar las metas de producción y los requerimientos de procedimientos terapéuticos, diagnósticos y de otra índole y de insumos esenciales.

Un mecanismo de costeo de atenciones, además de los tradicionales costos promedios -globales y unitarios-, se incluye tres modalidades: costo presuntivo de atención o costo estándar, costeo por grupo de diagnósticos relacionados y costo actual, ya sea por paciente o por procedimiento.

Unas herramientas para evaluación de la productividad y análisis de la eficiencia institucional al comparar resultados programación y capacidad de producción actual versus la potencial.

Un sistema de consulta en pantalla sobre la definición, fórmula, implicaciones, etc. de los indicadores que se utilizan en los procesos de gerencia institucional (el sistema incluye los principales indicadores que emplea el SIG, pero ofrece la opción para que se pueda editar o ingresar los que se considere apropiado a las necesidades del usuario); así como de los contenidos de los protocolos de atención definidos.<sup>89</sup>

## **4.7 ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN**

El mundo cambiante de hoy, exige de los directivos de la administración algo más que conocimientos y experiencia, los nuevos retos de la administración pública, están encaminadas a tener en cuenta los cambios que se presentan en la sociedad como es el envejecimiento de la población, aumento de la seguridad, nuevas tecnología, motivación de funcionarios, reducción de costes, más exigencia del ciudadano teniendo en cuenta las tendencias como la constante presión para aumentar la calidad y reducir los costes más descentralización con mayor integración horizontal, el consumidor o el ciudadano cada vez es más exigente espera: mejores servicios e innovación, rapidez de respuesta, compromiso con la efectividad, transparencia, relación con el resto de agentes sociales; en la nueva administración es ir de la burocracia a la eficiencia, con una administración ágil, que según London School of Economics and Political Science

---

<sup>89</sup> Instituto Universitario ISALUD, Diplomado Superior, En Gerencia de Hospitales Diciembre 2002 / Abril 2003 Módulo 9. Proyecto APS-Convenio Ecuatoriano Belga. MSP ECUADOR, PP: 32-35.

lo describe como el aumento de: la productividad, satisfacción de empleados, calidad de servicio, satisfacción del ciudadano, simplificación de procesos y estructuras, rapidez de implantación de políticas y reducción de costes operativos

Por lo tanto la estrategia de implementación se la puede considerar un instrumento para el logro de los objetivos de gestión: define las operaciones necesarias, estima, el tiempo de ejecución, determina los medios, recursos financieros y no financieros requeridos, designa a los responsables para el desarrollo plan

En la presente tabla # 7 (1, 2, 3, 4), basada en la iniciativa del Balanced Scorecard, se describe la estrategia de implementación (POA), para el presente trabajo, la misma que se desarrolla en base a cada perspectiva, con sus respectivos objetivos, líneas estratégicas, las actividades correspondientes, los resultados esperados, también los responsables, el presupuesto y el cronograma planteado para cada perspectiva, con un presupuesto aproximado de \$ 9129, desglose del mismo (anexo # 6.7).

TABLA # 7

## ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN, SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. (1)

PLAN OPERATIVO DE MEDICINA INTERNA 2009																							
Perspectiva	Objetivos Estratégicos	Iniciativas Estratégicas	Actividades	Resultados Esperados	RESPONSABLES	Presupuesto Programado	Cronograma de ejecución 2009																
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
Ciente	Brindar atención clínica con calidad	Plan de calidad - Encuestas	Elaborar y aplicar encuestas de necesidades de mejora del entorno laboral	Determinar los aspectos y áreas críticas que las encuestas y el buzón revelen, para la toma de decisiones adecuadas	Líderes de Medicina Interna, médicos tratantes, residentes, enfermeras de cuidado directo, auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos.	100																	
			Diseñar y aplicar encuestas dirigido a pacientes y familiares (anexo # 6.6)																				
	Colocar el buzón de sugerencias en la sala de espera del servicio																						
	Establecimiento de áreas críticas y aplicación de medidas de mejora																						
	Realizar seguimiento y evaluación de lo aplicado																						
Procesos Internos	Desarrollar un proceso de mejoramiento continuo de la calidad en el servicio de MI.	Plan de implementación por procesos	Coordinar asesoría externa para capacitación y elaboración de procesos	Lograr en el personal predisposición al cambio para alcanzar la eficiencia en el servicio	Dirección, Subdirección, líderes y, personal del servicio	4702																	
			Organización de los grupos de trabajo																				
			Delimitar, estructurar los procesos del servicio																				
			Socializar los alcances en procesos																				
		Plan implementación de protocolos (10 patologías de mayor incidencia)	Designar responsables por protocolos	Mejorar la calidad de atención en el servicio	Subdirector Médico, Jefe Servicio, Médicos Tratantes, Residentes.	200,5																	
			Diseño y elaboración de protocolos médicos																				
		Plan de implementación protocolos enfermería	Difusión y consenso de protocolos elaborados	Unificar procedimientos y actividades encaminadas a la mejora en la atención	Enfermera Coordinadora, Enf.Líder y personal de Enfermería del servicio.	200,5																	
			Formar grupos trabajo																				
			Diseño y elaboración de protocolos enfermería																				
			Socializar manual de protocolos del servicio																				
		Plan de evaluación de historias clínicas	Monitorear el cumplimiento y retroalimentar	Disponer de documento único del paciente con información adecuada y a tiempo.	Comité de evaluación de historia clínica	32,5																	
			Conformar comité de evaluación de historia clínica del servicio																				
			Definir las normativas para la evaluación																				
		Plan de evaluación de aplicación de protocolos	Ejecutar evaluación	Mejora en la calidad de atención y optimización de recursos	Comité de evaluación de aplicación de protocolos	32,5																	
			Socializar resultados y compromisos de mejora																				
			Designar responsables de evaluación de aplicación de protocolos																				
Plan de evaluación de aplicación de protocolos	Establecer normativa de evaluación																						
	Ejecutar evaluación y socializar resultados																						

Elaboración: Bueno Rosa.

**TABLA # 7**  
**Continuación. ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN, SERVICIO DE MEDICINA**  
**INTERNA. 2009. (2)**

Perspectiva	Objetivos Estratégicos	Iniciativas Estratégicas	Actividades	Resultados Esperados	RESPONSABLES	Presupuesto	Cronograma de ejecución 2009																	
						Programado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12						
Innovación/aprendizaje	Promover el desarrollo del personal del servicio de MI	Plan de capacitación	Aplicación de encuesta para establecer necesidades de actualización	Mejorar el desarrollo de las actividades , e incentivarles a la actualización permanente	Dirección, Subdirección, Líderes del servicio, Médicos, Enfermeras auxiliares de Enfermería	3761	1																	
			Programar y ejecutar la capacitación																					
			Seguimiento y evaluación del plan																					
			Crear un sistema de incentivos																					
	Optimizar el uso del recurso cama en el servicio	Plan de optimización del uso cama	Identificar los motivos de demora organizativos	Disminuir el promedio días paciente, mejorando la disponibilidad de camas, optimizando el uso de los recursos			1																	
			Desarrollar intervenciones encaminadas a disminuir la reducción de demoras en la atención																					
			Coordinar y aplicar el sistema de referencia y contrarreferencia con las unidades de primer nivel																					
			Analizar periódicamente la producción del servicio e identificar las áreas de mejora																					
			Elaborar y ejecutar un plan de educación y orientación a pacientes y familiares																					
			Establecer un sistema de información en red que facilite el procesamiento de datos generados en el servicio.																					
Financiera	Lograr la sostenibilidad económica del hospital, mediante los recursos asignados por el Gobierno Central	Plan de optimización de recursos	Establecer necesidades de equipos	Ejecución del presupuesto, cubriendo las necesidades prioritarias del servicio y evitar demoras en la atención .	Coordinador de finanzas y presupuesto, líderes del servicio	100	1																	
			Elaborar plan de adquisiciones de equipos en base actualización de inventario y programación presupuestaria, priorizando la																					
			Elaborar un diagnóstico de las necesidades de mantenimiento del servicio																					
			Elaborar programa de mantenimiento priorizando las actividades del programa que se encuentran con presupuesto asignado																					
			Priorizar las necesidades de insumos en base a protocolos de atención y según disponibilidad presupuestaria																					
			Implementar un programa de educación en el buen uso de los recursos de la planta física																					
			Establecer el sistema de registro de consumo de insumos, por usuario.																					
			Seguimiento y evaluación de lo planificado																					

Elaboración: Bueno Rosa.

## 4.8 CONCLUSIONES

Resultado del trabajo de investigación descrito en los capítulos anteriores se desarrolla las siguientes conclusiones y recomendaciones que se detallan a continuación:

- La planificación estratégica como herramienta de gestión no es desarrollada desde los niveles directivos por lo tanto no se ejecuta un plan operativo concreto que comprometa a los equipos de trabajo.
- Se mantiene un distributivo del personal que no cubre los requerimientos actuales en base a demanda de atención, perfil de morbilidad, dependencia de pacientes, permaneciendo partes de la jornada de trabajo sin atención de enfermeras profesionales principalmente
- Los manuales de normas, protocolos, procesos de atención del servicio no están actualizados, consecuentemente la optimización de los recursos se ve afectada, lo que repercute en la atención del usuario.
- Existe una creciente demanda de la población hacia los servicios de salud, siendo la oferta insuficiente, que se puede relacionar con la insuficiente gestión desde los niveles superiores (Provincial), lo que trae como consecuencia insatisfacción del usuario.
- En la actualidad el sistema de información, no realiza la difusión y retroalimentación de los resultados, a los diferentes servicios, para la toma de decisiones oportunas.

## 4.9 RECOMENDACIONES

- Con la socialización oportuna de la planificación estratégica y operativa, se conseguirá una mejor participación del equipo de trabajo y el logro de metas propuestas.
- Se priorice los requerimiento de recursos, humanos, físicos, tecnológicos, tomando como base las necesidades reales y la situación actual.
- Se establezca programas de actualización que integren a todos los miembros del equipo de trabajo.
- La aplicación de procesos, contribuirá al mejorar la calidad de atención comprometiendo a todos los involucrados, para así lograr una actuación acorde a los parámetros establecidos,
- La optimización del recurso cama, mejorara oferta de servicios, beneficiándose la institución y los usuarios externos.
- La implementación de una sistema de información acorde con los requerimiento de la institución facilitará una oportuna retroalimentación y toma de decisiones oportunas

## 5. BIBLIOGRAFÍA

1. Ayuso M. Diego, et. al. La Gestión de Enfermería y los Servicios Generales En las Organizaciones Sanitarias. España 2006.
2. BLANCO, H. Fundamentos de Salud Pública, Administración de Servicios de Salud, 2ª ed. Tomo II. Corporación para Investigaciones Biológicas. Colombia. 2005.
3. Blanco. A. et. al. Propuesta: Manual del Residente de Medicina Interna Hospital Universitario Reina Sofía Córdoba Elaborado por el Servicio de Medicina Interna del Hospital General Reina Sofía.
4. Breilh J. et. al. Investigación de la Salud en la Sociedad. Epidemiología Científica, Teórica y Práctica. 2da edición. Quito.; 1985
5. Canales, F. et. al. Metodología de la Investigación. Manual para el Desarrollo del Personal de Salud. 1ª ed. Organización Panamericana de la Salud. 1986.
6. Cortes, M. et al. Gestión de procesos asistenciales. Aplicación práctica. 1ª ed. Editorial McGRAW-HILL. Interamericana. España 2006.
7. CHACÓN, H. Indicadores de Gestión para la toma de decisiones, Evaluación de Servicios de Salud. Módulo IV, Sistemas de Información e Indicadores de Gestión, OPS. Costa Rica.
8. CHACÓN, H. Indicadores de Gestión para la toma de decisiones, Indicadores de Producción, Rendimiento, Recursos y Costos. Módulo I. Sistemas de Información e Indicadores de Gestión, OPS. Costa Rica.
9. CHIAVENATO, I. Administración en los Nuevos Tiempos, Colombia 2004.

10. Dever, A. Epidemiología y Administración de Servicios de Salud. OPS/OMS.1991.
11. Díaz A, Gestión por proceso: una herramienta indispensable para la mejora de la eficiencia. Junio 2003.
12. EPN-EPCAE, Módulo Administración de los servicios de Salud. Abril /mayo 2005.
13. EPN-EPCAE, Módulo Gerencia por Procesos. 2005.
14. EPN-EPCAE. Módulo de Epidemiología y Bioestadística Maestría en Gerencia de Servicios de Salud. Octubre 2004 Quito.
15. Ecuador. Perfil demográfico y social la salud Centro de Información y Documentación Empresarial sobre Iberoamérica (CIDEIBER).
16. Espinosa, A. Medicina Interna ¿Qué fuiste, Qué eres, Qué serás? Revista cubana médica. 1999.
17. Instituto Universitario ISALUD. Diplomado Superior en Gerencia de Hospitales Módulo 1 Sistemas de Salud. Diciembre 2002/Abril 2003.
18. Instituto Universitario ISALUD. Diplomado Superior en Gerencia de Hospitales Módulo 2 Organización. Ecuador, Diciembre. 2002/Abril 2003.
19. Instituto Universitario ISALUD. Diplomado Superior en Gerencia de Hospitales Módulo 3 Gestión. Ecuador Diciembre 2002/Abril 2003.
20. Instituto Universitario ISALUD. Diplomado Superior en Gerencia de Hospitales Módulo 6 Planificación. Ecuador. Diciembre 2002/Abril 2003.

21. Instituto Universitario ISALUD. Diplomado Superior en Gerencia de Hospitales  
Módulo 7 Monitoreo y Evaluación. Ecuador. Diciembre 2002/Abril 2003.
22. Instituto Universitario ISALUD, Diplomado Superior, En Gerencia de Hospitales  
Diciembre 2002 / Abril 2003 Módulo 9. Ecuador.
23. Instituto Universitario ISALUD. Diplomado Superior en Gerencia de Hospitales  
Módulo 10 Calidad. Ecuador. Diciembre 2002/Abril 2003.
24. Jaime, H. La Calidad de la Atención: Imperativo de la Reforma. OPS/OMS  
Honduras, 2000.
25. La Salud en las Américas, Edición de 2002 Publicación Científica y Técnica  
No. 587, OPS, OMS.
26. Lavadenz, F, et al. Manual de Vigilancia de la Calidad, Manual e instructivo de  
acreditación y vigilancia de la calidad de los policlínicos de la Caja Nacional de  
Salud de La Paz, Bolivia. 1998.
27. Malangón, G. et al. Administración Hospitalaria. 2ª ed. Editorial Panamericana.  
Octubre 200. Colombia.
28. Mejía B. Gerencia de Procesos, para la organización y el control interno de  
empresas de salud.
29. Ministerio de Salud Pública, Dirección de Áreas de Salud Proyecto “Modersa”,  
Servicios Descentralizados de Salud. Manual de Normas de Licenciamiento de  
los Servicio de Salud. Abril 2004.
30. Ministerio de Salud pública. Marco Legal de La Reforma Estructural de Salud  
en el Ecuador. Consejo Nacional de Salud. 3ª ed. Quito 2006.
31. OPS/OMS. Situación de Salud. Ecuador 2006.

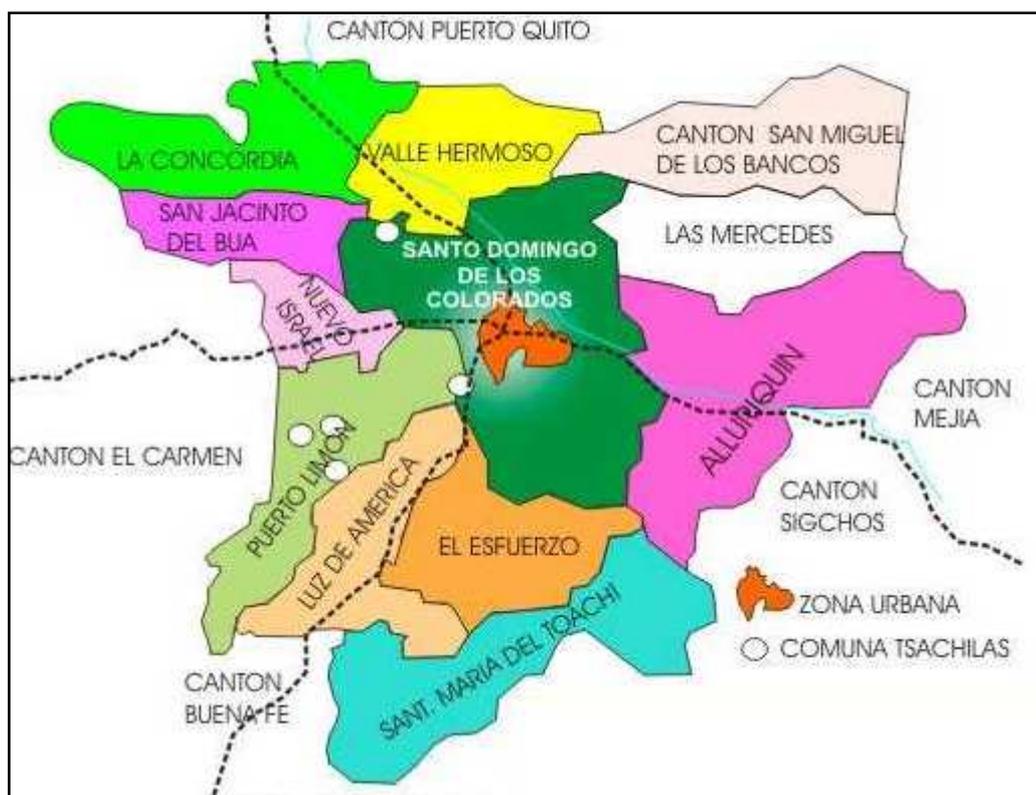
32. Liderazgo en la gestión, Volumen 2. Nº1. México. Enero-Abril 2003
33. Paneque, P. Gestión por Procesos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, Curso de Formación Médica Continuada, 26 Febrero 2002, Huerca-Overa.
34. Paredes, Gabriela, Implementación del Balanced Scorecard, Quito-Ecuador. 2004.
35. Pineda, M. et. al. Hotelería Clínica mejor servicio para el paciente. Memorias II Congreso Latinoamericano de Ingeniería Biomédica, Habana 2001.
36. Placencia, M. Salud para el Bienestar y Desarrollo en Quito del siglo XXI. Ecuador, 2001
37. Proserpi, L. Guía Metodológica para el Desarrollo de un Programa de Gestión de Calidad en la Red de Hospitales del Ministerio de Salud y Desarrollo Social. OPS/OMS. Venezuela.
38. República del Ecuador, MSP, Proyecto Modersa, Manual de Normas de Licenciamiento de los Servicios de Salud, abril 2004.
39. Rico Irlés J. ¿Réquiem por la Medicina Interna? An Med Interna (Madrid) 2004; 21: 521-522.
40. Rojas Moya. J. Gestión por procesos, para mejorar la atención al usuario en los establecimientos de salud del sistema nacional de salud, Edición electrónica gratuita. 2007.
41. Serna, H. Gerencia Estratégica, Planeación y Gestión – Teoría y Metodología. 7ª Ed. Colombia 200.

42. Sescan. La Gestión por Procesos. Servicio de Calidad de la Atención Sanitaria. Toledo. 21 octubre 2002
43. Secretaría de Salud de Colombia, Tablero del Control, [www.balancedscorecard.org](http://www.balancedscorecard.org), 21-08-08.
44. Sistema regionalizado de las áreas. Recopilación DPS: INEC: MSP. Consolidado. Actualización 2005.
45. Sistemas de Información Laudon. Organización y estructura de información, [www.eui.upm.es/deport/dep-eoi](http://www.eui.upm.es/deport/dep-eoi).
46. Viteri, G. SITUACIÓN DE LA SALUD EN EL ECUADOR. [gviteri@mef.gov.ec](mailto:gviteri@mef.gov.ec)
47. <http://es.wikipedia.org/wiki/wikipedia:El-esbozo-perfecto>.
48. <http://www.gptsachila.gov.ec> Gobierno Provincial de Santo Domingo de los Tsachilas Generado: 25 March, 2009, 21:49
49. <http://www.geocities.com/gehg48/APUNTCALID.htm>

## 6. ANEXOS.

### 6.1 ANEXO

**GRÁFICO # 77**  
**MAPA DE LA PROVINCIA SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS**



Fuente: Gobernación Provincia Santo Domingo Tsáchilas.

## 6.2 ANEXO

TABLA # 8

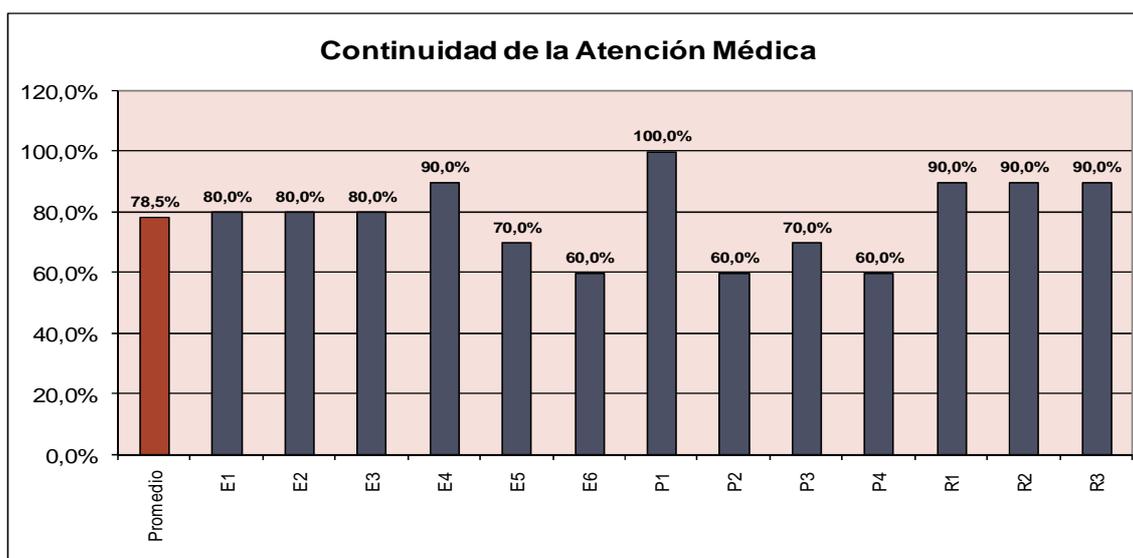
### ESTÁNDARES ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA, CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Promedio	1. Continuidad de la atención médica		78,5%
E1	Posee una Dirección Médica que conduce y asume la atención con responsabilidad, garantizando su supervisión.	E	80,0%
E2	La continuidad está basada en los médicos de guardia.	E	80,0%
E3	Cuenta con profesionales específicamente encargados del seguimiento de los pacientes hospitalizados.	E	80,0%
E4	Cada paciente se halla a cargo de un profesional del establecimiento.	E	90,0%
E5	Posee un Departamento o Servicio de Epidemiología y Estadísticas.	E	70,0%
E6	Dispone de un Médico epidemiólogo debidamente acreditado.	E	60,0%
P1	Los profesionales, pasan una revista diaria a los pacientes	P	100,0%
P2	Existen procedimientos escritos para canalizar todas las indicaciones de los especialistas.	P	60,0%
P3	El cuerpo médico discute los casos en reunión clínica, con una periodicidad no menor de una vez por semana.	P	70,0%
P4	Todas las especialidades cubren funciones asistenciales, docentes y de investigación.	P	60,0%
R1	A las 48 horas de haber ingresado, el 80%, o más, de los pacientes, tienen consignado en el expediente el diagnóstico definitivo.	R	90,0%
R2	El 80% de las pruebas diagnósticas ordenadas (rayos X, laboratorio, anatomía patológica), reposan en la historia clínica y son comentados por los médicos tratantes.	R	90,0%
R3	El 80% de los egresos tienen un promedio de días estancia de acuerdo a las normas establecidas para cada servicio y para el hospital	R	90,0%

Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa

GRÁFICO # 78

### ESTÁNDARES ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA, CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA



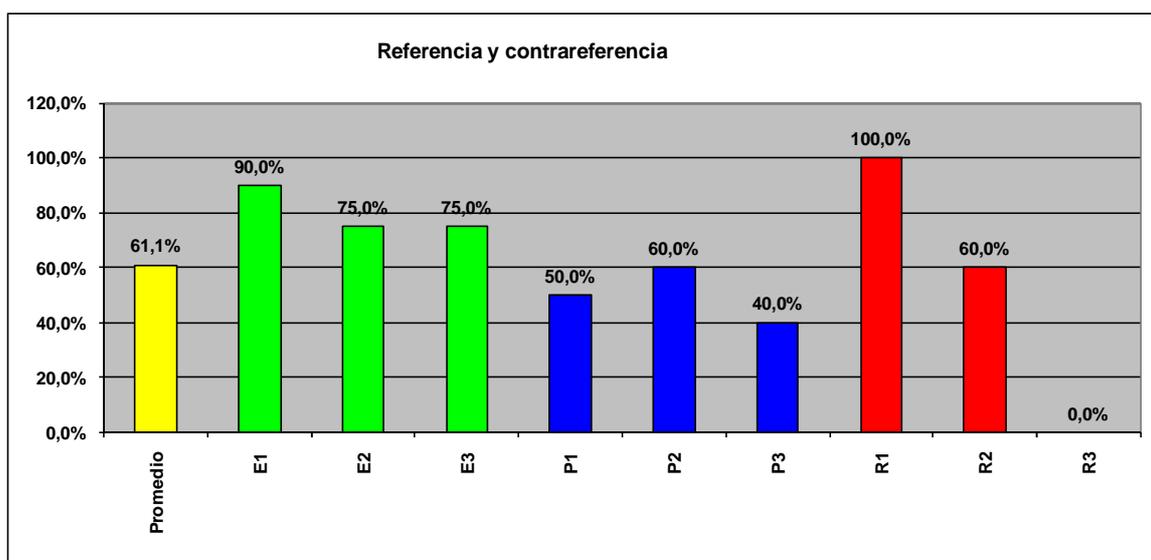
Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa.

**TABLA # 9**  
**ESTÁNDARES ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA, REFERENCIA Y**  
**CONTRAREFERENCIA.**

Prome	2. Referencia y Contrareferencia		61,1%
E1	Se dispone de normas para la referencia y contrareferencia de los pacientes que así lo requieran.	E	90,0%
E2	Dispone de un medio de transporte propio o contratado que cuente con asistencia médica, equipamiento para la atención de casos críticos y/o incubadora de transporte.	E	75,0%
E3	En los casos de patologías que superen su capacidad resolutive existen normas escritas para la atención inicial y durante el traslado con indicación del establecimiento de referencia según la patología que se trate.	E	75,0%
P1	Se cumplen y revisan las normas de atención inicial y traslado con indicación del establecimiento de referencia según la patología que se trate.	P	50,0%
P2	Implementa los mecanismos para la referencia y contrareferencia de los pacientes que así lo requieran.	P	60,0%
P3	Existe un mecanismo de seguimiento de las referencias y contrareferencias y se evalúa la calidad de la atención que se brinda en las mismas.	P	40,0%
R1	Menos del 5% de los pacientes referidos son rechazados.	R	100,0%
R2	Se recibe corroboración del diagnóstico e informe de tratamiento recibido (contrareferencia) del 80% de los pacientes referidos.	R	60,0%
R3	Se hace contrareferencia al 100% de los pacientes que le fueron referidos al hospital	R	0,0%

Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa

**GRÁFICO # 79**  
**ESTÁNDARES ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA, REFERENCIA Y**  
**CONTRAREFERENCIA**



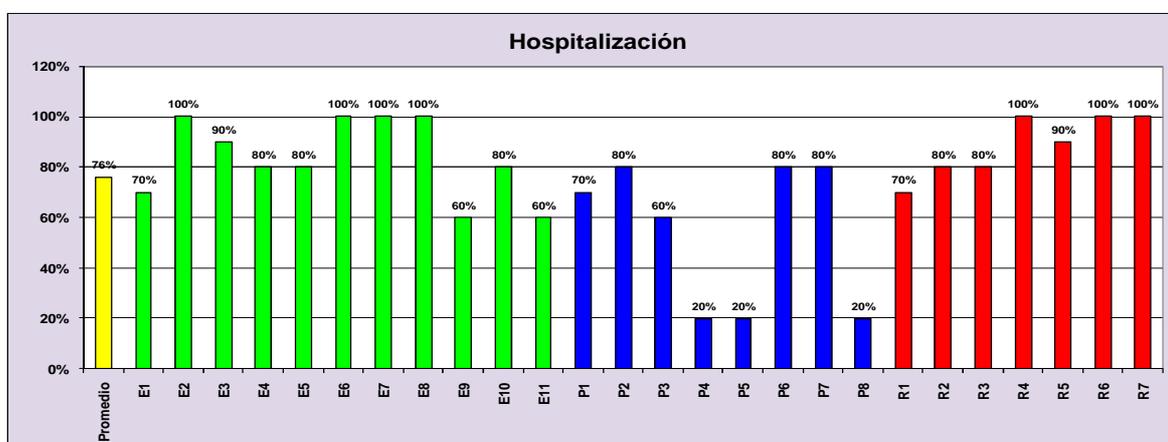
Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa

**TABLA # 10**  
**ESTÁNDARES ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA,**  
**HOSPITALIZACIÓN**

Promedio	3. Hospitalización		75,8%
E1	Cuenta con habitaciones individuales y múltiples hasta con cuatro camas	E	70,0%
E2	Se dispone del equipo mínimo necesario para la prestación del servicio en sala de hospitalización.	E	100,0%
E3	Se dispone de la dotación (insumos) mínima necesaria para la prestación del servicio en sala de hospitalización.	E	90,0%
E4	Se cuenta con los medicamentos esenciales de acuerdo con los protocolos establecidos.	E	80,0%
E5	Están disponibles los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico las 24 horas.	E	80,0%
E6	La jefatura de cada servicio es ejercida por un médico especialista	E	100,0%
E7	La atención es prestada las 24 horas por el médico especialista o residente.	E	100,0%
E8	Todo paciente internado está bajo la responsabilidad de un médico tratante.	E	100,0%
E9	Se cuenta con el recurso de enfermería profesional y auxiliar, adecuado para la atención de los pacientes.	E	60,0%
E10	Existen normas y procedimientos escritos para la solicitud y respuesta a las interconsultas.	E	80,0%
E11	Existen protocolos de manejo de la morbilidad más frecuente en el servicio.	E	60,0%
P1	Se pasa visita médica diaria con el jefe del servicio.	P	70,0%
P2	Se anota la evolución en la historia clínica con letra legible y firma del responsable.	P	80,0%
P3	Se aplican y revisan los protocolos de la morbilidad más frecuente en el servicio.	P	60,0%
P4	Se analizan periódicamente las historias clínicas para verificar el manejo correcto de los pacientes, con relación a los protocolos existentes.	P	20,0%
P5	Se registran analizan e investigan las complicaciones y accidentes de los pacientes en el servicio.	P	20,0%
P6	Se verifica el cumplimiento de los procedimientos para las diferentes interconsultas.	P	80,0%
P7	Se informa y comunica en forma regular y permanente a los familiares de los pacientes.	P	80,0%
P8	Se analizan los informes estadísticos para la planificación y programación de las actividades del servicio.	P	20,0%
R1	El 80% de las interconsultas realizadas son atendidas antes de las 24 horas.	R	70,0%
R2	El 95% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con los resultados de la hospitalización.	R	80,0%
R3	El 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.	R	80,0%
R4	Menos del 5% de los pacientes presentan complicaciones y/o accidentes como consecuencia de los tratamientos y/o procesos.	R	100,0%
R5	La mortalidad hospitalaria no es mayor del 4%.	R	90,0%
R6	Menos del 5% de los pacientes egresan contra opinión médica.	R	100,0%
R7	El Índice C/T (transfusiones preparadas/transfusiones cumplidas) es menor de 2	R	100,0%

Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa

**GRÁFICO # 80**  
**ESTÁNDARES ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA,**  
**HOSPITALIZACIÓN**



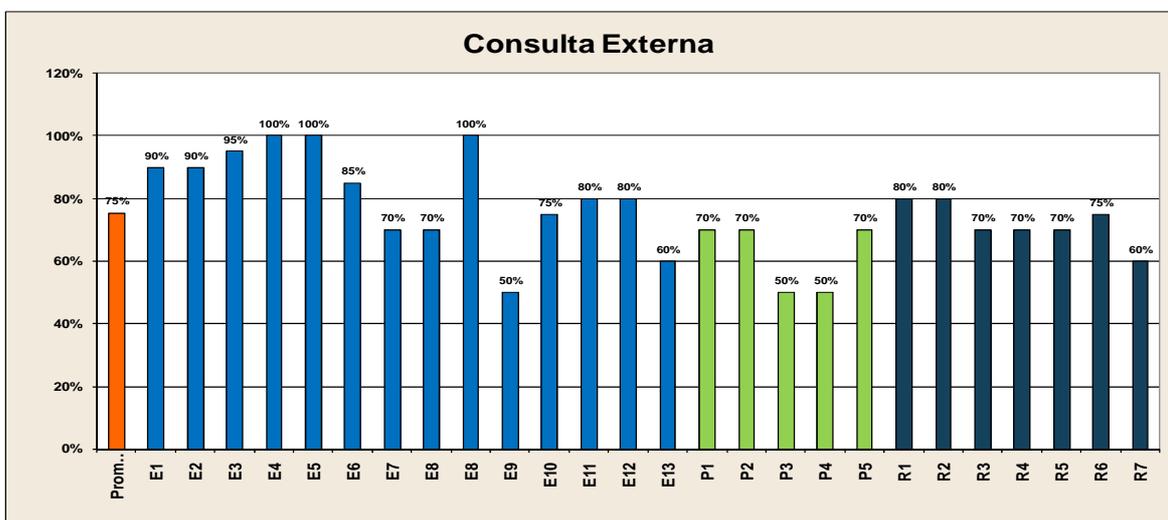
Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa

**TABLA # 11**  
**ESTÁNDARES ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA,**  
**CONSULTA EXTERNA.**

Promedio	4. Consulta Externa		75%
E1	Cumple con las normas arquitectónicas y de funcionamiento establecidas a nivel nacional.	E	90%
E2	Cuenta con área para espera exclusiva y diferenciada de las demás áreas de espera del establecimiento.	E	90%
E3	Cuenta con accesos exclusivos diferenciados del resto de los servicios.	E	95%
E4	Se dispone del equipo mínimo necesario para la atención de los pacientes en la consulta externa.	E	100%
E5	Se dispone de la dotación (insumos) mínima necesaria para la atención de los pacientes en la consulta externa.	E	100%
E6	Tiene especialistas que cuentan con los medios necesarios para realizar prácticas ó técnicas especializadas.	E	85%
E7	El personal de secretarías y enfermeras laboran exclusivamente en la consulta externa.	E	70%
E8	Cuenta con personal de enfermería capacitada en áreas específicas.	E	70%
E8	Cuenta con personal de saneamiento ambiental durante 12 horas (mientras dure la consulta)	E	100%
E9	Las citas están programados en base a pautas ó normas fijadas por la institución. Se pueden reservar turnos telefónicamente.	E	50%
E10	En las especialidades básicas hay turnos disponibles en el día ó accesibilidad diaria	E	75%
E11	Existen normas y procedimientos para la atención de los pacientes.	E	80%
E12	Existen protocolos para el manejo de la morbilidad más frecuente en la consulta.	E	80%
E13	Existen normas y procedimientos escritos para la solicitud y respuesta a las interconsultas.	E	60%
P1	Se aplican y revisan las normas y procedimientos para la atención de los pacientes.	P	70%
P2	Se anota el diagnóstico y la evolución en la historia clínica con letra legible y firma del responsable.	P	70%
P3	Se analizan periódicamente las historias clínicas para verificar el manejo correcto de los pacientes, con relación a los protocolos existentes.	P	50%
P4	Se verifica el cumplimiento de los procedimientos para las diferentes interconsultas.	P	50%
P5	Se analizan y se utilizan las estadísticas para la planificación y programación de las actividades del servicio.	P	70%
R1	La relación de primeras consultas y sucesivas está dentro del rango establecido por las normas.	R	80%
R2	En las especialidades básicas el tiempo de espera para conseguir una cita no es mayor de siete (7) días.	R	80%
R3	En las subespecialidades el tiempo de espera para conseguir una cita no es mayor de dos (2) semanas.	R	70%
R4	El 95% de las interconsultas realizadas son atendidas antes de 7 días.	R	70%
R5	El 95% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con los resultados de la consulta.	R	70%
R6	El 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.	R	75%
R7	El 95% de los pacientes cumplen con las citas programadas.	R	60%

Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa

**GRÁFICO # 81**  
**ESTÁNDARES ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA,**  
**CONSULTA EXTERNA.**



Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa

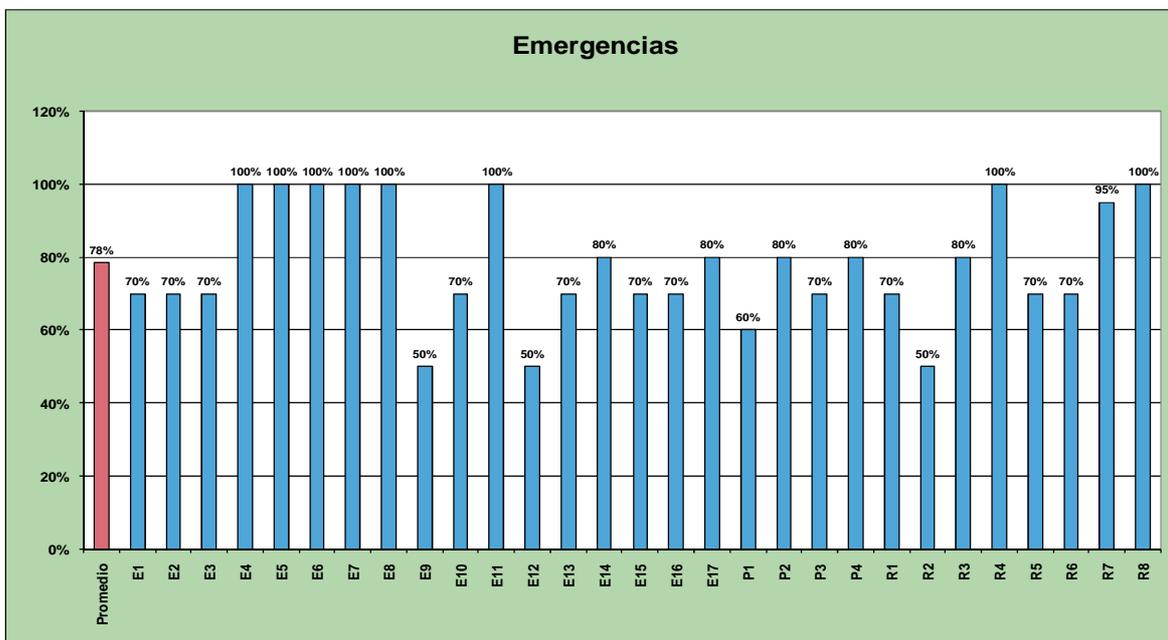
**TABLA # 12**  
**ESTÁNDARES ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA, EMERGENCIAS.**

<b>Prom</b>	<b>5. Emergencias</b>		<b>78,4%</b>
<b>E1</b>	Cumple con las normas arquitectónicas y de funcionamiento establecidas a nivel nacional.	<b>E</b>	<b>70,0%</b>
<b>E2</b>	Cuenta con una Unidad de Soporte Básico de vida, atendido por personal adiestrado y capacitado en la Guardia de Emergencias.	<b>E</b>	<b>70,0%</b>
<b>E3</b>	Cuenta con área para espera exclusiva y diferenciada de las demás áreas de espera del establecimiento.	<b>E</b>	<b>70,0%</b>
<b>E4</b>	Cuenta con accesos exclusivos diferenciados del resto de los servicios.	<b>E</b>	<b>100,0%</b>
<b>E5</b>	Se dispone del equipo mínimo necesario para la atención de los pacientes en Emergencias.	<b>E</b>	<b>100,0%</b>
<b>E6</b>	Se dispone de la dotación (insumos) mínima necesaria para la atención de los pacientes en Emergencias.	<b>E</b>	<b>100,0%</b>
<b>E7</b>	Existe un médico responsable del servicio de Emergencias.	<b>E</b>	<b>100,0%</b>
<b>E8</b>	Dispone de un médico residente y personal de enfermería en guardia de cuerpo presente las 24 horas.	<b>E</b>	<b>100,0%</b>
<b>E9</b>	Cuenta con personal médico en guardia de cuerpo presente las 24 horas en las especialidades de Cirugía General y Ginecología y Obstetricia Pediatría).	<b>E</b>	<b>50,0%</b>
<b>E10</b>	Tiene responsabilizado al personal médico especialista en guardias a disponibilidad en las especialidades de Medicina Interna, Oftalmología, Traumatología y otros.	<b>E</b>	<b>70,0%</b>
<b>E11</b>	Se cuenta con enfermera profesional exclusiva y permanente para el servicio las 24 horas.	<b>E</b>	<b>100,0%</b>
<b>E12</b>	Dispone de servicio de comunicación y transporte de pacientes las 24 horas.	<b>E</b>	<b>50,0%</b>
<b>E13</b>	Cuenta con servicio de apoyo diagnóstico exclusivo (Radiología, Laboratorio y Hemoterapia) las 24 horas.	<b>E</b>	<b>70,0%</b>
<b>E14</b>	Existen normas y procedimientos para la atención de los pacientes.	<b>E</b>	<b>80,0%</b>
<b>E15</b>	Existen protocolos para el manejo de la morbilidad más frecuente.	<b>E</b>	<b>70,0%</b>
<b>E16</b>	Existen normas y procedimientos escritos para la solicitud y respuesta a las interconsultas.	<b>E</b>	<b>70,0%</b>
<b>E17</b>	Se registra a todos los usuarios que ingresan al servicio con sus respectivos diagnósticos.	<b>E</b>	<b>80,0%</b>
<b>P1</b>	Se analizan y se utilizan las estadísticas para la planificación y programación de las actividades del servicio.	<b>P</b>	<b>60,0%</b>
<b>P2</b>	Se analiza periódicamente la morbilidad y la concordancia de la conducta diagnóstica y terapéutica de los pacientes en observación.	<b>P</b>	<b>80,0%</b>
<b>P3</b>	Se aplican y revisan los protocolos de atención de las Emergencias más frecuentes (consultas y observación).	<b>P</b>	<b>70,0%</b>
<b>P4</b>	Se informa y comunica en forma regular y permanente a los familiares de los pacientes.	<b>P</b>	<b>80,0%</b>
<b>R1</b>	El tiempo de espera para que el usuario sea atendido, no es mayor de 10 minutos.	<b>R</b>	<b>70,0%</b>
<b>R2</b>	La respuesta a las interconsultas de especialidades se da en un plazo no mayor de 1 hora.	<b>R</b>	<b>50,0%</b>
<b>R3</b>	Menos del 10% del total de camas del hospital, corresponden a observación.	<b>R</b>	<b>80,0%</b>
<b>R4</b>	El 80% de los pacientes en observación egresa o es trasladado antes de 24 horas.	<b>R</b>	<b>100,0%</b>
<b>R5</b>	El 95% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con los resultados de la consulta.	<b>R</b>	<b>70,0%</b>
<b>R6</b>	El 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.	<b>R</b>	<b>70,0%</b>
<b>R7</b>	La mortalidad de los pacientes atendidos en Emergencias no es mayor del 5%.	<b>R</b>	<b>95,0%</b>
<b>R8</b>	El Índice C/T (transfusiones preparadas/transfusiones cumplidas) es menor de 2	<b>R</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa

## GRÁFICO # 82

### ESTÁNDARES ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA, EMERGENCIAS.



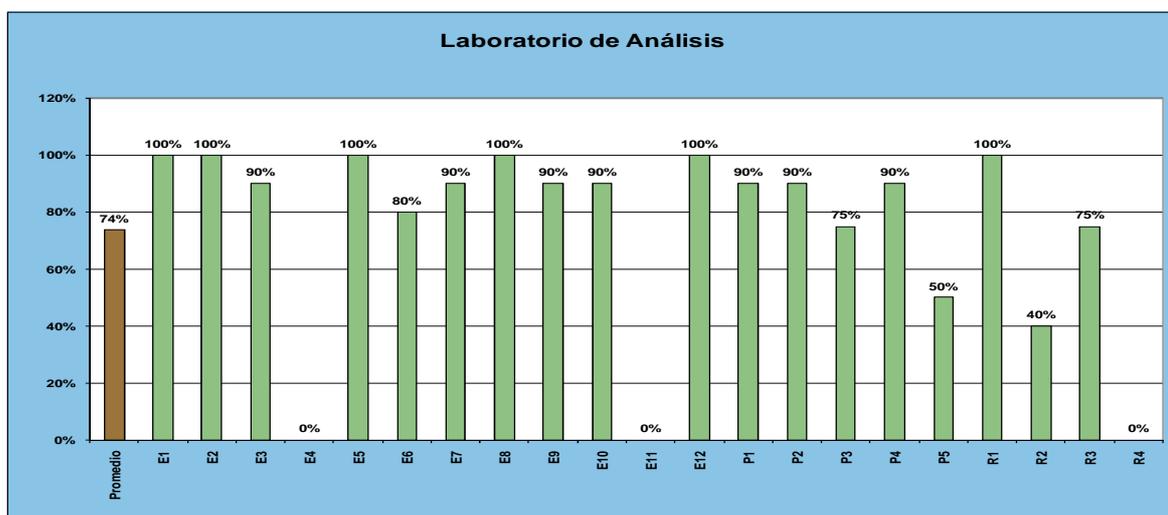
Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa

**TABLA # 13**  
**ESTÁNDARES ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA, LABORATORIO DE ANÁLISIS.**

Promedio	6. Laboratorio de Análisis Clínicos		74%
E1	Cumple con las normas arquitectónicas y de funcionamiento establecidas a nivel nacional.	E	100%
E2	Cuenta con equipos y tecnologías acordes con su nivel de complejidad.	E	100%
E3	Se dispone de la dotación (insumos) mínima necesaria.	E	90%
E4	Cuenta con bioanalista de guardia a cuerpo presente las 24 horas.	E	0%
E5	Cuenta con técnicos en guardia activa las 24 horas.	E	100%
E6	La organización y disposición del trabajo permite satisfacer y atender todas las demandas de los servicios del Hospital durante las 24 horas.	E	80%
E7	Cuenta con normas escritas de control de calidad interno conocida por el personal de laboratorio y supervisada por los mismos.	E	90%
E8	Tiene establecidas y escritas normas de bioseguridad.	E	100%
E9	Existe en el laboratorio los manuales que definan las funciones del personal.	E	90%
E10	Puede procesar sin delegar en otro laboratorio, los análisis listados en el anexo A .	E	90%
E11	Puede procesarse sin delegar en otro laboratorio exámenes especializados como se anexa en el Anexo B.	E	0%
E12	Lleva un registro regular del consumo y costo de los reactivos e insumos en relación a la producción del servicio.	E	100%
P1	Se analiza periódicamente la información sobre el consumo y costo de los reactivos e insumos en relación a la producción del servicio.	P	90%
P2	Se analiza periódicamente el cumplimiento de las normas de control de calidad interno.	P	90%
P3	Se revisa y analiza regularmente la utilización eficiente del laboratorio por los servicios finales.	P	75%
P4	Se analiza periódicamente el cumplimiento de las normas de bioseguridad.	P	90%
P5	Participa en uno o más programas de control de calidad externo.	P	50%
R1	El 90% de los exámenes de laboratorio de hospitalización son reportados antes de veinticuatro (24) horas.	R	100%
R2	El 90% de los exámenes de laboratorio de emergencias son reportados antes de la primera hora.	R	40%
R3	El 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.	R	75%
R4	El 95% de las muestras enviadas al programa de control de calidad externo, cumplen con el patrón.	R	0%

Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa.

**GRÁFICO # 83**  
**ESTÁNDARES ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA, LABORATORIO DE ANÁLISIS**



Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa.

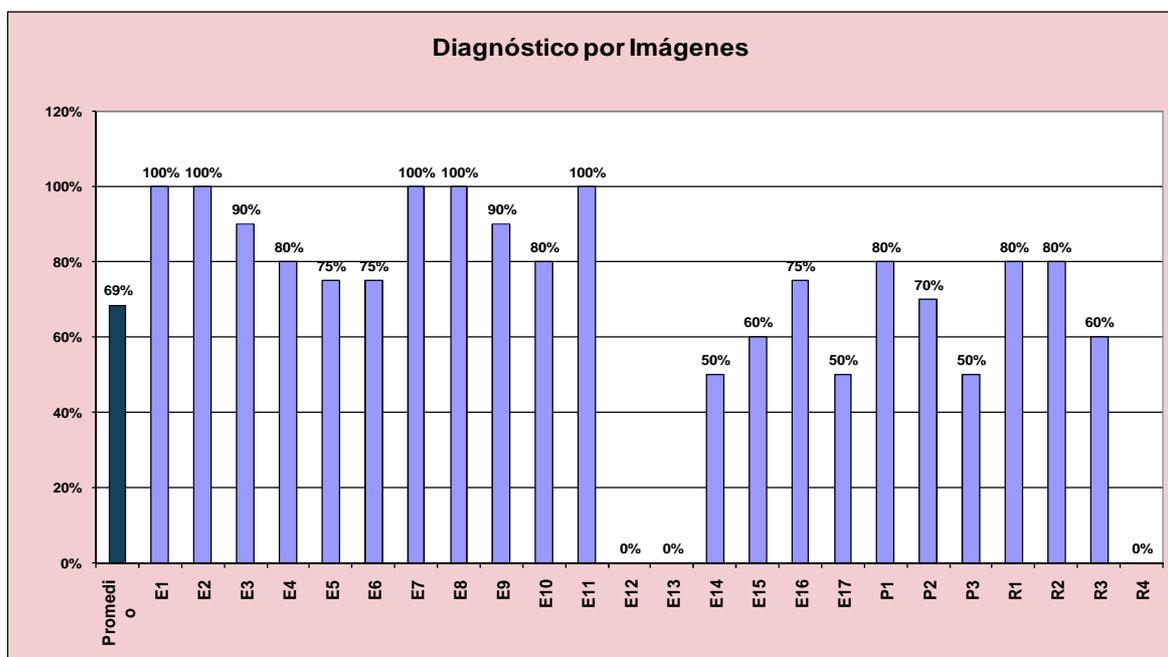
**TABLA # 14**  
**ESTÁNDARES ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA, DIAGNÓSTICO**  
**POR IMÁGENES.**

Prom	7. Diagnóstico por imágenes		69%
E1	Cumple con las normas arquitectónicas y de funcionamiento establecidas a nivel nacional.	E	100%
E2	Posee distribución de los ambientes acorde con aprobación por el ente rector.	E	100%
E3	Responde a los requisitos solicitados por Radiofísica Sanitaria y blindaje calculado por IVIC.	E	90%
E4	Cuenta con acceso exclusivo y físicamente diferenciado.	E	80%
E5	Cuenta con el área de espera exclusiva y físicamente diferenciada.	E	75%
E6	Cuenta con vestuarios y sanitarios anexos a la sala de imágenes.	E	75%
E7	Cuenta con equipos y tecnologías acordes con su nivel de complejidad.	E	100%
E8	Se dispone de la dotación (insumos) mínima necesaria.	E	100%
E9	Cuenta con equipo de Rx convencional con estativo de pared, equipo de revelado de placas automático.	E	90%
E10	Cuenta con equipo de Rx con mesa telemandada ó mesa con fluoroscopia para estudios con medios de contraste.	E	80%
E11	Cuenta con equipo de ultrasonido con dos transductores básicos (3, 5 y 7.5 mhz).	E	100%
E12	Cuenta con equipo de Tomografía Axial Computada.	E	0%
E13	Cuenta con otros equipos de alta tecnología como: Ultrasonido Doppler Color, Mamógrafo, Mamografía con estereotaxia, Arco en "C" para hemodinamia, Resonancia Magnética, Radiología Digital.	E	0%
E14	Cuenta con equipos radiológicos portátiles para salas y/o quirófanos.	E	50%
E15	Cuenta con personal técnico y médicos radiólogos para funcionar las 24 horas.	E	60%
E16	Existen los instrumentos (manual de funciones) que definan las funciones del personal.	E	75%
E17	Cuenta con personal y equipamiento auxiliar necesario para realizar procedimientos invasivos bajo control radioscópicos y/o ecográfico.	E	50%
P1	El centro asistencial cumple con la normativa prevista en el Decreto N° 2.210 de fecha 23-04-92 publicado en la Gaceta Oficial N° 4.418, extraordinaria del 27-04-92, referente a Normas técnicas y procedimientos para el manejo de material radioactivo".	P	80%
P2	Los estudios son interpretados por médicos radiólogos y/o médicos especialistas que intercambian opiniones con los médicos tratantes.	P	70%
P3	Los especialistas (médicos radiólogos) del Servicio intervienen en la indicación del estudio diagnóstico más adecuado para cada caso.	p	50%
R1	El 90% de los estudios de Rayos X de hospitalización son reportados antes de veinticuatro (24) horas.	R	80%
R2	El 90% de los estudios de Rayos X de emergencias son reportados antes de dos (2) horas.	R	80%
R3	El 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.	R	60%
R4	El 95% de los estudios enviados al programa de control de calidad externo, cumplen con el patrón.	R	0%

Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa

## GRÁFICO # 84

### ESTÁNDARES ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA, DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES.



Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa

## TABLA # 15

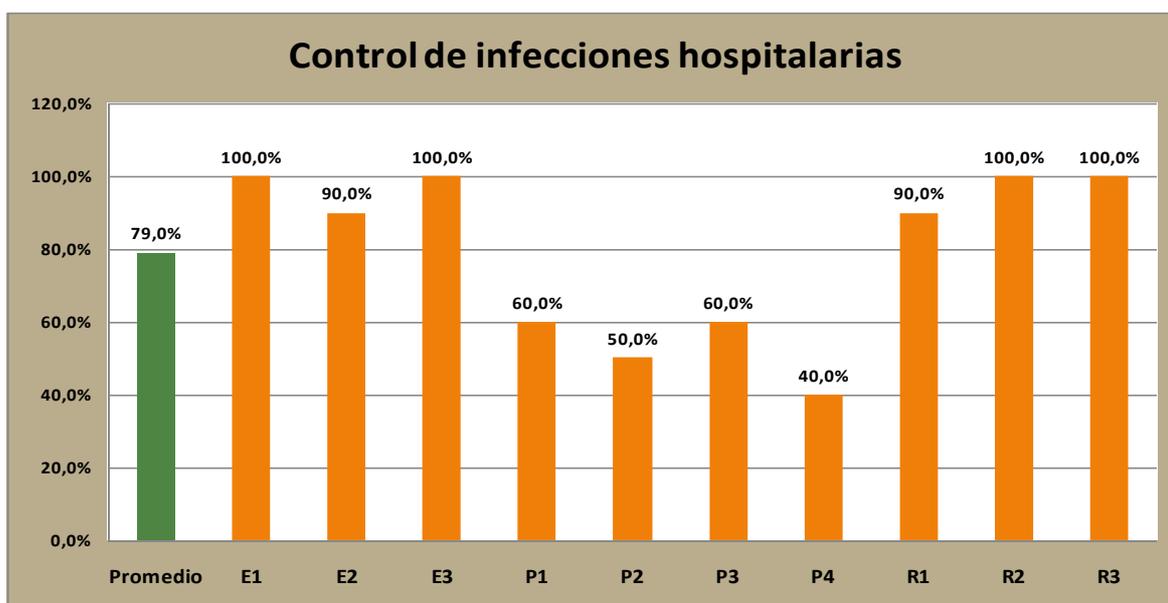
### ESTÁNDARES ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA, CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS.

Prom	12. Control de infecciones hospitalarias		79,0%
E1	Cuenta con normas escritas para mantener el Sistema de Vigilancia de Epidemiología Hospitalaria de las infecciones.	E	100,0%
E2	Cuenta con una enfermera capacitada u otro profesional de la salud encargado de la prevención y control de infecciones hospitalarias.	E	90,0%
E3	Cuenta con una Comisión Institucional de Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias.	E	100,0%
P1	Se llevan los registros estadísticos de Vigilancia de Epidemiología Hospitalaria.	P	60,0%
P2	Existe auditoría periódica de los procesos de Epidemiología Hospitalaria.	P	50,0%
P3	Implementa el Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias del Ministerio de Salud y Desarrollo Social.	P	60,0%
P4	Realiza vigilancia y control de exposiciones ocupacionales en trabajadores de Salud del Hospital.	P	40,0%
R1	El índice de infecciones hospitalarias es menor del 5%.	R	90,0%
R2	Menos del 0,5% de los trabajadores de salud del hospital, enferman como consecuencia a exposiciones ocupacionales.	R	100,0%
R3	La mortalidad como consecuencia de infecciones intrahospitalarias, no excede el 2%	R	100,0%

Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa

## GRÁFICO # 85

## ESTÁNDARES ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA, CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS.



Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa

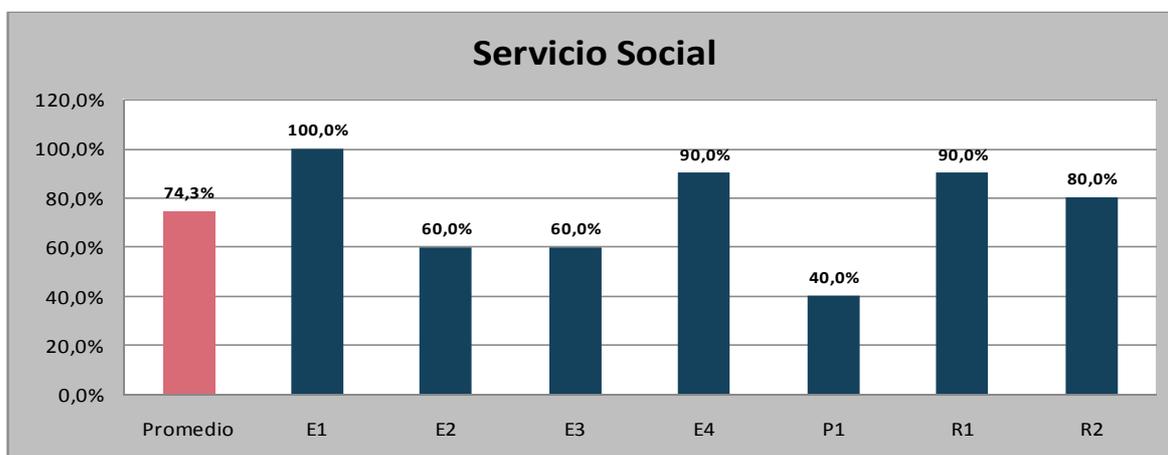
## TABLA # 16

## ESTÁNDARES ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA, SERVICIO SOCIAL.

Promedio	18. Servicio Social		74,3%
E1	Cuenta por lo menos un profesional de servicio social.	E	100,0%
E2	Cuenta con el espacio físico adecuado para el desarrollo de su tarea.	E	60,0%
E3	Existen normas y procedimientos escritos.	E	60,0%
E4	El servicio está integrado con el resto del cuerpo profesional.	E	90,0%
P1	Desarrolla actividades extramurales, como visitas domiciliarias, contactos comunitarios, relaciones institucionales e identificación de grupos de riesgo.	P	40,0%
R1	Las solicitudes de apoyo al servicio son atendidas en un plazo menor de 24 horas	R	90,0%
R2	Más del 75% de las solicitudes de apoyo son resueltas en forma satisfactoria	R	80,0%

Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa

**GRÁFICO # 86**  
**ESTÁNDARES ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA, SERVICIO SOCIAL.**



Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa

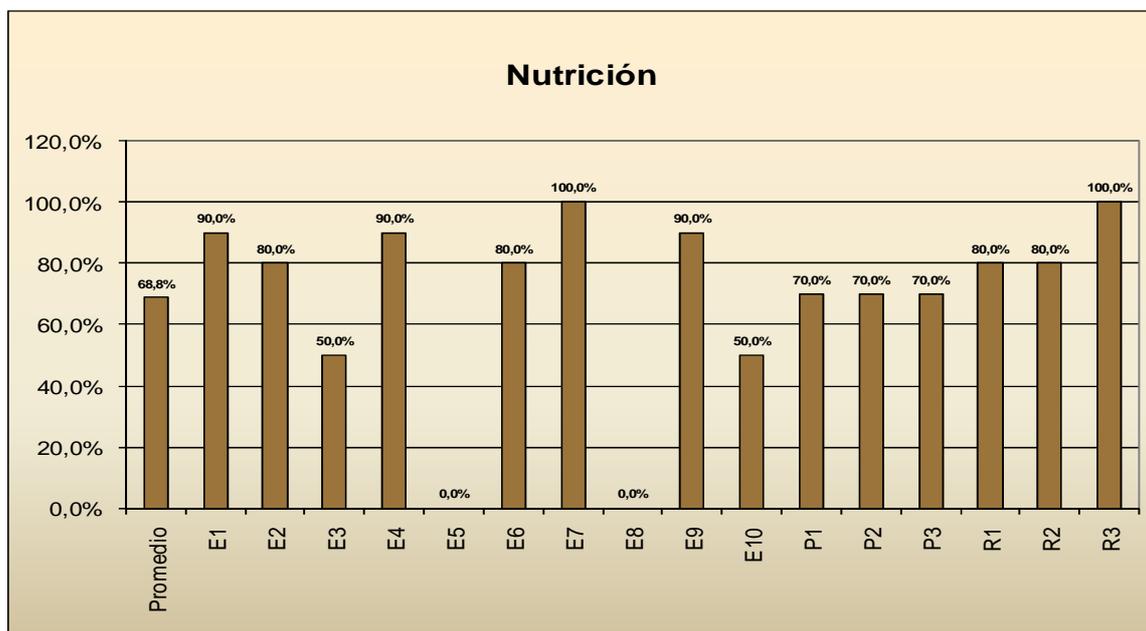
### 6.3 ANEXO

**TABLA # 17**  
**ESTÁNDARES DE ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO, NUTRICIÓN**

Promedi	1. Nutrición		68,8%
E1	Cuenta con el equipo necesario para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	90,0%
E2	Cuenta con los recursos humanos necesarios y suficientes para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	80,0%
E3	Cuenta con un área para la preparación de fórmulas con normas específicas.	E	50,0%
E4	Cuenta con un listado de regímenes por patología, confeccionado por una nutricionista, según prescripción médica.	E	90,0%
E5	Cuenta con una consulta externa de Nutrición Y Dietética atendida por una nutricionista.	E	0,0%
E6	Dispone de los insumos necesarios para la prestación del servicio.	E	80,0%
E7	Dispone de un especialista en Nutrición al menos para la organización del servicio.	E	100,0%
E8	Existe una Unidad de Soporte Nutricional.	E	0,0%
E9	Tiene capacidad para diseñar regímenes especiales para pacientes ambulatorios.	E	90,0%
E10	Tiene capacidad para efectuar alimentación parenteral y enteral.	E	50,0%
P1	Asiste el especialista en Nutrición a la discusión de casos clínicos de los pacientes que así lo requieran.	P	70,0%
P2	El especialista en Nutrición pasa revista diaria a los pacientes, para la prescripción de regímenes personalizados.	P	70,0%
P3	Se analiza y verifica sistemáticamente el cumplimiento de los regímenes nutricionales de acuerdo a las patologías de los pacientes.	P	70,0%
R1	100% de los pacientes que requieren regímenes personalizados, son evaluados diariamente por el/la nutricionista.	R	80,0%
R2	El análisis y verificación del cumplimiento de los regímenes nutricionales de acuerdo a las patologías de los pacientes, revela un 100% de correspondencia.	R	80,0%
R3	Más del 70% de los pacientes califican la comida como satisfactoria.	R	100,0%

Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa

**GRÁFICO # 87**  
**ESTÁNDARES DE ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO, NUTRICIÓN.**



Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa.

**TABLA # 18**

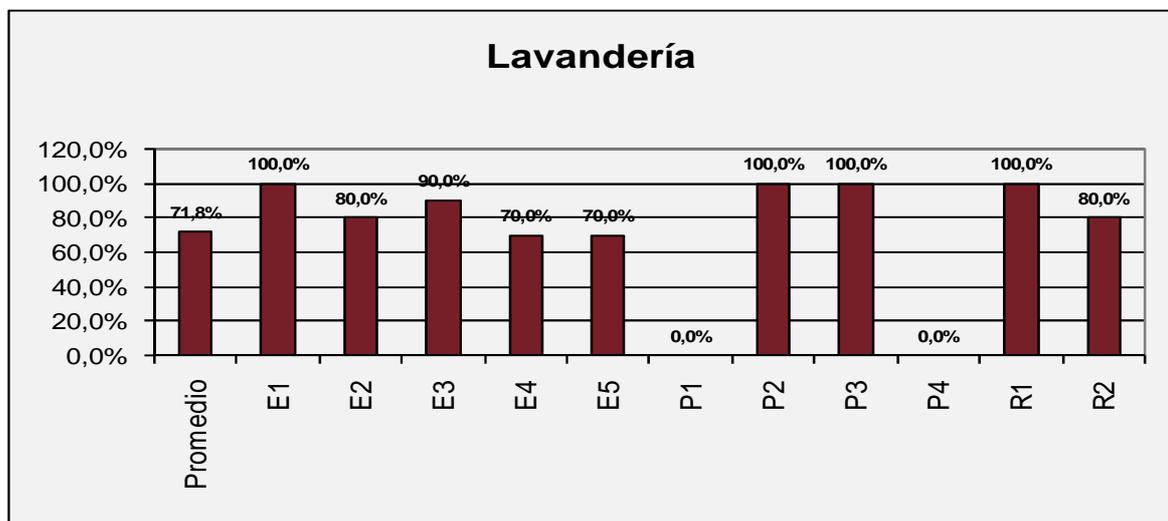
**ESTÁNDARES DE ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO, LAVANDERÍA**

Promedio	2. Lavandería		71,8%
E1	Cuenta con el equipo necesario para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	100,0%
E2	Dispone de los insumos necesarios para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	80,0%
E3	Cuenta con los recursos humanos necesarios y suficientes para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	90,0%
E4	El proceso de lavado y cambio de ropa está normatizado	E	70,0%
E5	Existe protocolos para el manejo de la ropa usada y contaminada.	E	70,0%
P1	Lleva un registro del cambio de ropa en pacientes con fluidos corporales.	P	0,0%
P2	El retiro de ropa sucia es diario.	P	100,0%
P3	La entrega de ropa limpia se hace diariamente.	P	100,0%
P4	Existe auditoría periódica de los procesos establecidos en el Servicio de Lavandería.	P	0,0%
R1	La incidencia de infecciones hospitalarias (de heridas, generales) como consecuencia del uso de ropa contaminada es menor del 1%.	R	100,0%
R2	Más del 90% de los pacientes califican la ropa como limpia y satisfactoria.	R	80,0%

Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa

## GRÁFICO # 88

## ESTÁNDARES DE ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO, LAVANDERÍA



Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa

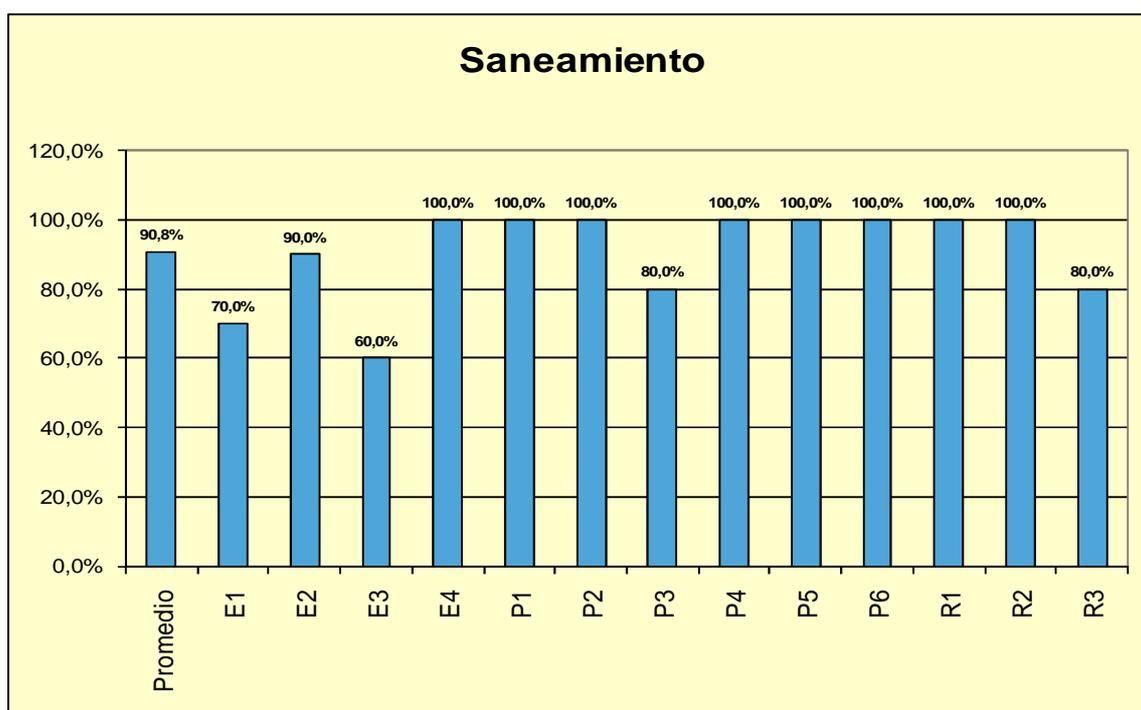
## TABLA # 19

## ESTÁNDARES DE ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO, SANEAMIENTO.

Prome	3. Saneamiento		90,8%
E1	Cuenta con el equipo necesario para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	70,0%
E2	Dispone de los insumos necesarios para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	90,0%
E3	Cuenta con los recursos humanos necesarios y suficientes para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	60,0%
E4	Cuenta con un responsable de la limpieza.	E	100,0%
P1	Los pisos son limpiados al menos una vez al día, cumpliendo con las normas establecidas.	P	100,0%
P2	Existe prohibición de barrido en seco, excepto casos especiales como consultorio o circulación pública.	P	100,0%
P3	Se verifica regularmente la eficacia y riesgos a la salud como resultado del uso indiscriminado de los productos de limpieza.	P	80,0%
P4	Existen normas para el tratamiento específico de elementos o excretas potencialmente contaminantes (hepatitis B, SIDA, salmonelosis).	P	100,0%
P5	El personal de limpieza recibe adiestramiento.	P	100,0%
P6	El centro asistencial cumple con la normativa prevista en el Decreto número 2.218 de fecha 23-04-92 publicado en la Gaceta Oficial N° 4.418, extraordinaria del 27-04-92, referente a la "Clasificación y Manejo de Desechos en Establecimientos de Salud".	P	100,0%
R1	La incidencia de infecciones entre el personal como consecuencia de contaminación con elementos o excretas potencialmente contaminantes (hepatitis B, SIDA, salmonelosis) es menor del 1%.	R	100,0%
R2	La incidencia de infecciones hospitalarias (de heridas, generales) como consecuencia del saneamiento inadecuado es menor del 1%.	R	100,0%
R3	Más del 90% de los pacientes califican la ropa como limpia y satisfactoria.	R	80,0%

Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa

**GRÁFICO # 89**  
**ESTÁNDARES DE ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO, SANEAMIENTO.**



Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa

**TABLA # 20**  
**ESTÁNDARES DE ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO, ESTERILIZACIÓN.**

Promedio	4. Esterilización		90,0%
E1	Posee un local donde se realiza la preparación y esterilización de todos los materiales de la institución.	E	100,0%
E2	El área del servicio cuenta con tres sectores: recepción y lavado, preparación y acondicionamiento de materiales esterilización y almacenamiento.	E	80,0%
E3	Cuenta con el equipo necesario para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	80,0%
E4	Dispone de los insumos necesarios para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	80,0%
E5	Cuenta con los recursos humanos necesarios y suficientes para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	90,0%
E6	Tiene posibilidad propia o contratada de esterilizar materiales termosensibles.	E	100,0%
E7	Existen normas escritas sobre los procedimientos de esterilización.	E	80,0%
E8	Cuenta con ventilación mecánica equipada con filtros de alta eficiencia.	E	100,0%
P1	Se lleva a cabo un proceso de capacitación y actualización permanente de los recursos humanos.	P	70,0%
P2	Se efectúan controles biológicos de acuerdo a la normativa vigente	P	100,0%
P3	Los equipos son lavados y desinfectados regularmente en forma automática y/o manual.	P	80,0%
R1	La incidencia de infecciones entre el personal como consecuencia de contaminación con elementos o excretas potencialmente contaminantes (hepatitis B, SIDA, salmonellosis) es menor del 1%.	R	100,0%
R2	La incidencia de infecciones hospitalarias(de heridas, generales) como consecuencia de esterilización inadecuada de equipos es menor del 1%.	R	100,0%
R3	Más del 98% de los usuarios califican la esterilización de equipos como satisfactoria.	R	100,0%

Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa

**GRÁFICO # 90**  
**ESTÁNDARES DE ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO, ESTERILIZACIÓN.**



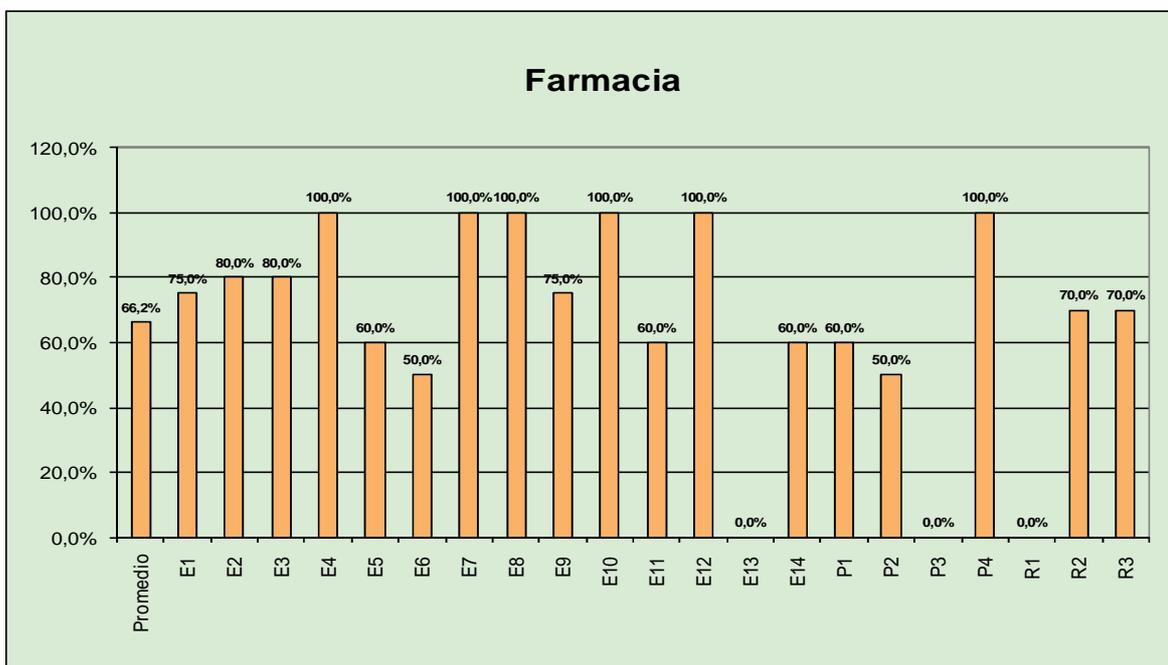
Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa

**TABLA # 21**  
**ESTÁNDARES DE ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO, FARMACIA.**

Promedio	5. Farmacia		66,2%
E1	Cuenta la planta física con áreas bien definidas, clasificadas y delimitadas de acuerdo a la actividad que se realiza en ella.	E	75,0%
E2	Cumple con las condiciones ambientales de iluminación, ventilación, seguridad, condiciones higiénicas, entre otras, que aseguren el buen funcionamiento del Servicio.	E	80,0%
E3	Cuenta con el equipamiento necesario para asegurar el buen almacenamiento de los medicamentos, de acuerdo a la normativa vigente.	E	80,0%
E4	Cuenta con un profesional farmacéutico legalmente autorizado (Farmacéutico Regente).	E	100,0%
E5	Existen normas de utilización de antibióticos y vademecum para uso del establecimiento.	E	60,0%
E6	Cuenta con personal Técnico o Auxiliar de Farmacia de guardia las 24 horas, para la atención de pacientes internados y ambulatorios.	E	50,0%
E7	Cuenta con un Comisión de farmacia y terapéutica que regule la selección de medicamentos en la institución.	E	100,0%
E8	Cuenta con una lista de medicamentos esenciales.	E	100,0%
E9	Tiene establecido un sistema de control de inventarios de medicamentos que asegure el reabastecimiento regular y oportuno de los suministros necesarios.	E	75,0%
E10	Existe un Comité de Licitaciones o Junta de Compra de medicamentos donde participe el Farmacéutico Jefe del Servicio.	E	100,0%
E11	Cuenta con almacenes y equipos de acuerdo al tipo de medicamentos que cumplan con las condiciones ambientales que aseguren un buen almacenamiento.	E	60,0%
E12	Existe un sistema de control para las sustancias psicotrópicas y estupefactivas.	E	100,0%
E13	Cuenta con servicios de docencia e investigación clínica.	E	0,0%
E14	Para su funcionamiento cuenta con un manual de normas y procedimientos.	E	60,0%
P1	Se revisan y actualizan las normas de utilización de antibióticos y vademecum para uso del establecimiento.	P	60,0%
P2	Cuenta con sistemas de distribución tradicionales o modernos (Dosis unitaria).	P	50,0%
P3	Se realizan estudios de farmacoepidemiología.	P	0,0%
P4	Se realiza control del gasto y consumo de medicamentos.	P	100,0%
R1	La incidencia de complicaciones por uso indebido de medicamentos es menor del 1%	R	0,0%
R2	Más del 95% de los pacientes y familiares califican el servicio de la farmacia como satisfactorio.	R	70,0%
R3	Más del 95% de los usuarios (médicos y enfermeras) califican el servicio de la farmacia como satisfactorio.	R	70,0%

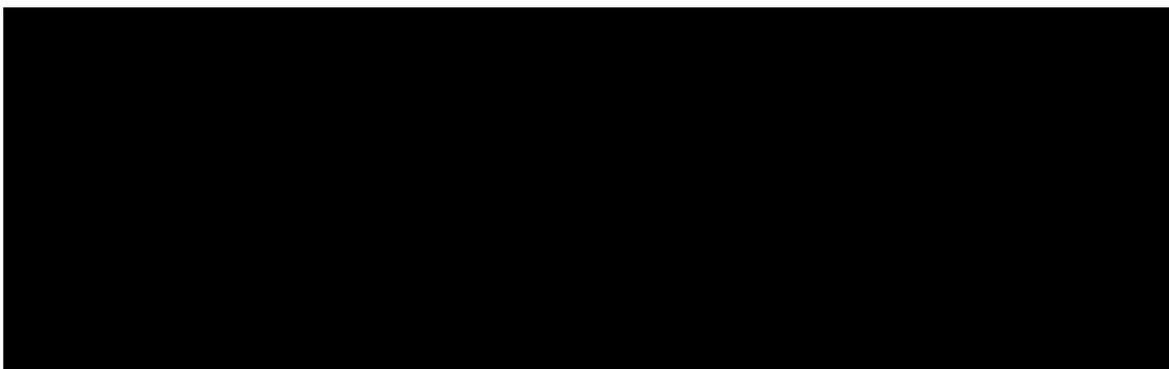
Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa

**GRÁFICO # 91**  
**ESTÁNDARES DE ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO, FARMACIA.**



Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa.

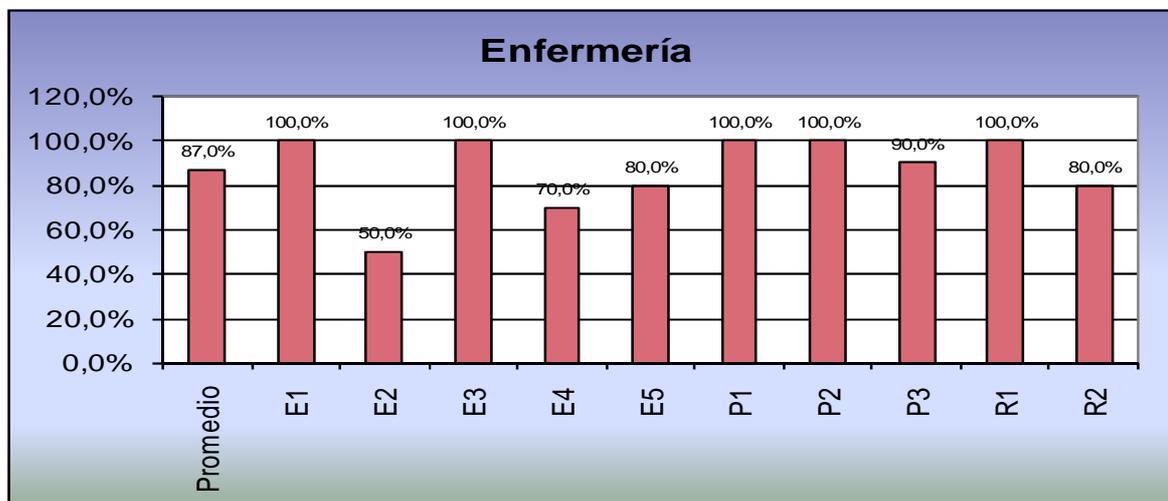
**TABLA # 22**  
**ESTÁNDARES DE ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO, ENFERMERÍA.**



Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa

GRÁFICO # 92

## ESTÁNDARES DE ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO, ENFERMERÍA



Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa

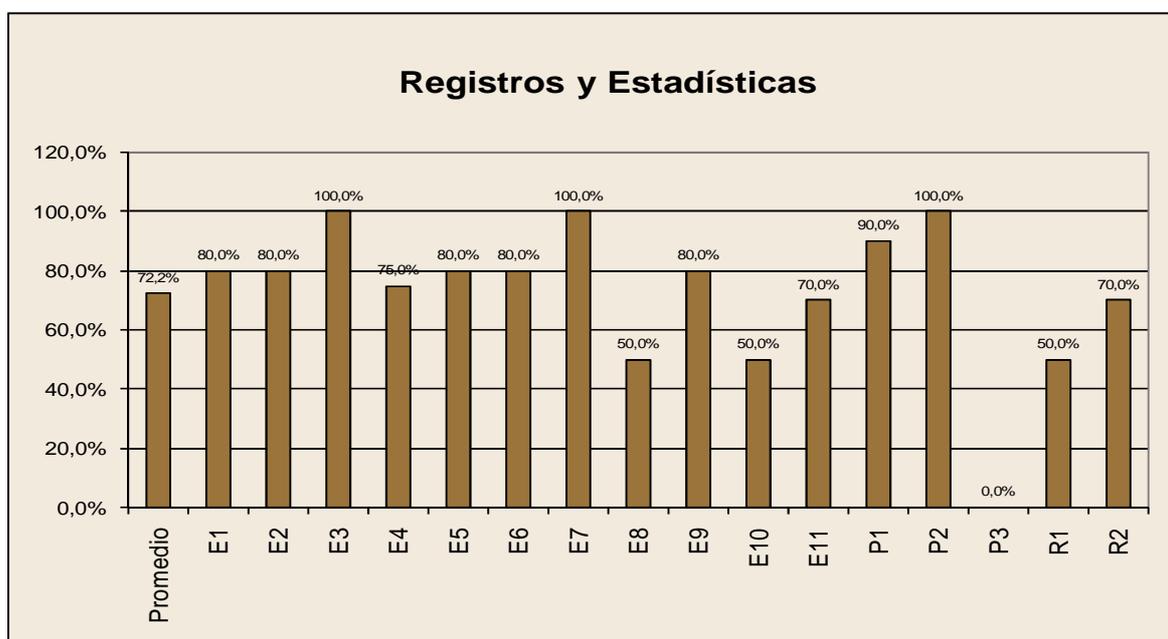
TABLA # 23

## ESTÁNDARES DE ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO, REGISTROS Y ESTADÍSTICAS EN SALUD.

Promedio	7. Registros y Estadísticas en Salud		72,2%
E1	Cuenta la planta física con áreas bien definidas, clasificadas y delimitadas de acuerdo a la actividad que se realiza en ella.	E	80,0%
E2	Cumple con las condiciones ambientales de iluminación, ventilación, seguridad, condiciones higiénicas, entre otras, que aseguren el buen funcionamiento del Servicio.	E	80,0%
E3	Cuenta con el equipamiento necesario para asegurar el buen almacenamiento y procesamiento de los datos, de acuerdo a la normativa vigente.	E	100,0%
E4	Existe personal exclusivo para este fin y hay acceso al archivo las 24 horas.	E	75,0%
E5	Posee Historia Clínica de la totalidad de las personas asistidas en el establecimiento, tanto ambulatorias como hospitalizadas.	E	80,0%
E6	Existen normas difundidas y conocidas sobre la confección de las Historia Clínica.	E	80,0%
E7	Existe una única Historia Clínica, tanto para la atención ambulatoria como en internación.	E	100,0%
E8	Existe un Comité de Historias Clínicas responsable por la calidad, el registro y seguimiento del movimiento y ruta de las Historias Clínicas.	E	50,0%
E9	Lleva registro estadístico de las actividades asistenciales, de acuerdo a la normativa vigente.	E	80,0%
E10	Emite una publicación mensual de la información.	E	50,0%
E11	Está automatizado el Servicio de Estadísticas.	E	70,0%
P1	La Historia Clínica cumple con la normativa vigente.	P	90,0%
P2	El registro de Historias Clínicas está organizado por doble entrada: por número de orden y por orden alfabético.	P	100,0%
P3	Se lleva a cabo en forma regular el análisis cuantitativo y cualitativo de las Historias Clínicas.	P	0,0%
R1	El 100% de los registros estadísticos están actualizados al mes anterior.	R	50,0%
R2	Más del 80% de una muestra de Historias Clínicas de pacientes internados, se halla actualizada al día anterior al de la evaluación.	R	70,0%

Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa

**GRÁFICO # 93**  
**ESTÁNDARES DE ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO, REGISTROS Y**  
**ESTADÍSTICAS.**



Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa.

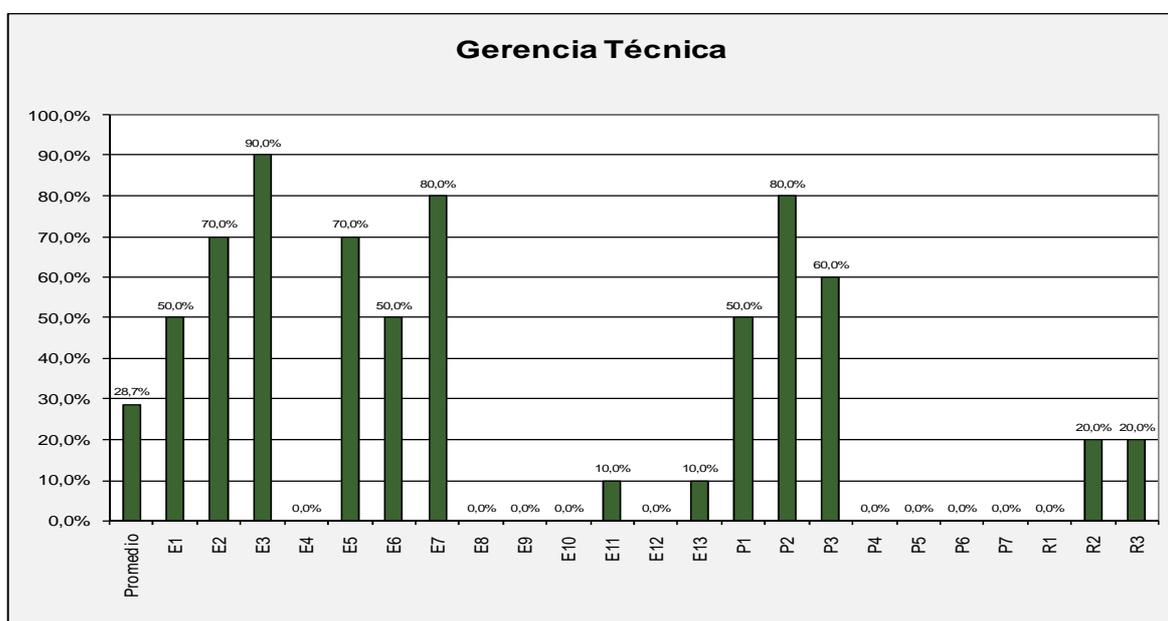
**TABLA # 24**  
**ESTÁNDARES DE ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO, GERENCIA TÉCNICA**

Promedio	8. Gestión Tecnológica		63,1%
Promedio	8.1. Gerencia Técnica		28,7%
E1	Las Sub-unidades cuentan con un espacio físico, herramientas e insumos de trabajo adecuados para realizar sus actividades asignadas.	E	50,0%
E2	Cuenta con los recursos humanos necesarios y suficientes para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	70,0%
E3	La Gerencia Técnica está a cargo de un profesional universitario calificado, con experiencia comprobable.	E	90,0%
E4	Las Sub-unidades de la organización están a cargo de ingenieros o TSU del área específica.	E	0,0%
E5	El personal asignado para cada sub-unidad está calificado y capacitado para la(s) actividad(es) específicas.	E	70,0%
E6	La Gerencia Técnica cuenta con los equipos necesarios para el desempeño de sus funciones.	E	50,0%
E7	Los equipos médicos y no-médicos actuales son tecnológicamente adecuados para las necesidades.	E	80,0%
E8	Posee Manuales de Organización y de Procedimientos aprobados y vigentes.	E	0,0%
E9	Posee organización según manual y organigrama colocado en cartelera.	E	0,0%
E10	Cada Sub-unidad tiene a su alcance las normas y el Manual con los procedimientos técnicos correspondientes.	E	0,0%
E11	La Gerencia Técnica tiene catálogos y manuales de los equipos instalados en el Hospital.	E	10,0%
E12	Existen Programas de Adiestramiento para el personal del área.	E	0,0%
E13	Existe inventario técnico actualizado de los equipos en su totalidad.	E	10,0%
P1	La Gerencia Técnica participa en los procesos de compra y mantenimiento de equipos.	P	50,0%
P2	La Gerencia Técnica hace informe periódico de gestión.	P	80,0%
P3	Tiene conocimiento del presupuesto de la Dirección, Oficina o Departamento asignado(s).	P	60,0%
P4	Tiene autonomía de gestión, caja chica o Fondo Rotatorio propio.	P	0,0%
P5	Se hace supervisión periódica del estado de conservación y funcionamiento de los recursos físicos y materiales, así como de las instalaciones del Hospital.	P	0,0%
P6	Lleva a cabo un programa de mantenimiento preventivo y correctivo.	P	0,0%
P7	Tiene Programa de Reposición, así como de la respectiva desincorporación.	P	0,0%
R1	El 100% del personal participa de un programa de adiestramiento continuo	R	0,0%
R2	Más del 75% del equipo obsoleto ha sido desincorporado y repuesto.	R	20,0%
R3	Por lo menos el 5% del presupuesto hospitalario se destina a mantenimiento preventivo.	R	20,0%

Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa.

## GRÁFICO # 94

### ESTÁNDARES DE ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO, GERENCIA TÉCNICA.



Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa

## TABLA #25

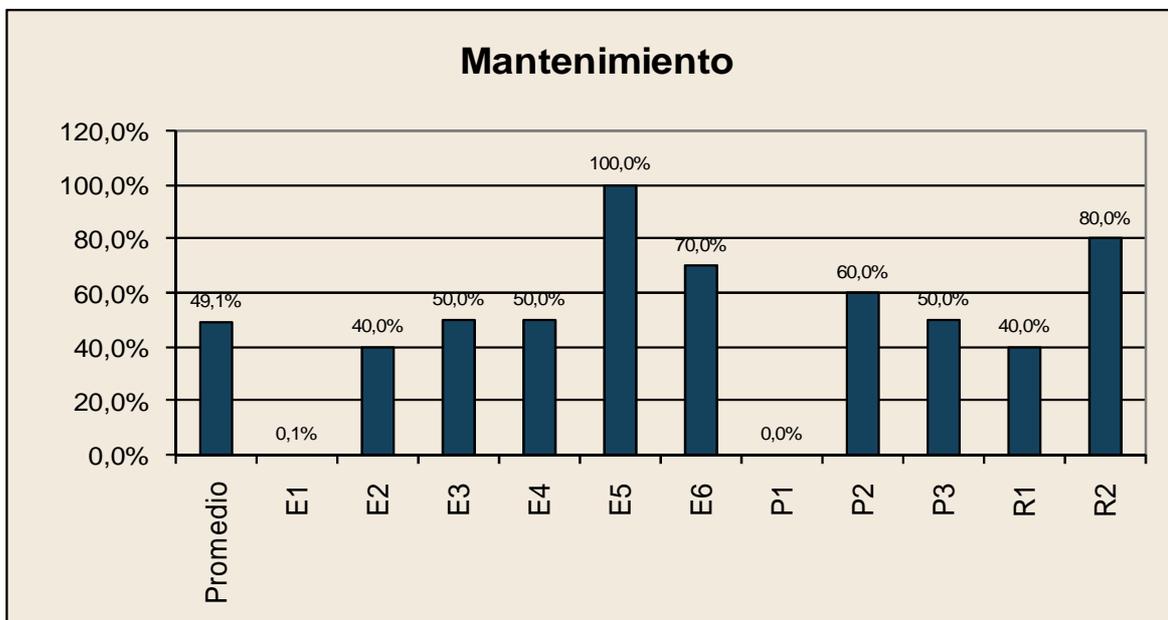
### ESTÁNDARES DE ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO, MANTENIMIENTO.

Prome	8.2 Mantenimiento.		49,1%
E1	La Sub-gerencia de Mantenimiento está a cargo de un profesional universitario calificado, con experiencia comprobable.	E	0,1%
E2	Posee personal calificado en todos los departamentos.	E	40,0%
E3	Cuenta con personal de mantenimiento las 24 horas.	E	50,0%
E4	Posee dotación de materiales y repuestos para satisfacer las necesidades.	E	50,0%
E5	Existen formatos de órdenes o requisición para los trabajos de mantenimiento.	E	100,0%
E6	Mantenimiento posee Departamentos de Electromecánica, Electricidad, Electromedicina y Rayos X, Aire acondicionado y Refrigeración, Albañilería y plomería.	E	70,0%
P1	Se evalúa regularmente el cumplimiento del programa de mantenimiento.	P	0,0%
P2	Los equipos de mayor tecnología tienen contrato preventivo y/o correctivo con empresas especializadas.	P	60,0%
P3	Se hace seguimiento de requisiciones y se lleva registro del cumplimiento.	P	50,0%
R1	El 100% de las solicitudes de mantenimiento son atendidas antes de las 24 horas	R	40,0%
R2	El 100% de las respuestas a los problemas de mantenimiento inician antes de 5 días hábiles.	R	80,0%

Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa

## GRÁFICO # 95

## ESTÁNDARES DE ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO, MANTENIMIENTO.



Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa

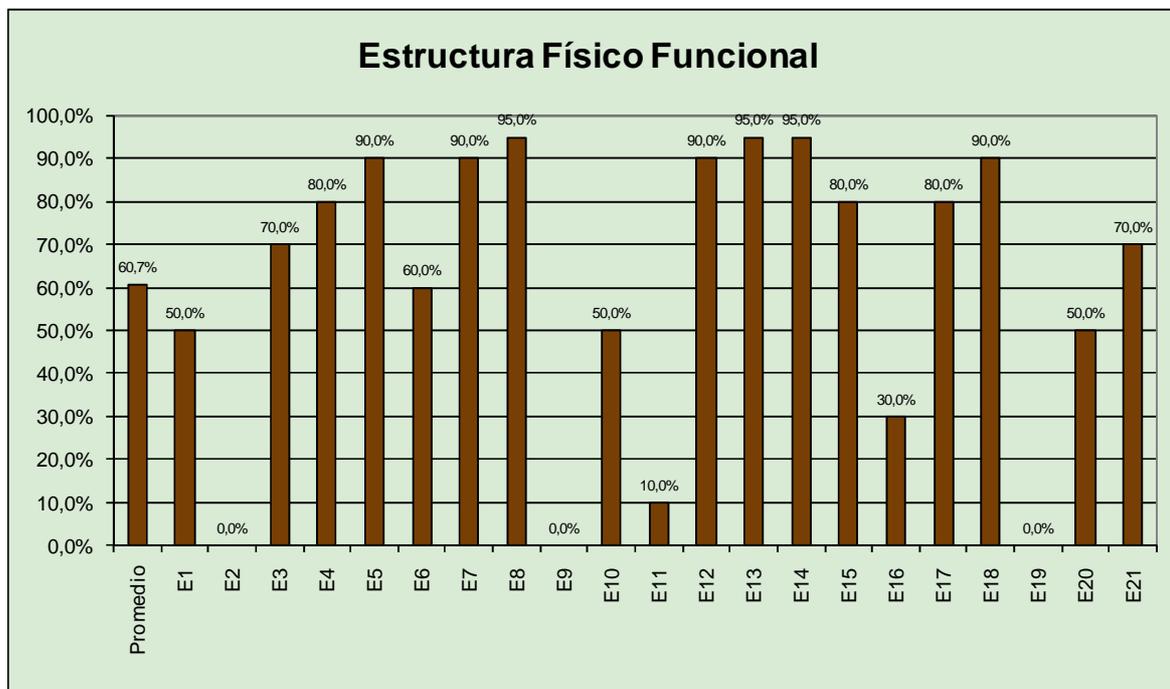
**TABLA # 26**  
**ESTÁNDARES DE ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO, ESTRUCTURA FÍSICO**  
**FUNCIONAL.**

Prome	8.3 Estructura Físico Funcional.		60,7%
E1	Posee planos actualizados conforme a obra de planta y estructura aprobados según Normas y pautas establecidas por el ente rector.	E	50,0%
E2	Posee plan arquitectónico rector o maestro de obras a ejecutar o en ejecución.	E	0,0%
E3	Posee facilidades para circulación, ascenso y descenso de pacientes en condiciones de seguridad y protección adecuadas y cuenta además con barreras arquitectónicas.	E	70,0%
E4	Posee accesos diferenciados para vehículos y peatones.	E	80,0%
E5	Posee acceso vehicular exclusivo para el Servicio de Emergencia con la debida señalización.	E	90,0%
E6	Tiene diferenciados los Circuitos de Circulación: general, técnica, restringida y semi-restringida, y cuenta con la señalización adecuada.	E	60,0%
E7	Se mantiene una adecuada independencia circulatoria entre las áreas públicas y técnicas en los servicios de atención al paciente.	E	90,0%
E8	La planta física del estacionamiento responde a las capacidades estipuladas en la normativa municipal y rectoría de salud.	E	95,0%
E9	Las áreas de espera cuentan con bebederos y sanitarios públicos; estos tienen facilidades para pacientes con impedimentos.	E	0,0%
E10	Las áreas de espera cuentan con capacidad para acomodar pacientes y acompañantes, así como espacio para estacionar camillas y /o sillas de ruedas ocupadas, permitiendo el libre tránsito.	E	50,0%
E11	Las áreas de espera y pasillos cuentan con iluminación y ventilación dentro de los rangos de confort establecidos, así como control de visuales repudiables.	E	10,0%
E12	El ancho de los pasillos generales permite la circulación simultánea en ambos sentidos de pacientes en camillas y sillas de ruedas.	E	90,0%
E13	La dimensión de las puertas permite el paso fluido de camillas, carros de transporte, sillas de ruedas, equipos portátiles y otros.	E	95,0%
E14	De presentar modificación o ampliación de la planta física de los servicios y estacionamientos, especialmente a partir del año 1.996 cuenta con la correspondiente aprobación por el ente rector.	E	95,0%
E15	La planta física del estacionamiento responde a lo estipulado por las Normas COVENIN N°2.733-90 en lo referente a la "Construcción y Adaptación de Edificaciones de Uso Público, accesibles a personas con impedimentos físicos".	E	80,0%
E16	El Servicio de Anatomía Patológica responde a lo estipulado en la Gaceta Oficial N°36.778 de fecha 16 de septiembre de 1999 en lo referente a Normas que establecen los "Requisitos Arquitectónicos Funcionales del Servicio de Anatomía Patológica de los Establecimientos Médico Asistenciales Públicos y Privados".	E	30,0%
E17	El Servicio de Quirófano responde a lo estipulado en la Gaceta Oficial N°36.574 de fecha 04 de noviembre de 1998, referente a Normas que establecen los "Requisitos Arquitectónicos Funcionales del Servicio de Anatomía Patológica de los Establecimientos Médicos Asistenciales Públicos y Privados".	E	80,0%
E18	El Servicio de Laboratorio de Bionálisis responde en lo establecido en la Gaceta Oficial N°37.144 de fecha 20 de febrero de 2001, referente a "Requisitos Arquitectónicos y de Equipamiento para Establecimientos Médico Asistenciales del Servicio de Laboratorio de Bionálisis".	E	90,0%
E19	El Servicio de Cirugía Ambulatoria responde a lo establecido en la Gaceta Oficial N°37.426 de fecha 18 de abril de 2002, referente a "Requisitos Arquitectónicos y de Equipamiento para Establecimientos de Salud Médico Asistenciales de Cirugía Ambulatoria".	E	0,0%
E20	El centro asistencial cumple con los "Requisitos Arquitectónicos de equipamiento para establecimientos de salud Médico Asistenciales, Servicios de Emergencia y Medicina Crítica" según resolución número SG-465-96 de fecha 13-11-96, publicada en Gaceta Oficial N°36.090 de fecha 20-11-96.	E	50,0%
E21	El Centro Asistencial cumple con la Norma COVENIN-MINDUR 2733-90 referente a "Proyecto, Construcción y Adaptación de Edificaciones de uso Público accesibles a personas con impedimentos físicos", mayo/1.991.	E	70,0%

Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa

## GRÁFICO # 96

## ESTÁNDARES DE ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO, ESTRUCTURA FÍSICO FUNCIONAL.



Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa

## TABLA # 27

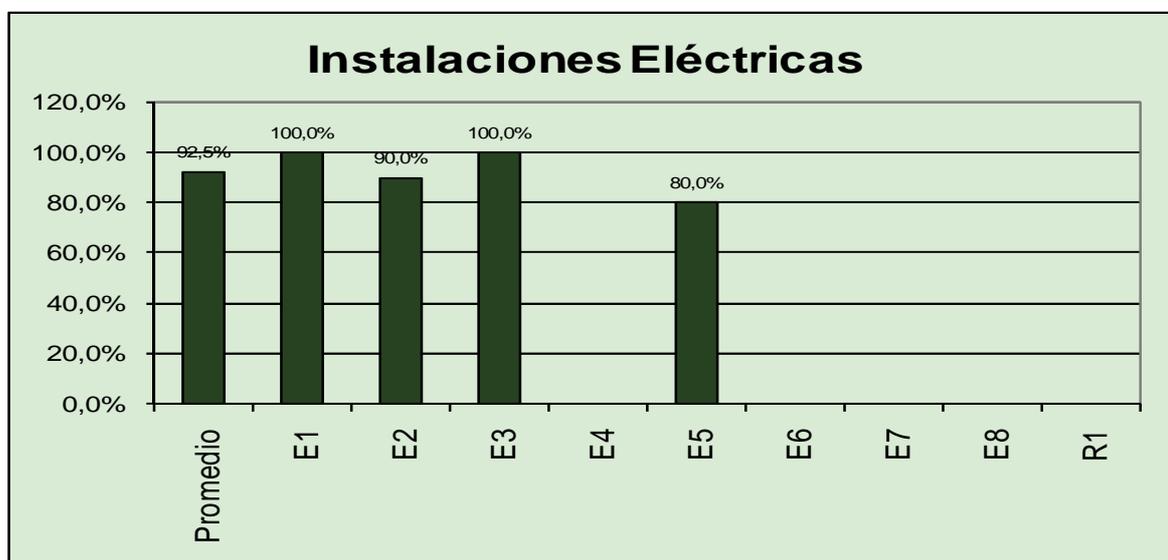
## ESTÁNDARES DE ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO, INSTALACIONES ELÉCTRICAS.

Prome	8.4 Instalaciones Eléctricas.		92,5%
E1	Posee planos actualizados conforme a obra, de las instalaciones eléctricas.	E	100,0%
E2	Las plantas eléctricas de emergencia funcionan en su totalidad.	E	90,0%
E3	Cuenta con todas las instalaciones y requerimientos eléctricos establecidos en la Gaceta Oficial como: tomacorrientes especiales, tablero de aislamiento, iluminación en los servicios de quirófano, cuidados intensivos y sala de parto.	E	100,0%
E4	Posee un sistema de alimentadores y circuitos ramales el cual cumple con los requisitos del Artículo 700 de CEN destinado a suministrar potencia alterna a un número limitado de funciones prescritas útiles para protección y seguridad de la vida del prescrito.	E	
E5	Posee un sistema de iluminación de los medios de escape.	E	80,0%
E6	Posee un sistema de puesta a tierra de todos los circuitos ramales que sirven las áreas de cuidado de los pacientes, según lo establece la sección 517-11, 517-103 CEN.	E	
E7	Posee sistema de potencia interrumpida o UPS a fin de garantizar a la carga en cualquier momento una alimentación continua y estabilizada, en el caso de una falla en el suministro normal de electricidad.	E	
E8	El sistema eléctrico esencial posee la capacidad adecuada para satisfacer la demanda para la operación de todas las funciones y equipos a ser servidos por cada circuito ramal.	E	
R1	El sistema eléctrico de emergencia (planta eléctrica) arranca en un lapso no mayor de 10 segundos.	R	

Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa

## GRÁFICO # 97

## ESTÁNDARES DE ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO, INSTALACIONES ELÉCTRICAS.



Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa

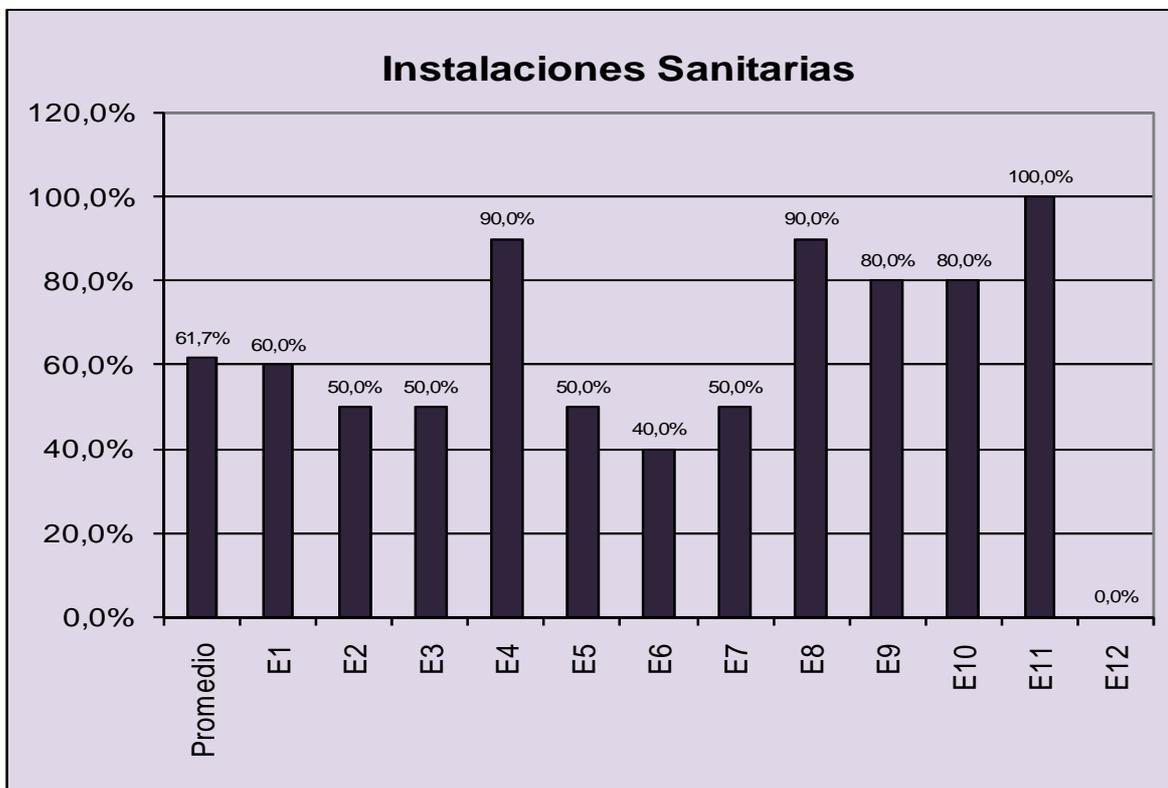
## TABLA # 28

## ESTÁNDARES DE ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO, INSTALACIONES SANITARIAS.

Prome	8.5 Instalaciones Sanitarias.		61,7%
E1	La Dirección de Mantenimiento tiene al menos 01 juego completo de los planos, detalles y especificaciones originales y/o conformes a obra del Hospital.	E	60,0%
E2	La Dirección de Mantenimiento tiene al menos 01 ficha de cada modificación por mínima que hubiere sido realizada en las instalaciones, equipos/artefactos sanitarios y accesorios de las instalaciones del Hospital.	E	50,0%
E3	Tiene al menos 01 juego completo de los planos modificados durante la vida del hospital.	E	50,0%
E4	La Sub-unidad de plomería está a cargo de plomero calificado y capacitado.	E	90,0%
E5	La Sub-unidad de plomería cuenta con espacio físico, herramientas e insumos de trabajo adecuados para realizar sus actividades asignadas.	E	50,0%
E6	Las instalaciones del hospital están realizadas según los planos y cumplen con las normas sanitarias.	E	40,0%
E7	Las redes exteriores de aguas servidas funcionan adecuadamente, incluyendo tanquillas.	E	50,0%
E8	Posee redes diferenciadas para suministro y extinción de incendios.	E	90,0%
E9	Posee capacidad de almacenamiento de aguas blancas discriminada: para uso normal distinta de la reserva contra incendios.	E	80,0%
E10	Funcionan en su totalidad los artefactos sanitarios.	E	80,0%
E11	Existe provisión de agua (tanque) para proporcionar agua potable hasta por un lapso de 48 horas.	E	100,0%
E12	Existe un plan de racionamiento de agua en condiciones de emergencia.	E	0,0%

Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa

## GRÁFICO # 98

ESTÁNDARES DE ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO, INSTALACIONES  
SANITARIAS.

Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa

## TABLA # 29

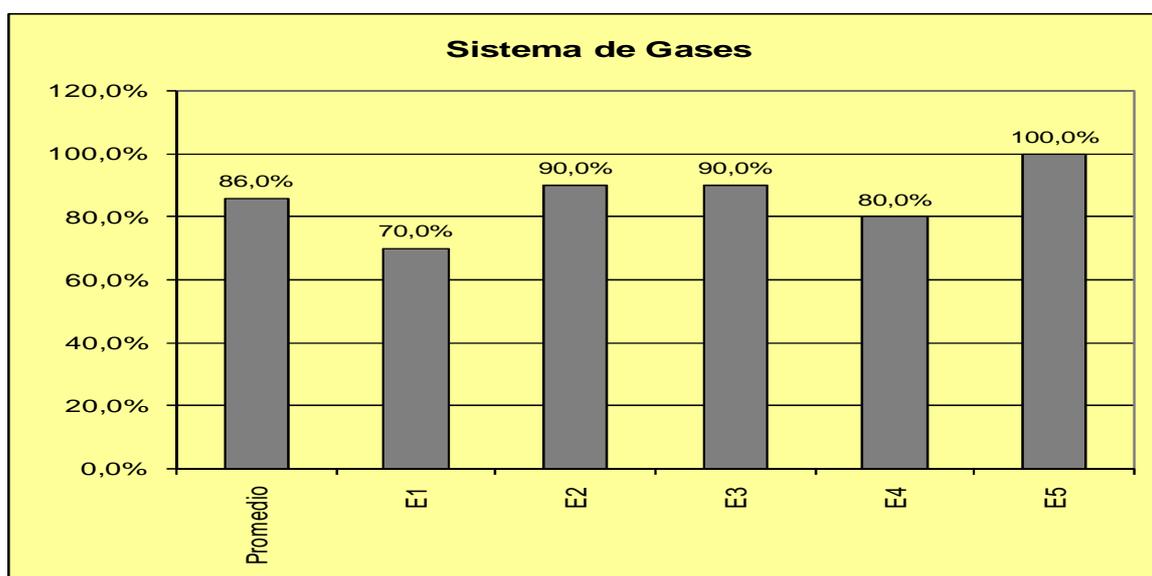
## ESTÁNDARES DE ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO, SISTEMA DE GASES.

Prome	8.6 Sistemas de Gases.		86,0%
E1	Posee planos actualizados conforme a obra de las instalaciones de los gases.	E	70,0%
E2	Las presiones de salidas son las adecuadas.	E	90,0%
E3	No existen fugas en las tuberías.	E	90,0%
E4	El sistema en general de gases funciona satisfactoriamente.	E	80,0%
E5	La capacidad del sistema se ajusta a los requerimientos.	E	100,0%

Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa

GRÁFICO # 99

## ESTÁNDARES DE ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO, SISTEMA DE GASES.



Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa

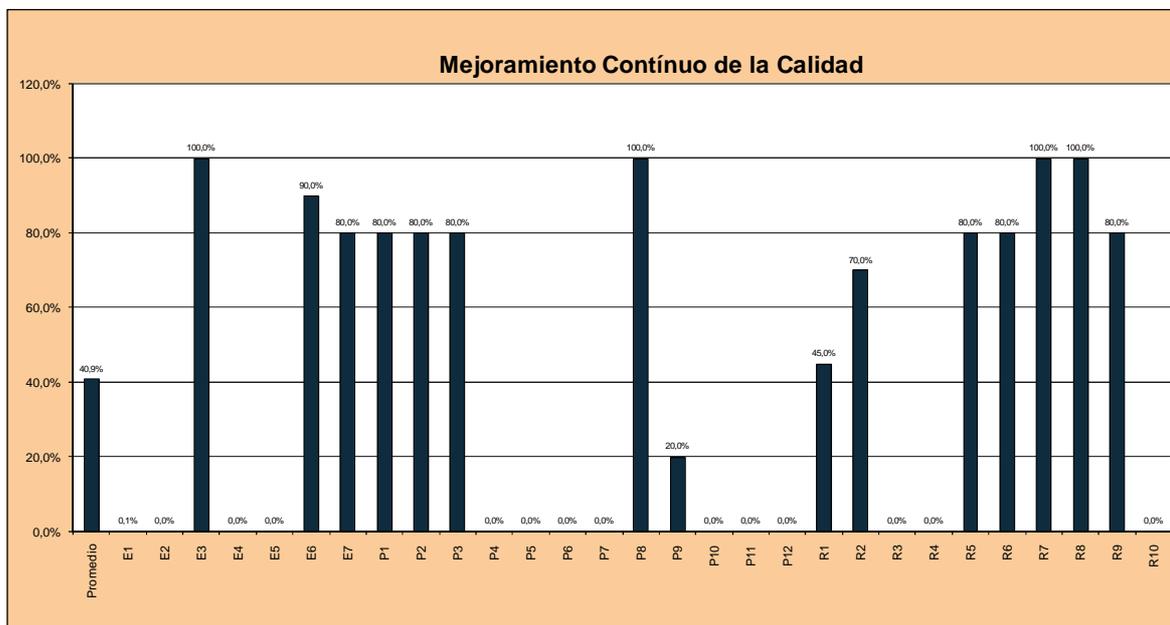
TABLA # 30

## ESTÁNDARES DE ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO, MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD.

Prome	10. Mejoramiento continuo de la calidad		40,9%
E1	Existe un programa de acreditación al cual el hospital está adherido.	E	0,1%
E2	Existe un programa de certificación y recertificación de los profesionales	E	0,0%
E3	Lleva un registro de la morbilidad y mortalidad por servicios	E	100,0%
E4	Posee un sistema de vigilancia de indicadores de calidad asistencial.	E	0,0%
E5	Elabora una programación anual de las actividades para el mejoramiento de la calidad por departamentos y global.	E	0,0%
E6	Cuenta con comités de y garantía de calidad, infecciones, medicamentos y otros.	E	90,0%
E7	Posee un servicio de epidemiología hospitalaria.	E	80,0%
P1	Lleva un control de los indicadores hospitalarios.	P	80,0%
P2	Se verifica regularmente el cumplimiento de los protocolos de diagnóstico y tratamiento.	P	80,0%
P3	Se verifica regularmente el cumplimiento de las normas y procedimientos de enfermería.	P	80,0%
P4	Efectúa un seguimiento de la política de uso de antibióticos por departamentos.	P	0,0%
P5	Recopila y analiza información sobre costos de los procesos asistenciales.	P	0,0%
P6	Se efectúan encuestas de satisfacción de los usuarios.	P	0,0%
P7	Se investiga sistemáticamente la morbilidad y las secuelas del proceso, si las hay:	P	0,0%
P8	Se registran las tasas de mortalidad por servicio.	P	100,0%
P9	Se efectúan sesiones de análisis de mortalidad en forma periódica.	P	20,0%
P10	Se analiza la calidad de vida postingreso con alguna escala validada.	P	0,0%
P11	Se da seguimiento al número de autopsias realizadas y en relación a los ingresos	P	0,0%
P12	Existe un programa de humanización destinado a garantizar que las necesidades de los enfermos y sus familiares se satisfagan correctamente	P	0,0%
R1	95% los expedientes demuestran el cumplimiento con los protocolos de diagnóstico y tratamiento.	R	45,0%
R2	95% de los expedientes demuestra el cumplimiento de las normas y procedimientos de enfermería.	R	70,0%
R3	100% de los departamentos cumplen con la política de uso de antibióticos.	R	0,0%
R4	100% de los procesos asistenciales mantienen los costos establecidos por el nivel normativo.	R	0,0%
R5	El 95% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con los resultados de la hospitalización.	R	80,0%
R6	El 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.	R	80,0%
R7	La mortalidad por servicios no excede el 4%..	R	100,0%
R8	Más del 75% de las muertes ocurridas fueron inevitables, de acuerdo a los parámetros establecidos por la normativa vigente.	R	100,0%
R9	Más del 95% de los egresados disfrutan de una calidad de vida aceptable para su condición, de acuerdo a la escala establecida por el nivel normativo.	R	80,0%
R10	Se le realiza autopsia médica a más del 50% de los pacientes fallecidos luego de permanecer hospitalizados por más de 24 horas.	R	0,0%

Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa.

**GRÁFICO # 100**  
**ESTÁNDARES DE ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO, MEJORAMIENTO**  
**CONTINUA DE LA CALIDAD**



Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa

**TABLA # 31**

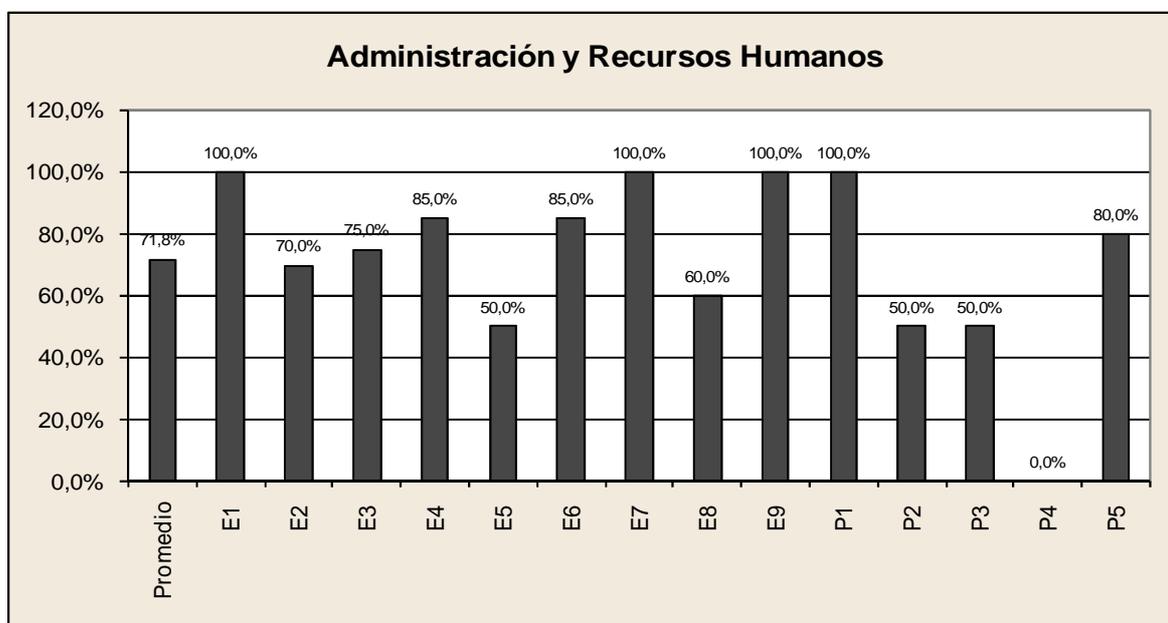
**ESTÁNDARES DE ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO, ADMINISTRACIÓN Y**  
**RECURSOS HUMANOS.**

Prome	11. Administración y Recursos Humanos		71,8%
E1	La administración está a cargo de un administrador u otro profesional especializado.	E	100,0%
E2	Cuenta con los recursos humanos necesarios y suficientes para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	70,0%
E3	Cuenta con un manual de normas y procedimientos administrativos.	E	75,0%
E4	Cuenta con un listado actualizado de los precios de todos los insumos que se consumen en el hospital.	E	85,0%
E5	El área de Recursos Humanos es dirigida por un profesional universitario.	E	50,0%
E6	Existe una estructura administrativa y financiera con todos los servicios necesarios para una adecuada gestión.	E	85,0%
E7	Los principales procesos administrativos y financieros, se encuentran automatizados.	E	100,0%
E8	Existe un sistema de control de gestión.	E	60,0%
E9	Cumple la normativa establecida por la Ley de Contraloría en la ejecución de los procesos	E	100,0%
P1	El ingreso de personal se realiza por concurso y evaluación de credenciales.	P	100,0%
P2	Participan los jefes de servicios en la elaboración del presupuesto.	P	50,0%
P3	Desarrolla un proceso de evaluación del desempeño basado en los resultados del trabajo.	P	50,0%
P4	El personal tiene acceso a incentivos en base al desempeño meritório	P	0,0%
P5	La desvinculación y/o establecimiento de sanciones está vinculada al desempeño.	P	80,0%

Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa

GRÁFICO # 101

### ESTÁNDARES DE ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO, ADMINISTRACIÓN Y RECURSOS HUMANOS



Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa

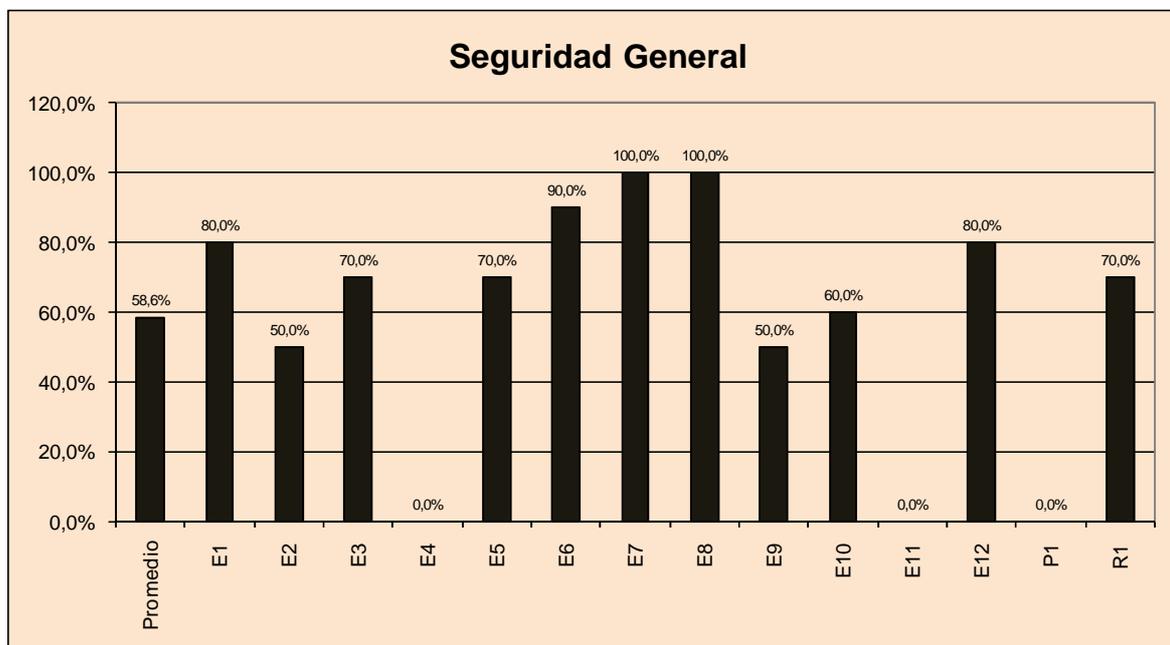
TABLA # 32

### ESTÁNDARES DE ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO, SEGURIDAD GENERAL, VIGILANCIA E INFORMACIÓN.

Prome	13. Seguridad general, Vigilancia e Información.		58,6%
E1	Dispone de personal adiestrado exclusivamente para esta área.	E	80,0%
E2	Cuenta con personal exclusivo para el Control de los Accesos y Orientación al público las 24 horas.	E	50,0%
E3	Se dispone de los equipos e insumos para garantizar la seguridad general.	E	70,0%
E4	Existe un Comité de Protección Civil.	E	0,0%
E5	Posee salidas de emergencia accesibles y claramente señalizadas.	E	70,0%
E6	Posee un sistema de prevención, alarma y extinción de incendios.	E	90,0%
E7	Posee un plan de contingencia para eventos exógenos (naturaleza) y endógenos que susciten situaciones de desastres.	E	100,0%
E8	Posee personal de seguridad las 24 horas.	E	100,0%
E9	Posee un sistema de alarma general y está integrado a los programas de las autoridades competentes del área (Protección Civil, Bomberos y otros).	E	50,0%
E10	Posee sistema de señalización para agilizar el flujo de pacientes en el proceso de atención por parte de la institución.	E	60,0%
E11	Posee dispositivos de Alarma Eléctrica de Flujo de Agua Conectadas a los Rociadores.	E	0,0%
E12	Existe un plan de evacuación de emergencia.	E	80,0%
P1	Se realizan en forma periódica, simulacros para enfrentar contingencias.	P	0,0%
R1	La evaluación del programa demuestra un cumplimiento del 70% de las normas y procedimientos establecidos.	R	70,0%

Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa

**GRÁFICO # 102**  
**ESTÁNDARES DE ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO, SEGURIDAD GENERAL,**  
**VIGILANCIA E INFORMACIÓN.**



Fuente: Estándares mínimos obligatorios para garantizar la atención médica Elaboración Bueno Rosa

6.4 ANEXO

TABLA # 33

MATRIZ DE ANÁLISIS ESTRUCTURAL, HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ, SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. PLANEACIÓN ESTRATÉGICA 2008.

MATRIZ DE ANÁLISIS ESTRUCTURAL HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ, SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.																																						
PLANEACIÓN ESTRATÉGICA 2008																																						
FACTOR	OPORTUNIDADES																																TOTAL MOTRICIDAD					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32						
1	X	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16			
2	0	X	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	7			
3	0	0	X	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11			
4	1	1	1	X	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	27			
5	0	0	1	1	X	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	25			
6	0	1	1	1	1	X	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10			
7	0	0	0	1	1	1	X	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11			
8	1	0	0	1	1	0	0	X	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15			
AMENAZAS																																						
9	1	1	1	1	1	0	0	1	X	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17			
10	1	1	1	1	1	1	0	1	1	X	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23			
11	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	X	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10		
12	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	X	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13		
13	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	X	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20		
14	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	X	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6		
15	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	X	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14		
16	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	X	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14		
FORTALEZAS																																						
17	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	X	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8		
18	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	X	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	12		
19	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	X	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20		
20	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	X	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12		
21	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	X	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15		
22	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	X	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9		
23	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	X	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9		
24	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	X	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9		
DEBILIDADES																																						
25	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	14			
26	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	X	0	0	0	0	0	0	17			
27	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	X	1	1	1	1	1	20		
28	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13		
29	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18		
30	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	X	0	0	0	6		
31	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	X	0	8		
32	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	X	18
TOTAL DEPENDENCIA																																						
	10	10	11	31	30	15	4	12	18	17	10	14	22	4	17	18	11	13	26	14	18	10	15	13	12	17	8	12	5	6	15	9	447					

Fuente: servicio de Medicina Interna

Elaboración: Bueno Rosa

## 6.5 ANEXO

## CUADRO # 18

## FORMULARIO DE INVENTARIO TÉCNICO DE EQUIPOS HOSPITALARIOS (1)

A. UBICACIÓN	
EDIFICIO _____	<input type="text"/>
PISO _____	<input type="text"/>
SERVICIO _____	<input type="text"/>
UNIDAD _____	<input type="text"/>
AMBIENTE _____	<input type="text"/>
UTILIZADO EN:	
DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/>	REHABILITACIÓN <input type="checkbox"/>
TRATAMIENTO <input type="checkbox"/>	SERVICIO BÁSICO <input type="checkbox"/>
VIGILANCIA <input type="checkbox"/>	MUEBLE CLÍNICO <input type="checkbox"/>
EQUIPO DE APOYO <input type="checkbox"/>	
OBSERVACIONES _____	
_____	
_____	
B.- CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS	
NOMBRE DEL EQUIPO _____	CÓDIGO <input type="text"/>
MARCA _____	ACTIVO FIJO <input type="text"/>
SERIE _____	MODELO _____
DIMENSIONES LARGO _____ cm	TIPO FIJO <input type="checkbox"/>
CAPACIDAD DE PRODUCCIÓN _____	MÓVIL <input type="checkbox"/>
FECHA DE FABRICACIÓN <input type="text"/>	Alto _____ cm
ORIGEN _____	ORIGEN _____
FECHA DE INSTALCIÓN <input type="text"/>	ORIGEN _____
AA MM DD	AA MM DD
NÚMERO CATÁLOGO _____	COSTO _____
EQUIPO COMPLEMENTARIO _____	CÓDIGO <input type="text"/>
OBSERVACIONES: _____	
_____	
C.- INFORMACIÓN COMERCIAL	
FABRICANTE	REPRESENTANTE
NOMBRE _____	_____
DIRECCIÓN _____	_____
TELÉFONO _____	_____
FAX _____	_____
E-MAIL _____	_____
CIUDAD _____	_____
PAÍS _____	_____

Fuente y Elaboración Malangón, G. et al. Administración Hospitalaria. 2ª ed. Editorial Panamericana. Octubre 200.

Colombia.

## CUADRO # 19

## FORMULARIO DE INVENTARIO TÉCNICO DE EQUIPOS HOSPITALARIOS (2)

D.- REQUERIMIENTOS ENERGÉTICOS PARA EL FUNCIONAMIENTO					
<b>D1. EÉCTRICOS</b>			<b>D2. MECÁNICOS.</b>		
VOLTAJE _____ Voltios AC	DC	VAPOR _____ lbs/hr	PRESIÓN _____ Pst		
INTENSIDAD _____ AMPERIOS		AGUA FRÍA _____ Gls/hr	PRESIÓN _____ Psi		
FASES _____		AGUA CALIENTE _____ Gls/hr	PRESIÓN _____ Psi		
POTENCIA _____ Kwtt		AIRE _____ CFM	PRESIÓN _____ Psi		
FRECUENCIA _____ MHerz		OXÍGENO _____ CFM	PRESIÓN _____ Psi		
VELOCIDAD _____ RPM		ÓXIDO NITROSO _____ CFM	PRESIÓN _____ Psi		
TEMPERATURA _____ ºF		VACIO _____ CFM	PRESIÓN _____ Psi		
CONSUMO _____ KW/hr		GAS NATURAL _____ BTU/hr	PRESIÓN _____ Psi		
OBSERVACIONES _____		GAS PROPANO _____ BUT/hr	PRESIÓN _____ Psi		
_____		ACPM/FUEL OIL _____ Gls/hr	PRESIÓN _____ Psi		
_____		OTRO _____	PRESIÓN _____ Psi		
<b>E.- CARACTERÍSTICAS OPERACIONALES</b>					
<b>E1 FUNCIONALES</b>			<b>E2 FÍSICAS</b>		
BUENO <input type="checkbox"/>	REGULAR <input type="checkbox"/>	DEFICIENTE <input type="checkbox"/>	ÓPTIMO <input type="checkbox"/>	BUENO <input type="checkbox"/>	REGULAR <input type="checkbox"/>
INOPERANTE <input type="checkbox"/>	FUERA DE SERVICIO <input type="checkbox"/>		MALO <input type="checkbox"/>	OBSOLETO <input type="checkbox"/>	
OBSERVACIONES _____					
<b>F.- CONDICIONES DE MANTENIMIENTO</b>					
PREVENTIVO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	RECUPARACIÓN	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
LUBRICACIÓN	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	CALIBRACIÓN	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
GARATÍA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	TIEMPO _____	Años	
RESPONSABLE _____					
INSTITUCIÓN <input type="checkbox"/> SERVICIO <input type="checkbox"/> MIXTO <input type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/> PROVEEDOR <input type="checkbox"/>					
<b>DEFICIENCIAS DE FUNCIONAMIENTO</b>					
FABRICACIÓN <input type="checkbox"/>	INSTALACIÓN DEFECTUOSA <input type="checkbox"/>	POSEE	SI	NO	
FALTA MANTENIMIENTO <input type="checkbox"/>	MALA OPERACIÓN <input type="checkbox"/>	MANUAL DE OPERACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PENDIENTE REPARACIÓN	SOBREUTILIZADO <input type="checkbox"/>	MANUAL DE MANTENIMIENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OBSOLETO <input type="checkbox"/>	SUBUTILIZADO <input type="checkbox"/>	MANUAL DE PARTES Y REPUESTOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
IRRECUPERABLE <input type="checkbox"/>	SIN INSTALAR <input type="checkbox"/>	PLANOS Y DIAGRAMAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OBSERVACIONES _____					
<b>SOLUCIÓN PROPUESTA</b>					
MANTENIMIENTO <input type="checkbox"/>	PREVENTIVO <input type="checkbox"/>	RECUPERATIVO <input type="checkbox"/>	CALIBRACIÓN <input type="checkbox"/>	LUBRICACIÓN <input type="checkbox"/>	
INSTALAR <input type="checkbox"/>	DAR DE BAJA <input type="checkbox"/>	SUSTITUIR <input type="checkbox"/>	REASIGNAR <input type="checkbox"/>		

Fuente y Elaboración Malagón, G. et al. Administración Hospitalaria. 2ª ed. Editorial Panamericana. Octubre 200.

Colombia.

**CUADRO # 20**  
**FORMULARIO: ORDEN DE TRABAJO**

ORDEN DE TRABAJO						
Equipo _____			Orden de trabajo N° _____			
			N° Inventario <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Marca _____		Unidad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Modelo _____		
Servicio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Piso <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Cuarto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Solicitado por _____			Cargo _____			
Mediante: Teléfono <input type="checkbox"/>		Oficio <input type="checkbox"/>		Personal <input type="checkbox"/>		Fecha <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				A A		M M
						D D
Trabajo requerido _____						
Prioridad: Rutina <input type="checkbox"/>						
Urgente <input type="checkbox"/>						
Emergencia. <input type="checkbox"/>						
Recibido por _____						
Cargo _____		Fecha <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		A A		M M		DD
						Hora
Aprobado por _____						
Cargo _____		Fecha: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
		A A				
		M M				
		D D				
Asignada a. Técnico <input type="checkbox"/>						
Nombre o Razón Social _____						
Firma Particular <input type="checkbox"/>						
Proveedor de Equipos <input type="checkbox"/>						
Representante _____						
Dirección _____						
Cargo Firma _____						
Teléfono(s) _____						
Contrato N° _____						
Asignación N° _____						
Fecha Producida <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Fecha cumplida <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Hrs. Estimada <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
A A		M M		D D		
				A A		
				M M		
				D D		
Hrs. Cumplidas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
COASTOS DE MATERIALES Y MANOS DE OBRA						
Referencia	Descripción de materiales	Costos				
		Unidad	Unitario	Total	Hrs/hombre	Total
	TOTAL ACTIVIDAD					

Fuente y Elaboración Malangón, G. et al. Administración Hospitalaria. 2ª ed. Editorial Panamericana. Octubre 200.

Colombia.

**CUADRO # 21**  
**EJEMPLO: CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS**

<b>NOMBRE DEL EQUIPO O BIEN:</b>		<b>ELECTROCARDIÓGRAFO.</b>	
001		Código:-0 0096	
Modelo: Canal Simple			
Tipo: Portátil.			
Voltaje: 110 simple		Potencia: 200 vatios	Fases: 1
Ciclos: 60 HZ			
<b>Nombre alternativo:</b>			
Unidad de EKG.			
Máquina EKG			
<b>Ubicación:</b>			
Servicio de...			
<b>Definición:</b>			
Son de canal simple y multicanal, sirven para registrar en.....			
<b>Accesorios del equipo</b>			
Electrodos			
Cargador de batería...			
<b>Requerimientos de instalación</b>			
Corriente eléctrica alterna....			
<b>Seguridad Eléctrica</b>			
Las instalaciones eléctricas deben cumplir con los criterios.....			
<b>Pruebas de funcionamiento</b>			
Inspeccione en forma detallada el comportamiento.....			
<b>Preparación para el Transporte y Almacenamiento</b>			
Desconecte el equipo de la fuente.....			

Fuente y Elaboración Malangón, G. et al. Administración Hospitalaria. 2ª ed. Editorial Panamericana. Octubre 200.

Colombia.

**CUADRO # 22**  
**EJEMPO DE RUTINAS DE TRABAJO**

Código	Procedimientos	OE	TEM		
			a	b	c
<b>00092 000 15</b>	Verifique la operación de la copia del contador		SM		
<b>00092 000 16</b>	Verifique el funcionamiento del corazón y pulso		SM		
<b>00092 000 17</b>	Verifique el funcionamiento de la unidad múltiple		SM		
<b>00092000 18</b>	Chequee la fuga de corriente eléctrica y la eficiencia del polo a tierra		SM		
	Tiempo promedio estimado en horas/hombre al año para el mantenimiento		6	1	1
<b>D = Diario</b> <b>S = Semanal</b> <b>Indeterminado</b> <b>T = Trimestral</b> <b>de equipo</b> <b>SM = Semestral</b> <b>Equipo Médico</b> <b>AO = Antes de Operarlo</b> <b>Operación</b> <b>DO = Después de Operarlo.</b> <b>a = Equipo en uso rutinario o para emergencias</b> <b>b = Equipo en estado no operativo o almacenado por más de 30 días</b> <b>c = Equipo en reserva pero almacenado por más de 30 días y que no es de emergencia.</b>		<b>A = Anual</b> <b>N =</b>  <b>OE = Operador</b>  <b>TEM = Técnico</b>  <b>DLO = Durante la</b>			

Fuente y Elaboración Malangón, G. et al. Administración Hospitalaria. 2ª ed. Editorial Panamericana. Octubre 200. Colombia.

## 6.6 ANEXO

## CUADRO # 23

## MODELO DE ENCUESTA PARA MEDIR GRADO DE SATISFACCIÓN

MODELO DE ENCUESTA PARA MEDIR EL GRADO DE SATISFACCIÓN					
Objetivo: determinar los aspectos críticos en la atención del usuario, para la oportuna toma de acciones de mejora.					
<b>ENCUESTA DE SATISFACCION</b>					
Califique de 1 a 5 , siendo 1 la calificación minima y 5 la calificación maxima, con el fin de darnos a conocer sus opiniones o sugerencias frente a la prestación del servicio que se ofrece medicina interna					
	<b>CALIFICACION</b>				
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
	Si			No	
<b>SUGERENCIAS</b>					
Que le gusto					
Que no le gusto					
Su opinión es de mucha ayuda, por que permitirá mejorar la atención del servicio. GRACIAS.					

Se considerará los siguientes parámetros para tabular y analizar los resultados obtenidos de las encuestas:

- 1 como malo
- 2 como regular
- 3 como bueno
- 4 como muy bueno
- 5 como óptimo.

Encuesta que se aplicaría en la pre alta del paciente

Elaboración: Bueno Rosa

## 6.7 ANEXO

TABLA # 34

## PRESUPUESTO PARA ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN (1)

Plan de calidad - Encuestas				
Recursos Humanos y Materiales	Cantidad	Costo Unitario \$	Costo Total \$	Presupuesto Programado
Paquetes Papel A 4	2	3,8	7,70	100
Esferos	5	0,5	2,50	
Copias	400	0,05	20,00	
Horas Alquiler infocus	3	por hora 10	30,00	
Cartucho tinta impresorta	1	25	25,00	
Caja de buzón	1	15	15,00	
Plan de implementación por procesos, protocolos médicos , de enfermería, plan de evaluación de historias clínicas				
Recursos Humanos y Materiales	Cantidad	Costo Unitario \$	Costo Total \$	Presupuesto Programado
Asesor 120 horas	1	25 hora	3000	4702
Folders	30	0,9	27	
Horas alquiler infocus	20	10 hora	200	
Cajas papel continuo 2 cuerpos	2	43	86	
Coffe break x 14	45	1	630	
Computadora	1	650	650	
Esferos	20	0,45	9,00	
Marcador tiza líquida	10	0,75	6,00	
Papelógrafos	100	0,05	5,00	
Marcadores	20	0,85	15,00	
Horas Internet	9	1	9,00	
Anillados	5	3	15,00	
Cartuchos de tinta	2	25	50	
Amillados	4	3	12,00	
Horas alquiler infocus	10	10 hora	100	
Esferos	20	0,85	17	
Paquetes papel	2	4	8	200,5
Marcador	5	0,9	4,5	
Cartucho tinta impresorta	2	25	50	
Folder	10	0,9	9	
Cartucho tinta	1	25	25,00	32,5
Papel A 4 paquete	1	4	4	
Cuadreno	1	1,25	1,25	
Esferos	2	0,9	1,8	
Cartucho tinta	1	25	25,00	32,5
Paquete papel A 4	1	4	4	
Cuaderno	1	1,25	1,25	

Elaboración: Bueno Rosa

**TABLA # 34**  
**Continuación. PRESUPUESTO PARA ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN**  
**(2)**

Plan de capacitación. Plan de optimización del uso cama				
Recursos Humanos y Materiales	Cantidad	Costo Unitario \$	Costo Total \$	Presupuesto Programado
Capacitador	1	25	1000	
Cartuchos tinta	2	25	50	
Horas alquiler infocus	20	10 hora	200	
Cajas papel continuo 2 cuerpos	2	43	86	
Coffe break x 14	45	1	630	
Computadora	1	650	650	
Esferos	45	0,45	20,50	3761
Marcador tiza líquida	10	0,75	7,50	
Papelógrafos	100	0,05	5,00	
Personal gestión matriz Viaticos	2	100	200,00	
Capaitación de sistema informático	2	100	800,00	
Marcadores	20	0,85	17,00	
Copias	100	0,05	5,00	
Plan de optimización de recursos.				
Recursos Humanos y Materiales	Cantidad	Costo Unitario \$	Costo Total \$	Presupuesto Programado
HorasInternet	20	1	20	
Papel continuo 2 cuerpos caja	1	45	45	
Folders	5	0,9	4,5	
CD	4	2	8	
Horas alquiler infocus	2	10	20	100
2Cuadernos	2	1,25	2,5	
Grapadora	1	9	9	
Perdoradora	1	6	6	
Grapas cajas	2	5	5	
<b>COSTO FINAL</b>				<b>9129</b>

Elaboración: Bueno Rosa.