

# **ESCUELA POLITÉCNICA NACIONAL**

**FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS**

**MODELO DE GERENCIA DEL HOSPITAL CANTONAL DE  
SANGOLQUÍ DEL CANTÓN RUMIÑAHUI**

**TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE MASTER (MBA) EN  
GERENCIA EMPRESARIAL**

**ELENA MARIBEL LÓPEZ OLMOS**

[elenitalo4@hotmail.com](mailto:elenitalo4@hotmail.com)

**DIRECTOR: Dr. Milton Vega**

[mvegah2002@yahoo.es](mailto:mvegah2002@yahoo.es)

**2009**

## **DECLARACIÓN**

Yo, Elena Maribel López Olmos, 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 con base a las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento al pie de las páginas correspondientes.

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.

---

Elena Maribel López Olmos

## **CERTIFICACIÓN**

Certifico que el presente trabajo fue desarrollado por la Lic. Elena Maribel López Olmos, bajo mi supervisión.

.....

Dr. Milton Vega Herrera.  
DIRECTOR DEL PROYECTO.

## DEDICATORIA

**D**edico mi tesis a Dios por permitirme cumplir este sueño; a mis Padres quienes han sido con su amor los gestores de mi vida; y Ángel Stalin con quién descubrí el verdadero amor.

*Elena López*

## AGRADECIMIENTO

**D**e todo corazón agradezco; a mis padres, por existir y su incondicional amor, que siempre me han acompañado; a Ángel Stalin quien me ha sabido entender, apoyar y me ha enseñado a amar con pasión; a mi hermano Miguel Ángel por su sereno apoyo; a mis amigas que siempre están a mi lado en las buenas y las malas; a toda mi extensa familia, abuelita, tíos, primos y primas, familia que estuvo a mi lado, con su cariño y sostén en los momentos más duros de mi vida.

*Elena López*

## CONTENIDO

<b>DECLARACIÓN .....</b>	<b>II</b>
<b>CERTIFICACIÓN.....</b>	<b>III</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>XVI</b>
<b>PRESENTACIÓN.....</b>	<b>XVIII</b>
<b>CAPITULO I.....</b>	<b>1</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>1</b>
<b>1.2. FORMULACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA .....</b>	<b>2</b>
<b>1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.....</b>	<b>3</b>
<b>1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....</b>	<b>3</b>
<b>1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</b>	<b>3</b>
<b>1.4 JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO.....</b>	<b>4</b>
<b>1.4.1 JUSTIFICACIÓN TEÓRICA .....</b>	<b>4</b>
<b>1.4.2. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA .....</b>	<b>5</b>
<b>1.4.3. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA.....</b>	<b>5</b>
<b>1.5. HIPÓTESIS DEL TRABAJO.....</b>	<b>5</b>
<b>1.5.1. HIPOTESIS GENERAL.....</b>	<b>5</b>
<b>1.5.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICOS .....</b>	<b>5</b>
<b>1.6. ASPECTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>6</b>
<b>CAPITULO II.....</b>	<b>7</b>
<b>2. MARCO DE REFERENCIA .....</b>	<b>7</b>

<b>2.1. MARCO TEORICO .....</b>	<b>7</b>
2.1.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE SALUD.....	7
2.1.2 SISTEMAS DE SALUD.....	9
2.1.3 SISTEMAS DE ATENCIÓN EN SALUD .....	13
2.1.4 ATENCIÓN DE SALUD.....	14
2.1.5 MODALIDADES DE ATENCIÓN.....	16
2.1.6 NIVELES DE COMPLEJIDAD .....	17
2.1.7 SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS .....	17
2.1.8. PROCESOS .....	19
2.1.9 CALIDAD .....	21
2.1.10 ADMINISTRACIÓN.....	28
2.1.10.1 Planificación.....	34
2.1.10.2. Organización .....	38
2.1.10.3. Gestión.....	45
2.1.10.4 Monitoreo y Evaluación .....	50
2.1.10.5 Balanced Scorecard.....	55
<b>2.2. MARCO CONCEPTUAL .....</b>	<b>59</b>
<b>CAPITULO III .....</b>	<b>61</b>
<b>3. DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN.....</b>	<b>61</b>
<b>3.1 DIAGNOSTICO HOSPITALARIO NACIONAL .....</b>	<b>61</b>
<b>3.2. CONTEXTO DEL HOSPITAL CANTONAL DE SANGOLQUI.....</b>	<b>83</b>
3.2.1. ANTECEDENTES .....	83
3.2.2 ORGANIZACIÓN.....	85
3.2.2.1 Organización Atención Médica en los Servicios del Hospital Cantonal de Sangolquí .....	86
3.2.2.2 Áreas Técnicas y de Apoyo .....	106
3.2.2.3 La Estructura.....	132
3.2.3 PLANIFICACIÓN .....	134
3.2.3.1 Direccionamiento estratégico 2005- 2010 del Hospital Cantonal de Sangolquí .....	135
3.2.4 Gestión.....	137
3.2.4.1 Recursos Humanos .....	139
3.2.4.2 Infraestructura y Equipamiento .....	141
3.2.4.3 Recursos Financieros.....	142
3.2.4.3 Servicios de Apoyo.....	143
<b>CAPITULO IV .....</b>	<b>148</b>

<b>4. MODELO DE GERENCIA PARA EL HOSPITAL CANTONAL DE SANGOLQUI .....</b>	<b>148</b>
<b>4.1 GERENCIA MODERNA .....</b>	<b>148</b>
<b>4.2 ORGANIZACIÓN.....</b>	<b>149</b>
4.2.1 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL HOSPITAL CANTONAL DE SANGOLQUÍ.....	149
4.2.3 PROCESOS HOSPITAL CANTONAL DE SANGOLQUÍ .....	150
4.2.4 RACIONALIZACION DE RECURSOS FÍSICOS Y RECURSOS HUMANOS.....	156
4.2.5 RECURSOS TECNOLÓGICOS.....	157
<b>4.3 PLANIFICACIÓN.....</b>	<b>158</b>
4.3.1 PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA BASADA EN EL BALANCED SCORECARD (BSC).....	158
4.3.1.2 Análisis Ambiental Interno.....	164
4.3.2 BALANCE SCORECARD .....	176
<b>4.4 CONTROL DE GESTIÓN .....</b>	<b>180</b>
4.4.1 ORGANIZACIÓN ATENCION MEDICA EN LOS SERVICIOS HOSPITAL CANTONAL SANGOLQUI: REQUERIMIENTOS DE MEJORA .....	185
4.4.2 AREAS TECNICAS Y DE APOYO: REQUERIMIENTOS DE MEJORA .....	190
4.4.3 INDICADORES DE GESTION.....	195
4.4.4 GESTIÓN DE LA CALIDAD .....	200
<b>4.5 MONITOREO Y EVALUACION.....</b>	<b>201</b>
<b>4.6 ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACION.....</b>	<b>202</b>
<b>4.7 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>207</b>
4.7.1 CONCLUSIONES .....	207
4.7.2 RECOMENDACIONES .....	208
<b>4.8. BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>209</b>
<b>4.9 ANEXOS.....</b>	<b>211</b>

**INDICE DE GRAFICOS**

<b>GRAFICO No. 1.....</b>	<b>50</b>
<b>GRAFICO No. 2.....</b>	<b>55</b>
<b>GRAFICO No. 3.....</b>	<b>73</b>
<b>GRAFICO No. 4.....</b>	<b>74</b>
<b>GRAFICO No. 5.....</b>	<b>78</b>
<b>GRAFICO No. 6.....</b>	<b>79</b>
<b>GRAFICO No. 7.....</b>	<b>80</b>
<b>GRAFICO No. 8.....</b>	<b>81</b>
<b>GRAFICO No. 9.....</b>	<b>82</b>
<b>GRAFICO No. 10.....</b>	<b>83</b>
<b>GRAFICO No. 11.....</b>	<b>84</b>
<b>GRAFICO No. 12.....</b>	<b>86</b>
<b>GRAFICO No. 13.....</b>	<b>87</b>
<b>GRAFICO No. 14.....</b>	<b>89</b>
<b>GRAFICO No. 15.....</b>	<b>91</b>
<b>GRAFICO No. 16.....</b>	<b>93</b>
<b>GRAFICO No. 17.....</b>	<b>95</b>
<b>GRAFICO No. 18.....</b>	<b>97</b>
<b>GRAFICO No. 19.....</b>	<b>99</b>
<b>GRAFICO No. 20.....</b>	<b>100</b>
<b>GRAFICO No. 21.....</b>	<b>103</b>
<b>GRAFICO No. 22.....</b>	<b>104</b>
<b>GRAFICO No. 23.....</b>	<b>106</b>
<b>GRAFICO No. 24.....</b>	<b>107</b>
<b>GRAFICO No. 25.....</b>	<b>109</b>

<b>GRAFICO No. 26.....</b>	<b>111</b>
<b>GRAFICO No. 27.....</b>	<b>112</b>
<b>GRAFICO No. 28.....</b>	<b>114</b>
<b>GRAFICO No. 29.....</b>	<b>116</b>
<b>GRAFICO No. 30.....</b>	<b>117</b>
<b>GRAFICO No. 31.....</b>	<b>119</b>
<b>GRAFICO No. 32.....</b>	<b>121</b>
<b>GRAFICO No. 33.....</b>	<b>122</b>
<b>GRAFICO No. 34.....</b>	<b>123</b>
<b>GRAFICO No. 35.....</b>	<b>125</b>
<b>GRAFICO No. 36.....</b>	<b>126</b>
<b>GRAFICO No. 37.....</b>	<b>127</b>
<b>GRAFICO No. 38.....</b>	<b>128</b>
<b>GRAFICO No. 39.....</b>	<b>130</b>
<b>GRAFICO No. 40.....</b>	<b>131</b>
<b>GRAFICO No. 41.....</b>	<b>132</b>
<b>GRAFICO No. 42.....</b>	<b>134</b>
<b>GRAFICO No. 43.....</b>	<b>135</b>
<b>GRAFICO No. 44.....</b>	<b>137</b>
<b>GRAFICO No. 45.....</b>	<b>139</b>
<b>GRAFICO No. 46.....</b>	<b>140</b>
<b>GRAFICO No. 47.....</b>	<b>141</b>
<b>GRAFICO No. 48.....</b>	<b>143</b>
<b>GRAFICO No. 49.....</b>	<b>144</b>
<b>GRAFICO No. 50.....</b>	<b>146</b>
<b>GRAFICO No. 51.....</b>	<b>147</b>
<b>GRAFICO No.52.....</b>	<b>149</b>

<b>GRAFICO No. 53.....</b>	<b>156</b>
<b>GRAFICO No. 54.....</b>	<b>159</b>
<b>GRAFICO No. 55.....</b>	<b>159</b>
<b>GRAFICO No. 56.....</b>	<b>160</b>
<b>GRAFICO No. 57.....</b>	<b>161</b>
<b>GRAFICO No. 58.....</b>	<b>161</b>
<b>GRAFICO No. 59.....</b>	<b>162</b>
<b>GRAFICO No. 60.....</b>	<b>170</b>
<b>GRAFICO No. 61.....</b>	<b>171</b>
<b>GRAFICO No. 62.....</b>	<b>172</b>
<b>GRAFICO No. 63.....</b>	<b>177</b>
<b>GRAFICO No. 64.....</b>	<b>178</b>
<b>GRAFICO No. 65.....</b>	<b>189</b>
<b>GRAFICO No. 66.....</b>	<b>201</b>
<b>GRAFICO No. 67.....</b>	<b>206</b>
<b>GRAFICO No. 68.....</b>	<b>215</b>

**INDICE DE TABLAS**

<b>TABLA No. 1.....</b>	<b>80</b>
<b>TABLA No. 2.....</b>	<b>83</b>
<b>TABLA No. 3.....</b>	<b>85</b>
<b>TABLA No. 4.....</b>	<b>86</b>
<b>TABLA No. 5.....</b>	<b>88</b>
<b>TABLA No. 6.....</b>	<b>90</b>
<b>TABLA No. 7.....</b>	<b>92</b>
<b>TABLA No.8.....</b>	<b>94</b>
<b>TABLA No. 9.....</b>	<b>96</b>
<b>TABLA No. 10.....</b>	<b>98</b>
<b>TABLA No. 11.....</b>	<b>99</b>
<b>TABLA No. 12.....</b>	<b>103</b>
<b>TABLA No. 13.....</b>	<b>105</b>
<b>TABLA No. 14.....</b>	<b>106</b>
<b>TABLA No. 15.....</b>	<b>108</b>
<b>TABLA No. 16.....</b>	<b>109</b>
<b>TABLA No. 17.....</b>	<b>111</b>
<b>TABLA No. 18.....</b>	<b>113</b>
<b>TABLA No. 19.....</b>	<b>114</b>
<b>TABLA No. 20.....</b>	<b>116</b>
<b>TABLA No. 21.....</b>	<b>118</b>
<b>TABLA No. 22.....</b>	<b>120</b>
<b>TABLA No. 23.....</b>	<b>121</b>
<b>TABLA No. 24.....</b>	<b>122</b>
<b>TABLA No. 25.....</b>	<b>124</b>
<b>TABLA No. 26.....</b>	<b>125</b>

TABLA No. 27.....	126
TABLA No. 28.....	127
TABLA No. 29.....	129
TABLA No. 30.....	130
TABLA No. 31.....	131
TABLA No. 32.....	133
TABLA No. 33.....	134
TABLA No. 34.....	136
TABLA No. 35.....	138
TABLA No. 36.....	139
TABLA No. 37.....	140
TABLA No. 38.....	142
TABLA No. 39.....	143
TABLA No. 40.....	145
TABLA No. 41.....	146
TABLA No. 42.....	147
TABLA No. 43.....	153
TABLA No. 44.....	154
TABLA No. 45.....	156
TABLA No. 46.....	157
TABLA No. 47.....	158
TABLA No. 48.....	173
TABLA No. 49.....	174
TABLA No. 50.....	180
TABLA No. 51.....	181
TABLA No. 52.....	182
TABLA No. 53.....	183

<b>TABLA No. 54.....</b>	<b>184</b>
<b>TABLA No. 55.....</b>	<b>185</b>
<b>TABLA No. 56.....</b>	<b>186</b>
<b>TABLA No. 57.....</b>	<b>194</b>
<b>TABLA No. 58.....</b>	<b>218</b>

**INDICE DE ANEXOS**

<b>ANEXO No. 1.....</b>	<b>227</b>
<b>ANEXO No. 2.....</b>	<b>245</b>
<b>ANEXO No. 3.....</b>	<b>250</b>
<b>ANEXO No. 4.....</b>	<b>252</b>
<b>ANEXO No. 5.....</b>	<b>257</b>
<b>ANEXO No. 6.....</b>	<b>268</b>
<b>ANEXO No. 7.....</b>	<b>271</b>
<b>ANEXO No.8.....</b>	<b>274</b>

## RESUMEN

El presente trabajo se lo realiza como un requisito previo a la obtención del grado de Máster (MBA) en gerencia empresarial en servicios de salud, proyecto que lleva como título: **Modelo de Gerencia del Hospital Cantonal de Sangolquí** del Cantón Rumiñahui, como un aporte técnico para la institución y como un proceso metodológico para ser aplicado en otros servicios de las mismas características y complejidad.

El objetivo de esta investigación se centra en desarrollar un modelo de gerencia que incorpore técnicamente los componentes de la planificación, organización, gestión y un sistema de información gerencial que facilite la toma de decisiones acertadas y oportunas y como herramienta de gestión estratégica el Balanced Scorecard (BSC) y la estrategia de implementación.

Con el propósito de sustentar teóricamente la construcción del modelo, se realiza definiciones teóricas de las herramientas del proceso administrativo como es: gestión, planificación, organización, monitoreo y evaluación a más de procesos, calidad, sistemas de información y el BSC.

En el proceso de investigación se realiza el diagnóstico en dos niveles: contexto nacional, el que abarca la situación de salud actual. Y el nivel hospital, en donde resalta la problemática identificada. Además se incorpora la planificación estratégica.

El modelo de gerencia abarca el proceso administrativo que utiliza como herramienta de gestión estratégica el Balanced Scorecard – BSC, el que permite convertir en indicadores los objetivos de un plan estratégico y controlar el desempeño de la organización en tiempo real. El propósito global es disponer de un modelo por procesos que permita satisfacer los requerimientos del usuario interno y externo.

## **ABSTRACT**

The present work is made like a requirement before to get the MDB grade of management, the title of the project is Management model of the Sangolquí Hospital like a support of the institution, also this project is like a methodology process that can be used in other services with the same characteristics.

The objective of this investigation is developing a management model with planification, organization and information management system that help us to take decisions also I use the Balanced Scorecard (BSC) like a strategy tool.

With the propose of making the model, I make definitions of the administrative process like: planification, organization and evaluation with process, quality, information systems and the BSC.

In the investigation process I made the diagnostic in two levels: national context that has the actual health situation, and the level of the hospital where identify the problem that has the strategy planification.

The management model has the administrative process that use the Balance Scorecard like a strategy tool that permit us convert in indicators the objectives of a strategy plan and control the development of a model by process that permit satisfy the requirements of the internal and external users.

## **PRESENTACIÓN**

El presente trabajo tiene como objetivo desarrollar un modelo de gerencia para el Hospital Cantonal de Sangolquí, fundamentado básicamente en la satisfacción del usuario internos y externos, para lo cual se utilizó como herramienta la planificación estratégica basada en el Balanced Scorecard, la misma que enlaza la planificación con la gestión, facilitando alcanzar la visión institucional.

La contribución que se pretende con la elaboración de este estudio, es mejorar la calidad de la atención, mediante la optimización de recursos tanto material, humano, logístico, con la organización y asignación coherente de los recursos, para lo cual se presentan alternativas fiables que contribuyan al mejoramiento de la situación actual.

La información que se utilizó para realizar el diagnóstico y evaluación del hospital, fueron recopilados tanto del departamento de estadística del hospital, así como también los que genera cada servicio; y, para el desarrollo de los capítulos, se procedió a la revisión bibliográfica, luego de lo cual se extrajo los aspectos más relevantes que apoyen a la construcción del modelo centrándose básicamente en la corrección de las falencias identificadas, con el único fin de crear un hospital competitivo y de calidad.

## CAPITULO I

### 1. INTRODUCCIÓN

#### 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Hospital Cantonal de Sangolquí pertenece al área N° 15 del Ministerio de Salud Pública, el cual se encuentra ubicado en la zona periférica del cantón Rumiñahui. Y consta con una población de 204.650 habitantes. Esta institución es un Hospital de segundo nivel que brinda atención primaria de salud en los servicios de: pediatría, gineco-obstetricia, medicina interna y cirugía.

El Hospital cuenta con un área de construcción de 1000 metros, distribuidos en las distintas áreas:

- Hospitalización: dotada de 15 camas, las cuales se encuentran divididas en las cuatros especialidades (medicina interna, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia.
- Área quirúrgica: ésta área consta de sala de partos, recuperación, un quirófano, central de esterilización y dilatación.
- Consulta externa: brinda atención en ginecología, obstetricia, pediatría, medicina interna, otorrinolaringología, traumatología y vacunas.
- Además, cuenta con instalaciones independientes en las cuales funcionan: Administración, bodega, farmacia, laboratorio, Radiografías y demás servicios complementarios.

El Hospital para cumplir sus objetivos, como institución que brinda servicios de salud, afronta algunas dificultades en su funcionamiento, siendo las principales las siguientes:

- Se evidencia insatisfacción del cliente frente al modelo de gerencia actual y esto produce deficiente efectividad y escasa competitividad.

- Inadecuada planificación de los servicios que ocasiona una incoherente relación entre la oferta y la demanda generando insatisfacción del cliente interno y externo.
- El Hospital Cantonal de Sangolquí tiene una estructura organizacional vertical burocrática, con escasa flexibilidad y desarticulación en sus niveles de decisión, con una distribución inequitativa de los recursos.
- Posee un proceso de gestión que se caracteriza por una débil formación gerencial en los diferentes niveles de decisión, limitando la optimización de los recursos existentes.
- Inapropiado análisis, interpretación y retroalimentación de la información en la toma de las decisiones gerenciales.

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

¿Existe la posibilidad de desarrollar un modelo de gerencia que incorpore la planificación, organización, gestión, monitoreo y evaluación que evidencie eficacia, eficiencia, a fin de satisfacer los requerimientos de los clientes internos y externos del Hospital Cantonal de Sangolquí?

¿Será posible desarrollar un sistema de planificación que articule adecuadamente la oferta y la demanda de los servicios para satisfacer a los clientes internos y externos?

¿Es posible desarrollar en el Hospital una estructura organizacional flexible, para adaptarse a la demandas del mercado mediante una distribución equitativa de los recursos, que permita satisfacer a los usuarios internos y externos?

¿Es posible desarrollar un proceso de gestión que fortalezca la gerencia en los diferentes niveles de decisión optimizando los recursos existentes?

¿Habrá la posibilidad de desarrollar un sistema de información que permita conocer datos estadísticos, epidemiológicos e indicadores para tomar decisiones acertadas?

## **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION**

### **1.3.1 OBJETIVO GENERAL**

Desarrollar un modelo de gerencia que incorpore la planificación, organización, gestión, monitoreo y evaluación, en donde evidencie, eficacia, eficiencia, a fin de satisfacer los requerimientos de los clientes internos y externos del Hospital Cantonal de Sangolquí.

### **1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- i) Desarrollar un proceso de planificación que articule adecuadamente la oferta y la demanda, a fin de satisfacer a clientes internos y externos.
- ii) Desarrollar una estructura organizacional flexible para adaptarse a las demandas del mercado, que armonice los recursos y satisfacción de usuarios internos y externos.
- iii) Desarrollar un proceso de gestión que fortalezca los niveles de decisión y que evidencie la optimización de recursos existentes, así como el cumplimiento de objetivos, a fin de satisfacer los requerimientos del usuario interno y externo.
- iv) Desarrollar un sistema de información que permite monitorear y evaluar a fin de tomar decisiones acertadas.

## 1.4 JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

### 1.4.1 JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

Los puntos fundamentales que permitirán la construcción del modelo de gerencia, según Idalberto Chiavenato se refiere a la tarea de la administración que consiste en interpretar los objetivos de la empresa y transformarlos en acción empresarial mediante la planificación, organización, gestión, monitoreo y evaluación de las actividades realizadas en las diversas áreas y niveles de la institución para conseguir tales objetivos.<sup>1</sup>

Tomando en cuenta que el proceso de planificación significa diseñar un futuro deseado y los cursos de acción efectivos para lograrlo, es preciso considerar una perspectiva mucho más amplia para incorporar el diseño de políticas en el nivel social y la administración de programas en un entorno organizacional<sup>2</sup>, la organización permite contar con un proceso dinámico de coherencia entre la oferta y la demanda con eficacia y eficiencia en el fortalecimiento del Hospital, el eje dinamizador e integrador de las decisiones y acciones que se efectúan en los diferentes niveles; en este sentido se hace necesario que el sistema de información responda oportunamente a los requerimientos siempre cambiantes intra y extra institucionales.<sup>3</sup>

Con estos antecedentes teóricos, cabe señalar, que la teoría se vincula con el objeto de estudio que en el presente caso constituye el Hospital Cantonal de Sangolquí.

---

<sup>1</sup> CHIAVENATO Idalberto, Administración Teoría Procesos y práctica, 3º ed, Ed. Mc Graw Hill, México, 1992, p3

<sup>2</sup> ALAN Dever, Epidemiología y Administración de Servicios de Salud, OPS OMS, Georgia, 1991,p54

<sup>3</sup> MALAGÓN-LONDOÑO Gustavo, Administración Hospitalaria, 1º ed, Ed Médica Internacional Ltda., Bogotá, 1996,p451

### **1.4.2. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA**

Mediante la revisión bibliográfica se logrará establecer los instrumentos que permitan aplicar, adaptar y/o modificar, a más del análisis del diagnóstico de situación de la institución y los servicios para la realización del modelo de gerencia.

### **1.4.3. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA**

El presente estudio es un aporte técnico del maestrante hacia la institución, es decir para el Hospital Cantonal de Sangolquí; además constituye un referente que puede aplicarse a otras instituciones con similares características y nivel de complejidad.

## **1.5. HIPÓTESIS DEL TRABAJO**

### **1.5.1. HIPOTESIS GENERAL**

Si se desarrolla un modelo de gestión para el Hospital Cantonal de Sangolquí, que incorpore la calidad, eficiencia y eficacia, entonces se logrará satisfacer los requerimientos del usuario interno y externo.

### **1.5.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICOS**

- I. Si se desarrolla un sistema de planificación, que articule adecuadamente la oferta y la demanda, entonces se satisfecerá los requerimientos de usuarios internos y externos.

- II. Si se desarrolla una estructura organizacional flexible, fundamentada en procesos, entonces se logrará adaptarse a las demandas cambiantes del mercado, con mejor eficiencia en el uso de recursos y satisfacción del usuario interno.
- III. Si se desarrolla un modelo de gestión que fortalezca los niveles de decisión y que evidencie la optimización de recursos existentes, así como el cumplimiento de objetivos, entonces se logrará satisfacer los requerimientos del usuario interno y externo.
- IV. Si se establece un sistema de información que permita monitorear y evaluar continuamente la gestión, entonces se podrá tomar decisiones acertadas y oportunas.

## **1.6. ASPECTOS METODOLÓGICOS**

Esta investigación se basará en el estudio descriptivo. Para estructurar el marco teórico conceptual es necesaria la revisión bibliográfica y documental. Para realizar el diagnóstico de situación, se aplicara una combinación de técnicas cualitativas, cuantitativas y varias fuentes de información como la historia clínica, entrevista y encuestas previamente diseñadas, lo cual servirá para estructurar un modelo de gestión.

## CAPITULO II

### 2. MARCO DE REFERENCIA

#### 2.1. MARCO TEORICO

##### 2.1.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE SALUD

**La Salud – Enfermedad**<sup>4</sup>. En este enfoque, es importante definir el concepto de los elementos que puedan alterar el equilibrio dinámico formado por la Salud y la enfermedad. Asimilando la conceptualización que propone la Organización Mundial de la Salud, referente a la definición de la Salud, “Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no consiste solamente en la ausencia de enfermedad”. Esto deja ver lo global u holístico del concepto y pensar que es la simple ausencia de enfermedad, así pues, es necesario recordar que la salud es el producto de componentes de un sistema social y tiene algunos factores que van a determinar el grado o el estado de Salud de la población.

**Determinantes de la salud.** La salud estará determinada por varios factores, cada uno de ellos con una importancia específica y en cada uno de los momentos del proceso salud-enfermedad, podrá ser determinante para explicar el desarrollo de la enfermedad y dentro de los determinantes de la salud tenemos<sup>5</sup>:

- *Factores biológicos y causal genético*, que constituyen el funcionamiento de los sistemas orgánicos internos y los procesos de maduración y envejecimiento especialmente la nutrición y dieta.
- *Factores individuales y preferencias.* Dentro de este tenemos los estilos de vida del individuo.

---

<sup>4</sup> PLACENCIA, *Op.cit.*, pp: 21

<sup>5</sup> GONZALES Alberto, *Sistemas de Información Gerencial*, EPN/EPCAE, 2005, p 15-20

- *Influencia comunitaria y soporte social*, que corresponde las redes de soporte social y otras variables asociadas al nivel de integración.
- *Acceso a servicios de atención de salud*, que conforman los servicios médicos efectivos para mejorar el estado de salud de la población en su conjunto y otros innegablemente sin valor de efectividad.
- *Condiciones de vida y trabajo la vivienda*, prerequisites básicos para la salud de las poblaciones, ellos son el empleo y la educación adecuada.
- *Condiciones generales socioeconómicas, culturales y ambientales*, son características estructurales de la sociedad, la economía y el ambiente; ligadas con las prioridades políticas y las decisiones de gobierno así como a su referente histórico.

**Epidemiología**<sup>6</sup>, es el estudio de la frecuencia y distribución de los eventos de salud y de sus determinantes en las poblaciones humanas y la aplicación de este estudio en la prevención y control de los problemas de salud en donde se describe los patrones de las enfermedades tales como la aparición, distribución y desarrollo; mide la frecuencia, identifica las causas del desarrollo de la enfermedad, describe el estado de salud de las poblaciones como base del planeamiento, evaluación y administración de los sistemas de promoción y recuperación de salud.

**Perfil epidemiológico**<sup>7</sup>. Las definiciones del estado y necesidades de salud de las poblaciones varían de acuerdo con los cambios socioeconómicos, ambientales y los avances del conocimiento, los cuales han sido utilizados para explicar la transformación de los perfiles epidemiológicos de los países, por lo cual el modo de vida del hombre moderno y el tipo de consumo y de interrelaciones sociales en las sociedades actuales, son creadoras de “mala salud” de enfermedad, de envejecimiento y de muerte prematura.

---

<sup>6</sup>ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades, Segunda Edición, Washington D. C, OPS, 2002, pp: 46.

<sup>7</sup> OPS, Op.cit., pp: 47

### 2.1.2 SISTEMAS DE SALUD

Es el conjunto de sectores y subsectores que concurren a mantener y perfeccionar la salud de la población, los subsectores están dados por la agrupación de los siguientes actores del sistema y los cuales tienen coherencia de intereses y objetivos, estos son: *los usuarios* que requieren accesibilidad a la mayor cantidad de prestaciones de mejor calidad; *los financiadores*, cuyo interés reside en la eficiencia “el menor gasto por la mayor cantidad de prestaciones”; *los proveedores*, interesados en aumentar sus ingresos; *los administradores*, que están alineados con los financiadores; por último *los reguladores*, que quieren satisfacer a los usuarios y por otra parte mantener el equilibrio presupuestario y atender a los otros actores con poder, por lo cual es un interés contradictorio<sup>8</sup>; el Estado tiene la facultad de organizar un sistema de salud que integre todas estas entidades, las mismas que funcionarán de manera descentralizada, desconcentrada y participativa<sup>9</sup>.

*Los objetivos de este sistema son*<sup>10</sup>:

- Garantizar el acceso equitativo y universal a los servicios de atención integral de salud.
- Proteger integralmente a la persona de los riesgos y daños a la salud.
- Proteger al medio ambiente de su deterioro o alteración.
- Generar entornos, estilos y condiciones de vida saludables.
- Promover la coordinación, complementación y el desarrollo de las instituciones del sector.

---

<sup>8</sup> FUNDACIÓN ISALUD, Instituto universitario Isalud, Diplomado Superior en gerencia de Hospitales, Módulo 1, Ecuador, 2003, p. 4

<sup>9</sup> *Ibid.*, pp: 5

<sup>10</sup> CONGRESO NACIONAL, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, Capítulo I, Art. 3

- Incorporar la participación ciudadana en la planificación y veeduría en todos los niveles y ámbitos del sistema, manteniendo los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad, pluralidad, eficiencia, participación, descentralización y autonomía.

Los **descriptores de calidad**<sup>11</sup> podemos mencionar la responsabilidad, que es la población definida, explícita y universalmente atendida; la pertenencia, que es la oferta racional de servicios, concentrada dentro de la necesidad sentida; efectividad, constituye los niveles de complejidad apropiados, inter-conectados y con estándares consensuados; eficiencia, es la complementariedad y comunicación entre niveles; integración, que se realiza entre proveedores y otros actores interactuantes; sistema de información, los cuales deben ser integrados y dirigidos a la toma de decisiones; monitoreo e investigación operativa apuntado a la retroalimentación y con elementos que permitan monitorizar los estándares técnicos y éticos, separación entre proveedores, financieros y reguladores, participación y comunicación, espacios y mecanismos suficientes para mantener la participación comunitaria, el dialogo social, la información, la rendición de cuentas y la transparencia.

Para garantizar que el Sistema funcione de manera coordinada, desconcentrada, descentralizada y participativa, sus integrantes se relacionan mediante el desempeño de las funciones de rectoría, provisión de servicios, aseguramiento y financiamiento<sup>12</sup>.

**La Rectoría**, consiste en crear un escenario donde los diversos actores puedan desarrollar eficazmente las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud; es un deber propio e indeclinable del Estado como rector del sistema de salud y es responsable de *Conducir el Sector* involucrando las tareas de regulación y ejecución de las funciones ejercidas en la salud pública, así como también el instaurar y ejecutar políticas sanitarias, delimitar la cobertura de salud tomando en cuenta; el financiamiento, las prestaciones y los modelos de

---

<sup>11</sup> PLACENCIA Marcelo, Salud para el Bienestar y Desarrollo en Quito del Siglo XXI, Quito, Ecuador, 2000, pp: 44

<sup>12</sup> FUNDACIÓN ISALUD, Op.cit., pp: 4

atención; evaluar el desempeño, construir consensos, dirigir los aportes técnicos y económicos y tener una participación con los organismos de coordinación<sup>13</sup>: *Regular el Sector Salud*, consiste en establecer las reglas o regulaciones para los actores del sistema y dentro de estos están: establecer regulaciones para el subsector público, crear el marco normativo para el aseguramiento, la fiscalización de las prestaciones de servicios de salud, instaurar programas de formación y educación en el sector salud, además de formular las normas de calidad y controlar el cumplimiento: *Ejecutar las funciones esenciales de Salud Pública*, involucra las propias funciones de la autoridad sanitaria, la vigilancia, promoción y participación de los ciudadanos como el seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud.

**La conducción sectorial**<sup>14</sup>, consiste en la capacidad de definir políticas, objetivos y planes estratégicos y de protección social: además del establecimiento de mecanismos de participación y generación de consensos y movilización de recursos. Para poder cumplir con esos cometidos, el Ministerio de Salud necesita fortalecer las siguientes acciones:

- Fijar y ejecutar las políticas sanitarias, analizando la situación de salud y sus determinantes para establecer prioridades en las poblaciones vulnerables, estableciendo objetivos y programas e intervenciones.
- Evaluar periódicamente el funcionamiento sectorial y la operación de sus instituciones.
- Establecer a quien debe brindarse cobertura de salud, así como las prestaciones, el financiamiento y el modelo de atención.
- Construir consensos nacionales sobre el desarrollo estratégico del sector.
- Coordinar los aportes técnicos y económicos de los organismos multilaterales.

---

<sup>13</sup> FUNDACIÓN ISALUD, *Op.cit.*, pp:6

<sup>14</sup>*Ibid.*, pp: 7

También la *regulación sectorial* es parte de esta responsabilidad y consiste en la formulación y aplicación de la legislación sanitaria, normatización técnica de bienes, servicios, mercados y prácticas que inciden en la salud, y vigilancia de su cumplimiento; la **Garantía del acceso equitativo a la atención de salud**, es la responsabilidad de definir y vigilar la prestación de un plan garantizado de cobertura de servicios; la **modulación del financiamiento**, está orientado sectorialmente para la asignación equitativa y solidaria de recursos financieros y su uso eficiente; y por último es la **armonización de la provisión de servicios**, que consiste en definir los lineamientos para la articulación y complementación de servicios de atención integral, continua y de calidad<sup>15</sup>.

**El Financiamiento**<sup>16</sup>, se refiere a la recaudación y distribución de los recursos para el financiamiento del sistema y consta de los siguientes aspectos; financiar actividades y servicios de la salud pública, responder el financiamiento de la atención a la población desprotegida y por último establecer políticas para garantizar las diferentes modalidades de financiamiento, como son los impuestos y aportes; tenemos también la *Función de compra de servicios*, aquí existe una “compra implícita” de servicios de salud, a través de las asignaciones presupuestarias, subsidiando la oferta y esto va destinado a hospitales y demás servicios de salud, a cambio de los servicios producidos y está relacionado con la demanda efectiva que es asistida por esa oferta.

**El Aseguramiento**<sup>17</sup>, es la garantía de acceso universal y equitativo de la población al Plan Integral de Salud que en cada país existe o no una responsabilidad del Estado de tutelar la prestación de un plan básico garantizado de cobertura de servicios de salud para todos los habitantes, ello genera cuando está presente una autoridad, habitualmente correspondiente a los ministerios de salud, debiendo vigilar el cumplimiento de dichos planes de cobertura tanto por entidades públicas como privadas, garantizando que ningún trabajador sea

---

<sup>15</sup> CONGRESO NACIONAL , *Op.cit.*, pp:5

<sup>16</sup> FUNDACIÓN ISALUD, *Op.cit.*, pp; 7

<sup>17</sup> V. Miltón, *El Sistema de Salud Ecuatoriano*, Quito- Ecuador, 2006, pp: 37

excluido de los esquemas de aseguramiento y den cumplimiento a los planes garantizados de cobertura.

**La Prestación de servicios salud**<sup>18</sup>, es un deber indelegable y consta de dos componentes que son: *Armonización de la provisión de servicios de salud*, es aplicado tanto a entidades públicas como a privadas y es una complementariedad razonable de la capacidad instalada, garantía para los usuarios y brindar las condiciones básicas de calidad, segundo es el *Proveer servicios de salud*, el cual deben exigir condiciones para el desarrollo del mercado.

### 2.1.3 SISTEMAS DE ATENCIÓN EN SALUD

El Sector Salud está constituido por tres modelos de atención en función a la fuente de financiamiento, población cubierta y propiedad de la provisión de servicios<sup>19</sup>:

**El Modelo de Seguro Social**, se remonta en la década de 1881/1890 en Alemania, donde se presentan graves problemas, como es la baja productividad, dado que los trabajadores no tenían como afrontar los costos de atención de salud, por lo que fue necesario crear una sistema de atención, que como objetivo principal tenga el de proteger al trabajador de diferentes eventualidades ajenas a su voluntad tales como accidentes, enfermedad o vejez, el mismo que cuenta con características como: la cobertura es universal y obligatoria, el financiamiento público es a través de aportes y contribuciones, esto de algún modo corresponde al modelo de Instituto de Seguridad Social (IEES) en nuestro país.

**El Modelo Público Universalista** es el primer sistema de salud universalista del mundo occidental, financiado a través de impuestos y provisión pública de servicios, es protector de toda la población en cualquier circunstancia y es una gestión estatal; la provisión de servicios se hace a través de médicos que desarrollan programas específicos (médicos de familia, materno infantil) centros

---

<sup>18</sup> FUNDACIÓN ISALUD, *Op.cit.*, pp; 7

<sup>19</sup> *Ibid.*, pp: 12-16

de salud y hospitales de propiedad estatal, los profesionales son remunerados por salario, tiene un gasto fijo y un presupuesto que se calcula en forma previa.

**El Modelo de Seguros Privados** se brinda a una persona o a un grupo de personas en donde se aplica un seguro y esto conlleva a evaluar, seleccionar, clasificar y ponderar riesgos; esto es, comprar una prima, que abonan en forma regular a una empresa. Para la cobertura de prestaciones asistenciales, dicha cobertura puede ser tanto en dinero, como en servicios (prepago), el seguro de salud permite diluir los riesgos individuales y riesgos colectivos y esto involucra un componente no solidario, cada asegurado aporta una cuota voluntaria según sus riesgos.

#### 2.1.4 ATENCIÓN DE SALUD

En la sociedad se presenta una interacción entre los estilos de vida en general y las respuestas sociales organizadas en salud y bienestar; el nivel particular para los diferentes grupos de la población y el nivel singular para los niveles de atención es según el nivel de abordaje de los procesos, a través de los cuales se concreta esta articulación entre las fases biológicas y sociales, las acciones de salud pueden clasificarse en tres grandes grupos: acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación, cada intervención es una combinación, en mayor o menor medida de estos tres tipos de acciones<sup>20</sup>;

**Promoción**<sup>21</sup>, las acciones de promoción de la salud en cambio actúan fundamentalmente a nivel de la sociedad y de los grupos de población, mediante las modificaciones del modo de vida y de las condiciones de vida de la sociedad y de los grupos humanos, aunque también del estilo de vida de los propios individuos; entre las acciones consideradas está el fomento de una cultura alimentaria propia, con productos naturales altamente nutritivos; ejercicio físico, recreación y desde el punto de vista intercultural el contacto con la Naturaleza; institucionalmente se considera aspectos como la coordinación entre los

---

<sup>20</sup> MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, Conjunto de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, segunda edición, marzo 2007, p 10

<sup>21</sup> Ibid., pp: 12

diferentes sectores de la salud pública, consensos interinstitucional e intersectorial para la formulación de políticas, planes y programas y la participación de la sociedad civil en la solución de problemas.

**Prevención**<sup>22</sup>, es evitar riesgos para la salud, lesiones y daños y por lo tanto, engloba leyes sanitarias, medidas laborales, programas de higiene con sentido intercultural, etc.; el proceso de la enfermedad inicia desde la exposición de un huésped susceptible a un agente causal y finaliza con la recuperación, la discapacidad o la muerte, por lo cual es importante remarcar la importancia de la diferentes medidas de prevención que se pueden llevar a cabo dependiendo de la etapa en que se encuentre la enfermedad; así las actividades de *prevención primaria* que fomenta la salud y protección específica; *prevención secundaria*, acciones que corresponden con el diagnóstico precoz, el tratamiento temprano y la limitación del daño; *prevención terciaria* se enfoca en la rehabilitación.

**Recuperación y Rehabilitación**<sup>23</sup>, estas acciones se integran en tres grandes aspectos: atención integral y personalizada del paciente, tomando en consideración la unidad psicofísica y social que constituye cada ser humano, no es posible una atención integral sin tomar en cuenta la historia patológica personal, elemento que permite descubrir la evolución y significado de la enfermedad; *Integralidad en las acciones institucionales*, es decir procesos de referencia y contra referencia de acuerdo a las necesidades, integración entre los diferentes niveles de complejidad en los servicios de salud y conformación de redes; *Interculturalidad*, significa el conocimiento de la cosmovisión tradicional y de otras cultura y comprensión de las prácticas ancestrales de curación a partir de la percepción del estado energético y el uso de elementos vivos de la naturaleza, el objetivo de plantear las prestaciones desde un ángulo nuevo que al tomar en consideración la diversidad cultural permite una nueva metodología de agrupación sincrónica y la oferta simultánea de varios métodos complementarios de diagnóstico y tratamiento, entre los que el usuario puede elegir.

---

<sup>22</sup> *Ibid.*, pp: 13

<sup>23</sup> *Ibid.*, pp: 13

### 2.1.5 MODALIDADES DE ATENCIÓN

La variabilidad de la demanda requiere una oferta de servicios diversificada, los problemas de mayor complejidad son menos frecuentes y requieren para su atención, tecnologías especializadas y de alto costo, los servicios de salud se organizarán mediante la identificación y priorización de las necesidades de salud a ser atendidas, por ello existen tres niveles de atención, según el grado de complejidad de los problemas de salud a intervenir, que determina la capacidad resolutoria de los servicios de salud<sup>24</sup>;

- **Atención Ambulatoria**<sup>25</sup>, las prestaciones ambulatorias se trabajaron sobre la base de las disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, son enfocadas al primer nivel de atención y se basan en acercar los recursos del sistema a las familias y comunidades, incluyendo el tratamiento de las enfermedades más comunes y la provisión de medicamentos esenciales, la garantía del derecho a la salud, atención integral y enfoque de interculturalidad.
- **Atención Hospitalaria**, contienen las distinciones; en atención de consulta externa, atención hospitalaria, atención quirúrgica y gestión de pacientes pues están enfocadas hacia el segundo y tercer nivel de atención. La modalidad de atención es las 24 horas, los 364 días del año, tiene como característica esencial la consideración del paciente para la planificación de las actividades del equipo de salud.
- **Atención Comunitaria**, es importante reconocer que los estilos de vida relacionados con la salud están ampliamente determinados por fuerzas culturales, sociales y otros factores ambientales; por lo tanto, para alcanzar algún progreso importante en la modificación de hábitos de vida relacionados con factores de riesgo e influenciar los índices de enfermedad en la comunidad, es imprescindible tratar con las fuerzas y estructuras

---

<sup>24</sup> *Ibid.*, pp: 18

<sup>25</sup> Fundación Isalud, Instituto universitario Isalud, Diplomado Superior en Gerencia de Hospitales, Ecuador, Diciembre 2002/ Abril del 2003

ambientales, es por ello que la forma natural y más eficaz de cambiar los niveles de factores de riesgo de la población es trabajar con la comunidad.

### 2.1.6 NIVELES DE COMPLEJIDAD

Con el objetivo de crear capacidad resolutoria con calidad y continuo crecimiento, sobre un esquema de separación de las funciones administrativas y operativas, se desarrollan los siguientes niveles<sup>25</sup>:

- **Primer Nivel**, caracterizado por instituciones de menor tamaño donde asiste el médico general para dispensar atención ambulatoria y hospitalaria principalmente consulta externa, urgencias y hospitalización de corta estancia.
- **Segundo Nivel**, constituido por hospitales de mayor tamaño y donde se prestan servicios relacionados con la atención médica; medicina interna, cirugía, pediatría, gineco-obstetricia.
- **Tercer Nivel**, caracterizado por la prestación de servicios médicos con la presencia de subespecialistas del área de medicina interna; Cardiología, Neumología, Nefrología, Dermatología, Endocrinología o bien del área quirúrgica.

### 2.1.7 SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS

Dentro de las unidades funcionales asistenciales se encuentran el área de los servicios finales, intermedios o auxiliares de diagnóstico y las unidades funcionales no asistenciales, dentro de estas encontramos el área administrativa,

---

<sup>25</sup> MALAGÓN, Op.cit., pp:115

los servicios generales o servicios de apoyo y el área de docencia e investigación<sup>26</sup>.

**Área de servicios finales**, conocida también como gestión clínica, conformada por sectores y unidades funcionales, en los cuales se produce una interacción con el paciente, con un elevado número de profesionales de gran especialización, esta área conforma diversos sectores como: sector de internación de pacientes en cuidados mínimos, sector de consultorios externos, de urgencias, de cuidados especiales y hospital del día.

**Área de servicios intermedios**, está conformada por unidades que interactúan de forma transitoria en la asistencia del paciente, siendo los servicios, Auxiliares del Diagnóstico y la Terapéutica que son los más rutinarios, interviniendo personal técnico, así como tecnología de punta, dentro de esta área puede desagregarse sectores individualizándose diversas unidades funcionales (Laboratorio, diagnóstico por imágenes).

**Por Estructura**, el sistema estructural está dado por la estructura orgánica funcional, las relaciones entre los componentes de dicha estructura, el sistema de comunicación y la formalización de las relaciones y comunicaciones, comúnmente expresadas en el "Organigrama".<sup>27</sup>

**Por Sistema de salud por proceso**, se entiende todo aquello que se realiza actualmente para que el paciente reciba una adecuada prestación, el proceso de atención podría decirse que es el elemento clave para asegurar la calidad, asumiendo que exista un mínimo de condiciones adecuadas, de medicamentos, equipos e insumos, brindando atenciones que tengan altas probabilidades de producir un resultado satisfactorio en la atención.

**Resultados**, el desempeño es el resultado de la operación de las organizaciones sociales, comparado con los objetivos planteados, en este sentido se debe realizar una medición de los resultados, implicando no solo la medición de la

---

<sup>26</sup> FUNDACIÓN ISALUD, Instituto universitario Isalud, Diplomado Superior en gerencia de Hospitales, Módulo 2, Ecuador, 2003, p. 72-75

<sup>27</sup> FUNDACIÓN ISALUD, Instituto universitario Isalud, Diplomado Superior en gerencia de Hospitales, Módulo 2, Ecuador, 2003, p. 82

producción y la utilidad, sino también el resultado en términos de satisfacción del usuario y modificación del estado de salud y la calidad de vida. Hay resultados que pueden ser medibles, sin embargo, en la actividad asistencial pueden haber resultados que no son medibles y exigen un gran esfuerzo de estandarización, otros pueden no ser atribuibles al desempeño de la organización social, en cuyo caso el desempeño organizacional es evaluado a través de indicadores de desempeño, como resultados económicos financieros, atributos objetivos y subjetivos.

### 2.1.8. PROCESOS<sup>28</sup>

**Los Procesos**, son una serie de actividades que se llevan a cabo por y entre profesionales y pacientes. Es el conjunto de actividades que los profesionales realizan, por o para el paciente, así como la respuesta de éste a dichas actividades, las mismas que deben tener: secuencia de actuaciones orientadas a generar un valor añadido sobre un producto, sucesión de actividades en el tiempo con un fin definido; organización lógica de personas, materiales, energía, equipos y procedimientos en actividades de trabajo diseñados para generar un resultado específico y concatenación de las decisiones, actividades y tareas llevadas a cabo por diferentes profesionales en un orden lógico y secuencial. Para producir un resultado previsible y satisfactorio, existen varios tipos de procesos:

**Los Procesos asistenciales**, son aquellos que tienen como destinatario final al usuario, paciente o cliente, tanto cuando lo demanda directamente, como cuando lo demanda a través de un médico, un *proceso asistencial* es el conjunto de actividades de los proveedores de la atención sanitaria (estrategias preventivas, pruebas diagnósticas y actividades terapéuticas), que tienen como finalidad

---

<sup>28</sup> Díaz Carlos Alberto, *Gestión por proceso: una herramienta indispensable para la mejora de la eficiencia*, Junio del 2002.

incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población que recibe los servicios, entendidos éstos en un amplio sentido.

**Los Procesos clínicos**, son los procedimientos de diagnóstico y tratamiento, incluyendo los procesos clínicos, este proceso de atención es una secuencia progresiva de actividades interrelacionadas que comprenden la valoración, el diagnóstico, la planificación, la ejecución y la evaluación, ya que el proceso es cíclico y auto correctivo.

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

**Los Procesos claves**, son los pasos desde donde parten los procesos operativos y conforman las interfaces organizativas necesarias para añadir valor a la actividad realizada con los pacientes y que crean fidelización de los mismos, entre estos procesos encontramos: la consulta externa, la atención de la emergencia, la atención del paciente operado, la atención del paciente durante su internación clínica, el cuidado domiciliario y el trabajo del hospital con la comunidad, los mismos que se cruzan con los procesos siguientes:

**Proceso de atención de enfermería**, es el conjunto de pautas organizadas de actuación, dirigidas a cumplir el objetivo de la enfermería, el de mantener el bienestar del paciente en un nivel óptimo, vinculado a su padecimiento.

**Procesos diagnósticos**, método de pensamiento lógico y razonado que persigue la obtención de información para alcanzar conclusiones sobre el estado de salud de un individuo.

**Procesos intermedios**, son los que utilizan recursos primarios como el trabajo, suministro y los equipos; dan como resultado los productos intermedios: horas de trabajo, productos de laboratorio y de anatomía patológica, placas radiográficas, tomografías, endoscopias, etc.

**Procesos finales**, son combinaciones de productos intermedios, cuyo resultado es el producto final: pacientes tratados.

**Procesos administrativos**, son los procesos de relación interna entre los trabajadores y las unidades del hospital y de relación externa, entre la institución y los usuarios del sistema.

**Reingeniería**, la reingeniería sanitaria es la revisión, el rediseño de los procesos para mejorar el desempeño y el rendimiento en aspectos tales como calidad, costos, servicios, satisfacción, rapidez y efectividad, es el método que permite la revisión y el rediseño de procesos para alcanzar mejoras en procesos críticos.

### 2.1.9 CALIDAD

La calidad de atención en salud<sup>29</sup> es un concepto multidimensional y multifacético, sustentado en principios del mundo científico, pero interactuante con juicios de valor, creencias y perspectivas sobre lo que constituye una buena o mala calidad de atención; esta ausencia de uniformidad en las explicaciones y las visiones, demuestra el enorme número de definiciones de los conceptos de calidad existentes, así como los diversos enfoques propuestos para medirla.

---

<sup>29</sup> Mantilla Fernando Lavadenz, Renteria V María Cristina, Anavi J.Elvis R. Management Sciences for Health (MSH) - Family Planning Management Development Project (FPMD). 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, Caja Nacional de Salud, Management Sciences for Health, United States Agency for International Development, 1998

La medición de la calidad es por tanto, un proceso polémico, con una direccionalidad múltiple y una perspectiva de acción directamente referida a la metodología y enfoque que uno pueda emplear para su evaluación en los servicios. Puede decirse de manera general, que dos escuelas han sido las que han agrupado los diversos enfoques existentes sobre la medición de la calidad; por una parte, el enfoque desarrollado a partir de las ciencias de la salud y por otra, el enfoque desarrollado a partir de la gerencia o las ciencias de la administración, cada uno de ellos ha logrado establecer metodologías y técnicas que se usan de manera similar en los servicios de salud.

**El enfoque de las ciencias de la salud**, en el siglo XIX, Florence Nightingale, inició un proceso de reformas para la mejora de la calidad de la atención en los hospitales; las medidas incluían: limpieza, saneamiento básico, mejoras en la calidad de la alimentación y en su manipuleo, así como el establecimiento de una férrea disciplina y organización en la rutina hospitalaria, este enfoque simple fue una verdadera revolución en la época, que produjo una drástica disminución de la mortalidad intrahospitalaria.

Años más tarde, Estados Unidos fue el primer país en institucionalizar su interés en mejorar la calidad de atención en salud. En 1917 el Colegio Americano de Cirujanos institucionaliza el primer set de estándares nacionales de calidad y en 1951 se funda la actualmente conocida "Joint Commission" de acreditación de hospitales.

Un pensamiento más analítico sobre calidad fue desarrollado posteriormente en documentos y propuestas de Sheps (1955); Donabedian (1966); Dror (1968) y De Geyndt (1970). Podría decirse que el desarrollo conceptual fue muy intenso en la década del cincuenta y los sesenta, mientras que en los setenta y ochenta se pusieron en práctica enfoques concretos de la calidad. Dentro de los autores que nítidamente lideraron este enfoque práctico de la medición de calidad en los servicios de salud, puede mencionarse a Avedis Donabedian, quien fue el que desarrolló una propuesta conceptual basada en tres elementos: Estructura, Proceso y Resultado, cada uno de estos elementos formó parte de un eje

organizador de indicadores, guías prácticas de evaluación y estándares de medición y desempeño.

Por "Estructura", se define a los insumos concretos y cuantificables de edificaciones, equipamiento, medicamentos, insumos médicos, vehículos, personal, dinero y sistemas organizacionales, todos ellos necesarios, pero no suficientes para brindar una adecuada calidad de atención. Denota atributos concretos, mensurables y a menudo visibles.

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

Por "Resultado" se entiende una adecuada culminación del proceso de atención al paciente, con el tiempo e insumos requeridos. Los resultados son medidos normalmente por indicadores de mortalidad y morbilidad y capacidad o discapacidad funcional producida por las enfermedades, sin embargo, indicadores favorables pueden estar afectados por factores que no se encuentren directamente bajo el control de profesionales y trabajadores de la salud; los factores culturales, viviendas con saneamiento básico y agua potable disponibles, dieta balanceada, medio ambiente, genética y otros, son condicionantes externos con directa relación a resultados adecuados y a una óptima calidad de vida y de salud, por tanto, los éxitos de un adecuado proceso de atención no están ni clara ni unívocamente relacionados al accionar de los profesionales y trabajadores de la salud.

Estas son razones por las que para asegurar una adecuada medición del proceso de atención se considera más efectivo mejorar continuamente el proceso de prestación y cuidado de la salud y asegurar que los insumos más críticos estén disponibles.

Donabedian es cuidadoso al definir a los tres elementos anteriormente descritos no como "atributos" de una adecuada calidad de atención sino más bien, como enfoques que permiten adquirir información acerca de la presencia de atributos que constituyen o definen la calidad. El enfoque que Donabedian ha popularizado, fue alimentado por otros autores, quienes incluyen una clara distinción entre lo que se podría considerar como "calidad técnica" y "calidad humana en el proceso de atención".

Se entiende por "calidad técnica" el cuidado y la atención provista por personal de salud, sustentada en el adecuado conocimiento y justo juicio empleado en arribar a estrategias y diagnósticos y en llevar a cabo su implementación. Generalmente la "calidad técnica" es directamente mensurable, como por ejemplo, la eficiencia o efectividad de una tecnología específica, la eficacia de un medicamento, la especificidad de una prueba de laboratorio, o la precisión de un procedimiento quirúrgico; algunos otros aspectos de la calidad técnica son medidos con mayor dificultad o de manera indirecta, como el uso de un procedimiento quirúrgico en lugar de otro procedimiento médico, o ciertas condiciones cardiovasculares evaluadas en diferentes niveles de altura sobre el nivel del mar.

En la denominada "calidad humana" sin embargo, existen serios problemas de medición, es más difícil medir la empatía personal, la confianza, la seguridad que inspira el médico en su interacción con el paciente, que otras acciones francamente visibles; por tanto, puede definirse la calidad humana como aquella relación interpersonal de dos vías, existente entre el paciente y el profesional o trabajador de salud, que es a su vez el vehículo que permite que la calidad técnica pueda ser implementada de manera eficiente, pero que es la más difícil de identificar y evaluar.

**La acreditación de servicios de salud como la praxis del enfoque de la salud**, en base a los primeros estándares creados por el Colegio Americano de Cirujanos, para su programa de "estandarización mínima" en 1917, se desarrolló el "programa nacional de estandarización de hospitales", en 1951 una

organización sin fines de lucro, denominada "Joint Commission de acreditación de hospitales", fue fundada con la finalidad de desarrollar una sistematización institucional que provea estándares de calidad para hospitales; la expansión de sus "acreditaciones" voluntarias en servicios de apoyo hospitalario, salud mental, atención domiciliaria, enfermería y atención ambulatoria, provocaron su cambio de nombre por el de "Joint Commission de acreditación de cuidados de la salud", bajo esta modalidad, se desarrollaron estándares e indicadores que medían la calidad de las prestaciones otorgadas en el proceso de atención de la salud.

La acreditación se constituyó en uno de los pilares de la evaluación de los servicios y buscó mediante diferentes metodologías operativas, "asegurar" las condiciones básicas requeridas para prestar una adecuada calidad de atención.

**El enfoque de la administración,** La gerencia de la calidad, o mejoramiento continuo de la calidad de atención, utilizados como sinónimos, la gestión de la calidad total o mejoramiento continuo de la calidad, son probablemente los procesos de mayor importancia desarrollado en los últimos años para evaluar y producir calidad de atención, surge como un proceso destinado originalmente al sector productivo y con posterioridad se aplica al sector de servicios; a partir de W.E. Deming y J. Juran, con posterioridad a la guerra, es Japón quien primero se fascina por la propuesta de aplicación industrial de las ideas de Deming y sus "catorce puntos" comienzan a ser utilizados para transformar la industria japonesa, después de casi 30 años la Calidad Total retorna a sus orígenes en Estados Unidos y en los ochenta comienzan su aplicación en las empresas industriales, a finales de aquella década, comienza su uso en salud.

El enfoque Deming de la calidad busca "anticiparse, conocer y satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes". Sus principales procesos son cuatro:

- Transformar la cultura organizacional de una pensada en el producto, a una que se focalice totalmente hacia la satisfacción del cliente.
- Empoderar a los empleados en todos los niveles, para mejorar el proceso organizacional.

- Integrar los sistemas de soporte administrativo y metodología para motivar y premiar a los empleados sobre la base de la calidad y productividad.
- Comprometer a la alta gerencia y gerencia intermedia en la transformación cultural, descentralización en la toma de decisiones, empoderamiento de los empleados y sistemas que mejoren la gestión del cambio organizacional.

El primer experimento nacional que aplicó el mejoramiento continuo a la salud, se realizó en Boston en 1987, bajo este estudio que implicó a un gran grupo de hospitales, profesionales independientes y otros, se arribó a la conclusión de que la mejora continua de la calidad tiene que ver principalmente con mejora de la eficiencia y por lo tanto de los costos, se estableció de esta manera, que la mejora continua es una de las principales herramientas de la competitividad.

En relación a las áreas de trabajo descritas por Donabedian, el énfasis del mejoramiento continuo es en el análisis de procesos: estrategias diagnósticas, tratamientos médicos, tiempos de espera y otros, el objetivo principal del mejoramiento es alcanzar la satisfacción del usuario, con una adecuada calidad en los procesos técnicos y humanos.

**Diferencias entre la garantía de calidad (acreditación) y el mejoramiento continuo.** Las diferencias entre ambos conceptos han invitado a muchos autores a referirse a la acreditación y al mejoramiento continuo, como a dos caras de la misma moneda, ambos procesos se apoyan el uno al otro y entre ambos se apoyan entre sí; en la actualidad, para iniciar un proceso de transformaciones en servicios de salud, es recomendable iniciar el mismo con la acreditación, una vez identificados los problemas es más factible solucionar los mismos a través del proceso de mejora continua.

Es por tanto, ideal comenzar un proceso de acreditación simultáneamente a uno de mejora continua, ambos se nutren de los esfuerzos del otro, pero a su vez, la sinergia que ambos generan multiplica la "convicción" de que el objetivo es la

calidad y la satisfacción del usuario; por otra parte, aun cuando los enfoques son complementarios entre sí y pueden formar parte de un arsenal de instrumentos de los servicios de salud para mejorar la calidad de las prestaciones.

**Licenciamiento**<sup>30</sup>, es un procedimiento de carácter obligatorio por medio del cual la Autoridad Sanitaria otorga el permiso de funcionamiento previa verificación del cumplimiento de los requisitos o estándares mínimos indispensables a las instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas o privadas, según su nivel resolutivo, su finalidad es la de garantizar que las Instituciones o servicios de salud a los que accede la población, cumplan con requisitos mínimos en aspectos de recursos humanos, infraestructura, equipamiento y cumplimiento de normas para que aseguren la protección de la salud y seguridad pública y la conservación de este requisito renovado periódicamente cada dos años por parte de la organización de salud, le garantiza seguir funcionando u operando y ofreciendo los servicios que requieren las personas.

Tiene las siguientes características: de carácter oficial y de procedimiento obligatorio, establece los requisitos mínimos o estándares indispensables, se renueva periódicamente (cada 2 años) y el de este es un requisito continuo que debe cumplir la organización / servicio de salud para seguir su funcionamiento.

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

**Certificación**, es el procedimiento mediante el cual un organismo debidamente autorizado evalúa y certifica a un individuo que ha cumplido requisitos

---

<sup>30</sup> Ministerio de Salud Pública, Proceso de Normalización del Sistema Nacional de Salud, Guía Metodológica para el Proceso de Licenciamiento de las Unidades Operativas de Salud, 24 de enero, 2007

predeterminados, como son cursos de especialización, pasantías; los programas de certificación son generalmente no gubernamentales y no excluyen a los no certificados de la práctica, como lo hacen los programas de licenciamiento.

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

#### **2.1.10 ADMINISTRACIÓN**

La Teoría Clásica de la Administración<sup>31</sup> fue desarrollada por el francés Henri Fayol en 1916, en esta época, la teoría “en boga” era la formulada por Taylor en los Estados Unidos y se caracterizaba por el énfasis en la tarea realizada por el operario (es decir, la administración científica), por otro lado, Fayol formulaba su teoría clásica que se caracteriza por el énfasis en la estructura que la organización debería poseer para ser eficiente.

De acuerdo a Taylor, la eficiencia en las organizaciones se obtiene a través de la racionalización del trabajo del operario y en la sumatoria de la eficiencia individual; sin embargo, en la teoría clásica se parte de un todo organizacional y de su estructura para garantizar eficiencia en todas las partes involucradas, fuesen ellas órgano o personas; Fayol parte de la proposición de que toda empresa puede ser dividida en seis grupos:

---

<sup>31</sup> Ministerio de Salud Pública, Proceso de Normalización del Sistema Nacional de Salud, Guía Metodológica para el Proceso de Licenciamiento de las Unidades Operativas de Salud, 24 de enero, 2007

- *Funciones técnicas*, relacionadas con la producción de bienes o servicios de la empresa.
- *Funciones comerciales*, relacionadas con la compra, venta e intercambio.
- *Funciones financieras*, relacionadas con la búsqueda y gerencia de capitales.
- *Funciones de seguridad*, relacionadas con la protección de los bienes y de las personas.
- *Funciones contables*, relacionadas con los inventarios, registros, balances, costos y estadísticas.
- *Funciones administrativas*, relacionadas con la integración de las otras cinco funciones, coordinan y sincronizan las demás funciones de la empresa, siempre encima de ellas.

Para aclarar lo que son las funciones administrativas, Fayol define el acto de administrar como planear, organizar, dirigir, coordinar y controlar; las funciones administrativas engloban los elementos de la administración, estos mismos elementos constituyen el proceso administrativo que pueden ser encontrados en cualquier área de la empresa, es decir, que cada cual desempeña actividades de planeación, organización, etc.; como actividades administrativas esenciales. Desglosando estos elementos, tenemos que:

- *Planeación*: involucra la evaluación del futuro y el aprovechamiento en función de él.
- *Organización*: proporciona todas las cosas útiles al funcionamiento de la empresa y puede ser dividida en organización material y social.
- *Dirección*: conduce la organización a funcionar; su objeto es alcanzar el máximo rendimiento de todos los empleados en el interés de los aspectos globales.
- *Coordinación*: armoniza todas las actividades del negocio, facilitando su trabajo y sus resultados; sincroniza acciones y adapta los medios a los fines.

- *Control*: consiste en la verificación para comprobar si todas las cosas ocurren de conformidad con el plan adoptado; su objetivo es localizar los puntos débiles y los errores para rectificarlos y evitar su repetición.

Estos cinco elementos constituyen las llamadas funciones del administrador; sin embargo, cada autor clásico definió los elementos de la administración de un modo un tanto diferente; si bien no se apartaron del enfoque de Fayol, lo visualizaron de un modo diferente. Urwick, por ejemplo desdobló el primer elemento en tres fases diferentes – investigación, previsión y planeamiento; de modo que para Urwick, los elementos de la administración son: investigación, previsión, planeamiento, organización, coordinación, mando y control.

Además, de acuerdo a Fayol, la capacidad principal de un operario es la capacidad técnica, en tanto, que la capacidad principal del director es la capacidad administrativa, es decir, cuanto más elevado el nivel jerárquico del director, más domina esta capacidad.

Por tanto, a medida que se sube en la escala jerárquica la importancia relativa de la capacidad administrativa aumenta, mientras que la de la capacidad técnica disminuye.

Aunque la organización es en cierto modo igual a administración, Fayol hace una distinción sencilla: *la administración es un todo del cual la organización es una de las partes*; partiendo de esta división puede decirse además que la organización es una unidad social y una función administrativa; como unidad social en las que las personas interactúan, se divide en organización formal, que es aquella basada en una división racional del trabajo; es la organización planeada, la que está en el papel; por el otro lado, está la organización informal, que no es más que aquella que surge espontáneamente entre las personas que ocupan posiciones en la organización formal.

Como función administrativa, la organización significa el acto de organizar, estructurar e integrar los recursos y los órganos responsables de ellos, unos con otros.

Todas las ciencias, incluso la administración, se deben basar en leyes, Fayol trató de definir sus principios generales de la siguiente manera:

- *División del trabajo*: consiste en la especialización de las tareas.
- *Autoridad y responsabilidad*: la primera es el derecho de dar órdenes, la otra es una consecuencia natural de la primera; ambas deben estar equilibradas.
- *Disciplina*: depende de la obediencia a los acuerdos establecidos.
- *Unidad de mando*: cada empleado debe recibir órdenes de sólo un superior.
- *Unidad de dirección*: una cabeza y un plan para cada grupo de actividades que tengan un mismo objetivo.
- Subordinación de los intereses individuales a los intereses generales.
- *Remuneración del personal*: debe haber una justa y garantizada retribución para los empleados y para la organización.
- *Centralización*: se refiere a la concentración de la autoridad en la alta jerarquía de la organización.
- *Jerarquía o cadena escalar*: es la línea de autoridad que va del escalón más alto al más bajo.
- *Orden*: un lugar para cada cosa y cada cosa en su lugar.
- *Equidad*: amabilidad y justicia para alcanzar la lealtad del personal.
- *Estabilidad y duración (en un cargo) del personal*: la rotación tiene un impacto negativo sobre la eficiencia de la organización.
- *Iniciativa*: la capacidad de visualizar un plan y de asegurar su éxito.
- *Espíritu de equipo*: la armonía y la unión entre las personas constituyen grandes fuerzas para la organización.

Urwick los simplifican en cuatro:

- *Principio de especialización*: una persona debe realizar una sola función en cuanto fuere posible, lo que determina una división especializada del trabajo.
- *Principio de autoridad*: debe haber una línea de autoridad claramente definida, conocida y reconocida por todos, desde la cima de la organización hasta cada individuo de base.
- *Principio de la amplitud administrativa*: destaca que cada superior no debe tener más de cierto número de subordinados; el número de subordinados varía según el nivel de los cargos y la naturaleza de estos.
- *Principio de definición*: los deberes, autoridad y responsabilidad de cada cargo y sus relaciones con los otros cargos deben ser definidos por escrito y comunicados a todos.

Las críticas a la Teoría Clásica han sido numerosas, en primer lugar, porque presenta un enfoque simplificado de la organización formal, dejando de lado la organización informal; además, carece de trabajos experimentales que pudieran dar una base científica a sus afirmaciones y principios. Fayol y sus seguidores denominaban principios, que es un sinónimo de ley a sus afirmaciones que estaban basadas en su observación y que por lo tanto, eran empíricas y no demostradas; en tercer lugar, tiene un enfoque incompleto de la organización, ya que la visualizan como si ésta fuera un sistema cerrado; este enfoque incompleto radica en que no consideran el factor humano dentro de la organización.

Sin embargo, a pesar de las teorías y modelos más actuales, la Teoría Clásica de la Administración sigue siendo un marco de referencia, importante para el estudio de la Administración como parte fundamental de un sistema organizacional.

Existe una cierta controversia en la utilización de los términos administración (administration) y gestión o gerenciamiento (management); en los Estados Unidos, donde existe una antigua tradición en actividades descentralizadas, ambos conceptos se utilizan de forma indistinta, mientras que en Inglaterra y

Francia la palabra *management* se emplea en el área privada y *administration* se utiliza en el ámbito de la administración pública.

Como en verdad la distinción entre administración y gestión podría tener sentido sólo en la interpretación de la evolución de las organizaciones, en el presente trabajo se utilizarán indistintamente ambos términos, a modo de síntesis de todas las contribuciones que a lo largo de la historia fueron aportando las diversas corrientes; de modo tal que de aquí en adelante se utilizará el concepto moderno de la administración, management, gestión o gerenciamiento estratégico, caracterizado esencialmente por tratarse de una gestión por objetivos estratégicos y orientada a los resultados más que una gestión por normas, y que puede definirse del siguiente modo:

Administración, 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.

La administración es el proceso de planear, organizar, dirigir y controlar el trabajo de los miembros de una organización para lograr los objetivos establecidos, como se puede ver en el gráfico No. 1; el proceso o ciclo administrativo busca la adaptación de la organización a su entorno, la definición de los objetivos, su ejecución y seguimiento, a fin de asegurar el cumplimiento de estos y satisfacer los fines.

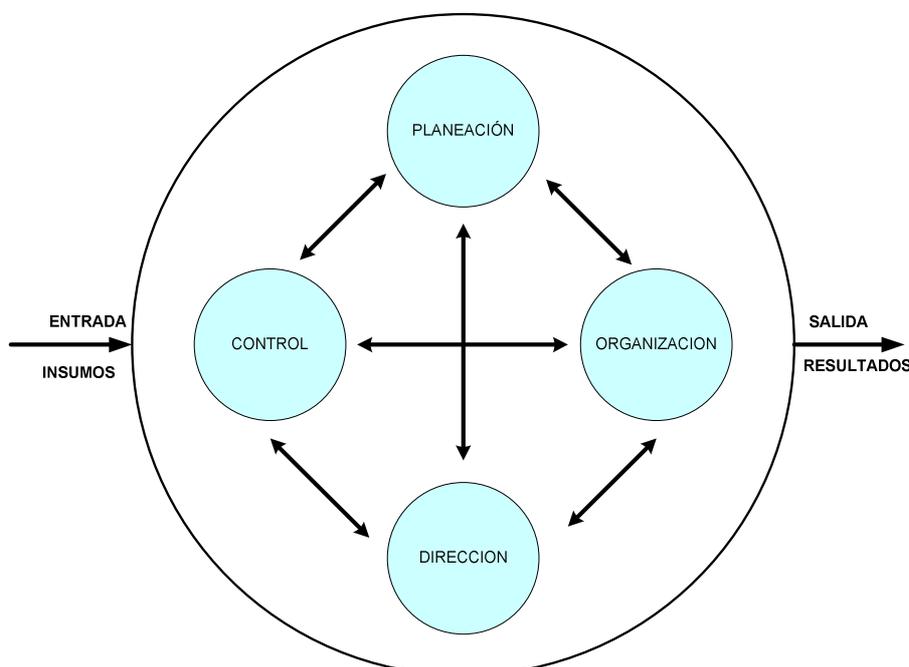
Los términos gestión y administración han sido usados indistintamente, aunque algunos autores tienden a diferenciarlos progresivamente, considerando que la utilización del término gestión conlleva tres características que lo diferencia de la administración:

- Un modelo de gestión de RRHH más orientado a coordinar voluntades que a ordenar conductas

- Un modelo de organización menos burocrático y más descentralizado; menos normativo y más flexible
- Un mayor énfasis en el control de los resultados que en el control de los procedimientos

## GRÁFICO Nº 1

### PROCESO ADMINISTRATIVO



Fuente: Administración de los nuevos tiempos

Elaborado: Elena López

#### 2.1.10.1 Planificación

Es un instrumento<sup>32</sup> de gestión y de política económica, que tiene por objetivo el aportar mayor racionalidad en la toma de decisiones y en la asignación de los recursos, es proyectar una visión de un futuro deseado y los medios como alcanzarlo, en definitiva es el método de razonar antes de actuar, es el cálculo

<sup>32</sup> FUNDACIÓN ISALUD, Instituto universitario Isalud, Diplomado Superior en gerencia de Hospitales, Módulo 6, Ecuador, 2003, p. 11-22.

que precede y preside la acción, con el objetivo de posicionar la organización en un futuro mejor.

En la planificación actúan algunos Principios generales como: *el diagnóstico* que es el análisis de las variables intervinientes, *la flexibilidad* que posibilita efectuar cambios sobre la marcha, *el planeamiento de alternativas* que es el compromiso con el “como” y el compromiso con el “cambio”, esto da como resultado; políticas, programas y proyectos; con respecto a la forma de desarrollar la planificación, tradicionalmente se reconocen dos modalidades:

- **La planificación normativa**, es centralizada y realizada por pocos expertos, este tipo de planificación establece que es posible predecir certeramente el futuro, basándose en el conocimiento del pasado y la observación del presente.
- **La planificación estratégica**, esencialmente es una planificación de largo plazo, por medio de la cual los niveles de propiedad y los máximos niveles de conducción de las organizaciones sociales establecen políticas, objetivos primarios generales y contenidos cualitativos de las acciones que habrán de realizar dichas organizaciones; la planificación estratégica tiene tres características distintivas:
  - ❖ *Alto grado de participación e involucramiento en su elaboración*, la planificación estratégica debe ser elaborada de forma descentralizada y participativa, por cuanto es clave y absolutamente necesario la participación e involucramiento de toda la organización en este tipo de planificación.
  - ❖ *Utilización del enfoque de contingencia*, utiliza e integra los elementos normativos que corresponderían a ese “deber ser” con otros elementos estratégicos que influyen en el “poder ser”, en un enfoque contingente, actitud anticipativa y exploradora, permite crear situaciones intermedias, finales y futuras, que corresponden a la situación objetivos probables y deseables para la fuerza social que planifica.

- ❖ *Creación de escenarios*, asumir y reconocer la imposibilidad de poder adivinar las consecuencias del futuro, construir un escenario es hipotetizar sobre cómo evolucionarán las principales variables que intervienen en los diversos componentes del escenario o subescenarios, se reconocen cinco subescenarios importantes: económico, sociocultural, político legal, tecnológico y estructura competitiva.

En el proceso de planificación estratégica identificamos varias fases como:

- **Identificación del problema**, definir claramente el problema y los actores sociales involucrados en él, un problema es la percepción de una realidad insatisfactoria, definida por un actor social posible de cambiar y que desafía a la acción, la formulación del problema es muchas veces más importante que la solución misma y un problema bien formulado es un problema medio resuelto en donde existen tres momentos: la detección y primer enfoque del problema, la ponderación del problema y la explicitación del problema
- **Diagnóstico de situación**, comprende dos tipos de análisis: el externo y el interno;
  - ❖ *Análisis externo o del entorno*, es identificar las oportunidades y amenazas que existen en el macroentorno y el microentorno, el primer punto se refiere a valorar el ambiente internacional y nacional, así como los factores macroeconómicos, sociales, gubernamentales, legales, y tecnológicos que puedan afectar la organización, analizar el microentorno o ambiente inmediato involucra una evaluación de la estructura competitiva de la organización.
  - ❖ *Análisis interno de la organización*, se analiza el rol de las habilidades distintivas, los recursos y capacidades en la formación y sostenimiento de la producción
- **Formulación del plan de estratégico**, se debe considerar algunos parámetros como: la definición de metas y objetivos, la definición de

actividades y la definición de los indicadores de impacto y metodología de evaluación

Cuando se trata en áreas de salud se implementa un *Plan de Empresa*, que es el motivo de la existencia de una organización ya que tiene una finalidad última llamada misión por medio de la cual se alcanzan los objetivos previstos y se expresan los valores que dichas organizaciones encarnan, para llevar a cabo esta misión, cada organización establece anticipadamente un conjunto de criterios y directivas de gestión que orientan y definen su finalidad última, así como su posicionamiento y actividades, siendo esta una herramienta de planificación, dentro de la metodología para la formulación de un plan de empresa para un hospital pueden reconocerse dos ejes:

- *La Formulación Estratégica*, generalmente con un horizonte a cinco años, incluye las siguientes tres actividades: elaboración del Diagnóstico Estratégico que es el análisis de los entornos demográficos, socioeconómicos, culturales, epidemiológicos y de servicios de salud, la definición de la Misión del Hospital, la finalidad última en el marco de la filosofía y política sanitaria expresa el motivo de la existencia del hospital y la definición de las Líneas Estratégicas y los Objetivos Estratégicos.
- *La Planificación Operativa*, las acciones y resultados de la Planificación Operativa son diferentes si se trata de un Hospital que se pone en funcionamiento o bien se trata del fortalecimiento de un Hospital existente, en el caso de tratarse del fortalecimiento institucional de un Hospital existente, una vez realizada la Formulación Estratégica y determinados los Objetivos Estratégicos, se prosigue con la Operativización de los Objetivos Estratégicos, esto es: la definición para cada una de los Objetivos Estratégicos, de acciones implementables acotadas en el tiempo, asignadas a un responsable y de fácil seguimiento y control.

El Presupuesto<sup>33</sup> es una predicción, un pronóstico, una proyección de: los ingresos, las actividades y los gastos de una institución, expresa en términos

---

<sup>33</sup> FUNDACIÓN ISALUD, Instituto universitario Isalud, Diplomado Superior en gerencia de Hospitales, Módulo 6, Ecuador, 2003, p. 30

monetarios el plan de acción de la organización para alcanzar su objetivo, reflejando las acciones que en ella realiza cada centro responsable de una determinada producción, así como los recursos que se le adscriben a esa unidad productiva, denominada también centro de responsabilidad o centro de costos, se ha convertido en la actualidad en uno de los cuatro pilares del funcionamiento organizacional junto a la estructura de la organización, el sistema de información y el sistema de evaluación de resultado, es una planificación de mediano plazo, elaborada por las jefaturas de los servicios o centros de producción, cuyo objetivo es establecer un detalle cuantitativo de las actividades de dichos centros, expresado en valores de moneda corriente.

Se reconocen tres tipos de presupuestos en las instituciones de salud, caracterizándolos por su objetivo central, el grado de descentralización y flexibilidad:

- *Presupuesto histórico o incremental*, basado en la asignación presupuestaria del año anterior, independientemente de la actividad y gestión.
- *Presupuesto por programa*, a través de un pronóstico de actividad que no identifica productos finales y permite sólo mínimamente ajustes por productividad.
- *Presupuesto por resultado o desempeño*, cuyo objetivo central es la actividad medida por producto, es un presupuesto que aunque anual, tiene una base mensual de actividad esperada por servicio de producción final, por cuanto especifica los resultados de las actividades de cada programa que resultan en un producto determinado.

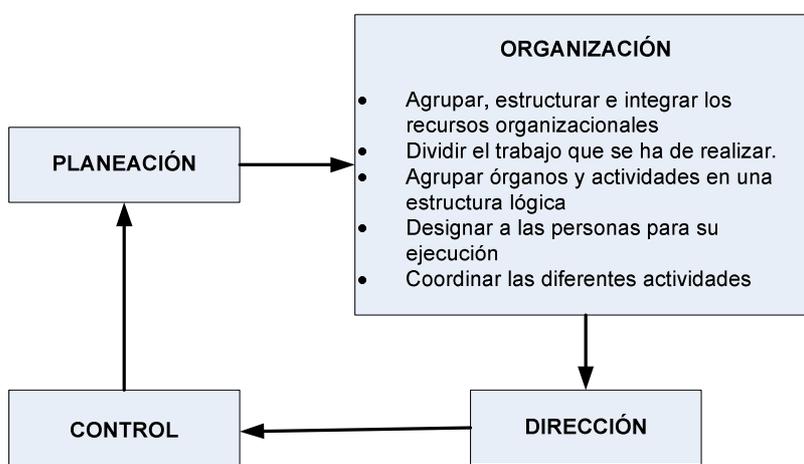
#### **2.1.10.2. Organización**

La organización es la forma de relacionar personas y cosas, de manera tal que se combinen en una unidad tendiente al logro de los objetivos inherentes a la

organización, el propósito básico de la función organizativa es el desarrollo de un marco llamado “estructura organizativa funcional”<sup>34</sup>, son agrupaciones humanas como un modelo de sistema, por lo cual la organización social es un conjunto de partes relacionadas interdependientes, deliberadamente constituidas para lograr metas específicas, con fines y objetivos culturalmente aceptadas por el medio.<sup>35</sup> .  
Ver gráfico No. 2

## GRÁFICO Nº 2

### ORGANIZACIÓN COMO PARTE DEL PROCESO ADMINISTRATIVO



Fuente: Administración de los nuevos tiempos

Elaborado: Elena López

En una organización de servicios existe una inseparabilidad entre la producción y el consumo, la presencia física del usuario es necesaria, el que consume, en el mismo momento y lugar donde se produce la transformación, la corriente de salida está formada por el producto y la utilidad, por lo tanto, como parte de la corriente de salida está la utilidad de la organización, mientras que en las organizaciones de servicio, el producto es un servicio, la corriente de salida está formada además del producto y la utilidad, por el resultado o satisfacción, para una institución privada de servicios, además del producto y el resultado forma

<sup>34</sup> G. E. Alan Dever.PH.D. MT. Epidemiología y Administración de .Servicios de Salud. 1991.

<sup>35</sup> IDALVERTO CHIAVENATO, Administración en los nuevos tiempos, 1era edición, Colombia, Editorial Campus LTDA, pp. 362.

parte de la corriente de salida la utilidad económica, mientras que para una entidad sin fines de lucro, es la utilidad social y el reconocimiento social; para una institución de “bien público”, como un hospital, debe formar parte de la corriente de salida no solo los productos sino los resultados en términos de utilidad social, utilidad social que no sólo se refleja en los indicadores de salud, por cierto muy importantes, sino que además se expresa en:

- El reconocimiento de la sociedad
- La satisfacción de los usuarios
- La defensa por parte de la sociedad para que se le siga entregando el subsidio desde el Estado para funcionar.

Un Servicio es el resultado de un acto aislado o de una secuencia de actos, de duración y localización definidas, realizados con medios humanos y materiales, según procesos, procedimientos y comportamientos codificados que tienen un valor económico, los servicios públicos son prestaciones de interés general para cubrir necesidades colectivas, esta conceptualización es importante por cuanto trasciende la dialéctica de sanidad pública - sanidad privada, lo esencial es la prestación de los servicios que la comunidad necesita y el objetivo principal de la asistencia sanitaria debe ser la prestación de servicios de calidad, mediante la utilización óptima de todos los recursos estos poseen características específicas, que condicionan la gestión y la calidad desde el mismo momento del diseño, estas características particulares son:

- *La Propiedad*, los clientes no adquieren la propiedad, sino el uso o disponibilidad del servicio.
- *El contacto directo*, cuanto menor es la relación directa entre la organización y el usuario, más libertad tiene aquella de normalizar la oferta.
- *La relación empresa de servicios – usuarios*: existe una interacción constante, que varía en uno u otro sentido, según la relación existente entre la organización y la población.
- *La intangibilidad* condiciona que su grado de calidad dependa de la percepción y evaluación de los clientes

Toda organización, para alcanzar su misión requiere la división de trabajo en diferentes tareas, así como la coordinación de dichas tareas para poder desarrollarlas adecuadamente, podemos definir entonces que la estructura de una organización es la definición de: como se divide el trabajo en diferentes tareas, como se organizan dichas tareas, como se conducen y coordinan los equipos de trabajo, cuales son los canales de comunicación entre las diferentes partes<sup>36</sup>, existen parámetros fundamentales para el diseño de una organización de servicios como: división del trabajo o especialización del puesto del trabajo, formalización del comportamiento, formación, adoctrinamiento, agrupación en unidades o departamentalización, tamaño de la unidad, sistemas de planificación y de control, dispositivos de enlace, descentralización y la línea de mando y organigrama.

*Estructura organización de los hospitales*, consiste esencialmente es establecer quién hace qué, establecer el quién, las relaciones ya sea entre los miembros de un equipo de trabajo como entre los diversos equipos de trabajo y determinar las líneas de autoridad y de comunicación para la toma de decisiones, con un solo objeto, de que las tareas se realicen adecuadamente para la toma de decisiones, para establecer la organización de una institución de salud, debe agrupar los recursos humanos en unidades de tareas denominadas unidades funcionales asistenciales y unidades funcionales no asistenciales, se debe establecer para cada uno de estas unidades funcionales, los procesos, procedimientos y actividades que son de su competencia, debemos determinar el grado de autonomía de las unidades funcionales, estableciendo responsabilidad y responsables, determinar líneas de autoridad para la toma de decisiones , determinando los canales de comunicación formal, por lo tanto, el organigrama es un documento formal que representa la red de jerarquías y relaciones, expresa la estructura gerencial, las diversas unidades funcionales sus autoridades y líneas de mando, así como también las vías de comunicación entre unidades.

---

<sup>36</sup> FUNDACIÓN ISALUD, *Op. Cit.*, pp.10-20

*La organización funcional* se refiere a estructuras centralizadas, con manejos verticales, lejos de los niveles operativos, en el ámbito de la salud históricamente se establecieron estructuras funcionales debido a la naturaleza profesional del trabajo, por lo que se agruparon los distintos profesionales en departamentos: médicos, enfermería, auxiliares de diagnóstico y tratamiento, también los administrativos, estableciéndose como unidades independientes entre sí, sin autonomía de comunicación vertical entre sus miembros, lo principal de esta organización es que tienen funciones especializadas, que deben cumplirse eficazmente, por ejemplo el departamento de enfermería está organizado de modo que todas las enfermeras dependen de la jefatura de enfermería y estas deciden quienes hacen el trabajo, donde y como.

*La organización por servicios*, estas estructuras dividen la organización en pequeñas unidades sobre la base de los servicios que presta y cuyos miembros, ya sea médicos, administrativos, enfermeras y otros, son propios de la unidad y están coordinados por el jefe de dicha unidad; una de las principales complicaciones es que existe frecuentemente una dualidad entre la toma de decisiones administrativas de la organización y las asistenciales de cada unidad, servicio o departamento, existiendo una gran dificultad en establecer responsabilidades, este tipo de estructuras favorece el desarrollo profesional, ya que cada grupo pretende optimizar los recursos y las actividades de su propio departamento o servicio.

*Hospital por cuidados progresivos*, se organizó la atención de los enfermos enucleando médicos y enfermeras por especialidades, teniendo como ventaja el entrenamiento del personal y la estructura organizativa, implicando una gama de servicios, entonces la utilización inapropiada de los recursos, como tener camas ociosas, tanto en el giro de cama, así como en la evaluación integral del paciente, en falta de interrelaciones adecuadas en el tiempo, oportunidad y espacio, es un modo de gestión prestacional basado en la sectorización de los servicios finales del hospital de acuerdo al tipo de cuidados requeridos por el paciente, el objetivo fundamental es el aumentar la producción sanitaria, para conformar un diseño organizacional horizontal para evitar los fracasos de los servicios.

*La organización por procesos*, tiene que ver con la mejora de sus procesos productivos, hacia procesos más eficientes e integrales, equitativos y eficaces, seguros y fiables, coordinados con el usuario, capaz de cambiar y aprovechar las transformaciones del entorno, el éxito de la organización hospitalaria radica, en poseer procesos bien diseñados, en función de costos y satisfacción de los principios del sistema sanitario.

*La organización por productos*, basada en la estructura por programa, pretende derribar las barreras entre departamentos, desarrollando estructuras descentralizadas, con manejos horizontales e integración en los niveles operativos, cada producto es un programa y puede coincidir o no con un servicio, está puesto más en la eficiencia y en el cuidado integral del paciente.

*Gestión por procesos*, su objetivo es darles valor agregado al proceso para maximizar las acciones de salud de la comunidad, que nos permiten analizar y mejorar la producción de la empresa sanitaria, el personal de enfermería responsable, indispensable del proceso de atención, confort y cuidado, ve afectado sus procesos, por tener que proveerse de insumos para dispensar ese cuidado y en consecuencia disminuir el tiempo asistencial, es necesario evaluar la incorporación al proceso asistencial de coordinación, la organización hospitalaria ideal, tiene objetivos generales consensuados y congruentes con su visión, metas claras y sustentables, atrae personal de gran talento y conforma equipos de trabajo, toma de decisiones en función de datos objetivos.

*Organización Matricial*, donde una estructura funcional se le sobrepone otra que semeja ser por productos, pero que no es autónoma, genera frecuentes conflictos y conductas oportunistas de la doble dependencia, se observa cuando el personal médico cumple parte de su horario en el servicio de emergencias y el resto en un servicio clínico o quirúrgico, para evitarlo se requiere asignar a un solo responsable la resolución de toda una línea de productos.

Características particulares de los hospitales y otras organizaciones proveedoras de servicios del sector salud, el hospital, es de extrema complejidad, porque además de tener una operatoria continua las 24 horas todos los días del año, donde por lo general se plantean problemas límites que involucran la vida y la

muerte de las personas, coexisten cuatro empresas diferentes con una gama de producción, esto hace que los hospitales sean considerados empresas multiproducto; las cuatro empresas que coexisten en un hospital son: *un hotel*, cuyos usuarios presentan mayores exigencias que en un hotel común, *una empresa artesanal*, con productos difíciles de definir donde los profesionales capacitados ejercen prácticamente en forma autónoma, *una empresa que utiliza tecnología de punta con procesos casi industriales*, con servicios intermedios, auxiliares del diagnóstico y tratamiento, *una escuela de formación técnica y profesional* y un instituto de investigación. Las unidades funcionales de salud, conformada con un equipo de trabajo conducido por un responsable que realiza rutinariamente tareas específicas, son unidades de procesos no de estructura, a su vez pueden agregarse en dos grandes grupos: *unidades funcionales asistenciales*, encontrándose en área de los servicios funcionales y el área de los servicios intermedios o auxiliares de diagnóstico y la terapéutica; *unidades funcionales no asistenciales*, encontrándose en tres tareas, el área administrativa, el área de servicios generales o de servicios de apoyo, el área de docencia e investigación.

*Paradigmas Organizacionales*, es el conjunto de reglas y disposiciones que establecen e indican como comportarse, responden ante una alternativa que exige una solución, así surgen los modelos, las metodologías, los principios, las rutinas, los hábitos, el sentido común, la ideología, todos estos elementos son paradigmas, que pueden ser modificados para brindar un mejor servicio en el hospital, la construcción de los paradigmas de una organización pueden ser doctrinario, dogmático, ideológico que pueden ser modificados, en todas las organizaciones hospitalarias, existen expresiones típicas de los valores vigentes, la orientación hacia el servicio, el aporte al cumplimiento de la misión, y la postura ante los objetivos generales, debe ser la transformación de los paradigmas.

*Diagnóstico y evaluación organizacional*, el diagnóstico estratégico de la institución está basado en dos actividades esenciales: el análisis de los entornos, demográficos, socio-económicos, culturales, epidemiológicos y de servicio de salud, el análisis de la estructura y funcionamiento del propio hospital, como resultado de los análisis del entorno surge una descripción detallada de: en el

frente interno, fortalezas y debilidades, en el frente externo, oportunidades y amenazas, todo en el marco de la situación concreta de la comunidad y la misión de la organización, esto es lo que se denomina matriz DOFA, el análisis estratégico pretende realizar: análisis del entorno, análisis de situación interno del hospital.

### **2.1.10.3. Gestión<sup>37</sup>**

En nuestro país junto a otros países de América Latina, los términos gestión y administración han sido usados indistintamente, aunque algunos autores tienden a diferenciarlos progresivamente, considerando que la utilización del término gestión es conducir la organización hacia su objetivo, que debe ser muy claro para todo el personal y asignar los recursos humanos, materiales, financieros y de tiempo de modo tal de alcanzar los mejores resultados con los menores costos, en el caso de las instituciones públicas de salud, es complementar los programas de salud del estado, sin embargo, es fundamental conocer las particularidades del sector por cuanto para administrar correctamente una organización social no sólo se requiere conocer la técnica de gestión y los indicadores de producción, sino que además y esencialmente se requiere conocer los procesos que en ella se desarrollan estos sirven para mejorar la producción hospitalaria y esta encaminada a conseguir objetivos de calidad, en una forma rápida, sencilla de abordaje de los problemas de salud, desde una visión centrada en el paciente, en las personas que prestan servicios y en el proceso asistencial, en este sentido debe hacerse un cambio de la organización basada en el compromiso de las personas para mejorar los resultados de la misma, tratando de construir una nueva realidad sin destruir lo anterior, mediante una reingeniería sanitaria con conceptos diferenciales, mejorando y sosteniendo como ventaja competitiva basada en la visión del proceso del paciente, a través del sistema sanitario y en su deseo de conseguir atención de calidad y respuesta única a sus problemas y necesidades de salud.

---

<sup>37</sup> FUNDACIÓN ISALUD, Diplomado Superior en Gerencia en Hospitales, Módulo 3, Ecuador, Pág. 15-20

Además los cambios vertiginosos en el mundo en relación a las reformas de los sistemas de salud, es un desafío para las personas encargadas de la gestión de las instituciones, asegurar la calidad de la atención, con objetivos de salud y rendición de cuentas, con financiación de la demanda de servicios y no de la oferta, con mayor peso en la atención primaria de salud, con un trabajo interdisciplinario en atención, con mayor énfasis en la promoción de la salud y prevención de enfermedades y contribuyendo al fortalecimiento de las políticas de salud que garanticen la accesibilidad universal, eficacia, eficiencia, equidad, para promover la formación de equipos multiprofesionales, por tal complejidad de las organizaciones de salud está vinculada a las especificidades del sector salud, las siguientes: el proceso productivo donde el paciente es el insumo clave del proceso, el componente social en el que la salud es considerada por la sociedad como un bien superior que debe ser preservado, pues, impacta sobre la calidad de vida de las personas y por último la imprevisibilidad del consumo y la aparición del tercer pagador, que es quien asume el riesgo económico de la cobertura de la salud, el verdadero comprador de servicios que finalmente no es el que los consume, por último, como expresión cabal 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 para 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.
- Una escuela de formación técnica y profesional.

Por todo lo mencionado anteriormente, existen desafíos del Gerenciamiento en Salud, causado por una serie de cambios que por su naturaleza, cantidad y

velocidad ejercen una gran influencia en las organizaciones de salud, cabe destacar las más importantes como: el gran avance de las ciencias y la tecnología, el desarrollo de la teoría económica, los fenómenos de globalización, una mayor conciencia crítica de los usuarios, debido a ello, la mayoría de los sistemas de salud en el mundo están sufriendo en las últimas décadas cambios sustantivos en sus cuatro funciones básicas, de modulación, de financiamiento, de compra y de provisión de servicios, con el objeto de mejorar su eficiencia y la satisfacción de la población, pueden agruparse en tres grandes grupos:

- *Reformas en la organización y el funcionamiento*, la separación entre la compra y la provisión de servicios, un mayor protagonismo de los usuarios, la particular preocupación en asegurar la calidad de la atención, el establecimiento de objetivos de salud y rendición de cuentas.
- *Reformas en el financiamiento*, la financiación de la demanda de servicios y no de la oferta, la introducción de principios de mercado en la provisión de servicios, la introducción de incentivos, positivos y negativos.
- *Reformas en el modelo de atención de la salud*, un mayor peso de la Atención Primaria de la Salud, con un fuerte componente de trabajo interdisciplinario e integración en redes de atención, el énfasis en la promoción de la salud, de hábitos de vida saludables y de prevención de las enfermedades, la continuidad e integralidad de la asistencia a los pacientes crónicos.

**La Gestión por procesos**, es una forma de reingeniería, que culmina implantándose como un tipo de medicina gestionada, con control de la utilización por parte de la propia organización, su objetivo es darle valor agregado al proceso para maximizar las acciones de salud de la comunidad dentro de la escasez de recursos, garantizando una prestación adecuada de servicios, permite normalizar la actuación de los servicios sanitarios, reducir la variabilidad de la práctica clínica, adaptarse a los recursos disponibles, garantizando así la eficiencia, efectividad y calidad de los servicios.

Es lo que nos permite analizar y mejorar la cadena de producción de servicios en la empresa sanitaria; el paciente en general recibe información heterogénea, se medicaliza la vida, debe esperar períodos de tiempo innecesarios para ser atendido, debe estar pendiente de realización de pruebas que después arrojan resultados no esperados y no sabe que hacer con ellos, tiene dificultades burocráticas en cada paso y observa atónito que no es una persona como creía, sino es un síndrome febril, un cólico renal, etc.

En internaciones de menos de siete días de estancia, puede entrar en contacto antes del alta con más de sesenta o setenta personas, sin reconocer quién es su médico de cabecera, no existe coordinación entre los diferentes sectores y se observa una atención global fragmentada, super-especializada por áreas o servicios, todos estos factores revelan serias dificultades en la ejecución y en el diseño de los procesos asistenciales y de apoyo.

El personal de enfermería responsable importante del proceso de atención, confort y cuidado, ve afectado sus procesos, por tener que proveerse de insumos para dispensar ese cuidado y en consecuencia disminuir el tiempo asistencial, por ello es necesario evaluar la incorporación al proceso asistencial de coordinación, cambios y mejoras, como las áreas clínicas, para pensar en la forma de reducir los tiempos de internación de los pacientes, de modificar las prescripciones, de normalizar los procedimientos y las conductas, de integrar en las consultas acciones integrales e integradas, actuar sobre la demanda, evitando el deterioro de la calidad de vida de las personas.

La cultura de la gestión administrativa en el hospital de la actualidad, está basada en el rechazo del riesgo, en un bajo nivel de incentivación tangible, en un bajo reconocimiento jerárquico y gran peso de la burocracia, esto ha generado un modelo de gestión con excesiva centralización, bajos niveles de autonomía, muy reglamentarista y rígido, con grandes dificultades en la introducción de gestión de

procesos pensado en los usuarios, la organización hospitalaria ideal en cambio es la que tiene objetivos generales consensuados y congruentes con su visión, metas claras y sustentables, procesos orientados a los pacientes y mejora en la calidad de los procesos; atrae personal de gran talento y conforma equipos de trabajo, toma decisiones en función de datos objetivos y desarrolla permanentemente una estructura de disminución de los costos.

En el hospital la principal función es el proceso asistencial, se atienden enfermos y a su entorno, dando respuesta a las necesidades individuales, sanitarias y sociales, se nos pide disponibilidad, accesibilidad y que contribuyamos a preservar la equidad; este *proceso de atención*, es una secuencia progresiva de actividades interrelacionadas que comprenden la valoración, el diagnóstico, la planificación, la ejecución y la evaluación, ya que el proceso es cíclico y auto correctivo; *procesos asistenciales*, son el conjunto de procedimientos diagnósticos, terapéuticos y preventivos complejos que sirven para alterar el curso natural de la enfermedad, prevenir, curar, rehabilitar, de forma secuencial y ordenada para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos del usuario al que va dirigido el proceso, los mismos que deben realizarse según las exigencias de los usuarios, con la máxima disponibilidad técnica y tecnológica, con un gasto acorde y con un servicio excelente, con cuatro acciones constitutivas que deben ser concurrentes; el acceso, el manejo integral de los recursos, hacer las cosas adecuadamente y basarse en la evidencia; estos aspectos deben nuclearse en la visión que tienen los gerentes intermedios de la institución hospital.

El desempeño vinculado a los procesos tiene la capacidad de transformar la organización mediante la modificación de los procesos productivos, dando el valor añadido, caracterizado por un grupo de actividades coordinadas e integradas, cuya efectividad se traduce en mejores resultados y en satisfacción de los usuarios, plantea una visión de cambio hacia una organización de alto rendimiento que sea reconocida socialmente, más horizontal en el ámbito del trabajo, funcional e integrado, coordinado con los servicios de apoyo, de logística

en una cadena cliente proveedor, motivando una cultura de servicio multidimensional, de identificación de usuarios, clientes internos y proveedores, llevando a considerar en las áreas de servicios una gestión global de desempeño.

Toda empresa sanitaria hospital, tiene una serie de *procesos centrales*: los procesos de dirección estratégica, del ordenamiento de la producción asistencial o de gestión clínica, de atención ambulatoria, de atención de enfermería, de atención de paciente crítico, de la emergencia, del paciente quirúrgico, de la atención del parto, de la cirugía ambulatoria, etc.

El desarrollo del rediseño de esos procesos ofrece al hospital el mejor posicionamiento para incrementar niveles de desempeño y aumentar su competencia, resulta necesaria una revisión y rediseño de los procesos para mejorar el desempeño y el rendimiento en aspectos tales como la calidad, disminución de los costos, mejora en los servicios y rapidez de respuesta asistencial.

Los procesos de cambio, ante la magnitud de la crisis, no pueden ser estrategias incrementales ya que se neutralizarían por las restricciones, no es suficiente hacer las cosas simplemente mejor, o por mayor cantidad, las tenemos que hacer mejor, por más cantidad, gastando menos, acercándonos a los usuarios y a los objetivos sanitarios, mejorando los resultados y diseñando procesos efectivos.

#### **2.1.10.4 Monitoreo y Evaluación**

**Monitoreo**, lo más frecuente es que se realice el monitoreo sistemático de la percepción y no sistemático de las expectativas, este último suele hacerlo la empresa privada, generalmente para valorar la modificación o introducción de un nuevo producto o servicio, mediante un estudio de mercado en función de expectativas y necesidades del cliente y debería hacerse en las instituciones públicas de salud, al menos previo a la implementación de un nuevo servicio en

una determinada comunidad por ejemplo una clínica de consulta ambulatoria o un hospital, a fin de estructurar la oferta de servicios lo más cercano posible a las expectativas y necesidades de los clientes, en este caso utilizando posiblemente el criterio de razonables expectativas de los clientes, hay aspectos importantes a considerar en su *monitoreo* como son:

- Nivel de involucramiento del paciente y/o familiares en el proceso incluyendo: explicación de los procedimientos ventajas, desventajas, riesgos, otras alternativas; forma adecuada de uso de los insumos brindados; participación en la toma de decisión sobre cursos de acción; capacitación para el "auto-cuidado" tanto al paciente como a familiares.
- Aspectos organizacionales: cumplimiento de horarios, no existencia de "trabas" o trámites excesivos, orden y definición de procesos protocolización, normalización, estandarización, sin que ello se convierta en una "camisa de fuerza" de modo que exista un nivel de flexibilidad en función de las necesidades del usuario.
- Condiciones del Ambiente, que incluyen: condiciones físicas como limpieza, color de la pintura, buena presentación del local, iluminación, comodidad para el usuario confort, seguridad del ambiente para los usuarios, señalización de los departamentos, salidas, etc.
- Condiciones de los insumos brindados: presentación y calidad por ejemplo de las raciones alimentarias, medicamentos, bolsas, colostomía, etc., instrucciones claras por escrito en cuanto a su uso y de ser necesario verbales, según su grado de complejidad y/o alfabetización del usuario.
- Condiciones de los prestadores de servicios: forma de vestir, de comunicarse con el usuario, aclaración de dudas, percepción de capacidad profesional, trato incluidos los gestos: "proceder de los proveedores durante la prestación de servicios de salud, de obra o de palabra, en su relación con el usuario", incluye: empatía, interés, comprensión, accesibilidad, respeto, consideración, gentileza, cortesía, urbanidad, amabilidad, afectuosidad., dignidad.

- Grado en que son respetados los derechos de los usuarios de servicios de salud: relacionado con los ítems anteriores e incluyendo el consentimiento informado.

**Evaluación de los Servicios de Salud**<sup>38</sup>, es un proceso dinámico, sistemático y continuo orientado hacia los cambios de las conductas y rendimientos, mediante el cual verificamos los logros adquiridos en función de los objetivos propuestos, esta adquiere sentido en la medida que comprueba la eficacia y posibilita el perfeccionamiento de la acción de modo que debe permitir la adaptación de los programas a las características individuales de la organización, detectar sus puntos débiles para poder corregirlos y tener un conocimiento cabal de cada uno, otra conceptualización sobre Evaluación, es dada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), donde se define a la evaluación como:

"... el proceso encaminado a determinar sistemáticamente y objetivamente la pertinencia, eficiencia, eficacia e impacto de todas las actividades a la luz de sus objetivos, se trata de un proceso organizado para mejorar las actividades todavía en marcha y ayudar a la administración en la planificación, programación y toma de decisiones futuras..."<sup>39</sup>

El proceso analítico de una evaluación consta de una serie de etapas que son:

*La etapa preparatoria* es la que se encarga de establecer los intereses, las preguntas y las normas de evaluación, selección de los métodos recolección y diseño de instrumentos de recolección de datos, esto está a cargo del responsable/coordinador de este proceso y los interesados, también es importante la participación de los usuarios de los resultados de la evaluación en la definición de las normas de evaluación al inicio del proceso reviste gran importancia ya que los receptores de los resultados sólo utilizarán esos si se

---

<sup>38</sup> Dr. Ramírez Chacón Hugo Consultor OPS en Sistemas de Información e Indicadores de Gestión, Costa Rica, 2001.

<sup>39</sup> ONU, 1984 :18 "Pautas básicas para el seguimiento y evaluación de programas", Mimeo FECS

sienten seguros de que las conclusiones que contienen se basan en normas que consideran aceptables, es por ello que se debe considerar posibles aspectos como cantidad, costos, calidad, oferta y resultados.

Posteriormente tenemos la *etapa de implementación*: la recolección de la información y los datos que darán respuesta a las preguntas de evaluación, estos se reúnen utilizando los instrumentos de recolección establecidos, los datos recogidos constituyen los resultados de la evaluación los mismo que estarán listos para el análisis y así llegar a obtener conclusiones y enseñanzas que se convierten en conjunto de aseveraciones, es decir, las conclusiones detalladas de la evaluación, que dan respuesta a las preguntas de la evaluación, por ello estas deben ser sólidas pues de ellas dependen la cantidad, la calidad y la credibilidad de la información reunida, también depende de la calidad de la interpretación y valoración de los datos de evaluación obtenidos por los evaluadores, esta interpretación y las valoraciones se basan en la información y las perspectivas que los interesados aportan a las indagaciones de la evaluación, así como también en los conocimientos especializados de los evaluadores sobre la materia, dentro de la característica de un buen proceso de evaluación tenemos la imparcialidad, credibilidad, utilidad, participación, retroalimentación, el costo y beneficio.

La necesidad de evaluar nace de la obligación del gerente de conocer ¿Cómo se están haciendo las cosas en servicio? y ¿En qué se están invirtiendo los recursos financieros del establecimiento? En tal sentido J. Wilde y S. Sockey señalan, en su texto "Manual de Evaluación" que existen tres escenarios básicos que impulsan al gerente a elaborar evaluaciones, para así tener conocimiento del desempeño del establecimiento que dirige:

- *Escenario uno*: cuando se identifica un problema dentro del establecimiento, servicio o programa debido a que se están produciendo o previsiblemente se producirán en el futuro, resultados que contradicen o se alejan los objetivos perseguidos por la gestión, la evaluación es, según esta premisa, un análisis retrospectivo de cuestiones operativas, de procesos o

de cuestiones administrativas, esta premisa es para evaluar comúnmente *ex post*.

- *Escenario dos*: parte, no necesariamente de la determinación de algún problema en el establecimiento, servicio o programa, sino, de la necesidad política, administrativa y de gerencia de optimizar los procesos internos del establecimiento para maximizar la eficiencia y la eficacia del mismo, esta premisa se aplica generalmente *ex ante*.
- *Escenario tres*: la evaluación en este escenario, parte de la necesidad que tiene la gerencia de comparar los beneficios (resultado + impacto) del servicio o programa con los costos que se invirtieron, es determinar si el grado de beneficio alcanzado corresponde a la cantidad de recursos tanto económico como institucionales, que se emplearon o invirtieron en el servicio o programa, es una evaluación "economicista", que intenta llevar a unidades monetarias todas las variables que se emplean en un servicio para luego ponderar su eficiencia y eficacia. (Wilde y Sockey, 1995:19). En su expresión mas concreta, una evaluación óptima será aquella donde el evaluador primero determine su alcance partiendo de las limitaciones pragmáticas y sobre todo considerando las capacidades técnicas y de la aplicabilidad de métodos de medición disponibles, además, el "evaluador" debe tomar en cuenta que en la medida que crece el alcance de una evaluación también crece la inseguridad de lo que se está evaluando, los costos, el tiempo de ejecución, los recursos necesarios etc.
- El propósito general de la evaluación, es la guía general, el enlace entre la necesidad de evaluar del gerente y la forma de cómo llevarlo a cabo por parte del evaluador, este en definitiva, determinará tanto las alternativas de acción administrativas como las alternativas metodológicas aplicables al proceso mismo de la evaluación y este puede ser, entre otros: administrativo, descriptivo o resumen, económico, sociopolítico y de retroalimentación o auto crecimiento.

Los proceso de evaluación de los servicios de salud, son de carácter integral, debería considerar con diferentes niveles de intensidad los aspectos que

conforman el concepto de productividad, que no es más que una medida para evaluar cualquier tipo de actividad productiva de la sociedad, o como el grado de significación y efectividad de las actividades que utilizan a la naturaleza, de modo que implica preocuparse de aspectos tales como: evitar o disminuir los daños ecológicos, evitar la alienación de los seres humanos ocupados en el proceso de trabajo, evitar el desperdicio de los recursos; al planificar las actividades de evaluación se deberá determinar los siguientes aspectos: por qué, qué, cómo, quién, cuándo y recurso, también es importante definir el periodo a evaluar, volumen de producción, eficiencia de los servicio basado en indicadores en función de la producción comparativa, los más usados son de rendimiento de recurso humano, físico, índices de utilización de servicios de apoyo y costos de operación y al realizar la evaluación de la calidad de los servicios se lo realiza a través de:

La calidad objetiva o técnica, que consiste en valorar la incidencia y prevalencia de eventos indeseables, en este caso los indicadores a usarse serán con índices o tasas como por ejemplo: mortalidad total o por grupos específicos, letalidad para patologías específicas, tasa de muertes evitables, porcentajes de autopsia, etc.

La evaluación de la calidad subjetiva o medición de la satisfacción del cliente se la puede realizar midiendo el deleite del usuario, satisfacer las necesidades del usuario no solicitadas, cumplir los requisitos del usuario y cumplir la legislación y normativa nacional e institucional relacionada al respecto.

#### **2.1.10.5 Balanced Scorecard**

El Balanced Scorecard<sup>40</sup> (BSC) desarrollado por Robert Kaplan de la Universidad de Harvard y el consultor David Norton de la firma Nolan & Norton Consulting, como un sistema de evaluación del desempeño empresarial que se ha convertido en pieza fundamental del sistema estratégico de gestión de las firmas alrededor del mundo; permite traducir la visión de la organización, expresada a través de su

---

<sup>40</sup> Barreto Miguel. Planificación Estratégica basada en Balance Score Card, septiembre 2007, ICAM-Q-Quito-Ecuador

estrategia, en términos y objetivos específicos para su difusión a todos los niveles, estableciendo un sistema de medición del logro de dichos objetivos; conocida como el Balanced Scorecard, tablero de comando, tablero de mando, cuadro de mando, cuadro de mando integral, sistema balanceado de medidas.

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

Es un sistema de medición que ayuda a las empresas a administrar mejor la creación de valor en el largo plazo, que busca realzar los inductores no financieros de creación de valor como son: las relaciones estratégicas con proveedores, los procesos internos críticos, los recursos humanos y los sistemas de información, entre otros.

Es un concepto que le ayudará a traducir la estrategia en una acción, el BSC empieza en la visión y estrategia de la compañía y define los factores críticos de éxito, los indicadores le ayudarán a medir los objetivos y las áreas críticas de la estrategia, de esta forma, es un sistema de medida del rendimiento, derivado de la visión y la estrategia, que refleja los aspectos más importantes de su negocio el concepto de Balanced Scorecard (BSC) soporta la planificación estratégica ya que alinea las acciones de todos los miembros de la organización con los objetivos y facilita la consecución de la estrategia, además transforma la misión y la estrategia en objetivos e indicadores organizados en cuatro perspectivas diferentes:

- Financiera, los indicadores financieros ayudan a verificar si la estrategia esta generando valor agregado.
- Clientes, identifican los segmentos de clientes y mercados en los que compiten, los clientes son los que proporcionan el componente de ingresos.

- Procesos Internos, los directivos identifican los procesos internos críticos a la hora de conseguir los objetivos financieros y de los clientes.
- Aprendizaje y crecimiento, desarrollar objetivos e indicadores para impulsar el aprendizaje y el crecimiento de la organización.

Ver gráficos Nos. 3 y 4

### GRÁFICO Nº 3

#### CREAR UN BALANCE SCORECARD



Fuente: Artículo de Balance Scorecard

Elaborado: Elena López

## GRÁFICO Nº 4

## GESTIÓN DE CUADRO DE MANDOS



Fuente: Artículo de Balance Scorecard

Elaborado: Elena López

Los beneficios que obtendrá al aplicar el Balanced Scorecard se pueden resumir en los siguientes puntos:

- El Balanced Scorecard le ayuda a alinear los indicadores estratégicos a todos los niveles de la organización.
- El Balanced Scorecard 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 Balanced scorecard permite ir aprendiendo de la estrategia.
- El Balanced Scorecard 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.

## 2.2. MARCO CONCEPTUAL

**Competencia**, cualidad de quien es capaz de analizar una situación, presentar soluciones y resolver asuntos o problemas.

**Clientes**, elementos que compran o adquieren los productos o servicios, es decir, absorben las salidas y los resultados de la organización.

**Desempeño**, capacidad de una organización para alcanzar sus objetivos mediante el uso eficiente y eficaz de los recursos.

**Eficacia**, significa alcanzar objetivos y resultados, un trabajo eficaz es aquel que resulta provechoso y exitoso.

**Eficiencia**, significa hacer las cosas bien y de manera correcta, el trabajo eficiente es un trabajo bien ejecutado.

**Perspectiva**, capacidad de poner en acción el conocimiento, transformar la teoría en práctica y resolver problemas

**Proveedores**, elementos que proporcionan entradas o insumos en forma de recursos, energía, servicios e información a la organización.

**Calificación**: cálculo del cumplimiento de los estándares mínimos en los servicios según la importancia de los componentes

**Certificado de Licenciamiento**: documento legal de autorización de funcionamiento, otorgado periódicamente por la Autoridad Sanitaria Local, cuando el índice global de licenciamiento de la unidad operativa calificada es mayor de 90 puntos

**Componente**: conjunto de grupos de recursos con propiedades análogas

**Diagnóstico**: apreciación del cumplimiento de los estándares mínimos en los componentes según la valoración de los grupos de recursos

**Grupo:** conjunto de recursos con características relacionadas

**Licenciamiento:** resultado de la verificación del cumplimiento de los estándares mínimos en los establecimientos, según la importancia de los servicios

**Método Delphi:** técnica de recopilación sistemática de opiniones de expertos, sobre un tema definido, en cuestionarios que sintetizan opiniones anteriores, utilizada para definir los recursos, grupos, componentes o servicios, y sus respectivos factores ponderales.

**Ponderal:** factor numérico de compensación del peso específico de los diferentes grupos, componentes o servicios que influyen en la calificación final del establecimiento

**Recurso:** artículo o material cuantificable en unidades, juegos o equipos

**Servicio:** conjunto de componentes que integran las áreas de procesos productivos del establecimiento de salud

**Tipología:** clasificación de las unidades operativas de acuerdo a su capacidad resolutive y operativa

**Unidad Operativa:** conjunto de servicios destinados a la provisión ambulatoria u hospitalaria de prestaciones de promoción, prevención o curación en los diferentes niveles de complejidad

**Valoración:** evaluación de grado de cumplimiento de los estándares mínimos de recursos según cantidad, estado/competencia/cumplimiento y años de uso/servicio

**Verificación:** comprobación física del cumplimiento de los estándares mínimos de un recurso definido.

## **CAPITULO III**

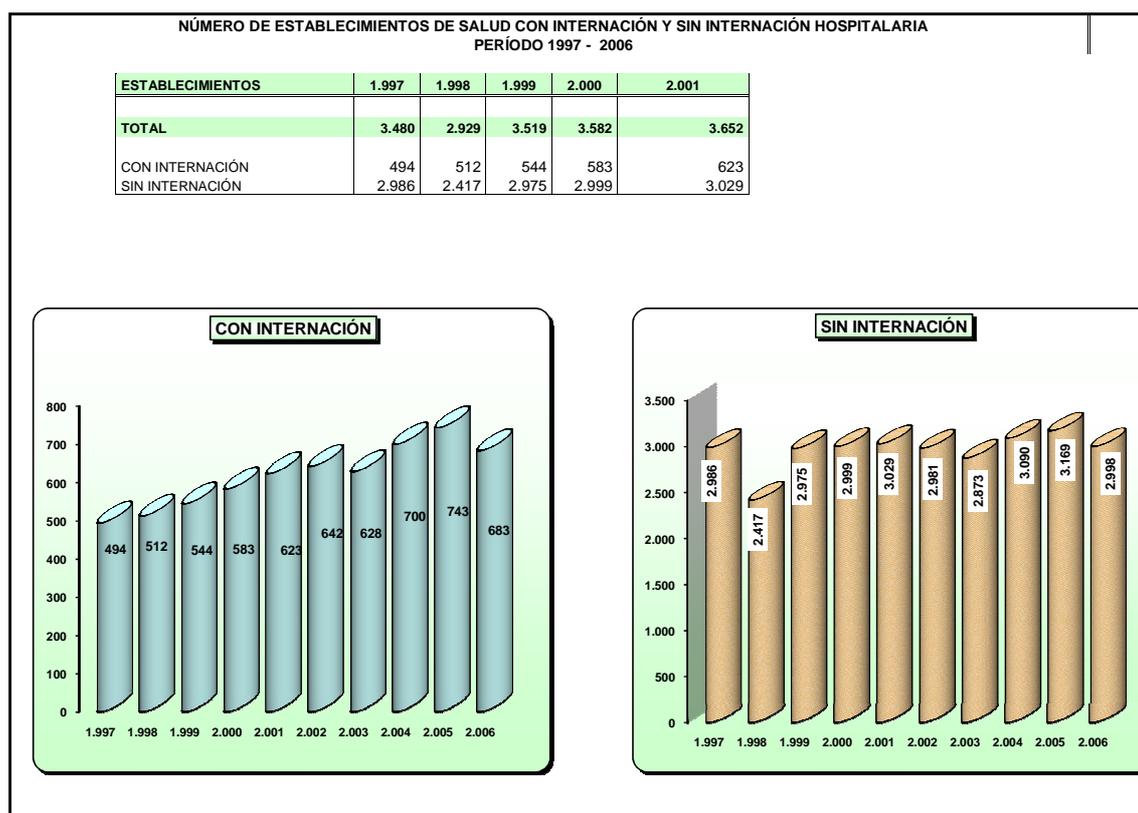
### **3. DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN**

#### **3.1 DIAGNOSTICO HOSPITALARIO NACIONAL**

En la presente se incluye un conjunto de cuadros y gráficos, en donde presentan el comportamiento en los establecimientos públicos y privados, determinando también las principales causas de mortalidad general e infantil que fueron atendidas en los establecimientos hospitalarios, con propósito de facilitar el análisis de la información de egresos hospitalarios, se presenta además, un amplio conjunto de tabulados que sirven para planificar y evaluar las acciones de fomento y recuperación de la salud de la Población Ecuatoriana.

En el gráfico N° 5 se evidencia que en el año 2006, el número de establecimientos investigados son 3.681; de ellos el 18,6% (683) son establecimientos con internación hospitalaria y 81,4% (2.998) sin internación hospitalaria, diez años atrás, esto es en 1997, el 14,2% correspondía a establecimientos con internación hospitalaria y el 85,8% a establecimientos sin internación, respecto al año 2005 se observa una reducción del número de establecimientos, esto se debe fundamentalmente porque algunos no entregaron la información al INEC, a pesar de los esfuerzos desplegados

## GRAFICO Nº. 5

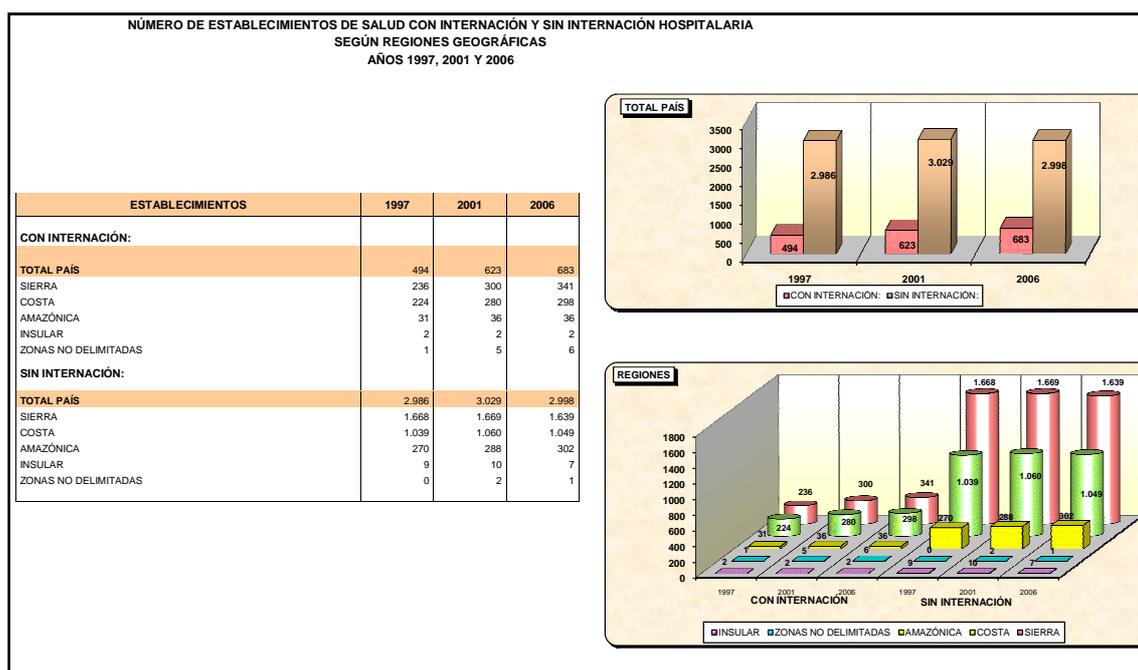


Fuente: INEC

Elaborado: INEC

En el gráfico N° 6 se observa el nivel de regiones geográficas, al comparar 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, los establecimientos sin internación hospitalaria, si bien se denota a nivel de país un ligero aumento respecto al año 1997, no se puede comparar porcentajes de crecimiento tanto a nivel de país como por regiones geográficas, debido a que algunos establecimientos no entregan la información.

## GRAFICO N° 6



Fuente: INEC

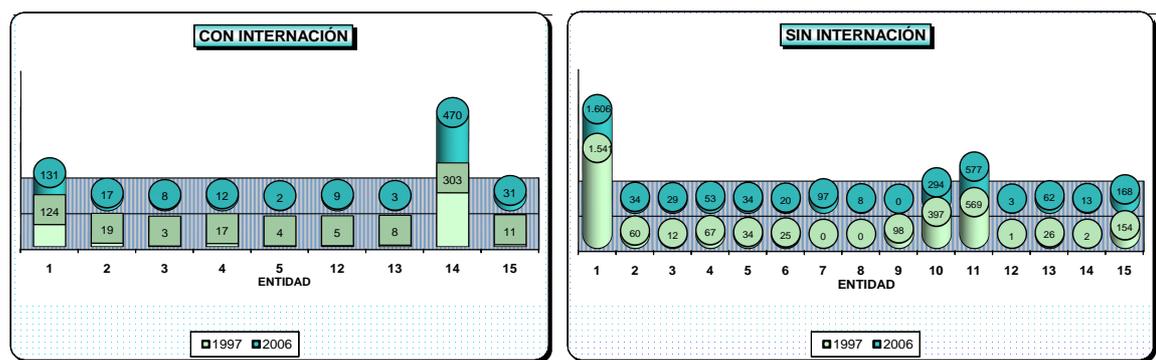
Elaborado: INEC

Para el año 2006, de acuerdo a la distribución de los establecimientos de salud como se evidencia en la tabla No. 1 y Gráfico N° 7, según la 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 del 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 y 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.

GRAFICO N° 7



Fuente: INEC

Elaborado: INEC

TABLETA No.1  
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 IEISS	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: INEC

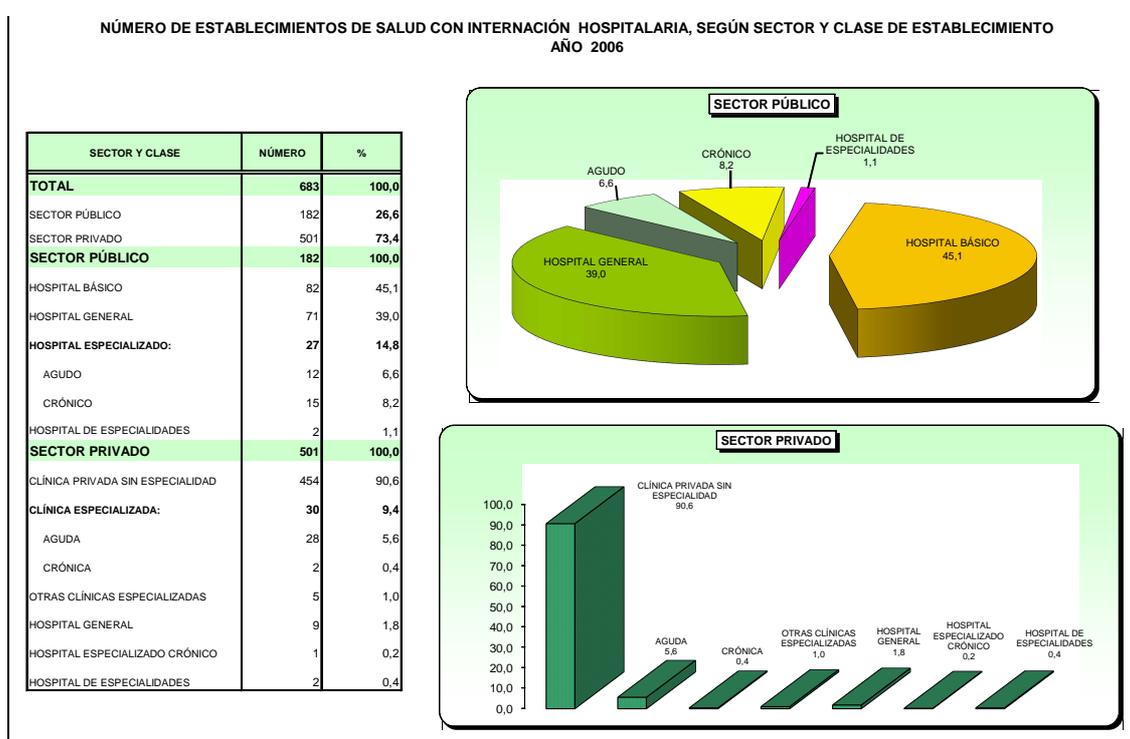
Elaborado: INEC

En el gráfico N° 8 se evidencia el 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% y en el sector privado, el 90,6% son clínicas privadas sin especialidad; el 9,4% clínicas especializadas.

### GRAFICO Nº 8



Fuente: INEC

Elaborado: INEC

En el gráfico Nº 9 se evidencian 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 1639 se ubican en esta región, siguiéndole en importancia la Costa con 1049 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 1306, seguido por los subcentros de salud con 1226; el mayor

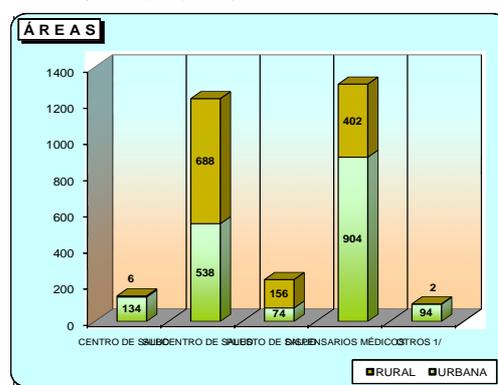
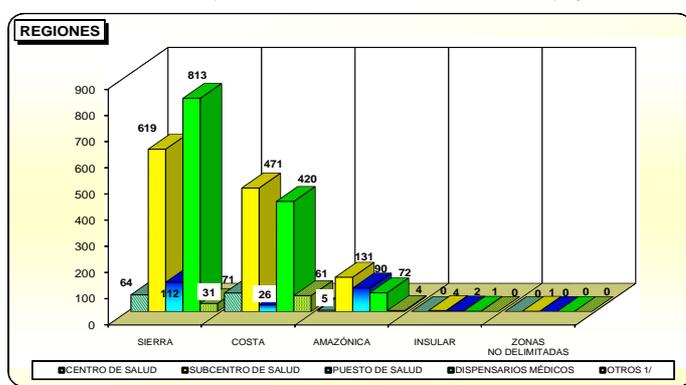
número de ellos (688) se encuentran en el área rural, en tanto que los dispensarios médicos, la mayoría están en el área urbana (904).

### GRAFICO N° 9

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

CLASE Y ÁREA	TOTAL	SIERRA	COSTA	AMAZÓNICA	INSULAR	ZONAS NO DELIMITADAS
<b>TOTAL REPÚBLICA</b>	<b>2998</b>	<b>1639</b>	<b>1049</b>	<b>302</b>	<b>7</b>	<b>1</b>
CENTRO DE SALUD	140	64	71	5	-	-
SUBCENTRO DE SALUD	1226	619	471	131	4	1
PUUESTO DE SALUD	230	112	26	90	2	-
DISPENSARIOS MÉDICOS	1306	813	420	72	1	-
OTROS 1/	96	31	61	4	-	-
<b>URBANA</b>						
CENTRO DE SALUD	134	62	67	5	-	-
SUBCENTRO DE SALUD	538	225	272	40	1	-
PUUESTO DE SALUD	74	44	7	23	-	-
DISPENSARIOS MÉDICOS	904	573	292	39	-	-
OTROS 1/	94	31	59	4	-	-
<b>RURAL</b>						
CENTRO DE SALUD	6	2	4	-	-	-
SUBCENTRO DE SALUD	688	394	199	91	3	1
PUUESTO DE SALUD	156	88	19	67	2	-
DISPENSARIOS MÉDICOS	402	240	128	33	1	-
OTROS 1/	2	-	2	-	-	-

1/ Incluye Puestos de Socorro, Enfermerías, Planificación Familiar, Clínicas y Brigadas Móviles, Instituto Nacional del Niño y la Familia (INNFA), Cruz Roja, etc.

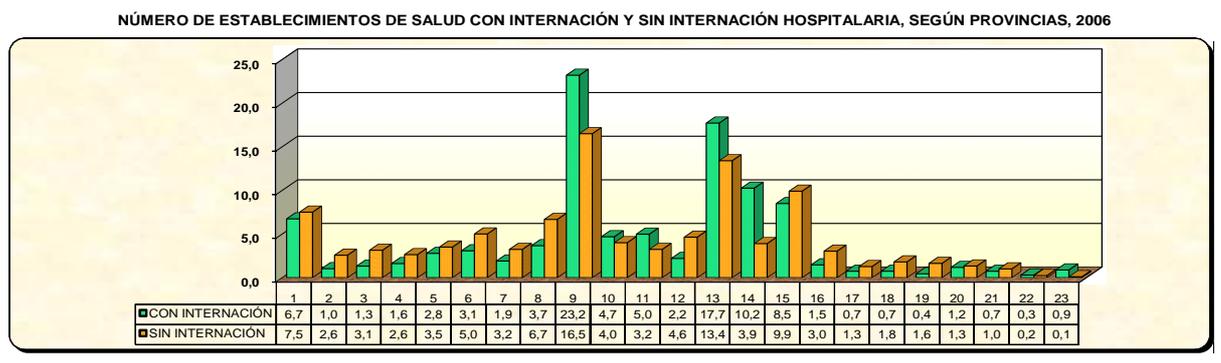


Fuente: INEC

Elaborado: INEC

Como se puede observar en la tabla No.2 y gráfico N° 10, las provincias con mayor población es Pichincha y Guayas, donde se concentra el porcentaje más alto de establecimientos de salud, con el 31,8% entre las dos, siguen en su orden Manabí y Azuay con el 9,6% y 7,4%, respectivamente, de los 683 establecimientos con internación hospitalaria, igualmente, las Provincias de Pichincha y Guayas suman el 40,9%, le siguen en importancia Los Ríos con el 10,2% y Manabí con el 8,5%; para los establecimientos sin internación hospitalaria, nuevamente son Pichincha y Guayas las que concentran al mayor porcentaje, con un total de 29,9%; continúan Manabí y Azuay con el 9,9% y 7,5%, respectivamente.

GRAFICO N° 10



Fuente: INEC

Elaborado: INEC

TABLA No.2

NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON INTERNACIÓN Y SIN INTERNACIÓN HOSPITALARIA, SEGÚN PROVINCIAS, 2006

No.	PROVINCIAS	TOTAL		CON INTERNACIÓN		SIN INTERNACIÓN	
		NÚMERO	%	NÚMERO	%	NÚMERO	%
	TOTAL	3.681	100,0	683	100,1	2.998	100,2
1	Azuay	271	7,4	46	6,7	225	7,5
2	Bolívar	84	2,3	7	1,0	77	2,6
3	Cañar	103	2,8	9	1,3	94	3,1
4	Carchi	90	2,4	11	1,6	79	2,6
5	Cotopaxi	124	3,4	19	2,8	105	3,5
6	Chimborazo	171	4,6	21	3,1	150	5,0
7	Imbabura	110	3,0	13	1,9	97	3,2
8	Loja	225	6,1	25	3,7	200	6,7
9	Pichincha	650	17,7	158	23,2	492	16,5
10	Tungurahua	152	4,1	32	4,7	120	4,0
11	El Oro	131	3,6	34	5,0	97	3,2
12	Esmeraldas	154	4,2	15	2,2	139	4,6
13	Guayas	520	14,1	121	17,7	399	13,4
14	Los Ríos	187	5,1	70	10,2	117	3,9
15	Manabí	355	9,6	58	8,5	297	9,9
16	Morona Santiago	101	2,7	10	1,5	91	3,0
17	Napo	43	1,2	5	0,7	38	1,3
18	Pastaza	59	1,6	5	0,7	54	1,8
19	Zamora Chinchipe	52	1,4	3	0,4	49	1,6
20	Sucumbíos	48	1,3	8	1,2	40	1,3
21	Orellana	35	1,0	5	0,7	30	1,0
22	Galápagos	9	0,2	2	0,3	7	0,2
23	Zonas No Delimitadas	7	0,2	6	0,9	1	0,1

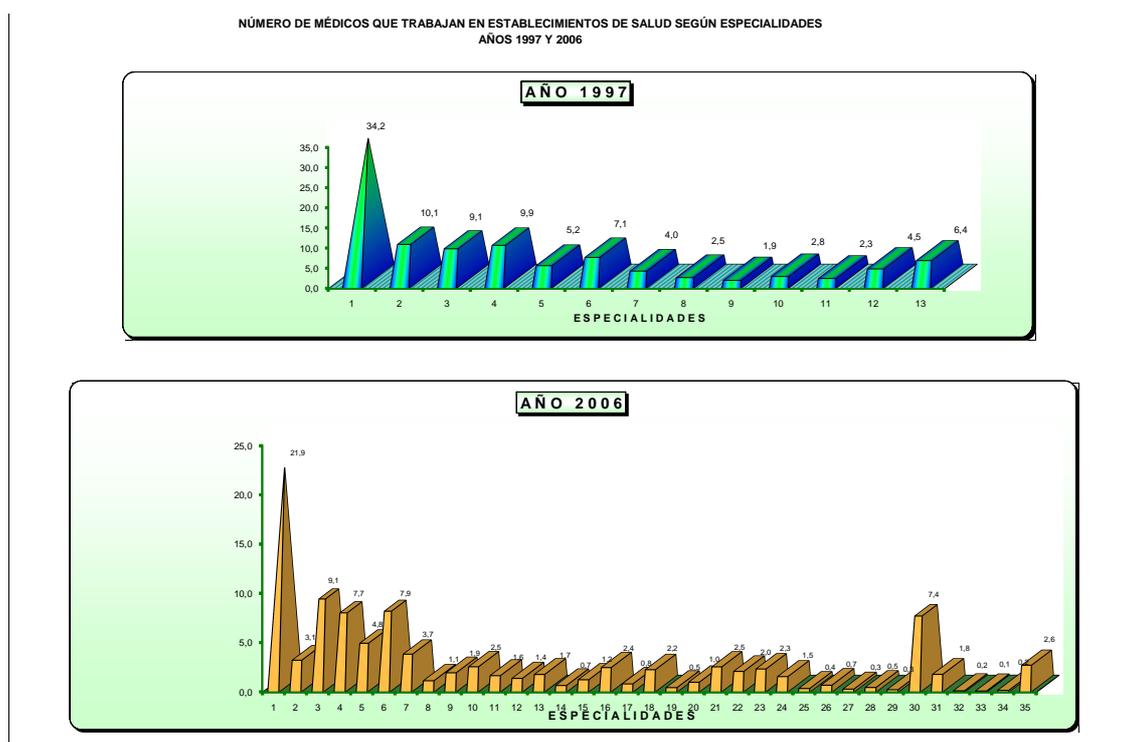
Fuente: INEC

Elaborado: INEC

En la tabla No. 3 y gráfico N° 11 se observa la distribución de Médicos que laboran en establecimientos de salud, considerando sus especialidades, evidencia un predominio en medicina general, la cual es ejercida por el 34,2 % de médicos en el año 1997 y por el 21,9% en 2006; se observa un aumento en el número de médicos

que prestan sus servicios en los establecimientos de salud del país que tienden a obtener alguna especialidad para el año 2006, así como también un incremento considerable de la variedad de especialidades médicas.

### GRAFICO Nº 11



Fuente: INEC

Elaborado: INEC

TABLA No. 3

MÉDICOS QUE TRABAJAN EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, SEGÚN ESPECIALIDADES  
AÑOS 1997 Y 2006

No.	ESPECIALIDADES	1997	
		NÚMERO	PORCENTAJE
	<b>TOTAL REPÚBLICA:</b>	<b>12.310</b>	<b>100,0</b>
1	MEDICINA GENERAL	4.213	34,2
2	CIRUGÍA	1.240	10,1
3	PEDIATRÍA	1.117	9,1
4	GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	1.214	9,9
5	TRAUMATOLOGÍA	644	5,2
6	ANESTESIOLOGÍA	877	7,1
7	CARDIOLOGÍA	493	4,0
8	LABORATORIO	311	2,5
9	RADIOLOGÍA	234	1,9
10	NEUROLOGÍA	341	2,8
11	PSIQUIATRÍA	286	2,3
12	OFTALMOLOGÍA Y OTORRINOLARINGOLOGÍA	554	4,5
13	OTRAS 1/	786	6,4

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

No.	ESPECIALIDADES	2006	
		NÚMERO	PORCENTAJE
	<b>TOTAL REPÚBLICA:</b>	<b>19.299</b>	<b>100,0</b>
1	MÉDICO GENERAL	4.233	21,9
2	MEDICINA INTERNA (INTERNISTA)	604	3,1
3	CIRUJANOS	1.730	9,1
4	PEDIATRAS	1.495	7,7
5	TRAUMATÓLOGOS	923	4,8
6	ANESTESIÓLOGOS	1.526	7,9
7	CARDIÓLOGOS	718	3,7
8	LABORATORIO 2/	218	1,1
9	RADIÓLOGOS	368	1,9
10	NEURÓLOGOS	481	2,5
11	PSIQUIÁTRAS	314	1,6
12	NEONATÓLOGOS	263	1,4
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: Venerólogos, Acupunturistas, Deportólogos, Proctólogos, Genetistas y Terapeutas del dolor.

2/ Incluye: Patólogo Clínico, Anatómo Patólogo y Citólogo

NOTA: Se excluye a Médicos Residentes Rurales, por cuanto no son especialistas

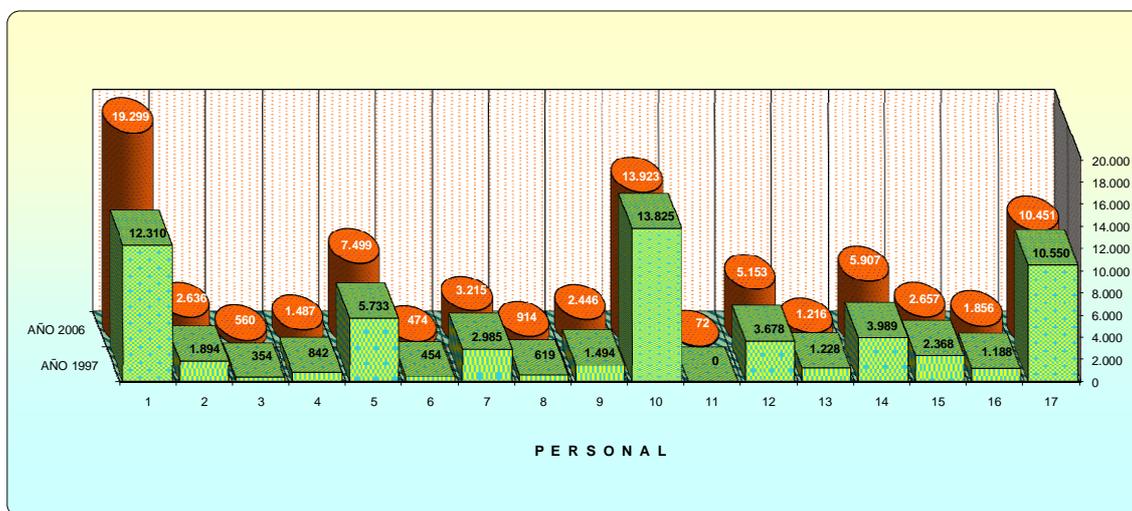
Fuente: INEC

Elaborado: INEC

Por otra parte, en el gráfico N° 12 y tabla No. 4, se hace referencia al total de personal que durante el año 2006 trabajó en establecimientos de salud (79.765), en su mayoría está compuesto por Médicos según su especialidad (19.299); 13.923 Auxiliares de Enfermería; 10.451 en Personal de Servicio y 7.499 Enfermeras, entre los más importantes, en relación al 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.

## GRAFICO Nº 12

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



Fuente: INEC

Elaborado: INEC

## TABLA No.4

NÚMERO DE PERSONAL QUE TRABAJA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, SEGÚN SECTOR AL QUE PERTENECEN, CLASE DE ESTABLECIMIENTO Y REGIONES GEOGRÁFICAS  
AÑOS 1997 Y 2006

SECTOR CLASE Y REGIONES	TOTAL	MÉDICOS ESPECIALI- ZADOS	ODONTO- LOGOS	BIOQUÍMICOS FARMA- CÉUTICOS	OBSTETRICES	ENFERMERAS	TRABAJA- DORAS SOCIALES	TECNÓLOGOS	OTROS PROFE- SIONALES I	ESTU- DIANTES INTERNOS	AUXILIARES DE ENFERMERÍA	AUXILIARES DE TRABAJO SOCIAL	AUXI- LIARES SERVIDO TÉCNICO	ESTADÍSTICA Y REGISTROS MÉDICOS	PERSONAL ADMINI- STRATIVO	MÉDICOS RESIDENTES	MÉDICOS RURALES	PERSONAL DE SERVIDO
		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	19.299	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
SN 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	4.801	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	888	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
SN 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	548	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.

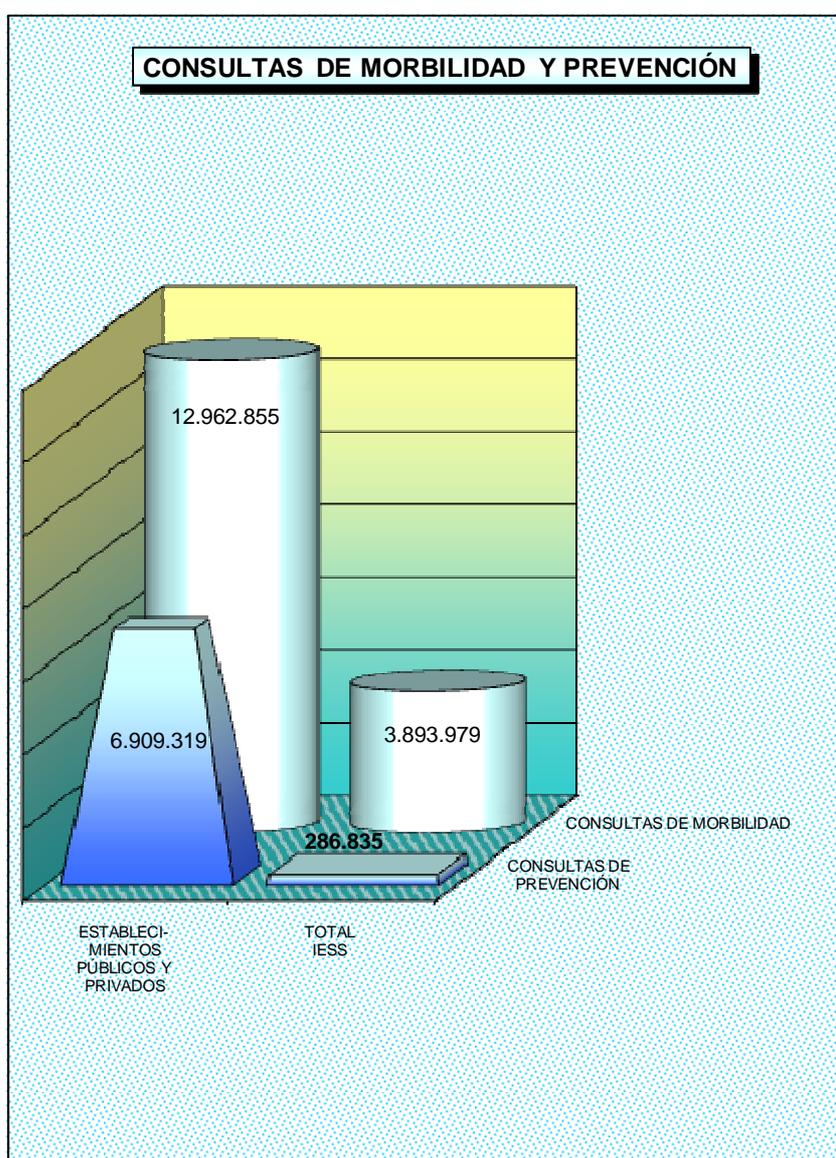
Fuente: INEC

Elaborado: INEC

En el gráfico No. 13 y tabla No. 5, se evidencian 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.

### GRAFICO N° 13

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



Fuente: INEC

Elaborado: INEC

TABLA No.5

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

REGIONES	TOTAL PAÍS		ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS Y PRIVADOS	TOTAL IESS	INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL		
	CONSULTAS	PORCENTAJE			PROPIOS	ANEXOS	SEGURO SOCIAL CAMPESINO
<b>CONSULTAS DE MORBILIDAD</b>							
<b>TOTAL</b>	<b>16.856.834</b>	<b>100,0</b>	<b>12.962.855</b>	<b>3.893.979</b>	<b>2.878.750</b>	<b>446.443</b>	<b>568.786</b>
<b>PORCENTAJE</b>		100,0	76,9	23,1	73,9	11,5	14,6
REGIÓN SIERRA	7.721.038	45,8	5.646.292	2.074.746	1.458.524	326.121	290.101
REGIÓN COSTA	8.228.887	48,7	6.505.123	1.723.764	1.368.891	115.531	239.342
REGIÓN AMAZÓNICA	852.400	5,1	761.531	90.869	46.735	4.791	39.343
REGIÓN INSULAR	28.345	0,2	23.745	4.600	4.600	0	0
ZONAS NO DELIMITADAS	26.164	0,2	26.164	0	0	0	0
<b>CONSULTAS DE PREVENCIÓN</b>							
<b>TOTAL</b>	<b>7.196.154</b>	<b>100,0</b>	<b>6.909.319</b>	<b>286.835</b>	<b>140.783</b>	<b>60.299</b>	<b>85.753</b>
<b>PORCENTAJE</b>		100,0	96,0	4,0	49,0	21,0	30,0
REGIÓN SIERRA	3.712.656	51,5	3.555.843	156.813	67.128	41.466	48.219
REGIÓN COSTA	3.056.570	42,5	2.939.595	116.975	66.948	18.028	31.999
REGIÓN AMAZÓNICA	410.241	5,7	398.533	11.708	5.368	805	5.535
REGIÓN INSULAR	11.171	0,2	9.832	1.339	1.339	0	0
ZONAS NO DELIMITADAS	5.516	0,1	5.516	0	0	0	0
<b>CONSULTAS DE ODONTOLOGÍA</b>							
<b>TOTAL</b>	<b>3.081.349</b>	<b>100,0</b>	<b>2.939.318</b>	<b>142.031</b>	<b>*/</b>	<b>*/</b>	<b>142.031</b>
<b>PORCENTAJE</b>			95,4	4,6			100,0
REGIÓN SIERRA	1.591.172	51,7	1.523.029	68.143			68.143
REGIÓN COSTA	1.251.160	40,6	1.185.768	65.392			65.392
REGIÓN AMAZÓNICA	222.701	7,2	214.205	8.496			8.496
REGIÓN INSULAR	15.827	0,5	15.827	0			0
ZONAS NO DELIMITADAS	489	0,0	489	0			0

**Consultas de Morbilidad:** Son las brindadas por Médico, Obstetiz, Psicólogo y Actividades de Enfermería.

**Consultas de Prevención:** Son las Consultas de Prevención y Gineco-Obstétricas, brindadas por Médico, Obstetiz, Psicólogo - y Actividades de Enfermería.

\*Las Consultas de Odontología de los Establecimientos del Seguro Social, Propios y Anexos están incluidas en los Establecimientos

Fuente: INEC

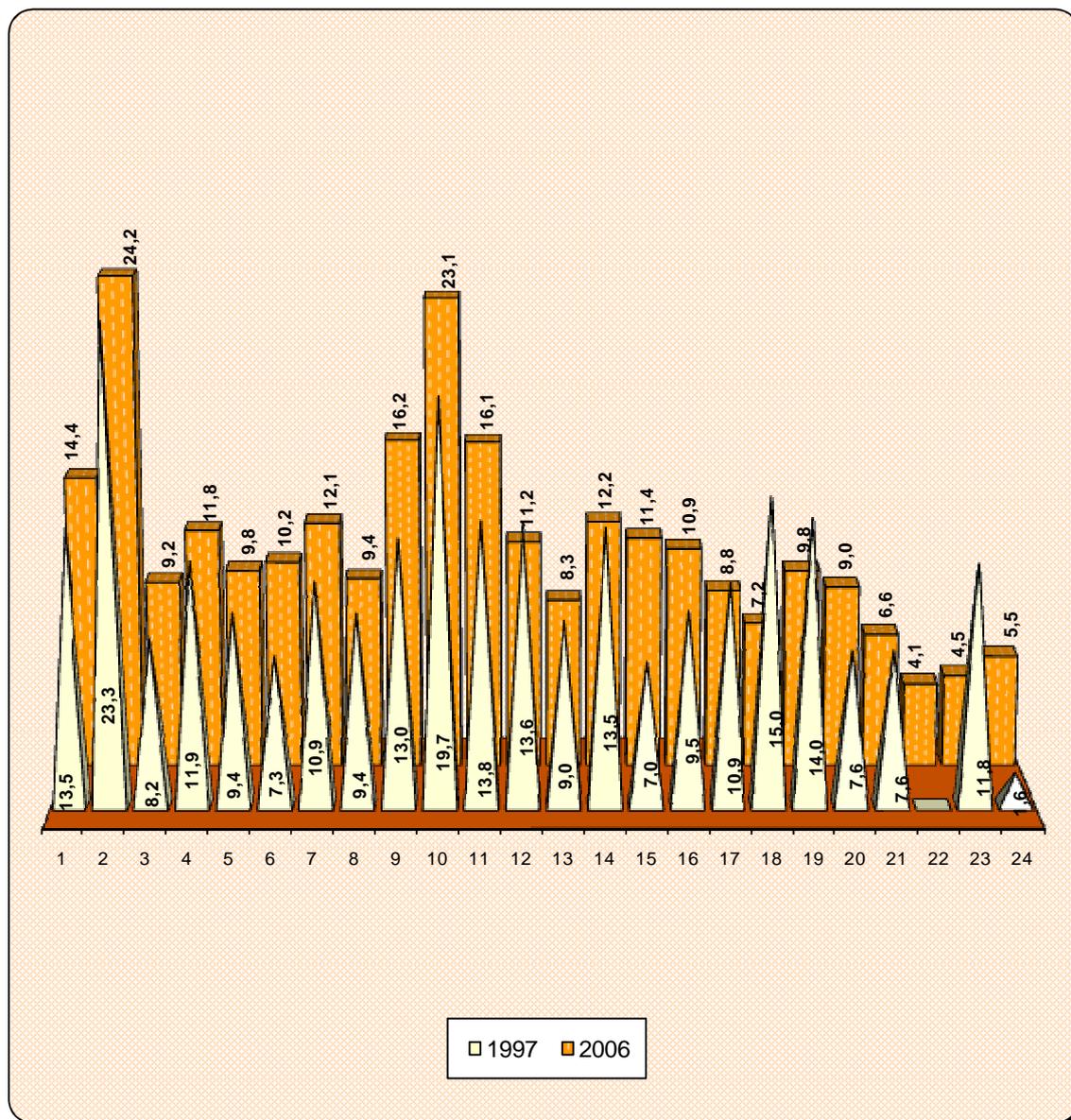
Elaborado: INEC

En el gráfico N° 14 y tabla No. 6, se evidencia 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 y 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.

**GRAFICO N° 14**

**TASA DE MÉDICOS SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1997 Y 2006**



Fuente: INEC

Elaborado: INEC

TABLA No. 6

## TASA DE MÉDICOS SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1997 Y 2006

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

1/ INEC- Estimaciones de Población por Extrapolación de las Proyecciones Subnacionales

2/ Proyecciones de Población 2001-2010, INEC-CELADE

3/ Tasas por 10.000 habitantes

4/En el total de médicos del año 1997, constan los Médicos Rurales y Residentes; para el año 2006, se los excluye por cuanto no son especialistas.

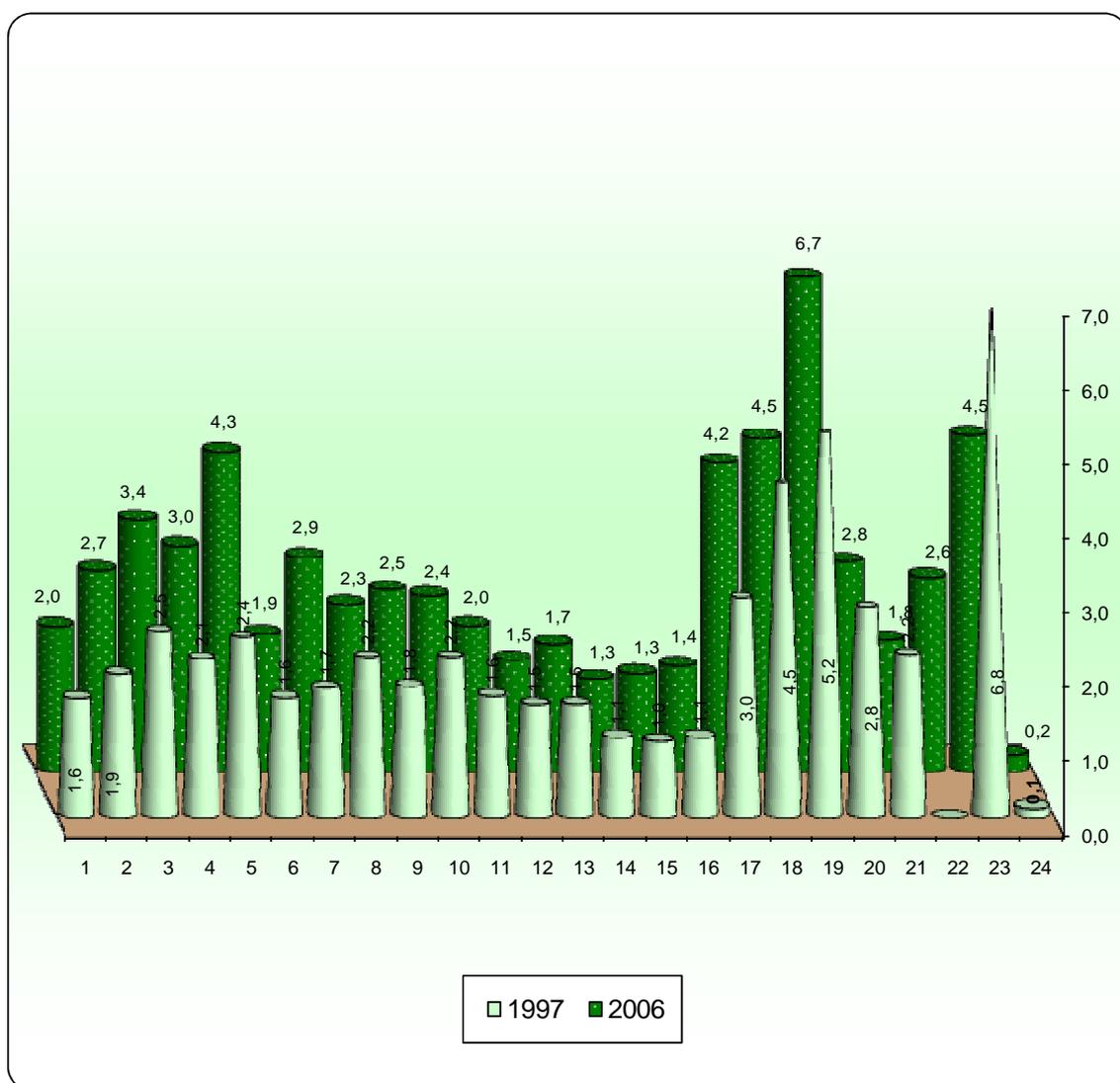
Fuente: INEC

Elaborado: INEC

En el gráfico N° 15 y tabla No. 7, se evidencia el número de odontólogos por cada 10.000 habitantes, lo que permite apreciar que para el año 2006 en relación a 1997 se han incrementado de 1,6 a 2,0, respectivamente; las provincias que presentan las tasas más altas son: Pastaza con 6,7; Napo y Galápagos, ambas con una tasa de 4,5; Carchi con 4,3 y Morona Santiago con 4,2.

## GRAFICO Nº 15

## TASA DE ODONTÓLOGOS SEGÚN PROVINCIAS, AÑOS 1997 Y 2006



Fuente: INEC

Elaborado: INEC

**TABLA No. 7**  
**TASA DE ODONTÓLOGOS SEGÚN PROVINCIAS, AÑOS 1997 Y 2006**

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

1/ INEC- Estimaciones de Población por Extrapolación de las Proyecciones Subnacionales

2/ Proyecciones de Población 2001-2010, INEC-CELADE

3/ Tasas por 10.000 habitantes

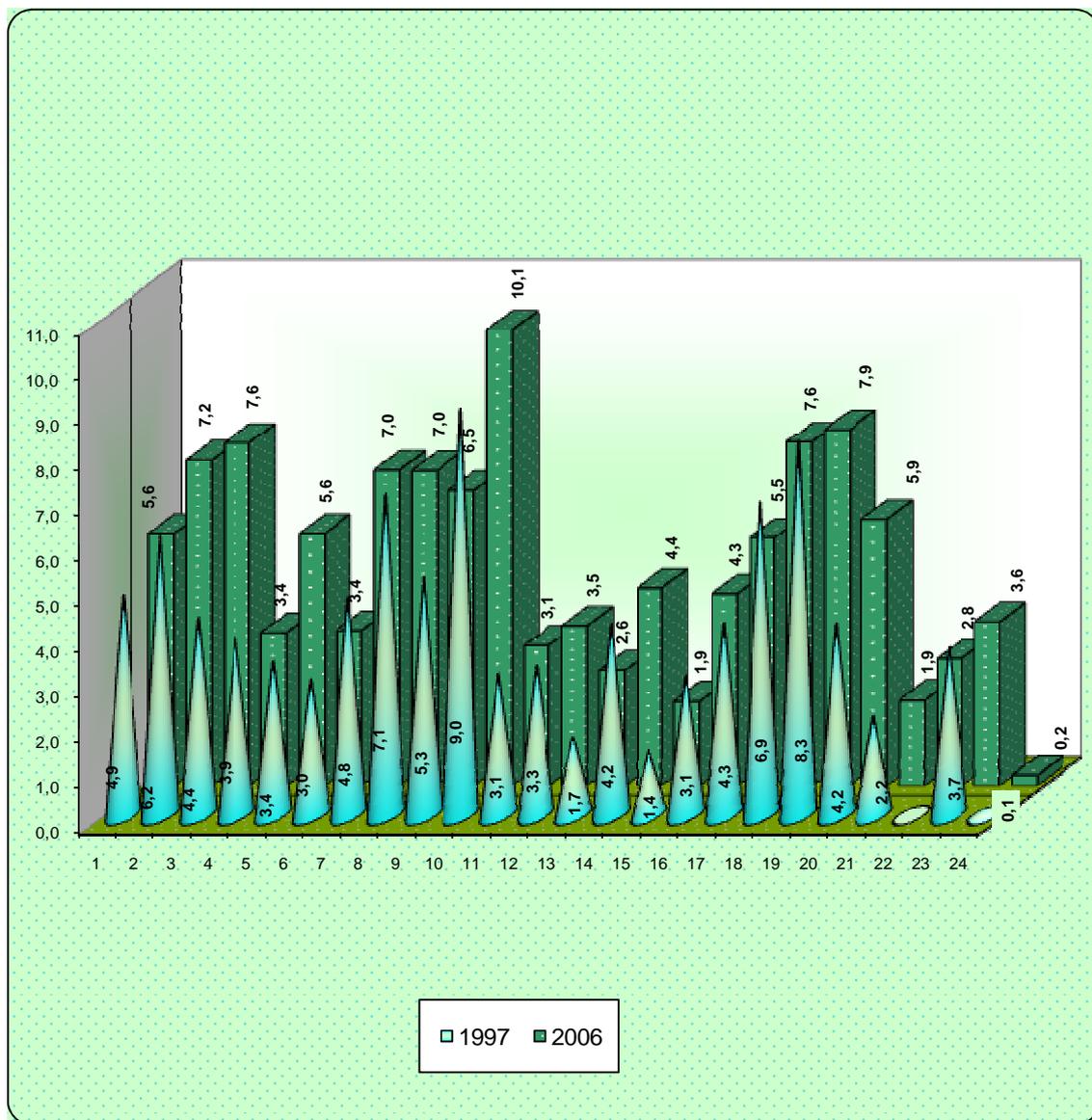
Fuente: INEC

Elaborado: INEC

Para el caso de las Enfermeras, en el gráfico No. 16 y tabla No. 8, se observa el comportamiento en estos diez años, se evidencia un crecimiento de la tasa, de 4,9 en 1997 a 5,6 enfermeras por cada 10.000 habitantes en el 2006. Pichincha es la provincia que presenta la tasa más alta (10,1).

## GRAFICO N° 16

## TASA DE ENFERMERAS SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1997 Y 2006



Fuente: INEC

Elaborado: INEC

**TABLA No.8**  
**TASA DE ENFERMERAS SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1997 Y 2006**

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

1/ INEC- Estimaciones de Población por Extrapolación de las Proyecciones Subnacionales

2/ Proyecciones de Población 2001-2010, INEC-CELADE

3/ Tasas por 10.000 habitantes

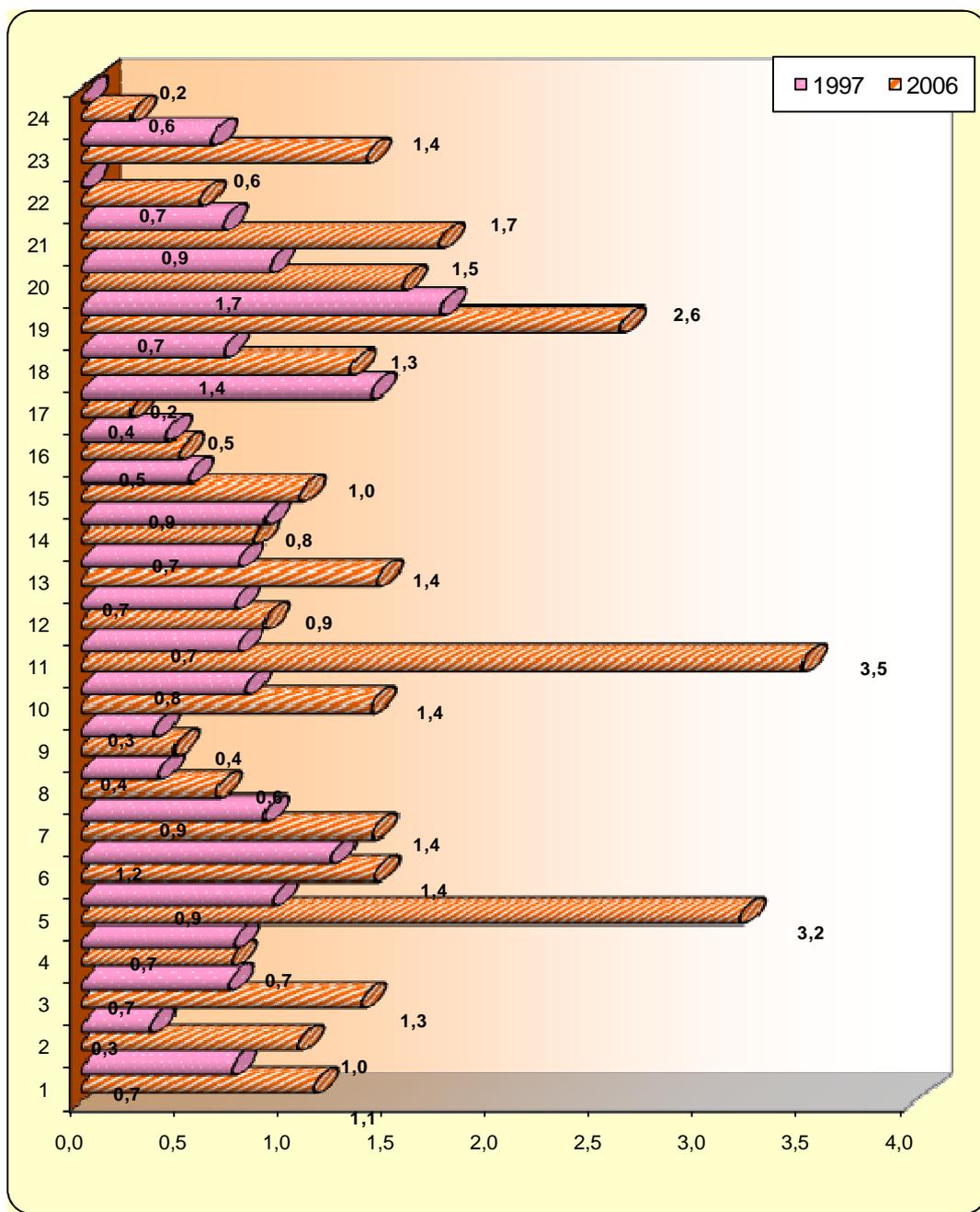
Fuente: INEC

Elaborado: INEC

Por otro lado las Obstetricas presentan un leve crecimiento de la tasa a nivel nacional, correspondiendo 0,7 para 1997 y 1,1 Obstetricas por cada 10.000 habitantes para el año 2006, como se establece en el gráfico N° 17 y tabla No. 9.

## GRAFICO Nº 17

## TASA DE OBSTETRICES SEGÚN PROVINCIAS, AÑOS 1997 Y 2006



Fuente: INEC

Elaborado: Elena López

TABLA No. 9

## TASA DE OBSTETRICES SEGÚN PROVINCIAS, AÑOS 1997 Y 2006

No.	PROVINCIAS	1997			2006		
		Población 1/	Obstetrices	Tasa 3/	Población 2/	Obstetrices	Tasa 3/
1	<b>TOTAL PAÍS</b>	<b>11.772.871</b>	<b>842</b>	<b>0,7</b>	<b>13.408.270</b>	<b>1487</b>	<b>1,1</b>
2	Azuay	583906	19	0,3	666.085	69	1,0
3	Bolívar	171.529	12	0,7	179.358	24	1,3
4	Cañar	206.132	15	0,7	223.566	16	0,7
5	Carchi	153.154	14	0,9	164.507	52	3,2
6	Cotopaxi	334.652	40	1,2	391.947	55	1,4
7	Chimborazo	401.180	35	0,9	438.097	61	1,4
8	Imbabura	329.030	12	0,4	388.544	25	0,6
9	Loja	407.831	14	0,3	431.077	19	0,4
10	Pichincha	2.285.381	179	0,8	2.646.426	367	1,4
11	Tungurahua	427.624	32	0,7	491.629	170	3,5
12	El Oro	506.341	37	0,7	595.262	52	0,9
13	Esmeraldas	373.460	28	0,7	430.792	61	1,4
14	Guayas	3.176.382	279	0,9	3.581.579	295	0,8
15	Los Ríos	629.977	32	0,5	728.647	76	1,0
16	Manabí	1.173.869	47	0,4	1.298.624	60	0,5
17	Morona Santiago	115.202	16	1,4	129.374	3	0,2
18	Napo	73.515	5	0,7	93.336	12	1,3
19	Pastaza	58.062	10	1,7	73.495	19	2,6
20	Zamora Chinchipe	77.767	7	0,9	84.629	13	1,5
21	Sucumbíos	118.722	8	0,7	157.497	27	1,7
22	Orellana	79.073	-	-	106.525	6	0,6
23	Galápagos	16.150	1	0,6	22.009	3	1,4
24	Zonas no Delimitadas	73.932	-	-	85.265	2	0,2

1/ INEC- Estimaciones de Población por Extrapolación de las Proyecciones Subnacionales

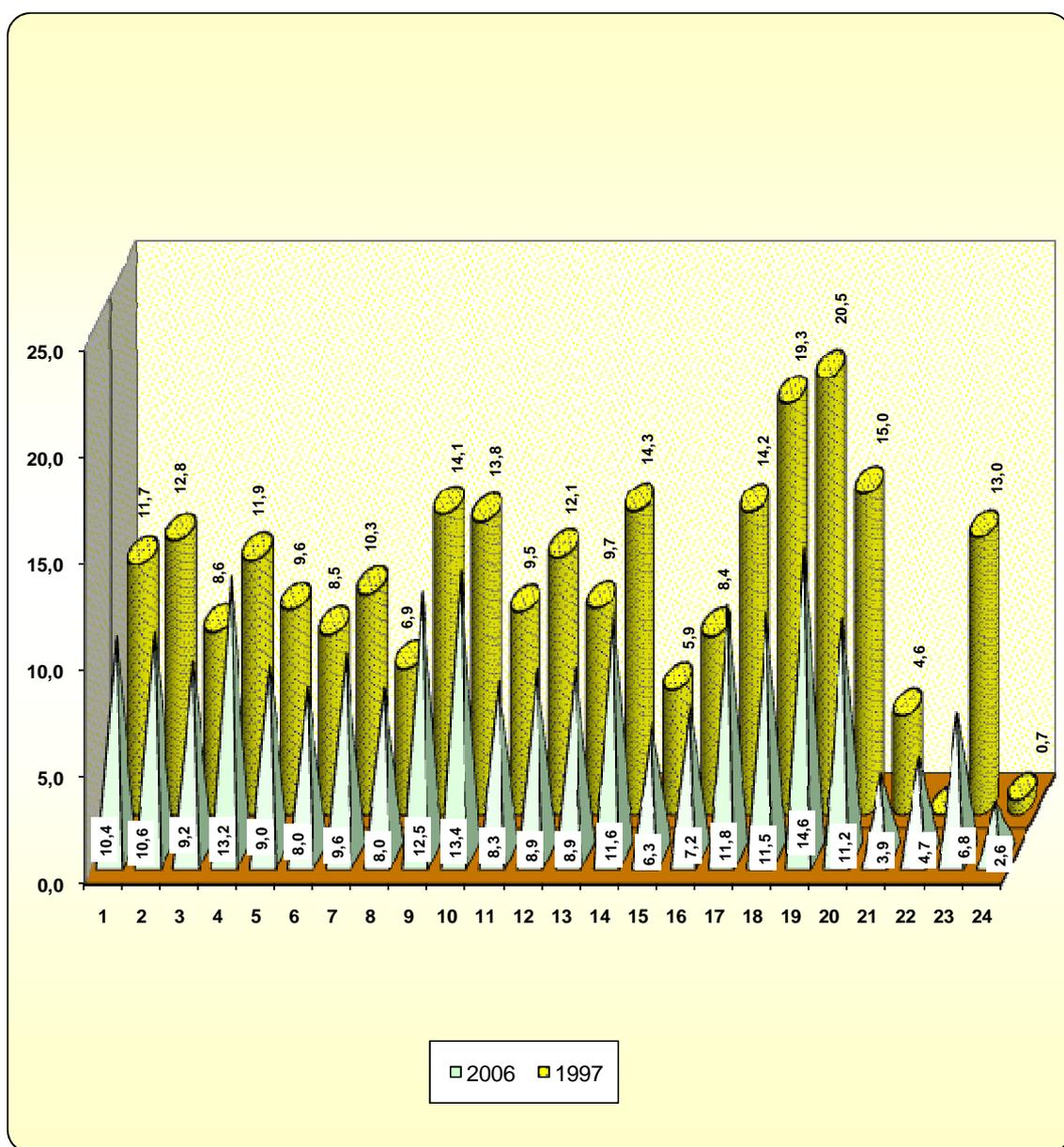
2/ Proyecciones de Población 2001-2010, INEC-CELADE

3/ Tasas por 10.000 habitantes

En el gráfico N° 18 y tabla No. 10, se evidencia lo contrario con las Auxiliares de Enfermería, se observa que el personal que labora en establecimientos de salud ha disminuido, en 1997 la tasa correspondía a 11,7, mientras que para el 2006 equivale a 10,4 por cada 10.000 habitantes.

## GRAFICO N° 18

## TASAS DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA SEGÚN PROVINCIAS, AÑOS 1997 Y 2006



Fuente: INEC

Elaborado: Elena López

**TABLA No. 10**  
**TASAS DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA SEGÚN PROVINCIAS, AÑOS 1997**  
**Y 2006**

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

1/ INEC- Estimaciones de Población por Extrapolación de las Proyecciones Subnacionales

2/ Proyecciones de Población 2001-2010, INEC-CELADE

3/ Tasas por 10.000 habitantes

## 3.2. CONTEXTO DEL HOSPITAL CANTONAL DE SANGOLQUI

### 3.2.1. ANTECEDENTES

El Hospital Cantonal de Sangolquí, está ubicado en el Cantón Rumiñahui el mismo que se encuentra al sureste de la provincia de Pichincha, a veinte minutos de Quito y su temperatura es de 17° grados centígrados, sus límites son al norte: cantón Quito, urbanización La Armenia, sur: Monte Pasochoa y cantón Mejía, oeste: cantón Quito, río San Pedro de Cuendina, como se observa en la tabla N° 11 y gráfico No 19.

**TABLA N° 11**  
**DIVISIÓN POLÍTICA DEL CANTÓN RUMIÑAHUI**

San Rafael	2 Km <sup>2</sup>
San Pedro de Taboada	4 km <sup>2</sup>
Sangolquí	49 Km <sup>2</sup>
Cotogchoa	34 Km <sup>2</sup>
Rumipamba	40 Km <sup>2</sup>

Fuente: INEN Elaborado: Municipio de Rumiñahui

Las tres primeras son parroquias urbanas y las dos siguientes son rurales.

**GRAFICO N° 19**

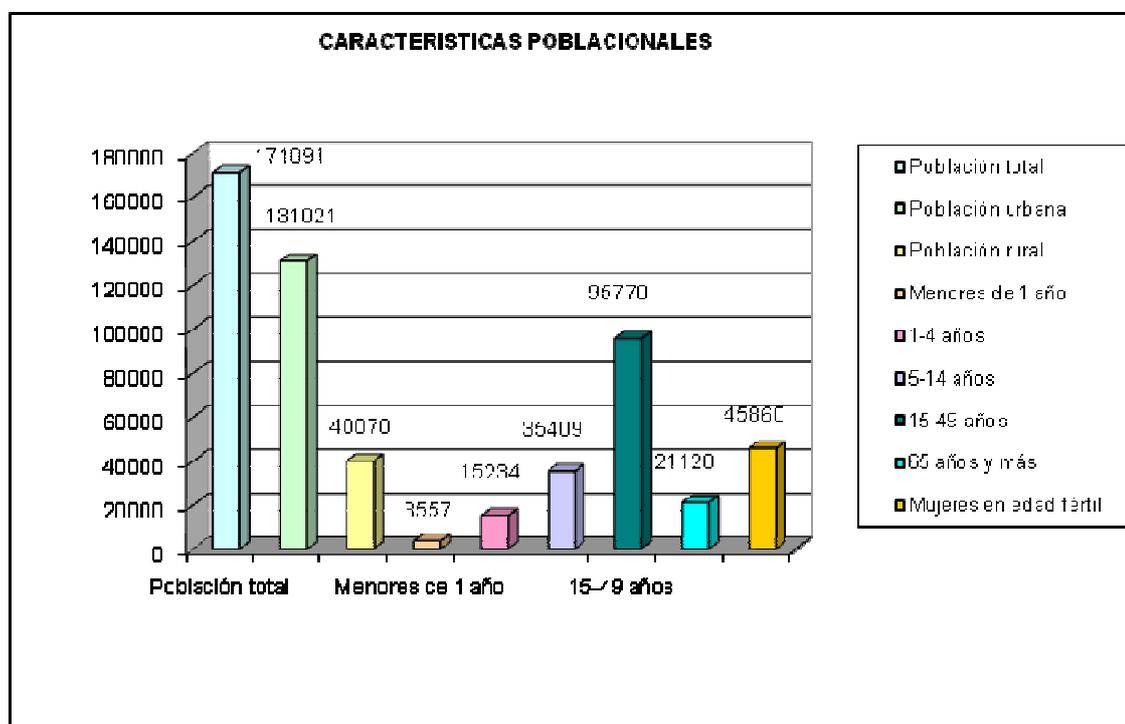


Fuente: INEN

Elaborado: Municipio de Rumiñahui

Sangolquí es la cabecera cantonal de Rumiñahui, sector donde se encuentra ubicado el Hospital motivo de este estudio, el mismo que tiene a su cargo 18 subcentros de salud: Alangasí, Amaguaña, La Merced, El Tingo, Guangopolo, Píntag, Cuendina, Tolontag, y Conocoto pertenecientes al cantón Quito y, Cotogchoa, Curipungo, Jatumpungo, Fajardo, Capelo, San Pedro de Taboada, San Fernando, Selva Alegre, Rumipamba, del cantón Rumiñahui.

Como se observa en el gráfico N° 20, el Cantón Rumiñahui tiene una población total de 171.091 habitantes, de los cuales 131.021 habitantes corresponden al área urbana y 40.070 habitantes al área rural, al dividir a la población por grupos etáreos se puede ver que 3.557 corresponden a niños menores de 1 año; 15.234 niños de 1-4 años; 35.409 niños comprendidos entre los 5 y 14 años; 95.770 habitantes entre los 15-49 años, de los cuales 45.860 son mujeres en edad fértil y, 21.120 personas de 65 años y más.

**GRÁFICO N° 20**

Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Cantonal de Sangolquí

Elaborado: Elena López

Esta institución de Salud se creó con la finalidad de solucionar una necesidad del sector, la construcción y su administración fue encargada al Ministerio de Salud Pública, el hospital entra en operación en su actual ubicación; los servicios que brinda son cuatro especialidades: Medicina Interna, Pediatría, Gineco Obstetricia y Cirugía, además cuenta con otras sub-especialidades, dentro de una visión holística hacia el paciente y la comunidad, además se cuenta con servicios de apoyo como son: Laboratorio de análisis clínico, Farmacia, Enfermería, Trabajo Social, Estadística, Mantenimiento, Rayos X y una pequeña área administrativa que se conforma de: dirección administrativa, subdirección médica, departamento financiero y departamento de recursos humanos.

En la inauguración formal se concebía la ocupación de 15 camas en hospitalización, 6 camillas para observación, 1 quirófano y una sala de partos, esto cubriría la atención, el mismo que en la actualidad no llena las expectativas de la población, ya que el crecimiento del cantón Rumiñahui y sus extensiones rurales hacen difícil cubrir a toda la población.

El acceso geográfico está dado por vías de primer y segundo orden, existe alrededor de 5 líneas de transporte público que se dirigen a cada parroquia del sector.

### **3.2.2 ORGANIZACIÓN**

Para poder evaluar la organización del Hospital Cantonal de Sangolquí se utiliza una herramienta que evalúa la estructura, proceso y resultados institucionales que tienden a garantizar la calidad de atención a través de estándares previamente aceptados, para elaborar los estándares se parte de un conjunto de criterios que se mencionan previamente, los indicadores de calidad propuestos no buscan una descripción exhaustiva de los servicios hospitalarios, sino la verificación de los datos más representativos de la realidad existente, cuyo análisis permite arribar a conclusiones eficaces en forma sencilla; por esta razón, la mayoría de los indicadores propuestos son esencialmente cualitativos, los estándares evalúan

aspectos de estructura, proceso y resultado, el instrumento está compuesto de 21 estándares de "Organización de la Atención Médica" y 13 estándares de "Áreas Técnicas y de Apoyo", cada uno de los indicadores son evaluados siguiendo una escala del 0 al 100%:

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

Los gráficos tienen una simbología, la misma que corresponde a: E= Estructura, P= Proceso y R= Resultado.

### 3.2.2.1 Organización Atención Médica en los Servicios del Hospital Cantonal de Sangolquí

El Hospital Cantonal de Sangolquí cuenta con varios departamentos, los cuales funcionan con un solo objetivo, que es el de brindar atención de calidad a la población del Valle de los Chillos, el mismo que es evaluado tomando en cuenta estándares de organización en la atención médica, **con un promedio del 66% que es aceptable pero puede mejorar.**

➤ Control de infecciones hospitalarias	55%
➤ Atención del Parto y del Nacimiento	61%
➤ Quirófanos	63%
➤ Referencia y Contrareferencia	63%
➤ Consulta Externa	64%
➤ Emergencias	65%
➤ Laboratorio de Análisis Clínicos	67%
➤ Anestesiología	67%
➤ Diagnóstico por imágenes	69%
➤ Servicio Social	71%
➤ Hospitalización	72%

Por lo tanto, el proceso de mejoramiento es aplicable a estos estándares señalados; mientras que la continuidad de la atención médica (75%), está en el rango bueno y excelente (75%-100%); Ver gráfico No. 21 y Tabla No. 12.

**GRÁFICO N° 21**



Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica. Elaborado: Elena López

**TABLA N ° 12**

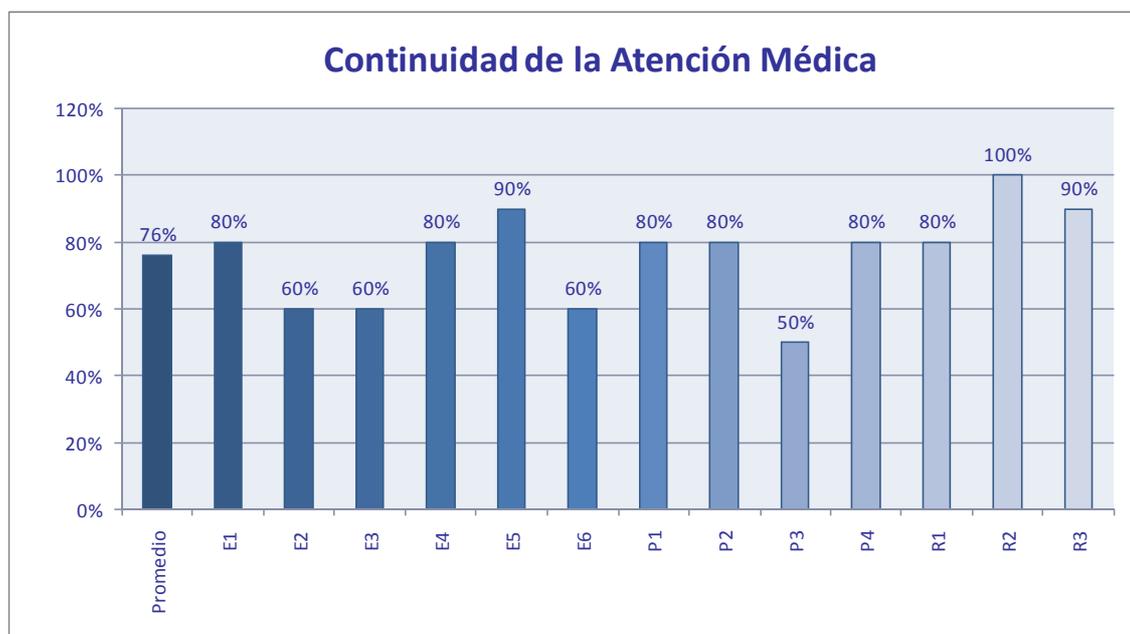
ESTANDARES	
I. ORGANIZACION DE LA ATENCION MEDICA	
	VALOR
<b>PROMEDIO</b>	<b>66%</b>
<b>1. Continuidad de la atención médica</b>	<b>75%</b>
<b>2. Referencia y Contrareferencia</b>	<b>63%</b>
<b>3. Hospitalización</b>	<b>72%</b>
<b>4. Consulta Externa</b>	<b>64%</b>
<b>5. Emergencias</b>	<b>65%</b>
<b>6. Laboratorio de Análisis Clínicos</b>	<b>67%</b>
<b>7. Diagnóstico por imágenes</b>	<b>69%</b>
<b>9. Atención del Parto y del Nacimiento</b>	<b>61%</b>
<b>10. Quirófanos</b>	<b>63%</b>
<b>11. Anestesiología</b>	<b>67%</b>
<b>12. Control de infecciones hospitalarias</b>	<b>55%</b>
<b>18. Servicio Social</b>	<b>71%</b>

Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica. Elaborado: Elena López

A continuación se analizan las especificidades de cada uno de estos servicios:

En el gráfico No. 22 y Tabla No. 13, se observa que en promedio se obtiene un 76% que es aceptable pero puede mejorar, en la estructura posee un 60% que es aceptable pero se puede mejorar, (E2) la continuidad está basada en los médicos de guardia, (E3) cuenta con profesionales específicamente encargados del seguimiento de los pacientes hospitalizados, (E6) dispone de un médico epidemiólogo debidamente acreditado, referente a proceso se obtiene un 50% que es aceptable pero se puede mejorar, (P3) el cuerpo médico discute los casos en reuniones clínicas, con una periodicidad no menor de una vez por semana.

**GRÁFICO N° 22**



Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

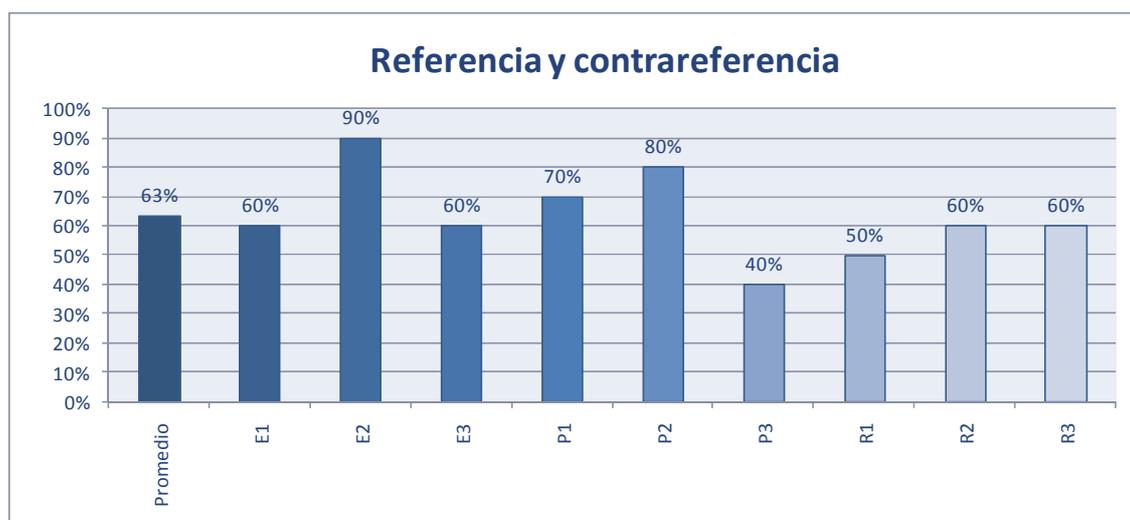
TABLA N° 13

Promedio	1. Continuidad de la atención médica		76%
E1	Posee una Dirección Médica que conduce y asume la atención con responsabilidad, garantizando su supervisión.	E	80%
E2	La continuidad está basada en los médicos de guardia.	E	60%
E3	Cuenta con profesionales específicamente encargados del seguimiento de los pacientes hospitalizados.	E	60%
E4	Cada paciente se halla a cargo de un profesional del establecimiento.	E	80%
E5	Posee un Departamento o Servicio de Epidemiología y Estadísticas.	E	90%
E6	Dispone de un Médico epidemiólogo debidamente acreditado.	E	60%
P1	Los profesionales, pasan una revista diaria a los pacientes	P	80%
P2	Existen procedimientos escritos para canalizar todas las indicaciones de los especialistas.	P	80%
P3	El cuerpo médico discute los casos en reunión clínica, con una periodicidad no menor de una vez por semana.	P	50%
P4	Todas las especialidades cubren funciones asistenciales, docentes y de investigación.	P	80%
R1	A las 48 horas de haber ingresado, el 80%, o más, de los pacientes, tienen consignado en el expediente el diagnóstico definitivo.	R	80%
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	100%
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%

Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

En el gráfico N° 23 y tabla N° 14 se evidencia la referencia y contrareferencia con un promedio del 63% que es aceptable pero puede mejorar, en la estructura tiene un 60% que es aceptable pero puede mejorar en los indicadores, (E1) se dispone de normas para la referencia y contrareferencia de los pacientes que así lo requieran, (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, lo referente al proceso se tiene un 40% que es deficiente y debe mejorar, (P3) existe un mecanismo de seguimiento de las referencias y contrareferencia y se evalúa la calidad de atención que se brinda en las mismas, por último el resultado de 50-60% que es aceptable pero puede mejorar, (R1) Menos del 5% de los pacientes referidos son rechazados, (R2) se recibe corroboración del diagnóstico e informe del tratamiento recibido (contrareferencia) del 80% de los pacientes referidos, (R3) se hace contrareferencia al 100% de los pacientes que le fueron referidos al Hospital.

GRAFICO N° 23



Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

TABLA N° 14

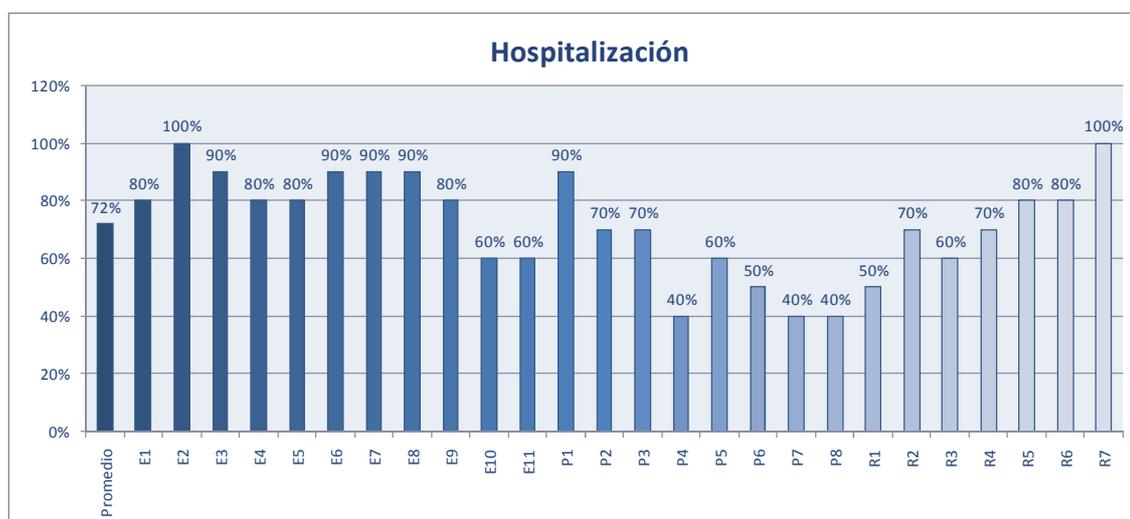
Promedio	2. Referencia y Contrareferencia		63%
E1	Se dispone de normas para la referencia y contrareferencia de los pacientes que así lo requieran.	E	60%
E2	Dispone de un medio de transporte propio o contratado que cuente con asistencia médica, equipamiento para la atención de casos críticos y/o incubadora de transporte.	E	90%
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	60%
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	70%
P2	Implementa los mecanismos para la referencia y contrareferencia de los pacientes que así lo requieran.	P	80%
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%
R1	Menos del 5% de los pacientes referidos son rechazados.	R	50%
R2	Se recibe corroboración del diagnóstico e informe de tratamiento recibido (contrareferencia) del 80% de los pacientes referidos.	R	60%
R3	Se hace contrareferencia al 100% de los pacientes que le fueron referidos al hospital	R	60%

Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

En el gráfico N° 24 y la tabla N° 15 se evidencia que el servicio de hospitalización tiene un promedio del 72% que es aceptable pero puede mejorar, respecto a la estructura se observa un 60% que es aceptable pero puede mejorar, (E9) se cuenta con el recurso de enfermería profesional y auxiliar adecuado para la atención de los pacientes, (E10) existen normas y procedimientos escritos para la

solicitud y respuesta a las interconsultas, como segundo aspecto es el proceso con un 40% que es deficiente y debe mejorar, (P4) se analizan periódicamente las historias clínicas para verificar el manejo correcto de los pacientes con la relación a los protocolos existentes, (P7) se informa y se comunica en forma regular y permanente a los familiares de los pacientes, (P8) se analizan los informes estadísticos para la planificación y programación de las actividades del servicios, como tercero se tiene el resultado con un 50- 60% que es aceptable pero puede mejorar, (R1) el 80% de las interconsultas realizadas son atendidas antes de las 24 horas.

**GRAFICO N° 24**



Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

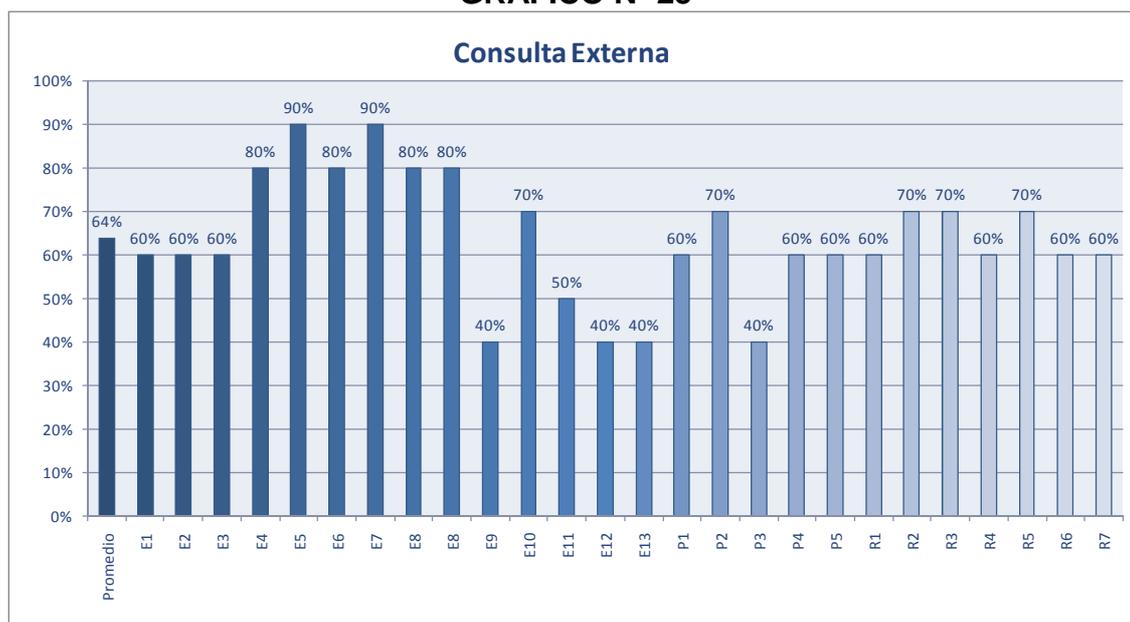
TABLA N° 15

Promedio	3. Hospitalización		72%
E1	Cuenta con habitaciones individuales y múltiples hasta con cuatro camas	E	80%
E2	Se dispone del equipo mínimo necesario para la prestación del servicio en sala de hospitalización.	E	100%
E3	Se dispone de la dotación (insumos) mínima necesaria para la prestación del servicio en sala de hospitalización.	E	90%
E4	Se cuenta con los medicamentos esenciales de acuerdo con los protocolos establecidos.	E	80%
E5	Están disponibles los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico las 24 horas.	E	80%
E6	La jefatura de cada servicio es ejercida por un médico especialista	E	90%
E7	La atención es prestada las 24 horas por el médico especialista o residente.		90%
E8	Todo paciente internado está bajo la responsabilidad de un médico tratante.	E	90%
E9	Se cuenta con el recurso de enfermería profesional y auxiliar, adecuado para la atención de los pacientes.	E	80%
E10	Existen normas y procedimientos escritos para la solicitud y respuesta a las interconsultas.	E	60%
E11	Existen protocolos de manejo de la morbilidad más frecuente en el servicio.	E	60%
P1	Se pasa visita médica diaria con el jefe del servicio.	P	90%
P2	Se anota la evolución en la historia clínica con letra legible y firma del responsable.	P	70%
P3	Se aplican y revisan los protocolos de la morbilidad más frecuente en el servicio.	P	70%
P4	Se analizan periódicamente las historias clínicas para verificar el manejo correcto de los pacientes, con relación a los protocolos existentes.	P	40%
P5	Se registran analizan e investigan las complicaciones y accidentes de los pacientes en el servicio.	P	60%
P6	Se verifica el cumplimiento de los procedimientos para las diferentes interconsultas.	P	50%
P7	Se informa y comunica en forma regular y permanente a los familiares de los pacientes.	P	40%
P8	Se analizan los informes estadísticos para la planificación y programación de las actividades del servicio.	P	40%
R1	El 80% de las interconsultas realizadas son atendidas antes de las 24 horas.	R	50%
R2	El 95% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con los resultados de la hospitalización.	R	70%
R3	El 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.	R	60%
R4	Menos del 5% de los pacientes presentan complicaciones y/o accidentes como consecuencia de los tratamientos y/o procesos.	R	70%
R5	La mortalidad hospitalaria no es mayor del 4%.	R	80%
R6	Menos del 5% de los pacientes egresan contra opinión médica.	R	80%
R7	El Índice C/T (transfusiones preparadas/transfusiones cumplidas) es menor de 2	R	100%

Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

En el gráfico N° 25 y tabla N° 16, se observa el servicio de consulta externa con un promedio del 64% que es aceptable pero puede mejorar, en algunos indicadores se tiene un 40-50% que es deficiente y debe mejorar, (E9) las citas están programadas en base a pautas o normas fijadas por la institución, se reservan turnos telefónicamente, (E11) existen normas y procedimientos para la atención de los pacientes, (E12) existen protocolos para el manejo de la morbilidad más frecuente en la consulta, (E13) existen normas y procedimientos escritos para la solicitud y respuesta a las interconsultas, en el proceso se tiene un 40% que es deficiente y debe mejorar, (P3) se analizan periódicamente las historias clínicas para verificar el manejo correcto de los pacientes, con relación a los protocolos de atención y por último el resultado tiene un 60% que es aceptable pero puede mejorar, (R1) la relación de las primeras consultas y sucesivas está dentro del rango establecidos por la normas, (R4) el 95% de las interconsultas realizadas son atendidas antes de 7 días, (R6) el 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con los resultados de la consulta, (R7) el 95% de los pacientes cumplen con las citas programadas.

GRAFICO N° 25



Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

TABLA N° 16

Promedio	4. Consulta Externa		64%
E1	Cumple con las normas arquitectónicas y de funcionamiento establecidas a nivel nacional.	E	60%
E2	Cuenta con área para espera exclusiva y diferenciada de las demás áreas de espera del establecimiento.	E	60%
E3	Cuenta con accesos exclusivos diferenciados del resto de los servicios.	E	60%
E4	Se dispone del equipo mínimo necesario para la atención de los pacientes en la consulta externa.	E	80%
E5	Se dispone de la dotación (insumos) mínima necesaria para la atención de los pacientes en la consulta externa.	E	90%
E6	Tiene especialistas que cuentan con los medios necesarios para realizar prácticas ó técnicas especializadas.	E	80%
E7	El personal de secretarías y enfermeras laboran exclusivamente en la consulta externa.	E	90%
E8	Cuenta con personal de enfermería capacitada en áreas específicas.	E	80%
E8	Cuenta con personal de saneamiento ambiental durante 12 horas (mientras dure la consulta)	E	80%
E9	Las citas están programados en base a pautas ó normas fijadas por la institución. Se pueden reservar turnos telefónicamente.	E	40%
E10	En las especialidades básicas hay turnos disponibles en el día ó accesibilidad diaria	E	70%
E11	Existen normas y procedimientos para la atención de los pacientes.	E	50%
E12	Existen protocolos para el manejo de la morbilidad más frecuente en la consulta.	E	40%
E13	Existen normas y procedimientos escritos para la solicitud y respuesta a las interconsultas.	E	40%
P1	Se aplican y revisan las normas y procedimientos para la atención de los pacientes.	P	0,6
P2	Se anota el diagnóstico y la evolución en la historia clínica con letra legible y firma del responsable.	P	0,7
P3	Se analizan periódicamente las historias clínicas para verificar el manejo correcto de los pacientes, con relación a los protocolos existentes.	P	0,4
P4	Se verifica el cumplimiento de los procedimientos para las diferentes interconsultas.	P	0,6
P5	Se analizan y se utilizan las estadísticas para la planificación y programación de las actividades del servicio.	P	0,6
R1	La relación de primeras consultas y sucesivas está dentro del rango establecido por las normas.	R	60%
R2	En las especialidades básicas el tiempo de espera para conseguir una cita no es mayor de siete (7) días.	R	70%
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	60%
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	60%
R7	El 95% de los pacientes cumplen con las citas programadas.	R	60%

Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

En el gráfico N° 26 y tabla N° 17, se observa el servicio de emergencia un promedio del 65% que es aceptable pero puede mejorar, la estructura tiene entre un 40- 50% que es deficiente y debe mejorar en: (E2) cuenta con una unidad de soporte básico de vida, atendido por personal adiestrado y capacitado en la guardia de emergencias, (E9) cuenta con personal médico de guardia de cuerpo presente las 24 horas en las especialidades de cirugía general, ginecología-obstetricia, pediatría, (E10) tiene responsabilizado al personal médico especialista en guardias a disponibilidad en las especialidades de Medicina Interna, Oftalmología, Traumatología y otros, (E11) se cuenta con enfermera profesional exclusiva y permanente para el servicio las 24 horas, (E14) existen normas y procedimientos para la atención de los pacientes, en relación al proceso se obtiene un 60% que es aceptable pero puede mejorar, (P2) se analiza periódicamente la morbilidad y la concordancia de la conducta diagnóstica y terapéutica de los pacientes en observación, (P3) se aplican y revisan los protocolos de atención de las emergencias más frecuentes (consultas y observación), (P4) se informa y comunica en forma regular y permanente a los familiares de los pacientes, y por último el resultado obtiene un 30-50% que es deficiente y debe mejorar, (R1) el tiempo de espera para que el usuario sea atendido, no es mayor de 10 minutos, (R2) la respuesta a las interconsultas de especialidad se da en un plazo no mayor de 1 hora, (R5) el 95% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con los resultados de la consulta, (R6) el 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.

GRAFICO N° 26



Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

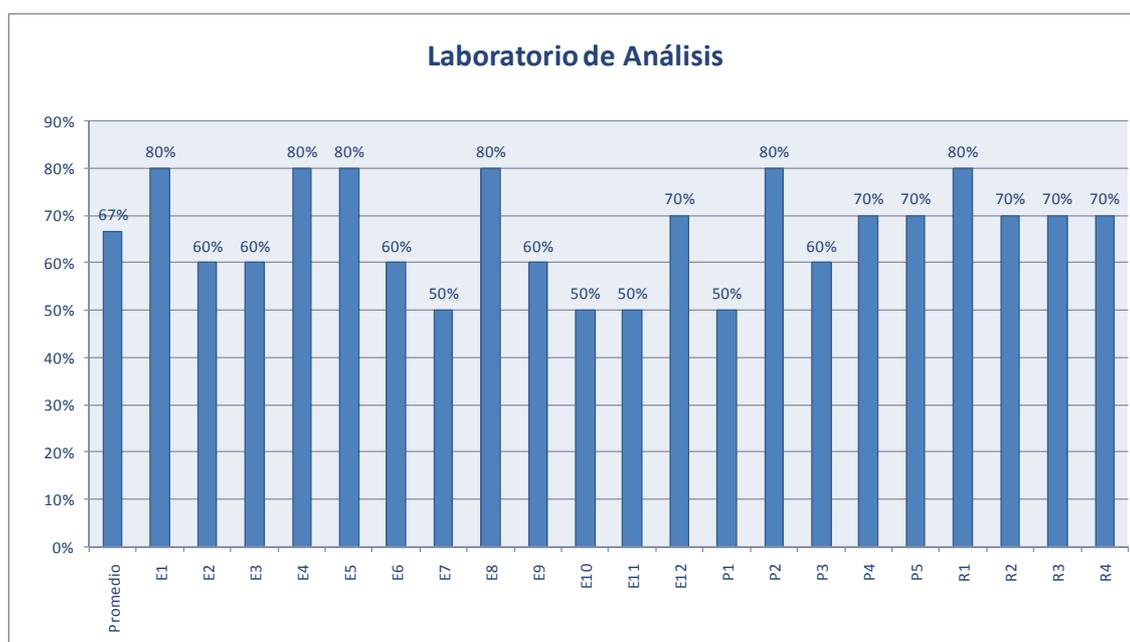
TABLA N° 17

Promedio	5. Emergencias		65%
E1	Cumple con las normas arquitectónicas y de funcionamiento establecidas a nivel nacional.	E	90%
E2	Cuenta con una Unidad de Soporte Básico de vida, atendido por personal adiestrado y capacitado en la Guardia de Emergencias.	E	50%
E3	Cuenta con área para espera exclusiva y diferenciada de las demás áreas de espera del establecimiento.	E	60%
E4	Cuenta con accesos exclusivos diferenciados del resto de los servicios.	E	90%
E5	Se dispone del equipo mínimo necesario para la atención de los pacientes en Emergencias.	E	60%
E6	Se dispone de la dotación (insumos) mínima necesaria para la atención de los pacientes en Emergencias.	E	60%
E7	Existe un médico responsable del servicio de Emergencias.	E	90%
E8	Dispone de un médico residente y personal de enfermería en guardia de cuerpo presente las 24 horas.	E	90%
E9	Cuenta con personal médico en guardia de cuerpo presente las 24 horas en las especialidades de Cirugía General y Ginecología y Obstetricia Pediatría).	E	40%
E10	Tiene responsabilizado al personal médico especialista en guardias a disponibilidad en las especialidades de Medicina Interna, Oftalmología, Traumatología y otros.	E	40%
E11	Se cuenta con enfermera profesional exclusiva y permanente para el servicio las 24 horas.	E	50%
E12	Dispone de servicio de comunicación y transporte de pacientes las 24 horas.	E	100%
E13	Cuenta con servicio de apoyo diagnóstico exclusivo (Radiología, Laboratorio y Hemoterapia) las 24 horas.	E	60%
E14	Existen normas y procedimientos para la atención de los pacientes.	E	50%
E15	Existen protocolos para el manejo de la morbilidad más frecuente.	E	90%
E16	Existen normas y procedimientos escritos para la solicitud y respuesta a las interconsultas.	E	60%
E17	Se registra a todos los usuarios que ingresan al servicio con sus respectivos diagnósticos.	E	90%
P1	Se analizan y se utilizan las estadísticas para la planificación y programación de las actividades del servicio.	P	80%
P2	Se analiza periódicamente la morbilidad y la concordancia de la conducta diagnóstica y terapéutica de los pacientes en observación.	P	60%
P3	Se aplican y revisan los protocolos de atención de las Emergencias más frecuentes (consultas y observación).	P	60%
P4	Se informa y comunica en forma regular y permanente a los familiares de los pacientes.	P	60%
R1	El tiempo de espera para que el usuario sea atendido, no es mayor de 10 minutos.	R	30%
R2	La respuesta a las interconsultas de especialidades se da en un plazo no mayor de 1 hora.	R	30%
R3	Menos del 10% del total de camas del hospital, corresponden a observación.	R	70%
R4	El 80% de los pacientes en observación egresa o es trasladado antes de 24 horas.	R	80%
R5	El 95% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con los resultados de la consulta.	R	50%
R6	El 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.	R	40%
R7	La mortalidad de los pacientes atendidos en Emergencias no es mayor del 5%.	R	80%
R8	El Índice C/T (transfusiones preparadas/transfusiones cumplidas) es menor de 2	R	80%

Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

En el gráfico N° 27 y tabla N° 18 se observa que el laboratorio de análisis clínico obtiene un promedio del 67% que es aceptable pero puede mejorar. En la estructura se tiene un 50% que es aceptable pero puede mejorar en: (E7) cuenta con normas escritas de control de calidad interno conocida por el personal de laboratorio y supervisada por los mismos, ((E10) puede procesar sin delegar en otro laboratorio, los análisis listados en el anexo A, (E 11) puede procesarse sin delegar en otro laboratorio exámenes especializados como se puede ver en el anexo B, en el proceso se obtiene un 50% que es aceptable pero puede mejorar en: (P1) se analiza periódicamente la información sobre el consumo y costos de los reactivos e insumos en relación a la producción de costos.

**GRAFICO N° 27**



Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

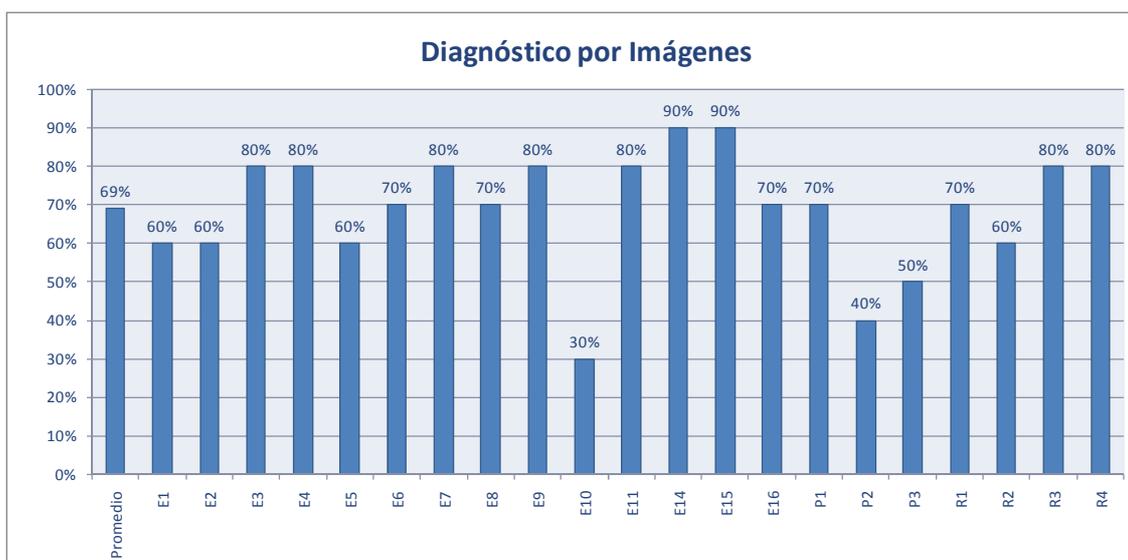
TABLA N° 18

Promedio	6. Laboratorio de Análisis Clínicos		67%
E1	Cumple con las normas arquitectónicas y de funcionamiento establecidas a nivel nacional.	E	80%
E2	Cuenta con equipos y tecnologías acordes con su nivel de complejidad.	E	60%
E3	Se dispone de la dotación (insumos) mínima necesaria.	E	60%
E4	Cuenta con bioanalista de guardia a cuerpo presente las 24 horas.	E	80%
E5	Cuenta con técnicos en guardia activa las 24 horas.	E	80%
E6	La organización y disposición del trabajo permite satisfacer y atender todas las demandas de los servicios del Hospital durante las 24 horas.	E	60%
E7	Cuenta con normas escritas de control de calidad interno conocida por el personal de laboratorio y supervisada por los mismos.	E	50%
E8	Tiene establecidas y escritas normas de bioseguridad.	E	80%
E9	Existe en el laboratorio los manuales que definan las funciones del personal.	E	60%
E10	Puede procesar sin delegar en otro laboratorio, los análisis listados en el anexo A .	E	50%
E11	Puede procesarse sin delegar en otro laboratorio exámenes especializados como se anexa en el Anexo B.	E	50%
E12	Lleva un registro regular del consumo y costo de los reactivos e insumos en relación a la producción del servicio.	E	70%
P1	Se analiza periódicamente la información sobre el consumo y costo de los reactivos e insumos en relación a la producción del servicio.	P	50%
P2	Se analiza periódicamente el cumplimiento de las normas de control de calidad interno.	P	80%
P3	Se revisa y analiza regularmente la utilización eficiente del laboratorio por los servicios finales.	P	60%
P4	Se analiza periódicamente el cumplimiento de las normas de bioseguridad.	P	70%
P5	Participa en uno o más programas de control de calidad externo.	P	70%
R1	El 90% de los exámenes de laboratorio de hospitalización son reportados antes de veinticuatro (24) horas.	R	80%
R2	El 90% de los exámenes de laboratorio de emergencias son reportados antes de la primera hora.	R	70%
R3	El 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.	R	70%
R4	El 95% de las muestras enviadas al programa de control de calidad externo, cumplen con el patrón.	R	70%

Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

En el gráfico N° 28 y tabla N° 19 se evidencia que el servicio de diagnóstico por imágenes obtiene un promedio del 69% que es aceptable pero puede mejorar, en la estructura tiene un 30% que es deficiente y debe mejorar (E10) cuenta con un equipo de Rx con mesa telemandada o mesa con fluoroscopia para estudios de medios de contraste, lo que se refiere a proceso obtiene un 40% que es deficiente y debe mejorar (P2) los estudios son interpretados por médicos radiólogos y/o médicos especialistas que intercambian opiniones con los médicos tratantes.

GRAFICO N° 28



Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

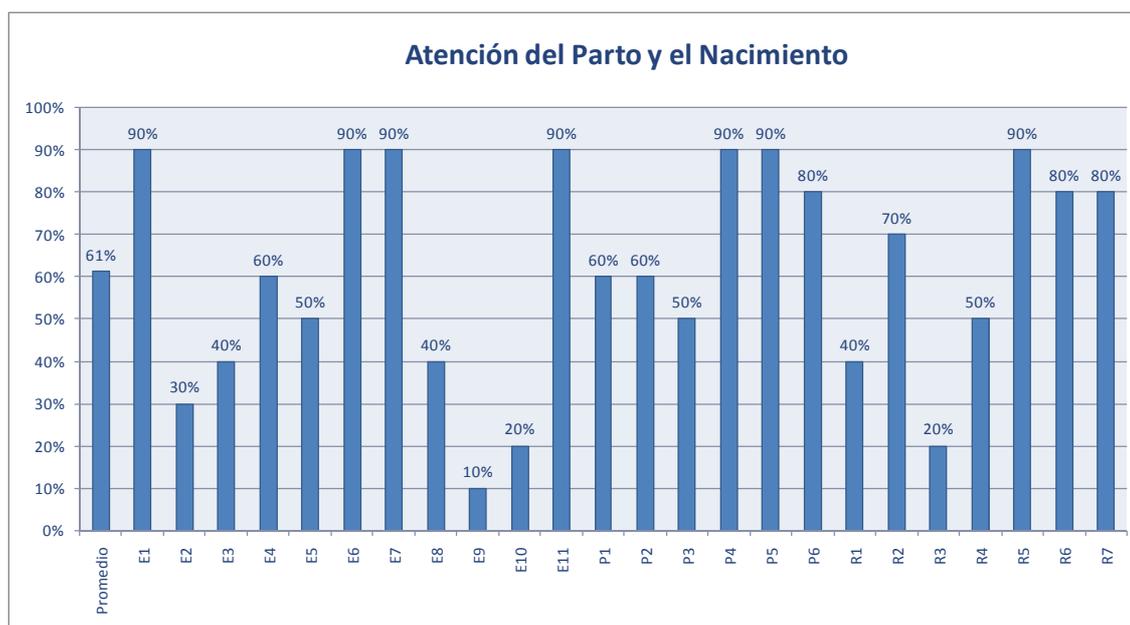
TABLA N° 19

Promedio	7. Diagnóstico por imágenes		69%
E1	Cumple con las normas arquitectónicas y de funcionamiento establecidas a nivel nacional.	E	60%
E2	Posee distribución de los ambientes acorde con aprobación por el ente rector.	E	60%
E3	Responde a los requisitos solicitados por Radiofísica Sanitaria y blindaje calculado por IVIC.	E	80%
E4	Cuenta con acceso exclusivo y físicamente diferenciado.	E	80%
E5	Cuenta con el área de espera exclusiva y físicamente diferenciada.	E	60%
E6	Cuenta con vestuarios y sanitarios anexos a la sala de imágenes.	E	70%
E7	Cuenta con equipos y tecnologías acordes con su nivel de complejidad.	E	80%
E8	Se dispone de la dotación (insumos) mínima necesaria.	E	70%
E9	Cuenta con equipo de Rx convencional con estativo de pared, equipo de revelado de placas automático.	E	80%
E10	Cuenta con equipo de Rx con mesa teledirigida ó mesa con fluoroscopia para estudios con medios de contraste.	E	30%
E11	Cuenta con equipo de ultrasonido con dos transductores básicos (3, 5 y 7.5 mhz).	E	80%
E14	Cuenta con equipos radiológicos portátiles para salas y/o quirófanos.	E	90%
E15	Cuenta con personal técnico y médicos radiólogos para funcionar las 24 horas.	E	90%
E16	Existen los instrumentos (manual de funciones) que definen las funciones del personal.	E	70%
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	70%
P2	Los estudios son interpretados por médicos radiólogos y/o médicos especialistas que intercambian opiniones con los médicos tratantes.	P	40%
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	70%
R2	El 90% de los estudios de Rayos X de emergencias son reportados antes de dos (2) horas.	R	60%
R3	El 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.	R	80%
R4	El 95% de los estudios enviados al programa de control de calidad externo, cumplen con el patrón.	R	80%

Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

En el gráfico N° 29 y tabla N° 20 se observa que la atención del parto y el nacimiento es una de las actividades más importantes, tiene un promedio del 61% que es aceptable pero puede mejorar, en estructura tiene 10-20% que no cumple con el indicador, (E9) posee un sector destinado a la atención del recién nacido patológico (RNP), que puede resolver los principales síndromes respiratorios del recién nacido, incluye asistencia respiratoria mecánica, (E10) posee una unidad de cuidados para la atención inmediata del recién nacido (UCIN), con un 30-40% que es deficiente y debe mejorar, (E2) cuenta con un médico obstetra y médico pediatra, en guardia activa las 24 horas, (E3) cuenta con una enfermera profesional y auxiliar de enfermería suficiente y exclusiva las 24 horas, (E8) hay un local exclusivo para la recepción y reanimación del neonato con los elementos necesarios para atender un embarazo de alto riesgo, con monitoreo pre y perinatal, en segundo lugar lo que corresponde a proceso se obtiene un 50-60% que es aceptable pero debe mejorar, (P1) se hace seguimiento de los pacientes en su trabajo de parto a través del “partograma” y se registra en su historia clínica, (P2) se aplican protocolos de atención de parto y recién nacidos, (P3) se analizan e investigan los accidentes y/o complicaciones y se presentan en el comité de morbi-mortalidad materna hospitalaria, como último se tiene el resultado con un 20% no cumple con el indicador, (R3) el 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida, por otra parte con un 40-50% que es deficiente y debe mejorar es: (R1) el 80% de las interconsultas realizadas son atendidas antes de las 12 horas, (R4) menos del 5% de los pacientes presentan complicaciones y/o accidentes como consecuencia de los tratamientos y/o procesos.

GRAFICO N° 29



Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

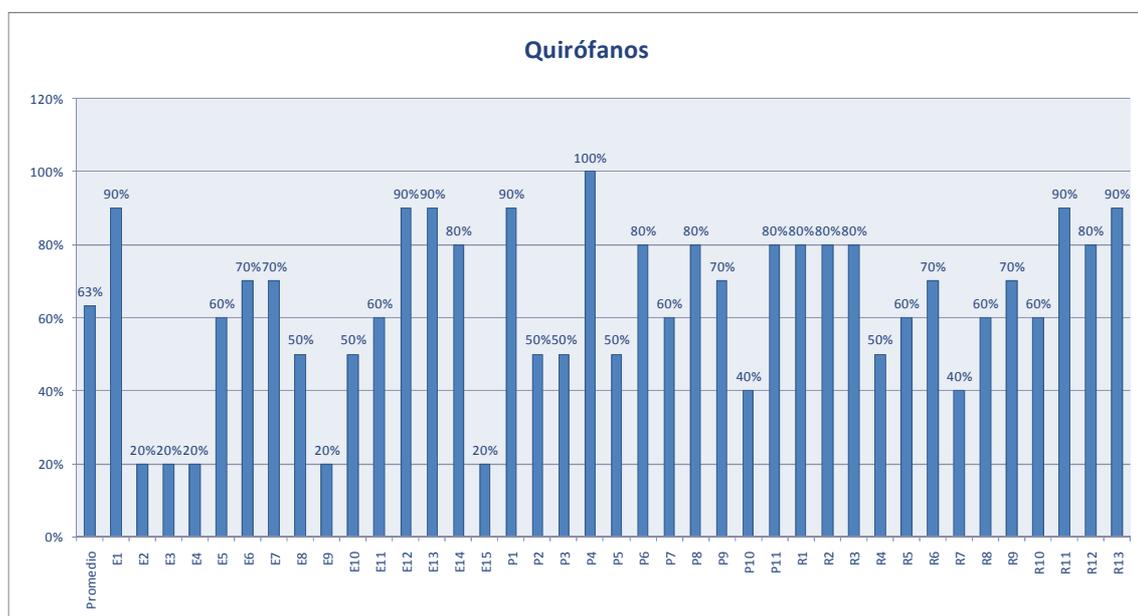
TABLA N° 20

Promedio	9. Atención del Parto y el Nacimiento		61%
E1	Existe un médico especialista responsable por el servicio.	E	90%
E2	Cuenta con médico obstetra y médico pediatra, en guardia activa las 24 horas.	E	30%
E3	Cuenta con enfermera profesional y auxiliar de enfermería suficiente y exclusiva las 24 horas.	E	40%
E4	Existen protocolos de atención del parto y recién nacidos.	E	60%
E5	Los nacimientos se asisten en una sala de partos diferenciada, dentro del área Quirúrgica.	E	50%
E6	Se dispone de equipo mínimo necesario para la prestación del servicio en sala de partos y quirófano.	E	90%
E7	Se dispone de la dotación (insumos) mínima necesaria para la prestación del servicio en sala de partos y quirófano.	E	90%
E8	Hay un local exclusivo para recepción y reanimación del neonato con los elementos necesarios para atender un embarazo de alto riesgo, con monitoreo pre y perinatal.	E	40%
E9	Posee un sector destinado a la atención del recién nacido patológico (RNP), que puede resolver los principales síndromes respiratorios del recién nacido, incluyendo asistencia respiratoria mecánica.	E	10%
E10	Posee una unidad de cuidados para la atención inmediata del recién nacido (UCIN)	E	20%
E11	Se abre historia obstétrica a todas las pacientes que ingresan al servicio.	E	90%
P1	Se hace seguimiento de las pacientes en su trabajo de parto a través del "partograma" y se	P	60%
P2	Se aplican protocolos de atención del parto y recién nacidos.	P	60%
P3	Se analizan e investigan los accidentes y/o complicaciones y se presentan en el comité de morbi-mortalidad materna hospitalaria.	P	50%
P4	Se cumple con el registro de datos del recién nacido y la ficha perinatal.	P	90%
P5	Desde el momento del nacimiento, se establece el alojamiento conjunto de la madre y el niño.	P	90%
P6	Se informa y comunica en forma regular y permanente a los familiares de los pacientes.	P	80%
R1	El 80% de las interconsultas realizadas son atendidas antes de las 12 horas.	R	40%
R2	El 95% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con los resultados de la hospitalización.	R	70%
R3	El 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.	R	20%
R4	Menos del 5% de los pacientes presentan complicaciones y/o accidentes como consecuencia de los tratamientos y/o procesos.	R	50%
R5	La mortalidad hospitalaria no es mayor del 4%.	R	90%
R6	Menos del 5% de los pacientes egresan contra opinión médica.	R	80%
R7	El Índice C/T (transfusiones preparadas/transfusiones cumplidas) es menor de 2	R	80%

Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

En el gráfico N° 30 y la tabla N° 21 se evidencia que la evaluación del Centro Quirúrgico de esta institución, tiene un 63% de promedio que es aceptable pero puede mejorar, en estructura se alcanza un 20% que no cumple con el indicador, (E2) cuenta con enfermera profesional y auxiliar de enfermería, entrenadas para laborar las 24 horas, (E3) está en una área claramente diferenciada, de circulación restringida y exclusiva para este fin, (E4) cuenta con una jerarquización de áreas semirestringidas y restringida, (E9) hay un quirófano exclusivo para el servicio de emergencia, (E15) cuenta con personal para saneamiento ambiental las 24 horas, lo que se refiere a proceso se logra un 40% que es deficiente y debe mejorar, (P10) existe un procedimiento normatizado de aseo de quirófano entre operaciones, por último el resultado obtiene un 40% que es deficiente y debe mejorar, (R7) 100% de las muestras de cultivo del quirófano están libres de contaminación de cualquier tipo.

**GRAFICO N°30**



Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

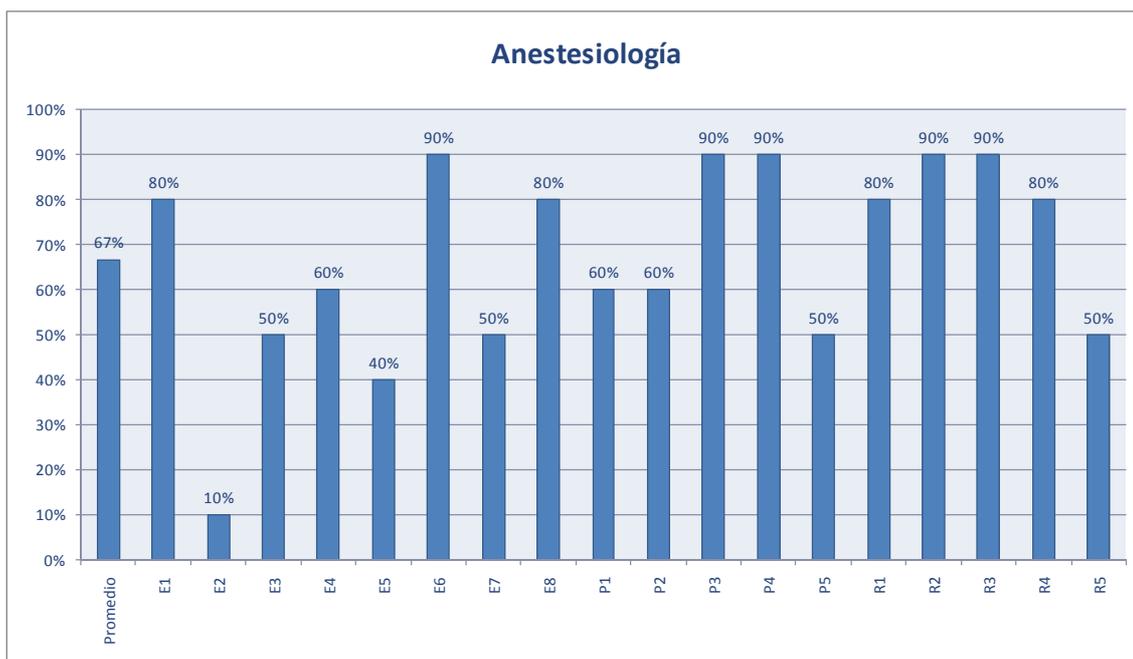
TABLA N° 21

Promedio	10. Quirófanos		63%
E1	Existe un médico especialista responsable del área.	E	90%
E2	Cuenta con enfermera profesional y auxiliar de enfermería, entrenadas para laborar las 24 horas.	E	20%
E3	Está en un área claramente diferenciada de circulación restringida, y exclusivamente destinada a este fin.	E	20%
E4	Cuenta con una jerarquización de áreas en semirestringida y restringida.	E	20%
E5	Existen romas de preparación y/o conservación de las piezas operatorias y se dispone de los materiales necesarios.	E	60%
E6	Existen protocolos quirúrgico y anestésico para todas las patologías quirúrgicas y los	E	70%
E7	Existen protocolos quirúrgico y anestésico para todas las patologías quirúrgicas y los	E	70%
E8	Por lo menos cuenta con dos quirófanos y hay en todo momento, por lo menos una persona	E	50%
E9	Hay un quirófano exclusivo para el servicio de Emergencias.	E	20%
E10	Cuenta con un local destinado a la recuperación post anestésica.	E	50%
E11	El vestuario del personal tiene un acceso diferenciado.	E	60%
E12	Cuenta con diagnóstico radiológico Intraoperatorio.	E	30%
E13	Los quirófanos están diferenciados y equipados según la oferta.	E	90%
E14	Los quirófanos cuentan con la dotación (insumos) necesaria para las intervenciones programadas y de Emergencias.	E	80%
E15	Cuenta con personal para saneamiento ambiental las 24 horas.	E	20%
P1	Las intervenciones quirúrgicas son realizadas por médicos especialistas y residentes.	P	90%
P2	Existe y se cumple la programación quirúrgica de intervenciones electivas.	P	50%
P3	Se lleva un control de las intervenciones quirúrgicas electivas omitidas.	P	50%
P4	Existe registro diario de las intervenciones quirúrgicas realizadas.	P	100%
P5	Existe una descripción firmada por el cirujano de todos los procedimientos quirúrgicos.	P	50%
P6	El área quirúrgica cuenta la posibilidad de apoyo inmediato para diagnóstico de anatomía patológica (biopsias intra y post operatorias)	P	80%
P7	Se aplican protocolos quirúrgico y anestésico para todas las patologías quirúrgicas y los procedimientos quirúrgicos.	P	60%
P8	Se analiza periódicamente la descripción operatoria, con el objeto de verificar la concordancia con los protocolos.	P	80%
P9	Se investigan los casos de pacientes reintervenidos o con accidentes quirúrgicos.	P	70%
P10	Existe un procedimiento normalizado de acceso de quirófano entre operaciones.	P	40%
P11	Los monitoreos intraoperatorios en pacientes, son realizados por médicos especialistas.	P	80%
R1	100% de las intervenciones quirúrgicas son realizadas por médicos especialistas y residentes.	R	80%
R2	Más del 95% de las intervenciones intervenciones electivas cumplen con la programación.	R	80%
R3	100% de las intervenciones quirúrgicas electivas omitidas están documentadas.	R	80%
R4	100% de tejido removido en acto quirúrgico es enviado para diagnóstico de anatomía patológica (biopsias intra y post operatorias).	R	50%
R5	100% de las patologías quirúrgicas y los procedimientos quirúrgicos, cumplen con los protocolos quirúrgico y anestésico.	R	60%
R6	Menos del 1% de los pacientes son reintervenidos o presentan accidentes quirúrgicos.	R	70%
R7	100% de las muestras de cultivo del quirófano están libres de contaminación de cualquier tipo.	R	40%
R8	Menos del 1% de los pacientes intervenidos presentan infecciones relacionadas con el proceso quirúrgico (en la pared y/o internas).	R	60%
R9	El 95% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con los resultados de los procedimientos quirúrgicos.	R	70%
R10	El 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.	R	60%
R11	La mortalidad intra acto quirúrgico, no es mayor del 2%.	R	90%
R12	Menos del 6% de los pacientes rechazan la intervención quirúrgica programada.	R	80%
R13	El índice C/T (transfusiones preparadas/transfusiones cumplidas) es menor de 2.	R	90%

Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

En el Gráfico N° 31 y la Tabla N°22, se observa que el promedio del servicio de anestesiología es de 67%, es aceptable pero puede mejorar, la estructura tiene un 10%, no cumple con el indicador, (E2) los anestesiólogos del área de emergencia hacen guardias activas las 24 horas, con un 40% que es deficiente y debe mejorar, (E5) el servicio confecciona protocolos anestésicos de acuerdo a la morbilidad quirúrgica y el estado del paciente, el proceso consigue un 50% que es aceptable pero puede mejorar, (P5) el anestesiólogo es responsable del manejo del paciente en la sala de recuperación y autoriza su traslado al servicio que corresponda, por último el resultado tiene un 50% que es aceptable pero puede mejorar, (R5) el 80% de los pacientes y familiares muestra satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.

**GRAFICO N° 31**



FUENTE: Departamento de Estadística del Hospital Cantonal de Sangolquí

ELABORADO: Elena López

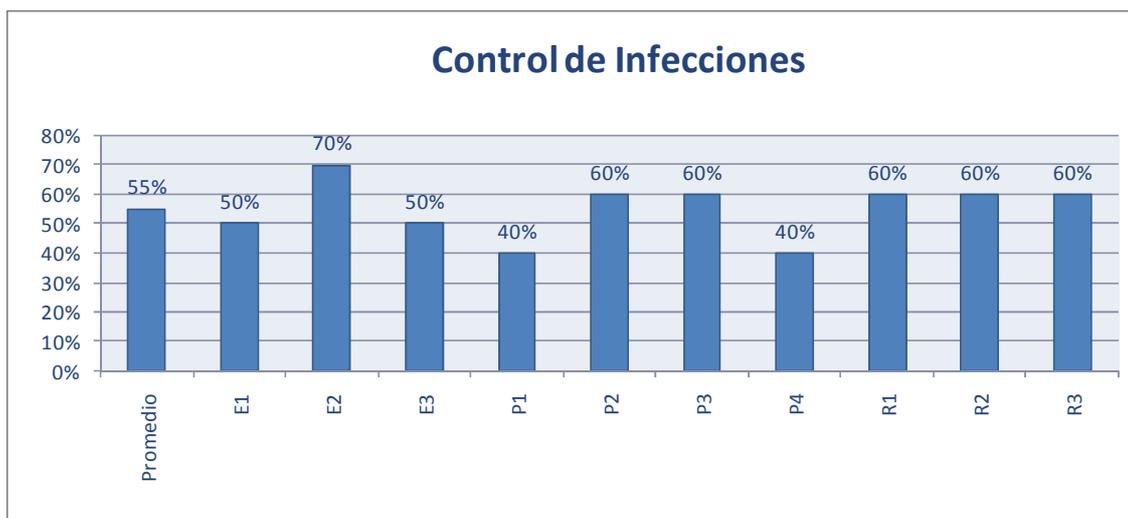
TABLA N° 22

Promedio	11. Anestesiología		67%
E1	El Servicio de Anestesiología dispone de un médico jefe del servicio.	E	80%
E2	Los anestesiólogos del área de emergencias hacen guardia activa las 24 horas.	E	10%
E3	Cuenta con un listado de anestesiólogos organizados en guardias para las actividades electivas.	E	50%
E4	El servicio garantiza la presencia física de un anestesiólogo específico para cada procedimiento quirúrgico.	E	60%
E5	El servicio confecciona protocolos anestésicos de acuerdo a la morbilidad quirúrgica y el estado del paciente.	E	40%
E6	Se dispone de equipo mínimo necesario para la prestación del servicio.	E	90%
E7	Se realiza mantenimiento sistemático a las máquinas de anestesia.	E	50%
E8	Se dispone de la dotación (insumos) mínima necesaria para la prestación del servicio.	E	80%
P1	Se revisa periódicamente la aplicación de los protocolos anestésicos de acuerdo a la morbilidad quirúrgica.	P	60%
P2	Se investigan los incidentes anestésicos (complicaciones y mortalidad atribuible a la anestesia)	P	60%
P3	La consulta pre-anestésica se realiza como mínimo 12 horas antes para las cirugías electivas o en el momento de la decisión quirúrgica en el caso de las Emergencias y se registra en la historia clínica.	P	90%
P4	Existe una descripción firmada por el anestesiólogo de todos los procedimientos anestésicos.	P	90%
P5	El anestesiólogo es responsable del manejo del paciente en la sala de recuperación y autoriza su traslado al servicio que corresponda.	P	50%
R1	Menos del 2% de los pacientes presentan complicaciones y mortalidad atribuible a la anestesia.	R	80%
R2	100% de las cirugías electivas reciben consulta pre-anestésica como mínimo 12 horas antes para las cirugías electivas.	R	90%
R3	100% de las Emergencias reciben consulta pre-anestésica al momento de la decisión quirúrgica.		90%
R4	El 95% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con los resultados de la anestesia.	R	80%
R5	El 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.	R	50%

Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

En el gráfico N° 32 y la tabla N° 23 se observa que el control de infecciones hospitalarias tiene un promedio del 55% que es aceptable pero puede mejorar, la estructura obtiene un 50% que es aceptable pero puede mejorar, (E1) cuenta con normas escritas para mantener el Sistema de Vigilancia de Epidemiología Hospitalaria de las infecciones, (E3) cuenta con una Comisión institucional de prevención y control de infecciones hospitalarias, el proceso posee un 40% que es deficiente y debe mejorar, (P1) se llevan registros estadísticos de Vigilancia de epidemiología hospitalaria, (P4) realiza vigilancia y control de exposiciones ocupacionales en trabajadores de salud del Hospital.

GRÁFICO Nº 32



Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

TABLA N º 23

Promedio	12. Control de infecciones hospitalarias		55%
E1	Cuenta con normas escritas para mantener el Sistema de Vigilancia de Epidemiología Hospitalaria de las infecciones.	E	50%
E2	Cuenta con una enfermera capacitada u otro profesional de la salud encargado de la prevención y control de infecciones hospitalarias.	E	70%
E3	Cuenta con una Comisión Institucional de Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias.	E	50%
P1	Se llevan los registros estadísticos de Vigilancia de Epidemiología Hospitalaria.	P	40%
P2	Existe auditoría periódica de los procesos de Epidemiología Hospitalaria.	P	60%
P3	Implementa el Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias del Ministerio de Salud y Desarrollo Social.	P	60%
P4	Realiza vigilancia y control de exposiciones ocupacionales en trabajadores de Salud del Hospital.	P	40%
R1	El índice de infecciones hospitalarias es menor del 5%.	R	60%
R2	Menos del 0,5% de los trabajadores de salud del hospital, enferman como consecuencia a exposiciones ocupacionales.	R	60%
R3	La mortalidad como consecuencia de infecciones intrahospitalarias, no excede el 2%	R	60%

Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

En el gráfico N° 33 y la tabla N° 24, se observa que el promedio del servicio social es de 71%, es aceptable pero puede mejorar, en la estructura se obtiene un 50% que es aceptable pero puede mejorar, (E4) el servicio está integrado con el resto del cuerpo profesional, el resultado tiene un 50% que es aceptable pero puede mejorar, (R1) las solicitudes de apoyo al servicio son atendidas en un plazo menor de 24 horas.

GRÁFICO N° 33



Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

TABLA N° 24

Promedio	18. Servicio Social		71%
E1	Cuenta por lo menos un profesional de servicio social.	E	90%
E2	Cuenta con el espacio físico adecuado para el desarrollo de su tarea.	E	80%
E3	Existen normas y procedimientos escritos.	E	80%
E4	El servicio está integrado con el resto del cuerpo profesional.	E	50%
P1	Desarrolla actividades extramurales, como visitas domiciliarias, contactos comunitarios, relaciones institucionales e identificación de grupos de riesgo.	P	90%
R1	Las solicitudes de apoyo al servicio son atendidas en un plazo menor de 24 horas	R	50%
R2	Más del 75% de las solicitudes de apoyo son resueltas en forma satisfactoria	R	60%

Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

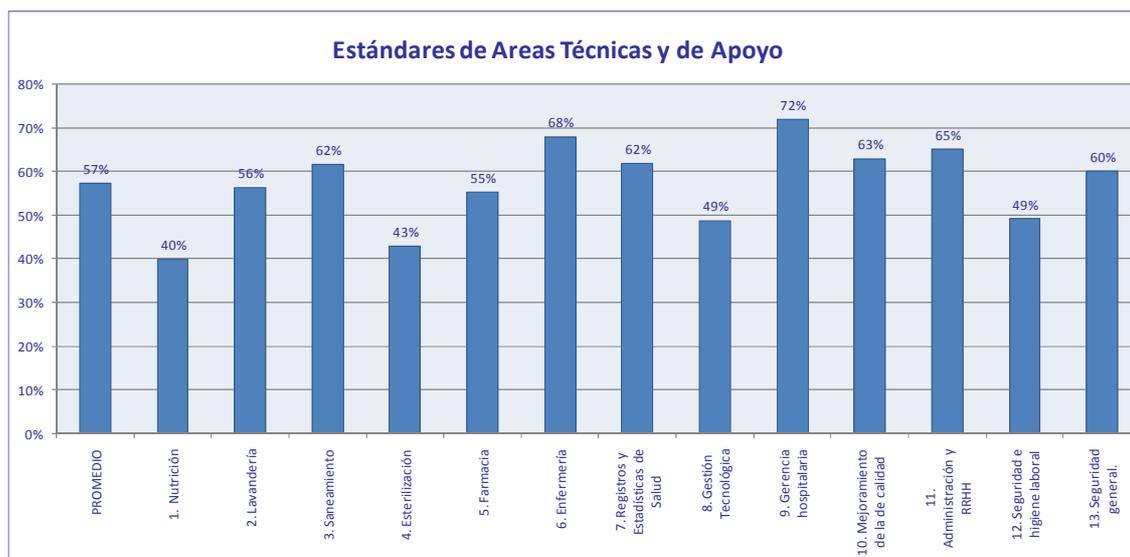
### 3.2.2.2 Áreas Técnicas y de Apoyo

A continuación se detallan los estándares de las áreas técnicas y de apoyo. Como se puede observar en el gráfico N° 34, se observa en forma general que **el desempeño del Hospital en promedio es del 57%**, considerándose como **aceptable y puede mejorar**, debiéndose trabajar en el mejoramiento de estos servicios:

➤ Nutrición	40%
➤ Esterilización	43%
➤ Gestión Tecnológica	48%
➤ Seguridad e higiene laboral	49%
➤ Farmacia	55%
➤ Lavandería	56%
➤ Seguridad general.	60%
➤ Saneamiento	62%
➤ Registros y Estadísticas de Salud	62%
➤ Mejoramiento de la de calidad	63%
➤ Administración y RRHH	65%
➤ Enfermería	68%
➤ Gerencia hospitalaria	70%

El mejor rendimiento es gerencia hospitalaria (70%), sin embargo se encuentra en el rango del estándar (50%-74%), lo que equivale a que es **“aceptable pero puede mejorar”**; Ver gráfico No. 34 y Tabla No. 25.

**GRAFICO Nº 34**



Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

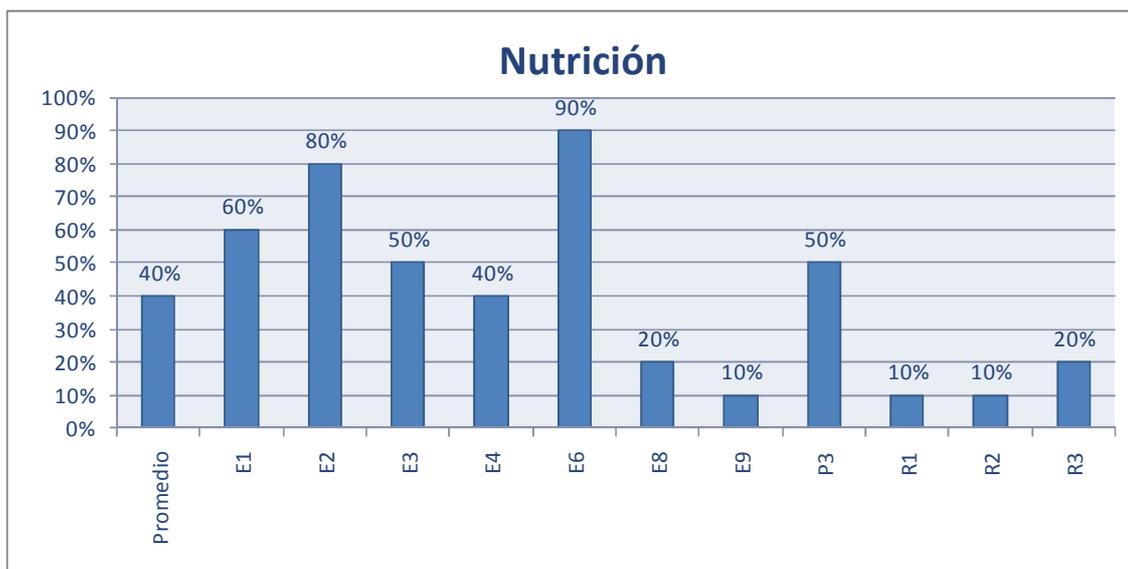
TABLA N ° 25

ESTANDARES	
II. AREAS TECNICAS Y DE APOYO	VALOR
<b>PROMEDIO</b>	<b>57%</b>
1. Nutrición	40%
2. Lavandería	56%
3. Saneamiento	62%
4. Esterilización	43%
5. Farmacia	55%
6. Enfermería	68%
7. Registros y Estadísticas de Salud	62%
8. Gestión Tecnológica	49%
9. Gerencia hospitalaria	72%
10. Mejoramiento de la de calidad	63%
11. Administración y RRHH	65%
12. Seguridad e higiene laboral	49%
13. Seguridad general.	60%

Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

En el gráfico N° 35 y la tabla N° 26, se evidencian las especificidades por cada área técnica y de apoyo, se observa que el promedio del servicio de nutrición es de 40% que es deficiente y debe mejorar, en la estructura se obtiene un 10-20%, no cumple con el indicador, (E8) existe una unidad de soporte nutricional, (E9) tiene capacidad para diseñar regímenes especiales para pacientes ambulatorios, con un 40% que es deficiente y debe mejorar, (E4) cuenta con un listado de regímenes por patología, confeccionado por una nutricionista, por otro lado el proceso tiene un 50% que es aceptable pero puede mejorar, (P3) se analiza y verifica sistemáticamente el cumplimiento de los regímenes nutricionales de acuerdo a las patologías de los pacientes, el resultado posee un 10-20% que no cumple con el indicador, (R1) el 100% de los pacientes que requieren regímenes personalizados son evaluados diariamente por la nutricionista, (R2) el análisis y verificación del cumplimiento de los regímenes nutricionales de acuerdo a las patologías de los pacientes revela un 100% de correspondencia, (R3) más del 70% de los pacientes califican la comida como satisfactoria.

GRAFICO N° 35



Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

TABLA N° 26

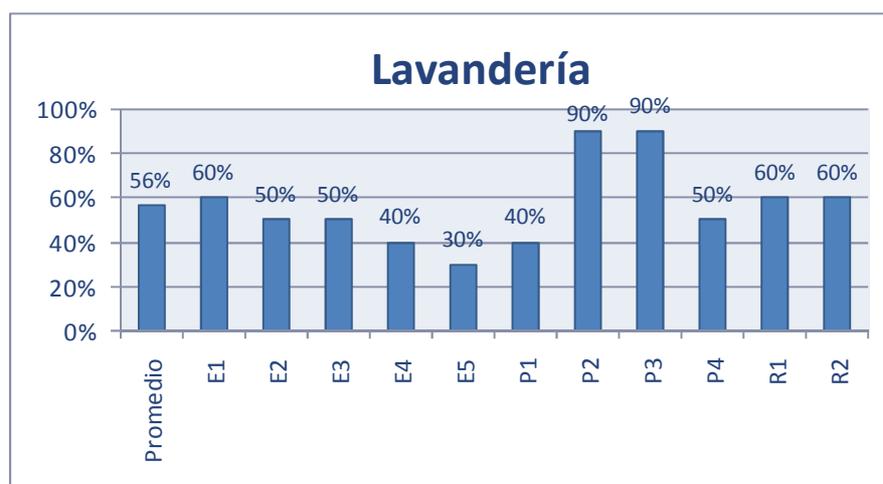
II. AREAS TECNICAS Y DE APOYO			
Promedio	1. Nutrición		40%
E1	Cuenta con el equipo necesario para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	60%
E2	Cuenta con los recursos humanos necesarios y suficientes para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	80%
E3	Cuenta con un área para la preparación de fórmulas con normas específicas.	E	50%
E4	Cuenta con un listado de regímenes por patología, confeccionado por una nutricionista, según prescripción médica.	E	40%
E6	Dispone de los insumos necesarios para la prestación del servicio.	E	90%
E8	Existe una Unidad de Soporte Nutricional.	E	20%
E9	Tiene capacidad para diseñar regímenes especiales para pacientes ambulatorios.	E	10%
P3	Se analiza y verifica sistemáticamente el cumplimiento de los regímenes nutricionales de acuerdo a las patologías de los pacientes.	P	50%
R1	100% de los pacientes que requieren regímenes personalizados, son evaluados diariamente por el/la nutricionista.	R	10%
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	10%
R3	Más del 70% de los pacientes califican la comida como satisfactoria.	R	20%

Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

En el gráfico N° 36 y tabla N° 27, se observa que el promedio del servicio de lavandería es de 45%, es deficiente y debe mejorar, en estructura se observa un

30 – 40% que es deficiente y debe mejorar, (E4) el proceso de lavado y cambio de ropa está normatizado, (E5) existe protocolos para el manejo de la ropa usada y contaminada, como segundo indicador se observa el proceso con un 40% que es deficiente y debe mejorar, (P1) lleva un registro del cambio de ropa en pacientes con fluidos corporales.

**GRAFICO N° 36**



Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica. Elaborado: Elena López

**TABLA N ° 27**

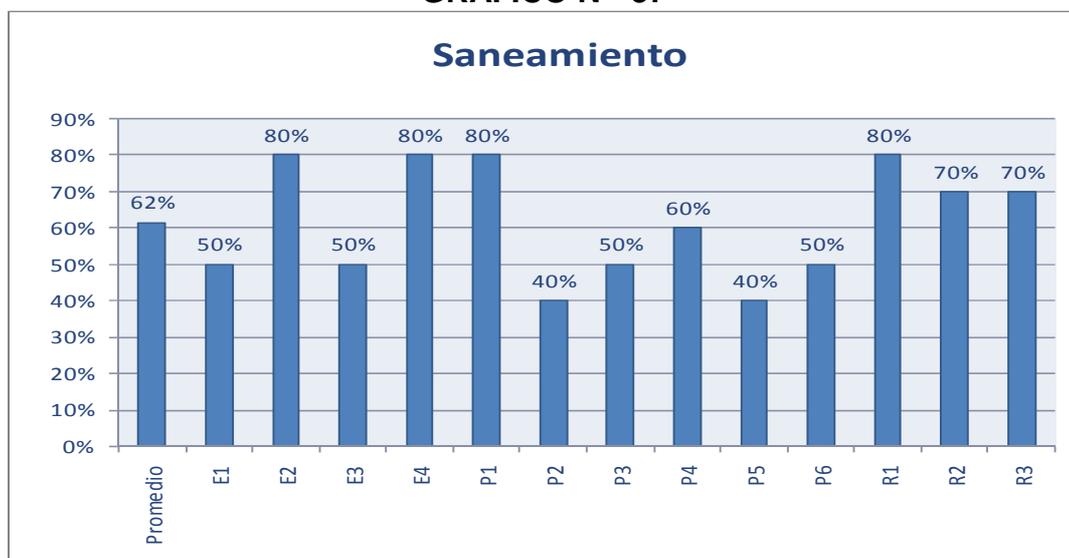
Promedio	2. Lavandería		56%
E1	Cuenta con el equipo necesario para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	60%
E2	Dispone de los insumos necesarios para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	50%
E3	Cuenta con los recursos humanos necesarios y suficientes para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	50%
E4	El proceso de lavado y cambio de ropa está normatizado	E	40%
E5	Existe protocolos para el manejo de la ropa usada y contaminada.	E	30%
P1	Lleva un registro del cambio de ropa en pacientes con fluidos corporales.	P	40%
P2	El retiro de ropa sucia es diario.	P	90%
P3	La entrega de ropa limpia se hace diariamente.	P	90%
P4	Existe auditoría periódica de los procesos establecidos en el Servicio de Lavandería.	P	50%
R1	La incidencia de infecciones hospitalarias (de heridas, generales) como consecuencia del uso de ropa contaminada es menor del 1%.	R	60%
R2	Más del 90% de los pacientes califican la ropa como limpia y satisfactoria.	R	60%

Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica. Elaborado: Elena López

En el gráfico N° 37 y tabla 28, se evidencia la evaluación del saneamiento con un promedio del 62%, que es aceptable pero puede mejorar, como primer indicador

se tiene la estructura con un 50%, es aceptable pero puede mejorar, (E1) cuenta con el equipo necesario para la prestación del servicio de acuerdo a la normativa vigente, (E3) cuenta con los recursos humanos necesarios y suficientes para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente, como segundo indicador se observa el proceso con un 40% que es deficiente y debe mejorar, (P2) existe prohibición de barrido en seco, excepto casos especiales como consultorio o circulación pública, (P5) el personal de limpieza recibe adiestramiento.

**GRAFICO N ° 37**



Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

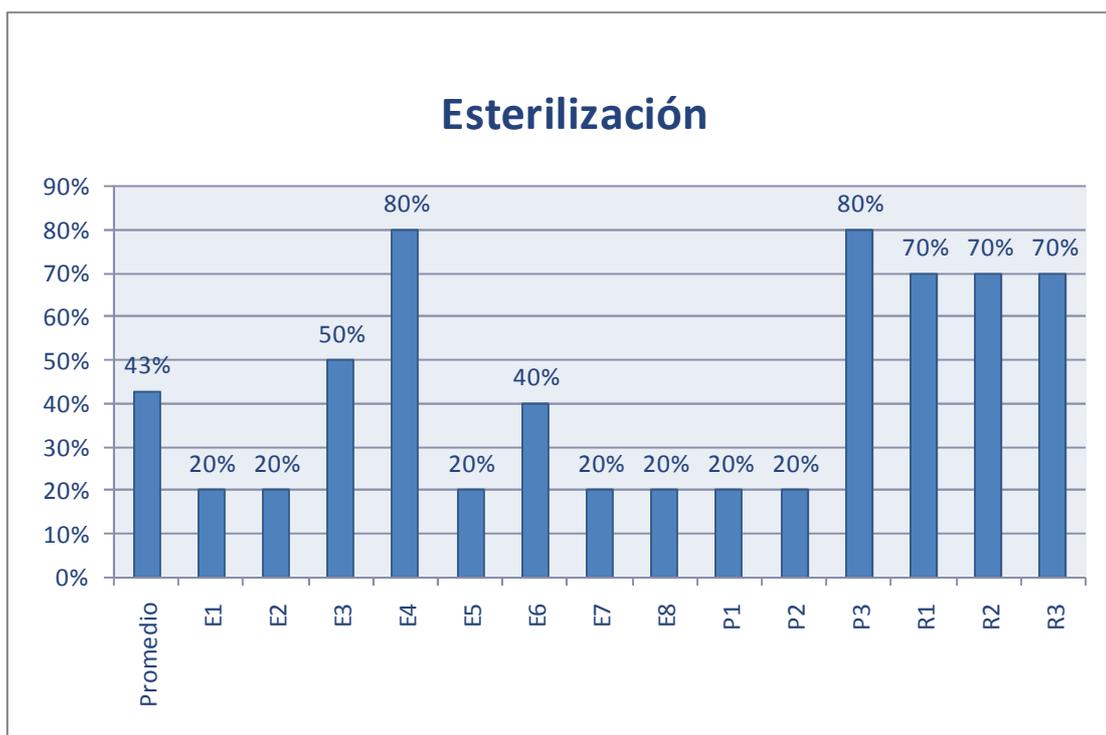
**TABLA N ° 28**

Promedio	3. Saneamiento		62%
E1	Cuenta con el equipo necesario para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	50%
E2	Dispone de los insumos necesarios para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	80%
E3	Cuenta con los recursos humanos necesarios y suficientes para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	50%
E4	Cuenta con un responsable de la limpieza.	E	80%
P1	Los pisos son limpiados al menos una vez al día, cumpliendo con las normas establecidas.	P	80%
P2	Existe prohibición de barrido en seco, excepto casos especiales como consultorio o circulación pública.	P	40%
P3	Se verifica regularmente la eficacia y riesgos a la salud como resultado del uso indiscriminado de los productos de limpieza.	P	50%
P4	Existen normas para el tratamiento específico de elementos o excretas potencialmente contaminantes (hepatitis B, SIDA, salmonelosis).	P	60%
P5	El personal de limpieza recibe adiestramiento.	P	40%
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	50%
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	80%
R2	La incidencia de infecciones hospitalarias (de heridas, generales) como consecuencia del saneamiento inadecuado es menor del 1%.	R	70%
R3	Más del 90% de los pacientes califican la ropa como limpia y satisfactoria.	R	70%

Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

En el gráfico N° 38 y la tabla N° 29, se evidencia que el servicio de esterilización tiene un promedio del 43% que es deficiente y debe mejorar, en estructura se observa un 20% que no cumple con el indicador, (E1) posee en local donde se realiza la preparación y esterilización de todos los materiales de la institución, (E2) el área del servicio cuenta con tres sectores: recepción y lavado, preparación y acondicionamiento de materiales esterilización y almacenamiento, (E5) cuenta con los recursos humanos necesarios y suficientes para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente, (E7) existen normas escritas sobre los procedimientos de esterilización, (E8) cuenta con ventilación mecánica equipada con filtros de alta eficiencia, como segundo indicador se observa que el proceso posee un 20%, no cumple con el indicador, (P1) se lleva a cabo un proceso de capacitación y actualización permanente de los recursos humanos, (P2) se efectúan controles biológicos de acuerdo a la norma vigente

**GRAFICO N ° 38**



Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

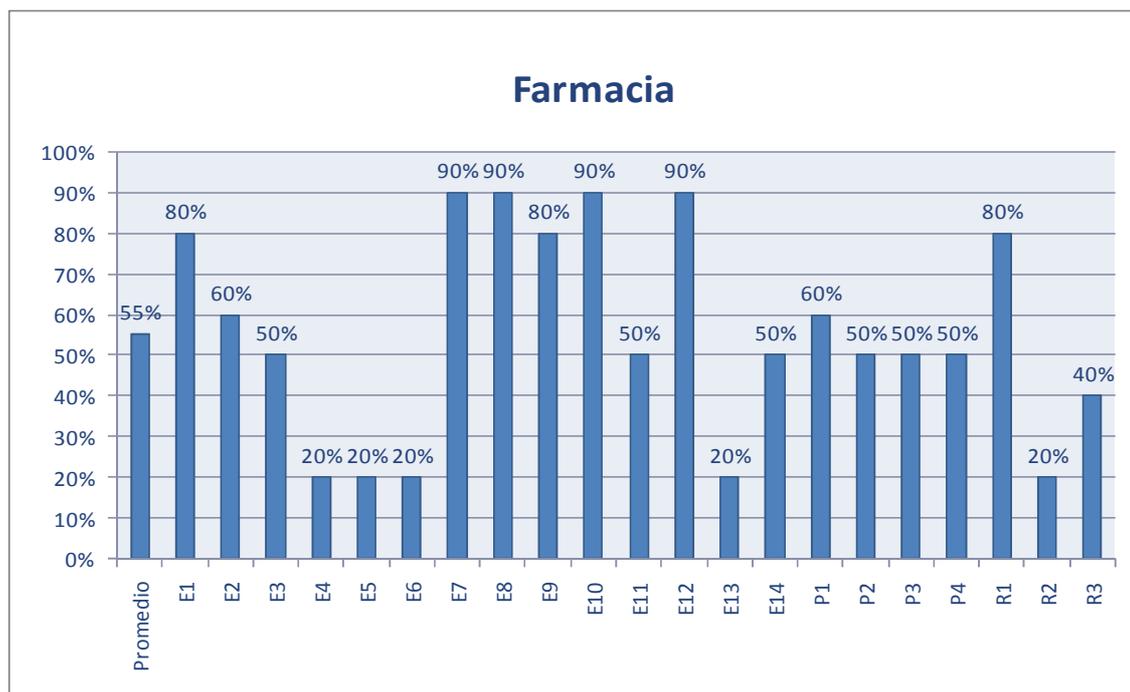
TABLA N° 29

Promedio	4. Esterilización		43%
E1	Posee un local donde se realiza la preparación y esterilización de todos los materiales de la institución.	E	20%
E2	El área del servicio cuenta con tres sectores: recepción y lavado, preparación y acondicionamiento de materiales esterilización y almacenamiento.	E	20%
E3	Cuenta con el equipo necesario para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	50%
E4	Dispone de los insumos necesarios para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	80%
E5	Cuenta con los recursos humanos necesarios y suficientes para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	20%
E6	Tiene posibilidad propia o contratada de esterilizar materiales termosensibles.	E	40%
E7	Existen normas escritas sobre los procedimientos de esterilización.	E	20%
E8	Cuenta con ventilación mecánica equipada con filtros de alta eficiencia.	E	20%
P1	Se lleva a cabo un proceso de capacitación y actualización permanente de los recursos humanos.	P	20%
P2	Se efectúan controles biológicos de acuerdo a la normativa vigente	P	20%
P3	Los equipos son lavados y desinfectados regularmente en forma automática y/o manual.	P	80%
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	70%
R2	La incidencia de infecciones hospitalarias (de heridas, generales) como consecuencia de esterilización inadecuada de equipos es menor del 1%.	R	70%
R3	Más del 98% de los usuarios califican la esterilización de equipos como satisfactoria.	R	70%

Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

En el gráfico N° 39 y tabla N° 30, se observa que el servicio de farmacia obtiene un 55% que es aceptable pero puede mejorar, como primer indicador se tiene un 20%, no cumple con el indicador, (E4) cuenta con un profesional farmacéutico legalmente autorizado, (E5) existen normas de utilización de antibióticos y vademécum, (E6) cuenta con personal técnico o auxiliar de farmacia de guardia las 24 horas, para la atención de internados y ambulatorios, (E13) cuenta con servicios de docencia e investigación clínica, como segundo indicador se tiene un 20% que no cumple con el indicador, (R2) mas del 95% de los pacientes y familiares califican el servicio de la farmacia como satisfactorio.

GRAFICO N° 39



Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

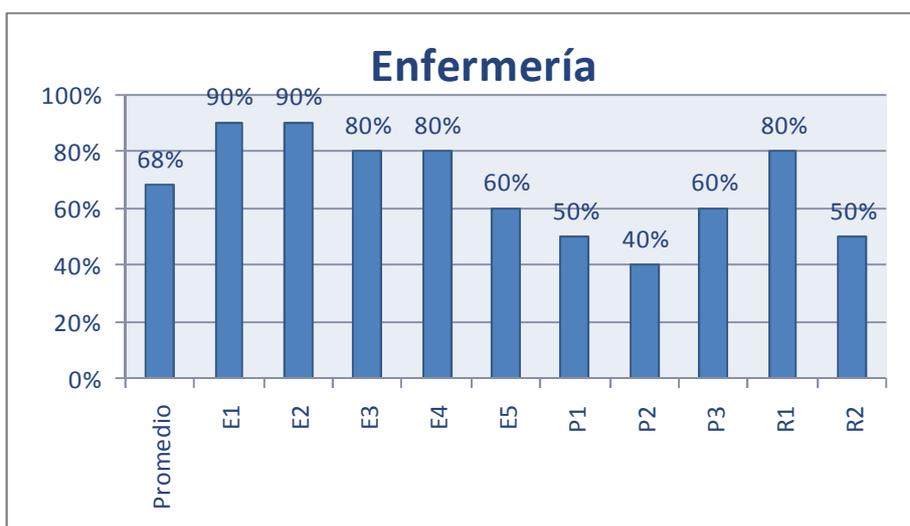
TABLA N° 30

Promedio	5. Farmacia		55%
E1	Cuenta la planta física con áreas bien definidas, clasificadas y delimitadas de acuerdo a la actividad que se realiza en ella.	E	80%
E2	Cumple con las condiciones ambientales de iluminación, ventilación, seguridad, condiciones higiénicas, entre otras, que aseguren el buen funcionamiento del Servicio.	E	60%
E3	Cuenta con el equipamiento necesario para asegurar el buen almacenamiento de los medicamentos, de acuerdo a la normativa vigente.	E	50%
E4	Cuenta con un profesional farmacéutico legalmente autorizado (Farmacéutico Regente).	E	20%
E5	Existen normas de utilización de antibióticos y vademecum para uso del establecimiento.	E	20%
E6	Cuenta con personal Técnico o Auxiliar de Farmacia de guardia las 24 horas, para la atención de pacientes internados y ambulatorios.	E	20%
E7	Cuenta con un Comisión de farmacia y terapéutica que regule la selección de medicamentos en la institución.	E	90%
E8	Cuenta con una lista de medicamentos esenciales.	E	90%
E9	Tiene establecido un sistema de control de inventarios de medicamentos que asegure el reabastecimiento regular y oportuno de los suministros necesarios.	E	80%
E10	Existe un Comité de Licitaciones o Junta de Compra de medicamentos donde participe el Farmacéutico Jefe del Servicio.	E	90%
E11	Cuenta con almacenes y equipos de acuerdo al tipo de medicamentos que cumplan con las condiciones ambientales que aseguren un buen almacenamiento.	E	50%
E12	Existe un sistema de control para las sustancias psicotrópicas y estupefactivas.	E	90%
E13	Cuenta con servicios de docencia e investigación clínica.	E	20%
E14	Para su funcionamiento cuenta con un manual de normas y procedimientos.	E	50%
P1	Se revisan y actualizan las normas de utilización de antibióticos y vademecum para uso del establecimiento.	P	60%
P2	Cuenta con sistemas de distribución tradicionales o modernos (Dosis unitaria).	P	50%
P3	Se realizan estudios de farmacoepidemiología.	P	50%
P4	Se realiza control del gasto y consumo de medicamentos.	P	50%
R1	La incidencia de complicaciones por uso indebido de medicamentos es menor del 1%	R	80%
R2	Más del 95% de los pacientes y familiares califican el servicio de la farmacia como satisfactorio.	R	20%
R3	Más del 95% de los usuarios (médicos y enfermeras) califican el servicio de la farmacia como satisfactorio.	R	40%

Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

El departamento de Enfermería obtiene un 68% que es aceptable pero puede mejorar como se observa en el gráfico N° 40 y tabla N° 31, en el proceso se obtiene un 40% que es deficiente y debe mejorar, (P2) el personal con menos de 1 año de servicio en la institución han recibido instrucción específica sobre el funcionamiento del hospital, en el resultado se tiene un 50% que es aceptable pero puede mejorar, (R2) mas del 95% de los pacientes y familiares califican el servicio de enfermería como satisfactorio

**GRAFICO N° 40**



Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

**TABLA N° 31**

Promedio	6. Enfermería		68%
E1	La responsable del servicio tiene título de Licenciada en Enfermería.	E	90%
E2	La distribución del personal se ajusta a las normas nacionales.	E	90%
E3	El personal administrativo (Supervisora, Coordinadora) tienen título de Licenciatura en Enfermería.	E	80%
E4	Existen normas escritas en todas las oficinas y/o servicios.	E	80%
E5	Existe un Departamento de Enfermería que se encarga de la selección, entrenamiento, dimensionamiento y conducción de la totalidad del personal de Enfermería.	E	60%
P1	Se registran los constantes vitales de los pacientes hospitalizados con una periodicidad no mayor de seis horas y los datos son registrados en la historia clínica.	P	50%
P2	El personal con menos de un año de servicio en la institución ha recibido instrucción específica sobre el funcionamiento del hospital.	P	40%
P3	Se registran en la historia clínica las observaciones sobre la evolución de los pacientes.	P	60%
R1	La incidencia de complicaciones por fallas de enfermería es menor del 1%	R	80%
R2	Más del 95% de los pacientes y familiares califican el servicio enfermería como satisfactorio.	R	50%

Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

En el gráfico N° 41 y tabla N° 32 se evidencian los Registros y Estadísticas con un promedio del 62% que es aceptable pero puede mejorar, en la estructura se observa un 20%, no cumple el indicador, (E4) existe personal exclusivo para este fin y hay acceso al archivo las 24 horas, en cambio otros obtienen un 40% que es deficiente y deben mejorar, (E8) existe un comité de historias clínicas responsable por la calidad, el registro y seguimiento del movimiento y ruta de las historias clínicas, (E10) emite una publicación mensual de la información, por último en el resultado tiene un 50% que es aceptable pero puede mejorar, (R1) el 100% de los registros estadísticos están actualizados al mes anterior.

**GRAFICO N° 41**



Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

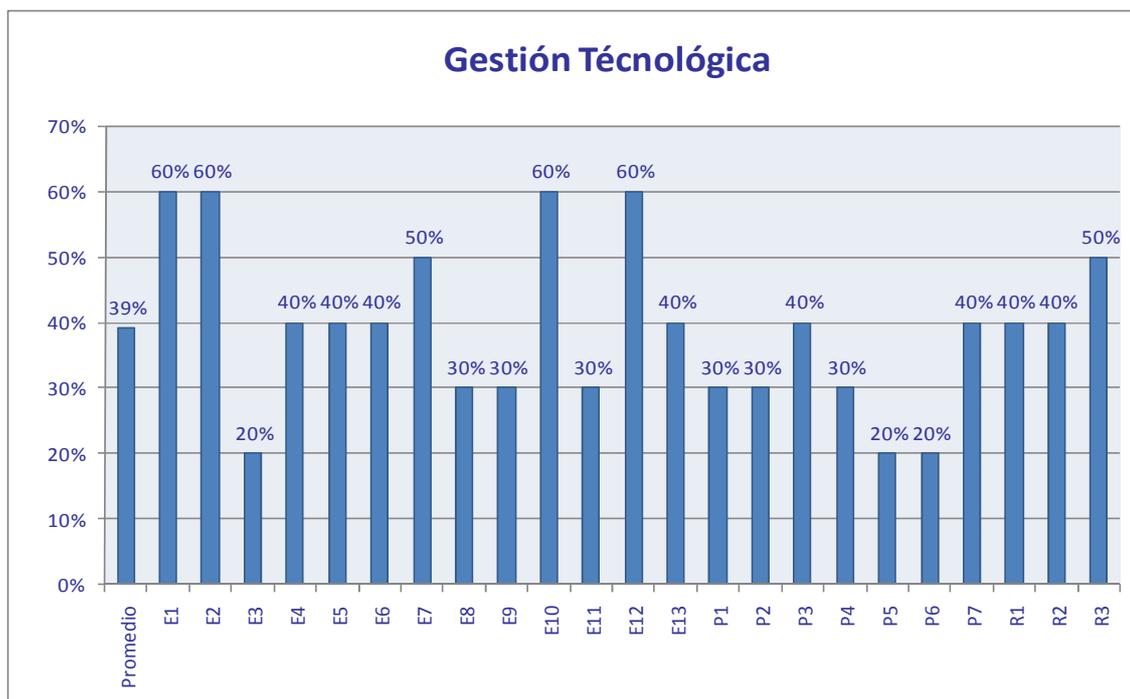
TABLA N° 32

Promedio	7. Registros y Estadísticas en Salud		62%
E1	Cuenta la planta física con áreas bien definidas, clasificadas y delimitadas de acuerdo a la actividad que se realiza en ella.	E	60%
E2	Cumple con las condiciones ambientales de iluminación, ventilación, seguridad, condiciones higiénicas, entre otras, que aseguren el buen funcionamiento del Servicio.	E	70%
E3	Cuenta con el equipamiento necesario para asegurar el buen almacenamiento y procesamiento de los datos, de acuerdo a la normativa vigente.	E	70%
E4	Existe personal exclusivo para este fin y hay acceso al archivo las 24 horas.	E	20%
E5	Posee Historia Clínica de la totalidad de las personas asistidas en el establecimiento, tanto ambulatorias como hospitalizadas.	E	70%
E6	Existen normas difundidas y conocidas sobre la confección de las Historia Clínica.	E	80%
E7	Existe una única Historia Clínica, tanto para la atención ambulatoria como en internación.	E	80%
E8	Existe un Comité de Historias Clínicas responsable por la calidad, el registro y seguimiento del movimiento y ruta de las Historias Clínicas.	E	40%
E9	Lleva registro estadístico de las actividades asistenciales, de acuerdo a la normativa vigente.	E	50%
E10	Emite una publicación mensual de la información.	E	40%
E11	Está automatizado el Servicio de Estadísticas.	E	60%
P1	La Historia Clínica cumple con la normativa vigente.	P	80%
P2	El registro de Historias Clínicas está organizado por doble entrada: por número de orden y por orden alfabético.	P	80%
P3	Se lleva a cabo en forma regular el análisis cuantitativo y cualitativo de las Historias Clínicas.	P	70%
R1	El 100% de los registros estadísticos están actualizados al mes anterior.	R	50%
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%

Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica. Elaborado: Elena López

En el gráfico N° 42 y la tabla N° 33, se evidencia la gestión tecnológica con un 39% que es deficiente pero puede mejorar, en la estructura se obtiene un 20% que no cumple con el indicador, (E3) está a cargo de un profesional universitario, (P5) se hace supervisión periódica de estado de conservación y funcionamiento de los recursos físicos y materiales, (P6) lleva a cabo un programa de mantenimiento preventivo y correctivo, por otro lado con el 30% que es deficiente y debe mejorar, (E8) posee manuales de organización según manual y organigrama colocado en cartelera, (E11) tiene catálogos y manuales de los equipos instalados en el hospital, (P2) hace un informe periódico de gestión, (P6) tiene autonomía de gestión, caja chica.

GRAFICO N° 42



Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

TABLA N° 33

Promedio	8.1. Gestión Tecnológica		39%
E1	Cuentan con un espacio físico, herramientas e insumos de trabajo adecuados para realizar sus actividades asignadas.	E	60%
E2	Cuenta con los recursos humanos necesarios y suficientes para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	60%
E3	La Gestión Tecnológica está a cargo de un profesional universitario calificado, con experiencia comprobable.	E	20%
E4	Esta a cargo de ingeniero o TSU del área específica.	E	40%
E5	El personal asignado para cada sub-unidad está calificado y capacitado para la(s) actividad(es) específicas.	E	40%
E6	La Gestión Tecnológica cuenta con los equipos necesarios para el desempeño de sus funciones.	E	40%
E7	Los equipos médicos y no-médicos actuales son tecnológicamente adecuados para las necesidades.	E	50%
E8	Posee Manuales de Organización y de Procedimientos aprobados y vigentes.	E	30%
E9	Posee organización según manual y organigrama colocado en cartelera.	E	30%
E10	Tiene a su alcance las normas y el Manual con los procedimientos técnicos correspondientes.	E	60%
E11	La Gestión Tecnológica tiene catálogos y manuales de los equipos instalados en el Hospital.	E	30%
E12	Existen Programas de Adiestramiento para el personal del área.	E	60%
E13	Existe inventario técnico actualizado de los equipos en su totalidad.	E	40%
P1	La Gestión Tecnológica participa en los procesos de compra y mantenimiento de equipos.	P	30%
P2	La Gestión Tecnológica hace informe periódico de gestión.	P	30%
P3	Tiene conocimiento del presupuesto de la Dirección, Oficina o Departamento asignado(s).	P	40%
P4	Tiene autonomía de gestión, caja chica o Fondo Rotatorio propio.	P	30%
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	20%
P6	Lleva a cabo un programa de mantenimiento preventivo y correctivo.	P	20%
P7	Tiene Programa de Reposición, así como de la respectiva desincorporación.	P	40%
R1	El 100% del personal participa de un programa de adiestramiento continuo	R	40%
R2	Más del 75% del equipo obsoleto ha sido desincorporado y repuesto.	R	40%
R3	Por lo menos el 5% del presupuesto hospitalario se destina a mantenimiento preventivo.	R	50%

Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

El servicio de mantenimiento tiene un 27% de efectividad (deficiente y debe mejorar) como se observa en el gráfico N° 43 y tabla N° 34, lo que se refiere a los equipos de mayor tecnología tienen contrato preventivo o correctivo con empresas especializadas obtiene un 60%, existen algunos parámetros que solo llegan al 20% como: (E1) la Sub-gerencia de mantenimiento esta a cargo de un profesional universitario calificado con experiencia comfortable, (E2) posee personal calificado en todos los departamentos, (E3) cuenta con personal de mantenimiento las 24 horas, (E6) posee departamentos de electromecánica, electricidad, electromedicina y Rayos X, (R1) el 100% de las solicitudes de mantenimiento son atendidas las primeras 24 horas; es importante indicar, que para proporcionar un servicio de mantenimiento con calidad se debe ampliar esta área para poder cubrir la necesidad de todos los servicios que así lo requieran.

**GRAFICO N° 43**



Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

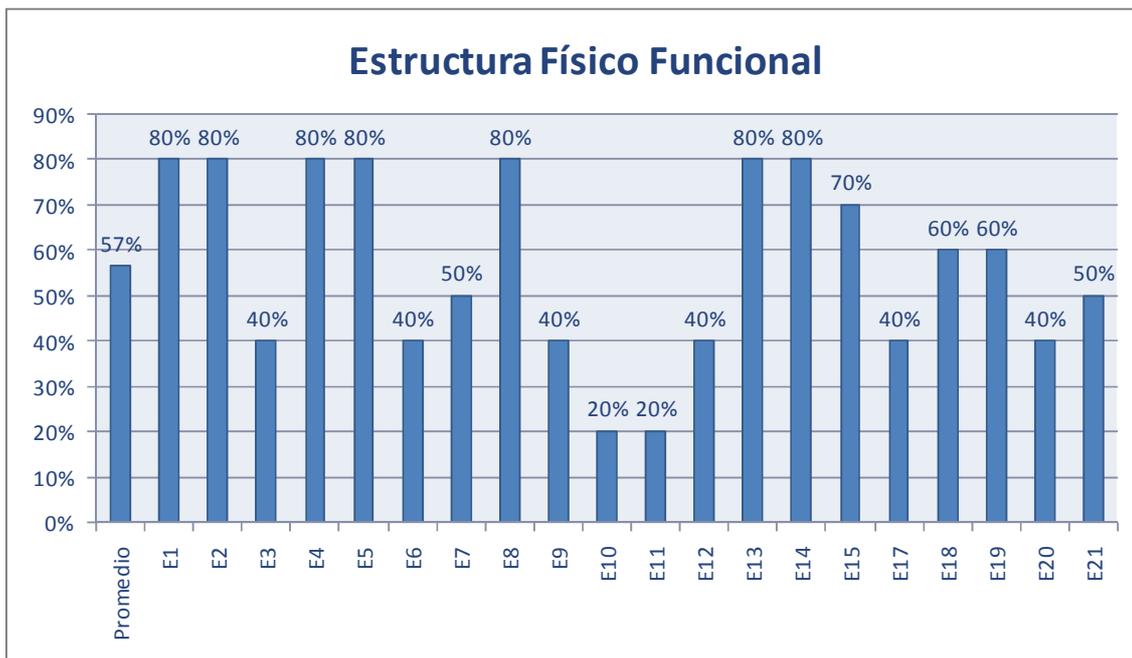
TABLA N ° 34

Promedio	8.2 Mantenimiento.		27%
E1	Mantenimiento está a cargo de un profesional universitario calificado, con experiencia comprobable.	E	20%
E2	Posee personal calificado en todos los departamentos.	E	20%
E3	Cuenta con personal de mantenimiento las 24 horas.	E	20%
E4	Posee dotación de materiales y repuestos para satisfacer las necesidades.	E	50%
E5	Existen formatos de órdenes o requisición para los trabajos de mantenimiento.	E	40%
E6	Mantenimiento posee Departamentos de Electromecánica, Electricidad, Electromedicina y Rayos X, Aire acondicionado y Refrigeración, Albañilería y plomería.	E	20%
P1	Se evalúa regularmente el cumplimiento del programa de mantenimiento.	P	20%
P2	Los equipos de mayor tecnología tienen contrato preventivo y/o correctivo con empresas especializadas.	P	20%
P3	Se hace seguimiento de requisiciones y se lleva registro del cumplimiento.	P	50%
R1	El 100% de las solicitudes de mantenimiento son atendidas antes de las 24 horas	R	20%
R2	El 100% de las respuestas a los problemas de mantenimiento inician antes de 5 días hábiles.	R	20%

Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

En el gráfico N° 44 y la tabla N° 35 se evidencia la evaluación del Hospital Cantonal de Sangolquí, en lo que se refiere a estructura físico funcional poco adecuada, por lo tanto, su porcentaje de efectividad es del 50%, que es deficiente y debe mejorar en : (E3) facilidades para circulación, ascenso, y descenso de pacientes en condiciones de seguridad y protección adecuadas, (E9) las áreas de espera cuentan con capacidad para acomodar pacientes y acompañantes, así como espacio para estacionar camillas, (E11) las áreas de espera y pasillos cuentan con iluminación y ventilación dentro de los rangos de confort y el centro asistencial cumple con la norma de COVENIN-MINDUR 2733-90, (E17) el servicio de quirófano responde a lo estipulado en la Gaceta Oficial N° 36.574, (E16) referente a normas que establecen lo “Requisitos Arquitectónicos Funcionales del servicio de Anatomía Patológica de los Establecimientos Médicos Asistenciales Públicos y Privados” todos estos tienen un promedio del 40% que es deficiente y debe mejorar.

**GRAFICO N° 44**



Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
 Elaborado: Elena López

TABLA N° 35

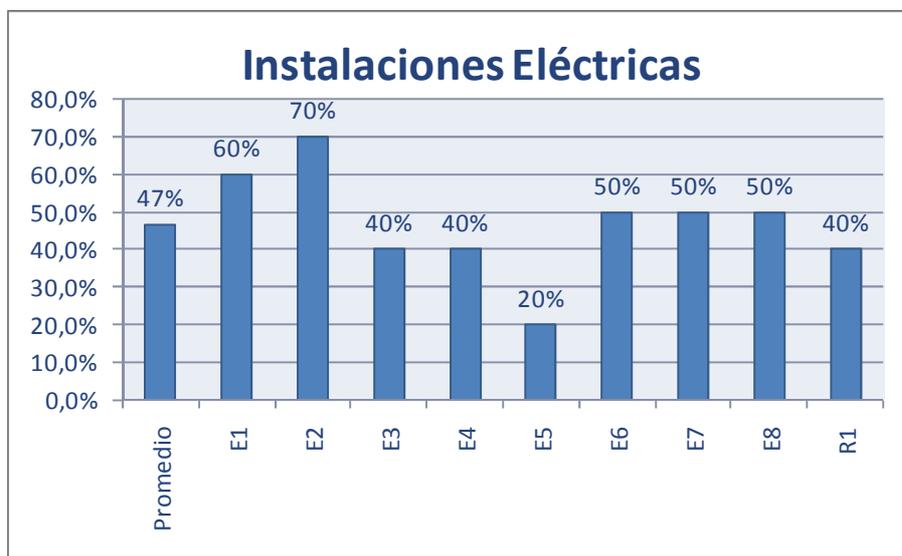
Promedio	8.3 Estructura Físico Funcional.		57%
E1	Posee planos actualizados conforme a obra de planta y estructura aprobados según Normas y pautas establecidas por el ente rector.	E	80%
E2	Posee plan arquitectónico rector o maestro de obras a ejecutar o en ejecución.	E	80%
E3	Posee facilidades para circulación, ascenso y descenso de pacientes en condiciones de seguridad y protección adecuadas y cuenta además con barreras arquitectónicas.	E	40%
E4	Posee accesos diferenciados para vehículos y peatones.	E	80%
E5	Posee acceso vehicular exclusivo para el Servicio de Emergencia con la debida señalización.	E	80%
E6	Tiene diferenciados los Circuitos de Circulación: general, técnica, restringida y semi-restringida, y cuenta con la señalización adecuada.	E	40%
E7	Se mantiene una adecuada independencia circulatoria entre las áreas públicas y técnicas en los servicios de atención al paciente.	E	50%
E8	La planta física del estacionamiento responde a las capacidades estipuladas en la normativa municipal y rectoría de salud.	E	80%
E9	Las áreas de espera cuentan con bebederos y sanitarios públicos; estos tienen facilidades para pacientes con impedimentos.	E	40%
E10	Las áreas de espera cuentan con capacidad para acomodar pacientes y acompañantes, así como espacio para estacionar camillas y/o sillas de ruedas ocupadas, permitiendo el libre tránsito.	E	20%
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	20%
E12	El ancho de los pasillos generales permite la circulación simultánea en ambos sentidos de pacientes en camillas y sillas de ruedas.	E	40%
E13	La dimensión de las puertas permite el paso fluido de camillas, carros de transporte, sillas de ruedas, equipos portátiles y otros.	E	80%
E14	De presentar modificación o ampliación de la planta física de los servicios y estacionamientos, especialmente a partir del año 1.996 cuenta con la correspondiente aprobación por el ente rector.	E	80%
E15	La planta física del estacionamiento responde a lo estipulado por las Normas COVENIN N°2.733-90 en lo referente a la "Construcción y Adaptación de Edificaciones de Uso Público, accesibles a personas con impedimentos físicos".	E	70%
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	40%
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	60%
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	60%
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	40%
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	50%

Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica. Elaborado: Elena López

En el gráfico N° 45 y tabla N° 36 se evidencia la evaluación de las instalaciones eléctricas que obtiene un 47% que es deficiente y debe mejorar, (E5) el sistema de iluminación de los medios de escape es uno de los más abandonados 20%, el resto de ítems oscila entre el 40% y 50%, (E3) cuenta con todas las instalaciones y requerimientos eléctricos establecidos en la Gaceta Oficial como son: tomacorrientes especiales, tablero de aislamiento, iluminación en los servicios de quirófano, cuidados intensivos y sala de parto, (R1) el sistema eléctrico de emergencia (planta eléctrica) arranca en un lapso no mayor de 10 segundos, seguido del sistema eléctrico esencial, (E8) posee la capacidad adecuada para

satisfacer la demanda para la operación de todas las funciones y equipos a ser servidos por cada circuito ramal.

**GRAFICO N° 45**



Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

**TABLA N° 36**

Promedio	8.4 Instalaciones Eléctricas.		47%
E1	Posee planos actualizados conforme a obra, de las instalaciones eléctricas.	E	60%
E2	Las plantas eléctricas de emergencia funcionan en su totalidad.	E	70%
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	40%
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	40%
E5	Posee un sistema de iluminación de los medios de escape.	E	20%
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	50%
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	50%
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	50%
R1	El sistema eléctrico de emergencia (planta eléctrica) arranca en un lapso no mayor de 10 segundos.	R	40%

Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

Las instalaciones sanitarias obtiene un 41% de promedio que es deficiente y debe mejorar, como se evidencia en el gráfico N° 46 y tabla N° 37, en cuanto a la (E4) sub-unidad de plomería esta a cargo de un plomero especializado, (E5) posee un espacio físico adecuado, herramientas e insumos de trabajo indispensables, (E9) posee capacidad de almacenamiento de aguas blancas discriminada, para uso

normal distinta de la reserva contra incendios, (E11) existe provisión de agua para proporcionar agua potable hasta por un lapso de 48 horas y en un 40% que es deficiente y debe mejorar, (E2) la dirección de mantenimiento tiene al menos 1 ficha de cada modificación por mínima que hubiera sido realizada en las instalaciones, (E1) poseen al menos 1 juego completo de los planos modificados durante la vida del hospital.

**GRAFICO N° 46**



Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

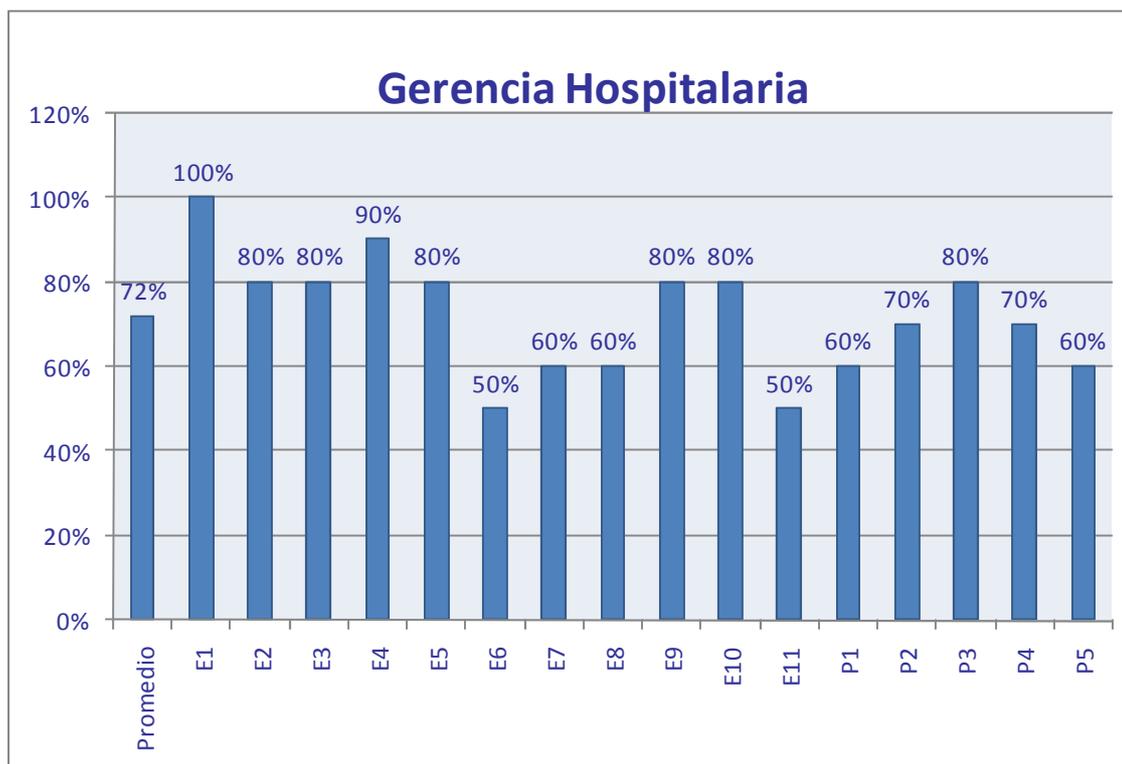
**TABLA N° 37**

Promedio	8.5 Instalaciones Sanitarias.		41%
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	50%
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	40%
E3	Tiene al menos 01 juego completo de los planos modificados durante la vida del hospital.	E	40%
E4	La Sub-unidad de plomería está a cargo de plomero calificado y capacitado.	E	20%
E5	La Sub-unidad de plomería cuenta con espacio físico, herramientas e insumos de trabajo adecuados para realizar sus actividades asignadas.	E	20%
E6	Las instalaciones del hospital están realizadas según los planos y cumplen con las normas sanitarias.	E	40%
E7	Las redes exteriores de aguas servidas funcionan adecuadamente, incluyendo tanquillas.	E	80%
E8	Posee redes diferenciadas para suministro y extinción de incendios.	E	80%
E9	Posee capacidad de almacenamiento de aguas blancas discriminada: para uso normal distinta de la reserva contra incendios.	E	20%
E10	Funcionan en su totalidad los artefactos sanitarios.	E	40%
E11	Existe provisión de agua (tanque) para proporcionar agua potable hasta por un lapso de 48 horas.	E	20%
E12	Existe un plan de racionamiento de agua en condiciones de emergencia.	E	40%

Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

En el gráfico N° 47 y la tabla 38, se observa que la gerencia hospitalaria tiene un promedio del 72% que es aceptable pero puede mejorar, (E1) es una institución conducida por un director con formación en gerencia hospitalaria, (E2) subdirector médico, jefe administrativo,(E4) comisión técnico médico-administrativa, así como otras comisiones de apoyo para áreas específicas de acuerdo a los problemas prioritarios, además esta institución cuenta con la implementación de otras actividades tales como: (E7) protocolos de atención multidisciplinario, (E8) manuales de normas y procedimientos, (P1) se revisan y analizan en forma periódica y participativa los protocolos de atención multidisciplinario, (P5) se ha desarrollado un programa de mejora continua de los procesos basados en la evaluación sistemática de los resultados, se evidencia un promedio de 50%.

**GRAFICO N° 47**



Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

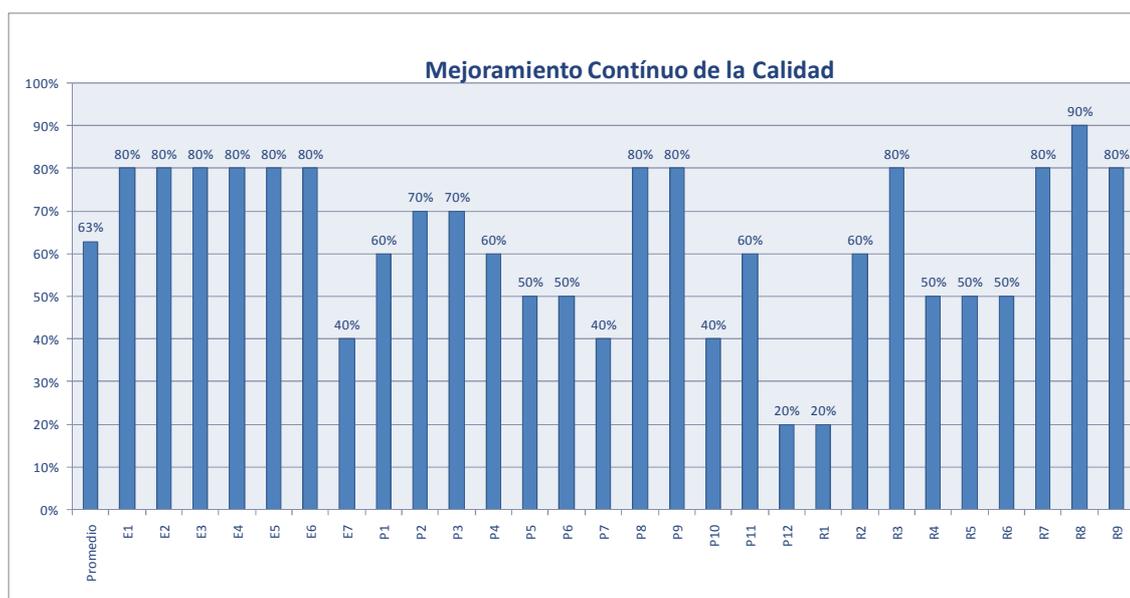
TABLA N ° 38

Promedio	9. Gerencia hospitalaria		72%
E1	Institución conducida por un director con formación en gerencia hospitalaria, de acuerdo a lo estipulado por la normativa vigente.	E	100%
E2	Cuenta con un Subdirector médico y un jefe administrativo.	E	80%
E3	La institución cuenta con un Directorio (Consejo Directivo), que se constituye en órgano superior o máxima instancia hospitalaria.	E	80%
E4	La institución cuenta además con: una comisión técnico-médico-administrativa, así como otras comisiones apoyo para áreas específicas de acuerdo a los problemas prioritarios.	E	90%
E5	El director permanece en el hospital por ocho horas diarias.	E	80%
E6	Han desarrollado sistemas de información y clasificación de pacientes	E	50%
E7	Existen protocolos de atención multidisciplinarios	E	60%
E8	Existen manuales de normas y procedimientos.	E	60%
E9	Se elabora un presupuesto anual, y se realiza un seguimiento presupuestario.	E	80%
E10	Se elabora un balance anual.	E	80%
E11	Se publica una memoria y cuenta anual.	E	50%
P1	Se revisan y analizan en forma periódica y participativa los protocolos de atención multidisciplinarios	P	60%
P2	Se revisan y analizan en forma periódica y participativa los manuales de normas y procedimientos.	P	70%
P3	Utiliza el personal directivo del hospital la información estadística para hacerlas del conocimiento de los jefes de servicios en reuniones periódicas.	P	80%
P4	Se hace del conocimiento de todo el personal médico y asistencial la información estadística y logros de su servicio.	P	70%
P5	Ha desarrollado un programa de mejora continua de los procesos basado en la evaluación sistemática de los resultados.	P	60%

Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

En el gráfico N° 48 y la tabla N° 39, se evidencia que en el Mejoramiento continuo de calidad obtiene un 62% que es aceptable pero puede mejorar, el mayor porcentaje es de 90% ((comités de garantía de calidad, infecciones, medicamentos y otros); más del 75% de las muertes ocurridas fueron inevitables, de acuerdo a los parámetros establecidos por la norma vigente, el 80% en la (E5) elaboración de la programación anual de las actividades para el mejoramiento de la calidad por departamentos, (E7) cuenta además con un servicio de epidemiología hospitalaria, (R7) la mortalidad por servicios no excede el 4% y por último más del 95% de los egresados disfrutaban de una calidad de vida aceptable para su condición (de acuerdo a la escala establecida por el nivel normativo); el porcentaje más bajo (20%) recae en 4 parámetros (elaboración de encuestas de satisfacción de los usuarios, programa de humanización destinado a garantizar que las necesidades de los enfermos y sus familiares se satisfagan correctamente); el 95% de los expedientes demuestran el cumplimiento con los protocolos de diagnóstico y tratamientos.

GRAFICO N° 48



Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

TABLA N° 39

Promedio	10. Mejoramiento continuo de la calidad		63%
E1	Existe un programa de acreditación al cual el hospital está adherido.	E	80%
E2	Existe un programa de certificación y recertificación de los profesionales	E	80%
E3	Lleva un registro de la morbilidad y mortalidad por servicios	E	80%
E4	Posee un sistema de vigilancia de indicadores de calidad asistencial.	E	80%
E5	Elabora una programación anual de las actividades para el mejoramiento de la calidad por departamentos y global.	E	80%
E6	Cuenta con comités de y garantía de calidad, infecciones, medicamentos y otros.	E	80%
E7	Posee un servicio de epidemiología hospitalaria.	E	40%
P1	Lleva un control de los indicadores hospitalarios.	P	60%
P2	Se verifica regularmente el cumplimiento de los protocolos de diagnóstico y tratamiento.	P	70%
P3	Se verifica regularmente el cumplimiento de las normas y procedimientos de enfermería.	P	70%
P4	Efectúa un seguimiento de la política de uso de antibióticos por departamentos.	P	60%
P5	Recopila y analiza información sobre costos de los procesos asistenciales.	P	50%
P6	Se efectúan encuestas de satisfacción de los usuarios.	P	50%
P7	Se investiga sistemáticamente la morbimortalidad y las secuelas del proceso, si las hay.	P	40%
P8	Se registran las tasas de mortalidad por servicio.	P	80%
P9	Se efectúan sesiones de análisis de mortalidad en forma periódica.	P	80%
P10	Se analiza la calidad de vida postingreso con alguna escala validada.	P	40%
P11	Se da seguimiento al número de autopsias realizadas y en relación a los ingresos	P	60%
P12	Existe un programa de humanización destinado a garantizar que las necesidades de los enfermos y sus familiares se satisfagan correctamente	P	20%
R1	95% los expedientes demuestran el cumplimiento con los protocolos de diagnóstico y tratamiento.	R	20%
R2	95% de los expedientes demuestra el cumplimiento de las normas y procedimientos de enfermería.	R	60%
R3	100% de los departamentos cumplen con la política de uso de antibióticos.	R	80%
R4	100% de los procesos asistenciales mantienen los costos establecidos por el nivel normativo.	R	50%
R5	El 95% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con los resultados de la hospitalización.	R	50%
R6	El 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.	R	50%
R7	La mortalidad por servicios no excede el 4%..	R	80%
R8	Más del 75% de las muertes ocurridas fueron inevitables, de acuerdo a los parámetros establecidos por la normativa vigente.	R	90%
R9	Más del 95% de los egresados disfrutaron de una calidad de vida aceptable para su condición, de acuerdo a la escala establecida por el nivel normativo.	R	80%

Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

En el gráfico N° 49 y la tabla N° 40, se evidencia la administración y recursos humanos con un promedio del 65% que es aceptable pero puede mejorar, el Hospital tiene como promedio el 80% de efectividad, (E1) la administración está a cargo de un administrador, (E5) el área de recursos humanos es dirigida por un profesional universitario, otro porcentaje que podemos observar es el 50% en la (E3) existencia de un manual de normas y procedimientos administrativos, (E6) una estructura administrativa y financiera con todos los servicios necesarios para una adecuada gestión, un sistema de control de gestión y por último el 40% en: (P1) el ingreso del personal se realiza por concurso y evaluación de credenciales.

**GRAFICO N° 49**



Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

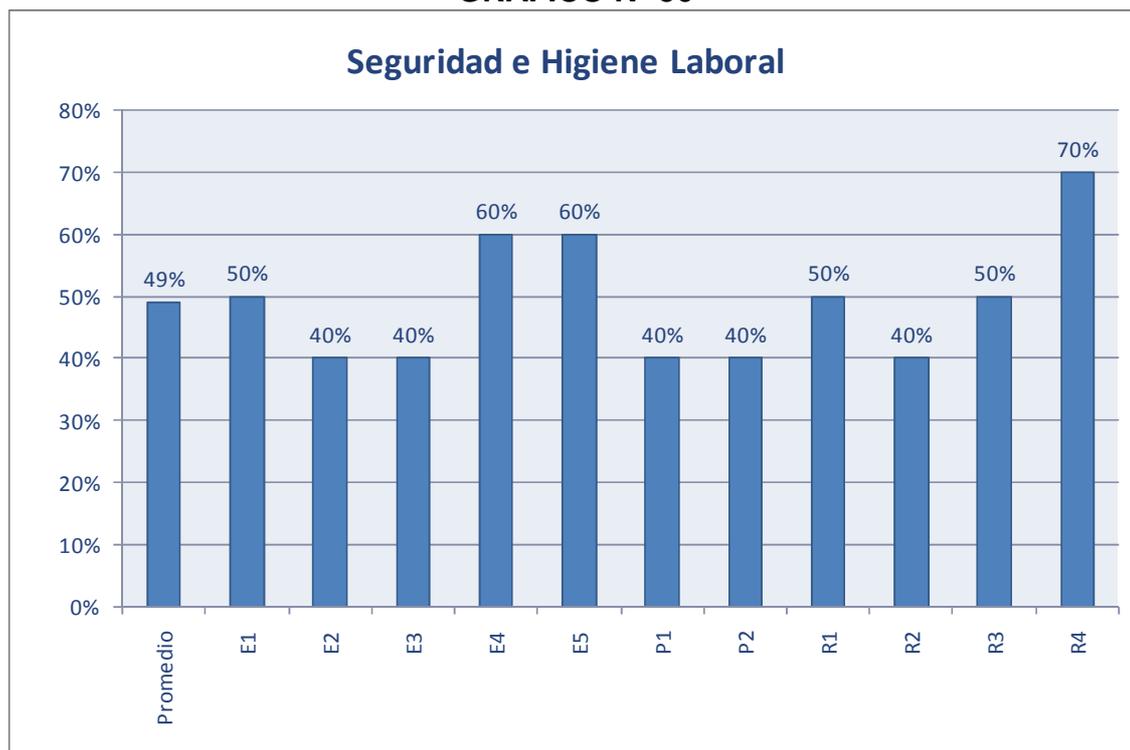
TABLA N° 40

Promedio	11. Administración y Recursos Humanos		65%
E1	La administración está a cargo de un administrador u otro profesional especializado.	E	80%
E2	Cuenta con los recursos humanos necesarios y suficientes para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	80%
E3	Cuenta con un manual de normas y procedimientos administrativos.	E	50%
E4	Cuenta con un listado actualizado de los precios de todos los insumos que se consumen en el hospital.	E	70%
E5	El área de Recursos Humanos es dirigida por un profesional universitario.	E	80%
E6	Existe una estructura administrativa y financiera con todos los servicios necesarios para una adecuada gestión.	E	80%
E7	Los principales procesos administrativos y financieros, se encuentran automatizados.	E	60%
E8	Existe un sistema de control de gestión.	E	50%
E9	Cumple la normativa establecida por la Ley de Contraloría en la ejecución de los procesos	E	60%
P1	El ingreso de personal se realiza por concurso y evaluación de credenciales.	P	80%
P2	Participan los jefes de servicios en la elaboración del presupuesto.	P	70%
P3	Desarrolla un proceso de evaluación del desempeño basado en los resultados del trabajo.	P	60%
P4	El personal tiene acceso a incentivos en base al desempeño meritório	P	20%
P5	La desvinculación y/o establecimiento de sanciones está vinculada al desempeño.	P	70%

Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

En el gráfico N° 50 y la tabla N° 41 se observa el servicio de seguridad e higiene laboral con un promedio del 49% que es deficiente y debe mejorar; la efectividad de este servicio es del 60% (E4) programa de prevención de accidentes de trabajo acorde con la normativa vigentes, manual de procedimientos para garantizar la seguridad en el trabajo de acuerdo a la normativa vigente; y el 40% en lo referente a 3 parámetros: (E2) equipos e insumos necesarios, programa salud laboral y (P2) la evaluación regular del cumplimiento del programa de prevención de accidentes .

GRAFICO N° 50



Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

TABLA N° 41

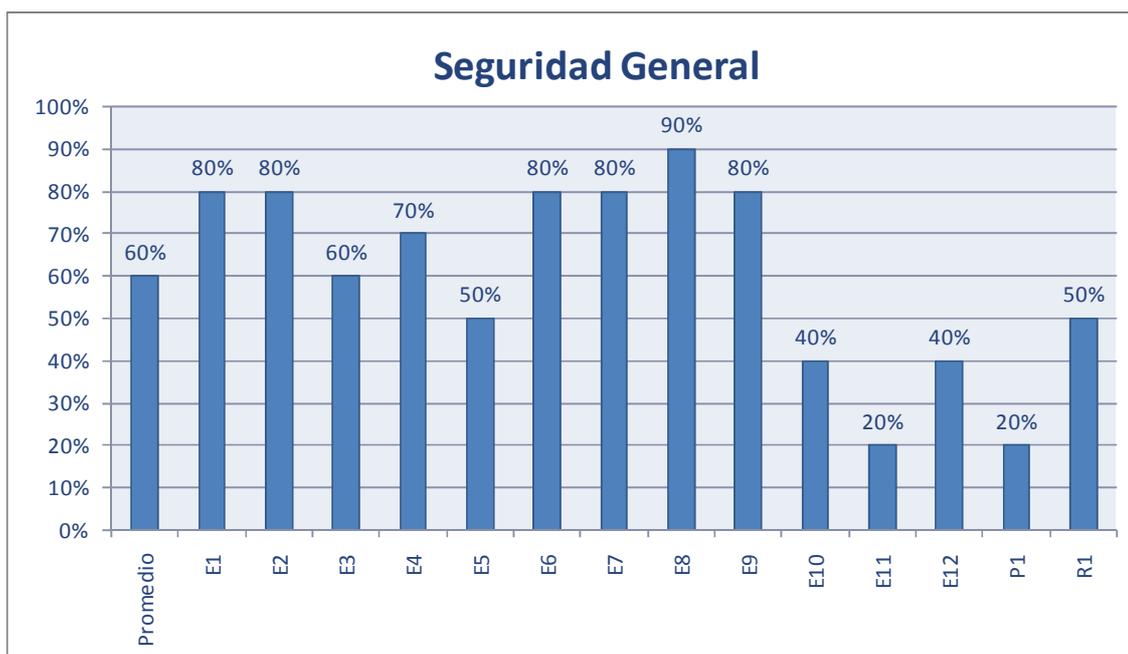
Promedio	12. Seguridad e higiene laboral		49%
E1	Dispone de personal adiestrado exclusivamente para esta área.	E	50%
E2	Se dispone de los equipos e insumos para garantizar la seguridad laboral.	E	40%
E3	Existe un programa salud laboral, de acuerdo a la normativa vigente.	E	40%
E4	Existe un programa de prevención de accidentes de trabajo, acorde con la normativa vigente.		60%
E5	Se dispone de un Manual de Procedimientos para garantizar la seguridad en el trabajo, de acuerdo a la normativa vigente.	E	60%
P1	Se evalúa regularmente el cumplimiento del programa de salud laboral.	P	40%
P2	Se evalúa regularmente el cumplimiento del programa de prevención de accidentes de trabajo.	P	40%
R1	La evaluación del programa de salud laboral revela 75% de cumplimiento con la normativa vigente.	R	50%
R2	La evaluación del programa de prevención de accidentes de trabajo revela 75% de cumplimiento con la	R	40%
R3	El programa de salud laboral tiene una cobertura del 100%.	R	50%
R4	La ocurrencia de accidentes de trabajo es menor del 1%.	R	70%

Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

En el gráfico N° 51 y la tabla N° 42, se observa que en la seguridad general, vigilancia e información, el 50% cuenta con personal exclusivo para el control de los accesos y orientación al público las 24 horas, posee salidas de emergencia accesibles y claramente señalizadas, tiene un sistema de prevención, alarma y extinción de incendios; la evaluación del programa demuestra un cumplimiento del 70% de las normas y procedimientos establecidos; el 40% en la existencia de un

plan de contingencia para eventos naturales y endógenos que susciten, personal de seguridad las 24 horas; el menor porcentaje es del 20% que se refleja en la existencia de 3 parámetros (dispositivos de alarma eléctrica, plan de evacuación de emergencia y simulacros para enfrentar contingencias que se realizan en forma periódica)

GRAFICO N° 51



Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

TABLA N ° 42

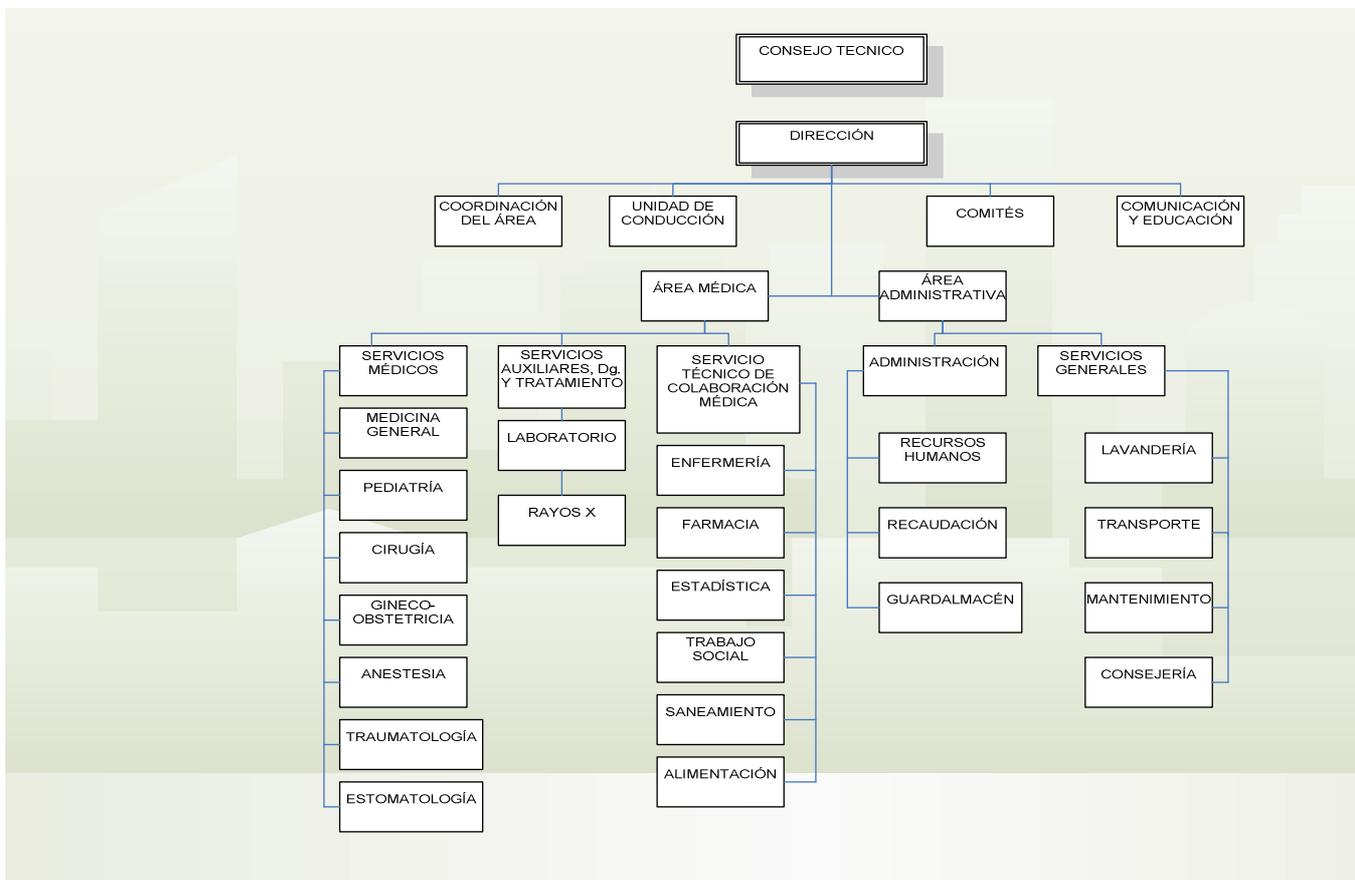
Promedio	13. Seguridad general, Vigilancia e Información.		60%
E1	Dispone de personal adiestrado exclusivamente para esta área.	E	80%
E2	Cuenta con personal exclusivo para el Control de los Accesos y Orientación al público las 24 horas.	E	80%
E3	Se dispone de los equipos e insumos para garantizar la seguridad general.	E	60%
E4	Existe un Comité de Protección Civil.	E	70%
E5	Posee salidas de emergencia accesibles y claramente señalizadas.	E	50%
E6	Posee un sistema de prevención, alarma y extinción de incendios.	E	80%
E7	Posee un plan de contingencia para eventos exógenos (naturaleza) y endógenos que susciten situaciones de desastres.	E	80%
E8	Posee personal de seguridad las 24 horas.	E	90%
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	80%
E10	Posee sistema de señalización para agilizar el flujo de pacientes en el proceso de atención por parte de la institución.	E	40%
E11	Posee dispositivos de Alarma Eléctrica de Flujo de Agua Conectadas a los Rociadores.	E	20%
E12	Existe un plan de evacuación de emergencia.	E	40%
P1	Se realizan en forma periódica, simulacros para enfrentar contingencias.	P	20%
R1	La evaluación del programa demuestra un cumplimiento del 70% de las normas y procedimientos establecidos.	R	50%

Fuente: H. Cantonal Sangolquí-Estándares Mínimos Obligatorios para Garantizar la Calidad de la Atención Médica.  
Elaborado: Elena López

### **3.2.2.3 La Estructura**

La Estructura del Hospital es vertical jerárquica, la toma de decisiones se encuentra en la alta dirección impidiendo una adecuada coordinación interdepartamental; se divide por servicios, los mismos que poseen un manual técnico administrativo, plan operativo, protocolos de atención con distinto nivel de cumplimiento, pues no se realiza la monitorización de los mismos. El organigrama estructural y funcional de la institución es actualizado, no ha sido debidamente difundido pero está en vigencia. Ver gráfico No. 52.

**Grafico No. 52**



Fuente: Hospital Cantonal Sangolquí Sangolquí

Elaborado: Hospital Cantonal

### 3.2.3 PLANIFICACIÓN

La vulnerabilidad institucional frente a cambios externos es reforzada, en el interior de ellas por la falta de visión estratégica y la dificultad para adecuarse a los cambios continuos que el entorno produce, la incapacidad de las instituciones para dar respuestas efectivas a estos cambios puede conducir a la pérdida de su competitividad, de su credibilidad y, posiblemente, de su debilitamiento y hasta de su desintegración, con todos estos antecedentes y conociendo de antemano que el mejoramiento del desarrollo social tiene que venir de los actores sociales, es necesario establecer un Modelo de Desarrollo que cambie la forma de pensar y actuar de las organizaciones y éste es el *Enfoque Estratégico*, como una metodología que permite identificar acciones conducentes al fortalecimiento de sus modelos organizacionales, para ajustarse a las demandas y desafíos de las nuevas realidades nacionales de salud, el Hospital Cantonal de Sangolquí, en el afán de responder a las exigencias actuales, seguirá el proceso de Modernización con el inicio del presente Plan Estratégico construido con la participación de todos los actores involucrados.

La Planificación estratégica es el proceso mediante el cual, el Hospital define su visión de largo plazo, su misión, sus valores institucionales, objetivos y las estrategias para alcanzarla a partir del análisis de su entorno interno y externo, mediante sus fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas, supone la **participación activa** de los actores organizacionales, la obtención permanente de información sobre sus factores claves de éxito, su revisión, monitoria, su nivel de competitividad, y ajustes periódicos para que se conviertan en un estilo de gestión que haga de la organización un ente proactivo y anticipatorio, tendientes a alcanzar el bienestar y la salud de su población; significa que las decisiones que se tomen en el hospital en el presente producirán resultados útiles para la comunidad en el futuro.

### 3.2.3.1 Direccionamiento estratégico 2005- 2010 del Hospital Cantonal de Sangolquí<sup>41</sup>

#### Visión

Al 2010 el Hospital Cantonal de Sangolquí, será una institución que garantizará condiciones saludables a la población del valle de los chillos; contará con talentos humanos calificados, eficientes, eficaces, honestos, motivados y bien remunerados; dispondrá de recursos materiales óptimos y oportunos en todos sus departamentos, ofrecerá sus servicios con profesionales que realicen métodos y técnicas científicas apropiadas aplicando la tecnología más adecuada según el perfil epidemiológico de la zona; brindará sus servicios en un ambiente agradable donde exista calidez, compromiso, solidaridad, respeto mutuo, trabajo coordinado, participativo y educación continua.

#### Misión

El Hospital Cantonal de Sangolquí sustenta su gestión en el valle de los chillos con un servicio de salud adecuado y oportuno, las 24 horas del día, con criterios de calidad, solidaridad y responsabilidad; al que accede a un servicio profesional calificado y comprometido, que brinda atención integral de excelencia en las actividades de fomento, protección, recuperación y tratamiento de la salud con énfasis a los grupos más vulnerables (área Materno- Infantil).

#### Objetivos Estratégicos

El Hospital tiene 6 objetivos, los mismos que contienen líneas estratégicas:

- *Incremento del presupuesto al 100% del hospital en los próximos 5 años, la autogestión permitirá obtener talento humano, el equipamiento, los insumos y la infraestructura hospitalaria de acuerdo a sus reales necesidades consiguiendo alcanzar la misión y la visión institucional.*
- *Personal Motivado y cumpliendo su trabajo en un 100%, motivando al personal en la elaboración, promoción, difusión, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas de salud autónomas de acuerdo al perfil*

---

<sup>41</sup> Evaluación Hospital Cantonal de Sangolquí- MODERSA 2008

epidemiológico de su área de influencia, se cumplirá a cabalidad con el trabajo encomendado.

- *Disponer de algoritmos, protocolos y rutas críticas de atención a pacientes de las 10 principales patologías, según el perfil epidemiológico, la presencia de especialistas y personal capacitado permanentemente provocará en la comunidad incentivo y motivación para respaldar con su organización y gestión la consecución de los objetivos de la institución*
- *Usuarios internos y externos satisfechos en un 100%, los programas de beneficio para la comunidad nos permitirán alcanzar apoyo comunitario, credibilidad, competitividad, permanencia en el futuro para alcanzar la satisfacción de las necesidades de los usuarios y la presencia de especialistas y personal capacitado permanentemente provocará en la comunidad incentivo y motivación para respaldar con su organización y gestión la consecución de los objetivos de la institución.*
- *Equipo conductor con liderazgo y capacidad gerencial, buen nivel de liderazgo que permita desarrollar programas de salud, con otras instituciones públicas y privadas médicas y de bienestar social, para actuar de manera conjunta y en estrecha colaboración con la comunidad y la estabilidad laboral para favorecer el desarrollo del liderazgo y el mejoramiento de la calidad.*
- *Infraestructura física adecuada y funcional en todas sus áreas, con lo cual la autogestión permitirá obtener el talento humano, el equipamiento, los insumos y la infraestructura hospitalaria de acuerdo a sus reales necesidades consiguiendo alcanzar la misión y la visión institucional.*

Por lo antes mencionado en cuanto al direccionamiento del Hospital con respecto a la calidad de atención plasmada en el Plan Estratégico, podemos concluir que tiene un avance considerable, con un apoyo importante del proceso gobernante.

### 3.2.4 Gestión

La gestión de la Institución se ve reflejada en la atención de salud, la misma que está determinada por la morbilidad es decir de las 10 principales causas, como se observa en la tabla No. 43.

**TABLA N° 43**  
**LAS 10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD DEL**  
**HOSPITAL CANTONAL DE SANGOLQUÍ 2008**

No.	CAUSA	Porcentaje
1	INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	17.3%
2	EMBARAZO A TERMINO + LABOR DE PARTO	10%
3	POLITRAUMATISMO	3.7%
4	GASTROENTERITIS BACTERIANA AGUDA	3.7%
5	TRASGRESION ALIMENTARIA	2.5%
6	COLECISTITIS - COLELITIASIS	1.7%
7	FRACTURA	1.7%
8	ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	1.5%
9	ABORTOS	1.3%
10	TRAUMATISMO CRANEO ENCEFALICO	1.3%
11	OTROS	55.1%
	<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Cantonal de Sangolquí      Elaborado: Elena López

Además, se puede observar otros indicadores de gestión hospitalaria, los que son un instrumento de cambio en la estructura de la institución y miden el cumplimiento de los objetivos institucionales, cada uno de ellos se detallan en la tabla N° 44.

**TABLA N° 44**  
**INDICADORES DE RENDIMIENTO HOSPITALARIO**

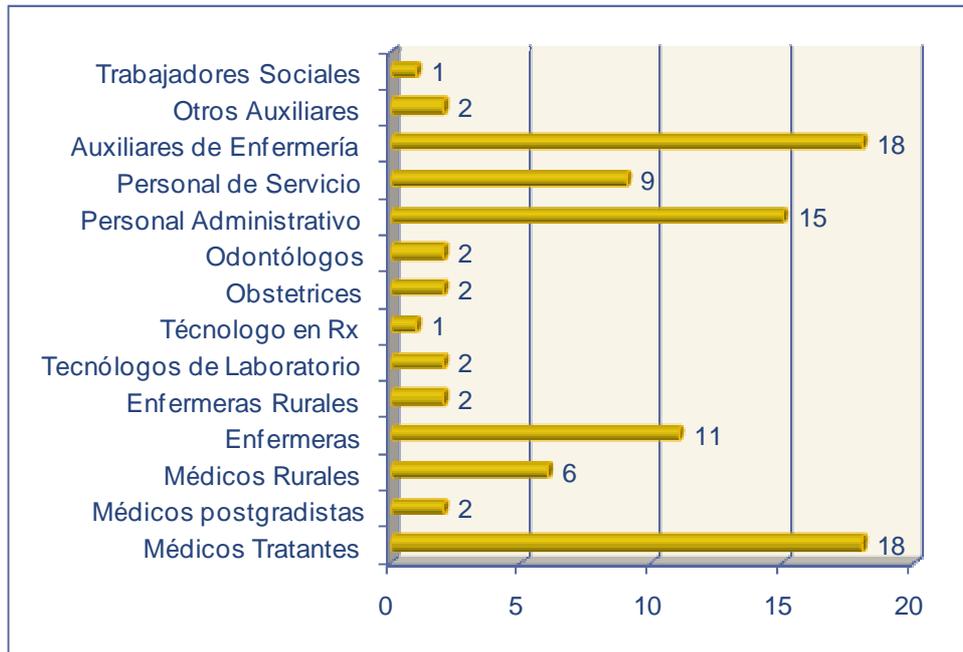
<b>CONSULTA EXTERNA</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
CONSULTAS MÉDICAS	33454	40269	42065
HORAS LABORADAS	7542	8170	8304
<b>EMERGENCIAS</b>			
ATENCIÓNES	7172	7406	8584
INGRESOS	700	732	840
<b>TOTAL</b>	<b>7872</b>	<b>8138</b>	<b>9424</b>
<b>HOSPITALIZACIÓN</b>			
EGRESOS	1681	1806	2134
DEFUNCIONES	1	0	0
GIRO DE CAMA	112	113	142
% DE OCUPACIÓN	85	86,3	86
PROMEDIO DIARIO DE CAMAS	10	11	11
DÍAS CAMA DISPONIBLE	5,49	5,84	5,48
MORTALIDAD + 48h	1	0	0
PROMEDIO DÍAS DE ESTADA	2,1	2,1	2
DOTACIÓN DE CAMAS	15	16	15
<b>OBSTETRICIA</b>			
PARTOS	951	1156	1311
CESAREAS	65	77	132
LEGRADOS	23	82	99
<b>TOTAL</b>	<b>1039</b>	<b>1315</b>	<b>1542</b>
<b>QUIRÓFANOS</b>			
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	509	614	855

Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Cantonal de Sangolquí      Elaborado: Elena López

Todos estos datos son procesados en el Departamento de Estadística en donde se registra, analiza, actualiza la información, la misma que está disponible para ser utilizada por Director del Hospital, Coordinadora de Área, Dirección Provincial de Salud de Pichincha, UCA, comités de Área, estudiantes de medicina, Consejo Técnico, Autoridades del Cantón e Investigación, de acuerdo a los indicadores expuestos se presenta un aumento en la producción hospitalaria, durante los años 2006, 2007 y 2008, en términos generales se puede decir que el Hospital mantiene una cobertura constante.

### 3.2.4.1 Recursos Humanos

El Hospital es de segundo nivel, cuenta con un equipo directivo, el mismo que tienen Capacidad de Conducción y Liderazgo, con una carga horaria que fluctúa de 6 horas y 8 horas. Entre las decisiones gerenciales tenemos: Adquisición de medicamentos; rotación de personal; remodelación, cursos de capacitación; convenios interinstitucionales, apoyo al plan estratégico del Valle. Se comparten las decisiones con planes, proyectos, programas y evaluaciones. En el transcurso de los últimos tres años, la Dirección ha sido ocupada por 4 profesionales. Entre los comités existentes se observa: Maternidad Gratuita, U.C.A, Consejo Técnico, Farmacología y Adquisiciones, Maltrato Infantil. El hospital se rige a través de normas de Control Interno, Contratación Colectiva, Ley de presupuestos, Código de Trabajo y Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa. La atención a los usuarios se brinda mediante guías y formularios. Al momento se dispone de un Plan estratégico del Valle de los Chillos, el mismo que se elaboró durante 8 meses, conjuntamente con los gestores del Valle (presidentes de Juntas Parroquiales, Artesanos, Municipios de Rumiñahui y Distrito Metropolitano, etc.) y uno Interno realizado durante 3 días con todo el personal del Hospital, los Departamentos y Servicios internos del Hospital cuentan con planes operativos. El Departamento de Estadística trabaja sobre la base de objetivos planteados a inicios del año según resultados de coberturas, indicadores y producción de otros servicios. El recurso humano existente en el hospital está detallado en el gráfico N° 53.

**GRAFICO N° 53**

Fuente: Departamento de RRHH del Hospital Cantonal de Sangolquí

Elaborado: Elena López

En cuanto a la formación especializada del personal profesional se representa en la tabla N° 45:

**Tabla N° 45****RECURSOS HUMANOS**

Médicos	N°	Médicos	N°	Administrativos	N°	Tecnólogos	N°
Cirujanos	2	Cardiología	2	Magister en Gerencia	1	Laboratorio	2
Pediatras	3	Otorrinolar.	1	Estadístico	1	Rayos X	1
Gineco-Obstétricas	6	Sicología	2	Trabajadoras Sociales	1	Otros:	
Odontólogos	2	Radiólogo	0	Administrador	1	Nutricionistas	0
Anestesiólogos	1	Enfermeras	N°	Doctor en RRHH	1	Ingeniero Mecatrónico	0
Internistas	4	Generales	11	Financiero	1	Farmacéutico	0
Traumatólogo	1	Especialidad	2				
Dermatólogo	1	Rurales	2				

FUENTE: Departamento de RRHH del Hospital Cantonal de Sangolquí

ELABORADO: Elena López

### 3.2.4.2 Infraestructura y Equipamiento

El Hospital cuenta con una infraestructura y equipamiento que funciona desde el año de 1983, el mismo que fue construido para abarcar el número de habitantes de esa época, pero el crecimiento de la población ha ocasionado que el espacio físico ya no sea el adecuado, el mobiliario no ha sido restaurado por lo que su apariencia ya es deteriorada, todos estos detalles se evidencian en la tabla N° 46:

**TABLA N° 46**

#### **INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DEL HOSPITAL**

Servicios	Estado en el que se encuentra			Funciona		Mantenimiento		OBSERVACIONES
	Bueno	Regular	Malo	Si	No	C	P	
<b>Laboratorio</b>								
Equipamiento	X			X		X		
Instalaciones		X		X		X		
Mobiliario	X			X		X		
<b>Rayos X e Imagenología</b>								
Equipamiento	x			x				Riesgo compartido
Instalaciones		X		x				
Mobiliario		X		X				
<b>Quirófano</b>								
Equipamiento	x			x		X		Re-equipamiento total
Instalaciones		X		X		X		
Mobiliario		X		X		X		
<b>Ambulancia y transporte</b>								
Vehículo		X		X		X		
Equipamiento		X				X		Falta equipo de emergencia
<b>Consulta Externa</b>								
Equipamiento	X			X		X		
Instalaciones	X			X		X		
Mobiliario	X			X		X		
<b>Emergencia</b>								
Equipamiento	X			X		X		
Instalaciones	X			X		X		
Mobiliario	X			X		X		
Electrocardiógrafo								
<b>Hospitalización</b>								
Equipamiento	X			X		X		
Instalaciones	X			X		X		
Mobiliario	X			X		X		
<b>Sala de Partos</b>								
Equipamiento	x			x		X		
Instalaciones	X			X		X		
Mobiliario	x			X		X		
<b>Odontología</b>								
Equipamiento		X		X		X		
Instalaciones	X			X		X		
Mobiliario	X			X		X		
<b>Central de Esterilización</b>								
Equipamiento		X						
Instalaciones	X			X		X		
Mobiliario	X			X		X		
<b>Servicio de Alimentación y Dietética</b>								
Equipamiento	X			X				
Instalaciones	X			X				

La Unidad funciona desde (año): 1983				
La estructura física y su estado: regular				Áreas por habilitar, especifique:
	Bueno	Deteriorada	Malo	Salón de uso múltiple
Construcción	X			Malo
Cerramiento	X			Áreas por rehabilitar, especifique:
Areas verdes		X		Rayos x
Otras especifique				Ropería
Observaciones a la estructura física: Espacio pequeño para la alta demanda de usuarios				

Equipos de Computación			Si X	No
Están ubicados en:	Contabilidad, Estadística,	Estado en que se encuentran: Bueno		
	Farmacia, Coordinación, bodega, RR:HH			

Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Cantonal de Sangolquí

Elaborado: Elena López

### 3.2.4.3 Recursos Financieros

Como se puede observar en la tabla N° 47, la distribución de los recursos económicos que el Estado otorga a cada partida presupuestaria es de acuerdo al presupuesto que el Hospital solicite, estas partidas se encuentran sujetas a reformas ya sean en aumento o disminución, pero no son flexibles para cubrir otros gastos que se originen y realizar el respectivo ajuste para su registro.

**TABLA N° 47**

### **GESTIÓN FINANCIERA**

Año	Ingresos	Gastos	Egresos		
			Gastos en personal	Bienes y servicios de consumo	Transferencias y Donaciones Corrientes
2006	1252487,66	1252487,66	856695,38	178444,35	217347,93
2007	1354480,83	1354480,83	886636,59	228643,02	239201,22
2008	1604916,2	1604916,2	1125020,31	316053,55	163842,34

Fuente: Departamento de Financiero del Hospital Cantonal de Sangolquí

Elaborado: Elena López

El mayor egreso de la asignación presupuestaria, como se puede observar en el gráfico N ° 54, es el recurso humano, cada año este rubro crece, así como también la asignación en bienes e insumos para la prestación de los servicios, los

cuales no son manejados con eficiencia, pues existe un exagerado consumo de todos los servicios que aportan al funcionamiento del hospital.

**GRAFICO N° 54**  
**GASTOS FINANCIEROS DEL HOSPITAL**



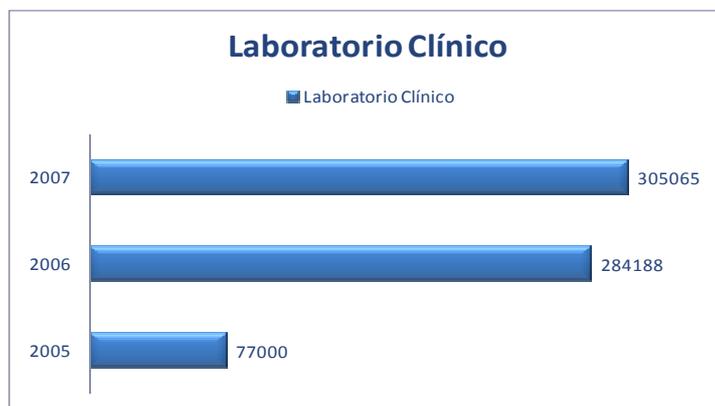
Fuente: Departamento de Financiero del Hospital Cantonal de Sangolquí

Elaborado: Elena López

### 3.2.4.3 Servicios de Apoyo

El *Laboratorio Clínico* es un servicio de apoyo muy importante, como se evidencia en el gráfico No. 55. Del 2005 al 2007 paulatinamente se fue incrementando su producción, y en el 2006 existe un crecimiento del 100%, en razón de que la atención fue extendida a las 24 horas y además se facilitó los exámenes emergentes.

**GRÁFICO N° 55**

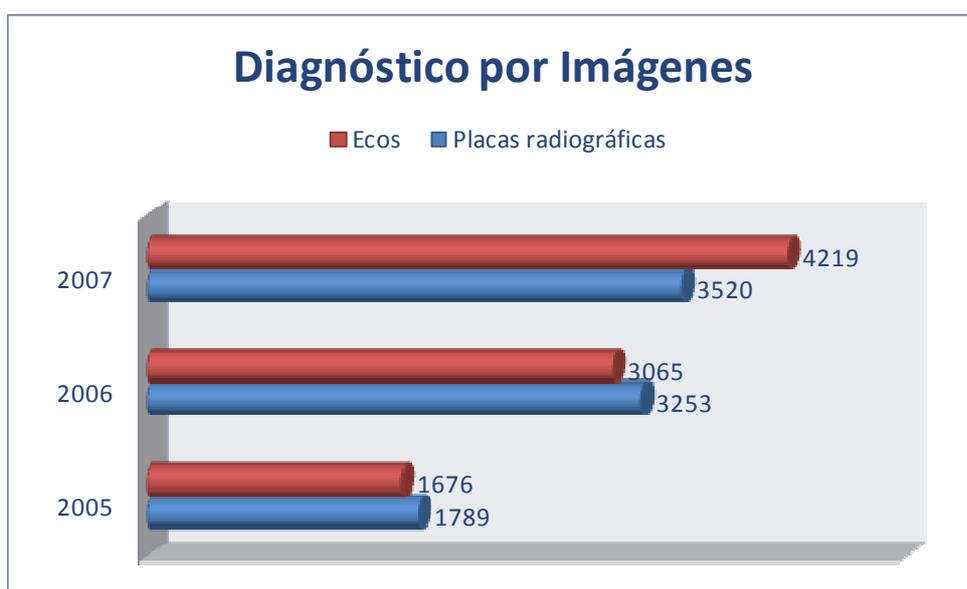


Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Cantonal de Sangolquí

Elaborado: Elena López

El *Diagnóstico por imágenes*, es un servicio que se brinda a riesgo compartido, la persona que realiza las placas radiográficas es un técnico de llamada las 24 horas del día, los ecos son realizados por dos imagenólogos que atienden en la mañana y la tarde, como se puede evidenciar en el gráfico No 56, en el cual se ve un aumento de la producción este último año.

**GRÁFICO N° 56**

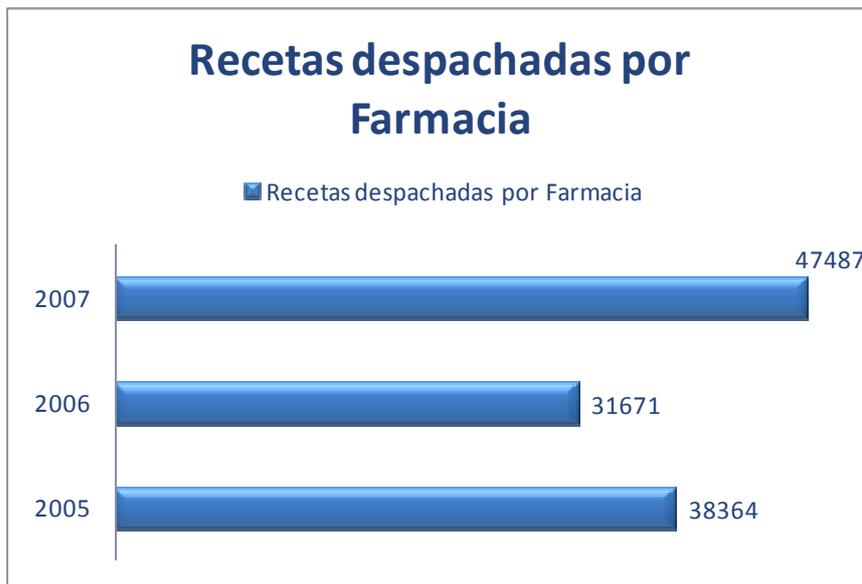


Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Cantonal de Sangolquí

Elaborado: Elena López

La *Farmacia*, es uno de los servicios con más dificultades, ya que el personal con que cuenta son 2 auxiliares administrativas, las mismas que atienden en un horario de 8h00 a 16h00, existiendo días sin atención por causa de permisos sindicales o enfermedad. Las recetas se despachan en su mayoría de consulta externa y quirófano, pero en el caso de recetas de emergencia son adquiridas en farmacias privadas de la localidad, esto es a causa de la falta de abastecimiento en insumos y medicinas. Ver gráfico No. 57.

**GRÁFICO Nº 57**



Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Cantonal de Sangolquí      Elaborado: Elena López

Al realizar un análisis de los años 2005, 2006 y 2007, se puede apreciar que el departamento de *Nutrición*, en estos tres años, tiene una producción equitativa, pues las raciones para los pacientes en el año 2006 aumento a 3641 y las raciones del personal han disminuido en el año 2007 por la nueva decisión de la dirección en donde las personas que laboran en administración no tienen derecho a la comida. Ver gráfico No. 58.

**GRÁFICO Nº 58**

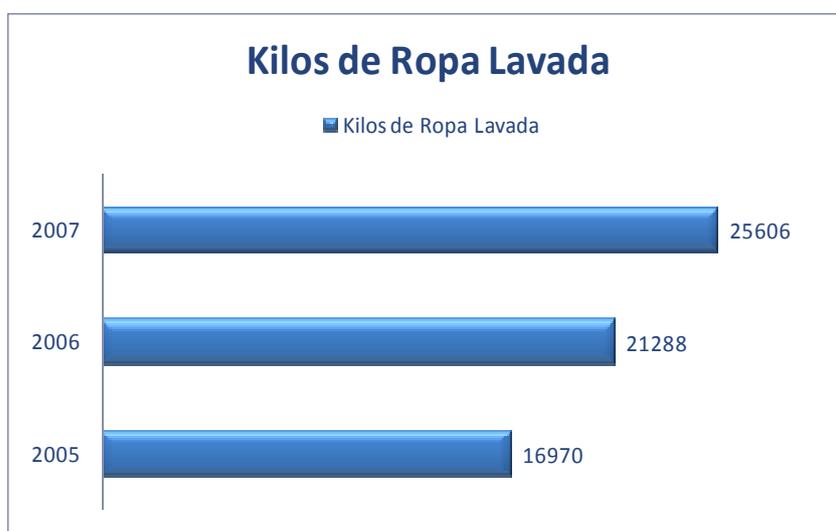


Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Cantonal de Sangolquí

Elaborado: Elena López

La *Lavandería* tiene una producción que va en aumento en un 30% anual; se puede apreciar que desde el 2005 al 2007 ha producido 25.606 de kilos de ropa lavada, este servicio lo realizan dos personas; existen 2 lavadoras industriales, 1 secadora y demás insumos para esta actividad. Ver gráfico No. 59.

**GRÁFICO N° 59**



Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Cantonal de Sangolquí

Elaborado: Elena López

*Principales problemas del Hospital:*

- Aceptación ocasional por parte de la Dirección, de sugerencias dadas por el personal
- Deseos de cambios por parte de la Dirección.
- Existe en algunas ocasiones diálogo con la Dirección.
- Existen algunos cambios positivos con la actual Dirección.
- No hay reuniones periódicas con el personal
- El personal no prioriza necesidades
- Falta de voluntad individual
- Falta de motivación e incentivos al personal
- Malos tratos del Administrador al personal.

- Personal subutilizado
- No existe un sistema de programación y supervisión
- Resistencia al cambio por parte de algunos empleados.
- No hay una adecuada capacitación al personal.
- No hay un adecuado informe hacia el personal, de las resoluciones tomadas.
- Personal insuficiente.
- Hay poca colaboración entre el personal.
- No existen relaciones cordiales entre el personal.
- Existen cobros camuflados de algunos profesionales.
- Algunos profesionales ganan pacientes en forma poco legal.
- No hay respaldo por escrito de las denuncias presentadas.
- No hay justicia ni igualdad entre el personal.
- Hay errores que se tratan de corregir en forma condescendiente.
- No hay respaldo en casos de conflictos
- Hay problemas por asuntos sindicales.
- Hay privilegios entre los empleados.
- Falta de interés del personal a capacitarse, el cual acude a tales eventos por presión pero no por motivación.
- El Director debe actuar como Coordinador.
- Profesionales que utilizan las instalaciones del hospital para sus consultas particulares.
- Malestar entre el personal por el no pago al Seguro Social.
- Falta de concientización y solidaridad en el personal.

## **CAPITULO IV**

### **4. MODELO DE GERENCIA PARA EL HOSPITAL CANTONAL DE SANGOLQUI**

#### **4.1 GERENCIA MODERNA**

Las instituciones hospitalarias, como prestadoras de servicios de alta relevancia social, deben estar atentas al desarrollo tecnológico y principalmente para acciones gerenciales de gran alcance. El progreso de las mismas puede ser visto como resultado de la capacidad gerencial de responder a los grandes desafíos impuestos por los cambios en el contexto social, económico, político y tecnológico, por tal razón este estudio tiene la finalidad de plantear un Modelo Gerencial para el Hospital Cantonal de Sangolquí, el cual responda eficazmente a estos nuevos escenarios, manteniendo al individuo en un contexto holístico.

Un punto de partida para cumplir este objetivo es el diagnóstico del Hospital en el cual identificamos las principales deficiencias, apoyados con una herramienta de gestión estratégica como el Balanced Scorecard (BSC), que mediante el análisis estratégico (matriz FODA) permitan identificar y considerar los factores internos y externos que de otra forma influyen en la prestación de servicios y determinan la calidad de los mismos; de igual manera la estructura y la calidad se fundamentan en los procesos y facilitan la gestión.

## **4.2 ORGANIZACIÓN<sup>42</sup>**

Aunque la planificación es la clave de una dirección efectiva, la organización es la segunda función administrativa, consiste en estructurar, e integrar los recursos y los órganos encargados de administrar y establecer las relaciones entre ellos, para el cumplimiento de los objetivos, marcar las políticas, procedimientos y determinar los niveles de autoridad y responsabilidad de los diferentes puestos.

### **4.2.1 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL HOSPITAL CANTONAL DE SANGOLQUÍ**

La estructura organizacional es la manera de dividir, organizar y coordinar las actividades de la organización, constituye la arquitectura que asegura la división y coordinación de actividades de los miembros de la institución. Para establecer con claridad la estructura organizacional, es importante revisar la misión y visión del hospital, requerimiento que hayan sido aceptadas por todos, fijando el horizonte al cual se debe proyectar y alcanzar.

Con el fin de mejorar la estructura organizacional del hospital, el presente trabajo propone una estructura organizacional vertical con un enfoque funcional por ser una de las más adaptables, con respecto al modelo vigente e institucionalizado actualmente, el sistema vertical, incluye tres factores principales: jerarquía administrativa, amplitud de control y grado de descentralización del proceso de toma de decisiones de la organización, con un enfoque funcional. En la estructura funcional, las unidades se forman de acuerdo con la principal función especializada o técnica, con algunas ventajas, excelente coordinación intradepartamental, uso eficiente de los recursos, fuerte especialización de habilidades, dirección y control de la cúpula, buena solución de problemas técnicos, bajos costos administrativos.

---

<sup>42</sup> CHIAVENATO, Idalberto, Administración en los Nuevos Tiempos, primera edición, Bogotá-Colombia, p.p. 400

#### 4.2.2 PROCESOS HOSPITAL CANTONAL DE SANGOLQUÍ

Responden a los principios de igualdad, moralidad, eficacia, imparcialidad, que la institución debe tener como normas administrativas; dentro de esto juegan un papel importante la racionalización de los trámites, con el fin de mejorar la eficiencia y la eficacia. Al simplificar los procesos y operaciones, concentrando los esfuerzos en los aspectos más relevantes de la gerencia, uno de los autores más destacados en el área de la reingeniería, *Hammer*, sostiene que las instituciones deben orientarse a los procesos, un desafío que exige esta orientación es romper las reglas del pasado, pues se plantea un nuevo paradigma para las organizaciones y es el poner el centro de atención en los procesos<sup>43</sup>

**Tipos de Procesos:** clave, estratégicos, soporte.

**Procesos Claves:** son aquellos que afectan de modo directo a la prestación del servicio asistencial y por tanto a la satisfacción del cliente externo.

**Procesos Estratégicos:** son aquellos que permiten implantar las estrategias de la institución sanitaria.

**Procesos de Soporte:** son aquellos que permiten la operación de la institución sanitaria

**Cadena de valor:** Es esencialmente una forma de análisis de la actividad empresarial mediante la cual descomponemos una empresa en sus partes constitutivas, buscando identificar fuentes de ventaja competitiva en aquellas actividades generadoras de valor.

Esa ventaja competitiva se logra cuando la empresa desarrolla e integra actividades de la cadena de valor de forma menos costosa y mejor diferenciada

---

<sup>43</sup> MEJÍA, Braulio, Gerencia de Procesos, p.p. 47

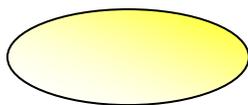
que sus rivales, por consiguiente la cadena de valor está conformada por todas sus actividades generadoras de valor agregado.

**Orientación al cliente:** Es una forma de enfocar el proceso de atención, sin olvidar en ningún momento cuál es el verdadero centro de las actividades que lo constituye el paciente, teniendo en cuenta sus necesidades, deseos y expectativas y midiendo su satisfacción, aspectos que trascienden los puramente técnicos o científicos; mide también el conjunto de relaciones que se producen entre profesionales, usuarios y el hospital.

#### **Características de los procesos:**

- Están impulsados por la consecución de resultados.
- Son dinámicos.
- Los procesos se operan, se gestionan.
- Los procesos se centran en la satisfacción del paciente y otros interesados.
- Contienen actividades que pueden realizar personas de diferentes departamentos pero con objetivos comunes.

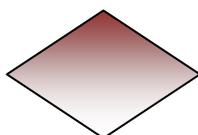
#### **Claves para el diseño de flujo gramas:**



Este símbolo se utiliza para representar el inicio o la salida de una actividad o el fin de un conjunto de actividades



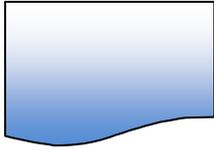
Representa una actividad o conjunto de actividades.



Significa decisión, esta suele tener opciones, por lo menos dos.



Esta flecha representa el flujo de productos, información y la secuencia en la que se ejecutan las actividades.



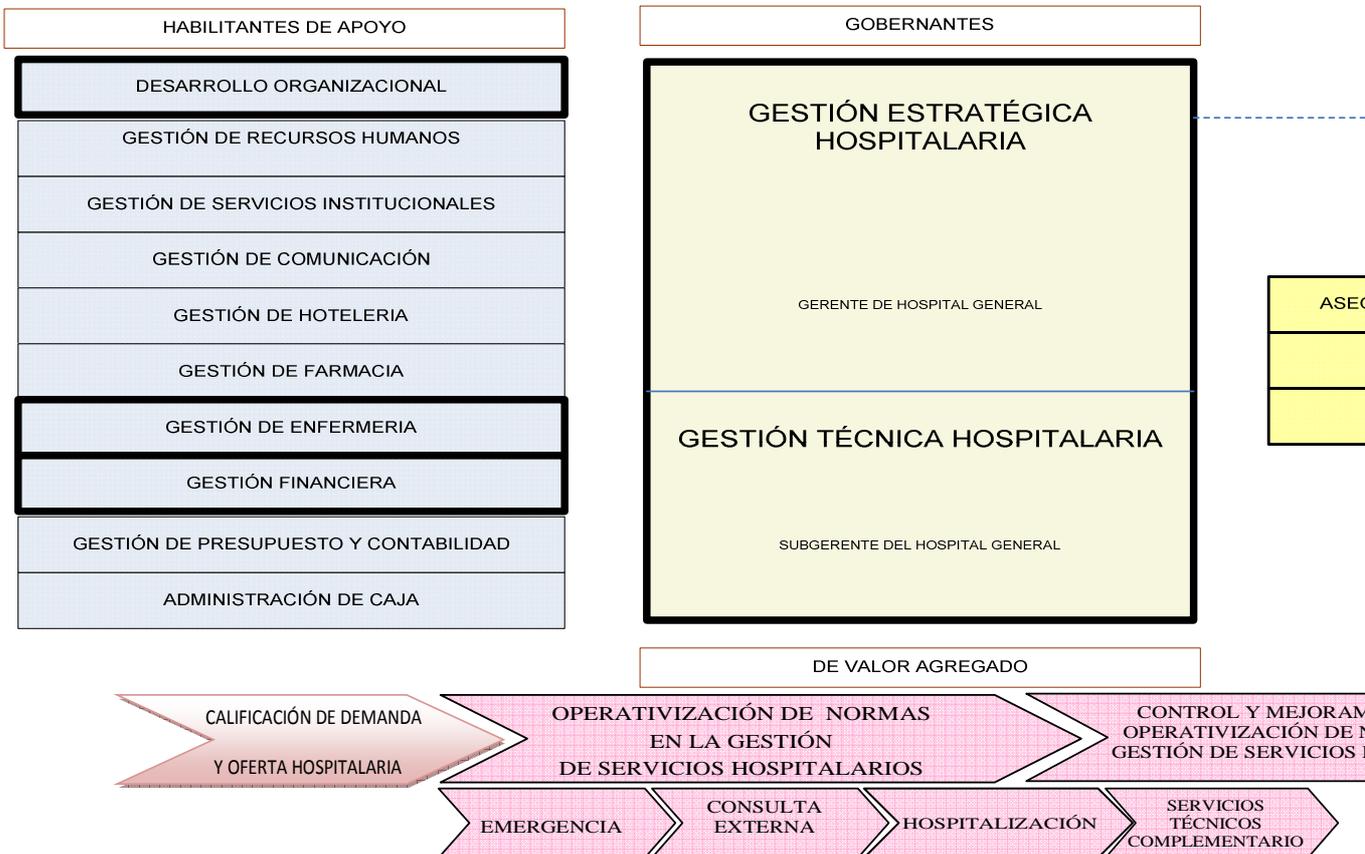
Esta figura representa un documento relevante dentro del diagrama.

Proceso: conjunto de actividades simultáneamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman entradas en salidas.

A continuación se detalla el mapa de procesos (gráfico No. 60), su jerarquía (gráfico 62), la estructura propuesta en gráfico No. 61, y en anexo No. 1, el detalle de los procesos en consulta externa, emergencia, hospitalización, cirugía general y parto normal.

# MAPA DE PROCESOS GRAFICO No. 60

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR  
ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL POR PROCESOS  
HOSPITAL CANTONAL DE SANGOLQUÍ

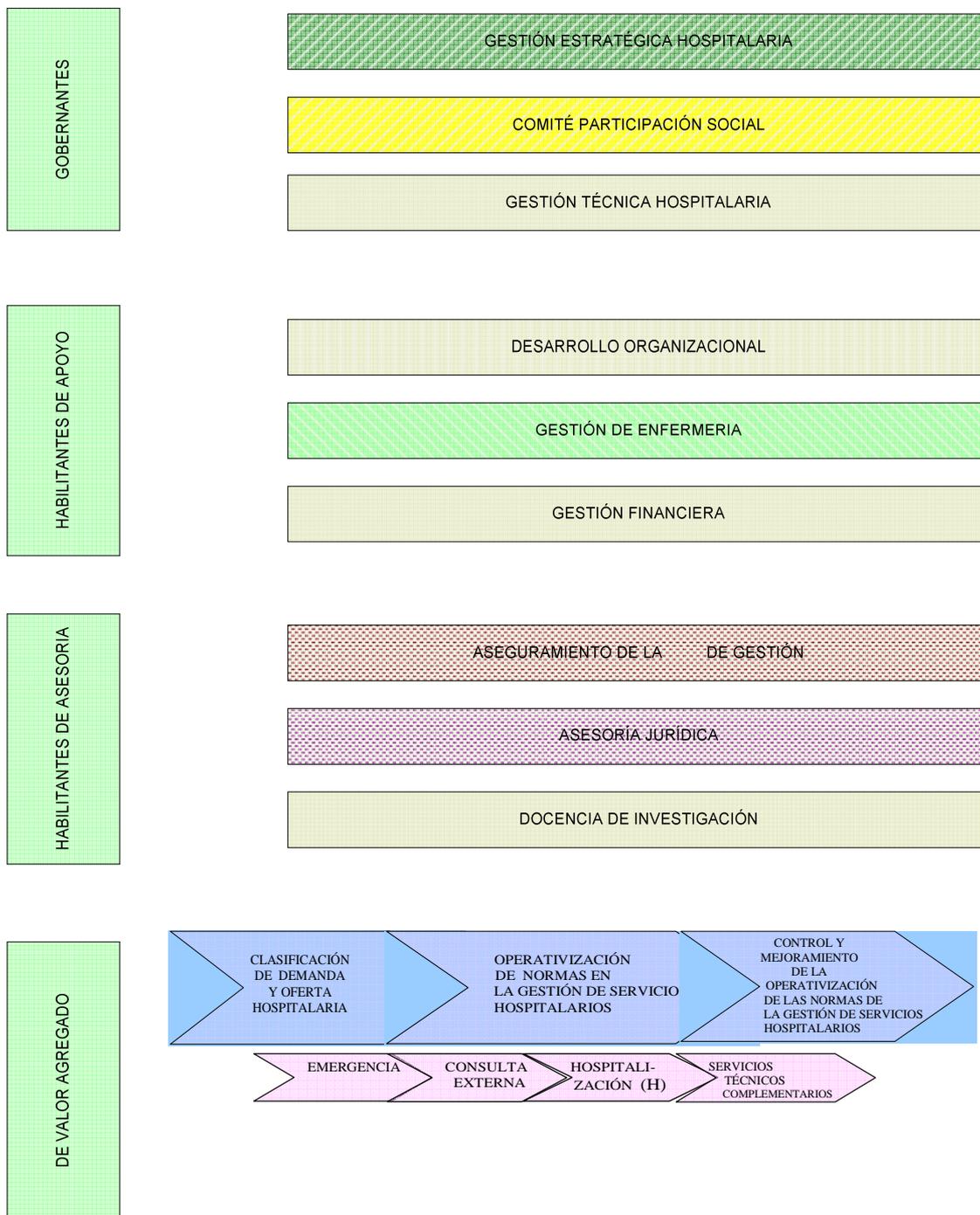


Fuente: MSP

Modificado: Elena López

### GRAFICO No.61

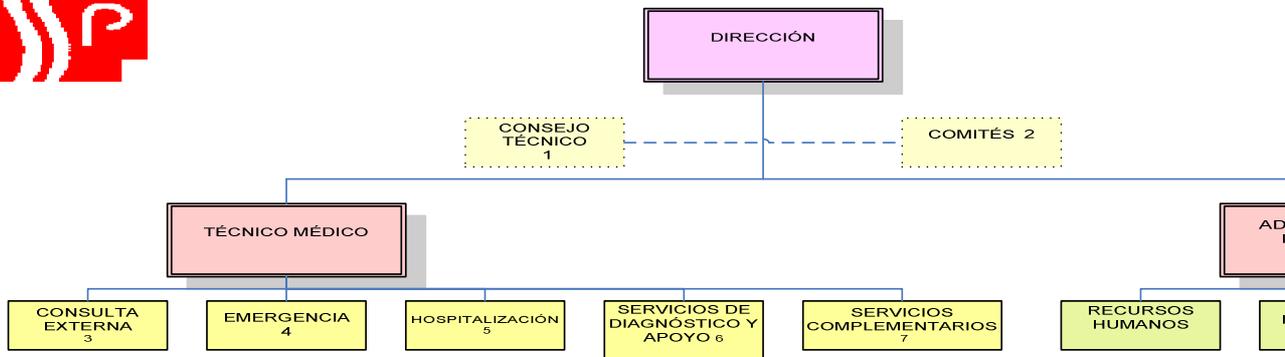
#### JERARQUÍA DE PROCESOS – CADENA DE VALOR



Fuente: MSP Elaborado: Elena López

**GRAFICO No. 62**

ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL CANTONAL DE SANGOLQUÍ



- 1.- Consejo Técnico,
  - 2.-Comité de Farmacología, Comité de Infecciones Intra-hospitalarias, Comité de Bioética, Comité Técnico, Comité de Calidad, Comité de Auditoría Médica.
  - 3.- Consulta externa con sus 4 especialidades: cirugía, pediatría, gineco-obstetricia, medicina interna.
  - 4.- Emergencia con sus 4 especialidades
  - 5.- Hospitalización con sus 4 especializaciones
  - 6.- Servicio de Diagnóstico y Apoyo, quirófano, laboratorio clínico y diagnóstico por imágenes.
  - 7.- Servicios Complementarios, enfermería, farmacia, estadística, trabajo social, Alimentación y Saneamiento.
  - 8.-Financiero, Contabilidad, Presupuesto y Tesorería
  - 9.-Administrativo, Guardalmacén de insumos, Guardalmacén de bienes, Gestión Hotelera.
- Fuente: MSP  
Elaborado: Elena López

### 4.2.3 RACIONALIZACION DE RECURSOS FÍSICOS Y RECURSOS HUMANOS

La capacidad física del servicio de consulta externa tiene un total de 11 consultorios, de los cuales en la mañana se utilizan los 11, mientras que en la tarde apenas se utilizan 5, por tanto, para optimizar la capacidad resolutive física en consulta externa se plantea:

- Racionalización del recurso humano médico existente en horarios de mañana y tarde, de acuerdo a lo que se aprecia en la tabla N°48, en las columnas propuestas (mañana y tarde), además tenemos tres consultorios que no son utilizados por la tarde, pero la producción no justifica incrementar el recurso humano para estos.

**TABLA N° 48**

#### RACIONALIZACION RECURSOS HUMANOS

Especialidad	ACTUAL								PROPUESTA			Cap. CE
	CONSULTORIOS OCUPADOS			CONSULTA EXTERNA			HOSPITALIZACIÓN		Médicos-CE			
	Total	Mañana	Tarde	# Médicos	# Consultas Externas 07	# consultas x hora	Total de Egresos	% de ocupación	# Consultorios	Mañana	Tarde	
Cirugía	1	1	0	2	6733	4,2	93	93%	1	1	1	0
Medicina Interna	2	2	2	5	12664	5,1	23	89%	2	2	2	0
Gineco-Obstetras	3	3	2	5	9060	4,5	650	90%	3	3	2	1
Pediatría	2	2	1	4	1837	2,6	112	91%	2	2	2	0
Traumatología	1	1	0	1	3177	2,9	0	0	1	1	0	1
Otorrino	1	1	0	1	1631	1,75	0	0	1	1	0	1
Psicología	1	1	0	2	5541	4,2	0	0	1	1	1	0
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>20</b>	<b>40643</b>	<b>3,61</b>	<b>878</b>	<b>0,90</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>3</b>

Fuente: Hospital Cantonal Sangolquí

Elaborado: Elena López

En cuanto al recurso humano del hospital de enfermería, se cuenta con 13 enfermeras, las cuales están distribuidas en los cuatro servicios, en hospitalización existe una enfermera por turno, el servicio de quirófano tiene 3 enfermeras en el turno de la mañana, por lo tanto, para mejorar la calidad de atención se propone:

- Redistribuir el recurso humano, consulta externa (1 enfermera 8h), emergencia (1 enfermera 8h), Hospitalización (2 enfermeras cada turno), quirófano (2 en la mañana y 1 en la tarde), para toda esta estructuración se necesita la contratación de 2 enfermeras de 8 horas. Ver tabla No 49.

**TABLA N° 49**

**DISTRIBUCION ENFERMERAS**

Servicios	Situación Actual	Situación Propuesta
Consulta Externa	2	1
Emergencia	2	1
Hospitalización	6	10
Quirófano	3	3
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>15</b>

Fuente: Hospital Cantonal Sangolquí

Elaborado: Elena López

Para dar cumplimiento a los estándares de organización en la calidad del parto y el nacimiento se requiere:

- Dos residentes por turno: de gineco-obstetricia y pediatría, esto representa en total 6 residentes con turnos de 24 horas cada tercer día.
- Un anestesiólogo de 8h, para iniciar en la atención de cirugías de emergencia en la tarde y parte de la noche (12 pm a 20 pm).
- Un imagenólogo de 4h para cumplir los requerimientos de calidad en el servicio de Rx
- Un bioquímico para farmacia 8h
- Un ingeniero en mecatrónica 8h.

#### **4.2.4 RECURSOS TECNOLÓGICOS**

Se requiere una incubadora para la Central de Esterilización, a fin de colocar biológicos aplicados al servicio de quirófano y valorar el nivel de contaminación o grado de esterilización de los materiales, instrumental e infraestructura.

### 4.3 PLANIFICACIÓN

La Planificación es un instrumento de gestión y de política económica, que tiene por objetivo el aportar mayor racionalidad en la toma de decisiones y en la asignación de los recursos, planificar es proyectar una visión de un futuro deseado y los medios como alcanzarlo, la planificación estratégica es una poderosa herramienta de diagnóstico, análisis, reflexión y toma de decisiones colectivas, acerca del que hacer actual y el camino que de recorrer en el futuro las instituciones, no solo para responder a los cambios y a las demandas que les impone el entorno y lograr así el máximo de eficiencia y de calidad de sus intervenciones, sino también para proponer y concretar las transformaciones que requiere el entorno, mediante la planificación estratégica clarificaremos cuales son los puntos fuertes y débiles, cuales son las oportunidades y amenazas potenciales, hacia dónde va el servicio y qué camino seguir para llegar a la visión esperada.

#### **PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA BASADA EN EL BALANCED SCORECARD (BSC)<sup>44</sup>**

La planificación basada en el presente trabajo se fundamenta en el Balanced Scorecard el cual fue desarrollado, por Robert Kaplan, pues es una herramienta que permite traducir la visión de la organización, expresada a través de su estrategia, en términos y objetivos específicos para su difusión a todos los niveles, estableciendo un sistema de medición del logro de dichos objetivos, busca fundamentalmente complementar los indicadores tradicionalmente usados para evaluar el desempeño de las empresas, combinando indicadores financieros con no financieros, logrando así un balance entre el desempeño de la organización día a día y la construcción de un futuro prometedor.

Los principales objetivos constituyen alcanzar enfoque gerencial, desarrollar liderazgo, intervención estratégica, educar a la organización, fijar metas estratégicas y mejorar el sistema de indicadores actuales, a partir del

---

<sup>44</sup> Barreto miguel. Planificación Estratégica basada en Balanced Scorecard. Septiembre 2007. ICAM-Q-Quito-Ecuador

cumplimiento de estos objetivos se obtiene algunos beneficios esperados: alineación de los empleados hacia la visión de la empresa, comunicación hacia todo el personal de los objetivos y su cumplimiento, redefinición de la estrategia en base a resultados, traducción de la visión y estrategias en acción, favorece en el presente la creación de valor futuro, capacidad de análisis.

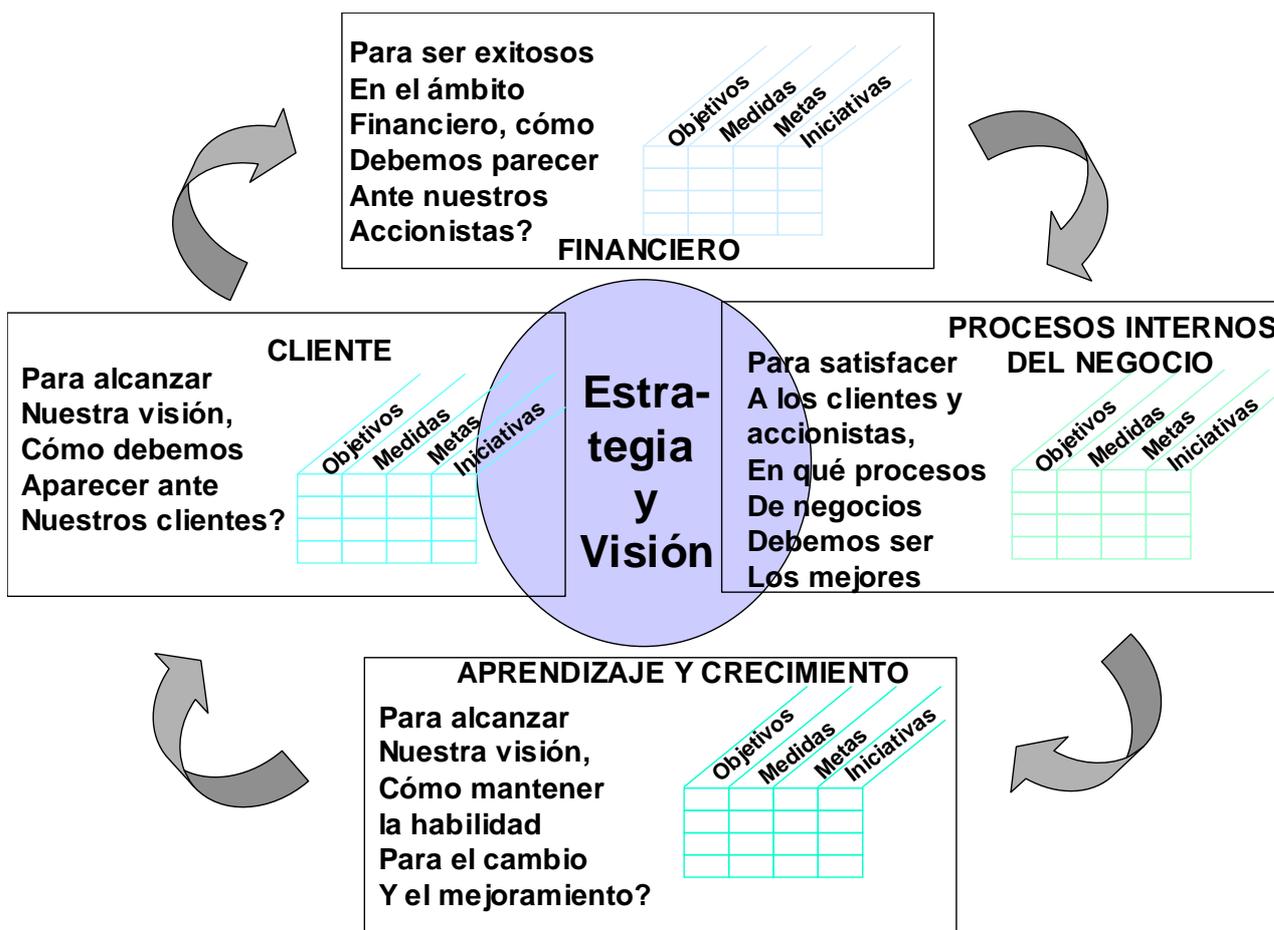
Por otra parte esta herramienta tiene algunos componentes como: cadena de relaciones causa-efecto, enlace a los resultados financieros, balance de indicadores de resultados e indicadores guía, mediciones que generen e impulsen el cambio, alineación de iniciativas o proyectos y por último el consenso del equipo directivo de la organización, el BSC conjuga los indicadores financieros y no financieros en cuatro diferentes perspectivas a través de las cuales es posible observar la empresa en su conjunto, estas perspectivas se observan en el gráfico No. 63 y son:

- *Perspectiva financiera*, los indicadores financieros han sido los más utilizados, pues son el reflejo de lo que está ocurriendo con las inversiones y el valor añadido económico, de hecho, todas las medidas que forman parte de la relación causa-efecto, culminan en la mejor actuación financiera.
- *Perspectiva del cliente*, se identifica el mercado y el cliente hacia el cual se dirige el servicio o producto, brinda información importante para generar, adquirir, retener y satisfacer a los clientes, obtener cuota de mercado, rentabilidad social.
- *Perspectiva procesos internos*, para alcanzar los objetivos de clientes y financieros es necesario realizar con excelencia ciertos procesos que dan vida a la empresa, esos procesos en los que se debe ser excelente son los que identifican los directivos y ponen especial atención para que se lleven a cabo de una forma perfecta, y así influyan a conseguir los objetivos institucionales y usuarios.
- *Perspectiva de formación y crecimiento*, es la perspectiva donde más tiene que ponerse atención, sobre todo si piensan obtenerse resultados

constantes a largo plazo, aquí se identifican la infraestructura necesaria, formación y crecimiento (personas, sistemas y clima organizacional).

**GRÁFICO N° 63**

**PERSPECTIVAS DEL BALANCED SCORECARD**



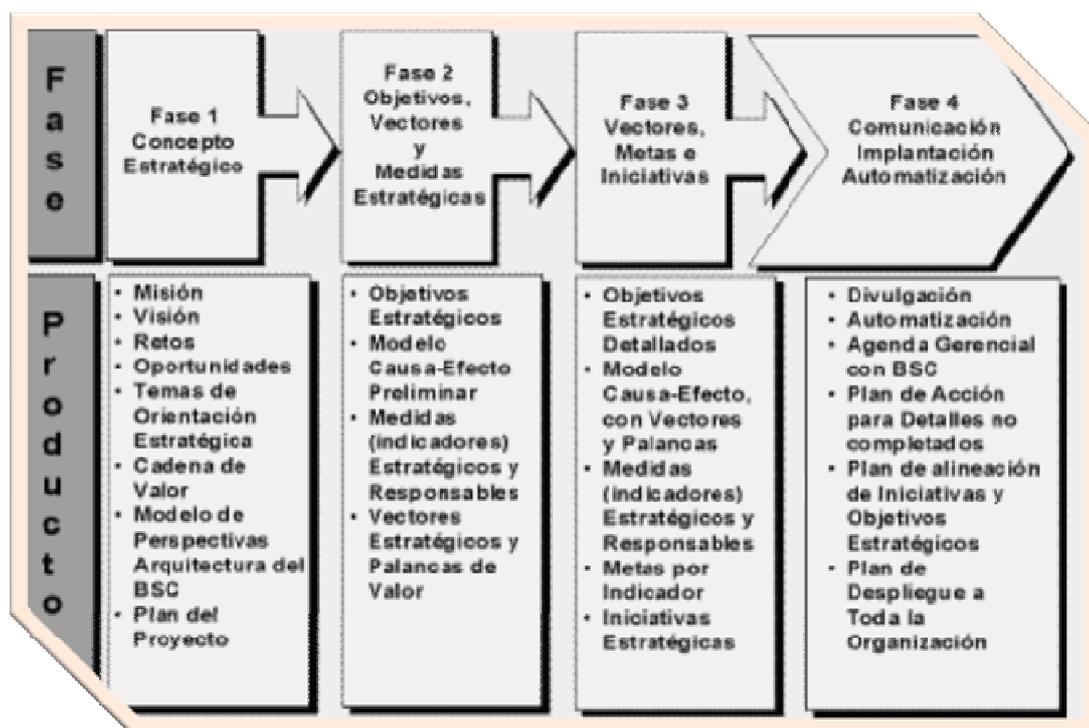
FUENTE: Manual de Planificación Estratégica basada en BSC ELABORADO: Miguel Barreto

**Las fases para la implementación del Balance Scorecard**, se pueden expresar en “El modelo de las cuatro fases”, el mismo que asegura tanto la comprensión de las bases conceptuales de la metodología por parte de los diferentes actores de su desarrollo como la puesta en practica de la herramienta en su contexto operacional asociado a la agenda ejecutiva de la institución que lo adopte, la secuencia asegura el que se capturen y traduzcan a un sistema de indicadores o

de medición, los temas y objetivos estratégicos de la organización, sobre una variedad de situaciones estratégicas y operacionales a la que es aplicable, el siguiente gráfico No. 64, ilustra la secuencia del proceso de las cuatro fases.

**GRÁFICO N° 64**

**FASES DE IMPLEMENTACIÓN DEL BSC**



FUENTE: Manual de Planificación Estratégica basada en BSC ELABORADO: Miguel Barreto

### 4.3.1. FODA

#### 4.3.1. 1 Análisis Ambiental Externo

El análisis ambiental externo ayuda a determinar si la organización está capacitada para desempeñarse en su medio, mientras más competitiva sea, la probabilidad de éxito es mayor, esta noción de competencia con lleva al desarrollo de una estrategia efectiva, este instrumento sustenta el Balance Scorecard y tiene como propósito evaluar a las variables considerando la: urgencia, tendencia e

impacto, cada una de ellas en una escala del uno al diez, tomándose en cuenta las 8 primeras en cuanto al mayor puntaje

El análisis externo (ambiente externo o entorno) del hospital ofrece las más importantes referencias para orientar el ajuste institucional, en su ambiente externo, el hospital encuentra la mayor razón de su existencia, sus clientes, usuarios, beneficiarios, socios y competidores, y las fuerzas que están conformando las nuevas tendencias sociales, económicas, políticas, tecnológicas e institucionales, todo esto implica la emergencia de nuevas realidades y situaciones que señalan nuevas demandas, desafíos, riesgos e incertidumbres, que pueden ofrecer tanto oportunidades como amenazas para las instituciones, como se observa en la Tabla No.50 y 51

La priorización de acuerdo a las variables señaladas, en el caso de oportunidades se anota a continuación:

Requerimiento de atención (24 horas)

Gratuidad en la atención

Especialidades: Materno Infantil (GO y pediatría), cirugía general y medicina interna

Política del MSP de ampliar la cobertura

Incremento de asignación presupuestaria para salud

Mecanismos de licenciamiento por parte MSP

Resolución del MSP para organización y gestión por procesos

CONASA y MSP desarrollaron protocolos de atención médica

TABLA Nº 50

OPORTUNIDADES				
PERSPECTIVA	DESCRIPCIÓN	URGENCIA	TENDENCIA	IMPACTO
FINANCIERA	Incremento de asignación presupuestaria para salud	10	8	10
	Apoyo económico extrainstitucional	7	7	7
USUARIO	Requerimiento de atención (24 horas)	10	10	10
	Servicio de prevención en transmisión vertical VIH/SIDA	8	7	8
	Gratuidad en la atención	10	10	10
	Especialidades: Materno Infantil (GO y pediatría), cirugía general y medicina interna	10	10	10
PROCESOS INTERNOS	Política del MSP de ampliar la cobertura	10	10	10
	Mecanismos de licenciamiento por parte MSP	9	9	9
	Resolución del MSP para organización y gestión por procesos	9	9	9
	CONASA y MSP desarrollarán protocolos de atención médica	9	9	9
	Evaluación SENRES de productividad semestral	9	9	9
INNOVACIÓN Y APRENDIZAJE	Tecnología de punta en el mercado	8	8	8
	Cultura de calidad y Sistemas Integrados de Gestión	8	8	8
	Universidades que fovecen la especialización del recurso humano (III-IV nivel)	8	8	8
PRIORIDAD				
1	Requerimiento de atención (24 horas)			
2	Gratuidad en la atención			
3	Especialidades: Materno Infantil (GO y pediatría), cirugía general y medicina interna			
4	Política del MSP de ampliar la cobertura			
5	Incremento de asignación presupuestaria para salud			
6	Mecanismos de licenciamiento por parte MSP			
7	Resolución del MSP para organización y gestión por procesos			
8	CONASA y MSP desarrollarán protocolos de atención médica			

FUENTE: Hospital Cantonal de Sangolquí

ELABORADO: Elena López

En el caso de las amenazas se detalla en la tabla No. 51 y a continuación la priorización señalada:

Crisis económica Internacional y nacional

Incremento de los precios equipos, insumos y materiales, medicinas

Falta de políticas para adiestramiento en gestión tecnológicas

Repuestos de equipos importados muy costosos

Cambios frecuentes en los procesos políticos administrativos de la alta Dirección

Provisión de insumos y materiales del MSP de baja calidad

Aranceles en equipos importados e insumos

Epidemia AH1N1

TABLA Nº 51

AMENAZAS				
PERSPECTIVA	DESCRIPCIÓN	OCURRENCIA	TENDENCIA	IMPACTO
FINANCIERA	El Sistema Integrado de Gestión Financiera (SIGEF) ocasiona retrasos en el pago	8	8	8
	Crisis económica Internacional y nacional	10	10	10
	Aranceles equipos importados e insumos	9	9	9
	Incremento de la inflación	9	9	9
	Incremento de los precios equipos, insumos y materiales, medicinas	10	10	10
USUARIO	Atención fuera del hospital con personal no profesional	8	8	8
	Medicamentos a libre expendio (automedicación)	8	8	8
	Inseguridad ciudadana en el sector	7	7	7
	Epidemia AH1N1	9	9	9
PROCESOS INTERNOS	Cambios frecuentes en los procesos político administrativos de la alta Dirección	9	9	9
	Provisión de insumos y materiales del MSP de baja calidad	8	9	10
INNOVACIÓN Y APRENDIZAJE	SENRES-Resolución 090, 22 abril 2009, contratos de 8 horas personal salud	10	10	10
	Falta de políticas institucionales que generen incentivos y apoyo económico	8	8	8
	Falta de políticas para adiestramiento en gestión tecnológicas	9	9	9
	Repuestos de equipos importados muy costosos	9	9	9
<b>PRIORIDAD</b>				
1	Crisis económica Internacional y nacional			
2	Incremento de los precios equipos, insumos y materiales, medicinas			
3	Falta de políticas para adiestramiento en gestión tecnológicas			
4	Repuestos de equipos importados muy costosos			
5	Cambios frecuentes en los procesos político administrativos de la alta Dirección			
6	Provisión de insumos y materiales del MSP de baja calidad			
7	Aranceles equipos importados e insumos			
8	Epidemia AH1N1			

FUENTE: Hospital Cantonal de Sangolquí

ELABORADO: Elena López

#### 4.3.1.2 Análisis Ambiental Interno

La identificación y el análisis de los usuarios internos respecto de los factores considerados como fortalezas y debilidades, son importantes, por cuanto se necesita a largo plazo un firme compromiso que parta del nivel directivo, la comprensión del proceso y del flujo del trabajo, junto con la identificación de las relaciones entre los departamentos, la comprensión de la estrategia utilizada, sus metas y sus problemas, tanto a nivel general como de cada departamento, la comprensión de las responsabilidades de cada departamento, la definición de los problemas operacionales y de producción; un entendimiento del cambio y cómo utilizarlo como aliado, en las tablas No. 52 y 53, se observa el análisis interno (fortalezas y debilidades) del hospital:

A continuación se detalla los factores priorizados en el caso de fortalezas, considerando las variables de urgencia, tendencia e impacto:

- Planificación y ejecución presupuestaria adecuada
- Prestación de servicios por especialidad (4)
- Emergencia 24 horas

- Buen nivel de liderazgo de la alta gerencia
- Personal de salud calificado
- Docencia de pre y postgrado en salud
- Nivel de compromiso y sentido de pertenencia del personal
- Ampliación del área física: estadística, emergencia, hospitalización, farmacia

**TABLA N° 52**

FORTALEZAS				
PERSPECTIVA	DESCRIPCIÓN	URGENCIA	TENDENCIA	IMPACTO
<b>FINANCIERA</b>	Planificación y ejecución presupuestaria adecuada	10	8	10
<b>USUARIO</b>	Prestación de servicios por especialidad (4)	10	10	10
	Ubicación geográfica de fácil acceso al usuario	8	8	8
	Hospital de referencia cantonal y Jefatura de área	8	8	8
	Gratuidad de acuerdo a recursos disponibles	8	8	8
<b>PROCESOS INTERNOS</b>	Emergencia 24 horas	10	10	10
	Calidad y Calidez de atención	8	8	8
	Buen nivel de liderazgo de la alta gerencia	9	9	9
	Convenios institucionales para exámenes especiales	8	8	8
<b>INNOVACIÓN Y APRENDIZAJE</b>	Personal de salud calificado	9	9	10
	Docencia de pre y postgrado en salud	9	9	9
	Nivel de compromiso y sentido de pertenencia del personal	8	8	10
	Convenio con Universidades para especialización del recurso humano	8	8	8
	Ampliación del área física: estadística, emergencia, hospitalización, farmacia	9	10	10
PRIORIDAD				
1	Planificación y ejecución presupuestaria adecuada			
2	Prestación de servicios por especialidad (4)			
3	Emergencia 24 horas			
4	Buen nivel de liderazgo de la alta gerencia			
5	Personal de salud calificado			
6	Docencia de pre y postgrado en salud			
7	Nivel de compromiso y sentido de pertenencia del personal			
8	Ampliación del área física: estadística, emergencia, hospitalización, farmacia			

FUENTE: Hospital Cantonal de Sangolquí

ELABORADO: Elena López

En el caso de las debilidades priorizadas de acuerdo a urgencia tendencia e impacto, se aprecia en la tabla No. 53 y su detalle a continuación:

- Protocolos de atención sin aplicación

- Siempre existe demanda insatisfecha (supera la oferta)
- Falta de capacitación para la aplicación de los protocolos
- Demora en los trámites de adquisición de insumos, materiales y equipos
- No hay una gestión por procesos
- No se adquiere o renova la tecnología necesaria
- Escasa difusión de las actividades, normas, reglamentos de los servicios
- No existe una evaluación de habilidades y destrezas del personal que permita un plan de capacitación

**TABLA Nº 53**

DEBILIDADES				
PERSPECTIVA	DESCRIPCIÓN	URGENCIA	TENDENCIA	IMPACTO
FINANCIERA	Restricción en el manejo de varias partidas presupuestarias	8	8	8
	No existe una adecuada nomenclatura de los servicios	8	8	8
	Siempre existe demanda insatisfecha (supera la oferta)	9	9	10
USUARIO	Insuficiente consejería al usuario	8	8	9
	Demora en los trámites de adquisición de insumos, materiales y equipos	9	9	10
	No hay una gestión por procesos	8	8	9
	Protocolos de atención sin aplicación	10	9	10
	Escasa difusión de las actividades, normas, reglamentos de los servicios	8	8	9
PROCESOS INTERNOS	No existe estabilidad laboral para el personal contratado de enfermería	8	8	8
	Falta de capacitación para la aplicación de los protocolos	9	9	10
	No existe una evaluación de habilidades y destrezas del personal que permita un plan de capacitación	9	8	10
INNOVACIÓN Y APRENDIZAJE	No se adquiere o renova la tecnología necesaria	8	8	9
	Infraestructura poco funcional	8	8	8
PRIORIDAD				
1	Protocolos de atención sin aplicación			
2	Siempre existe demanda insatisfecha (supera la oferta)			
3	Falta de capacitación para la aplicación de los protocolos			
4	Demora en los trámites de adquisición de insumos, materiales y equipos			
5	No hay una gestión por procesos			
6	No se adquiere o renova la tecnología necesaria			
7	Escasa difusión de las actividades, normas, reglamentos de los servicios			
8	No existe una evaluación de habilidades y destrezas del personal que permita un plan de capacitación			

FUENTE: Hospital Cantonal de Sangolquí

ELABORADO: Elena López

#### 4.3.1.3 Matriz FODA

A continuación se detalla el resumen del análisis ambiental interno y externo, priorizado de acuerdo a las variables de urgencia, tendencia e impacto, según tabla No. 54

TABLA Nº 54

<b>MATRIZ FODA</b>			
<b>ENTORNO (MEDIO EXTERNO)</b>			
1		2	
<b>OPORTUNIDADES (+)</b>		<b>AMENAZAS (-)</b>	
1	Requerimiento de atención (24 horas)	1	Crisis económica Internacional y nacional
2	Gratuidad en la atención	2	Incremento de los precios equipos, insumos y materiales, medicinas
3	Especialidades: Materno Infantil (GO y pediatría), cirugía general y	3	Falta de políticas para adiestramiento en gestión tecnológicas
4	Política del MSP de ampliar la cobertura	4	Repuestos de equipos importados muy costosos
5	Incremento de asignación presupuestaria para salud	5	Cambios frecuentes en los procesos político administrativos de la alta
6	Mecanismos de licenciamiento por parte MSP	6	Provisión de insumos y materiales del MSP de baja calidad
7	Resolución del MSP para organización y gestión por procesos	7	Aranceles en equipos importados e insumos
8	CONASA y MSP desarrollarán protocolos de atención médica	8	Epidemia AH1N1
3		4	
<b>FORTALEZAS (+)</b>		<b>DEBILIDADES (-)</b>	
1	Planificación y ejecución presupuestaria adecuada	1	Protocolos de atención sin aplicación
2	Prestación de servicios por especialidad (4)	2	Siempre existe demanda insatisfecha (supera la oferta)
3	Emergencia 24 horas	3	Falta de capacitación para la aplicación de los protocolos
4	Buen nivel de liderazgo de la alta gerencia	4	Demora en los trámites de adquisición de insumos, materiales y
5	Personal de salud calificado	5	No hay una gestión por procesos
6	Docencia de pre y postgrado en salud	6	No se adquiere o renova la tecnología necesaria
7	Nivel de compromiso y sentido de pertenencia del personal	7	Escasa difusión de las actividades, normas, reglamentos de los
8	Ampliación del área física: estadística, emergencia, hospitalización,	8	No existe una evaluación de habilidades y destrezas del personal que
<b>INSTITUCION (MEDIO INTERNO)</b>			

FUENTE: Hospital Cantonal de Sangolquí

ELABORADO: Elena López

#### 4.3.1.4 Análisis estructural

Las variables estratégicas claves se obtiene del análisis estructural del sistema, de acuerdo a la relación de dependencia o motricidad de las variables se obtiene los puntajes respectivos.

A continuación se detalla el análisis estructural del cruce de variables, en la Tabla No. 55.

**TABLA Nº 55  
ANÁLISIS ESTRUCTURAL**

FACTOR	PLANEACION ESTRATEGICA 2010																				
	Requerimiento de atención (24 horas)	Gratuidad en la atención	Especialidades: Materno Infantil (GO y pediatría), cirugía general y medicina interna	Política del MSP de ampliar la cobertura	Incremento de asignación presupuestaria para salud	Mecanismos de licenciamiento por parte MSP	Resolución del MSP para organización y gestión por procesos	CONASA y MSP desarrollaron protocolos de atención médica	Crisis económica Internacional y nacional	Incremento de los precios equipos, insumos y materiales	Falta de políticas para adiestramiento en gestión tecnológica	Repuestos de equipos importados muy costosos	Cambios frecuentes en los procesos político administrativos de la alta gerencia	Provisión de insumos y materiales del MSP de baja calidad	Aranceles en equipos importados e insumos	Epidemia AH1N1	Planificación y ejecución presupuestaria adecuada	Prestación de servicios por especialidad (4)	Emergencia 24 horas	Buen nivel de liderazgo de la alta gerencia	
	OPORTUNIDADES								AMENAZAS				FORTALEZAS								
<b>OPORTUNIDADES</b>																					
Requerimiento de atención (24 horas)	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1
Gratuidad en la atención	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
Especialidades: Materno Infantil (GO y pediatría), cirugía general y medicina interna	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
Política del MSP de ampliar la cobertura	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1
Incremento de asignación presupuestaria para salud	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0
Mecanismos de licenciamiento por parte MSP	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1
Resolución del MSP para organización y gestión por procesos	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1
CONASA y MSP desarrollaron protocolos de atención médica	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1
<b>AMENAZAS</b>																					
Crisis económica Internacional y nacional	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Incremento de los precios equipos, insumos y materiales, medicinas	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Falta de políticas para adiestramiento en gestión tecnológicas	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Repuestos de equipos importados muy costosos	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Cambios frecuentes en los procesos político administrativos de la alta gerencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Provisión de insumos y materiales del MSP de baja calidad	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0
Aranceles en equipos importados e insumos	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0
Epidemia AH1N1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
<b>FORTALEZAS</b>																					
Planificación y ejecución presupuestaria adecuada	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1
Prestación de servicios por especialidad (4)	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Emergencia 24 horas	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1
Buen nivel de liderazgo de la alta gerencia	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0
Personal de salud calificado	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Docencia de pre y postgrado en salud	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Nivel de compromiso y sentido de pertenencia del personal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ampliación del área física: estadística, emergencia, hospitalización, farmacia	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1
<b>DEBILIDADES</b>																					
Protocolos de atención sin aplicación	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1
Siempre existe demanda insatisfecha (supera la oferta)	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1
Falta de capacitación para la aplicación de los protocolos	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Demora en los trámites de adquisición de insumos, materiales y equipos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0
No hay una gestión por procesos	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
No se adquiere o renova la tecnología necesaria	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0
Escasa difusión de las actividades, normas, reglamentos de los servicios	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
No existe una evaluación de habilidades y destrezas del personal que permita un plan de capacitación	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL DEPENDENCIA</b>	<b>14</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>18</b>	<b>20</b>	<b>17</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>17</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>15</b>	<b>13</b>	<b>2</b>	

FUENTE: Hospital Cantonal de Sangolquí  
 ELABORADO: Elena López

#### 4.3.1.5 Ordenamiento de factores

De acuerdo a la relación entre las variables se detalla la motricidad y dependencia en la tabla N° 56:

TABLA N° 56

ORDENAMIENTO DE FACTORES SEGÚN MOTRICIDAD Y DEPENDENCIA			
NUM	VARIABLE	MOTRICIDAD	DEPENDENCIA
1	Requerimiento de atención (24 horas)	20	14
2	Gratuidad en la atención	10	11
3	Especialidades: Materno Infantil (GO y pediatría), cirugía general y medicina inte	14	14
4	Política del MSP de ampliar la cobertura	22	14
5	Incremento de asignación presupuestaria para salud	17	14
6	Mecanismos de licenciamiento por parte MSP	16	18
7	Resolución del MSP para organización y gestión por procesos	20	20
8	CONASA y MSP desarrollarán protocolos de atención médica	17	17
9	Crisis económica Internacional y nacional	9	9
10	Incremento de los precios equipos, insumos y materiales, medicinas	9	9
11	Falta de políticas para adiestramiento en gestión tecnológicas	7	5
12	Repuestos de equipos importados muy costosos	7	8
13	Cambios frecuentes en los procesos político administrativos de la alta Dirección	3	17
14	Provisión de insumos y materiales del MSP de baja calidad	12	9
15	Aranceles en equipos importados e insumos	6	8
16	Epidemia AH1N1	11	9
17	Planificación y ejecución presupuestaria adecuada	21	11
18	Prestación de servicios por especialidad (4)	15	15
19	Emergencia 24 horas	19	13
20	Buen nivel de liderazgo de la alta gerencia	9	23
21	Personal de salud calificado	10	13
22	Docencia de pre y postgrado en salud	12	12
23	Nivel de compromiso y sentido de pertenencia del personal	7	12
24	Ampliación del área física: estadística, emergencia, hospitalización, farmacia	17	10
25	Protocolos de atención sin aplicación	14	9
26	Siempre existe demanda insatisfecha (supera la oferta)	19	18
27	Falta de capacitación para la aplicación de los protocolos	11	13
28	Demora en los trámites de adquisición de insumos, materiales y equipos	10	9
29	No hay una gestión por procesos	11	17
30	No se adquiere o renova la tecnología necesaria	17	16
31	Escasa difusión de las actividades, normas, reglamentos de los servicios	7	9
32	No existe una evaluación de habilidades y destrezas del personal que permita un	10	7

FUENTE: Hospital Cantonal de Sangolquí

ELABORADO: Elena López

#### 4.3.1.6 Clasificación de factores según su naturaleza

Al desarrollar la tercera etapa se obtiene como resultado el llamado plano de coordenadas Dependencia-Motricidad, en el cual las variables se clasifican en un sistema de sectores, podemos determinar que:

**En el sector 1, Zona de Poder,** se sitúan las variables con coordenada alta motricidad y baja dependencia, de acuerdo al detalle a continuación: (17) planificación y ejecución presupuestaria adecuada, (19) emergencia las 24 horas, (24) ampliación del área física: estadística, emergencia, hospitalización y quirófano, (25) protocolos de atención sin aplicación, son las variables motrices explicativas del sistema, fuertemente condicionadas de las demás, como se aprecia a continuación en el gráfico No. 65.

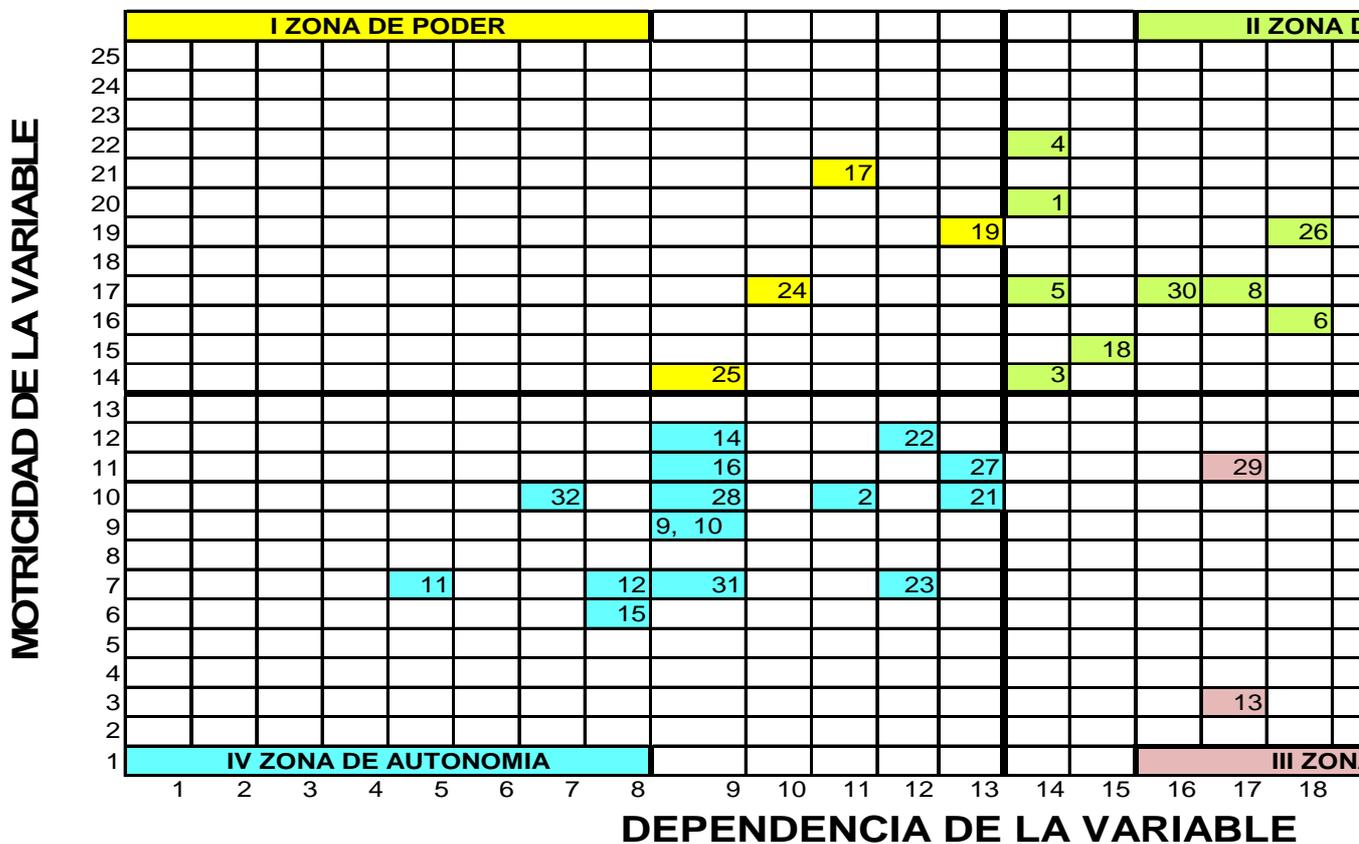
**En el sector 2, Zona de conflicto,** se sitúan las variables con coordenada alta de motricidad y también alta de dependencia, de acuerdo al detalle a continuación: (1) requerimiento de atención (24 horas), (3) especialidades Materno infantil (GO y pediatría) cirugía y medicina interna, (4) política del MSP de ampliar la cobertura, (5) incremento de asignación presupuestaria para la salud, (6) mecanismo de licenciamiento por parte del MSP, (7) resolución del MSP para organización y gestión por procesos, (8) CONASA y MSP desarrollaron protocolos de atención médica, (18) prestación de servicios por especialidad, (26) siempre existe demanda insatisfecha (supera la oferta), (30) no se adquiere o renova la tecnología necesaria, son variables de enlace, inestables por naturaleza, resulta claro que cualquier acción sobre estas variables repercutirá sobre el resto y tendrán un efecto rebote sobre ellas mismas que amplificará o atenuará el impulso inicial, son las variables estratégicas clave, VEC, cuanto más alejadas se sitúen del eje estratégico, atenuándose más sus efectos acercándose al origen, , como se aprecia a continuación en el gráfico No. 65.

**En el sector 3, Zona de salida,** se sitúan las variables con coordenada de baja motricidad y alta dependencia, de acuerdo al detalle a continuación; (2) gratuidad en la atención, (9) crisis económica nacional e internacional, (10) incremento en los precios equipos, insumos y materiales, (11) falta de políticas para adiestramiento en gestión tecnológica, (12) repuesto de los equipos importados

muy costosos, (14) provisión de insumos y materiales de baja calidad, (15) aranceles en equipos importados e insumos, (16) epidemia AH1N1, (21) personal de salud calificado, (22) docencia de pre y post grado en salud, (23) nivel de compromiso y sentido de pertenencia del personal, (27) falta de capacitación para la aplicación de los protocolos, (28) demora en los trámites de adquisición de insumos, materiales, (31) escasa difusión de las actividades, normas, reglamentos, (32) no existe una evaluación de habilidades y destrezas del personal, pueden calificarse de variables resultantes, cuya evolución se explica por las que se sitúan en los sectores 1 y 2, como se aprecia a continuación en el gráfico No. 65.

***En el sector 4, Zona de autonomía***, se sitúan las variables con coordenada de baja motricidad y baja dependencia, de acuerdo al detalle a continuación: (13) cambios frecuentes en los procesos políticos administrativos, (20) buen nivel de liderazgo de la alta gerencia, (29) no hay una gestión por procesos, es decir, variables que pueden calificarse como autónomas y en consecuencia se puede prescindir de ellas, como se aprecia a continuación en el gráfico No. 65.

**GRAFICO N ° 65**  
**CLASIFICACIÓN DE FACTORES SEGÚN SU NATURALEZA**  
**PROGRAMA DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA 2010**



Fuente: Hospital Cantonal de Sangolquí

Elaborado: Elena López

### 4.3.2 Direccionamiento Estratégico

La declaración de la **visión** debe proporcionar inspiración, debe proporcionar motivación y energía al equipo y a las personas; se tiene que establecer una disciplina para traducir la visión individual en una visión compartida”.

La Visión bien formulada, se convierte en el norte magnético que alinea, orienta y atrae todas las energías de la gente en una sola dirección: “el logro de la Visión”.

**La visión del Hospital** se traduce en los siguientes términos:

*El Hospital Cantonal de Sangolquí en el 2010, será una institución que liderará el sistema de salud en el Valle de los Chillos con calidad certificada, enfoque integral, formando profesionales de excelencia académica, brindando servicio a toda la población en general, con infraestructura y tecnología de punta, contribuyendo a elevar el nivel de salud y la calidad de vida de los usuarios, además brindará sus servicios en un ambiente agradable donde exista calidez, compromiso, respeto mutuo y se adaptará permanentemente a los cambios de entorno y a las nuevas demandas de la población.*

La **Misión** define la responsabilidad sobre lo que se ofrece a usuarios, proveedores, empleados, comunidad y entorno de influencia; los equipos, adquieren sentido en la medida en que se orienten a la satisfacción de necesidades y agregar valor al cliente.

La declaración de la MISIÓN es la respuesta a las preguntas: ¿En qué negocio estamos?, ¿Por qué estamos en esto?, ¿Para qué hacemos lo que hacemos?, ¿Cuál es el propósito más importante de nuestra Equipo?, ¿Cuál es nuestra razón de ser?, ¿A que estamos contribuyendo?

El hospital productor de servicios de salud, surge con un propósito: *resolver, cubrir, satisfacer necesidades y agregar valor*; en consecuencia, el hospital, existe para lograr un propósito o **Misión**:

*Es un Hospital de II nivel de atención, con especialidades, gineco-obstetricia, pediatría, medicina interna, cirugía entre otros, ofrece atención integral con calidad y calidez, con personal calificado y motivado contribuyendo de esta manera a la protección, recuperación y tratamiento de la salud, a los grupos más vulnerables.*

**Los Principios y Valores.** El objetivo de la definición de los principios corporativos del hospital es el de proporcionar un marco referencial escrito y cuyo cumplimiento aliente el cambio de la cultura organizacional del Hospital, la cultura hospitalaria es un conjunto de valores, creencias, normas, mitos, tradiciones que regulan el funcionamiento del hospital, constituyendo la filosofía institucional y el soporte de la cultura organizacional del mismo y se transmiten a los empleados de una institución y esto puede influir en la conducta del usuario interno y externo.

*Respeto:* Valorar en su real dimensión al personal institucional como a los usuarios.

*Humanismo:* Priorizar a la persona frente a todo lo demás, pues en ella se compendian los sentimientos, los conocimientos, la ciencia y la razón de ser de nuestra institución. Aplicar la razón de la humanidad en todas las políticas institucionales.

*Solidaridad:* Dar todo lo que esté a nuestro alcance, sin esperar nada a cambio.

*Honestidad:* Ser transparente en todos los actos y no utilizar la institución con fines de lucro o intereses personales.

*Justicia:* Brindar un servicio equitativo a todas las personas sin mirar su posición económica, social o laboral, aplicar las mismas normas con los recursos humanos del Hospital.

*Responsabilidad:* Cumplir el deber con todas las fuerzas del espíritu y el conocimiento.

*Disciplina:* Cumplir con el trabajo responsablemente dentro de los horarios establecidos por la institución, pues los usuarios ajustan su tiempo a dichos horarios.

*Trabajo en Equipo:* Aportar toda la capacidad individual para que el equipo funcione a cabalidad, cada persona tiene que convertirse en una pieza fundamental y cumplir su función a la perfección para que el conjunto alcance los objetivos trazados.

*Participación:* Aportar con ideas creativas que permitan dinamizar el servicio, optimizar los recursos y hacer más competitivo al Hospital.

*Calidad:* El Hospital mantendrá como norma, compromiso y obligación permanente la calidad de los procesos, su accionar será siempre encaminado a generar productos de calidad.

### 4.3.2.1 Mapa Estratégico

**PRINCIPIOS Y VALORES**

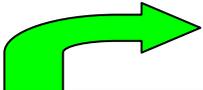
Respeto, solidaridad, calidad, humanismo, responsabilidad, justicia, disciplina, trabajo en equipo, participación y calidad.

**MAPA ESTRATÉGICO DEL HOSPITAL CANTONAL DE SANGOLQUÍ**

El Hospital Cantonal de Sangolquí en el 2010, será una institución que liderará el sistema de salud en el Valle de los Chillos con calidad certificada, enfoque integral, formando profesionales de excelencia académica, brindando servicio a toda la población en general, con infraestructura y tecnología de punta, contribuyendo a elevar el nivel de salud y la calidad de vida de los usuarios, además brindará sus servicios en un ambiente agradable donde exista calidez, compromiso, respeto mutuo y se adaptará permanentemente a los cambios de entorno y a las nuevas demandas de la población.

**Estrate**

Gestión procesos  
Cultura  
Organiza  
Implemen  
protocolo  
estandar  
Desarroll  
Talento  
capacita  
entrenam  
motivació  
Oferta  
productos  
servicio  
excelenci



2010, evaluación, revisión y actualización del P.O.A.



2009, socialización e implementación del Plan Estratégico 2005 - 2010, implementación de la gestión por procesos, plan de capacitación continua, levantamiento de protocolos e implementación, fortalecimiento de la cultura organizacional.

2005 Planificación estratégica y operativa

**MISIÓN**

Es un Hospital de II nivel de atención, con especialidades, gineco-obstetricia, pediatría, medicina interna, cirugía entre otros, ofrece atención integral con calidad y calidez, con personal calificado y motivado contribuyendo de esta manera a la protección, recuperación y tratamiento de la salud, a los grupos más vulnerables.

Elaborado: Ele  
Maestría en G  
Servicios de Salu

### 4.3.3 BALANCE SCORECARD

El Balance Scorecard (BSC) fue desarrollado como un sistema de evaluación de desempeño empresarial, es una herramienta para trasladar la visión organizacional dentro de un conjunto de objetivos medibles, que proporcionan, a la alta dirección, una visión comprensiva del negocio, entre los componentes encontramos a la cadena de relaciones causa-efecto, el BSC traduce la visión y la estrategia de la organización a través de un modelo integrado por cuatro perspectivas o dimensiones: financiera, del cliente, procesos internos, innovación y aprendizaje.

#### 4.3.3.1 Implementación del Balanced Scorecard

A continuación en la tabla No. 57, se detalla la matriz del Balanced Scorecard, en la columna (1) se encuentra la **perspectiva**, esto es: financiera, innovación y aprendizaje, los procesos claves en el servicio de lactantes.

En la columna (2), se encuentran los objetivos estratégicos, para cada perspectiva.

En la columna (3), se aprecia los indicadores estratégicos, para medir el cumplimiento de los objetivos.

En la columna (4), se evidencia la fórmula para obtener los indicadores que corresponden a cada perspectiva y por tanto a los objetivos.

En la columna (5), se encuentra la línea basal, a partir de la cual se va a medir en avance de los indicadores frente a cada objetivo.

En la columna (6), esta la meta propuesta para cada objetivo, que será medida con relación a la línea de base.

En la columna (7), se encuentran las iniciativas estratégicas, que van a permitir construir la Estrategia de implementación más adelante.

TABLA No. 57

BALANCE SCORECARD HOSPITAL CANTONAL SANGOLQUI 2010						
1	2	3	4	5	6	7
Perspectiva	Objetivos estratégicos	Indicadores estratégicos	Fórmula	Metas		Iniciativas Estrategias
				Actual	2010	
Usuarios	Satisfacer las necesidades y requerimientos de los usuarios	% de satisfacción del usuario	Nº de pacientes satisfechos en los servicios de CE,E, Hospitalización / Total pacientes atendidos en los servicios de CE,E,Hospitalización * 100.	20%	60%	Plan de calidad
Procesos claves	Desarrollar un proceso de mejoramiento continuo en el Hospital	% de Infecciones Intrahospitalarias	No de infecciones Intrahospitalarias controladas (IIH)/Total IIH detectadas * 100	0%	30%	Plan Calidad
		% protocolos implementados	Número de protocolos implementados/Total de protocolos planificados x 100	15%	30%	Plan Calidad
		% de procesos implementados	Número de procesos implementados/Total de procesos levantados x 100	20%	60%	Plan de implementación procesos
		% de mejoramiento continuo de la calidad Hospitalaria	Nº de procesos mejorados en los servicios finales y de apoyo / Total procesos con No Conformidades identificados *100.	0%	25%	Plan de calidad
		% de No Conformidades cerradas	No. de No Conformidades (NC)cerradas / Total de NC levantadas	0%	25%	Plan de calidad
		% de gestión tecnológica	Nº de mantenimientos preventivos y/o correctivos realizados / total planificado de equipos x 100	10%	25%	Plan de mantenimiento preventivo y correctivo
		% Racionalización del RRHH	No. de personas redistribuidas en los diferentes servicios del Hospital/ Total de personal	30%	100%	Plan racionalización RRHH
		% cumplimiento normativa Ambiental, Seguridad y de Salud ocupacional	No. de No Conformidades (NC)cerradas en el Hospital/ Total de NC levantadas	40%	80%	Plan Ambiental, Seguridad y Salud Ocupacional
		% de dietas aplicadas	No de dietas aplicadas en Hospitalización/ Total dietas requeridas	20%	60%	Plan Calidad
		% de cumplimiento de normas y procedimientos de esterilización	No. de control de biológicos aplicados en el Hospital/ Total biológicos programados	10%	60%	Plan Calidad
% de referencias y contrarreferencias realizadas	No. de referencias y contrarreferencias recibidas y realizadas respectivamente en el Hospital/ Total programadas	5%	50%	Plan Calidad		
Innovación y aprendizaje	Fortalecer los conocimientos, habilidades y destrezas del personal del hospital	% de requerimientos de Bomberos (señalización, extintores) cumplidos en el Hospital	No. requerimientos de Bomberos (señalización, extintores) cumplidos en el Hospital/ Total requerimientos programados * 100	10%	50%	Plan Ambiental, Seguridad y Salud Ocupacional
		% del personal capacitado en IIH	No. de personas que participan en la capacitación del hospital/ Total personal programado	0%	30%	Plan de capacitación
		% del personal capacitado en protocolos	No. de personas que participan en la capacitación del hospital/ Total personal programado	15%	30%	Plan de capacitación
		% del personal capacitado en Seguridad y Salud ocupacional	No. de personas que participan en la capacitación del hospital/ Total personal programado	15%	30%	Plan de capacitación
		% del personal capacitado en elaboración de dietas	No. de personas que participan en la capacitación del hospital/ Total personal programado	10%	30%	Plan de capacitación
		% del personal capacitado en Procedimientos esterilización	No. de personas que participan en la capacitación del hospital/ Total personal programado	20%	60%	Plan de capacitación
		% del personal capacitado en procesos	No. de personas que participan en la capacitación del hospital/ Total personal programado	20%	60%	Plan de capacitación
		% del personal capacitado en calidad	No. de personas que participan en la capacitación del hospital/ Total personal programado	0%	30%	Plan de capacitación

<b>Financiera</b>	Optimizar los recursos financieros asignados	% de pacientes con descuentos por tratamiento y/o exámenes extrahospitalarios	Nº de pacientes con descuentos por tramientos, exámenes, insumos y/ medicamentos extrahospitalarios / Nº total de pacientes que requieren descuento por tratamiento, exámenes, insumos y/o medicamentos extrahospitalario * 100	25%	50%	Plan de convenios interinstitucionales para ayuda social
		% ejecución presupuestaria	Total Presupuesto ejecutado/Total presupuesto aprobado *100	100%	100%	Plan presupuestario

Fuente: Elena López

Elaborado: Elena López

#### 4.4 CONTROL DE GESTIÓN

La función directiva pública, no ha experimentado grandes cambios hasta la llegada del último cuarto de siglo, no ha sucedido lo mismo en el ámbito general del management, en el que se han ido sucediendo cambios y alteraciones de tendencias a lo largo del recién terminado siglo, a lo largo del mismo han ido construyendo los cimientos sobre lo que se sustenta esta ciencia, desde una perspectiva cronológica, cada década ha marcado su propia impronta, por ejemplo tenemos que en 1990-2000 es el nuevo orden:

- James Champy y Michael Hammer en "Reengineering the Corporation", sostienen que las organizaciones tienen que identificar sus procesos básicos y hacerlos fuertes y ágiles, mientras que los procesos periféricos (y por tanto los Recursos Humanos periféricos) tienen que descartarse.
- Tom Peters en "Liberation Management"(1992), propone una organización basada en redes, señalando que el tamaño de la Entidad lo determina la red y las relaciones, otro tema que plantea es el gran valor que está alcanzando la moda, lo efímero; por ello, se necesitan nuevas destrezas directivas como la Curiosidad, la Iniciativa y, sobre todo, la Imaginación.

- Charles Handy (1932), anticipa lo que podrán ser las nuevas formas organizativas, principalmente en empresas de servicios; el primer modelo formado por núcleo de trabajadores fijos; otro de subcontratados y la fuerza de trabajo; el segundo es modelo federal, con un centro de estrategia a largo plazo y el tercer modelo "la triple I"; Información, Inteligencia e Ideas, en el que no habría trabajadores ni directivos, sólo especialistas y líderes.

En la década de los 90 asistimos a un profundo cambio en las Organizaciones, que adoptan la forma de alguno de los siguientes 4 tipos de modelo de Entidades, que presentamos, indicando su principal promotor: modelo matricial, establece una descentralización y se acepta el debate el trabajo en común de directivos de diversas áreas o lugares y la toma rápida de decisiones tras un profundo análisis; modelo de management, propone una cultura simple, de sentido común, el origen de los Recursos Humanos es normal; no se escogen a los más inteligentes, profundo respeto entre las personas, que encuentran atractivo el trabajo; modelo ligero, presenta una dispersión de la responsabilidad y de la calidad y por último el modelo benchmarking, se suprimen intermediarios y se aprovechan intensivamente la tecnología y las experiencias exitosas del sector.

Llegados a este momento del desarrollo, a través del tiempo, de diversas concepciones de la Dirección de los Recursos Humanos de las Organizaciones, no podemos terminar el presente tema sin mencionar la gestión del conocimiento y el capital intelectual de las organizaciones, como el poder cerebral de las Organizaciones, en un momento como el actual en que, como señala Drucker, "el mundo ya no es intensivo en trabajo, en capital, en materiales, sino en conocimiento.

En los últimos tiempos la ciencia de la Administración ha evolucionado, dando grandes e importantes cambios en las últimas décadas, dichos cambios han marcado claramente 3 etapas: una primera etapa, que abarcaría,

aproximadamente, hasta mediados de los años 70, en la que domina la "Administración" o Burocracia, una segunda etapa, que abarcaría desde mediados de los años 70 hasta, aproximadamente mediados de los años 90, marcada por la Gerencia o *Management* y una tercera etapa, en la que actualmente nos encontramos, que se iniciaría, aproximadamente a mediados de los años 90, marcada por la Gobernanza.

La nueva gestión pública, en la Administración Pública, el cambio vino acompañado por la Nueva Gestión Pública (NGP) o Nueva Gerencia Pública, en donde el cambio de modelo se tradujo en un cambio en la "agenda política": Se pasó de una agenda socialdemócrata a una agenda neoliberal, que marcó el paso de la Burocracia a la Nueva Gestión Pública, en donde las bases de dichas agendas son: Agenda política socialdemócrata, pleno empleo, protección económica a ciudadanos, estado de bienestar; Agenda política neoliberal, mejora de la competitividad de las economías, se cuestiona el Estado del Bienestar, Privatizaciones y limitación de las prestaciones sociales del Estado.

La otra corriente abarcaría un enfoque calificado como "neopúblico" en el que se destacan básicamente los principios de la ética en el servicio público, la transparencia, y la participación de la ciudadanía, de los agentes sociales y de la sociedad civil en la actividad pública, en el avance hacia la "modernización", deben tomarse las debidas precauciones en la adopción de paradigmas de carácter empresarial, así como la huida hacia dominios privados para evitar la rigidez del sistema público, hecha dicha advertencia, es indudable resaltar la valiosa aportación de técnicas gerenciales asociadas a la DPO (Dirección por Objetivos), Dirección y Control de Proyectos (Métodos PERT, CPM, etc.), Planificación Estratégica, Reingeniería de Procesos, Gestión del Conocimiento (KM), y tantas otras aportaciones del management.

El modelo de la NGP entró en crisis a mediados de los años 90, entre las causas de dicha crisis podemos citar: incapacidad para resolver los problemas de la

delegación, olvido de la función reguladora del Estado y el no abordar los problemas de la provisión de bienes y servicios públicos que exigen la colaboración interdepartamental.

La Gobernanza, en el momento actual, dos características definitorias de los Gobiernos y de las Administraciones Públicas, resaltaríamos, sin duda, la *governabilidad* y la *governanza*, ya que esto se viene utilizando en los últimos años, la expresión *governabilidad*, se sustenta en el análisis de sus principios democráticos, marco constitucional, régimen electoral, marco institucional o sea, la capacidad real de un gobierno para definir e implantar sus políticas.

Por otra parte, el término *governanza*, se reserva para referirse a cómo debe de llevarse a cabo el buen gobierno y administración y se sustenta en la ética pública, transparencia, participación ciudadana, eficacia, eficiencia; los gobiernos y administraciones públicas actuales presentan un importante componente relacional basado en las redes de intercambio de información, servicios y recursos, nuestros gobiernos y administraciones públicas, actúan bajo los principios democráticos en un marco cooperativo multinivel, que se estructura en red.

Los nuevos modos de gobernar, constituyen lo que se denomina Gobernanza y conforman un gobierno relacional o en redes de interacción público - privada - civil a lo largo del eje local/global, este modelo se adapta perfectamente a nuestra actual sociedad, en la que los intereses generales se componen en procesos de conflicto, negociación y consenso entre los diversos actores que hemos mencionado.

El valor estratégico de la gestión del conocimiento, en el momento actual, dentro de la Era del Conocimiento, en el ámbito de la Administración Pública la palabra clave es "transparencia", debe prevalecer en toda la actuación pública y sólo puede haber un límite a la transparencia: la "privacidad".

- El "principio de publicidad", la Administración Pública debe ser "abierta" al ciudadano y sólo así será posible la participación ciudadana.
- La "transparencia" debe ser activa, no basta con mantener una posición pasiva (responder a las peticiones del ciudadano,...) sino que el directivo público debe implementar una adecuada política de imagen, información y conocimiento.
- La "claridad" es otro factor fundamental en la consecución de la transparencia, la organización de la Administración Pública, sus funciones y actividades deben ser claramente comprensibles para todos los ciudadanos y el lenguaje administrativo con el que la Administración Pública se comunica con la ciudadanía debe ser simple y preciso.

Peculiaridades de la función directiva pública, la función directiva en las Administraciones Públicas surge a medida que las organizaciones en ella integradas aumentan y son más complejas y viene motivada por:

- Una creciente gestión de un mayor porcentaje del PIB (En los países desarrollados el Gasto Público está en torno al 50 % del PIB)
- Un incremento de los recursos humanos de las Administraciones Públicas
- Una creciente complejidad de las políticas públicas
- La internacionalización de las decisiones políticas
- La coordinación descentralizada con otras organizaciones
- El acercamiento entre el sector público y privado

Ya hemos visto que la Administración Pública ha experimentado el paso por tres etapas (Burocracia, NGP, Gobernanza), en la actualidad se demanda una mayor calidad de los servicios en un marco más complejo; ello requiere una capacitada

Función Directiva Pública, efectivamente; se gestiona en base a la creación de valor para la sociedad (Moore, 1995), señala los valores: Transacciones individuales (sanidad, transporte), Beneficios generales (vacunaciones), capacidad de respuesta potencial (incendios, defensa nacional), regulaciones sociales (medio ambiente), principios de actuación (transparencia, equidad, igualdad, legalidad).

La gestión es planteada como “una función institucional global e integradora de todas las fuerzas que conforman una organización”, en ese sentido la gestión hace énfasis en la dirección y el ejercicio del liderazgo, mediante el proceso de planificación, racionalización y optimización de recursos existentes

Por tanto es necesario, en la gestión partir del liderazgo de la alta gerencia, de un proceso de planificación que racionalice y optimice los recursos existentes, con metas y objetivos medibles, una estructura organizacional flexible, para llevar adelante la propuesta.

Con el propósito de concretar lo encontrado en el diagnóstico, se procede a enfatizar en la gestión el fortalecimiento y mejora de los servicios finales; es decir los que generan consultas externas y egresos.

De igual manera se procede con los servicios complementarios, auxiliares de diagnóstico, apoyo y generales.

#### **4.4.1 ORGANIZACIÓN ATENCION MEDICA EN LOS SERVICIOS HOSPITAL CANTONAL SANGOLQUI: REQUERIMIENTOS DE MEJORA**

Según el diagnóstico el ***rango de 50% a 74% es aceptable pero puede mejorar***, de acuerdo al grafico No. 66, se aprecia el déficit en los requerimientos de mejora sobre la organización de la atención médica, amerita establecer una propuesta que permita superar la brecha señalada para satisfacer los requerimientos de

usuarios internos y externos; por tanto se propone para cada uno de ellos las medidas a implementar, tanto en estructura (E), proceso (P) y resultado(R).

**GRAFICO No. 66**



Fuente: Elena López

Elaborado: Elena López

La gestión eficaz y eficiente de estos Factores Críticos de Éxito, permitirá lograr la satisfacción de usuarios internos y externos, por cuanto está mejorando la calidad de la estructura, proceso y por tanto el resultado final, de acuerdo al siguiente detalle.

**El déficit en el control de infecciones hospitalarias es del 45%, por tanto se considera:**

***En estructura***

E1 Implementar e implantar normas escritas para mantener el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria de las infecciones.

E2 Fijar un profesional de salud encargado de la prevención y control de infecciones hospitalarias.

E3 Conformar una Comisión Institucional de Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias.

***Proceso***

P1 Responsabilizar al estadístico los registros estadísticos de Vigilancia de Epidemiología Hospitalaria.

P2 Implementar una auditoría periódica de los procesos de Epidemiología Hospitalaria.

P3 Implementar el Programa de Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias.

P4 Realizar la vigilancia y control de exposiciones ocupacionales en trabajadores de Salud del Hospital.

***Resultado***

R1 Determinar el índice de infecciones hospitalarias y establecer las medidas para que no sobrepasa del 5%.

R2 Procurar que menos del 0,5% de los trabajadores de salud del hospital, enfermen como consecuencia a exposiciones ocupacionales.

R3 La mortalidad por infecciones intrahospitalarias, no exceder del 2%

**Atención del Parto y del Nacimiento (déficit 39%)**

E2 Contar con dos médico residentes: (1) gineco-obstetra y (1) pediatra, en guardia activa las 24 horas, a fin de garantizar la atención del parto y nacimiento del binomio madre-niño.

E3 Contar con dos enfermeras profesionales para hospitalización las 24 horas.

R1 Disponer la atención del 80% de las interconsultas antes de las 12 horas.

R3 Realizar encuestas de satisfacción para determinar el grado de satisfacción (80%) de los usuarios y realizar las mejoras necesarias

**Referencia y Contrareferencia (déficit 37%)**

P3 Establecer un mecanismo de seguimiento de las referencias y contrareferencias y evaluar la calidad de la atención que se brinda en las mismas.

**Quirófanos (déficit 37%)**

E2 Contar con enfermera profesional entrenadas para laborar las 24 horas.

P10 Normatizar el procedimiento de aseo del quirófano entre operaciones.

**Consulta Externa (déficit 36%)**

E9 Se sugiere reservar turnos telefónicamente.

E12 Implementar los protocolos del CONASA para el manejo de la morbilidad más frecuente en la consulta.

E13 Establecer normas y procedimientos escritos para la solicitud y respuesta a las interconsultas en menos de 12 horas.

P3 Realizar auditoría médica por muestreo periódico de las historias clínicas para verificar el manejo correcto de los pacientes, con relación a los protocolos existentes.

**Emergencias (déficit 35%)**

E9 Contar con personal médico en guardia (Residentes) de cuerpo presente las 24 horas en Pediatría, Ginecología y Obstetricia.

R2 Disponer la respuesta a las interconsultas de especialidades en un plazo no mayor de 1 hora.

R6 Realizar encuesta de satisfacción (80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención, trato humanitario recibida)

**Laboratorio de Análisis Clínicos (déficit 33%)**

E7 Establecer normas escritas de control de calidad interna, conocidas por el personal de laboratorio y supervisada por los mismos.

P1 Analizar periódicamente la información sobre el consumo y costo de los reactivos e insumos en relación a la producción del servicio.

**Anestesiología (déficit 33%)**

E2 Iniciar con un anesthesiólogo para tarde y noche (8h), para cubrir área de emergencias.

E5 Desarrollar protocolos anestésicos de acuerdo a la morbilidad quirúrgica y el estado del paciente.

**Diagnóstico por imágenes (déficit 31%)**

P2 Disponer de un médico imagenólogo 4h, para que los estudios sean interpretados e intercambien opiniones con los médicos tratantes.

**Servicio Social (déficit 29%)**

E4 Replantear las funciones de trabajo social, integrado con el resto del cuerpo profesional.

R1 Reorganizar las solicitudes de apoyo al servicio, a fin de que sean atendidas en un plazo menor de 24 horas

### **Hospitalización (déficit 28%)**

E10 Disponer mediante normas y procedimientos escritos, a fin de que las interconsultas sean atendidas en menos de 24 horas.

E11 Establecer protocolos de manejo de la morbilidad más frecuente en el servicio.

P4 Establecer un procedimiento de auditoría medica por muestreo, para analizar periódicamente las historias clínicas, a fin de verificar el manejo correcto de los pacientes, con relación a los protocolos existentes.

P7 Informar y comunicar en forma regular y permanente a los familiares de los pacientes.

P8 Analizar los informes estadísticos y retroalimentar para la planificación y programación de las actividades del servicio.

#### **4.4.2 AREAS TECNICAS Y DE APOYO: REQUERIMIENTOS DE MEJORA**

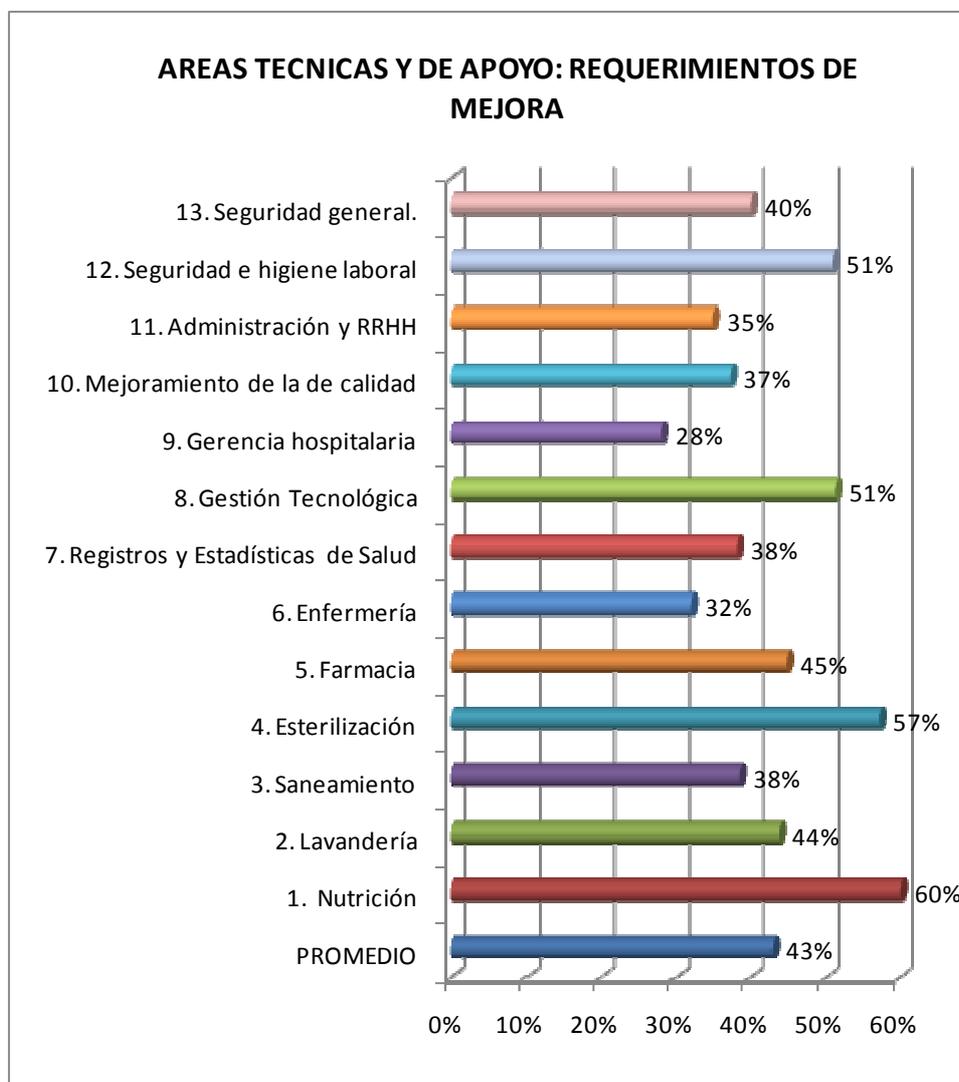
En lo que corresponde a las áreas técnicas y de apoyo, **de 50% a 74% es aceptable, pero puede mejorar; por tanto el déficit o** los requerimientos se observan en el gráfico No. 67, y estos son: Nutrición 60%, Esterilización 57%, Gestión Tecnológica 51%, Seguridad e higiene laboral 51%, Farmacia 45%, Lavandería 44%, Seguridad general. 40%, Saneamiento 38%, Registros y Estadísticas de Salud 38%, Mejoramiento de la de calidad 37%, Administración y RRHH 35%, Enfermería 32% y Gerencia hospitalaria 28%.

Para el presente trabajo se priorizan los que presentan mayores requerimientos: Nutrición 60%, Esterilización 57%, Gestión Tecnológica 51%, Seguridad e higiene laboral 51%; en el caso de farmacia y enfermería se propone la contratación de profesionales que faltan, así como en gestión tecnológica.

La gestión eficaz y eficiente de estos Factores Críticos de Éxito en los servicios complementarios, permitirá lograr la satisfacción de usuarios internos y externos,

por cuanto está mejorando la calidad de la estructura (E), proceso (P) y por tanto fortaleciendo el resultado final del servicio (R), de acuerdo al siguiente detalle.

**GRAFICO No. 67**



Fuente: Elena López

Elaborado: Elena López

### **Nutrición (déficit 60%)**

E4 Establecer un listado de regímenes por patología, confeccionado por una nutricionista, según prescripción médica.

E8 Fortalecer la Unidad de Soporte Nutricional.

E9 Desarrollar la capacidad para diseñar regímenes especiales para pacientes ambulatorios.

R1 Evaluar por el/la nutricionista diariamente al 100% de los pacientes que requieren regímenes personalizados

R2 Verificar el cumplimiento del 100% de correspondencia de los regímenes nutricionales de acuerdo a las patologías de los pacientes.

R3 Lograr la satisfacción de los pacientes sobre el 70% respecto de la comida

### **Esterilización (déficit 57%)**

E1 Establecer físicamente el lugar de preparación y esterilización de todos los materiales de la institución.

E2 Contar con tres sectores: recepción y lavado, preparación y acondicionamiento de materiales de esterilización y almacenamiento.

E5 Contar con los recursos humanos necesarios y suficientes para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente

E6 Disponer de la posibilidad propia o contratada de esterilizar materiales termosensibles.

E7 Establecer normas escritas sobre los procedimientos de esterilización.

E8 Disponer de ventilación mecánica equipada con filtros de alta eficiencia.

P1 Capacitar y actualizar permanentemente a los recursos humanos.

P2 Efectuar controles biológicos de acuerdo a la normativa vigente

### **Gestión Tecnológica (déficit 51%)**

#### ➤ **Gestión Técnica**

E3 Responsabilizar la Gestión Tecnológica a un profesional universitario calificado (ingeniero en gestión tecnológica)

E6 Implementar la Gestión Tecnológica con los equipos necesarios para el desempeño de sus funciones.

E8 Disponer de Manuales de Organización y de Procedimientos aprobados y vigentes.

E11 Disponer de catálogos y manuales de los equipos instalados en el Hospital.

- E13 Disponer de inventario técnico actualizado de los equipos en su totalidad.
- P1 Participar en los procesos de compra y mantenimiento de equipos.
- P2 Realizar el informe periódico de gestión.
- P3 Desarrollar el Plan Anual de Compras de equipos y el presupuesto
- P5 Supervisar el estado de conservación y funcionamiento de los recursos físicos y materiales e instalaciones del Hospital.
- P6 Llevar a cabo un programa de mantenimiento preventivo y correctivo.
- P7 Desarrollar un Plan de Reposición y baja de equipos.

➤ **Mantenimiento.**

- E1 Responsabilizar el Mantenimiento un profesional universitario calificado
- E5 Establecer formatos de órdenes o requisición para los trabajos de mantenimiento.
- E6 Disponer en Mantenimiento de Electromecánica, Electricidad, Electromedicina y Rayos X, Aire acondicionado y Refrigeración, Albañilería y plomería.
- P1 Evaluar regularmente el cumplimiento del plan de mantenimiento.
- P2 Disponer que los equipos de mayor tecnología tengan contrato preventivo y/o correctivo con empresas especializadas.
- R1 Lograr que el 100% de las solicitudes de mantenimiento son atendidas antes de las 24 horas
- R2 Resolver el 100% de los problemas de mantenimiento antes de 5 días hábiles.

➤ **Estructura Físico Funcional.**

- E6 Diferenciar los Circuitos de Circulación: general, técnica, restringida y semi-restringida, y cuenta con la señalización adecuada.
- E9 Implementar en las áreas de espera bebederos y sanitarios públicos; con facilidades para pacientes con impedimentos.

E10 Disponer de áreas de espera con capacidad para acomodar pacientes y acompañantes, así como espacio para estacionar camillas y /o sillas de ruedas ocupadas, permitiendo el libre tránsito.

E11 Disponer de áreas de espera y pasillos con iluminación y ventilación dentro de los rangos de confort establecidos, así como control de visuales repudiables.

E12 Establecer que el ancho de los pasillos generales permita la circulación simultánea en ambos sentidos de pacientes en camillas y sillas de ruedas.

### ➤ **Instalaciones Eléctricas**

E3 Disponer de todas las instalaciones y requerimientos eléctricos como: tomacorrientes especiales, tablero de aislamiento, iluminación en los servicios de quirófano, cuidados intensivos y sala de parto.

E4 Poseer de un sistema de alimentadores y circuitos ramales, destinado a suministrar potencia alterna a un número limitado de funciones prescritas útiles para protección y seguridad de la vida del prescrito.

E5 Poseer un sistema de iluminación de los medios de escape.

R1 Establecer que el sistema eléctrico de emergencia (planta eléctrica) arranque en un lapso no mayor de 10 segundos.

### ➤ **Instalaciones Sanitarias**

E2 Mantenimiento debe tener una ficha de cada modificación que hubiere sido realizada en las instalaciones, equipos/artefactos sanitarios y accesorios de las instalaciones del Hospital

E3 Disponer de un juego completo de los planos modificados durante la vida del hospital.

E4-5 Plomería debe estar a cargo de plomero calificado y capacitado; con espacio físico, herramientas e insumos de trabajo adecuados para realizar sus actividades asignadas.

E6 Las instalaciones del hospital deben ser realizadas según los planos y normas sanitarias.

E9 Poseer capacidad de almacenamiento de aguas blancas discriminada: para uso normal distinta de la reserva contra incendios.

E10 Los artefactos sanitarios deben funcionar en su totalidad

E11 Disponer de provisión de agua potable (tanque) para proporcionar hasta por un lapso de 48 horas.

E12 Establecer un plan de racionamiento de agua en condiciones de emergencia.

➤ **Sistemas de Gases.**

E1 Disponer de planos actualizados conforme a obra de las instalaciones de los gases.

E5 Ajustar la capacidad del sistema de gases a los requerimientos hospitalarios.

#### 4.4.3 INDICADORES DE GESTION

Para alcanzar buenos resultados las organizaciones necesitan gestionar sus actividades y recursos con la finalidad de orientarlo a la consecución de los de eficacia y eficiencia en beneficio de los usuarios internos y externos, lo que a su vez se ha derivado en la necesidad de adoptar indicadores de interés para el Hospital:

##### **Días Cama Disponible (D-C-D)**

**Descripción**, es una medida de la capacidad de oferta de servicios de la institución, determinada por la dotación de camas.

**Fórmula:** DIAS CAMA DISPONIBLES o DCD = (No DE CAMAS) (DIAS DEL PERIODO)

**Interpretación**, determinar la capacidad de oferta de servicios de la institución, en combinación con otros indicadores. - Formular la programación y el presupuesto de la institución.

### **Gasto en Insumos por Unidad de Producción**

**Descripción**, establece para cada servicio el costo promedio de cada categoría de insumo asociada con la producción de un egreso, consulta, intervención quirúrgica o cualquier otro servicio generado.

**Fórmula:**  $\text{GASTO PROMEDIO POR INSUMO} = \frac{\text{GASTO TOTAL DEL INSUMO}}{\text{PRODUCCION}}$  Los datos corresponden a un mismo período y a un mismo servicio (medicina, cirugía, laboratorio, mantenimiento, etc.).

**Análisis e Interpretación:** contribuye a desarrollar normas de dotación de insumos, cuando no hay protocolos de atención y parámetros administrativos específicos, constituye un elemento central para la lograr la equidad en la distribución de los recursos.

**Condicionantes**, existencia de protocolos y normas de dotación de insumos por unidad de producción. - Los señalados para el indicador anterior.

### **Giro de Camas**

**Descripción**, es el número de egresos promedio que se genera por cada cama, en un período determinado.

**Fórmula:**  $\text{GIRO DE CAMAS} = \frac{\text{EGRESOS}}{\text{No DE CAMAS}}$  Los datos deben corresponder a un mismo servicio y a un mismo período.

**Análisis e Interpretación:** Mide la productividad del recurso cama y es muy sensible a cambios en el promedio de días estancia, en el porcentaje ocupacional y en la dotación de camas, a mayor promedio de estancia, menor el giro de

camas; y a menor promedio de estancia, mayor el giro de cama.

**Condicionantes:** Demanda de servicios, Índice ocupacional, dotación de camas y promedio de días estancia; son los mismos factores que condicionan el comportamiento del índice ocupacional y el promedio de días estancia.

### **Índice o Porcentaje Ocupacional**

**Descripción,** es una medida de la racionalidad en el uso de los recursos de inversión (capacidad instalada, representada por la dotación de camas) y de la capacidad institucional para atender la demanda de servicios hospitalarios.

**Fórmula:**  $\text{INDICE OCUPACIONAL o IO} = \frac{(\text{DIAS CAMA OCUPADA})}{(\text{DIAS CAMA DISPONIBLE})}$  Los datos deben corresponder al mismo período.

**Análisis e Interpretación:** Representa una medida parcial de la capacidad productiva de la institución: a mayor índice ocupacional mayor capacidad de oferta de servicios y costos de operación más bajos; a menor índice ocupacional mayor capacidad ociosa y mayores costos de operación.

**Condicionantes:** Relación de oferta y demanda. ·Dotación de recursos (personal, equipos, insumos esenciales, etc.) y tecnología acordes con el nivel de complejidad y las necesidades cualitativas y cuantitativas de salud de la población respectiva.

### **Índice Quirúrgico (IQx)**

**Descripción,** es una aplicación particular del Índice de Utilización de los Servicios Complementarios, referida a los quirófanos o centros quirúrgicos, por razones de costo e importancia en la atención médica se le da un tratamiento separado.

**Fórmula:** INDICE QUIRURGICO =  $(PSQ) / (PSR)$  Donde PSQ = Producción del Servicio Quirúrgico y PSR es la producción del servicio , la fórmula es la misma del índice de utilización de cualquier servicio complementario

**Análisis e Interpretación:** En el plano teórico, mide la demanda de intervenciones quirúrgicas, generadas por los distintos servicios de la institución, en la práctica, esa demanda puede ser reflejo de la oferta, distorsionada por distintos factores que limitan la capacidad producción.

**Condicionantes:** Organización de los horarios de uso de las salas de operaciones, preferencias horarias de los cirujanos y armonización con los horarios de uso de las salas de operaciones para optimizar productividad, disponibilidad de salas de operaciones.

### Índices Utilización Servicio Complementario

**Descripción,** es la medida de la demanda que ejercen los servicios sustantivos (medicina, cirugía, etc.) sobre los servicios complementarios (laboratorio clínico, quirófanos, dietética, mantenimiento, etc).

**Fórmula:** INDICE DE UTILIZACION SERVICIO COMPLEMENTARIO. =  $(PSC) / (PSR)$  Donde PSC = Producción del Servicio complementario y PSR es la producción del servicio, la relación más frecuente es entre un servicio complementario

**Análisis e Interpretación:** A más alto índice de utilización de servicios complementarios, mayor es la presión sobre los recursos de dichos servicios y mayor el traslado de costos hacia los servicios que demandan el apoyo.

**Condicionantes:** Patrones de gerencia, especialmente la supervisión que realizan profesionales con conocimientos y experiencia sobre la labor de los residentes y profesionales jóvenes en general, existencia de normas y protocolos

de atención y evaluación sistemática.

### **Promedio de Días Estancia**

**Descripción**, es el tiempo promedio en días y fracción de días, que el paciente permanece hospitalizado ocupando una cama, la fuente del dato es el censo diario y el indicador se puede referir a un paciente, a una especialidad o a un servicio o a un hospital.

**Fórmula:** PROMEDIO DE DIAS ESTANCIA =  $(\text{DIAS CAMA OCUPADA}) / (\text{EGRESOS})$  Ambos datos deben corresponder al mismo período D-C-O es la abreviación para Días Cama Ocupada.

**Análisis e Interpretación:** Constituye un monitor del tiempo promedio que toma un servicio para brindar atención al paciente hospitalizado, actúa en asociación con otros, pero es el factor crítico determinante de la productividad del recurso cama.

**Condicionantes:** Patología que motiva la hospitalización y existencia de patologías asociada, severidad de la condición del paciente y motivo de ingreso.

### **Rendimiento del Recurso Humano**

**Descripción**, mide el aporte del recurso humano (horas y minutos) en cada unidad de producción o, en sentido inverso, la producción por cada hora de inversión en recurso humano.

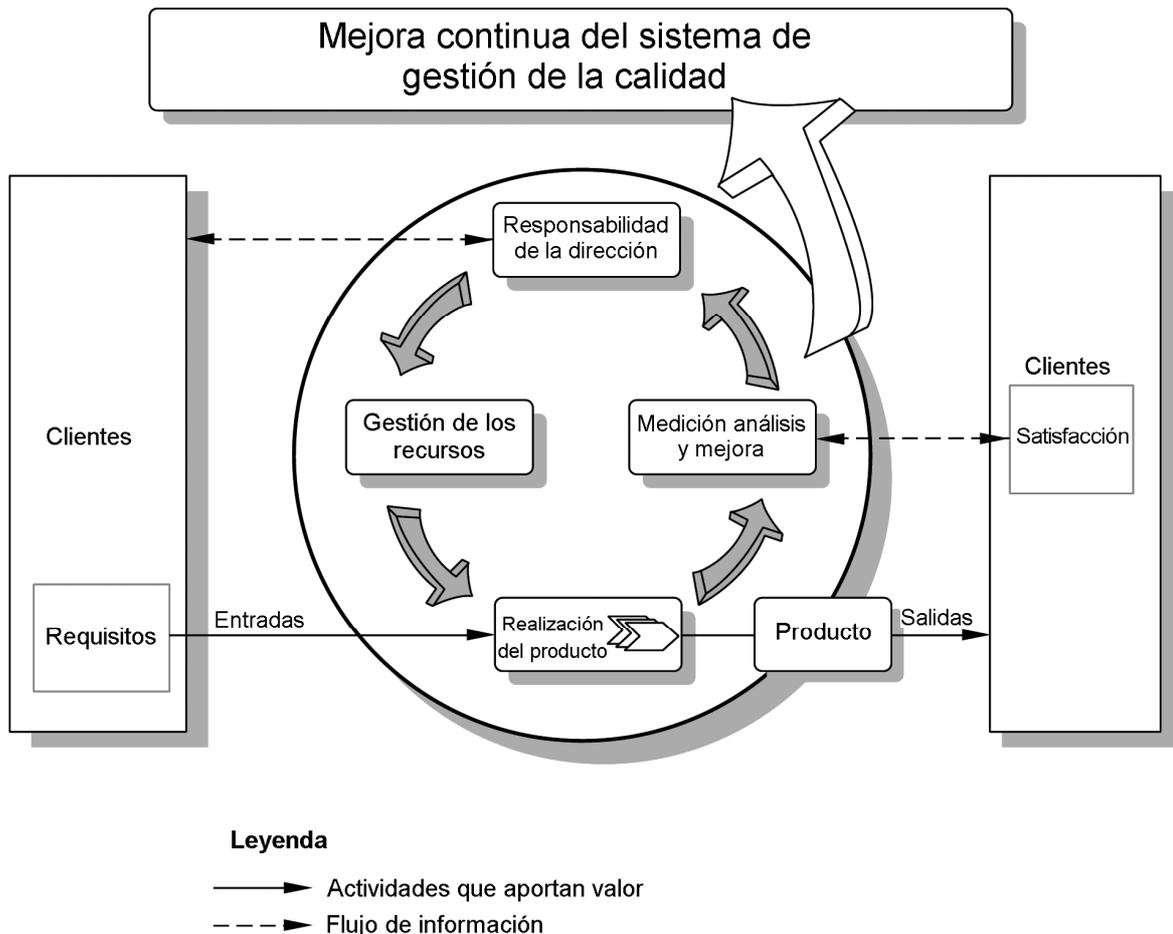
**Fórmula:** RENDIMIENTO DEL RECURSO HUMANO =  $(\text{HRS RRHH SERVICIO}) / (\text{PRODUCCION SERVICIO})$  Los datos se refieren al mismo servicio y período

**Análisis e Interpretación:** Determina la productividad del recurso humano, facilita la cuantificación de los requerimientos de personal en base a normas o premisas de eficiencia y contribuye a determinar la capacidad de producción potencial de cada servicio.

#### 4.4.4 GESTIÓN DE LA CALIDAD

Se fundamenta en procesos, con procedimientos, flujos, indicadores, manual de calidad, mejoramiento continuo, aplica el modelo: planificar, hacer, verificar, acción, en el gráfico No. 68, se aprecia el *Modelo de un sistema de gestión de la calidad basado en procesos*.

**GRAFICO No.68**



El Sistema de Gestión de Calidad cuenta con auditorías internas y externas de la calidad, a fin de establecer: No Conformidades (NC) mayores y/o menores y

observaciones al sistema; pues constituyen oportunidades para establecer un plan de mejora.

La Norma ISO-9001-2008, en las cláusulas 4 a la 8 revela el sistema de gestión; las mejoras tecnológicas, de infraestructura, capacitación del recurso humano, procesos, satisfacción de usuarios; disponen de evidencias que reflejen su ejecución, también el cumplimiento de leyes y normas vigentes.

## 4.5 MONITOREO Y EVALUACION

**En monitoreo**, es el seguimiento continuo de las actividades del Hospital, a través de una medición regular para verificar el cumplimiento de las actividades y tareas planificadas, que permitan cumplir las metas, recursos usados, necesidades inmediatas de acción, de acuerdo a los planes establecidos.

Se define **a la evaluación** como, el proceso encaminado a determinar sistemáticamente y objetivamente la pertinencia, eficiencia, eficacia e impacto de todas las actividades a la luz de sus objetivos. Se trata de un proceso organizado para mejorar las actividades todavía en marcha y ayudar a la administración en la planificación, programación y toma de decisiones futuras.

La evaluación hospitalaria, requiere periodicidad, para comparar lo planificado versus lo ejecutado y realizar la retroalimentación respectiva para la toma de decisiones oportunas, en los procesos de planificación, organización y gestión.

Para una adecuada gestión, a través del monitoreo y evaluación es necesario contar con un sistema de información, puesto que es un hospital público, se requiere, plantear el requerimiento a OPS/OMS, a fin de lograr la capacitación, licencia y software de manera gratuita, para el Hospital cantonal de Sangolquí.

## **4.6 ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACION**

A continuación se detalla la estrategia de implementación, la misma que ha sido formulada como resultado de la estructuración del Balanced Scorecard, en la columna que corresponde a Iniciativa o plan de acción.

La estrategia de implementación (POA), reúne también los elementos encontrados en el diagnóstico y que deben ser mejorados, como se observa en la tabla N° 58.

TABLA No. 58

ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACION HOSPITAL CANTONAL SANGOLQUI: PLAN OPERATIVO 2010								
PLANES	ACTIVIDAD	META	RESULTADO	INDICADOR	RESPONSABLE	F. VERIFICACION	F INICIO	F FIN
PLAN IMPLEMENTACION PROCESOS	Levantamiento de procesos consensuado	Procesos hospitalización , CE, E, Servicios complementarios y apoyo	Procesos implementados en hospitalización , CE, E, Servicios complementarios y apoyo	Procesos implementados en hospitalización , CE, E, Servicios complementarios y apoyo	Coordinador Area, Jefes Servicios, Jefe enfermería	Documento de procesos de hospitalización, Consulta externa, E, Servicios complementarios y apoyo	ene-10	
	Implementación de procesos	Procesos hospitalización , CE, E, Servicios complementarios y apoyo	Procesos implementados en hospitalización , CE, E, Servicios complementarios y apoyo	Procesos implementados y validados en hospitalización , CE, E, Servicios complementarios y apoyo	Coordinador Area, Jefes Servicios, Jefe enfermería	Documento de procesos de hospitalización, Consulta externa, E, Servicios complementarios y apoyo	jun-10	
	Monitoreo y evaluación de indicadores	Procesos hospitalización , CE, E, Servicios complementarios y apoyo	Procesos implementados en hospitalización , CE, E, Servicios complementarios y apoyo	No. indicadores aplicados/Total planteado	Coordinador Area, Jefes Servicios, Jefe enfermería	Reportes e informes	ene-10	

ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACION HOSPITAL CANTONAL SANGOLQUI: PLAN OPERATIVO							
PLANES	ACTIVIDAD	META	RESULTADO	INDICADOR	RESPONSABLE	F. VERIFICACION	F INICIO
PLAN DE CALIDAD	Implementación de protocolos	Protocolos implementados en hospitalización , CE, E, Servicios complementarios y apoyo	Protocolos implementados en hospitalización , CE, E, Servicios complementarios y apoyo	No. protocolos implementados en cada servicio/Total planificado	Coordinador Area, Jefes Servicios, Jefe enfermería	Expediente clinico	ene-10
	Prevención y control de IIH	Reducir las IIH a cero	Cero IIH	Porcentaje de IIH por servicios	Coordinador Area, Jefes Servicios, Jefe enfermería	Registros HCI, Estadística, Laboratorio Clínico	ene-10
	Cumplimiento de Referencia y Contrarreferencia	Menos del 5% de los pacientes referidos son rechazados.	Menos del 5% de los pacientes referidos son rechazados.	< 5% pacientes referidos	Coordinador Area, Jefes Servicios, Jefe enfermería	Registros HCI, Estadística	ene-10
		Se recibe el diagnóstico e informe de tratamiento recibido (contrarreferencia) del 80% de los pacientes referidos.	Se recibe el diagnóstico e informe de tratamiento recibido (contrarreferencia) del 80% de los pacientes referidos.	contrarreferencia del 80% de los pacientes referidos.	Coordinador Area, Jefes Servicios, Jefe enfermería	Registros HCI, Estadística	ene-10
		Se hace contrarreferencia al 100% de los pacientes que le fueron referidos al hospital	Se hace contrarreferencia al 100% de los pacientes que le fueron referidos al hospital	contrarreferencia al 100% de los pacientes que le fueron referidos	Coordinador Area, Jefes Servicios, Jefe enfermería	Registros HCI, Estadística	ene-10
	Aplicación de dietas	3500 raciones hospitalarias	3500 raciones hospitalarias preparadas	No. raciones preparadas/Total raciones planificadas	Coordinador Area, Jefes Servicios, Jefe enfermería, Nutrición	Registros, Estadísticas	ene-10
	Cumplimiento de Normas y procedimientos de esterilización	48 controles biológicos	48 controles biológicos realizados	No. de controles biológicos realizados/Total controles planificados	Coordinador Area, Jefes Servicios, Jefe enfermería	Registros, Estadísticas	ene-10
	Cierre de No Conformidades (NC)	% de NC cerradas	% de NC cerradas	No. de NC cerradas/Total levantadas	Coordinador Area, Jefes Servicios, Jefe enfermería	Registros, informes	ene-10
	Gestión Mejora Continua	% procesos mejorados (CE, E, H)	% procesos mejorados (CE, E, H)	No. de procesos mejorados/Total procesos (CE, E, H)	Coordinador Area, Jefes Servicios, Jefe enfermería	Registros, informes	ene-10
Encuesta Satisfacción	80% satisfacción	80% Pacientes satisfechos	No. de Pacientes satisfechos/Total pacientes encuestados	Coordinador Area, Jefes Servicios, Jefe enfermería	Encuestas	ene-10	

PLAN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO EQUIPOS	Mantenimiento preventivo de equipos	47 equipos	47 equipos con mantenimiento preventivo	# equipos con mantenimiento preventivo/Total equipos	Responsable Mantenimiento, Administrador, Coordinador Area, Jefe enfermería	Contrato, pedidos, facturas	ene-10
	Mantenimiento correctivo equipos	15 equipos	15 equipos sujetos a mantenimiento correctivo	# equipos con mantenimiento correctivo/Total equipos requeridos	Jefe Mantenimiento HBO, Jefe SL-HBO, Líder enfermería	Contratos, Pedidos, facturas	ene-10
	Adquisición Incubadora	1 Incubadora	1 Incubadora adquirida	Incubadora funcionando	Responsable Mantenimiento, Administrador, Coordinador Area, Jefe enfermería	Contrato, pedidos, facturas	feb-10
PLAN DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL	Cumplimiento Normativa Ambiental	Cumplimiento de procedimientos, documentos y registros	Cumplimiento de procedimientos, documentos y registros	No. de Conformidades (NC) cerradas / Total de NC levantadas	Responsable Mantenimiento, Administrador, Coordinador Area, Jefe enfermería	procedimientos, documentos y registros	ene-10
	Cumplimiento Normativa Seguridad y Salud ocupacional	Cumplimiento de procedimientos, documentos y registros	Cumplimiento de procedimientos, documentos y registros	No. de Conformidades (NC) cerradas / Total de NC levantadas	Responsable Mantenimiento, Administrador, Coordinador Area, Jefe enfermería	procedimientos, documentos y registros	ene-10
	Señalización Quirofano	Quirofano	Señalización Quirofano	Quirofano señalizado	Responsable Mantenimiento, Administrador, Coordinador Area, Jefe enfermería	Facturas, rotulos	ene-10
	Adquisición extintores	10 extintores	10 extintores colocados	No. extintores colocados/ Total requeridos	Responsable Mantenimiento, Administrador, Coordinador Area, Jefe enfermería	Facturas, extintores	ene-10
PLAN DE RACIONALIZACION RRHH	Contratación RRHH	6 Residentes, 2 enfermeras, 1 Anestesiólogo, 1 Imagenólogo, 1 Bioquímico Farmacéutico, 1 Ingeniero Mecatrónico	Contratados: 7 Residentes, 2 enfermeras, 1 Anestesiólogo, 1 Imagenólogo, 1 Bioquímico Farmacéutico, 1 Ingeniero Mecatrónico	No. de profesionales contratados/Total requeridos	Director, Coordinador Area, RRHH, Jefe Servicio, Jefe enfermería	Contratos	ene-10
	Redistribuir al RRHH en CE, F, H, Servicios Anexo	53 personas	53 personas	# personas redistribuidas / Total programado	Director, Coordinador Area, RRHH, Jefe Servicio y enfermería	acciones personal	ene-10

## ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACION HOSPITAL CANTONAL SANGOLQUI: PLAN OPERATIVO 2010

PLANES	ACTIVIDAD	META	RESULTADO	INDICADOR	RESPONSABLE	F. VERIFICACION	F INICIO	F FIN
PLAN DE CAPACITACION	Capacitación para desarrollo de habilidades y destrezas personal	90 personas	90 personas	# personas que reciben capacitación / Total programado	Director, Coordinador Area, RRHH, Jefe Servicio, Jefe enfermería	Listados participantes	ene-10	
PLAN DE CONVENIOS INTERINSTITUCIONALES	Gestión convenios para exámenes especiales y apoyo económico	10% hospitalizados y Emergencia	10% hospitalizados y Emergencia	# tramites realizados/Total planificado	Director, Servicio Social, Jefe Servicio, Coordinador Area, Jefe enfermería	Pedidos, facturas, expedientes	ene-10	
<b>TOTAL</b>								

Elaborado: Elena López



## 4.7 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 4.7.1 CONCLUSIONES

- Se concluye que el Hospital Cantonal de Sangolquí, su estructura organizacional basada en procesos, es la base fundamental para el mejoramiento continuo del sistema de calidad, la misma que está articulada con el Balanced Scorecard para una racionalización y optimización de los recursos, así como la eliminación de la capacidad física ociosa.
- La Planificación parte de un análisis ambiental interno y externo, determinado por el grado de motricidad y dependencia de los factores que influyen interna y externamente en el hospital, lo que permite establecer estrategias, tácticas y definir los factores críticos de éxito, cabe señalar que la planificación esta relacionada con el Balanced Scorecard, basado en cuatro perspectivas (financiera, innovación y aprendizaje, procesos claves y usuarios), estableciendo para cada una de ellas los objetivos estratégicos e indicadores y metas, partiendo de una línea basal e iniciativas.
- La Gestión se fundamenta en lograr eficacia y eficiencia, para cumplir los objetivos y optimizar los recursos a nivel de servicios finales (Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia), servicios de diagnóstico, apoyo y complementarios, a fin de contar con un servicio final que reúna las características de calidad, medido a través de indicadores que satisfagan los requerimientos hospitalarios y de los usuarios.
- El monitoreo y evaluación se fundamenta en los informes estadísticos para el hospital y el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, a través de una base en Excel, SISVAN, EPI1 y EPI2, sistema de notificación de enfermedades epidemiológicas; los del área administrativa y financiera que se fundamenta en el software establecido por el Ministerio de

Economía y Finanzas SIGEF, OLYMPO, además se aprecia una falta de retroalimentación, para la toma de decisiones.

#### **4.7.2 RECOMENDACIONES**

- Se recomienda que en la organización del Hospital exista una predisposición del nivel directivo, en aplicar las disposiciones gubernamentales a nivel de procesos, para facilitar el conjunto de actividades y tareas, las mismas que constituyen una base para implementar la calidad y el mejoramiento continuo.
- Se recomienda realizar el LOBBY necesario a fin de contar con el apoyo a nivel hospitalario tanto del nivel directivo, Médico, Enfermería y Área Administrativa, con el propósito de fijar los recursos financieros del siguiente año, a fin de ejecutar la propuesta del Balanced Scorecard y la estrategia de implementación.
- Se recomienda desarrollar la capacitación planteada en el Balanced Scorecard y en la estrategia de implementación, a fin de lograr impartir conocimientos, habilidades y destrezas al recurso humano, lo que permitiría concientizar y lograr una actitud proactiva en el cambio propuesto en el presente Modelo.
- Finalmente se recomienda un monitoreo permanente y una evaluación periódica, mediante los indicadores propuestos en el Balanced Scorecard y estrategia de implementación, a fin de tener una retroalimentación adecuada y tomar las decisiones más acertadas posibles.

#### 4.8. BIBLIOGRAFIA

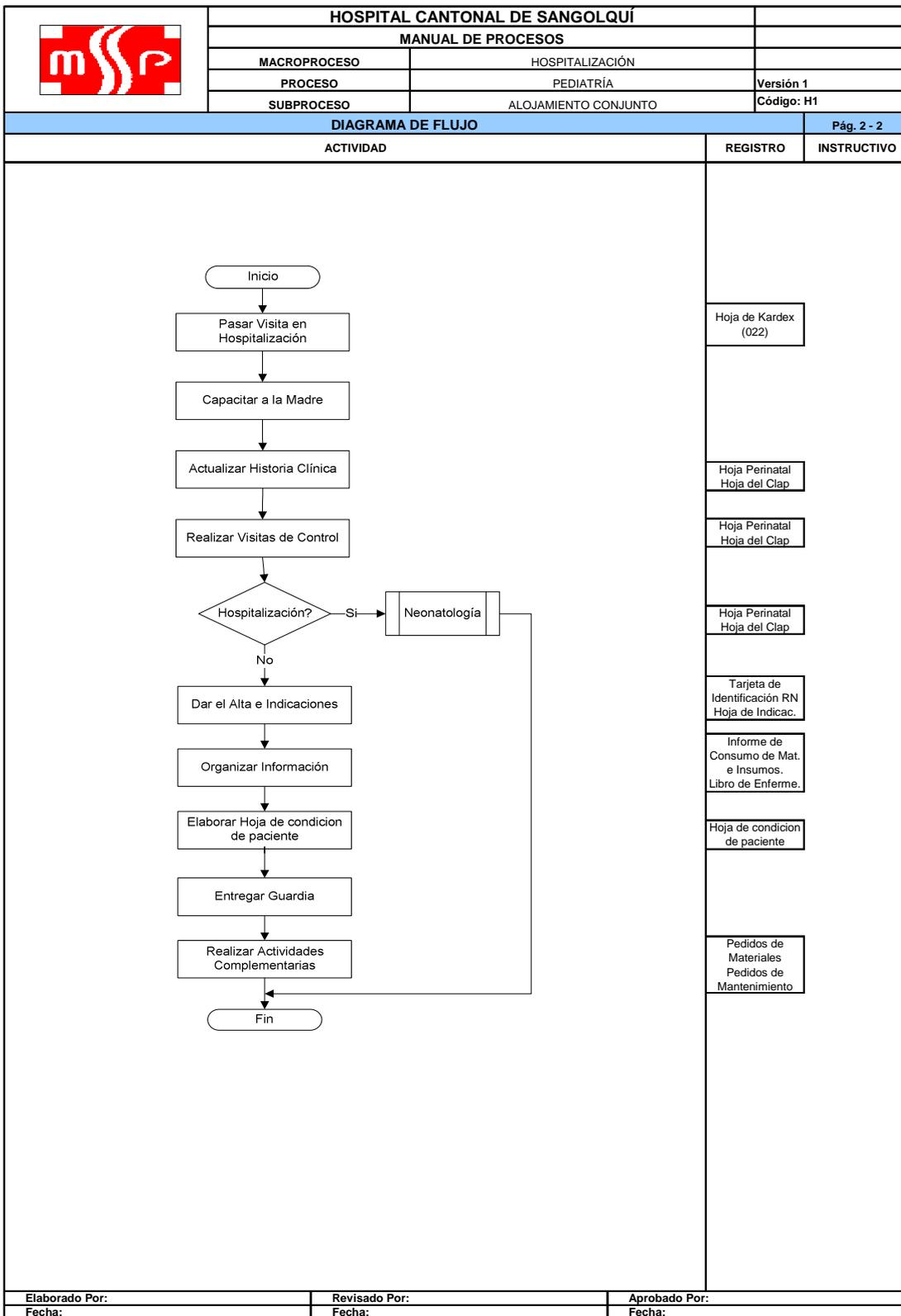
- ALAN Dever, Epidemiología y Administración de Servicios de Salud, OPS OMS, Georgia, 1991,p54
- Barreto Miguel. Planificación Estratégica basada en Balance Score Card, septiembre 2007, ICAM-Q-Quito-Ecuador
- Chacón Hugo Ramírez Consultor OPS en Sistemas de Información e Indicadores de Gestión, Costa Rica, 2001.
- CHIAVENATO Idalberto, Administración Teoría Procesos y práctica, 3º ed, Ed. Mc Graw Hill, México, 1992, p3
- CHIAVENATO, Idalberto, Administración en los Nuevos Tiempos, primera edición, Bogotá-Colombia, p.p. 400
- CONGRESO NACIONAL, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, Capítulo I, Art. 3
- Díaz Carlos Alberto, Gestión por proceso: una herramienta indispensable para la mejora de la eficiencia, Junio del 2002.
- Evaluación Hospital Cantonal de Sangolquí- MODERSA 2008
- FUNDACIÓN ISALUD, Diplomado Superior en Gerencia de Hospitales, Módulo 3, Ecuador, Pág. 15-20
- FUNDACIÓN ISALUD, Instituto universitario Isalud, Diplomado Superior en gerencia de Hospitales, Módulo 1, Ecuador, 2003, p. 4
- FUNDACIÓN ISALUD, Instituto universitario Isalud, Diplomado Superior en gerencia de Hospitales, Módulo 2, Ecuador, 2003, p. 72-75
- FUNDACIÓN ISALUD, Instituto universitario Isalud, Diplomado Superior en gerencia de Hospitales, Módulo 2, Ecuador, 2003, p. 82
- FUNDACIÓN ISALUD, Instituto universitario Isalud, Diplomado Superior en gerencia de Hospitales, Módulo 6, Ecuador, 2003, p. 11-22.
- G. E. Alan Dever.PH.D. MT. Epidemiología y Administración de .Servicios de Salud. 1991.
- GONZALES Alberto, Sistemas de Información Gerencial, EPN/EPCAE, 2005, p 15-20

- IDALVERTO CHIAVENATO, Administración en los nuevos tiempos, 1era edición, Colombia, Editorial Campus LTDA, pp. 362.
- MALAGÓN-LONDOÑO Gustavo, Administración Hospitalaria, 1º ed, Ed Médica Internacional Ltda., Bogotá, 1996,p451
- Mantilla Fernando Lavadenz, Renteria V María Cristina, Anavi J.Elvis R. Management Sciences for Health (MSH) - Family Planning Management Development Project (FPMD). 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, Caja Nacional de Salud, Management Sciences for Health, United States Agency for International Development, 1998
- MEJÍA, Braulio, Gerencia de Procesos, p.p. 47
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, Conjunto de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, segunda edición, marzo 2007, p 10
- Ministerio de Salud Pública, Proceso de Normalización del Sistema Nacional de Salud, Guía Metodológica para el Proceso de Licenciamiento de las Unidades Operativas de Salud, 24 de enero, 2007
- Ministerio de Salud Pública, Proceso de Normalización del Sistema Nacional de Salud, Guía Metodológica para el Proceso de Licenciamiento de las Unidades Operativas de Salud, 24 de enero, 2007
- ONU, 1984 :18 "Pautas básicas para el seguimiento y evaluación de programas", Mimeo FECS
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades, Segunda Edición, Washington D. C, OPS, 2002, pp: 46.
- PLACENCIA Marcelo, Salud para el Bienestar y Desarrollo en Quito del Siglo XXI, Quito, Ecuador, 2000, pp: 44

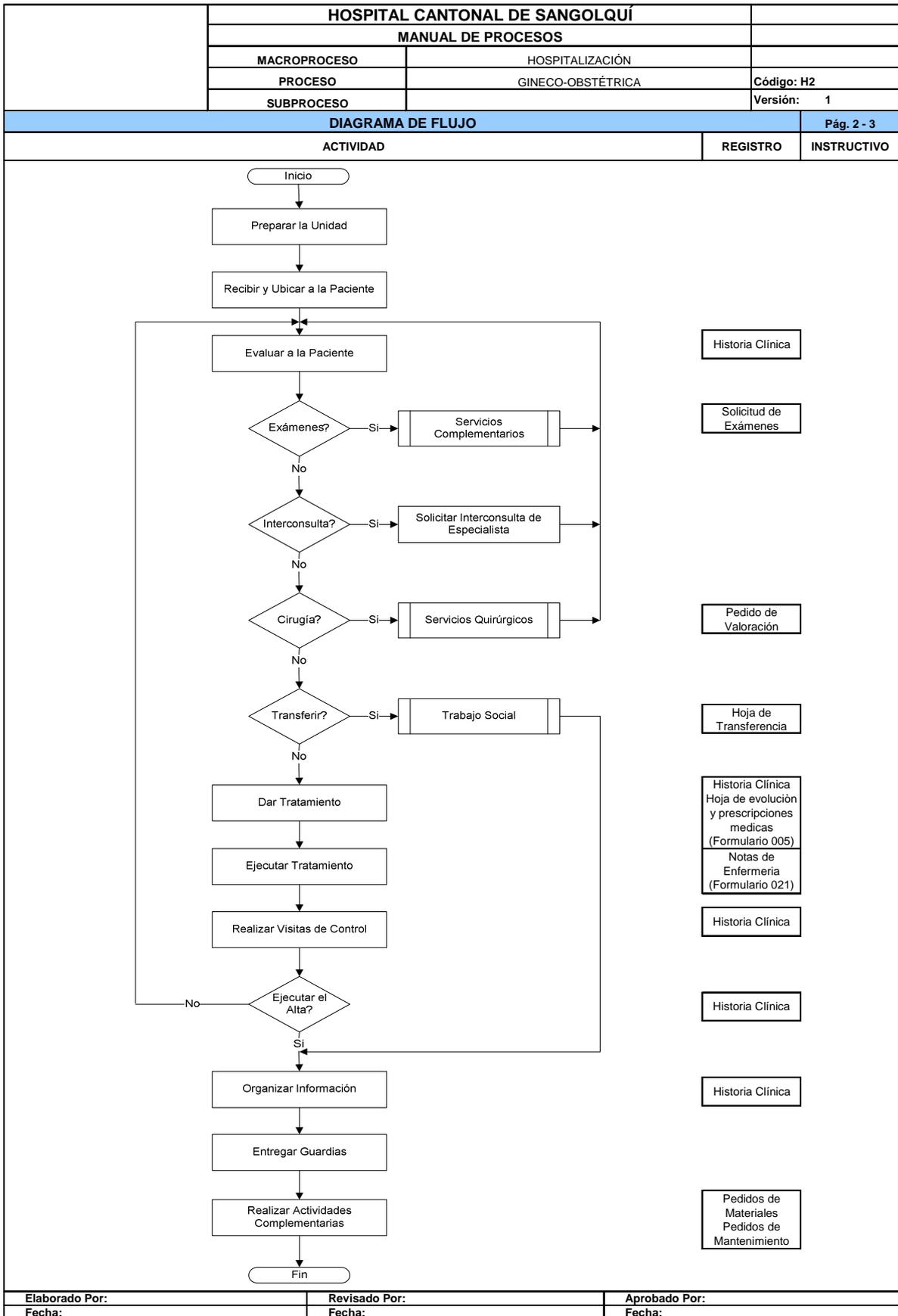
## 4.9 ANEXOS

### ANEXO No. 1 PROCESOS CONSULTA EXTERNA, HOSPITALIZACIÓN, EMERGENCIA, CIRUGIA GENERAL Y ATENCIÓN DEL PARTO

	<b>HOSPITAL CANTONAL DE SANGOLQUÍ</b>					
	<b>MANUAL DE PROCESOS</b>					
	<b>MACROPROCESO</b>	HOSPITALIZACIÓN				
	<b>PROCESO</b>	PEDIATRÍA			Versión: 1	
	<b>SUBPROCESO</b>	ALOJAMIENTO CONJUNTO			Código: H1	
<b>CUADRO DE DESCRIPTORES Y RESPONSABILIDADES</b>					Pág. 1 - 2	
Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE		REGISTRO	INSTRUCTIVO
			CARGO	UNID. EJEC.		
1	Pasar Visita en Hospitalización	Controlar temperatura, verificar hoja de Kardex y medidas de confort.	Enfermera	Hospitalización	Hoja de Kardex (022)	
2	Capacitar a la Madre	Fomentar la lactancia materna, apego precoz y signos de alarma. Indicar cuidados diarios del niño.	Enfermera	Hospitalización		
3	Actualizar Historia Clínica	Si la madre tiene el alta respectiva se realiza control de peso del recién nacido. En caso de complicaciones del RN se informa la pre alta a caja.	Enfermera	Hospitalización	Hoja Perinatal Hoja del Clap	
4	Realizar Visitas de Control	Se realizan visitas médicas para evaluar al recién nacido, y dar indicaciones En caso de complicaciones del RN ingresa a Neonatología.	Pediatra	Hospitalización	Hoja Perinatal Hoja del Clap	
5	Hospitalización?	Si. Proceso de Neonatología. No. Act. 6	Pediatra	Hospitalización	Hoja Perinatal Hoja del Clap	
6	Dar el alta e Indicaciones	Dar charla sobre cuidados generales del niño, alimentación, reanimación básica y signos de alarma. Se indica continuar la administración de la medicación en emergencias en casos de hidrorreas hasta obtener resultado de cultivo.	Pediatra	Hospitalización	Tarjeta de Identificación del Recién Nacido Hoja de Indicaciones	
7	Organizar la información	Registrar consumo de leche y contabilizar stickers. Organizar y entregar la información necesaria para realizar la cancelación en caja y farmacia.	Enfermera	Hospitalización		
8	Elaborar Hoja de condicion de paciente	Se registran los pacientes atendidos diariamente.	Enfermera	Hospitalización	Hoja de condicion de paciente	
9	Entregar Guardia	Médica: Comunicar verbalmente estado general de cada paciente y novedades al personal que ingresa a la guardia. Enfermería: Comunicar verbalmente estado general de cada paciente y novedades al personal que ingresa a la guardia.	Médicos Residentes/ Enfermeras	Hospitalización		
10	Realizar actividades complementarias	Preparar y esterilizar el instrumental. Verificar y solicitar material, insumos y/o mantenimiento.	Enfermera	Consulta Externa	Pedidos de Materiales Pedidos de Mantenimiento	
<b>Elaborado Por:</b>			<b>Revisado Por:</b>		<b>Aprobado Por:</b>	
<b>Fecha:</b>			<b>Fecha:</b>		<b>Fecha:</b>	

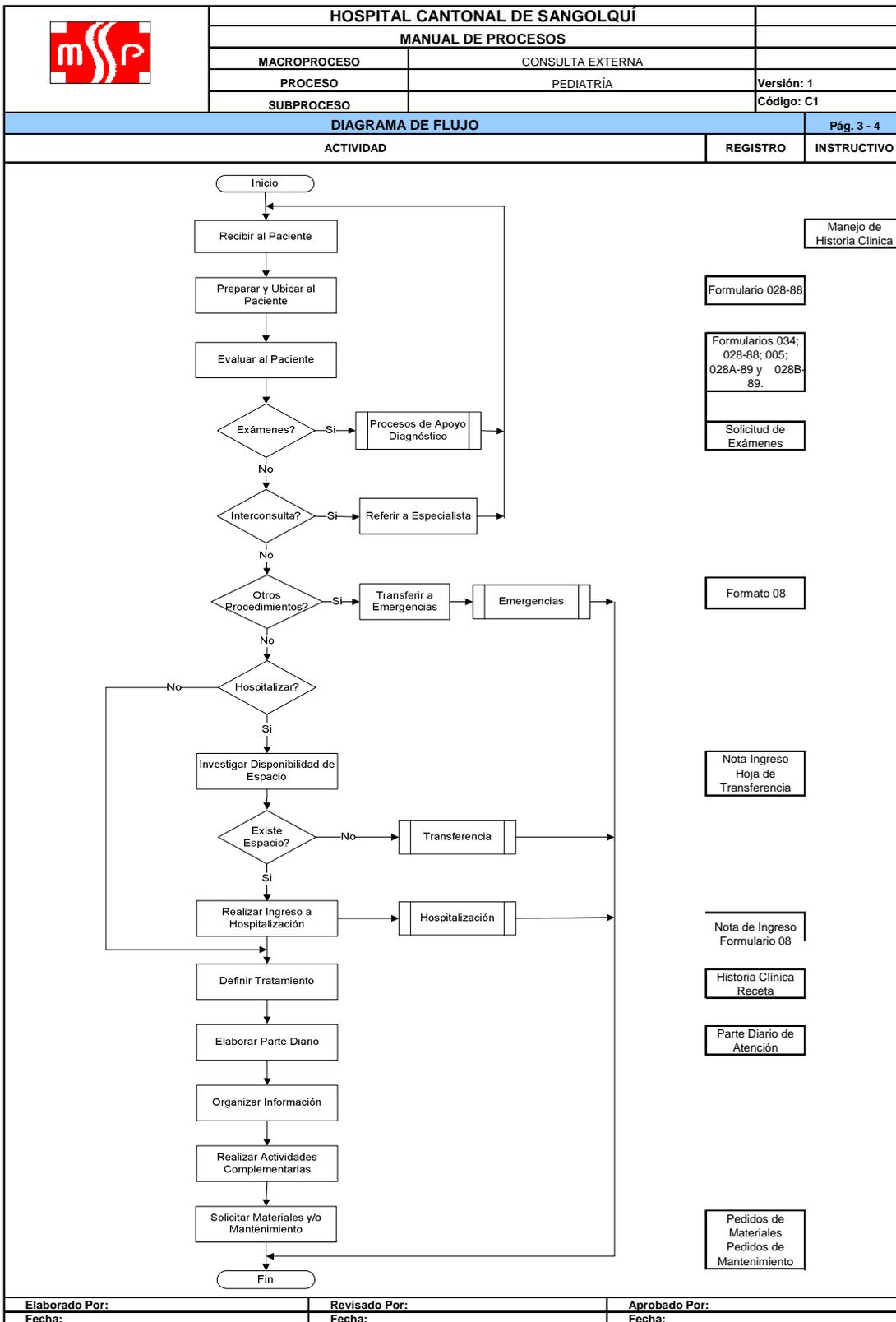


		HOSPITAL CANTONAL DE SANGOLQUÍ					
		MANUAL DE PROCESOS					
		MACROPROCESO		HOSPITALIZACIÓN			
		PROCESO		GINECO-OBSTÉTRICA		Versión 1	
SUBPROCESO				Código: H2			
CUADRO DE DESCRIPTORES Y RESPONSABILIDADES						Pág. 2 - 3	
Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE		REGISTRO	INSTRUCTIVO	
			CARGO	UNID. EJEC.			
1	Preparar la Unidad	Verificar que la unidad del paciente este ordenada, limpia y equipada en casos especiales	Enfermera	Hospitalización			
2	Recibir y Ubicar a la Paciente	Recibir a la paciente del Centro Gineco-Obstétrico o Emergencia, y ubicarla según su condición: Post Operatorio, Post Parto, Pacientes de Cuidado y Pacientes Sépticas. Controlar su estado general y de conciencia y actualizar la Historia Clínica.	Enfermera	Hospitalización			
3	Evaluar a la Paciente	Examinar a la paciente, diagnosticar o solicitar exámenes y/o interconsultas. Dar indicaciones.	Gineco-Obstetra	Hospitalización	Historia Clínica		
4	Exámenes?	Si. Proceso de Servicios Complementarios y de Apoyo Diagnóstico No. Act. 5	Gineco-Obstetra	Hospitalización	Solicitud de Exámenes		
5	Interconsulta?	Si. Solicitar interconsulta de especialidad. No. Act. 6	Gineco-Obstetra	Hospitalización			
6	Cirugía?	Si. Proceso de Servicios Quirúrgicos No. Act. 8	Gineco-Obstetra	Hospitalización	Pedido de Valoración		
7	Transferir?	Si. Llenar hoja de transferencia y comunicar a Trabajo Social. No Act. 7	Gineco-Obstetra	Hospitalización	Hoja de Transferencia		
8	Dar Tratamiento	Complementa las indicaciones de acuerdo a los resultados. Genera indicaciones en la Hoja de evolución y prescripciones medicas y hojas de Censo	Gineco-Obstetra	Hospitalización	Historia Clínica Hoja de evolución y prescripciones medicas (Formulario 005)		
9	Ejecutar el Tratamiento	Se cumplen las indicaciones dadas por el Gineco-Obstetra, demás actividades necesarias, reporta y registra novedades de la paciente al Médico.	Enfermera	Hospitalización	Notas de Enfermería (Formulario 021)		
10	Realizar Visitas de Control	Realizar visita médica. Evaluar a la paciente y dar indicaciones. Actualizar la Historia Clínica	Gineco-Obstetra	Hospitalización	Historia Clínica		
11	Ejecutar el Alta?	Si. Act. 12 No. Act. 3	Gineco-Obstetra	Hospitalización	Historia Clínica		
12	Organizar y entregar Información	Organizar y entregar la información necesaria. Registra el Alta de la paciente en el formulario de condición de paciente y en el libro de registro de altas. Entregar información a caja y farmacia para su cancelación.	Enfermera	Hospitalización	Historia Clínica		
13	Entregar Guardia	Médica: Comunicar verbalmente estado general de cada paciente y novedades al personal que ingresa a la guardia. Enfermería: Comunicar verbalmente estado general de cada paciente y verificar que las indicaciones medicas se hayan cumplido.	Médicos Residentes/ Enfermeras	Hospitalización			
14	Realizar actividades complementarias	Indicar al personal Auxiliar realice la desinfección recurrente y terminal de la Unidad. Verificar y solicitar material y/o mantenimiento.	Enfermera	Hospitalización	Pedidos de Materiales Pedidos de Mantenimiento		
Elaborado Por:		Revisado Por:		Aprobado Por:			
Fecha:		Fecha:		Fecha:			

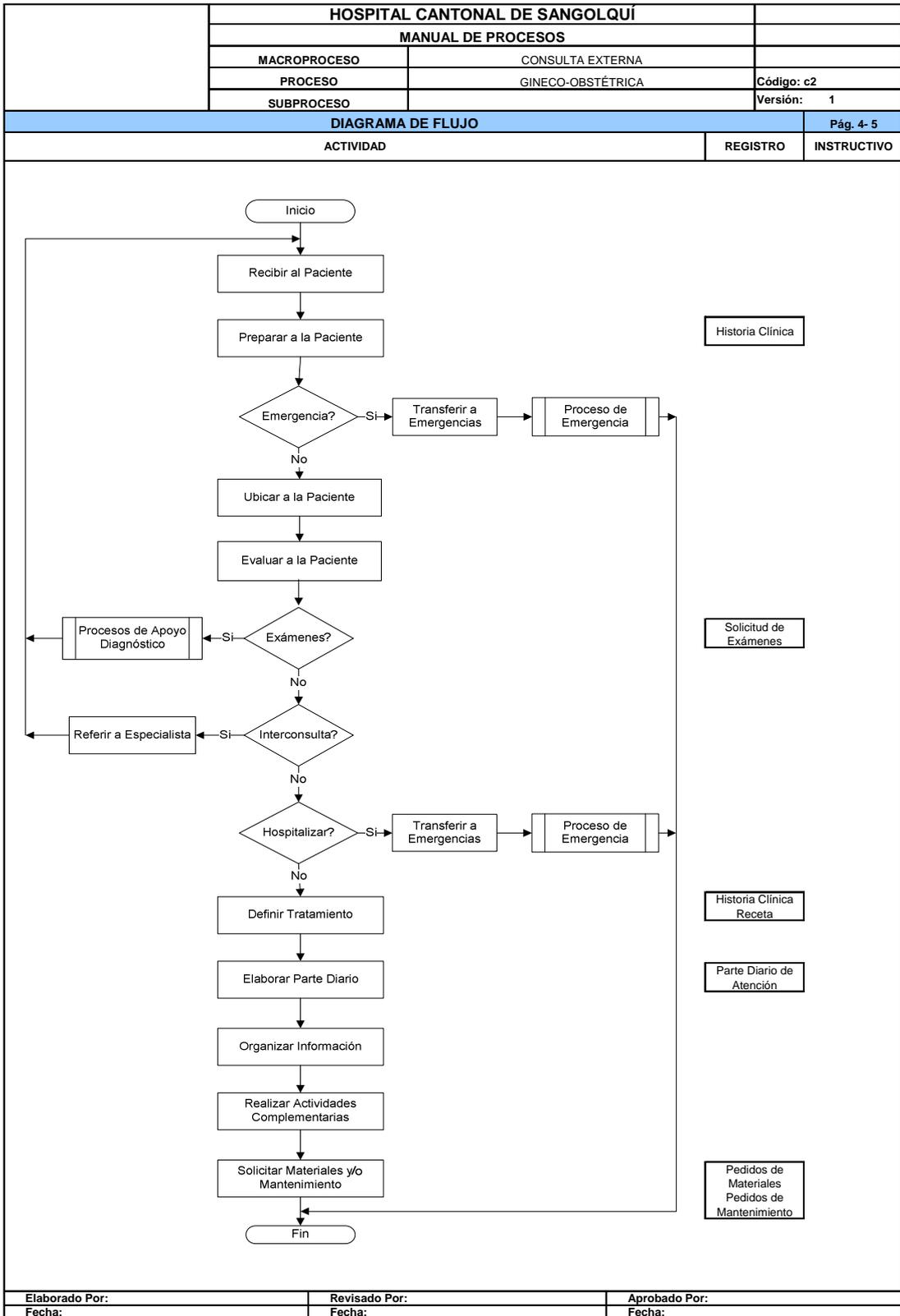


Elaborado Por:	Revisado Por:	Aprobado Por:
Fecha:	Fecha:	Fecha:

HOSPITAL CANTONAL DE SANGOLQUÍ						
MANUAL DE PROCESOS						
MACROPROCESO		CONSULTA EXTERNA				
PROCESO		PEDIATRÍA				Versión: 1
SUBPROCESO						Código: C1
CUADRO DE DESCRIPTORES Y RESPONSABILIDADES						Pág. 3-4
Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE		REGISTRO	INSTRUCTIVO
			CARGO	UNID. EJEC.		
1	Recibir al Paciente	Recibir Historias Clínicas de Estadística. Llamar a los pacientes de acuerdo al turno y solicitar factura de pago.	Enfermera	Consulta Externa		Manejo de Historia Clínica
2	Preparar y Ubicar al Paciente	Tomar la temperatura, peso, talla y perímetro cefálico. Ubicar a los pacientes en los diferentes consultorios, según especialidad.	Enfermera	Consulta Externa	Formulario 028-88	
3	Evaluar al Paciente	Analizar historia clínica, examinar al paciente y llenar curvas de crecimiento. Diagnosticar o solicitar exámenes y/o interconsulta.	Pediatra/ Cardiologo Ped.	Consulta Externa	Formularios 034; 028-88; 005; 028A-89 y 028B- 89.	
4	Exámenes?	Si. Procesos de Apoyo Diagnóstico. Vuelve a consulta con los resultados. No. Act. 5	Pediatra/ Cardiologo Ped.	Consulta Externa	Solicitud de Exámenes	
5	Interconsulta?	Si. Referir a Especialista. Vuelve a Consulta con el informe. No. Act. 6	Pediatra/ Cardiologo Ped.	Consulta Externa		
6	Otros Procedimientos?	Si. Act. 7 No. Act. 8	Pediatra/ Cardiologo Ped.	Emergencia		
7	Transferir a Emergencias	Se translada al niño a emergencias, en caso de que necesite: nebulizaciones, hidrataciones o control de saturación.	Enfermera	Emergencia	Formato 08	
8	Hospitalizar?	Si. Act. 9 No. Act. 11	Pediatra/ Cardiologo Ped.	Consulta Externa		
9	Investigar Disponibilidad de espacio	Si Existe. Act.10 No Existe. Lenar Hoja de Transferencia y Comunicar a Trabajo Social.	Pediatra/ Cardiologo Ped.	Consulta Externa	Nota Ingreso Hoja de Transferencia	
10	Realizar Ingreso a Hospitalización	Llenar nota de ingreso, Hoja de consentimiento informado y el Formulario 08 de emergencia. Se procede Hospitalización.	Pediatra/ Cardiologo Ped.	Consulta Externa	Nota de Ingreso Formulario 08	
11	Definir Tratamiento	Se prescribe el tratamiento y se complementan las indicaciones de acuerdo a los resultados. Emite receta.	Pediatra/ Cardiologo Ped.	Consulta Externa	Historia Clínica Receta	
12	Elaborar Parte Diario	Registro de Pacientes Atendidos	Pediatra/ Cardiologo Ped.	Consulta Externa	Parte Diario de Atención	
13	Organizar Historia Clínica	Revisar y ordenar las historias clínicas de los pacientes atendidos diariamente; y entregarlas a Estadística	Enfermera	Consulta Externa		
14	Realizar actividades complementarias	Ordenar el consultorio. Preparar y esterilizar el instrumental. Instruir al paciente de post consulta, dando indicaciones según las necesidades. Verificar y notificar materiales por terminarse o necesidad del servicio de mantenimiento.	Enfermera	Consulta Externa		
15	Solicitar Materiales y/o Mantenimiento	A partir de la información proporcionada por enfermería se realizan los pedidos de materiales a bodega. Si existen fallas o novedades en la funcionalidad del consultorio se realizan los respectivos pedidos de mantenimiento	Enfermera	Consulta Externa	Pedidos de Materiales Pedidos de Mantenimiento	
Elaborado Por:		Revisado Por:		Aprobado Por:		
Fecha:		Fecha:		Fecha:		

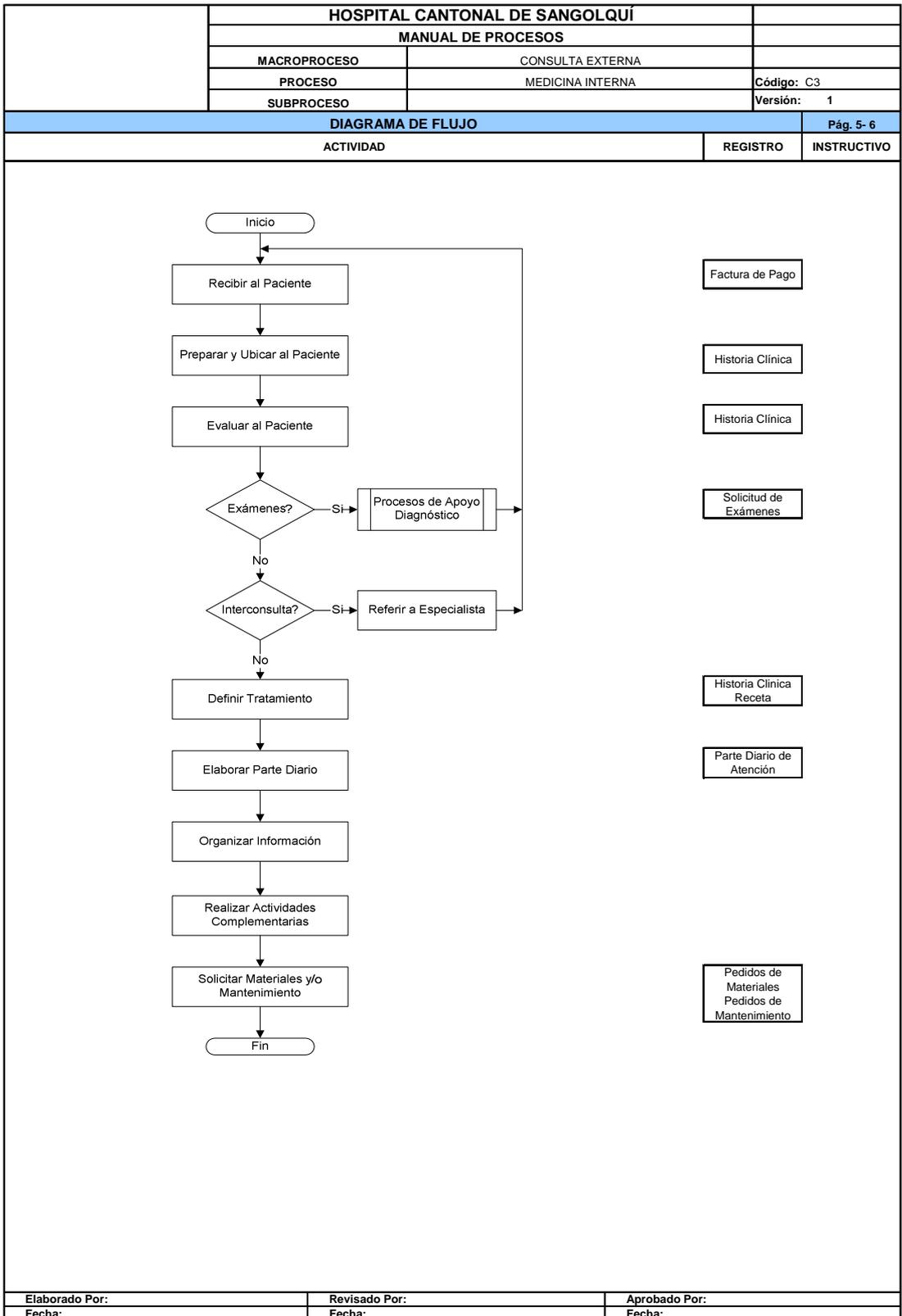


HOSPITAL CANTONAL DE SANGOLQUÍ						
MANUAL DE PROCESOS						
MACROPROCESO			CONSULTA EXTERNA			
PROCESO			GINECO-OBSTÉTRICA			
SUBPROCESO			Versión: 1			
CUADRO DE DESCRIPTORES Y RESPONSABILIDADES						
Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE		REGISTRO	INSTRUCTIVO
			CARGO	UNID. EJEC.		
1	Recibir al Paciente	Recibir Historias Clínicas de Estadística. Llamar a los pacientes de acuerdo al turno y solicitar factura de pago.	Enfermera	Consulta Externa		
2	Preparar al Paciente	Registrar datos en la Historia Clínica: actualizar fecha, tomar signos vitales y medidas antropométricas.	Enfermera	Consulta Externa	Historia Clínica	
3	Ubicar a la Paciente	Ubicar a las pacientes en los diferentes consultorios según la especialidad.	Enfermera	Consulta Externa	Historia Clínica	
4	Evaluar al Paciente	Analiza la historia clínica y examinar a la paciente. Diagnosticar o solicitar exámenes y/o interconsulta ingreso por emergencia a hospitalización.	Ginecólogo / Obstetra	Consulta Externa		
5	Emergencia?	Si. Act.6 No Act. 4	Enfermera	Emergencia		
6	Transferir a Emergencias	Trasladar a la pacientes a emergencia. Inicia Proceso de Emergencia.	Enfermera	Consulta Externa		
7	Exámenes?	Si. Procesos de Apoyo Diagnóstico. Vuelve a Consulta con los resultados. No Act. 8	Ginecólogo / Obstetra	Consulta Externa	Solicitud de Exámenes	
8	Interconsulta?	Si. Referir al Especialista. Vuelve a consulta con el informe. No Act. 9	Ginecólogo / Obstetra	Consulta Externa		
9	Hospitalizar?	Si. Trasladar a la paciente a emergencias para poder el ingresarla a hospitalización. No Act. 10	Ginecólogo / Obstetra	Consulta Externa		
10	Definir Tratamiento	Se prescribe el tratamiento y se complementan las indicaciones de acuerdo a los resultados. Emite receta.	Ginecólogo / Obstetra	Consulta Externa	Historia Clínica Receta	
11	Elaborar Parte Diario	Registro de Pacientes Atendidas	Ginecólogo / Obstetra	Consulta Externa	Parte Diario de Atención	
12	Organizar Historia Clínica	Revisar y ordenar las historias clínicas de las pacientes atendidas diariamente; y entregarlas a Estadística	Enfermera	Consulta Externa		
13	Realizar actividades complementarias	Ordenar el consultorio. Preparar y esterilizar el instrumental. Instruir al paciente de post consulta, dando indicaciones según las necesidades. Verificar y notificar materiales por terminarse o necesidad del servicio de mantenimiento.	Enfermera	Consulta Externa		
14	Solicitar Materiales y/o Mantenimiento	A partir de la información proporcionada por enfermería se realizan los pedidos de materiales a bodega. Si existen fallas o novedades en la funcionalidad del consultorio se realizan los respectivos pedidos de mantenimiento	Enfermera	Consulta Externa	Pedidos de Materiales Pedidos de Mantenimiento	
Elaborado Por:			Revisado Por:		Aprobado Por:	
Fecha:			Fecha:		Fecha:	



Elaborado Por:	Revisado Por:	Aprobado Por:
Fecha:	Fecha:	Fecha:

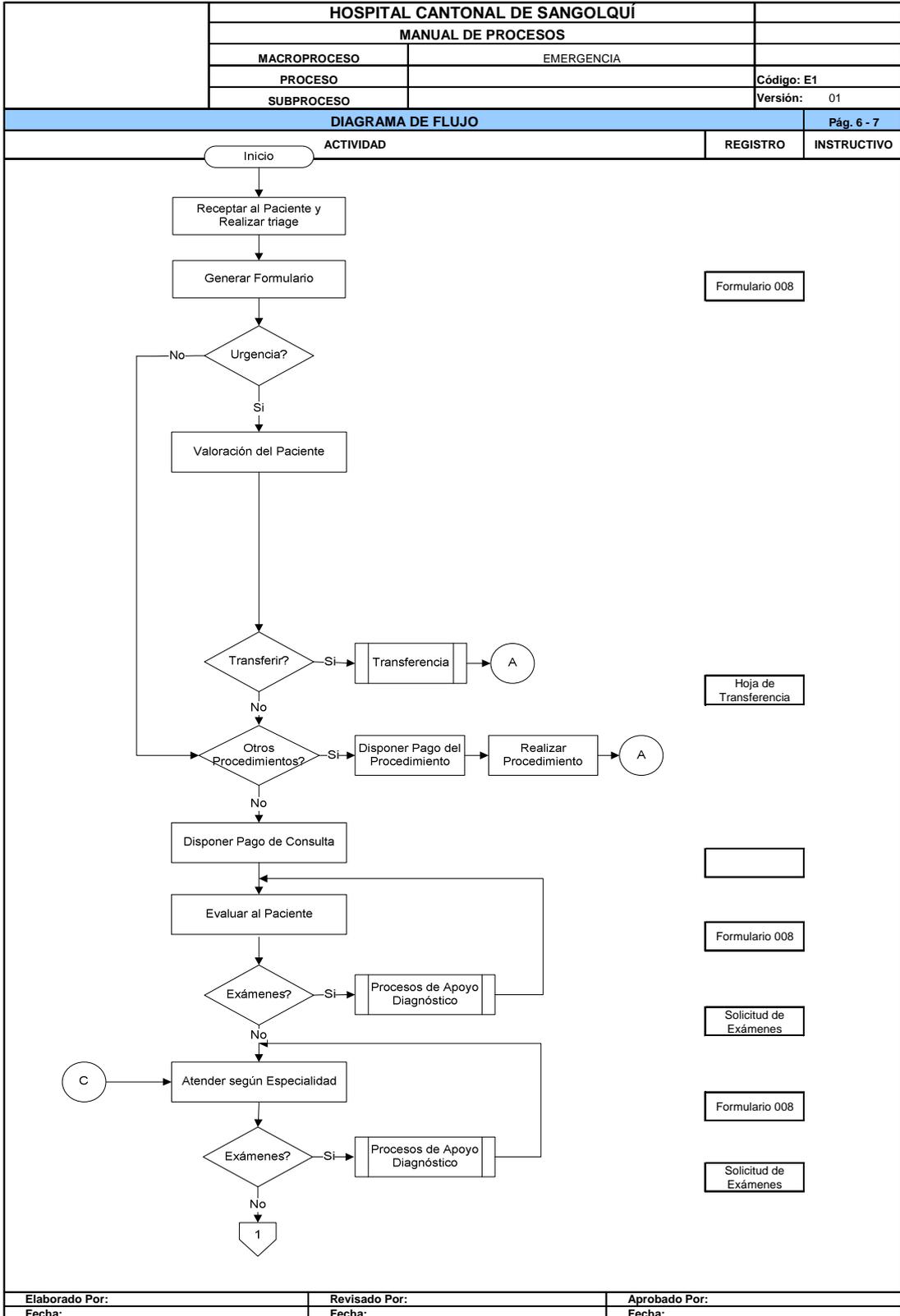
HOSPITAL CANTONAL DE SANGOLQUÍ						
MANUAL DE PROCESOS						
MACROPROCESO			CONSULTA EXTERNA			
PROCESO			MEDICINA INTERNA			
SUBPROCESO			Código: C3			
			Versión: 1			
CUADRO DE DESCRIPTORES Y RESPONSABILIDADES						Pág. 5 -6
Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE		REGISTRO	INSTRUCTIVO
			CARGO	UNID. EJEC.		
1	Recibir al Paciente	Recibir la Historia Clínica de Estadística y solicitar la factura de pago.	Enfermera	Consulta Externa	Factura de Pago	
2	Preparar y Ubicar al Paciente	Actualizar la Historia Clínica, toma signos vitales y peso. Ubicar al paciente en el consultorio	Enfermera	Consulta Externa	Historia Clínica	
3	Evaluar al Paciente	Analizar la historia clínica y examinar al paciente. Diagnosticar o solicitar exámenes y/o interconsulta.	Médico Internista	Consulta Externa	Historia Clínica	
4	Exámenes?	Si. Proceso de Servicios Complementarios. Vuelve a consulta con los resultados. No. Act. 5	Médico Internista	Consulta Externa	Solicitud de Exámenes	
5	Interconsulta?	Si. Referir a Especialista. Vuelve a Consulta con el informe. No Act. 6	Médico Internista	Consulta Externa		
6	Definir Tratamiento	Prescribe el tratamiento y complementa las indicaciones de acuerdo a los resultados. Emite receta o refiere.	Médico Internista	Consulta Externa	Historia Clínica Receta	
7	Elaborar Parte Diario	Registro de Pacientes Atendidos	Médico Internista	Consulta Externa	Parte Diario de Atención	
8	Organizar Información	Revisar y ordenar las historias clínicas de las pacientes atendidas diariamente; y entregarlas a Estadística	Enfermera	Consulta Externa		
9	Realizar actividades complementarias	Ordenar el consultorio. Preparar y esterilizar el instrumental. Instruir al paciente de post consulta, dando indicaciones según las necesidades. Verificar y notificar materiales por terminarse o necesidad del servicio de mantenimiento.	Enfermera	Consulta Externa		
10	Solicitar Materiales y/o Mantenimiento	A partir de la información proporcionada por enfermería se realizan los pedidos de materiales a bodega. Si existen fallas o novedades en la funcionalidad del consultorio se realizan los respectivos pedidos de mantenimiento	Médico Internista	Consulta Externa	Pedidos de Materiales Pedidos de Mantenimiento	
Elaborado Por:			Revisado Por:		Aprobado Por:	
Fecha:			Fecha:		Fecha:	



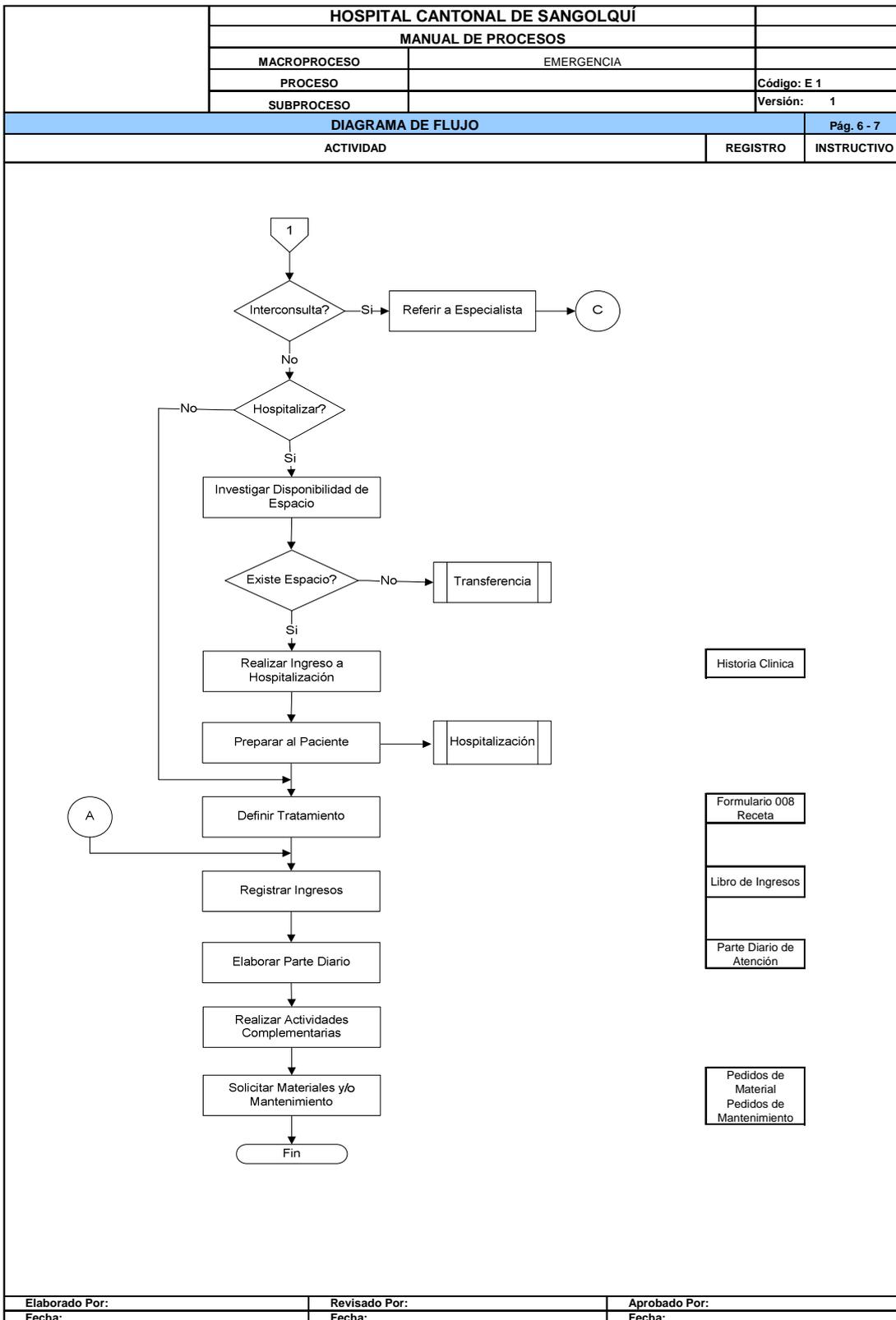
Elaborado Por:	Revisado Por:	Aprobado Por:
Fecha:	Fecha:	Fecha:

HOSPITAL CANTONAL DE SANGOLQUÍ						
MANUAL DE PROCESOS						
MACROPROCESO			EMERGENCIA			
PROCESO					Código: E1	
SUBPROCESO					Versión: 01	
CUADRO DE DESCRIPTORES Y RESPONSABILIDADES						Pág. 6 - 7
Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE		REGISTRO	INSTRUCTIVO
			CARGO	UNID. EJEC.		
1	Receptar al Paciente y Realizar Triage	Pedir al paciente o a su familiar explique su necesidad, y valorar su condición.	Enfermera / Medico	Emergencia		
2	Generar Formulario	Identificar al paciente y tomar sus signos vitales: temperatura, pulso, tensión arterial, etc	Enfermera	Emergencia	Formulario 008	
3	Urgencia?	Primeros Auxilios	Enfermera	Emergencia		
4	Valoracion del Paciente	Estabilizar al paciente y valorar mediante Glasgow, signos vitales. Administrar oxígeno. Canalizar vía periférica. Etc. Si los pacientes pueden ser tratados en la UMSS se lo Hospitaliza, Act 16 , si no Act. 5	Enfermera / Medico	Emergencia		
5	Transferir?	Si. Llenar la hoja de transferencia y comunicar a Trabajo Social. No. Act. 6	Médico de Turno	Emergencia	Hoja de Transferencia	
6	Otros Procedimientos?	Si. Act. 7 No. Act. 9	Enfermera	Emergencia		
7	Disponer Pago del Procedimiento	Indicar al paciente o a su familiar la cancelación del procedimiento en caja y se lo atiende a su regreso.	Enfermera	Emergencia		
8	Realizar Procedimiento	En esta actividad se realizan: Nebulizaciones, hidrataciones, extracción de puntos, aplicación de inyecciones, monitoreos, cirugías menores, etc.	Enfermera / Medico	Emergencia		
9	Disponer Pago de Consulta	Indicar al paciente o a su familiar la cancelación de la consulta en caja y se lo atiende a su regreso.	Enfermera	Emergencia		
10	Evaluar al Paciente	Examinar al paciente, diagnosticar o solicitar exámenes y/o interconsulta. Dar indicaciones.	Médico de Turno	Emergencia	Formulario 008	
11	Exámenes?	Si. Procesos de Apoyo Diagnóstico. Vuelve a Consulta con los resultados. No. Act. 12	Médico de Turno	Emergencia	Solicitud de Exámenes	
12	Interconsulta?	Si. Act. 13 No. Act. 20	Médico de Turno	Emergencia		
13	Atender según especialidad	Atender dependiendo el caso en Pediatría, Cardiología Pediátrica, Gineco-Obstetricia o Medicina Interna. Evaluar al paciente, mediante anamnesis y examen físico. Solicitar exámenes y/o interconsulta.	Pediatra/ Cardiologo Ped./ Gineco-Obstetra/ Internista	Emergencia	Formulario 008	
14	Exámenes?	Si. Procesos de Apoyo Diagnóstico. Vuelve a Consulta con los resultados. No. Act. 15	Pediatra/ Cardiologo Ped./ Gineco-Obstetra/ Internista	Emergencia	Solicitud de Exámenes	
15	Interconsulta?	Si. Referir a Especialista. Vuelve a Consulta con el informe. No. Act. 16	Pediatra/ Cardiologo Ped./ Gineco-Obstetra/ Internista	Emergencia		
16	Hospitalización?	Si Act. 17 No Act. 20	Pediatra/ Cardiologo Ped./ Gineco-Obstetra	Emergencia		
17	Investigar Disponibilidad de espacio	El Gineco-Obstetra y/o el Pediatría verifica si existe la disponibilidad de espacio en hospitalización para ingresarlo al paciente. Existe Disponibilidad. Act. 18. Existe Disponibilidad. Act. 5	Pediatra/ Cardiologo Ped./ Gineco-Obstetra	Emergencia		

18	Realizar Ingreso a Hospitalización	Llenar Historia Clínica correspondiente	Pediatra/ Cardiologo Ped./ Gineco-Obstetra	Emergencia	Historia Clínica	
19	Preparar al Paciente para ingreso a Hospitalización	Para Casos Gineco-Obstétricos: se proporciona lencería hospitalaria, se cumple hoja de preparación de la paciente y se la transfiere en silla de ruedas o camilla dependiendo del caso. Va a Proceso de Hospitalización Gineco-Obstétrica. Para Casos Pediátricos: se transfiere a neonatología, UCI o Cardiología Pediátrica, según el caso. Va a Proceso de Hospitalización Pediátrica o de Cardiología Pediátrica.	Enfermera	Emergencia		
20	Definir Tratamiento	Prescribe el tratamiento y complementa indicaciones de acuerdo a los resultados. En caso de no ser Hospitalizado se emite receta.	Pediatra/ Cardiologo Ped./ Gineco-Obstetra/ Internista	Emergencia	Formulario 008 Receta	
21	Registrar Ingresos	En el libro de ingresos se debe señalar las personas atendidas diariamente y el procedimiento o trámite ejecutado.	Enfermera	Emergencia	Libro de Ingresos	
22	Elaborar Parte Diario	Registrar pacientes atendidos diariamente.	Médico de Turno/ Enfermera	Emergencia	Parte Diario de Atención	
23	Realizar actividades complementarias	Ordenar la sala de emergencias. Preparar y esterilizar el instrumental. Instruir al paciente de post consulta, dando indicaciones según las necesidades. Verificar y notificar materiales por terminarse o necesidad del servicio de mantenimiento.	Enfermera Responsable de Área	Emergencia		
24	Solicitar Materiales y/o Mantenimiento	A partir de la información proporcionada por enfermería se realizan los pedidos de materiales a bodega. Si existen fallas o novedades en la funcionalidad del consultorio se realizan los respectivos pedidos de mantenimiento	Enfermera	Emergencia	Pedidos de Materiales Pedidos de Mantenimiento	
<b>Elaborado Por:</b>		<b>Revisado Por:</b>		<b>Aprobado Por:</b>		
<b>Fecha:</b>		<b>Fecha:</b>		<b>Fecha:</b>		

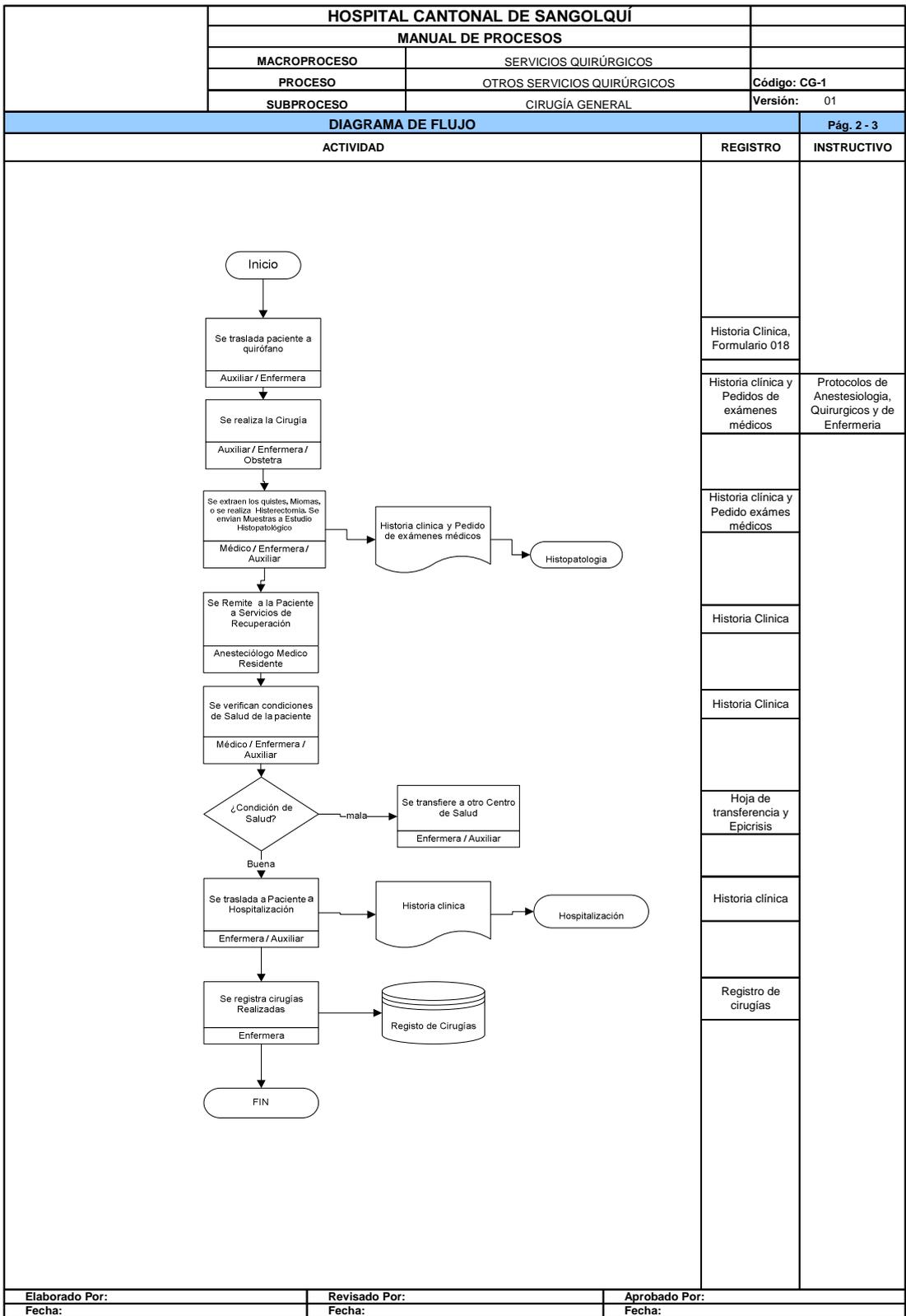


Elaborado Por:	Revisado Por:	Aprobado Por:
Fecha:	Fecha:	Fecha:



Elaborado Por:	Revisado Por:	Aprobado Por:
Fecha:	Fecha:	Fecha:

HOSPITAL CANTONAL DE SANGOLQUÍ						
MANUAL DE PROCESOS						
MACROPROCESO		SERVICIOS QUIRÚRGICOS				
PROCESO		OTROS SERVICIOS QUIRÚRGICOS				Código: CG-1
SUBPROCESO		CIRUGÍA GENERAL				Versión: 01
CUADRO DE DESCRIPTORES Y RESPONSABILIDADES						Pág. 1 - 3
Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE		REGISTRO	INSTRUCTIVO
			CARGO	UNID. EJEC.		
1	Se traslada al paciente a quirófano	En el quirófano se prepara al paciente para la cirugía	Auxiliar, Enfermera	Servicios Quirúrgicos	Historia Clínica, Formulario 018	
2	Se realiza la cirugía	Se realiza el procedimiento quirúrgico prescrito (Colesistectomía Laparoscópica o abierta, Ligaduras, Hernias, oforectomías, y otras).	Médico, Enfermera, Auxiliar	Servicios Quirúrgicos	Historia clínica y Pedidos de exámenes médicos	Protocolos de Anestesiología, Quirúrgicos y de Enfermería
3	Recuperación	Se remite al paciente a servicio de recuperación.	Anestesiólogo, Médico residente / Enfermera	Servicios Quirúrgicos	Historia Clínica	
4	Se verifica condiciones de salud del paciente	Si es buena actividad 5 Si es mala actividad 6	Médico, Enfermera, Auxiliar	Servicios Quirúrgicos	Historia Clínica	
5	Se traslada a la paciente a hospitalización	Se describe la condición de la paciente en Historia clínica	Médico, Enfermera, Auxiliar	Servicios Quirúrgicos	Historia clínica	
6	Transferencia	Se transfiere a la paciente a otro centro de salud	Médico, Enfermera, Auxiliar	Servicios Quirúrgicos	Hoja de transferencia y Epicrisis	
7	Se registra cirugías realizadas	Se ingresa los datos al sistema de UMSS	Enfermera	Servicios Quirúrgicos	Registro de cirugías	
Elaborado Por:		Revisado Por:		Aprobado Por:		
Fecha:		Fecha:		Fecha:		



HOSPITAL CANTONAL DE SANGOLQUÍ						
MANUAL DE PROCESOS						
MACROPROCESO			SERVICIOS QUIRÚRGICOS			
PROCESO			SERVICIOS GINECO-OBSTÉTRICOS			Código: A. P. 2
SUBPROCESO			ATENCIÓN DE PARTO NORMAL			Versión: 03
CUADRO DE DESCRIPTORES Y RESPONSABILIDADES						Pág. 8 - 9
Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE		REGISTRO	INSTRUCTIVO
			CARGO	UNID. EJEC.		
1	Ingreso Paciente	La paciente Ingresa a la Sala de partos	Enfermera o Auxiliar	Servicios Quirúrgicos		
2	Se atiende el parto	El parto es atendido por el Médico según el procedimiento establecido. Si no existen complicaciones pasa a la Act. 5. De existir complicaciones en lo referente a tonicidad uterina e implantación de placenta (acretismo) se traslada al proceso de cirugía Ginecológica.	Ginecólogo, Pediatra y Enfermera	Servicios Quirúrgicos		Protocolos Parto Normal, Enfermería, Obstetricia, Anestesiología
3	Recepción del RN por el Pediatra	El Pediatra recibe al niño, lo valora y se traslada al proceso pertinente se registran los datos del niño y madre en el registro de cirugías y partos.	Pediatra	Servicios Quirúrgicos	Registro de cirugías y partos	
4	Valoración estado de salud del niño	Si es buena actividad 7; Si es mala actividad 6	Pediatra	Servicios Quirúrgicos		
5	Se traslada a la madre a recuperación y se la valora	Si su estado es normal, actividad 7; Si su estado es patológico, actividad 5, se queda en recuperación	Anestesiólogo Ginecólogo, Enfermera o Auxiliar	Servicios Quirúrgicos		
6	Neonatología o UC	Se ubica al niño al área correspondiente dependiendo su patología.	Medico y Enfermera	Servicios Quirúrgicos		
7	Alojamiento conjunto	Si la condición del niño es buena y la condición de la madre es normal pasan a alojamiento conjunto	Pediatra y Enfermera	Servicios Quirúrgicos	Historia clínica y estado de situación del RN	
Elaborado Por:			Revisado Por:		Aprobado Por:	
Fecha:			Fecha:		Fecha:	



**ANEXO N ° 2**  
**PROTOCOLOS DE ATENCIÓN: HOSPITALIZACIÓN Y QUIRÓFANO**

HOSPITAL CANTONAL DE SANGOLQUÍ	<b>PROTOCOLO DE</b>	0001
SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA	<b>ANESTESIA GENERAL BALANCEADA</b>	1/3

1.	<b>OBJETIVO</b>	Obtener un nivel anestésico adecuado para la realización de cirugía electiva o programada.
2.	<b>ALCANCE</b>	A todos los pacientes cuya resolución quirúrgica electiva o de emergencia sean bajo anestesia general.
3.	<b>RESPONSABLES</b>	Medico Tratante de Anestesiología. Medico Residente de Anestesiología. Medico de Post grado de Anestesiología.
4.	<b>DEFINICIONES Y CONCEPTOS</b>	Anestesia General:
5.	<b>DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO</b>	<p><b>MANEJO PREANESTESICO</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recibir al paciente en la sala de pre anestesia con bata, gorra y botas quirúrgicas.</li> <li>2. Entablar una empatía adecuada antes del procedimiento.</li> <li>3. Comprobar que todo los fármacos e insumos este completo y dejar en rejilla inferior de camilla de transporte.</li> <li>4. Revisar Historia Clínica: enfermedades coexistentes, alergias, complicaciones en procedimientos anestésicos anteriores, se revalorara la vía aérea para estar listo a una posible complicación durante la intubación.</li> <li>5. Se preguntara sobre la última comida y cuanto de líquidos intravenosos fueron administrados para comprobar la hidratación y obtener un balance hídrico de cero.</li> <li>6. Verificar el cumplimiento de medicación pre anestésica:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Hidratación de mantenimiento (peso + 40 = cc/h), obteniendo un balance hídrico de cero.</li> <li>b. Midazolam 0,5 mg vo 6 am.</li> <li>c. Ranitidina 50 mg vo 6 am.</li> <li>d. Medicación por enfermedades coexistentes administradas a las 6 am. Por ej., enalapril, suspensión de antidiabéticos, anticoagulantes 6 horas antes de la cirugía,</li> <li>e. Antibióticos intravenoso administrados 2 horas antes de cirugía.</li> <li>f. Metoclopramida 10 mg iv 1 hora antes de la cirugía o Ondasetron 4 mg iv 1 hora antes de la cirugía.</li> </ol> </li> <li>7. Verificar permeabilidad de vías vasculares y drenajes.</li> <li>8. Llevar al paciente al quirófano donde se encuentre programado.</li> </ol> <p><b>MANEJO ANESTESICO</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El médico de Anestesia revisará la máquina de Anestesia.</li> <li>2. Se prepara la medicación anestésica para la inducción:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. HIPNOTICO: Tiopenthal sodico a 3 – 5 mg/kg de peso, Propofol a 2 mg/kg de peso.</li> <li>b. RELAJANTE MUSCULAR: Bromuro de Rocuronio a 0,6 mg/kg de peso.</li> </ol> </li> </ol>

	<p>Se pueden utilizar relajantes musculares de acción intermedia y corta como el Bromuro de Vecuronio, Besilato de Atracurio o bromuro de Rocuronio, sin embargo hay que tener cuidado con el Atracurio que puede desencadenar liberación de histamina.</p> <p>c. ANALGESICOS: Opiáceos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Hidrocloruro de Remifentanilo 5mg (acción corta) diluido en 1000 cc de Solución Salina al 0.9%, en infusión continua: Inducción: 1 ug/kg/min Mantenimiento: 0,25 ug/kg/min Analgésico: 0,10 ug/kg/min</li> <li>ii. Fentanilo a 1-2 ug/kg en bolo iv</li> </ul> <p>d. HALOGENADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Sevoflurano</li> <li>ii. Halotano</li> <li>iii. Desflurano</li> <li>iv. Isoflurano</li> </ul> <p>e. ANALGESICOS, ANTIEMETICOS, OTROS</p> <p>f. OXIDO NITROSO (N<sub>2</sub>O) su uso sigue siendo muy controversial aunque no esta contraindicado. Se dice que como es mas difusible tenderá a aumentar la presión intrabdominal, otros lo relacionan con la persistencia del dolor en el postoperatorio. En la medida de lo posible se tenderá a realizar el mantenimiento de la anestesia con oxigeno y aire para evitar complicaciones.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Recibido el paciente inmediatamente se retira la bata.</li> <li>4. Se monitoriza las constantes vitales: EKG, TA, FR, SpO<sub>2</sub>, capnógrafo, y mejor si se cuenta con un monitor de relajación muscular y de gases expirados.</li> <li>5. Verificar permeabilidad de vías vasculares.</li> <li>6. Pre oxigenar al paciente minutos antes con la mascarilla facial a 3 litro x minuto.</li> <li>7. Colocar una almohada debajo de la cabeza, para mejorar intubación.</li> <li>8. Colocar Remifentanilo a dosis de inducción por bomba de infusión.</li> <li>9. Administración intravenosa de hipnótico y relajante muscular a dosis antes señaladas.</li> <li>10. Abrir Sevorane a 3 litros por minutos para administrar por mascarilla.</li> <li>11. Colocar canula de Guedel No. 3 o 4 en la boca para facilitar ventilación.</li> <li>12. Hiper extender el cuello para alinear los angulos y facilitar ventilación durante el tiempo de acción del relajante.</li> <li>13. Abrir boca con pulgar en arcada dental inferior y el dedo índice y medio en la arcada superior.</li> <li>14. Introducir el tubo endotraqueal No. 7 para mujeres y No. 7,5 para hombres con manguito para minimizar el riesgo de aspiración acida si ocurre reflujo.</li> <li>15. Dependiendo de la dificultad de la intubación apoyarse con el uso de conductor que será retirado en seguida se introduce el tubo endotraqueal.</li> <li>16. Inflar bag cc a cc hasta que no escape aire en la ventilación y conectar al sistema de magueras de la maquina de anestesia.</li> <li>17. Insuflar a través de la bolsa para confirmar que el tubo endotraqueal este colocado correctamente auscultando primero en el apéndice xifoides, luego los vértices seguido de las bases pulmonares, tomar en</li> </ol>
--	---

	<p>cuenta que se dirige con predilección hacia lado derecho por dirección de bronquio, dejando el pulmón izquierdo hipo ventilado, en ese momento retirar paulatinamente hasta que el murmullo vesicular sea adecuado e igual en ambos lados.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>18. Conectar al ventilador mecánico a un volumen tidal 10 x kg de peso, frecuencia respiratoria de 14 a 16.</li><li>19. Fijar el tubo con esparadrapo a la piel.</li><li>20. Colocar una sonda naso gástrica para descompresión gástrica y reducir el peligro de punción visceral, sobre todo en las intervenciones supramesocolicas, mejorar la observación laparoscópica y facilitar la retracción del cuadrante superior derecho.</li><li>21. Se cateteriza la vejiga con una sonda nelaton No. 14 para descomprimirla y evitar el traumatismo del contenido intraabdominal durante la inserción del trocar, en laparoscopia pélvica o de intervenciones prolongadas.</li><li>22. Administrar analgésicos: ketorolaco 1 mg/kg lento diluido o Metamizol a 40 mg/kg lento diluido.</li><li>23. Fijar bien al paciente a la camilla para evitar accidentes innecesarios.</li><li>24. Luego de la asepsia y antisepsia abdominal, colocación de campos operatorios, pedir al Cirujano que infiltre las heridas con lidocaína al 1% en partes iguales con bupivacaina al 0,25%.</li><li>25. La inclinación del paciente debe reducirse en lo posible, sin superar los 15 a 20 grados y hacerse en forma lenta y progresiva para evitar la variaciones hemodinámicas y respiratorias bruscas.</li><li>26. Después de cada cambio de postura del paciente, debe comprobarse la posición del tubo endotraqueal.</li><li>27. La creación y retirada del neumoperitoneo deben ser pausadas y paulatinas.</li><li>28. Monitorizar y registrar cada 5 minutos la presión arterial, la frecuencia cardiaca, EKG, capnografía y la oximetría de pulsación, puesto que nos ayuda a detectar las arritmias cardiacas, la embolia gaseosa, el enfisema subcutáneo por CO<sub>2</sub> y el neumotórax, solo proporciona datos indirectos sobre las alteraciones hemodinámicas inducidas por el neumoperitoneo.</li><li>29. El monitoreo del PetCO<sub>2</sub> reflejan la fiabilidad de la PaCO<sub>2</sub> debe mantenerse alrededor de 34 mmHg a nivel del mar y en Quito a 30 mas menos 2, y debe vigilarse cuidadosamente para evitar la hipercapnia y detectar una posible embolia gaseosa, aumentando la frecuencia respiratoria para barrer el CO<sub>2</sub>.</li><li>30. la SpO<sub>2</sub> nos refleja la saturación de oxigenación de la sangre arterial.</li><li>31. Hay que monitorizar la PIA, manteniéndola lo mas baja posible, para reducir las alteraciones hemodinámicas y respiratorias, sin permitir que supere los 20 mmHg. La elevación de la PIA puede evitarse si se mantiene una anestesia profunda.</li><li>32. Tener una cargado atropina 1mg por la posibilidad de aumento reflejo del tono vagal durante la intervención.</li><li>33. El mantenimiento anestésico se realiza con halogenados tipo sevoflurano, infusión continua de Remifentanilo, oxigeno y el uso del oxido nitroso es controversial, a dosis respuesta de acuerdo a los signos vitales.</li><li>34. En la síntesis de las heridas cerrar los anestésicos inhalatorios y bajar la dosis a 0.10ug/kg/min de Remifentanilo.</li><li>35. Terminada la síntesis succionar la boca de secreción oral.</li><li>36. Cambiar a modo espontaneo el ventilador y esperar a que se reanude la</li></ol>
--	--

	<p>ventilación espontánea, con respiración asistida por bolsa.</p> <p>37. Si la ventilación es defectuosa administrar neostigmina a dosis de 0.6 mg/kg, junto con atropina a 0,01 mg/kg. Lento diluido, dosis respuesta.</p> <p>38. Administrar lidocaína a 1 mg/kg antes de Extubar.</p> <p>39. Solicitar al paciente que nos ayude con la ventilación y si es adecuada extubarlo.</p> <p>40. Monitorizar por 5 minutos después con ayuda de máscara facial con 6 litros de O<sub>2</sub>, para evitar complicaciones como laringoespasma.</p> <p>41. Si las constantes vitales son adecuadas y dentro de lo normal retirar monitoreo.</p> <p>42. Revisar que no tenga enfisema subcutáneo u otras complicaciones frecuentes de la colelap.</p> <p>43. Con ayuda de 3 personas pasar al paciente a la camilla de transporte.</p> <p>44. El transporte a la recuperación debe ser en compañía del anestesiólogo que se ubica a la cabeza para revisar la ventilación espontánea, la coloración rosada de mucosas y la conciencia; y un auxiliar de enfermería al pie de la camilla.</p> <p>45. Monitorizar al paciente.</p> <p>46. Entrega al Equipo de recuperación de historia clínica, datos llamativos durante la anestesia, balance hídrico, analgésicos y antibióticos administrados, drenajes y complicaciones ocurridas.</p> <p>9. Llenar la hoja de recuperación.</p>												
<p><b>FLUJOGRAMA</b></p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>SERVICIO</th> <th>FUNCION</th> <th>RESPONSABLE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HOSPITALIZACION</td> <td>ENTREGA RECEPCION JUNTO A LA MADRE UBICACIÓN EN CAMILLA DE TRANSPORTE RECEPCION DE INSUMOS MEDICOS VERIFICACION DE VIA PEIRFERICA Y MEDICADION</td> <td>ENFERMERA AUX. ENFERMERIA</td> </tr> <tr> <td>SALA PREQUIRURGICA</td> <td>VERIFICACION DE VIAS VASCULARES MANEJO DE LIQUIDOS IV (BALANCE CERO) MEDICACION INTRAVENOSA PREQUIRURGICA INDUCCION: MAQUINA DE ANESTESIA, LARINGOSCOPIO TUBO ENDOTRAQUEAL, CONDUCTOR, ESPARADRAPOS MANTENIMIENTO: REMIFENTANILO, SEVORANE, O<sub>2</sub> CAMBIOS DE POSICION SIN ALTERACION HEMODINAMICA MANEJO LIQUIDOS IV Y ANALGESICOS DESPERTAR: VENTILACION ESPONTANEA, REVERSION DE ANESTESICOS, EXTUBACION, MONITOREO POR 5 MINUTOS</td> <td>ENFERMERA ANESTESIOLOGO</td> </tr> <tr> <td>QUIROFANO</td> <td>ENTREGA RECEPCION DE PACIENTE. MONITOREO, MASCARILLA FACIAL CON O<sub>2</sub></td> <td>AUXILIAR Y ENFERMERA</td> </tr> </tbody> </table>	SERVICIO	FUNCION	RESPONSABLE	HOSPITALIZACION	ENTREGA RECEPCION JUNTO A LA MADRE UBICACIÓN EN CAMILLA DE TRANSPORTE RECEPCION DE INSUMOS MEDICOS VERIFICACION DE VIA PEIRFERICA Y MEDICADION	ENFERMERA AUX. ENFERMERIA	SALA PREQUIRURGICA	VERIFICACION DE VIAS VASCULARES MANEJO DE LIQUIDOS IV (BALANCE CERO) MEDICACION INTRAVENOSA PREQUIRURGICA INDUCCION: MAQUINA DE ANESTESIA, LARINGOSCOPIO TUBO ENDOTRAQUEAL, CONDUCTOR, ESPARADRAPOS MANTENIMIENTO: REMIFENTANILO, SEVORANE, O <sub>2</sub> CAMBIOS DE POSICION SIN ALTERACION HEMODINAMICA MANEJO LIQUIDOS IV Y ANALGESICOS DESPERTAR: VENTILACION ESPONTANEA, REVERSION DE ANESTESICOS, EXTUBACION, MONITOREO POR 5 MINUTOS	ENFERMERA ANESTESIOLOGO	QUIROFANO	ENTREGA RECEPCION DE PACIENTE. MONITOREO, MASCARILLA FACIAL CON O <sub>2</sub>	AUXILIAR Y ENFERMERA
SERVICIO	FUNCION	RESPONSABLE											
HOSPITALIZACION	ENTREGA RECEPCION JUNTO A LA MADRE UBICACIÓN EN CAMILLA DE TRANSPORTE RECEPCION DE INSUMOS MEDICOS VERIFICACION DE VIA PEIRFERICA Y MEDICADION	ENFERMERA AUX. ENFERMERIA											
SALA PREQUIRURGICA	VERIFICACION DE VIAS VASCULARES MANEJO DE LIQUIDOS IV (BALANCE CERO) MEDICACION INTRAVENOSA PREQUIRURGICA INDUCCION: MAQUINA DE ANESTESIA, LARINGOSCOPIO TUBO ENDOTRAQUEAL, CONDUCTOR, ESPARADRAPOS MANTENIMIENTO: REMIFENTANILO, SEVORANE, O <sub>2</sub> CAMBIOS DE POSICION SIN ALTERACION HEMODINAMICA MANEJO LIQUIDOS IV Y ANALGESICOS DESPERTAR: VENTILACION ESPONTANEA, REVERSION DE ANESTESICOS, EXTUBACION, MONITOREO POR 5 MINUTOS	ENFERMERA ANESTESIOLOGO											
QUIROFANO	ENTREGA RECEPCION DE PACIENTE. MONITOREO, MASCARILLA FACIAL CON O <sub>2</sub>	AUXILIAR Y ENFERMERA											

HOSPITAL CANTONAL DE SANGOLQUÍ		<b>PROTOCOLO DE ANESTESIA INTRAVENOSA</b>	0001
SERVICIO ANESTESIOLOGIA	DE	<b>EN PEDIATRIA</b>	1/3

1.	<b>OBJETIVO</b>	<b>OBTENER UN NIVEL ANESTESICO OPTIMO EN NIÑOS SOMETIDOS A CIRUGIA DEL DIA EN UN MES.</b>
2.	<b>ALCANCE</b>	CIRUGIAS PEDIATRICAS EN NIÑOS DE 6 MESES A 5 AÑOS EN EL HOSPITAL
3.	<b>RESPONSABLES</b>	. JEFE DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA
4.	<b>DEFINICIONES Y CONCEPTOS</b>	<p>Anestesia Intravenosa: es la anestesia a base de fármacos intravenosos durante la inducción. Suele combinarse con gases halogenados.</p> <p>Nivel anestésico óptimo: Es lograr un nivel anestésico en la que haya amnesia, analgesia, inconciencia y bloque del sistema nervioso autónomo.</p> <p>Cirugias pediátricas del día: Son aquellas cirugías que no requieren hospitalización previa y menos aun en el post operatorio y favorece el confort y la recuperación de los niños. Pueden ser circuncisión, hernia inguinal, criptorquidia, fracturas de extremidades.</p>
5.	<b>DESARROLLO DEL PROTOCOLO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>10. Recepción del niño con su madre en la sala de pre anestesia, para retiro de la ropa y colocación de bata pre quirurgica.</li> <li>11. Dar a tomar por vía oral Midazolam a 0,1 mg/kg diluido en 2 cc. de jugo dulce en una jeringuilla de 5 cc, 15 minutos antes del ingreso a quirófano.</li> <li>12. Colocación de vía venosa periférica con catlon No. 20 o 22 a través de un equipo de bomba o microgotero con L/R 1000 cc.</li> <li>13. Hidratar al niño según la formula de Zollinger-Ellinson.</li> <li>14. El medico de Anestesia revisara la maquina de Anestesia y colocara el sistema abierto. De Jacson.</li> <li>15. Ingreso al quirófano No. 5 con su madre.</li> <li>16. Colocar al niño sobre la mesa quirurgica y cubrirlo con batas calientes.</li> <li>17. Monitorizar al niño: Colocar electrodos pediátricos para EKG, Saturador, tensiómetro.</li> <li>18. Administrar intravenosa atropina a 0.01 mg/kg.</li> <li>19. Administrar fentanilo a dosis analgésicas de 1 – 2 ug/kg de peso.</li> <li>20. Administrar intravenoso Pentotal sódico a 3 a 5 mg/kg diluido al medio.</li> <li>21. Colocar almohada a nivel del tórax posterior.</li> <li>22. Colocar cánula de Guedel No. 0,5 – 1 en la boca.</li> <li>23. Alinear ángulos para facilitar ventilación.</li> <li>24. Colocar mascarilla y administrar oxigeno a 3 -5 litros por minuto más Sevoflurane a L/kg litros por minuto a presión positiva.</li> <li>25. Introducir laringoscopio tipo Machinton hoja No. 1 al 2 según edad.</li> <li>26. Colocar tubo endotraqueal No.</li> <li>27. Inflar bag hasta que no salga aire durante ventilación.</li> <li>28. Fijar tubo endotraqueal con esparadrappo a piel.</li> <li>29. Ventilar manualmente a razón de 30 veces por minuto.</li> <li>30. Si ventila solo ayudar cada 5 respiraciones con una presión positiva.</li> <li>31. Administrar supositorio de Cataflán 12.5 mg o Acetaminofén 300 mg por vía rectal.</li> </ol>

		<p>32. Pedir al Cirujano Pediatra infiltrar la herida con Bupivacaina al 0.5% a 1 – 2 mg/kg. o lidocaína sin epinefrina al 2% a 1 mg/kg.</p> <p>33. Administrar intravenoso Metamizol a 40 mg/kg diluido en 20 cc de solución en 10 minutos.</p> <p>34. Administrar intravenoso Tramadol 1 mg/kg diluido en 30 cc de solución en 30 minutos.</p> <p>35. Mantener Sevoflurano con un MAC 2.5 a 3.</p> <p>36. Monitorizar profundidad anestésica por los siguientes parámetros: miosis pupilar, signos vitales estables con una disminución del 10% del nivel basal.</p> <p>37. Cerrar sevoflurano al inicio del cierre de herida.</p> <p>38. Vigilar ventilación espontanea.</p> <p>39. Extubar a paciente al terminar cirugía, con ventilación espontanea y sedación leve. Aldrete de 6 o mas.</p> <p>40. Vigilar saturación luego de extubación.</p> <p>41. Si mantiene ventilación espontanea al ambiente y saturación mayor a 95% retirar monitorización.</p> <p>42. Colocar en camilla en posición decúbito lateral, con hiperextensión cervical y transportar junto con el Anestesiólogo y Enfermera a recuperación.</p> <p>43. En recuperación: monitorizar nuevamente, colocar mascarilla con 5 litros de O2.</p> <p>44. Entregar paciente con todos los datos anestésicos al equipo de salud de Recuperación.</p>																		
	<b>FLUJOGRAMA</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>SERVICIO</th> <th>FUNCION</th> <th>RESPONSABLE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HOSPITALIZACION</td> <td>ENTREGA RECEPCION JUNTO A LA MADRE UBICACIÓN EN CAMILLA DE TRANSPORTE RECEPCION DE INSUMOS MEDICOS COLOCACION DE VIA PEIRFERICA Y MEDICADION</td> <td>ENFERMERA AUX. ENFERMERIA</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">↓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ALA PREQUIRURGICA</td> <td>VERIFICACION DE VIAS VASCULARES MANEJO DE LIQUIDOS IV (BALANCE CERO) MEDICACION INTRAVENOSA PREQUIRURGICA</td> <td>ENFERMERA ANESTESIOLOGO ENFERMERA</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">↓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>QUIROFANO</td> <td>ENTREGA RECEPCION DE PACIENTE.</td> <td>AUXILIAR Y ENFERMERA</td> </tr> </tbody> </table>	SERVICIO	FUNCION	RESPONSABLE	HOSPITALIZACION	ENTREGA RECEPCION JUNTO A LA MADRE UBICACIÓN EN CAMILLA DE TRANSPORTE RECEPCION DE INSUMOS MEDICOS COLOCACION DE VIA PEIRFERICA Y MEDICADION	ENFERMERA AUX. ENFERMERIA		↓		ALA PREQUIRURGICA	VERIFICACION DE VIAS VASCULARES MANEJO DE LIQUIDOS IV (BALANCE CERO) MEDICACION INTRAVENOSA PREQUIRURGICA	ENFERMERA ANESTESIOLOGO ENFERMERA		↓		QUIROFANO	ENTREGA RECEPCION DE PACIENTE.	AUXILIAR Y ENFERMERA
SERVICIO	FUNCION	RESPONSABLE																		
HOSPITALIZACION	ENTREGA RECEPCION JUNTO A LA MADRE UBICACIÓN EN CAMILLA DE TRANSPORTE RECEPCION DE INSUMOS MEDICOS COLOCACION DE VIA PEIRFERICA Y MEDICADION	ENFERMERA AUX. ENFERMERIA																		
	↓																			
ALA PREQUIRURGICA	VERIFICACION DE VIAS VASCULARES MANEJO DE LIQUIDOS IV (BALANCE CERO) MEDICACION INTRAVENOSA PREQUIRURGICA	ENFERMERA ANESTESIOLOGO ENFERMERA																		
	↓																			
QUIROFANO	ENTREGA RECEPCION DE PACIENTE.	AUXILIAR Y ENFERMERA																		
6.	FORMULARIOS Y REGISTROS	Los registros se hacen en hojas prediseñadas del Ministerio de Salud de Pichincha. El registro anestésico se realiza en la hoja de protocolo operatorio la misma que va a un archivo para estadística del servicio.																		
7.	REFERENCIAS	Hurford, William, Anestesia Massachusetts General Hospital, Editorial Marban, España, 2005.																		

## ANEXO N° 3

### FORMULARIO DE INFECCIONES INTRA-HOSPITALARIAS

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD - DIRECCION DE SALUD PUBLICA - AREA DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA.

LISTA DE CHEQUEO PARA EL MONITOREO DE LA NOTIFICACION OBLIGATORIA DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS ( IIH). BOGOTA. D.C

Unidad notificadora: HOSPITAL CANTONAL DE SANGOLQUÍ

Periodo retroalimentado

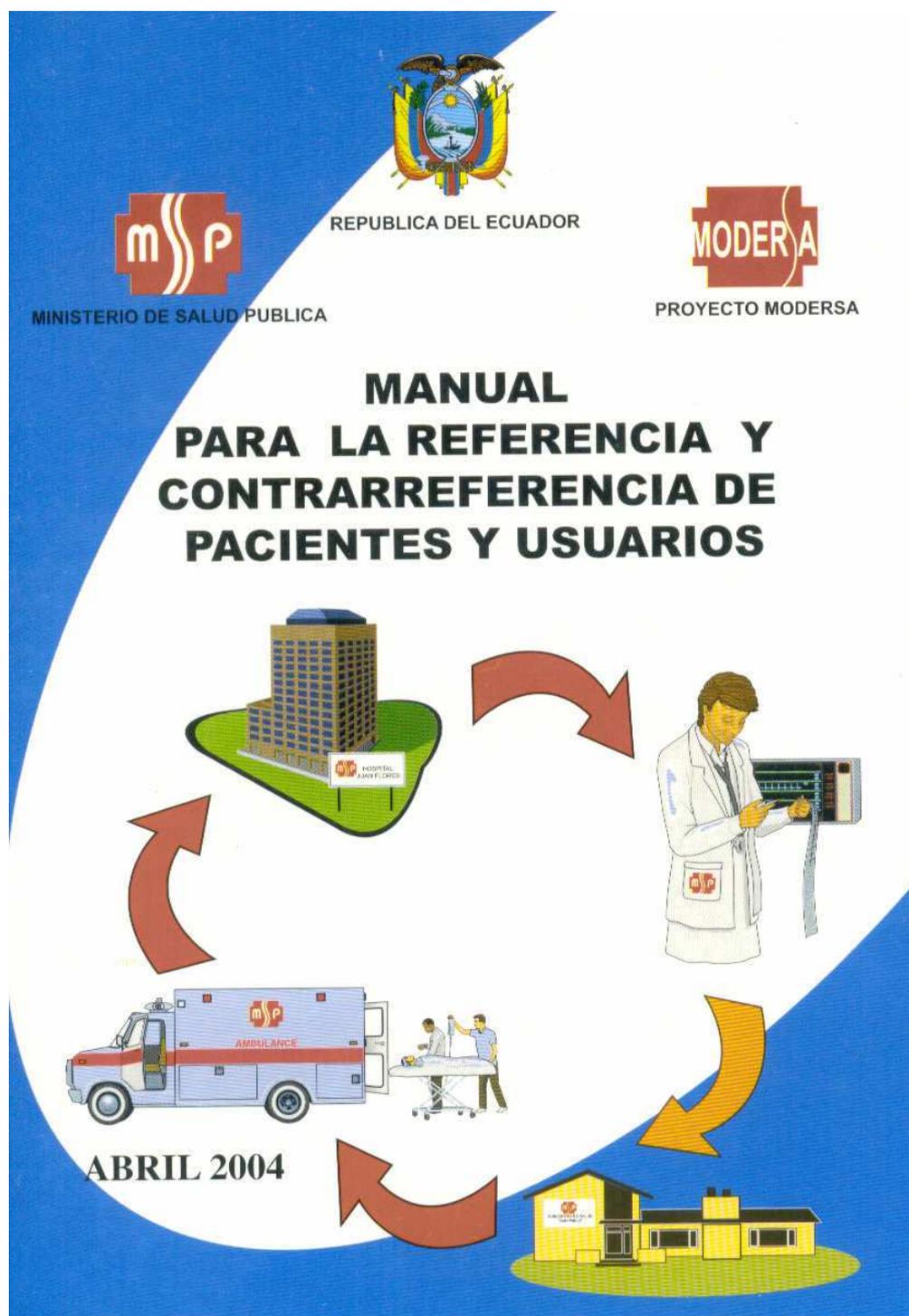
ASPECTO A MONITOREAR	PUNTAJE ESPERADO	SI	NO	OBSERVACIONES
<b>I. INDICADORES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE IIH</b>				
Presenta el cálculo adecuado(numerador/ denominador) de los siguientes indicadores				
1. Índice de IIH	0,4	0,4		
2. Porcentaje de IIH por localización anatómica	0,4	0,4		
3. Porcentaje de IIH por servicios	0,4	0,4		
4. Porcentaje de IIH por microorganismo causal	0,2	0,2		
4.1 por servicio	0,2		0	Incluir el indicador
4.2 por localización anatómica	0,2		0	Incluir el indicador
5. Tasas de				
5.1 Neumonía nosocomial asociada a ventilador y no.	0,2		0	(Nº de IIH por neumonía asociada a ventilador / número de días con ventilador) *1000
5.2. Relacionadas con dispositivos intravasculares	0,2		0	(Nº de IIH dispositivos intravasculares / días con dispositivos intravasculares)*1000
5.3. Sitio operatorio	0,2	0,2		
5.4. Infección de tracto urinario asociada a catéter urinario	0,2		0	(Nº de IIH urinarias / días con sonda vesical)*1000
6. Porcentaje de resistencia microbiana	0,2		0	Incluir el indicador
7. Tiempo estancia hospitalaria por IIH	0,2		0	Incluir el indicador
8. Porcentaje de mortalidad asociada a IIH	0,2	0,2		
9. Notificación de brotes de IIH	0,2		0	Notificar brotes oportunamente
10. Costos	0,1		0	Incluir el indicador
11. Señala factores de riesgo	0,2		0	Incluir porcentaje de factores de riesgo en IIH
<b>II. OTROS INDICADORES</b>				
1. Envía la base de datos en el aplicativo IIH	0,4		0	Enviar bases de datos en aplicativo de IIH cada mes
2. Oportunidad de la notificación	0,4	0,4		
3. Asistencia mínima al 70% de comités de IIH Distrital	0,5		0	Asistir regularmente a los Comités de IIH de la SDS.
Total	5			
<b>III. ANALISIS:</b> Presenta análisis de la información donde se señalan y relacionan los factores de riesgo endógenos y exógenos con el resultado de los indicadores de IIH	2	2		Profundizar y ampliar los análisis
<b>IV. INTERVENCIONES:</b> Relacionan las intervenciones de mejoramiento de la calidad de los servicios de la institución frente a la situación encontrada de las IIH	3	3		Ampliar la descripción de las intervenciones realizadas frente a los resultados obtenidos de la Vigilancia epidemiológica de IIH.
<b>CALIFICACION</b>	<b>10</b>	<b>7,2</b>		

## RESULTADO DEL MONITOREO

## RETROALIMENTACION DE RADICADOS

NIVEL DE CALIFICACION	RANGOS DE CALIFICACION	CALIFICACION	Número(s)
Excelente	10 puntos		195058-178655-138670-120195-183933-170482
Sobresaliente:	>=9 y < 10 puntos		160016-148232-130697-123792.
Satisfactorio:	>= 8 y < 9 puntos		
Aceptable:	>=6 y < 8 puntos	7,2	
Deficiente	< 6 puntos		

ANEXO Nº 4  
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA



**ASPECTOS CONCEPTUALES DE LA REFERENCIA  
CONTRARREFERENCIA.**  
Definiciones.

Y

**Referencia.-** Es el proceso estructurado de envío de un paciente (con información por escrito) de un nivel de sistema de salud a otro superior en tecnicidad y competencia. El nivel superior puede ser el inmediato superior o no. Existe otra terminología que causa confusión, por lo que la describimos a continuación.

**Contrarreferencia.-** Es el proceso inverso, es decir la devolución del paciente del nivel superior al inferior que lo envió, con la debida información en el formulario correspondiente.

**Epicrisis.-** Hoja de resumen clínico donde se especifican: diagnósticos, procedimientos y conducta terapéutica a seguir una vez que el paciente es dado de alta de un servicio de salud hospitalario, este formulario es parte de la historia clínica.

**Interconsulta.-** Es la solicitud de la opinión de otro profesional del mismo establecimiento, por ejemplo cuando el cirujano antes de una operación pide interconsulta con el cardiólogo, no es una referencia y en este caso se utilizar el formulario de interconsulta de la historia clínica.

**Autoreferencia.-** Cuando un paciente consulta a un nivel superior, sin referencia desde el nivel inferior.

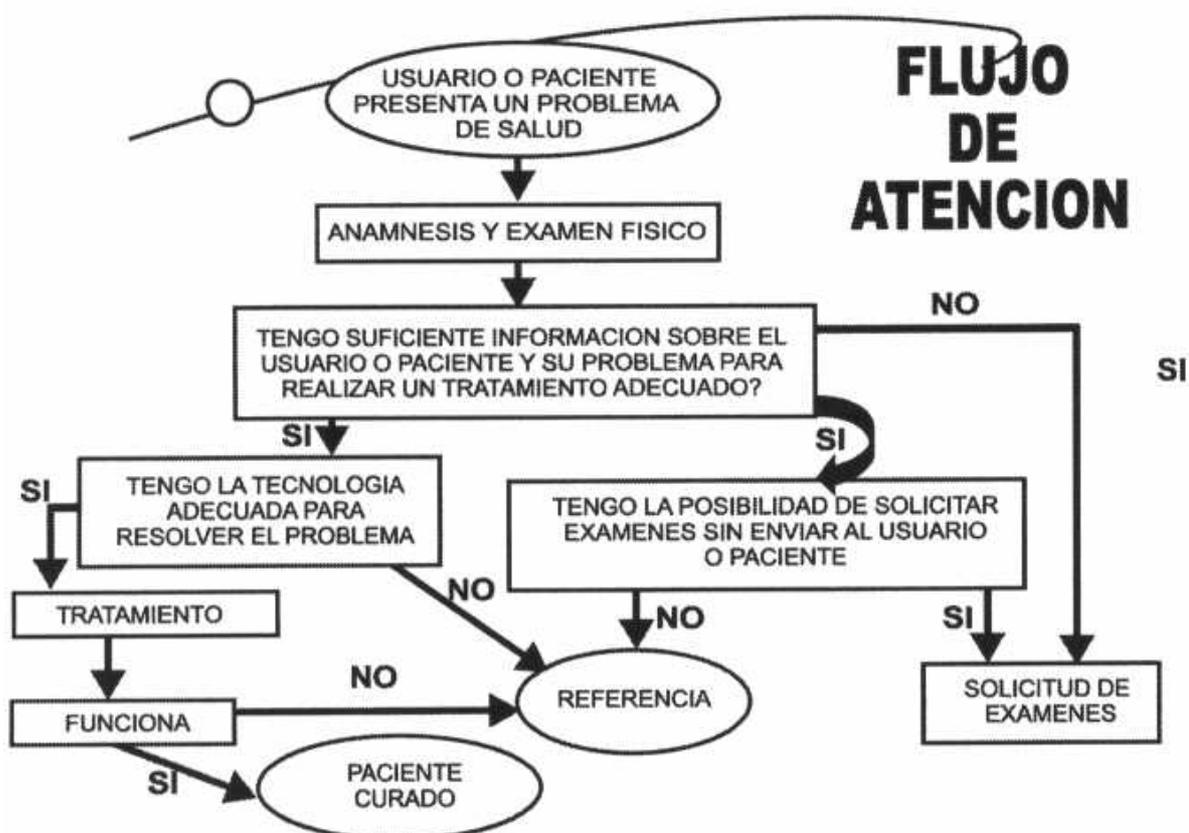
**Referencia inversa.-** Cuando el nivel superior envía a un paciente a un nivel inferior, con la debida información, si que este paciente haya pasado primero por el nivel inferior. Generalmente se da después de una autoreferencia y sirve para corregir el funcionamiento del sistema de salud; se debe usar el formulario de RC señalando en la primera que no ha sido referido y enfatizando con mayúsculas.

**Transferencia.-** Se considera al transporte físico de un paciente de un establecimiento a otro, es decir es el acto de trasladar al paciente de una unidad a otra de mayor complejidad.

En este numeral debemos considerar además, lo que significa:

**Unidad Receptora.-** Es la unidad que recibe pacientes que le son enviados de las diferentes UNIDADES de la red de servicios.

**Unidad Referente.-** Es la unidad que envía pacientes que le fueron referidos, a las diferentes unidades del sistema.



### MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIA

Para entender los indicadores que siguen, primero veamos las cuatro categorías de referencias entre los pacientes que consultan en el primer nivel:

- Pacientes que fueron referidos y su referencia se justifica (verdadero+)
- Pacientes referidos pero que no había necesidad de hacerlo (falso+)
- Pacientes que no fueron referidos pero se debió hacerlo (falso-)
- Pacientes que no fueron referidos y se justificó este hecho (verdadero-)

Ahora presentamos cuatro indicadores que miden el funcionamiento del sistema de referencia:

Tasa de referencia realizada al hospital: es la relación entre las primeras consultas de morbilidad del primer nivel y el total de las primeras consultas más las consultas subsecuentes de morbilidad multiplicado por 100

Un valor aceptable internacionalmente es alrededor de un 5%, en sistemas de salud donde no hay auto referencia.

Tasa de referencias cumplidas: es la relación entre el total de referencias cumplidas por los usuarios o pacientes, dividido para el total de referencias solicitadas por profesionales, multiplicado por 100.

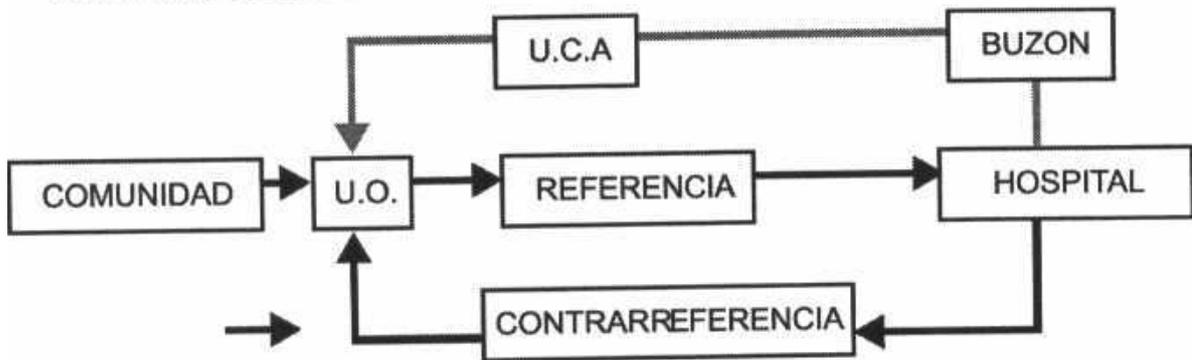
Se estima que un valor aceptable sería un 70% de cumplimiento, teniendo en cuenta que hay fuga de pacientes hacia otros proveedores ( Se considera referencia cumplida la que se realiza dentro de las 48 horas de la solicitud de referencia, excepción hecha en la consulta de especialidad que se realiza en días específicos).

Tasa de contrarreferencias; es la relación entre el total de contrarreferencias, dividido para el total de referencias solicitadas multiplicado por 100

## II.- ROL OPERATIVO

## DIAGRAMA DE FLUJO

## OPERATIVIZACION DEL PRIMER NIVEL AL HOSPITAL DE REFERENCIA



HISTORIA CLINICA  
PARTE DIARIO  
HOJA DE REFERENCIA  
FICHERO CRONOLOGICO

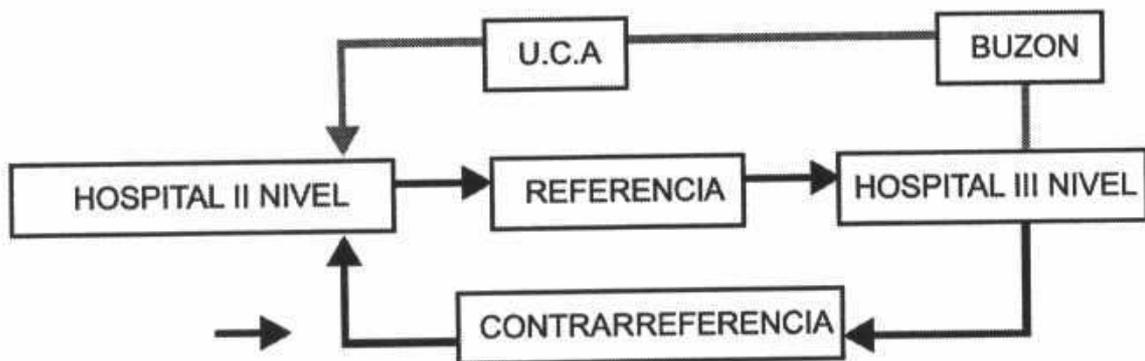
HISTORIA CLINICA  
CONTRARREFERENCIA  
BUZON DE CONTRARREFERENCIA

LEYENDA:

PACIENTE

MONITOREO

## OPERATIVIZACION DEL HOSPITAL DE II NIVEL AL HOSPITAL DE III NIVEL



HISTORIA CLINICA  
PARTE DIARIO  
HOJA DE REFERENCIA  
FICHERO CRONOLOGICO

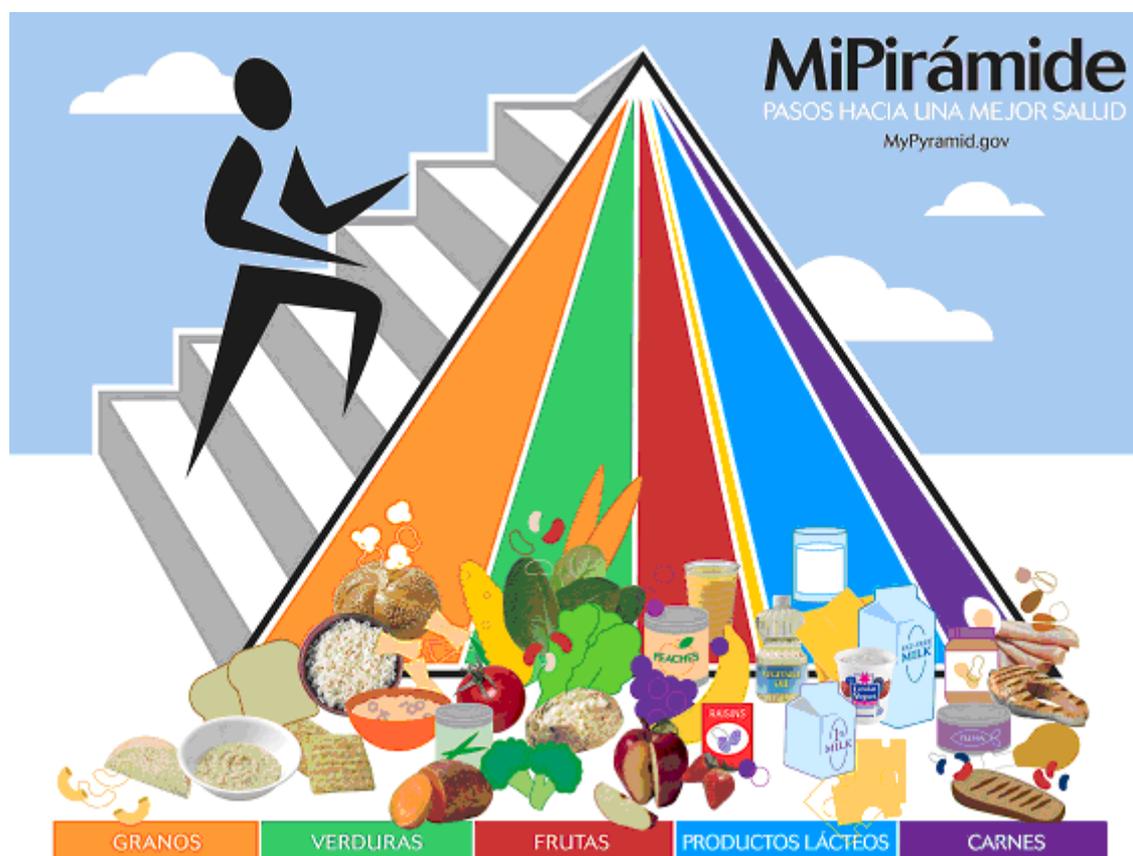
HISTORIA CLINICA  
CONTRARREFERENCIA  
BUZON DE CONTRARREFERENCIA

LEYENDA:

PACIENTE

MONITOREO

## ANEXO N º5 DIETAS



### DIETA GENERAL

Está dirigida al paciente hospitalizado cuya enfermedad no requiere una modificación terapéutica.

La confección de una dieta hospitalaria general responde a dos líneas: La primera se centra en la educación del paciente en cuanto a los principios de una nutrición adecuada, mientras que la segunda consiste en proporcionar alimentos que el paciente pueda comer y le resulten agradables.

La dieta general pretende controlar la ingesta de sodio, colesterol y grasa saturada e incrementar la proporción de fibra y carbohidratos complejos (ricos en fibra dietaria) con el fin de instituir pautas de alimentación más sanas. Si el paciente es capaz de comer de forma adecuada, la hospitalización puede proporcionar la oportunidad de enseñar estos principios al paciente.

### Requerimientos Energéticos para una Dieta General

La ingesta calórica de una persona sana varía de acuerdo con su **edad**, **género** y **nivel de actividad física**. Para la elaboración de esta dieta se considerará un promedio de 2000 kcal.

**Cuadro N° 2: Número de porciones diarias por grupo de alimentos para una Dieta General de 2000 Kcal.**

Grupo de Alimentos	Nº Porciones
Productos lácteos	2
Verduras	3
Frutas	4
Granos	9
Carnes y reemplazos	5
Grasas	5
Dulces	2

Elaborado por: HCS

### **Menú de 2000 Kilocalorías**

Horario de Comida	Grupo de Alimento	Menú 2000 Kcal
Desayuno	1 porción de lácteos	1 taza de leche semidescremada + café descafeinado
	1/3 porción de dulce	2 cucharitas de azúcar
	1 porción de fruta	1 rebanada de sandía
	2 porciones de granos	1 pan redondo mediano
	1 porción de carne	1 onza (28 gramos) de queso fresco
Almuerzo	3 porciones de granos	1 1/2 taza de sopa de arroz de cebada
	2 porciones de granos	2/3 taza de arroz
	1 porción de verduras	1 taza de pepinillo con tomate picado
	2 porciones de carnes	2 onzas (56 gramos) de pescado a la plancha
	3 porciones de grasa	

	<p>1 porción de lácteos</p> <p>1 porción de fruta</p> <p>1 porción de fruta</p> <p>1/3 porción de dulce</p>	<p>3 cucharitas de aceite vegetal para la preparación de la comida y ensalada</p> <p>1 taza de yogur bajo en grasa y azúcar</p> <p>1 taza de papaya picada</p> <p>1 taza de jugo de mora</p> <p>2 cucharitas de azúcar</p>
Merienda	<p>2 porciones de granos</p> <p>2 porciones de carne</p> <p>2 porciones de grasa</p> <p>2 porciones de vegetales</p> <p>1 porción de fruta</p> <p>1/3 porción de dulce</p>	<p>2 papas medianas al horno</p> <p>2 onzas (56 gramos) de pollo sin piel al horno</p> <p>2 cucharitas de aceite vegetal para la preparación de la comida</p> <p>1 taza de brócoli con zanahoria cocinada</p> <p>1 taza de jugo de piña</p> <p>2 cucharitas de azúcar</p>

Elaborado por: HCS

**La prescripción dietética** debe indicar: **Dieta General**. Si se prevé que el paciente precisará modificaciones terapéuticas de la dieta, como pueden ser restricciones diabéticas o de sodio, es preciso indicarlas en la prescripción dietética.

### DIETA LÍQUIDA CLARA

Proporciona alimentos y líquidos claros y en estado líquido a temperatura ambiente. El tipo de líquido puede variar dependiendo del estado clínico del paciente, la prueba o procedimiento diagnóstico o la intervención quirúrgica a que éste se somete.

El objetivo de la dieta es proporcionar una fuente oral de líquidos fáciles de absorber y que dejen una mínima cantidad de residuo en el tracto gastrointestinal. La dieta líquida clara también reduce al mínimo la estimulación del tracto gastrointestinal. Algunos pacientes quirúrgicos no toleran ciertos líquidos, especialmente las bebidas carbonatadas (gaseosas, agua mineral) y algunos jugos.

La dieta se utiliza como etapa inicial en la transición de la alimentación intravenosa a la dieta líquida completa o a la dieta sólida después de una intervención quirúrgica, como preparación dietética previa a una exploración o intervención del intestino, para alguna alteración aguda de la función gastrointestinal y en pacientes gravemente debilitados como primera etapa de alimentación oral.

**Cuadro Nº 3: Dieta Líquida Clara: Alimentos Recomendados**

<b>Tipo de Alimento</b>	<b>Producto</b>
<b>Granos</b>	Caldo claro sin grasa
<b>Otros Granos</b>	Gelatina
<b>Dulce</b>	Azúcar, caramelos duros, miel
Bebidas	Café descafeinado, té, aguas aromáticas, bebidas de frutas con sabor artificial, bebidas carbonatadas*
<b>Frutas</b>	Jugo de frutas* (excepto jugos con pulpa, néctares, jugo de tomate y jugo de ciruelas)
Varios	Sal
Suplementos	Suplementos orales con elevado contenido calórico y libres de residuo

Fuente: Dietética y Nutrición, Manual de la Clínica Mayo, 1996

\* Algunos pacientes quirúrgicos pueden no tolerar las bebidas carbonatadas y determinados jugos de fruta.

### **Requerimientos Energéticos para una Dieta Líquida Clara**

La composición aproximada de la dieta líquida clara variará dependiendo del tipo y cantidad administrados y consumidos por el paciente. Para la elaboración de esta dieta se considerará un promedio de 600 kcal.

**Número de porciones diarias por grupo de alimentos para una Dieta Líquida Clara de 600 Kcal.**

Grupo de Alimentos	Nº Porciones
Productos lácteos	0
Verduras	0
Frutas	3
Granos	4
Carnes y reemplazos	0
Grasas	0
Dulces	2

Elaborado por: HCS

### *Menú de 600 Kilocalorías*

Horario de Comida	Tipo de Alimento	Menú 600 Kcal
Desayuno	<p>1 porción de fruta</p> <p>Bebida</p> <p>1/3 porción de dulce</p>	<p>1 taza de jugo de manzana</p> <p>2 tazas de café descafeinado</p> <p>2 cucharaditas de azúcar</p>
Refrigerio mañana	Bebida	1 taza de agua aromática
Almuerzo	<p>1 porción de granos</p> <p>1 porción de fruta</p> <p>Bebida</p> <p>1/3 porción de dulce</p> <p>1 porción de grano</p>	<p>1/2 taza de caldo de res sin grasa</p> <p>1 taza de jugo de uva</p> <p>2 tazas de té</p> <p>2 cucharaditas de azúcar</p> <p>1/2 taza de gelatina</p>
Refrigerio Tarde	Bebida	1 taza de agua aromática
Merienda	<p>1 porción de fruta</p> <p>1 porción de granos</p>	<p>1 taza de jugo de pera</p> <p>1/2 taza de caldo de pollo sin piel</p>

	1 porción de granos	½ taza de gelatina
	Bebida	2 tazas de té
	⅓ porción de dulce	2 cucharaditas de azúcar

Elaborado por: HCS

La **prescripción dietética** debe indicar: **Dieta Líquida Clara**. Si se prevé que el paciente precisará modificaciones terapéuticas de la dieta, como pueden ser restricciones diabéticas o de sodio, es preciso indicarlas en la prescripción dietética.

### DIETA LÍQUIDA COMPLETA

Proporciona alimentos en estado líquido o semilíquido a temperatura ambiente. El tipo de alimento puede variar según el estado clínico del paciente.

El objetivo de esta dieta consiste en administrar líquidos por vía oral a individuos incapaces de masticar, deglutir o digerir alimentos sólidos.

También se emplea como etapa intermedia en el paso a los alimentos sólidos durante el postoperatorio, junto con nutrición parenteral, en presencia de alteraciones de la masticación o la deglución, en casos de estenosis esofágicas o gastrointestinales, durante procesos inflamatorios moderados del tracto gastrointestinal y en enfermos en fase aguda.

**Cuadro Nº 4: Dieta Líquida Completa: Alimentos Recomendados**

Tipo de Alimento	Producto
<b>Granos</b>	Caldo, crema licuada o colada
	Cereales preparados refinados
<b>Otros Granos</b>	Gelatina, sorbete, helado, pudín <sup>+</sup>
<b>Dulces</b>	Azúcar, caramelos duros, miel
Bebidas	Café descafeinado, té, aguas aromáticas, bebidas de frutas con sabor artificial, bebidas carbonatadas*
<b>Verduras</b>	Jugo de verduras, puré de verduras en sopa
<b>Grasas</b>	Margarina <b>sin grasas trans</b>
<b>Leche</b>	Leche y bebidas que contengan leche <sup>+</sup> , yogur sin trozos de fruta
<b>Frutas</b>	Jugo de frutas*

Varios	Sal, pimienta, condimentos suaves tolerados
Suplementos	Todas las fórmulas enterales líquidas de sustitución de comidas

Fuente: Dietética y Nutrición, Manual de la Clínica Mayo, 1996

\* Algunos pacientes quirúrgicos pueden no tolerar las bebidas carbonatadas y determinados jugos de fruta.

+ Algunos pacientes muestran durante el postoperatorio una intolerancia transitoria a la lactosa. Puede modificarse la dieta introduciendo leche con lactosa hidrolizada o productos sin lactosa.

### Requerimientos Energéticos para una Dieta Líquida Completa

La composición aproximada de la dieta líquida completa variará según el tipo y la cantidad de líquido administrado y consumido por el paciente. Para la elaboración de esta dieta se considerará un promedio de 1100 kcal.

### Número de porciones diarias por grupo de alimentos para una Dieta Líquida Clara de 1100 Kcal.

Grupo de Alimentos	Nº Porciones
Productos lácteos	3
Verduras	1
Frutas	3
Granos	4
Carnes y reemplazos	0
Grasas	2
Dulces	2

Elaborado por: HCS

### Menú de 1100 Kilocalorías

Horario de Comida	Tipo de Alimento	Menú 1100 Kcal
Desayuno	1 porción de fruta	½ taza de jugo de naranja
	1 porción de granos	½ taza de harina de cereal cocida
	1 porción de lácteos	1 taza de leche semidescremada
	Bebida	1 taza de café descafeinado

	1/3 porción de dulce	2 cucharaditas de azúcar
Refrigerio mañana	Bebida	1 taza de agua aromática
Almuerzo	<p>1 porción de fruta</p> <p>2 porciones de granos</p> <p>1 porción de granos</p> <p>1 porción de lácteos</p> <p>Bebida</p> <p>1/3 porción de dulce</p> <p>1 porción de grasa</p>	<p>1 taza de jugo de piña</p> <p>1 taza de locro (colada)</p> <p>1/2 taza de pudín de chocolate</p> <p>1 taza de leche semidescremada</p> <p>1 taza de té</p> <p>2 cucharaditas de azúcar</p> <p>1 cucharadita de aceite vegetal para la preparación de la comida</p>
Refrigerio Tarde	Bebida	1 taza de agua aromática
Merienda	<p>1 porción de fruta</p> <p>1 porción de verduras</p> <p>1 porción de lácteos</p> <p>Bebida</p> <p>1/3 porción de dulce</p> <p>1 porción de grasa</p>	<p>1 taza de jugo de manzana</p> <p>1 taza de crema de champiñones (colada)</p> <p>1 taza de leche semidescremada</p> <p>1 taza de té</p> <p>2 cucharaditas de azúcar</p> <p>1 cucharadita de aceite vegetal para la preparación de la comida</p>

Elaborado por: HCS

La **prescripción dietética** debe indicar: **Dieta Líquida Completa**. Indicar si hay restricciones diabéticas o de sodio.

## DIETA BLANDA

Aporta alimentos íntegros de consistencia blanda ligeramente condimentados y con un contenido en fibra moderadamente bajo. Se ofrecen comidas de pequeño volumen hasta que se establece la tolerancia del paciente al alimento sólido.

La dieta blanda constituye la transición entre la dieta líquida y la general. Puede emplearse en pacientes debilitados e incapaces de consumir una dieta general o en pacientes con problemas gastrointestinales leves.

La dieta blanda debe individualizarse según el diagnóstico clínico, la intervención quirúrgica, el apetito del paciente, su tolerancia al alimento, el estado nutricional previo y la capacidad de masticación y deglución.

**Cuadro Nº 5 Dieta Blanda: Alimentos Recomendados**

Tipo de Alimento	Producto
<b>Granos</b>	Caldo, crema, sopa ligeramente condimentada
	Cereales preparados refinados; papas; arroz; fideos; pan blanco de trigo refinado o centeno ligero; galletas crujientes de sal
<b>Otros Granos</b>	Gelatina, sorbete, helado, pudín, pastel, galletas sin nueces o coco
Bebidas	Todas
<b>Carnes</b>	Carne, pescado o ave tiernos; huevos; requesón, queso sazonado suave; guisos suaves
<b>Grasas</b>	Margarina <b>sin grasas trans</b> , aceite vegetal (excepto de palma), salsa, aliño de ensalada
<b>Leche</b>	Leche y bebidas que contengan leche, yogur
<b>Verduras</b>	Verduras blandas cocidas; lechuga y tomate; limitar la ingesta de verduras flatulentas
<b>Frutas</b>	Fruta cocida o en conserva, fruta fresca blanda, jugo de frutas
<b>Dulces</b>	Azúcar, caramelos sin nueces ni coco, miel
Varios	Sal, pimienta, condimentos suaves

Fuente: Dietética y Nutrición, Manual de la Clínica Mayo, 1996

### Requerimientos Energéticos para una Dieta Blanda

La composición aproximada de la dieta blanda variará según el tipo y cantidad de alimentos proporcionados y consumidos por el paciente. Para la elaboración de esta dieta se considerará un promedio de 1800 kcal.

### Número de porciones diarias por grupo de alimentos para una Dieta Blanda de 1800 Kcal.

Grupo de Alimentos	Nº Porciones
Productos lácteos	3
Vegetales	2
Frutas	3
Granos	9
Carnes y reemplazos	4
Grasas	3
Dulces o bebidas azucaradas	1

Elaborado por: HCS

### Menú de 1800 Kilocalorías

Horario de Comida	Tipo de Alimento	Menú 1800 Kcal
Desayuno	<p>½ porción de fruta</p> <p>2 porciones de granos</p> <p>1 porción de lácteos</p> <p>⅓ porción de dulce</p> <p>1 porción de carne</p>	<p>½ taza de jugo de guanábana</p> <p>1 pan redondo blanco de trigo</p> <p>1 taza de leche semidescremada + café descafeinado</p> <p>2 cucharaditas de azúcar</p> <p>1 huevo duro</p>
Refrigerio mañana	Bebida	1 taza de agua aromática
Almuerzo	2 porciones de granos	<p>1 taza de crema de tomate riñón</p> <p>1 ½ taza de macarrón horneado con</p>

	<p>3 porciones de granos</p> <p>1 porción de verduras</p> <p>1 porción de fruta</p> <p>1 porción de lácteos</p> <p>½ porción de fruta</p> <p>Bebida</p> <p>⅓ porción de dulce</p> <p>2 porciones de grasa</p> <p>Varios</p>	<p>queso</p> <p>½ taza de espárrago cocidos</p> <p>1 pera sin cáscara</p> <p>1 taza de yogur bajo en grasa</p> <p>½ taza de jugo de toronja</p> <p>1 taza de té</p> <p>2 cucharaditas de azúcar</p> <p>2 cucharitas de aceite vegetal para la preparación de la comida</p> <p>Sal</p>
Refrigerio Tarde	Bebida	1 taza de agua aromática
Merienda	<p>3 porciones de carne</p> <p>2 porciones de granos</p> <p>1 porción de verduras</p> <p>1 porción de lácteos</p> <p>1 porción de fruta</p> <p>⅓ porción de dulce</p> <p>2 porciones de grasa</p> <p>Varios</p>	<p>3 onzas (90 gr.) pechuga de pollo sin piel</p> <p>1 taza de puré de papa</p> <p>½ taza de espinaca cocinada</p> <p>1 taza de leche semidescremada</p> <p>1 taza de jugo de babaco</p> <p>2 cucharaditas de azúcar</p> <p>2 cucharitas de aceite vegetal para la preparación de la comida</p>

		Sal
--	--	-----

Elaborado por: HCS

La **prescripción dietética** debe indicar: **Dieta blanda**. Indicar si hay restricciones diabéticas o de sodio.

## ANEXOS 6

### ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL CLIENTE EN CONSULTA EXTERNA, EMERGENCIA Y SALA DE PARTOS

#### ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO CONSULTA EXTERNA

El Hospital Cantonal de Sangolquí, le solicita nos apoye respondiendo esta encuesta para evaluar la satisfacción de sus usuarios e identificar las acciones para mejorar la calidad y acceso a los servicios.

**SU OPINIÓN ES MUY IMPORTANTE, POR FAVOR CONTESTE CON TOTAL LIBERTAD Y SINCERIDAD**

Marque con una **X** la respuesta que usted considere válida

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**Consulta externa Ginecología** ----- **Consulta externa de**

**Pediatría** -----

**En el siguiente grupo de preguntas califíquelas según la escala de excelente a malo, escoja una sola opción:**

Servicio /producto	Excelent e	Muy Buen o	Buen o	Regula r	Malo
1) El sistema de <b>entrega de turnos</b> es:					
2) La amabilidad y cordialidad de <b>enfermería</b> es:					
3) La rapidez de atención en <b>enfermería</b> es:					
4) La amabilidad y cordialidad del <b>médico</b> es:					
5) La <b>confianza que USTED</b> tiene en el médico que le atiende es:					
6) <b>El estado de las instalaciones:</b>					
1) La luz es					
2) La limpieza es					
3) Los muebles tiene un aspecto					
4) Los anuncios y señalización son					
5) El lugar en que le atienden es					
7) El <b>Interés que demuestra el personal administrativo</b> cuando Usted tiene que realizar algún trámite es:					

8) El **tiempo** que debe esperar **para ingresar a consulta** con el médico es:

Menor a  15 minutos  15 a 30 minutos  31 a 60 minutos  1 a 2 horas  Más de 2 horas

9) El **tiempo** que el médico le dedica es

Menor a 5 minutos  5 a 10 minutos  11 a 15 minutos  16 a 20 minutos  Más de 20 minutos

**En qué área o servicio del Hospital usted tuvo mayor dificultad o insatisfacción (puede marcar más de una opción):**

Servicio	Servicio
Estadística	Consejería VIH/SIDA
Caja	Trabajo Social
Información	Vacunas
Seguro Metropolitano de Salud	Emergencia Gineco-Obstetricia
Enfermería Ginecología	Emergencia Pediatría
Enfermería Pediatría	Laboratorio Clínico
<b>Consulta Médica en:</b>	Rayos X
Gineco-Obstetricia	Ecografía
Pediatría	Electrocardiografía
Odontología	Farmacia
Psicología	

Servicio /producto	Excelente	Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo
10) El grado de <b>SATISFACCION QUE USTED SIENTE</b> luego de la atención recibida es:					

## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO

## EMERGENCIA

**SU OPINIÓN ES MUY IMPORTANTE, POR FAVOR CONTESTE CON TOTAL LIBERTAD Y SINCERIDAD**  
 Marque con una X la respuesta que usted considere válida

**FECHA:** \_\_\_\_\_ **Emergencia G-O** \_\_\_\_\_ **Emergencia**  
**Pediátrica** \_\_\_\_\_ **Emergencia General** \_\_\_\_\_

**En el siguiente grupo de preguntas califíquelas según la escala de excelente a malo, escoja una sola opción:**

Servicio /producto	Excelente	Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo
6) La amabilidad y cordialidad de <b>enfermería</b> es:					
7) La rapidez de atención en <b>enfermería</b> es:					
8) La amabilidad y cordialidad del <b>médico</b> es:					
9) El lugar en que le atienden es: Limpio, bien iluminado, tiene buena señalización.					

5) El **tiempo** que esperó para ser atendido fue:

Menor a 15 minutos     15 a 30 minutos     31 a 60 minutos     1 a 2 horas     Más de 2 horas

**6) En qué área o servicio del Hospital usted tuvo mayor dificultad o insatisfacción (puede marcar más de una opción):**

Servicio	Servicio
Caja	Consulta Médica
Información	Ecografía
Seguro Metropolitano de Salud	Farmacia
Enfermería	Laboratorio Clínico
Trabajo Social	Rayos X

Servicio /producto	Excelente	Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo
11) El grado de SATISFACCION QUE USTED SIENTE luego de la atención recibida es:					

**"GRACIAS POR SU COLABORACIÓN"**

### ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PROCESO DE PARTO NORMAL

El Hospital Cantonal de Sangolquí, le solicita nos apoye respondiendo esta encuesta para evaluar la satisfacción de sus usuarios e identificar las acciones para mejorar la calidad y acceso a los servicios.

**SU OPINIÓN ES MUY IMPORTANTE, POR FAVOR CONTESTE CON TOTAL LIBERTAD Y SINCERIDAD**  
 Marque con una X la respuesta que usted considere valida

FECHA: \_\_\_\_\_

Servicio /producto	Excelente	Muy Buena	Buena	Regular	Mala
12) La <b>atención</b> del <b>PERSONAL MÉDICO</b> en sala de partos fue:					
13) La <b>atención</b> del <b>PERSONAL DE ENFERMERÍA</b> en la sala de partos fue:					
14) La <b>información</b> que usted recibió sobre los <b>PROCEDIMIENTOS</b> que le realizaron fue:					
15) La <b>información</b> que usted recibió sobre el <b>ESTADO Y CONDICIONES DEL BEBE</b> fue:					
16) El <b>estado de las instalaciones</b> :					
a) La luz es					
b) La limpieza es					
c) Los muebles tiene un aspecto					
d) El lugar en que le atienden es					
e) El orden de las salas es					
17) El grado de <b>SATISFACCIÓN QUE USTED SIENTE</b> luego de la atención recibida es					

**"GRACIAS POR SU COLABORACIÓN"**

## ANEXO Nº 7

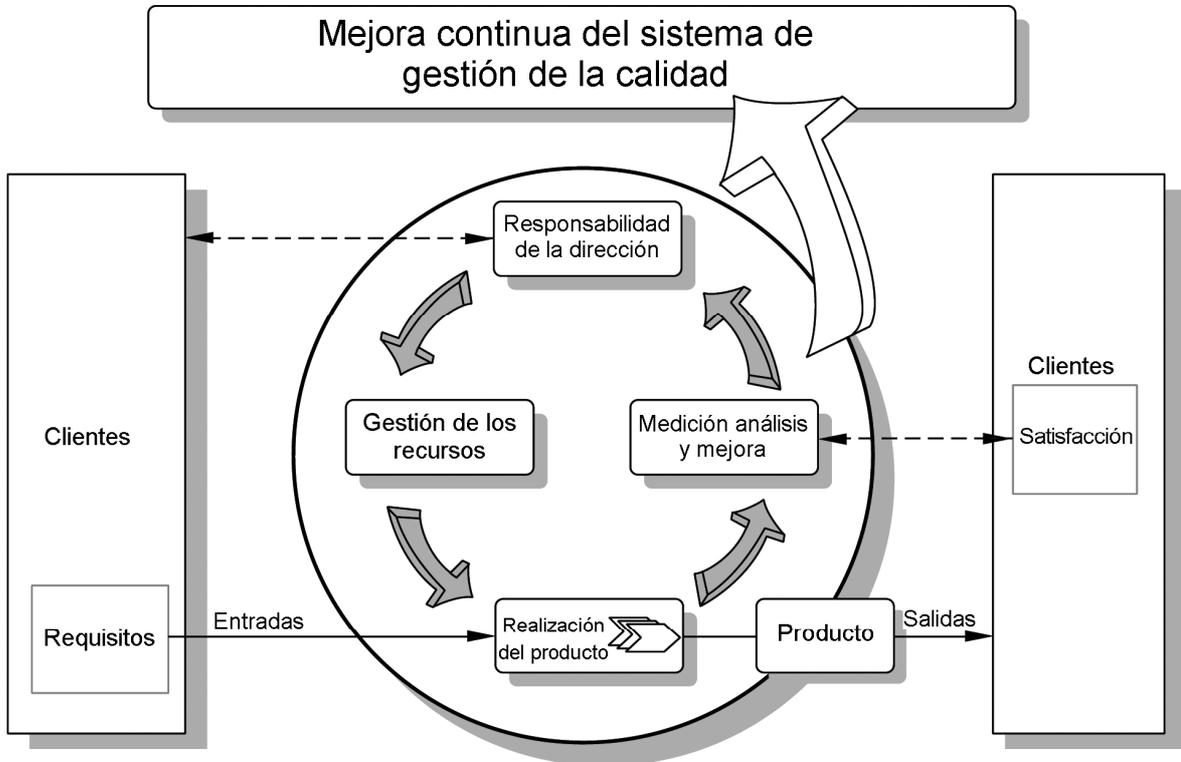
## FORMULARIO PARA EL MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y PREVENTIVO

Inventario para soporte programado de equipo médico	<b>HOSPITAL CANTONAL DE SANGOLQUÍ</b>		<b>LOGO</b>
EQUIPO:	SERVICIO/DEPARTAMENTO	CODIGO FINANCIERO	
MARCA:	AREA/UNIDAD	PRECIO DE COMPRA:	
MODELO:			
SERIE:	AÑO DE FABRICACION:	DEPRECIACION:	
Nº INVENTARIO:	AÑO DE INSTALACION:		
<b>DATOS TECNICOS</b>			
Equipo principal	Accesorio 1	Accesorio 2	
Descripción:	Descripción:	Descripción:	
Nomenclatura:	Nomenclatura:	Nomenclatura:	
Tipo:	Tipo:	Tipo:	
Voltaje: [V]	Voltaje: [V]	Voltaje: [V]	
Corriente: [A]	Corriente: [A]	Corriente: [A]	
Potencia: [W]	Potencia: [W]	Potencia: [W]	
Nº Inventario:	Nº Inventario:	Nº Inventario:	
Accesorio 3	otros		
Descripción:		Fabricante:	
Nomenclatura:		País de origen:	
Tipo:		Web:	
Voltaje: [V]		Distribuidor local:	
Corriente: [A]		Dirección:	
Potencia: [W]		Teléfono / Fax:	
Nº Inventario:		web / e-mail:	
<b>ANALISIS DE RIESGO</b>			
<b>1.- FUNCION DEL EQUIPO</b>		<b>2.- APLICACION CLINICA</b>	
Soporte de vida	<input type="checkbox"/>	Puede producir muerte al paciente	<input type="checkbox"/>
Equipos e instrumentos para cirugía y cuidados intensivos	<input type="checkbox"/>	Puede producir daño al paciente/operador	<input type="checkbox"/>
Equipos para el tratamiento y la fisioterapia	<input type="checkbox"/>	Terapia inapropiada o falso diagnóstico	<input type="checkbox"/>
Otros equipos para el monitoreo fisiológico y diagnóstico	<input type="checkbox"/>	Riesgo mínimo	<input type="checkbox"/>
Análisis de laboratorio	<input type="checkbox"/>	Sin riesgo significativa	<input type="checkbox"/>
Accesorios de laboratorio	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Computadoras y equipos asociados	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Otros equipos relacionados con el paciente	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Puntaje		Puntaje	
<b>3.- EXPERIENCIA Y CONSIDERACIONES ESPECIALES</b>			
3.1.- Revisión del histórico de incidentes del equipo y otras fuentes de información relevantes			
No experiencias disponibles	<input type="checkbox"/>	Comentario: _____	
No hallazgos significativos	<input type="checkbox"/>	_____	
Incidentes, comentarios a continuación	<input type="checkbox"/>	_____	
Incidentes en otras unidades de salud, comentarios	<input type="checkbox"/>	_____	
Puntaje			

<p>3.2.- Problemas significantes / consideraciones generales</p> <p>No existe equipo de reemplazo disponible <input type="checkbox"/></p> <p>Equipo único en marca y modelo (no homogenización) <input type="checkbox"/></p> <p>No para uso con batería o batería no vigente <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguno <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Puntaje</p>	<p>3.3.- Problemas significantes / ambiente de uso</p> <p>Fuera de servicio (desde.....) <input type="checkbox"/></p> <p>poco uso &lt; 3 horas/día <input type="checkbox"/></p> <p>uso frecuente entre 3 y 8 horas/día <input type="checkbox"/></p> <p>trabajo duro o abuso &gt; 18 horas/día <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Puntaje</p>
<p>3.4.- Problemas significantes / condiciones de falla</p>	
<p>3.4.1.- Condición exterior, pintura e integridad (Carcaza, Panel, Soporte, ruedas, etc), señalar la opción más relevante.</p> <p>Buena condición <input type="checkbox"/></p> <p>Fallas de pintura <input type="checkbox"/></p> <p>Partes golpeadas, raspadas, oxidadas <input type="checkbox"/></p> <p>Partes faltantes, signos de caídas fuertes <input type="checkbox"/></p> <p>Inminente cambio de partes <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Puntaje</p>	<p>3.4.2.- Falta de transductores, sensores, insumos y/o reactivos, funcionamiento parcial <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no</p> <p style="text-align: right;">Puntaje</p> <p>3.4.3.- Condición de la conexión eléctrica</p> <p>buen estado <input type="checkbox"/></p> <p>deterioro de cables y/o enhufe <input type="checkbox"/></p> <p>no aplicable <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Puntaje</p>
<p>3.5.- Problemas significantes / soporte</p>	
<p>3.5.1.- Disponibilidad de información técnica <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no</p> <p>Manual de usuario <input type="checkbox"/></p> <p>Manual de servicios <input type="checkbox"/></p> <p>Manual de partes y piezas <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Puntaje</p>	<p>3.5.2.- Entrenamiento por parte del distribuidor <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no</p> <p style="text-align: right;">Puntaje</p>
<p>3.5.3.- Incluido en programa de mant. (señale al menos uno)</p> <p>Mantenimiento preventivo casa adentro <input type="checkbox"/></p> <p>Mantenimiento preventivo por garantía <input type="checkbox"/></p> <p>Mantenimiento preventivo por contrato <input type="checkbox"/></p> <p>Mantenimiento preventivo por comodato <input type="checkbox"/></p> <p>Otros, pero si preventivos <input type="checkbox"/></p> <p>Solo mantenimiento correctivo <input type="checkbox"/></p> <p>Otros <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Puntaje</p>	<p>3.5.4.- chequeo antes de uso</p> <p>El equipo dispone de autotest <input type="checkbox"/></p> <p>El usuario verifica antes de usar <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguno <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Puntaje</p>
<p>3.5.5.- problemas operativos <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no</p> <p>Se dispone de soporte técnico ni distribuidor local <input type="checkbox"/></p> <p>El acceso a repuestos es restringido sea por costo o disponibilidad <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Puntaje</p>	<p>3.5.6.- regulación que debe cumplir el soporte técnico</p> <p>Iso <input type="checkbox"/></p> <p>Otros <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguno <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Puntaje</p>
<p><b>VALORACIONES</b></p>	
<p><b>Puntaje total Obtenido:</b> <span style="float: right;">Nivel de riesgo: alto <input type="checkbox"/> medio <input type="checkbox"/> bajo <input type="checkbox"/></span></p>	
<p><b>Inventario de mantenimiento:</b> <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no</p> <p><b>Grupo de riesgo del equipo:</b> soporte de vida <input type="checkbox"/></p> <p>soporte de paciente <input type="checkbox"/></p> <p>diagnóstico <input type="checkbox"/></p> <p>eléctrico <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>Puntaje ítem 3:</b></p> <p><b>Cronograma de mantenimiento:</b> Extensivo <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 100px;">Sobre el promedio <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 100px;">Moderado <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 100px;">Mínimo <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>FECHA:</b> <span style="float: right;"><b>POR:</b></span></p>	

**ANEXO Nº 8**  
**ISSO 9001-2008**

**Modelo de un sistema de gestión de la calidad basado en procesos**



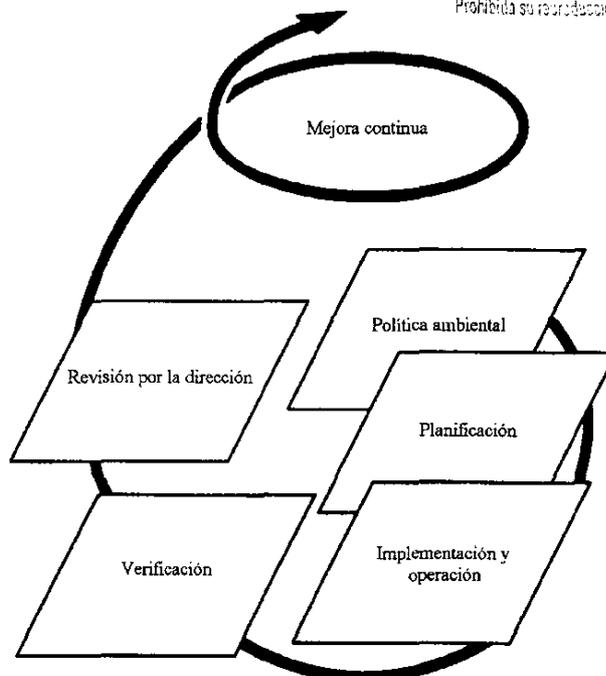
**Leyenda**

- ▶ Actividades que aportan valor
- - -▶ Flujo de información

## ISSO 14000 -2008

ISO 14001:2004 (traducción certificada)

Documento Autorizado  
 ISO/IEC JTC1/SC42/1992  
 INDECOP,  
 Prohibida su reproducción (texto, total o parcial)



NOTA Esta Norma Internacional se basa en la metodología conocida como Planificar-Hacer-Verificar-Actuar (PHVA). La metodología PHVA se puede describir brevemente como:

- Planificar: establecer los objetivos y procesos necesarios para conseguir resultados de acuerdo con la política ambiental de la organización.
- Hacer: implementar los procesos.
- Verificar: realizar el seguimiento y la medición de los procesos respecto a la política ambientales, los objetivos, las metas y los requisitos legales y otros requisitos, e informar sobre los resultados.
- Actuar: tomar acciones para mejorar continuamente el desempeño del sistema de gestión ambiental.

Muchas organizaciones gestionan sus operaciones por medio de la aplicación de un sistema de procesos y sus interacciones, que se puede denominar como "enfoque basado en procesos". La Norma ISO 9001 promueve el uso del enfoque basado en procesos. Ya que la metodología PHVA se puede aplicar a todos los procesos, las dos metodologías se consideran compatibles.

Figura 1 — Modelo de sistema de gestión ambiental para esta Norma Internacional