

ESCUELA POLITÉCNICA NACIONAL

FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS

**MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS PARA EL
SERVICIO DE PEDIATRÍA y NEONATOLOGÍA DEL
HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ.**

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

**FABIOLA CONCEPCIÓN CORRALES PARRA
fabiola_corrales_23@hotmail.com**

**DIRECTOR: DR. MILTON VEGA H. MD. MBA, MGSS.
Mvegah2002@yahoo.es**

2009

DECLARACIÓN

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

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

.....
Fabiola Concepción Corrales Parra

CERTIFICACIÓN

Certifico que el presente trabajo fue realizado por la Licenciada Fabiola Corrales, bajo mi supervisión.

.....
Dr. Milton Vega Herrera.
DIRECTOR DEL PROYECTO.

DEDICATORIA

Ofrecerle a Dios en agradecimiento por la vida, mi familia y un trabajo que me permite ayudar a los demás.

El presente trabajo va dirigido con gratitud para todos los docentes, que dictaron la Maestría.

A mi esposo y mis tres hijas por su comprensión y el valor que me dieron valor para seguir adelante.

Para mis amigas y compañeras de trabajo en gratitud, por brindarme su amistad y su tiempo, en miras de que termine ésta ciclo de estudios.

FABIOLA

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo va dirigido al Personal Docente, Coordinadores y Colaboradores de la Escuela Politécnica Nacional, quienes con sus conocimientos, y enseñanzas impartidas, se pudo llegar a feliz término ésta Maestría, que me ha capacitado para un mejor desenvolvimiento en mi vida profesional.

Al personal del Hospital Dr. Gustavo Domínguez, en especial a la Coordinadora de Enfermería al Jefe del Servicio de Estadística y a todas las personas que hicieron posible la elaboración de éste proyecto.

A mi familia que supo apoyarme en todo momento, sea moral como materialmente para culminar ésta etapa de mi vida que me ha preparado para un futuro mejor.

Al Dr. Milton Vega mi más sincero agradecimiento y admiración quien con su nobleza y entusiasmo y sus vastos conocimientos supo guiarme en la elaboración de éste proyecto.

FABIOLA

CONTENIDO

DECLARACIÓN.....	2
CERTIFICACIÓN	3
DEDICATORIA.....	4
AGRADECIMIENTO.....	5
CONTENIDO	6
CAPÍTULO I.....	24
MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS PARA EL SERVICIO DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ.	24
1.1 INTRODUCCION.....	24
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	24
1.3 FORMULACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA	25
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	26
1.4.1. OBJETIVO GENERAL.....	26
1.5 JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO	27
1.5.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA	27
1.5.2. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA.	27
1.5.3. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA.....	28
1.6 HIPÓTESIS	28
1.6.1. HIPÓTESIS GENERAL.....	28
1.6.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.....	28
1.7 ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	29
CAPITULO II.....	30
2. MARCO TEÓRICO.....	30
2.1 PROCESO SALUD ENFERMEDAD.	30
2.1.1 PERFIL EPIDEMIOLOGICO,.....	30
2.1.2 CONCEPTUALIZACIÓN DE SALUD	31
2.2 SISTEMAS DE SALUD.....	31
2.2.1 FUNCIONES DE LOS SISTEMAS DE SALUD	32
2.4 CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD.	43
2.4.1 LICENCIAMIENTO	44
2.4.2 CERTIFICACIÓN.....	45
2.4.3 ACREDITACIÓN.....	45
2.4.4 PLANEACIÓN DE LA CALIDAD	46
2.4.5 GESTIÓN DE LA CALIDAD.....	46
2.4.6 CONTROL DE LA CALIDAD.	47
2.5 GERENCIA HOSPITALARIA.	48
2.5.1. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA.	49
2.5.2 ORGANIZACIÓN HOSPITALARIA	55
2.6 TEORÍA DE SISTEMAS Y LA ORGANIZACIÓN.	56
2.6.1 SISTEMA	57
2.7. GESTIÓN POR PROCESOS	59
2.7.1 PRINCIPIOS DE LA GESTIÓN POR PROCESOS	60
2.7.2 NIVELES DE JERARQUÍA DE LOS PROCESOS.....	60
2.7.3 DEFINICIÓN DE PROCESO.....	61
2.7.4 DIFERENCIAS ENTRE LA GESTIÓN POR PROCESOS Y LA GESTIÓN FUNCIONAL TRADICIONAL	70
2.7.5. METODOLOGÍA GENERAL PARA LA GESTIÓN POR PROCESOS.	70
2.7.6 MANUAL DE PROCESOS.	72
2.7.7 METODOLOGÍA PARA EL DESARROLLO Y/O MEJORAMIENTO DE PROCESOS	73

2.7.8 MEDICIÓN DE LOS PROCESOS.....	75
2.8 MONITOREO, EVALUACIÓN Y LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN.....	79
2.8.1 MONITOREO.....	79
2.8.2 EVALUACIÓN.....	80
2.8.3 SISTEMAS DE INFORMACIÓN.....	81
2.9 EL CUADRO DE MANDO INTEGRAL (BALANCED SCORECARD).....	83
2.9.1 Perspectivas que analiza el CMI.....	84
2.9.2 EL TABLERO DE CONTROL.....	87
3.3 CONTEXTO PROVINCIAL.....	123
3.2.1 DESCRIPCIÓN TERRITORIAL, OROGRAFÍA Y RIESGOS.....	127
3.2.2 DATOS POBLACIONALES.....	129
3.2.3 DATOS DEMOGRÁFICOS.....	133
3.2.4. CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS.....	135
3.2.5 SECTOR EDUCATIVO.....	139
3.2.6 CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y SERVICIOS BÁSICOS.....	141
3.2.7 ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PROVINCIAL.....	148
3.2.8 RECURSOS HUMANOS EN SALUD.....	152
3.2.9 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS Y DE SALUD.....	153
3.3 CONTEXTO DEL HOSPITAL “DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ”.....	158
3.3.1 DISTRIBUCIÓN FÍSICA DEL HOSPITAL.....	160
3.3.2 RECURSOS HUMANOS DEL HOSPITAL.....	163
3.3.3 ANÁLISIS DE LA TECNOLOGÍA.....	164
3.3.4 ACTIVIDADES DOCENTES.....	164
3.3.5 RELACIÓN CON AGENTES SOCIALES.....	164
3.3.6 SISTEMAS DE INFORMACIÓN.....	165
3.3.7 INFORMACIÓN ECONÓMICO FINANCIERA.....	165
3.3.8 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL HOSPITAL.....	167
3.3.9 ACTIVIDADES ASISTENCIALES.....	168
3.3.10 ACTIVIDADES SEGÚN COMPONENTE.....	172
3.3.11 INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA.....	175
3.4 SERVICIO DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA.....	177
3.4.1 PEDIATRÍA.....	177
3.4.3. OBJETIVO.....	180
3.4.4. RECURSOS HUMANOS DEL SERVICIO.....	180
3.4.5 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL SERVICIO.....	182
3.4.6 INSTRUCTIVO.....	184
3.4.7 ACTIVIDADES DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA.....	186
3.4.8 ESTÁNDARES MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA GARANTIZAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA.....	193
3.5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	197
3.5.1 CONCLUSIONES.....	197
3.5.2 RECOMENDACIONES.....	198
4. MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS PARA EL SERVICIO DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA.....	199
4.1 PLANIFICACIÓN GENERAL DEL ÁREA DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA.....	199
4.1.1 ANÁLISIS AMBIENTAL.....	199
4.1.2 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.....	210
4.1.3 BALANCE SCORECARD. “CUADRO DE MANDO INTEGRAL”.....	211
4.2. ORGANIZACIÓN DEL ÁREA DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA.....	215
4.2.1 GENERAL.....	216
4.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL ÁREA.....	216
4.2.3 RELACIÓN INTERDEPARTAMENTAL.....	217
4.2.4 RECURSOS HUMANOS.....	218
4.2.5. MANTENIMIENTO.....	220
4.3 ESTRUCTURA POR PROCESOS.....	221

4.3.1 BASE LEGAL DE LA NORMATIVA QUE RIGE A LA ESTRUCTURA ORGÁNICA POR PROCESOS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD.....	222
4.3.2 MAPA DE PROCESOS.....	223
4.3.3 Jerarquización del proceso.....	225
4.3.4 Desarrollo del proceso.....	227
4.3.5 ESTABLECIMIENTO DE LOS PROCESOS PRINCIPALES DEL ÁREA DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA.	228
4.4 GESTIÓN.....	241
4.4.1 OPTIMIZACIÓN DEL RECURSO CAMA.....	249
4.4.2 MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD.....	250
4.5. MONITOREO Y EVALUACIÓN.....	252
4.5.1 SISTEMAS DE INFORMACIÓN.....	255
4.6 ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN.....	257
4.6.1 DESCRIPCIÓN DE LA ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN.....	258
4.7 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES.....	266
4.7.1 CONCLUSIONES.....	266
4.7.2 RECOMENDACIONES.....	268
5 BIBLIOGRAFÍA.....	269
6. ANEXOS.....	272
6.1 ANEXO.....	272
6.2 ANEXO.....	285
6.3 ANEXO.....	301
6.4 ANEXO.....	302
6.5 ANEXO.....	305

ÍNDICE DE CUADROS**PÁGINA**

Cuadro N° 2.1 Símbolos Estándares para la elaboración del Diagrama de Flujo.....	71
Cuadro N° 2.2 Diferencias entere Gestión por Procesos y Gestión Funcional Tradicional.....	72
Cuadro N° 4.1 Matriz DOFA Hospital Dr. Gustavo Domínguez Servicio De Pediatría Y Neonatología 2009.....	208
Cuadro No. 4.2 Descripción de Actividades. Subproceso: Admisión.....	231
Cuadro No. 4.3 Caracterización de Actividades. Subproceso de Admisión.....	233
Cuadro No. 4.4 Descripción de Actividades. Subproceso Tratamiento Médico...	234
Cuadro No.4.5 Caracterización. Subproceso Tratamiento Médico.....	236
Cuadro No. 4.6 Descripción de Actividades. Subproceso Interconsulta.....	237
Cuadro N° 4.7 Caracterización. Subproceso. Interconsulta.....	238
Cuadro N° 4.8 Descripción de Actividades. Subproceso Egreso.....	239
Cuadro N° 4.9 Caracterización. Subproceso. Egreso.....	241

ÍNDICE DE GRÁFICOS	PÁGINA
Gráfico N° 2.1 Proceso: Mercadeo De Servicios Quirúrgicos.....	64
Gráfico N° 2.2 Proceso: Atención Hospitalaria.....	66
Gráfico N° 2.3 Inter Proceso interdepartamental.....	67
Gráfico N° 3. 1 Número De Establecimientos De Salud Con Y Sin Internación Período 1997- 2006.....	99
Gráfico N°3.2 . Número De Establecimientos De Salud Con Internación Y Sin Internación Hospitalaria Según Regiones .Geográficas Años1997,2001,Y 2006.....	100
Gráfico N° 3.3 Número De Establecimientos De Salud Con Internación Y Sin Internación Hospitalaria Según Entidad A La Que Pertenece Años 1997- 2006.....	102
Gráfico N° 3. 4. Número De Establecimientos De Salud Con Internación Hospitalaria, Según Sector Y Clase De Establecimiento. Año 2006.....	103
Gráfico N° 3. 4ª. Número De Establecimientos De Salud Sin Internación Hospitalaria Por Regiones Según Clase De Establecimiento Y Área Año 2006.....	104
Gráfico N°3.5. Número De Establecimientos De Salud Con Y Sin Internación Hospitalaria, Por Regiones Según Provincias Año 2006.....	105
Gráfico N° 3.6. Número De Médicos Que Trabajan En Establecimientos De Salud Según Especialidades Años 1997 Y 2006	107
Gráfico N°3. 7. Número De Personal Que Trabaja En Establecimientos De Salud Años 1997 Y 2006	108
Gráfico N° 3. 8. Consultas De Morbilidad, Prevención Y Odontológicas Realizadas En Los Establecimientos De Salud Año 2006	110
Gráfico N° 3.9. Tasa De Médicos Según Provincias Años 1997 -2006.	112
Gráfico N°3.10. Tasa De Odontólogos Según Provincia Años 1997 Y 2006.	114
Gráfico N°3.11tasa De Enfermeras Por Provincias 1997- 006.....	114
Gráfico N° 3.12. Tasa De Obstetras Según Provincia Años 1997 Y 2006.....	116
Gráfico N° 3.13. Tasa Auxiliares De Enfermería Según Provincias Años 1997- 2006.....	118

Gráfico N° 3. 14. Número De Establecimientos, Egresos Hospitalarios Y Camas Hospitalarias Disponibles Según Regiones Años 1996, 2000 Y 2006.....	119
Gráfico N°3. 15. Número De Camas Hospitalarias Disponibles Según Provincias Años 1996 Y 2006.	120
Gráfico N° 3.16. Número De Egresos Hospitalarios Según Provincias Años 1996 Y 2006.....	121
Gráfico N°3.17. Diez Principales Causas De Morbilidad Año 2006(Lista Única De 298 Causas –Cie-10).....	122
Gráfico N° 3.18. Diez Principales Causas De Morbilidad Femenina Año 2006. .	124
Gráfico N° 3.19 Diez Principales Causas De Morbilidad Masculina Año 2006....	125
Gráfico N° 3. 20 Distribución De La Población Según Parroquias Censo 2001..	132
Gráfico N° 3.21 Pirámide Poblacional De La Provincia De Santo Domingo Censo 2001.	136
Gráfico N°3. 22 Tasa De Crecimiento Anual Y Estimado De Población Por Años.....	137
Gráfico N°23. Población Por Etnias Santo Domingo D e Los Tsáchilas 2001...	138
Gráfico N° 3. 24. Población Económicamente Activa De 5 Años Y Más, Por Sexo Y Según Grupos Poblacionales Santo Domingo 2001.....	139
Gráfico N° 3. 25. Población Económicamente Activa De 5 Años Y Más, Por Sexo Y Según Grupos Poblacionales Santo Domingo 2001.....	140
Gráfico N° 3.26. Población Según Niveles De Instrucción Santo Domingo De Los Tsáchilas 2001.....	142.
Gráfico N° 3.27. Porcentaje De Población Que Accede A Educación Por Áreas Santo Domingo De Los Tsáchilas 2001.....	143
Gráfico N° 3.28 .Disponibilidad De Vivienda Según Parroquias Provincia De Santo Domingo De Los Tsáchilas 2001.....	144
Gráfico N° 3.29. Eliminación De Aguas Servidas En Viviendas Particulares Ocupadas Santo Domingo Censo 2001.....	145
Gráfico N° 3. 30 .Disponibilidad De Luz Eléctrica Según Parroquias Santo Domingo Censo 2001.	146
Gráfico N° 3.31. Disponibilidad De Teléfono Según Parroquias Santo Domingo Censo 2001.	147

Gráfico N°3. 32.Población Con Disponibilidad De Agua Según Parroquias Provincia Santo Domingo De Los Tsáchilas 2001..	148
Gráfico N° 3.33. Disponibilidad De Alcantarillado Según Parroquias Censo 2001	149
Gráfico N° 3.34. Sistema De Eliminación De Basura Según Parroquias Provincia Santo Domingo De Los Tsáchilas 2001.	150
Gráfico N° 3.35.. Unidades De Salud Área De Salud 17 Y Población De Referencia Provincia Santo Domingo De Los Tsáchilas 2005.....	152
Gráfico N° 3.36 Unidades De Salud Área 22 Y Población De Referencia Prov. De Santo Domingo De Los Tsáchilas. 2005.....	153
Gráfico N° 3.37. Población Afiliada Al less Provincia De Santo Domingo De Los Tsáchilas 2001.....	154
Gráfico N° 3.38.Morbilidad Palúdica, Zona I 2001- 2008.....	156
Gráfico N°3. 39 tipos De Morbilidad Área 22, Provincia Santo Domingo De Los Tsáchilas, Años 2007- 2008.....	157
Gráfico N° 3.40. Tipos De Morbilidad Área 17, Provincia Santo Domingo De Los Tsáchilas Años 2007- 2008.....	158
Gráfico N° 3.41. Casos De VIH-Sida En La Provincia Santo Domingo De Los Tsáchilas.....	159
Gráfico N°3. 42. Dotación De Camas Por Servicios Hospital Dr. Gustavo Domínguez 2008.	164
Gráfico N° 3. 43. Distribución De Personal Del Hospital Dr. Gustavo Domínguez.....	165
Gráfico N° 3.44 Análisis Del Presupuesto Del Hospital Dr., Gustavo Domínguez 2007-2008.....	168
Gráfico N°3. 45. Organigrama Estructural Del Hospital Dr. Gustavo Domínguez Año 1996.....	170
Gráfico N° 3. 46. Atenciones Ambulatorias Por Años Hospital Dr. Gustavo Domínguez.....	172
Gráfico N° 3.47.Porcentaje De Ocupación De Cama Por Servicios Y Por Años Hospital Dr. Gustavo Domínguez.	173
Gráfico N° 3.48.Egreso Hospitalario Por Servicio Y Por Años Hospital Dr. Gustavo Domínguez.	174

Gráfico N°3. 49 Placas Radiográficas, Y Otros Exámenes Realizados (Ecos) .Hospital Dr. Gustavo Domínguez. Años 2006-2007-2008.....	175
Gráfico N° 3.50.Determinaciones De Laboratorio Realizadas Hospital Dr, Gustavo Domínguez. Años 2006- 2007- 2008.....	176
Gráfico N° 3. 51kilos De Ropa Lavada Por Años Hospital Dr. Gustavo Domínguez.....	177
Gráfico N° 3.52.Principales Tipos De Morbilidad Por Egreso Hospitalario Hospital Dr. Gustavo Domínguez Años 2006 – 2008.....	178
Gráfico N° 3. 53. Causas De Mortalidad Hospitalaria H. Dr. G. D. 2006-2008...	179
Gráfico N° 3. 54. Personal Que Labora En El Servicio De Pediatría Hospital Dr. Gustavo Domínguez 2008.....	184.
Gráfico N° 3. 55. Organigrama Del Servicio De Pediatría Y Neonatología 2006.....	185
Gráfico N°3. 56. Total De Egresos. Servicio De Pediatría Y Neonatología Años 2006-2007-2008, H. Dr. G.D.....	189
Gráfico N° 3.57 Porcentaje De Ocupación Del Servicio De Pediatría Y Neonatología. H. Dr. G.D. Años 2006- 2007 -2008.	190
Gráfico N° 3. 58 Proyección Promedio Días Estada Servicio De Pediatría Hospital Gustavo Domínguez 2001- 2010.....	191
Gráfico N° 3.59 Proyección Días Estada Servicio De Neonatología H.Dr.G.D.2001 -2010.....	191
Grafico N° 3.60 Principales Tipos De Egreso Hospitalario.Servicio De Pediatría. H.Dr.G.D.Años 2006- 2007-2008.....	192
Gráfico N° 3.61.Tipos De Egreso Hospitalario Servicio NeonatologíaH.Dr.G.D. 2006-2007-2008.....	193
Gráfico N° 3.62.Principales Causas De Muerte En El Servicio De Neonatología H. Dr. G. D. 2006.....	194
Gráfico N° 3.63.Principales Causas De Muerte Infantil. Neonatología H.Dr.G.D. Año 2008.....	195
Gráfico N° 3.64.Estándares De Organización Médica.	197
Gráfico N° 3.65.Estándares De Áreas Técnicas Y De Apoyo.....	198

Gráfico N° 4.1 Clasificación De Factores Según Naturaleza H. Dr. G. D. Pediatría.....	211
Gráfico N° 4.2 Organigrama Funcional (De Izquierda A Derecha) Para El Servicio De Pediatría Y Neonatología.....	218
Gráfico N° 4.3. Relación Interdepartamental Del Servicio De Pediatría Y Neonatología. H. Dr. G. D.....	220
Gráfico N° 4.4 Personal De Enfermería Del Servicio De Pediatría.....	221
Gráfico N° 4.5, Personal De Enfermería Neonatología.	222
Gráfico N° 4.6 Jerarquía De Procesos.....	228
Gráfico N° 4.7 Proceso De Valor Agregado. Hospital General.....	229
Gráfico N° 4.8 Desarrollo Del Proceso.....	230
Gráfico N° 4.9 Diagrama De Flujo Subproceso De Admisión.....	232
Gráfico N° 4.10 Diagrama De Flujo. Subproceso: Tratamiento Médico.....	235
Gráfico N° 4.11 Diagrama De Flujo Subproceso Interconsulta.....	237
Gráfico No. 4.12 Diagrama De Flujo Subproceso Egreso.....	240
Gráfico N°. 6.1.1 Organización De La Atención Médica.....	273
Gráfico N° 6.1.2 Referencia Y contra referencia.....	274
Gráfico N° 6.1.3 Hospitalización.....	275
Gráfico N° 6.1.4. Consulta Externa.....	276
Gráfico N° 6.1.5 Emergencias.....	277
Gráfico N° 6.1.6 Laboratorio De Análisis.....	278
Gráfico N° 6.1.7 Diagnóstico Por Imágenes.....	279
Gráfico N° 6.1.8 Atención Del Parto Y El Nacimiento.....	280
Gráfico N° 6.1.9 Quirófanos.....	282
Gráfico N° 6.1.10 Anestesiología.....	283
Gráfico N° 6.1.11 Control De Infecciones.....	283
Gráfico N° 6.1.12 Neonatología.....	284
Gráfico N° 6.1.13servicio Social.....	285
Gráfico N° 6.2.1 Nutrición.....	286
Gráfico N° 6.2.2 Lavandería.....	287
Gráfico N° 6.2.3 Saneamiento.....	288
Gráfico N° 6.2.4 Esterilización.....	289
Gráfico N° 6.2.5 Farmacia.....	290

Gráfico N° 6.2.6 Enfermería.....	291
Gráfico N° 6.2.7 Registros Y Estadísticas.....	292
Gráfico N° 6.2.8. Gerencia Técnica.....	294
Gráfico N° 6.2.9 Mantenimiento.....	295
Gráfico N° 6.2.10 Estructura Físico Funcional.....	297
Gráfico N° 6.2.11 Instalaciones Eléctricas.....	298
Gráfico N° 6.2.12 Instalaciones Sanitarias.....	299
Gráfico N° 6.2.13 Sistema De Gases.....	299
Gráfico N° 6.2.14 Mejoramiento De La Calidad.....	300
Gráfico N° 6.2.15 Seguridad General.....	301

Índice De Mapas

Página

Mapa N° 3.1 Mapa Del Ecuador.....	128
Mapa N° 3.2 Mapa De La Prov. Santo Domingo De Los Tsáchilas.....	129

Índice De Tablas	Página
Tabla Nº 3.1 Resumen Médicos Que Trabajan En Establecimientos De Salud Según especialidades Años 1997 Y 2006	106
Tabla Nº 3.2 Resumen Gráfico Nº 8 Consultas De Morbilidad, Prevención Y Odontología Realizadas En Los Establecimientos De Salud Según Regiones Geográficas Año 2006.....	109
Tabla Nº 3.3 Resumen Gráfico Nº 3.9 Tasa De Médicos Según Provincias Años 1997 Y 2006.....	111
Tabla Nº 3.4. Resumen Gráfico N º3.10 Tasa De Odontólogos Según Provincias Años 1997 Y 2006.....	113
Tabla Nº 3.5. Resumen Gráfico Nº 3.12 Tasa De Obstetrices Según Provincia.....	115
Tabla Nº 3. 6. Resumen Gráfico Nº3. 13 Tasa De Auxiliares De Enfermería Según Provincias 1997 – 2006.....	117
Tabla Nº 3. 7 Información Básica De Las Instalaciones Del Hospital.....	167
Tabla Nº 3. 8 Análisis Del Presupuesto Del Hospital Dr. Gustavo Domínguez 2007-2008.....	207
Tabla Nº 4.1 Oportunidades Servicio De Pediatría Y Neonatología H. Dr. G. D.....	203
Tabla Nº 4.2 Amenazas Servicio De Pediatría Y Neonatología H. Dr. G. D.....	204
Tabla 4.3 Fortalezas Servicio De Pediatría Y Neonatología H. Dr. G. D.....	206
Tabla 4.4 Debilidades Servicio De Pediatría Y Neonatología H. Dr. G. D.....	207
Tabla Nº 4.5 Ordenamiento De Factores Según Motricidad Y Dependencia...	209
Tabla Nº4.6 Balance Scordcare, H. Dr. G. D. Pediatría Y Neonatología.....	216
Tabla Nº 4.7 Optimización Del Recurso Cama.....	251
Tabla Nº 4.8 Monitoreo Y Evaluación.....	255
Tabla Nº 4.9 Estrategia De Implementación, Servicio De Pediatría Y Neonatología.....	263
Tabla Nº 6.1.1 organización De La Atención Médica.....	273
Tabla Nº 6.1.2 Referencia Y Contra referencia.....	274
Tabla Nº 6.1.3 Hospitalización.....	275
Tabla Nº 6.1.4 Consulta Externa.....	276
Tabla Nº 6.1.5 Emergencias.....	277

Tabla N° 6.1.6 Laboratorio De Análisis Clínico.....	278
Tabla N° 6.1.7 Diagnóstico Por Imágenes.....	279
Tabla N° 6.1.8 Atención Del Parto Y El Nacimiento.....	280
Tabla N° 6.1.9 Quirófanos.....	281
Tabla N°6.1.10 Anestesiología.....	282
Tabla N° 6.1.11.Control De Infecciones Hospitalarias.....	283
Tabla N° Neonatología.....	284
Tabla N° 6.1.12 Servicio Social.....	285
Tabla N° 6.2.1.Nutrición.....	286
Tabla N°6.2.2 Lavandería.....	287
Tabla N° 6.2.3 Saneamiento.....	288
Tabla N° 6.2.4esterilización.....	289
Tabla N° 6.2.5 Farmacia.....	290
Tabla N° 6.2.6 Enfermería.....	291
Tabla N° 6.2.7registros Y Estadísticas En Salud.....	292
Tabla N° 6.2.8 Gestión Tecnológica.....	293
Tabla N° 6.2.9 Mantenimiento.....	294
Tabla N° 6.2.10 Estructura Físico Funcional.....	295
Tabla N° 6.2.11 Instalaciones Eléctricas.....	296
Tabla N° 6.2.12 Instalaciones Sanitarias.....	297
Tabla N° 6.2.13 Sistema De Gases.....	298
Tabla N° 6.2.14 Mejoramiento Continuo De La Calidad.....	299
Tabla N° 6.2.15 Seguridad General.....	300
Tabla N° 6.3.1 Matriz De Análisis Estructural H. Dr. G. D. Serv. Pediatría Y Neonatología Planeación Estratégica.....	302
Tabla N°6.4.1 Cálculo De Personal De Enfermería Pa ra Los Servicios De Pediatría Y Neonatología (1).....	303
Tabla N° 6.4.2 Cálculo De Personal De Enfermería Pa ra Los Servicios De Pediatría Y Neonatología (2).....	304
Tabla N° 6.4.3 Cálculo De Personal De Enfermería Pa ra Los Servicios De Pediatría Y Neonatología (3).....	305
Tabla N°6.5.1 Presupuesto Para Estrategia De Imple mentación (1).....	305
Tabla N°6.5.2presupuesto Para Estrategia De Implem entación (2).....	306

RESUMEN

En el mundo moderno la aplicación de Modelos de Gestión ha provocado que las empresas en general mejoren los mecanismos de producción y lleguen a cumplir con mayor aproximación los objetivos estratégicos.

En esta vía las organizaciones de la salud no han podido ni pueden quedarse atrás en la aplicación de estas metodologías, las cuales además están siempre enfocadas a la optimización del servicio para el cliente o usuario, tema vital para las organizaciones hospitalarias.

Por tanto, se puede expresar que el presente planteamiento de Gestión por Procesos, así como su correspondiente mecanismo de valoración y control dado por la aplicación Cuadro de Mando Integral, servirán sin lugar a dudas para mejorar la calidad de la gestión del área de Pediatría y Neonatología. Por lo que en el presente trabajo se despliegan los siguientes capítulos

En primer lugar, en el capítulo No. 1, se detalla el plan de tesis de la propuesta, donde se destacan los problemas, objetivos, hipótesis, justificación y metodología.

En el capítulo No. 2, ya como parte de la investigación, se realizó un recorrido teórico por los datos ya existentes en relación a la administración hospitalaria. Es así que se detallan temas tales como la planificación estratégica, la gerencia por procesos (donde se exponen conceptos, componentes, proceso de desarrollo y mecanismos de ejecución), así mismo, al final del capítulo se muestran los parámetros para el diseño del mecanismo de control conocido como el cuadro de mando integral. Información que permitió el diseño posterior de las estrategias prácticas para el Departamento de Pediatría y Neonatología.

Posterior a ello, en el capítulo No. 3, se realiza un análisis hospitalario nacional, análisis situacional de las condiciones en las que se encuentra la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, el Hospital Dr. Gustavo Domínguez y del Servicio de Pediatría y Neonatología.

Todo éste análisis se realizó con información del INEC y del Departamento de Estadística del hospital.

Finalmente, en el capítulo N° 4 se desarrolla la propuesta de mejoramiento del área de Pediatría y Neonatología generado a partir de un modelo de gerencia por procesos, el cual es concluido con la estructuración del cuadro de mando integral para la evaluación de resultados.

ABSTRACT

In the current world the application of Management Models has provoked that the companies in general improve their production mechanisms of and fulfill the strategic targets with major approaches.

This way, health organizations cannot remain behind in the application of these methodologies, which are always focused on the optimization of the service for the client or user, which is a vital topic for the hospitable organizations.

Therefore, it is possible to express that the present exposition of Management for Processes, as well as its corresponding mechanism of evaluation and control given by the application of the Integral Control Picture, that will undoubtedly serve to improve the management quality of the Pediatrics and Neonatology area.

First of all, chapter number one details the thesis plan which summarizes the problems, aims, hypothesis, validation and methodology of the present proposal.

Chapter 2, as part of the investigation, makes a theoretical trip for the existing information related to the hospitable administration. Topics such as strategic planning, management by processes (where concepts, components, process of development and mechanisms of execution are exhibited) are detailed.

At the end of the chapter, you will find the parameters for designing the control mechanism known as picture of integral control. This information allowed the later design of practical strategies for the Pediatrics and Neonatology Department.

After this, chapter number three shows a national analysis of hospitals, a situational overview of general conditions of the Santo Domingo de los Tsáchilas province, the Dr. Gustavo Dominguez hospital and the Pediatrics and Neonatology department.

All this analysis was based on data from the INEC and hospital's Statistics Department.

Finally, chapter 4 develops the improvement proposal of the Pediatrics and Neonatology area, generated from a management for processes model, which is concluded with the structure of the integral control picture for result evaluation.

PRESENTACIÓN

El trabajo que a continuación se detalla se refiere al planteamiento de una propuesta de mejoramiento administrativo para el Hospital “Dr. Gustavo Domínguez”, en lo que respecta al área de Pediatría y Neonatología.

Tal planteamiento fue establecido en base a las necesidades que demuestra el área mencionada, en especial su problemática respecto de la gerencia de sus servicios, los cuales, dada una inadecuada planificación, organización, gestión, monitoreo y evaluación, han generado resultados que van en demérito de la eficiencia y eficacia de los procesos de atención, lo que desemboca finalmente en la insatisfacción del cliente tanto interno como externo.

En complemento a lo anterior, se menciona que las motivaciones para el diseño de la presente propuesta se vieron corroboradas durante la evaluación primaria del departamento de Pediatría y Neonatología y del Hospital en general, donde se comprobó que existe un escaso trabajo colectivo para la elaboración del plan estratégico de la organización, así como de su correspondiente plan operativo anual, éste último que no es difundido adecuadamente y que tampoco contempla la relación entre oferta y demanda, lo cual produce deficiencia en la calidad de la atención.

Por tanto, se puede concluir que el presente planteamiento de Gestión por Procesos, así como su correspondiente mecanismo de valoración y control dado por la aplicación Cuadro de Mando Integral, servirán sin lugar a dudas para mejorar la calidad de la gestión del área de Pediatría y Neonatología en los siguientes aspectos:

Una organización más enfocada al cliente: Pues se pondrá mayor atención, mediante encuestas permanentes de satisfacción, a las necesidades de los usuarios y los lineamientos para cumplir con las expectativas de los mismos.

Participación de todo el personal: Pues para alcanzar las metas propuestas mediante los indicadores es necesaria el aporte de todos los miembros del área de Pediatría y Neonatología.

Enfoque a procesos: Pues de darse la aplicación del presente plan, todo el personal conocerá las actividades que conforman cada uno de los procesos principales del área y su participación dentro de ellos.

Finalmente se puede mencionar que pese a que el plan contiene los elementos fundamentales de evaluación mediante indicadores sin embargo siempre será necesario un proceso de mejora continua, lo que exige un esfuerzo extra, en primer lugar, de los directivos del área de Pediatría y Neonatología así como de todos los miembros de la misma, tanto por el establecimiento, ejecución y mantenimiento en el tiempo.

De esta manera se planteó la necesidad de trabajar en la propuesta de mejoramiento administrativo y estratégico del departamento mencionado para lo cual en la presente tesis se han desarrollado los siguientes aspectos:

CAPÍTULO I

MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS PARA EL SERVICIO DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ.

1.1 INTRODUCCION

El Cantón Santo Domingo de los Colorados cuenta con un hospital dotado de 141 camas dividido en las especialidades de Medicina Interna, Pediatría, Cirugía, y Traumatología, Gineco-obstetricia, además Urología, Cirugía Pediátrica, Neumología, Terapia Física y Rehabilitación.

El servicio de Pediatría tiene una capacidad de 25 camas, y el servicio de Neonatología 8 , el personal que dispone este servicio son: Pediatría; Médicos Tratantes 4 que hacen rotaciones por los dos servicios según horario establecido, 3 Enfermeras profesionales 9 Auxiliares de enfermería, 2 auxiliares administrativos, el promedio anual en consulta externa es 8547, atenciones por emergencia es 481 mensuales, el promedio de egresos hospitalarios es 108 mensuales que corresponde a pediatría y neonatología 39

39. El personal de Neonatología son 3 Enfermeras profesionales, 9 auxiliares de enfermería y 1 auxiliar administrativo.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La inadecuada Planificación, Organización, Gestión, Monitoreo y Evaluación, provoca ineficacia e ineficiencia, lo que influye en la atención brindada, produciendo insatisfacción del usuario interno y externo, por tanto no existe una gestión moderna en la atención de los servicios de Pediatría y Neonatología

Adicionalmente, se observa en la cotidianidad del servicio un escaso trabajo colectivo para elaborar el plan estratégico y plan operativo anual del servicio, mismo que no contempla la relación entre oferta y demanda del servicio, que produce deficiencia en la calidad de atención.

La Estructura orgánico funcional e inadecuada que no responde a una eficiente distribución del recurso humano, además se ha podido establecer poca optimización de los servicios de apoyo diagnóstico (laboratorio clínico y Rayos X) subutilización de material e insumos lo que provoca insatisfacción de usuarios

La gestión del servicio demuestra escaso cumplimiento de objetivos y metas, con desperdicio de recursos, lo que genera ineficiencia e ineficacia, situación que repercute en los usuarios internos y externos

Centralización del sistema de información y falta de difusión y retroalimentación, que no permite un adecuado monitoreo por lo tanto una oportuna toma de decisiones.

1.3 FORMULACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA

¿Es posible desarrollar un modelo de gerencia en los servicios de Pediatría y Neonatología con los componentes de Planificación, Organización, Gestión, Monitoreo y Evaluación, generando eficacia y eficiencia?

¿Es posible desarrollar un proceso de planificación, que articule la oferta y demanda?

¿Será posible establecer una estructura flexible, que facilite el trabajo de los recursos humanos y equipos, al distribuir en forma adecuada los recursos en los servicios?

¿Es posible establecer un modelo de gestión que permita lograr eficacia y eficiencia?

¿Es posible establecer un sistema de información con un adecuado monitoreo y retroalimentación para la toma de decisiones?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un sistema de gerencia para los servicios de Pediatría con planificación, organización, gestión, monitoreo y evaluación, que influya en la atención brindada, con alto grado de satisfacción en el usuario interno y externo.

1.4.1.1 Objetivos Específicos

- Revisar el plan estratégico y elaborar el plan operativo anual mediante un trabajo en equipo para mejorar la calidad de atención.
- Distribuir en forma adecuada el recurso humano, con servicios óptimos de apoyo diagnóstico, materiales e insumos, para un trabajo eficiente.
- Estructurar la organización del servicio con una participación activa de quienes personal técnico, personal directivo, con personal de otras áreas, para satisfacer la demanda de atención.
- Descentralizar el sistema de información con un adecuado monitoreo para una oportuna toma de decisiones.

1.5 JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

1.5.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

La Planificación Estratégica, asegurara la participación activa de todos los actores sociales en el diagnóstico de salud, con priorización de problemas, identificación de factores condicionantes, diseño y costeo de las alternativas de solución, asignación de responsabilidades, ejecución de actividades, monitoreo, control y evaluación.¹

El modelo de gestión requiere de la Organización, como el sistema de relaciones entre funciones, personas y factores físicos para ordenar y dirigir los esfuerzos hacia los objetivos del servicio.

De igual manera, en el diseño del modelo se requiere del Control, como comparación del desarrollo real del proceso administrativo con estándares preestablecidos, detección y evaluación de desviaciones y aplicación de acciones correctivas necesarias.

Estas concepciones teóricas básicas como funciones administrativas permitirán ser la base para elaborar el modelo de gerencia del servicio en el área de pediatría y neonatología.

1.5.2. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA.

Luego de la revisión bibliográfica, se podrá definir los instrumentos que pueden ser utilizados o adaptados para la construcción del modelo de gerencia.

¹ Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud art. 14

1.5.3. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

El modelo de gerencia del el servicio de Pediatría es un aporte de la maestrante a la institución y servirá de guía para mejorar la organización, distribución del recurso humano, así como alcanzar óptimos niveles en la utilización y aplicación de los recursos materiales a fin de disminuir gastos operativos, el mismo puede ser aplicado en servicios de similares características, constituyéndose en un aporte técnico.

1.6 HIPÓTESIS

1.6.1. HIPÓTESIS GENERAL

Sí se desarrolla de un modelo de gerencia en los servicios de Pediatría y Neonatología, con los componentes de Planificación, Organización, Gestión, Monitoreo y Evaluación, permitirá generar eficacia y eficiencia, entonces se logrará satisfacer las necesidades de los usuarios internos y externos.

1.6.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

Si se desarrolla un proceso de planificación, que articule la oferta y demanda, entonces se logrará satisfacer las necesidades y demandas de los usuarios.

Si se desarrolla una estructura flexible, que facilite el trabajo de los equipos, distribuir técnicamente los recursos en los servicios, entonces se logrará satisfacer las necesidades de atención a los usuarios.

Si se desarrolla un modelo de gestión que permita lograr eficacia y eficiencia, entonces se lograra satisfacer los requerimientos de los usuarios internos y externos.

Si se establece un sistema de información con un adecuado monitoreo, evaluación, y retroalimentación entonces se logrará una toma de decisiones acertadas y oportunas.

1.7 ASPECTOS METODOLÓGICOS

El presente trabajo es un estudio descriptivo, cuyo universo constituye el servicio de Pediatría del hospital Dr. Gustavo Domínguez, con 26 camas, y el servicio de Neonatología con 8; el personal que disponen estos servicio son: Médicos Pediatra 4, Enfermeras profesionales 6, Auxiliares de enfermería 9 y auxiliares administrativos 2.

Para el inicio de este estudio, se han aplicado el marco lógico, para la construcción de problemas y objetivos, lo cual ha facilitado la definición de las hipótesis, luego se procederá a la revisión bibliográfica para la construcción del marco teórico y diagnóstico de situación a fin de construir el modelo de gerencia.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO.

El Marco Teórico del presente trabajo está relacionado con dos aspectos principales: La temática de la Gestión Hospitalaria Moderna y las Generalidades de los Sistemas de Salud. Para el primer punto, se detallará la base metodológica de la planificación estratégica, como base fundamental de un proceso de gestión hospitalaria, posterior a ello, las características estructurales del sistema de gestión por procesos para finalmente concluir con los sistemas de información más adecuados a los centros hospitalarios. Para el segundo aspecto, se describirán las características, funciones y nuevas perspectivas de los sistemas de salud actuales.

Toda esta información, en el orden mencionado, se detalla a continuación:

2.1 PROCESO SALUD ENFERMEDAD.

Desde el punto epidemiológico define como un proceso propio de la sociedad con una metodología de carácter extensivo, estudia a grandes grupos sociales, sus determinantes o patrones típicos de salud y enfermedad que caracterizan a cada uno de ellos.

2.1.1 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO,

Son los elementos epidemiológicos específicos de una clase como consecuencia de sus condiciones de reproducción social y sus tendencias de transformación histórica, que permite clasificar las condiciones de salud- enfermedad bajo una perspectiva distinta a la visión clínica de la clasificación de enfermedades², generando un proceso destructivo que ocasiona la enfermedad o muerte, y, por el

² Breih. et. al. Investigación de la salud en la Sociedad. 2da edición. Quito. Epidemiología científica y técnica;1985

contrario procesos que generan sobre vida o salud; por tanto es necesario desarrollar acciones de prevención profunda en el primer caso y promoción de la salud en el segundo caso.

2.1.2 CONCEPTUALIZACIÓN DE SALUD

El concepto de salud según explica la OMS se refiere al estado de completo bienestar físico y mental y social del individuo, un concepto más dinámico es el que permita la integración de los factores sociales en los que se encuentra el individuo y la colectividad.

“...Como campo de la medicina social, la salud pública incluye desde la prevención de las dolencias y las discapacidades, la prolongación de la vida y el fomento a la eficiencia física y mental, hasta educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la estructura social que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud”...³

2.2 SISTEMAS DE SALUD

Son un conjunto de instituciones públicas, privadas comunitarias del sector salud que sobre la base fundamental de políticas, normas y objetivos interactúan entre sí para lograr un fin común que es la salud de la población, es el conjunto de sectores y subsectores que concurren a mantener la salud. Los subsectores están dados por: los usuarios, financiadores (ministerios de salud, servicios públicos, privados, y los pacientes), proveedores, administradores, y reguladores.

³ Giaconi Gandlfo Juan, “LOS DESAFÍOS DE LA SALUD PÚBLICA”, Boletín Esc. de Medicina, P, Universidad Católica de Chile 1994,23;3-5

El sistema de salud incluye todos los recursos que un país o comunidad dedique a la promoción, prevención y recuperación de la salud con todas las organizaciones sanitarias, es el resultado de la interacción entre la comunidad, necesidades de salud y la sociedad que responde con políticas y organización de servicios.⁴

2.2.1 FUNCIONES DE LOS SISTEMAS DE SALUD

La responsabilidad y funcionamiento de los ministerios de salud deben fortalecer la capacidad rectora definiendo competencias en materia de conducción de las acciones sectoriales, regulación y desarrollo de las funciones esenciales de Salud Pública ligadas al ejercicio de la autoridad sanitaria, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios.

- *Rectoría*

Capacidad de los entes rectores de formular, organizar y dirigir la ejecución de la política nacional de salud, mediante definición de objetivos, metas elaboración, ejecución de planes estratégicos donde todos los involucrados puedan desarrollar acciones de promoción, prevención y rehabilitación de la salud, es obligación primordial de los ministerios de salud actuar como miembro responsable dentro de la estructura, velar por el bienestar público en materia de salud, la autoridad sanitaria tiene como producto primario la protección y promoción de la salud de la población como función esencial de salud pública responsabilidad que puede ser delegada o compartida por varios niveles e instituciones, tiene como propósito diseñar el marco normativo sanitario que proteja y promueva la salud, se incluyen las siguientes líneas de acción: desarrollo y perfeccionamiento de la legislación nacional de salud, análisis y regulación sanitaria de mercados básicos en salud como seguros públicos, privados, servicios de salud, insumos, tecnología, análisis y regulación técnica de la prestación de servicios de salud, programas de educación continua, certificación y ejercicio de profesionales de la salud,

⁴ FUNDACIÓN ISALUD, INSTITUTO UNIVERSITARIO ISALUD, Sistemas de Salud. Módulo 1. Ecuador.2002- 2003.p.4

establecimiento de normas básicas de atención , desarrollo de programas de garantía de calidad y acreditación de instituciones prestadoras y evaluación de tecnología en salud.⁵

- *Financiamiento*

Se refiere a la recaudación y distribución de los recursos, como se consiguen los recursos económicos, quien paga, su distribución y aplicación siendo ésta una función innegable del Estado. La creación de fondos nacionales autónomos mediante aportaciones públicas procedentes de impuestos, aportaciones de trabajadores cuando se fusionan regímenes contributivos de seguridad social con el Estado, una segunda fase proviene de las instancias intermedias y locales procedentes de recaudaciones tributarias y de los recursos del fisco nacional, la tercera fase está relacionada con los seguros privados, modalidades prepago⁶

- *Provisión de servicios*

Los procesos de descentralización y/o desconcentración de las acciones del sector especialmente las que se refieren a la provisión de servicios de salud pública, la función sectorial de servicios de salud es la que mas cambios ha desarrollado, debido también a la participación creciente del sector privado contenidos en los planes garantizados de cobertura por parte de la seguridad social en salud ,actualmente los ministerios están delegando esa responsabilidad en virtud de que dichas competencias han sido total o parcialmente transferidos a niveles intermedios como estados, departamentos o provincias y/o locales ,municipios y cantones.

Las prestaciones en un sistema de salud, o tipo de cobertura depende de la capacidad de gobierno y control por parte del Estado, si éste tiene capacidad de gobierno y de control sobre el sistema, los servicios se implementan según las prioridades fijadas en los objetivos sanitarios, en cambio cuando no tiene

⁵ Ibid .,pp.:7-8

⁶ EPN-EPCA.E. Maestría en Gerencia de Servicios de Salud. Módulo de Administración de Servicios de Salud. Quito 2005

capacidad de gobierno ni control, el eje de desarrollo de los servicios está en la oferta, según cuáles servicios sean dominantes requiere la incorporación de programas complementarios, en los seguros privados es común la existencia de un plan de beneficios o plan de cobertura, los planes de cobertura debieran asimismo contener normativas que favorezcan la atención de ciertos grupos etéreos que aseguren acceso a prácticas preventivas y de promoción, así como el acceso a ciertas especialidades, en todos los casos debieran expresarse con precisión y en forma detallada las inclusiones y las exclusiones, así como la forma de acceder a las prestaciones cubiertas.

- *Aseguramiento*

El grado de desarrollo de la seguridad social en cada país depende que exista o no responsabilidad del estado de brindar la prestación de un servicio de salud garantizado para todos los habitantes o solo para grupos especiales como la tercera edad, corresponde a los ministerios de salud o algunos de los servicios desconcentrados de actuar como garante del aseguramiento que haga posible la observancia de un mandato social, otro elemento que influye en ésta función es la que tiene que ver con los proveedores de los servicios contenidos en los planes obligatorios sean estos públicos, privados o ambos. Los ministerios de salud deberán:

- ♦ Definir los contenidos de los planes garantizados de cobertura básica y que sean de carácter obligatorio.
- ♦ Vigilar el cumplimiento de los planes de cobertura en entidades públicas y privadas, que ningún beneficiario sea excluido por problemas etéreos o por problemas preexistentes.
- ♦ Desarrollar capacidad de compra de servicios públicos o privados mediante fórmulas de pago agregadas cuando se trate de aseguramiento público.

2.2.2 DESCRIPTORES DE CALIDAD DE UN SISTEMA DE SALUD

Dentro de las nuevas tendencias de las reformas de los sistemas de salud, los criterios rectores los principios o procesos de reforma son: equidad, calidad eficiencia, sostenibilidad y participación social.

- *Equidad*, implica en condiciones de salud disminuir las diferencias evitables, en servicios de salud recibir atención en función de necesidad, en financiamiento contribuir al sostén de acuerdo al capacidad económica
- *Calidad*, técnica: que los usuarios reciban asistencia eficaz, segura y oportuna. Percibida: que los usuarios reciban prestaciones en condiciones materiales y éticas satisfactorias.
- *Eficiencia*, implica costo efectividad la optimización de los recursos, para obtener mejor relación entre costo de la atención y resultado expresado en mejora de la salud, expresa la productividad, se alcanza un idéntico resultados con menores recursos.
- *Costo beneficio* relación entre costo de la atención y valor monetario, con los mismos recursos se obtiene mayor impacto en la salud si se los aplica e proyectos alternativos como educación, vivienda etc.,
- *Sostenibilidad*, implica dimensión social aceptación y apoyo para resolver los problemas, dimensión financiera para resolver los problemas de financiamiento.
- *Participación Social*, que la población influye en la planificación, gestión, provisión y evaluación de los sistemas de salud y que se beneficie de dicha influencia.⁷

⁷ FUNDACIÓN ISALUD, Op. cit., pp.:24- 25

2.2.3 ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD.

Los servicios de atención de la salud comprenden la totalidad de los servicios que se prestan a las personas para la atención de la salud, existen tres niveles:

- ♦ Atención Primaria.- El objetivo de brindar ésta atención es mejorar el nivel general de salud y brindar medidas de protección específicas como: inmunizaciones, sanidad ambiental, protección de riesgos y accidentes de trabajo, disminuyendo la morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas
- ♦ Atención secundaria.- Se refiere al diagnóstico temprano de enfermedades mediante controles clínicos periódicos y prevenir patologías como hipertensión, detección oportuna del cáncer, enfermedades venéreas etc., y en caso de enfermedades crónicas o enfermedades asociadas con la edad evitar el avance de la discapacidad, secuelas o complicaciones; por lo tanto las entidades públicas y privadas deben fortalecer la capacidad de respuesta frente a los requerimientos de los cambios demográficos y epidemiológicos.
- ♦ Atención Terciaria.- El objetivo es la rehabilitación del individuo para que pueda integrarse a su núcleo familiar, luego de presentarse la enfermedad esta atención consiste en evitar una discapacidad total.⁸

2.2.3.1 Modalidades de Atención

Para dar una atención acorde a las necesidades crecientes de los usuarios se debe realizar estudios mediante encuestas para conocer la demanda de atención, según los estudios de morbilidad indican que cerca de 80% de las patologías pueden ser resueltas por profesionales generales , el 15% requiere de médicos especialistas y finalmente el 5 % ameritan ser tratadas por subespecialidades clínicas y/o quirúrgicas para obtener una solución satisfactoria a sus problemas de salud, partiendo de éstos porcentajes se indujo a pensar que lo más conveniente

⁸ Dever A. Epidemiología y Administración de los Servicios de Salud. OPS/OMS:1991.Ecuador

era organizar en tres niveles de atención en forma piramidal ,nivel I en el que se brindará el mayor volumen de atención(80%),nivel II atención por especialidad, y nivel III el resto de atenciones (5%).⁹

- ♦ Primer Nivel, se ha planteado como puerta de entrada al sistema brinda atención de tipo ambulatoria en centros asistenciales no hospitalarios, basados en actividades de fomento, promoción y prevención entre éstas atención odontológica, primeros auxilios, atención de parto, además acciones encaminadas a mejorar las condiciones de vida como saneamiento ambiental con participación de la comunidad, mantienen un sistema de referencia y contara referencia cumplen programas establecidos por el Ministerio de Salud, está conformado por puestos de salud ubicados en poblaciones rurales de menos de 2000 habitantes, los centros de salud se encuentran en cabeceras cantonales con poblaciones hasta de 3000 habitantes
- ♦ Segundo Nivel, con servicios de internación y de ambulatorios de los hospitales generales de baja y media complejidad, da atención ambulatoria, de emergencia y hospitalización, se encuentran en cabeceras cantonales mayores e 30000 habitantes el número puede ser menor en caso de provincias como Galápagos y en la Amazonía cuentan con especialidades de medicina general, pediatría, gineco – obstetricia y cirugía de emergencia, dispone de auxiliares de diagnóstico laboratorio clínico ,rayos x con una dotación de 15 a 50 camas, el Hospital General se encuentra en capitales de provincia y cabeceras cantonales da atención ambulatoria, recibe referencias de los otros niveles, cuenta con las cuatro especialidades básicas mas sub. especialidades, medicina física y rehabilitación posee medios de diagnóstico realiza actividades de docencia e investigación.
- ♦ Tercer Nivel, servicios de internación y de ambulatorios muy especializados, en hospitales de alta complejidad, está ubicado en sitios de mayor desarrollo y

⁹ MALAGON, G. et. al. Administración de Hospitales. 2da edición. Editorial Panamericana Colombia. Octubre 2000. Pág. 123

concentración poblacional es el nivel de más alta complejidad, atiende a toda la población del país a través de referencia y contra referencia, brinda atención especializada de emergencia , rehabilitación y recuperación de la salud, a pacientes agudos y crónicos, realiza actividades de docencia e investigación, poseen facilidades técnicas sofisticadas , especialidades como cirugía vascular, neuro -cirugía, trasplantes, unidad de quemados etc.

2.3 SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS

La palabra hospital se deriva del latín: hospitium, que significa lugar donde se tienen personas hospedadas.

A pesar de que existen de épocas remotas indicios de ruinas de construcciones de tipo hospitalario en India, Egipto y Grecia, en realidad el médico egipcio no ejerció su profesión dentro de hospitales sino que aprendió la medicina en locales adjuntos al templo y atendían a domicilio. Muchos siglos antes de la era cristiana se fundaron templos dedicados a Esculapio donde se colocaban a los enfermos en literas tratados con medicamentos empíricos que preparaban los mismos sacerdotes. Los hospitales propiamente dichos aparecieron en el siglo IV d.C., después surgieron otros casi todos patrocinados por monasterios o iglesias en diferentes partes de Italia uno de los hospitales más antiguos de Inglaterra es probablemente el que los sajones establecieron en 937 en Cork, después el de Saint Gregory fundado en 1804, el Saint Cross de Winchester en 1123, el de Saint Thomas que data del año 1215, uno de los más famosos por haberse formado en la primera Escuela de Enfermería, dirigida por Florencia Nightingale. En América Continental el primer hospital fue fundado por Hernán Cortés en 1524; en la época del Renacimiento los hospitales eran para dar asilo a personas indigentes o enfermos mentales, en Estados Unidos fueron establecidos en las colonias inglesas el Hospital General de Filadelfia en 1713 y el Hospital General de Massachussets en 1816.

Los hospitales que en un principio fueron destinados a aislamiento situado alrededor de las iglesias, como asilo de pobres, ancianos, mujeres

desamparadas, enfermos crónicos, fue convirtiéndose en una institución con características de ejercicio profesional, para la ciencia médica, lo que en la actualidad es el principal establecimiento de atención médica de la sociedad moderna.¹⁰

2.3.1 ESTRUCTURA CLÁSICA DE UN HOSPITAL DEL SIGLO XX.

Hasta fines del siglo XIX, los hospitales eran organizaciones de caridad, con personal voluntario de órdenes religiosas. Es a partir de entonces, los avances de salud pública, anatomía patológica, bacteriología y cirugía, impulsan al hospital a convertirse en el centro de atención de pacientes agudamente enfermos, en éste período surge el concepto de la práctica de grupo de médicos que atienden pacientes, ésta evolución se profundizó en el enorme desarrollo de la tecnología de uso médico del siglo XX, con la aparición de la quinina, los rayos X, el desarrollo de la anestesia, conforman los equipos profesionales de la salud.

Con el influjo de las ideas del desarrollo industrial y los aportes de Taylor Fayol (Primer administrador hospitalario), los sistemas de salud se fueron jerarquizando, el nivel primario en la base de una organización piramidal con baja complejidad y alta cobertura, y en la cúspide el hospital como entidad de alta complejidad y baja cobertura. El financiamiento del hospital pasó a ser responsabilidad primaria del Estado, esencialmente por medio de presupuestos globales.

La organización hospitalaria estaba asociada con un papel del médico como líder del equipo. Al promediar el siglo XX, se fue consolidando la hegemonía médica y el control administrativo de los hospitales en función de sus intereses profesionales y económicos, Paralelamente se produjo el paso de los médicos generales de especialidades básicas; proceso que se acompañó de la creación de algunos hospitales especializados en atención de niños o en atención materna, tanto en este tipo de establecimientos, como en los hospitales generales, comenzaron a desarrollarse especialidades y subespecialidades, que fueron incorporadas a la estructura hospitalaria (organigrama) como servicios.

¹⁰ BARQUÍN M, Dirección de Hospitales. 4ed. México, Interamericana

El crecimiento de la estructura hospitalaria y la atención terapéutica de los pacientes desde las distintas especialidades médicas, contribuyó a desplazar la atención integral del usuario, como misión del hospital y como eje de preocupación y desarrollo, .a partir de la segunda mitad del siglo XX, las necesidades de financiamiento de los hospitales crecieron vertiginosamente, convirtiéndose en la principal causa de los importantes incrementos del gasto en salud de los países.

2.3.1.1 El Hospital Moderno.

Surge a partir de la de las últimas décadas del siglo XX , cuya característica principal es la consideración del paciente como eje principal de atención del equipo de salud y del hospital , surgen conceptos de Hospital como empresa multiproducto y de gerenciamiento estratégico en salud, se produce además una profunda reforma de la estructura organizacional y de los procesos de los Hospitales, caracterizada por una centralización funcional dentro de la organización y descentralización de los procesos asistenciales y administrativos.

Las actuales tendencias en cuanto a la organización y funcionamiento de los hospitales, podemos agregarlas en cuatro ítems:

- Mayor vinculación del hospital con la sociedad y con el resto de los prestadores de servicios, se puede mencionar las siguientes tendencias: implicar a los hospitales en proyectos comunitarios de salud, presencia de representantes de la comunidad en los Consejos de Administración de hospitales, diseños de sistemas de referencia con prestadores del primer nivel, participación en redes público privadas de servicios.
- Profesionalización de los niveles de conducción ésta tendencia surge ante una doble demanda: la contención de costos, y la mejora en la calidad de prestaciones mediante experiencias de formación de gestión de hospitales dirigidas a quienes tienen responsabilidades de conducción, capacitación que

permita conducir la organización eficientemente, promover a los sectores a su cargo, el cambio cultural y organizacional que el escenario lo requiera.

- Innovaciones de gestión: mayor autonomía, cambio a nivel de la organización, estructuras más flexibles menos burocráticas, flexibilidad en la gestión de Recursos Humanos, cambios en los mecanismos de financiación, principalmente cambio de enfoque de la oferta a la demanda, cambios de la gestión clínica como el sistema de clasificación de pacientes, seguimiento de protocolos basados en la evidencia, estandarización de consumos.

Innovaciones prestacionales: hospitalización domiciliaria con tecnología y apoyo del equipo de salud, especialmente en estudios paliativos y tratamientos pacientes terminales.

Hospital de día atención que se brinda en el hospital por horas sin ocupar cama de internación como diálisis, quimioterapia, rehabilitación.

Cirugía ambulatoria el paciente permanece en el hospital menos de 24 horas.¹¹

2.3.1.2 El Hospital como Empresa de Servicios.

Una organización social productiva como lo es la empresa de servicios denominada Hospital es un sistema de mucha complejidad que atiende las 24 horas todos los días del año, frecuentemente se plantean problemas que involucran la vida y la muerte de las personas, una de las características es que existen cuatro empresas, ésta amplitud hacen que sean consideradas empresas multiproducto son:

- ♦ **Hotel**, donde los usuarios presentan mayores exigencias que en un hotel común.

¹¹ FUNDACIÓN ISALUD, INSTITUTO UNIVERSITARIO ISALUD, Sistemas de Salud. Módulo 1. Ecuador.2002-2003.p7.4

- ♦ **Empresa Artesanal** lugar donde los profesionales ejercen de una manera autónoma, requieren de alto grado de coordinación y la toma de decisiones compartida.
- ♦ **Empresa de formación técnica y profesional** o área de docencia e investigación donde se reconocen los siguientes sectores: docencia y los comités técnico-científicos¹²
- ♦ **Empresa tecnológica,** utiliza tecnología de punta, realiza procesos casi industriales: los servicios intermedios, auxiliares del diagnóstico y tratamiento.

Para el análisis de una organización tan compleja es útil producir una unidad de análisis, denominada Unidad Funcional, conformada por un grupo de personas que bajo la conducción de un responsable tiene precisos objetivos organizacionales y operativos, las unidades funcionales del hospital, que son unidades de procesos, no de estructura, a su vez pueden agregarse en dos grandes grupos: unidades funcionales asistenciales y no asistenciales

Las Unidades Funcionales Asistenciales se encuentran dividida en dos áreas: de servicios finales y la de servicios intermedios o auxiliares de diagnóstico.

Las Unidades Funcionales no Asistenciales se encuentran en tres áreas: administrativa, servicios generales y de apoyo, de docencia e investigación.

2.3.1.3 Servicio de Pediatría y Neonatología.

Pediatría es una especialidad médica que trata de la salud, crecimiento y desarrollo de los niños con el propósito de conseguir como adultos de lograr hacer realidad el pleno potencial físico mental que empieza a gestarse en la vida fetal.

Área designada para la atención de recién nacidos hasta los 15 años de edad, en el que se brinda atención de urgencia y hospitalización, así como también se realizan sesiones académicas, para mantenerse acorde con los avances en el

¹²FUNDACIÓN ISALUD, INSTITUTO UNIVERSITARIO ISALUD. Organización, Diplomado Superior en Gerencia de Hospitales. Módulo 2, Ecuador Diciembre2002/Abril2003 Pág.72, 73, 74

área, mediante la educación continua de proporcionar un mejor servicio en la atención de los pequeños pacientes.

2.3.1.3.1 Demanda del actual cliente del Hospital.

A fin de concretar su atención en diseños en procesos excelentes toda institución de salud, está en la obligación de conocer el perfil de los clientes que acuden diariamente al unidad, sus características y la forma de satisfacer sus necesidades, entre los aspectos que nos permiten identificar el perfil del usuario tenemos que: está más conciente de sus derechos, mejor informado, compara y exige calidad, evalúa el contacto con la institución y no solo el servicio que recibe, tiene una visión integral, observa las reacciones de los empleados, su presentación personal, está dispuesto a cambiar de institución si la atención es de baja calidad, está dispuesto a pagar por obtener mejor servicio, cualquier problema lo magnifica, en cambio la buena atención lo da por hecho pues lo considera como normal, la lealtad del cliente es hoy muy circunstancial, solicita los servicios que requiere, demanda más porque sabe que puede obtener más, se siente apoyado por las empresas de salud y las entidades de control del Estado, exige productos y servicios excelentes.

2.4 CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD.

La calidad total es una metodología que se concentra en el mejoramiento continuo de todo proceso, es decir de todos los pasos de la prestación de servicios, surge como una necesidad ante la realidad sanitaria nacional y mundial ésta se justifica por estudios internacionales realizados en donde se demuestran problemas de prestación de servicios y de gestión administrativa.

En nuestro país la ampliación de cobertura de los servicio de salud ha sido respaldada mediante asignación de recursos materiales, suministros, capacitación destinados a mejorar la infraestructura existente, se ha enfatizado poco en la calidad de los servicios sin tomar en cuenta las necesidades sentidas

del usuario, en la actualidad la prioridad del Ministerio de Salud Pública es garantizar servicios de calidad estableciendo acciones de optimización y mejoramiento de los servicios.

Se considera como la filosofía de la calidad total, al trabajo que se aplica en una organización a través del cumplimiento de los estándares establecidos para todas las actividades administrativas y productivas, con el propósito de satisfacer las necesidades del cliente interno y externo.¹³

“...La calidad se la define como la satisfacción de las necesidades razonables de los usuarios, con soluciones técnicamente óptimas...”¹⁴

Según Abedis Donabedian es lograr los mayores beneficios con los menores riesgos posibles para el paciente, dados unos recursos. En los servicios de salud hay dos tipos de calidad: técnica y sentida.

Técnica- proporcionar al usuario el máximo y completo bienestar, el grado de cumplimiento de normas para el diagnóstico y tratamiento tomando en cuentas ganancias y pérdidas esperadas, es objetiva

Sentida –Satisfacción razonable de sus necesidades es subjetiva en el usuario, puede estar influenciada por condiciones socioeconómicas como también por creencias religiosas y razones culturales,

2.4.1 LICENCIAMIENTO, la autoridad sanitaria otorga un permiso de funcionamiento, mediante un proceso obligatorio verifica los requisitos mínimos en cuanto a recursos, humanos, equipamiento, infraestructura y el cumplimiento de normas que aseguren el cumplimiento de estándares establecidos, éste requerimiento se aplica también a profesionales de la salud que les faculta para ejercer su profesión.

¹³ HERRERA, T, et al. Curso Gestión de la Calidad por Procesos .MSP. Dirección Nacional de Salud. Quito 2004

¹⁴ VANORMELINGEN, K. et al. La Gerencia de Calidad Total. OPS/OMS. Quito 1994

2.4.2 CERTIFICACIÓN, posibilita al público a identificar en los profesionales de la salud que hayan cumplido estándares de experiencia, entrenamiento sobre los niveles que se requiere para obtener un título profesional es decir existe un organismo debidamente autorizado que certifica a un individuo que ha cumplido con los requisitos como especialización, experiencia, pasantías, este requerimiento no es gubernamental como lo requiere el licenciamiento.

2.4.3 ACREDITACIÓN, generalmente es un programa voluntario, evalúan si una organización de salud cumple con los estándares de rendimiento, diferencia del licenciamiento, la acreditación se concentra en estrategias de mejoramiento continuo y en el logro de estándares óptimos de calidad son desarrollados por expertos en salud que evalúan periódicamente para estar acorde con los avances de la tecnología, tratamientos y los cambios en las políticas de la salud , según el alcance y la filosofía individual de la acreditación pueden tener un enfoque de “sistemas” en torno a las funciones y procesos de los pacientes, o por otra parte por estándares agrupando por departamento o por servicio, los propósitos fundamentales incluye

- ♦ Mejorar la calidad estableciendo metas e salud en el cumplimiento con los estándares,
- ♦ Estimular y mejorar la integración y administración de los servicios de salud,
- ♦ Establecer una base de datos comparativa de las organizaciones de salud y cumplir con estándares de estructura, proceso y resultado,
- ♦ Reducir los costos del cuidado de la salud concentrándose en una mayor eficiencia y efectividad de los servicios,
- ♦ Proporcionar educación y consultoría a las organizaciones, administradores y profesionales de salud respecto a estrategias para el mejoramiento de la calidad

Para cumplir con los estándares publicados de rendimiento, un equipo de revisores capacitados y colegas o investigadores lleva a cabo una evaluación local de la organización a intervalos preestablecidos, típicamente cada dos o tres años estas evaluaciones o inspecciones locales se pueden llevar a cabo con

notificación previa o sin notificar a la organización, se evaluará el rendimiento de la organización de salud respecto a los estándares aplicables de estructura, proceso y resultado. Estos métodos pueden incluir entrevistas de líderes, persona, al paciente y familia, observación directa de los cuidados brindados, de la infraestructura revisión de historias clínicas, evaluación de medidas de resultado ejemplo tasas de morbilidad, infecciones nosocomiales etc.

2.4.4 PLANEACIÓN DE LA CALIDAD

Para mejorar la calidad de una institución o servicio requiere de una planificación propia de acuerdo a las características, objetivos tanto internos como externos así como los condicionantes de cada organización para lo cual se requerirá un cambio de cultura y establecimientos de los sistemas de calidad necesarios. En la calidad de gestión total establecida deberán participar todo el personal liderado por la Dirección de la organización debiendo existir además liderazgo que lleve a la organización a cumplir sus metas lo que implica conseguir: definir la política de calidad, asegurar el cumplimiento de las metas, ambiente de trabajo que permita creatividad y mejoras continuas, información y retroalimentación de los clientes, establecer que los profesionales contribuyan con ésta política por medio de motivación e involucramiento.

El liderazgo debe transformar a la organización como un todo, estableciendo líneas de comunicación, eliminar barreras de desempeño, resolver problemas; volviéndose una organización con valores claros, competitivos con un enfoque dirigido al cliente.¹⁵

2.4.5 GESTIÓN DE LA CALIDAD

Ante la necesidad generada frente a una realidad sanitaria nacional y mundial, justificada por estudios internacionales y nacionales que demuestran que existen

¹⁵FUNDACIÓN ISALUD, INSTITUTO UNIVERSITARIO ISALUD. Calidad, Módulo 10, Diplomado Superior en Gerencia de Hospitales. Ecuador Diciembre 2002/Abril 2003 .Pág. 7, 8

problemas en la prestación de servicios de servicios de salud como en la gestión administrativa; surge la prioridad de desarrollar un proceso permanente hacia la calidad y eficiencia. Constituye una propuesta moderna de gestión bajo tres parámetros o enfoques.

Sistémico.- Bajo el concepto de que es un conjunto de elementos que se relacionan entre sí, con el fin de lograr un objetivo común. Según Donabedian analiza los sistemas de salud en su estructura, proceso y resultado con un claro enfoque sistémico.

Estratégico.- Hace énfasis en los aspectos gerenciales, toma el sistema de estudio dentro de un contexto histórico, cultural, socio-político y económico, por lo tanto la gestión debe dar siempre análisis de factores positivos, amenazas y fortalezas y debilidades de la institución, la función de conducción es el eje central del enfoque estratégico, otorgando valor al concepto de liderazgo, de trabajo en equipo, concertación, negociación, cooperación, consenso y participación, actualización permanente de estudios, normas, protocolos como componentes importantes de capacitación y evaluación, desarrollo de procesos de programación y gerenciales como componentes básicos del enfoque estratégico que se relaciona con las conducción política estratégica del establecimiento.

Liderazgo Institucional.-Está centrado en la capacidad de lograr transferir y compartir el liderazgo a los distintos niveles de decisión del establecimiento, de esta manera se obtendrá un trabajo en equipo comprometido con los objetivos finales del establecimiento, con un enfoque estratégico de sistemas de información amplios y compartidos de educación continua.

2.4.6 CONTROL DE LA CALIDAD.

La garantía de la calidad es un poderoso instrumento administrativo cuyo principal objetivo es prevenir o minimizar los errores, el hacer las cosas bien desde un principio y no volver a repetirlas; con frecuencia se cree que poner en práctica un programa de garantía de la calidad implica aumentar los costos pero

en realidad puede contribuir a reducirlos, el implementar un programa de calidad no requiere más presupuesto del que ya usa en su funcionamiento habitual, en los hospitales hay dos tendencias contrapuestas en la utilización de los recursos por un lado el personal profesional técnico como médicos, enfermeras etc., que se les obliga a realizar todo lo posible para salvar la vida del paciente sin importar los costos, en cambio el personal administrativo actúa bajo el paradigma de hacer lo máximo con lo mínimo, por lo que la gestión de calidad podría servir como elemento parar que los integre, para que el paciente reciba el tratamiento apropiado en el momento idóneo, con la utilización de recursos disponibles en una forma eficiente.

La dimensión ética de la garantía de la calidad relacionada a los conceptos bioéticos que regulan las relaciones entre profesionales y los pacientes, no a la ética deontológica, científica o legal. *“...No hay más ético que prestar una atención de buena calidad al costo más bajo”...*¹⁶

2.5 GERENCIA HOSPITALARIA.

Las instalaciones de salud hoy día se interesan más por incorporar diversas herramientas del mundo industrial como las normas ISO o la Gestión por Procesos, para elevar la calidad de sus servicios y por consiguiente la satisfacción de los pacientes y los estándares de salud de la comunidad en que se insertan. Muestra de ello es el creciente número de investigaciones y aplicaciones en áreas como los servicios de enfermería, clínicos, asistenciales o en grandes instituciones hospitalarias.

“Actualmente el sector de salud, en el mundo, constituye uno de los empleadores más importantes del sector servicios y consume el 90 % del gasto sanitario aún cuando sólo aporta el 11% de salud a la comunidad; lo cual confirma que estos sistemas cumplen un rol importante en la aportación de salud a una comunidad,

¹⁶ Ibid., pp.: 13

*por lo que su planificación y gestión tiene como fin alargar al máximo posible y evitar que el estado de bienestar desaparezca*¹⁷.

En este contexto, desde hace varias décadas, en los servicios de salud han aumentado los esfuerzos por optimizar sus resultados y aproximarse a las necesidades de los pacientes, así como a las de las personas que desarrollan su labor profesional. Ejemplo de ello ha sido la asimilación de herramientas, técnicas y experiencias del mundo industrial como la Gestión por Procesos o el Cuadro de Mando Integral en estos servicios; lo que ha podido permitir al gestor mejorar el resultado de la actividad. Las consecuencias que se derivan son, entre otras: incrementar y mantener la calidad sin añadir costos; y satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes, tanto internos como externos.

2.5.1. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA.

La Planificación Estratégica es el proceso de largo plazo mediante el cual quienes toman las decisiones en una organización obtienen, procesan y analizan información interna y externa, con el fin de evaluar la empresa, su competitividad con el propósito de anticipar y decidir sobre el direccionamiento de la institución.

Es una planificación descentralizada y participativa, quien participa se compromete con los resultados, una característica principal es la construcción de escenarios que consiste en describir como podría construir una situación futura, es describir una serie de acontecimientos que llevaran desde una situación base actual a una situación futura. Es una planificación a largo plazo, los niveles de propiedad y los máximos niveles de conducción de las organizaciones sociales establecen políticas, objetivos y contenidos cualitativos que habrá que desarrollar las organizaciones, tiene tres características: alto grado de participación e involucramiento en su elaboración, utilización del enfoque de contingencia y

¹⁷HERNÁNDEZ A. Herramientas para la Gestión de Procesos en la Actividad Hospitalaria. www.monografias.com.24 - 08-08.

creación de escenarios o sub.- escenarios entre los más importantes están ; el económico, sociocultural, político legal, tecnológico y estructura competitiva.

2.5.1.1 Componentes de la planificación estratégica

El direccionamiento estratégico está integrado por: los principios corporativos, la misión y la visión.

Visión; es el lazo que une el presente con el futuro, señala el rumbo, es un conjunto de ideas generales que dan un marco de referencia de lo que la empresa quiere ser en el futuro, sirve de guía en la formulación de las estrategias y a la vez da un propósito a la organización.

Misión; es la formulación de los pasos o etapas de una organización, expresa el servicio que presta, es la razón de ser, el objetivo central de la organización, por lo tanto debe ser claramente formulada, difundida y conocida por todos los colaboradores.

Principios corporativos, es el conjunto de valores, creencias y normas que regulan la vida de una organización, la misión y la visión deben enmarcarse en los principios de la compañía, son el marco de referencia dentro del cual deben definirse el direccionamiento de la empresa .Existen principios y valores superiores en la sociedad y en los individuos en el campo técnico, económico, estético, social, político y religioso: Los valores en que rigen a la empresa deben ser apropiados a la época, al lugar, y las condiciones en que funciona la institución.

2.5.1.2 Diagnóstico Estratégico.

Ccontiene dos tipos de análisis, interno y externo de la organización, se basa en dos actividades esenciales:

- Análisis de los macro entornos, y micro entornos
- Análisis de la estructura y funcionamiento de la organización

Luego del análisis del entorno y del hospital se obtendrá en el frente interno las fortalezas y debilidades y en el externo oportunidades y amenazas.

2.5.1.2.1 Análisis del Entorno.

Macro Entorno; incluye demografía, epidemiología y situación socioeconómica. Se utiliza como instrumento de análisis diagnóstico para evaluar la red de relaciones tendencias y viabilidad políticas, el estudio epidemiológico se basa en los indicadores epidemiológicos del estado de salud de la comunidad y los recursos que se destinan para atenderlos, datos estadísticos específicos del área de referencia mortalidad y morbilidad; en el escenario legal y ordenación sanitaria, se incluye la ley sanitaria vigente y plan de salud de la comunidad si existiere; dentro del análisis de la estructura demográfica de la población de derecho del área del Hospital, pirámides de población: grupos de edad, tramos de edad, sexo posibles variaciones estacionales de la población, natalidad; dentro del análisis socioeconómico, composición de los hogares, nivel educativo de la población, nivel económico, perfil ocupacional.

Micro Entorno; habla de la oferta sanitaria del área y cadena del valor agregado. En la oferta de atención primaria se tomará el número de centros de atención primaria y ubicación, especializada número de centros de atención especializada y ubicación, y hospitales ubicación, dependencia patrimonial, número de camas, cartera de servicios.

La cadena de valor agregado en una institución de salud, es el conjunto de actores y procesos que agregan valor a lo largo del proceso productivo. Valor, no costo.

Los componentes de la cadena de valor agregado son: los proveedores, los procesos en la Institución de Salud, los compradores.

2.5.1.2.2 Análisis de la Estructura Interna. Evaluación Interna del Hospital.

Se inicia la evaluación con una breve reseña histórica, luego el análisis de las instalaciones, fecha de construcción, estructura física, metros cuadrados, áreas

designadas para consulta externa, número de consultorios, hospitalización, urgencias, área quirúrgica, y otros servicios, número de camas.

Dentro del análisis de Recursos Humanos se analiza número total de personal, técnico, auxiliar de servicios, ausentismo, diferenciados por tipo de categoría y tipo de relación por contrato o de planta, mecanismo de reclutamiento, político de seguridad de incentivos, capacitación, modalidad de evaluación de desempeño.

Analizar la tecnología, si se cuenta con lo básico, equipos de Rayos X, ecografía, o si existe tecnología relevante como equipos de láser, tomógrafos.

Análisis de la actividad asistencial corresponde a la cartera de servicios, horario general del hospital, consultas externas por servicio, quirófano y hospital del día, número de ingresos, principales causas de ingreso, actividades diferenciadas por servicio, número de intervenciones programadas, urgentes, índices de ocupación, número de partos y cesáreas. Dentro de laboratorio bioquímico, número de determinaciones por tipo de laboratorio: Hematología, microbiología, de rutina y de urgencia, diferenciar la actividad de laboratorio realizada para fuera del Hospital.

Anatomía Patológica, diagnóstico por imagen, radiografías, ecografías, TAC. En la en el análisis de la actividad docente e investigación, tipo de actividad docente y nivel de actividad investigadora, de las Comisiones o Comités existentes en el Hospital de farmacia, historia clínica, auditoría etc. y frecuencia de reuniones. Observar la relación con otros agentes sociales existentes con universidades, escuelas de enfermería, fundaciones, otros, la existencia o no de servicios externalizados y en qué condiciones, del Sistema de información la existencia de información clara, confiable, integrada, relevante y oportuna, descripción del tipo de Hardware instalado en el Hospital, estudio de la información económico financiera y analizar la calidad de atención verificar la existencia o no de una unidad de atención al usuario y un registro de reclamaciones, si se ha realizado encuestas de satisfacción.

Al analizar la estructura organizacional se tomará en cuenta tipo de estructura, flexibilidad, organigrama jerárquico y funcional, coherencia de la estructura con el plan estratégico.

El análisis del management incluirá el grado de coherencia de la organización con la misión, objetivos y valores, visión compartida de todos los niveles gerenciales acerca de la misión, objetivos y valores, grado en que la misión, objetivos y valores son entendidos por los miembros de la organización

2.5.1.3 Planificación Operativa.

La Planificación operativa o de fortalecimiento de un hospital existente luego de realizada la formulación estratégica y la formulación de objetivos estratégicos se realiza la operativización de los objetivos que significa definir acciones implementables, acotadas en el tiempo, asignadas a un responsable y de fácil seguimiento y control a través del establecimiento de metas.

2.5.1.4. Planificación Presupuestaria.

En la actualidad se considera el presupuesto operativo de las instituciones de salud como un instrumento de gestión, una guía para planificar y controlar los ingresos y los gastos los presupuestos generalmente cubren el período de un año denominado año fiscal. períodos más prolongados no son utilizados debido a las imprecisiones en las que se podría incurrir por cuanto las predicciones presupuestarias se basan no sólo en el análisis del comportamiento de la institución, sino también en el de factores externos, esencialmente económicos, que no son fáciles de predecir, el presupuesto 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, expresado en valores de moneda corriente.¹⁸

¹⁸ Ibid., pp.:19 -22

2.5.1.4.1 Financiamiento

“El financiamiento del Sistema Nacional de Salud debe ser obligatoriamente plural y solidario, es decir, debe provenir tanto del Estado como de los hogares. Toda la población, de acuerdo a su capacidad económica, debe asumir el costo de la atención de aquellos que se enferman y de las acciones que se deben ejecutar para promover la salud, controlar los riesgos y prevenir la enfermedad. Por otro lado, la organización del Sistema Nacional de Salud debe tener como objetivo central el ordenamiento del gasto, a fin de lograr el uso eficiente de los recursos financieros, en particular porque el gasto de bolsillo que efectúan los hogares es altamente ineficiente.

Para la descripción del rol de financiamiento se deben distinguir las fuentes financieras, los fondos y los instrumentos de financiación.

Dentro de las fuentes del Estado se encuentran: el presupuesto de salud destinado tanto al Ministerio de Salud Pública como a otras entidades del sector; los recursos extra-presupuestarios que se originan en leyes especiales ; los recursos provenientes de la cooperación externa reembolsables y no reembolsables; las donaciones y el rendimiento de ciertos bienes e inversiones. Los recursos que destinan los hogares a la salud pueden clasificarse en: el aporte de los hogares a empresas aseguradoras de salud y de medicina pre-pagada públicas o privadas y, el gasto de bolsillo que hacen las familias para pagar por su atención de salud a diversos proveedores públicos o privados , de atención de salud, compra de medicamentos, insumos, etc. Por último, los fondos de los empleadores son canalizados a través de su aporte al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, un porcentaje del cual se destina a la prestación médica

Los fondos de financiamiento y sus instrumentos: Los fondos son agentes que manejan un conjunto de recursos económicos destinados a financiar las actividades de salud, mediante la asignación de estos recursos a las entidades prestadoras del sector.

Los fondos del Sistema Nacional de Salud serán plurales y autónomos, si bien deberán coordinarse, sobre todo para que cada uno de ellos financie realmente a la población que le corresponde.

Los fondos están constituidos por todos aquellos recursos que financian a las entidades prestadoras de servicios. Los principales son: Ministerio de Salud Pública, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Seguro Social Campesino, Fuerzas Armadas, Policía, ONG, aseguradoras privadas, entidades de medicina pre-pagada y los fondos que cada una de las familias destina a sus gastos de salud.....”¹⁹

2.5.2 ORGANIZACIÓN HOSPITALARIA

La estructura organizacional de los hospitales consiste esencialmente el quien hace que, establecer responsabilidades entre los miembros de equipo, determinar líneas de autoridad y de comunicación, se debe agrupar recursos humanos en unidades funcionales estableciendo procesos, procedimientos y actividades, determinando el grado de autonomía.²⁰

Para proyectar con claridad la organización estructural y funcional hospitalaria es indispensable revisar la “misión y la “visión” planteadas y que hayan sido aceptadas, se deben tener muy claros los conceptos de la demanda, incluye las características demográficas: tasas de natalidad, mortalidad, migración, la estructura de las poblaciones sexo, edad procedencia urbana, rural, condiciones de salud de la comunidad.²¹

De acuerdo a la evolución histórica, el tamaño de la institución, el grado de descentralización y autonomía, en la actualidad existen cuatro tipos de estructuras

¹⁹ Molina, Raúl; Henderson, Pamela; Vieira, César; "Gasto y financiamiento en salud, situación y tendencias" en: Revista Panamericana de Salud Pública, vol. 8, Nos. 1/2 julio-agosto 2000.

²⁰ FUNDACIÓN ISALUD, INSTITUTO ISALUD Organización. Módulo 2 ,Diplomado Superior en Gerencia de Hospitales,. . Ecuador. Diciembre2002/2003. Pág. 28

²¹ MALAGÓN, G .et al. Administración Hospitalaria,, 2ed. Colombia, Panamericana,2000.p.99

organizacionales: funcionales, por divisiones, por producto, y mixtas o matriciales.

- **Organización Funcional**, se refiere a estructuras centralizadas verticales lejos de niveles operativos los miembros de diferentes departamentos tienen conexión a nivel de jefaturas. Se establecen de acuerdo a la naturaleza de la profesión ejemplo médico, de enfermería, administrativo y se desenvuelven como unidades independientes sin autonomía, de comunicación vertical con sus miembros y comunicación horizontal a nivel jerárquico.
- **Organización por Divisiones**, este tipo de organización surge con la necesidad de coordinación de cada departamento con otros, se dividen en pequeñas unidades descentralizadas, semi-autónomas según el servicio que presta y sus miembros sean del personal médico, de enfermería, administrativos, etc., están coordinados por el jefe de cada unidad.
- **Organización por Producto**, se basa en estructuras por programas tratando de disolver los departamentos desarrollando estructuras descentralizadas, con manejos horizontales e integrando a los niveles operativos, donde la base de la organización es la provisión eficiente de un servicio, cada producto es un programa cuyo objetivo es lograr eficiencia en el cuidado integral del paciente y no en desarrollar eficazmente funciones especializadas.
- **Organización Matricial**, a las estructuras intermedias se las denominan matriciales donde una organización funcional y de servicio se interpone una de otra la presencia de doble autoridad no solo genera conflicto pueden existir algunos agentes oportunistas.

2.6 TEORÍA DE SISTEMAS Y LA ORGANIZACIÓN.

La Teoría General de Sistemas dice que los sistemas no pueden separar sus elementos, se comprenden cuando se estudian globalmente involucrando todas

sus partes, ésta teoría surgió con los trabajos del biólogo Ludwing Von Bertalonnfy publicados entre 1950 y 1968.

Se fundamenta en tres premisas básicas:

- Los sistemas existen dentro de los sistemas.
- Los sistemas son abiertos.
- Las funciones de los sistemas dependen de su estructura.

La Teorías de sistemas aplicados a la administración mira a la empresa como una estructura que se reproduce y se visualiza a través de un sistema de toma de decisiones tanto individual como colectiva.

2.6.1 SISTEMA.- Es un todo organizado; conjunto de partes que forman un todo complejo o unitario.

Entre los tipos de sistemas se dividen de acuerdo a su constitución en:

- Sistemas físicos y concretos. Compuestos por objetos.
- Sistemas Abstractos. Conceptos. Planes, ideas.

De acuerdo a su naturaleza se dividen en:

- Cerrados. Herméticos a cualquier influencia ambiental.
- Abiertos se relacionan con el ambiente a través de entradas (insumos) y salidas (productos) para sobrevivir deben adaptarse a las condiciones del medio.

2.6.1.1 Parámetros de los sistemas.

- Entrada o insumo. Es la fuerza de impulso o de arranque del sistema, suministrado por el material, información o la energía necesarios para la operación de éste.
- Salida o producto. Es la finalidad para la cual se reunieron elementos y relaciones del sistema.
- Procesamiento. Es el fenómeno que produce cambios, mecanismo de conversión de entradas en salidas o resultados, generalmente es

representado como la caja negra en la que entran los insumos y salen los productos.

- Retroalimentación (feedback): es la función de retorno del sistema que tiende a comparar la salida con un criterio preestablecido, manteniéndola controlada dentro de aquel estándar o criterio.
- Ambiente. Es el medio que rodea externamente al sistema. Existe una constante interacción entre ambos.

2.6.1.2 Sistema Abierto.- El sistema abierto como organismo es influenciado por el medio ambiente e influye sobre el alcanzando un equilibrio dinámico, puede crecer, cambiar y adaptarse al ambiente puede crecer, y hasta reproducirse bajo ciertas condiciones ambientes. El sistema cerrado no.

Las funciones principales son:

- Ingestión. Búsqueda y recepción de materiales,
- Procesamiento. Transformación de los materiales o insumos.
- Reacción ante el ambiente. Adaptación constante para continuar existiendo, los cambios pueden ser en el producto, el proceso o la estructura.
- Regeneración de las partes.
- Organización. requiere un sistema de comunicaciones para el control y la toma de decisiones, tal función corre a cargo de la administración.

2.6.1.3 La organización como sistema abierto, una empresa mantiene una interacción dinámica con su ambiente, el comportamiento humano no es previsible por lo tanto, no se puede esperar que los proveedores, consumidores y agencias reguladoras lo sean , es parte de una sociedad mayor, constituida por partes menores, pues los miembros son parte de otros grupos.

Los sistemas tienen límite, que es la línea que indica lo que está dentro y lo que está fuera del sistema, aunque no siempre la frontera de un sistema existe físicamente, como en los sistemas sociales, cuyas fronteras se superponen.²²

²² http://www.monografias.com/trabajos28/teoría-sistemas/teoría_sistemas.shtml

2.7. GESTIÓN POR PROCESOS

La Gestión por procesos, frente al tradicional modelo de organización de tipo funcional, privilegia la visión del cliente por sobre las actividades organizacionales. Según esta concepción, los procesos se tratan conforme a una estructura definida y su mejoramiento fundamenta a la organización en sí. La relación entre proveedor y cliente es parte fundamental en este modelo ya que los procesos y los productos son realizados y recibidos respectivamente, por personas y por otros procesos.

Las organizaciones sanitarias están muy relacionadas con los procesos productivos asistenciales, en coordinación con las necesidades de los usuarios., la comunidad y prioridades políticas, por lo tanto se debe disponer de procesos bien definidos en función de necesidades, costos y con un sustento científico

Un sistema de gestión por procesos proporciona perspectivas y herramientas útiles, permitiendo así modificar el flujo de trabajo de manera que el cliente gane en calidad, eficacia y eficiencia, la forma de gestionar los sistemas de toda la organización en base a procesos, es como una secuencia de procedimientos orientados a convertir la estructura, los recursos los insumos y necesidades de los usuarios (entradas), en productos y servicios (salidas), con un valor agregado que permitan la satisfacción de los requerimientos del cliente.

Este enfoque sistémico proporciona al modelo una secuencia lógica de análisis (entrada, procesos, salidas); permite mantener coherencia (secuencia en procesos), definir la estructura organizacional, de cargos, funciones y las nuevas atribuciones expresadas en descripciones y perfiles de los puestos de trabajo requeridos.²³

²³ Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Servicios de Salud. Gestión de la Calidad por Procesos Magíster Zoila Luz Cazar, Quito abril 2004.

2.7.1 PRINCIPIOS DE LA GESTIÓN POR PROCESOS

Este sistema se basa en ciertos principios, característicos de la Gestión de la Calidad:

- **Organización enfocada al cliente:** las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deben comprender sus necesidades presentes y futuras, cumplir con sus requisitos y esforzarse en exceder sus expectativas.
- **Liderazgo:** los líderes establecen la unidad de propósito y dirección de la organización. Ellos deben crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente para lograr los objetivos de la organización.
- **Participación de todo el personal:** el personal, con independencia del nivel de la organización en el que se encuentre, es la esencia de la organización y su total implicación posibilita que sus capacidades sean usadas para el beneficio de la organización.
- **Enfoque a procesos:** los resultados deseados se alcanzan más eficientemente cuando los recursos y las actividades relacionadas se gestionan como un proceso.
- **Enfoque del sistema hacia la gestión:** identificar, entender y gestionar un sistema de procesos interrelacionados para un objeto dado, mejora la eficiencia y la eficacia de una organización.
- **La mejora continua:** la mejora continua debería ser el objetivo permanente de la organización.²⁴

2.7.2 NIVELES DE JERARQUÍA DE LOS PROCESOS

Desde el punto de vista macro, los procesos son las actividades clave que se requiere para dirigir una organización, ésta jerarquía muestra cinco niveles: macro proceso, subprocesso, actividades, tareas específicas para realizar un proceso concreto.

²⁴ HERNANDEZ A. Herramientas para la Gestión por Procesos en la Actividad Hospitalaria. [www/ monografías.com](http://www.monografías.com). 24-08-08.

Nivel Macro proceso. Se trata de una representación global ya definida de los procesos que desarrolla la organización en conjunto. Por lo tanto una representación única para todos los procesos integrados dentro del Sistema Nacional de Salud, un esquema global de del proceso de atención sanitaria, a través de los diferentes proveedores de servicios.

Para la representación gráfica de procesos asistenciales se parte de la jerarquía de proceso.

Nivel Proceso. Se refiere a la representación gráfica de un proceso de atención concreto en una entidad de salud, al tratarse de procesos integrados, se representa globalmente el proceso en su flujo por los diferentes proveedores de la organización, se consigue visualizar la amplitud real del proceso desde la entrada, los diferentes proveedores y salidas.

Nivel Subproceso. Un sub proceso es el conjunto de actividades que integran un proceso, se necesitan generalmente varios esquemas gráficos que representen los diferentes sub procesos en los que se puede descomponer el proceso integrado que se está representando, las características dependen de cada proceso.

Nivel Actividad. Se desglosan las actividades de un proceso, a la vez se muestra al sujeto que desarrolla la actividad, los tiempos, el lugar donde se realiza la actividad o se entrega el servicio.

Nivel Tarea. La tarea es una acción realizada por una persona, es el detalle al que se quiere llegar.²⁵

2.7.3 DEFINICIÓN DE PROCESO.

Proceso, es el desarrollo continuo de tareas / actividades que en un momento determinado están relacionadas y articuladas entre sí, cuya conexión agrega valor de acción, con el objeto de mezclar y transformar los insumos para que produzcan un rendimiento y un resultado o producto interno o externo.

²⁵ <http://www.eumed.net/libros/2007b/269/40.htm>.

Es decir el desarrollo de las tareas / actividades, transforma los insumos en productos (entradas y salidas) y su objetivo / meta sirve para identificar y determinar el destino, ya sea clientes internos o externos.

2.7.3.1 Clases de procesos

Los procesos organizacionales pueden ser de varias clases de acuerdo a las características y a la forma que se desplazan por la institución.

Proceso Inter funcional. Es aquel que recorre por la institución por las diferentes áreas de servicio, como se observa en el ejemplo del gráfico n° 2.1

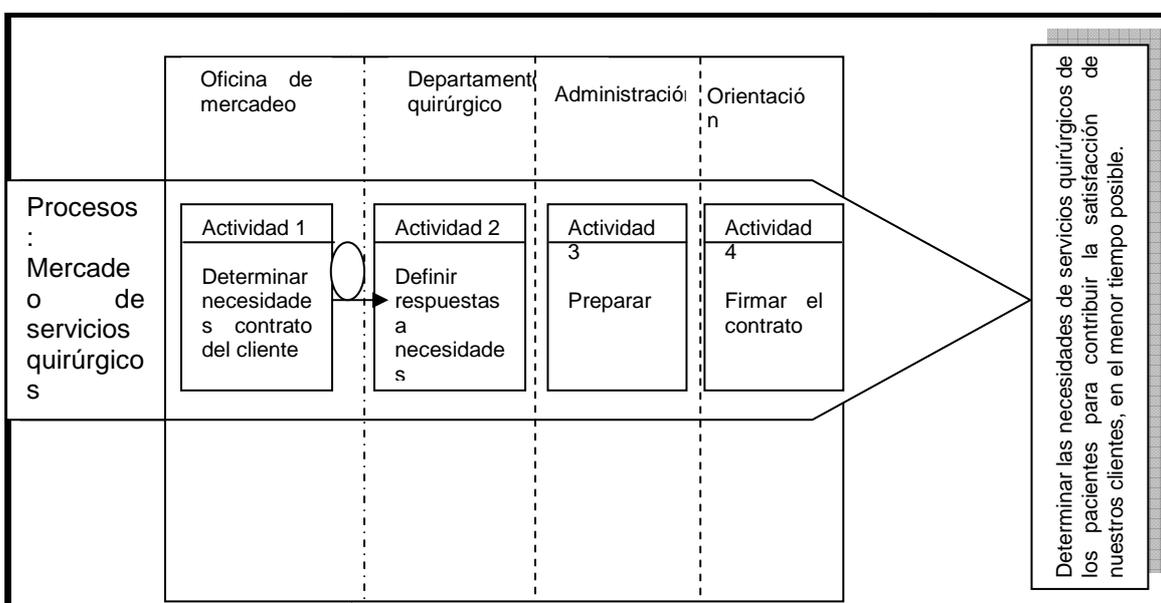


GRÁFICO N°2.1. Proceso: Mercadeo De Servicios Quirúrgicos²⁶

En un centro hospitalario una de las principales tareas de los directivos de la organización es el de identificar un conjunto de procesos vitales, que constituyen la razón de ser de la institución y son fundamentales para cumplir con la misión; tales como: atención de enfermería, despacho de medicamentos, docencia e investigación, mantenimiento etc.,

²⁶ HARRINGTON JAMES." Mejoramiento de los procesos en la empresa.

Al seleccionar los procesos se deberá tener en cuenta:

- Problemas y/o quejas del usuario.
- Problemas y/o quejas del cliente interno.
- Procesos de alto costo.
- Procesos con tiempos prolongados.

Por el gran número de procesos que tiene una entidad de salud se debe tomar en cuenta los siguientes criterios de selección:

- Que sean importantes para el cliente.
- Que puedan ser modificados
- Que sean importantes para la empresa.
- Que permitan mejorar la eficiencia de los recursos disponibles.²⁷

Proceso Interdepartamental. Es un proceso que recorre varios departamentos, por ejemplo: gráfico # 2.2 y 2.3 Proceso: Atención Hospitalaria.

²⁷ GARCÍA MEJÍA BRAULIO MD-MSP; Gerencia de Procesos para la organización y el control interno de empresas de salud .pp 21-23

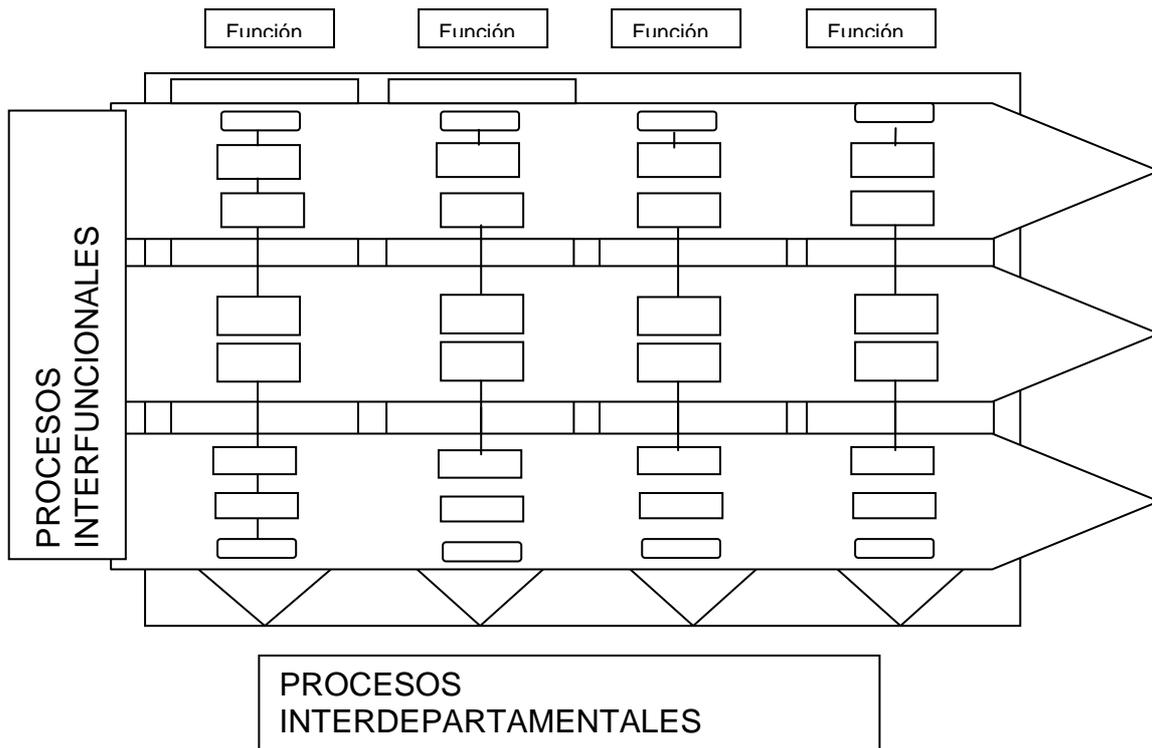


GRÁFICO # 2.2 Proceso: Atención Hospitalaria²⁸

²⁸ Mejía B. Gerencia de procesos

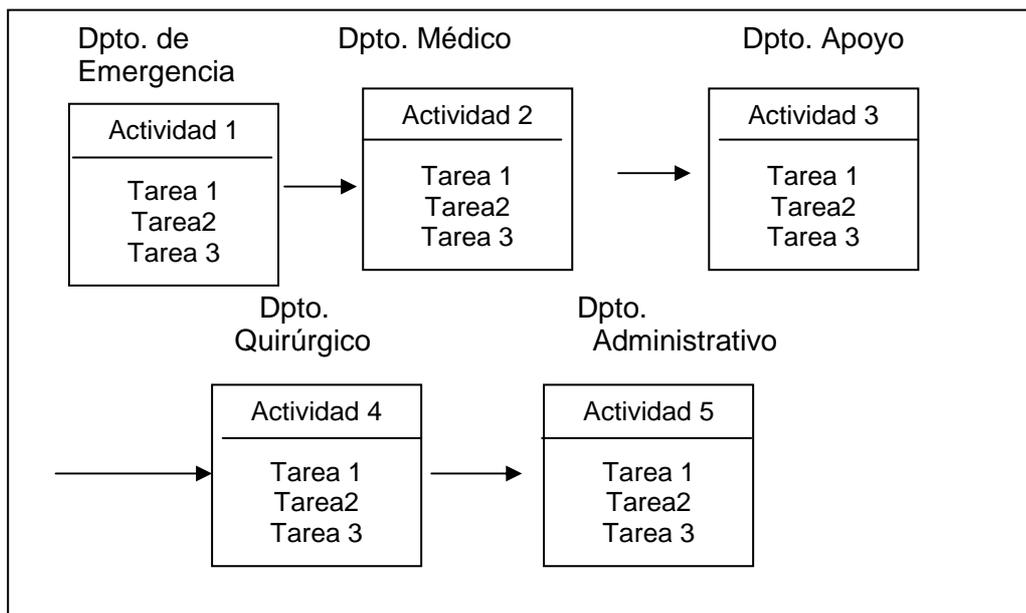


GRÁFICO N.º 3 Proceso Interdepartamental Hospitalario²⁹

Los procesos en una institución sanitaria se pueden agrupar también en: procesos clave, estratégicos y de soporte.

Procesos Clave; son aquellos que afectan de modo directo a la prestación de servicio asistencial y por lo tanto a la satisfacción del cliente externo y/o usuario. Son aquellos que afectan a los pacientes y en los que la organización centra gran parte de las actividades, se consume un volumen considerable de recursos, que afectan de forma notable a los usuarios por su frecuencia o gravedad. Por ejemplo: hospitalización, atención en urgencias, intervenciones quirúrgicas.

- Procesos Estratégicos; son aquellos que permiten desarrollar la estrategia de la institución por ejemplo: Planificación, sistemas de dirección, planificación estratégica, autoevaluación etc.
- Procesos de Soporte; son aquellos que permiten el trabajo en la institución pero no son considerados clave, en general son los procesos de gestión por Ejemplo: pago de nóminas, contabilidad, auditorías internas, mantenimiento etc.³⁰

²⁹ Mejía B. Gerencia de procesos pp: 22

³⁰ SESCOAM. Servicios de Calidad de la Atención Sanitaria. "La Gestión por Procesos". Toledo. Octubre 2002,

2.7.3.2 Componentes de los Procesos

Los componentes de los procesos son:

- Misión que define el propósito fundamental del proceso.
- Organización se refiere a la estructura orgánica de la institución de salud en los diferentes niveles directivos, ejecutivo, operativo, asesor así como de las áreas asistenciales y administrativas;
- Talento humano que es el aspecto fundamental todos los procesos son ejecutados por personas para satisfacer a personas;
- Límites del proceso se debe saber dónde empieza y dónde termina, se establecen relaciones de compromiso entre proveedores y clientes.
- Ambiente laboral, se refiere a las condiciones físicas emocionales en las que se desarrolla el proceso.
- Clima organizacional, situaciones internas que producen satisfacción y motivación, como respeto, reconocimientos, armonía, colaboración.
- Asignación de responsabilidades, las funciones y responsabilidades deben ser bien definidas.
- Tecnología, la sistematización de los procesos incidirá en su eficiencia y eficacia.
- Normas, para el adecuado cumplimiento de los objetivos de la institución, deben ser evaluadas y sometidas a un análisis rigurosa al igual que las políticas y estrategias
- Costos, cualquier proyecto de mejora tiene su costo, este aspecto debe ser bien evaluado buscando reducir en beneficio del usuario pero sin perjudicar a la institución.

- Otros procesos, evitar competencia entre diversas áreas o niveles.
- Documentación, informar al usuario sobre todos los trámites para evitar pérdida de tiempo.
- Controles, se requiere de vistos buenos y controles a lo largo del desarrollo del proceso.

Hay que recordar que los procesos no son eternos ni inmutables, los ciclos de vida de un proceso son indeterminados y están expuestos a cambios de acuerdo a necesidades de los clientes internos y externos así como de la dinámica de la institución.³¹

2.7.3.3 Representación gráfica de los Procesos.

El seguir un orden secuencial permite comprender la verdadera dimensión haciéndolos más eficientes, la mejor manera de entender un proceso es mediante su diagramación o flujograma.

Flujograma: se describe gráficamente un proceso, mediante la utilización de símbolos, líneas y palabras similares, permite conocer y comprender los procesos a través de pasos, documentos y unidades administrativas. Entre las ventajas tenemos que facilita el trabajo, describe los diferentes pasos del proceso, impide las improvisaciones, permite la visualización, identifica las debilidades y fortalezas, permite el equilibrio de las cargas laborales, genera responsabilidad, establece límites, genera calidad y productividad.

Existe una variedad de flujo gramas tenemos: el pictórico, de bloques., vertical, horizontal, y geográfico.³²

³¹ GARCÍA MEJÍA BRAULIO MD-MSP; Gerencia de Procesos para la organización y el control interno de empresas de salud .pp 33-34

³² Ibid. pp .5, 8, 9,25 26, 27, 40, 46 ,47.

Para la representación gráfica de los diagramas de flujo o flujogramas se utilizan Símbolos, que han sido propuestos por la *metodología IDEF*

2.7.3.3.1 El Lenguaje IDEF.

“La metodología IDEF, (Integration Definition for Function Modelling), aporta una capacidad de representación gráfica de los procesos y permite trabajar en un proceso de forma aislada.

Las funciones o procesos se representan por cajas, y las inter relaciones de los objetos por flechas.

Las flechas que entran por el lado izquierdo son entradas principales. (Materia prima, servicios externos, información)

Las flechas que entran por la parte superior, son los controles o condicionales, por ejemplo especificaciones del producto, legislación, protocolos etc.

Las flechas que salen por el lado derecho, son las salidas productos o servicios que continúan otro proceso.

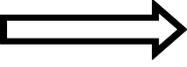
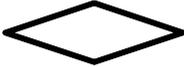
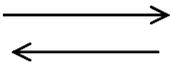
Por último las flechas que entran por el lado inferior son los recursos que apoyan la ejecución del proceso: equipo y personas.

A metodología IDEF tiene en cuenta dos elementos las guías que son las normas de funcionamiento y los recursos lo que se necesita para realizarlo.

Además diferencia tres niveles en un proceso: Nivel I y II Procesos y Sub procesos (Que se hace). Nivel III Instrucciones operativas (Como se hace)³³

En el siguiente cuadro n^o2.1 se representa y describe los símbolos que se utilizan en el diagrama de flujo.

³³ SESCOAM. Servicios de calidad de la Atención Sanitaria. “Gestión por Procesos” Toledo, Octubre 2002

SÍMBOLOS	SIGNIFICADO
ACTIVIDAD 	Se utiliza para representar una actividad, por ejemplo: elaborar, entregar, se incluye en el rectángulo una breve descripción de la actividad
TRANSPORTE 	Indica el movimiento del OUTPUT. Por ejemplo el envío de un documento
DECISIÓN 	Punto del proceso en el que debe tomarse una decisión, tendrán las opciones si, no, verdadero falso.
INSPECCIÓN 	Indica que el flujo se ha detenido, de manera que pueda evaluarse la calidad del output.
DOCUMENTACIÓN 	Significa que se requiere de documentación, para desarrollar el proceso , por ejemplo una autorización
ESPERA 	Indica cuando una persona debe esperar antes de realizar la siguiente actividad.
ALMACENAMIENTO 	Conector se utiliza para efectuar un enlace de una página a otra donde se continúa el flujograma.
NOTACIÓN 	Registra la información adicional como persona responsable, documento o número de página
DIRECCIÓN 	Indica la dirección del flujo. Puede ser horizontal, ascendente o descendente.
TRANSMISIÓN 	Transmisión inmediata de la información, por vía telefónica, electrónica.
CONECTOR 	Conector indica que el output de esta parte del flujo servirá como el input para el otro diagrama de flujo.
LÍMITES 	Indica el principio y el fin del proceso

Cuadro N°2.1 Símbolos Estándares Para El Diagrama D e Flujo.³⁴

³⁴ HARRINGTON JAMES. "Mejoramiento de los procesos en la empresa" Editorial: McGraw – Hill. Bogotá 1993.

2.7.4 DIFERENCIAS ENTRE LA GESTIÓN POR PROCESOS Y LA GESTIÓN FUNCIONAL TRADICIONAL

A continuación se muestra un cuadro explicativo de las diferencias entre el sistema tradicional de gestión y el relacionado a la gestión por procesos.

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

CUADRO N° 2.2 Diferencias Entre La Gestión Por Procesos Y La Gestión Funcional Tradicional.³⁵

2.7.5. METODOLOGÍA GENERAL PARA LA GESTIÓN POR PROCESOS.

Por definición sistema es un todo en que todas sus partes están inter relacionadas, en el sistema sanitario el usuario es el elemento que se encarga de recorrer este sistema y el que se beneficia o perjudica del buen o mal funcionamiento, la posibilidad de central la gestión de las instituciones sanitarias en procesos asistenciales continuos puede dar respuesta a muchas de las expectativas de los

³⁵ Gestión por procesos. A. Badía; S. Bellido

usuarios, mejorar los puntos críticos del actual sistema y contribuir a globalizar la asistencia.

La implantación de la Gestión por Procesos a nivel global se plantea tres fases:

- Fase Estratégica
- Fase de desarrollo
- Fase de Implementación.

2.7.5.1 Fase Estratégica. El modelo de gestión debe estar inmerso en la planificación estratégica de la organización, identificando los procesos globales, contando con la participación e líderes asistenciales, se definen los valores, las misiones y objetivos estratégicos que dirigirán la implementación, se describe en base a éstos objetivos estratégicos y siguiendo herramientas de priorización como el mapa de procesos.

Mapa de Procesos.- Permite tener una visión global de la organización, visualiza la relación entre la organización y las partes interesadas.

Es necesario definir dentro del sistema sanitario cuales son los procesos principales (estratégicos, operativos y de soporte); el método o el diseño del mapa exigen contar con una serie de factores que proporcionen información para determinar cuáles son los procesos clave como son:

- Necesidades de la población
- Objetivos estratégicos de la organización.
- Población afectada.
- Factibilidad de su abordaje.
- Posibilidad de mejora.

2.7.5.2 Fase de Desarrollo. En ésta fase lo más importante es la selección de líderes que coordinen la descripción de los distintos procesos priorizados, se abordan las líneas a seguir para la gestión asistencial del proceso, cada uno de estos grupos describirá el plazo establecido, apoyándose en fuentes de información que aseguren la incorporación de medidas efectivas, un elemento

importante a tomar en cuenta es la orientación a los resultados de los procesos, para ello es necesario un sistema de medición, monitorización y evaluación que asegure el logro de los resultados.

2.7.5.3 Fase de Implementación. Es la puesta en marcha del proceso según el diseño realizado por el grupo de desarrollo, la implementación se puede establecer por grupos que actúen en todos los niveles, en esta fase se preparan profesionales y organizaciones para la puesta en marcha del proceso.

Para realizar la propuesta de mejora o cambios hay que tomar en cuenta que siempre hay resistencia, por principios arraigados de la institución, por lo tanto se requiere de un buen programa de comunicación, participación e implicación de los profesionales en el proceso. Las medidas de actividad y rendimiento deben ser evaluadas periódicamente, indicadores de proceso, resultado, satisfacción del cliente, flexibilidad.³⁶

2.7.6 MANUAL DE PROCESOS.

Los procesos, normas, rutinas, formularios necesarios para el manejo de la institución deben estar agrupados dentro de un manual, independientemente del tamaño de la institución, en el deben constar además políticas y métodos que permitan identificar y describir las entradas, actividades, salidas y controles e interrelaciones de las unidades y procesos de la institución en función del usuario o cliente.

³⁶ CORTEZ, M, et, al. "Gestión de Procesos Asistenciales. Aplicación Práctica" 1ed. Editorial McGraw- Hill. Interamericana. Madrid 2006

2.7.6.1. Objetivo del Manual de Procesos

“Tiene como objetivo fortalecer la gestión de las instituciones, organismos, entidades y empresas del Estado, sobre la base del estatuto y estructura orgánica, fundamentando la gestión institucional en hechos documentados, con las derivaciones que se generen y que facilite la operatividad y establecimiento de estándares de medición y control de la gestión organizacional y la satisfacción de los clientes usuarios.”³⁷

2.7.7 METODOLOGÍA PARA EL DESARROLLO Y/O MEJORAMIENTO DE PROCESOS.

Los procesos que conforman una institución deben identificarse, realizar mapas y mejorar y así aumentar la competitividad de la empresa.

El mejoramiento de procesos es una metodología que permite a las empresas identificar los procesos importantes en la cadena de valor, para luego mapearlos e identificar las mejoras estructurales, además está orientada a aumentar la productividad, reducir el tiempo de ciclo del proceso, buscar la optimización. Las mejoras usualmente tienen que ver con la eliminación de: cuellos de botella, actividades que no añaden valor, esfuerzos perdidos, división del trabajo innecesaria, inconsistencia.

A continuación se muestra la metodología para el diseño o mejoramiento de procesos para el presente caso, hospitalarios:

- **Definición global del Proceso:** Esta etapa consiste en definir una serie de aspectos vinculados al proceso en sí, tales como: Definición funcional del Proceso, esto es cuál es el objetivo del proceso que se está desarrollando.

³⁷ Registro Oficial N° 251, Lunes 17- abril – 2006. Pág.11

- **Límite del proceso:** Límite de entrada es el comienzo del proceso, el momento en el que el paciente tiene el primer contacto con la cadena de actividades y dan respuesta a sus necesidades y expectativas.
- Límite de salida ó límite final es el momento en que se considera finalizado el proceso, sea que se ha solucionado el problema de salud planteado, por paso a otro proceso o por fallecimiento.
- Límites marginales son aspectos que forman parte del proceso pero que no se abordan en la descripción del proceso que se realizan por diferentes motivos: por complejidad, porque afectan aun reducido número de personas.
- **Responsable del Proceso:** esto es quién ejerce la responsabilidad de llevar adelante el proceso asistencial.
- **Destinatarios del proceso:** Esto implica definir hacia quién está dirigido el proceso asistencial. Por ejemplo todos los pacientes poli traumatizados graves, o todos los pacientes con patología coronaria, etc.
- **Componentes del Proceso:** Esta etapa implica la definición de todos los recursos humanos y materiales que componen el Proceso Asistencial en sus distintas actividades, así como todas las actividades que involucran el Proceso Asistencial en sí mismo.
- **Representación Gráfica,** esta etapa implica el diseño grafico de las distintas etapas y actividades del Proceso Asistencial.
- **Costeo del Proceso,** el análisis de costos del Proceso es una herramienta trascendente a la hora de gestionar las actividades del hospital, básicamente por las siguientes consideraciones: control con Protocolo Valorado, la imputación de costos y su comparación con los protocolos de tratamiento médico valorados, se constituyen en una guía de acción del cumplimiento o no de los procesos, esto es, si el costo final de la atención de un paciente en un proceso quirúrgico no es compatible con el protocolo de atención clínica valorado, lo cual es un primer Indicador del no cumplimiento del protocolo de atención.
- Control con terceros (benchmarking), el control del costo del Proceso de Atención de determinada patología - paciente me permite comparar con otros centros que realicen los mismos procesos, y aunado a indicadores

asistenciales de mortalidad – morbilidad – estadía, permiten una clara idea de la eficiencia en el manejo de los procesos asistenciales.³⁸

2.7.8 MEDICIÓN DE LOS PROCESOS.

En las organizaciones sanitarias es una constante la medición y es elemento fundamental para la toma de decisiones que se la define como:

"Un proceso de comparar cuantitativamente los resultados de las exigencias, para llegar a un cálculo cuantitativo del desempeño" OMS

La medición sirve para analizar y explicar un hecho, hacen tangibles los procesos de calidad, se centran en factores que contribuyen a lograr la misión de la institución, la importancia de la medición radica en que permite cuantificar con certeza, conocer las oportunidades de mejora, ayuda a fijar metas y monitorear las tendencias.

Una buena medición debe ser pertinente es decir que sean útiles y necesarias para tomar decisiones, precisa, oportuna, confiable, además tiene que ver con la economía en relación con el costo beneficio.

En salud la medición es un elemento fundamental para la toma de decisiones así:

La utilización del recurso, permite conocer por ejemplo número de egresos, número de pacientes atendidos etc.

La calidad está más enfocada a evaluar el servicio y conocer en que medida se adecua o satisface a la demanda del usuario, en salud se evalúa con indicadores directos como porcentaje de mortalidad, porcentaje de infecciones hospitalarias, porcentaje de reingresos etc.

Valor Agregado en las Empresas de Salud va más allá del cumplimiento de las actividades, sino a la disminución de costos. Las actividades de valor agregado real son aquellas que vistas por el cliente final son necesarias para proporcionar

³⁸ MONTICO, E Hospitales por Procesos y no por Departamentos, [http:// www.gerenciasalud.com/art272.htm](http://www.gerenciasalud.com/art272.htm), 22-08-08.

el output que el cliente está esperando, se debe analizar cada actividad en el proceso para determinar el aporte para la satisfacción del mismo.

La productividad se define con el número de actividades por unidad de recurso existente en un período dado. Entre los indicadores que muestran medida de productividad hospitalaria están por ejemplo: número de consultas por médico, número de cirugías por quirófano. etc. La productividad puede ser alterada por procesos ineficientes como pueden ser repeticiones, rotación de personal, multas por mal servicio, clientes insatisfechos.

“Eficiencia en la relación de los servicios o productos realizados con los costos invertidos, permite que la empresa esté funcionando con un nivel de rendimiento, costos adecuados. Ejemplo:

$$\frac{\text{Costo total del servicio de lavandería}}{\text{Número de Kilos de ropa lavada}} = \text{Costo Kilo de ropa}$$

Eficacia determina el cumplimiento de los objetivos, permite evaluar la importancia de las medidas relativas o curativas de un área determinada

$$\frac{\text{Número de pacientes que mejoran}}{\text{Número Total de pacientes atendidos}} = \text{Mejoría por un tipo de tratamiento}$$

Efectividad es el resultado de la combinación de la eficiencia y la eficacia es decir hacer las cosas bien a precios razonables.

*En síntesis para medir la calidad se necesita de estándares o indicadores para poder comparar y controlar.*³⁹

³⁹ GARCÍA MEJÍA BRAULIO MD-MSP; Gerencia de Procesos para la organización y el control interno de empresas de salud .pp 76-77Bogotá- Colombia 2003

2.7.9 TIPOS DE INDICADORES

Para conocer la naturaleza y el contenido de los procesos brindados, la cantidad y calidad de los recursos, la tecnología utilizada, secuencia de las normas, procedimientos y controles; es necesaria la evaluación del proceso.

Los indicadores son los que controlan una serie de pasos o acciones que intervienen en la atención de los pacientes, entre los indicadores que se centran en los estándares de los procesos, son los que están estrechamente relacionados con los resultados de los pacientes.

Hay que puntualizar que debemos de saber distinguir entre indicadores de cumplimiento, de evaluación, de eficiencia, de eficacia e indicadores de gestión.

Indicadores de Cumplimiento tiene que ver con la conclusión de una tarea, están relacionados con el grado de consecución de tareas y/o trabajos.

Indicadores de Evaluación tienen que ver con el rendimiento que se obtiene de una tarea, trabajo o proceso, está relacionado con los métodos que nos ayudan a identificar debilidades, fortalezas, oportunidades de mejora.

Indicadores de eficiencia, tiene que ver con la actitud y la capacidad de efectuar una tarea o trabajo con el mínimo gasto de tiempo.

Indicadores de eficacia están relacionados con la capacidad o acierto en la consecución de tareas o trabajos, ejemplo: grado de satisfacción de los pacientes.

Indicadores de gestión, teniendo en cuenta que gestión es administrar y/o establecer acciones concretas para realizar trabajos programados y planificados, estos indicadores están relacionados con los métodos que permiten administrar realmente un proceso. Estos indicadores son clave para el pilotaje de los procesos relacionados, cualquiera de los otros indicadores sirven para ver la evolución del proceso.

En muchas organizaciones es muy frecuente establecer indicadores de eficiencia y eficacia y esperar resultados de los mismos para tomar acciones, los diferentes tipos de indicadores son necesarios, pero la mayoría de las organizaciones son el resultado de los indicadores de gestión.⁴⁰

2.7.9.1 Indicadores de evaluación de la organización.

Los indicadores más utilizados pueden ser los siguientes:

- ♦ Rendimiento del recurso humano, es el recurso sobre el cual gira y depende un determinado un proceso productivo.
- ♦ Rendimiento del recurso físico, el más utilizado es el recurso cama de hospitalización, consultorios en caso de consulta externa etc. es ubicar a la institución sanitaria en medio de dos escenarios la situación ideal o esperada arriba máxima eficiencia y abajo lo contrario.
- ♦ Índices de utilización de servicios complementarios y de apoyo, es la demanda que ejercen los servicios sustantivos (Pediatria, Cirugía, Medicina) sobre los complementarios(laboratorio, dietética, mantenimiento etc.), sirven para conocer como se distribuyó la oferta.
- ♦ Costos de operación principalmente para los servicios finales, aunque generalmente requiere cálculos de costos unitarios de los servicios de apoyo.

Para evaluar la calidad de los servicios se debe considerar dos componentes:

- Calidad Técnica u objetiva que consiste en evaluar la incidencia y prevalencia de eventos indeseables en éste caso serán indicadores con base en índices o tasas.

⁴⁰ http://web.jet.es/amoazarain/gestión_indicadores.htm

- Calidad Subjetiva o medición de satisfacción del cliente es el grado en el que el servicio brindado cumple con las expectativas del cliente.⁴¹

Entre los indicadores más utilizados en el área hospitalaria están:

- Días cama ocupada.
- Porcentaje de consulta externa
- Porcentaje de ocupación
- Promedio día estada
- Número de exámenes de laboratorio por egreso.

2.8 MONITOREO, EVALUACIÓN Y LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN.

2.8.1 MONITOREO.

El Monitoreo, se refiere a la recolección sistemática, permanente de la información y la comparación con lo planificado analizando las diferencias, es un sistema de información con actividades y procesos realizados en forma continua y rutinaria con énfasis en el enfoque que identifica necesidades inmediatas de acción de acuerdo a los objetivos o planes establecidos. Entre los aspectos a considerar tenemos el nivel de involucramiento del paciente y/ o familiares, aspectos organizacionales, condiciones del ambiente, de los insumos, y de los prestadores de servicios.

2.8.1.1 Formas de monitoreo.

Desde el punto de vista de la fuente de información pueden ser monitoreados de forma directa preguntándole al usuario, o indirecta por la tasa de uso de los servicios, según la frecuencia por medición de los indicadores pueden ser sistemática por medio de sistemas de información permanentes que toman la

⁴¹ CHACÓN RAMIREZ HUGO; Consultor OPS en Sistemas de Información e Indicadores de Gestión. Costa Rica .p.10

opinión del usuario por medio de formulario o entrevistas; intermedias serán sistémicas se realiza encuestas de opinión durante el año en forma programada o no sistemáticas cuando se realizan en forma irregular. La organización puede implementar de forma sistemática o no una variedad de métodos para realizar el monitoreo, grupos de consulta, reuniones con miembros de la comunidad, entrevistas, visitas a la comunidad, encuestas, sistematización de las quejas, usuarios incógnitos.⁴²

El monitoreo y evaluación es un proceso continuo, dinámico mediante el cual se comprueba los logros alcanzados en función de los objetivos propuestos, permite adaptar los programas, a las características individuales de la organización, cumple la función de regulación y control, el proceso analítico de la evaluación cumple con una serie de etapas como: propósito, intereses de la evaluación, conclusiones y recomendaciones generales, para que una evaluación sirva para el buen desempeño e impacto en el desarrollo de los servicios de salud debe ser imparcial, creíble, útil, participativo, retroalimentado y costo/eficaz es decir que agreguen valor y el resultado sea proporcional a la inversión.

2.8.2 EVALUACIÓN.

En el proceso de evaluación de servicios de salud se debe considerar el concepto de productividad “,... relación que se establece entre producción de bienes/ /servicios y los insumos/ recursos utilizados, lo cual podría traducirse como la eficiencia con la cual son utilizados los recursos para producir y proveer o productos a niveles específicos de calidad y de manera oportuna...”⁴³.

Al planificar las actividades de evaluación se deberá formular las siguientes interrogantes porqué, qué, como, quién, cuando, los recursos y el presupuesto para implementar el plan de evaluación, debe definirse el período; evaluar la producción identificando cuales son los servicios y productos finales que básicamente consiste en comparara la situación actual con lo programado en el

⁴² Ibid. , pp. : 25 al 28

⁴³ CHACÓN RAMIREZ HUGO; Consultor OPS en Sistemas de Información e Indicadores de Gestión. Costa Rica .p.10

mismo período o con anteriores, en función de la capacidad física instalada, de dotación de recurso humano; evaluar además eficiencia de los servicios que consiste en la elaboración de una serie de indicadores en función de la producción anual y comparar en función de los mismos o con estándares sean institucionales, técnicos, nacionales e internacionales.

2.8.3 SISTEMAS DE INFORMACIÓN.

Son un conjunto de personas, datos y procedimientos que se relacionan entre sí que permiten almacenar, procesar y distribuir la información para apoyar la toma de decisiones en las funciones de planificación, organización, dirección y el control de una institución, está integrado por todos los sectores, y procesos que en ellos se realizan.

Los tipos de sistemas de información de acuerdo al nivel de la organización a los que prestan apoyo y al objeto de la información son:

- *Sistema Operativo*, se refiere al seguimiento de actividades y transacciones elementales de la organización, se elabora y se entrega el producto de la organización.
- *Sistema de nivel Estratégico*, apoyan al nivel que establece las estrategias y que toma las decisiones macro en la definición de programas, objetivos, metas referentes al ámbito del negocio y financiamiento.
- *Sistema de nivel de conducción o gerencial*, proceso metódico y ordenado para la recolección, almacenamiento, organización, análisis y presentación de los datos fáciles de interpretar que sirvan de apoyo a los niveles gerenciales, en el seguimiento, control y las actividades administrativas, con el propósito de mejorar la toma de decisiones, ayudar a la planificación, facilitar la administración de los procesos productivos, eficiencia, control del uso adecuado de los recursos, evaluación de la productividad y el cumplimiento de

las metas, facilitar además la gestión mediante la obtención sistemática de indicadores de resultados y encuestas de satisfacción.⁴⁴

2.8.3.1 Sistemas de Información en Salud.

Tienen el potencial de producir información clínica y administrativa orientada a la gestión para el funcionamiento de servicios y programas para la atención de los pacientes éstos sistemas son críticos al tomar decisiones eficaces y eficientes para la planificación, operación y supervisión y control de la atención de la salud individual y colectiva en la evaluación y monitoreo de la situación de salud, medición de resultados de intervenciones clínicas y de gestión, en la ampliación de la cobertura de atención y mejoramiento de calidad de los servicios.

En las instituciones de salud se utiliza la información epidemiológica, administrativa y contable con el objetivo de reunir información clínica y de consumo de recursos de cada paciente, facilitar la realización de reportes epidemiológicos, coordinación, supervisión y estandarización de la producción de los servicios, facilitar la realización, supervisión y control de procesos administrativos, contables y de facturación, contribuir a los procesos de docencia; para lo cual se debe prever la identificación de pacientes, médicos, lugar de transacciones, actividades de los procesos productivos e identificar el consumo de recursos.

El sistema de información como la tecnología informática deben estar acorde con la dimensión del hospital, estructura organizacional y el estilo de conducción; además deben ser evaluados periódicamente de acuerdo a la satisfacción de los usuarios y la eficiencia de las operaciones: oportunidad y confiabilidad, costos, y cantidad mínima de errores.

Entre los tipos de información que brinda el sistema de información hospitalario tenemos información sobre el área y pacientes atendidos, servicios producidos,

⁴⁴ Ibid., pp : 10-11-12

equipo de profesionales (cantidad, calidad, edades, honorarios etc.), operaciones y resultados financieros, existencia de otras organizaciones de salud.⁴⁵

Como metodología de evaluación se utiliza el Cuadro de Mando Integral (Balance Scorecard).

2.9 EL CUADRO DE MANDO INTEGRAL (BALANCED SCORECARD)

El sistema de control gerencial de alta dirección debe dar información clave en los aspectos críticos de la empresa como son: rentabilidad, productividad, posicionamiento comercial y motivación de los recursos humanos; para alcanzar éstos objetivos se utiliza éste instrumento denominado Cuadro de Mando o de Indicadores.

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

De este proceso de diagnóstico estratégico surgen primero los objetivos estratégicos, se prioriza, operativiza y estarían compuesto entonces por: indicadores que compartan contra las metas de los objetivos estratégicos determinados por el análisis, expresadas en las planificación presupuestaria y con la tendencia histórica; el cuadro de mando permite a los gerentes a gestionar la organización gracias a la identificación de factores clave para el éxito de la empresa, especialmente aquellos que pueden medirse como las variables físicas.⁴⁶

Así mismo ayuda a verificar que los procesos de cada unidad funcional se realicen según los procedimientos establecidos, comparar con normas

⁴⁵ FUNDACIÓN ISALUD, Op. cit., pp.: 19-20-21-24

⁴⁶ Ibid., pp. : 55-56

establecidas y resultados para lo cual se utiliza manuales de procedimientos con el fin de realizar correcciones si el caso lo amerita, quien controla debe tener la información clara. Este mecanismo puede ser utilizada por cualquier organización, incluidas las de servicios; (como los hospitalarios) porque se adapta a las características de cada empresa u organización ya que se basa en su planificación estratégica.

2.9.1 PERSPECTIVAS QUE ANALIZA EL CMI.

La metodología sugiere la clasificación de sus objetivos en 4 perspectivas de igual importancia:

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

Perspectiva Financiera.

La elaboración del Cuadro de Mando Integral ayuda a las empresas a vincular sus objetivos financieros con la estrategia de la empresa, además estos objetivos sirven de enfoque para los objetivos e indicadores del resto de perspectivas.

“Los objetivos financieros en la fase de crecimiento enfatizarán el crecimiento de las ventas en nuevos mercados y a nuevos clientes y procedentes de nuevos productos y servicios manteniendo unos niveles de gastos adecuados para el desarrollo de los productos y de los procesos, los sistemas, las capacidades de los empleados y el establecimiento de nuevos canales de marketing, ventas y distribución”⁴⁷.

⁴⁷ Secretaría de Salud de Colombia, **Tablero del Control**, www.balancedscorecard.org,

Perspectiva del Cliente.

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

Los inductores de la actuación para la satisfacción del cliente son: tiempo, calidad, costos.

Perspectivas del Proceso Interno

Luego de desarrollar los objetivos e indicadores para la perspectiva financiera y del cliente, para esta perspectiva se identifican los procesos más críticos para conseguir los objetivos sean de la empresa, cliente y/o usuario.

Se le recomienda a las instituciones que definan una completa cadena de valor de los procesos internos que se inicia con el proceso de innovación a través de la identificación de las necesidades de los clientes actuales y futuros y desarrollando nuevas soluciones para estas necesidades, continuando con los procesos operativos mediante la entrega de los productos y servicios existentes a los clientes existentes y culminando con el servicio venta, ofreciendo servicios después de la venta, que se añaden al valor que reciben los clientes.

Perspectiva de Aprendizaje y Crecimiento.

Los objetivos de la perspectiva de aprendizaje y crecimiento proporcionan la infraestructura que permita el alcance de los objetivos, y lograr resultados excelentes en las anteriores perspectivas

Las organizaciones deben invertir en su infraestructura, es decir, personal, sistemas y procedimientos si es que quiere alcanzar unos objetivos de

crecimiento financiero a largo plazo, se habla de tres categorías de variables en la perspectiva de aprendizaje y crecimiento.

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

Los inductores del crecimiento y aprendizaje provienen primordialmente de tres fuentes: los empleados, los sistemas y la equiparación de la organización. Las estrategias para una actuación superior exigirán, en general, unas inversiones importantes en personal, sistemas y procesos que construyen capacidades para las organizaciones.

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

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

- Contribuye a maximizar la rentabilidad y a la creación de valor en el tiempo.
- El Cuadro de Mando Integral ayuda a alinear los indicadores estratégicos a todos los niveles de la organización.
- El Cuadro de Mando Integral ofrece a la gestión una imagen gráfica y clara de las operaciones del negocio.
- La metodología facilita la comunicación y entendimiento de los objetivos de la compañía en todos los niveles de la organización
- El mismo concepto del Cuadro de Mando Integral permite ir aprendiendo de la estrategia.

- El Cuadro de Mando Integral le ayuda a reducir la cantidad de información que puede obtener de los sistemas de información, ya que de ellos, el BSC extrae lo esencial.
 - Mide el grado de contribución personal con los resultados de la empresa.
 - Convierte la estrategia en acción.
 - Logra que la estrategia sea el objetivo de todos y de todos los días.
 - Genera indicadores de control efectivo.
 - Permite tomar decisiones oportunas.
 - Aumenta la satisfacción de sus clientes.
- Instauro un proceso continuo de generación y modificación de estrategias⁴⁸.

2.9.2 EL TABLERO DE CONTROL

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

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

Estos tableros generalmente se hacen en forma de cascada, de manera que el tablero del director recoge y agrega datos que los diferentes departamentos también registran, de esta forma existe consistencia organizacional⁴⁹.

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

⁴⁸ PAREDES, Gabriela (2004), Implementación del Balanced Scorecard, Quito-Ecuador.

⁴⁹ Secretaría de Salud de Colombia, **Tablero del Control**, www.balancedscorecard.org.

Los mapas presentan en una sola página una serie de elementos conectados entre sí, tales como: valor para los usuarios, gerencia de clientes, proceso gerencial, gerencia de calidad, capacidades centrales, innovación, recursos humanos, tecnología de la información, diseño organizacional, aprendizaje entre todas las partes.

CAPÍTULO III

3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE SALUD.

3.1 CONTEXTO NACIONAL

El Ecuador es un estado democrático, soberano, pluricultural, multiétnico con marcadas diferencias sociales y económicas en sus cuatro regiones geográficas: Costa, Sierra, Oriente y la insular de Galápagos, para la administración del Estado y la representación política existe 24 provincias, 215 cantones, 1149 parroquias.

La evolución política del país en los últimos años se ha caracterizado por una gran inestabilidad de las instituciones y alto grado de conflictividad social, lo que ha generado una profunda crisis de gobernabilidad, los principales problemas políticos y sociales que afectan directamente la situación de salud, incluyen los altos niveles de pobreza y el aumento significativo de la indigencia, además el hecho que no toda la población ecuatoriana tenga acceso a los servicios institucionales de salud y las tres cuartas partes de la población no tiene protección de seguridad social incidiendo la falta de un Sistema Nacional de Salud organizado conforme lo establece la Constitución Política del Estado.

Según el censo realizado en el 2002 (INEC) la población total del Ecuador era de 12'842,578 de los cuales 6'444.656 son hombres y mujeres 6'397,922, se hace evidente el cambio en el quehacer político, económico y social, debido a la mala distribución de las fuentes de trabajo lo que ocasiona la migración dentro y fuera del país creando desorganización familiar, por lo que es necesario establecer una organización político social más democrática , participativa que enfrente la corrupción ,la pobreza , la desigualdad social en busca de un auténtico desarrollo económico basado en la equidad .eficiencia, solidaridad principalmente en el campo de la salud. De allí que el Ministerio de Salud empeñado en una entidad rectora del sector salud se encuentra comprometida en construir procesos en torno de las Políticas del Estado.

En el transcurso de los últimos años se observa un mejoramiento de las condiciones de salud de la población ecuatoriana, sin embargo, se registran todavía tasas elevadas de mortalidad neonatal, infantil, niñez, materna y general, así como, deficiencias en infraestructura, equipamiento, recursos humanos y limitaciones presupuestarias.

La tasa de mortalidad neonatal, se trata de un indicador de resultado que refleja varias situaciones de salud ligadas con la madre y su atención de salud durante el embarazo, el parto y el puerperio referidas sobre todo a sus estados nutricionales, a los riesgos y presencia de toxemias del embarazo, y refleja también, de manera indirecta, la disponibilidad de servicios de salud, los niveles educativos de las madres y su calificación para el cuidado infantil, las condiciones socio-sanitarias de los hogares, el acceso a agua potable y/o segura y a saneamiento ambiental y, en general, los niveles de pobreza y bienestar del medio familiar, en el periodo 1991 -2000, ésta tasa muestra una tendencia descendente de 11,7 a 9.3 nacidos vivos. Es importante señalar que el 99% de los fallecimientos de recién nacidos se producen en países en vías de desarrollo, siendo las principales causas de mortalidad neonatal: enfermedades infecciosas (neumonía, tétanos y diarrea) con el 36%; nacimientos prematuros con el 27%; y, las asfixias con el 23%⁴.

La tasa de mortalidad infantil refleja además de varias situaciones de salud de la madre ligada al embarazo y parto, principalmente tiene que ver con el estado de salud de el niño durante el primer año de vida: crecimiento y desarrollo, nutrición, avitaminosis, anemia, inmunizaciones, detección oportuna de anomalías congénitas, lactancia materna por lo menos los seis primeros meses de vida .La información disponible muestra una reducción de la tasa de mortalidad infantil de 101,9 muertes por 1.000 nacidos vivos en 1956 a 22,1 en el 2005.

Sin embargo del descenso anotado, la STFS-SIISE menciona que permanecen “importantes inequidades en el sistema de salud, mostrando tasas de mortalidad mucho más altas y acceso limitado a atención de salud para la población indígena, los pobres y aquellos que viven en áreas rurales”.

Sobre lo cual, la UNICEF indica que alrededor de un 50% de las muertes infantiles que se producen en la actualidad se pueden evitar y hay una tasa más elevada de mortalidad para los niños y las niñas indígenas y afro ecuatorianos.

Respecto a las principales causas de mortalidad infantil en el Ecuador, el SIISE menciona que “las principales causas de muerte se relacionan con enfermedades prevenibles”.

Tasa de mortalidad en la niñez: pasado el primer año de vida, los riesgos de enfermar y morir se asocian principalmente con las condiciones del cuidado infantil, el complemento y refuerzo de los esquemas de vacunación, el consumo de alimentos adecuados, la prevención o tratamiento efectivo de las principales enfermedades del grupo de edad, las infecciones respiratorias y las enfermedades diarreicas agudas, y la prevención de accidentes en el hogar.

La tasa de mortalidad en la niñez se redujo de 40,7 muertes por cada mil nacidos vivos en 1991 a 26 en el 2004, como resultado de mejoras en la disponibilidad y calidad de los servicios de salud, el acceso a los servicios básicos de agua y saneamiento y la educación de las mujeres.

Tasa de mortalidad general: ha descendido de 14,2 muertes por cada 1.000 habitantes en 1956 a 4,3 en el 2005, esto se debe, según el SIISE, a la expansión de la cobertura de los servicios de salud, el mejoramiento de los niveles educativos de la población, la influencia de los medios masivos de comunicación, el acceso a medidas prevenibles como las inmunizaciones, el desarrollo de los fármacos para tratar y curar enfermedades que antes no eran combatibles, la urbanización de la población lo que la acerca a los servicios de salud de las ciudades, al mejoramiento de la infraestructura sanitaria (agua, alcantarillado y disposición de basuras).

Tasa de mortalidad materna: refleja la atención que la sociedad otorga al cuidado de la salud de las mujeres durante su edad fértil, permitiendo evaluar la calidad de atención de salud antes, durante y después del parto. La tasa de mortalidad materna muestra una reducción de 203,3 muertes por 100.000 nacidos vivos en 1971 a 85 en el 2005, según la UNFPA, en todo el mundo, hay una notable

coherencia en cuanto a las causas de defunción materna. Se deben, en un 80%, a complicaciones obstétricas directas: hemorragia, sepsis, complicaciones del aborto, preclamsia o eclampsia, y trabajo de parto prolongado u obstruido. Un 20% de esas defunciones tienen causas indirectas, por lo general trastornos médicos preexistentes agravados por el embarazo o el parto, inclusive anemia, paludismo, hepatitis y, cada vez más, SIDA. Para el caso del Ecuador, se indica: La anemia en el embarazo, el analfabetismo, el bajo nivel social y económico de la mujer, la violencia intrafamiliar, la falta de garantías para ejercer su pleno derecho a la libre elección sexual y reproductiva, el acceso limitado a programas de información, educación y comunicación, y las dificultades prácticas - restricciones económicas, geográficas, sociales y culturales- para acceder a servicios específicos de calidad (tanto de salud como sociales), son factores, entre otros, que contribuyen a mantener los altos niveles de morbi mortalidad materna.

Camas hospitalarias disponibles: la relación entre el número de camas hospitalarias y la población es una medida de la oferta de los servicios de salud con hospitalización y su capacidad de respuesta al tamaño de la población., el número de camas hospitalarias muestra un incremento de 13.393 en 1974 a 21.200 en el 2004.

Desnutrición global y crónica: es uno de los principales problemas de salud en los países en desarrollo, que contribuye directamente a la mortalidad infantil y a rezagos en el crecimiento físico y desarrollo intelectual de las personas indica que los factores que causan la desnutrición son de orden sanitario, socioeconómico y cultural. Los principales incluyen la falta o desigual acceso a los alimentos, falta de disponibilidad o acceso de servicios de salud, inadecuada atención pre y post-natal, deficiencias educativas de adultos y menores y la dieta y costumbres alimenticias inapropiadas. Un elemento creciente tiene que ver con el consumo de alimentos industrializados poco nutritivos que compite, y a veces supera, el de alimentos tradicionales adecuados.

En el país, a pesar de la disminución observada en los últimos años, la desnutrición afecta a un importante porcentaje de la niñez ecuatoriana. Cifras al

respecto proporcionadas por el SIISE, señalan que entre 1998 y 2004 la desnutrición crónica (baja talla) disminuyó de 21% a 17.4% y la desnutrición global (bajo peso) de 16.9% a 14.7%. Esto significa que en el año 2004, cerca de uno de cada cinco niños/as menores de cinco años sufría de desnutrición crónica y un poco más de uno de cada diez de desnutrición global; lo cual implica que alrededor de 210.000 niños/as menores de cinco años adolecían de una baja talla para su edad y de 176.000 niños/as de un bajo peso para su edad.

De acuerdo a la fuente anotada, la situación es más crítica en el área rural. Los niños/as del área rural presentan baja talla (26.6%) y bajo peso (18.4%) para su edad, en tanto que, en el área urbana, 12% y 12.4%, respectivamente.

Los indígenas son un grupo poblacional históricamente excluido, particular que se corrobora con las tasas de desnutrición. Los niños/as que provienen de hogares cuyos jefes hablan una lengua nativa presentan una tasa de desnutrición crónica del 43.7%, frente a una tasa de 15.1% en aquellos hogares con jefes de habla hispana, siendo similar el comportamiento en el caso de la desnutrición global, con tasas de 21% y 14.1%.

La desnutrición crónica tiende a afectar relativamente más a los varones que a las mujeres (19.5% y 15.2%), al igual que la desnutrición global (16.2% y 13%), son los más pobres quienes tienen mayor riesgo de sufrir desnutrición. En el 10% más pobre de la población la tasa de desnutrición crónica fue de 28.2% y la tasa de desnutrición global de 21.8%, mientras que en el 10% más rico fue de 6% y 5.8%, en su orden.

Un análisis similar para la tasa de desnutrición global muestra un panorama algo distinto. Las provincias con tasas superiores al promedio nacional son, ordenadas de mayor a menor, Chimborazo (22.4%), Cotopaxi (20.3%), Loja (19.6%), Tungurahua (17.1%), Bolívar (16.5%), Los Ríos (16.4%), Manabí (15.6%), Guayas (15.1%) y Cañar (14.8%). En cambio, las provincias con tasas de desnutrición global inferiores al promedio del país son, ordenadas de menor a mayor, Carchi (9%), Pichincha (11.2%), El Oro (11.5%), Imbabura (11.7%), Azuay (12.1%), Esmeraldas (13.4%) y las provincias amazónicas (14.1%).

Cobertura de inmunización infantil: es un indicador de insumo que mide el resultado de las acciones de los servicios sobre la población, señalando que la cobertura de la vacunación a la población infantil ha sido una de las principales acciones públicas de salud y, tal vez, una de las pocas que se han convertido en políticas de Estado. Particular que ha tenido efectos ciertamente positivos ya que “las principales epidemias que amenazaban a la niñez han sido controladas”. La cobertura de la inmunización infantil se incrementó del 16.2% en 1975 al 80.5% en el 2000.

Asistencia profesional en el parto: es un indicador de insumo y de alerta temprana, directamente relacionado con la mortalidad materna y sus cinco primeras causas (hemorragia del embarazo y parto, toxemia del embarazo, obstrucción del parto y complicaciones del posparto, infecciones del aparato genito-urinario durante el embarazo).

En el año 2005, a nivel nacional, el 80% de los nacidos vivos tuvieron asistencia profesional en el parto y el 20% carecieron de ella, existiendo grandes diferencias a nivel urbano y rural: el 88% de los partos ocurridos en el área urbana contaron con asistencia profesional, mientras tanto en el área rural apenas el 51%.

Seguros de salud: es un indicador de acceso a la salud, que muestra la cobertura de los sistemas de previsión pública y privada, así como las posibilidades que tiene la población para adquirir seguros privados.

En Ecuador apenas un 20% de población cuenta con algún tipo de protección de salud, es decir, el 80% no tiene protección garantizada. Las organizaciones aseguradoras que protegen al 20% de la población son: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) incluyendo el Seguro Social Campesino (SSC), Instituto de Seguridad de las Fuerzas Armadas (ISSFA), Instituto de Seguridad de la Policía (ISSPOL) y los seguros privados (SP), con la siguiente distribución:

Cobertura de los servicios básicos de agua y saneamiento ambiental en el 2001, el 67.5% de las viviendas disponen de abastecimiento de agua por red pública, pero existen diferencias entre el área urbana (83.7%) y el área rural (39.9%). El 48% de las viviendas cuentan con eliminación de las aguas servidas por red

pública de alcantarillado: 66.6% urbana y 16.4% rural. Esto significa que cuatro veces más viviendas urbanas están conectadas a sistemas de evacuación que las rurales.

Recursos humanos médicos, el número de personal que trabaja en establecimientos de salud se incrementa en el país de 57.524 en 1994 a 67.360 en el 2003. En lo relativo a la distribución de los profesionales de salud, para el año 2003 se observa su concentración en el área urbana y se registra una tasa de 15,6 médicos por cada 10.000 habitantes, cuando en 1990 fue de 9,5 .El Número de establecimientos hospitalarios en el año 2004, según la “clase”, de los 691 establecimientos de salud con internación registrados, 498 (72.1%) son clínicas particulares; 92 (13.3%) hospitales cantonales; 71 (10.3%) hospitales generales; y, 30 (4.4%) hospitales especializados (crónicos y agudos). En lo relacionado al “sector”, 514 (74.4%) son establecimientos de salud privados y 177 (25.6%) son públicos.

Respecto a la “entidad”, las instituciones particulares son 514 (74.3%); del Ministerio de Salud 122 (17.6%); del Seguro Social 18 (2.6%); del Ministerio de Defensa 14 (2.3%); de la Junta de Beneficencia, SOLCA y Sociedad Protectora de la Infancia 10 (1.4%); Fisco-Misionales 5 (0.7%); de la Policía Nacional 4 (0.5%); y, de los Municipios 4 (0.5%).

Esperanza de vida al nacer: es una medida hipotética, constituyendo un indicador de las condiciones de salud en un momento dado. Al cambiar en el futuro las tendencias de la mortalidad en la población, también cambiará la expectativa de vida de las personas conforme envejecen; naturalmente, muchas personas fallecen a una edad más baja que la esperanza de vida, mientras que otras lo hacen a edades más avanzadas. La esperanza de vida al nacer en el Ecuador aumentó de 52 años en 1974 a 75 años en el 2004.

El monto del presupuesto de la salud pasa de USD115,5 millones en el 2000 a USD561,7 millones en el 2006. El presupuesto del sector salud y su relación con el Presupuesto del Gobierno Central (PGC) y el Producto Interno Bruto (PIB): pasa del 2.7% al 6.6% y del 0.7% al 1.4% entre los años 2000 y 2006.

Presupuesto del sector salud por grupo de gasto: para el año 2006, permite apreciar la mayor importancia de los gastos en personal con USD286, 1 millones (50.9%), luego los bienes y servicios para inversión con USD120, 4 millones (21.4%) y a continuación los bienes y servicios de consumo con USD76, 7 millones (13.7%). El presupuesto del sector salud por naturaleza del gasto: para el año 2006 muestra un gasto corriente con USD370,1 millones (65.9%), gasto de inversión con USD173,8 millones (30.9%) y gasto de capital con USD17,8 millones (3.2%). Esta situación afecta la dotación de infraestructura y equipamiento, con un impacto negativo a nivel de cobertura y calidad.

El Gasto en salud per. cápita anual: el gasto en salud muestra que en el año 2000 se destinaron USD 9,39 por habitante, incrementándose a USD 41,89 en el año 2006.⁵⁰

3.2.1 CONTEXTO HOSPITALARIO NACIONAL.

La información estadística según el Anuario Estadístico de Recursos y Actividades de Salud 2006, refleja los principales cambios que ocurrieron en el país, así como las consultas de morbilidad, prevención, odontología, cambios ocurridos en cuanto a recursos disponibles, humanos como de equipo, y diferentes actividades realizadas en salud.

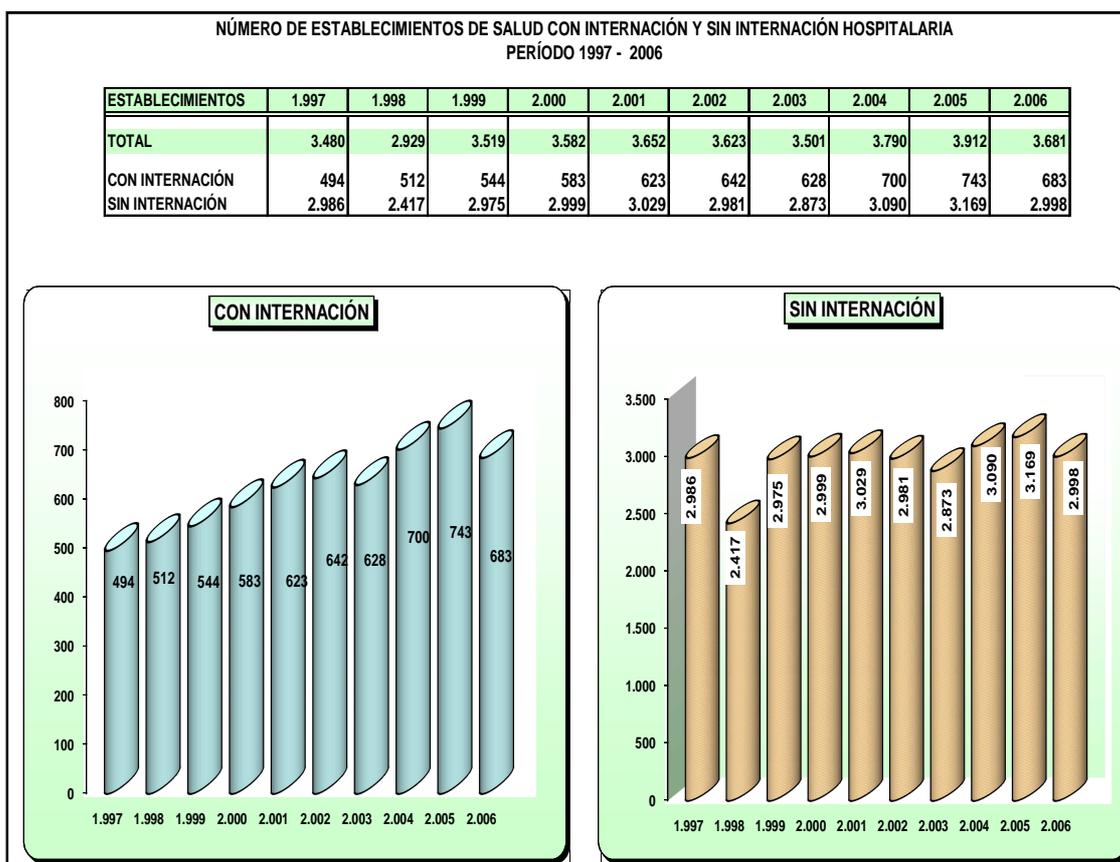
Según el gráfico N° 3.1” en el año 2006, el número de establecimientos investigados son 3.681; de ellos el 18,6% (683) son Establecimientos Con Internación Hospitalaria y 81,4% (2.998) Sin Internación Hospitalaria. Diez años atrás, esto es en 1997, el 14,2% correspondía a Establecimientos Con Internación Hospitalaria y el 85,8% a Establecimientos sin Internación.

⁵⁰ **Viteri Díaz, G.:** "Situación de la salud en el Ecuador" en Observatorio de la Economía Latinoamericana, Número 77, 2007. Disponible en <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/index.htm>

Respecto al año 2005 se observa una reducción del número de establecimientos, esto se debe fundamentalmente porque alguno⁵¹s no entregaron la información al INEC, a pesar de los esfuerzos desplegados.”

GRÁFICO 3.1

NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON INTERNACIÓN Y SIN INTERNACIÓN HOSPITALARIA PERIODO 1997 – 2006



Fuente y Elaboración. INEC

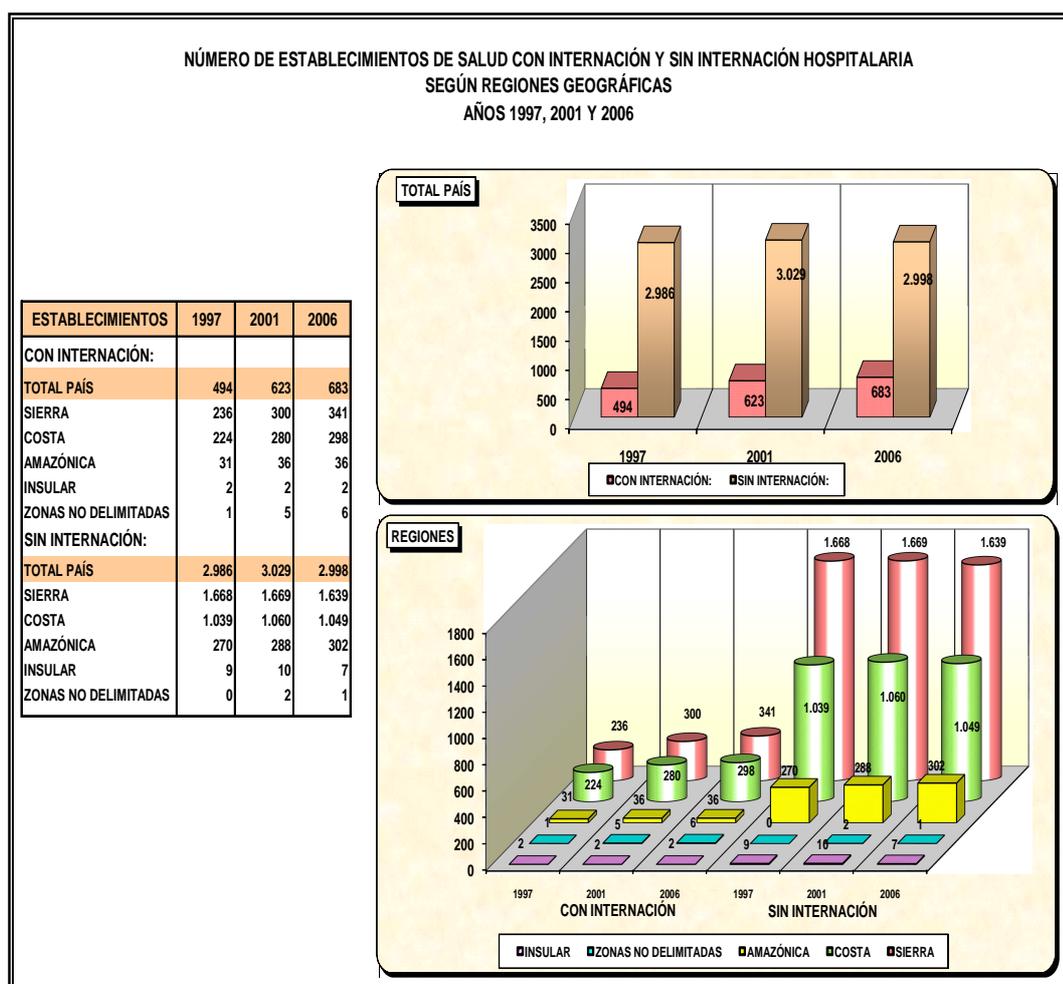
El gráfico N^o 3.2 hace referencia” al nivel de regiones geográficas, si comparamos los años 1997 y 2006, los datos nos demuestran un aumento de establecimientos con Internación Hospitalaria, pasando de 494 en 1997 a 683 en el 2006. La región geográfica con mayor crecimiento es la Sierra, que en el transcurso de estos últimos diez años ha experimentado un crecimiento del 44,5%, con excepción de la región Insular donde se mantiene el número de ellos

⁵¹ INEC.

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 podemos comparar porcentajes de crecimiento tanto a nivel de país como por regiones geográficas, debido a que algunos establecimientos no entregan la información.”⁵²

GRÁFICO # 3.2
NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON INTERNACIÓN Y SIN INTERNACIÓN HOSPITALARIA SEGÚN REGIONES GEOGRÁFICAS
AÑOS 1997,2001,Y 2006



Fuente y Elaboración: INEC

⁵² INEC.

El gráfico N°3. 3, evidencia que “para el año 2006, de acuerdo a la distribución de los Establecimientos de Salud, 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 de Sector Privado con Fines de Lucro aumentaron del 61,4% en 1997 al 68,8% en el año 2006.

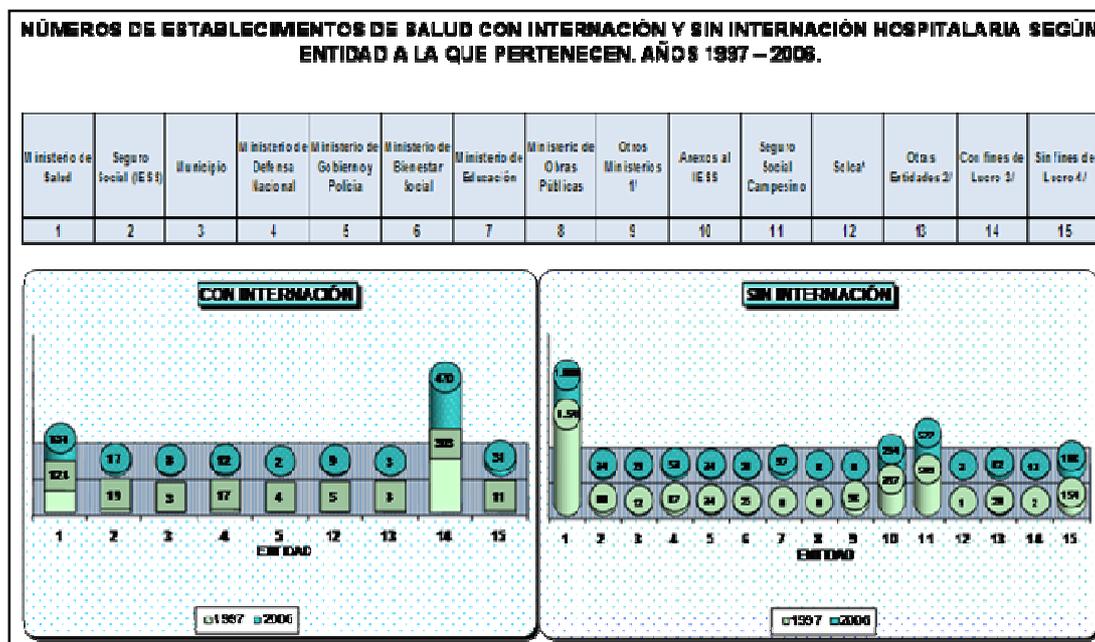
Para los establecimientos Sin Internación Hospitalaria, el 53,6% pertenecen al Ministerio de Salud, le sigue con el 19,2% el Seguro Social Campesino. Estableciendo una comparación con lo ocurrido en el año 1997, las dos entidades han incrementado ligeramente su participación, pasando del 51,6% en 1997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

Es necesario señalar que para el año 2006 se establece una nueva agrupación de entidades, la diferencia respecto a 1997 radica en la agrupación “Otros Ministerios” que para el año 1997 incluye a los Ministerio de Obras Públicas y de Educación, en tanto que para el año 2006, cada uno de estos se establecen en forma separada.”⁵³

⁵³ INEC.

GRÁFICO N° 3.3

NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON INTERNACIÓN Y SIN INTERNACIÓN HOSPITALARIA SEGÚN ENTIDAD A LA QUE PERTENECEN AÑOS 1997- 2006



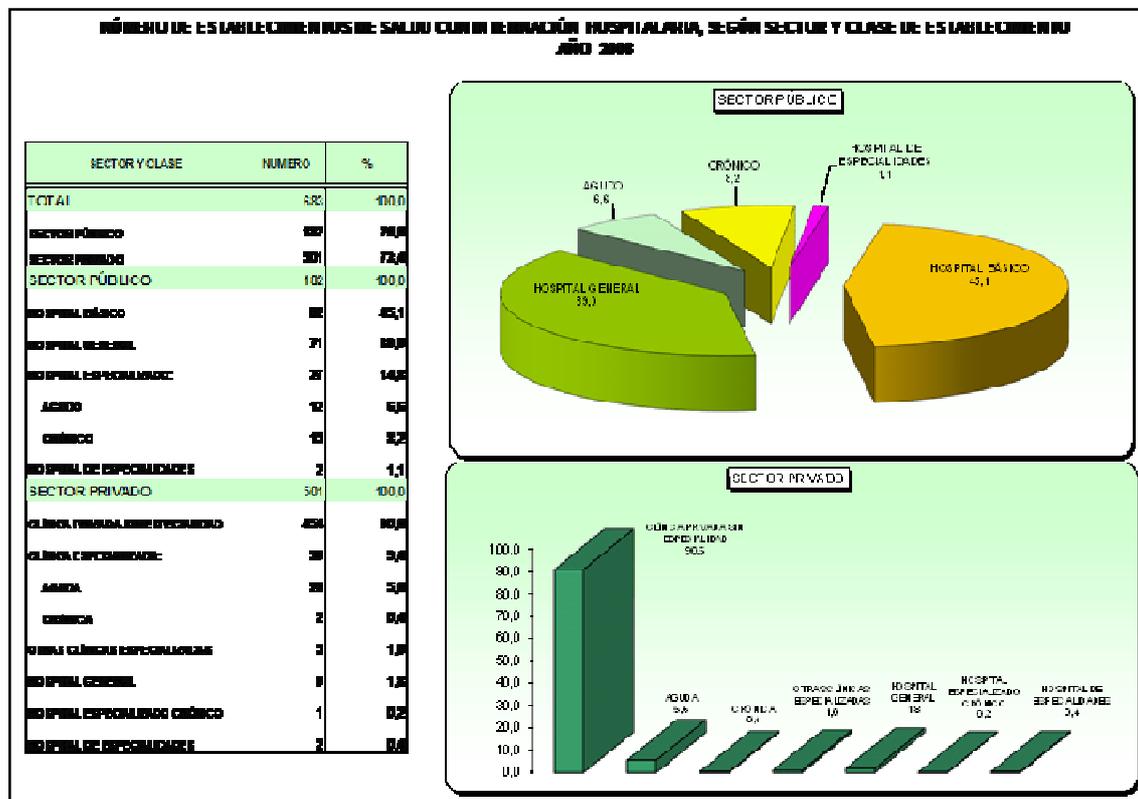
Fuente y Elaboración: INEC

El gráfico N° 3.4 refiere que “del total de establecimientos de salud Con Internación Hospitalaria registrados en el País, el 26,6% corresponden al sector Público y el 73,4% son del Sector Privado. De acuerdo a la Clase de Establecimiento la mayor parte son Clínicas Privadas sin Especialidad, pues del total de establecimientos, 454 corresponden a esta clase.

En el Sector Público, está conformado en su mayoría por Hospitales Básicos (45,1%) y Hospitales Generales con el 39,0%; los Hospitales Especializados corresponden al 14,8% y los de Especialidades al 1,1%. En el Sector Privado, el 90,6% son Clínicas Privadas sin Especialidad; el 9,4% Clínicas Especializadas.”⁵⁴

⁵⁴ INEC.

GRÁFICO N° 3.4
NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON INTERNACIÓN HOSPITALARIA, SEGÚN SECTOR Y CLASE DE ESTABLECIMIENTO
AÑO 2006



Fuente y Elaboración: INEC.

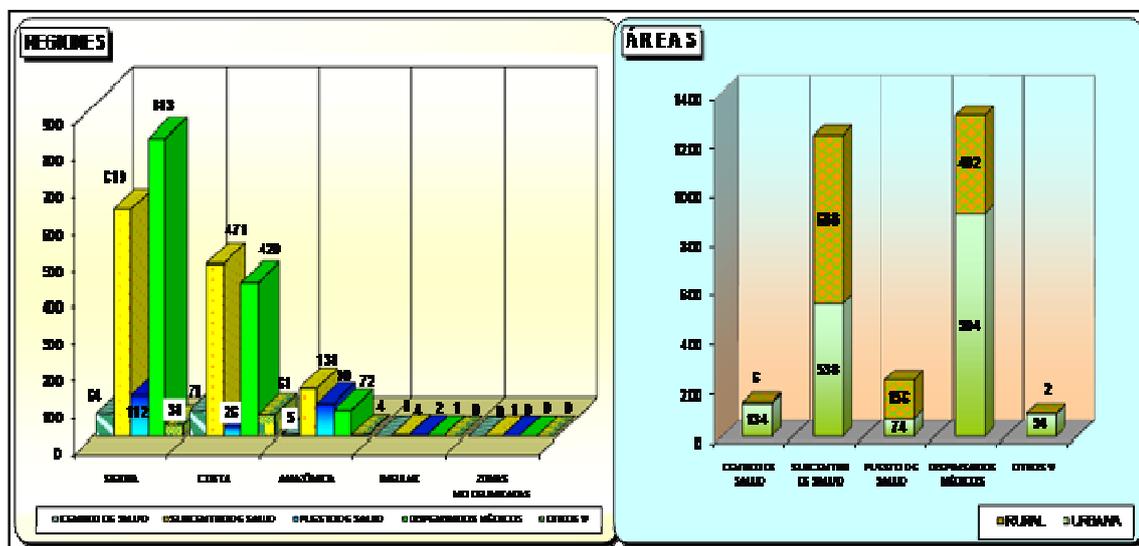
“Según las Regiones Geográficas del país en el gráfico N° 3.4 A, en la Sierra es donde existen la mayoría de Establecimientos de Salud Sin Internación Hospitalaria, en términos absolutos se observa que 1.639 se ubican en esta región, siguiéndole en importancia la Costa con 1.049 establecimientos, en tanto que en las Zonas No Delimitadas sólo existe un establecimiento que reportó información.

El mayor número de Establecimientos según la Clase, corresponde a Dispensarios Médicos con 1.306, seguido por los Sub centros de Salud con 1.226; el mayor número de ellos (688) se encuentran en el área rural, en tanto que los Dispensarios médicos, la mayoría están en el área urbana (904).”⁵⁵

⁵⁵ INEC.

GRÁFICO Nº 3.4. A

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



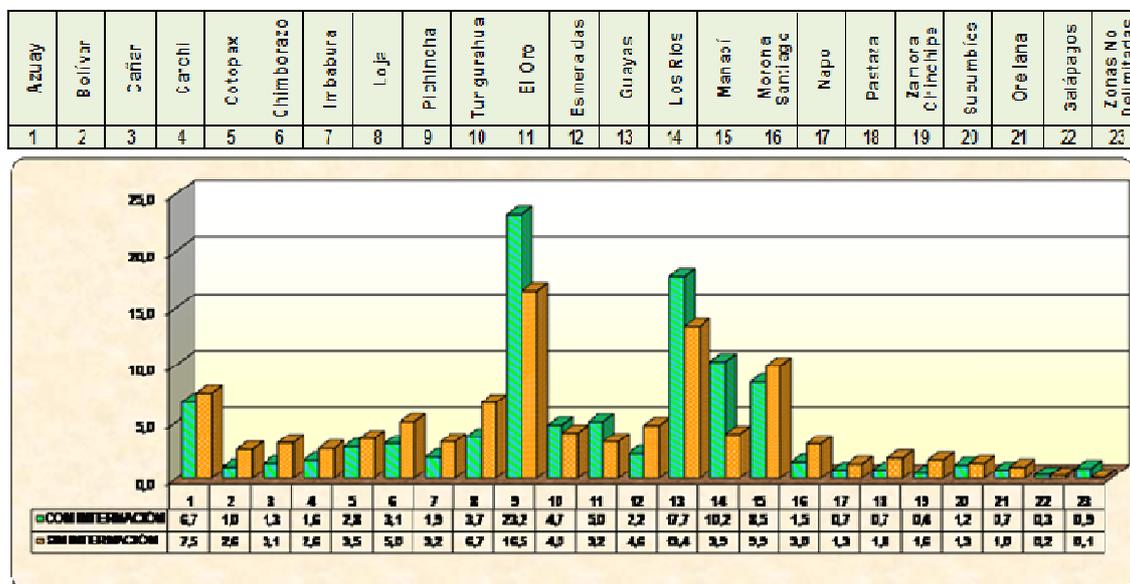
Fuente y Elaboración: INEC.

Como se observa en el gráfico Nº 3. 5 “las provincias con más población como es el caso de Pichincha y Guayas es donde se concentra el mayor porcentaje 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”.⁵⁶

⁵⁶ INEC

GRÁFICO Nº 3. 5

NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON Y SIN INTERNACIÓN HOSPITALARIA, POR REGIONES SEGÚN PROVINCIAS AÑO 2006.



Fuente y Elaboración: INEC.

Según la tabla Nº 3.1 y el gráfico Nº 3. 6; “La distribución de Médicos que laboran en establecimientos de salud, considerando sus especialidades evidencia un predominio en Medicina General, la cual es ejercida por el 34,2 % de médicos en el año 1997 y por el 21,9% en 2006. 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”⁵⁷

⁵⁷ INEC

TABLA Nº 3.1
RESUMEN MÉDICOS QUE TRABAJAN EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SEGÚN
ESPECIALIDADES
AÑOS 1997 Y 2006

No.	ESPECIALIDADES	1997		No.	ESPECIALIDADES	2006	
		NÚMERO	%			NÚMERO	PORCENTAJE
	TOTAL REPÚBLICA:	12.310	100,0		TOTAL REPÚBLICA:	19.299	100,0
1	MEDICINA GENERAL	4.213	34,2	1	MÉDICO GENERAL	4.233	21,9
2	CIRUGÍA	1.240	10,1	2	MEDICINA INTERNA (INTERNISTA)	604	3,1
3	PEDIATRÍA	1.117	9,1	3	CIRUJANOS	1.730	9,1
4	GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	1.214	9,9	4	PEDIATRAS	1.495	7,7
5	TRAUMATOLOGÍA	644	5,2	5	TRAUMATÓLOGOS	923	4,8
6	ANESTESIOLOGÍA	877	7,1	6	ANESTESIÓLOGOS	1.526	7,9
7	CARDIOLOGÍA	493	4,0	7	CARDIÓLOGOS	718	3,7
8	LABORATORIO	311	2,5	8	LABORATORIO 2/	218	1,1
9	RADIOLOGÍA	234	1,9	9	RADIÓLOGOS	368	1,9
10	NEUROLOGÍA	341	2,8	10	NEURÓLOGOS	481	2,5
11	PSIQUIATRÍA	286	2,3	11	PSIQUIÁTRAS	314	1,6
12	OFTALM. Y OTORRINO	554	4,5	12	NEONATÓLOGOS	263	1,4
13	OTRAS 1/	786	6,4	13	INTENSIVISTAS	337	1,7
				14	HEMATÓLOGOS	129	0,7
				15	NEUMÓLOGOS	237	1,2
				16	CIRUJANOS PLÁSTICOS	466	2,4
				17	NEFRÓLOGOS	159	0,8
				18	GASTROENTERÓLOGOS	426	2,2
				19	GERENTÓLOGOS	89	0,5
				20	ONCÓLOGOS	190	1,0
				21	URÓLOGOS	480	2,5
				22	OFTALMÓLOGOS	394	2,0
				23	OTORRINOLARINGÓLOGOS	439	2,3
				24	DERMATÓLOGOS	296	1,5
				25	INFECTÓLOGOS	72	0,4
				26	ENDOCRINÓLOGOS	134	0,7
				27	ALERGÓLOGOS	61	0,3
				28	DIABETÓLOGOS	92	0,5
				29	PERINATÓLOGOS	50	0,3
				30	GINECÓLOGOS	1.436	7,4
				31	OBSTÉTRAS	338	1,8
				32	DE SALUD PÚBLICA	29	0,2
				33	EPIDEMIÓLOGOS	25	0,1
				34	DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA	37	0,2
				35	OTROS 1/	510	2,6

1/ Incluye: Neumología, Gastroenterología, Urología, Derma

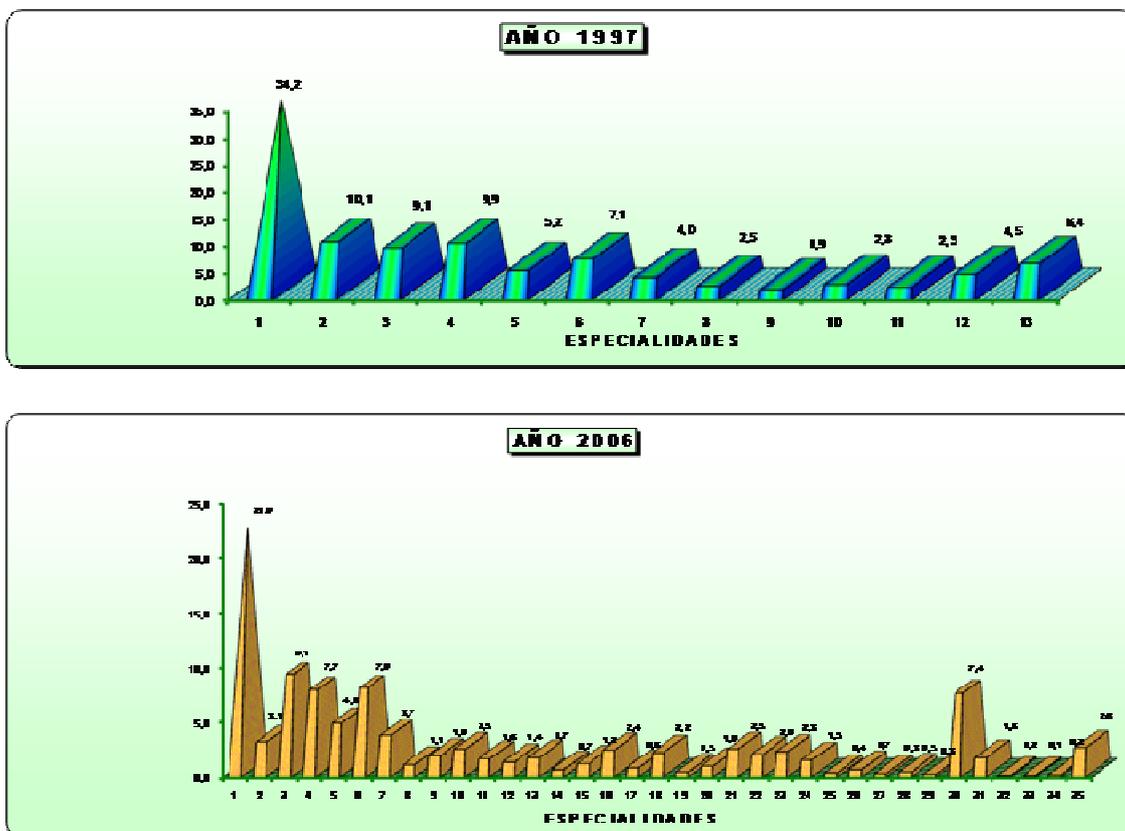
1/ Incluye: Venerólogos, Acupunturistas, Deportólogos, Proctólogos, Genetistas y Terapistas del dolor.

2/ Incluye: Patólogo Clínico, Anatómo Patólogo y Citólogo

Fuente y Elaboración: INEC

GRÁFICO Nº 3. 6

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



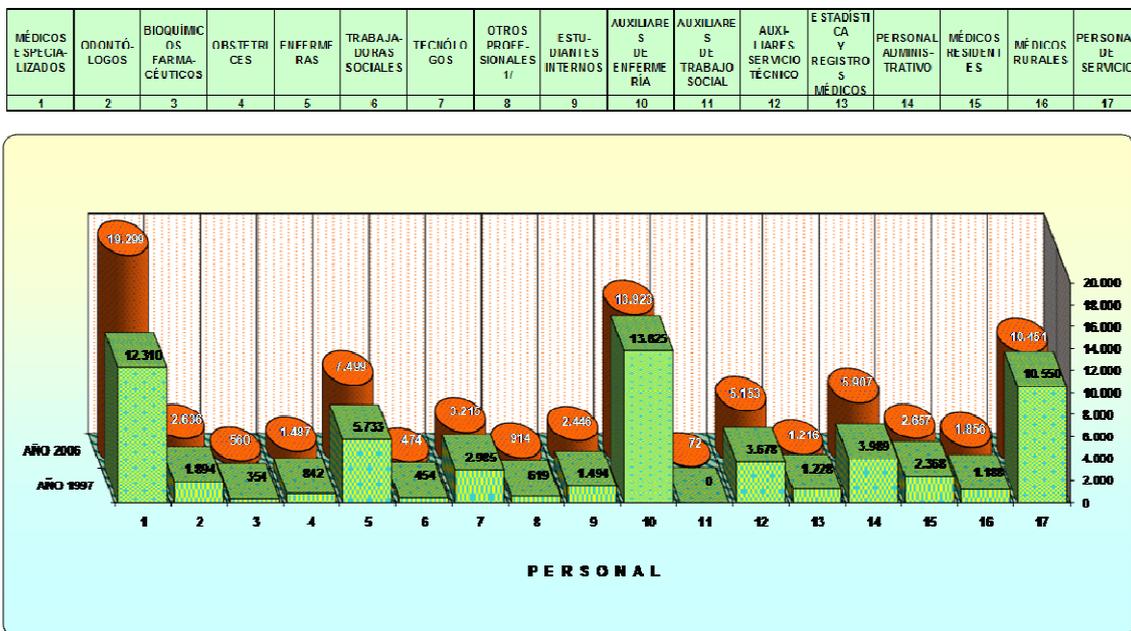
Fuente y Elaboración: INEC.

Al observar el gráfico Nº 3.7 se observa “El Total de personal que durante el año 2006 trabajo en establecimientos de salud es de 79.765, el mismo que en su mayoría está compuesto por 19.299 Médicos según su especialidad; 13.923 Auxiliares de Enfermería; 10.451 en Personal de Servicio y 7.499 Enfermeras, entre los más importantes.

Si consideramos el Personal que trabajó en el año 1997, el mayor número de éste corresponde a las Auxiliares de Enfermería con 13.825, le siguen los Médicos según su especialidad con 12.310, Personal de Servicio con 10.550 y las Enfermeras con 5.733, así mismo entre los de mayor importancia por su número”⁵⁸.

⁵⁸ INEC.

GRÁFICO N° 3.7
**NÚMERO DE PERSONAL QUE TRABAJA EN ESTABLECIMIENTOS DE
 SALUD AÑOS 1997 Y 2006**



Fuente y Elaboración: INEC.

“En lo referente a las Consultas de Morbilidad, Prevención y de Odontología realizadas en los establecimientos de salud, tanto Públicos como Privados y del Seguro Social, como se observa en el gráfico N° 3.8, y el resumen en la tabla N° 3.2 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”⁵⁹

⁵⁹ INEC

TABLA Nº 3.2

**RESUMEN GRÁFICO Nº 8 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	%			PROPIOS	ANEXOS	SEGURO SOCIAL CAMPESINO
CONSULTAS DE MORBILIDAD							
TOTAL	16.856.834	100,0	12.962.855	3.893.979	2.878.750	446.443	568.786
PORCENTAJE		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
CONSULTAS DE PREVENCIÓN							
TOTAL	7.196.154	100,0	6.909.319	286.835	140.783	60.299	85.753
PORCENTAJE		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
CONSULTAS DE ODONTOLOGÍA							
TOTAL	3.081.349	100,0	2.939.318	142.031	*/	*/	142.031
PORCENTAJE			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

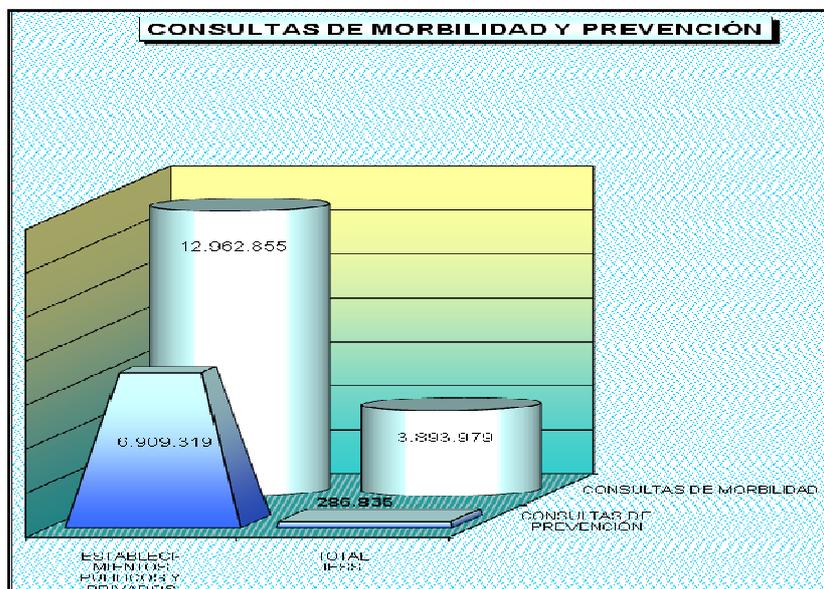
Consultas de Morbilidad: Son las brindadas por Médico, Obstetiz, Psicólogo y Actividades de Enfermería.

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 y elaboración : INEC

GRÁFICO N° 3.8
CONSULTAS DE MORBILIDAD, PREVENCIÓN Y ODONTOLÓGICAS
REALIZADAS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AÑO 2006



Fuente y Elaboración INEC.

En el gráfico N°3.9 y la tabla N° 3.3 se expresa “La disponibilidad de Médicos que laboran en los Establecimientos de Salud Públicos y Privados del País, presenta un ligero incremento en estos últimos diez años; para el año 1997 la tasa de médicos por cada 10.000 habitantes fue de 13,3 en tanto que para el año 2006 se cuenta con 14,4 médicos por cada 10.000 habitantes.

Las provincias que ostentan las tasas más altas, llegando incluso a superar ampliamente a la tasa nacional, son en su orden: Azuay 24,2; Pichincha 23,1; Loja 16,2 y Tungurahua 16,1. En tanto que Galápagos con 4,5 y Orellana con 4,1 obtienen las tasas más bajas del País.”⁶⁰

⁶⁰ INEC

TABLA Nº 3.3

RESUMEN GRÁFICO Nº 3.9 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

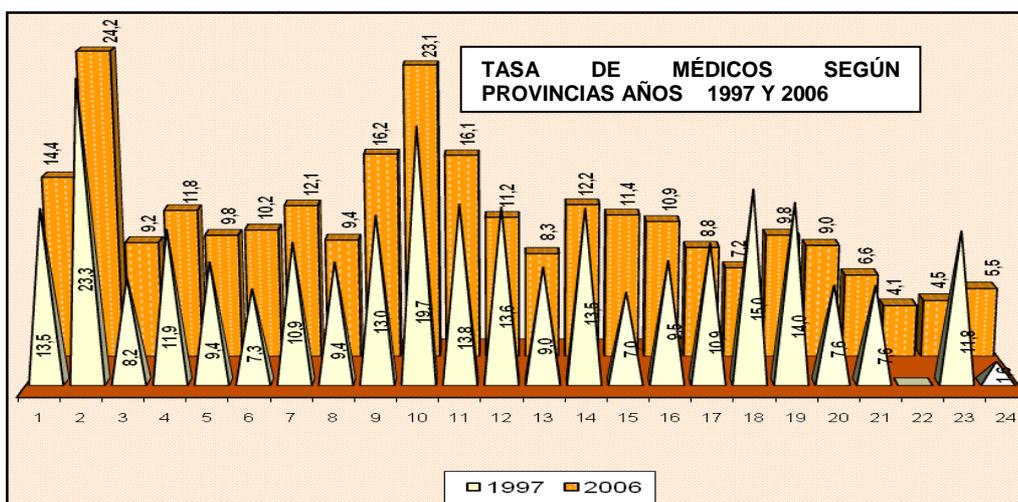
3/ Tasas por 10.000 habitantes

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 y Elaboración INEC.

GRÁFICO N° 3.9

TASA DE MÉDICOS SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1997 -2006



Fuente y Elaboración: INEC.

“La Tasa de Odontólogos que equivale al número de odontólogos por cada 10.000 habitantes, nos permite apreciar en el gráfico N° 3.10 y la tabla N° 3.4, que para el año 2006 en relación a 1997 se ha incrementado, pasando de 1,6 a 2,0, respectivamente. Las provincias que presentan las tasas más altas son: Pastaza con 6,7; Napo y Galápagos, ambas con una tasa de 4,5; Carchi con 4,3 y Morona Santiago con 4,2.”⁶¹

TABLA Nº 3.4
RESUMEN GRÁFICO Nº3. 10 TASA DE ODONTÓLOGOS SEGÚN
PROVINCIAS AÑOS 1997 Y 2006

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

Fuente y Elaboración: INEC

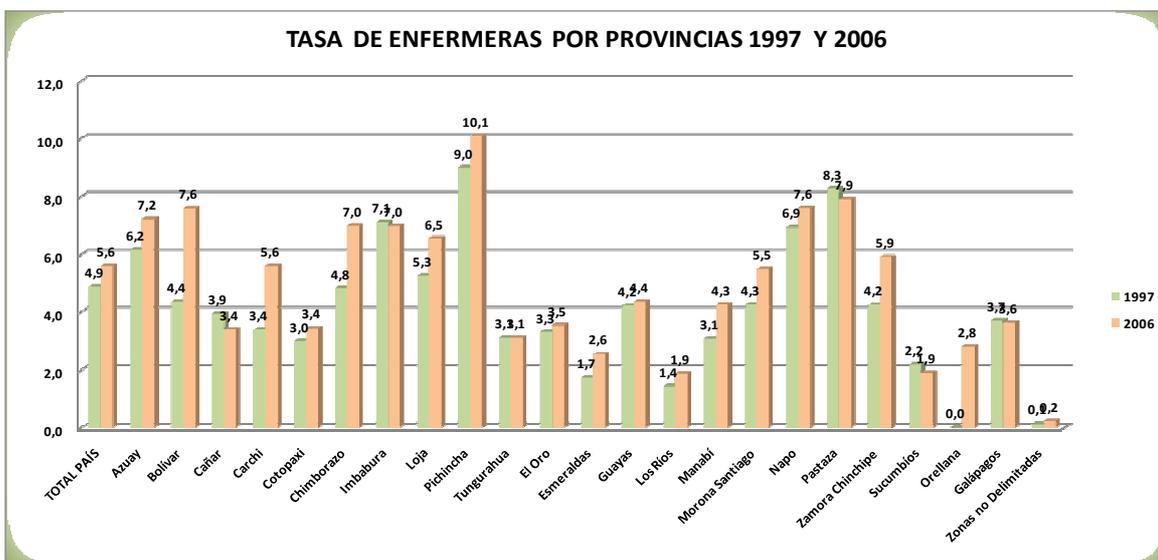
GRÁFICO N° 3.10
TASA DE ODONTÓLOGOS SEGÚN PROVINCIA AÑOS 1997 Y 2006



Fuente y Elaboración: INEC

Para el caso de las Enfermeras, en el gráfico N° 3.11 se observa, el comportamiento en estos diez años también demuestra un crecimiento de la tasa, pasando de 4,9 en 1997 a 5,6 enfermeras por cada 10.000 habitantes en el 2006. Pichincha es la provincia que presenta la mayor tasa (10,1).

GRÁFICO N° 3.11
TASA DE ENFERMERAS POR PROVINCIAS 1997- 2006



Fuente y Elaboración INEC.

Al analizar la tabla N° 3.5 y observar el gráfico N° 3.12; “Las Obstetrices presentan un leve crecimiento de la tasa a nivel nacional, correspondiendo 0,7 para 1997 y 1,1 obstetrices por cada 10.000 habitantes para el año 2006.”⁶²

TABLA N° 3.5
RESUMEN GRÁFICO N° 3.12 TASA DE OBSTETRICES SEGÚN PROVINCIA

No.	PROVINCIAS	1997			2006		
		Población 1/	Obstetrices	Tasa 3/	Población 2/	Obstetrices	Tasa 3/
1	TOTAL PAÍS	11.772.871	842	0,7	13.408.270	1487	1,1
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

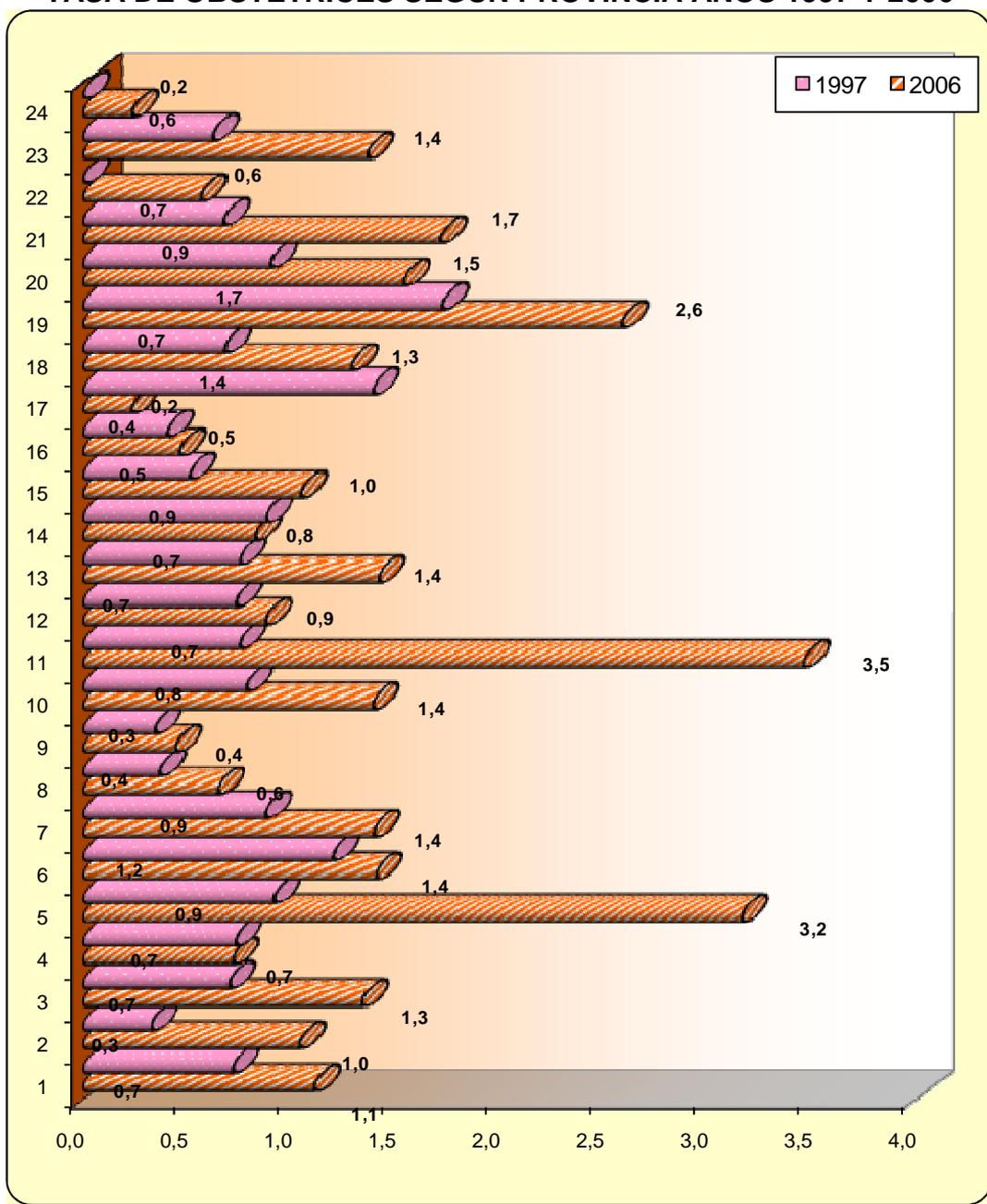
2/ Proyecciones de Población 2001-2010, INEC-CELADE

3/ Tasas por 10.000 habitantes

Fuente y Elaboración: INEC

GRÁFICO Nº 3.12

TASA DE OBSTETRICES SEGÚN PROVINCIA AÑOS 1997 Y 2006



Fuente y Elaboración: INEC.

Analizando la tabla N ° 3.6 y el gráfico N° 3.13 “Ocurre lo contrario con las Auxiliares de Enfermería, ya que se observa que este personal que labora en establecimientos de salud ha disminuido, hace diez años, esto es en 1997, la tasa correspondía a 11,7 en tanto que para el 2006 equivale a 10,4 por cada 10.000 habitantes”⁶³.

TABLA N° 3.6

**RESUMEN GRÁFICO N°3. 13 TASA DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA
SEGÚN PROVINCIAS 1997 - 2006**

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

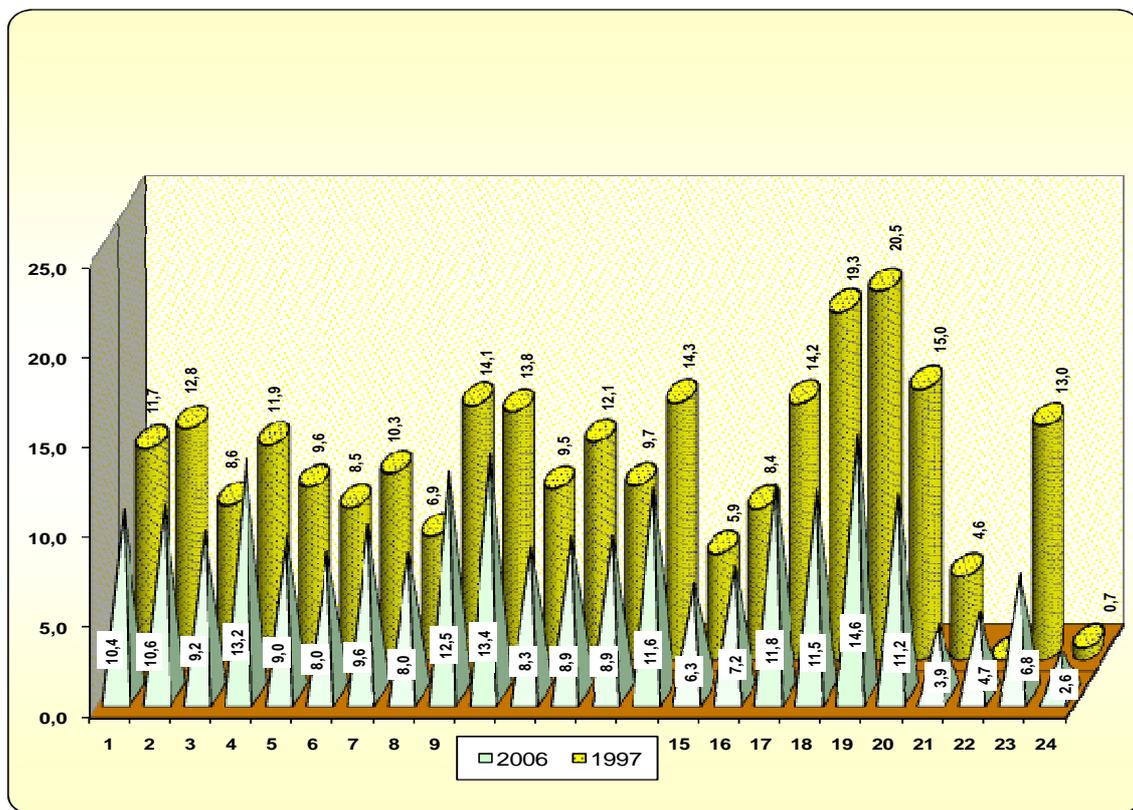
Fuente y Elaboración: INEC.

⁶³ INEC

GRÁFICO N° 3.13

TASA AUXILIARES DE ENFERMERÍA SEGÚN PROVINCIAS

AÑOS 1997- 2006



Fuente y Elaboración: INEC.

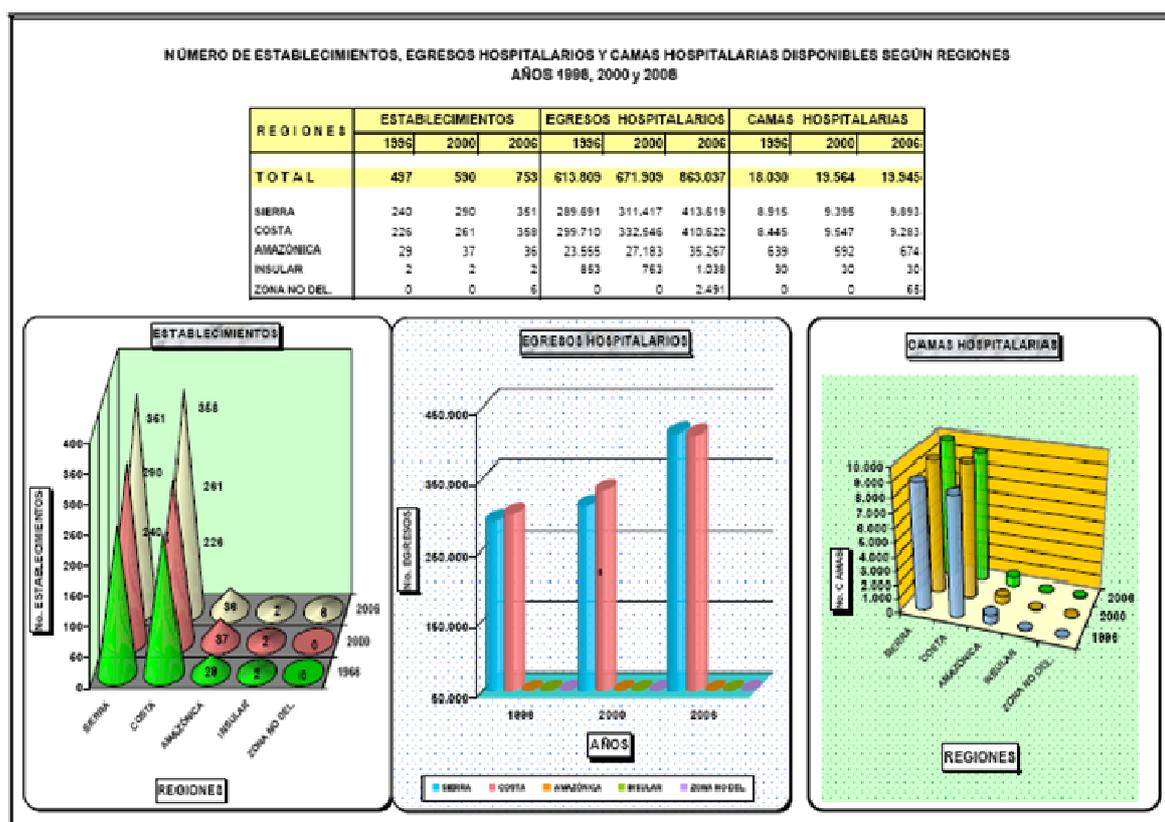
Según el gráfico N° 3.14 se deduce que “Durante el año 2006 se registraron 753 Establecimientos Hospitalarios con Internación, de los cuales se ubican en la Región Sierra 351 (46,6%); en la Costa 358 (47,5%); en la Región Amazónica 36 (4,8%); y un mínimo número se ubican en la Región Insular y en Zonas No Delimitadas con el 1,1%.

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

En lo relacionado al número de Egresos Hospitalarios existe un importante crecimiento relativo de 40,6 por ciento entre 1996 y 2006 ya que de 613.809 egresos registrados en 1996 suben a 863.037. En el año 2006 a la Región Sierra le corresponde el 47,9% del total de egresos a nivel nacional; para la Región Costa representa el 47,5%; a la Región Amazónica el 4,0%; y, a la Región Insular y Zonas no delimitadas significa solamente el 0,4 por ciento del total de egresos hospitalarios. En cuanto a las Camas Hospitalarias disponibles se observa un incremento del equipamiento de camas en los establecimientos de salud durante los años que se analizan; pasando de 18.030 en el año 1996 a 19.945 en el 2006⁶⁴

GRÁFICO N° 3.14

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



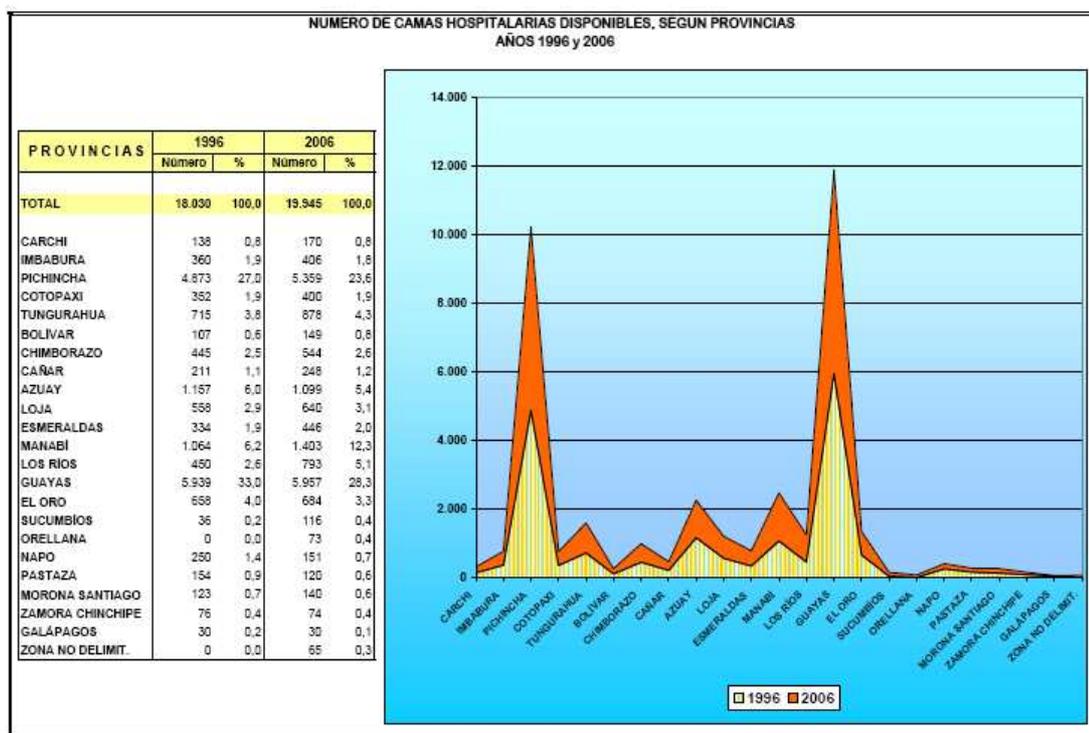
Fuente: Anuario de Estadísticas Hospitalarias - camas y egresos - INEC 2006.

⁶⁴ Anuario de Estadísticas Hospitalarias - camas y egresos - INEC 2006

Como se observa en el gráfico N° 3.15 “El número de Camas Hospitalarias disponibles registradas en los años 1996 y 2006 se incrementaron en un 10,6 por ciento, al pasar de 18.030 al 19.945 en los años mencionados. De acuerdo a la distribución por provincias se observa que Pichincha en la región Sierra y Guayas en la Costa, son las que tienen el mayor número de camas hospitalarias, que en conjunto mantienen el 60,0% en el año 1996 y el 51,9 % en el 2006; la reducción de estos porcentajes se explica por el incremento de camas hospitalarias en otras provincias especialmente en Manabí, que prácticamente se incrementaron en un 31,9% el número de ellas en los años de observación”⁶⁵.

GRÁFICO N° 3. 15

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

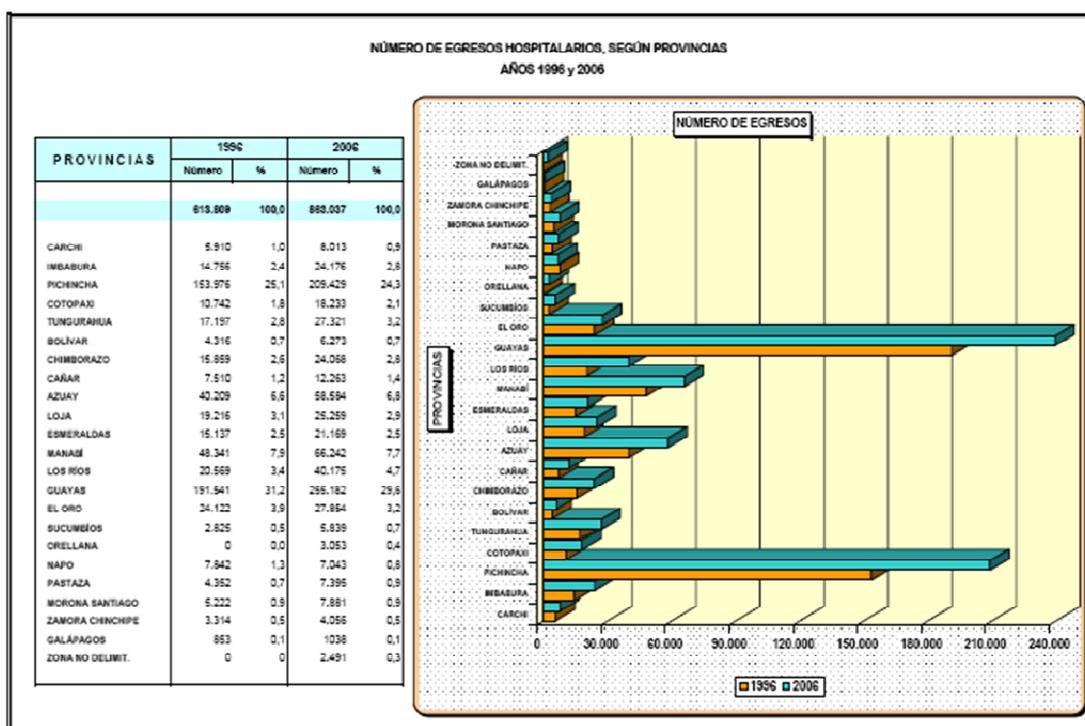


Fuente: Anuario de Estadísticas Hospitalarias- camas egresos- INEC 2006

⁶⁵ Anuario de Estadísticas Hospitalarias - camas y egresos - INEC 2006

En el gráfico N° 3.16 se observa que “El número de Egresos Hospitalarios registrados en el año 1996 fue de 613.809 y en el 2006 de 863.037, con un incremento relativo del 40,6%; así mismo, son Guayas con el 29,6% y Pichincha con el 24,3% las provincias que tienen los más altos porcentajes de egresos registrados en el 2006, por contar con el mayor número de establecimientos de salud con internación hospitalaria y de mayor complejidad, que atienden a pacientes que son referidos de otros establecimientos de salud de las demás provincias del país”⁶⁶.

GRÁFICO N° 3.16
NÚMERO DE EGRESOS HOSPITALARIOS SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1996 Y 2006



Fuente: Anuario de Estadísticas Hospitalarias- camas egresos- INEC 2006

⁶⁶ Anuario de Estadísticas Hospitalarias- camas egresos- INEC 2006

En el gráfico N° 3.17 “Con la finalidad de ser comparable con los Resúmenes Gráficos que se consideraron en años anteriores, se presentan las diez principales causas de morbilidad que fueron atendidas en los establecimientos hospitalarios del país y de acuerdo a la Lista Única de 298 Causas que se recomienda en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10). Para el año 2006, se establece que el grupo de

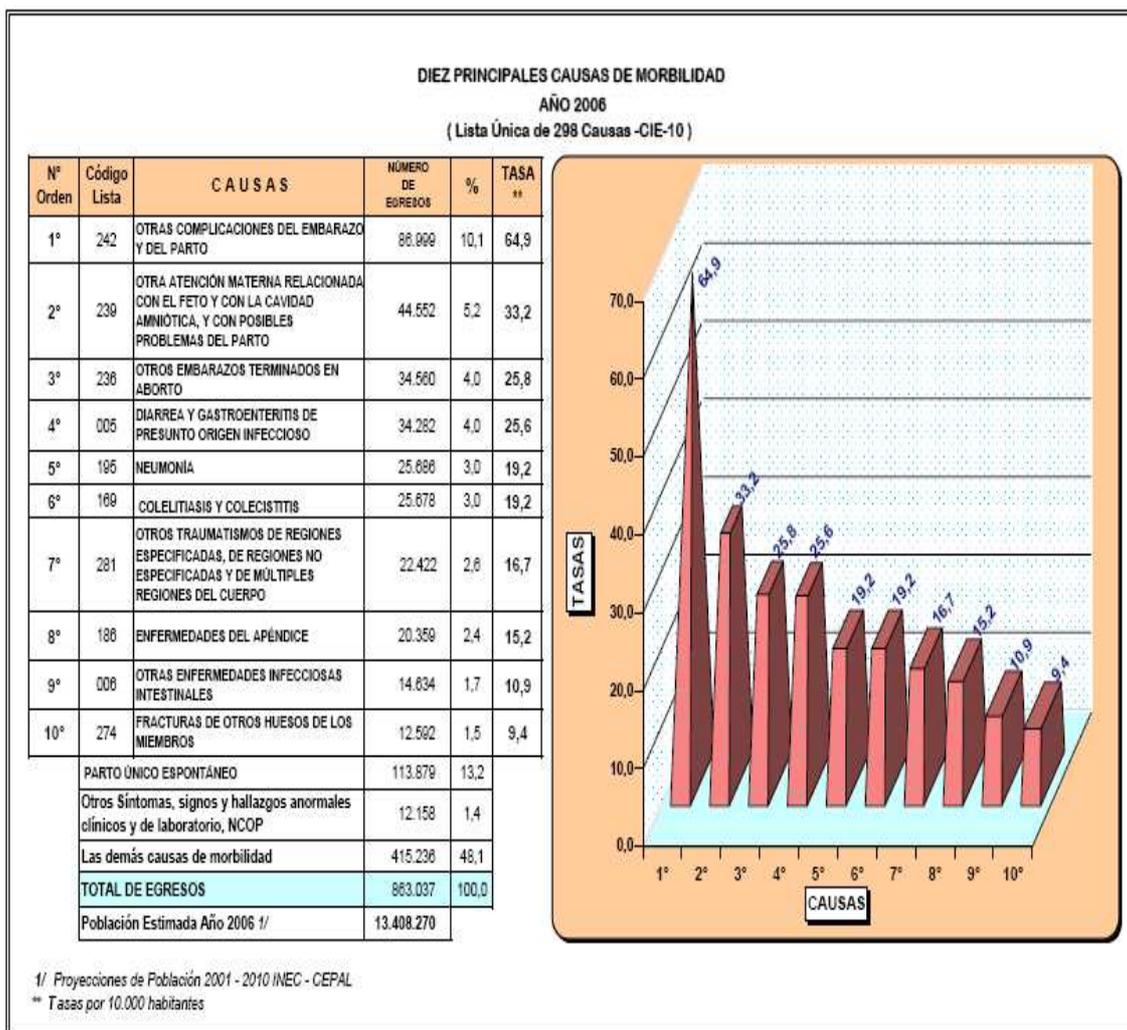
“Otras complicaciones del embarazo y del parto”, con el Código de Lista 242, son las causas atendidas con mayor frecuencia con un significativo 10,1 por ciento y una Tasa de 64,9 por cada 10.000 habitantes. El segundo grupo de causas es “Otra atención materna relacionada con el feto y con la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto”, con una Tasa de 33,2 por 10.000 habitantes y una proporción de 5,2 por ciento del total de egresos. El tercer lugar ocupa el grupo de “Otros embarazos terminados en aborto”, con una tasa de 25,8 por 10.000 habitantes y un porcentaje de atención de 4,0 por ciento.

Como se puede observar los tres primeros lugares de la lista de atención de enfermedades, tienen que ver con la morbilidad hospitalaria relacionada a complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, que sumado a las atenciones de “Parto Único Espontáneo” que alcanzó el 13.2 por ciento de los egresos, a pesar que esta última causa no se considera necesariamente como una enfermedad, se establece que los recursos físicos y humanos de los establecimientos hospitalarios del país, están siendo utilizados para la atención de pacientes con este tipo de patologías, que representan en conjunto la tercera parte de los egresos hospitalarios.”⁶⁷

⁶⁷ Fuente: Anuario de Estadísticas Hospitalarias- camas egresos- INEC 2006

GRÁFICO N° 3.17

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD AÑO 2006
(Lista Única de 298 Causas –CIE-10)



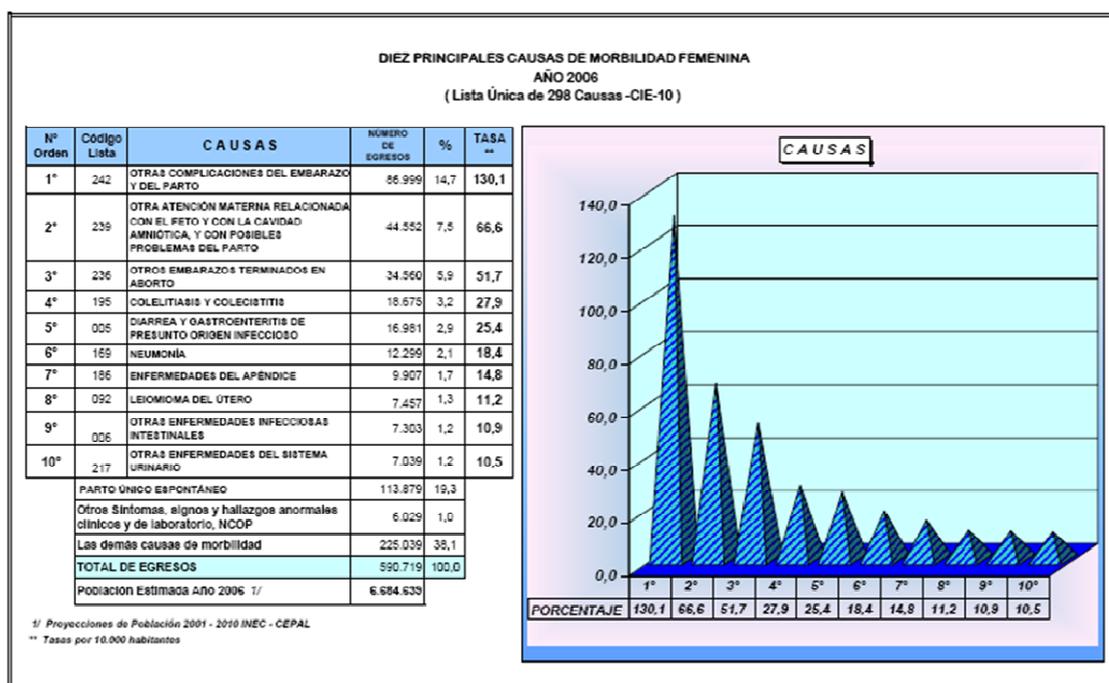
Fuente: Anuario de Estadísticas Hospitalarias camas- egresos. INEC 2006.

“En el caso de las mujeres, según se puede apreciar en el gráfico N° 3.18, la atención hospitalaria por "Parto Único Espontáneo" en el año de investigación, significó casi una quinta parte del total de egresos femeninos; las principales causas de morbilidad para la población femenina en orden de importancia son: "Otras complicaciones del embarazo y del parto" con una tasa de 130,1; seguido por "Otra atención materna relacionada con el feto y con la cavidad amniótica, y con posibles problemas del parto", con una tasa de 66,6; "Otros embarazos

terminados en aborto", con una tasa de 51,7; y, con tasas inferiores en relación a la primera causa de la lista, se encuentran: "Leiomioma del útero", "Otras enfermedades infecciosas intestinales"; y, Otras enfermedades del sistema urinario".⁶⁸

GRÁFICO N° 3.18

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD FEMENINA AÑO 2006



Fuente: Anuario de Estadísticas Hospitalarias- camas egresos- INEC 2006.

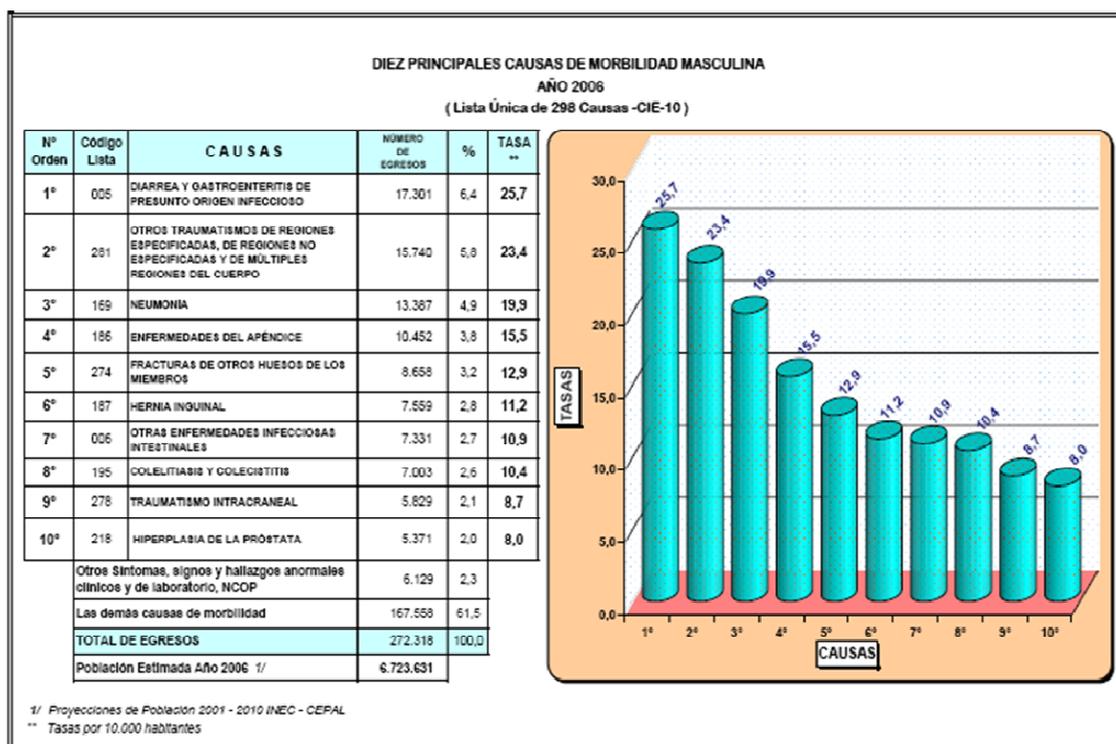
En el gráfico N° 3.19 al analizar las diez principales causas de morbilidad por sexo, en el caso de la población masculina, el grupo de causas que tienen que ver con, "Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso", con una tasa de 25,7 por cada 10.000 hombres, ocupa el primer lugar, seguido por "Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones "NO" especificadas y de múltiples regiones del cuerpo" alcanzan una tasa de 23,4, el tercer lugar de atención hospitalaria en la población masculina es el grupo de "Neumonía" con

⁶⁸ Anuario de Estadísticas Hospitalarias- camas egresos- INEC 2006.

una tasa de 19,9 y en cuarto lugar están las "Enfermedades del apéndice con una tasa de 15,5.

GRÁFICO N° 3.19

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD MASCULINA AÑO 2006



Fuente: Anuario de Estadísticas Hospitalarias- camas egresos- INEC 2006

3.3 CONTEXTO PROVINCIAL.

La región de Santo Domingo de los Colorados fue conocida ya en la época de la colonia, en 1590, es la más antigua referencia sobre la Provincia de los Yumbos donde la habitaban un grupo de aborígenes “pintados de rojo y negro”, llamados yumbos, se ubica la llamada “Provincia de Cansa coto”, que a más de su principal pueblo de San Andrés tenía tres anejos distantes, Santo Domingo, San Francisco, San Miguel, a partir de 1660 recibe el nombre de Santo Domingo de los

Colorados, por la presencia de la orden de religiosos dominicos que evangelizaron la región. Por la ley de División Territorial del 29 de mayo de 1861, durante la Presidencia de Gabriel García Moreno, es considerada como parroquia civil de Quito, pero sin límites precisos y con un gran territorio montañoso ubicado en las estribaciones de la Cordillera Occidental, zona subtropical de la Provincia de Pichincha posteriormente pasó a pertenecer al cantón Mejía. Hasta la fecha de cantonización esto no implicó la creación de un pueblo colono y su integración al comercio interregional, facilitándose a partir de 1871, con la promulgación de la Ley de Reforma Agraria y Colonización en 1875 se procedió a colonizar y a enajenar las tierras baldías y a la apertura y mantenimiento de caminos. Entre 1873 y 1912 se adjudicaron las primeras 50.000 hectáreas que la historia registra. En dirección a Chone, Quevedo y Daule en este período llegaron los primeros colonos ecuatorianos y extranjeros, jornaleros, caucheros, contratistas de obras públicas y hacendados, quienes junto a los Tsáchilas fueron poblando y ocupando la región.

A partir del 18 de noviembre de 1944 mediante Decreto legislativo (promulgado en el Registro Oficial N° 145 del 22 de noviembre), la parroquia de Santo Domingo de los Colorados pasó nuevamente a depender económica y administrativamente del Municipio de Quito, dando mayor atención a la conformación del centro poblado y a la dotación de servicios básicos, la apertura aunque lenta de las nuevas carreteras facilitó de alguna medida la recolección del caucho natural, que era transportado por los puertos, en éste mismo año para dar impulso a la producción cauchera, gracias al apoyo del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública. Se creó el primer hospital de la región denominado Hospital Dunhman, atendía a los trabajadores del caucho y la cascarilla, enfermedades tropicales, ofreciendo atención gratuita a los habitantes de la región.

En 1965, con la inauguración de las nuevas carreteras se incrementó la colonización, proyectándose a Santo Domingo de los Colorados un gran futuro, sin embargo, comenzó a desencadenarse una serie de problemas regionales por el afán territorial de Manabí y Esmeraldas, en 1966 toda la región luchaba por la creación de una nueva provincia ya que se trata de un sector homogéneo formado

por la colonización espontánea, en este mismo año se conforma el primer Comité de Provincialización. El 3 de Julio de 1967 durante el gobierno de Otto Arosemena Gómez, se publica en el Registro Oficial N° 51 la creación del Cantón Santo Domingo de los Colorados.

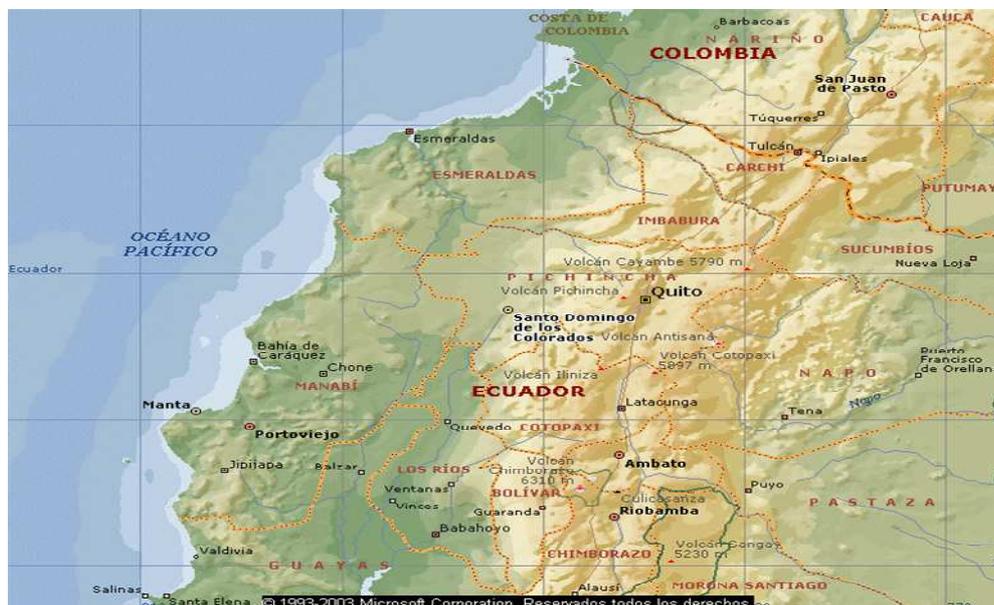
El pueblo de Santo Domingo ha planteado la tesis de la provincialización desde hace 40 años, partiendo de que es el único mecanismo jurídico político que resolvería la demora que debe soportar la población para recibir un servicio adecuado en su demanda de educación, salud, administración de justicia, representación política etc. La respuesta de los organismos del Estado ante el reiterado pedido de autonomía se hizo realidad, el 6 de Noviembre del 2007 según el Registro Oficial N° 205, se decide la creación de la provincia número 23: Santo Domingo de los Tsáchilas.

Entre las características políticas de la provincia, tiene: una superficie de 3.857 Km. densidad poblacional de 74,86 por Km² temperatura de 14 a 24 grados centígrados, se encuentra a una altitud de 550 metros sobre el nivel del mar.

Se puede observar en el Mapa N° 3.1 que la provincia, está delimitado por: al Norte la provincia de Pichincha (los cantones de Puerto Quito, Pedro Vicente Maldonado, San Miguel de los Bancos,) al sur: la provincia de Cotopaxi (el cantones Pangua y Quevedo) y la Provincia de Los Ríos, al este: cantón Mejía, Latacunga y Pangua, al oeste: Provincias de Los Ríos, Manabí y Esmeraldas, (/Quevedo, Buena Fe, Patricia Pilar, El Carmen, y La Concordia).

MAPA N°3.1

MAPA DEL ECUADOR



Fuente: Gobernación de la Provincia de Santo Domingo

Su estructura política se compone de las siguientes parroquias urbanas como se puede observar en el Mapa N° 2 : Chigüilpe, Río Verde, Bombolí, Zaracay. Río Toachi y las rurales: Alluriquín, Puerto Limón. Luz de América, San jacinto del Búa, Valle Hermoso, Santa María del Toachi, y el Esfuerzo.⁶⁹ Esta distribución se encuentra vigente hasta la nueva estructuración, tomándola como provincia.

⁶⁹ Velasteguí H; Una Gran Región Santo Domingo de los Colorados; 1ª edición; Corporación Zaracay; pág 21

MAPA N° 3. 2

MAPA DE LA PROVINCIA SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS

Fuente: Gobernación de Santo Domingo de los Colorados

3.2.1 DESCRIPCIÓN TERRITORIAL, OROGRAFÍA Y RIESGOS

La ubicación geográfica de Santo Domingo está en un área privilegiada, es el centro de las carreteras más importantes que unen a las tres regiones de la patria, con posibilidad de intercambio comercial con los cuatro puertos de exportación (Manta, Esmeraldas, Guayaquil y Puerto Bolívar), distancia respecto a la capital es de 133km. El clima subtropical con una precipitación media anual de 3550 mm, es una zona con mayor pluviosidad del país, que asegura la producción agrícola y ganadera convirtiéndola en una zona que provee de productos como banano, café, cacao, piña, yuca, abacá etc., dentro y fuera del país.

En la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas se distinguen dos zonas geográficas, la una corresponde a los flancos extremos de la cordillera occidental de los Andes, hasta el límite de los 1000 metros sobre el nivel del mar, este tipo

de relieve abarca a las cuencas de los ríos Saloya, Pilatón y Toachi, la segunda región corresponde al litoral que se extiende desde los 1000 msnm. y termina en la costa del océano Pacífico. Esta región en la zona de Santo Domingo se caracteriza por un tipo de relieve de semi-llanura cuyo único elemento orográfico está constituido por las montañas de Convento, Muisne, Mache y Cindul, cercanas estas últimas a la costa, cuya elevación no sobrepasa los 600 msnm.

El uso actual y potencial del suelo de los diferentes tipos de bosque que posee el cantón es el Bosque Húmedo Tropical, cuyos suelos no son ricos en materiales nutrientes, son suelos pobres cuya producción anual no es rentable, son aptos para la producción de cultivos perennes como el caucho, la palma africana, café cacao y mantener los bosques para conservar la fisonomía y estructura vegetal., el Bosque muy húmedo Pre- Montano, tienen un buen potencial para su ordenación forestal, a más de sus excesos de lluvias, la humedad relativa del aire es bastante elevado, la cual es propiciada para el desarrollo de plagas y enfermedades para las plantas cultivadas, para animales domésticos y para el ser humano, los suelos derivados de cenizas volcánicas de origen eólico o fluvial se los utiliza para el cultivo de palma africana, abacá.

El Bosque muy húmedo Montano, las características del suelo y subsuelo son muy inestables y susceptibles a la erosión laminar, al desplome lento y en algunos lugares al deslizamiento y derrumbes sobre todo en invierno. La gente que habita en esta zona no vive de la agricultura y el Bosque pluvial montano por sus condiciones no tiene población humana asentada el producto más importante de esta zona de vida es y será siempre el agua para generación de energía hidroeléctrica, para el riego de los terrenos de cultivo o para protección de partes más bajas de las inundaciones.

Debido a su ubicación geográfica se encuentra amenazado por varios eventos o fenómenos naturales como inundaciones, sequías, deforestación, deslizamientos por inestabilidad de tierras. Además enfermedades propias del clima tropical como el dengue, malaria, mordeduras de serpientes etc.

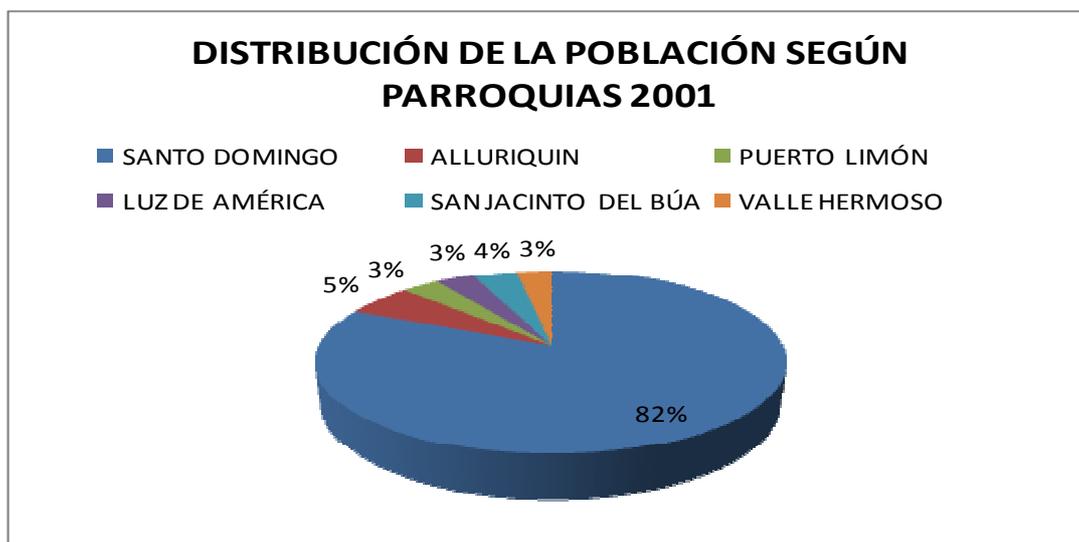
3.2.2 DATOS POBLACIONALES.

De acuerdo a los datos del censo del año 2001 la población fue de 287.018 habitantes, 50.3% son masculinos, 49.7 femenino, el 69,4% de la población se ubica en el área urbana, tiene una densidad de 74,86 habitantes por kilómetro cuadrado, el INEC estima que observando los indicadores demográficos, el crecimiento urbano a partir del año 1994 el saldo neto migratorio, se estima que la población actual estaría de 452.000 a 500.000 habitantes. La esperanza de vida calculada en relación a los datos obtenidos es de 65,5 años, y la edad mediana es de 23,5 años, la tasa de emigración se ha puesto de manifiesto sobre todo para los países europeos y España, y en pequeña proporción a los Estados Unidos.

Los resultados del Censo poblacional reflejan además la existencia de una población flotante, esto es, llegan a inicio de semana y salen a finales, sobre todo profesionales y comerciantes.

En el gráfico N° 3.20 se evidencia que, según el número de habitantes el cantón Santo domingo tiene el mayor porcentaje de población con el 82%, y en las áreas rurales Alluriquín con el 5%, San Jacinto del Búa 4% y el resto de parroquias 3% respectivamente.

GRÁFICO N° 3.20
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN PARROQUIAS CENSO 2001



Fuente: INEC. Elaborado por: Corrales Fabiola.

Alluriquín.- Tiene una población residente de 1600 habitantes, ubicado en el margen izquierdo del río Pilatón a 35 Km. de Santo Domingo, el terreno es una franja ondulada y estrecha delimitada por la topografía montañosa, y al norte por el río Alluriquín lo que impide el crecimiento. Principalmente este poblado es área de abastecimiento para los transportistas por el volumen de circulación que es bastante amplio, la manufactura es la actividad económica en un 22%, los cultivos más destacados son caña de azúcar, café, maní, yuca y maíz, pastizales para la crianza de ganado bovino.

En cuanto a servicios básicos como el agua potable el abastecimiento es de 95%, sin embargo en la época de invierno, la calidad deteriora, generando taponamientos y por ende el desabastecimiento. La mayoría de viviendas 62.38% tienen conectado su sistema de eliminación de aguas servidas al alcantarillado público, el 19.8% no dispone, y el 5,20% tiene pozos ciegos. Para la educación cuentan con un jardín, una escuela, un colegio y un centro de capacitación artesanal.

Puerto Limón; está ubicado en el extremo sur occidental y a 30 Kilómetros del cantón Santo Domingo, con una superficie aproximada de 37.8 h, y una altitud de 350 msnm, éste poblado crece con una tasa aproximada del 0,34% anual como resultado de colonos provenientes de las provincias de Pichincha, Manabí y Cotopaxi. La zona es agrícola, se cultiva tomate, yuca, café y aguacate, su cultivo principal es el plátano, también es reconocida como productora de ganado.

El sistema de agua potable fue construido en 1986 por el IEOS, para fines exclusivamente domésticos, la provisión de agua potable es de un 98 %, el servicio telefónico es deficiente. En educación cuenta con un jardín, una escuela y un colegio fiscales y una academia de corte y confección, en salud tiene un subcentro y un dispensario médico del IESS.

Luz de América; tiene una superficie aproximada de 38.4 h, se encuentra localizado en la zona sur occidental en el kilómetro 24 de la vía a Quevedo, a una altitud de 420 msnm. se extiende a los lados de la carretera con una topografía variable, ubicado entre el río Pupite y varios esteros, el clima es húmedo tropical con una temperatura de 23 a 26 ° C, el sector pertenece al bosque húmedo tropical, con una densidad bruta de población de 30,38H/Km². La población económicamente activa se ocupa principalmente a la agricultura, pesca, silvicultura (cultivar bosques), además en el plano social, comunal y de comercio, el cultivo más importante es el plátano por su gran volumen de producción, la ganadería constituye una actividad de gran incidencia.

El abastecimiento de agua potable en el centro poblado es de 90%, aunque en forma irregular pasando un día por un tiempo de 8 horas, el alcantarillado se construyó en 1983, da un servicio al 90% de la población y descarga las aguas servidas directamente al río Pupite sin ningún tratamiento, en un futuro se tiene prevista la construcción de lagunas de oxidación.

Para educación cuenta con el siguiente equipo educativo: un jardín, una escuela, un colegio técnico agropecuario, y una academia de corte y confección, en salud dispone de un subcentro, y un dispensario del IESS.

San Jacinto del Búa, se asienta sobre un terreno plano y ondulado con pendientes, su altura es 260 msnm, el suelo adyacente se encuentra ocupado en su mayoría por pastizales, árboles de laurel, colorado, manzano y roble., la población en su mayoría cultivan productos agrícolas como el plátano la yuca, madera, café de los cuales el 84.71% se destina a la venta y el 15.29% al autoconsumo, también viven de la agropecuaria y ganadería ;este poblado es un centro de acopio de la producción agrícola de la zona. Cuenta con sistema de agua potable que capta una fuente subterránea.

Valle Hermoso, posee 18 recintos, tiene aproximadamente 700Km² de extensión, el clima y las características del suelo vuelven apto para el cultivo de la palma africana, abacá, palmito, maracuyá y piña, es una zona ganadera, esto ha logrado que se asienten en el sector planteles avícolas, porcinos e importantes industrias procesadoras de aceite, como también tiene un gran atractivo turístico existen balnearios que tienen gran acogida de la población.

Existen otros centros poblados todos ellos con comunes problemas que por estar alejados de las principales vías no han crecido con la celeridad de los otros poblados pero son igual de importantes; la falta de fuentes de trabajo y de apoyo a la producción, mala calidad de la educación que no está de acuerdo a las necesidades de la población, la deficiente infraestructura sanitaria a esto se suma la débil economía familiar y la consecuente migración a las grandes ciudades.

No existe un registro completo de de los poblados siendo una de las principales causas que no lleguen los servicios públicos necesarios, entre los principales poblados están Florida de la Magdalena, Dos Ríos, La Flecha, San Gabriel del Baba, Velasco Ibarra. Cóngoma, Dos de Agosto, Julio Moreno, Santa María del Toachi, San Pedro de Laurel, Las Mercedes, Libertad del Toachi. El Placer del Toachi.

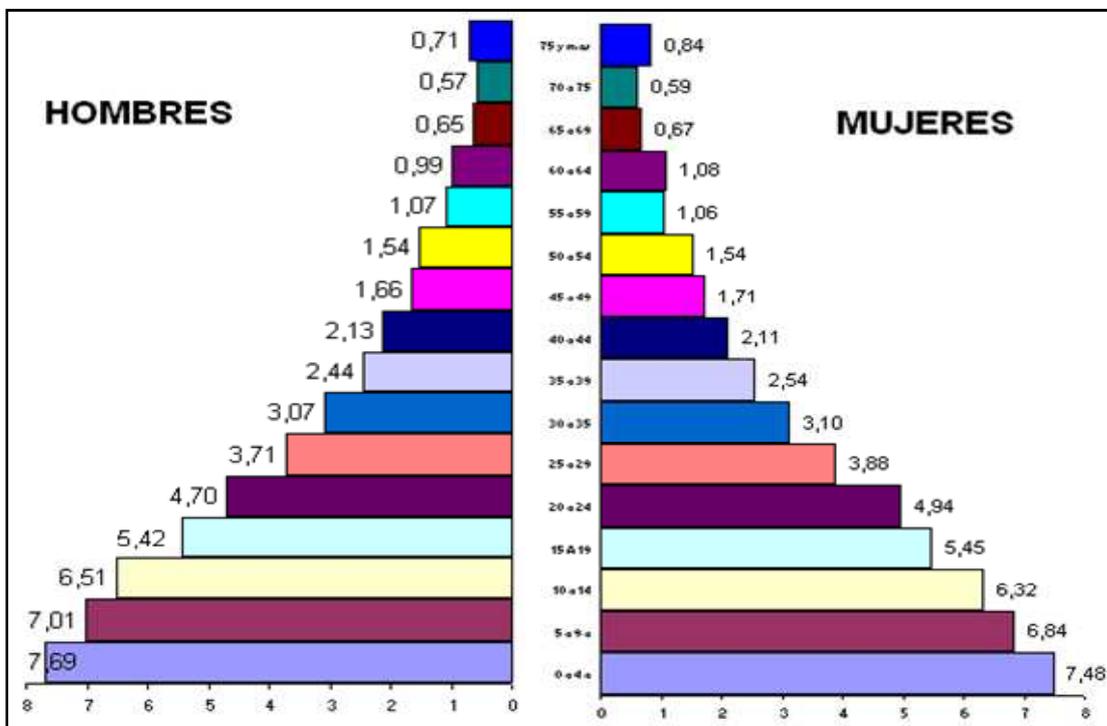
3.2.3 DATOS DEMOGRÁFICOS.

La población de la provincia de Santo Domingo, según el censo del año 2.001 es de 287.018 habitantes de los cuales 49,7% corresponde al sexo masculino, y 50.34% es de sexo femenino. El grupo de edad de 0 a 5 años los hombres son 20.540 y las mujeres 19.733, de 6 a 14 el sexo masculino predomina con un 20.540 y las mujeres con una cifra inferior de 19.733, en adelante el número de mujeres es mayor. El número de habitantes con edades que fluctúan entre 55 a 75 es mínimo.

La tasa de natalidad según el INEC en el año 2005 fue de 18,63% y en el 2006 de 25.39% existiendo un aumento de 6.76%, en el mismo período la tasa de fecundidad fue el 2005 de 44.3%, .2006 de 48.35.

Como se observa en el gráfico N° 3.21, el análisis de los datos obtenidos de la población, indica que ésta tiende a seguir creciendo, hecho que se evidencia con mayor claridad en el grupo de 5 a 14 años de edad, siendo el más representativo de la región. Esto está en relación con el incremento en el grupo de mujeres en edad fértil de 10 a 49 años.

GRÁFICO N° 3.21
PIRÁMIDE POBLACIONAL DE LA PROVINCIA DE SANTO DOMINGO
CENSO 2001



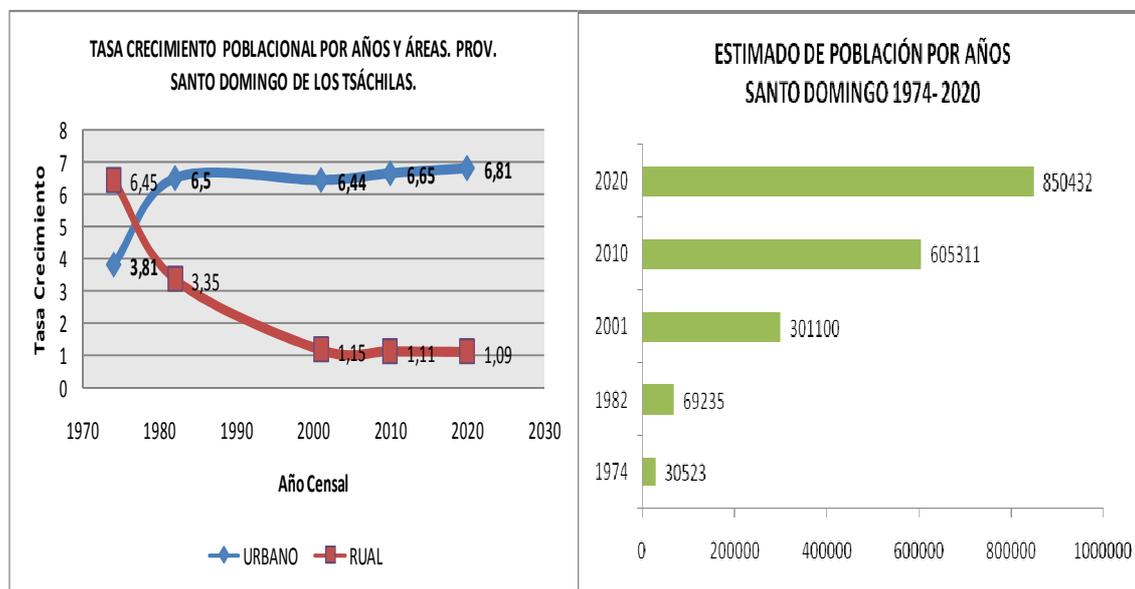
Fuente: INEC. Elaborado: Mba. Lema Moisés

Según el análisis de los datos obtenidos de la población, indica que ésta tiende a seguir creciendo (gráfico n° 3.22), hecho que se evidencia con mayor claridad en el grupo de 5 a 14 años de edad, siendo el más representativo de la región. Esto está en relación con el incremento en el grupo de mujeres en edad fértil de 10 a 49 años.

El estimado de población según los datos del INEC el crecimiento urbano será de un 5.8%, sin considerar el creciente movimiento migratorio externo e interno, se evidencia un crecimiento poblacional acelerado a nivel urbano, mientras que el rural va disminuyendo dramáticamente debido a la migración del campo a la ciudad buscando mejores condiciones de vida.

GRÁFICO N° 3.22

TASA DE CRECIMIENTO ANUAL Y ESTIMADO DE POBLACIÓN POR AÑOS



Fuente: Inec. Elaborado: Corrales Fabiola.

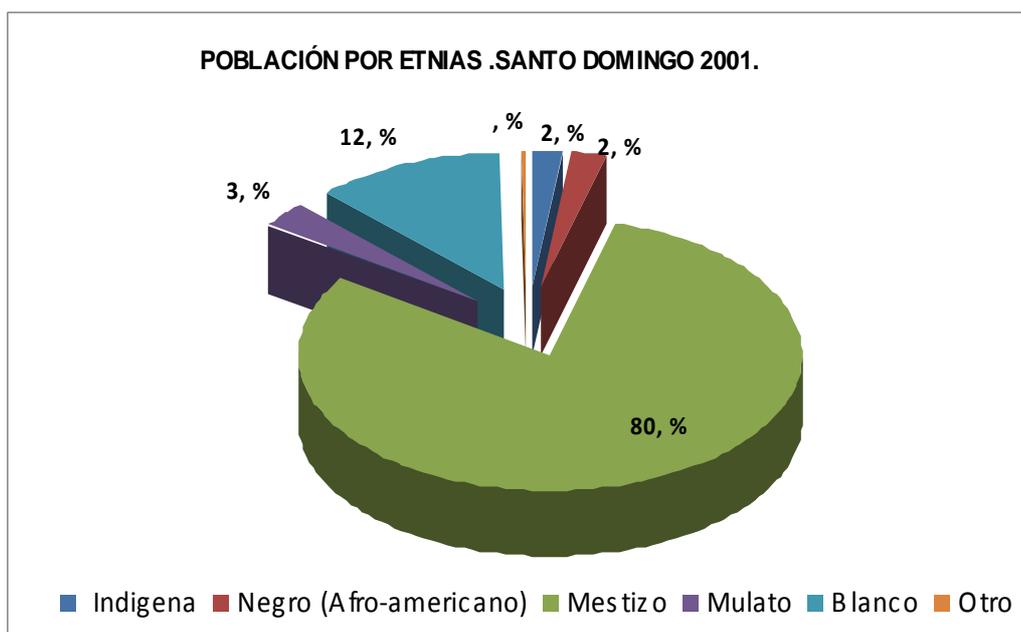
3.2.4. CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS.

La provincia se caracteriza por ser multiétnico y pluricultural. Según datos del CEPAL la población mestiza predomina con el 80%, seguida de la población blanca en el 12% y porcentajes mínimos están los indígenas, mulatos y afro americanos. (Gráfico N° 3.23)

La jurisdicción de la provincia es el asiento de la nacionalidad Tsáchila, entre sus rasgos culturales es su vestimenta, cubren sus cabezas con achiote y se pintan figuras en su cuerpo, en cuanto a la organización social y jurídica vivían en aldeas bajo la dirección de un shaman que ejercía a la vez de dirigente, sacerdote y médico, el rápido crecimiento de la población afectó profundamente su forma de vida, en la actualidad la autoridad civil lo ejerce el Gobernador Tsáchila.

El movimiento económico de la provincia se maneja principalmente a través de la agricultura, la ganadería, la agroindustria, y el comercio; lo que se evidencia por datos obtenidos: agricultura y ganadería 25%, comercio 21%.

GRÁFICO # 3.23

POBLACIÓN POR ETNIAS SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS 2001

Fuente: INEC. Censo 2001 Elaborado por: Corrales Fabiola

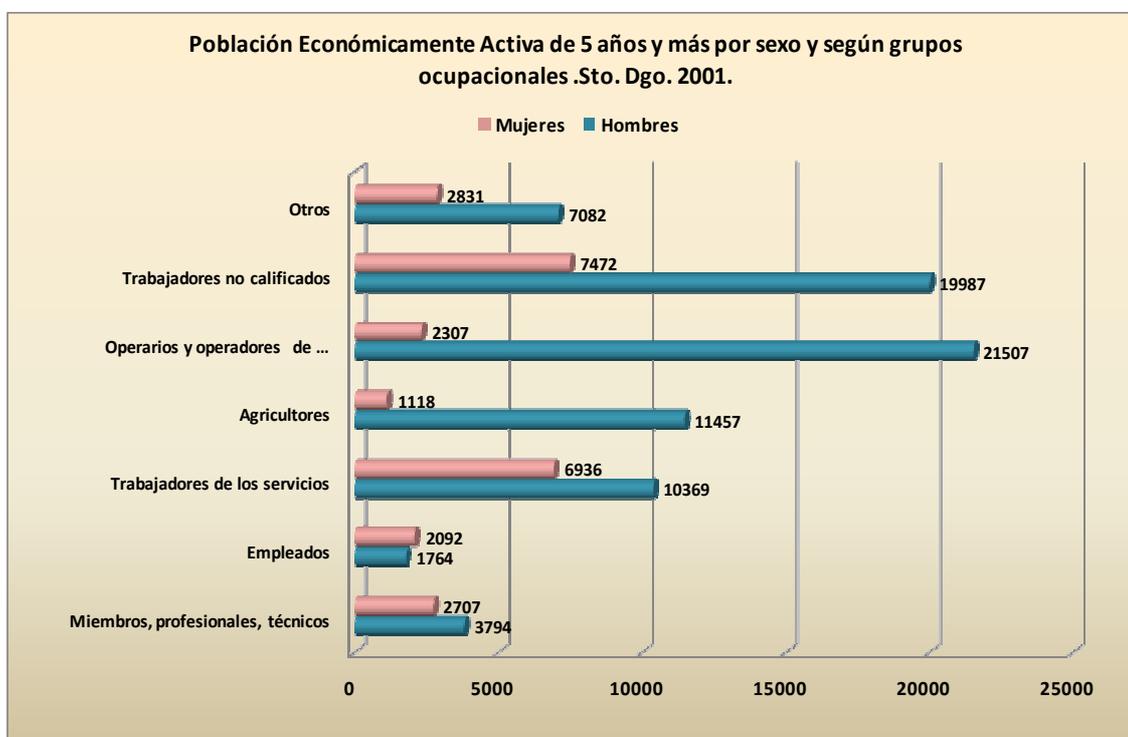
Tomando como base la población económicamente activa, según grupos ocupacionales, y por sexo, según se explica en el Gráfico N° 3.24, el porcentaje de los trabajadores no calificados tiene un 27.4 % de los cuales el 19.9 % son hombres, seguido de los operarios y operadores de máquinas con el 23.8%, se evidencia que el sexo femenino tiene un porcentaje bajo de ocupación del 25,4 en relación al 75.9 % del sexo masculino.

“Aspectos económicos y sociales, el ingreso medio por habitante: 2 a 3 USD, promedio en caso del 3 % de la población que depende del comercio informal, en el área rural, la situación es crítica, se calcula un promedio de 5 (cinco dólares), los cuales deben cubrir, alimentación de las familias, mantenimiento de las fincas,

del ganado e insumos, lo cual es insuficiente, del recurso leche que es de producción diaria, apenas obtienen 0,28 de USD el litro, y para disponer de recursos por concepto que la producción se requiere de tiempo para la comercialización, en el sector urbano marginal en su mayoría asentamientos e invasiones existe un elevado índice de desempleo.”⁷⁰

GRÁFICO N° 3. 24

POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA DE 5 AÑOS Y MÁS, POR SEXO Y SEGÚN GRUPOS POBLACIONALES SANTO DOM INGO 2001



Fuente: INEC. Elaborado por: Corrales Fabiola.

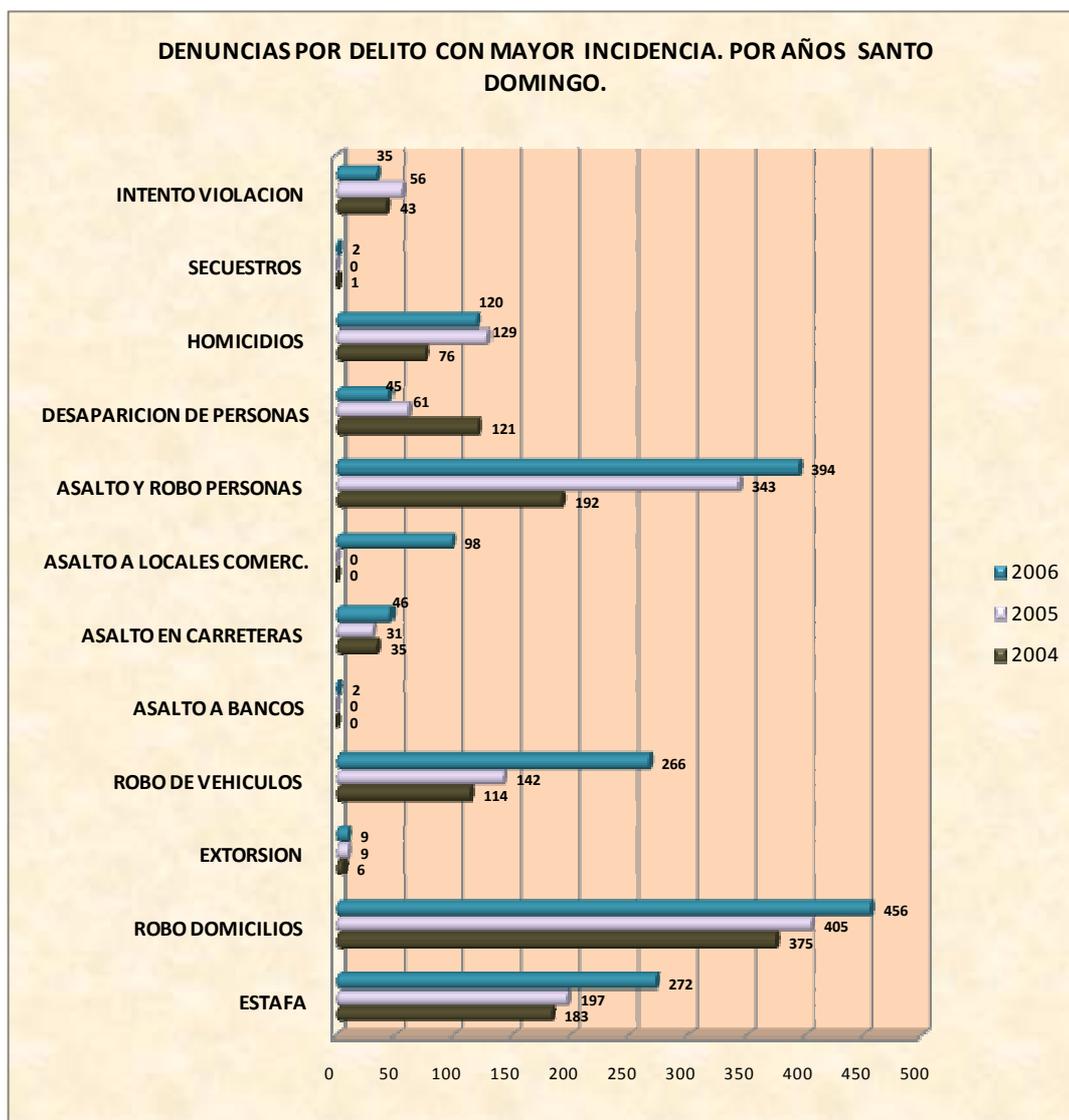
El cantón está compuesto en su mayoría por cooperativas de vivienda, producto de invasiones lo que ha ocasionado un crecimiento desordenado de la urbe, creando cinturones de pobreza, con bajas o nulas coberturas de servicios básicos, con difícil acceso a los servicios de salud, con alta incidencia de enfermedades infecto contagiosas y tropicales prevalentes, por lo que el proceso

⁷⁰ Gobierno Municipal de Santo Domingo; Dirección Municipal de Salud, Diagnóstico Situacional de Santo Domingo de los Colorados Pág. 1

salud enfermedad está determinado por las condiciones socio económicas deficitarias, y a esto se suma un alto nivel delincencial que se confirma al revisar las estadísticas de la Policía Judicial de la provincia,(Gráfico N° 3.25) que año a año van en aumento.

GRÁFICO N° 3.25

POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA DE 5 AÑOS Y MÁS, POR SEXO Y SEGÚN GRUPOS POBLACIONALES SANTO DOMINGO 2001



Fuente: Policía Judicial Santo Domingo. Elaborado por: Corrales Fabiola

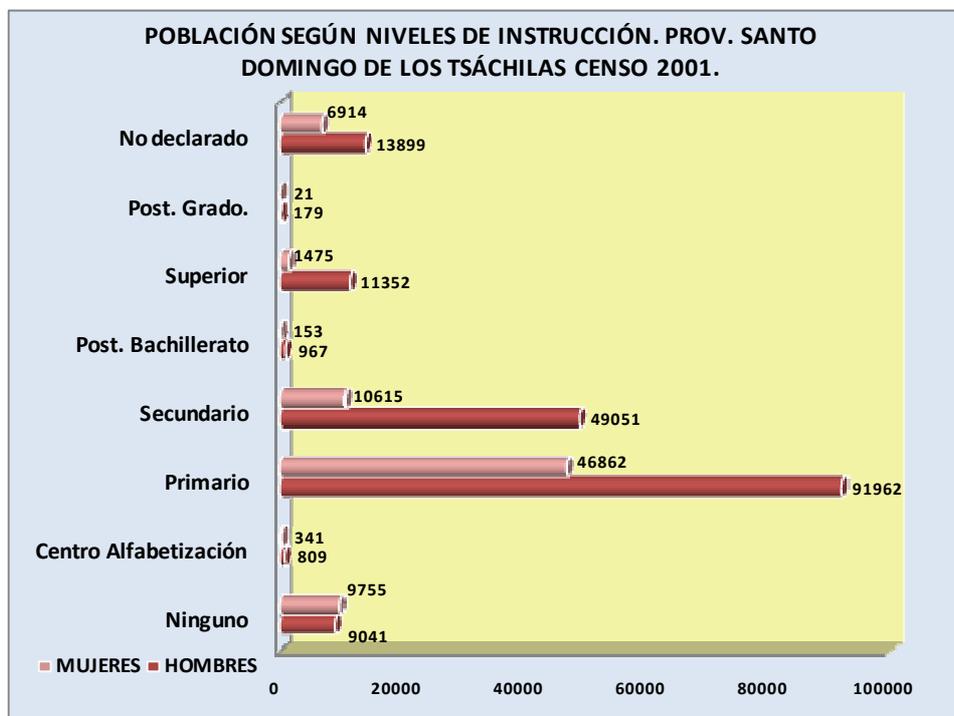
3.2.5 SECTOR EDUCATIVO

En el sector educativo, se evidencia que a nivel rural existe mayor población analfabeta, el promedio de años aprobados por la población de 10 años y más, para la Provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, es de 6 años, para la población del área urbana es de 6.6 años y para el área rural es de 4,7 años.

El nivel de analfabetismo en personas de 15 años y más está en el 9.18%, en hombres el 8.5%, mujeres el 9.7%. Cuenta con 373 planteles primarios fiscales, planteles secundarios 98.

Se puede observar en el Gráfico N° 3.26 un elevado índice de analfabetismo, el mayor número de la población alcanza solo el nivel primario, seguido del nivel secundario y en mínima cantidad de población el nivel superior, el nivel de instrucción, en población masculina en el área urbana es mayor en número y en calidad ya que en el área rural, el nivel más alto es el primario, mientras que la población femenina en el área urbana y rural, el nivel de instrucción se centra en el nivel primario, la mujer tiene menos oportunidades de superación.

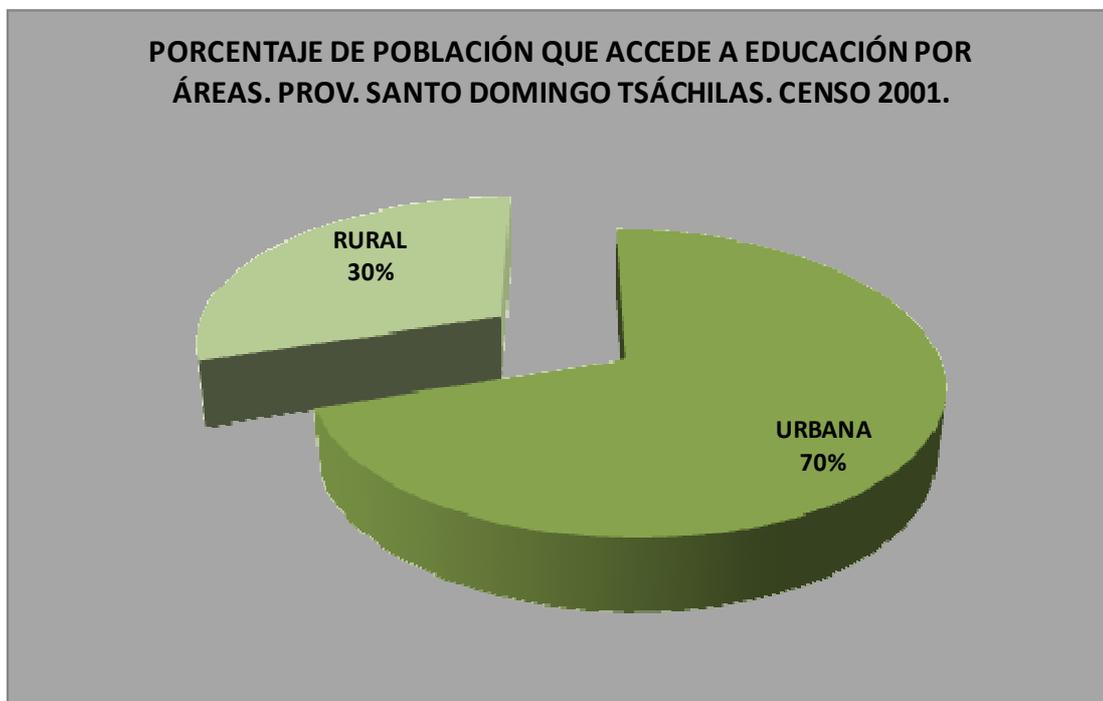
GRÁFICO N° 3.26
POBLACIÓN SEGÚN NIVELES DE INSTRUCCIÓN SANTO DOMINGO DE
LOS TSÁCHILAS 2001



Fuente: INEC Elaborado : Corrales Fabiola.

Se observa además que el porcentaje de accesibilidad a la educación en el área urbana es del 70% que se contrapone al 30 % del área rural.(Gráfico N° 3.27).

GRÁFICO N° 3.27
PORCENTAJE DE POBLACIÓN QUE ACCEDE A EDUCACIÓN POR ÁREAS
SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS 2001



Fuente: Inec. Elaborado: Corrales Fabiola.

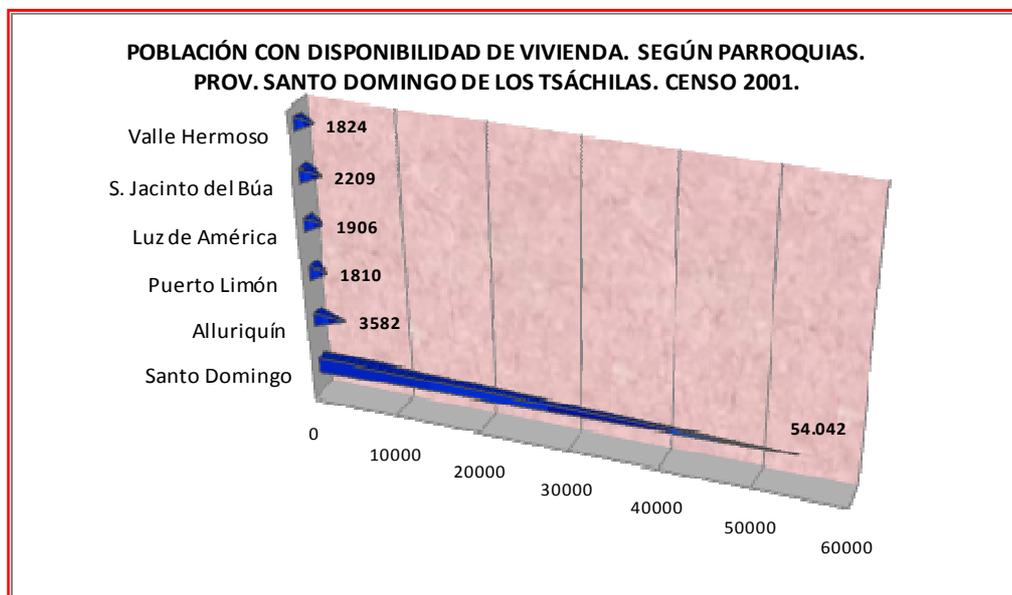
3.2. 6 CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y SERVICIOS BÁSICOS.

Según el censo del 2001 se detectó un déficit de vivienda a nivel nacional por ende la Provincia Tsáchila no es la excepción está compuesta por cooperativas de vivienda fruto de invasiones lo cual ha generado un crecimiento desordenado y no programado lo que dificulta la disponibilidad de servicios de agua potable alcantarillado, recolección de basura, incidiendo además el factor económico para la adquisición y el tipo de vivienda.

. En el Gráfico N° 3.28, se encuentra la disponibilidad de vivienda según parroquias, encontrándose mayor número en la capital de provincia.

GRÁFICO N° 3.28

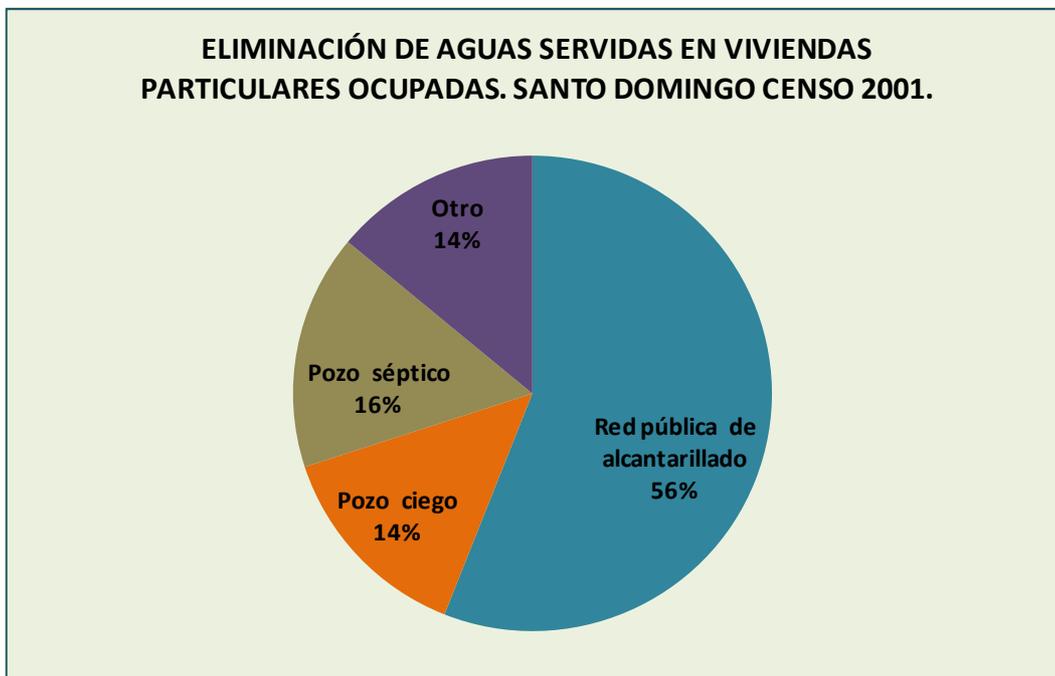
DISPONIBILIDAD DE VIVIENDA SEGÚN PARROQUIAS PROVINCIA DE SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS 2001.



Fuente: INEC. Elaborado por: Corrales Fabiola.

El servicio de alcantarillado, en viviendas particulares ocupadas en Santo Domingo, la evacuación de las agua servidas se realizan a través de red pública de alcantarillado en el 56%, (Ver gráfico N° 3.29) seguidas de pozo séptico, pequeñas redes de alcantarillado sanitario que descargan al estero más próximo que no tienen la capacidad de absorción y auto depuración necesarias, lo que determina un alto grado de contaminación, a esto se suma que muchas viviendas no están conectadas al sistema de alcantarillado, utilizan pozo ciego.

GRÁFICO N° 3.29

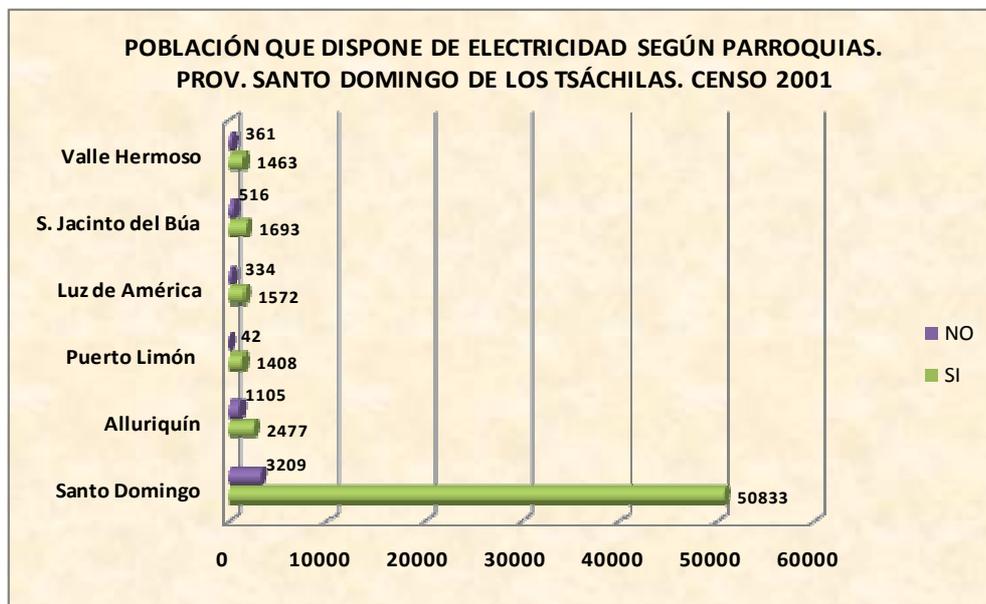
ELIMINACIÓN DE AGUAS SERVIDAS EN VIVIENDAS PARTICULARES OCUPADAS SANTO DOMINGO CENSO 2001

Fuente y Elaboración: INEC

Como se puede apreciar en el Gráfico N° 3.30, la disponibilidad de luz eléctrica está concentrada , en la capital de provincia y de parroquias.

GRÁFICO N° 3.30

DISPONIBILIDAD DE LUZ ELÉCTRICA SEGÚN PARROQUIAS SANTO DOMINGO CENSO 2001



Fuente: INEC Elaborado: Corrales Fabiola

Según el censo del 2001, la población que disponía del servicio de teléfono era mínimas, Gráfico N° 3.31, tanto a nivel urbano como el rural.

GRÁFICO N° 3.31

DISPONIBILIDAD DE TELÉFONO SEGÚN PARROQUIAS SANTO DOMINGO CENSO 2001



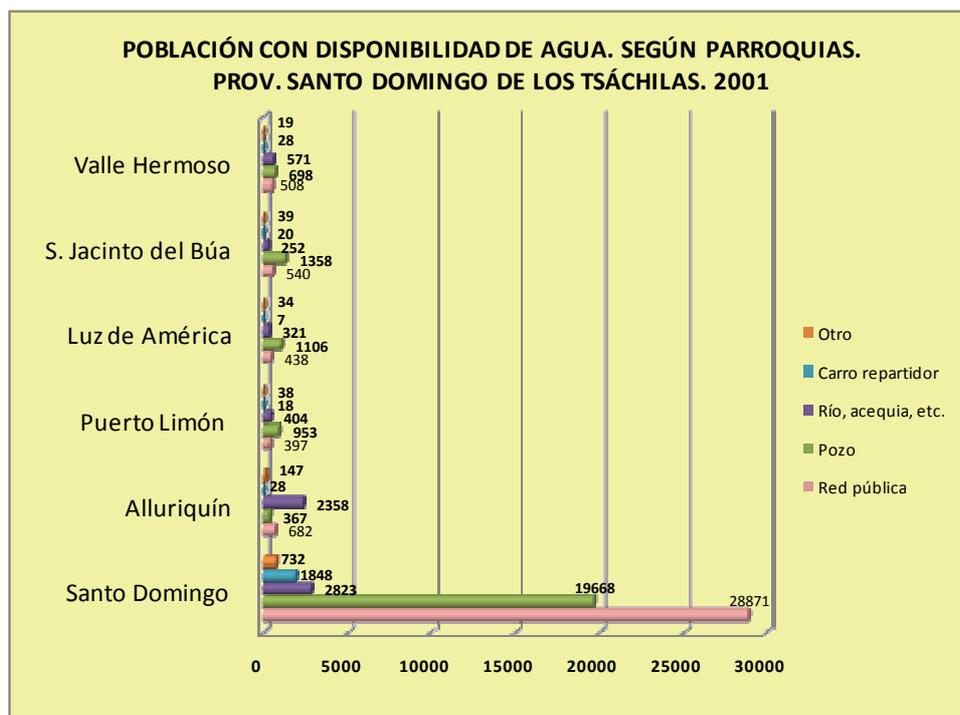
Fuente: INEC Elaborado por: Fabiola Corrales.

La disponibilidad del líquido vital, por red pública es mínima, su distribución se la hace en forma irregular incluso en el área urbana, mientras que las áreas urbano marginales se proveen del líquido de pozos en un 68%, mientras que en las parroquias como el mayor número de de la población se provee de ríos o acequias , carro repartidor pozos, ríos etc. Gráfico N°3.32

Según información de EMAPA, agua potable tiene una red de distribución de 1240 Km. Que llega a más del 70 % de las áreas urbanizadas, en términos de demanda, a pesar de los límites de producción el agua no llega a la mayoría de la población por: la falta de cumplimiento técnico de la distribución del líquido como por la pésimo estado de la red y de las acometidas familiares, que provocan un desperdicio del 50%, en la actualidad la ciudad se encuentra dividida por sectores que recibe el caudal por unas horas pasando 1 a 3 días y en algunos barrios 1 hora cada 4 días.

GRÁFICO N° 3.32

**POBLACIÓN CON DISPONIBILIDAD DE AGUA SEGÚN PARROQUIAS
PROVINCIA SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS 2001.**



Fuente: Inec. Elaborado por: Corrales Fabiola.

El servicio de alcantarillado se centra en la ciudad, un escaso número de población de las parroquias dispone de éste servicio, incluso en áreas urbano marginales se observan tuberías, que desembocan en terrenos baldíos, ríos, acequias etc. Gráfico N° 3.33

GRÁFICO N° 3.33
DISPONIBILIDAD DE ALCANTARILLADO SEGÚN PARROQUIAS CENSO
2001



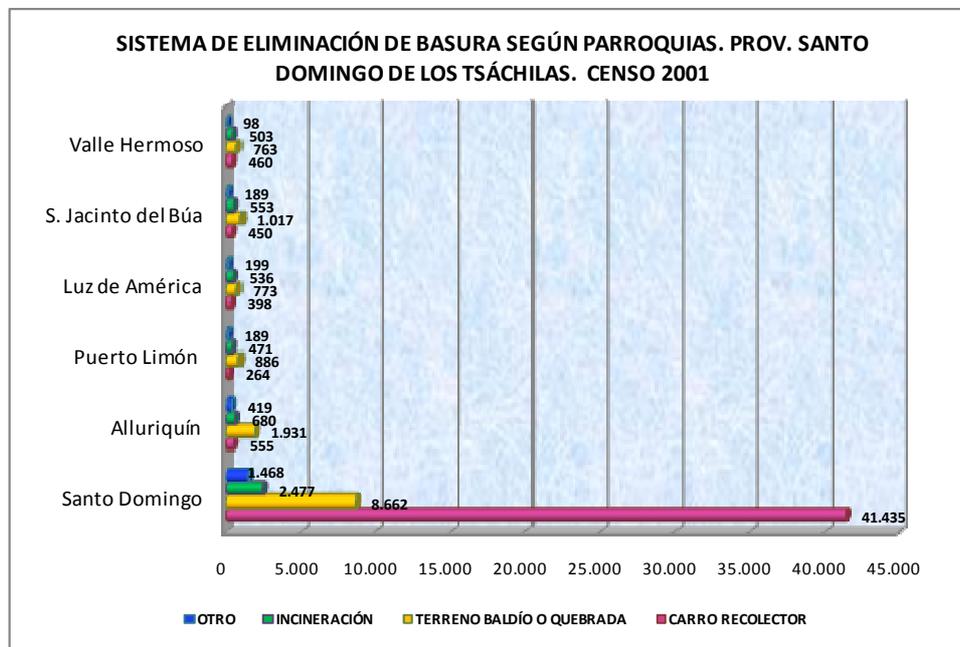
Fuente: INEC. Elaboración: Corrales Fabiola.

En cuanto a la recolección de basura según un estudio realizado por la Municipalidad se estima que hay una producción de basura de 160 toneladas diarias de las cuales solo se recolectan en un 50%, la diferencia se acumula en esteros, lotes baldíos y calles propiciando la proliferación de animales portadores de diferentes enfermedades.

La mala infraestructura sanitaria, se observa en el Gráfico N° 3.34, a nivel de todas las parroquias, inclusive en el área urbana del catón Santo Domingo.

GRÁFICO N° 3.34

SISTEMA DE ELIMINACIÓN DE BASURA SEGÚN PARROQUIAS PROVINCIA SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS 2001



Fuente: INEC. Elaborado por: Fabiola Corrales.

3.2.7 ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PROVINCIAL.

Las unidades de atención médica y hospitalarias públicas y privadas que dispone el cantón son: 1 Hospital (“Dr. Gustavo Domínguez”) tomado como área de referencia, 2 centros de salud, 20 subcentros dependientes del Ministerio de Salud Pública, 1 hospital privado del Niño y Maternidad, 20 clínicas legalmente registradas, 23 centros médicos, 93 consultorios, 59 consultorios odontológicos, 50 laboratorios clínicos bacteriológicos y de diagnóstico, 4 consultorios obstétricos, 8 servicios de rehabilitación, 4 consultorios psicológicos, 2 seguros médicos. Del IESS 1 centro de atención ambulatoria, 18 subcentros del seguro social campesino. 2 unidades móviles de salud municipales, 1 unidad de salud del Concejo Provincial.

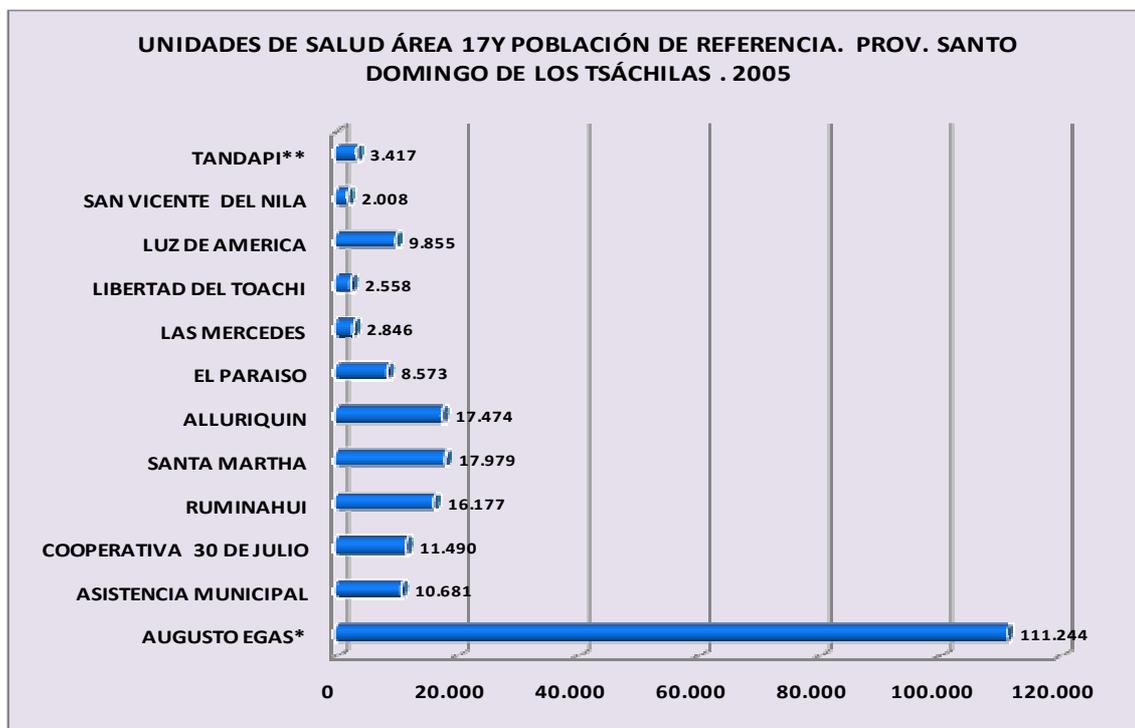
La infraestructura de salud del Ministerio de Salud cuenta con un hospital de 141 camas para hospitalización y 18 camillas para observación en el Servicio de

Emergencia. En el sector privado, existen 15 clínicas se dispone de 174 camas, y 27 camillas para atención de emergencia que da atención las 24 horas del día, (Información fue tomada de la base de datos del Dr. Caisaguano, Coordinador del servicio de Emergencia).

Además existen centros de salud pertenecientes también al Ministerio de Salud Pública, así el área 17 y área 22 con sus respectivos sub centros de salud que cumplen con programas de fomento, protección, curación y rehabilitación.

El área 17 comprende 10 sub centros, con la particularidad que el sub centro de Tandapi (pertenece a la provincia de Pichincha) logísticamente depende de la provincia de Santo Domingo, se puede observar además en el Gráfico N° 3.35, la población de referencia de ésta área, en los diversos sub centros de salud, siendo el centro de salud Augusto Arias el que ejerce la jefatura de área y se encuentra en la zona céntrica de la capital de provincia, el que tiene el mayor número de población a ser atendida.

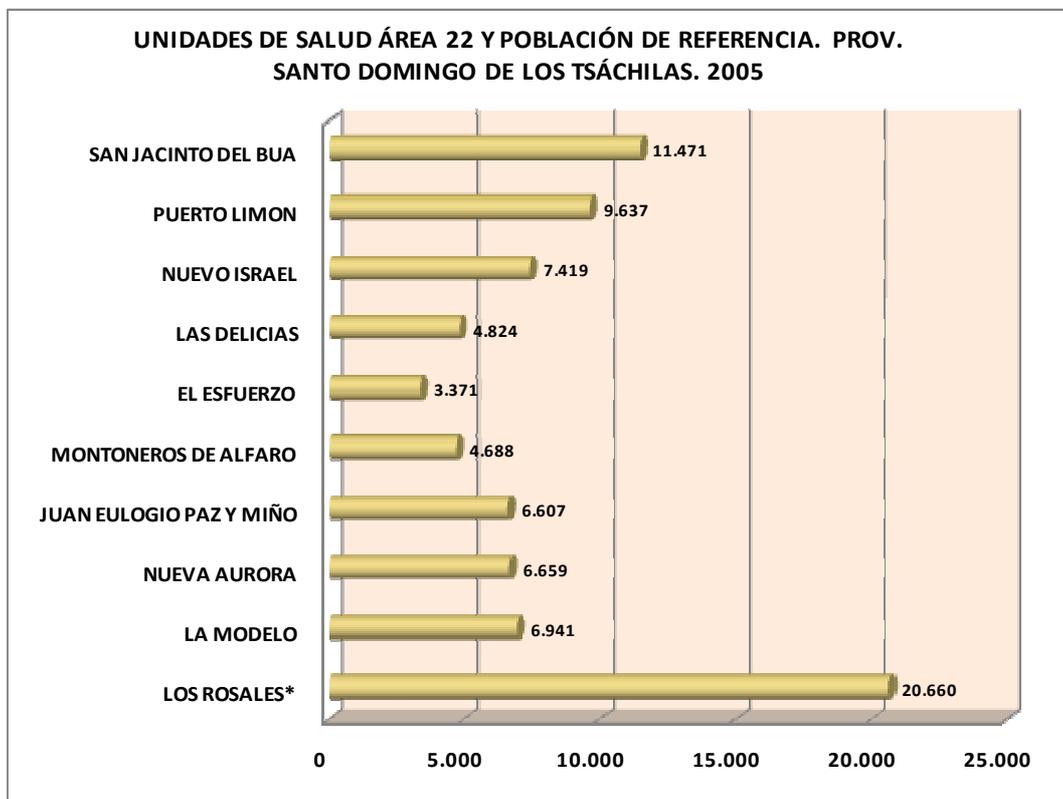
GRÁFICO N° 3.35
UNIDADES DE SALUD ÁREA DE SALUD 17 Y POBLACIÓN DE REFERENCIA
PROVINCIA SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS 2005



Fuente: Proyección de Población de cantones y parroquias 2005. Estadísticas MSP. Elaboración: Corrales. F. *Jefatura de Area.

El Centro de Salud Los Rosales ejerce la jefatura del Área 22, el resto de sub centros se encuentran en sectores urbanos marginales, mientras más lejano está el sub centro mayor es el número de población de referencia. (Ver gráfico N° 3.36)

GRÁFICO N° 3.36
UNIDADES DE SALUD ÁREA 22 Y POBLACIÓN DE REFERENCIA
PROVINCIA DE SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS. 2005

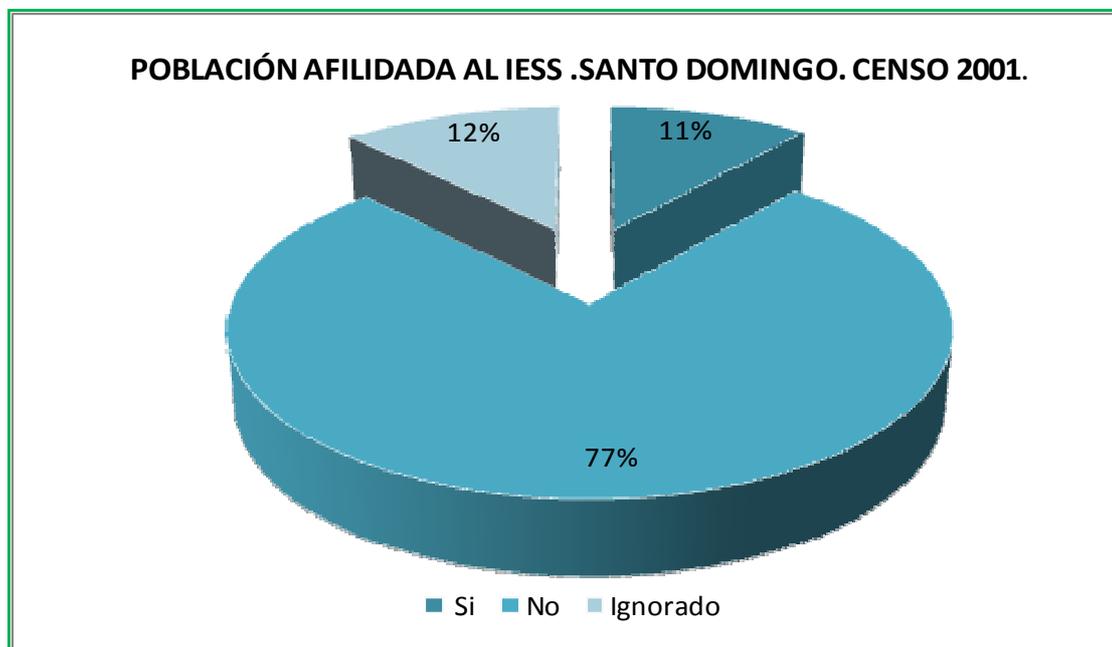


Fuente: Proyección de Población de cantones y parroquias 2005. Estadísticas MSP. Elaborado por: Fabiola Corrales.

Entre otras entidades que brindan atención médica, está el dispensario del IESS con una población aproximada de 16.000 afiliados activos, no cuenta con servicios de internación, da atención de emergencia solo en días laborables y en horario de oficina.

La cobertura de afiliación es limitada, (Gráfico N° 3.37) el 11% tiene éste beneficio mientras que el 77% no se encuentra afiliada. La población afiliada al seguro social es mínima relacionada con el total de la población .

GRÁFICO N° 3.37
POBLACIÓN AFILIADA AL IESS PROVINCIA DE SANTO DOMINGO DE LOS
TSÁCHILAS 2001



Fuente: Cepal/Celade. Elaborado por : Corrales Fabiola

La red de servicios de salud no se ha podido constituir por la multiplicidad y variedad individual de proveedores de salud y falta de gestión del Concejo Cantonal de Salud que debe coordinar y organizar a todas las entidades públicas y privadas proveedoras de salud, y establecer políticas, normas, y reglamentos para mejorar la atención de salud de la población.

3.2.8 RECURSOS HUMANOS EN SALUD.

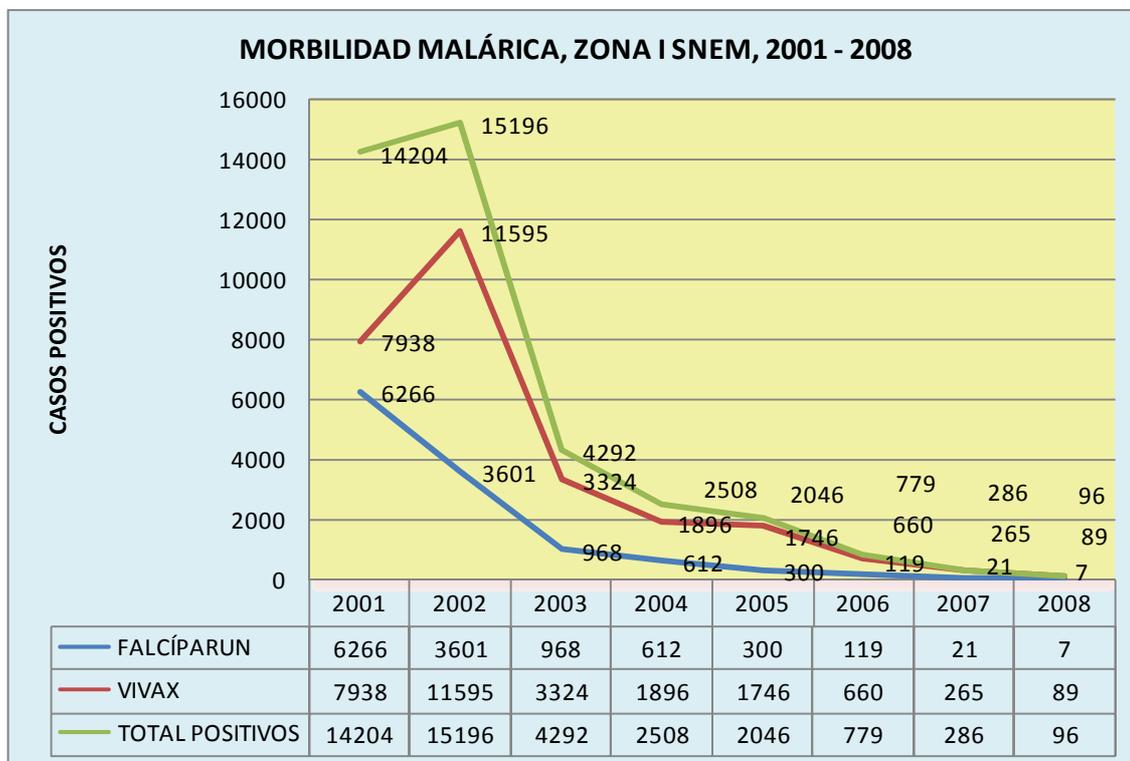
Entre el personal que cuenta la provincia, en el sector público y privado existen 400 médicos, 70 enfermeras profesionales, 100 odontólogos, 230 auxiliares de enfermería, 20 obstétricas. Además laboran 14 parteras autorizadas por el Ministerio de Salud Pública.

3.2.9 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS Y DE SALUD

Debido a la situación geográfica, los pisos climáticos (cambios de temperatura), los asentamientos poblacionales sin planificación, la falta de disponibilidad de servicios básicos, hacen que entre las primeras causas de mortalidad infantil se encuentren: neumonía, enfermedades gastrointestinales de origen infeccioso, desnutrición y anemias nutricionales, enfermedades respiratorias agudas, malformaciones, alcanzando una tasa de mortalidad neonatal de 8.2 por mil nacidos vivos y una tasa de mortalidad infantil de 15.49; a esto se suma las enfermedades propias del clima tropical como el dengue, la malaria., mordeduras de serpiente.

En cuanto a la morbilidad malárica (Gráfico N° 3.38), los datos obtenidos son del SNEM (Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria) Zona 1 que comprende el noroccidente de la provincia del Pichincha, Puerto Quito, Los Bancos y Pedro Vicente Maldonado, la provincia de Santo Domingo, El Carmen y Flavio Alfaro, el número de casos ha ido disminuyendo paulatinamente desde el año 2005, tanto los casos producidos por el plasmodium vivax como el falcíparum debido a la aplicación de normas de prevención, pero continúa siendo una de las enfermedades prevalentes en la región.

GRÁFICO N° 3.38

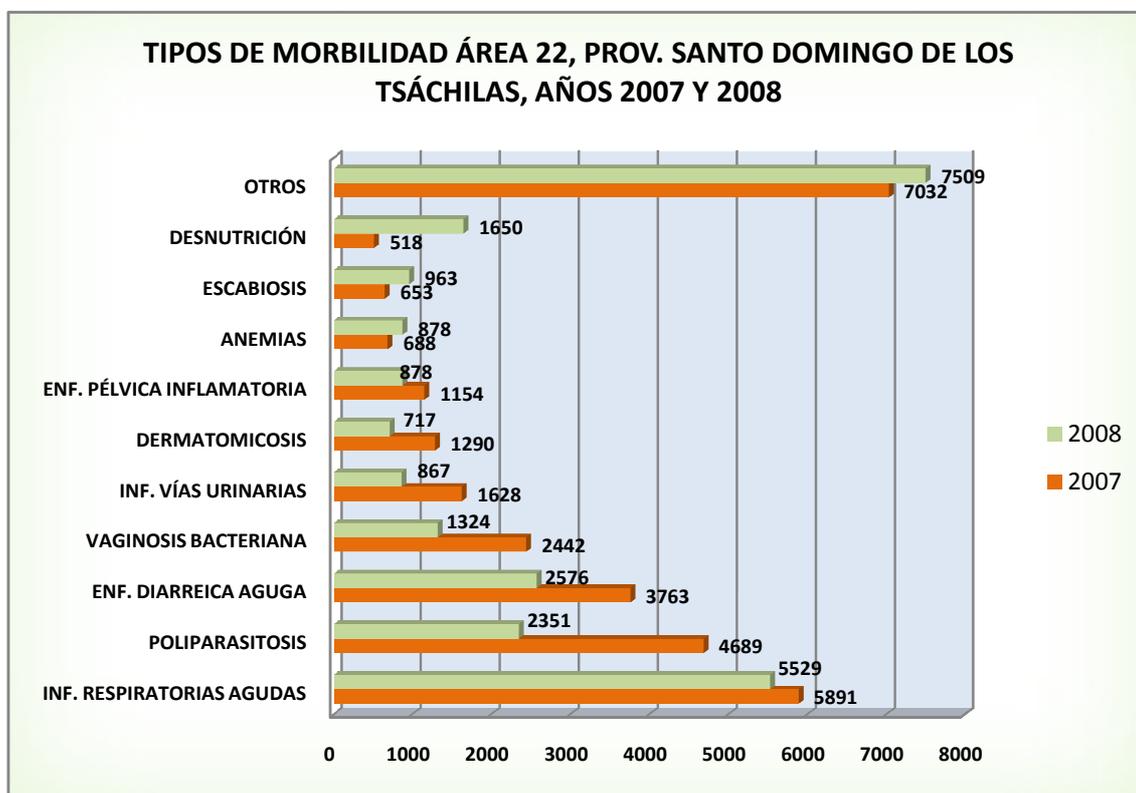
MORBILIDAD PALÚDICA, ZONA I 2001- 2008.

Fuente: Zona I SNEM. Sto. Dgo. Elaborado por: Corrales Fabiola.

En el Gráfico N° 3.39, se explica que entre las principales causas de morbilidad, que afectan a la población y son atendidas de manera ambulatoria en dos centros de salud localizados en la urbe, son el Centro de Salud “Augusto Egas” que corresponde al área 17 y Centro de Salud “Los Rosales” perteneciente al área de salud N° 22, es preocupante la alta prevalencia de infecciones respiratorias agudas y poli parasitosis, seguidas por afecciones dérmicas, enfermedad diarreica, infecciones de vías urinarias, vaginitis / vaginosis y desnutrición leve. Así en el Área 22 durante los años 2007 – 2008 el tipo de morbilidad que mayor número de atenciones tuvo es las enfermedades respiratorias agudas.

GRÁFICO N° 3.39

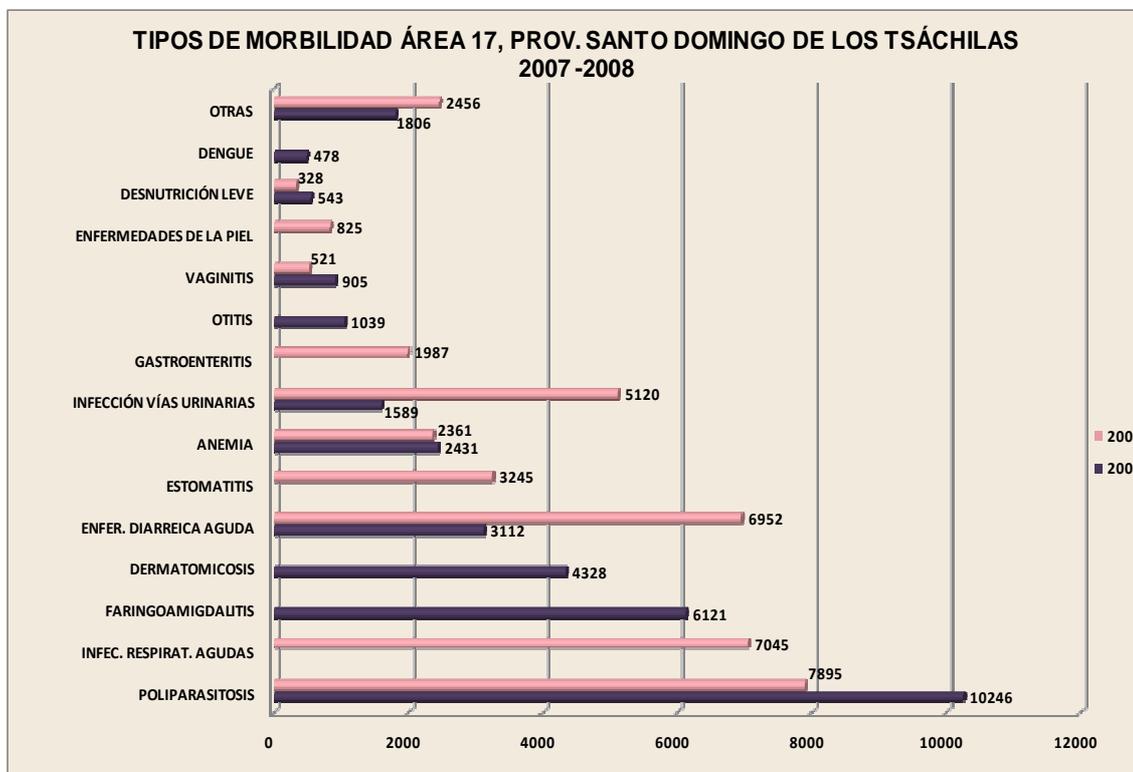
TIPOS DE MORBILIDAD ÁREA 22, PROVINCIA SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS, AÑOS 2007- 2008



Fuente: Dpto. Estadística .Área 22. Elaboración: Corrales Fabiola.

En cuanto a los tipos de morbilidad que son atendidos en el Área de Salud N° 17, que se encuentra dentro del perímetro urbano, como se expone en el Gráfico N° 3.40 se tratan en su mayoría enfermedades prevenibles como es la poli parasitosis en el 2007 se atendieron 7895 casos aumentando en el año 2008 a 10246 siendo la primera causa de atención, seguida enfermedad diarreica aguda con 6952 casos, duplicando los casos del 2007 que fueron 3112, otro tipo de morbilidad que se encuentra prevalente por el tipo de clima son las enfermedades respiratorias agudas con el número de 7047; las infecciones urinarias disminuyeron en un 50% de los casos el resto de enfermedades se refieren a gastroenteritis, otitis, vaginitis y enfermedades de la piel se encuentran en valores menores a mil casos.

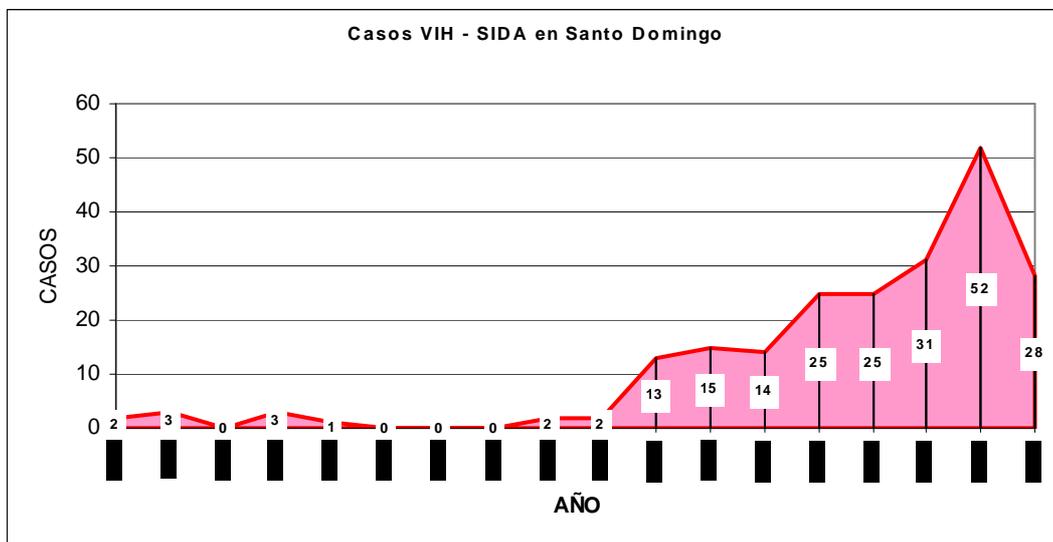
GRÁFICO N° 3.40
TIPOS DE MORBILIDAD ÁREA 17, PROV. SANTO DOMINGO DE LOS
TSÁCHILAS AÑOS 2007- 2008.



Fuente: Dpto. Estadística Área 17. Elaboración: Corrales Fabiola.

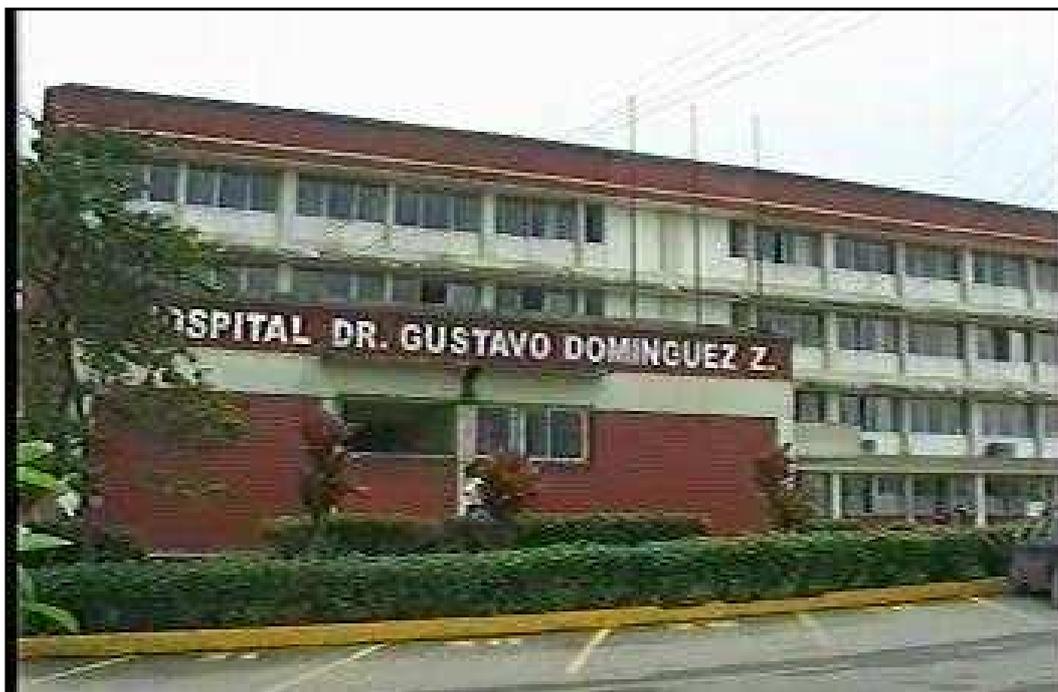
En el Gráfico N° 3.41, se observa otro tipo de morbilidad que tiene alta incidencia son los casos de VIH, se observa que en el año 2003 y 2004 se presentan, 26 casos, observándose un repunte en el año 2006 con 62 casos, bajando en el 2007 a 28.

GRÁFICO N° 3.41
CASOS DE VIH-SIDA EN LA PROVINCIA SANTO DOMINGO DE LOS
TSÁCHILAS



Fuente: Archivo Centro de Salud Augusto Egas.

3.3 CONTEXTO DEL HOSPITAL “DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ”



El Hospital “Dr. Gustavo Domínguez” está ubicado en el cantón de Santo Domingo de los Colorados en el kilómetro 1 de la vía Quito y la avenida Las delicias, fue inaugurado oficialmente el 12 de octubre de 1983, mediante acuerdo ministerial # 4337 suscrito por el Ministro de Salud Pública, luego de siete años de la firma de contrato de construcción, planificado para una población muy inferior a la actual, fue remodelada en 2001 manteniendo su misma capacidad, la atención es ambulatoria y de hospitalización, cumpliendo con las funciones de fomento y protección de la salud, curación , rehabilitación y actividades científicas como de educación.

En la tabla N° 3.7 consta información básica del hospital, en cuanto a la estructura física, el tipo de construcción es vertical en una superficie total de 15.500 mts², área de construcción 9500 mts.², área edificada 2900 mts.², área en comodato cuanto a la estructura física, el tipo de construcción es vertical en una superficie total de 15.500 mts², área de construcción 9500 mts.², área edificada 2900mts.², área en comodato 400mts², cuenta con los servicios básicos, agua

entubada tratada 300mts³, una cisterna, un tanque de tratamiento, la energía eléctrica funciona las 24 horas del día con corriente de 110 y 220 w, un generador eléctrico tipo transformador con un consumo promedio de 16.700 Kws /mes, un sistema de oxígeno centralizado, consumo promedio de 120mts³ al mes, sistema de vapor, sistema de aguas servidas y alcantarillado.

TABLA Nº 3.7

INFORMACIÓN BÁSICA DE LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL

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

Fuente y Elaboración: Plan Estratégico H. DR. G. D.

3.3.1 DISTRIBUCIÓN FÍSICA DEL HOSPITAL

La dotación de camas es 141 distribuidas en las cuatro especialidades básicas: Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Ginecología, la planta baja está destinada para el área de Consulta Externa con 8 consultorios, ambientes para: curaciones, preparación de adultos, niños, área de vacunas, consultorio odontológico, oficina de la coordinación de Enfermería, caja, farmacia de atención al público, en la parte central sala de espera, información, pagaduría, trabajo social, administración, contabilidad, secretaría, dirección, sala de reuniones, junto a la entrada del hospital se encuentra estadística lugar donde se entregan los turnos para atención de los pacientes. En la parte posterior junto a Emergencia se encuentra laboratorio, rayos X, contiguo a éste se encuentra dietética, recursos humanos y el acceso del personal.

El área de hospitalización está distribuido en el primer piso: Centro quirúrgico con un área de acceso de pacientes, vestuario de hombres y mujeres, en el margen derecho dos quirófanos, sala de recuperación, bodega, sala de estar, sala de almacenamiento de equipos quirúrgicos, en el margen izquierdo dos quirófanos para gineco obstetricia dos salas de parto. Contiguo al centro quirúrgico se encuentra central de esterilización con dos ventanillas: una para atención al personal de hospitalización y otra posterior para entrega de material a centro quirúrgico.

En éste mismo piso se encuentra el área de Gineco - obstetricia cuenta con una sala de espera, farmacia de consumo interno y maternidad gratuita, (gráfico n°3.42), dispone de 32 camas, una estación de enfermería sala de tratamientos, utilería limpia y usada, baño de usuarios, baño de personal, sala séptica de dos camas, una sala de seis camas para problemas ginecológicos, tres salas de 2 camas para patología obstétrica, dos salas de seis camas parar parto normal, y una sala de seis camas para parto por cesáreas.

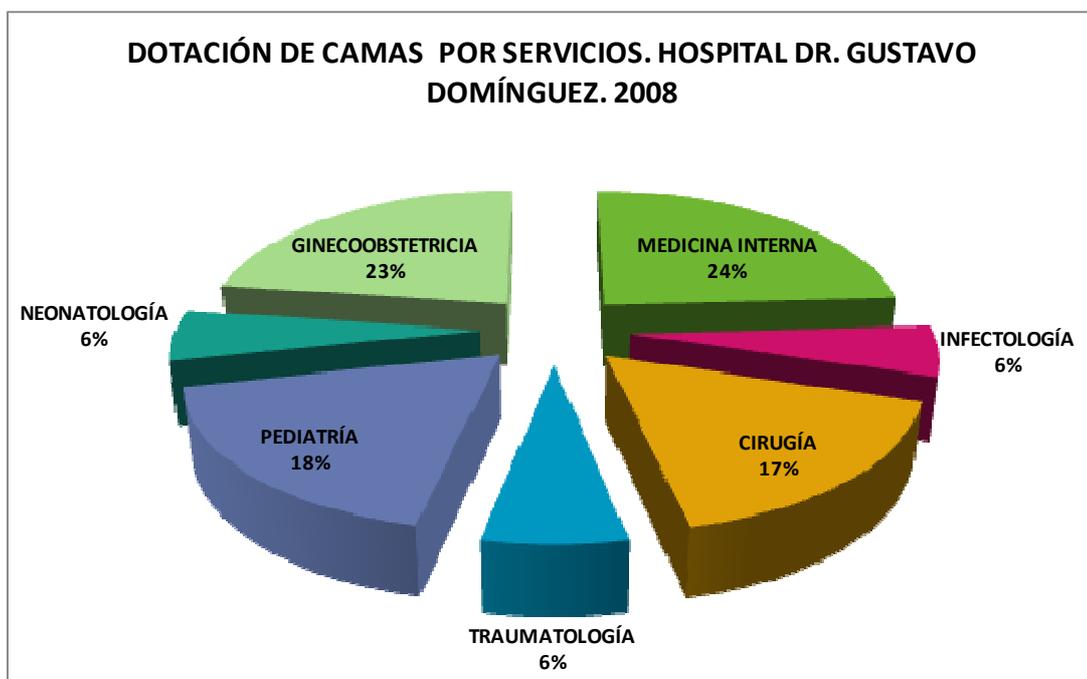
El servicio de Neonatología se encuentra dentro del servicio de gineco – obstetricia: tiene cuatro ambientes uno de preparación del recién nacido, dos salas para niños prematuros y/o críticos una sala para niños infectados). El área del corredor sirve para preparación de medicamentos.

El segundo piso consta de dos áreas: margen derecho Cirugía y Traumatología consta de una sala de tratamientos, sala de utilería limpia, baño de pacientes, sala de aseo, tiene capacidad de 33 camas, 4 salas de 2 camas y una sala de 6 para cirugía, una sala de 6 y una de 3 para traumatología. El margen izquierdo lo ocupa Pediatría., con capacidad para 26 camas distribuidas en una sala de 9 cunas para lactantes, sala de 9 cunas para preescolares y dos salas de tres camas cada una para escolares y adolescentes respectivamente, una cuna es utilizada para aislamiento. Un área de procedimientos, el baño de personal y la estación de enfermería que son compartidos con el servicio de Cirugía.

La tercera planta lo ocupa Medicina Interna e Infectología con capacidad de 42 camas con una estación de enfermería, área de tratamientos, utilería limpia, usada, baño de personal, baño de usuarios, cuatro salas de 6 camas y cinco salas de de 2 camas para las distintas patologías, cuatro salas de dos camas pertenecientes a aislamiento.

GRÁFICO N° 3.42

**DOTACIÓN DE CAMAS POR SERVICIOS HOSPITAL DR. GUSTAVO
DOMÍNGUEZ 2008**



Fuente: Dpto. Estadística. Elaborado Fabiola Corrales.

Como se observa en el gráfico anterior, el servicio con mayor porcentaje de camas es Medicina Interna seguido por gineco obstetricia y continúa con el siguiente orden, pediatría, cirugía y traumatología.

El servicio de emergencia área de entrada para el público, sala de espera, 4 consultorios para dar atención en las diferentes especialidades cirugía y traumatología, ginecología y pediatría, dispone de doce camillas para observación, estación de enfermería, un cuarto para pacientes críticos, baños para usuarios, vestidor de personal, tiene fácil acceso a laboratorio y rayos X.

Los servicios de Lavandería y Bodega se encuentran en construcciones junto al hospital, en la parte posterior en aulas prefabricadas se ubica el servicio de Rehabilitación y la sala de reuniones. El hospital dispone además de 2 ascensores, escaleras de emergencia.

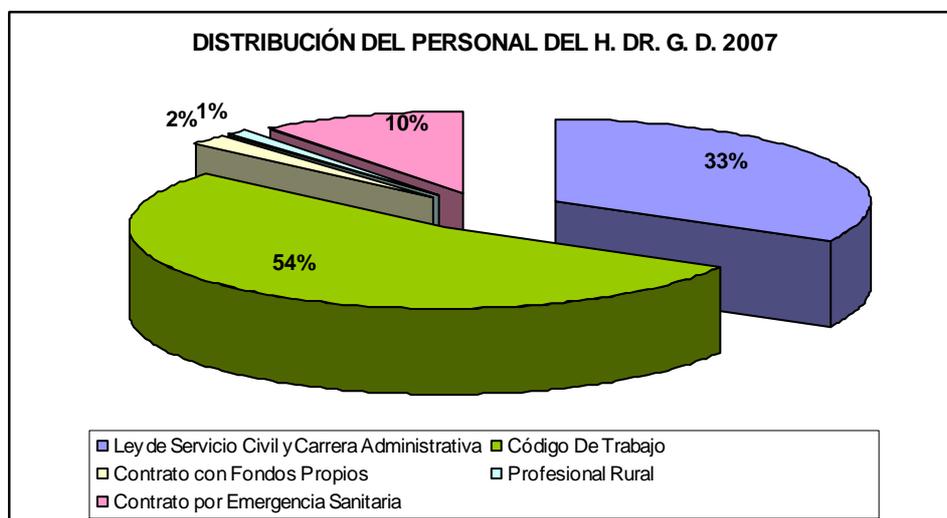
3.3.2 RECURSOS HUMANOS DEL HOSPITAL

Para su funcionamiento el hospital cuenta con un total de 331 recursos humanos que rigen dentro del Código de Trabajo 204 que equivale el 53.26% y el personal de Servicio Civil y Carrera Administrativa (LOSCA) 127 que representa el 33.16%, a éste personal se suman 40 el contratado por la ley de Emergencia Sanitaria que cubre el 10.44%, y 5 profesionales rurales con un 1.31%, número de personal que se mantuvo invariable hasta el año 2007 que se incrementó el número de personal por la Emergencia Sanitaria y además personal contratado con fondos propios. (Ver Gráfico N° 3. 43)

Los diferentes cargos se llenaron de acuerdo a los requerimientos que contempla el Ministerio de Salud Pública, la distribución del personal de acuerdo a la creación del cargo, pero en lo que respecta al personal del código de trabajo no todo se encuentran en el puesto para el que fueron contratados.

GRÁFICO N° 3.43

DISTRIBUCIÓN DE PERSONAL DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ



Fuente: Recursos Humanos. Elaboración: Corrales Fabiola

3.3.3 ANÁLISIS DE LA TECNOLOGÍA.

El Hospital “Dr. Gustavo Domínguez, posee tecnología básica otorgada a todos los hospitales de igual complejidad, en los últimos años se adquirió equipo para cirugía laparoscópica, monitores para todos los servicios, respiradores que solo disponen los servicios de Emergencia, Neonatología y Centro Quirúrgico, un equipo de ecosonografía que por falta de personal es sub utilizado, en el servicio de Laboratorio Clínico es donde se ha adquirido mayor cantidad de equipos especializados, dispone de un gasómetro, analizador de electrolitos, equipo automatizado para hematología, y para química Sanguínea, lector de Micro Elisa, el área de contabilidad y administración , dispone de tecnología informática en red.

3.3.4 ACTIVIDADES DOCENTES

El hospital está catalogado como docente, por las rotaciones que realizan tanto estudiantes de medicina como enfermería, está a cargo de éste servicio un Médico Tratante de Medicina Interna encargado además del área de epidemiología, las actividades docentes son esporádicas y solo dirigido al personal médico, realizan charlas los días miércoles a las 7:30 de la mañana.

3.3.5 RELACIÓN CON AGENTES SOCIALES.

Los agentes sociales con los que se relaciona el hospital están las diferentes universidades Central, universidad Católica, Centro de Recuperación Nutricional. No existe participación directa con el Consejo Cantonal de Salud, hay ausencia de alianzas estratégicas con ONG, u organizaciones sociales de la comunidad.

Existen diferentes comités que actúan de acuerdo a la necesidad presentada pero no disponen de planes de trabajo así tenemos el consejo técnico, comité de farmacia, riesgos y desastres, de auditoría médica, de historia clínica, de infecciones nosocomiales, adquisiciones y manejo desechos hospitalarios y bioseguridad.

3.3.6 SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Los sistemas de información que tiene el hospital para distribuir la información, apoyar la toma de decisiones, seguimiento y control de actividades administrativas son los programas EPI INFO, SIVE ALERTA, BIOESTADÍSTICA, INEC, SISPROD, OLIMPO trabaja por módulos para inventario de bodega, control de existencias, en contabilidad movimiento contable, tesorería, manejo de cartera, cuentas por cobrar y cuentas por pagar, proveedores Y ESIGEF este programa es obligatorio para todas las instituciones está conectado con el Ministerio de Economía y Finanzas y el Ministerio de Salud Pública.

3.3.7 INFORMACIÓN ECONÓMICO FINANCIERA.

El presupuesto se elabora cada 30 de junio en base a proyecciones, y recursos fiscales, el Ministerio de Finanzas da un tope de incremento del 3 % en base a la inflación del techo presupuestario que no se puede exceder, del Ministerio de Finanzas se envía al Congreso para su aprobación, modificación o reforma, y en la unidad será ejecutado en base al Plan Operativo Anual, de acuerdo a las partidas planificadas para el hospital. Del presupuesto anual (tabla N° 3.8), el 70% está destinado al pago de remuneraciones del personal de la institución, quedando un 30% para gastos corrientes. Para el año 2008 se trabajó con planificación por cuatrimestres, según SENPLADES (Secretaría de Planificación y Desarrollo) el gasto es ejecutado de acuerdo al Plan Operativo Anual.

TABLA N° 3.8
ANÁLISIS DEL PRESUPUESTO DEL HOSPITAL DR, GUSTAVO DOMÍNGUEZ
2007 - 2008

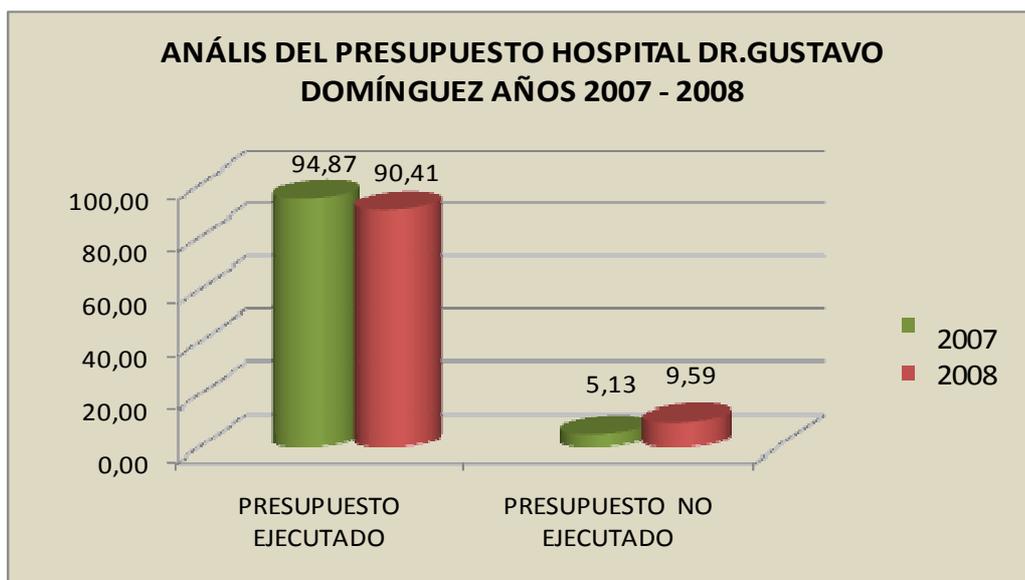
ANÁLISIS DEL PRESUPUESTO HOSPITAL DR- GUSTAVO DOMINGUEZ. 2007 - 2008					
AÑO	PRESUPUESTO ASIGNADO	PRESUPUESTO DEVENGADO	PRESUPUESTO POR DEVENGAR	% PRESUPUESTO EJECUTADO	% PRESUPUESTO NO EJECUTADO
2007	5074789,48	4814518,07	260271,41	94,87	5,13
2008	7217645,0	6525164,71	692480,32	90,41	9,59

Fuente: Dpto. de Contabilidad Hospital Dr. Gustavo Domínguez

En el Gráfico N° 3.44, en el año 2007 el 5,13 % del presupuesto no se ejecutó y fue revertido al Ministerio de Finanzas, debido que en éste año el presupuesto era enviado en alícuotas mensuales, no había disponibilidad de fondos a tiempo por parte del gobierno y debido en ocasiones por falta de gestión. Para el año 2008 el presupuesto no ejecutado es mayor que el año anterior con el 9.59%, cabe aclarar que el POA de éste año fue elaborado por el área financiera y contable.

GRÁFICO N° 3.44

ANÁLISIS DEL PRESUPUESTO DEL HOSPITAL DR, DUSTAVO DOMÍNGUEZ 2007-2008



Fuente: Dpto. de Contabilidad H DR.GD. Elaboración: Corrales Fabiola

3.3.8 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL HOSPITAL.

Está vigente el organigrama estructural desde 1996, no se ha realizado ningún cambio hasta la actualidad en que se está entrando como toda institución de salud a un sistema por procesos, la estructura sigue igual solo se ha cambiado de nombres de algunos servicios y de nominación de algunos cargos. (Ver Gráfico N° 3.45)

La Dirección y Administración está a cargo del Sr. Director y Administrador del Hospital, Consejo técnico y Comités, cuyas funciones están encaminadas a determinar conjuntamente con la Dirección las Políticas de atención Médica y Administración de la Institución.

Estructuralmente el Organigrama en orden jerárquico esta conformado por la Dirección la misma que cuenta con la asesoría del Consejo Técnico y los comités. Depende directamente de la Dirección lo siguiente: Servicios Médicos: integrado por Medicina Interna, Cirugía y traumatología, Pediatría, Gineco Obstetricia, Odontología, Vigilancia Epidemiológica, Rehabilitación y Fisioterapia.

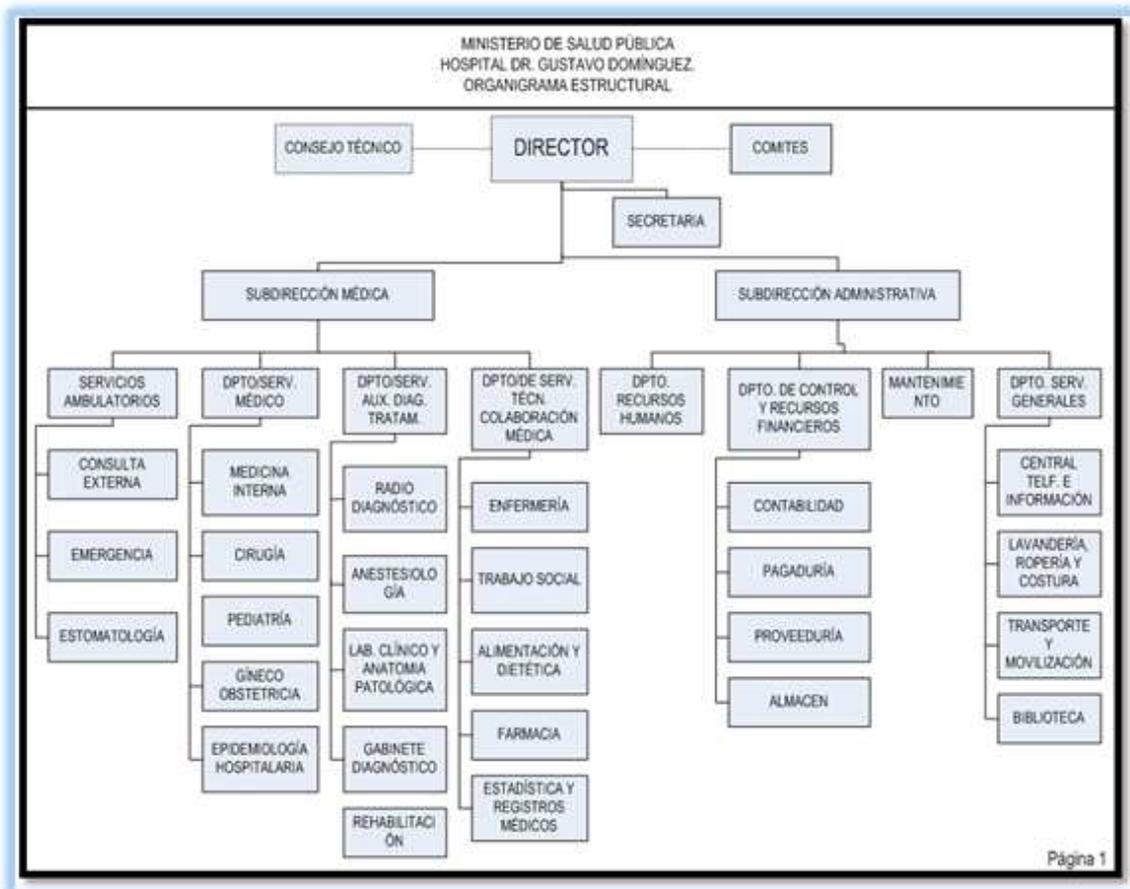
Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento: integrado por laboratorio clínico y Patológico, anestesiología y Radiología.

Servicios Técnicos de Colaboración Médica integrados por: Enfermería, Trabajo social, Estadística y Registros Médicos, Alimentación y dietética y Farmacia.

Administración integrado por: Personal, Control de Recursos Financieros (Pagaduría, Proveeduría, Almacén) Mantenimiento y Servicios Generales (Transporte y Movilización, Ropería y Lavandería, Información y Central telefónica y Servicios Varios).

GRÁFICO N° 3.45

**ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO
DOMÍNGUEZ AÑO 1996**



Fuente y Elaboración: Departamento de Recursos Humanos H.DR.G.D.

3.3.9 ACTIVIDADES ASISTENCIALES

Procedencia de los pacientes: El 75% de ambulatorios proceden del área urbana y urbana marginal, el 12% proviene del área rural y el 13% de las áreas de influencia del cantón, principalmente de las provincias de Manabí, Esmeraldas y los Ríos, alrededor del 80% de los pacientes hospitalizados provienen del área urbana y urbana marginal; el 8% del área rural y el 12% de las áreas de influencia, principalmente del El Carmen, Flavio Alfaro, Chone, Quinde, La

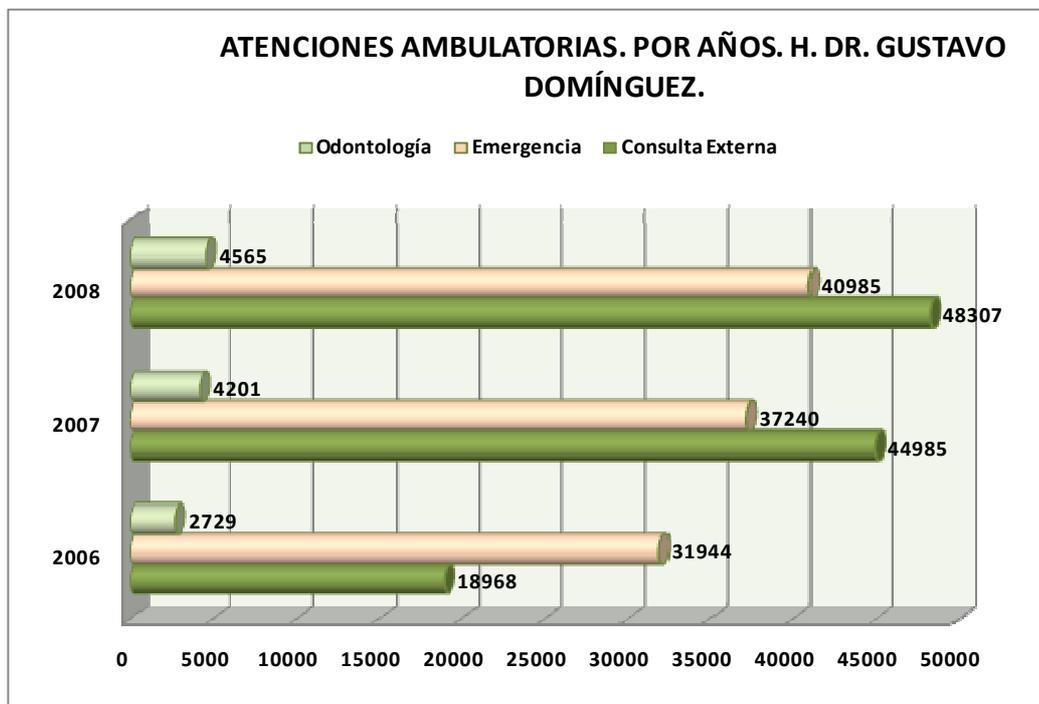
Concordia, Quevedo, Buena Fe, Puerto Quito, Tandapi, acuden por referencia de establecimientos de salud de menor complejidad o por atención directa.

Características de los usuarios: El 90% de los pacientes son trabajadores, con ingresos inferiores o iguales al salario mínimo vital vigente, laboran en el campo o son comerciantes ambulantes, o son mujeres separadas de sus esposos y que laboran en una actividad económica terciaria informal; el 10% de los pacientes son de la tercera edad, o que se encuentran alrededor de la incidencia de la pobreza (12%), o de la brecha de la pobreza (3%), observándose cambios bruscos en los pacientes del área rural y principalmente los que provienen de Puerto Quito aproximadamente el 5% de los pacientes usuarios de hospitalización son afiliados al IESS, el 1% es referido de unidades de menor complejidad del MSP; un 4% son referidos de clínicas o consultorios particulares, el resto viene por sus propios medios, los usuarios son atendidos en consulta externa y emergencia lo que da los siguientes resultados.

Entre las actividades asistenciales tenemos las atenciones ambulatorias por año de odontología, emergencia y consulta externa. Según el Gráfico N° 3.46 se realiza una comparación de los tres años las atenciones en emergencia han aumentado desde el 2006 al 2008 un 47.7%, mientras que consulta externa un promedio 52%, debido al aumento de personal médico y aumento de horas de atención.

GRÁFICO N° 3.46

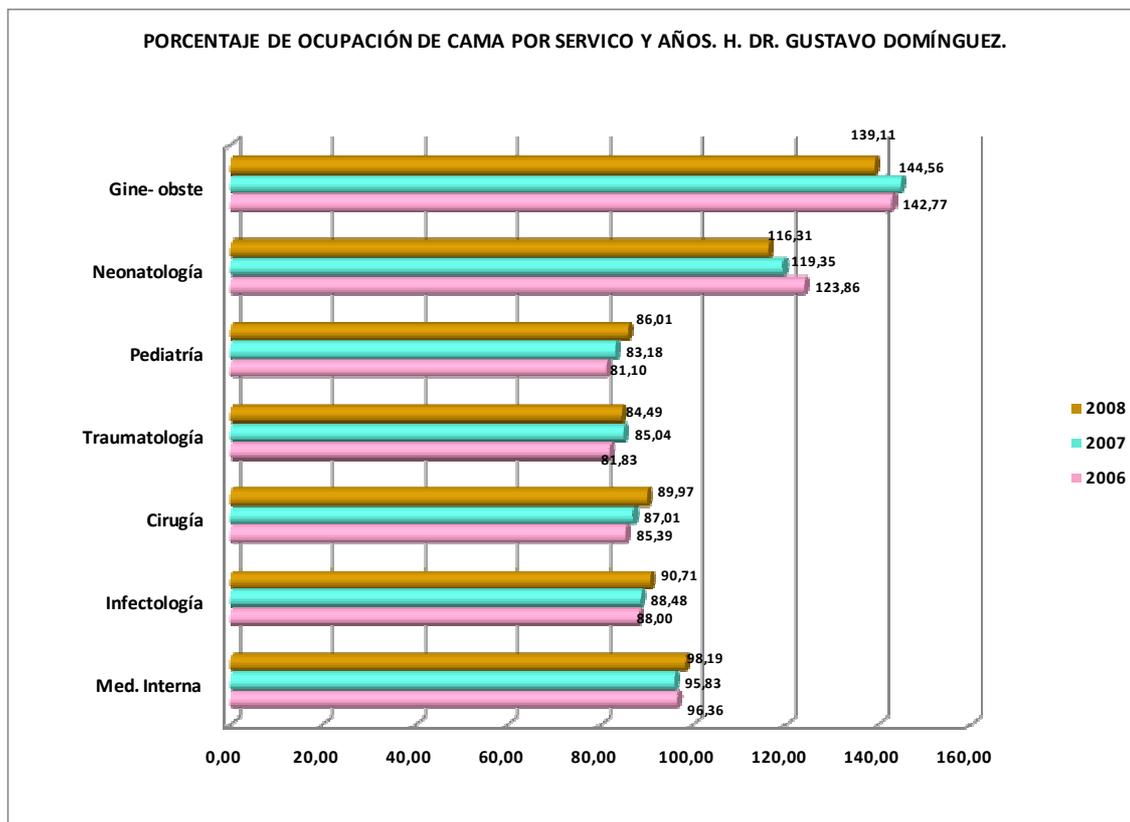
ATENCIONES AMBULATORIAS POR AÑOS HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ



Fuente: Estadísticas del Hospital Dr., "Gustavo Domínguez" .Elaborado por: Fabiola Corrales.

En el hospital el porcentaje de ocupación, (Ver Gráfico N° 3.47) más alto lo tiene el servicio de Gineco obstetricia que sobrepasa el 100% debido a la gran demanda que sobrepasa la oferta, seguida de Neonatología, Medicina Interna con el 98 % Infectología 90%, Cirugía con un 89% Pediatría 86%, Traumatología 84%, según datos del año 2008, al comparar con los tres años tiene tendencia a subir éste porcentaje.

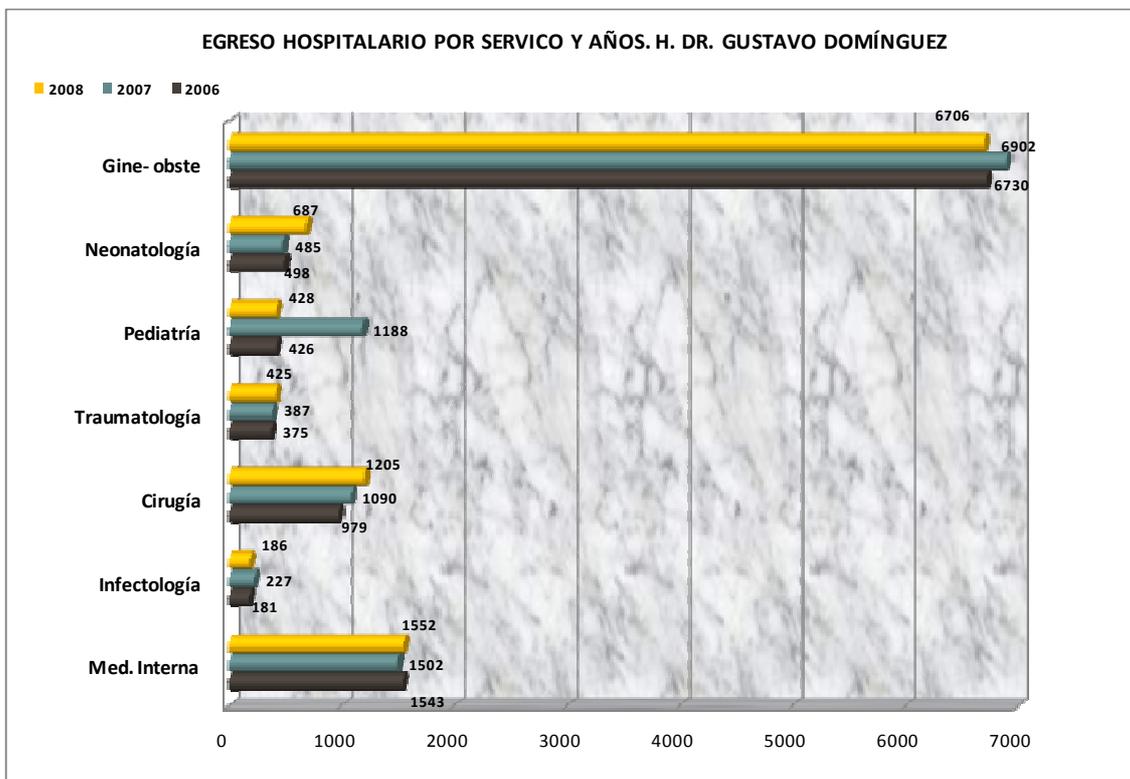
GRÁFICO N° 3.47
PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE CAMA POR SERVICIOS Y POR AÑOS
HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ



Fuente: Departamento de Estadística. Elaborado por Fabiola Corrales.

El gráfico N° 3.48, indica el elevado número de egresos de Gineco obstetricia, por la gran cantidad de mujeres que acuden por atención del embarazo y problemas relacionados con el parto, que aunque no es una patología, necesita de atención médica e internamiento, luego Medicina Interna mantiene una cifra promedio año a año, Cirugía va aumentando en promedio de 100 pacientes por año, mientras que en Pediatría ha disminuido notablemente, desde que se realiza Triage y además tratamientos como hidrataciones rápidas en Emergencia y otros aspectos como el incumplimiento de normas y/o actualización de protocolos.

GRÁFICO N° 3.48
EGRESO HOSPITALARIO POR SERVICIO Y POR AÑOS HOSPITAL
DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ



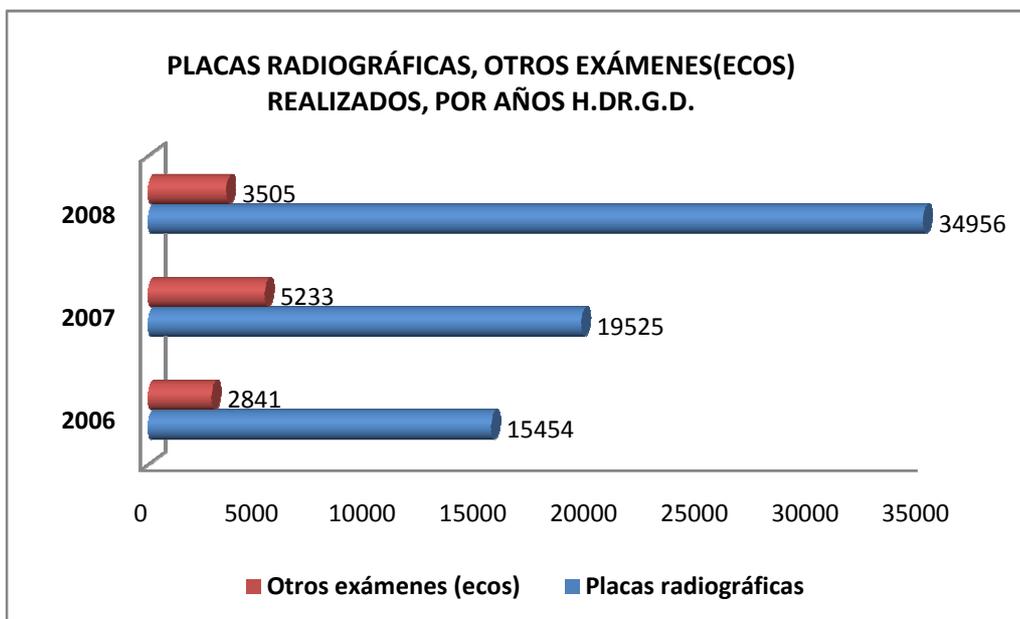
Fuente: Departamento de Estadística. Elaborado por: Fabiola Corrales.

3.3.10 ACTIVIDADES SEGÚN COMPONENTE

Entre las actividades realizadas por los servicios de apoyo, en lo que respecta al Servicio de Rayos X, se evidencia en el Gráfico N° 3.49 el aumento en la productividad año a año, en el servicio de Rayos X en el año 2008 en el 50%, cabe anotar que se contrató personal para el turno de la noche.

GRÁFICO N° 3.49

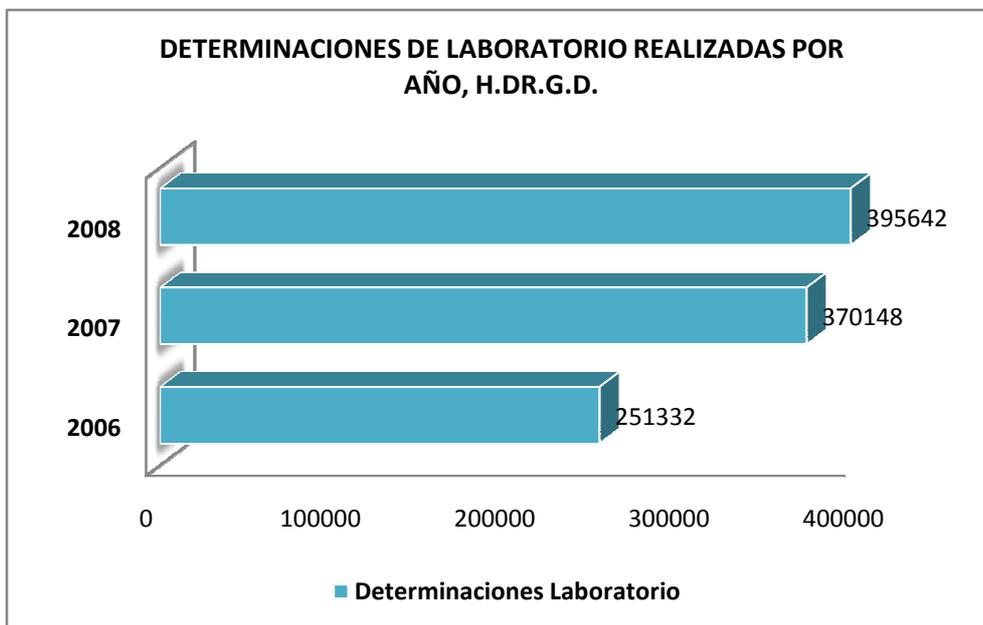
**PLACAS RADIOGRÁFICAS, Y OTROS EXÁMENES REALIZADOS (ECOS)
HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ. AÑOS 2006-2007-2008.**



Fuente: Dpto. Estadística H.DR:G.D. Elaboración: Corrales Fabiola.

En el Laboratorio Clínico como se observa en el Gráfico N° 3.50, hay un aumento significativo en el número de las determinaciones realizadas en el año 2006 al 2008 pero no se considera la calidad, debido a la alta demanda, la falta de actualización de protocolos establecidos y a la gratuidad de los servicios.

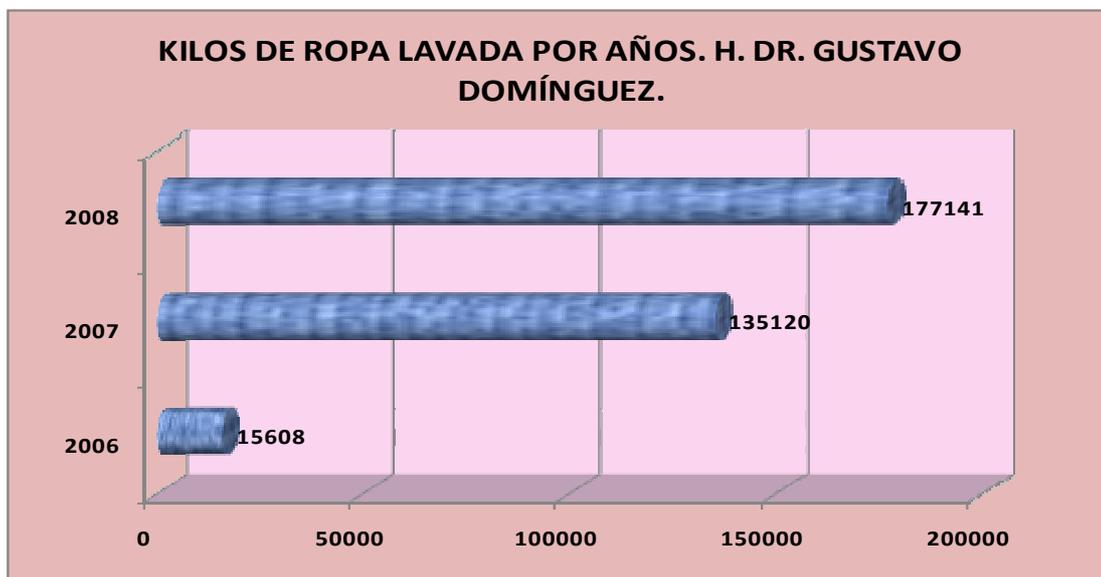
GRÁFICO N° 3.50
DETERMINACIONES DE LABORATORIO REALIZADAS HOSPITAL DR,
GUSTAVO DOMÍNGUEZ. AÑOS 2006- 2007- 2008.



Fuente: Dpto. de Estadística H.DR.G.D. Elaborado por: Corrales Fabiola.

Otra de las actividades asistenciales tenemos la realizada por el servicio de Lavandería, como se puede apreciar en el Gráfico N° 3.51, la cantidad de kilos de ropa lavada en el año 2006 aumentó en el 2008 a 161.533 kilos más, esta circunstancia es debido a un sub registro, mientras que los dos años siguientes tienen cifras más coherentes.

GRÁFICO N° 3.51
**KILOS DE ROPA LAVADA POR AÑOS HOSPITAL DR. GUSTAVO
 DOMÍNGUEZ**



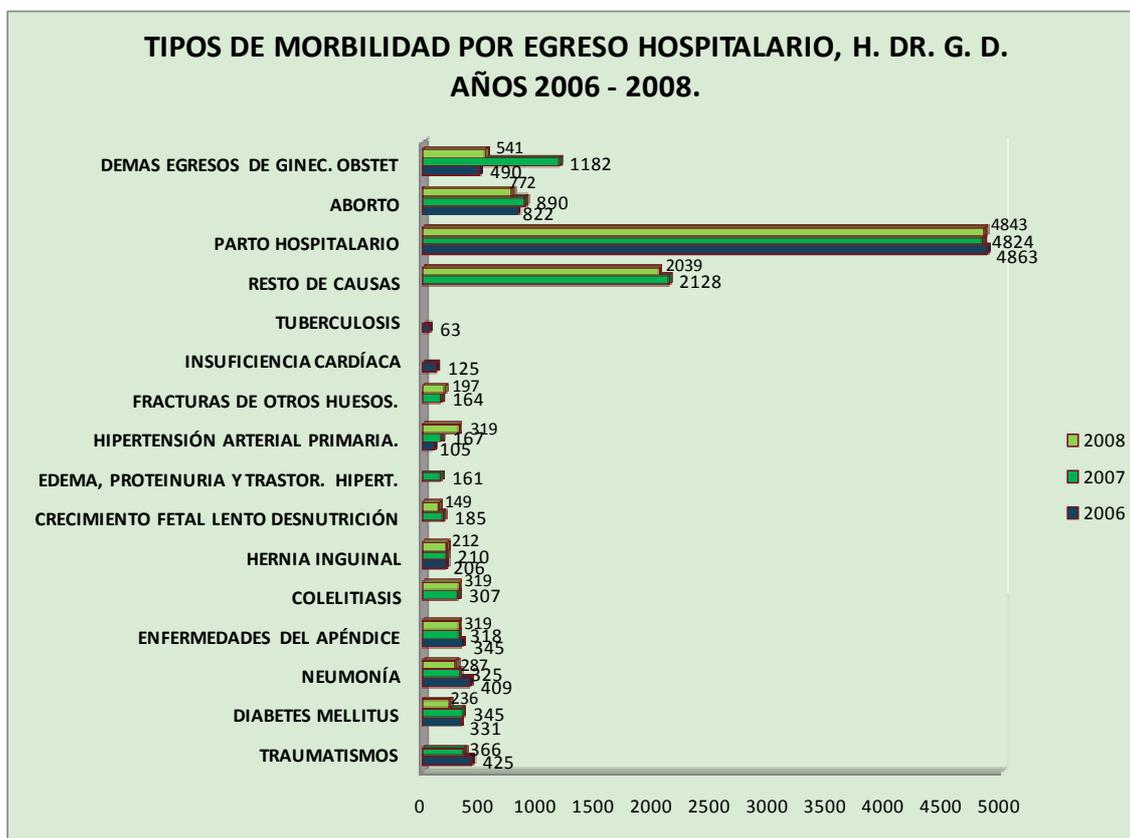
Fuente: Dpto. Estadística H.DR.G.D. Elaboración: Corrales Fabiola

3.3.11 INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA.

Entre los principales tipos de morbilidad se puede observar en el gráfico N° 3.52 que el primer lugar lo ocupa el parto hospitalario, manteniéndose el número durante los tres años seguido de el resto de causas en segundo lugar, luego siguen los traumatismos que son frecuentes en ésta zona, y el incremento de las enfermedades crónico degenerativas como la diabetes., neumonía, la hipertensión arterial primaria el número se mantiene durante el 2006 y 2007, no así en el año 2008 se observa un aumento de tres veces más que los años anteriores, los problemas de apéndice, coleditiasis y hernias inguinales los índices se mantienen entre 200 y 300 casos, la insuficiencia cardíaca, como el edema y la proteinuria sobrepasan los 100 casos y se mantienen durante los tres años.

GRÁFICO N° 3.52

**PRINCIPALES TIPOS DE MORBILIDAD POR EGRESO HOSPITALARIO
HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ AÑOS 2006 – 2008**

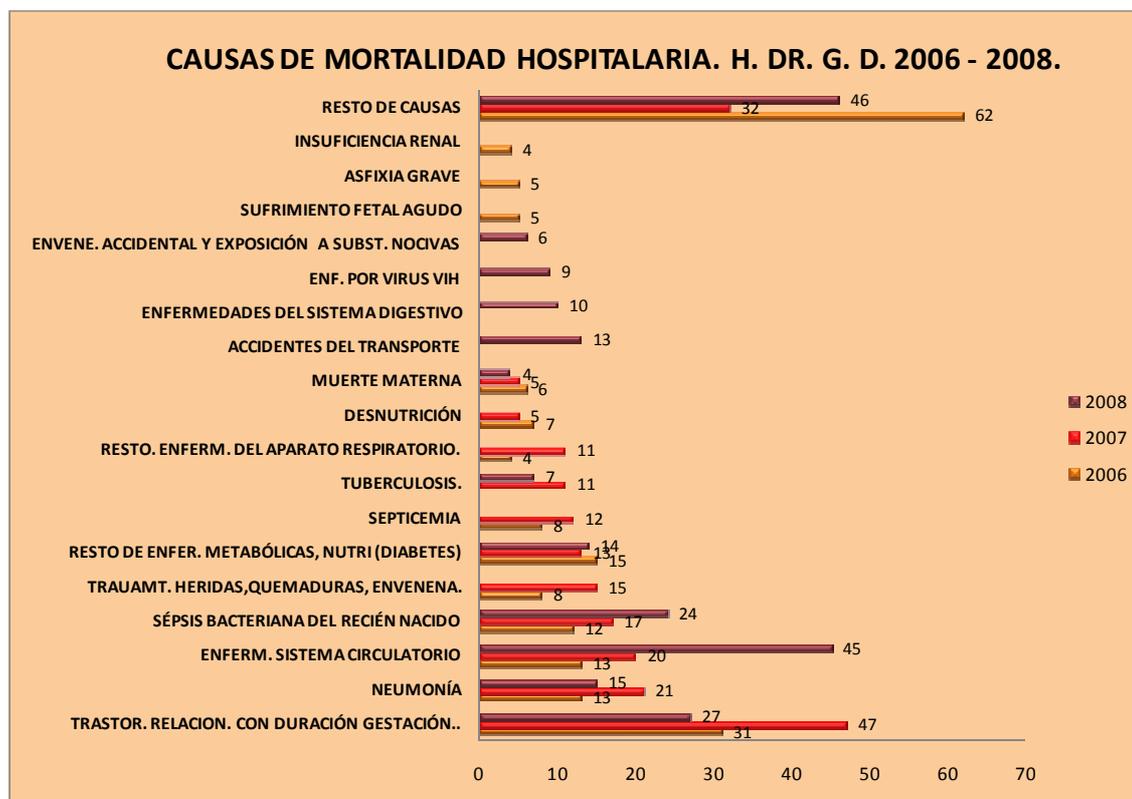


Fuente: Dpto. Estadística H. DR.G.D. Elaboración: Corrales Fabiola.

Entre las diez primeras causas de mortalidad tenemos las relacionadas con la gestación en el año 2007 con 47 casos, seguida de otras causas que no se especifica 62 defunciones en el 2006, para el 2008 hay un repunte de 45 muertes por enfermedades del sistema circulatorio está en el cuarto lugar en el último año la se psis del recién nacido con 24, por enfermedades metabólicas 15, quemaduras 15 seguidas de accidentes de tráfico 13.(Ver Gráfico N° 3.53)

GRÁFICO N°3. 53

CAUSAS DE MORTALIDAD HOSPITALARIA H.DR.G.D. 2006-2008



Fuente: Dpto. Estadística H.DR.G.D. Elaboración: Corrales Fabiola.

3.4 SERVICIO DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA

3.4.1 PEDIATRÍA.

El servicio de pediatría es la unidad encargada de brindar atención médica y cuidados de enfermería a niños desde los 28 días de nacido a 14 años 11 meses y 29 días de edad, que ingresan con diferentes patologías como: Infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas, desnutrición, parasitosis, anemias, problemas renales, cardiacos, traumatología y cirugías en general.

Está ubicado en el segundo piso, margen izquierdo, cuenta con una capacidad total de 26 pacientes de, distribuidos de la siguiente manera:

- Sala 201 con 10 cunas para lactantes.
- Sala 202 con 10 cunas para l y pre escolares.
- Sala 203 con 3 camas para niños preescolares y escolares con diferentes patologías.
- Sala 204 con 3 camas para niños preescolares y escolares con diferentes patologías.
- Una estación de enfermería.
- Un cuarto de utilería limpia.
- Un cuarto de utilería o de tratamientos especiales.
- Baño para pacientes, cuarto de aseo y baño de personal que se comparte con el servicio de Cirugía

Es una unidad operativa encargada de brindar atención integral a la población (lactante, pre escolar y escolar) respetando la dignidad humana, sin distinción de raza, religión, y nivel socio – económico, permitiendo el alojamiento conjunto con su madre

El servicio de pediatría es la unidad encargada de brindar atención médica y cuidados de enfermería a niños desde los 28 días de nacido a 14 años 11 meses y 29 días de edad, según la norma establecida, ingresan con diferentes patologías como: Infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas, desnutrición, parasitosis, anemias, problemas renales, neurológicos cardiacos, traumatología y cirugías en general.

Cabe anotar que por la alta demanda de atención en el servicio de Neonatología, se adaptan ambientes para recibir a neonatos procedentes de instituciones de salud privadas o nacidos en domicilio con, problemas sépticos,

Además por el área reducida en Infecto logia en las salas destinadas para escolares se aísla a pacientes con patologías infecciosas.

Los usuarios de éste servicio ingresan por Consulta Externa previa comunicación del servicio de estadística y por el servicio de Emergencia ingresan luego de

comunicación verbal sobre el estado del paciente, edad, diagnóstico presuntivo. En el servicio de Emergencia disponen de un ambiente para atención de niños disponen de 4 cunas para observación, gracias a la implementación de nuevos tratamientos (hidrataciones rápidas, set de nebulizaciones) y la disponibilidad de un médico tratante que permanece 4 horas en el servicio han disminuido los ingresos al servicio de Pediatría, dando prioridad a los casos graves para el ingreso

Entre los medios tecnológicos que dispone el servicio tenemos, un monitor multiparámetro, tres bombas de infusión, tres nebulizadores eléctricos, glucómetro, saturador de oxígeno, ambú, set de laringoscopio, set de diagnóstico.

3.4.2 NEONATOLOGÍA.

Este servicio se encuentra ubicado en el primer piso margen izquierdo, da atención a recién nacido sano y enfermo hasta el mes de edad. Se encuentra dividido en ambientes, una sala de preparación, recién nacidos limpios dos ambientes y una sala de infectados, Al servicio van todos los neonatos nacidos en el hospital reciben la profilaxis, son valorados y entregados a su madre, de lo contrario si presentan algún problema como hipoglucemia, taquipnea transitoria, etc., son observados de 4 a 6 horas se estabilizan y pasan junto a su madre de lo contrario ingresan al servicio con número de historia clínica. Dispone de 8 incubadoras que son las que están registradas como camas disponibles, pero además disponen de dos cunas radiantes más 14 canastas cunas

Brindar una atención médica y cuidados de enfermería de alta calidad, con la finalidad de ayudar al paciente a una pronta recuperación de su estado de salud, de la convicción de que toda acción aplicada por el personal profesional y no profesional de enfermería estará basada en el respeto a la dignidad humana, lo que se logrará a través de una atención integral, continua y eficiente, encaminada a recuperar y mejorar la salud de los usuarios.

Los equipos tecnológicos que dispone el servicio entre los más importantes tenemos: 2 respiradores, 2 fototerapias, 14 bombas de infusión, 8 incubadoras, una cuna radiante, 2 monitores, 1 saturador de oxígeno, equipo de reanimación.

El propósito del servicio de pediatría y Neonatología es disminuir la morbi – mortalidad de la población infantil, mediante una atención integral del equipo de salud que labora en este servicio.

3.4.3. OBJETIVO

General

- Ofrecer un servicio eficiente, que permita la recuperación integral de la salud del niño y su posterior inserción en el ámbito familiar.

Específicos.

- Identificar, estudiar y resolver los problemas técnicos administrativos y operativos de enfermería.
- Ofrecer cuidados de acuerdo a la demanda de cada paciente.
- Mantener un programa de capacitación continua para el personal de enfermería y administrativo, e información a usuarios y familiares de pacientes.
- Fortalecer el área de trabajo, adecuando el ambiente operativo, estructurando un plan de prevención de accidentes y contagios.

3.4.4. RECURSOS HUMANOS DEL SERVICIO.

El servicio de Pediatría y Neonatología cuentan con personal de médicos tratantes, médicos residentes e internos rotativos que realizan rotaciones siguiendo un horario establecido por los dos servicios.

El personal de Enfermeras, Auxiliares de enfermería y personal Auxiliar a Administrativo es independiente para cada servicio

Médico Jefe.- Este cargo lo ejerce un medico tratante de pediatría, nombrado por el Ministerios de Salud Pública, el mismo que labora 4 horas diarias.

Médicos Tratantes.- Existen cuatro médicos especialistas en pediatría, con nombramiento del M.S.P. que hacen rotaciones según horario por Neonatología y Pediatría, laboran 4 horas y dos médicos contratados, el un médico es exclusivamente para Emergencia 4 horas y luego hace Consulta Externa 4 horas y un Médico cirujano pediastra de 8 horas.

Médicos Residentes.- Existen 2 médicos con nombramiento provisional por concurso y un médico contratado, quedando un turno desprotegido, igualmente hacen rotaciones según horario por Pediatría y Neonatología, realizan turnos cada cuarto día.

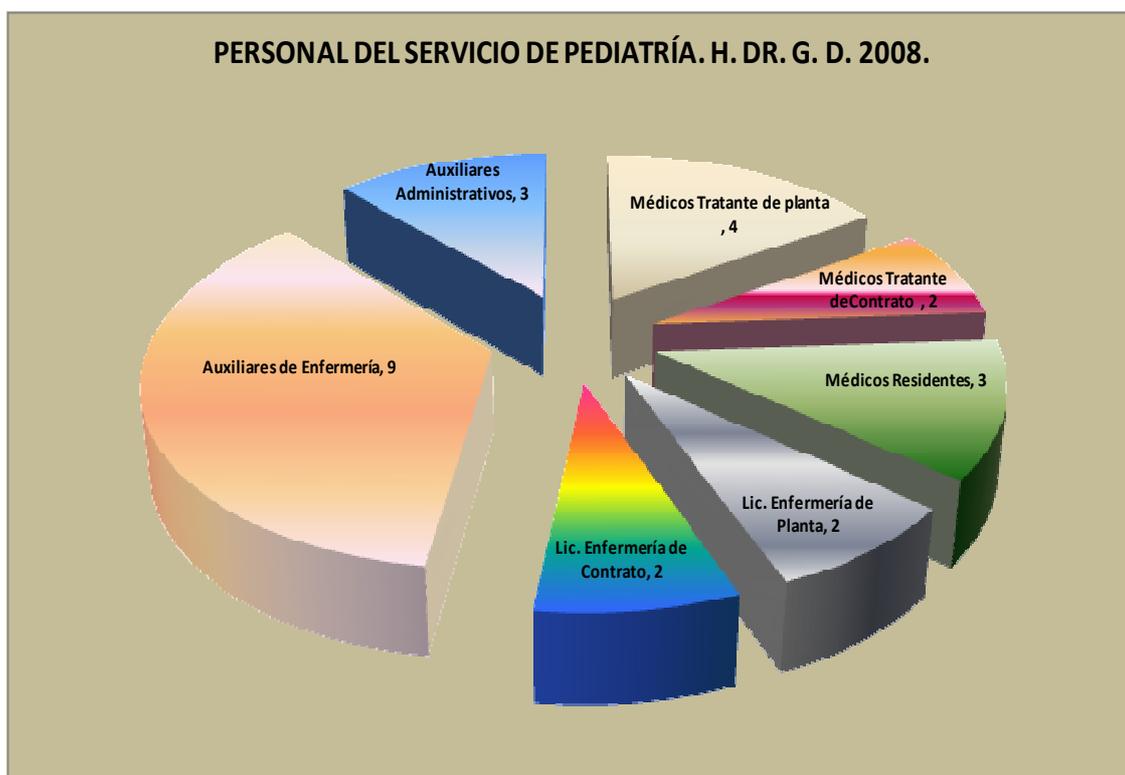
Enfermeras de Planta.- En el servicio de Pediatría hay dos enfermeras de planta con nombramiento de M.S.P. laboran 6 horas y dos profesionales contratada por la emergencia sanitaria de 8 horas y en Neonatología 3 enfermeras de planta y una de contrato

Auxiliares de Enfermería.- Existen 9 personas auxiliares de enfermería con nombramiento de M.S.P .para el Servicio de Pediatría y 9 Auxiliares para el servicio de Neonatología

Auxiliares Administrativos.- Son 3 personas con nombramiento de M.S.P. que laboran también en el servicio de Cirugía y para Neonatología hay una persona que labora también en Central de Esterilización. En el Gráfico N° 3.54 se observa el personal que labora en el servicio de pediatría.

El personal del servicio cumple con turnos rotativos, cabe anotar que el personal auxiliar de enfermería y los médicos residentes, laboran en los turnos de veladas. El trabajo lo realizan en equipo y no individualmente.

GRÁFICO N° 3.54
**PERSONAL QUE LABORA EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA
 HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ 2008**



Fuente: Dpto. Recursos Humanos Elaboración: Corrales Fabiola.

3.4.5 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL SERVICIO.

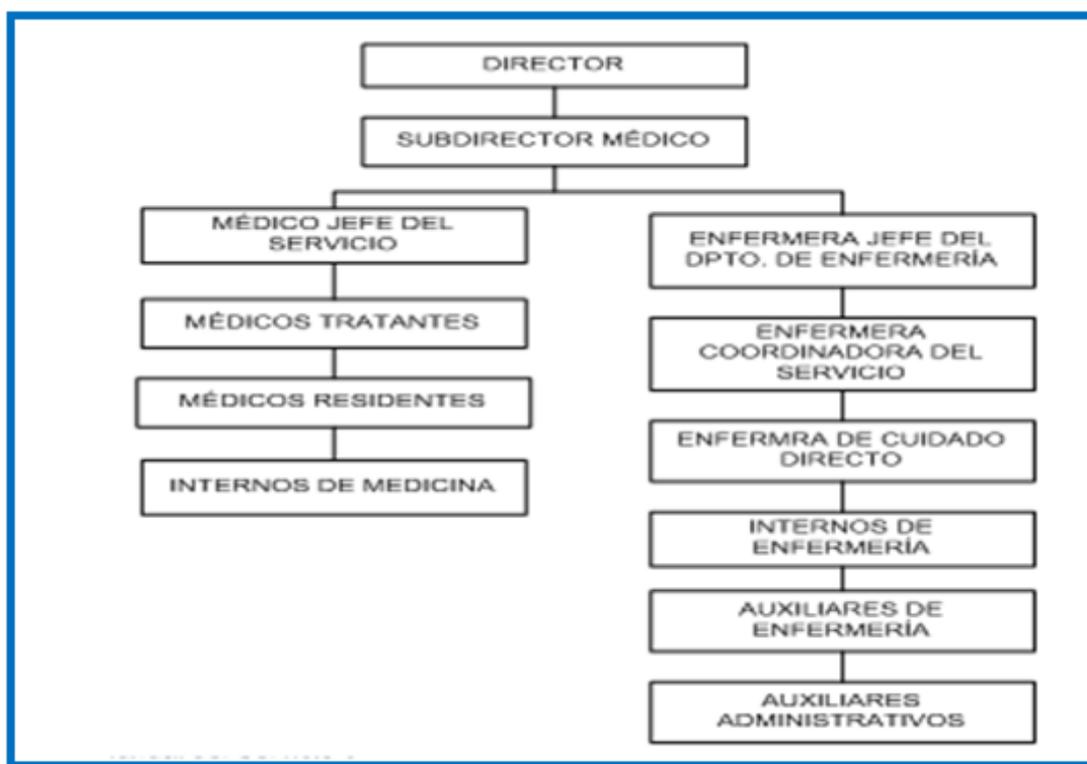
El organigrama del servicio se encuentra vigente desde 1996 igual que el del hospital, por lo tanto dependemos directamente de la dirección del hospital, al momento se encuentra vacante el puesto de sub director. (Ver Gráfico N° 3.55)

Existe un médico tratante de planta que realiza las funciones de jefe del servicio tanto de Pediatría como de Neonatología.; Enfermera Jefe o coordinadora del

servicio, lo desempeña una enfermera de planta con nombramiento del M.S.P., que a más de realizar labores administrativas, da atención directa a pacientes. La jefatura realiza una enfermera para Pediatría y una para el servicio de Neonatología.

En enfermería el servicio depende de la jefatura del Departamento de Enfermería del hospital, de la enfermera coordinadora del servicio y luego la enfermera de cuidado directo con el personal Auxiliar de Enfermería y Auxiliar Administrativo.

GRÁFICO Nº 3.55
ORGANIGRAMA DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA
2006.



Fuente: Manual de enfermería

3.4.6 INSTRUCTIVO

La hoja de Censo Diario. El propósito de la hoja de censo diario de pacientes que se remite al Departamento de Estadística, es obtener una correcta información sobre el número de pacientes internados y al mismo tiempo conocer el número de pacientes ingresados, egresados, transferencia, defunciones, camas disponibles y camas ocupadas, los objetivos son:

- Conocer la existencia de enfermos de un servicio y en consecuencia el número de camas desocupadas.
- Conocer el número de ingresos, egresos, transferencias, y defunciones clasificadas, estas últimas en instituciones (más de 48 horas) y no institucionales (menos de 48 horas) producidas en el servicio en las 24 horas del día.

Los Cambios de Turno

- Las solicitudes de cambios de turnos y reemplazos deben ser realizadas por escrito en el formulario correspondiente con 48 horas de anticipación, el mismo que tendrá el visto bueno respectivo.
- Se ha considerado un mínimo de 12 horas considerando casos especiales.
- Los cambios de turnos y reemplazos se harán entre personal del mismo servicio, o la persona que conozcan sobre el trabajo en el servicio de Pediatría
- El cambio de turno o reemplazo se aceptará por una sola ocasión en el mes, pudiendo ser para todo el mes o para un solo turno.
- Se harán cambios de turno de acuerdo a las necesidades del servicio y personal (enfermedad y / o calamidad doméstica)

Horarios

Las normas para la elaboración de horarios de trabajo cumplen con el propósito de:

- Tener una guía calendario de trabajo mensual para mantener la continuidad de la atención a los usuarios y control de la asistencia del personal de enfermería, cuyos objetivos son;
- Proveer a los servicios de enfermería los recursos humanos suficientes para las 24 horas, por el lapso de un mes, para asegurar la atención integral de los usuarios.
- Controlar la asistencia y días libres del personal asignado a su respectivo turno.
- Es necesario que el personal de enfermería rote por todos los turnos, cualquier turno fijo o cambio de turno, debe ser solicitado por escrito a la jefe del departamento de enfermería, con el visto bueno de la enfermera jefe, inmediata superior. Los turnos para cada mes serán fijos.
- El horario de trabajo debe ser realizado mensualmente por el personal de enfermeras de cada servicio y entregado en el departamento de enfermería para su revisión, el 17 de cada mes.
- El horario de cada mes de trabajo, luego de su revisión se entregará una copia al personal y otra a administración y el original al servicio correspondiente.
- En caso que el personal de enfermería estudie, la institución está en la obligación de conceder el permiso correspondiente, según la ley, para lo cual la interesada, tendrá que arreglar sus horarios con la jefe de servicio.

El horario que cumple el personal de Enfermería es de acuerdo a los turnos

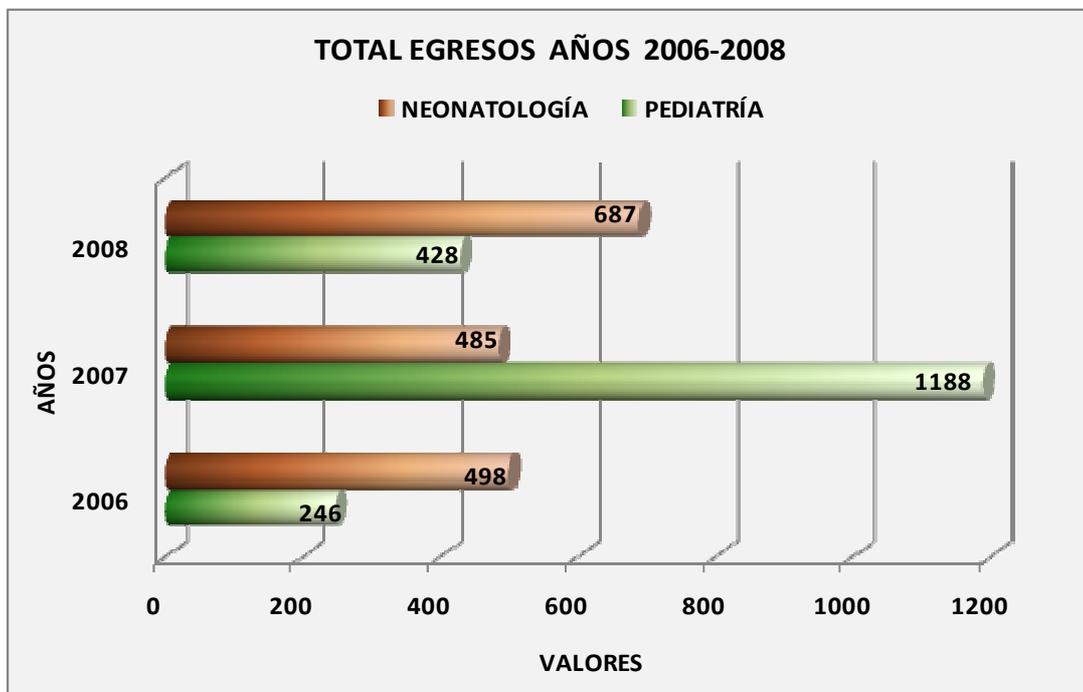
- Personal que trabaja en el turno de la mañana de: 7h30 a las 13h30.
- Personal que trabaja en el turno de la tarde de: 13h30 a las 19h30.
- El Personal de Enfermería trabaja en el turno de la mañana: 1 Licenciada en enfermería de planta, y 1 Auxiliar
- En el turno de la tarde 1 Licenciada en enfermería de planta y 1 un Auxiliar de Enfermería. Para los turnos de la noche no alcanza el personal profesional por lo que velan dos Auxiliares de Enfermería.
- Con las 2 Licenciadas en enfermería de contrato se cubren mañanas y tardes cubriendo días libres y feriados y reforzando los turnos de la mañana.

Nota: El personal de internos de enfermería cuando hacen rotación por los servicios se les distribuye en los diferentes turnos con supervisión.

3.4.7 ACTIVIDADES DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA

El promedio diario de egresos es del 3,25 %, en las estadísticas del año 2007, el mes de agosto hubo la mayor cantidad de egresos de 129 niños (gráfico n°3.56).

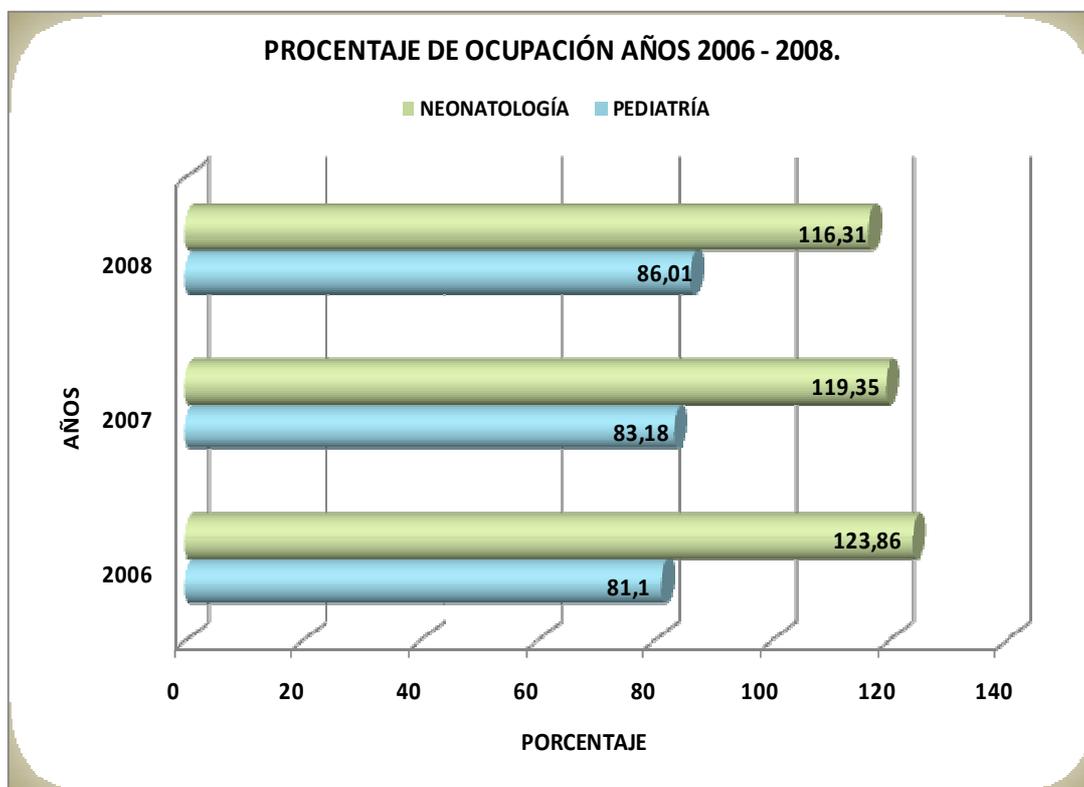
GRÁFICO N° 3.56
TOTAL DE EGRESOS.SERVICIO DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA
AÑOS 2006-2007-2008, H. Dr. G.D.



Fuente: Dptro. Estadística H.Dr.G.D. Elaboración: Corrales Fabiola

Según el Gráfico N° 3.57, el Servicio de Pediatría según los datos obtenidos del Servicio de Estadística de Hospital "Dr. Gustavo Domínguez", tiene un porcentaje de ocupación en el año 2006 en el servicio de pediatría de un 81% mientras que el 2007 se mantiene en un 83%, y el 2008 con el 86%, mientras tanto en el servicio de neonatología, las cifras de los tres años superan el 100%.

GRÁFICO N° 3.57
 PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA
 H. DR. G.D. AÑOS 2006- 2007 -2008.



Fuente: Dpto de Estadística H. DR. G.D. Elaboración: Corrales Fabiola.

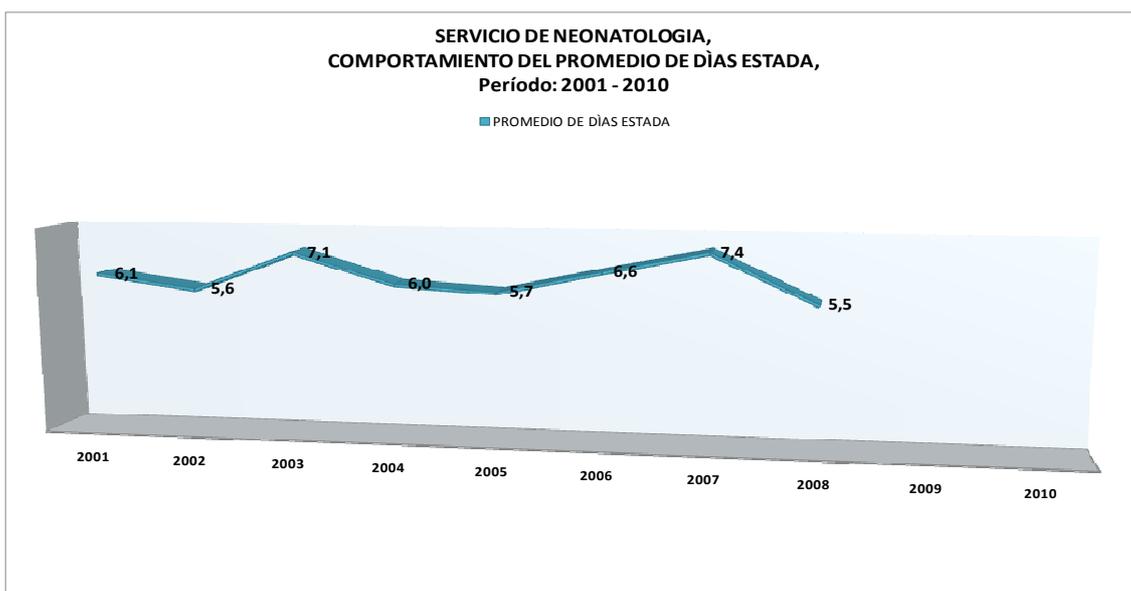
En cuanto a los días de estada en el servicio de Pediatría (Gráfico N° 3.58) durante los tres años es un promedio de 4, y en el servicio de Neonatología (Gráfico N° 3.59), el promedio de días es 6 y ésta tendencia se mantiene según la proyección.

GRÁFICO N° 3.58
**PROMEDIO DÍAS ESTADA SERVICIO DE PEDIATRÍA
 HOSPITAL GUSTAVO DOMÍNGUEZ 2001- 2010**



Fuente y Elaboración Dpto. Estadística H.DR.G.D.

GRÁFICO N° 3.59
**DÍAS ESTADA SERVICIO DE NEONATOLOGÍA H.DR.G.D.
 2001 -2010**

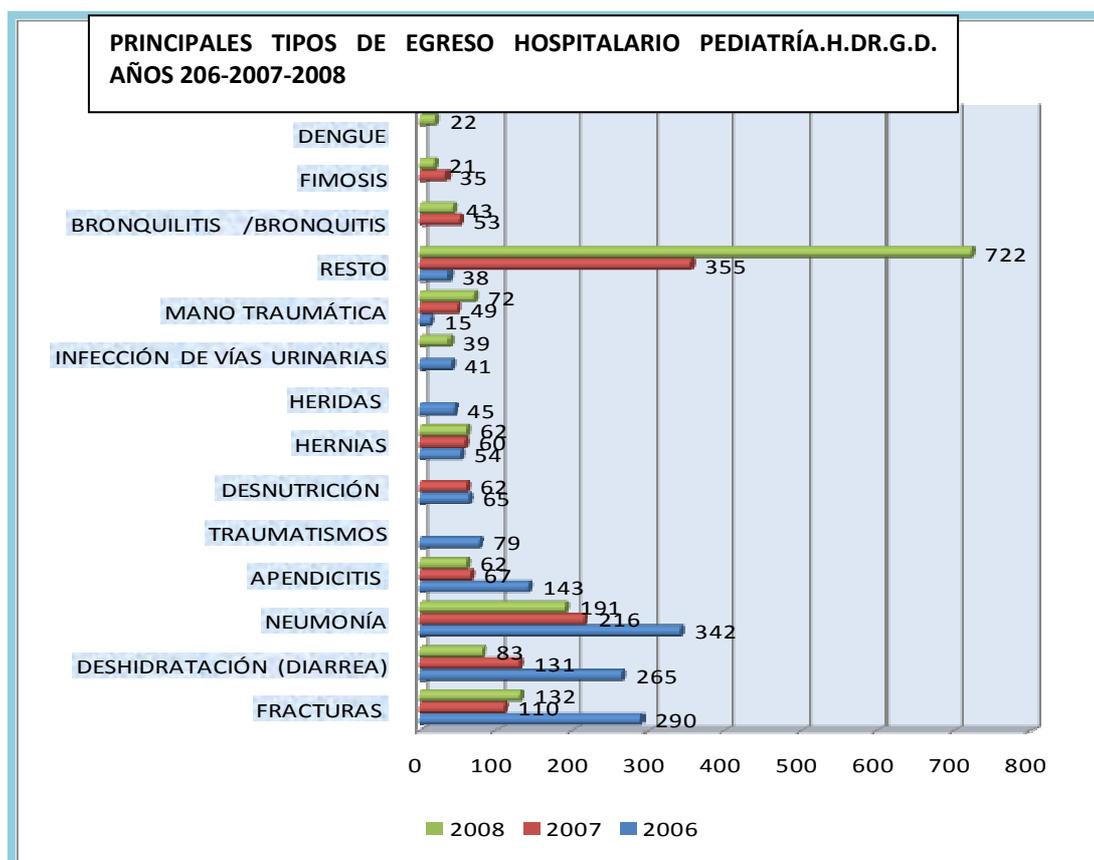


Fuente y Elaboración Dpto. Estadística H.DR.G.D.

Entre las principales causas de egreso hospitalario del servicio de Pediatría, Gráfico N° 3.60; consta el mayor número en el resto de causas, que involucran diagnósticos como glomerulonefritis, mordedura de serpientes, traumatismos craneo –encefálico, epilepsia etc, causando un subregistro, en segundo lugar están las neumonías y deshidratación (diarrea) que año a año van disminuyendo los egresos de éstos tipos de patología, porque en el servicio de emergencia los pacientes reciben tratamientos como hidrataciones rápidas y el paciente puede irse a su hogar con tratamiento ambulatorio .La patología con mayor número de pacientes se encuentra las fracturas y traumatismos, luego la desnutrición que se mantiene en alrededor de 60 casos por año.

GRAFICO N° 3.60

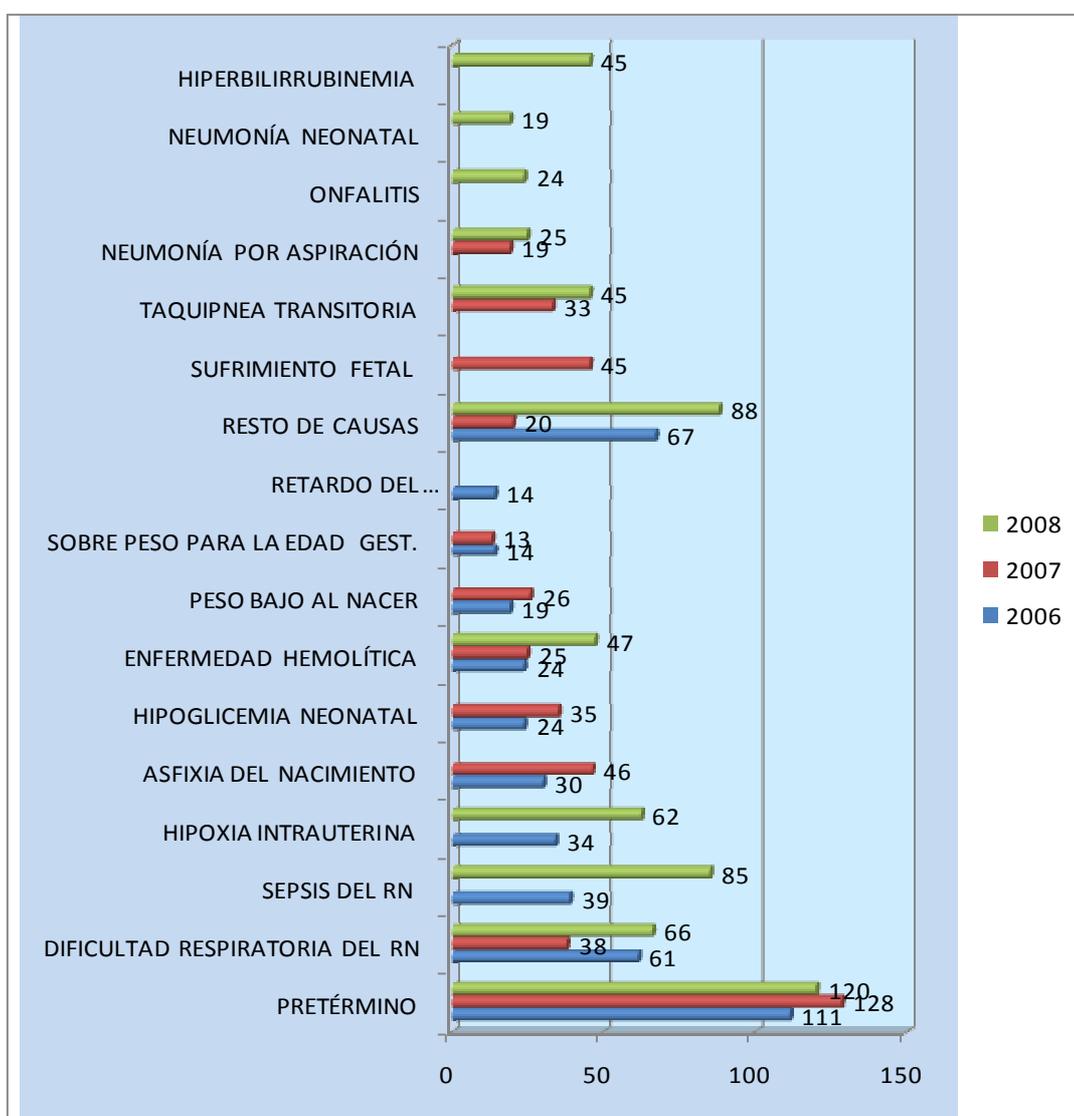
**PRINCIPALES TIPOS DE EGRESO HOSPITALARIO.SERVICIO DE PEDIATRÍA. H.DR.G.D.
AÑOS 2006- 2007-2008.**



Fuente: Dpto. Estadística H.DR.G.D. Elaboración : Corrales Fabiola.

En el Gráfico N° 3.61, se exponen los principales tipos de egreso hospitalario del servicio de neonatología, en primer lugar la prematuridad ó pretérmino en los tres años con un total de 339 casos,seguida de dificultad respiratoria 165, se aprecia una cifra alta de sepsis en el recién nacido datos obtenidos del año 2007 y 2008 con un total de 124 . Como se puede observar la categoría de los egresos son muy variados, y los podría catalogar dentro de un mismo diagnóstico , además hay un sub registro de los datos.

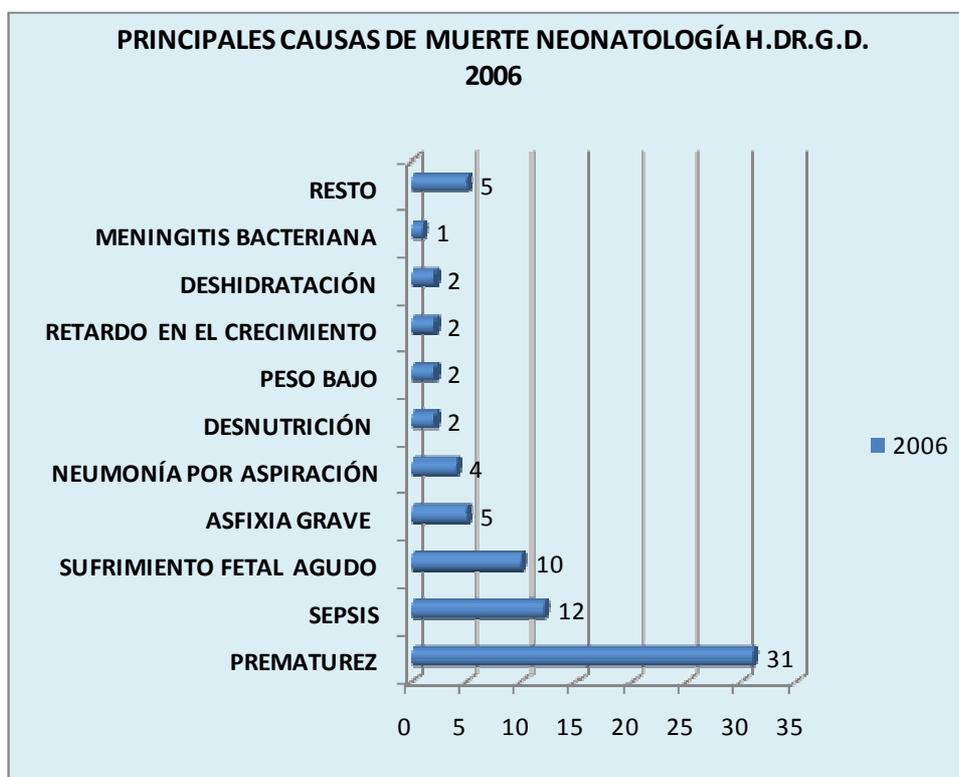
GRÁFICO N° 3.61
TIPOS DE EGRESO HOSPITALARIO SERVICIO NEONATOLOGÍA
H.DR.G.D. 2006-2008



Fuente: Dpto de Estadística H.DR.G.D. Elaboración: Corrales Fabiola.

Como primera causa de muerte en el servicio de Neonatología (gráfico n°3.62 y 63), está la prematurez dato que se puede observar en el gráfico del año 2006 como el del 2008 con 31 casos, seguido de muertes por sufrimiento fetal y sepsis, manteniendo una tasa muy elevada de mortalidad .

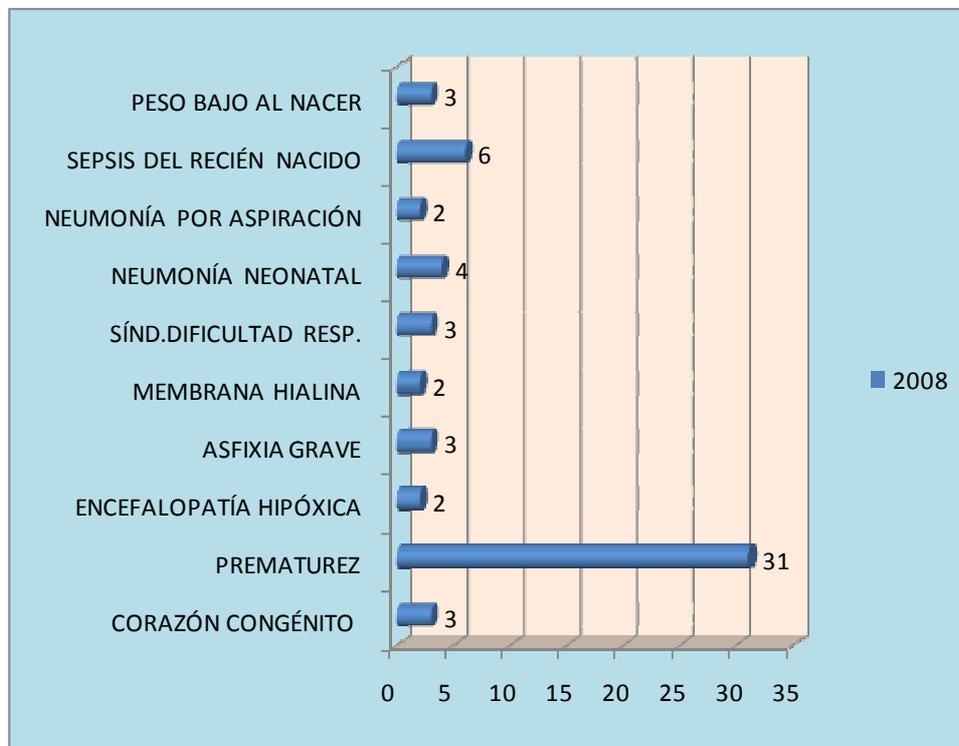
GRÁFICO N° 3.62
PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA
H.DR.G.D. 2006



Fuente: Dpto. Estadística H.DR.G.D. Elaboración: Corrales Fabiola

GRÁFICO N° 3.63

**PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE INFANTIL. NEONATOLOGÍA
H.DR.G.D. AÑO 2008**



Fuente: Dpto. Estadística H.DR.G.D Elaboración: Corrales Fabiola.

3.4.8 ESTÁNDARES MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA GARANTIZAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA.

Este instrumento de evaluación (encuesta) desarrollado en Excel, sirve para evaluar los recursos y procesos institucionales que tienden a garantizar la calidad de atención a través de estándares previamente aceptados. (Anexo N° 6.1)

Para elaborar los estándares se partió de los indicadores de calidad esencialmente cualitativos, su verificación se la hace con observación, todas las respuestas deben tener sustento documentado y ser susceptibles a verificación al azar, dichos estándares se evalúan aspectos de estructura, proceso y resultado.

Cada uno de los indicadores puede ser evaluado en una escala de 0 a 1, de acuerdo al criterio del grupo evaluador:

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

Este instrumento fue aplicado al servicio con los siguientes resultados:

3.4.8.1 Organización de la Atención Médica

La continuidad de la atención médica se puede observar en el gráfico n°3.64, que el 82.3% por falta de personal para todos los turnos, referencia y contra referencia con el 50% si bien hay comunicación para que el paciente sea recibido en otra institución de salud pero no hay seguimiento, hospitalización con el 82.7%, falta de actualización de protocolos, no se analizan historias clínicas periódicamente falta de satisfacción del usuario, en consulta externa 74.6%, trámites burocráticos para atención médica, espacio físico reducido, falta de personal, en emergencia con el 80%, falta personal médico para la atención, no se analizan la morbilidad y la conducta diagnóstica, reglamentación de protocolos, laboratorio clínico la demanda supera la oferta, no dispone de bioanalista de guardia las 24 horas, diagnóstico por imágenes, no cumplen con medidas de protección básicas, falta de personal y equipamiento, control de enfermedades nosocomiales con el 80%, Neonatología con el 76.4 % no se dispone para las 24 horas de especialistas médicos y profesionales de enfermería las 24 horas, Servicio Social 74.3% desarrollan su trabajo en un espacio muy reducido, no realiza trabajo extra mural como las visitas domiciliarias.

En el estándar de Organización de la Atención Médica se obtuvo un promedio de 73,9% éste valor es aceptable pero que se puede mejorar.

GRÁFICO N° 3.64
ESTÁNDARES DE ORGANIZACIÓN MÉDICA



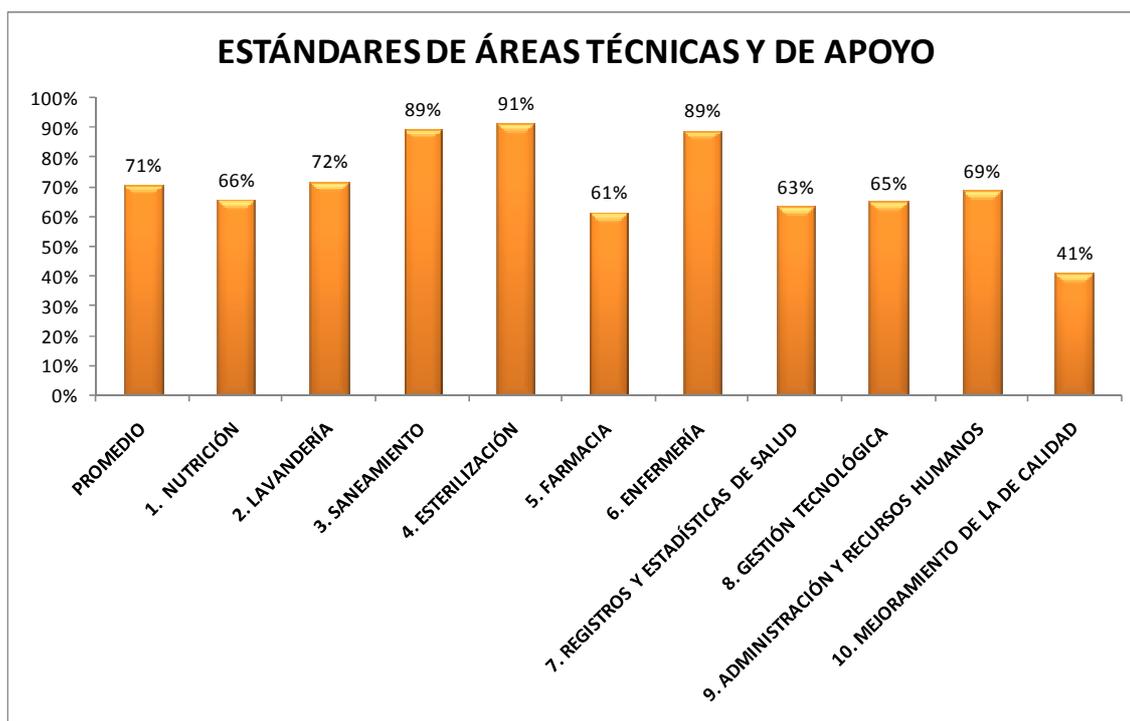
Fuente: Matriz de Estándares de Calidad. Elaboración: Corrales Fabiola

3.4.8.2 Estándares de Áreas Técnicas y de Apoyo.

Según la evaluación siguiendo la misma matriz de evaluación de estándares que la anterior (ver anexo 6.2); el área de Nutrición tiene el 71% debido a falta de equipo necesario para la prestación del servicio, escasez de personal, no se dispone del servicio de nutrición y dietética en consulta externa, Lavandería con el 72%, no se realiza registro de cambios de ropa, no se realiza auditoría periódica, Saneamiento con el 89% no cumplen con todas las normas de limpieza, el servicio de Esterilización con el 91 %, Farmacia el 61%, el área física reducida, no hay personal para cumplir las 24 horas, no cuenta con servicio de docencia y actualización, Enfermería con el 89% el punto álgido es el reducido número de personal profesional para cumplir las 24 horas de atención, los Registros Estadísticos tiene el 63 %, no hay acceso al archivo las 24 horas, no hay publicaciones mensuales de la información, la Gestión tecnológica con el 65% no hay mantenimiento preventivo, ni plan de reposición de equipos, Mantenimiento de la calidad con el 41% no existe programa de acreditación. Lo descrito se

observa en el gráfico N° 3.65, además la Administración Recursos humanos con el 69% no existe un sistema de control de gestión, no existen incentivos en base al desempeño meritório.

GRÁFICO N° 3.65

ESTÁNDARES DE ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO

Fuente: Matriz de Estándares de la Calidad. Elaboración: Corrales Fabiola.

3.5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

3.5.1 CONCLUSIONES

- Entre las conclusiones podemos anotar que el medio en que se desarrolla la población influye directamente en el desarrollo de las personas principalmente en lo que se refiere a la salud, es decir las condiciones socio económicas, la infra estructura sanitaria deficiente, la poca disponibilidad al agua potable, hacen que la población padezca de enfermedades prevenibles como la parasitosis, gastroenteritis, y otras propias de la zona climática de nuestra provincia como el dengue, paludismo y las mordeduras de serpiente. Sin dejar de lado el aumento de enfermedades metabólicas degenerativas, debido a los malos hábitos alimenticios, a la falta de ejercicio y a la falta de concientización de la población de que el mejor camino para preservar la salud es la prevención.
- La provincia se encuentra en un período de transición, lo que ocasiona que algunas instituciones todavía dependen de la provincia de Pichincha, o no se defina la situación de instituciones como nuestro hospital que está catalogado como cantonal, lo que limita la obtención de recursos humanos, materiales.
- El hospital tiene una demanda que supera a la oferta, lo que produce insatisfacción del cliente, por falta de turnos para atención médica en Consulta Externa y Emergencia, trámites burocráticos para tomar un turno sea para atención o realización de exámenes.
- En el servicio de Pediatría y Neonatología, se ve afectado por la falta de espacio físico, el déficit de enfermeras produce que no haya personal profesional para cumplir los turnos de la noche, la no actualización de protocolos de atención tanto médico como de enfermería, duplican actividades, o su vez aumentan días de estadía, la falta de mantenimiento preventivo de los equipos hacen que se deterioren con mayor facilidad.

- Existe un sub registro estadístico, que no permite analizar a cabalidad las causas de egreso y hacer una programación de materiales acorde a necesidades, al igual hay una falta de retroalimentación de la información.
- Se dispone de personal con experiencia, predispuesto al cambio, trabaja en equipo, pero la falta de incentivos hace que pierda interés por actualizarse.

3.5.2 RECOMENDACIONES.

- Realizar campañas de educación dirigidos a la población y cuando el paciente esté hospitalizado, sobre la forma de prevenir enfermedades, y fomentar la práctica de hábitos higiénicos y de alimentación.
- Agilizar los trámites de parte de directivos para la jerarquización del hospital como provincial.
- Aumentar la cobertura de atención médica en consulta externa con médicos contratados de 8 horas para atender en horarios de la tarde.
- En el servicio se hace urgente la revisión y aplicación de protocolos, y la contratación de personal médico como de enfermería para mejorar la calidad de atención.
- Los registros médicos cumplan con los estándares de calidad.
- Establecer un plan de incentivos para el personal.

CAPÍTULO IV

4. MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS PARA EL SERVICIO DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA

En el presente capítulo se desarrollan los lineamientos de la propuesta de gerencia por procesos para el área de Pediatría y Neonatología del Hospital Dr. Gustavo Domínguez. Para ello, se ha establecido en primer lugar los parámetros la planificación estratégica del área con su respectiva misión o razón de ser y el planteamiento de sus objetivos principales. Posterior a ello, se plantean, la organización los procedimientos de gestión, la evaluación por procesos. Balancead Scorecard, Cuadro de Mando Integral.

4.1 PLANIFICACIÓN GENERAL DEL ÁREA DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA.

Partiendo del concepto de planificación, que es un proceso mediante el cual una organización define su visión de largo plazo y las estrategias para alcanzarla a partir del análisis de sus fortalezas y debilidades, oportunidades y amenazas, y luego de analizar ésta información tanto interna como externa se evalúa la situación actual de la empresas, su nivel de competitividad para decidir sobre el direccionamiento de la institución hacia el futuro.⁷¹ Se realizó éste estudio en el servicio mediante la Matriz DOFA llegando a los siguientes planteamientos.

4.1.1 ANÁLISIS AMBIENTAL

El análisis DOFA está diseñado para ayudar al estratega a encontrar el mejor acoplamiento entre las tendencias del medio, éste análisis permitirá a la organización formular estrategias para aprovechar sus fortalezas, prevenir el efecto de sus debilidades, utilizar a tiempo sus oportunidades y anticipar el efecto de las amenazas.

⁷¹ SERNA GÓMEZ HUMBERTO, Gerencia Estratégica. pp.29

Para el efecto se utiliza un instrumento en EXCEL, bajo las perspectivas de Innovación y Aprendizaje, Procesos Internos, Clientes y Financiero; cada factor se evalúa de 1 al 10 en las variables de Urgencia, Tendencia e Impacto. Finalmente se prioriza los factores con mayor puntaje. Tabla N° 9 Y N° 10

4.1.1.1 Análisis Ambiental de la Organización.

Llamado también del entorno es decir el conjunto de factores, procesos y agentes que en forma positiva o negativa inciden en el futuro cercano en el cumplimiento de la misión y visión corporativa; se dividen en oportunidades y amenazas. Luego de la evaluación de las variables se prioriza las ocho principales.

Oportunidades Priorizadas:

- Pediatría especialidad de un hospital público, con hospitalización único en la provincia.
- Aumentar el número de ingresos a Pediatría optimizando. El horario de atención en consulta externa.
- Ley de Maternidad Gratuita, y de Modernización que permite el desarrollo del servicio.
- Bienestar por permanencia conjunta madre – hijo en hospitalización.
- Satisfacción del cliente por vigencia del PROGRAME.
- Personal con experiencia.
- Optimizar el uso de la tabla de 4 datos. (Optimización y tecnificación de la información)
- Convenios con instituciones de Educación Superior. (tabla n°4.1)

TABLA Nº 4.1
OPORTUNIDADES SERVICIO DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA H.DR.G.D.

OPORTUNIDADES					
PERSPECTIVA	DESCRIPCIÓN	URGENCIA	TENDENCIA	IMPACTO	total
FINANCIERA	1. Recursos para programas vigentes VIH, TB.	4	3	7	14
	2. Implementación del PROGRAMA por parte del Gobierno	10	8	10	28
	3. Recuperación de recursos através de los seguros SOAT y FONSAT	7	7	7	21
	4. Convenios con ONG como el Centro de Recuperación Nutricional y otras.	7	8	9	24
	5 Ley de modernización y Maternidad Gratuita que permiten el desarrollo del servicio	9	10	10	29
	6 Convenio con entidades privadas para realización de exámenes especiales	8	5	7	20
	7 Aumentar el número de ingresos a Pediatría, optimizando el horario de atención en Consulta Externa	10	10	10	30
	8 Pediatría, especialidad de un hospital público, con hospitalización único en la provincia que aumenta la demanda.	10	10	10	30
CLIENTES	1. Ampliación del servicio de Neonatología (cobertura.)	8	8	9	25
	2. Satisfacción del cliente por vigencia del PROGRAMA	9	10	9	28
	3. Tipo de paciente que pertenece a un grupo vulnerable de la población.	7	10	10	27
	4. Bienestar por permanencia conjunta madre e hijo en hospitalización	9	10	10	29
	5. Pedido por parte de la comunidad (demanda para el desarrollo del servicio)	3	5	7	15
					0
PROCESOS INTERNOS	1. Cumplimiento de Acuerdo Ministerial, Art. 1. Calificar como prioritario el proceso de Licenciamiento de los Servicios Formales Salud como un proceso administrativo, de carácter oficial, obligatorio y continuo.	8	7	10	25
	2. Disposición del MSP de implementar los procesos a nivel de todos los servicios públicos de salud.	8	7	10	25
	3. Implementar sistemas de información integrales	9	6	10	25
	4. Personal con experiencia	8	8	10	26
	5. Plan Nacional de Salud permite el ingreso al mercado de competencias	7	7	7	21
	7. Permisibilidad de permanencia conjunta madre e hijo	8	7	10	25
INNOVACIÓN Y APRENDIZAJE	1. Optimizar el uso de la base de datos (Optimización y tecnificación de la información)	10	7	10	27
	2. Pasantías en instituciones de mayor complejidad	5	4	8	17
	3. Acceso a la información técnica científica actual (internet).	9	5	10	24
	4. Convenios con instituciones educativas a nivel superior.	8	8	10	26
					0
					0
PRIORIDAD					
1	Pediatría, especialidad de un hospital público, con hospitalización único en la provincia que aumenta la				30
2	Aumentar el número de ingresos a Pediatría optimizando el horario de atención en consulta externa				30
3	Ley de Modernización y Maternidad Gratuita que permiten el desarrollo del servicio				29
4	Bienestar por permanencia conjunta madre e hijo en hospitalización				29
5	Satisfacción del cliente por vigencia del PROGRAMA				28
6	Personal con experiencia				28
7	Optimizar el uso de la base de datos (Optimización y tecnificación de la información).				27
8	Convenios con instituciones educativas a nivel superior				25

Fuente y Elaboración: Corrales Fabiola.

Amenazas Priorizadas. (Tabla nº 4.2)

- No jerarquización de la institución (provincial)
- Gestión insipiente para la adquisición de tecnología actualizada.
- Presupuesto asignado no acorde con la demanda

- Desprestigio de la atención brindada por mala información de la prensa.
- Participación no activa del consejo provincial de salud
- Crisis social político económica del país
- Baja oferta de capacitación para fortalecer competencias en temas específicos.

TABLA Nº 4.2

AMENAZAS SERVICIO DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA H.DR.G.D.

AMENAZAS					
PERSPECTIVA	DESCRIPCIÓN	OCURRENCIA	TENDENCIA	IMPACTO	TOTAL
FINANCIERA	1. Presupuesto asignado no acorde con la demanda.	8	10	10	28
	2. Crisis social político y económica del país	7	7	10	24
	3 Política social en salud no implementada acorde con la realidad (Gratuidad en la atención de salud).	3	3	10	16
	4 No jerarquización de la institución. (provincial)	10	10	10	30
	5. Participación no activa del consejo de salud y de la ciudadanía en general	7	8	10	25
					0
CLIENTES	1.Desprestigio de la atención brindada por mala información de la prensa	7	10	10	27
	2.Inadecuada práctica de medidas higiénicas y de protección de la salud.	6	8	10	24
	3 Nivel social económico medio y bajo de los clientes				
					0
PROCESOS INTERNOS	1 Ingerencia política en la determinación de cargos políticos. que impiden la continuidad administrativa	5	3	8	16
	2. Ausencia de soporte técnico por parte del MSP para implementar una gestión por procesos	5	7	8	20
	3. Escasa creación de partidas presupuestarias para RRHH (profesionales)	8	10	10	28
					0
INNOVACIÓN Y APRENDIZAJE	1.Poca tecnología disponible para atender al cliente	8	7	7	22
	2. Gestión incipiente para la adquisición de tecnología actualizada	10	9	10	29
	3. Baja oferta de capacitación para fortalecer competencias en temas específicos	7	9	7	23
					0
PRIORIDAD					
1	1. No jerarquización de la institución. (provincial)				30
2	2. Gestión incipiente para la adquisición de tecnología actualizada				29
3	3. Presupuesto asignado no acorde con la demanda.				28
4	4.Desprestigio de la atención brindada por mala información de la prensa				27
5	5. Participación no activa del consejo de salud y de la ciudadanía en general				25
6	6.Inadecuada práctica de medidas higiénicas y de protección de la salud.				24
7	7. Crisis social político y económica del país				24
8	8.Baja oferta de capacitación para fortalecer competencias en temas específicos				23

Fuente y Elaboración: Corrales Fabiola

4.1.1.2. Análisis Interno.

La gerencia se concentra en el análisis de la capacidad gerencial, de servicio, financiero y tecnológico mediante la identificación y evaluación de sus aspectos

internos básicos para esto se utilizan dos categorías bien definidas como son las fortalezas y debilidades.⁷² (Ver tablas N° 4.3 y N° 4.4).

Fortalezas Priorizadas.

- Estratégica ubicación geográfica, que facilita la accesibilidad de los usuarios.
- Centro de referencia provincial para la prestación de servicios.
- Hospital de cuatro especialidades básicas,
- Medios auxiliares básicos gratuitos para el diagnóstico y tratamiento.
- Capacidad técnica- científica para atender al cliente.
- Implementación del alojamiento conjunto madre- hijo.
- Talento humano predispuesto al cambio.
- Atención oportuna.

⁷² MALAGÓN, G .et al. Administración Hospitalaria,, 2ed. Colombia, Panamericana,2000.p.78

TABLA N° 4.3
FORTALEZAS SERVICIO DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA H.DR.G.D.

FORTALEZAS					
PERSPECTIVA	DESCRIPCIÓN	URGENCIA	TENDENCIA	IMPACTO	TOTAL
FINANCIERA	2.Ubicación geográfica, que facilita la accesibilidad de los usuarios externos	10	10	10	30
	3.Medios auxiliares básicos para diagnóstico y tratamientos gratuitos	9	10	10	29
	4. Centro de referencia provincial para la prestación de servicios en hospitalización	10	10	10	30
	5.Vigencia del PROGRAME y Ley de Maternidad Gratuita.	8	9	9	26
	6 Gestión y obtención de recursos de los convenios con fundaciones y voluntariado.	5	5	7	17
CLIENTES	1. Talento humano capacitado y con experiencia	8	9	10	27
	2. Talento humano predispuestos al cambio	10	8	10	28
	3 Trabajo en equipo	8	9	10	27
	4 Atención oportuna	10	8	10	28
PROCESOS INTERNOS	1. La capacidad técnica - científica para atender al cliente	9	9	10	28
	2. Implementación del alojamiento conjunto: madre e hijo	10	8	10	28
	3. Atención continua las 24 horas.	10	8	10	28
	4.Único hospital público	10	10	10	30
	5. Hospital con cuatro especialidades básicas.	10	10	10	30
	5. Demanda que sobrepasa la capacidad instalada.	8	8	9	25
INNOVACIÓN Y APRENDIZAJE	1.Infraestructura adecuada, con tecnología básica competitiva	8	8	9	25
	2..Compromiso para la capacitación	7	7	8	22
	3. Institución docente de referencia provincial	8	10	8	26
					0
					0
PRIORIDAD					
1	Estratégica ubicación geográfica, que facilita la accesibilidad de los usuarios externos				30
2	Centro de referencia provincial para la prestación de servicios de salud				30
3	Hospital de cuatro especialidades básicas				30
4	Medios auxiliares básicos para el diagnóstico y tratamientos gratuitos				29
5	La capacidad técnica - científica para atender al cliente				28
6	Implementación del alojamiento conjunto madre- hijo				28
7	Talento humano predispuesto al cambio				28
8	Atención oportuna				28

Fuente y Elaboración: Corrales Fabiola

Debilidades Priorizadas.

- Déficit de médicos residentes para cumplir los turnos.
- Déficit de personal de enfermeras.
- Presencia de colas para atención médica y realización de exámenes.
- Insipiente grado de incentivos.(Motivación, comunicación)
- Deficiente plan de mantenimiento predictivo, preventivo y correctivo.
- Sub registros estadísticos.
- Protocolos no vigentes que duplican actividades.
- Procesos institucionales no implementados.

TABLA N°4.4
DEBILIDADES SERVICIO DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA H.DR.G.D.

DEBILIDADES					
PERSPECTIVA	DESCRIPCIÓN	URGENCIA	TENDENCIA	IMPACTO	TOTAL
FINANCIERA	1.Programación presupuestaria no acorde a las necesidades.	10	7	10	27
	2. Deficiente gestión financiera	7	7	10	24
	3. No disponibilidad de costos por servicio	10	7	10	27
CLIENTES	1. Desmotivación del personal y ausencia de estímulos.	10	8	10	28
	2. Escasa comunicación en temas que afectan al usuario	10	7	10	27
	3. Capacitación y actualización de conocimientos no programada	7	8	9	24
	4. Déficit de personal de enfermeras para cubrir las 24 horas.	10	10	10	30
	5. Déficit de Médicos residentes para cumplir todos los turnos	10	10	10	30
	6. Presencia de colas para atención médica, y realización de exámenes	10	10	10	30
PROCESOS INTERNOS	1. Estructura organizacional, no definida	10	7	10	27
	2. Subregistro estadísticos	10	9	10	29
	3. Procesos institucionales no implementados	10	8	10	28
	4. Capacidad de oferta no satisface demanda.	7	3	7	17
	5. Inexistencia de Plan Operativo Anual del servicio	10	6	9	25
	6. Deficiente plan de mantenimiento predictivo, preventivo y correctivo.	10	9	10	29
INNOVACIÓN Y APRENDIZAJE	1. Protocolos no vigentes, que duplican actividades.	10	9	10	29
	2. Insuficiente aplicación de tecnología	10	10	10	30
	3. Débil sistema de información sin retro alimentación	10	6	10	26
	4. falta plan de contingencia para remplazar al personal que cumple años de servicio	7	10	10	27
	5. Clima laboral afectado por la cultura organizacional	10	9	10	29
	6. Insipiente grado de incentivos- motivación- comunicación	10	9	10	29
PRIORIDAD					
1	Déficit de médicos residentes para cumplir los turnos				30
2	Déficit de personal de enfermeras				30
3	Presencia de colas para atención médica y realización de exámenes				30
4	Insipiente grado de incentivos- motivación- comunicación				29
5	Deficiente plan de mantenimiento predictivo, preventivo y correctivo				29
6	Sub registros estadísticos				29
7	Protocolos no vigentes que duplican actividades				29
8	Procesos institucionales no implementados				29

Fuente y Elaboración: Corrales Fabiola

Luego de ubicar las variables en la matriz DOFA, de acuerdo al valor obtenido luego de la evaluación de las variables; se sitúan las amenazas, oportunidades y debilidades y amenazas desde las de mayor puntaje según prioridad, obteniéndose el siguiente cuadro n°4.1.

CUADRO N° 4.1

**MATRIZ DOFA HOSPITAL Dr. GUSTAVO DOMÍNGUEZ SERVICIOS
SERVICIO DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA 2009**

MATRIZ DOFA HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ, SERVICIO DE PEDIATRÍA 2009	
ENTORNO (MEDIO EXTERNO)	
1	2
OPORTUNIDADES (+)	AMENAZAS (-)
1 Pediatría, especialidad de un hospital público, con	1 No jerarquización de la institución. (provincial)
2 Aumentar el número de ingresos a Pediatría optimizando el	2 Gestión incipiente para la adquisición de tecnología
3 Ley de Modernización y Maternidad Gratuita que permiten el desarrollo del servicio	3 Presupuesto asignado no acorde con la demanda.
4 Bienestar por permanencia conjunta madre e hijo en hospitalización	4 Desprestigio de la atención brindada por mala información de la prensa
5 Satisfacción del cliente por vigencia del PROGRAME	5 Participación no activa del consejo de salud y de la ciudadanía en general
6 Personal con experiencia	6 Inadecuada práctica de medidas higiénicas y de protección
7 Optimizar el uso de la base de datos (Optimización y	7 Crisis social político y económica del país
8 Convenios con instituciones educativas a nivel superior	8 Baja oferta de capacitación para fortalecer competencias en temas específicos
3	4
FORTALEZAS (+)	DEBILIDADES (-)
1 Estratégica ubicación geográfica, que facilita la accesibilidad de los usuarios externos	1 Déficit de médicos residentes para cumplir los turnos
2 Centro de referencia provincial para la prestación de servicios de salud	2 Déficit de personal de enfermeras
3 Hospital de cuatro especialidades básicas	3 Presencia de colas para atención médica y realización de exámenes
4 La capacidad técnica - científica para atender al cliente	4 Deficiente plan de mantenimiento predictivo, preventivo y correctivo
5 Medios auxiliares básicos para el diagnóstico y tratamientos gratuitos	5 Sub registros estadísticos
6 Atención oportuna	6 Insipiente grado de incentivos- motivación- comunicación
7 Implementación del alojamiento conjunto madre- hijo	7 Protocolos no vigentes que duplican actividades
8 Talento humano predispuesto al cambio	8 Procesos institucionales no implementados
INSTITUCION (MEDIO INTERNO)	

Fuente y Elaboración: Corrales Fabiola

Realizando un cruce de variables con una puntuación de 0 a 1, se elabora la Matriz de Análisis Estructural (Anexo N° 6.3), con los resultados obtenidos se elabora el siguiente Cuadro de Ordenamiento de Factores según motricidad y dependencia. (Tabla n° 4.5) De todas las cantidades de motricidad se calcula la media aritmética se obtuvo la cantidad de 13, y de los resultados de dependencia se calcula la mediana dando la cantidad de 11.

TABLA N° 4.5
ORDENAMIENTO DE FACTORES SEGÚN MOTRICIDAD Y DEPENDENCIA.

ORDENAMIENTO DE FACTORES SEGÚN MOTRICIDAD Y DEPENDENCIA			
NUMERO	VARIABLE	MOTRICIDAD	DEPENDENCIA
1	Pediatría, especialidad de un hospital público, con hospitalización único en la provincia	14	26
2	Aumentar el número de ingresos a Pediatría optimizando el horario de atención en consu	9	21
3	Ley de Modernización y Maternidad Gratuita que permiten el desarrollo del servicio	6	10
4	Bienestar por permanencia conjunta madre e hijo en hospitalización	3	7
5	Satisfacción del cliente por vigencia del PROGRAMA	9	11
6	Personal con experiencia	19	20
7	Optimizar el uso de la base de datos (Optimización y tecnificación de la información).	13	18
8	Convenios con instituciones educativas a nivel superior	18	15
9	1. No jerarquización de la institución. (provincial)	15	19
10	2. Gestión incipiente para la adquisición de tecnología actualizada	10	10
11	3. Presupuesto asignado no acorde con la demanda.	14	16
12	4.Desprestigio de la atención brindada por mala información de la prensa	10	6
13	5. Participación no activa del consejo de salud y de la ciudadanía en general	11	10
14	6.Inadecuada práctica de medidas higiénicas y de protección de la salud.	4	3
15	7. Crisis social político y económica del país	7	14
16	8,Baja oferta de capacitación para fortalecer competencias en temas específicos	10	8
17	Estratégica ubicación geográfica, que facilita la accesibilidad de los usuarios externos	12	10
18	Centro de referencia provincial para la prestación de servicios de salud	18	22
19	Hospital de cuatro especialidades básicas	17	22
20	La capacidad técnica - científica para atender al cliente	12	16
21	Medios auxiliares básicos para el diagnóstico y tratamientos gratuitos	13	16
22	Atención oportuna	18	17
23	Implementación del alojamiento conjunto madre- hijo	8	7
24	Talento humano predispuesto al cambio	14	12
25	Déficit de médicos residentes para cumplir los turnos	18	8
26	Déficit de personal de enfermeras	17	8
27	Presencia de colas para atención médica y realización de exámenes	18	4
28	Deficiente plan de mantenimiento predictivo, preventivo y correctivo	10	7
29	Sub registros estadísticos	10	4
30	Insipiente grado de incentivos- motivación- comunicación	11	4
31	Protocolos no vigentes que duplican actividades	10	10
32	Procesos institucionales no implementados	17	14
		395	395
		MEDIA 13	MEDIANA 11

Fuente; Matriz de Análisis del FODA. Elaboración Corrales Fabiola

A continuación con los datos de la media de motricidad y la mediana de los datos de dependencia, se realiza el Plano de coordenadas Dependencia Motricidad (gráfico n° 4.1), en el cual se clasifican las variables en los siguientes sectores Sector I **Zona de Poder** se sitúan las variables de alta motricidad y baja dependencia, están fuertemente condicionadas con las demás, en éste sitio se encuentran tres variables 25 (Déficit de médicos) 26 (Déficit de personal de enfermeras) y 27(Presencia de largas colas para recibir atención médica y realización de exámenes) que indican que la institución debe de tomar acciones

inmediatas en este caso, eliminar los trámites burocráticos para recibir atención médica y suplir la falta de profesionales tanto médico como de enfermería.

En el cuadrante superior derecho está el sector II o **Zona de Conflicto** se sitúan las variables de alta motricidad y también alta dependencia, son inestables por naturaleza cualquier acción sobre éstas variables repercutirá sobre el resto intensificando o atenuando el impulso inicial, son variables clave cuando más alejadas se encuentren del eje estratégico y atenuándose más sus efectos acercándose al origen, las variables que se localizan en éste sector son 24 (Talento humano predispuesto al cambio), 32 (Procesos institucionales no aplicados), 8(Convenios con instituciones educativas de nivel superior), 22 (Atención oportuna), 11(Presupuesto no acorde con la demanda),9 (No jerarquización de la institución como Provincial),18 (Centro de referencia provincial de los servicios de salud),1 (Pediatria especialidad de un hospital público único en la provincia),19 (Hospital con cuatro especialidades básicas, significa que tiene capacidad de reacción por lo tanto hay que emprender acciones para mejorar la situación.

En el cuadrante inferior se encuentra el sector III o **Zona de Salida** con las variables de baja motricidad y alta dependencia pueden clasificarse como variables resultantes, en éste cuadrante se encuentran las variables 2 (Aumentar el número de ingresos al servicio optimizando la atención), 15 (Crisis económica del país), y 20 (Capacidad técnico científica para atender al paciente) significa que la empresa está preparada para reaccionar.

El cuarto cuadrante inferior, Sector IV o **Zona de Autonomía** se sitúan las variables de coordenadas de baja motricidad y baja dependencia, variables que se denominan autónomas y se puede prescindir de ellas⁷³, revela las amenazas moderadas frente a las cuales la empresa tiene muy poco que hacer, se encuentra la variable en éste cuadrante se encuentran las variables 29(Sub registros estadísticos 30(Insignificante grado de incentivos), 14(Inadecuada práctica

⁷³ GARCÍA, J. YGARCÍA A, Metodología para la construcción de la Sistema de Medición y Gestión Estratégica. Bogotá, Colombia, Universidad de los Andes, 2003.pp: 2, 3.

de hábitos higiénicos de la población), 28 (Deficiente plan preventivo de mantenimiento), 16 (Baja oferta de capacitación), 3 (Ley de modernización y maternidad gratuita), 10 (Gestión insipiente para la adquisición de equipos), 13 (Participación no activa del consejo de salud y la ciudadanía), 17 (Estratégica ubicación geográfica), significa que la institución debe prepararse para reaccionar.

Este análisis se hace también de acuerdo a la clasificación que realiza Serna en su libro Planificación Estratégica.

GRÁFICO N° 4.1
CLASIFICACIÓN DE FACTORES SEGÚN NATURALEZA H.DR.G.D.
PEDIATRÍA



Fuente: Cuadro de ordenamiento de Factores según dependencia y motricidad. Elaboración:

Corrales Fabiola

4.1.2 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.

Las organizaciones de salud para generar servicios manteniendo un estándar de calidad, crecer como institución, debe tener muy claro hacia donde va es decir definir su direccionamiento estratégico que lo integran la misión, la visión y los principios corporativos.

4.1.2.1 Misión del Área.

“Brindar un servicio de calidad en cuanto a la atención médica y cuidados de enfermería a niños desde el nacimiento hasta la edad de 14 años 11 meses y 29 días de edad, mediante una atención integral, continua y eficiente, encaminada a recuperar y mejorar la salud de sus usuarios”.

4.1.2.2. Visión del Área de Pediatría y Neonatología.

“Ser un departamento modelo en los servicios de Pediatría y Neonatología la cual sea un ejemplo de gestión para otras organizaciones hospitalarias de la provincia y del país”

4.1.2.3 Valores del Área de Pediatría y Neonatología.

Los valores del área son:

- Vocación de servicio público.
- Vocación asistencial y docente.
- Trabajo en equipo.
- Eficiencia y eficacia en el uso de recursos.
- Honradez y responsabilidad.
- Respeto mutuo.
- Disposición al aprendizaje continuo.

4.1.2.4 Objetivos Estratégicos

- Elevar el número de ingresos en hospitalización.
- Incrementar la cobertura de atención de consulta externa pediátrica.
- Mejorar la satisfacción de los usuarios.

- Promover el mejoramiento continuo de la calidad de atención en el servicio.
- Reducir tiempos de espera en atención médica y realización de exámenes.
- Mejorar la comunicación entre usuario y personal.
- Promover a que Pediatría sea un servicio docente asistencial que facilite la adaptación del personal a las prácticas.
- Promover la actualización científica en el personal.
- Crear una cultura organizacional para optimizar el servicio.
- Mejorar los registros estadísticos del servicio.
- Optimizar el presupuesto asignado.
- Implementar un sistema de ayuda para usuarios indigentes.

4.1.3 BALANCE SCORECARD. “CUADRO DE MANDO INTEGRAL”.

La herramienta conocida como el Cuadro de Mando Integral, la cual permitirá generar control permanente de los procesos principales del área de Pediatría del Hospital “Dr. Gustavo Domínguez”.

Como breve introducción a este tema se puede recordar que “El Balanced Score Card es una herramienta que fue desarrollada por Robert Kaplan y David Norton siendo un enfoque estratégico y de desempeño gerencial que permite a la organización traducir la visión y estrategia en acciones para la implementación desde cuatro perspectivas. (Tabla n°4.6, Columna N°1)

- Financiera tradicionalmente la preocupación financiera ha sido siempre la principal preocupación del gerente, sin embargo este énfasis puede crear desbalance, por eso es necesario visualizarlo agregando datos que permitan valorar el riesgo y el costo beneficio.
- Enfoque en el usuario la satisfacción del usuario es crítica para los servicios de salud. Si los usuarios no están satisfechos buscarán otro proveedor. El pobre desempeño es un indicador de declinación en el horizonte futuro aunque los datos financieros y de productividad actuales sean buenos. Los usuarios

deben ser analizados determinando quiénes son y qué procesos debemos mejorar para proporcionar los servicios que ellos desean.

- Los procesos Internos esta matriz permite determinar cómo funciona el “negocio” y si los productos y servicios responden a las necesidades de los usuarios (la misión), estas matrices deben ser diseñadas por los que las conocen más íntimamente, los procesos pueden dividirse en los básicos relacionados con la misión y los de apoyo, más repetitivos y más fácil de hacer referenciación comparativa “benchmarking”
- Aprendizaje y crecimiento; incluye el desarrollo del personal, la cultura organizacional y la gerencia del conocimiento, la gente es el principal recurso de la organización de salud, en el ambiente de cambio acelerado tecnológico actual, el personal debe estar continuamente aprendiendo
- Organización debe tener un sistema de soporte para aprender. Este concepto rebasa la pura capacitación e incluye: tutoría; designación de mentores; retención, desarrollo, promoción y reclutamiento de personal; sistemas de comunicación ágiles; y apoyos de Intranet o Internet.

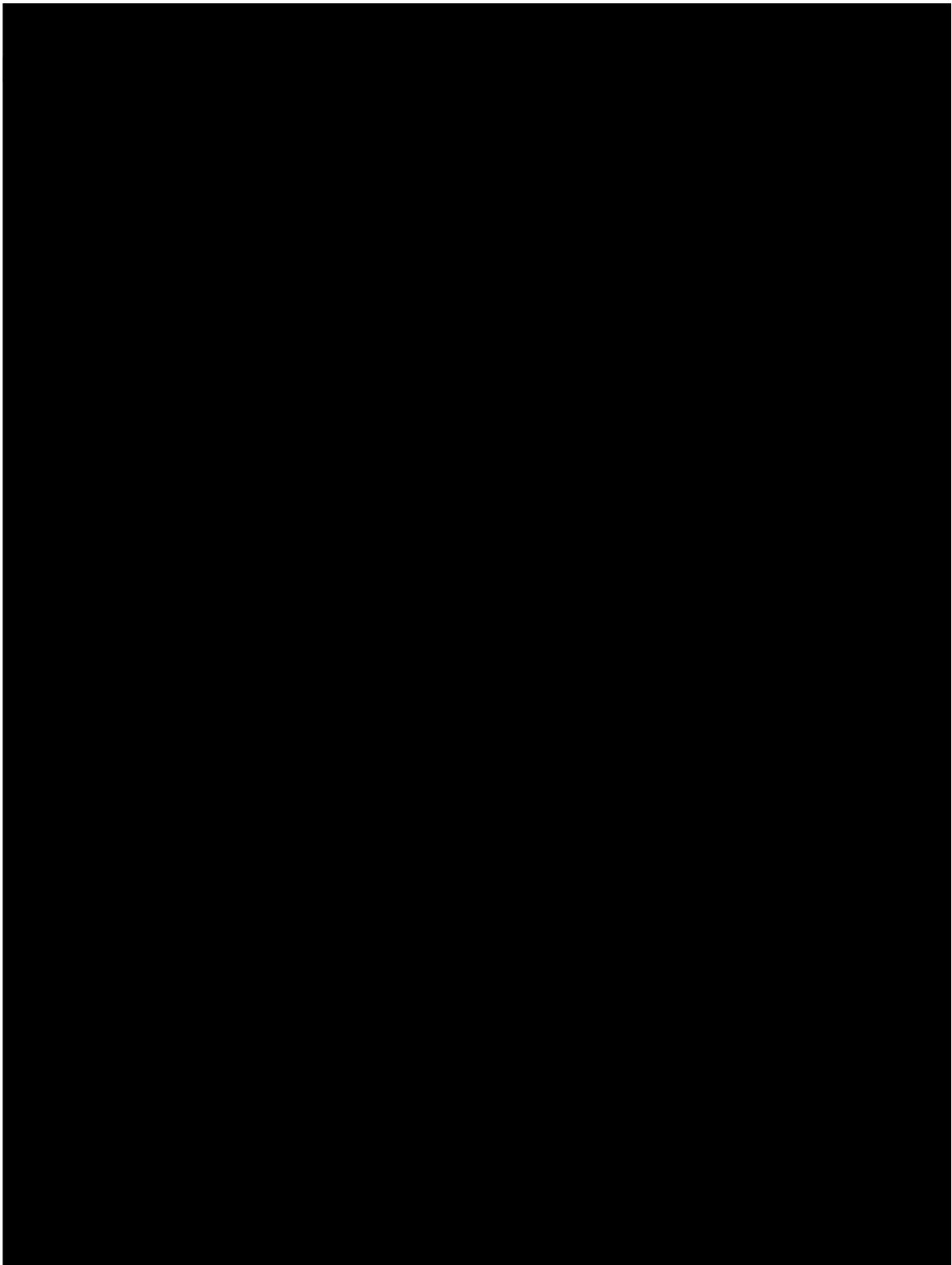
El CMI puede tener forma de una matriz en donde se representen cada una de las perspectivas o procesos principales, como se detalla Tabla N° 14, los Mapas Estratégicos son diagramas que describen como la organización crea valor conectando los objetivos estratégicos y/o procesos estratégicos del departamento; los mapas presentan en una sola página una serie de elementos conectados entre sí, tales como: objetivos estratégicos, indicadores, metas e iniciativas estratégicas:

- Objetivos estratégicos que reflejan la situación deseada y son un componente esencial del mapa estratégico, facilitan la posterior valoración, (columna N°2).
- Los indicadores son matemáticos, que nos permiten establecer metas.(Columna 3)
- Las fórmulas para calcular el valor requerido (Columna N° 4);
- Las metas van condicionadas al ritmo de evolución estratégica deseado en relación con la situación inicial (Columna 5.1) y la medida de cambio o meta propuesta (Columna 5.2).

- La iniciativa estratégica que son las acciones que se plantean llevar a cabo para la consecución de los objetivos estratégicos.(Columna N°6)

A continuación se presenta la matriz de Cuadro de Mando Integral para los procesos principales del área de Pediatría y Neonatología.

Tabla N° 4.6
BALANCE SCORDCARE, H.DR.G.D. PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA



Fuente y Elaboración: Corrales Fabiola

4.2. ORGANIZACIÓN DEL ÁREA DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA.

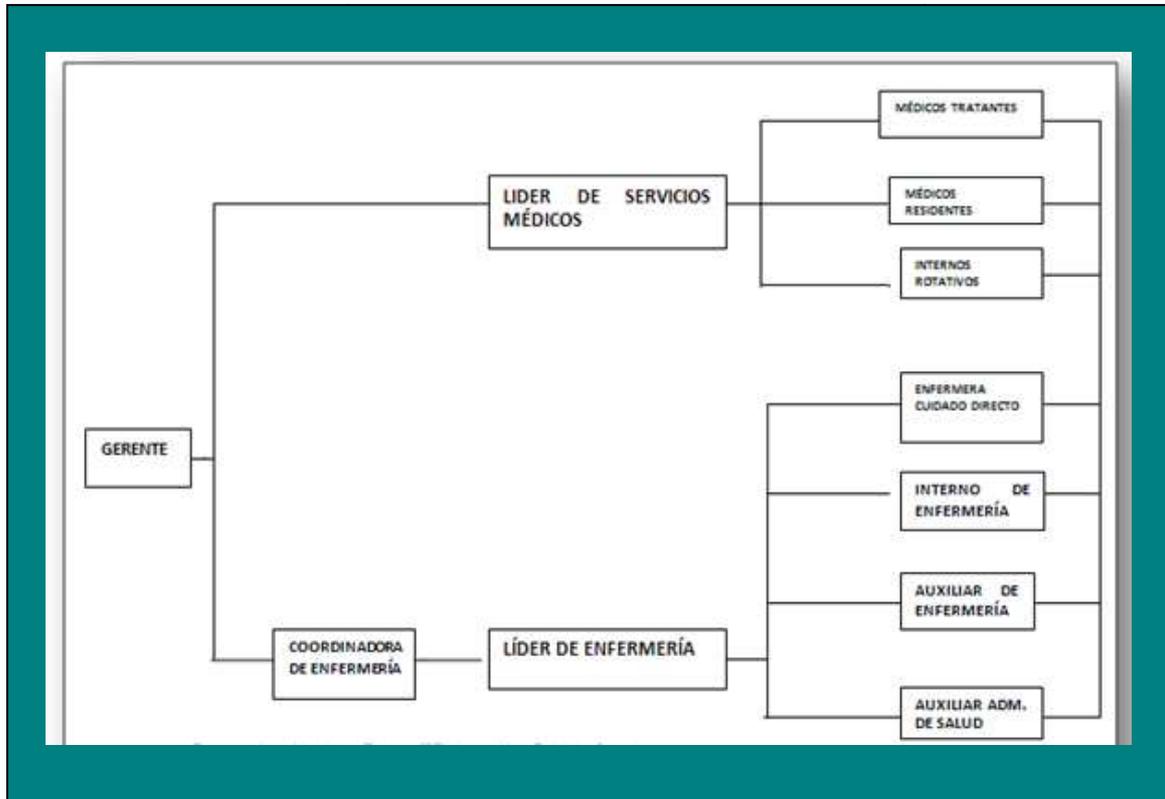
La Organización en los hospitales esencialmente consiste en establecer responsabilidades entre los miembros de la organización, determinar líneas de autoridad y de comunicación se debe agrupar recursos humanos en unidades funcionales, estableciendo procesos, objetivos, procedimientos y actividades, es así que el Servicio de Pediatría y de Neonatología es parte de una organización destinada a mejorar el estado de salud de la población.

En el hospital como en el servicio está todavía vigente la organización vertical, estructuras centralizadas, lejos de niveles operativos, los miembros de diferentes departamentos tienen conexión a nivel de jefaturas donde existen jefes departamentales.

La organización de hoy es una entidad social conformada por personas que trabajan juntas y está formada en divisiones de trabajo para alcanzar un objetivo común, lo que indica que las tareas se dividen entre sus miembros y que la responsabilidad del desempeño de éstas se atribuye a cada uno de los miembros de la organización. El propósito de toda organización es elaborar un producto o brindar un servicio para satisfacer las necesidades de los clientes.⁷⁴ Como es el caso de las instituciones que brindan atención de salud para el cual se propone el siguiente organigrama, en el gráfico N° 4.3.

⁷⁴ CHIAVENATO IDALBERTO."Administración en los nuevos tiempos, Mcgraw-Hill Interamericana S.A. Bogotá Colombia 2002. Pág. 10

GRÁFICO N° 4.2
ORGANIGRAMA FUNCIONAL (DE IZQUIERDA A DERECHA) PARA EL
SERVICIO DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA.



Fuente: Servicio. Pediatría y Neonatología. Elaboración: Corrales Fabiola.

La atención brindada al usuario se basa en el cumplimiento de objetivos.

4.2.1 GENERAL

Ofrecer un servicio eficiente, que permita la recuperación integral de la salud del niño y su posterior inserción en el ámbito familiar.

4.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL ÁREA

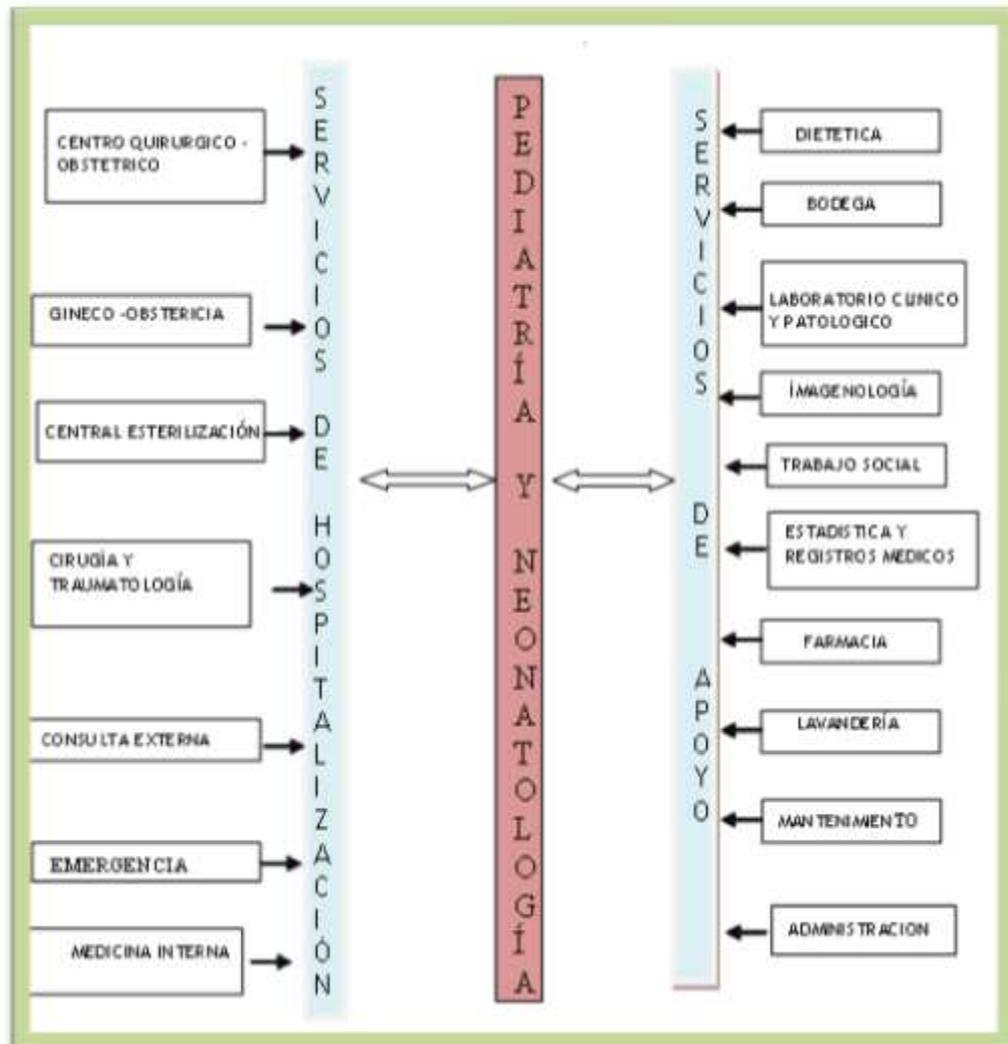
- Identificar, estudiar y resolver los problemas técnicos administrativos y operativos de enfermería.

- Ofrecer cuidados de acuerdo a la demanda de cada paciente.
- Mantener un programa de capacitación continua para el personal de enfermería y administrativo, e información a usuarios y familiares de pacientes.
- Fortalecer el área de trabajo, adecuando el ambiente operativo, estructurando un plan de prevención de accidentes y contagios.

4.2.3 RELACIÓN INTERDEPARTAMENTAL.

El servicio de Pediatría y Neonatología se relaciona con todas las instancias del hospital, (gráfico 4.4), así con los servicios de hospitalización para ingresos y/o transferencias de usuarios, de Emergencia se reciben el 98 % de ingresos, el paciente ingresa con exámenes urgentes realizados con receta o a su vez con medicación, el 2% de usuarios ingresa por consulta externa, solo con la historia clínica, con el servicio de Medicina Interna se relaciona por los casos que son trasferidos a Infectología, con el servicio de Cirugía y traumatología, por los casos quirúrgicos cuando hay sobredemanda los pacientes son encargados a éste servicio y tanto cirujanos como traumatólogos también prestan sus servicios, porque se dispone de un solo médico cirujano pediatra, con el servicio de Obstetricia, en algunos casos las madres se encuentran hospitalizadas en éste servicio, con Neonatología , tanto médicos tratantes como residentes pasan visita en los dos servicios (Pediatría) según horario establecido cada dos meses, y cuando la capacidad del servicio no abastece la demanda, los recién nacidos con problema son ingresados a pediatría, se relaciona con Central de Esterilización porque provee de todo el material estéril, con Centro Quirúrgico por las cirugías realizadas urgentes y programadas, con los servicios de apoyo para dar una atención integral al paciente como los medios de diagnóstico Laboratorio, Imagenología, Nutrición, Lavandería , con el área administrativa y contable, para la disponibilidad de recurso humano necesario y la adquisición de materiales, equipos etc. Así como también para el cumplimiento de normas y reglamentos.

GRÁFICO N° 4.3
**RELACIÓN INTERDEPARTAMENTAL DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA Y
 NEONATOLOGÍA. H.DR. G. D.**



Fuente: Servicio de Pediatría Elaboración: Corrales Fabiola.

4.2.4 RECURSOS HUMANOS

Para calcular la dotación de personal en el servicio de enfermería se aplican los índices de necesidad hora- enfermera en 24 horas en sala de enfermos y se determina la proporción en la que se cubrirán los tres turnos.

Según Barquín para Pediatría son como base 4 horas enfermería y para la atención del recién nacido sano 2 horas más, según distribución de plantilla por categoría 80% tiempo enfermera y 20% auxiliar de enfermería, para recién

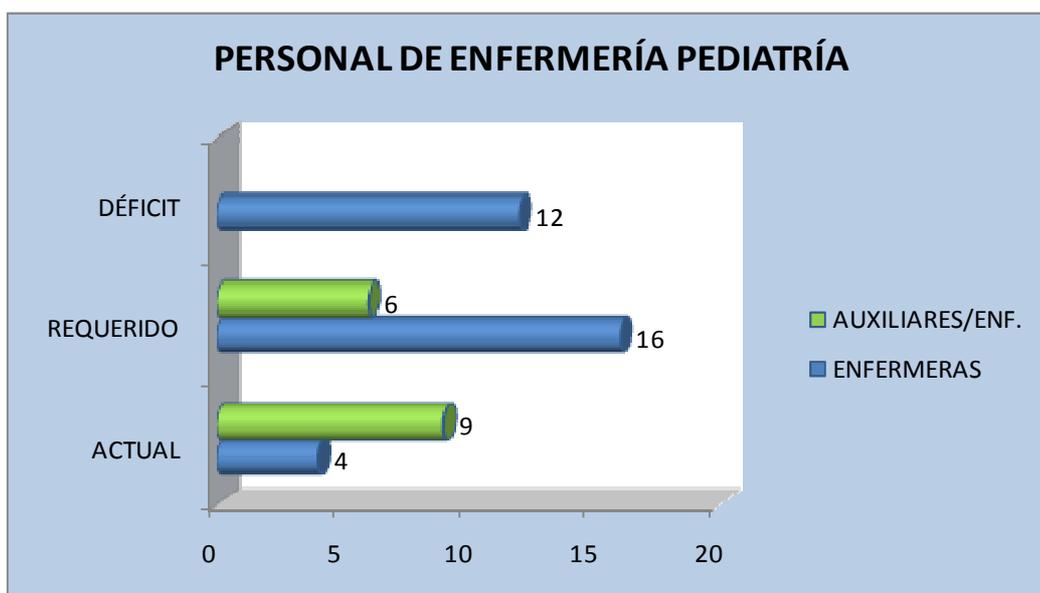
nacidos 75% de atención enfermera y 25% tiempo de atención de auxiliar de enfermería.(Ver anexo N° 6. 4)

Realizando el cálculo respectivo según turnos, mañana, tarde de 8 horas y noches de 12 y tomando en cuenta los días laborables, según el Gráfico N°4.5 en el servicio de Pediatría se necesitarían 16 enfermeras y 6 auxiliares de enfermería, en la actualidad existe un déficit de 12 enfermeras, y el personal auxiliar supera al requerimiento.

En Neonatología (Gráfico N° 4.6) el personal requerido es: 11 enfermeras más 6 auxiliares de enfermería, más las 2 horas para atención de recién nacido en total 17enfermeras 9 auxiliares, en la actualidad se dispone de 4 enfermeras y 9 auxiliares de enfermería

GRÁFICO N° 4.4

PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA

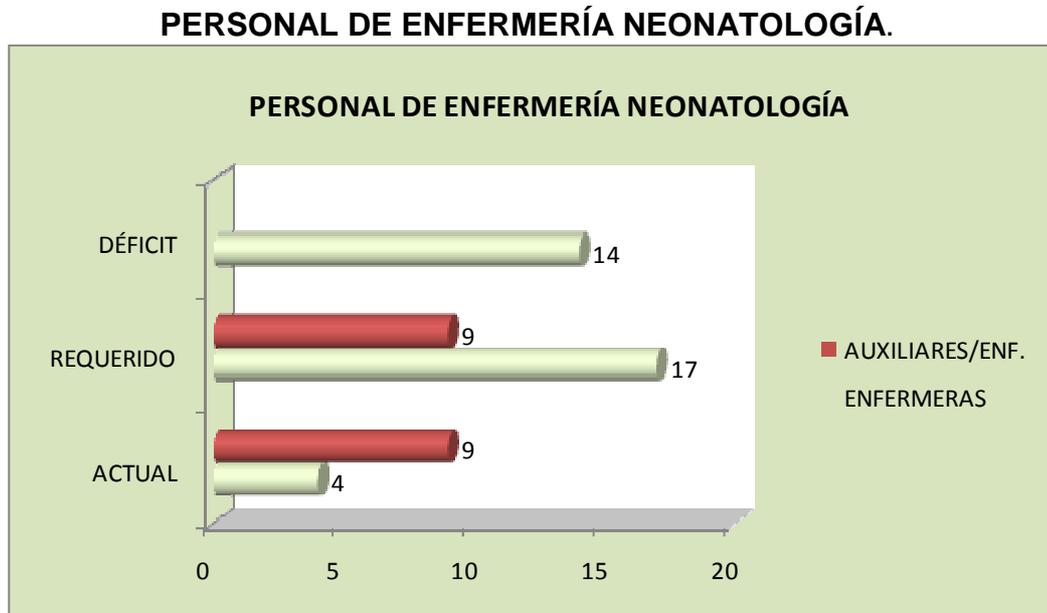


Fuente: Plantilla según Barquín.⁷⁵ Elaboración: Corrales Fabiola

⁷⁵ BARQUIN M. Dirección de Hospitales. Organización de la Atención Médica;

En el servicio de Neonatología hay un déficit de enfermeras de 14, mientras que el personal auxiliar está en número adecuado.

GRÁFICO N° 4.5



Fuente: Plantilla Barquín. Elaboración: Corrales Fabiola

El presupuesto necesario para la implementación de ésta nómina de personal para el servicio de Pediatría sería el siguiente: sueldo nominal \$ 819 mensual por 12 meses más beneficios de ley, por 12 enfermeras daría un total anual de \$ 1320.164

Para el servicio de Neonatología se necesitan 14 Enfermeras, multiplicando por el sueldo nominal más los décimos da un total de \$184.618

4.2.5. MANTENIMIENTO

El objetivo de mantenimiento es en general prolongar la vida útil de los equipos en condiciones económicas favorables, incluyendo el medio ambiente en el que se desarrolla el hospital es decir, contrarresta el desgaste y la destrucción de los bienes puestos a nuestro servicio, comprende todas las acciones que se

empresan para tener al hospital en condiciones de servicio para restaurarlo incluye aseo, inspección, pruebas, clasificación, reparación y modificación, hay dos clases de mantenimiento preventivo y correctivo⁷⁶.

Al analizar el estado de los equipos que tiene el servicio se encuentran en estado regular al momento todos se encuentran funcionando, pero por la falta de mantenimiento preventivo se corre el riesgo de que se dañen sin tener la Previsión de reposición de equipos tecnológicos, por lo tanto debe realizarse un plan de mantenimiento preventivo teniendo como característica principal la de descubrir las fallas en su fase inicial y corregirlas en el momento oportuno, aumentando la productividad, confiabilidad, disminución del tiempo perdido, por un equipo dañado, mayor vida útil, reducir los costos de reparación.

4.3 ESTRUCTURA POR PROCESOS.

La gestión por procesos es un sistema guiado por el principio de calidad, que pretende facilitar a los profesionales el conocimiento de aquellos aspectos que se han de mejorar y las herramientas de mejora, comprende ordenar los flujos de trabajo de manera que aporten el valor añadido dirigido a aumentar la satisfacción del cliente; en las instituciones de salud, procura asegurar de forma rápida y ágil el abordaje de los problemas de salud desde una visión centrada en el paciente; en la actualidad las instituciones están muy relacionadas con los procesos productivos, asistenciales en relación con las necesidades de los usuarios, la comunidad y las prioridades políticas. Partiendo de éstos principios se deduce que el aplicar una estructura por procesos en el servicio de Pediatría y Neonatología mejorará la calidad de atención, con una así como también se dará cumplimiento a la base legal dispuesta por el Ministerio de Salud Pública.

⁷⁶ MALAGÓN LONDOÑO GUSTAVO, et al. Administración Hospitalaria. 2º ed. Editorial Panamericana. Octubre 2000. Colombia.

4.3.1 BASE LEGAL DE LA NORMATIVA QUE RIGE A LA ESTRUCTURA ORGÁNICA POR PROCESOS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD.

El Ministerio de Salud Pública como parte del proceso de modernización del estado a emprendido planes de reforma estructural, como nuevos Sistemas de Organización por procesos y de Desarrollo del Recurso Humano, sumado a las transformaciones coordinadas de instituciones políticas, técnicas administrativas, financieras y jurídicas.

La Secretaría Nacional Técnica de los Recursos y Remuneraciones (SENRES) ente rector del desarrollo organizacional y de los recursos humanos, dispone la política gubernamental de estructuración por procesos organizacionales a nivel de todos los ministerios y entidades autónomas de la administración Pública.

En la norma técnica establecida por la SENRES según RESOLUCIÓN N° SENRES –P0ROC -2006-0000046 publicada en el Registro Oficial N° 251 del 17 de Abril del 2006, se puede destacar los siguientes artículos

“Que, el artículo 54 literal c) de la LOSCCA, establece la necesidad de expedir políticas, normas e instrumentos técnicos de desarrollo administrativo, como marco de referencia para el diseño, reforma e implementación de estructuras organizacionales por procesos, mediante resoluciones que serán publicadas en el Registro Oficial a aplicarse en las instituciones, organismos y dependencias del Estado;...”

Al emitir la Norma Técnica de Diseño de Reglamentos o Estatutos Orgánicos de Gestión Organizacional por Procesos en el Capítulo 1, textualmente señala:

“DE LAS POLÍTICAS DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

Art. 1.- Ámbito.- La presente norma es de aplicación obligatoria en los procesos de diseño y reforma de estructuras organizacionales, que se ejecuten en las instituciones del Estado señaladas en los artículos 3 y 101 de la Ley Orgánica de Servicio Civil y Carrera Administrativa y de Unificación y Homologación de las

*Remuneraciones del Sector Público, LOSCCA; y, en el artículo 1 de su Reglamento....*⁷⁷

Estos artículos definen la obligatoriedad de las instituciones de salud de dar cumplimiento con esta norma, cuyo objetivo fundamental es el desarrollo institucional, mediante el cual la organización fortalece su estructura y comportamiento, mejora la calidad de los servicios públicos, implementa mecanismos de seguimiento y evaluación, e impulsa el cambio de la cultura organizacional.

4.3.2 MAPA DE PROCESOS.

El inicio de un modelo de gestión por procesos en la organización es necesario definir cuáles son los principales procesos en los que los servicios sanitarios centran sus actividades en respuesta a las necesidades del paciente.

Es necesario definir cuáles son los procesos operativos es decir aquellos que afecten a los pacientes, que es donde se centra una parte importante de la actividad y un volumen considerable de recursos, estos procesos están enmarcados dentro de los procesos estratégicos que son guía de referencia como el marco legislativo, presupuesto, planes de calidad, planes de salud, los procesos operativos necesitarán además de procesos de soporte como los sistemas de información sanitaria, servicios de apoyo de diagnóstico, hotelería mantenimiento, laboratorio clínico, rayos x. El objetivo es definir el Mapa de Procesos sobre el que se centre el modelo de desarrollo de gestión por procesos en la organización.⁷⁸

De la estructura general por procesos del Ministerio de Salud Pública: define al hospital general como una. *"Unidad operativa que provee de atención de salud ambulatoria y de hospitalización en las cuatro especialidades básicas: Medicina Interna, Cirugía. Pediatría y Gineco Obstetricia y otras especialidades de acuerdo*

⁷⁷ Registro Oficial N° 241 del 17 de abril del 2006.

⁷⁸ MARTÍNEZ C. et al. Gestión de procesos asistenciales. Aplicación Práctica. Editorial Mcgraw-Hill- Interamericana de España. 2006.

*al perfil epidemiológico de cada área de influenza, se ubica en las capitales de provincia y cabeceras cantonales de gran concentración poblacional.”*⁷⁹ como es el caso del Hospital “Dr., Gustavo Domínguez” de Santo Domingo.

La estructura organizacional por procesos de acuerdo al Ministerio de Salud Pública está conformado por:

PROCESOS GOBERNANTES.

- Gestión Estratégica Hospitalaria Gerente de Hospital General.
- Gestión Técnica Hospitalaria. Sub gerente de Hospital General, las dos gestiones en coordinación con el Comité de participación Social.

PROCESOS HABILITANTES.

ASESORÍA

- Aseguramiento de la Calidad de Gestión.
- Asesoría Jurídica.
- Docencia e Investigación.

APOYO.

- Desarrollo Organizacional: integrado por los siguientes subprocesos:
 - Gestión de Recursos Humano
 - Gestión de Servicios Institucionales
 - Gestión de Comunicación
 - Gestión Informática
 - Gestión de Hotelería
 - Gestión de Farmacia
- Gestión de Enfermería.
- Gestión Financiera. Integrado por los siguientes subprocesos:
 - Gestión de Presupuestos y Contabilidad
 - Administración de Caja

⁷⁹ Estructura Orgánica por Procesos transitoria del MSP.

PROCESOS DE VALOR AGREGADO.

- Calificación de Demanda y Oferta Hospitalaria.
- Operativización de Normas de Gestión en Servicios Hospitalarios.

Integrado por los siguientes subprocesos:

Emergencia.

Consulta Externa

Hospitalización

Servicios Técnicos Complementarios.

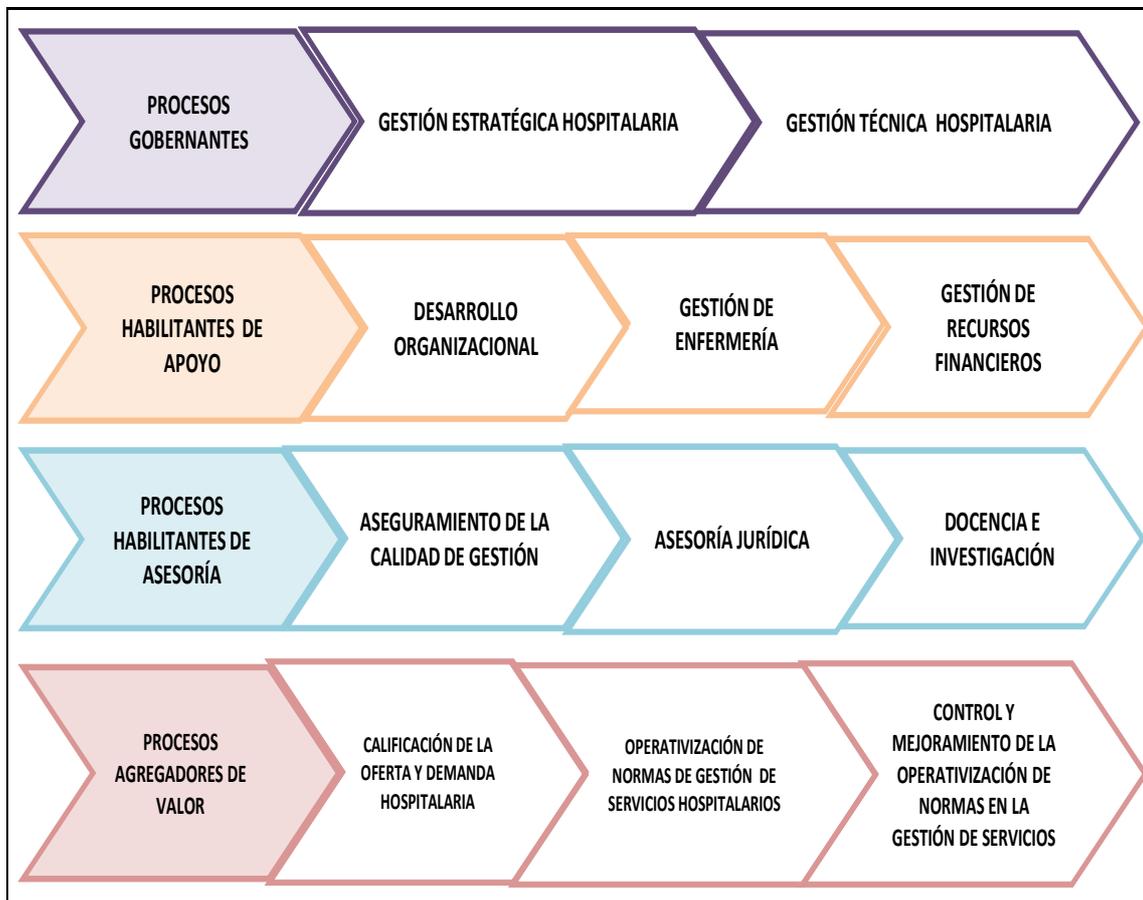
- Control y mejoramiento de la operativización de normas en la gestión de servicios hospitalarios.⁸⁰

4.3.3 JERARQUIZACIÓN DEL PROCESO.

Para el desarrollo de los Procesos de Pediatría y Neonatología del Hospital Dr. Gustavo Domínguez, se basa en la estructuración descrita anteriormente para un Hospital General, donde se encuentran los procesos gobernantes, habilitantes de apoyo y asesoría y los de valor agregado, con sus respectivos subprocesos (Gráfico N° 4.6)

⁸⁰ ESTRUCTURA ORGÁNICA POR PROCESOS. Registro Oficial N° 241 del 17 de abril 2006

GRÁFICO N°4.6
JERARQUÍA DE PROCESO



Fuente MSP. Elaboración: MSP.

En la estructura por procesos elaborado por el Ministerio de Salud Pública. El proceso de Pediatría y Neonatología se encuentra dentro del proceso de valor agregado, en la operativización de normas en la gestión de servicios hospitalarios, que se conforman a su vez con los subprocesos de emergencia, hospitalización, consulta externa y servicios técnico complementarios, el desarrollo del trabajo se centrará en el subproceso de hospitalización. (Gráfico N° 4.7)

GRÁFICO N° 4.7

PROCESO DE VALOR AGREGADO. HOSPITAL GENERAL

Fuente: MSP.

Elaboración: M. S. P.

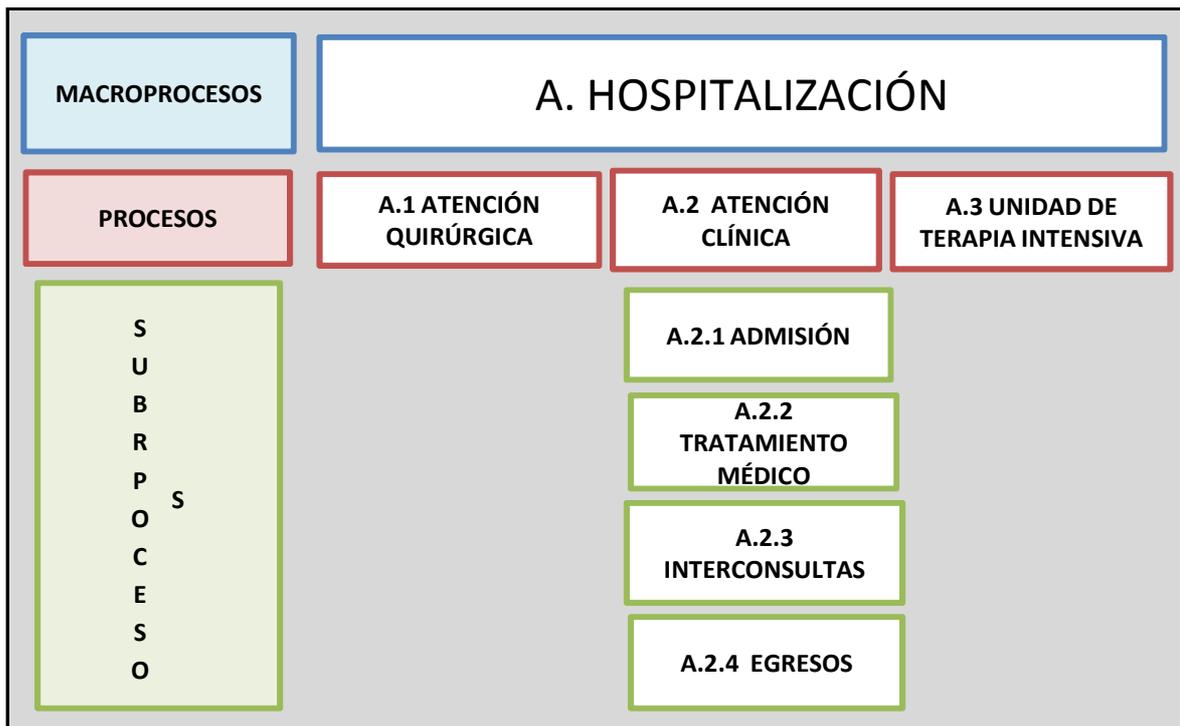
4.3.4 DESARROLLO DEL PROCESO.

El proceso elegido para presente trabajo es el de hospitalización, considerado como clave porque centra la atención en el usuario que es la razón de la existencia de una institución de salud y por ende el servicio de Pediatría y Neonatología, en donde la entrada es el usuario que ingresa sea por emergencia y/o consulta externa, que luego de recibir la atención médica, de enfermería, además de los procesos de apoyo como imagenología, laboratorio, farmacia, esterilización, hotelería, estadística, etc. , se obtienen las salidas del proceso que son los egresos, defunciones, transferencias dentro y fuera de la institución, obteniéndose a su vez una serie de información, que servirá para establecer actividades de mejora.

A continuación, como se observa en el gráfico N° 4.8 se desglosa el macro proceso de hospitalización, en los procesos de: atención quirúrgica, atención clínica y unidad de terapia intensiva. Los procesos del servicio de Pediatría y

Neonatología se sitúan dentro de la atención clínica citando como sub procesos principales el de admisión, tratamiento médico, interconsultas y/o egresos.

GRÁFICO N° 4.8
DESARROLLO DEL PROCESO



Fuente: MSP.

Elaboración: Corrales Fabiola.

4.3.5 ESTABLECIMIENTO DE LOS PROCESOS PRINCIPALES DEL ÁREA DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA.

El presente modelo de gerencia por procesos, estará basado en la organización del área de Pediatría y Neonatología, teniendo como estructura básica los procesos principales del departamento. A continuación se describe y grafica los procesos antes mencionados, siguiendo la siguiente secuencia:

- Descripción de actividades
- Diseño gráficos de los procesos

- Caracterización, del proceso.

CUADRO N° 4.2

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES SUBPROCESO: ADMISIÓN

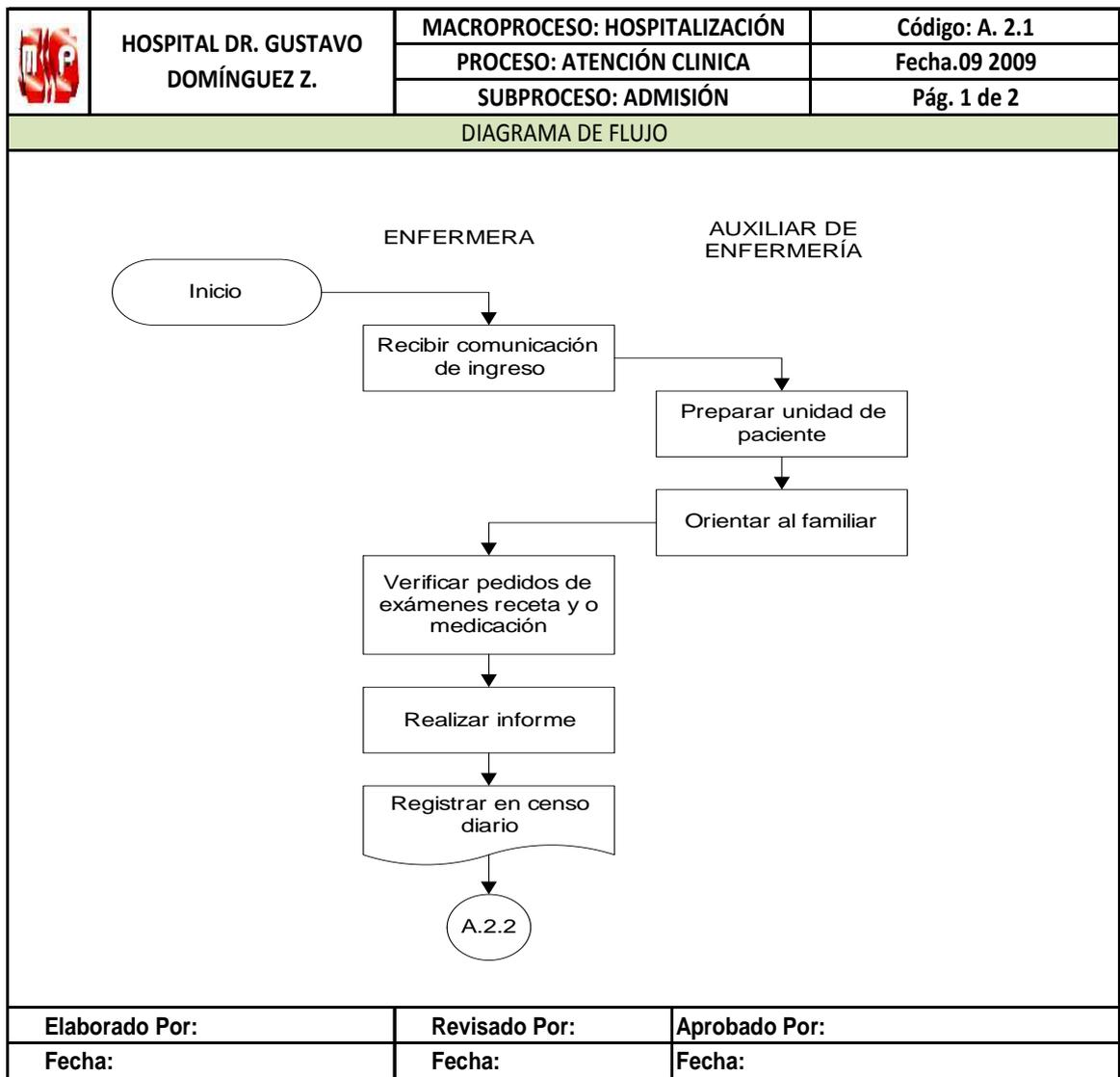
	HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ Z.	MACROPROCESO: HOSPITALIZACIÓN		Código: A. 2.1
		PROCESO: ATENCIÓN CLÍNICA		Fecha. 09 2009
		SUBPROCESO: ADMISIÓN		Pág. 1 de 3
DESCRIPCIÓN				
N°	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTROS
1	Recibir comunicación de ingreso	Se recibe llamada telefónica comunicando el ingreso y diagnóstico del paciente	Enfermera de turno	
2	Preparar unidad del paciente	De acuerdo a edad y diagnóstico del paciente, se prepara la unidad, en la sala respectiva, con los aditamentos y los equipos necesarios	Enfermera de turno/o Auxiliar de enfermería	
3	Recibir al paciente	Ubicar al paciente, en el área asignada	Enfermera de turno	
4	Orientar al familiar	Informar al familiar ubicación de servicios básicos, horas de visita	Enfermera y/o Auxiliar	
5	Verificar pedido de exámenes, recetas y/o medicación	De acuerdo a indicación médica verificar pedidos, recetas y/o medicación.	Enfermera de turno	Historia clínica
6	Realizar informe	Se realiza informe de enfermería, en el formulario respectivo en el que se describe la condición del paciente	Enfermera de turno	Formulario 005
7	Registrar ingreso en censo diario	Anotar número de cama, número de historia clínica, nombre del paciente en el formulario 555	Enfermera de turno	Formulario 555
Elaborado por.		Revisado por	Aprobado por.	
Fecha		Fecha.	Fecha.	

Fuente: Servicio Pediatría.

Elaboración Corrales Fabiola.

GRÁFICO N° 4.9

DIAGRAMA DE FLUJO, SUBPROCESO: ADMISIÓN



Fuente: Servicio Pediatría.

Elaboración Corrales Fabiola.

CUADRO N° 4.3
CARACTERIZACIÓN SUBPROCESO: ADMISIÓN

	HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ	MACROPROCESO: HOSPITALIZACIÓN	Código: A.2.1
		PROCESO: ATENCIÓN CLÍNICA	Fecha. 09 2009
		SUBPROCESO:ADMISIÓN	Pág. 3 de 3
CARACTERIZACIÓN			
Objetivo: Realizar el ingreso de pacientes al servicio según normas establecidas			
Alcance: El proceso inicia con la solicitud de ingreso, termina con el ingreso del paciente.			
ENTRADAS			
DENOMINACIÓN		PROVEEDOR	
Solicitud de ingreso		Consulta Externa y Emergencia	
Historia clínica			
Formulario censo diario			
RECURSOS			
FÍSICOS		HUMANOS	
Material de oficina		Médico Tratante	
Medios de comunicación telefónica		Médico Residente	
Infraestructura hospitalaria		Enfermera	
		Auxiliar de Enfermería	
SALIDAS			
Ingreso hospitalario			
CONTROLES			
Normas de ingreso del servicio			
Registro de ingresos (base de datos)			
Censo diario			
REGISTROS			
Formulario 555			
Formulario 005			
INDICADORES			
DENOMINACIÓN		FÓRMULA	
Promedio de ingresos		Total de ingresos / Total días del año	
Elaborado por	Revisado por:	Aprobado por:	
Fecha:	Fecha:	Fecha:	

Fuente: Servicio Pediatría.

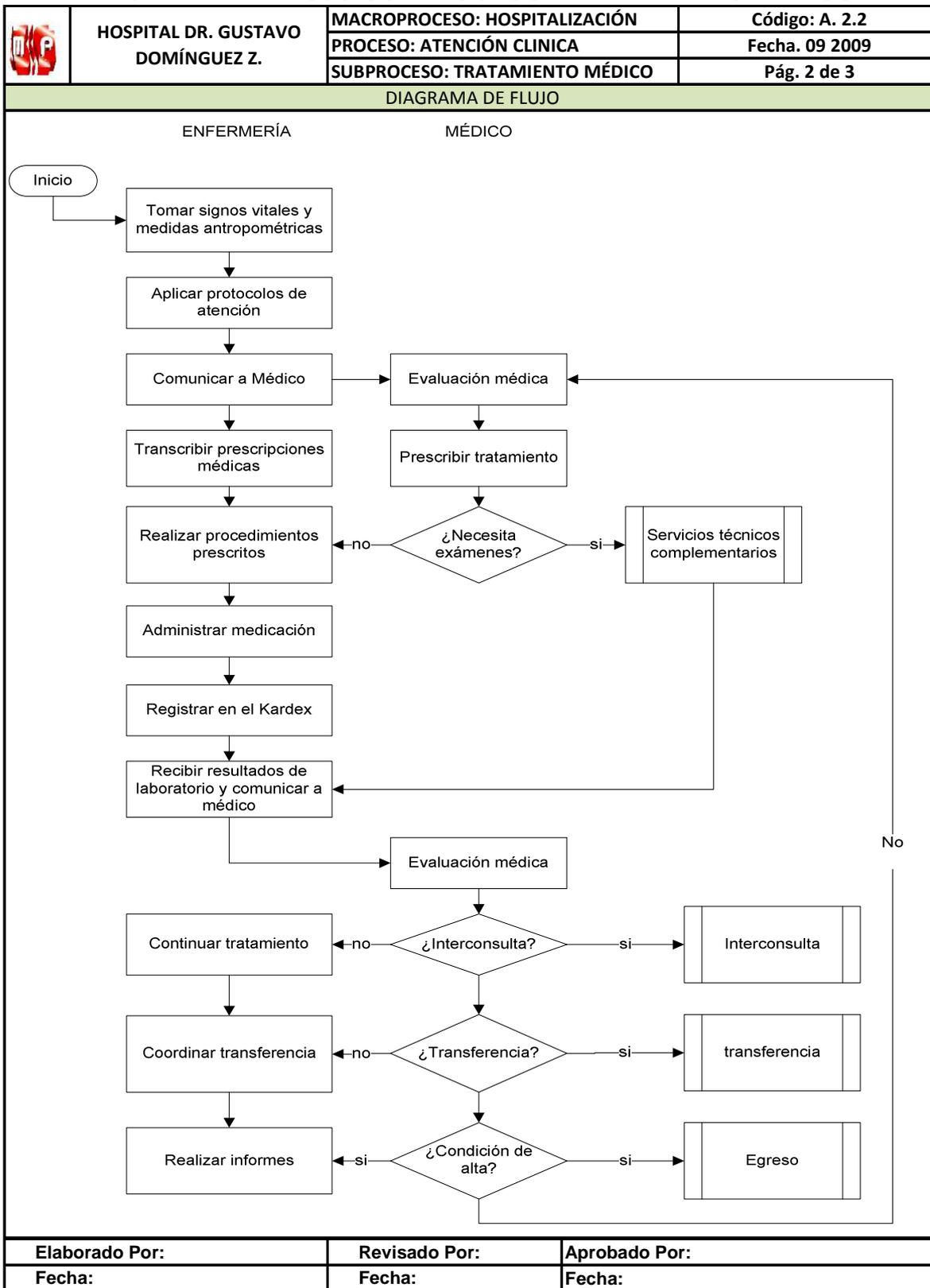
Elaboración Corrales Fabiola

CUADRO N° 4.4
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
SUBPROCESO: TRATAMIENTO MÉDICO

	HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ Z.	MACROPROCESO: HOSPITALIZACIÓN	Código: A. 2.1	
		PROCESO: ATENCIÓN CLÍNICA	Fecha. 09 2009	
		SUBPROCESO: TRATAMIENTO MÉDICO	Pág. 1 de 3	
DESCRIPCIÓN				
N°	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTROS
1	Tomar signos vitales y medidas antropométricas	Se toma temperatura, frecuencia cardíaca respiratoria, peso del paciente y anotar en formulario	Enfermera	Formulario 020
2	Aplicar protocolo de atención según patología	De acuerdo a condición de paciente dar atención inmediata según patología.	Enfermera de turno	
3	Comunicar a médico	Informar al médico condición del paciente	Enfermera de turno	Formulario 005
4	Evaluación médica	Realizar la evaluación correspondiente para determinar tipo de tratamiento	Médico Tratante	
5	Prescribir tratamiento	El médico escribe el tratamiento, en el formulario respectivo	Médico Tratante	Formulario 005
6	Solicitar exámenes	De acuerdo a necesidad del paciente, solicita exámenes en formulario respectivo	Médico Tratante	Formulario 010
7	Transcribir indicaciones médicas	Las indicaciones médicas se transcriben al kardex con horarios establecidos	Enfermera	Formulario 022
8	Realizar procedimientos descritos	Se realiza procedimientos específicos según indicación médica	Enfermera	
9	Administrar medicación	De acuerdo a indicación médica se administra medicación	Enfermera	
10	Evaluación médica	Médico interpreta resultado de exámenes complementarios y prescribe indicaciones	Médico	
11	Registrar evolución del paciente	Todas las evoluciones de los pacientes son registradas en la historia clínica para informe del médico respectivo, secuencia del cuidado y tratamiento	Enfermera	Formulario 005
12	Continuar tratamiento	Se continúa dando atención al paciente, según necesidad y protocolo de atención	Enfermera	
13	Coordinar transferencia	Según indicación médica coordinar con familiares y Trabajo Social	Enfermera	
14	Realizar informes	Reportar la condición del enfermo en el formulario correspondiente y la respuesta al tratamiento, con firma de responsabilidad.	Enfermera	Formulario 005
Elaborado por.		Revisado por	Aprobado por.	
Fecha		Fecha.	Fecha.	

GRÁFICO Nº 4.10

DIAGRAMA DE FLUJO SUBPROCESO: TRATAMIENTO MÉDICO



CUADRO N° 4.5

CARACTERIZACIÓN SUBPROCESO: TRATAMIENTO MÉDICO

	HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ.	MACROPROCESO: HOSPITALIZACIÓN	Código: A.2.2
		PROCESO: ATENCIÓN CLÍNICA	Fecha: 09 2009.
		SUBPROCESO: TRATAMIENTO MÉDICO	Pág. 3 de 3
CARACTERIZACIÓN			
Objetivo: Dar atención al paciente según necesidad, con personal especializado y recursos tecnológicos actualizados.			
Alcance: El proceso inicia desde la admisión del paciente (A.2.1), luego de tratamiento egresa el paciente: recuperado con indicaciones a seguir, transferencia o defunción.			
ENTRADAS			
DENOMINACIÓN		PROVEEDOR	
Formulario 008		Consulta Externa	
Historia clínica		Emergencia.	
RECURSOS			
FÍSICOS		HUMANOS	
Insumos y equipo médico		Médico Tratante	
Medicación		Médico Residente	
Material de aseo		Enfermera	
Infraestructura hospitalaria		Auxiliar de Enfermería	
SALIDAS			
Paciente atendido.			
Transferencias			
Defunciones			
CONTROLES			
Historia Clínica			
Registro condición de paciente			
Egreso de medicación, de insumos.			
REGISTROS			
Formulario de historia clínica 005.020, 022			
INDICADORES			
DENOMINACIÓN		FÓRMULA	
Promedio días estada		$\# \text{ días estada egresos del período} / \# \text{ egresos del período}$	
Porcentaje de ocupación		$\text{total días cama ocupada} / \text{total días cama disponibles} * 100$	
Porcentaje de usuarios que reingresan en un plazo menor a un mes		$\text{total pacientes reingresados} / \text{total pacientes egresados} * 100$	
Elaborado por	Revisado por:	Aprobado por:	
Fecha:	Fecha:	Fecha:	

Fuente: Servicio Pediatría.

Elaboración Corrales Fabiola

CUADRO N° 4.6

**DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
SUBPROCESO: INTERCONSULTAS**

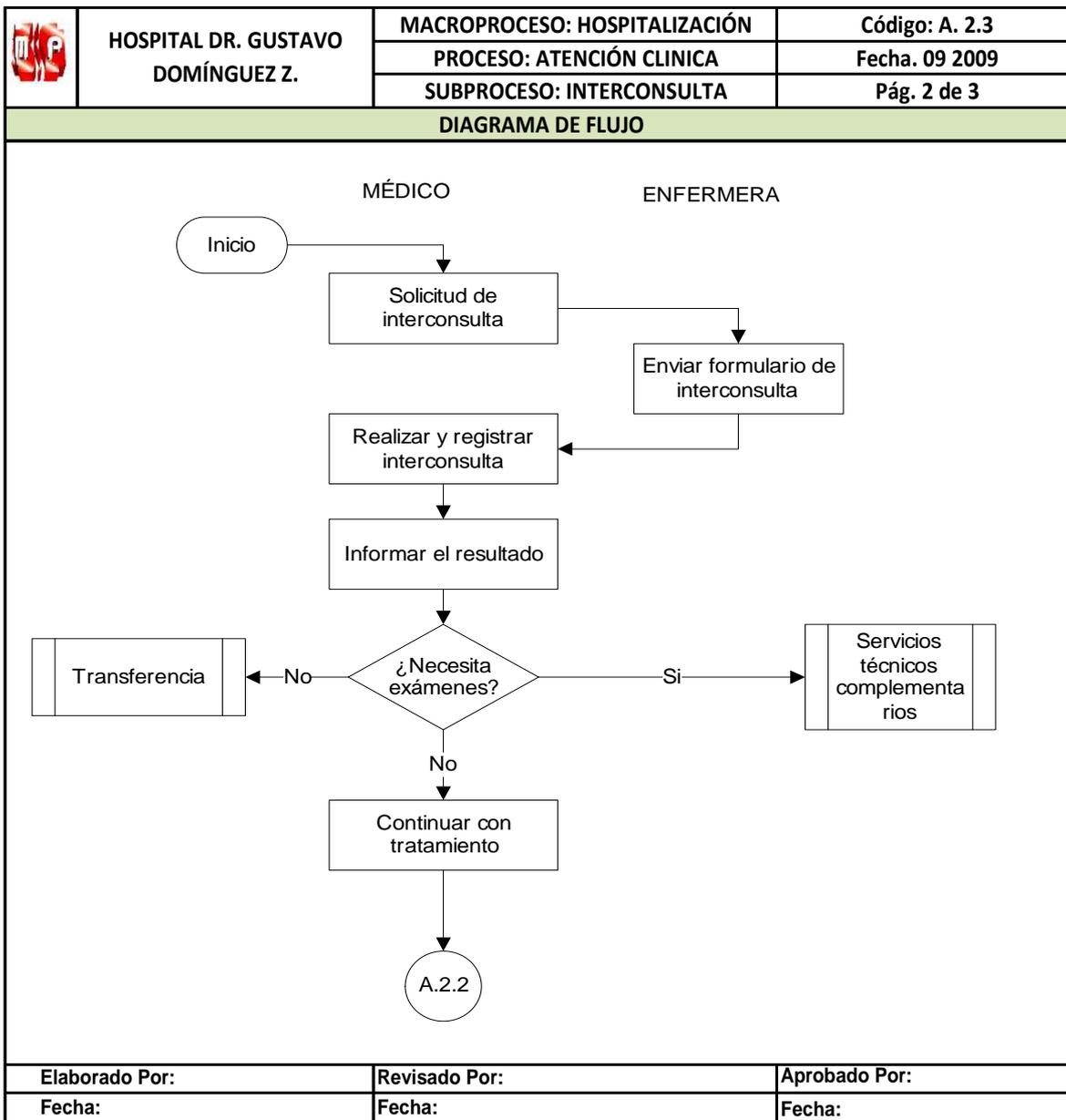
	HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ Z.	MACROPROCESO: HOSPITALIZACIÓN	Código: A. 2.3	
		PROCESO: ATENCIÓN CLÍNICA	Fecha. 09 2009	
		SUBPROCESO: INTERCONSULTA	Pág. 1 de 3	
N°	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTROS
1	Sociedad de interconsulta	Si el paciente no mejora y requiere una evaluación de otra especialidad el médico solicita interconsulta	Médico Tratante	Formulario 007
2	Enviar formulario de interconsulta	Según la especialidad consultada se envía el formulario	Enfermera	
3	Realizar y registrar interconsulta	El médico consultado realiza la interconsulta y registra en formulario enviado	Médico especialista	
4	Informar el resultado	Informa sobre el resultado de la interconsulta al médico tratante	Médico residente	Formulario 005
5	Realizar exámenes complementarios	De acuerdo a indicaciones médicas	Enfermera	
6	Continuar con tratamiento	Si no necesita realizar ajuste en su tratamiento	A.2.2	
Elaborado por.		Revisado por	Aprobado por.	
Fecha		Fecha.	Fecha.	

Fuente: Servicio Pediatría.

Elaboración Corrales Fabiola

GRÁFICO N° 4.11

DIAGRAMA DE FLUJO SUBPROCESO: INTERCONSULTAS



Fuente: Servicio Pediatría.

Elaboración Corrales Fabiola

CUADRO N° 4.7
CARACTERIZACIÓN SUBPROCESO: INTERCONSULTAS

	HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ	MACROPROCESO: HOSPITALIZACIÓN	CÓDIGO: A. 2.3
		PROCESO: ATENCIÓN CLÍNICA	Fecha. 09 2009
		SUBPROCESO: INTERCONSULTAS	Pág. 3 de 3
CARACTERIZACIÓN			
Objetivo: Atender necesidades del paciente mediante realización de interconsulta de especialidad			
Alcance: Inicia con la solicitud de interconsulta y termina con la realización de la misma			
ENTRADAS			
DENOMINACIÓN		PROVEEDOR	
Solicitud de interconsulta		Paciente con solicitud de interconsulta	
Formulario 007			
Historia clínica			
RECURSOS			
FÍSICOS		HUMANOS	
Equipo médico		Médico Tratante	
Formularios historia clínica		Médico Especialista	
Material de escritorio		Médico Residente	
		Enfermera	
SALIDAS			
Interconsulta realizada			
CONTROLES			
Manual de normas y procedimientos del M.S.P.			
Manual de normas del servicio			
REGISTROS			
Formulario 007			
Formulario 005			
Registro de interconsultas			
INDICADORES			
DENOMINACIÓN		FÓRMULA	
Porcentaje de interconsultas realizadas		$\frac{\# \text{ de interconsultas realizadas}}{\# \text{ de interconsultas solicitadas}} * 100$	
Elaborado por	Revisado por:	Aprobado por:	
Fecha:	Fecha:	Fecha:	

Fuente: Servicio Pediatría.

Elaboración Corrales Fabiola

CUADRO N° 4.8

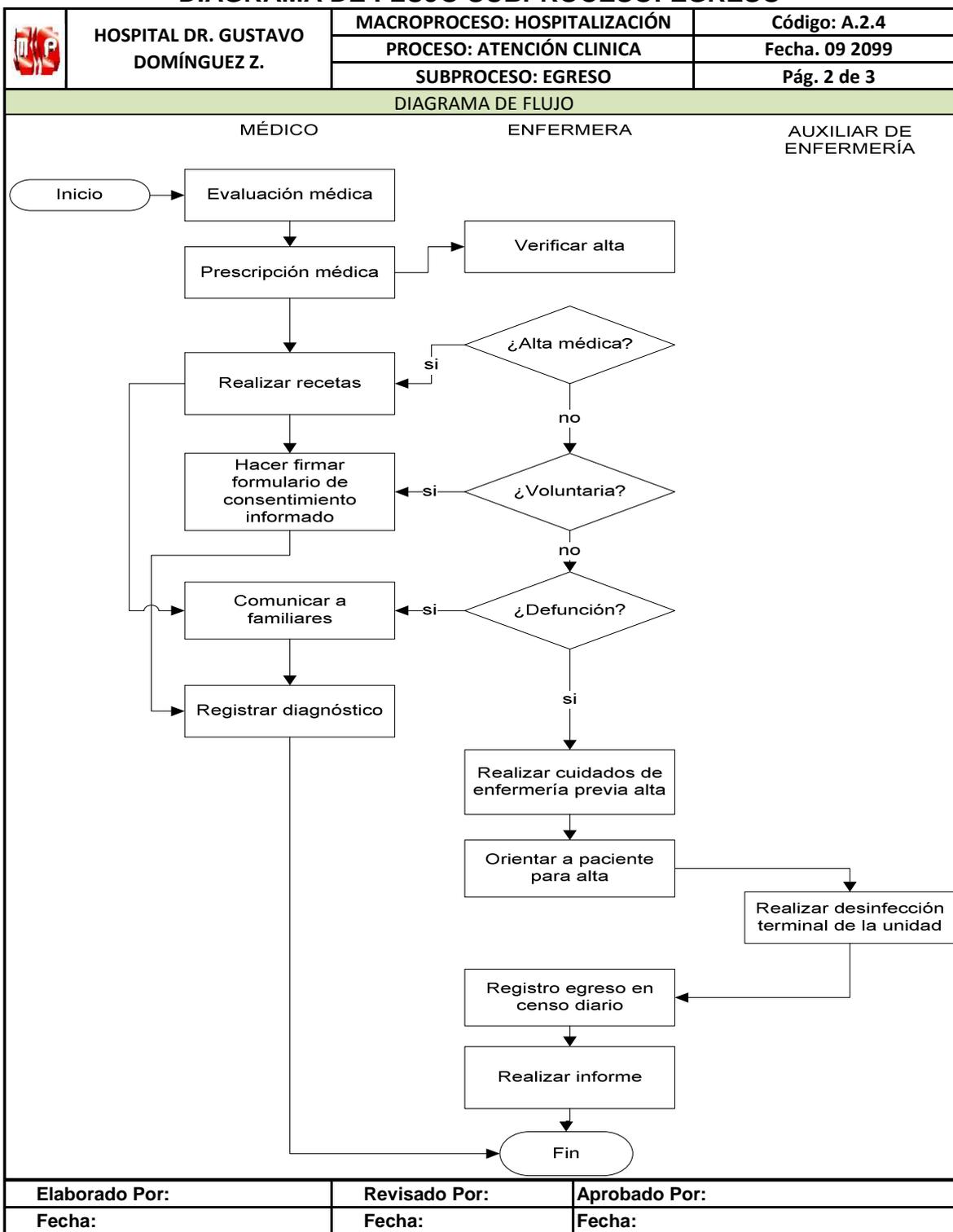
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES.SUBPROCESO: EGRESO

	HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ Z.	MACROPROCESO: HOSPITALIZACIÓN		Código: A. 2.4
		PROCESO: ATENCIÓN CLÍNICA		Fecha. 09 2009
		SUBPROCESO: EGRESOS		Pág. 1 de 3
DESCRIPCIÓN DEL PROCESO				
1	Evaluación Médica	El médico evalúa al paciente luego del tratamiento, confirma mejoría, recuperación del paciente para alta o defunción	Médico Tratante	
2	Prescribir indicaciones médicas	Determina las indicaciones a seguir por el paciente en su domicilio	Medico	Formulario 005
3	Verificar alta	Confirmar el alta en el formulario respectivo	Enfermera	Formulario 005
4	Realizar recetas	Elaborar recetas, con indicaciones	Médico Residente	
5	Hacer firmar formulario de consentimiento informado	En caso de solicitud de alta voluntaria debe firmar formulario respectivo	Médico	Formulario 024
6	Comunicar a familiares	Informar a familiar condición de paciente Y/o defunción	Médico	
7	Registrar diagnóstico	Verifica y registra diagnóstico definitivo en formulario respectivo	Médico	Formulario 005
8	Realizar cuidados de enfermería previos al alta	Se controla condición física del paciente, aseo, se retira aditamentos colocados al paciente como vías, catéteres etc. Si fallece cuidados pos mortem.	Enfermera	
9	Orientar al familiar para el alta	Una vez que el paciente se encuentre recuperado o en condiciones de ir a su domicilio se le da las indicaciones pertinentes para su cuidado y medicación	Enfermera	Formulario 005
10	Realizar desinfección terminal de la unidad	Luego del egreso del paciente se realiza la limpieza y desinfección de la unidad utilizada	Auxiliar de Enfermería	
11	Registrar egreso en censo diario	Anotar en formulario 555, número de cama, historia clínica y nombre del paciente.	Enfermera.	Formulario 555
12	Realizar informe	Reportar la condición de egreso con firma	Enfermera.	Formulario 005
Elaborado por.		Revisado por	Aprobado por.	
Fecha		Fecha.	Fecha.	

Fuente: Servicio Pediatría.

Elaboración Corrales Fabiola

GRÁFICO N° 4.12
DIAGRAMA DE FLUJO SUBPROCESO: EGRESO



Fuente: Servicio Pediatría.

Elaboración Corrales Fabiola.

CUADRO Nº 4.8

CARACTERIZACIÓN SUBPROCESO: EGRESO

	HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ.	MACROPROCESO: HOSPITALIZACIÓN	Código: A.2.4
		PROCESO: ATENCIÓN CLÍNICA	Fecha: 09 2009
		SUBPROCESO: EGRESO	Pág. 3 de 3
CARACTERIZACIÓN			
Objetivo: Dar indicaciones médicas y cuidados finales luego de prescripción de alta.			
Alcance: Inicia desde la evaluación médica pre alta hasta el egreso del paciente con indicaciones.			
ENTRADAS			
DENOMINACIÓN		PROVEEDOR	
Formulario 005		Proceso A.2.3 - A.2.2	
RECURSOS			
FÍSICOS		HUMANOS	
Historia clínica		Médico Tratante	
Solicitud de exámenes de laboratorio		Médico Residente	
Recetas		Enfermera	
Material de aseo		Auxiliar de enfermería	
Medicación			
SALIDAS			
Egreso del paciente con indicaciones			
CONTROLES			
Censo diario			
Historia Clínica			
Egreso de materiales			
REGISTROS			
Registros de enfermería formulario 005			
Registros médicos: formulario 005 , 001			
Censo diario			
Condición de paciente			
INDICADORES			
DENOMINACIÓN		FÓRMULA	
Giro de cama		total egresos del período / promedio camas disponible	
Promedio días paciente		Total días paciente/ #días del mismo período.	
Tasa de mortalidad infantil		edad un período / Número de nacidos vivos * 1000	
Morbilidad por causa específica		Casos atendidos por enfermedad X en el servicio/ Total atenciones en el servicio *100	
Elaborado por		Revisado por:	
Fecha:		Fecha:	
		Aprobado por:	
		Fecha:	

Fuente: Servicio Pediatría.

Elaboración Corrales Fabiola.

4.4 GESTIÓN

Es un proceso que se debe sostener en la eficiencia, por lo tanto debe implementarse sobre la base de un programa que implique a todos los sectores desde la actitud y la ejecución espontánea con el uso general del conocimiento clínico y ético de la eficiencia.

El propósito del gerenciamiento es conducir la organización hacia su objetivo, que debe ser muy claro para todo el personal, el asignar los recursos humanos, materiales, financieros y de tiempo, de modo tal de alcanzar los mejores resultados, con los menores costos, el manager o gerente es aquel que alcanza con eficiencia los objetivos de la organización, a través de las actividades de los otros, en las instituciones públicas de salud es cumplir con los programas del estado, sin embargo necesitan optimizar la utilización de los recursos, a través de más y mejores prestaciones alcanzar un mayor impacto en la salud.⁸¹

A continuación se realiza una descripción de los principales indicadores, con los cuales se puede evaluar la Gestión del Servicio.

Tiempo promedio en ser atendido por los funcionarios del área.

Objetivo:

Este indicador tiene por objetivo conocer el tiempo promedio que el usuario está en espera para ser atendido por el personal administrativo donde se desarrolla el proceso a evaluar.

Definición:

Resulta de la diferencia entre el momento, medido en unidades temporales, en que el usuario se presenta en un mostrador de atención y el momento de la concreción de su consulta.

(Hora atención n + 1 - hora de atención n)

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

⁸¹ FUNDACIÓN ISALUD, INSTITUTO UNIVERSITARIO ISALUD Gestión. Módulo 3 Diplomado superior de Gerencia de Hospitales. Ecuador. Diciembre2002/2003.Pág.6, 22

Modo de valoración:

La frecuencia de evaluación aconsejable no debe ser superior al mes.

Trato brindado por el personal**Objetivo:**

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

Definición:

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

$(\text{Buen trato} / \text{total encuestado}) * 100$.

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

Modo de valoración:

La frecuencia de evaluación aconsejable no debe superar al mes. Se expresará en forma cualitativa.

Quejas recibidas:**Objetivo:**

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

Definición:

Este indicador tiene por objetivo manifestar las irregularidades que ocurren en los distintos procesos.

Modo de valoración:

La frecuencia de evaluación aconsejable no deberá superar a la semana. Se expresará en forma cuantitativa.

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

- ***Comodidad durante la espera***

Objetivo:

Este indicador tiene por objetivo conocer el grado de comodidad que experimenta el usuario en la planta física durante su espera.

Definición:

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

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

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

Modo de valoración:

La frecuencia de evaluación aconsejable no deberá superar al mes. Se expresará en forma cualitativa.

- ***Higiene y condiciones del sector***

Objetivo:

Este indicador tiene por objetivo conocer la higiene de la planta física.

Definición:

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

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

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

Modo de valoración:

La frecuencia de evaluación aconsejable no deberá superar los quince días. Se expresará en forma cualitativa.

- ***Tiempo promedio en la ejecución de la consulta asistencial***

Objetivo:

Este indicador tiene por objetivo conocer el tiempo promedio que espera el usuario desde que solicita un servicio hasta la realización del mismo.

Definición:

Resulta de hacer la diferencia entre la fecha de solicitud de determinado servicio y la fecha de consumo del mismo.

(Fecha solicitud - fecha de evacuación de la solicitud)

Sus principales fuentes de datos son los sistemas disponibles para dicho fin y las quejas relacionadas con dicho indicador.

Modo de valoración:

La frecuencia de evaluación aconsejable no deberá superar los quince días. Se expresará en forma cuantitativa.

• ***Puntualidad del médico***

Objetivo:

Este indicador tiene por objetivo conocer la puntualidad del recurso humano protagonista, el médico.

Definición:

Resulta de hacer la diferencia entre la hora prevista de llegada del médico y la hora real de llegada.

(hora prevista - hora real)

Su principal fuente de datos es el sistema disponible para dicho fin, el registro de marcas de tarjetas.

Modo de valoración:

La frecuencia de evaluación aconsejable no deberá superar los quince días. Se expresará en forma cuantitativa.

- **Porcentaje de re ingresos de usuarios**

Objetivo:

Este indicador tiene por objetivo conocer la efectividad con que se diagnostica y se resuelve la patología de un paciente.

Definición:

Se entiende por re-ingreso, un usuario en un lapso no mayor a cuarenta y ocho horas regresa con la misma patología.

Resulta de hacer el cociente entre la sumatoria de las re-ingresos y el total de ingresos en el período T.

Total pacientes reingresados / total pacientes egresados *100

Sus principales fuentes de datos son los sistemas disponibles para dicho fin.

Modo de valoración:

La frecuencia de evaluación aconsejable no deberá superar los quince días. Se expresará en forma cuantitativa, como un porcentaje sobre el total de egresos.

- **Porcentaje de ocupación**

Objetivo:

Este indicador tiene por objetivo conocer el porcentaje de ocupación de camas del área de Pediatría y Neonatología.

Definición:

Representa el total de días paciente durante un período determinado. y el total de días cama disponible.

$(\text{Días paciente } t / \text{días cama disponibles } t) * 100.$

Por su parte los días cama ocupados son los días que ocupa una cama un paciente.

Su principal fuente de datos es el censo diario, se entiende por censo diario el relevamiento de información sobre el área de internación que determina el número exacto de pacientes hospitalizados y su ubicación, entre otros.

Modo de valoración:

La frecuencia de evaluación no deberá superar los quince días. Se expresará en forma cuantitativa.

- ***Promedio de estadía***

Objetivo:

Este indicador tiene por objetivo conocer el promedio de días que un paciente permanece internado.

Definición:

Representa el número de días en promedio que un paciente ha permanecido internado en un período de tiempo. Resulta de hacer el cociente entre el total de días cama ocupada de los pacientes egresados y el total de egresos.

(Total días estada / total de egresos)

Se entiende por egreso la salida del servicio de un paciente internado ya sea por "alta", traslado a otro servicio u otro centro de salud, o por "defunción". El egreso implica la desocupación de una cama.

Su principal fuente de datos es el censo diario.

Modo de valoración:

La frecuencia de evaluación no deberá superar los quince días. Se expresará en forma cuantitativa.

- ***Porcentaje de usuarios que vuelven a ser ingresados a un servicio de internación en un plazo menor a treinta días***

Objetivo:

Este indicador tiene por objetivo conocer el porcentaje de usuarios que luego de ser egresados reiteran su ingreso con un plazo menor a treinta días.

Definición:

Resulta de hacer el cociente entre el total de pacientes reingresados y el total de pacientes egresados.

(Pacientes reingresados t / pacientes egresados t) * 100.

Se entiende por ingreso la entrada de un paciente al sector internación. Implica la ocupación de una cama.

Su principal fuente de datos es el censo diario.

Modo de valoración:

La frecuencia de evaluación no deberá superar los quince días. Se expresará en forma cuantitativa como un porcentaje sobre los pacientes egresados.

• ***Tasa de mortalidad***

Definición:

La tasa de mortalidad expresa la frecuencia de la ocurrencia de la muerte dentro de algún intervalo de tiempo en una población específica y se usan para medir la salud global de dicha población, en este caso de los menores del área de Pediatría y Neonatología.

Resulta de hacer el cociente entre el total de defunciones y el total de usuarios en un período dado.

n° de defunciones en un período / número de egresos del período * 100

Modo de valoración:

La frecuencia de evaluación no debería superar a la mensualidad. Se expresará en forma cuantitativa, como un porcentaje sobre la masa de usuarios.

Tasa de morbilidad

Definición:

Representa el número de casos de una enfermedad sobre el total de usuarios por mil.

Es una tasa muy importante porque nos permite tomar las medidas necesarias con respecto a esa enfermedad, desde la compra de medicamentos, capacitación de personal específico, hasta la realización de talleres para la educación de los usuarios sobre la prevención o, en el caso de patologías crónicas, el tratamiento y el seguimiento más adecuado.

Resulta de hacer el cociente entre el total de casos de una enfermedad y el total de usuarios en un período dado.

n° casos enfermedad / n° de usuarios * k

k=1000

Modo de valoración:

La frecuencia de evaluación no debería superar a la mensualidad. Se expresará en forma cuantitativa, como un porcentaje sobre la masa de usuarios.

- ***Tiempo promedio de espera para obtener el resultado de un estudio***

Objetivo:

Este indicador tiene por objetivo conocer el tiempo promedio que transcurre desde que el usuario se realiza un estudio hasta que el mismo se encuentra disponible en su historia clínica.

Definición:

Resulta de hacer la diferencia entre la fecha de realización de determinado estudio y la fecha de su disponibilidad.

(Fecha realización - fecha de disponibilidad)

Sus principales fuentes de datos son los sistemas disponibles para dicho fin y las quejas relacionadas con dicho indicador.

Modo de valoración:

La frecuencia de evaluación aconsejable no deberá superar la mensualidad. Se expresará en forma cuantitativa.

Para mejorar la producción del Servicio de Pediatría, se ha tomado en cuenta que al optimizar el recurso cama, se obtendrá un mayor porcentaje de ocupación de la misma, según estadísticas el año 2008 está con el 78%, y al aumentar el número de egresos progresivamente llegar al 98%

4.4.1 OPTIMIZACIÓN DEL RECURSO CAMA.

La propuesta de optimización del recurso cama a través del cual se propende mejorar la oferta y por lo tanto la productividad, se realiza tomando en cuenta datos de años anteriores como base, de ahí se realiza cálculos de acuerdo al número de egresos, número de camas, período de tiempo, promedio días estada, días cama ocupada, total días paciente, índice ocupacional.

El promedio días estada PDE, tiempo promedio de días que el paciente permanece hospitalizado, tomando en cuenta que éste dato constituye un monitor de tiempo promedio que lleva el servicio para brindar atención al paciente hospitalizado.

A mayor número de egresos, manteniendo el día cama disponible DCD (número de camas por período), el giro de cama (promedio de egresos que se genera por cada cama, en un período de tiempo) va aumentando, eleva la productividad del recurso cama, a mayor promedio de estancia, menor el giro de cama y a menor promedio de estancia mayor giro de cama.

El promedio días estada PDE, tiempo promedio de días que el paciente permanece hospitalizado, tomando en cuenta que éste dato constituye un monitor de tiempo promedio que lleva el servicio para brindar atención al paciente hospitalizado.

El día cama ocupada es un indicador que representa la articulación de los recursos que se emplean en la atención de los pacientes, sea atención médica, de enfermería, de limpieza etc., en el cuadro va en aumento de acuerdo al día cama disponible, por lo tanto se puede gestionar el aumento de personal.

Al aumentar el número de egresos mayor es el índice ocupacional, es una medida de racionalidad en el uso de los recursos de inversión (dotación de camas), mayor capacidad de oferta de servicios y costos de operación más bajos para atender la demanda de servicios.

Para lograr éste objetivo en la Tabla N° 4.7 se plantea dos escenarios muy bueno si se mantiene el promedio de día estada de 4, se logrará un 89% de índice ocupacional, el giro cama sería de 81, con un total de egresos de 2100.

El escenario óptimo, se plantea disminuyendo el día estada a 3, con lo que mejoraría el índice ocupacional hasta un 98%, incrementándose el giro de cama a 119 y el número de egresos aumentarían a 3100.

TABLA N° 4.7

OPTIMIZACIÓN DEL RECURSO CAMA

Egresos	camas	Periodo	DCD	Giro cama	PDE	DCO	Total días Pte	IO	Escenario
1415	26	365	9490	54	4	6186	7192	65%	Muy Bueno
1700	26	365	9490	65	4	6800	5986	72%	
2100	26	365	9490	81	4	8400	4846	89%	
2900	26	365	9490	112	3	8700	3509	92%	Óptimo
3000	26	365	9490	115	3	9000	3392	95%	
3100	26	365	9490	119	3	9300	3283	98%	

Fuente: Dpto. de Estadística. Elaboración Fabiola Corrales.

4.4.2 MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD.

A continuación se exponen acciones de mejoramiento de la calidad en los diferentes servicios evaluados de la institución, mediante la encuesta “Estándares Mínimos obligatorios para garantizar la Calidad de la Atención Médica.

En la Organización de la Atención Médica se debería canalizar todas las indicaciones de los especialistas de acuerdo a procedimientos escritos, y además realizar proyectos de investigación, se deben establecer normas para regular los días de estada de los pacientes por cada servicio.

La Referencia y Contra referencia; actualizar las normas para éste fin, equipar el medio de transporte con lo mínimo necesario para la atención del paciente crítico y disponer permanentemente de asistencia médica, establecer un mecanismo de seguimiento de los pacientes que han sido transferidos y realizar además la contra referencia.

En Hospitalización se debe contratar personal profesional de Enfermería para cubrir los turnos de 24 horas para mejorar la calidad de atención; disponer de forma escrita los protocolos de la morbilidad más frecuente en el servicio, analizar por lo menos una historia clínica al mes, para verificar el manejo correcto de los pacientes de acuerdo a protocolos, analizar e investigar complicaciones y accidentes de los pacientes en el servicio.

Consulta Externa establecer citas programadas, disponer de personal suficiente para optimizar la consulta en horarios de tarde, establecer en forma escrita protocolos de atención de las patologías más frecuentes, analizar periódicamente las historias clínicas para verificar la atención de acuerdo a protocolos. Disminuir los tiempos de espera para la atención médica.

Emergencia se debería realizar una revisión y actualización de protocolos de atención de la morbilidad más frecuente, al igual que las normas y procedimientos para la atención de pacientes, mediante revisión de estadísticas planificar y programar las actividades del servicio.

El Diagnóstico por Imágenes no cuenta con servicio de mamografía ni tomografía, se encuentra en trámite ésta adquisición, se debería optimizar el recurso de Médico Radiólogo ampliando el horario, establecer un control de la calidad.

Neonatología no cuenta con un área específica de cuidados intensivos, pero el tipo de paciente que ingresa necesita de ésta atención, el área es reducida, está en proyecto la ampliación, el incremento de personal profesional de enfermería es vital, igual que la adquisición de equipo mínimo necesario para la atención de pacientes críticos, para el mejoramiento de la atención en el servicio se debería realizar una auditoría periódica de las historias clínicas y realizar un análisis mensual de morbilidad, mortalidad, e infecciones del servicio.

Nutrición y Dietética es necesaria la atención en consulta externa de un Nutricionista por el alto índice de enfermedades crónico degenerativas.

Farmacia se debe ampliar el horario de atención las 24 horas, instaurar un sistema de control de inventarios de medicamentos que asegure el reabastecimiento regular y oportuno, realizar revisión periódica del manual de normas y procedimientos.

Registros y Estadísticas de Salud, establecer un comité de historias clínicas responsable de la calidad, registro de las historias clínicas, ampliar la atención las 24 horas, emitir una información mensual de la información, realizar un análisis cualitativo y cuantitativo de las historias clínicas.

4.5. MONITOREO Y EVALUACIÓN.

Son un proceso sistemático y continuo, constituido por una serie de técnicas y procedimientos que se utilizan para valorar una organización.

El Monitoreo, se refiere a la recolección sistemática, permanente de la información y la comparación con lo planificado analizando las diferencias, es un sistema de información con actividades y procesos realizados en forma continua y rutinaria con énfasis en el enfoque que identifica necesidades inmediatas de acción de acuerdo a los objetivos o planes establecidos. Entre los aspectos a considerar tenemos el nivel de involucramiento del paciente y/ o familiares, aspectos organizacionales, condiciones del ambiente, de los insumos, y de los prestadores de servicios.

Desde el punto de vista de la fuente de información pueden ser monitoreados de forma directa preguntándole al usuario, o indirecta por la tasa de uso de los servicios, según la frecuencia por medición de los indicadores pueden ser sistemática por medio de sistemas de información permanentes que toman la

opinión del usuario por medio de formulario o entrevistas; intermedias serán sistémicas se realiza encuestas de opinión durante el año en forma programada o no sistemáticas cuando se realizan en forma irregular. La organización puede implementar de forma sistemática o no una variedad de métodos para realizar el monitoreo, grupos de consulta, reuniones con miembros de la comunidad, entrevistas, visitas a la comunidad, encuestas, sistematización de las quejas, usuarios incógnitos.⁸²

La Evaluación, es un proceso continuo, dinámico mediante el cual se comprueba los logros alcanzados en función de los objetivos propuestos, permite adaptar los programas, a las características individuales de la organización, cumple la función de regulación y control, el proceso analítico de la evaluación cumple con una serie de etapas como: propósito, intereses de la evaluación, conclusiones y recomendaciones generales, para que una evaluación sirva para el buen desempeño e impacto en el desarrollo de los servicios de salud debe ser imparcial, creíble, útil, participativo, retro alimentador y costo/eficaz es decir que agreguen valor y el resultado sea proporcional a la inversión.⁸³

A continuación se expone una tabla con una propuesta de monitoreo y evaluación. Tabla N° 4.8

⁸² Ibid., pp. : 25 al 28

⁸³ CHACÓN RAMIREZ HUGO; Consultor OPS en Sistemas de Información e Indicadores de Gestión. Costa Rica .p.10

TABLA Nº 4.8
MONITOREO Y EVALUACIÓN

Indicadores estratégicos	Fórmula	Metas		MONITOREO Y EVALUACIÓN			
		Actual	2009	I TRIMESTR	II TRIMESTR	III TRIMESTR	IV TRIMESTR
Porcentaje de ocupación	Total días paciente/Días cama disponible*100	70,00%	85%				
Índice de cobertura	#de primeras consultas pediátricas nuevas+las primeras consultas de otros meses en un año/Total de consultas pediátricas en un año *100	56,00%	75%				
Índice de satisfacción del usuario	Nº de pacientes satisfechos en un mes t / Nº de pacientes atendidos en 1 mes t * 100.	70%	85%				
% de protocolos médicos aplicados % protocolos de enfermería aplicados	# de protocolos médicos aplicados/# protocolos propuestos . #de protocolos de enfermería aplicados/# protocolos propuestos	50%	85%				
% de quejas del servicio	# de usuarios que se quejan de la atención/total de pacientes atendidos	70%	50%				
% de comunicación efectiva con nuestros usuarios	# de usuarios hospitalizados satisfechos con la información recibida. Período 1 mes/# total de usuarios en hospitalización en el mismo período	33%	80%				
% de estudiantes satisfechos con el proceso enseñanza aprendizaje	#de estudiantes satisfechos en 6 meses de práctica/# total de estudiantes que realiza la práctica en 6 meses	60%	85%				
% de personal que se actualiza anualmente	#de personal que se actualiza anualmente/Total de personal del servicio	20%	50%				
% de personal del servicio que se encuentra satisfecho en el servicio	Nº de personal que se encuentran satisfechos realizando su trabajo en el Servicio el día de la medición / Nº total de personal en ese mismo día * 100.	70%	100%				
% de estadísticas y registros en salud, que cumplen con los estándares de calidad	#de estadísticas de 1 año que cumplen estándares de calidad/ total estadísticas del servicio*100	77%	90%				
% de presupuesto asignado	Presupuesto ejecutado/ presupuesto asignado	75%	90%				
% de pacientes indigentes con solución de pagos por tratamiento y/o exámenes	# de usuarios indigentes exonerados de pagos en un mes/ # total de pacientes que necesitan ayuda económica en un mes*100	20%	90%				

Elaboración: Corrales Fabiola

4.5.1 SISTEMAS DE INFORMACIÓN.

Es un conjunto de personas, datos y procedimientos que se relacionan entre sí que permiten almacenar, procesar y distribuir la información para apoyar la toma de decisiones en las funciones de planificación, organización, dirección y el control de una institución, está integrado por todos los sectores, y procesos que en ellos se realizan.

Es importante plantear un conjunto de elementos e indicadores para un sistema de información que proporcionen obtener datos que una vez procesados faciliten resultados que aporten a una toma de decisiones y la respectiva retroalimentación, una de las herramientas que apoya al sistema de información es WinSIG es una versión en ambiente Windows del Programa computacional del Sistema de Información Gerencial, SIG, de la Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), su principal aporte consiste no en generar nueva información, sino en relacionar la existente selectivamente para ofrecer al gerente una visión estratégica de los sistemas de salud y de la gestión sanitaria y facilitarle la toma de decisiones gerenciales.

“En este contexto, conviene destacar algunos de los principales productos que el Programa WinSIG ofrece al gerente para cumplir con las anteriores funciones:

- **Información actualizada** mes a mes para la gerencia, incluyendo cuadros, indicadores y tendencias. El WinSIG ofrece además un conjunto de indicadores para el control por resultados cuando hay procesos definidos de descentralización o, mejor aún, cuando dichos procesos están sustentados en acuerdos de gestión. Dichos indicadores cubren cobertura, producción, recursos, rendimientos y costos.
- Un módulo para el procesamiento de la **estructura de morbilidad atendida**, siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), que privilegia el concepto de capacidad de resolución de la red de servicios.

- Un módulo para la incorporación de **protocolos de atención** como un elemento auxiliar de excelencia clínica y a su vez articulado a la estructura de morbilidad y al sistema de programación de insumos y procedimientos.
- Un instrumento de **programación y presupuestación**, sustentado en el análisis institucional de la productividad y en los protocolos de atención que ofrece opciones más sólidas para determinar las metas de producción y los requerimientos de procedimientos terapéuticos, diagnósticos y de otra índole y de insumos esenciales.
- Un mecanismo de **costeo de atenciones**, además de los tradicionales costos promedios -globales y unitarios-, se incluyen tres modalidades:
 - ❖ costo presuntivo de atención o costo estándar, que emana de protocolos de atención
 - ❖ costeo por grupo de diagnósticos relacionados y
 - ❖ costo actual, ya sea por paciente o por procedimiento, que facilita el cobro individual o la facturación interinstitucional de servicios.
- Unas herramientas para **evaluación de la productividad** y análisis de la **eficiencia institucional** al comparar resultados vrs. programación y capacidad de producción actual vrs. la potencial.
- Un sistema de consulta en pantalla sobre la definición, fórmula, implicaciones, etc. de los **indicadores** que se utilizan en los procesos de gerencia institucional (el sistema incluye los principales indicadores que emplea el SIG, pero ofrece la opción para que se pueda editar o ingresar los que se considere apropiado a las necesidades del usuario); así como de los contenidos de los protocolos de atención definidos.

El menú principal del WinSIG reconoce una estructura con los siguientes componentes:

1. configuración,
2. datos,
3. resultados,
4. análisis,
5. utilitarios y
6. salir".⁸⁴

4.6 ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN.

Para lograr una administración ágil, se debe tomar como base los nuevos retos de la administración pública, las cualidades de un directivo, y las competencias de la Administración Pública, para conjuntamente con una estrategia de implementación, lograr cambios significativos, desde la gerencia hasta el área técnica.

Para optimizar la gestión en la administración, la actual coyuntura nacional e internacional exige a los directivos de la administración, a más de los conocimientos y experiencia, pretende desarrollar no solo las competencias de gestión sino también las competencias emocionales.

Los nuevos retos de la Administración Pública son: aumento de la seguridad, motivación de los funcionarios, reducción de costes, más exigencia al ciudadano., nuevas tecnologías, envejecimiento de la población y por lo tanto hay una constante presión para, aumentar la calidad y reducir los costes, más descentralización pero a la vez más integración horizontal, la administración como referente y líder social, administración electrónica y personalización.

⁸⁴ Fundación Isalud, Instituto Universitario Isalud, Diplomado en Gerencia de Hospitales, Diplomado Gerencia de Hospitales, 2003. Ecuador. pp: 33.

Además exige cada vez más aportaciones de valor hacia el ciudadano como más servicios, compromiso con la efectividad, transparencia, más relación con el resto de agentes sociales.

La nueva administración es sinónimo de administración ágil, con un aumento en la productividad, satisfacción de los empleados, calidad en el servicio, satisfacción del usuario, ampliación de procesos y estructuras, rapidez en la implantación de políticas, reducción de costes operativos (London School of Economics and Political Science)

Por lo tanto primero se debe construir una misión, visión con identidad común, promover el cambio, establecer la visión clara, dirigir hacia nuevas tendencias y objetivos estratégicos, incrementar la flexibilidad, conocer las necesidades ciudadanas, mejorar el servicio y tomar decisiones a través de consenso, alinear recursos a necesidades concretas, uso de tecnologías para mejorar la comunicación establecer relaciones con el usuario, dar servicio como base de los procesos.⁸⁵

4.6.1 DESCRIPCIÓN DE LA ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN.

Para implementar una estrategia se requiere de una participación auténtica que permita transformar la cultura, estructuras y sistemas de trabajo de una institución, entendiéndose además que es un trabajo continuo, que será evaluado en el tiempo mediante, la obtención de los resultados esperados.

Tomando como base lo citado anteriormente en el servicio de Pediatría y Neonatología, es necesario desarrollar una estrategia participativa, para lograr cambios encaminados a lograr el mejoramiento de la calidad de la atención.

Partiendo de las iniciativas del Cuadro de Balance Scorecard se desarrollan las siguientes perspectivas y actividades

⁸⁵ GRUPO GESFOR. El Directivo Público en el Momento Actual: Retos y Oportunidades. Noviembre 2008.

Usuario y Comunidad, Se identifica como objetivos estratégicos, los derivados en la consulta externa y emergencia, como:

- La necesidad de ampliar la cobertura de atención en consulta externa.
- Incrementar el número de ingresos de emergencia siguiendo las normas establecidas.
- Mejorar la satisfacción de los usuarios.

Para lograr cumplir con éstos objetivos se plantean las siguientes actividades:

- Reuniones con jefes departamentales de Emergencia y Consulta Externa para revisión periódica de normas, reglamentos y protocolos de atención.
- Solicitud de recurso para cubrir horario de la tarde, contrato de médico de 8 horas.
- Realizar encuestas de calidad de atención, socializar resultados, Desarrollar un taller sobre Atención al usuario.

Procesos Internos, se toma en cuenta para ésta perspectiva:

- Promover el mejoramiento continuo de la calidad.
- Reducir tiempos de espera en atención médica y realización de exámenes.
- Mejorar la comunicación entre usuario y personal.

Entre las actividades planteadas para cumplir con los objetivos anteriores están:

- Revisar protocolos de atención tanto médico como de enfermería de acuerdo a perfil epidemiológico y entregar a los servicios en forma escrita a los servicios para ser implementados.
- Elaborar plan de control y registro de asistencia del personal.
- Solicitud de talento humano de laboratorio de acuerdo a requerimientos del cargo.
- Mejoramiento de las relaciones interpersonales.

- Determinación de las necesidades de los clientes insatisfechos mediante encuesta.
- Desarrollo de talleres que traten de motivación, derechos de los pacientes, y principios y valores.

Perspectiva de Aprendizaje, se cita como estrategias

- Promover al servicio como docente asistencial
- Promover la actualización científica en el personal.
- Crear una cultura organizacional.
- Mejorar los registros estadísticos del servicio.

Las actividades propuestas son:

- Elaborar plan de orientación y supervisión según cronograma.
- Recabar información sobre cursos a realizarse e informar y facilitar la asistencia al mismo.
- En reuniones planificadas recordar el direccionamiento estratégico del servicio y de la institución.
- Promover reuniones para definir diagnósticos de egresos y de acuerdo a normas y clasificación del CIE. Socializar resultados.

Perspectiva Financiera, en lo referente a:

- Optimizar el presupuesto asignado,
- Implementar un sistema de ayuda al usuario.

Las actividades propuestas están:

- Planificar metas presupuestarias en base a necesidades.
- Planificar reuniones conjuntamente con Trabajo Social e instituciones privadas de ayuda social.

Todas estas perspectivas se desarrollan en base a objetivos, iniciativas estratégicas, desplegando actividades para cada una de ellas, siguiendo un cronograma de trabajo y esperando lograr los resultados esperados, lo que se especifica en la matriz de implementación (Tabla N° 4.9)

CONTINUACIÓN ESTRATEGIA

Perspectiva	Objetivos estratégicos	Iniciativas Estratégicas	RESPONSABLE	SERVICIO	ACTIVIDAD	PRESUPUESTO	Cronograma 2009												RESULTADOS ESPERADOS								
							I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII									
Procesos internos	Promover el mejoramiento continuo de la calidad	Implementación de procesos y protocolos para 10 patologías más frecuentes	Líderes del servicio médico y de Enfermería	Servicio de Pediatría y Neonatología	Revisar protocolos de atención de acuerdo a perfil epidemiológico, entregar en forma escrita y en magnético los protocolos médicos y de enfermería, a los servicios para ser implementados	20	x			x														El uso de protocolos optimiza la atención, ahorra recursos humanos y materiales			
	Reducir tiempos de espera en atención médica y realización de exámenes	Plan de control y correctivos . Aumento de atenciones en consulta y laboratorio con aumento de personal	Gerente ,Líderes del Servicio	Oficina de RR.HH. Consulta externa, y laboratorio	Elaborar plan de control y registro de asistencia del personal Solicitud de talento humano de laboratorio de acuerdo a los requerimientos del cargo	10897				x														Mejorar la atención con calidad humana			
	Mejorar la comunicación entre usuario y personal	Plan de capacitación.	Personal del Servicio y especialistas contratados por medio de laboratorios y casas productoras	Servicio de Pediatría	Mejoramiento de la relación interpersonal		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		Identificar las necesidades, derechos del paciente ayudará a una mejor relación pte./ usuario y mejorará la calidad de atención		
					Determinación de las necesidades de los clientes insatisfechos, a través de una encuesta				x																		
					* Taller de motivación							x															
* Taller sobre los derechos del paciente					155,3																						
				* Taller de Principios y valores																							

Fuente: Servicio de Pediatría y Neonatología Elaboración: Fabiola Corrales

CONTINUACIÓN ESTRATEGIA

Perspectiva	Objetivos estratégicos	Iniciativas Estrategias	RESPONSABLE	SERVICIO	ACTIVIDAD	PRESUPUESTO	Cronograma 2009												OBSERVACIONES					
							I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII						
PERSPECTIVA DEL APRENDIZAJE	Promover el servicio docente asistencia que facilite la adaptación de los estudiantes al servicio	Plan de orientación, supervisión y evaluación de los estudiantes	Personal del servicio	Servicio de Pediatría y Neonatología	Elaborar un plan de orientación y supervisión por escrito, con cronogramas. Mantener reuniones periódicas con coordinadores de docencia.	40																	Permitirá cumplir con los objetivos del estudiante y se dará atención integral al paciente.	
	Promover la actualización científica del personal	Motivación Incentivos	Líder del servicio(Enfermería)	Servicio de Pediatría y Neonatología	Recabar información sobre cursos a realizarse para asistencia programada. Elaborar plan de incentivos	30																	Personal motivado y capacitado, para una mejor atención al usuario.	
	Crear una cultura organizacional para optimizar el servicio	Realizar reuniones mensuales de información, logros, problemas y capacitación	Líder del servicio (Enfermería)	Servicio de Pediatría y Neonatología	Realizar reuniones en el servicio recordando el direccionamiento estratégico del servicio, detectar necesidades de capacitación	20																		Al tener al personal informado se siente involucrado con el trabajo.
	Mejorar los registros estadísticos del servicio	Coordinación de los servicio médicos con estadística	Líder del servicio(Médico), Personal medico del servicio y Líder de estadística	Servicio de Estadística	Reuniones para definir diagnósticos de egresos de acuerdo a normas y clasificación del CIE y socializar resultados.	15																		Es necesario unificar criterios, para mejorar la información y poder realizar la programación anual
PERSPECTIVA FINANCIERA	Optimizar el Presupuesto asignado	Plan de optimización de los recursos	Líderes de los servicios, médico, contabilidad. Gerente	Gerencia	Planificar metas presupuestarias en base a necesidades	20	x				x												Optimización de los recursos asignados	
	Implementar un sistema de ayuda al usuario	Plan de ayuda a indigentes, mantener los convenios con entidades privadas. Disponibilidad de historia social	Trabajadora Social.Líder de Enfermería del servicio	Servicio de Pediatría	Planificar reuniones con Trabajo Social e instituciones privadas	10																	Realizar exámenes complementarios a ptes indigentes, para lograr una pronta recuperación	

Fuente: Servicio de Pediatría y Neonatología Elaboración: Fabiola Corrales.

4.6.2 PRESUPUESTO DE LA ESTRATEGIA.

Basado en las perspectivas y actividades definidas en el punto 4.6.1 y el POA del servicio, diseñado para el año 2010, el presupuesto planteado es de \$ 59.076.6. (Anexo 6.4). Cantidad adicional al presupuesto general de la institución.

4.7 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES

A continuación se presentan las conclusiones y recomendaciones del trabajo de investigación y análisis dirigido al área de Pediatría y Neonatología del Hospital “Dr. Gustavo Domínguez”.

4.7.1 CONCLUSIONES

- En primer lugar, se concluye que la población de Santo Domingo de los Tsáchilas debidos a sus condiciones de crecimiento demográfico (y ahora de tipo político, pues pasó de ser un cantón a una provincia) exige una organización de salud pública de más alto nivel no solo en lo que respecta al número de pacientes atendidos sino en cuanto la atención que se brinda a cada uno de ellos.
- Se llegó a la conclusión de que existen múltiples falencias en la actual organización estratégica del Hospital “Dr. Gustavo Domínguez”, siendo las más importantes la inadecuada Planificación, Organización, Gestión, Monitoreo y Evaluación generada por los directivos de la institución.
- Respecto del área de Pediatría y Neonatología del hospital, se concluyó que existe un escaso trabajo colectivo para la elaboración del plan estratégico y plan operativo anual del servicio, hechos que actualmente afectan el servicio ofertado a la comunidad.
- Se concluye además que las metas que se han planteado anteriormente por los directivos del área, nos han sido alcanzadas debido principalmente a la falta de comunicación interna de la planificación estratégica.
- Se concluyó también, que existen otros factores externos que afectan el desempeño del servicio de salud del área (y del hospital en general) como son las falencias que posee el sistema técnico del servicio de agua potable (que incrementan los brotes de enfermedades contagiosas) y los recursos

entregados por el gobierno, los cuales siguen siendo insuficientes. Estos factores afectan también el desempeño del hospital.

- En cuanto al análisis teórico, se concluye que los sistemas de salud, son organizaciones que deben regirse a los lineamientos de calidad del mundo moderno, tal como lo hacen las empresas que ofertan otra clase de productos y servicios. Esto principalmente, ya que pese a que las organizaciones médicas no tienen fines de lucro (las gubernamentales, como en este caso) su función es generar un servicio, el cual además debe ser eficiente a la hora de administrar los recursos recibidos para poder atender de mejor manera a sus afiliados.
- En esta vía se concluyó que el modelo de gestión por procesos es el mecanismo de gestión que mejor se adapta a las condiciones de la organización de salud, pues permite enfocarse en las actividades que mayor valor dan al usuario, así como también permite llevar un seguimiento adecuado de las mismas mediante la delegación del control de cada uno de los procesos principales.
- Se concluyó que el departamento de Pediatría y Neonatología del Hospital posee las condiciones humanas y administrativas como para implementar un sistema de gestión por procesos, debido esto a que los profesionales que allí laboran tienen conocimiento de las actividades críticas y de los problemas de la gestión, por lo que es factible la ejecución práctica de un modelo como el mencionado.
- Se concluyó que es factible la evaluación del área mediante la herramienta de gestión denominada Cuadro de Mando Integral, debido a que las organizaciones de salud tienen afinidad al manejo de índices e indicadores de trabajo, por lo que la herramienta es aplicable y permitirá la evaluación práctica del cumplimiento de los objetivos de la presente propuesta.

4.7.2 RECOMENDACIONES.

- Como recomendación principal, se plantea la ejecución de la presente propuesta de gestión por procesos por parte de los directivos del área de Pediatría y Neonatología.
- Se recomienda que se establezca un equipo multidisciplinario que se encargue de la implementación del modelo, el cual podría estar encabezado por el director del área. De este modo no se entregará toda la responsabilidad a una sola persona, lo cual podría afectar a la aplicación del mismo.
- Se recomienda la delegación de funciones al momento de promover la administración de los procesos, hecho que permitirá la participación equilibrada de los miembros del personal y su involucramiento con los objetivos del área.
- Se recomienda que para la aplicación de la propuesta, se sigan los pasos establecidos en el presente proyecto pues esto garantiza que se cumplan todos los requerimientos de tipo informativo y estratégico, lo que al final garantizará la estructuración correcta del modelo y su permanencia en el mediano y largo plazo.

5 BIBLIOGRAFÍA.

1.-BREIH, et. al. Investigación de la Salud en la Sociedad. Epidemiología Científica y Técnica. 2 ed. Quito, 1985.

.2.- BARQUÍN M, Dirección de Hospitales. 4ed. México, Interamericana

3.- CANALES, F. et. Al. Metodología de la Investigación Manual para el Desarrollo del Personal de Salud. 1 ed. Organización Panamericana de la Salud. 1986.

4.-CHACÓN H.; Indicadores de Gestión para la toma de decisiones. Módulo 1. Indicadores de Producción .Rendimiento. Recursos y Costos, Consultor OPS en Sistemas de Información e Indicadores de Gestión. Costa Rica.

5.--CHIAVENATO I.; Administración en los nuevos tiempos. 1ed.Mcgraw-Hill Interamericana, S.A, Bogotá. Colombia 2002

5.- DEVER.A. Epidemiología y Administración de los Servicios de Salud. OPS/OMS. Maryland. E.U.A., 1991.

6.-EPN-EPCAE. Maestría en Gerencia de Servicios de Salud. Módulo de Administración de Servicios de Salud. Quito 2005

7-FUNDACIÓN ISALUD, INSTITUTO UNIVERSITARIO ISALUD, Sistemas de Salud. Módulo 1. Ecuador.2002- 2003.

8.-FUNDACIÓN ISALUD, INSTITUTO UNIVERSITARIO ISALUD. Organización, Diplomado Superior en Gerencia de Hospitales. Módulo 2 Ecuador Diciembre2002/Abril2003.

9.-FUNDACIÓN ISALUD, INSTITUTO UNIVERSITARIO ISALUD. Calidad, Módulo 10, Diplomado Superior en Gerencia de Hospitales. Ecuador Diciembre 2002/Abril 2003.

10.-FUNDACIÓN ISALUD, INSTITUTO UNIVERSITARIO ISALUD. Sistemas de Información .Diplomado Superior en Gerencia de Hospitales. Módulo 7 Ecuador Diciembre2002/Abril2003.

11.-GARCÍA MEJÍA BRAULIO. Gerencia de Procesos para la organización y el control interno de empresas de salud MD-MSP.

12.- MARTÍNEZ C, et al. Gestión de Procesos Asistenciales. Aplicación Práctica, 1ed.Madrid, Mcgraw. Interamericana, 2006

13 GIACONNI, J. Los Desafíos de la Salud Pública. Boletín ESC. De Medicina. Universidad Católica de Chile, 1994.

13-GOBIERNO MUNICIPAL DE SANTO DOMINGO; Dirección Municipal de Salud, Diagnóstico Situacional de Santo Domingo de los Colorados.

14.-HERRERA, T, et al. Curso Gestión de la Calidad por Procesos .MSP. Dirección Nacional de Salud. Quito 2004

15.- HERNÁNDEZ, A. Herramientas para la Gestión por Procesos en la actividad Hospitalaria, www.monografias.com, 24-08-08

16.- INFOSALUD. Democratizando la Información, Nº 38, 2004

16.- JAIME.H. La calidad de la Atención: Imperativo de la Reforma. OPS/OMS. Honduras 2000.

17- LAVADENE.F. et al. Manual de Vigilancia de la Calidad. Caja Nacional de Salud. La Paz Bolivia, 1998.

18.-MALAGÓN, G. et al. Administración de Hospitales.2ed. Editorial Panamericana. Colombia, Octubre 2000.pp 99.

19.- MARRINER A, Administración y Liderazgo de Enfermería, 5 ed. Madrid, Harcourt Brace, Madrid 1997.

20.-MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, Dirección Nacional de Servicios de Salud. Gestión de la Calidad por Procesos Magíster Zoila Luz Cazar, Quito abril 2004.

21.-MOLINA, R, et al. "Gasto y Financiamiento en Salud, Situación y Tendencias". Revista Panamericana de Salud Pública, vol. 8, Nos. 1/2 julio-agosto 2000.

22.-MONTICO, E. Hospitales por proceso y no por Departamento. <http://www.gerenciasalud.com/art272.htm>, 22-08-08

23.-SERNA GÓMEZ HUMBERTO, Gerencia Estratégica. 7ed. Colombia. 3R Editores Ltda.

24.-TORRES, V et al. Santo Domingo Cantón Mágico. Quito, Editorial Mina, 2002.

25.- VANORMELINGEN, K. et al. La Gerencia de Calidad Total, OPS /OMS. Quito 1994.

25.-.-VELASTEGUI, H. Una Gran Región Santo Domingo de los Colorados. 1 ed. Corporación Zara cay, Santo Domingo de los Colorados.

26.-VEGA, M. Módulo de Epidemiología y Bioestadística. Maestría en Servicios de Salud. Quito, Octubre 2004.

27.- VELASCO. M. Planificación Estratégica Aplicada a la Salud. 2ed. Quito. AH Editorial, 2005.

28.- VITERI DÍAZ, G. "Situación de la salud en el Ecuador" en Observatorio de la Economía Latinoamericana, Número 77, 2007.
<http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/index.htm>.

28.- VIÑEGLA LÓPEZ, A. Diseñando y Conceptualizando la Estrategia a través del mapa estratégico. II Jornadas Profesionales del Balance Scorecard, <http://www.slideshare.net/cervino69/diseo-de-la-estrategia-mapas-estrategicos-balanced-scorecard>

6. ANEXOS

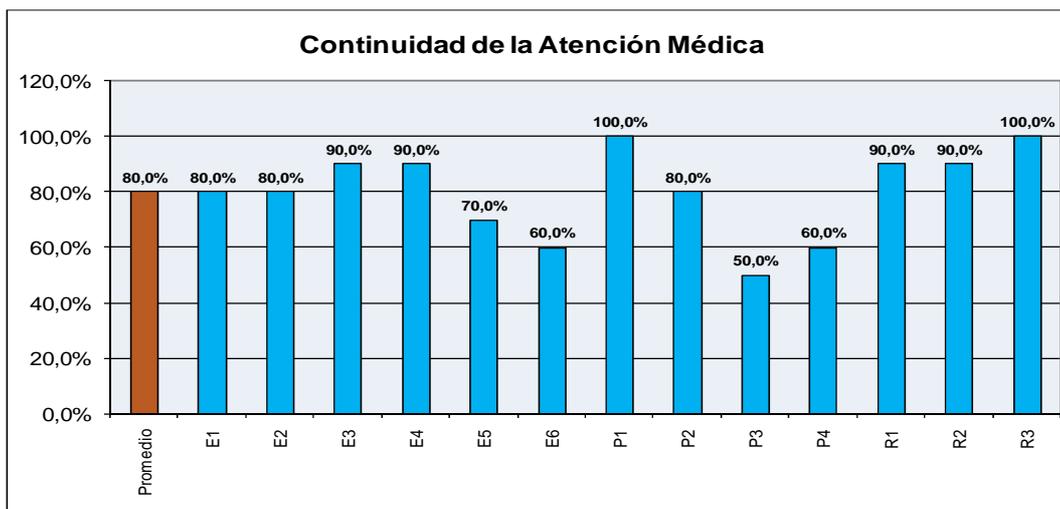
6.1 ANEXO

**TABLA N° 6.1.1
ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA**

Promedio	1. Continuidad de la atención médica		80,0%
E1	Posee una Dirección Médica que conduce y asume la atención con responsabilidad, garantizando su supervisión.	E	80,0%
E2	La continuidad está basada en los médicos de guardia.	E	80,0%
E3	Cuenta con profesionales específicamente encargados del seguimiento de los pacientes hospitalizados.	E	90,0%
E4	Cada paciente se halla a cargo de un profesional del establecimiento.	E	90,0%
E5	Posee un Departamento o Servicio de Epidemiología y Estadísticas.	E	70,0%
E6	Dispone de un Médico epidemiólogo debidamente acreditado.	E	60,0%
P1	Los profesionales, pasan una revista diaria a los pacientes	P	100,0%
P2	Existen procedimientos escritos para canalizar todas las indicaciones de los especialistas.	P	80,0%
P3	El cuerpo médico discute los casos en reunión clínica, con una periodicidad no menor de una vez por semana.	P	50,0%
P4	Todas las especialidades cubren funciones asistenciales, docentes y de investigación.	P	60,0%
R1	A las 48 horas de haber ingresado, el 80%, o más, de los pacientes, tienen consignado en el expediente el diagnóstico definitivo.	R	90,0%
R2	El 80% de las pruebas diagnósticas ordenadas (rayos X, laboratorio, anatomía patológica), reposan en la historia clínica y son comentados por los médicos tratantes.	R	90,0%
R3	El 80% de los egresos tienen un promedio de días estancia de acuerdo a las normas establecidas para cada servicio y para el hospital	R	100,0%

Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

**GRÁFICO N° 6.1.1
CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA**



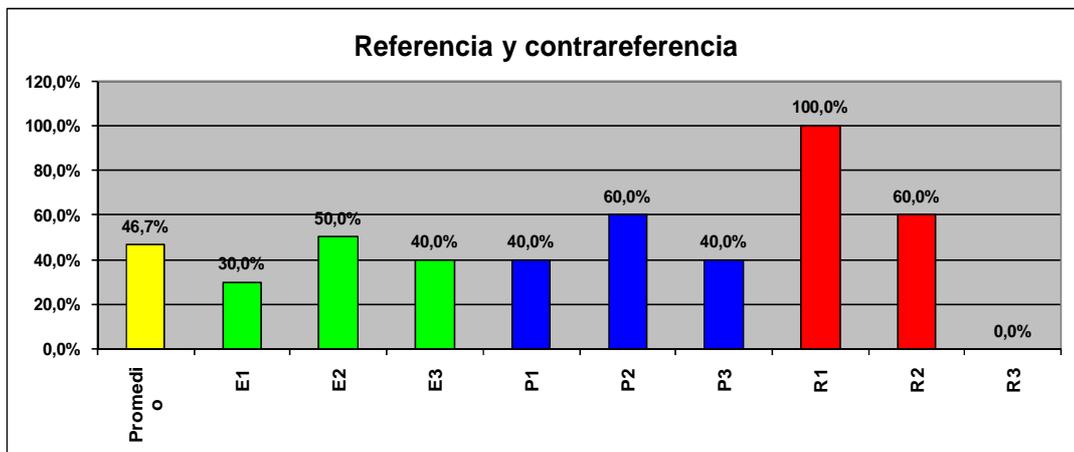
Fuente: Matriz de Estándares de Calidad. Elaboración: Corrales Fabiola

Tabla N° 6.1.2

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Promedio	2. Referencia y Contrareferencia		46,7%
E1	Se dispone de normas para la referencia y contrareferencia de los pacientes que así lo requieran.	E	30,0%
E2	Dispone de un medio de transporte propio o contratado que cuente con asistencia médica, equipamiento para la atención de casos críticos y/o incubadora de transporte.	E	50,0%
E3	En los casos de patologías que superen su capacidad resolutive existen normas escritas para la atención inicial y durante el traslado con indicación del establecimiento de referencia según la patología que se trate.	E	40,0%
P1	Se cumplen y revisan las normas de atención inicial y traslado con indicación del establecimiento de referencia según la patología que se trate.	P	40,0%
P2	Implementa los mecanismos para la referencia y contrareferencia de los pacientes que así lo requieran.	P	60,0%
P3	Existe un mecanismo de seguimiento de las referencias y contrareferencias y se evalúa la calidad de la atención que se brinda en las mismas.	P	40,0%
R1	Menos del 5% de los pacientes referidos son rechazados.	R	100,0%
R2	Se recibe corroboración del diagnóstico e informe de tratamiento recibido (contrareferencia) del 80% de los pacientes referidos.	R	60,0%
R3	Se hace contrareferencia al 100% de los pacientes que le fueron referidos al hospital	R	0,0%

Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

GRÁFICO N° 6.1.2
REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

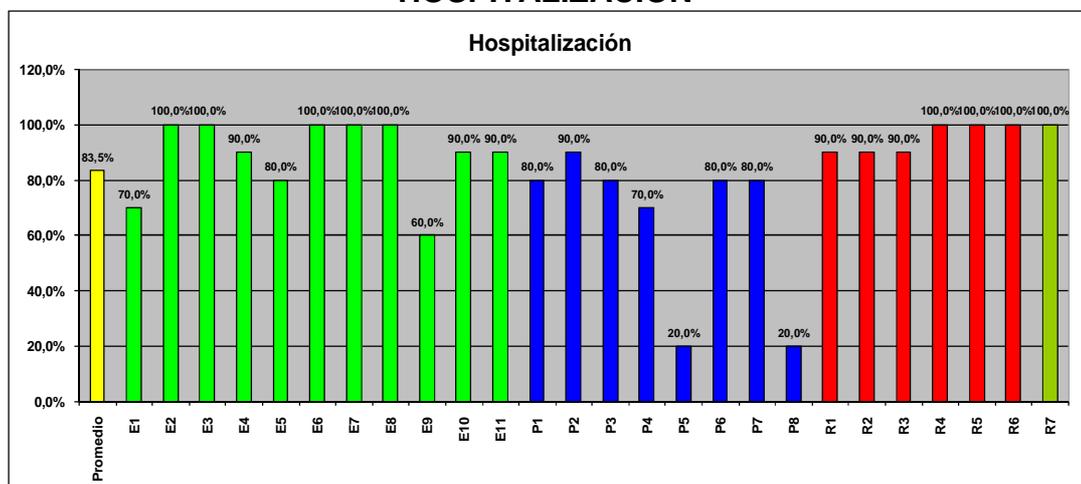
Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

TABLA N° 6.1.3
HOSPITALIZACIÓN

Promedio	3. Hospitalización		83,5%
E1	Cuenta con habitaciones individuales y múltiples hasta con cuatro camas	E	70,0%
E2	Se dispone del equipo mínimo necesario para la prestación del servicio en sala de hospitalización.	E	100,0%
E3	Se dispone de la dotación (insumos) mínima necesaria para la prestación del servicio en sala de hospitalización.	E	100,0%
E4	Se cuenta con los medicamentos esenciales de acuerdo con los protocolos establecidos.	E	90,0%
E5	Están disponibles los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico las 24 horas.	E	80,0%
E6	La jefatura de cada servicio es ejercida por un médico especialista	E	100,0%
E7	La atención es prestada las 24 horas por el médico especialista o residente.		100,0%
E8	Todo paciente internado está bajo la responsabilidad de un médico tratante.	E	100,0%
E9	Se cuenta con el recurso de enfermería profesional y auxiliar, adecuado para la atención de los pacientes.	E	60,0%
E10	Existen normas y procedimientos escritos para la solicitud y respuesta a las interconsultas.	E	90,0%
E11	Existen protocolos de manejo de la morbilidad más frecuente en el servicio.	E	90,0%
P1	Se pasa visita médica diaria con el jefe del servicio.	P	80,0%
P2	Se anota la evolución en la historia clínica con letra legible y firma del responsable.	P	90,0%
P3	Se aplican y revisan los protocolos de la morbilidad más frecuente en el servicio.	P	80,0%
P4	Se analizan periódicamente las historias clínicas para verificar el manejo correcto de los pacientes, con relación a los protocolos existentes.	P	70,0%
P5	Se registran analizan e investigan las complicaciones y accidentes de los pacientes en el servicio.	P	20,0%
P6	Se verifica el cumplimiento de los procedimientos para las diferentes interconsultas.	P	80,0%
P7	Se informa y comunica en forma regular y permanente a los familiares de los pacientes.	P	80,0%
P8	Se analizan los informes estadísticos para la planificación y programación de las actividades del servicio.	P	20,0%
R1	El 80% de las interconsultas realizadas son atendidas antes de las 24 horas.	R	90,0%
R2	El 95% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con los resultados de la hospitalización.	R	90,0%
R3	El 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.	R	90,0%
R4	Menos del 5% de los pacientes presentan complicaciones y/o accidentes como consecuencia de los tratamientos y/o procesos.	R	100,0%
R5	La mortalidad hospitalaria no es mayor del 4%.	R	100,0%
R6	Menos del 5% de los pacientes egresan contra opinión médica.	R	100,0%
R7	El Índice C/T (transfusiones preparadas/transfusiones cumplidas) es menor de 2	R	100,0%

Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

GRÁFICO N° 6.1.3
HOSPITALIZACIÓN



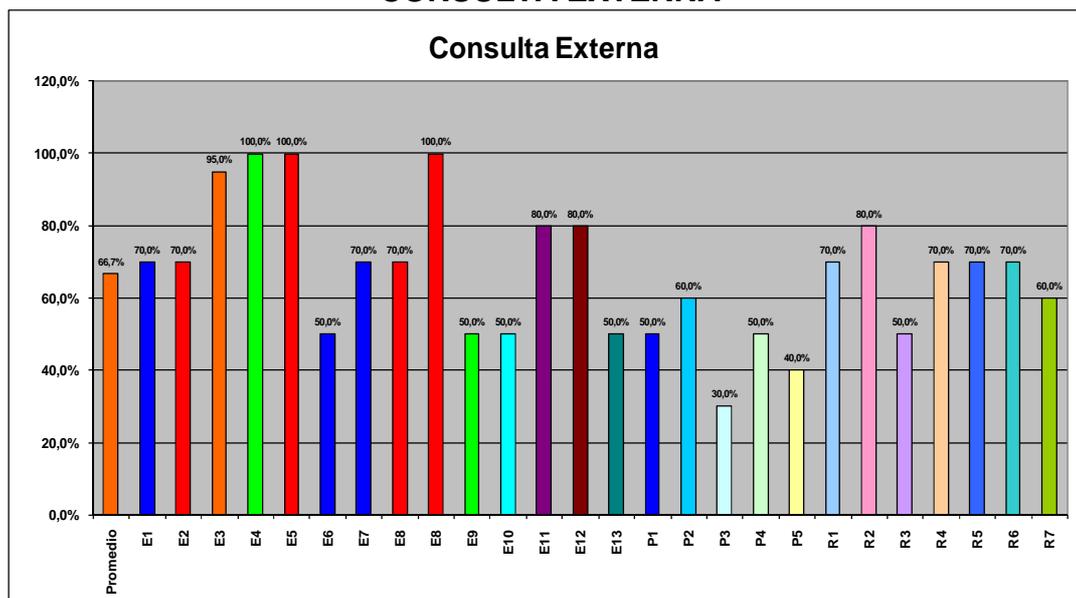
Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola.

**TABLA Nº 6.1.4
CONSULTA EXTERNA**

Promedio	4. Consulta Externa		66,7%
E1	Cumple con las normas arquitectónicas y de funcionamiento establecidas a nivel nacional.	E	70,0%
E2	Cuenta con área para espera exclusiva y diferenciada de las demás áreas de espera del establecimiento.	E	70,0%
E3	Cuenta con accesos exclusivos diferenciados del resto de los servicios.	E	95,0%
E4	Se dispone del equipo mínimo necesario para la atención de los pacientes en la consulta externa.	E	100,0%
E5	Se dispone de la dotación (insumos) mínima necesaria para la atención de los pacientes en la consulta externa.	E	100,0%
E6	Tiene especialistas que cuentan con los medios necesarios para realizar prácticas ó técnicas especializadas.	E	50,0%
E7	El personal de secretarías y enfermeras laboran exclusivamente en la consulta externa.	E	70,0%
E8	Cuenta con personal de enfermería capacitada en áreas específicas.	E	70,0%
E8	Cuenta con personal de saneamiento ambiental durante 12 horas (mientras dure la consulta)	E	100,0%
E9	Las citas están programados en base a pautas ó normas fijadas por la institución. Se pueden reservar turnos telefónicamente.	E	50,0%
E10	En las especialidades básicas hay turnos disponibles en el día ó accesibilidad diaria	E	50,0%
E11	Existen normas y procedimientos para la atención de los pacientes.	E	80,0%
E12	Existen protocolos para el manejo de la morbilidad más frecuente en la consulta.	E	80,0%
E13	Existen normas y procedimientos escritos para la solicitud y respuesta a las interconsultas.	E	50,0%
P1	Se aplican y revisan las normas y procedimientos para la atención de los pacientes.	P	50,0%
P2	Se anota el diagnóstico y la evolución en la historia clínica con letra legible y firma del responsable.	P	60,0%
P3	Se analizan periódicamente las historias clínicas para verificar el manejo correcto de los pacientes, con relación a los protocolos existentes.	P	30,0%
P4	Se verifica el cumplimiento de los procedimientos para las diferentes interconsultas.	P	50,0%
P5	Se analizan y se utilizan las estadísticas para la planificación y programación de las actividades del servicio.	P	40,0%
R1	La relación de primeras consultas y sucesivas está dentro del rango establecido por las normas.	R	70,0%
R2	En las especialidades básicas el tiempo de espera para conseguir una cita no es mayor de siete (7) días.	R	80,0%
R3	En las subespecialidades el tiempo de espera para conseguir una cita no es mayor de dos (2) semanas.	R	50,0%
R4	El 95% de las interconsultas realizadas son atendidas antes de 7 días.	R	70,0%
R5	El 95% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con los resultados de la consulta.	R	70,0%
R6	El 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.	R	70,0%
R7	El 95% de los pacientes cumplen con las citas programadas.	R	60,0%

Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

**GRÁFICO Nº 6.1.4
CONSULTA EXTERNA**



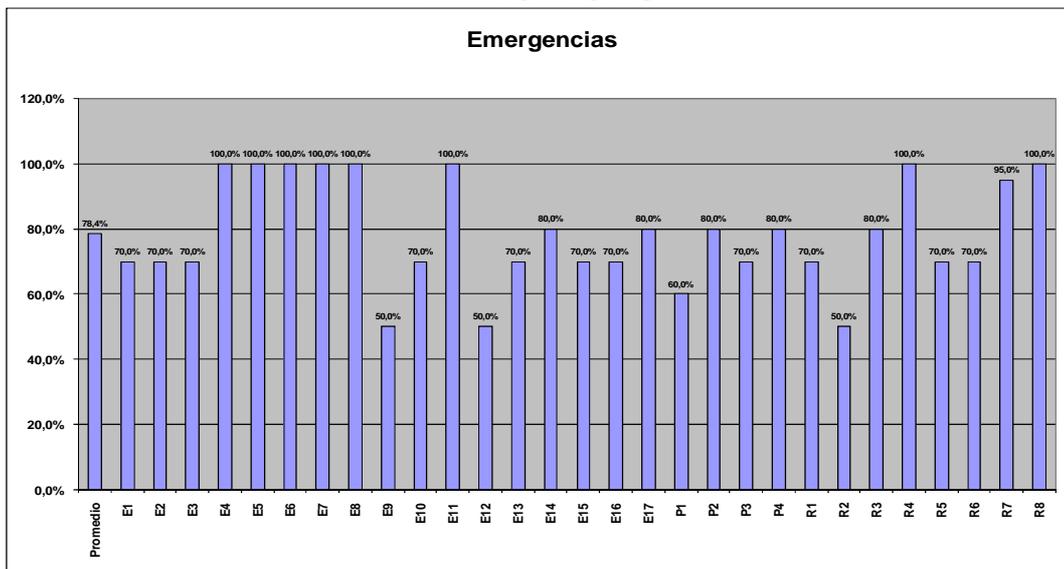
Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

**TABLA Nº 6.1.5
EMERGENCIAS**

Promedio	5. Emergencias		78,4%
E1	Cumple con las normas arquitectónicas y de funcionamiento establecidas a nivel nacional.	E	70,0%
E2	Cuenta con una Unidad de Soporte Básico de vida, atendido por personal adiestrado y capacitado en la Guardia de Emergencias.	E	70,0%
E3	Cuenta con área para espera exclusiva y diferenciada de las demás áreas de espera del establecimiento.	E	70,0%
E4	Cuenta con accesos exclusivos diferenciados del resto de los servicios.	E	100,0%
E5	Se dispone del equipo mínimo necesario para la atención de los pacientes en Emergencias.	E	100,0%
E6	Se dispone de la dotación (insumos) mínima necesaria para la atención de los pacientes en Emergencias.	E	100,0%
E7	Existe un médico responsable del servicio de Emergencias.	E	100,0%
E8	Dispone de un médico residente y personal de enfermería en guardia de cuerpo presente las 24 horas.	E	100,0%
E9	Cuenta con personal médico en guardia de cuerpo presente las 24 horas en las especialidades de Cirugía General y Ginecología y Obstetricia y Pediatría).	E	50,0%
E10	Tiene responsabilizado al personal médico especialista en guardias a disponibilidad en las especialidades de Medicina Interna, Oftalmología, Traumatología y otros.	E	70,0%
E11	Se cuenta con enfermera profesional exclusiva y permanente para el servicio las 24 horas.	E	100,0%
E12	Dispone de servicio de comunicación y transporte de pacientes las 24 horas.	E	50,0%
E13	Cuenta con servicio de apoyo diagnóstico exclusivo (Radiología, Laboratorio y Hemoterapia) las 24 horas.	E	70,0%
E14	Existen normas y procedimientos para la atención de los pacientes.	E	80,0%
E15	Existen protocolos para el manejo de la morbilidad más frecuente.	E	70,0%
E16	Existen normas y procedimientos escritos para la solicitud y respuesta a las interconsultas.	E	70,0%
E17	Se registra a todos los usuarios que ingresan al servicio con sus respectivos diagnósticos.	E	80,0%
P1	Se analizan y se utilizan las estadísticas para la planificación y programación de las actividades del servicio.	P	60,0%
P2	Se analiza periódicamente la morbilidad y la concordancia de la conducta diagnóstica y terapéutica de los pacientes en observación.	P	80,0%
P3	Se aplican y revisan los protocolos de atención de las Emergencias más frecuentes (consultas y observación).	P	70,0%
P4	Se informa y comunica en forma regular y permanente a los familiares de los pacientes.	P	80,0%
R1	El tiempo de espera para que el usuario sea atendido, no es mayor de 10 minutos.	R	70,0%
R2	La respuesta a las interconsultas de especialidades se da en un plazo no mayor de 1 hora.	R	50,0%
R3	Menos del 10% del total de camas del hospital, corresponden a observación.	R	80,0%
R4	El 80% de los pacientes en observación egresa o es trasladado antes de 24 horas.	R	100,0%
R5	El 95% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con los resultados de la consulta.	R	70,0%
R6	El 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.	R	70,0%
R7	La mortalidad de los pacientes atendidos en Emergencias no es mayor del 5%.	R	95,0%
R8	El Índice C/T (transfusiones preparadas/transfusiones cumplidas) es menor de 2	R	100,0%

Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

**GRÁFICO Nº 6.1.5
EMERGENCIAS**



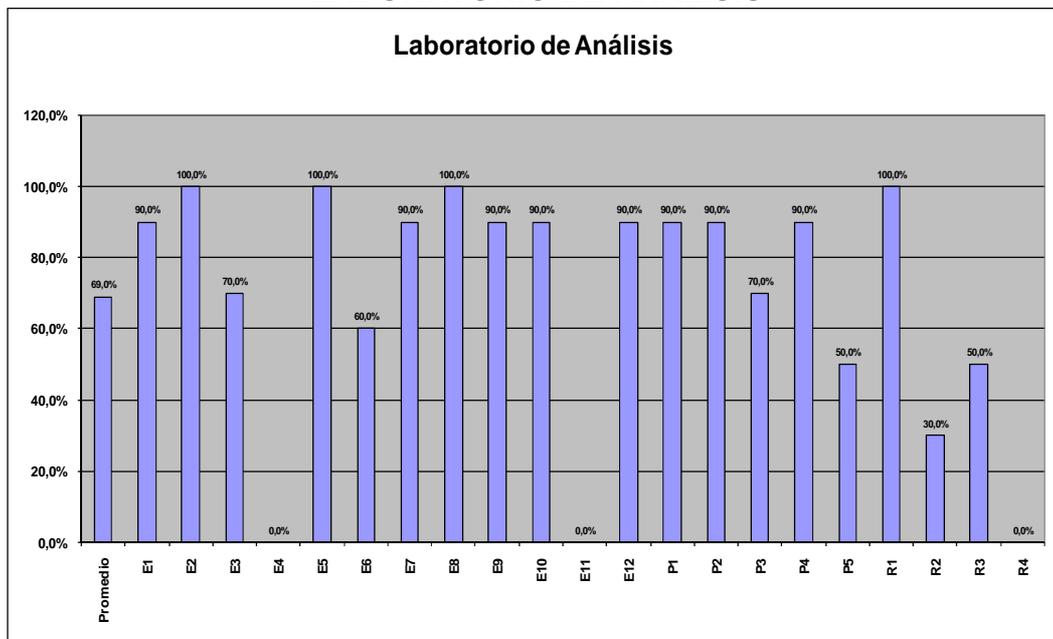
Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola.

**TABLA N° 6.1.6
LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICO**

Promedio	6. Laboratorio de Análisis Clínicos		69,0%
E1	Cumple con las normas arquitectónicas y de funcionamiento establecidas a nivel nacional.	E	90,0%
E2	Cuenta con equipos y tecnologías acordes con su nivel de complejidad.	E	100,0%
E3	Se dispone de la dotación (insumos) mínima necesaria.	E	70,0%
E4	Cuenta con bioanalista de guardia a cuerpo presente las 24 horas.	E	0,0%
E5	Cuenta con técnicos en guardia activa las 24 horas.	E	100,0%
E6	La organización y disposición del trabajo permite satisfacer y atender todas las demandas de los servicios del Hospital durante las 24 horas.	E	60,0%
E7	Cuenta con normas escritas de control de calidad interno conocida por el personal de laboratorio y supervisada por los mismos.	E	90,0%
E8	Tiene establecidas y escritas normas de bioseguridad.	E	100,0%
E9	Existe en el laboratorio los manuales que definan las funciones del personal.	E	90,0%
E10	Puede procesar sin delegar en otro laboratorio, los análisis listados en el anexo A .	E	90,0%
E11	Puede procesarse sin delegar en otro laboratorio exámenes especializados como se anexa en el Anexo B.	E	0,0%
E12	Lleva un registro regular del consumo y costo de los reactivos e insumos en relación a la producción del servicio.	E	90,0%
P1	Se analiza periódicamente la información sobre el consumo y costo de los reactivos e insumos en relación a la producción del servicio.	P	90,0%
P2	Se analiza periódicamente el cumplimiento de las normas de control de calidad interno.	P	90,0%
P3	Se revisa y analiza regularmente la utilización eficiente del laboratorio por los servicios finales.	P	70,0%
P4	Se analiza periódicamente el cumplimiento de las normas de bioseguridad.	P	90,0%
P5	Participa en uno o más programas de control de calidad externo.	P	50,0%
R1	El 90% de los exámenes de laboratorio de hospitalización son reportados antes de veinticuatro (24) horas.	R	100,0%
R2	El 90% de los exámenes de laboratorio de emergencias son reportados antes de la primera hora.	R	30,0%
R3	El 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.	R	50,0%
R4	El 95% de las muestras enviadas al programa de control de calidad externo, cumplen con el patrón.	R	0,0%

Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

**GRÁFICO N° 6.1.6
LABORATORIO DE ANÁLISIS**



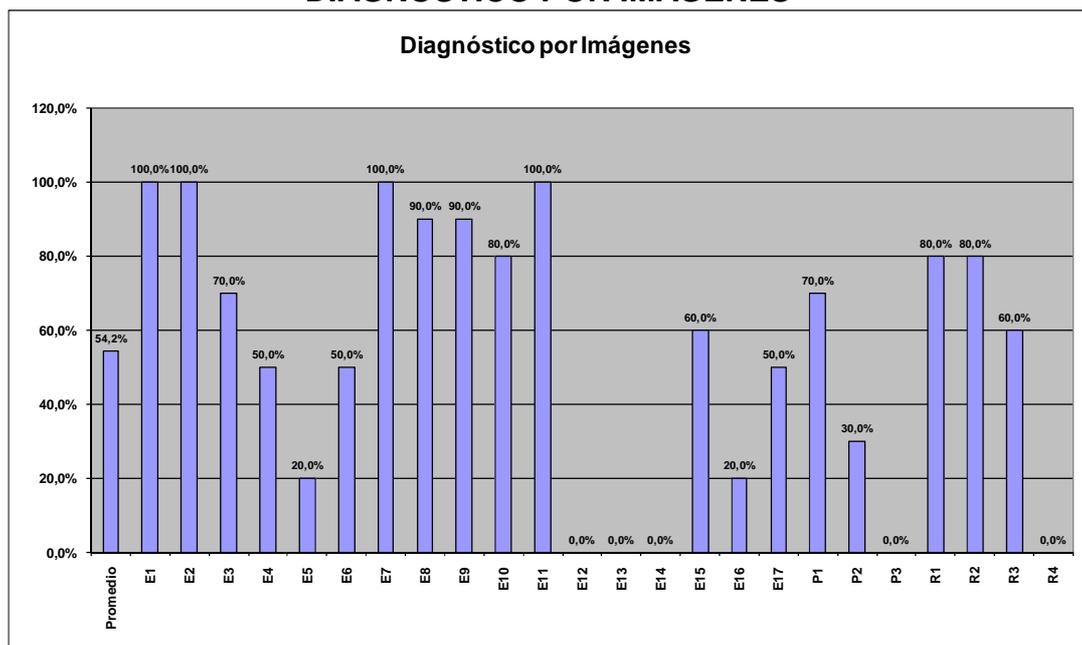
Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

**TABLA N° 6.1.7
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES**

Promedio	7. Diagnóstico por imágenes		54,2%
E1	Cumple con las normas arquitectónicas y de funcionamiento establecidas a nivel nacional.	E	100,0%
E2	Posee distribución de los ambientes acorde con aprobación por el ente rector.	E	100,0%
E3	Responde a los requisitos solicitados por Radiofísica Sanitaria y blindaje calculado por IVIC.	E	70,0%
E4	Cuenta con acceso exclusivo y físicamente diferenciado.	E	50,0%
E5	Cuenta con el área de espera exclusiva y físicamente diferenciada.	E	20,0%
E6	Cuenta con vestuarios y sanitarios anexos a la sala de imágenes.	E	50,0%
E7	Cuenta con equipos y tecnologías acordes con su nivel de complejidad.	E	100,0%
E8	Se dispone de la dotación (insumos) mínima necesaria.	E	90,0%
E9	Cuenta con equipo de Rx convencional con estativo de pared, equipo de revelado de placas automático.	E	90,0%
E10	Cuenta con equipo de Rx con mesa telemandada ó mesa con fluoroscopia para estudios con medios de contraste.	E	80,0%
E11	Cuenta con equipo de ultrasonido con dos transductores básicos (3, 5 y 7.5 mhz).	E	100,0%
E12	Cuenta con equipo de Tomografía Axial Computada.	E	0,0%
E13	Cuenta con otros equipos de alta tecnología como: Ultrasonido Doppler Color, Mamógrafo, Mamografía con estereotaxia, Arco en "C" para hemodinamia, Resonancia Magnética, Radiología Digital.	E	0,0%
E14	Cuenta con equipos radiológicos portátiles para salas y/o quirófanos.	E	0,0%
E15	Cuenta con personal técnico y médicos radiólogos para funcionar las 24 horas.	E	60,0%
E16	Existen los instrumentos (manual de funciones) que definan las funciones del personal.	E	20,0%
E17	Cuenta con personal y equipamiento auxiliar necesario para realizar procedimientos invasivos bajo control radioscópicos y/o ecográfico.	E	50,0%
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	70,0%
P2	Los estudios son interpretados por médicos radiólogos y/o médicos especialistas que intercambian opiniones con los médicos tratantes.	P	30,0%
P3	Los especialistas (médicos radiólogos) del Servicio intervienen en la indicación del estudio diagnóstico más adecuado para cada caso.	p	0,0%
R1	El 90% de los estudios de Rayos X de hospitalización son reportados antes de veinticuatro (24) horas.	R	80,0%
R2	El 90% de los estudios de Rayos X de emergencias son reportados antes de dos (2) horas.	R	80,0%
R3	El 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.	R	60,0%
R4	El 95% de los estudios enviados al programa de control de calidad externo, cumplen con el patrón.	R	0,0%

Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

**GRÁFICO N° 6.1.7
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES**



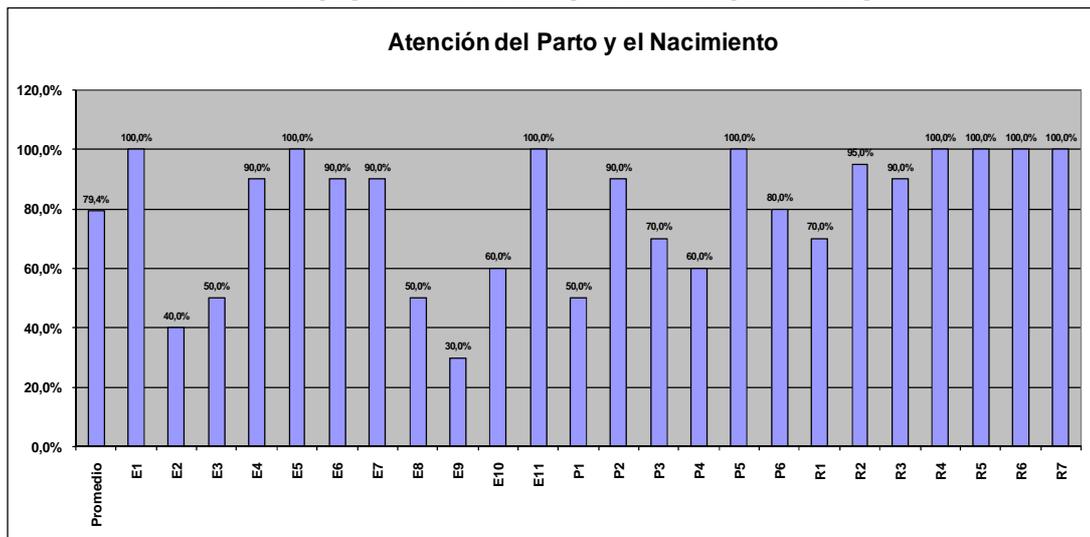
Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola.

**TABLA Nº 6.1.8
ATENCIÓN DEL PARTO Y EL NACIMIENTO**

Promedio	8. Atención del Parto y el Nacimiento		79,4%
E1	Existe un médico especialista responsable por el servicio.	E	100,0%
E2	Cuenta con médico obstetra y médico pediatra, en guardia activa las 24 horas.	E	40,0%
E3	Cuenta con enfermera profesional y auxiliar de enfermería suficiente y exclusiva las 24 horas.	E	50,0%
E4	Existen protocolos de atención del parto y recién nacidos.	E	90,0%
E5	Los nacimientos se asisten en una sala de partos diferenciada, dentro del área Quirúrgica.	E	100,0%
E6	Se dispone de equipo mínimo necesario para la prestación del servicio en sala de partos y quirófano.	E	90,0%
E7	Se dispone de la dotación (insumos) mínima necesaria para la prestación del servicio en sala de partos y quirófano.	E	90,0%
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	50,0%
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	30,0%
E10	Posee una unidad de cuidados para la atención inmediata del recién nacido (UCIN)	E	60,0%
E11	Se abre historia obstétrica a todas las pacientes que ingresan al servicio.	E	100,0%
P1	Se hace seguimiento de las pacientes en su trabajo de parto a través del "partograma" y se	P	50,0%
P2	Se aplican protocolos de atención del parto y recién nacidos.	P	90,0%
P3	Se analizan e investigan los accidentes y/o complicaciones y se presentan en el comité de morbi-mortalidad materna hospitalaria.	P	70,0%
P4	Se cumple con el registro de datos del recién nacido y la ficha perinatal.	P	60,0%
P5	Desde el momento del nacimiento, se establece el alojamiento conjunto de la madre y el niño.	P	100,0%
P6	Se informa y comunica en forma regular y permanente a los familiares de los pacientes.	P	80,0%
R1	El 80% de las interconsultas realizadas son atendidas antes de las 12 horas.	R	70,0%
R2	El 95% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con los resultados de la hospitalización.	R	95,0%
R3	El 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.	R	90,0%
R4	Menos del 5% de los pacientes presentan complicaciones y/o accidentes como consecuencia de los tratamientos y/o procesos.	R	100,0%
R5	La mortalidad hospitalaria no es mayor del 4%.	R	100,0%
R6	Menos del 5% de los pacientes egresan contra opinión médica.	R	100,0%
R7	El Índice C/T (transfusiones preparadas/transfusiones cumplidas) es menor de 2	R	100,0%

Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

**GRÁFICO Nº 6.1.8
ATENCIÓN DEL PARTO Y EL NACIMIENTO**



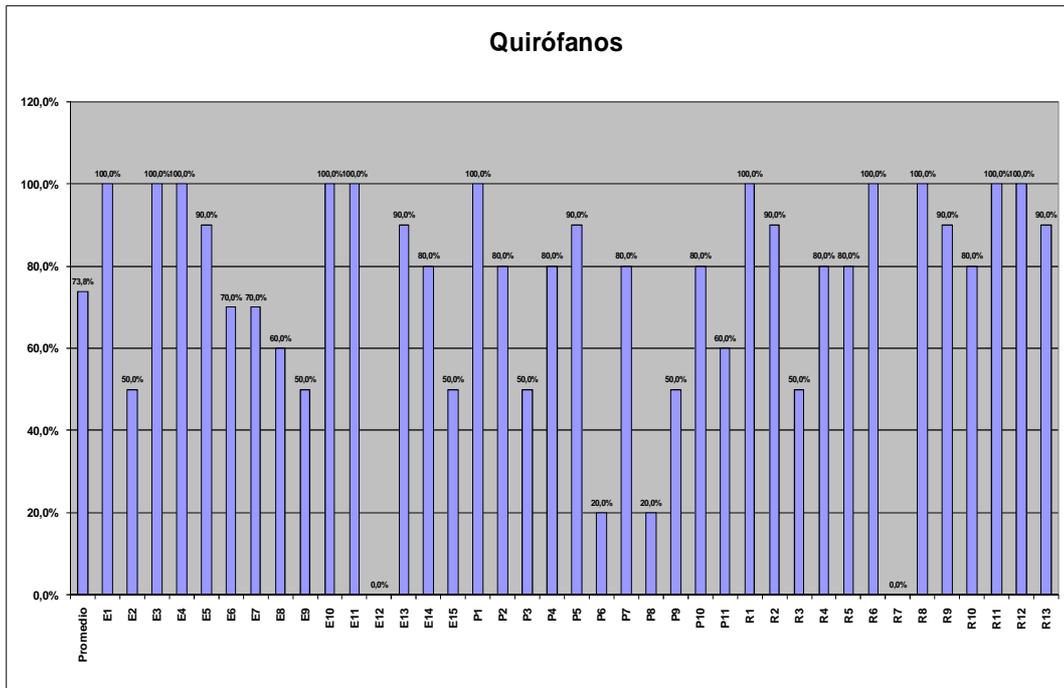
Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

**TABLA N° 6.1.9
QUIRÓFANOS**

Promedio	10. Quirófanos		73,8%
E1	Existe un médico especialista responsable del área.	E	100,0%
E2	Cuenta con enfermera profesional y auxiliar de enfermería, entrenadas para laborar las 24 horas.	E	50,0%
E3	Está en un área claramente diferenciada, de circulación restringida, y exclusivamente destinada a este fin.	E	100,0%
E4	Cuenta con una jerarquización de áreas en semirestringida y restringida.	E	100,0%
E5	Existen normas de preparación y/o conservación de las piezas operatorias y se dispone de los materiales necesarios.	E	90,0%
E6	Existen protocolos quirúrgico y anestésico para todas las patologías quirúrgicas y los	E	70,0%
E7	Existen protocolos quirúrgico y anestésico para todas las patologías quirúrgicas y los	E	70,0%
E8	Por lo menos cuenta con dos quirófanos y hay en todo momento, por lo menos una persona	E	60,0%
E9	Hay un quirófano exclusivo para el servicio de Emergencias.	E	50,0%
E10	Cuenta con un local destinado a la recuperación post anestésica.	E	100,0%
E11	El vestuario del personal tiene un acceso diferenciado.	E	100,0%
E12	Cuenta con diagnóstico radiológico intraoperatorio.	E	0,0%
E13	Los quirófanos están diferenciados y equipados según lo ofertado.	E	90,0%
E14	Los quirófanos cuentan con la dotación (insumos) necesaria para las intervenciones programadas y de Emergencias.	E	80,0%
E15	Cuenta con personal para saneamiento ambiental las 24 horas.	E	50,0%
P1	Las intervenciones quirúrgicas son realizadas por médicos especialistas y residentes.	P	100,0%
P2	Existe y se cumple la programación quirúrgica de intervenciones electivas.	P	80,0%
P3	Se lleva un control de las intervenciones quirúrgicas electivas omitidas.	P	50,0%
P4	Existe registro diario de las intervenciones quirúrgicas realizadas.	P	80,0%
P5	Existe una descripción firmada por el cirujano de todos los procedimientos quirúrgicos.	P	90,0%
P6	El área quirúrgica cuenta la posibilidad de apoyo inmediato para diagnóstico de anatomía patológica (biopsias intra y post operatorias)	P	20,0%
P7	Se aplican protocolos quirúrgico y anestésico para todas las patologías quirúrgicas y los procedimientos quirúrgicos.	P	80,0%
P8	Se analiza periódicamente la descripción operatoria, con el objeto de verificar la concordancia con los protocolos.	P	20,0%
P9	Se investigan los casos de pacientes reintervenidos o con accidentes quirúrgicos.	P	50,0%
P10	Existe un procedimiento normatizado de aseo del quirófano entre operaciones.	P	80,0%
P11	Los monitoreos intraoperatorios en pacientes, son realizados por médicos especialistas.	P	60,0%
R1	100% de las intervenciones quirúrgicas son realizadas por médicos especialistas y residentes.	R	100,0%
R2	Más del 95% de las intervenciones intervenciones electivas cumplen con la programación.	R	90,0%
R3	100% de las intervenciones quirúrgicas electivas omitidas están documentadas.	R	50,0%
R4	100% del tejido removido en acto quirúrgico es enviado para diagnóstico de anatomía patológica (biopsias intra y post operatorias).	R	80,0%
R5	100% de las patologías quirúrgicas y los procedimientos quirúrgicos, cumplen con los protocolos quirúrgico y anestésico.	R	80,0%
R6	Menos del 1% de los pacientes son reintervenidos o presentan accidentes quirúrgicos.	R	100,0%
R7	100% de las muestras de cultivo del quirófano están libres de contaminación de cualquier tipo.	R	0,0%
R8	Menos del 1% de los pacientes intervenidos presentan infecciones relacionadas con el proceso quirúrgico (en la pared y/o internas).	R	100,0%
R9	El 95% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con los resultados de los procedimientos quirúrgicos.	R	90,0%
R10	El 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.	R	80,0%
R11	La mortalidad intra acto quirúrgico, no es mayor del 2%.	R	100,0%
R12	Menos del 5% de los pacientes rechazan la intervención quirúrgica programada.	R	100,0%
R13	El Índice C/T (transfusiones preparadas/transfusiones cumplidas) es menor de 2	R	90,0%

Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

**GRÁFICO N° 6.1.9
QUIRÓFANOS**



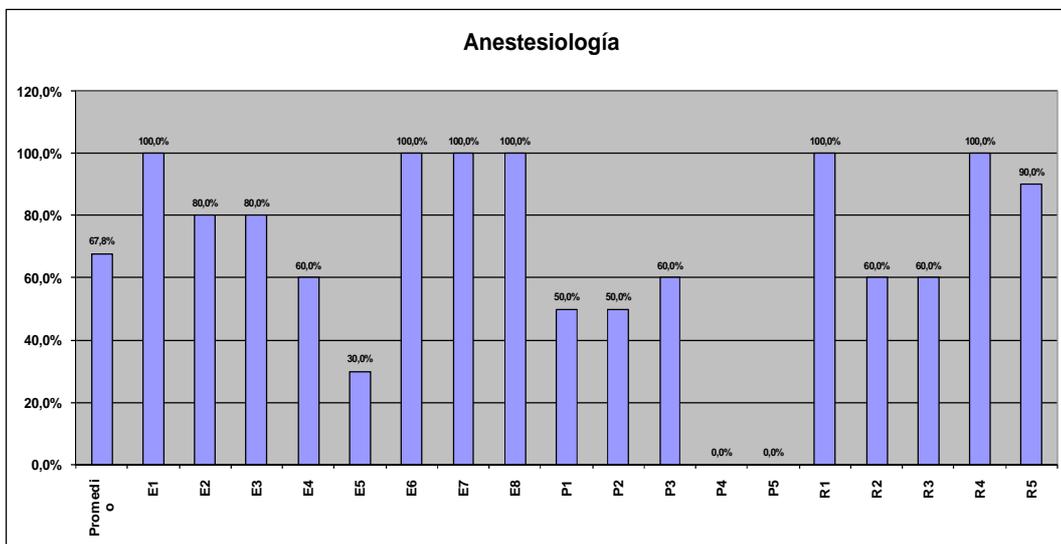
Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

**TABLA N°6.1.10
ANESTESIOLOGÍA**

Promedio	11. Anestesiología		67,8%
E1	El Servicio de Anestesiología dispone de un médico jefe del servicio.	E	100,0%
E2	Los anestesiólogos del área de emergencias hacen guardia activa las 24 horas.	E	80,0%
E3	Cuenta con un listado de anestesiólogos organizados en guardias para las actividades electivas.	E	80,0%
E4	El servicio garantiza la presencia física de un anestesiólogo específico para cada procedimiento quirúrgico.	E	60,0%
E5	El servicio confecciona protocolos anestésicos de acuerdo a la morbilidad quirúrgica y el estado del paciente.	E	30,0%
E6	Se dispone de equipo mínimo necesario para la prestación del servicio.	E	100,0%
E7	Se realiza mantenimiento sistemático a las máquinas de anestesia.	E	100,0%
E8	Se dispone de la dotación (insumos) mínima necesaria para la prestación del servicio.	E	100,0%
P1	Se revisa periódicamente la aplicación de los protocolos anestésicos de acuerdo a la morbilidad quirúrgica.	P	50,0%
P2	Se investigan los incidentes anestésicos (complicaciones y mortalidad atribuible a la anestesia)	P	50,0%
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	60,0%
P4	Existe una descripción firmada por el anestesiólogo de todos los procedimientos anestésicos.	P	0,0%
P5	El anestesiólogo es responsable del manejo del paciente en la sala de recuperación y autoriza su traslado al servicio que corresponda.	P	0,0%
R1	Menos del 2% de los pacientes presentan complicaciones y mortalidad atribuible a la anestesia.	R	100,0%
R2	100% de las cirugías electivas reciben consulta pre-anestésica como mínimo 12 horas antes para las cirugías electivas.	R	60,0%
R3	100% de las Emergencias reciben consulta pre-anestésica al momento de la decisión quirúrgica.		60,0%
R4	El 95% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con los resultados de la anestesia.	R	100,0%
R5	El 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.	R	90,0%

Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola.

**GRÁFICO Nº 6.1.10
ANESTESIOLOGÍA**



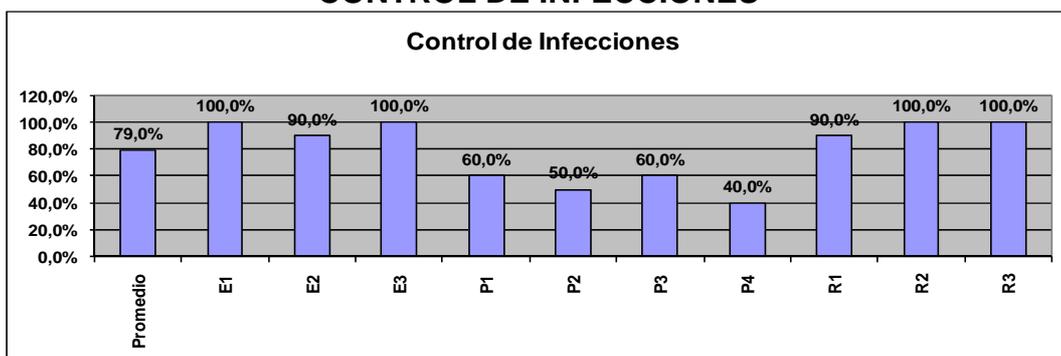
Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

**TABLA Nº 6.1.11
CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS**

Promedio	12. Control de infecciones hospitalarias		79,0%
E1	Cuenta con normas escritas para mantener el Sistema de Vigilancia de Epidemiología Hospitalaria de las infecciones.	E	100,0%
E2	Cuenta con una enfermera capacitada u otro profesional de la salud encargado de la prevención y control de infecciones hospitalarias.	E	90,0%
E3	Cuenta con una Comisión Institucional de Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias.	E	100,0%
P1	Se llevan los registros estadísticos de Vigilancia de Epidemiología Hospitalaria.	P	60,0%
P2	Existe auditoría periódica de los procesos de Epidemiología Hospitalaria.	P	50,0%
P3	Implementa el Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias del Ministerio de Salud y Desarrollo Social.	P	60,0%
P4	Realiza vigilancia y control de exposiciones ocupacionales en trabajadores de Salud del Hospital.	P	40,0%
R1	El índice de infecciones hospitalarias es menor del 5%.	R	90,0%
R2	Menos del 0,5% de los trabajadores de salud del hospital, enferman como consecuencia a exposiciones ocupacionales.	R	100,0%
R3	La mortalidad como consecuencia de infecciones intrahospitalarias, no excede el 2%	R	100,0%

Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

**GRÁFICO Nº 6.1.11
CONTROL DE INFECCIONES**



Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

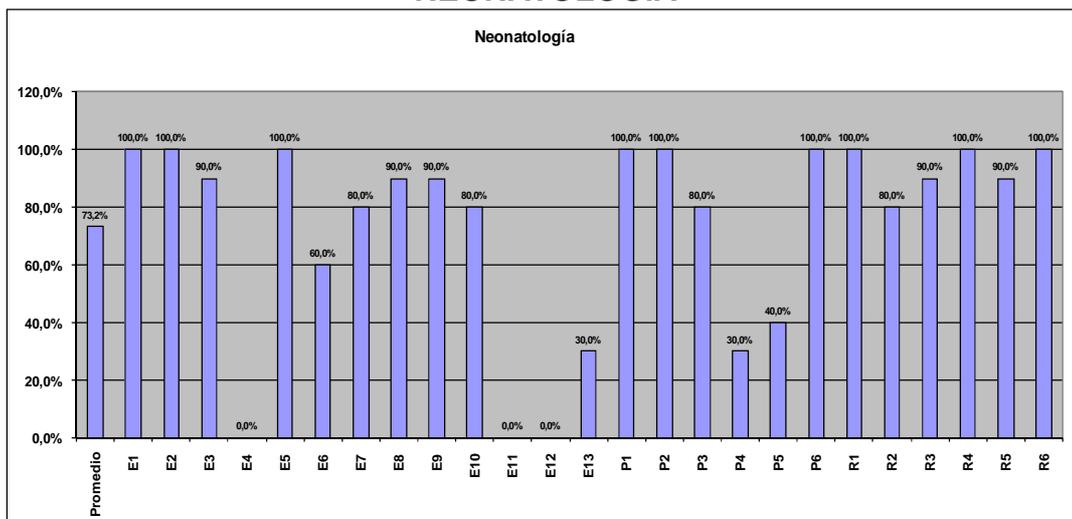
**TABLA Nº 6.1.12
NEONATOLOGÍA**

Promedio	14. Neonatología		73,2%
E1	Cuenta con un área de circulación restringida.	E	100,0%
E2	Cuenta con un sector destinado a la atención del recién nacido patológico, claramente diferenciado del de recién nacido normal.	E	100,0%
E3	Cuenta con los recursos necesarios para la atención del recién nacido patológico, que puede resolver los principales síndromes clínicos del recién nacido de mediano riesgo.	E	90,0%
E4	Cuenta con una UTI Neonatal, diferenciada y organizada en forma semi autónoma, que actúa como servicio de referencia de los establecimientos de la zona.	E	0,0%
E5	Existe un médico neonatólogo o pediatra responsable del servicio.	E	100,0%
E6	La atención es prestada las 24 horas por especialistas (neonatólogos o pediatras), enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería con entrenamiento especial.	E	60,0%
E7	Se dispone de apoyo diagnóstico y terapéutico las 24 horas.	E	80,0%
E8	Existen protocolos de manejo.	E	90,0%
E9	Se dispone de equipo mínimo necesario para la prestación del servicio en el nivel intermedio de atención.	E	90,0%
E10	Se dispone de la dotación (insumos) mínima necesaria para la prestación del servicio en el nivel intermedio de atención.	E	80,0%
E11	Se dispone de equipo mínimo necesario para la prestación del servicio en el nivel de terapia intensiva de atención.	E	0,0%
E12	Se dispone de la dotación (insumos) mínima necesaria para la prestación del servicio en el nivel de terapia intensiva de atención.	E	0,0%
E13	Se cuenta con personal para saneamiento ambiental las 24 horas.	E	30,0%
P1	Se registran y se le abre historia clínica a todos los R.N que ingresan al servicio	P	100,0%
P2	Se registra en forma continua (al menos cada cuatro horas) todas las novedades del paciente en su historia clínica.	P	100,0%
P3	Se aplican y revisan periódicamente los protocolos de manejo.	P	80,0%
P4	Se realizan auditorías periódicas de las historias clínicas	P	30,0%
P5	Se hace análisis mensual de la morbilidad, mortalidad e infecciones de la unidad.	P	40,0%
P6	Se investigan las complicaciones de los pacientes en el servicio de Sala de Partos y/o Pabellón.	P	100,0%
R1	El 80% de las interconsultas realizadas son atendidas antes de las 2 horas.	R	100,0%
R2	El 95% de los familiares muestran satisfacción con los resultados de la hospitalización.	R	80,0%
R3	El 80% de los familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.	R	90,0%
R4	Menos del 5% de los pacientes presentan complicaciones y/o accidentes como consecuencia de los tratamientos y/o procesos.	R	100,0%
R5	La mortalidad hospitalaria no es mayor del 5%.	R	90,0%
R6	Menos del 5% de los pacientes egresan contra opinión médica.	R	100,0%

Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

GRÁFICO Nº 6.1.12

NEONATOLOGÍA



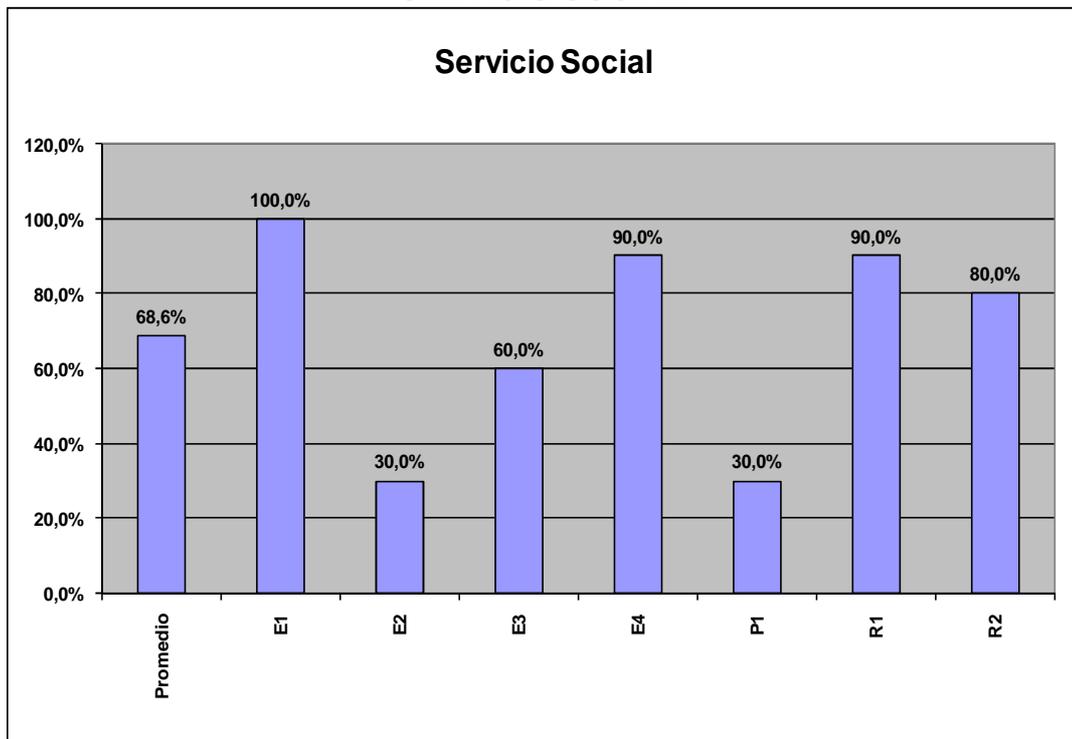
Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

**TABLA N° 6.1.13
SERVICIO SOCIAL**

Promedio	18. Servicio Social		68,6%
E1	Cuenta por lo menos un profesional de servicio social.	E	100,0%
E2	Cuenta con el espacio físico adecuado para el desarrollo de su tarea.	E	30,0%
E3	Existen normas y procedimientos escritos.	E	60,0%
E4	El servicio está integrado con el resto del cuerpo profesional.	E	90,0%
P1	Desarrolla actividades extramurales, como visitas domiciliarias, contactos comunitarios, relaciones institucionales e identificación de grupos de riesgo.	P	30,0%
R1	Las solicitudes de apoyo al servicio son atendidas en un plazo menor de 24 horas	R	90,0%
R2	Más del 75% de las solicitudes de apoyo son resueltas en forma satisfactoria	R	80,0%

Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

**GRÁFICO N° 6.1.13
SERVICIO SOCIAL**



Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

6.2 ANEXO

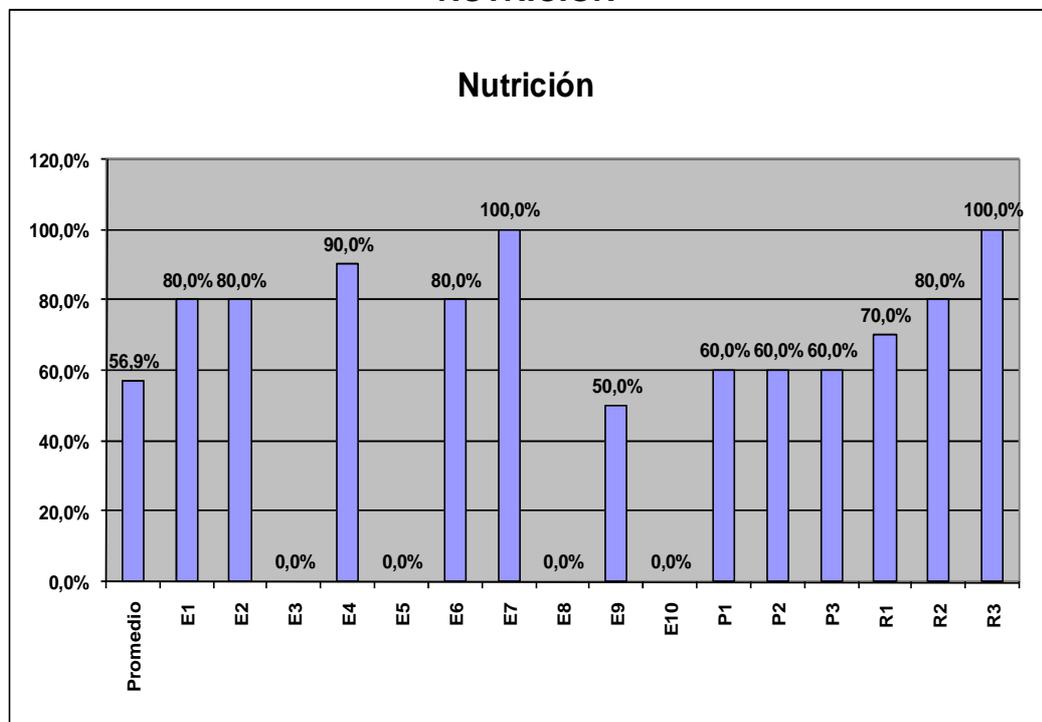
ÁREAS TÉCNICAS DE APOYO

**TABLA Nº 6.2.1
NUTRICIÓN**

Promedio	1. Nutrición		56,9%
E1	Cuenta con el equipo necesario para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	80,0%
E2	Cuenta con los recursos humanos necesarios y suficientes para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	80,0%
E3	Cuenta con un área para la preparación de fórmulas con normas específicas.	E	0,0%
E4	Cuenta con un listado de regímenes por patología, confeccionado por una nutricionista, según prescripción médica.	E	90,0%
E5	Cuenta con una consulta externa de Nutrición Y Dietética atendida por una nutricionista.	E	0,0%
E6	Dispone de los insumos necesarios para la prestación del servicio.	E	80,0%
E7	Dispone de un especialista en Nutrición al menos para la organización del servicio.	E	100,0%
E8	Existe una Unidad de Soporte Nutricional.	E	0,0%
E9	Tiene capacidad para diseñar regímenes especiales para pacientes ambulatorios.	E	50,0%
E10	Tiene capacidad para efectuar alimentación parenteral y enteral.	E	0,0%
P1	Asiste el especialista en Nutrición a la discusión de casos clínicos de los pacientes que así lo requieran.	P	60,0%
P2	El especialista en Nutrición pasa revista diaria a los pacientes, para la prescripción de regímenes personalizados.	P	60,0%
P3	Se analiza y verifica sistemáticamente el cumplimiento de los regímenes nutricionales de acuerdo a las patologías de los pacientes.	P	60,0%
R1	100% de los pacientes que requieren regímenes personalizados, son evaluados diariamente por el/la nutricionista.	R	70,0%
R2	El análisis y verificación del cumplimiento de los regímenes nutricionales de acuerdo a las patologías de los pacientes, revela un 100% de correspondencia.	R	80,0%
R3	Más del 70% de los pacientes califican la comida como satisfactoria.	R	100,0%

Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

**GRÁFICO Nº 6.2.1
NUTRICIÓN**



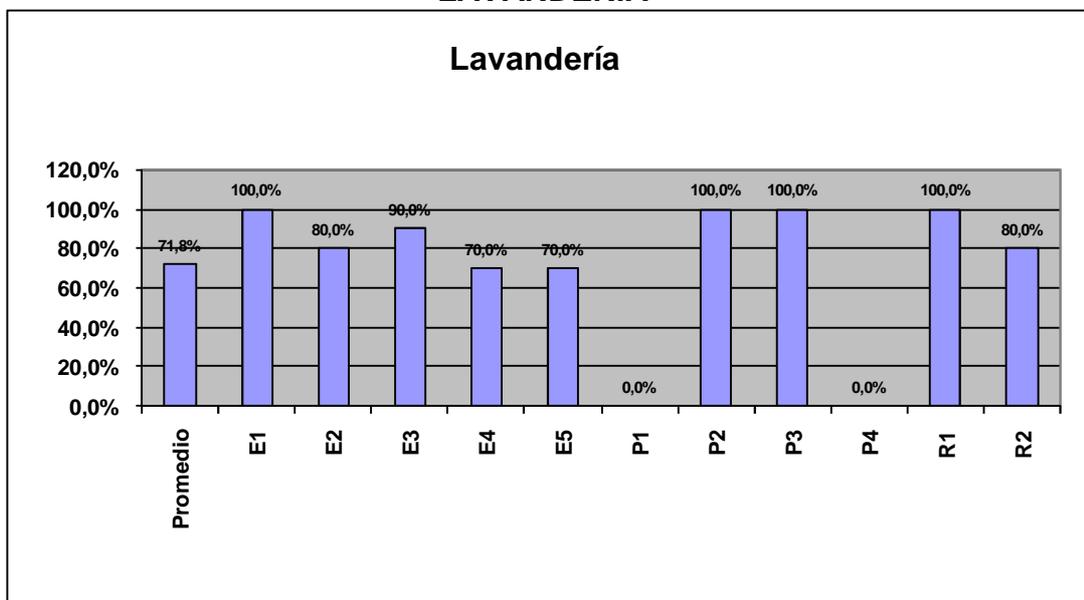
Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

**TABLA N° 6.2.2
LAVANDERÍA**

Promedio	2. Lavandería		71,8%
E1	Cuenta con el equipo necesario para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	100,0%
E2	Dispone de los insumos necesarios para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	80,0%
E3	Cuenta con los recursos humanos necesarios y suficientes para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	90,0%
E4	El proceso de lavado y cambio de ropa está normatizado	E	70,0%
E5	Existe protocolos para el manejo de la ropa usada y contaminada.	E	70,0%
P1	Lleva un registro del cambio de ropa en pacientes con fluidos corporales.	P	0,0%
P2	El retiro de ropa sucia es diario.	P	100,0%
P3	La entrega de ropa limpia se hace diariamente.	P	100,0%
P4	Existe auditoría periódica de los procesos establecidos en el Servicio de Lavandería.	P	0,0%
R1	La incidencia de infecciones hospitalarias (de heridas, generales) como consecuencia del uso de ropa contaminada es menor del 1%.	R	100,0%
R2	Más del 90% de los pacientes califican la ropa como limpia y satisfactoria.	R	80,0%

Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

**GRÁFICO N° 6.2.2
LAVANDERÍA**



Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

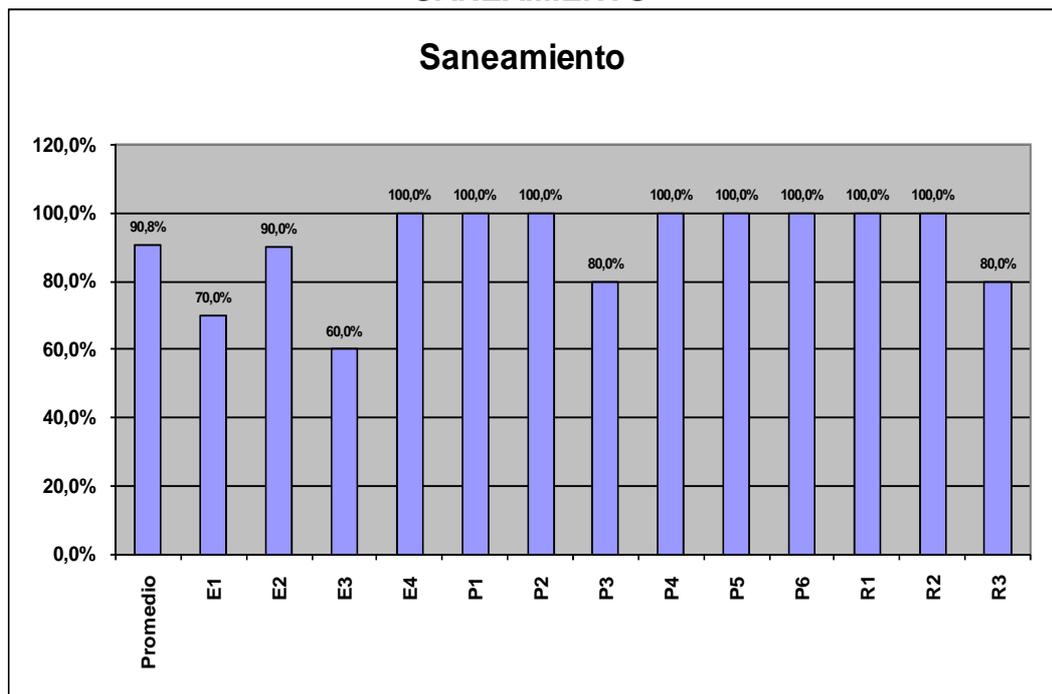
**TABLA N° 6.2.3
SANEAMIENTO**

Promedio	3. Saneamiento		90,8%
E1	Cuenta con el equipo necesario para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	70,0%
E2	Dispone de los insumos necesarios para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	90,0%
E3	Cuenta con los recursos humanos necesarios y suficientes para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	60,0%
E4	Cuenta con un responsable de la limpieza.	E	100,0%
P1	Los pisos son limpiados al menos una vez al día, cumpliendo con las normas establecidas.	P	100,0%
P2	Existe prohibición de barrido en seco, excepto casos especiales como consultorio o circulación pública.	P	100,0%
P3	Se verifica regularmente la eficacia y riesgos a la salud como resultado del uso indiscriminado de los productos de limpieza.	P	80,0%
P4	Existen normas para el tratamiento específico de elementos o excretas potencialmente contaminantes (hepatitis B, SIDA, salmonelosis).	P	100,0%
P5	El personal de limpieza recibe adiestramiento.	P	100,0%
P6	El centro asistencial cumple con la normativa prevista en el Decreto número 2.218 de fecha 23-04-92 publicado en la Gaceta Oficial N° 4.418, extraordinaria del 27-04-92, referente a la "Clasificación y Manejo de Desechos en Establecimientos de Salud".	P	100,0%
R1	La incidencia de infecciones entre el personal como consecuencia de contaminación con elementos o excretas potencialmente contaminantes (hepatitis B, SIDA, salmonelosis) es menor del 1%.	R	100,0%
R2	La incidencia de infecciones hospitalarias (de heridas, generales) como consecuencia del saneamiento inadecuado es menor del 1%.	R	100,0%
R3	Más del 90% de los pacientes califican la ropa como limpia y satisfactoria.	R	80,0%

Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

GRÁFICO N° 6.2.3

SANEAMIENTO



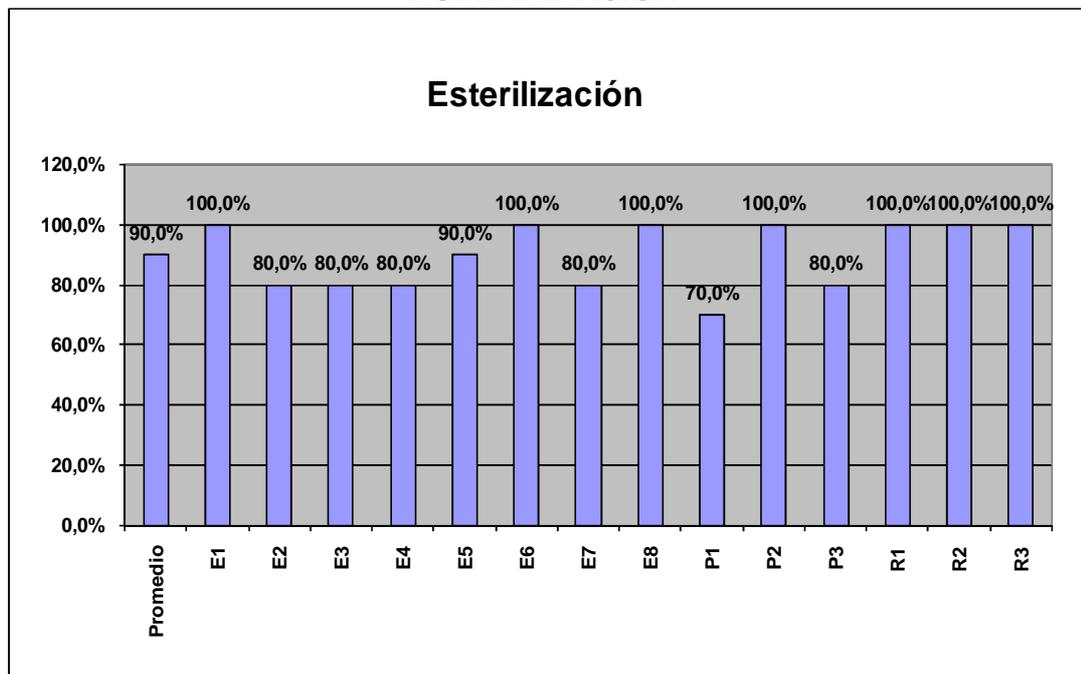
Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

**TABLA N° 6.2.4
ESTERILIZACIÓN**

Promedio	4. Esterilización		90,0%
E1	Posee un local donde se realiza la preparación y esterilización de todos los materiales de la institución.	E	100,0%
E2	El área del servicio cuenta con tres sectores: recepción y lavado, preparación y acondicionamiento de materiales esterilización y almacenamiento.	E	80,0%
E3	Cuenta con el equipo necesario para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	80,0%
E4	Dispone de los insumos necesarios para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	80,0%
E5	Cuenta con los recursos humanos necesarios y suficientes para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	90,0%
E6	Tiene posibilidad propia o contratada de esterilizar materiales termosensibles.	E	100,0%
E7	Existen normas escritas sobre los procedimientos de esterilización.	E	80,0%
E8	Cuenta con ventilación mecánica equipada con filtros de alta eficiencia.	E	100,0%
P1	Se lleva a cabo un proceso de capacitación y actualización permanente de los recursos humanos.	P	70,0%
P2	Se efectúan controles biológicos de acuerdo a la normativa vigente	P	100,0%
P3	Los equipos son lavados y desinfectados regularmente en forma automática y/o manual.	P	80,0%
R1	La incidencia de infecciones entre el personal como consecuencia de contaminación con elementos o excretas potencialmente contaminantes (hepatitis B, SIDA, salmonelosis) es menor del 1%.	R	100,0%
R2	La incidencia de infecciones hospitalarias(de heridas, generales) como consecuencia de esterilización inadecuada de equipos es menor del 1%.	R	100,0%
R3	Más del 98% de los usuarios califican la esterilización de equipos como satisfactoria.	R	100,0%

Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

**GRÁFICO N° 6.2.4
ESTERILIZACIÓN**



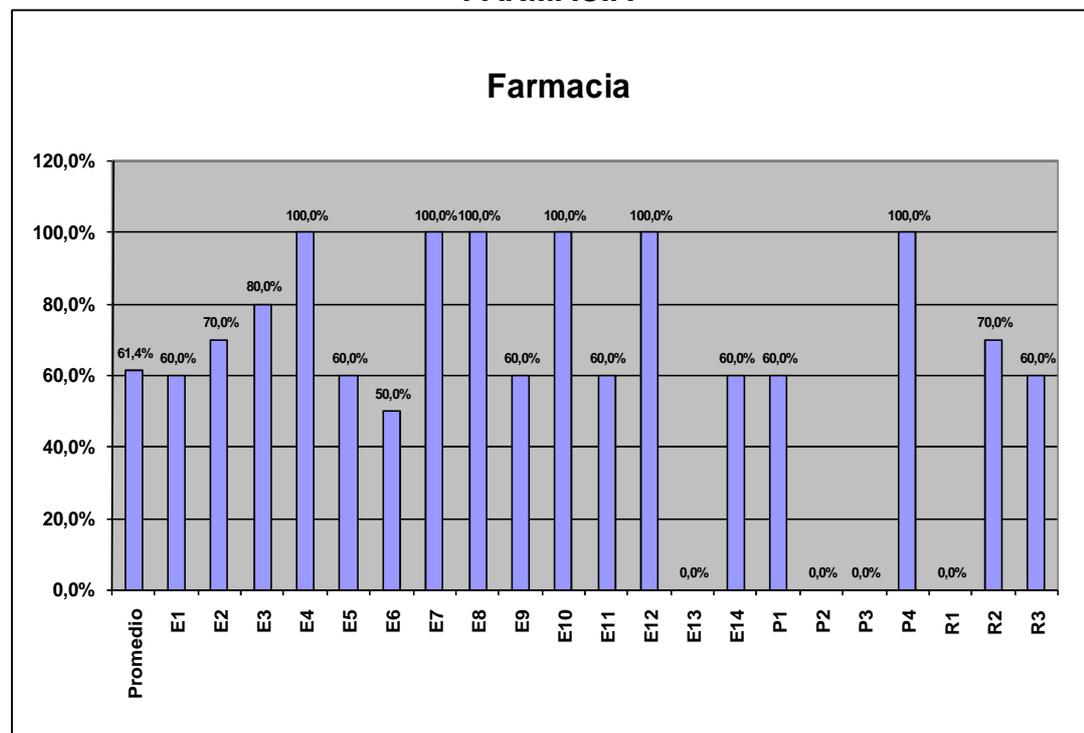
Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

**TABLA N° 6.2.5
FARMACIA**

Promedio	5. Farmacia		61,4%
E1	Cuenta la planta física con áreas bien definidas, clasificadas y delimitadas de acuerdo a la actividad que se realiza en ella.	E	60,0%
E2	Cumple con las condiciones ambientales de iluminación, ventilación, seguridad, condiciones higiénicas, entre otras, que aseguren el buen funcionamiento del Servicio.	E	70,0%
E3	Cuenta con el equipamiento necesario para asegurar el buen almacenamiento de los medicamentos, de acuerdo a la normativa vigente.	E	80,0%
E4	Cuenta con un profesional farmacéutico legalmente autorizado (Farmacéutico Regente).	E	100,0%
E5	Existen normas de utilización de antibióticos y vademecum para uso del establecimiento.	E	60,0%
E6	Cuenta con personal Técnico o Auxiliar de Farmacia de guardia las 24 horas, para la atención de pacientes internados y ambulatorios.	E	50,0%
E7	Cuenta con un Comisión de farmacia y terapéutica que regule la selección de medicamentos en la institución.	E	100,0%
E8	Cuenta con una lista de medicamentos esenciales.	E	100,0%
E9	Tiene establecido un sistema de control de inventarios de medicamentos que asegure el reabastecimiento regular y oportuno de los suministros necesarios.	E	60,0%
E10	Existe un Comité de Licitaciones o Junta de Compra de medicamentos donde participe el Farmacéutico Jefe del Servicio.	E	100,0%
E11	Cuenta con almacenes y equipos de acuerdo al tipo de medicamentos que cumplan con las condiciones ambientales que aseguren un buen almacenamiento.	E	60,0%
E12	Existe un sistema de control para las sustancias psicotrópicas y estupefactivas.	E	100,0%
E13	Cuenta con servicios de docencia e investigación clínica.	E	0,0%
E14	Para su funcionamiento cuenta con un manual de normas y procedimientos.	E	60,0%
P1	Se revisan y actualizan las normas de utilización de antibióticos y vademecum para uso del establecimiento.	P	60,0%
P2	Cuenta con sistemas de distribución tradicionales o modernos (Dosis unitaria).	P	0,0%
P3	Se realizan estudios de farmacoepidemiología.	P	0,0%
P4	Se realiza control del gasto y consumo de medicamentos.	P	100,0%
R1	La incidencia de complicaciones por uso indebido de medicamentos es menor del 1%	R	0,0%
R2	Más del 95% de los pacientes y familiares califican el servicio de la farmacia como satisfactorio.	R	70,0%
R3	Más del 95% de los usuarios (médicos y enfermeras) califican el servicio de la farmacia como satisfactorio.	R	60,0%

Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

**GRÁFICO N° 6.2.5
FARMACIA**



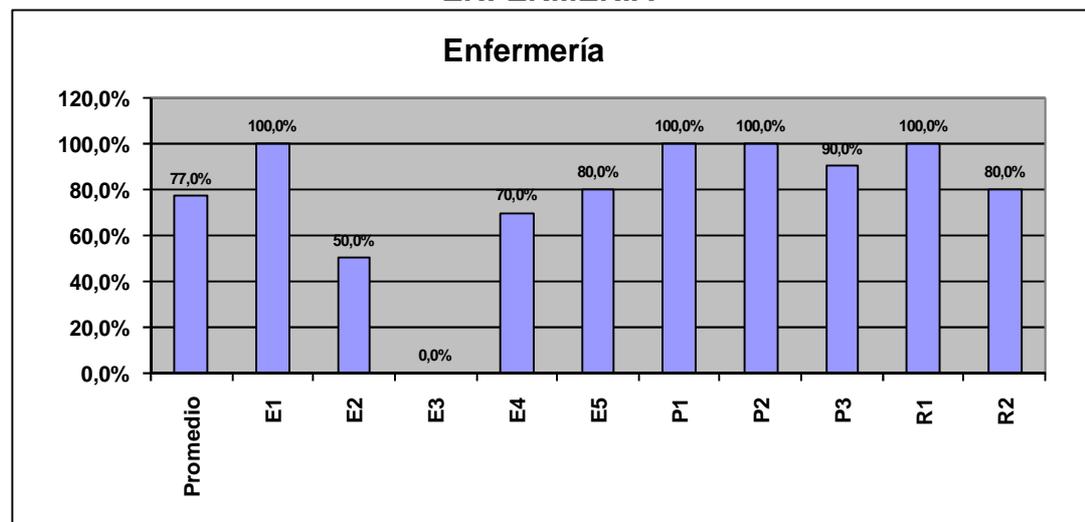
Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

**TABLA N° 6.2.6
ENFERMERÍA**

Promedio	6. Enfermería		77,0%
E1	La responsable del servicio tiene título de Licenciada en Enfermería.	E	100,0%
E2	La distribución del personal se ajusta a las normas nacionales.	E	50,0%
E3	El personal administrativo (Supervisora, Coordinadora) tienen título de Licenciatura en Enfermería.	E	0,0%
E4	Existen normas escritas en todas las oficinas y/o servicios.	E	70,0%
E5	Existe un Departamento de Enfermería que se encarga de la selección, entrenamiento, dimensionamiento y conducción de la totalidad del personal de Enfermería.	E	80,0%
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	100,0%
P2	El personal con menos de un año de servicio en la institución ha recibido instrucción específica sobre el funcionamiento del hospital..	P	100,0%
P3	Se registran en la historia clínica las observaciones sobre la evolución de los pacientes.	P	90,0%
R1	La incidencia de complicaciones por fallas de enfermería es menor del 1%	R	100,0%
R2	Más del 95% de los pacientes y familiares califican el servicio enfermería como satisfactorio.	R	80,0%

Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

**GRÁFICO N° 6.2.6
ENFERMERÍA**



Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

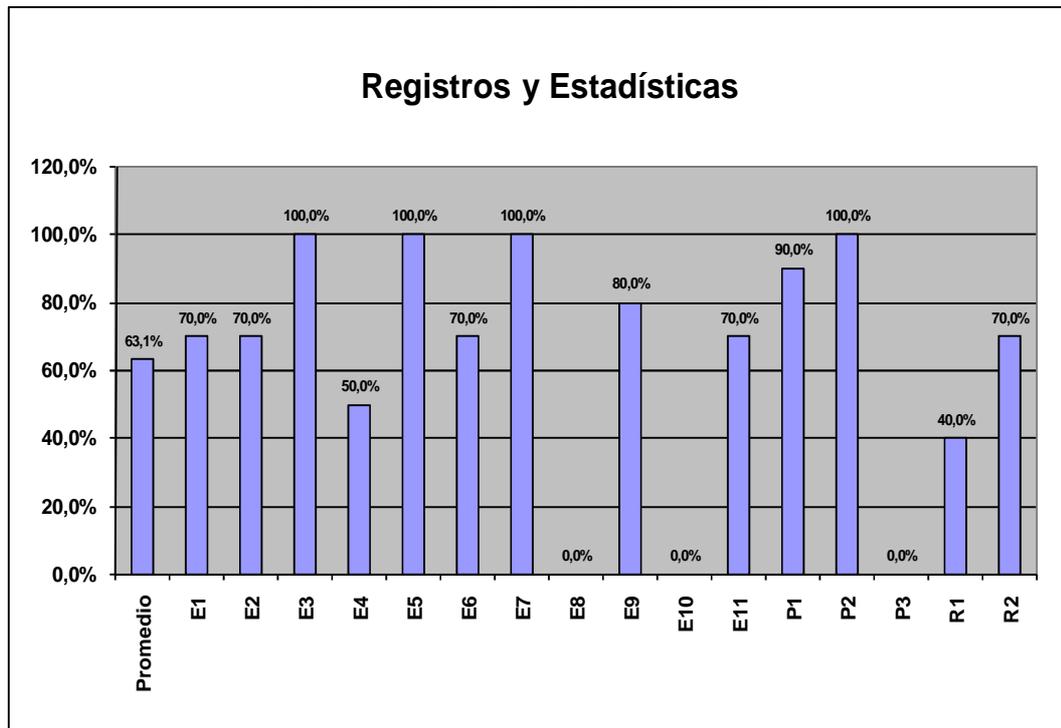
TABLA Nº 6.2.7
REGISTROS Y ESTADÍSTICAS EN SALUD

Promedio	7. Registros y Estadísticas en Salud		63,1%
E1	Cuenta la planta física con áreas bien definidas, clasificadas y delimitadas de acuerdo a la actividad que se realiza en ella.	E	70,0%
E2	Cumple con las condiciones ambientales de iluminación, ventilación, seguridad, condiciones higiénicas, entre otras, que aseguren el buen funcionamiento del Servicio.	E	70,0%
E3	Cuenta con el equipamiento necesario para asegurar el buen almacenamiento y procesamiento de los datos, de acuerdo a la normativa vigente.	E	100,0%
E4	Existe personal exclusivo para este fin y hay acceso al archivo las 24 horas.	E	50,0%
E5	Posee Historia Clínica de la totalidad de las personas asistidas en el establecimiento, tanto ambulatorias como hospitalizadas.	E	100,0%
E6	Existen normas difundidas y conocidas sobre la confección de las Historia Clínica.	E	70,0%
E7	Existe una única Historia Clínica, tanto para la atención ambulatoria como en internación.	E	100,0%
E8	Existe un Comité de Historias Clínicas reponsable por la calidad, el registro y seguimiento del movimiento y ruta de las Historias Clínicas.	E	0,0%
E9	Lleva registro estadístico de las actividades asistenciales, de acuerdo a la normativa vigente.	E	80,0%
E10	Emite una publicación mensual de la información.	E	0,0%
E11	Está automatizado el Servicio de Estadísticas.	E	70,0%
P1	La Historia Clínica cumple con la normativa vigente.	P	90,0%
P2	El registro de Historias Clínicas está organizado por doble entrada: por número de orden y por orden alfabético.	P	100,0%
P3	Se lleva a cabo en forma regular el análisis cuantitativo y cualitativo de las Historias Clínicas.	P	0,0%
R1	El 100% de los registros estadísticos están actualizados al mes anterior.	R	40,0%
R2	Más del 80% de una muestra de Historias Clínicas de pacientes internados, se halla actualizada al día anterior al de la evaluación.	R	70,0%

Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

GRÁFICO Nº 6.2.7

REGISTROS Y ESTADÍSTICAS



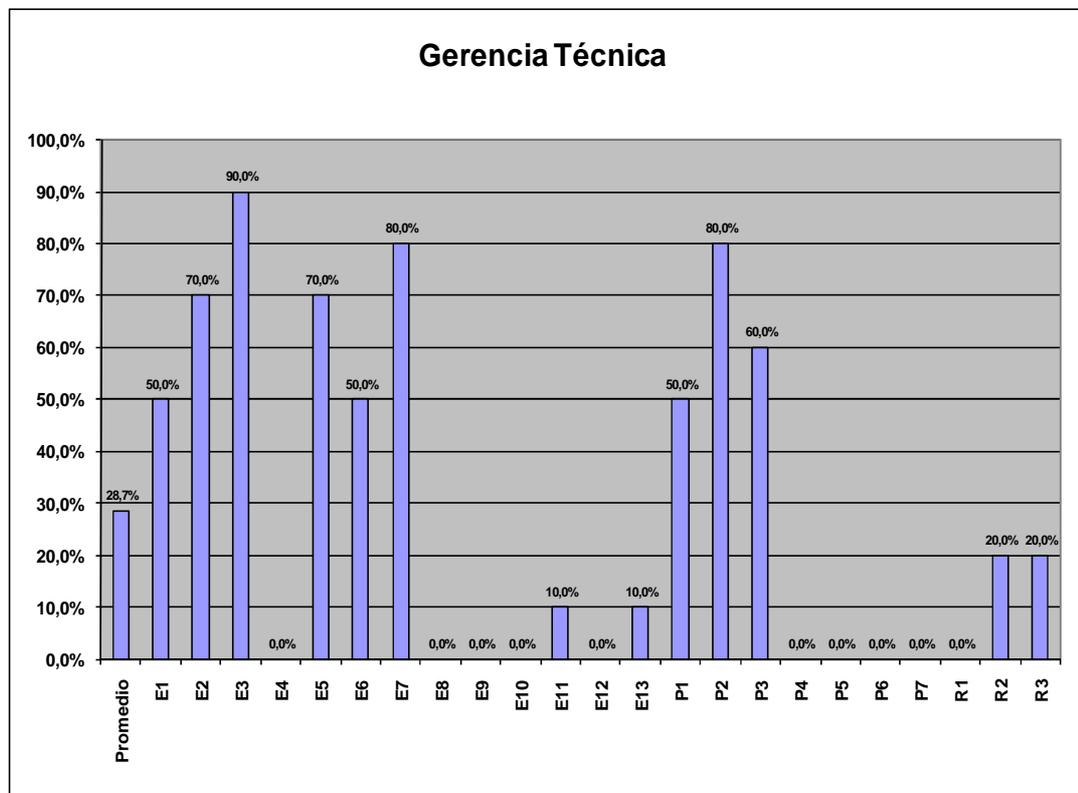
Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

TABLA N° 6.2.8
GESTIÓN TECNOLÓGICA

Promedio	8. Gestión Tecnológica		63,1%
Promedio	8.1. Gerencia Técnica		28,7%
E1	Las Sub-unidades cuentan con un espacio físico, herramientas e insumos de trabajo adecuados para realizar sus actividades asignadas.	E	50,0%
E2	Cuenta con los recursos humanos necesarios y suficientes para la prestación del servicio, de acuerdo a la normativa vigente	E	70,0%
E3	La Gerencia Técnica está a cargo de un profesional universitario calificado, con experiencia comprobable.	E	90,0%
E4	Las Sub-unidades de la organización están a cargo de ingenieros o TSU del área específica.	E	0,0%
E5	El personal asignado para cada sub-unidad está calificado y capacitado para la(s) actividad(es) específicas.	E	70,0%
E6	La Gerencia Técnica cuenta con los equipos necesarios para el desempeño de sus funciones.	E	50,0%
E7	Los equipos médicos y no-médicos actuales son tecnológicamente adecuados para las necesidades.	E	80,0%
E8	Posee Manuales de Organización y de Procedimientos aprobados y vigentes.	E	0,0%
E9	Posee organización según manual y organigrama colocado en cartelera.	E	0,0%
E10	Cada Sub-unidad tiene a su alcance las normas y el Manual con los procedimientos técnicos correspondientes.	E	0,0%
E11	La Gerencia Técnica tiene catálogos y manuales de los equipos instalados en el Hospital.	E	10,0%
E12	Existen Programas de Adiestramiento para el personal del área.	E	0,0%
E13	Existe inventario técnico actualizado de los equipos en su totalidad.	E	10,0%
P1	La Gerencia Técnica participa en los procesos de compra y mantenimiento de equipos.	P	50,0%
P2	La Gerencia Técnica hace informe periódico de gestión.	P	80,0%
P3	Tiene conocimiento del presupuesto de la Dirección, Oficina o Departamento asignado(s).	P	60,0%
P4	Tiene autonomía de gestión, caja chica o Fondo Rotatorio propio.	P	0,0%
P5	Se hace supervisión periódica del estado de conservación y funcionamiento de los recursos físicos y materiales, así como de las instalaciones del Hospital.	P	0,0%
P6	Lleva a cabo un programa de mantenimiento preventivo y correctivo.	P	0,0%
P7	Tiene Programa de Reposición, así como de la respectiva desincorporación.	P	0,0%
R1	El 100% del personal participa de un programa de adiestramiento continuo	R	0,0%
R2	Más del 75% del equipo obsoleto ha sido desincorporado y repuesto.	R	20,0%
R3	Por lo menos el 5% del presupuesto hospitalario se destina a mantenimiento preventivo.	R	20,0%

Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

GRÁFICO N° 6.2.8 GERENCIA TÉCNICA



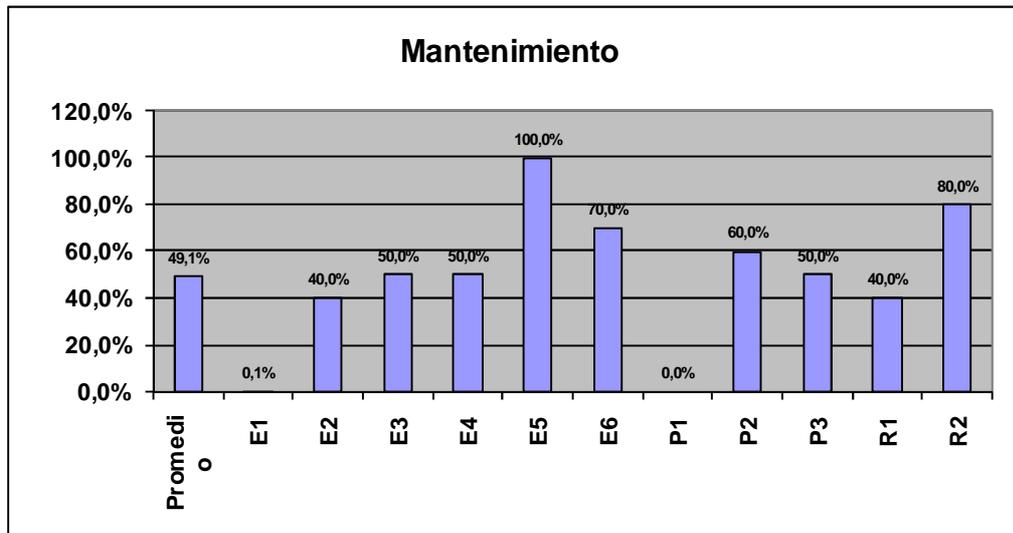
Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

TABLA N° 6.2.9

MANTENIMIENTO

Promedio	8.2 Mantenimiento.		49,1%
E1	La Sub-gerencia de Mantenimiento está a cargo de un profesional universitario calificado, con experiencia comprobable.	E	0,1%
E2	Posee personal calificado en todos los departamentos.	E	40,0%
E3	Cuenta con personal de mantenimiento las 24 horas.	E	50,0%
E4	Posee dotación de materiales y repuestos para satisfacer las necesidades.	E	50,0%
E5	Existen formatos de órdenes o requisición para los trabajos de mantenimiento.	E	100,0%
E6	Mantenimiento posee Departamentos de Electromecánica, Electricidad, Electromedicina y Rayos X, Aire acondicionado y Refrigeración, Albañilería y plomería.	E	70,0%
P1	Se evalúa regularmente el cumplimiento del programa de mantenimiento.	P	0,0%
P2	Los equipos de mayor tecnología tienen contrato preventivo y/o correctivo con empresas especializadas.	P	60,0%
P3	Se hace seguimiento de requisiciones y se lleva registro del cumplimiento.	P	50,0%
R1	El 100% de las solicitudes de mantenimiento son atendidas antes de las 24 horas	R	40,0%
R2	El 100% de las respuestas a los problemas de mantenimiento inician antes de 5 días hábiles.	R	80,0%

Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

**GRÁFICO N° 6.2.9
MANTENIMIENTO**

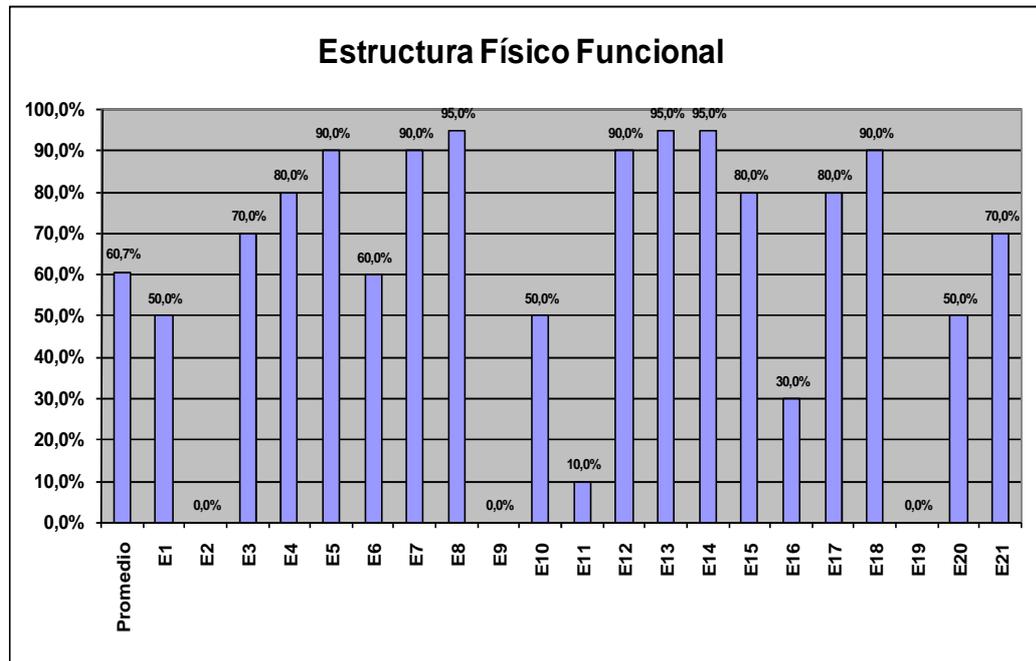
Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

**TABLA Nº 6.2.10
ESTRUCTURA FÍSICO FUNCIONAL**

Promedio	8.3 Estructura Físico Funcional.		60,7%
E1	Posee planos actualizados conforme a obra de planta y estructura aprobados según Normas y pautas establecidas por el ente rector.	E	50,0%
E2	Posee plan arquitectónico rector o maestro de obras a ejecutar o en ejecución.	E	0,0%
E3	Posee facilidades para circulación, ascenso y descenso de pacientes en condiciones de seguridad y protección adecuadas y cuenta además con barreras arquitectónicas.	E	70,0%
E4	Posee accesos diferenciados para vehículos y peatones.	E	80,0%
E5	Posee acceso vehicular exclusivo para el Servicio de Emergencia con la debida señalización.	E	90,0%
E6	Tiene diferenciados los Circuitos de Circulación: general, técnica, restringida y semi-restringida, y cuenta con la señalización adecuada.	E	60,0%
E7	Se mantiene una adecuada independencia circulatoria entre las áreas públicas y técnicas en los servicios de atención al paciente.	E	90,0%
E8	La planta física del estacionamiento responde a las capacidades estipuladas en la normativa municipal y rectoría de salud.	E	95,0%
E9	Las áreas de espera cuentan con bebederos y sanitarios públicos; estos tienen facilidades para pacientes con impedimentos.	E	0,0%
E10	Las áreas de espera cuentan con capacidad para acomodar pacientes y acompañantes, así como espacio para estacionar camillas y/o sillas de ruedas ocupadas, permitiendo el libre tránsito.	E	50,0%
E11	Las áreas de espera y pasillos cuentan con iluminación y ventilación dentro de los rangos de confort establecidos, así como control de visuales repudiables.	E	10,0%
E12	El ancho de los pasillos generales permite la circulación simultánea en ambos sentidos de pacientes en camillas y sillas de ruedas.	E	90,0%
E13	La dimensión de las puertas permite el paso fluido de camillas, carros de transporte, sillas de ruedas, equipos portátiles y otros.	E	95,0%
E14	De presentar modificación o ampliación de la planta física de los servicios y estacionamientos, especialmente a partir del año 1.996 cuenta con la correspondiente aprobación por el ente rector.	E	95,0%
E15	La planta física del estacionamiento responde a lo estipulado por las Normas COVENIN N°2.733-90 en lo referente a la "Construcción y Adaptación de Edificaciones de Uso Público, accesibles a personas con impedimentos físicos".	E	80,0%
E16	El Servicio de Anatomía Patológica responde a lo estipulado en la Gaceta Oficial N°36.778 de fecha 16 de septiembre de 1999 en lo referente a Normas que establecen los "Requisitos Arquitectónicos Funcionales del Servicio de Anatomía Patológica de los Establecimientos Médico Asistenciales Públicos y Privados".	E	30,0%
E17	El Servicio de Quirófano responde a lo estipulado en la Gaceta Oficial N°36.574 de fecha 04 de noviembre de 1998, referente a Normas que establecen los "Requisitos Arquitectónicos Funcionales del Servicio de Anatomía Patológica de los Establecimientos Médicos Asistenciales Públicos y Privados".	E	80,0%
E18	El Servicio de Laboratorio de Bionálisis responde en lo establecido en la Gaceta Oficial N°37.144 de fecha 20 de febrero de 2001, referente a "Requisitos Arquitectónicos y de Equipamiento para Establecimientos Médico Asistenciales del Servicio de Laboratorio de Bionálisis".	E	90,0%
E19	El Servicio de Cirugía Ambulatoria responde a lo establecido en la Gaceta Oficial N°37.426 de fecha 18 de abril de 2002, referente a "Requisitos Arquitectónicos y de Equipamiento para Establecimientos de Salud Médico Asistenciales de Cirugía Ambulatoria".	E	0,0%
E20	El centro asistencial cumple con los "Requisitos Arquitectónicos de equipamiento para establecimientos de salud Médico Asistenciales, Servicios de Emergencia y Medicina Crítica" según resolución número SG-465-96 de fecha 13-11-96, publicada en Gaceta Oficial N°36.090 de fecha 20-11-96.	E	50,0%
E21	El Centro Asistencial cumple con la Norma COVENIN-MINDUR 2733-90 referente a "Proyecto, Construcción y Adaptación de Edificaciones de uso Público accesibles a personas con impedimentos físicos", mayo/1.991.	E	70,0%

Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

**GRÁFICO Nº 6.2.10
ESTRUCTURA FÍSICO FUNCIONAL**



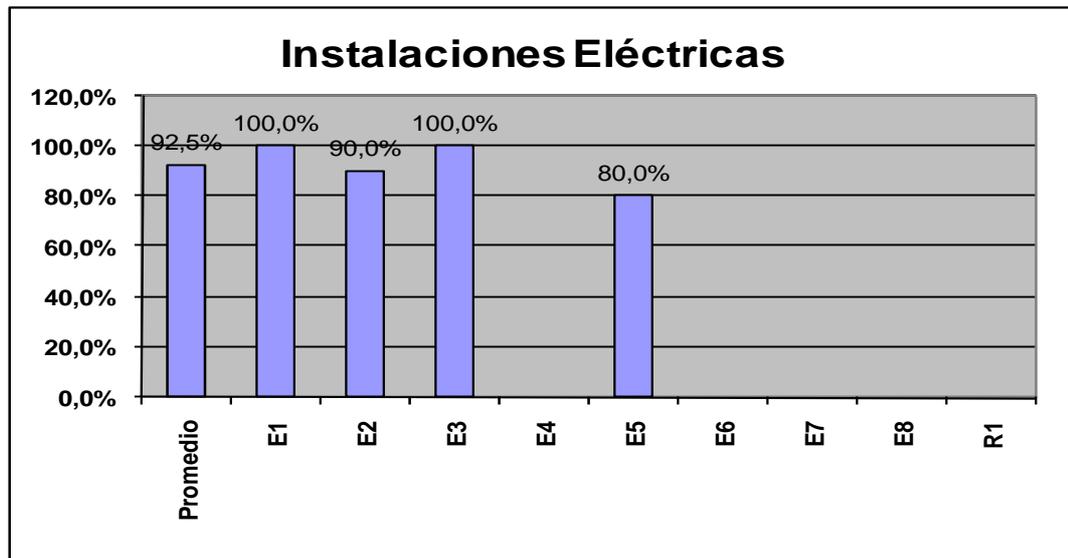
Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

**TABLA Nº 6.2.11
INSTALACIONES ELÉCTRICAS**

Promedio	8.4 Instalaciones Eléctricas.		92,5%
E1	Posee planos actualizados conforme a obra, de las instalaciones eléctricas.	E	100,0%
E2	Las plantas eléctricas de emergencia funcionan en su totalidad.	E	90,0%
E3	Cuenta con todas las instalaciones y requerimientos eléctricos establecidos en la Gaceta Oficial como: tomacorrientes especiales, tablero de aislamiento, iluminación en los servicios de quirófano, cuidados intensivos y sala de parto.	E	100,0%
E4	Posee un sistema de alimentadores y circuitos ramales el cual cumple con los requisitos del Artículo 700 de CEN destinado a suministrar potencia alterna a un número limitado de funciones prescritas útiles para protección y seguridad de la vida del prescrito.	E	
E5	Posee un sistema de iluminación de los medios de escape.	E	80,0%
E6	Posee un sistema de puesta a tierra de todos los circuitos ramales que sirven las áreas de cuidado de los pacientes, según lo establece la sección 517-11, 517-103 CEN.	E	
E7	Posee sistema de potencia interrumpida o UPS a fin de garantizar a la carga en cualquier momento una alimentación continua y estabilizada, en el caso de una falla en el suministro normal de electricidad.	E	
E8	El sistema eléctrico esencial posee la capacidad adecuada para satisfacer la demanda para la operación de todas las funciones y equipos a ser servidos por cada circuito ramal.	E	
R1	El sistema eléctrico de emergencia (planta eléctrica) arranca en un lapso no mayor de 10 segundos.	R	

Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

**GRÁFICO Nº 6.2.11
INSTALACIONES ELÉCTRICAS**



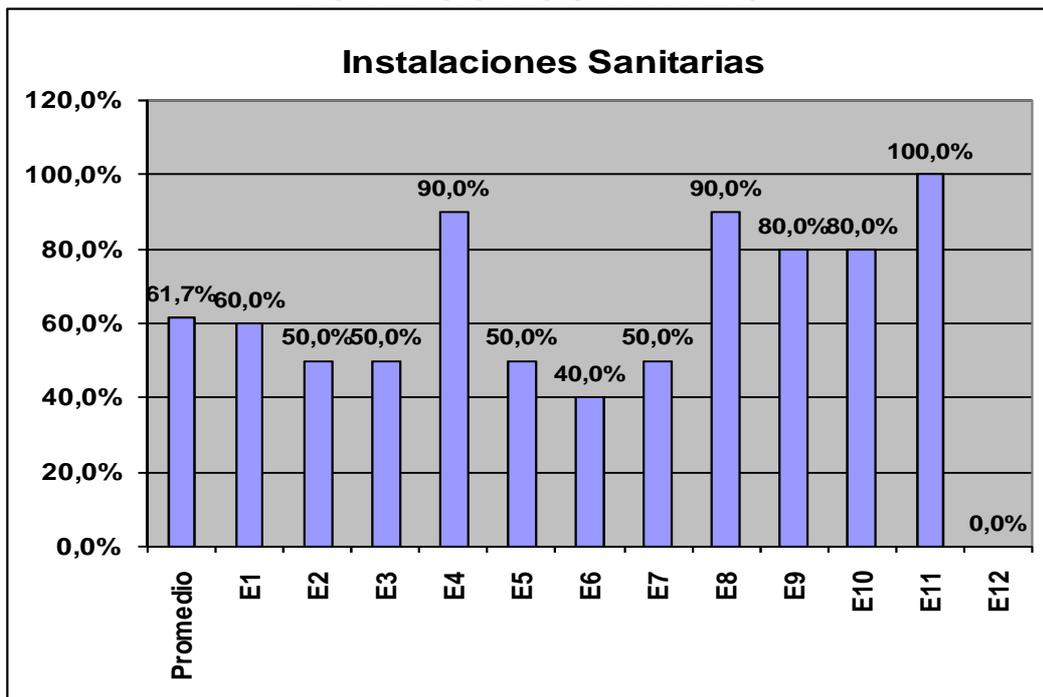
Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

**TABLA Nº 6.2.12
INSTALACIONES SANITARIAS**

Promedio	8.5 Instalaciones Sanitarias.		61,7%
E1	La Dirección de Mantenimiento tiene al menos 01 juego completo de los planos, detalles y especificaciones originales y/o conformes a obra del Hospital.	E	60,0%
E2	La Dirección de Mantenimiento tiene al menos 01 ficha de cada modificación por mínima que hubiere sido realizada en las instalaciones, equipos/artefactos sanitarios y accesorios de las instalaciones del Hospital.	E	50,0%
E3	Tiene al menos 01 juego completo de los planos modificados durante la vida del hospital.	E	50,0%
E4	La Sub-unidad de plomería está a cargo de plomero calificado y capacitado.	E	90,0%
E5	La Sub-unidad de plomería cuenta con espacio físico, herramientas e insumos de trabajo adecuados para realizar sus actividades asignadas.	E	50,0%
E6	Las instalaciones del hospital están realizadas según los planos y cumplen con las normas sanitarias.	E	40,0%
E7	Las redes exteriores de aguas servidas funcionan adecuadamente, incluyendo tanquillas.	E	50,0%
E8	Posee redes diferenciadas para suministro y extinción de incendios.	E	90,0%
E9	Posee capacidad de almacenamiento de aguas blancas discriminada: para uso normal distinta de la reserva contra incendios.	E	80,0%
E10	Funcionan en su totalidad los artefactos sanitarios.	E	80,0%
E11	Existe provisión de agua (tanque) para proporcionar agua potable hasta por un lapso de 48 horas.	E	100,0%
E12	Existe un plan de racionamiento de agua en condiciones de emergencia.	E	0,0%

Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

**GRÁFICO Nº 6.2.12
INSTALACIONES SANITARIAS**



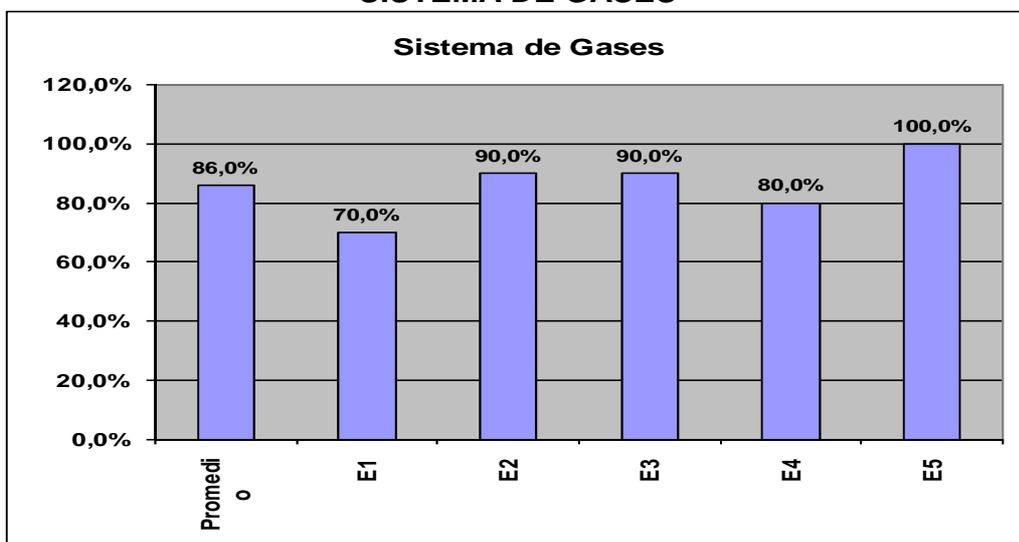
Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

**TABLA Nº 6.2.13
SITEMA DE GASES**

Promedio	8.6 Sistemas de Gases.		86,0%
E1	Posee planos actualizados conforme a obra de las instalaciones de los gases.	E	70,0%
E2	Las presiones de salidas son las adecuadas.	E	90,0%
E3	No existen fugas en las tuberías.	E	90,0%
E4	El sistema en general de gases funciona satisfactoriamente.	E	80,0%
E5	La capacidad del sistema se ajusta a los requerimientos.	E	100,0%

Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

**GRÁFICO Nº 6.2.13
SISTEMA DE GASES**



Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola.

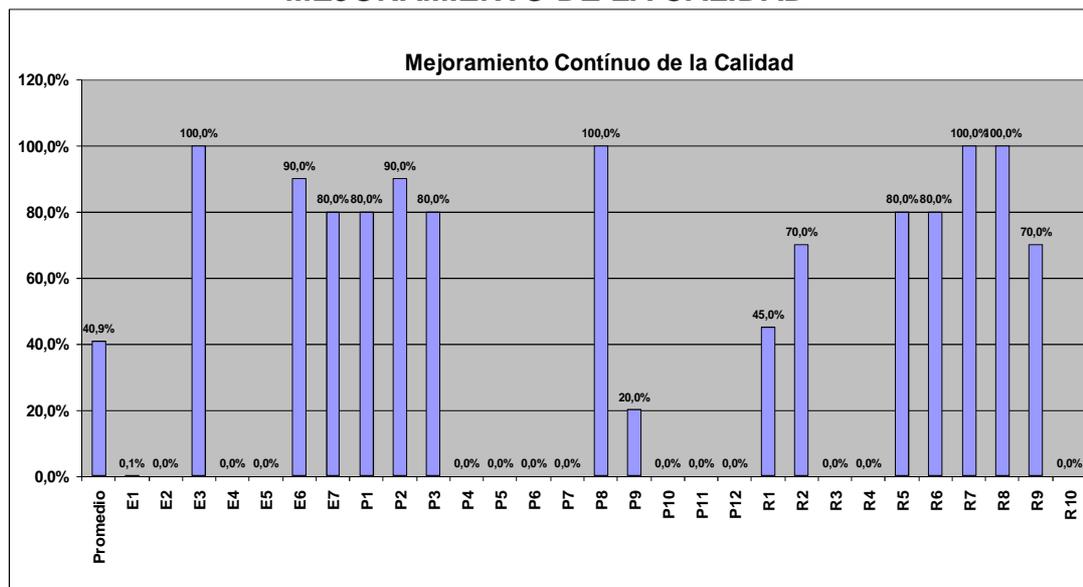
TABLA Nº 6.2.14
MEJORAMIENTO CONTÍNUO DE LA CALIDAD

Promedio	10. Mejoramiento continuo de la calidad		40,9%
E1	Existe un programa de acreditación al cual el hospital está adherido.	E	0,1%
E2	Existe un programa de certificación y recertificación de los profesionales	E	0,0%
E3	Lleva un registro de la morbilidad y mortalidad por servicios	E	100,0%
E4	Posee un sistema de vigilancia de indicadores de calidad asistencial.	E	0,0%
E5	Elabora una programación anual de las actividades para el mejoramiento de la calidad por departamentos y global.	E	0,0%
E6	Cuenta con comités de y garantía de calidad, infecciones, medicamentos y otros.	E	90,0%
E7	Posee un servicio de epidemiología hospitalaria.	E	80,0%
P1	Lleva un control de los indicadores hospitalarios.	P	80,0%
P2	Se verifica regularmente el cumplimiento de los protocolos de diagnóstico y tratamiento.	P	90,0%
P3	Se verifica regularmente el cumplimiento de las normas y procedimientos de enfermería.	P	80,0%
P4	Efectúa un seguimiento de la política de uso de antibióticos por departamentos.	P	0,0%
P5	Recopila y analiza información sobre costos de los procesos asistenciales.	P	0,0%
P6	Se efectúan encuestas de satisfacción de los usuarios.	P	0,0%
P7	Se investiga sistemáticamente la morbimortalidad y las secuelas del proceso, si las hay.	P	0,0%
P8	Se registran las tasas de mortalidad por servicio.	P	100,0%
P9	Se efectúan sesiones de análisis de mortalidad en forma periódica.	P	20,0%
P10	Se analiza la calidad de vida postingreso con alguna escala validada.	P	0,0%
P11	Se da seguimiento al número de autopsias realizadas y en relación a los ingresos	P	0,0%
P12	Existe un programa de humanización destinado a garantizar que las necesidades de los enfermos y sus familiares se satisfagan correctamente	P	0,0%
R1	95% los expedientes demuestran el cumplimiento con los protocolos de diagnóstico y tratamiento.	R	45,0%
R2	95% de los expedientes demuestra el cumplimiento de las normas y procedimientos de enfermería.	R	70,0%
R3	100% de los departamentos cumplen con la política de uso de antibióticos.	R	0,0%
R4	100% de los procesos asistenciales mantienen los costos establecidos por el nivel normativo.	R	0,0%
R5	El 95% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con los resultados de la hospitalización.	R	80,0%
R6	El 80% de los pacientes y familiares muestran satisfacción con la atención (trato humanitario) recibida.	R	80,0%
R7	La mortalidad por servicios no excede el 4%..	R	100,0%
R8	Más del 75% de las muertes ocurridas fueron inevitables, de acuerdo a los parámetros establecidos por la normativa vigente.	R	100,0%
R9	Más del 95% de los egresados disfrutan de una calidad de vida aceptable para su condición, de acuerdo a la escala establecida por el nivel normativo.	R	70,0%
R10	Se le realiza autopsia médica a más del 50% de los pacientes fallecidos luego de permanecer hospitalizados por más de 24 horas.	R	0,0%

Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

GRÁFICO Nº 6.2.14

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD



Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

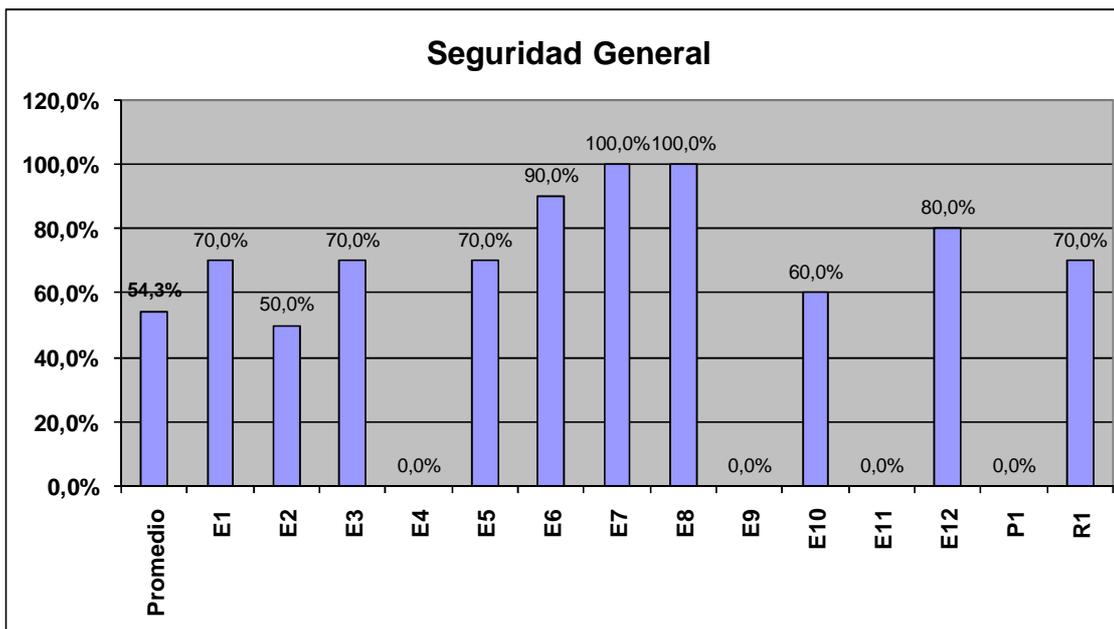
TABLA Nº 6.2.15

SEGURIDAD GENERAL

Promedio	13. Seguridad general, Vigilancia e Información.		54,3%
E1	Dispone de personal adiestrado exclusivamente para esta área.	E	70,0%
E2	Cuenta con personal exclusivo para el Control de los Accesos y Orientación al público las 24 horas.	E	50,0%
E3	Se dispone de los equipos e insumos para garantizar la seguridad general.	E	70,0%
E4	Existe un Comité de Protección Civil.	E	0,0%
E5	Posee salidas de emergencia accesibles y claramente señalizadas.	E	70,0%
E6	Posee un sistema de prevención, alarma y extinción de incendios.	E	90,0%
E7	Posee un plan de contingencia para eventos exógenos (naturaleza) y endógenos que susciten situaciones de desastres.	E	100,0%
E8	Posee personal de seguridad las 24 horas.	E	100,0%
E9	Posee un sistema de alarma general y está integrado a los programas de las autoridades competentes del área (Protección Civil, Bomberos y otros).	E	0,0%
E10	Posee sistema de señalización para agilizar el flujo de pacientes en el proceso de atención por parte de la institución.	E	60,0%
E11	Posee dispositivos de Alarma Eléctrica de Flujo de Agua Conectadas a los Rociadores.	E	0,0%
E12	Existe un plan de evacuación de emergencia.	E	80,0%
P1	Se realizan en forma periódica, simulacros para enfrentar contingencias.	P	0,0%
R1	La evaluación del programa demuestra un cumplimiento del 70% de las normas y procedimientos establecidos.	R	70,0%

Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

**GRÁFICO Nº 6.2.15
SEGURIDAD GENERAL**



Fuente: Áreas Técnicas de Apoyo. Elaboración: Corrales Fabiola

6.3 ANEXO

TABLA N° 6.3.1

MATRIZ DE ANÁLISIS ESTRUCTURAL H. DR. G. D. SERV. PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

MATRIZ DE ANÁLISIS ESTRUCTURAL HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ. SERVICIO DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA																																	
PLANEACIÓN ESTRATÉGICA 2009																																	
FACTOR	Pediatria, especialidad de un hospital público, con hospitalización único en la provincia. Aumentar el número de ingresos a Pediatría optimizando el horario de atención en la Ley de Modernización y Maternidad Gratuita. Bienestar por permanencia conjunta madre e hijo en hospitalización. Satisfacción del cliente por vigencia del PROGRAMA. Personal con experiencia. Optimizar el uso de la base de datos (Optimización y tecnificación de la información). Convenios con instituciones educativas a nivel superior. No jerarquización de la institución. (provincial). Gestión incipiente para la adquisición de tecnología actualizada. Presupuesto asignado no acorde con la demanda. Desprestigio de la atención brindada por mala información de la prensa. Participación no activa del consejo de salud y de la ciudadanía en general. Inadecuada práctica de medidas higiénicas y de protección de la salud. Crisis social político y económica del país. Baja oferta de capacitación para fortalecer competencias en temas específicos.																																
	OPORTUNIDADES								AMENAZAS								FORTALEZAS								DEBILIDADES								TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	MOTRICIDAD
OPORTUNIDADES																																	
1. Pediatría, especialidad de un hospital público, con hospitalización único en la provincia.	X	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	14
2. Aumentar el número de ingresos a Pediatría optimizando el horario de atención en la Ley de Modernización y Maternidad Gratuita que permiten el desarrollo del servicio.	1	X	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	9
3. Bienestar por permanencia conjunta madre e hijo en hospitalización.	0	1	X	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	6
4. Satisfacción del cliente por vigencia del PROGRAMA.	1	1	0	0	X	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	9	
5. Personal con experiencia.	1	1	0	0	X	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	19	
6. Optimizar el uso de la base de datos (Optimización y tecnificación de la información).	1	1	1	0	0	1	X	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	13	
7. Convenios con instituciones educativas a nivel superior.	1	1	0	0	0	1	1	X	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	18	
AMENAZAS																																	
9. No jerarquización de la institución. (provincial).	1	0	0	0	0	1	1	1	X	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	15	
10. Gestión incipiente para la adquisición de tecnología actualizada.	1	0	0	0	0	0	1	0	1	X	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10
11. Presupuesto asignado no acorde con la demanda.	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	X	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	14	
12. Desprestigio de la atención brindada por mala información de la prensa.	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	X	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	10	
13. Participación no activa del consejo de salud y de la ciudadanía en general.	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	X	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	11	
14. Inadecuada práctica de medidas higiénicas y de protección de la salud.	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	X	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	
15. Crisis social político y económica del país.	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	X	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	
16. Baja oferta de capacitación para fortalecer competencias en temas específicos.	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	X	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	
FORTALEZAS																																	
17. Estratégica ubicación geográfica, que facilita la accesibilidad de los usuarios externos.	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	X	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	12	
18. Centro de referencia provincial para la prestación de servicios de salud.	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	X	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	18	
19. Hospital de cuatro especialidades básicas.	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	X	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	17	
20. La capacidad técnica - científica para atender al cliente.	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	X	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	12	
21. Medios auxiliares básicos para el diagnóstico y tratamientos gratuitos.	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	X	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	13	
22. Atención oportuna.	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	18	
23. Implementación del alojamiento conjunto madre- hijo.	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	X	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	
24. Talento humano predispuesto al cambio.	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	X	0	0	0	0	1	1	1	1	14	
DEBILIDADES																																	
25. Déficit de médicos residentes para cumplir los turnos.	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	X	0	1	0	1	0	18	
26. Déficit de personal de enfermeras.	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	X	0	0	0	1	1	17	
27. Presencia de colas para atención médica y realización de exámenes.	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	X	1	0	0	18		
28. Deficiente plan de mantenimiento predictivo, preventivo y correctivo.	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	X	0	0	0	10		
29. Sub registros estadísticos.	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	X	0	0	0	10		
30. Insipiente grado de incentivos- motivación- comunicación.	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	X	0	11		
31. Protocolos no vigentes que duplican actividades.	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	X	1	10		
32. Procesos institucionales no implementados.	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	X	17		
TOTAL DEPENDENCIA	26	21	10	7	11	20	18	15	19	10	16	6	10	3	14	8	10	22	22	16	16	17	7	12	8	8	4	7	4	4	10	14	395

Fuente: Matriz DOFA. Elaboración: Corrales Fabiola

6.4 ANEXO

TABLA N°6.4.1
CÁLCULO DE PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA LOS SERVICIOS DE
PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA (1)

DOTACIÓN DE PERSONAL		
DISTRIBUCIÓN SEGÚN BARQUIN LAS HORAS NECESARIAS PARA PEDIATRÍA SON 4HORAS		
DISTRIBUCIÓN DE PLANTILLA POR CATEGORÍA		
PEDIATRÍA 80% Tiempo Enfermera y 20% Auxiliar de Enfermería		
RECIÉN NACIDOS 75% Tiempo Enfermera y 25 % Tiempo Auxiliar de Enfermería.		
DISTRIBUCIÓN DE LA PLANTILLA POR TURNOS		
Cuidados Normales	50% Mañana	
	30% Tarde	
	20% Noche	
CÁLCULO DE PERSONAL		
Cálculo de horas necesarias de enfermería para 24 horas		
Multiplicar # de camas x índice de ocupación x # de hora enfermera x paciente		
PEDIATRÍA % DE OCUPACIÓN 78%		
$26 \times 0,78 \times 4 = 81,12$		
NEONATOLOGÍA	% DE OCUPACIÓN	119%
$8 \times 1,19 \times 4 = 38$		
DISTRIBUCIÓN DE HORAS CATEGORÍA		
$0,80 \times 81,12 = 64,8$	Enfermera	
$0,20 \times 81,12 = 16,2$	Auxiliar de Enfermería	
NEONATOLOGÍA		
$0,80 \times 38 = 30,4$	Enfermera	
$0,20 \times 38 = 7,6$	Auxiliar de Enfermería	
DISTRIBUCIÓN DE LA HORAS POR TURNO		
PEDIATRÍA	NEONATOLOGÍA	
ENFERMERAS		
TURNO		
Mañana	$64,8 \times 0,50 = 32,4$	$30,4 \times 0,50 = 15,2$
Tarde	$64,8 \times 0,30 = 19,4$	$30,4 \times 0,30 = 9,12$
Noche	$64,8 \times 0,20 = 12,9$	$30,4 \times 0,20 = 6,08$
AUXILIARES DE ENFERMERÍA		
TURNO		
Mañana	$16,2 \times 0,50 = 8,10$	$7,6 \times 0,50 = 3,8$
Tarde	$16,2 \times 0,30 = 4,86$	$7,6 \times 0,30 = 2,28$
Noche	$16,2 \times 0,20 = 3,24$	$7,6 \times 0,20 = 1,5$

Elaboración: Corrales Fabiola.

TABLA N° 6.4.2
CÁLCULO DE PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA LOS SERVICIOS DE
PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA (2)

CÁLCULO DEL # PUESTO DE ENFERMERA POR TURNO		
# HORAS X CATEGORÍA/ # HORAS JORNADA DE TRABAJO		
	PEDIATRÍA ENFERMERAS	NEONATOLOGÍA ENFERMERAS
TURNO		
Mañana	$32,4/8= 4$	$15,2/8= 1.9$
Tarde	$19,4/8= 2$	$9,12/8= 1.14$
Noche	$12,9/12=1,0$	
AUXILIARES DE ENFERMERÍA		
TURNO		
Mañana	$8,10/8=1$	$308/8= 0,4$
Tarde	$4,86/8= 0,6$	$2,28/8= 0,28$
Noche	$3,24/12=0,27$	$1,5/12= 0,12$

Elaboración: Corrales Fabiola

TABLA N°6.4.3

**CÁLCULO DE PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA LOS SERVICIOS DE
PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA (3)**

CÁLCULO DE LA PLANTILLA		
	# PUESTOS ENFERMERA X 365 DÍASX 8 HORAS	
FÓRMULA		
TURNO	PEDIATRÍA	NEONATOLOGÍA
MAÑANA	5*365*8= 14600	3*365*8= 8769
TARDE	3*365*8= 8760	2*365*8= 5840
NOCHE	1*365*12= 4380	1*365*12=4380
Total	27280	18989
AUXILIARES DE ENFERMERÍA		
TURNO		
MAÑANA	1*365*8= 2990	1*365*8= 2920
TARDE	1*365*8= 2990	1*365*8= 2920
NOCHE	1*365*12= 4380	1*365*12= 4380
	10220	10220
DÍAS LABORABLES HOSPITAL 210		
DÍAS LABORABLES X 8 HORAS DIARIAS = 210*8=1680		
Total horas enfermera/jornada laboral anual		
PEDIATRÍA	ENFERMERAS	NEONATOLOGÍA ENFERMERAS
27280/1680= 16		18989/1680= 11
AUXILIARES DE ENFERMERÍA		
10220/1680= 6		10220/1680= 6

Elaboración: Corrales Fabiola

6.5 ANEXO

**TABLA N°6.5.1
PRESUPUESTO PARA ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN (1)**

REVISIÓN DE NORMAS Y PROTOCOLOS				
Se realizará en una reuniones semanales, en horas laborables utilizando material de servicio como computadora. ,impresora				20
CONTRATACIÓN DE MÉDICO TRATANTE .				
Sueldo Mensual	Beneficios de ley	Costo Anual		
897	\$ 4.288	47644		47644
ENCUESTAS				
RECURSOS HUMANOS	CANTIDAD	RECURSOS MATERIALES	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Enfermera		1 resma de papel	3,8	3,8
		2 cartucho	26	26
		material de escritorio		10,2
		SUBTOTAL		40
TALLER DE RELACIONES HUMANAS y MOTIVACIÓN				
RECURSOS HUMANOS	CANTIDAD	RECURSOS MATERIALES	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Capacitador		1	\$ 25 x hora	100
		15 carpetas	0,3	4,5
		1 resma de papel	3,8	3,8
		15 esferográficos	0,3	4,5
		1 infocus	\$10 x hora	40
		2 marcadores	1,25	2,5
		SUBTOTAL		155,3
PLAN DE ORIENTACIÓN Y SUPERVISIÓN DE ESTUDIANTES				
RECURSOS HUMANOS	CANTIDAD	RECURSOS MATERIALES	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Enfermeras del servicio		4		
Coordinadores de docencia		1 Memory	15	15
		50 papel boon		4
		1 computadora		
		8 esferográficos	1,2	8,8
		1 cartucho	13	13
		SUBTOTAL		40,8

**TABLA N°6.5.2
PRESUPUESTO PARA ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN (2)**

DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO				
En reuniones del servicio que realizan mensualmente recalcar la importancia del Direccionamiento Estratégico , valores del servicio y de institución				
		Material de oficina		10
REGISTROS ESTADÍSTICOS				
Planificar reuniones con jefes departamentales, y análisis con manual de registros estadísticos				
		Material de oficina		15
TALLER DE DERECHOS DE LOS PACIENTES				
RECURSOS HUMANOS	CANTIDAD	RECURSOS MATERIALES	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Capacitador		1	\$ 25 x hora	50
		1 computadora		
		1 Infocus		
		1 pizarra		
		material de escritorio		30
Replicar 2 veces		SUBTOTAL		155,3
PROMOVER LA ACTUALIZACIÓN CIENTÍFICA				
		Material de escritorio		30
IMPLEMENTACIÓN DE SISTEMA DE AYUDA AL USUARIO				
		Material de escritorio		20
TOTAL:				47819,8

Elaboración: Corrales Fabiola