

# **ESCUELA POLITÉCNICA NACIONAL**

**ESCUELA DE POSGRADO EN CIENCIAS  
ADMINISTRATIVAS Y ECONÓMICAS**

**MODELO DE GERENCIA PARA EL HOSPITAL  
PROVINCIAL DOCENTE AMBATO**

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

**Dr. Opilio Córdova Peñaloza**

**Mail:** [opilioc@yahoo.com](mailto:opilioc@yahoo.com)

**LCDA. YOLANDA ELIZABETH LOPEZ ROMO**

**Mail:** [yelizabeth121@yahoo.es](mailto:yelizabeth121@yahoo.es)

**DIRECTOR: DR. MILTON VEGA**

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

**Quito, Mayo 2006**

## **CAPITULO 1**

### **1.1 INTRODUCCION**

#### **1.1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Cada vez los retos de la sanidad pública son mayores para satisfacer las necesidades de los ciudadanos, y asegurar que las prestaciones que se dan consigan altas cotas de eficiencia, productividad y mayor efectividad, y en definitiva mayor satisfacción de los ciudadanos con el servicio que reciben.

Para adaptarse a estas exigencias, los centros públicos han comenzado a explorar nuevas formas de organización, con una mayor autonomía de gestión y se considera una estrategia básica para que los centros y los profesionales se hagan cada vez más responsables de sus resultados; en búsqueda de la excelencia, los centros sanitarios, especialmente los hospitales, están explorando las prácticas de la Gestión de la Calidad Total como modelo de gestión, que permite mejorar de forma continua, la gestión de todas sus actividades y como instrumento para enfocar los esfuerzos de la organización, hacia la satisfacción de las necesidades de los pacientes y el personal con el uso más óptimo de los recursos (mejora de la eficiencia y efectividad de las actividades).

En el Hospital Provincial Docente Ambato (HPDA), se evidencia una escasa planificación y programación en las áreas y servicios por falta de metas según indicadores de calidad, eficacia y eficiencia, situación que genera insatisfacción del cliente interno y externo.

La organización hospitalaria no es dinámica, no existen procesos establecidos, ni normas, ni procedimientos; se aprecia poca interrelación y

coordinación intra e interservicios de acuerdo a los cambios de la demanda de los usuarios.

En la gestión hospitalaria hay una escasa optimización de los recursos (ineficiencia) e incumplimiento de objetivos (ineficacia), sin verificación de la calidad de los servicios. Tampoco existe un análisis, interpretación y retroalimentación de la información para una adecuada toma de decisiones.

De acuerdo a lo anotado se observa que la gerencia del hospital no ha logrado implementar de manera integral los procesos de planificación, organización, gestión, evaluación, evidenciándose servicios de escasa calidad, con ineficacia e ineficiencia, situación que repercute en la insatisfacción del usuario interno y externo.

De persistir esta problemática, en el futuro los Hospitales pueden no tener pacientes cautivos, ya que habrán más opciones; y las autoridades y trabajadores deberán darse cuenta que cada día hay una mayor concientización de los pacientes como usuarios de los servicios de salud y son exigentes en la calidad, y tendrán que ganarse el puesto de ser el profesional escogido con cada paciente, es decir que ese paciente vuelva a la misma institución aunque tenga la opción de hacerse atender en otra, y corren el riesgo de enfrentarse a demandas legales por supuestos casos de mala práctica; y que además los limitados recursos económicos del paciente y presupuesto para la salud, determina la necesidad de controlar los costos en salud y puedan seguir funcionando en forma óptima con financiamiento dependiendo de la productividad y resultados institucionales.

Esta situación hace que sea necesaria la implementación de un modelo gerencial que permita una calidad garantizada con una adecuada planificación y sistematización de los procesos de trabajo, que determinarán servicios de calidad, entendida con ausencia de deficiencias, y satisfacción óptima del cliente.

### **1.1.2 FORMULACION Y SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA**

La situación de deficiencias en la gerencia hospitalaria en el Hospital Provincial Docente Ambato (HPDA) exige soluciones que a través de esta investigación se pretende resolver, para lo cual se define la siguiente pregunta general de investigación:

¿Cual es el modelo gerencial que permita servicios eficaces, eficientes, de calidad y con satisfacción del cliente interno y externo en el HPDA?

Para responder a la pregunta general es necesario establecer las siguientes sub-preguntas de investigación:

- ¿Cuál es la planificación que se necesita para lograr resultados de calidad, eficaces y eficientes que cuenten con la participación de de clientes internos y externos en el HPDA?
- ¿Cómo se establece una estructura y funcionamiento organizacional por procesos interrelacionados de atención y gestión de calidad en el HPDA?
- Cuales son los instrumentos de gestión de los servicios finales, intermedios y de apoyo para cumplir con los objetivos y metas con eficiencia, eficacia y calidad en el HPDA?
- ¿Qué indicadores de estructura, proceso y resultados permite el monitoreo y evaluación sistemática de la atención y gestión hospitalaria en el HPDA?

### **1.1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.1.3.1 Objetivo general**

Establecer un modelo de gerencia hospitalario que implemente los procesos de planificación, organización, gestión, evaluación y que permitan brindar servicios de óptima calidad cumpliendo los objetivos institucionales y la optimización de recursos existentes.

#### **1.1.3.2 Objetivos específicos**

- Establecer un proceso de planificación participativa que incorporen indicadores de calidad, eficacia y eficiencia.
- Desarrollar una estructura y funcionamiento organizacional por procesos interrelacionados que responda de manera ágil y dinámica a las demandas del usuario interno y externo.
- Definir un esquema de gestión hospitalaria que permita cumplir con los objetivos (eficacia) y metas, optimizando los recursos (eficiencia) e incorporando la calidad en los mismos.
- Determinar un proceso de monitoreo y evaluación de la atención y gestión que incorpore el análisis y retroalimentación de la información para la toma de decisiones.

### **1.1.4 JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO**

#### **1.1.4.1 Justificación teórica**

La aplicación de la teoría administrativa y organizacional al ámbito de la salud es un reto a la adaptabilidad, con todo el ámbito de riesgos y desafíos que presenta la implementación de la misma por el grado de aceptabilidad del usuario interno y la resistencia al cambio por el

desconocimiento y ausencia de programas que incorporen la sensibilización, comunicación y capacitación.

En este contexto la Gestión de calidad se presenta como un enfoque metodológico efectivo para producir mejoras concretas en la calidad y la productividad de los servicios de salud.

Para alcanzar los objetivos marcados, los cambios que se generan en la actualidad, exigen que los hospitales dispongan de nuevos modelos de trabajo. Estas nuevas modalidades de trabajo también reclaman modelos organizativos distintos. Los cambios que se producen en el contexto entorno a la calidad y competitividad, obligan a las organizaciones a emprender un proceso de adaptación que les permita cumplir los fines para los cuales se crearon, para lo cual se plantea una alta flexibilidad de las organizaciones, manteniendo la interrelación y cooperación mutua, permitiendo el manejo por procesos, con capacitación continua que nos permita ser competitivos permanentemente a pesar de los grandes avances tecnológicos y científicos, buscando siempre la satisfacción óptima del cliente interno y externo.<sup>1-2</sup>

La calidad de la asistencia sanitaria es un valor muy apreciado por los pacientes y por los profesionales sanitarios. Los pacientes esperan de los servicios sanitarios la curación de su enfermedad o la paliación de los síntomas, pero los problemas de una mala calidad pueden causarles daño e incluso la muerte. Los profesionales desean hacer lo mejor posible por los pacientes, y su ética profesional les obliga a ofrecer una asistencia de calidad.

#### **1.1.4.2 Justificación metodológica**

Los instrumentos que facilitarán la formulación del modelo constituirán aportes importantes en el presente trabajo, para la definición

---

<sup>1</sup> Modelo de Calidad Total del Sistema Nacional de Salud de España. Madrid.2001.

<sup>2</sup>Albuquerque, C., et all. La transformación de la Gestión de hospitales en América Latina y el Caribe. Washington, D.C. OPS-ACODESS-MINISTERE DE AFFAIRES ETRANGERES. 2001

e identificación de los problemas y objetivos se ha utilizado una herramienta del marco lógico, ya que nos facilita la definición causal y la interrelación de los problemas.

En el caso del diagnóstico situacional se definirán herramientas que nos permitan establecer la situación actual en los procesos de planificación, organización, gestión y evaluación de la unidad hospitalaria. En el caso de los elementos de calidad se analizará la estructura, proceso y producto en base al mapa de calidad establecido por OPS-OMS.

De igual manera se establecerán instrumentos que nos faculten:

- Establecer un modelo gerencial hospitalario.
- Establecer un proceso de planificación participativa.
- Desarrollar una estructura y funcionamiento organizacional por procesos interrelacionados.
- Definir un esquema de gestión hospitalaria.
- Determinar un proceso de monitoreo y evaluación de la atención y gestión.
- Elaboración de estándares de organización de servicios sanitarios.
- Elaboración de indicadores de calidad.
- Acreditación de la institución y servicios.

### **1.1.4.3 Justificación práctica**

En el último informe de Contraloría se determina que existe un cumplimiento parcial de recomendaciones emitidas para el mejoramiento de la calidad.

No existe un reglamento orgánico funcional actualizado, que permita el funcionamiento y coordinación hospitalaria. Lo que ha provocado una desorganización en el cumplimiento de las funciones y actividades, con la consiguiente disminución de la calidad del servicio que se está entregando.<sup>3</sup>

Frente a los escasos recursos asignados a salud y a los presupuestos per cápita cada vez menores se torna necesario e imprescindible lograr hospitales con servicios finales, intermedios y generales que privilegien el cumplimiento de objetivos institucionales (eficacia) y optimicen los recursos humanos, físicos, tecnológicos, logísticos, técnicos, financieros, etc. (eficiencia). Si logramos sumar la eficacia y eficiencia podremos obtener hospitales con mucha efectividad y que satisfagan los requerimientos actuales y cambiantes de los usuarios tanto internos como externos.

La implementación de un modelo de gestión integral, permitirá la optimización de los recursos disponible con mejora en la calidad de atención y se verá reflejada en los indicadores hospitalarios, disminución de costos, satisfacción del cliente y personal del hospital.

Este modelo servirá de referencia y aplicación para hospitales del mismo nivel en el país.

### **1.1.5 HIPOTESIS DE TRABAJO**

---

<sup>3</sup> INFORME DE CONTRALORIA # DR.III 015-03



- Si se establece un modelo gerencial hospitalario que incorpore la planificación organización gestión y evaluación con calidad, eficacia y eficiencia entonces se lograría servicios que generen una alta satisfacción del cliente interno y externo.

- Si se establece un proceso de planificación participativo que incorpore indicadores de calidad, eficacia y eficiencia, entonces se podrá satisfacer las demandas del usuario interno y externo.

- Si se desarrolla una estructura y funcionamiento organizacional por procesos interrelacionados que respondan de manera ágil a la demanda de los usuarios internos y externos, entonces se lograría una atención y gestión de calidad de acuerdo a los cambios de la demanda de los usuarios.

- Si se defina un modelo de gestión hospitalaria que permita cumplir los objetivos y metas, con eficiencia e incorporando la calidad en los mismos, entonces se lograría que los servicios finales, intermedios y de apoyo satisfagan al usuario interno y externo.

- Si se determina un proceso de monitoreo y evaluación de la atención y gestión que incorpore el análisis y retroalimentación de la información, entonces se lograría una adecuada toma de decisiones en la atención y gestión hospitalaria.

#### **1.1.6 ASPECTOS METODOLOGICOS.**

La presente investigación se desarrolla en el Hospital Provincial Docente Ambato, el cual constituye el universo geográfico, la unidad de análisis del hospital en mención, constituyen los servicios finales, intermedios y generales, en los ámbitos de estructura, proceso y resultado.

Las Variables consideradas en la investigación serán cuali y cuantitativas, dependientes, independientes, e intervinientes que nos permita apoyar los diseños de calidad, utilizando herramientas como Excel, Epi Info, y en el estudio de la producción institucional se aplicará el Win Sig.

Fuentes de información: primarias y/o secundarias.

Técnicas de recolección de la información serán:

Primarias: Mesas de trabajo grupal, encuestas, con los involucrados en la problemática, aplicación de formularios, etc.

Secundarias: Revisión bibliográfica: de experiencias anteriores, por distintos medios (Internet, Bibliotecas, etc.) que permita el diseño y la aplicación de este sistema.

Revisión documental: Estadísticas, documentos oficiales, etc.; procesamiento y análisis de la información'

Las técnicas a utilizarse son: encuestas, entrevistas, formularios, matrices, etc.

Para el diagnóstico situacional se establecerán los instrumentos que evidencien los procesos macro de planificación, organización, gestión, evaluación de la unidad hospitalaria; el instrumento que se utilice para apoyar los cambios debe convencer a la organización de que el proyecto de cambio es una necesidad urgente, generar misiones y objetivos claros, la capacidad y competencia de la organización para aprender e intervenir sobre la estructura y el funcionamiento organizativos y el comportamiento humano. En el caso de los elementos de calidad se analizará la estructura, proceso y producto en base al mapa de calidad establecido por OPS/OMS.

Para establecer el modelo se partirá de la construcción lógica de un marco teórico conceptual, que explique el problema a investigarse, mediante el manejo de todos los elementos teóricos y conceptuales relacionados con el objeto de estudio y que permitirá:

- Resumir el conocimiento existente y pertinente sobre el objeto de estudio.
- Identificar explicaciones de los acontecimientos observados y sus relaciones.
- Obtener datos suficientes para diseñar instrumentos y elegir técnicas para recolección de información que se dirijan a comprobar las hipótesis planteadas.
- Identificar lineamientos que orienten el futuro análisis y la interpretación de los datos que se obtendrán en el proceso de investigación.

De esta manera previo al diagnóstico y el análisis de los resultados que nos configuren una situación A (Actual), se sistematizarán los elementos que permitirán definir el modelo que se plantee propositivamente hacia una situación B (Futuro).

Para mayor detalle ver anexo no... si es posible

## **CAPITULO 2**

### **MARCO DE REFERENCIA**

#### **MARCO TEORICO CONCEPTUAL.**

##### **2.1. MARCO TEORICO.**

###### **2.1.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE SALUD ENFERMEDAD**

**2.1.1.1 Salud Enfermedad:** salud es un estado de completo de bienestar físico, mental y social no meramente la ausencia de la enfermedad o dolencia.

El desarrollo de criterios para la determinación de la presencia de una enfermedad requiere una definición de normalidad y anormalidad sin embargo a menudo es difícil definir lo que es normal y la distinción entre lo normal y lo anormal muchas veces no es clara. Los criterios diagnósticos suelen basarse en signos y síntomas de pruebas complementarias, el diagnostico puede hacerse teniendo en cuenta varias

manifestaciones de la enfermedad siendo algunos signos más importantes que otros.

Cualesquiera que sean las definiciones utilizadas en epidemiología es imprescindible que estén claramente expresadas y que resulten fáciles de usar y aplicar de forma estandarizada en muy distintas circunstancias y por distintas personas, las definiciones usadas en la práctica clínica se especifican de forma menos rígida y el juicio clínico adquiere mayor importancia en el diagnóstico, lo que se debe, al menos en parte al que suele ser posible proceder de forma escalonada, realizando una serie de pruebas hasta que se confirma el diagnóstico. Los estudios epidemiológicos pueden utilizar datos de la práctica clínica pero a menudo se basan en datos recogidos con el objeto de detectar precozmente la enfermedad<sup>4</sup>.

**2.1.1.2 Determinantes de la Salud:** Es la racionalidad que orienta la práctica científica, una perspectiva que no se desarrolla de un solo golpe, sino como un proceso dinámico que se enriquece conforme avanza el proceso investigativo. Es decir no se trata de un conjunto estático de conocimientos que puede agrupar en un momento determinado, como si fuera una monografía o recolección bibliográfica, si no que es un proceso.

En el desarrollo del proceso investigativo el marco teórico utilizado avanza desde un punto inicial de encuentro con los problemas prácticos que enfrenta el investigador al comenzar, hasta una condición más depurada que es fruto de ese movimiento permanece de la relación entre la reflexión teórica y manejo de los fenómenos empíricos.

---

<sup>4</sup> Beaglehole, Robert y otros. Epidemiología Básica. OPS. Washington DC., p. 13-14.

Lo anterior implica que se parte de un marco teórico general que por defecto metodológico, muchas veces no se lo hace explícito, y que va transformándose, cunicualitativamente, hacia un marco teórico específico conforme se construye el problema, se formulan la hipótesis y más tarde se observan y analizan los fenómenos.

En el caso del conocimiento científico de la Salud, un marco teórico general práctico será de forma explícita o implícita, de proposiciones sobre la vida social, principios para la jerarquización y relacionamiento de los procesos involucrados y categóricos para la conceptualización de los procesos más importantes.

La nueva epidemiología comprende la producción de enfermedades en el plano de lo colectivo y para hacerlo tiene que construir una idea científica de los procesos que obran como determinantes de las mismas. Como se argumentó reiteradamente, tiene que rebasar el plano de los fenómenos empíricos donde los llamados “factores” de enfermedades aparecen como abstracciones desconectadas y debe ampliar la explicación del principio de causalidad.

Los aspectos más importantes de esa nueva visión son: la formulación de los problemas epidemiológicos que explican la génesis de la salud colectiva como partes integrantes de la vida social, general y de la interpretación de que las causas de enfermedad no son entidades estáticas que pueden abstraerse formalmente, sino que tiene que ser interpretada como parte del movimiento global de la vida social, que para poder transformarlas es indispensable comprender las leyes de ese movimiento social global, así como las leyes específicas de los procesos biológicos que se desarrollan en el seno de esa vida social mas amplia, por tanto, el trabajo de investigación epidemiológica que se realiza, no debe separarse totalmente el estudio de la parte (la salud- enfermedad), del todo en que esta existe, sino que debe observarla como producto de su vinculación como todo. Vista desde este ángulo de salud- enfermedad,

también colectiva, la de los individuos, es una parte del todo social y los fenómenos epidemiológicos que observamos en esa parte, en un momento dado, son dimensiones de la realidad como historia y futuro. La parte (objeto salud – enfermedad) es producto de su propia historia y de la historia de todos, el cual subordina el movimiento de la parte.

La interpretación epidemiológica no se reduce a la búsqueda de conexiones entre partes, como las condiciones del agua y la enfermedad diarreica aguda sino que comprende que, si bien el todo social se compone de partes que podemos describir y medir empíricamente, la participación de esas partes en el todo genera una realidad compleja, superior, que resulta con cualidades diferentes a la de las partes, aunque depende de estas para su existencia. La teoría epidemiológica moderna conoce la relación dialéctica que ocurre entre las fuerzas determinadas más amplias y la posibilidad de que existan fenómenos singulares en los individuos, o sea reconoce la necesidad de observar las leyes históricas de la producción y la organización de la sociedad para explicar las causas más profundas de la enfermedad, pero también reconoce que el único camino para comprender lo específicamente epidemiológico es saber como es que los procesos de la reproducción individual cotidiana y los procesos biológicos actúan y se transforman en el seno de ese movimiento más amplio, para originar los fenómenos epidemiológicos.<sup>5</sup>

Los requisitos para la Salud comprenden la paz, la vivienda, la educación, la seguridad social, las relaciones sociales, la alimentación, el ingreso, el empoderamiento de la mujer, un ecosistema estable, el uso sostenible de recursos, la justicia social, el respeto de los derechos humanos y la equidad, sobre todo la pobreza es la mayor Amenaza para la salud.

---

<sup>5</sup> Breil, Jaime .Nuevos conceptos y técnicas de Investigación. Segunda Edición. Centro de Estudios y asesoría en salud CEAS Impreso en Ecuador Pp245-246.

Las tendencias demográficas como la urbanización el aumento del número de adultos mayores y la prevalencia de enfermedades crónicas, los crecientes hábitos de vida sedentaria, la resistencia a los antibióticos y otros medicamentos comunes, la propagación del abuso de drogas y de la violencia civil y doméstica, amenazan la salud y el bienestar de centenares de millones de personas. Las enfermedades infecciosas nuevas y re-emergente y el mayor reconocimiento de los problemas de salud mental exigen una respuesta urgente.

Varios factores transnacionales tienen también un importante impacto en la salud. Entre ellos cabe citar la integración de la economía mundial, los mercados financieros y el comercio, el acceso a los medios de información y a la tecnología de comunicación y la degradación del medio ambiente por causa del uso irresponsable de recursos.

Estos cambios determinan valores, estilos de vida y las condiciones de vida en todo el mundo. Algunos, como el desarrollo de la tecnología de comunicaciones, tienen mucho potencial para la salud; otros, como el comercio internacional de tabaco, acarrear un fuerte efecto desfavorable.<sup>6</sup>

**2.1.1.3 Epidemiología:** se ha definido como el estudio de la distribución y de los determinantes de los estados o acontecimientos relacionados con la salud en poblaciones específicas y la aplicación de este estudio al control de los problemas sanitarios. Esta definición subraya el hecho de que los epidemiólogos no solo estudian la muerte, la enfermedad y la discapacidad sino que también se ocupan de los estados sanitarios más positivos y de los medios para mejorar la salud.

El objeto del estudio epidemiológico es una población humana la misma que puede definirse en términos geográficos o de otra naturaleza: por ejemplo, un grupo específico de pacientes hospitalizados o de trabajadores de una industria pueden ser una unidad de estudio.

---

<sup>6</sup> León, N. Políticas de Salud. Declaración de Yakarta. Republica de Indonesia. 1997. Pp 4-5.



La epidemiología estudia también la evolución y el resultado final de las enfermedades en personas y grupos. La aplicación de los principios y métodos epidemiológicos a los problemas de los distintos pacientes que se encuentran en la práctica de la medicina, ha dado lugar al desarrollo de la epidemiología clínica, por lo tanto la epidemiología presta un fuerte apoyo tanto a la medicina preventiva como a la medicina clínica<sup>7</sup>.

**2.1.1.4 Perfil Epidemiológico:** la definición tradicional incorpora nuevos elementos que la enriquece y la considera una disciplina que se ocupa de los problemas de salud- enfermedad a nivel de grupos poblacionales y por lo tanto, de las relaciones entre salud – enfermedad y las condiciones de vida de los diferentes grupos de población en donde la situación de salud constituye, en la práctica, un espacio de construcción interdisciplinario donde confluyen conceptos, métodos y técnicas diversas.

La tendencia es desarrollar la capacidad del sector para aplicar un enfoque epidemiológico al conocimiento del estado de salud de la población, con el propósito de reconocer perfiles y actores de riesgo en unidades espacio-poblacionales más homogéneas.

Esta realidad confiere urgencia y prioridad en los distintos niveles resolutivos en los sistemas por la necesidad de implementar métodos y técnicas epidemiológicas rápidas que permitan medir el efecto de los cambios en los diferentes grupos poblacionales bajo su responsabilidad, identificando sus problemas prioritarios y evaluando el resultado e impacto de las intervenciones que para su solución, implementan a través de instituciones de salud<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> Beahlehole, R. Epidemiología Básica. OPS. Washington DC. P.1- 97.

<sup>8</sup> Breil, Jaime .Nuevos conceptos y técnicas de Investigación. Segunda Edición. Centro de Estudios y asesoría en salud CEAS Impreso en Ecuador. p: 245-246.

### **2.1.1.5 Atención de salud**

*2.1.1.5.1 Promoción:* La salud es un derecho humano básico e indispensable para el desarrollo social y económico. Con frecuencia cada vez mayor, se reconoce que la promoción de la salud es un elemento indispensable para el desarrollo de la misma, se trata de un proceso de capacitación de la gente para ejercer mayor control de su salud y mejorarla. Por medio de inversiones y de acción, la promoción de la salud obra sobre los factores determinantes de la salud para derivar el máximo beneficio posible para la población, hacer un aporte de importancia a la reducción de la inequidad en salud, garantizar el respeto de los derechos humanos y acumular capital social. La meta final es prolongar las expectativas de salud y reducir las diferencias en ese sentido entre países y grupos.

Las investigaciones y los estudios de caso de todo el mundo ofrecen pruebas convincentes de que la promoción de la salud surte efecto. Las estrategias de promoción de la Salud pueden crear y modificar los modos de vida y las condiciones sociales, económicas y ambientales determinantes de la salud. La promoción de la salud es un enfoque práctico para alcanzar mayor equidad en salud.

Las cinco estrategias de la carta de OTTAWA indispensables para el éxito son:

- La elaboración de una política favorable a la salud.
- La creación de espacios ámbitos y / o propicios.
- El reforzamiento de la acción comunitaria.
- El desarrollo de las aptitudes personales.
- La reorientación de los servicios de salud.

Las prioridades para la promoción de la salud en el siglo XXI consiste en:

Promover la responsabilidad social por la Salud.-Las instancias decisorias deben comprometerse firmemente a cumplir con su responsabilidad social. Es preciso que los sectores públicos y privados promuevan la salud siguiendo políticas y prácticas que:

- Eviten perjudicar la salud de las personas.
- Protejan el medio ambiente y aseguren el uso sostenible de los recursos restrinjan la producción y el comercio de bienes y sustancias intrínsecamente nocivos, como el tabaco y las armas, así como las tácticas de mercado y comercialización perjudiciales para la salud.
- Protejan al ciudadano en el mercado y al individuo en el lugar de trabajo.
- Incluyan evaluaciones del efecto sobre la salud enfocadas en al equidad como parte integrante de la formulación de políticas.

Aumentar las inversiones en el desarrollo de salud.-En muchos países, la inversión actual en salud es insuficiente y a menudo ineficaz. El aumento de la inversión en el desarrollo exige un enfoque verdaderamente multisectorial, que comprenda más recursos para los sectores de educación, vivienda y salud. Una mayor inversión en salud y la reorientación de la existente en las esferas nacional e internacional puede fomentar mucho el desarrollo humano, la salud y la calidad de vida.

Consolidar y ampliar alianzas estratégicas.-La promoción de la salud exige alianzas estratégicas en pro de la salud y el desarrollo social entre los diferentes sectores en todos los niveles de gobierno y de la sociedad es preciso fortalecer las alianzas estratégicas establecidas y explorar el potencial de formación de nuevas.

*Ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo.-*

La promoción de la salud es realizada por y con la gente, sin que se le imponga ni se le dé. Amplía la capacidad de la persona para obrar y la de los grupos, organizaciones en comunidades para influir en los factores determinantes de la salud.

La ampliación de la capacidad de las comunidades para la promoción de la Salud exige educación práctica, adiestramiento para el liderazgo y acceso a recursos. El empoderamiento de cada persona requiere acceso seguro y más constante al proceso decisorio, los conocimientos y aptitudes indispensables para efectuar cambios.

*Consolidar la infraestructura necesaria.-*es preciso buscar nuevos mecanismos de financiamiento en las esferas local, nacional y mundial; hay que crear incentivos para influir en las medidas tomadas por los gobiernos, organizaciones no gubernamentales, instituciones educativas y el sector privado para asegurarse de maximizar la movilización de recursos para la promoción de la salud.

Los ámbitos espacios y entornos para la salud son la base organizativa de la infraestructura necesaria para la promoción de la salud. Los nuevos desafíos que presenta la salud significan que se necesita crear nuevas y diversas redes para lograr colaboración intersectorial. Esas redes deben proporcionar asistencia en los ámbitos nacional e internacional y facilitar el intercambio de información sobre que estrategias surten efecto en cada entorno o escenario<sup>9</sup>.

*2.1.1.5.2 Prevención.-*En la actualidad se observa una disminución de las tasas de mortalidad sobre todo como consecuencia del aumento general del nivel de vida, en especial en lo referente a nutrición e higiene, las medidas preventivas específicas como la vacunación han permitido un control importante de determinadas enfermedades; en general la

---

<sup>9</sup> León, N. Políticas de Salud. Declaración de Yakarta. Republica de Indonesia. 1997. Pp: 4-5.

importancia que en ello han tenido las terapéuticas médicas específicas ha sido limitada.

Las variaciones temporales dependen también de la estructura de edades de la población y de la aparición y desaparición de enfermedades epidémicas.

La variación temporal de las tasas de mortalidad en los países desarrollados ha sido especialmente espectacular en los grupos más jóvenes, en los que las enfermedades infecciosas eran las causantes de la gran mayoría de las muertes.

El objetivo de la **prevención primordial** es evitar el surgimiento y la consolidación de patrones de vida social, económica y cultural que se sabe contribuyen a elevar el riesgo de enfermedad. La mortalidad por enfermedades infecciosas está disminuyendo en muchos países desarrollados al mismo tiempo que aumenta la esperanza de vida. Por lo tanto, las enfermedades no transmisibles, en especial las lesiones accidentales, el cáncer y la cardiopatía isquémica, adquiere cada vez mayor importancia como problemas de salud pública, incluso antes de que se hayan podido controlar por completo las enfermedades infecciosas y parasitarias.

En algunos países en desarrollo la cardiopatía isquémica está aumentando de importancia en grupos urbanos de o ingresos medios y altos, que ya han adquirido hábitos de comportamiento de alto riesgo.

La prevención primordial también es necesaria frente a los efectos mundiales de la contaminación atmosférica (efecto invernadero, lluvia ácida, deterioro de la capa de ozono) y a los efectos nocivos de la contaminación urbana (enfermedades pulmonares y cardíacas).

Una prevención primordial eficaz debe incluir políticas y programas nacionales sobre nutrición que integren al sector agrícola, la industria de la alimentación y el sector de la importación de productos, requiere medidas reguladoras y fiscales enérgicas de los gobiernos para detener la promoción del tabaco y el inicio del mismo. Todos los países necesitan evitar la propagación de formas de vida y patrones de consumo nocivos antes que estos arraiguen en la sociedad y cultura, cuanto más precoz es la intervención, mejor es la relación costo beneficio que se obtiene.

El propósito de la **prevención primaria** es limitar la incidencia de la enfermedad mediante el control de sus causas y los factores de riesgo, así tenemos prevención dirigida hacia la práctica total de la población, es la reducción de la contaminación atmosférica, mediante la limitación de dióxido de azufre y de otras emisiones por automóviles industrias y calefacciones domésticas. Es también aplicable a la industria donde la prevención significa reducir la exposición hasta niveles no dañinos para la salud, otro ejemplo es el uso de condones en la prevención de la infección del VIH y los sistemas de donación de agujas a usuarios de drogas intravenosas con objeto de evitar la propagación de hepatitis B.

La prevención primaria implica dos estrategias a menudo complementarias y que reflejan dos puntos de vista sobre la etiología, puede enfocarse a toda la población con el objeto de reducir el riesgo medio o sobre las personas cuyo riesgo de enfermedad es alto por exposiciones particulares.

La **prevención secundaria** persigue la curación de los pacientes y la reducción de las consecuencias más graves de la enfermedad mediante el diagnóstico y tratamiento precoces, comprende todas las medidas disponibles para la detención precoz en individuos y en poblaciones y para una intervención rápida y efectiva, su blanco es el periodo entre el comienzo de la enfermedad y el momento en el que

suele hacerse el diagnóstico. Su propósito es reducir la prevalencia de la enfermedad.

Suele aplicarse en enfermedades cuya historia natural comprende un periodo precoz en el que son fáciles de diagnosticar y tratar y puede detenerse su progresión hacia un estadio más grave como requisitos importantes son: que disponga de un método seguro y exacto de detención de la enfermedad, preferiblemente en estadio pre clínico y que existan métodos terapéuticos eficaces.

La **prevención terciaria** tiene como meta reducir el progreso o las complicaciones de una enfermedad ya establecida y es un aspecto importante de la terapéutica y de la medicina rehabilitadora. Consiste en medidas encaminadas a reducir las secuelas y discapacidades, minimizar los sufrimientos causados por la pérdida de la salud y facilitar la adaptación de los pacientes a cuadros incurables. Esta prevención suele ser difícil de separar del tratamiento ya que en las enfermedades crónicas uno de los principales objetivos terapéuticos es la prevención de las recidivas.

La prevención terciaria puede suponer un gran progreso para el bienestar individual y los ingresos familiares, tanto en países desarrollados como en desarrollo<sup>10</sup>.

### **2.1.2 SISTEMAS DE SALUD.**

La historia como escuela se ha dado el crédito como originador de la teoría general de sistemas, al biólogo Ludwing von Berthalanffy quién la desarrolló en los años treinta y hasta después de la segunda guerra mundial se dieron a conocer sus aportaciones, esta teoría se ha manifestado en diferentes tareas y procedimientos, en organizaciones

---

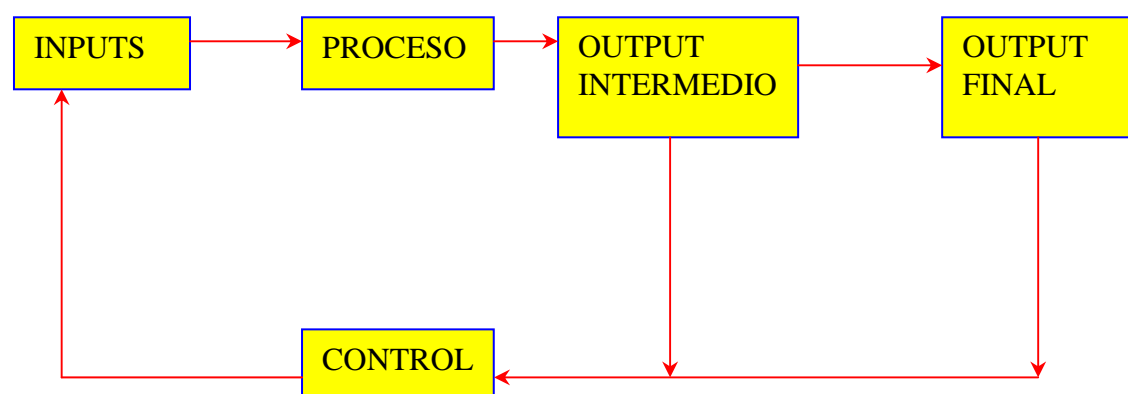
<sup>10</sup> Beahlehole, R. Epidemiología Básica. OPS. Washington DC. P: 1-97.

militares o industriales, en ingeniería y diseño de sistemas etc. sin embargo existe un aspecto más amplio en la aplicación científica relacionado con un nuevo enfoque más general o universal .

En términos de Salud Pública se observa en todos los países una tendencia a la coordinación de los servicios de la atención médica que operan en el ámbito nacional con el fin de integrarlos posteriormente para constituir lo que se ha llamado un Sistema Nacional de Salud este ideal requiere bastante tiempo y esfuerzo a fin de preparar las condiciones adecuadas para la creación de un sistema nacional único y racional<sup>11</sup>.

**Un sistema puede ser definido** como un conjunto de elementos interrelacionados entre si con el objetivo de convertir inputs en outputs<sup>12</sup> Este concepto de sistema se aplicado al sistema sanitario, dados el gran número de componentes de la actividad humana y la estructura social, que tienen un papel determinante en el nivel de salud de los individuos y poblaciones.

El diagrama representa de una manera simple y esquemática un sistema:



<sup>11</sup> Barquín, Calderón Manuel. Dirección de Hospitales. Séptima edición Interamericana. Mc Graw - Hill México

<sup>12</sup> Reeves, PH ET al. Introduction to Health Planning. Information Resources Press. 3<sup>ra</sup> Edition .Arlington Virginia, USA.1984.



Las decisiones de salud actuales tienen en cuenta esta complejidad y ello ha llevado a la conceptualización del Sistema de salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone la siguiente definición de sistema de salud: **“El sistema de salud incluye componentes interrelacionados, del medio ambiente, actividades de las instituciones educativas, aspectos de la vivienda, condiciones laborales y otros sectores relacionados”**.<sup>13</sup>

El sistema tiene como componentes una infraestructura de salud que realiza diversos programas de salud y provee asistencia sanitaria a los individuos, a las familias y a la comunidad.

Sin embargo, esta definición de salud es tan amplia que dificulta la actuación si se considera una entidad única. Para aumentar la capacidad de gestión del sistema y su comprensión, se ha dividido en diversos componentes o subsistemas. En este sentido, los servicios sanitarios son un componente del sistema global de salud o un subsistema del mismo.

De acuerdo con esta definición y el esquema anterior, se puede decir que los sistemas sanitarios disponen de unos inputs específicos, los recursos sanitarios, que son procesados a través del sistema asistencial para producir servicios de salud, visitas médicas, operaciones entre otras; pero estos servicios intermedios no son la finalidad en si mismo del sistema de salud, sino un simple medio para el objetivo final, el estado de salud se designa en el esquema como output final. Un sistema sin embargo, no actúa de una manera incontrolada, sino que sigue un patrón cibernético en el cual los componentes del sistema utilizan información sobre lo que ha ocurrido, para ajustar las actividades futuras y así alcanzar mejor los objetivos últimos del sistema. Específicamente, información acerca de los recursos usados, como son procesados y los resultados que realimentan un sistema de control.

---

<sup>13</sup> OMS: Planning and Management for Health. Report on a European. Conference Euroreport and Studes, N° 102. Regional Office for Europe. Copenhagen. 1986.

En suma un, un sistema (o subsistema) de atención sanitaria es parte del sistema de salud y actúa como un conjunto organizado de inputs o recursos que intervienen formando un todo en el que cada una de sus partes está conjuntada y coordinada a través de una ordenación lógica y científica que encadena sus actos a un fin común. Las estrategias de ordenación sanitaria que se han aplicado tratan de analizar las relaciones de las partes que forman un sistema de atención sanitaria con el conjunto en el que están encuadradas: **el sistema de salud**. Por tanto el, el objetivo era definir los componentes del sistema de atención médica y sus relaciones y ordenarlo conforme al objetivo de eficacia y eficiencia.

El enfoque por sistemas considera todas las funciones y no exclusivamente las orientadas al objetivo primario, sino sus interrelaciones, y principalmente las relaciones entre recursos y outputs. Este enfoque permite analizar y comprender las interrelaciones entre los distintos subsistemas que operan en el conjunto del sistema sanitario. De acuerdo con este modelo, el concepto de sistema ofrece dos grandes aportaciones a la gestión de servicios sanitarios:

- Ayuda a la conceptualización de los modelos de ordenación asistencial.
- Ayuda a valorar los efectos de manipular factores interrelacionados.

En definitiva, la teoría general de sistemas a dado una estructura conceptual útil para la planificación y ordenación de la provisión de servicios. Es posible entonces examinar una serie de opciones y ofrecer al planificador o al que tome las decisiones, una serie de alternativas posibles.<sup>14</sup> Es un conjunto de unidades entre las cuales existen

---

<sup>14</sup> Cuervo, J. Varela, J. Belenes, R. Gestión de Hospitales. Nuevos Instrumentos y tendencias. Editorial Vicens Vives. Barcelona, España. Primera edición 1994.

relaciones, el que está compuesto por dos elementos críticos: las unidades, objetos y elementos y las relaciones entre esas unidades.

Un sistema de salud se establece para satisfacer una función social que se manifiesta por necesidades y demandas de servicios de salud.

El sistema Nacional de Salud se concibe como un conjunto de relaciones estructuradas entre poblaciones, organizaciones e instituciones, Está constituido por entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias que actúan en promoción , prevención, recuperación y rehabilitación de la salud coordinadas funcionalmente, respetando su autonomía y articuladas por leyes, políticas normas, metas y valores comunes con el objetivo de garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud de la población ecuatoriana.<sup>15</sup>

#### **2.1.2.1 Las funciones del Sistema de Salud constituyen:**

La **rectoría**, que es el liderazgo del sector e incluye la conducción, la regulación, el ejercicio de la autoridad sanitaria el seguimiento y la evaluación del sector; para su ejercicio se requiere de un Ministerio de Salud Pública competente, que cuente con la credibilidad de todas las entidades del sector .Sus decisiones deben ser acogidas por las organizaciones que lo conforman, para lo cual deben ser formuladas con la participación de todos los agentes del mismo, incluyendo a la comunidad.<sup>16</sup>

La conducción sectorial consiste en la capacidad de formular , organizar y dirigir la ejecución de la política nacional de salud mediante procesos de definición de objetivos viables, metas factibles, de la elaboración y puesta en marcha de planes estratégicos que articulen esfuerzos de los diversos actores del sector y de otros sectores del

---

<sup>15</sup> MSP, OPS León, Ninfa. Sistema Nacional de Salud. Boletín APS # 6 Agosto 2001 Pp 99

<sup>16</sup> MSP, OPS León, Ninfa. Sistema Nacional de Salud. Boletín APS # 6 Agosto 2001 Pp 101 - 105

establecimiento de mecanismos participativos y construcción de consensos y de la movilización de recursos necesarios para llevar a cabo las acciones planteadas. OPS 1996.

La regulación sectorial, esta función tiene como propósito desarrollar el marco normativo sanitario y garantizar su cumplimiento, es un aspecto fundamental de la autoridad sanitaria, que el estado debe ejercer, para cumplir con su obligación de velar por la salud de la población como un bien público.

La elaboración de normas se hará con la participación de las entidades del sector, involucradas en cada una de las temáticas. El Consejo nacional de salud será en este caso espacio de consensos y acuerdos. Las normas definidas serán aprobadas por el Consejo Nacional de salud.

Los ámbitos de regulación y control serán:

*Mercados básicos relacionados con la salud:* seguros públicos y privados, servicios de Salud, insumos, medicamentos, tecnología, recursos humanos, comunicación social, bienes de consumo, establecimientos públicos, ambiente.

*Prestación de servicio de Salud,* certificación y ejercicio de las profesiones de salud y de los servicios de salud, sistemas de acreditación de: servicios, instituciones formadoras de recursos humanos y programas docentes. Los programas de prevención y control de enfermedades riesgos ambientales programas y acciones relacionadas con la promoción de la salud y otros problemas definidos como de Salud pública: información en salud e investigación en salud.

*Seguimiento y evaluación del sector,* este aspecto de la conducción implica el desarrollo de un sistema de información que permita hacer

seguimiento de los procesos, sus resultados e impactos en el marco de la evaluación del sector y de la vigilancia del cumplimiento de la política nacional de Salud.

Los Sistemas Públicos de Salud tiene la obligación de efectuar el monitoreo constante del sector, en particular en los aspectos relacionados con el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud Pública .De igual forma, cada cuatro años debe efectuar evaluaciones del impacto de las políticas, programas y acciones.<sup>8</sup>

El **financiamiento**, es muy difícil calcular lo que se gasta en atención médica en un país y esto se debe a la falta de registros minuciosos del costo de las diferentes unidades de atención médica gubernamental y privada.

Otro problema es poder distinguir dentro de la contabilidad, o que significa gasto en el campo de la docencia o la investigación en cuyo caso el renglón es más difícil de cuantificar y la práctica clínica.

En términos generales hay varias formas de evaluar el gasto cuando se conoce desde el punto de vista contable con bastante aproximación se refiere en algunos casos al ingreso nacional bruto y en otros al ingreso per cápita así, en EE UU se dice que de acuerdo con el ingreso nacional bruto el gasto de atención médica ascendió en menos de 20 años de 5 a 7 %, equivale aproximadamente a 80 mil millones de dólares gastados por año.

Se hace referencia al gasto per cápita y se dice que en algunos países desarrollados se gasta aproximadamente 80 dólares per. cápita por año y en los países de mediano desarrollo 40 dólares por año. Los

---

<sup>8</sup> MSP, OPS León, Ninfa. Sistema Nacional de Salud. Boletín APS # 6 Agosto 2001 Pp 101 - 105

recursos nacionales suelen expresarse en dólares los mismos que solo proporcionan orientaciones generales.

Existen pagos directos efectuados por beneficiarios de los servicios médicos y los indirectos hechos por los gobiernos, empresarios, compañías de seguros e instituciones benéficas. Las comparaciones de los costos de hospitalización solo son exactas si pueden separarse claramente los servicios de hospitalización de los servicios ambulatorios.

El seguro voluntario de asistencia médica, que es independiente del servicio nacional de salud, financia alrededor del 1% de los gastos de salud del país. Parece sumamente acertado considerar en 2 a 3% la cifra que corresponde al porcentaje del producto nacional bruto que destinan los países en vías de desarrollo al sector salud sobre todo en lo referente al gasto del sector público, sin que se conozca de manera precisa lo que gasta el sector privado.

Cabe señalar que los servicios en general y los hospitales en particular demandan en gran proporción trabajo personal, el número de camas de hospital por habitante ha ido creciendo en muchos países creando así la necesidad de más personal sin embargo la proporción de personal por cama ha ido aumentando en tanto que ha disminuido el número de horas de servicio.

En todos los casos hay que conseguir un equilibrio entre la extensión de los servicios de atención médica y el número y tipo de personal que puede mantenerse de acuerdo con la asignación presupuestaria.

Otro factor muy importante en el financiamiento del sector salud sobre todo en lo que se refiere en la participación gubernamental esta en relación directa con la carga fiscal es decir el porcentaje de ingreso fiscal corriente sobre el ingreso nacional neto, en América Latina solamente

cuatro países tienen cifras superiores a 20 %: Ecuador 22%, Brasil 23%, Argentina 24% y Venezuela 27%.<sup>15</sup>

La función de **prestación** se refiere a la entrega de servicios de salud tanto de atención a la Enfermedad como de promoción, prevención, rehabilitación de la salud. Desempeñaran esta función todas las organizaciones públicas y privadas con o sin fines de lucro que tengan redes de servicios de cualquier nivel de complejidad.

Para analizar esta función cabe abordar los siguientes aspectos:

Modelo de atención, el seguimiento de las reformas de salud que se han puesto en marcha en la región, pone en evidencia que se ha avanzado muy poco en equidad y en los logros de la salud pública, también ha sido evidente la postergación de los debates en torno a la calidad de la atención y al modelo de la atención, estos hechos parecen estar relacionados con el escaso impacto en que las reformas relacionadas han tenido en la situación de salud de las respectivas poblaciones. Por ello se pretende que una nueva generación de reformas de salud centre su atención en estos aspectos fundamentales de la salud pública.

Paquete básico de prestaciones, en un modelo de seguro universal de Salud es necesario definir el conjunto de prestaciones que se ofrecerán a la población. Para cumplir con el mandato constitucional según el cual todo ecuatoriano tiene el derecho a la seguridad social y a la salud. El estado debe garantizar el acceso de toda la población a un paquete de prestaciones con las siguientes características: debe ser completo, debe incluir prestaciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación, así como medidas para la detención precoz de riesgos; debe diseñarse tomando en cuenta el perfil epidemiológico, los

---

<sup>15</sup> Barquín, Calderón, M. Dirección de Hospitales. Séptima edición. Interamericana. Mc Graw -Hill México.

requerimientos de cada etapa del ciclo vital y las necesidades desde la perspectiva de género y etnia; debe incluir las medidas más costo-efectivas; debe tener un grado de flexibilidad para que puedan darse ajustes de acuerdo a las realidades locales.

Modelo de organización y gestión, para que el modelo de atención propuesto pueda llevarse a la práctica es importante que exista una organización de la provisión de los servicios que lo permita.

Los Consejos locales de salud serán las instancias donde se establecerán los acuerdos y compromisos entre las diversas entidades del sector para organizar la red plural de servicios, por otro lado allí se efectuará la coordinación intersectorial para lo que es promoción de la Salud.

Formas de asignación de recursos, así como el modelo de organización y gestión es fundamental para viabilizar la puesta en marcha de un modelo de atención, también son importantes la forma de asignación de recursos.

Para garantizar la integralidad de la atención y la entrada al sistema por el nivel primario, es importante que la entidad aseguradora, efectúe contratos por capitación con la áreas de salud, mediante los cuales estas se comprometerían a brindar un paquete integral de servicios de salud a toda la población afiliada de su jurisdicción.

Las áreas de salud efectuarán a su vez los contratos con los establecimientos de otras entidades prestadoras de servicios que se requieran, sean estos de nivel primario o de un nivel de complejidad mayor. El pago a estos puede ser por capitación para el nivel primario y por caso resuelto para el nivel de mayor complejidad.



Los Sistemas de Salud Públicos (SSP) por su parte asignarán a las áreas los recursos necesarios para la puesta en marcha de los programas de salud Pública que son financiados totalmente por el estado. En este caso es importante recalcar que no es necesario que los SSP pierdan la propiedad de sus establecimientos, es más probablemente sea adecuado que la siga manteniendo a fin de que pueda garantizar la ejecución de los programas de Salud Pública y la introducción de aspectos de promoción y prevención de la salud en la atención clínica, garantizando de ese modo un modelo de atención integral como el que se ha propuesto<sup>17</sup>.

La función de **aseguramiento**, esencialmente busca que las instituciones que operan dentro del mercado de seguros o establecimientos proveedores de Salud, públicos y privados, puedan establecer relaciones y flujos de compra -venta de servicios dentro de cada ámbito específico de acción. Antes de llevar a cabo esta tarea, es imprescindible definir los distintos ámbitos de ingerencia o adscripción institucionales en razón de la demanda usualmente protegida y la capacidad de cotización o no a cada subsistema.

#### **2.1.2.2 Los Sistemas de Atención son:**

El **Público** que es de responsabilidad del estado, como producto de las obligaciones legales y sociales, de los derechos de los ciudadanos y de las políticas sociales de los gobiernos, que le otorgan la responsabilidad sobre el bienestar de las personas y del reconocimiento de la necesidad de contribuir a la atención de las necesidades de salud que no pueden ser cubiertas por restricciones económicas, culturales, geográficas, etc. El estado se compromete, en sus bases constitucionales, a garantizar el derecho a la atención de salud como un componente del nivel de vida, este derecho es generalmente aplicado con un principio de

---

<sup>17</sup> MSP, OPS León, Ninfa. Sistema Nacional de Salud. Boletín APS # 6 Agosto 2001. Pp 109-110  
21/10/2004

equidad, a través de la provisión de medidas de salud pública, atención a indigentes y grupos socialmente deprimidos, control de enfermedades transmisibles y regulación del mercado de servicios de salud.

El financiamiento público proviene de las rentas fiscales generadas por los impuestos, tarifas, ventas de bienes y servicios, créditos externos etc. En algunos casos impuestos directos o rentas específicas son asignados exclusivamente a financiamientos de los servicios de la salud (ejemplos impuestos al tabaco, al consumo de alcohol, loterías y juegos de azar).

Se considera que ciertos tipos de financiamientos desempeñan un papel importante para asegurar el efecto anti cíclico del gasto social, al impedir su reducción en situaciones de crisis. La reestructuración de gastos públicos de los recursos obtenidos en los procesos de privatización de empresas estatales ha contribuido, en algunos casos a incrementar los recursos del sector social.

La administración pública de los recursos pueden tener varias formas como diversos grados de descentralización y centralización; la asignación financiera suele hacerse por la vía presupuestaria, que transfiere periódicamente los recursos destinados a la obtención de sistemas; cada unidad operativa cuenta con un presupuesto global con escasa elasticidad. El personal es remunerado a través de un salario fijo en condición de empleados públicos. Las restricciones presupuestarias son frecuentes<sup>18</sup>.

La **Seguridad Social** es un conjunto de instituciones normas y procedimientos, de que dispone la persona y la comunidad para gozar de

---

<sup>18</sup> Ochoa, H. Lucio, R. Vallejo, F. Días, S. Ruales, J. Kroeger, A. Manual Práctico para la Gestión. Local de la Salud: Economía de la Salud. Editorial Pax México. Impreso en México. 1999.

una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de planes de programas que en el estado y en la sociedad desarrollan para proporcionarles cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

El objetivo es garantizar los derechos de las personas y de las comunidades para obtener la calidad de vida acorde a la dignidad humana mediante la protección de las contingencias que le afecten.

El financiamiento de los sistemas de Seguridad Social pueden utilizar varios mecanismos pero se basa principalmente en la recaudación de fondos directamente de los futuros usuarios del sistema de atención de salud, ya sea para proveer directamente los servicios, pagar a los proveedores externos o rembolsar a los usuarios los gastos efectuados, estos planes son generalmente financiados con aportes de los empleados con base a un proceso de la nómina (impuesto al salario) generalmente compartido con aportes patronales del empleador.

Los proveedores son las mismas instituciones públicas, el usuario tiene poca libertad de elección y los incentivos por aumentar la productividad y mejorar la eficiencia son escasos.<sup>12</sup>

El sistema de atención medica esta sujeto a otras eventualidades que a veces no pueden conocerse a priori y que dificultan comparar, los datos tomados de las experiencias de otras instituciones gubernamentales o privadas no solo influyen las disposiciones legales y reglamentarias, sino que también influye la organización de los servicios, incluyendo medidas de control que se hayan adoptado, número de médicos y personal auxiliar, instalaciones, nivel de salud, las condiciones económicas y sociales de la población y la remoción de la barrera

---

<sup>12</sup> Ochoa H. Lucio R., Vallejo F., Dias S., Ruales J., Kroeger A. Manual Práctico para la Gestión. Local de la Salud: Economía de la Salud. Editorial Pax México .Impreso en México.1999.

económica que representa el pago por servicio, hay que tomar en cuenta que el hecho de que una persona se enferme abre la posibilidad de otra serie de gastos que van desde la prescripción de la medicina la petición de auxiliares de diagnóstico y tratamiento hasta a veces la hospitalización y otros procedimientos más costosos, influye también el criterio y las actitudes personales de los médicos tratantes, las costumbres y actitud de los propios enfermos que acuden al servicio por cualquier malestar, aún cuando este sea pasajero pudiendo corregirse con simples remedios caseros o medidas higiénicas.<sup>9</sup>

Los sistemas **Privado** que no dependen financieramente ni jerárquicamente del estado, pueden tener fines sociales, de utilidad pública, como las fundaciones y organizaciones no gubernamentales, o tener fines lucrativos, como las empresas de seguros médicos, hospitales y clínicas privadas.

El sector privado con fines de lucro se regula por las leyes del mercado, constituye un importante elemento del sistema de salud, no solamente en la provisión de servicios médicos, sino en la investigación, desarrollo y fabricación de medicamentos e insumos médicos, producción de equipos y suministros entre otros insumos del sistema de salud.

El modelo privado a ganado terreno en especial en la oferta de servicios médicos especializados, a nivel de consulta ambulatoria, diagnóstico de laboratorio e imagen hospitalización y cirugía. La imagen del modelo privado, suele estar asociada con la tecnología y la calidad, aunque también con la inequidad, pues es socialmente excluyente, limitando su uso de acuerdo a la capacidad de pago de los usuarios.

El sistema de salud norteamericano es un ejemplo de la predominancia del sector privado, donde el gasto per cápita en salud es

---

<sup>9</sup> Barquín, Calderón Manuel. Dirección de Hospitales. sexta edición Interamericana. Mc Graw -Hill México.

de los más altos del mundo, como resultado de sus altos costos, al comparar con sociedades de menor gasto en salud y mejores resultados en la salud de la población<sup>11</sup>.

### **2.1.3 SISTEMA DE SALUD ECUATORIANO**

En la Constitución Política de la Republica del Ecuador, en la sección Cuarta relacionada con la la salud, menciona:

Art. 42.- El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.

Art. 45.- El Estado organizará un sistema nacional de salud, que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector. Funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa.

Art. 46.- El financiamiento de las entidades públicas del sistema nacional de salud provendrá de aportes obligatorios, suficientes y oportunos del presupuesto general del Estado, de personas que ocupen sus servicios y que tengan capacidad de contribución económica y de otras fuentes que señale la ley.

La asignación fiscal para salud pública se incrementará anualmente en el mismo porcentaje en que aumenten los ingresos corrientes totales del presupuesto del gobierno central. No habrá reducciones presupuestarias en esta materia<sup>19</sup>.

---

<sup>11</sup> Ochoa H. Lucio R., Vallejo F., Dias S., Ruales J., Kroeger A. Manual Práctico para la Gestión. Local de la Salud: Economía de la Salud. Editorial Pax México .Impreso en México.1999.

<sup>19</sup> Constitución Política del Ecuador. 1998

La ley orgánica del sistema nacional de salud determina en el capítulo I sobre definición, ámbito de aplicación, finalidad, principios y objetivos, determina:

Art. 1.- Objeto y Ámbito de la Ley.- La presente Ley tiene por objeto establecer los principios y normas generales para la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud que regirá en todo el territorio nacional.

Art. 2.- Finalidad y Constitución del Sistema.- El Sistema Nacional de Salud tiene por finalidad mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud. Estará constituido por las entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector salud, que se articulan funcionamiento sobre la base de principios, políticas, objetivos y normas comunes.

Art. 3.- Objetivos.- El Sistema Nacional de Salud cumplirá los siguientes objetivos:

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

- Incorporar la participación ciudadana en la planificación y veeduría en todos los niveles y ámbitos de acción del Sistema Nacional de Salud.

Art. 4.- Principios.- El Sistema Nacional de Salud, se regirá por los siguientes principios.

- Equidad: Garantizar a toda la población el acceso a servicios de calidad, de acuerdo a sus necesidades, eliminando las disparidades evitables e injustas como las concernientes al género y a lo generacional.
- Calidad: Buscar la efectividad de las acciones, la atención con calidez y la satisfacción de los usuarios.
- Eficiencia: Optimizar el rendimiento de los recursos disponibles y en una forma social y epidemiológicamente adecuada.
- Participación: Promover que el ejercicio ciudadano contribuya en la toma de decisiones y en el control social de las acciones y servicios de salud.
- Pluralidad: Respetar las necesidades y aspiraciones diferenciadas de los grupos sociales y propiciar su interrelación con una visión pluricultural.
- Solidaridad: Satisfacer las necesidades de salud de la población más vulnerable, con el esfuerzo y cooperación de la sociedad en su conjunto.
- Universalidad: Extender la cobertura de los beneficios del Sistema, a toda la población en el territorio nacional.

- Descentralización: Cumplir los mandatos constitucionales que consagren el sistema descentralizado del país.
- Autonomía: Acatar la que corresponda a las autonomías de las instituciones que forman el Sistema<sup>20</sup>.

Además en la Constitución se menciona:

Art. 56.- Se establece el sistema nacional de seguridad social. La seguridad social se regirá por los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiaridad y suficiencia, para la atención de las necesidades individuales y colectivas, en procura del bien común.

En el caso del Ecuador es importante tomar en consideración el desarrollo que han tenido las áreas de salud del Ministerio de Salud Pública.

Las áreas de salud son circunscripciones territoriales que tienen un conjunto de establecimientos de salud, que comprenden el primer nivel de contacto y el primer nivel de referencia tienen por lo tanto, puestos de salud, Sub Centros de Salud y un Centro de Salud, Hospital u Hospital Cantonal. Cuentan con un equipo de conducción del área de capacidad técnica administrativa financiera y de manejo de recursos humanos.

La organización de las áreas ha hecho vano el modelo de los sistemas locales de Salud sin llegar a la fase en la que se incorporan otros actores del sector. En los momentos actuales existen 168 áreas de salud en todo el territorio nacional.

---

<sup>20</sup> Ley Orgánica del Sistema nacional de Salud (Ley No 2002-80)

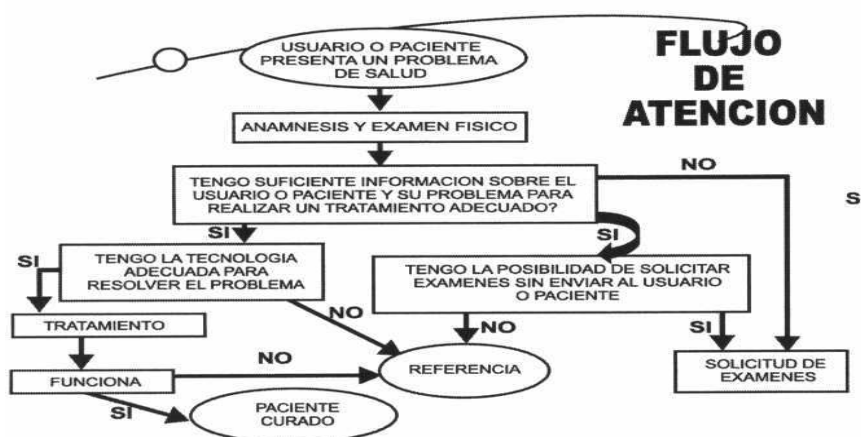


Con estos antecedentes se propone que las redes plurales de servicios de salud se organicen en torno a las áreas de salud, a fin de garantizar la entrada al sistema por el primer nivel de complejidad, a través de equipos organizados en torno a la medicina familiar.

Este primer nivel de atención deberá referir a los niveles de mayor complejidad, hacer el seguimiento y garantizar la contrarreferencia.<sup>21</sup>

Los establecimientos de las otras entidades del sector se articularían en torno a las áreas de salud. En el caso específico de la red de servicios de la seguridad Social, los establecimientos del seguro Social serían parte de este primer nivel de atención los hospitales de mayor complejidad, así como los dispensarios de especialidades se articularán como unidades de referencia de diversas áreas de acuerdo a cada realidad local, en la misma forma que deberán hacerlo los hospitales y centros de Salud del MSP.

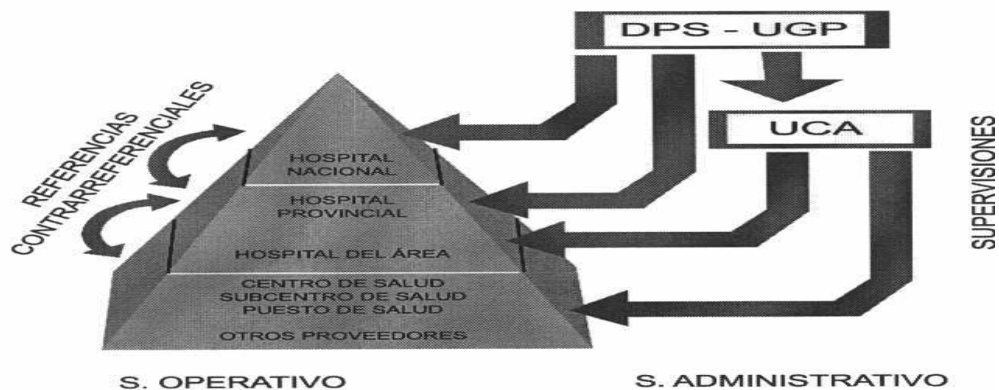
Figura Nº 1  
 FLUJO DE ATENCIÓN EN UNIDADES DEL MSP



Fuente: Manual para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes y Usuarios del MSP y Proyecto Modersa  
 Elaborado: Opilio Córdova

<sup>21</sup> Manual de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes y Usuarios del MSP y Proyecto Modersa. Ecuador. Abril 2004.

FIGURA No 2  
SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA EN EL MSP



**Fuente:** Manual para la Referencia y Contrareferencia de Pacientes y Usuarios del MSP y Proyecto Modersa

**Elaborado:** Opilio Córdova

En el Ecuador en cuanto al aseguramiento la adscripción solo podrá realizarse en relación de tres alternativas de aseguramiento:

- Una modalidad de protección obligatoria que integrarán a los trabajadores dependiente y familias de los afiliados, los trabajadores por cuenta propia y sus familias y a la población rural que se adscriba al programa del seguro social campesino. el IESS tendrán responsabilidad perfectamente y jugará un rol especial de aseguramiento conjuntamente con otros subsistemas del seguro público existen en el país, como por ejemplo: SSC, ISSFFAA y ISSPOL, o aquellas organizaciones que se creen en el futuro. Estas instituciones formarán un subsistema específico y se comprarán alternativamente servicios de salud dentro de su propia red o en el sector privado, atendiendo las ventajas comparativas existentes en todo el sector. La cotización o aporte es la base financiera de este subsistema, independientemente de utilizar mecanismos de recuperación de costos en aquellas áreas donde existan situaciones deficitarias o sobrecargadas de demanda. El estado deberá complementar los recursos disponibles para cubrir la brecha de la

población independiente que no podrá costearse de beneficios en forma completa.

- Una modalidad solidaria de protección y voluntaria que proteja a la población que no puede acceder por la vía del aseguramiento contributivo. El MSP, la Honorable Junta de beneficencia de Guayaquil, SOLCA, Cruz Roja y ONGs especializadas en materia de Salud tendrá una actuación preferencial y coordinada en cada ámbito de acción. El pago directo, pre pago ó subsidiaridad son las formas que conjuntamente con la contribución del estado, darían un buen clima de sostenimiento financiero en el largo plazo. La Adopción de esta estrategia implica selectivizar una política de recuperación parcial de costos y guardar una proporcionalidad mayor en cuanto a la aplicación de una opción de gratuidad a favor de la población extremadamente pobre.
  
- Una modalidad privada de protección que con libertad y eficiencia despliegue opciones de atención respecto a las necesidades de salud de la población y coadyuve al desarrollo armónico con su propia red de establecimientos, y puedan contratar alternativamente, servicios con otras unidades no necesariamente pertenecientes a su subsector. En este esquema participarían las empresas aseguradoras privadas de la salud legalmente acreditadas por el ministerio de Salud Pública, las empresas constituidas para proveer servicios (hospitales, clínicas, laboratorios) y unidades de diagnóstico; las organizaciones de profesionales dispuestos a brindar partes o la integralidad de paquetes asistenciales a grupos estructurados de trabajadores estatales o privadas etc. Este es el nuevo esquema pluralista que deben regir de compradores y donde como expresa el banco mundial, exista un sistema estandarizado de aseguramiento y financiamiento, y cuente con incentivos globales para hacerlo más expedito y eficaz.

El sistema de pagos, los flujos de fondos, es decir, la relación en el tiempo de los ingresos y egresos que puedan ocurrir en el Sistema de Salud, dependerá de la forma de organización que adopten las instituciones para relacionarse económicamente.

La clave en la propuesta es dar a las instituciones la capacidad de manejar descentralizadamente los recursos en cada ámbito:

Nacional, Regional y Local. Las relaciones no se realizan entre las personas o usuarios y cualquier proveedor, si no entre instituciones aseguradoras e instituciones prestadoras de Servicios para precautelar que aquellos sean perjudicados y no puedan reclamar ante atropellos que ocurran intencionadamente o no.

Una comunidad campesina o una organización suburbana podrían interactuar contratando servicios de salud de una aseguradora pública (vgr: seguro social campesino, el IESS y o el MSP); al mismo tiempo estos mismos grupos poblacionales podrían contratar servicios básicos de salud a cualquier ONG o pull de médicos en el libre ejercicio de su profesión.

Esta opción no descarta que aquellos miembros de comunidades que posean otra forma de aseguramiento sigan perteneciendo a su propio sub sistema y sus familiares opten por hacerlo a la pequeña red de servicios privados o públicos que existan en cada comunidad o barrio del medio rural y urbano .Una vez que ha quedado clara la relación entre las instituciones y los usuarios, se precisa puntualizar cual y como funcionaría el Sistema de pagos entre ellas:

- El esquema de aseguramiento universal es el eje del sistema de pagos. En el participaran todas las instituciones del sector: las primeras como aseguradoras directas (Publicas y Privadas) y las

segundas bajo la modalidad solidaria que fueron anotadas previamente.

- En las primeras instituciones regirá un sistema de seguro contributivo (obligatorio y complementario); y, en las otras un sistema gobernado por la subsidiaridad del estado y el aporte de los propios usuarios hasta donde esto sea posible.
- Alrededor de estos dos ámbitos económico financiero se estructurarán tres tipos de cuentas para que sean administradas por cada institución de manera autónoma y descentralizada:

Cuenta de atención ambulatoria.

Cuenta de atención Hospitalaria.

Cuenta de emergencia médica.

Las fuentes de recursos que alimentarán cada cuenta son las siguientes:

- Fondo de solidaridad para el ministerio de Salud Pública, como soporte financiero de las acciones que tiene que realizar tanto en el componente de salud pública como en el de extensión de la cobertura a favor de la población subsidiada.
- Fondo de seguridad social.- alimentado por los presupuestos del IESS – salud e IESS - SSC (excepto pensiones).
- El resto de instituciones del sector participan colateralmente comprando o vendiendo servicios pero no comprometiendo sus presupuestos, puesto que sus ámbitos de protección y

financiamiento son en unos casos específicos y en otros vienen operando históricamente bajo reglas predeterminadas.

El Fondo Nacional de Salud (FNS) será el brazo financiero del MSP a nivel Nacional y operará descentralizadamente mediante una política de asignación de recursos que opere por capitación desde la gestión provincial y local ( comité de participación en Salud - COPASA ) hacia las unidades de ser}vicios del MSP , a favor de su población cubierta .En el caso de transferencias o reembolsos a cualquier institución no propia del subsistema, en el COPASA existieran representantes de cada una de las instituciones que deseen relacionarse con el FNS - MSP a fin de que se consoliden y reintegren los costos por los usuarios que hagan uso de los servicios de salud del MSP o viceversa .

La atención de Salud que brinden todas las instituciones del sector debe ser objeto de la aplicación de una metodología de costos estándar en base al consenso interinstitucional, preferenciando aquellas actividades costo efectivas de mayor impacto orientadas a modificar las condiciones de pobreza y salud de la población y concertando convenios de prestación de Servicios para todo aquello que represente esfuerzos de atención en los ámbitos ambulatorio y hospitalario.

Se requiere la creación de un sistema de unidades de pago por capitación (UPC) para que se realicen las compensaciones por ingreso y gasto. El valor de cada UPC podría ser equivalente al costo medio de un conjunto de intervenciones de Salud que sea previamente concertado con los diferentes grupos de usuarios (afiliados al IESS y asegurados Seguro social campesino ); o un valor igualmente medio referencial aplicable para determinado grupo atareo (frecuencia de riesgo y cuadro epidemiológico) registrado en el Sistema del MSP.

Lo adecuado sería adoptar un costo medio referencial por UPC equivalente al gasto promedio de atención por afiliado/año, establecido en

esta propuesta en USD \$ 117 dólares. La justificación para esta medida sería porque el gasto del IESS de alguna manera representa una situación de costo medio entre el MSP que es más bajo (USD \$17 dólares y el sector privado que según estimaciones llega a USD \$ 200 Dólares o más, en niveles de complejidad intermedios y especializados.

A medida que avanza el proceso de extensión de cobertura el costo referencial podrá valorizarse en función del nuevo promedio vigente en determinado periodo de tiempo y por otros costos aleatorios e imponderables que puedan afectar al conjunto de instituciones y fundamentalmente al estado sin embargo, la clave es la siguiente: contención de costos condicionado al aumento de cobertura y una redistribución de recursos en función de la producción específica de cada unida pública de servicios en Salud.

Con el sector privado las relaciones contractuales o convenios pueden servir para fijar costos ateniéndose a la norma vigente (costos estándar entre las instituciones públicas) y al paquete de servicios dispuestos a ofertar, dependiendo de la unidad de que se trate, pero siempre atendiendo a que este paquete sea equivalente o similar en hotelería, infraestructura y tecnología.

En cada Dirección Provincial de salud del MSP se realizarán las estimaciones de cálculo de los ingresos del presupuesto del estado que deberán ser transferidos a cada unidad de servicios de salud del MSP, sobre la base de una fórmula de distribución condicionada por los siguientes factores:

- El número de población registrada y atendida el año o semestre inmediato anterior.
- La estimación de ingresos de la población atendida en las unidades de atención.

- Un factor ponderado de ajuste por aumento regular de la cobertura.
- El costo promedio estandarizado de cada UPC.
- Estimación del margen de subsidiaridad asignado a cada unidad específica (copagos – Gratuidad).

La consolidación de los gastos es la relación cuantitativa del consumo del dinero realizado efectivamente por cada unidad de servicios y durante un tiempo determinado. En este caso los factores de cálculo son similares a los ingresos con la diferencia que estos dependerán directamente de los gastos efectuados por las atenciones de salud brindadas en forma individual, familiar y colectivamente a la población.

Las diferencias entre los ingresos presupuestados y signados versus los gastos efectivamente realizados crearán cantidades monetarias o de valor positivas o negativas /superávit - déficit) que deberán registrarse tanto en los comités de participación en salud a nivel provincial como en cada unidad de servicio, desde el nivel hospitalario de mayor complejidad y bajo una administración autónoma hasta el nivel de cada área de salud ( centros y subcentros).

El nivel de descentralización puede ser un proceso que se lleve a cabo paulatinamente, sin embargo hay que establecer una estrategia que más o menos puede ser sintetizada en los siguientes pasos:

- En una primera etapa se recomienda comenzar por la instrumentación de formas organizativas de gestión gerencial en las provincias de mayor concentración de la demanda.



- Para un segundo momento, es urgente avanzar a provincias de desarrollo intermedio o poseedoras de características étnicas y condiciones críticas de Salud.
- Finalmente hay que caminar en dirección de aquellas circunscripciones provinciales pequeñas que incluso pueden incorporarse anticipadamente si existen las condiciones y facilidades en cada caso con lo que se estaría restando tiempo a un proceso que puede llevar algunos años.

La contratación de servicios con otros proveedores públicos y privados del sector salud debe realizarse bajo una modalidad ágil y oportuna de pago cruzado, utilizando para ello la red de servicios financieros del estado y el sector privado. Los registros automáticos de créditos en una cuenta deben contar con una contrapartida de débito en otra y de una a otra institución aseguradora y prestadora de servicios de salud conciliar los saldos y estados financieros de cada cuenta.

Las instituciones aseguradoras y proveedoras deben formar parte de un sistema de información automatizado entrelazado tanto con las fuentes generadoras atención como con el sistema financiero nacional, a efecto de viabilizar los flujos y restablecer el equilibrio económico – financiero del Sistema Nacional de salud en general y del MSP en particular.

El usuario debe poseer un carné de aseguramiento en salud y preservarlo en la institución prestadora del servicio previa autorización automatizada de la entidad aseguradora en la que se halle afiliado o registrada la persona.

Por su parte los proveedores de servicios una vez que hayan brindado la atención, deberán facturar de acuerdo a costos

estandarizados) a las instituciones aseguradoras o al fondo de solidaridad manejado por el Ministerio de salud.<sup>22</sup>

La descentralización entre los aspectos ejecutivos y normativos implican estandarización o normalización de procedimientos o acciones u operaciones ventajosas y económicas en lo que se refiere a problemas de recursos humanos y materiales, se deben descentralizar las actividades que signifiquen o garanticen un buen funcionamiento y una rápida y oportuna acción que demanden las unidades locales o regionales.

Debe haber definiciones correctas en cada función dándole importancia:

Al principio de la constitución.

Hay que concebir las unidades con programas definidos, en la que se aplicarán procedimientos y acciones necesarias.

Debe existir un sistema flexible en la organización de la atención médica que permita adecuar las funciones a las necesidades.<sup>9</sup>

Los servicios hospitalarios en Ecuador están distribuidos en un 85,4 % son públicos y un 14,6 % son privados (Tabla Nº 2-1).

---

<sup>22</sup> León, Ninfa. Y otros Propuesta de reforma del sector salud versión 2 septiembre 1996. Pp 89-93.

<sup>9</sup> Barquín, Calderón Manuel. Dirección de Hospitales. sexta edición Interamericana. Mc Graw -Hill México.

TABLA Nº 2-1

Disponibilidad unidades de atención de salud por instituciones del sector. Ecuador 1999

INSTITUCIÓN	No. DE UNIDADES AMBULATORIAS	No. DE UNIDADES INTERNACION	TOTAL UNIDADES	%
Ministerio de Salud Pública	1.561	121	1.682	47.8
Inst. Ecuatoriano de Seguridad Social	1.001	18	1.019	
Seguro General	429	18	447	
Seguro Campesino	572	---	572	28.9
Sanidad de FFAA Y Policía	96	20	116	3.2
Ministerio de Bienestar Social	26	---	26	
Otros Ministerios	101	---	101	
Junta de Beneficencia de Guayaquil	1	4	5	
Soc. Lucha contra el Cáncer (SOLCA)	1	5	6	
Municipios	12	3	15	
Otros Entidades (Fiscomisionales, INNFA)	28	5	33	
<b>SUBTOTAL PUBLICOS</b>	<b>2.827</b>	<b>176</b>	<b>3.003</b>	<b>85.4</b>
Privados con fines de lucro	1	351	352	
Privados sin fines de lucro *	147	16	163	
<b>SUBTOTAL PRIVADOS</b>	<b>148</b>	<b>367</b>	<b>515</b>	<b>14.6</b>
<b>TOTAL UNIDADES</b>	<b>2.975</b>	<b>543</b>	<b>3.518</b>	<b>100.0</b>

Fuente: INEC, Anuario de Recursos y Actividades de salud, 1999.

Incluye a instituciones Religiosas, ONG's y otras particulares

Elaborado: Opilio Córdova P.

#### 2.1.4 SERVICIOS DE SALUD

Los servicios de salud se consideran como la respuesta a los problemas de salud, es uno de los factores determinantes, su peso específico es mayor en los países subdesarrollados; las limitaciones para un efecto eficaz son el acceso, la calidad; la exclusión social en salud ha estado ligada a problemas de cobertura e insatisfacción de los usuarios de los servicios de salud. Son necesarios sobre todo cuando existe un sustrato biológico que pudiera considerarse lábil y que si e expone a

riesgos económico - sociales, ambientales además de sus propios biológicos, requiere respuestas adecuadas, por diferentes motivos, de los servicios de salud para su control y o recuperación.

Los servicios públicos de salud en el país están en una crisis persistente y prolongada lo que imposibilita que cuali y cuantitativamente sean la respuesta que merece la población que acude a solicitarla<sup>23</sup>.

En cuanto a **recursos humanos**, es indispensable conocer con exactitud la organización que habrá desarrollarse en cada actividad, estableciendo: rendimientos, sistemas de registro instructivos y la cuantificación del personal participante en el sistema enumerando de manera precisa las funciones, categorías, calificaciones, relaciones de mando, sistema de promoción, formas de supervisión y evaluación, aspectos de reclutamiento del personal, con las características que deban llenar cada una de las diversas categorías, cuantía y forma de pago, trámites de inicio o terminación de contrato , sistema disciplinario y de estímulos o gratificaciones, prestaciones y derechos. Así mismo debe concebirse el adiestramiento del personal, que irá desde la introducción hasta el adiestramiento específico en las funciones; y reglamentar sus funciones procurando que en los niveles inferiores opere la polivalencia, es decir, que un mismo trabajador desempeñe varias funciones y no la especialización que se observa en niveles centrales o regionales.

En los aspectos de **financiamiento**, es necesario conocer el presupuesto, en el cual los costos unitarios serán la base, puesto que van a servir para dar la idea de un presupuesto por programas, y desde luego, las fuentes que producen los recursos financieros, que en muchos casos provienen del sector público, en forma de impuestos directos o indirectos a la producción y en otros del sector privado.

---

<sup>23</sup> Villacrés, N. Yépez, J. Protección social en Salud: Ecuador. MSP. OPS. Enero 2002.

También es indispensable concebir esta concentración de recursos económicos dividido en partidas globales, es decir, las que son expresión simplista del presupuesto, en términos generales, como las que se refieren a personal, medicinas, alimentos, materiales diversos, gastos generales como rentas, agua, electricidad, gas, etc. e incluso las cantidades que deben considerarse dentro del aspecto financiero, como amortización del capital invertido, depreciación del equipo, reparación de los locales o pago de impuestos, obligaciones, seguros, etc<sup>9</sup>.

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

En los **Servicios de Salud Poblacional** el MSP lleva a cabo una serie de programas de promoción y protección de la salud. Estos incluyen: salud materno-infantil, control del niño sano, detección oportuna del cáncer cérvico-uterino, inmunizaciones, control y vigilancia epidemiológica, entre otros. El MSP está promoviendo el mejoramiento del entorno ambiental y el fortalecimiento de entornos psicosociales y culturales a través de los distintos programas y proyectos de la Dirección de Promoción y Atención de la Salud. Asimismo está coordinando con el Ministerio de Educación el desarrollo de la iniciativa de Escuelas Saludables, y con la Asociación de Municipalidades del Ecuador (AME) el desarrollo de Municipios Saludables. El marco jurídico de modernización del Estado menciona expresamente la participación social y comunitaria

---

<sup>9</sup> Barquín, Calderón Manuel. Dirección de Hospitales. Sexta edición Interamericana. Mc Graw -Hill México.2003.

como un requisito básico para su implantación y desarrollo y reconoce todas las formas de organización barriales y comunitarias existentes. En ese contexto, en el ámbito de la salud existen acuerdos para empoderar a la comunidad en la toma de decisiones mediante comités cantonales y locales de salud, así como comités de usuarias para vigilancia del cumplimiento de la Ley de Maternidad Gratuita y Prevención de la Violencia Intrafamiliar.

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

Los programas de atención a la población se han ampliado por medio de propuestas integradas de atención. Por ejemplo, el programa integrado de control de las deficiencias de micronutrientes en 1995 con flúor, hierro y vitamina A, orientado a mujeres embarazadas y niños mediante la fortificación de alimentos como sal y harina de trigo. La formulación de un paquete de atención y normas técnicas para salud sexual y reproductiva (1998) incorpora aspectos de género, violencia intrafamiliar y bioseguridad en los programas tradicionales de salud materna y planificación familiar. En 1995, se creó la Dirección Nacional de Salud Ambiental y en 1998 se estableció la Dirección de Promoción de la Salud y Atención Integral a la Salud (PAIS), con el propósito de coordinar los programas técnico-normativos de atención a las personas (Materno-Infantil, Nutrición, Estomatología, Salud Mental, Control de TBC, Rabia, Crónico-degenerativas, etc).

En los **Servicios de atención individual** en 1997 se inició la normatización de la vigilancia, la canalización de la información y la incorporación de otras instituciones de salud (IESS, Policía) al sistema de vigilancia. Las condiciones de deterioro social y el incremento de población en condiciones de pobreza, ha influido en el aumento de la demanda de servicios públicos de salud, especialmente de atención materno - infantil incentivada por el aporte económico de la Ley de Maternidad Gratuita. El acceso de grupos sociales desprotegidos se ha visto favorecido por las intervenciones del Proyecto FASBASE, que brinda atención integral a una población de unos dos millones de habitantes de las zonas de pobreza y mayor riesgo. Evaluaciones preliminares del proyecto, que se inició en 1993, indican un aumento de la accesibilidad para un 80% de estos grupos, sobre todo en las zonas rurales<sup>24</sup>.

#### **2.1.4.1 Niveles de Complejidad**

Los niveles de atención son agrupaciones de instituciones de Salud que permiten clasificar las actividades finales intermedias y administrativas que puedan realizar para satisfacer las necesidades de las personas que demandan atención. Esta clasificación toma como eje fundamental al recurso humano por ser éste el motor del sistema de Salud tomando en consideración la dotación, calidad y cantidad de equipos y suministros para hacerlo operar asignando las actividades que según su nivel lo ameritan de acuerdo a recursos obtenidos. Para poder brindar una atención en salud acorde a las necesidades crecientes de los usuarios de servicios, es necesario realizar estudios que permitan conocer cual es el comportamiento de la demanda, pueden además identificarse diversos tipos de instituciones que ejecutan programas de salud.

En el **primer nivel** los estudios de morbilidad nos han mostrado que cerca del 80% de las patologías totales pueden ser resueltas satisfactoriamente, con profesionales generales, adecuadamente

---

<sup>24</sup> OPS. Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Ecuador. Segunda Edición. Noviembre del 2001.p.p 1-31

dotados; en este nivel se identifica el área de salud que está conformada por Puestos de salud, Centros de salud, o Centros de salud Hospital.

En el **segundo nivel** existe un 15% que requiere del concurso de médicos especialistas para lograr una atención acorde a sus patologías y que les permita recuperar su salud o bien su rehabilitación oportuna en este nivel se identifica a los Hospitales Provinciales Generales y a la Dirección Provincial de salud.

En el **tercer nivel** finalmente un 5 % de las patologías que ameritan ser tratadas por sub especialidades clínicas y / o quirúrgicas para obtener una solución satisfactoria de sus problemas de Salud. En este nivel se identifica a los Hospitales Nacionales de especialidades y a la planta Central del Ministerio de Salud Pública<sup>25</sup>.

### **2.1.5 SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS**

En cuanto a la atención médica las instituciones hospitalarias se pueden clasificar teniendo en cuenta:

**Los Servicios Finales.**-I son las áreas básicas de la atención: Cirugía, Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Traumatología y Rehabilitación.

**Los servicios Intermedios.**-Constituyen los servicios tanto en el campo diagnóstico como el terapéutico donde se destacan: Laboratorio Clínico, imágenes diagnosticas anatomía patológica y atención ambulatoria tanto en su componente de Consulta Externa como en los servicios de Urgencias.

**Generales.**-Son servicios Administrativos, financieros, recursos humanos, servicios generales ( lavandería, ropería, limpieza

---

<sup>25</sup> Malagón, G. Galán, R. Pontón, G. Administración Hospitalaria. Panamericana. Colombia. Segunda edición. 2002.



desinfección, seguridad etc) y mantenimiento , contabilidad, planificación, gerencias de apoyo técnico administrativo, estadística, farmacia, ambulancia, etc.<sup>26</sup>

**La Estructura** u oferta de servicios, incluye la organización y funcionamiento de los servicios de salud y los recursos tanto físicos como tecnológicos, y financieros, así como los sistemas de información vigentes.

**El Proceso** debe ser entendido como la superposición de la demanda características de los usuarios, y la estructura u oferta antes definida. Implica las interrelaciones entre los recursos humanos, tecnológicos y económicos y las actividades intermedias y finales. Incluye además de los procesos administrativos y financieros, los procesos científicos inherentes al diagnóstico y al tratamiento de los pacientes visualizados estos, a través de los protocolos de manejo diagnóstico y terapéutico.

**Los Resultados** se desglosan en actividades intermedias: laboratorio clínico, imágenes diagnósticas, endoscopía, electromedicina, anatomía patológica y procedimientos invasivos, además de actividades de fomento y prevención de la salud, tales como: higiene materno infantil, higiene oral, higiene mental, nutrición, inmunizaciones, saneamiento ambiental y educación en salud.

Las actividades finales hacen referencia habitualmente: a la consulta externa médica y odontológica, a las urgencias médicas y odontológicas y a las hospitalizaciones.<sup>15,27</sup>

---

<sup>26</sup> Malagón, G. Galán, R. Pontón, G. Administración Hospitalaria. Panamericana. Colombia. Segunda edición. 2002.

<sup>15</sup> Barquín, Calderón Manuel. Dirección de Hospitales. Séptima edición. Interamericana. Mc Graw-Hill México.

<sup>27</sup> Malagón, G. Galán, R. Pontón, G. Administración Hospitalaria. Panamericana. Colombia. Segunda edición. 2002.

## 2.1.6 CALIDAD

La calidad de la atención tiene que definirse a la luz de las normas técnicas del proveedor y de las expectativas del paciente, tomando en consideración el contexto local. Si bien ninguna de las definiciones de calidad se aplica a todas las situaciones, las siguientes definiciones son guías útiles para definir la calidad de los servicios de salud:

La calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios (**Dr. Avedis Donabedian, 1980**).

“Calidad es el desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se sabe que son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tienen la capacidad de producir un impacto sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición” (**M. I. Roemer y C. Montoya Aguilar, OMS, 1988**).

La definición más integral de calidad y quizás la más simple, fue formulada por W. Edwards Deming, el padre del movimiento de la gestión de calidad total. El resumía la calidad de la siguiente manera:

**“Hacer lo correcto en la forma correcta, de inmediato”.**<sup>2</sup>

La calidad es un concepto integral y polifacético. Los expertos en calidad generalmente reconocen varias dimensiones diferentes de la calidad que varían en importancia según el contexto en el cual tiene lugar un esfuerzo de garantía de la misma. Las actividades pertinentes pueden

---

<sup>2</sup> Alburquerque, C., et all. La transformación de la Gestión de hospitales en América Latina y el Caribe. Washington, D.C. OPS-ACODESS-MINISTERE DE AFFAIRES ETRANGERES. 2001.

encarar una o más variedades de dimensiones tales como **competencia profesional, acceso a los servicios, eficacia, satisfacción del cliente, aceptabilidad de los servicios, eficiencia, continuidad, seguridad o comodidades**. Un problema de calidad puede tener más de una dimensión, y éstas proporcionan un marco útil porque le sirven al equipo de salud para analizar y definir sus problemas y calcular la medida en la que cumplen con sus propias normas de programa.

Se debe considerar varias dimensiones en calidad, las que deberemos definir de acuerdo a nuestro contexto local.

La **competencia profesional** se refiere a la capacidad y al desempeño de las funciones de los grupos de salud, del personal administrativo y del personal de apoyo. Por ejemplo, para que haya competencia profesional en los servicios prestados por los trabajadores de salud de un pueblo, esa persona tiene que tener la capacidad y los conocimientos necesarios para realizar las tareas, lo que debe hacer en forma uniforme y precisa (desempeño real). La competencia profesional se relaciona con la ejecución de las pautas y normas para el ejercicio de la profesión y la realización en términos de fiabilidad, precisión, confiabilidad y uniformidad. Esta dimensión es pertinente tanto para los servicios clínicos como no-clínicos. Para los grupos de salud, comprende las técnicas relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento así como la capacidad de suministrar asesoramiento efectivo en salud y establecer una buena relación con el paciente. La competencia administrativa profesional exige idoneidad en supervisión, capacitación y solución de problemas. La experiencia que precisa el personal de apoyo depende de cada descripción del puesto, aunque las técnicas de relación interpersonal con el paciente y las comunidades son de particular importancia. La competencia profesional también puede referirse a los recursos materiales. La falta de competencia profesional puede variar de desviaciones menores de los procedimientos normales a errores de

importancia que disminuyen la eficacia o ponen en peligro la seguridad del paciente.

El **acceso a los servicios** implica la eliminación de las barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios de atención de salud. Esta dimensión de la calidad comprende barreras de índole geográfica, económica, social, organizacional, cultural, o lingüística. El acceso geográfico incluye los medios de transporte, las distancias, el tiempo de viaje y cualquier otra barrera física que impida al cliente recibir atención. El económico se refiere a la accesibilidad de los productos y servicios ofrecidos a los clientes. El social o cultural se relaciona con la aceptabilidad de los servicios ofrecidos, teniendo en cuenta los valores culturales y las actitudes locales. El organizacional se refiere a la medida en que la organización de servicios es conveniente para los posibles clientes; las horas de atención y los sistemas de turnos, el tiempo de espera y la modalidad de la prestación de servicios son ejemplos de cómo la organización de estos últimos puede crear barreras para el uso de los mismos. El acceso lingüístico implica que los servicios se presentan en un idioma que permita a los clientes expresarse con facilidad y entender al trabajador de salud.

La **calidad de los servicios de salud** depende de la eficacia de las normas de prestación de servicios y las de orientación clínica. La evaluación de la eficacia debe responder a las preguntas: Cuando el tratamiento se aplica correctamente, ¿Produce los resultados deseados? y ¿Es el tratamiento recomendado y la tecnología usada la más apropiada para el medio en el cual se presta el servicio?. La eficacia es una dimensión importante de la calidad en el ámbito central donde se definen las normas y especificaciones. Los temas relacionados con la eficacia también son importantes de considerar en el ámbito local en la medida en que los directivos deciden cómo aplicar las normas y adaptarlas a las condiciones locales. Cuando determinan qué normas deben aplicarse en

una situación dada, hay que tener en cuenta los riesgos relativos relacionados con la condición y el procedimiento médico.

La dimensión de **satisfacción del usuario** se refiere a la relación entre proveedores y clientes, entre administradores y proveedores de servicios de salud y entre el equipo de servicios de salud y la comunidad. Las buenas relaciones interpersonales contribuyen a la eficacia de la asesoría prestada en materia de salud y al establecimiento de una buena relación general con los pacientes. Dichas relaciones son las que producen confianza y credibilidad, y se demuestran por medio del respeto, la confidencialidad, la cortesía, la comprensión y compenetración. La manera de escuchar y comunicarse es también un aspecto importante. Los servicios de salud se pueden prestar de una manera profesionalmente competente, pero si las relaciones interpersonales no son adecuadas, se corre el riesgo de que la atención sea menos eficaz.

La **eficiencia de los servicios de salud** es una dimensión importante de la calidad dado que los recursos de atención de salud son generalmente limitados. Los servicios eficientes son los que suministran atención **más óptima** al paciente y a la comunidad; es decir, suministran el mayor beneficio dentro de los recursos con los que se cuenta. La eficiencia exige que los proveedores de salud eviten suministrar atención innecesaria o inapropiada y que la atención deficiente que se da como resultado de normas inefectivas se minimice o se elimine. La atención deficiente, además de ocasionar riesgos innecesarios e incomodidades al paciente, a menudo es cara y toma mucho tiempo corregirla. Dos maneras de mejorar la calidad serían eliminar el derroche y evitar los errores al mismo tiempo que se reducen los costos. Sin embargo, sería engañoso dejar implícito que las mejoras de calidad jamás exigen recursos adicionales. Algunas mejoras cuestan dinero. Por medio de un análisis de eficiencia los directivos del programa de salud pueden determinar la manera más eficaz en función del costo de utilizar recursos adicionales.

La **continuidad** implica que el cliente puede recibir la serie completa de servicios de salud que necesita sin interrupciones, suspensiones ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico o tratamiento. Los servicios deben ofrecerse en forma constante. Además, el cliente debe tener acceso a la atención rutinaria y preventiva de un proveedor que conozca su historia clínica, para poder derivarlo oportunamente a servicios especializados, cuando corresponda. A veces, la continuidad se logra asegurándose de que los clientes visiten al mismo proveedor de atención primaria; en otras situaciones, se logra mediante el mantenimiento de registros médicos bien ordenados y archivados, para que un nuevo miembro del grupo de salud conozca la historia clínica del paciente y pueda basarse y complementar el diagnóstico y tratamiento de proveedores anteriores. La continuidad es una dimensión muy importante de los servicios de calidad para la atención de salud y su carencia puede comprometer la eficacia, reducir la calidad de satisfacción del cliente y disminuir la eficiencia de la atención.

La **seguridad**, como dimensión de la calidad, implica la reducción de riesgos, de infecciones, efectos colaterales perjudiciales u otros peligros que pudieran relacionarse con la prestación de los servicios. La seguridad constituye una preocupación de todos los miembros del grupo de salud así como del paciente. El sistema de salud tiene la responsabilidad de asegurar que los servicios se presten con un mínimo de riesgos.

Las **comodidades** se refieren a las características de los servicios de salud que no están directamente relacionadas con la eficacia clínica, pero que acrecientan la satisfacción del cliente y su deseo de volver al establecimiento para recibir atención médica en el futuro. Las comodidades son también importantes porque pueden influir en las expectativas que tienen el paciente y la confianza que siente con relación a otros aspectos del servicio o producto. Además, cuando se considera la

recuperación de costos, las comodidades pueden servir para que los pacientes estén más dispuestos a pagar por los servicios. Las comodidades a menudo se relacionan con el aspecto físico del establecimiento, el personal y los materiales; así como con las comodidades físicas, la limpieza y la privacidad. Si bien algunas comodidades se consideran lujos en los establecimientos de salud de muchos países en desarrollo, no obstante, son importantes para atraer clientes y mantener la relación con los mismos, así como para asegurar la continuidad y cobertura de los servicios.

Los enunciados que debemos tomar en cuenta en calidad además son:

**Acceso a los servicios** implica la eliminación de las barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios de atención de salud. Esta dimensión de la calidad comprende barreras de índole geográfica, económica, social, organizacional, cultural, o lingüística.

**Actitud:** juicio interno o estado de ánimo, que se expresa por medio del comportamiento.

**Calidad:** la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.

**Características de calidad:** especificaciones o calidades que deben cumplir los productos/ servicios/procesos para ser capaces de satisfacer las necesidades de los clientes.

**Competencia profesional:** la competencia profesional se refiere a la capacidad y al desempeño de las funciones de los grupos de salud, del personal administrativo y del personal de apoyo.

**Comodidades:** las comodidades se refieren a las características de los servicios de salud que no están directamente relacionadas con la eficacia clínica, pero que acrecientan la satisfacción del cliente y su deseo de volver al establecimiento para recibir atención médica en el futuro.

**Conocimientos:** materia o información pertinente necesaria para el buen desempeño en un empleo.

**Consulta externa:** sector del establecimiento de salud destinado a la atención ambulatoria de individuos dentro de cada especialidad médica, incluyendo acciones de fomento.

**Continuidad:** la continuidad implica que el cliente puede recibir la serie completa de servicios de salud que necesita sin interrupciones, suspensiones ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico tratamiento.

**Cuellos de botella:** aquellas situaciones en que se produce la saturación y hasta el colapso de una estructura o sistema por desbordamiento de su capacidad de resolución, generando retenciones y esperas.

**Diagrama de flujo:** representación gráfica que muestra todos los pasos de un proceso. Indica la trayectoria actual e ideal que a de seguir un producto o servicio y permite, por tanto, identificar desviaciones.

**Efectividad:** resultado obtenido cuando un procedimiento es aplicado en condiciones habituales, por la generalidad del sistema, en la organización real, con los medios disponibles.

**Eficacia:** se refiere especialmente a la aplicación y combinación en condiciones ideales de recursos y tecnología para producir un impacto específico en la situación de salud (cumplimiento de objetivos).



**Eficiencia:** se refiere a la aplicación de los recursos, de tal manera que se puede obtener el mejor producto, social o individual, al menor costo posible.

**Equidad:** es un principio distributivo de beneficios y de acceso al sistema, que encierra un sentido de solidaridad condicionado principalmente por las características de las necesidades del usuario y de los factores del medio.

**Especificidad de un indicador:** el grado en que el indicador es capaz de identificar sólo aquellos casos en que existen problemas reales de calidad del proceso.

**Estándares:** puntos de referencia que permiten conocer cuáles serían los niveles deseables.

**Expectativas de los destinatarios:** son las creencias de cómo debe ser el producto o servicio que van a recibir y, en definitiva, es lo que cada uno espera de los elementos que forman parte del proceso.

**Factores críticos para el éxito:** actividades específicas y singulares relacionadas con el desempeño indispensable para que la organización logre su misión y alcance sus metas.

**Garantía de calidad:** técnica de gestión para la modificación del comportamiento, desarrollada para ayudar a los médicos y demás profesionales sanitarios, a fin de identificar y examinar de forma apropiada las prácticas médicas en orden a poder alcanzar los objetivos de calidad en los procesos de atención sanitaria.

**Gestión por procesos**: sistema de gestión enmarcado en los principios de Calidad Total, que pretende facilitar a los profesionales el conocimiento de aquellos aspectos que hay que mejorar y las herramientas para lograrlo.

**Hospital general**: unidad Operativa que provee atención de Salud ambulatoria y de hospitalización en las cuatro especialidades básicas de la medicina y algunas otras especialidades de acuerdo al perfil epidemiológico de su área de influencia; dispone de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, odontología, medicina física y de rehabilitación; forma parte del sistema de referencia y contrarreferencia. Su dimensión y estructura depende de las características demográficas y del perfil epidemiológico del área.

**Indicador**: es una medida cuantitativa que puede usarse como guía para controlar y valorar la calidad de las actividades.

**Indicador de estructura**: mide la existencia (o no) de medios físicos necesarios para realizar una actividad.

**Indicadores de proceso**: medición del funcionamiento (eficacia y/o eficiencia) de alguna actividad o aspecto interno del proceso que es crítico para el resultado final del mismo.

**Indicadores de resultado**: medición del funcionamiento (eficacia y/o eficiencia) del proceso. Mide lo que pasa (o no) después de haber realizado una actividad (proceso).

**Inputs (entradas)**: materiales, equipamiento, información, recursos humanos, recursos financieros o condiciones medioambientales necesarios para llevar a cabo el proceso, procedentes del entorno (interno/externo).

**Límites de salida:** actividades que dan por concluido el proceso.

**Límites de entrada:** entradas o actividades con las que se pone en marcha el proceso.

**Mejora continua:** parte de la gestión encargada de ajustar las actividades que desarrolla una organización para proporcionarles cada vez una mayor eficacia y/o una mayor eficiencia.

**Meta:** fin específico hacia el cual se dirige el desempeño de un trabajo; puede guardar relación con los productos, los resultados, la calidad del desempeño del trabajo o los medios o métodos.

**Misión:** descripción de la razón de ser de la empresa.

**Output (salidas):** producto tangible o servicio intangible creado por el proceso y que es entregado al cliente (interno/externo).

**Modelo de competencia:** la agrupación de las competencias que describen y definen específicamente la excelencia en el desempeño en lo que respecta a la organización, o al papel, a la función o al empleo correspondiente.

**Planes de cuidados estandarizados:** establecen secuencialmente, y con detalle suficiente, todos los pasos que se deben seguir en la atención de las necesidades del cliente.

**Proceso:** secuencia ordenada y repetitiva de actuaciones orientadas a generar un valor añadido sobre una entrada para obtener una salida determinada, convirtiendo los input (entrada) de los proveedores en output (salida).

**Procesos clave:** son los más importantes para la competitividad de la organización. Tienen alto impacto en los resultados de ésta por incidir en:

- Satisfacción de clientes.
- Resultados empresariales.
- Satisfacción de empleados.

**Procesos de soporte:** apoyan a los procesos operativos para que cumplan su misión.

**Procesos estratégicos:** procesos orientados a las actividades organizativas o estratégicas de la empresa.

**Procesos funcionales/uní funcionales:** procesos que suponen una sola función o implican a un único departamento.

**Procesos multifuncionales:** procesos que suponen varias funciones o implican a varios departamentos.

**Procesos operativos:** aquellos procesos clínico-asistenciales que están en relación directa con el cliente.

**Propietario del proceso:** persona cuya actividad está relacionada directamente con el desarrollo del proceso; es el Responsable de la gestión sistemática del proceso y de la mejora continua del mismo.

**Protocolo:** un plan o secuencia de etapas e instrucciones que deben seguir en un estudio, una investigación, una intervención quirúrgica o un tratamiento específico.

**Satisfacción del cliente:** supone una acción que produzca la satisfacción del usuario ante un servicio que se le brinda en condiciones compatibles con la dignidad personal y acorde con sus propios valores.

**Seguridad:** la seguridad, como dimensión de la calidad, implica la reducción de riesgos, de infecciones, efectos colaterales perjudiciales u otros peligros que pudieran relacionarse con la prestación de los servicios.

**Valor:** medida de la utilidad, conveniencia o estimación que tienen las cosas. Mide el grado de aptitud que tienen los productos (bienes o servicios) para proporcionar bienestar o satisfacer necesidades.<sup>28-29-30-31</sup>

La historia de los emprendimientos y esfuerzos realizados por los diferentes sectores tanto industriales como de servicios, nos permite identificar cuatro fases de realización de los objetivos de calidad. Estas fases pueden ayudar a emprender como se plantean hoy las alternativas de participación y dirección del Estado, en las cuestiones de calidad de la producción de bienes y servicios, tanto en el área de la iniciativa privada como en el seno de la propia administración pública.

#### 2.1.6.1 Calidad en Salud

La calidad consiste en las características del producto que van al encuentro de las necesidades de los clientes y de esa forma proporcionan satisfacción en relación al producto, calidad es la ausencia de defectos, hablar de calidad de una cosa es hablar de un conjunto de sus propiedades independientemente del valor final, que se adjudique a

---

<sup>28</sup> Rubio, S. Glosario de la Economía de la Salud. Ediciones Díaz de Santos, S. A. Madrid-España.1995., p1-277.

<sup>29</sup> Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Consejo de Salud de Andalucía. Edita Consejería de Salud. 1991.p.1-176

<sup>30</sup> GESTION POR COMPETENCIAS. Línea Profesionales de la SGCE, Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Edita Conserjería de Salud. p. 1- 41.

<sup>31</sup> Palmer RH. Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1989.

esa cosa en función de cada una de sus calidades, entonces la calidad consiste en satisfacer las necesidades del usuario.

La calidad presupuesta como excelencia de los agentes, es una fase de producción equivalente a la excelencia y expresa tanto una presunción de calidad intrínseca, esta es la forma más común de evaluación de calidad en numerosas áreas de producción de servicios.

El control departamental de la Calidad, se convierte en atribución de un grupo de especialistas que actúa con posterioridad al proceso de producción, a través de la inspección y mecanismo de muestreo, aquí se requiere de criterios y normas estrictas de calidad, el cumplimiento de estos requisitos dependen del trabajo de los individuos.

La garantía de calidad, representa una base en relación al control y actúa desde el momento de planeación, haciendo que los requerimientos del producto sean atendidos, el objetivo de esta fase es reducir los grandes costos resultantes de la detención de la mala calidad.

La gestión o control de calidad total, es un sistema para la integración del desarrollo, manutención y esfuerzos por mejorar la calidad, tomando en cuenta la satisfacción total del cliente de la calidad, pasa a ser controlada por el conjunto de la empresa y por lo tanto deja de ser solamente una atribución de los especialistas o departamentos.

Para los filósofos, la producción humana a través de las artes es el resultado de una intencionalidad normativa que se adapta a circunstancias concretas y a las exigencias y expectativas de aquellos a quienes sirve.

Platón señala que la existencia de medidas y proporciones es el fundamento a la excelencia, es conciente de que las normas son solo

referencias generales y por lo tanto no hay reglas universales o permanentes.

Aristóteles se preocupa por analizar el modelo técnico de la medicina avanza en la defensa del concepto del patrón real como juicio de la media, construido en el terreno de los fenómenos particulares y no a través de conocimientos abstractos de este modo no se puede calificar a la salud, que es el objetivo de la actividad médica como un bien en sí, pues el médico no se dedica a cuidar de la salud de una forma general, pero si de individuos particulares.

Calidad en salud, es específicamente una manifestación de la combinación de la equidad, eficacia, eficiencia, y la satisfacción del cliente, en la cual ninguno de ellos tiene el comportamiento independiente, aún cuando la equidad depende de factores propios de la prestación del servicio médico y de la distribución de los recursos que se traducen en beneficios individuales y sociales. La eficacia guarda relación con la aplicación de condiciones ideales de tecnología, pero también de los recursos y de la infraestructura, y la eficiencia esta asociada con la gestión de los sistemas de salud. La satisfacción del usuario depende en gran medida de los tres principios anteriores, pero igualmente encuentra componentes propios en los patrones culturales y percepciones sociales de la salud. El punto que a de subrayarse, es que las fortalezas o debilidades de cualquiera de estos principios fortalecen o debilita a los restantes.

El desarrollo de una visión de calidad entorno a estos principios tiene el potencial de facilitar y promover un equilibrio institucional sustentado en la calidad del acto clínico, el respeto a la dignidad del usuario, la eficiencia de los procesos internos de gestión y la proyección social del hospital. Su aplicación, sin embargo, no esta exenta de dificultades. Por otra parte la visión de la calidad debe ser articulada por

la dirección del hospital, pero compartida por todo el personal de la institución.

De lo contrario, esta se articula entorno a la visión limitada de la relación médico paciente y no en la perspectiva más amplia de la relación más amplia de hospital sociedad. Por otra parte la percepción de cómo la eficiencia afecta la calidad de la salud individual y colectiva a menudo representa un conflicto expresado entre las dicotomías frecuentes entre la gestión clínica y la administrativa. La visión integral de la calidad en los términos enunciados constituye una forma de superar el frecuente sesgo del director hacia su formación clínica en detrimento de su papel principal de gerente de recursos y procesos.

Para mejorar el conjunto de las características de equidad, eficacia, eficiencia, y satisfacción del cliente es necesario plantear procesos diferentes a los tradicionales.

Primero es esencial tener una visión integral del cambio que incorpore como punto central un proceso y una cultura de calidad.

Segundo, esa visión tiene que ser compartida por la mayor parte del personal.

Tercero Se deben desarrollar aplicaciones selectivas y estratégicas de la calidad para generar credibilidad entre el personal y los usuarios; Por ultimo la eficacia la equidad la efectividad la eficiencia y el enfoque de satisfacción del cliente deben tener una expresión concreta, objetiva y en lo posible cuantitativa.

**2.1.6.2 Garantía de Calidad en salud,** constituye actualmente una especialidad médica donde existen entidades que congregan profesionales en esa área y cuya finalidad es el monitoreo del desempeño clínico buscando mantener y mejorar su calidad.



*2.1.6.2.1 Licenciamiento*, es un proceso por medio del cual una autoridad gubernamental otorga un permiso a un médico individual o a una organización de salud para ejercer una profesión o prestar servicios de salud.

Los reglamentos de licencia se establecen generalmente con el fin de asegurar que una organización o persona, cumpla los estándares mínimos para proteger la salud y la seguridad pública. Los individuos suelen recibir la licencia después de aprobar algún tipo de examen o de dar pruebas de su educación. La licencia puede renovarse periódicamente superando una prueba de educación continuada de competencia profesional. La licencia para las organizaciones como las hospitalarias se otorga después de una inspección local para conocer si se han cumplido los estándares mínimos de salud y seguridad. La conservación de la licencia es un requisito continuo que la organización de salud tiene que cumplir para poder seguir funcionando y ofreciendo cuidado al paciente.

*2.1.6.2.2 Acreditación*, las normas de acreditación hicieron que los médicos se alinearan a las instituciones con el status de cuerpo clínico organizado asumiendo responsabilidades legales en relación a la calidad general de los cuidados médicos ante las comisiones de supervisión integradas por legos, continúan amaneciendo en su mentalidad la misma autonomía individual y colectiva, nos solo trabajan más para ellos mismos que para la institución ,sino que también desconfían de cualquier intervención institucional o administrativa que pueda afectar sus autonomía clínica organizacional o política.

*2.1.6.2.3 Certificación*, es un proceso a través del cual un cuerpo autorizado, ya sea una organización gubernamental, evalúa y reconoce a una persona u organización porque cumple los requisitos y criterios pre

establecidos, a pesar de que los términos acreditación y certificación son intercambiables con frecuencia, la acreditación hace referencia a organizaciones, mientras que la certificación puede aplicarse a personas individuales y a organizaciones. Cuando se aplica a profesionales individuales, la certificación suele implicar que el individuo a recibido educación y capacitación adicionales ha demostrado competencia en una área de especialización, superando los requisitos mínimos a obtener para la licenciatura. Un ejemplo de tal proceso de certificación es un médico que ha sido certificado por el colegio de especialización profesional para ejercer obstetricia cuando se aplica a una organización o a parte de una organización, como el laboratorio, la certificación suele indicar que la organización tiene servicios, tecnología o capacidad adicionales más allá de lo que se encuentra en organizaciones similares.

*2.1.6.2.4 Planeación de la calidad*, todos los hospitales trabajan en ambientes variables y poco predecibles. No obstante, para que la gestión de la calidad en un hospital tenga éxito, su dirección deberá buscar la manera de hacer frente a estos escenarios y adaptarse al cambio y a la incertidumbre venidera. La planificación es un instrumento que emplea la gerencia para trazar sus rumbo y adaptase al cambio. Si el hospital no planifica sus acciones, en poco tiempo dependerá en buena medida de la suerte y el impulso que haya tomado anteriormente. Si el hospital quiere mantener el rumbo y tener éxito, irremisiblemente deberá mantener su impulso, de lo contrario, tan solo realizará acciones defensivas espontáneas para solucionar cada problema. Por consiguiente la planificación estratégica es un proceso mediante el cual el hospital analiza su entorno interno y externo, se pregunta por su razón de ser en el seno de la comunidad a la cual pertenece y expresa su finalidad, sus metas objetivos y estrategias para alcanzar el bienestar y la salud de población adscrita. Esto significa que las decisiones que se tomen en el hospital en el presente producirán resultados útiles para la comunidad en el futuro. El plan estratégico a de contemplarse entonces como un instrumento que guía y permite definir las

características del hospital para construir el futuro que desea para dicho servicio respecto al medio o entorno en que se encuentra. La planificación obliga al hospital a formularse y dar la debida respuesta a esta pregunta **¿qué decisiones hay que tomar hoy para estar preparados para el mañana?** La planificación estratégica esta relacionada con el largo plazo y es relativamente general, se centra en planes amplios y duraderos, asegura la efectividad y supervivencia del hospital para muchos años, establece típicamente la finalidad de la organización hospitalaria y describe un conjunto de metas y objetivos y las estrategias para alcanzarlas, sin embargo no es estática, sino dinámica y cambiante, se adapta a los cambios institucionales y de su entorno.

*2.1.6.2.5 Gestión de la calidad*, la calidad no es un instrumento o paquete que se compra o que se instala y desinstala, ni es suficiente el hecho de evaluarla o el de tener la firme voluntad de mejorarle. Para lograr la calidad, es necesario ejercer un claro liderazgo de alta dirección de las organizaciones de Salud y utilizar métodos de gestión adecuados. Se requieren acciones sistemáticas, continuas y deliberadas para lograr calidad. Ese conjunto de acciones se denomina gestión de la calidad. En virtud de dicha gestión, las instituciones y los hospitales, cualquiera que sea su tamaño y su nivel de complejidad, deben revisar a fondo su sistema de atención, pues en el subyacen los factores fundamentales de la buena o mala calidad, y diseñar e implantar sistemas de gestión de la calidad adaptados a sus cambiantes necesidades específicas. La gestión de la calidad es un método de gestión administrativa que se articula en cuatro temas :

- Comprensión de los requerimientos y expectativas de los usuarios.
- Comprensión del proceso de prestación de los Servicios.
- Medición del desempeño.
- Un método de trabajo en equipo para asegurar el mejoramiento continuo de los procesos.

*2.1.6.2.6 Control de Calidad*, con el cual se busca la conformidad de un producto o servicio con las normas establecidas. El método consiste en prever lo que se hará, escribir lo que se prevé, hacer lo que está escrito, controlar y corregir las disparidades y llevar un registro por escrito. Entonces aparecen dos espacios de análisis: el primero se refiere a la calidad entendida como qué hacer y el segundo como hacerlo. Que hacer? para que la calidad pueda darse en una perspectiva más amplia que la del acto clínico, deben existir relaciones de coherencia entre tres elementos fundamentales, la situación de salud de las persona, como problema específico la situación social, como condicionante de la salud, y la situación institucional, como determinante de la respuesta al problema de la salud. Esta coherencia permite que el sistema en su conjunto sea capaz de dar una respuesta efectiva que resuelva no solo las manifestaciones más evidentes de la salud, sino también sus causas subyacentes, por ello tendría poco sentido e impacto atender aisladamente el problema de la calidad clínica de la atención, si el sistema es desde el punto de vista social, incapaz de producir un impacto razonable en función de los recursos invertidos en la salud y de los condicionantes sociales de la situación de salud.

Si el producto que las instituciones y el sistema de salud ofrecen (¿el qué hacer?) no guarda una relación de coherencia con las características sociales y epidemiológicas de la población, el impacto de cualquier otro elemento de calidad de atención es exiguo. No obstante se encuentran grandes limitaciones en el plano de los instrumentos que permiten medir o caracterizar objetivamente esa relación.

En ausencia de instrumentos para análisis y control de esta coherencia, las instituciones mantienen, algunas veces durante décadas un producto inapropiado para la naturaleza del problema e invierten cuantiosos recursos en acciones que poco aportan al desarrollo y al bienestar de la población. Las pruebas disponibles parecen indicar que

este es y ha sido el meollo de la crisis e incluso la raíz del conflicto ideológico sobre la función del estado en el sector social.

¿Qué hacer entonces para dar coherencia a estas reacciones o de tal manera que se puedan realizar progresos sustantivos en la calidad como un medio hacia la excelencia y la competitividad?

Primero es necesario plantear el problema y que se promueva una actitud crítica frente a los modelos vigentes, el reto principal es encontrar formas de reencausar los modelos y los sistemas para corregir algunas deficiencias y hacerlo con la prontitud necesaria de tal manera que el deterioro social de la salud se pueda corregir a tiempo.

Segundo replantear la problemática hospitalaria y sus soluciones.

Tercero rescatar los principios tradicionales de la salud pública y aumentar su presencia en la distribución de los recursos.

En la dimensión del servicio es necesario desarrollar mecanismos para conocer las necesidades y expectativas de los usuarios y la forma como estos se traducen en características de la atención.

¿Cómo hacerlo?, el siguiente momento del enfoque de la calidad corresponde a establecer la forma adecuada en que las acciones escogidas de atención en salud deben llevarse a cabo. En este punto se introduce una idea fundamental la atención en salud no puede prestarse en cualquier manera ni del modo que le parece adecuado a cada proveedor sino que es necesario establecer una forma correcta de prestarla, lo que se ha venido a llamar estándares de calidad, representa un consenso sobre las características óptimas que debe tener un determinado insumo, proceso o resultado en la prestación de un servicio de salud.

Puede decirse genéricamente que un estándar es un estado de calidad esperada, alguna cosa considerada por una autoridad o por el consenso general, como una base de comparación, son los requisitos y exigencias previamente conocidas y aceptadas, con los cuales medimos la calidad de atención. En este sentido los estándares no serían verdades universales, sino acuerdos sobre la mejor manera de organizar y ejecutar las acciones que conduzcan a la obtención de los resultados que se buscan. Los estándares son útiles para los siguientes propósitos:

- Para hacer una declaración explícita de la calidad esperada.
- Para identificar las deficiencias de los insumos, procesos y resultados.
- Para indicar quién debería estar ejecutando determinadas partes del proceso y de que forma.
- Para medir la brecha entre el desempeño real y el esperado o previsto por la organización y encontrar oportunidades de mejorar la calidad<sup>32</sup>.

*2.1.6.2.7 Evaluación de Calidad en el Servicio de Salud*, el control de la calidad comienza con la evaluación de la distribución y los factores determinantes de la calidad. Eso es fundamentalmente una tarea epidemiológica en un medio clínico. Se podría comenzar con una recopilación regular y ordenada de tasas de servicios de buena calidad por medio de la vigilancia. Una vez señalados los resultados, se podían emplear definiciones útiles desde el punto de vista operacional e iniciar la vigilancia. Después se podrían estimar las tasas de servicios de buena calidad y determinar su grado de exactitud. Entonces se podrían señalar los factores de riesgo independientes que determinan la buena o mala calidad de la atención y someter algunos de esos factores a estudios de intervención.

---

<sup>32</sup> OPS, OMS, .La Transformación de la gestión de Hospitales en América Latina y el Caribe. Washington DC.2001, p.191-222.

La evaluación de la calidad comienza con el ingreso al hospital y continúa hasta que se da el alta al paciente, se podría determinar si el acceso al sistema de servicios de salud es apropiado y por supuesto oportuno tanto desde el punto de vista tecnológico, como del paciente; así mismo se podrían evaluar otros atributos del proceso: las tasas de comunicación satisfactoria, la limpieza del hospital o consultorio, la intimidad, la calidad de la comidas, etc.

Los resultados de las pruebas se podrían medir en términos de beneficios o efectivos secundarios esperados. Desde el punto de vista técnico, se podría determinar si se preparó una historia clínica completa y si se hizo un examen físico completo, si se envió una nota de seguimiento al médico que envió al paciente o si todos los pacientes hospitalizados nuevos fueron sometidos a una hematimetría completa.

Todos estos aspectos podrían llamarse indicadores basados en el proceso. Se podrían vigilar también los eventos que conducen directamente alguna forma de morbilidad o mortalidad, que deberían llamarse indicadores de los resultados y podrían incluir las tasas de infección, las hemorragias, los errores en la administración de medicamentos, etc.

Además tal vez sería conveniente ampliar el análisis de los resultados, tales como un periodo de hospitalización excesivamente largo, un ataque de apoplejía anafilaxis, etc. Por último se podría evaluar la calidad del alta desde el punto de vista del derecho del paciente a morir con dignidad o a ser enviado a su casa en vez de a un sanatorio<sup>33</sup>.

## **2.2 ADMINISTRACIÓN**

---

<sup>33</sup> Paganini, J. Moraes, H. OMS, OPS. La garantía de calidad. Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe. Federación Médica de Hospitales. Enero 1992.

Los modelos administrativos que se consideran, se sustentan en las teorías o enfoques administrativos que pueden clasificarse en ocho grandes grupos.

**Teoría de proceso** que analiza la administración desde el punto de vista de lo que hace un administrador. Estas actividades o funciones constituyen el llamado **proceso administrativo**. En términos de salud se considera en esta teoría el proceso técnico que especifica las acciones que se pueden poner en práctica, el proceso administrativo que posibilita la realización de dichas acciones con sus métodos y el proceso político que se encarga de hacer lo necesario para lograr los objetivos de la organización.

**Teoría del comportamiento** cuyo eje vertebral son los seres humanos, con sus relaciones interpersonales e intrapersonales con su efecto en el arte de administrar.

**Teoría sociológica** que considera a la administración como en un verdadero sistema social por la interrelación de sistemas culturales.

**Teoría sistemática** que considera a la empresa como un sistema conformado por la suma o combinación de varios componentes organizativos de relación mutua.

**Teoría cuantitativa** que utiliza modelos y procesos matemáticos por ser la administración una entidad lógica elaborada por una metodología aceptada y en la cual se fundamentan la toma de decisiones.

**Teoría neoclásica** que pone de relieve el cumplimiento del trabajo por medio de la división del trabajo de Tayler.



**Teoría de la fusión** que señala que un individuo utiliza la organización para alcanzar sus metas personales y a su vez, aquella usa al individuo para lograr sus objetivos organizacionales.

**Teoría de sistemas** considera la organización como la suma de variables dependientes que incluyen al individuo, la disposición de formal e informal de funciones, pautas de conducta, ambiente físico de la organización y su entorno.

**Teoría funcional** basada en funciones o áreas de actividad.

En el ámbito hospitalario la teoría funcional considera: la planificación, organización, dirección, coordinación y control.

**2.2.1 ADMINISTRACIÓN MODERNA**, administrar es una forma de actuar concientemente sobre un sistema social y cada uno de los sub sistemas que los integran, con la finalidad de alcanzar determinados resultados.

Por lo tanto debemos decir que la administración es una actividad sistémica que emplea un conjunto de recursos, de una determinada manera, para lograr una finalidad, en forma eficaz y eficiente, y con un beneficio social para quién la genera.

Por ultimo, es muy importante recordar que la administración es un medio , y no un fin, que la administración está presente en toda actividad humana realizada por grupos organizados y que es un medio de racionalizar toda una actividad para que de los mejores frutos. Cuando una administración se olvida sus fines y se concentra en sí misma, en sus propios problemas, y en la satisfacción de los intereses de sus miembros principalmente, se produce lo que desde Weber se denomina Burocratización.

La administración estratégica se define como el proceso que se sigue para asegurarse de que una organización posee una estrategia organizacional apropiada y se beneficia de su uso. Tal como se emplea en esta definición, una estrategia apropiada es aquella que conviene mejor a las necesidades de una organización en un momento determinado.

Generalmente se piensa que el proceso de administración estratégica consiste en cuatro pasos secuenciales y continuos:

- Formulación.
- Implantación.
- Medición de resultados.
- Evaluación de la estrategia.

Tal vez lo más importante que deba tenerse en la mente es que la formulación de una estrategia es tan sólo uno de los cuatro pasos importantes en la administración estratégica. Para que una organización obtenga el máximo beneficio, aquella debe ser implementada o puesta en acción, debe ser constantemente supervisada para observar el efecto que está teniendo en la organización, y debe ser evaluada para ver si esta teniendo el efecto deseado de ser así talvez la estrategia podría permanecer como esta, pero se continuará con la medición de los resultados a fin de determinar si será necesario hacer cambios en el futuro. Sin embargo, si el efecto de la estrategia no es deseable, la administración probablemente reinicie todo el proceso de administración, formulando otra estrategia.

## **2.3 PLANIFICACION**

Es un proceso que partiendo del estudio y análisis pasado y actual de un sistema (de una realidad dada), define fines y objetivos a alcanzar,

así como normas de ejecución y de control de las actividades a desarrollar durante un periodo dado pues ese estudio previo se ha señalado los problemas o características de esa realidad que es necesario cambiar<sup>34</sup>.

La planificación es una planeación a largo plazo integral y totalizadora de un sector o de todo un modelo de un país y no sólo la expresión de su voluntad política es la que la determina; por más que este sea uno de sus factores más significativos .aun cuando se le haya querido dar un cariz ideológico, la planificación más bien deriva de la necesidad de aprovechar al máximo los recursos limitados de que se dispone<sup>9</sup>.

El Plan Estratégico (PE) es el documento en cual se recoge qué queremos que sea el hospital dentro de cuatro años y cómo pretendemos conseguirlo. En el plan se establecen en qué grandes áreas de interés tenemos que trabajar (líneas estratégicas), como pueden ser la satisfacción de las necesidades de salud o el desarrollo de las personas del hospital) y mediante qué planes de acción concretos podemos acercarnos a lo que queremos.

Elaborar el plan estratégico es un trabajo que exige un esfuerzo importante pero resulta imprescindible para ponernos de acuerdo las más de cuatrocientas personas que trabajamos en el hospital y conocer cómo podemos contribuir cada uno de nosotros a mejorar día a día la atención a nuestros clientes.

Para elaborarlo tenemos que tener en cuenta varias cosas. Primero, hacia dónde tenemos que dirigirnos. Para ello tenemos que orientarnos mediante la Misión del hospital que supone nuestra razón de ser y que refleja qué tenemos que hacer, para qué tenemos que hacerlo y para

---

<sup>34</sup> Vega, M. Administración de servicios de Salud. Numero 3. Enero 2003, p.228-242.

<sup>9</sup> Barquín, Calderón Manuel. Dirección de Hospitales. sexta edición Interamericana. Mc Graw -Hill México.

quién tenemos que hacerlo. Además hemos elaborado la Visión, que supone concretar en pocas frases cómo queremos que sea nuestro hospital dentro de unos años. Los Valores que tenemos establecidos nos ayudarán en el día a día a alcanzar esta visión.

El PE tiene unos indicadores que podremos seguir para saber en qué medida nos vamos acercando a cumplir los objetivos propuestos y como sabéis, anualmente tiene su traducción en un Plan de Gestión. Finalmente, los resultados que vayamos consiguiendo tendrán que servirnos para continuar en la misma línea o modificar los planes existentes.

Como una cosa es querer y otra poder, para que este plan sea útil debe ser realista y posible de conseguir. Además tenemos que encontrar un equilibrio entre las necesidades y expectativas de los elementos del entorno que nos afectan y nuestras posibilidades.

Tenemos que tener en cuenta cómo se mueve el mundo que nos rodea y conocer, en la medida de lo posible, los cambios que más nos pueden influir: cómo puede cambiar nuestra comarca en los próximos años, qué necesidades en salud va a tener la población, qué reclaman o esperan los ciudadanos, cómo va a influir el desarrollo de nuevas tecnologías, cómo nos pueden influir los proveedores y en definitiva todo aquello que afecte a nuestro entorno. Pero sobre todo tenemos que tener en cuenta qué necesitan y qué esperan nuestros clientes.

Afortunadamente además somos una parte del sistema sanitario público de nuestro país, lo que nos da una enorme fuerza al coordinarnos con otras excelentes organizaciones sanitarias de nuestra empresa. Por ello tenemos que conocer sus necesidades, especialmente las que provienen de Atención Primaria, para asegurar la continuidad de cuidados a nuestros pacientes.

Después de mirar afuera tenemos que mirar dentro. Entre otras cosas debemos pensar qué recursos tenemos en el hospital y qué recursos necesitaremos para conseguir los objetivos marcados, qué cosas hacemos bien y cuáles podemos mejorar, qué hemos aprendido de nuestros aciertos y nuestros errores, en qué áreas necesitamos ampliar nuestra formación, cómo podemos contribuir a aportar un mayor bienestar a nuestra sociedad, cómo tenemos que comunicarnos y coordinarnos para trabajar de una forma más eficaz, cómo tenemos que aplicar la innovación para mejorar nuestros servicios. Para realizar este análisis tenemos que tener en cuenta los resultados que alcanzamos, y contamos además con una importante ayuda, como son los resultados de las auto evaluaciones y evaluación externa mediante el modelo EFQM de Excelencia que se han realizado en este periodo.

Son muchas cosas a tener en cuenta y varias de ellas muy difíciles de establecer. Lo ideal sería poder contar con las aportaciones de todos los profesionales del hospital pero es una tarea que se escapa a nuestras posibilidades.

Con el Plan “simplemente” hay que ponerlo en práctica, y como siempre ir evaluando en qué grado lo conseguimos y si nos ayuda a acercarnos a nuestros objetivos: conseguir cada día un mayor crecimiento y satisfacción de los profesionales del hospital, aumentando el bienestar de nuestra sociedad, y mejorando nuestros servicios para alcanzar una mejor salud y satisfacción de nuestros clientes.

### **2.3.1 EL PROCESO DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA**

La secuencia de pasos seguida para la elaboración del Plan Estratégico se describe en el gráfico № 36.

Grafico No 3

MODELO DE PLANIFICACION



FUENTE: Plan Estratégico HPDA

ELABORADO POR: Opilio Córdova

### 2.3.2 CONCEPTOS DE LA ESTRATEGIA

**Misión** recoge las líneas básicas del proyecto del hospital, es decir, qué tiene que hacer como organización, para qué tiene que hacerlo y para qué grupo de interés. Es la razón de ser del hospital y sirve de guía para orientar todos los procesos y líneas de acción del hospital.

**Visión** contempla una formulación de la imagen compartida en la que queremos convertirnos como hospital para alcanzar el éxito como organización.

**Valores** son el conjunto de principios y criterios de actuación que condicionan los comportamientos y decisiones de los profesionales del hospital y constituyen la filosofía de comportamiento de nuestra organización.

**Objetivos del hospital** son los objetivos relacionados que permiten de una forma escalonada llevar a cabo la Misión del hospital. Deben ser medibles y establecer las relaciones entre ellos que permitan su consecución.

**Factores Clave de Exito (FCE)** para conseguir los objetivos del hospital se necesita lograr otros objetivos intermedios (inductores) que se pueden lograr mediante los llamados Factores Clave de Éxito (FCE). Son aquellos objetivos intermedios imprescindibles para conseguir los resultados apropiados en los objetivos del hospital. Alguno de ellos tiene a su vez subfactores intermedios para su desarrollo.

**Cuadro de Mando Estratégico** es el conjunto de indicadores que permiten medir el valor de los Factores Clave de Éxito y los objetivos del hospital, para acercarnos al cumplimiento de la Misión y de la Visión planteados.

**Análisis de los grupos de interés** el Hospital ejerce su actividad en un entorno determinado constituido por los grupos de interés de forma que se afectan mutuamente. Los cambios y tendencias de estos grupos en sus necesidades y expectativas determinarán en gran medida las líneas de actuación que debe establecer el hospital para satisfacer estas necesidades por medio de su sistema de gestión.

**Análisis de rendimiento** es el análisis de lo que hoy es capaz de ofrecer el hospital para cumplir su Misión y Visión y satisfacer así las necesidades de los grupos de interés permite conocer sus recursos e identificar sus fortalezas y debilidades, para abordar de manera adecuada los retos del futuro e ir adaptando la organización a las necesidades planteadas.

**Análisis DAFO** es el análisis de las amenazas y oportunidades para satisfacer a los grupos de interés y de las fortalezas y debilidades internas para conseguirlo. Este análisis permite identificar las ventajas competitivas del hospital y establecer las líneas de actuación que permitan alcanzar los objetivos planteados.

**Selección de procesos** son los procesos más relevantes a gestionar para conseguir los diferentes objetivos del hospital.

**Estrategias y Planes de Acción**, el desarrollo de los pasos anteriores nos permite identificar y definir los programas y líneas de acción a desarrollar por el hospital en los próximos años para satisfacer a los grupos de interés, crecer y mejorar como organización y acercarnos al cumplimiento de la Misión y Visión establecidas.



## 2.4 ORGANIZACIÓN

Es una función que determina la forma de relacionarse un grupo de personas para llevar a cabo los objetivos previamente acordados.

El término organización se usa en forma muy diversa en administración algunos teóricos particularmente aquellos que enfocan la administración a la luz de las ciencias del comportamiento consideran la organización simplemente como las relaciones humanas en actividad de grupo, equivalente a la estructura social o sí la organización comprende todas las relaciones formales e informales, dentro y fuera de la empresa, que tienen relación con el comportamiento de los empleados. Otros usan el término organización en el sentido de empresa, una institución para alcanzar metas.

Sin embargo la teoría administrativa, es una de sus funciones, la que atañe a la estructura, actividad, autoridad de una institución.; esto es, la agrupación de actividades necesarias para alcanzar los objetivos y la asignación de cada grupo de actividades a un responsable, con la autoridad necesaria para administrar estas actividades; de acuerdo con esto, la organización significa el establecimiento de relaciones con autoridad, con indicación de la coordinación entre ellas, tanto vertical como horizontalmente en la estructura de la institución; y utilizar la organización como un sistema estructural les parece a ciertos autores más realista que otros conceptos de organización. Al mirar la organización de esta forma, los autores no son mecanicistas, sino que, teniendo presente que las personas son preocupación central de los directores, consideran que una organización debe ser estructurada para que las personas puedan llevar a cabo sus labores.

La organización debe estar proyectada para clarificar la situación de manera que cada uno sepa quién va hacer que, también para eliminar los obstáculos a la ejecución, causados por la confusión e incertidumbre en la

asignación de actividades y finalmente, para proporcionar un sistema de comunicaciones para la adopción de decisiones, que refleje y apoye los objetivos de la institución.

El propósito de la organización es: combinar o relacionar a los grupos que deben realizar una serie de actividades; con los medios necesarios para su ejecución, de forma que el trabajo se realice, de manera conciente racional y coordinada, para asegurar el logro de los fines propuestos en la planificación.

Aunque lograr ciertas metas debe ser la razón de cualquier actividad de grupo, deben buscarse principios que guíen el establecimiento de la organización formal, para el mejor logro de las metas.

Estos principios son:

- Principio de la unidad de objetivos.
- Principio de eficiencia.
- En toda organización debe existir agrupación de actividades.
- Es necesario fomentar el espíritu de trabajo en grupo.
- Deben existir líneas claras de autoridad.
- Ningún miembro de la organización debe tener dependencia directa de más de una persona para una misma cosa.
- El número de personas que dependen de otra deben ser limitadas.
- Debe existir equilibrio entre centralización y descentralización.
- El área de responsabilidad de cada persona debe estar claramente definida.
- Cada superior debe ser responsable de la actuación de las personas que dependen directamente de él.
- La organización debe estar dotada de orden material y local.
- Debe existir un sistema de remuneración justo.
- La organización debe ser expresada sencillamente.

- Debe haber un solo programa y en una sola dirección para cada sistema o subsistema<sup>35</sup>.

## **2.5 GESTION**

El recurso humano no es un recurso similar a los otros: solo las personas realizan acciones que construyen la sociedad y la orientan hacia un derrotero definido. En esta medida el carácter deliberante del recurso humano le permite proyectar su acción en una dirección determinada, la capacidad del recurso humano de tomar determinada opción, es una característica que lo diferencia de cualquier otro, que constituye su identidad (creatividad, libertad y responsabilidad).

La gestión del recurso humano esta determinada tanto por las expresiones o formas organizativas, estructurales y funcionales del hospital en su conjunto y su relación con el resto del sistema de salud, como por las tendencias vigentes sobre las formas de organización social, el papel del estado y las posibilidades de la expresión ciudadana. En este sentido la gestión de los recursos humanos se ha desarrollado en un marco general que muestra las siguientes particularidades:

- Ausencia del recurso humano en la conducción de los procesos de cambio
- Inadecuada distribución del hospital sobre la base de una organización y división del trabajo fragmentada en función de la oferta y organizada según las posibilidades de trabajo del médico asistencial, que convive con el trabajo liberal.
- Influencia exagerada del criterio profesional particularmente ético en el funcionamiento del hospital, lo que condiciona que cada profesional trabaje sobre la base de los conocimientos propios de su especialidad y desarrolle un trabajo de alta complejidad, difícil de

---

<sup>35</sup> Vega, M. Administración de servicios de Salud. Numero 3. Enero 2003,p.228-242.

ser supervisado y protocolizado, con alto grado de autonomía de los profesionales con relación al proceso productivo.

- Condiciones jurídicas para la gestión administrativa, financiera y de recursos humanos rígidas, generadas fuera del hospital y por tanto sin control por parte del gerente.
- Excesiva centralización de las decisiones en materia de Recursos humanos.
- Nula carrera profesional, solo permite articular carreras jerárquicas de tipo burocrático.
- Sistema incapaz de competir y con separación total entre rendimiento en el puesto de trabajo y retribución.
- Débil control social sobre el servicio de salud y la relación directa paciente profesional de la salud.

En el marco de los procesos de reforma, la gestión del recurso humano como factor crítico para el cambio requiere una orientación técnica y política equilibrada, que no solo permita responder a problemas cotidianos sino que se proyecte hacia el futuro como parte de la respuesta que una sociedad equitativa, que ofrece a la ciudadanía el cuidado y servicio a su salud. El énfasis de la gerencia de recursos humanos recae en la necesidad de lograr organización y entorno laboral en donde la gente no solo tenga que trabajar, sino donde pueda y quiera trabajar, esto es, organizaciones efectivas. El mantenimiento de un entorno donde la gente quiera trabajar se inicia con un sistema salarial y de beneficios netamente líquidos al rendimiento del personal, enmarcado en la ley, pero con claras diferencias del pago por rendimiento de las responsabilidades asumidas, una organización efectiva, requiere evaluar el rendimiento y la calidad. En el origen de la calidad de la organización hospitalaria se encuentran la definición de la estructura organizativa y sobre todo, la dotación de recursos y calidad, de ahí la importancia de

seleccionar personas adecuadas y evaluarlo continuamente, y de disponer de políticas de terminación de la relación laboral<sup>36</sup>.

## **2.6 MONITOREO Y EVALUACION**

En la tecnología de la Información y Comunicación, la informática constituye la estructura o el soporte tecnológico de los sistemas. En el sector salud, la informática, y sobre todo la hospitalaria, se encuentran en plena transformación.

La situación actual en América Latina a este respecto se caracteriza por un desarrollo muy heterogéneo de la informatización de los hospitales. Algunas instituciones muy modernas tienen un sistema de computación bastante desarrollado y completo incluso integrado por redes internas, mientras que otros hospitales reciben sus primeras dotaciones en computadores aisladas o solo manejan información manualmente, muchos hospitales tratan de mejorar o consolidar sus redes de procesamiento, que están centradas en una gestión administrativa clásica basada en la facturación y la contabilidad general, o sea es una informática mas hotelera y logística que médica.

La informatización de los servicios clínicos pueden ser por tanto costosa y dilatada o relativamente barata si se aplica en centros de mayor complejidad y tamaño. En los hospitales de mayor complejidad y con más recursos ya se observan un gran desarrollo de la información y las tecnologías de los sistemas de información, es bastante heterogéneo en los más de 17 000 hospitales de la región.

La organización mundial de la Salud recomienda promover la informática para mantener y gestiona bases de datos y genera información, aunque insisten en que no deben eliminar la selección de datos e indicadores ni el diseño de registro e información.

---

<sup>36</sup> OPS, OMS, .La Transformación de la gestión de Hospitales en América Latina y el Caribe. Washington DC.2001, p.191-222.

Los **Sistemas de Información gerencial**, en un hospital como en otras empresas la gestión esta estrechamente asociada con la información, desde la perspectiva de la gestión, la información es un insumo cognitivo básico que contribuye a conocer, planificar, manejar y evaluar la función hospitalaria sin embargo cabe recordar que los hospitales también tienen características específicas en su organización, funciones, productos y modos de producción que los convierten en empresas originales. Tanto sus aspectos generales como sus particularidades son esenciales para diseñar sistemas y producir información al servicio de la gestión hospitalaria.

Desde la perspectiva planteada en estos textos. Se enfatiza que la gestión moderna de hospitales afronta el desafío de continuar introduciendo cambios institucionales que permiten modernizar y adaptar la organización, estructura y función de los hospitales para responder de forma efectiva a las diferentes demandas de atención de salud de la población, a las múltiples complejidades y restricciones del funcionamiento hospitalario y contribuir al efectivo cumplimiento de sus objetivos.

Sistemas de Información se consideran como instrumentos de apoyo a los diferentes procesos y como herramientas de quienes deben tomar decisiones relacionadas con la gestión y la función hospitalaria. A pesar de su potencial, los fallos de los sistemas de información pueden ser más frecuentes que los éxitos especialmente en el contexto de las burocracias gubernamentales en países en desarrollo. El análisis se llevará a cabo tanto de una perspectiva técnica como desde la estratégica que adopten los administradores y los que desarrollan políticas.

Aunque el tema de los sistemas de información y la gestión es bastante amplio y complejo se subrayan algunos aspectos de particularidad relevancia en la gestión del hospital del futuro: el valor

estratégico de la información, sus desafíos y requerimientos, los costos y beneficios; la información como instrumento de gestión hospitalaria; la información relevante para la gestión en el proceso de cambio; la obtención de distribución de información para tomar decisiones; el flujo de información; el diseño de los sistemas de información y la información matemática, y los métodos innovadores de información para la gestión y la función hospitalaria.

Los **Sistemas de Información Gerencial en salud**, han evolucionado según las demandas cambiantes de la atención de Salud y de la información para atención de Salud. Este progreso se ha visto favorecido, además, por la posibilidad de aplicar nuevos avances tecnológicos en las organizaciones de atención de salud. Buena parte de los temas abordados hasta el principio de los ochenta estuvieron relacionados con la manera de aportar información a las operaciones administrativas. El avance en administración e informática también ha favorecido dicha evolución. Los sistemas de información se han ido utilizando paulatinamente en aplicaciones cada vez más amplias en las áreas clínicas administrativas financieras y de interacción hospitalaria con las redes y el entorno social.

Por otra parte, los sistemas de información para la atención de Salud, corrieron paralelos a las tendencias evolutivas generales de todos los sistemas de información y recibieron la influencia del desarrollo tecnológico: estaciones con computadoras centrales extensas apariciones de microcomputadoras que permiten el reemplazo de terminales positivas, la conexión de estos componentes de una red y el desarrollo de multimedia y estaciones de trabajo<sup>37</sup>.

El reto de las organizaciones de las personas que las conforman, no están en adquirir la tecnología de los sistemas de información, sino en

---

<sup>37</sup> OPS, OMS, .La Transformación de la gestión de Hospitales en América Latina y el Caribe. Washington DC.2001, p.191-222.

desarrollar la capacidad necesaria para su administración y desarrollo productivo. Los sistemas de información pueden ser considerados como un medio no como un fin; en este sentido es prioritario enfocar la atención en los funcionarios para desarrollar en ellos, las aptitudes necesarias para mejorar la operación del sistema, en cuanto la operación de los procedimientos relacionados con la captura adecuada de los diferentes datos para su oportuno procesamiento y el análisis de los resultados obtenidos, esto con el fin de apoyar la gestión institucional, actividad esta que tiene que traducirse en el mejoramiento de la eficacia, la eficiencia y la competitividad.

El conocimiento, la operación y la utilización del sistema de información en todos sus aspectos, se debe convertirse en el objetivo de la organización: teniendo en cuenta que la información es un recurso básico para el desarrollo de todas las actividades que se realizan en el Hospital.

Los hospitales no pueden controlar muchas de sus actividades sin un sistema de información que les permite conocer el número y tipo, características y disponibilidad de los diferentes recursos.

Los procesos básicos para operar un sistema de información son:

- Recepción de datos.
- Procesamiento de datos.
- Salidas.
- Retroalimentación.

La definición del sistema de información, su operación y utilización facilita el aprovechamiento de dos recursos importantes de la organización: la información y el personal; la principal finalidad del sistema de información es apoyar la toma de decisiones en todos los niveles del hospital para alcanzar este fin, el sistema debe, entre otros cumplir con los siguientes objetivos:



- Identificar las causas de morbimortalidad, la población atendida, la demanda de servicios etc.
- Diagnosticar la situación de la salud de la comunidad, identificando y enfatizando los problemas principales.
- Desarrollar y evaluar las diferentes actividades que se realizan en los servicios que presta la institución a los usuarios.
  
- Identificar la capacidad de respuesta institucional a la demanda de servicios.
  
- Identificar y cuantificar el consumo de los diferentes recursos de la institución.

El sistema requiere de la definición de contenidos, usos y usuarios, los cuales son muy dinámicos y van cambiando en la medida que se presentan nuevas necesidades de información para la toma de decisiones. La conversión de la información en conocimientos, para la decisión y la acción, requieren de la instrucción directa de los usuarios.

Es importante resaltar que el usuario, para tomar decisiones, tiene que tener en cuenta varias funciones de información, unas provenientes de su medio interno y otras del externo, en ambos medios, la información es de tipo formal e informal.

El tipo, características y volumen de la información requerida están relacionados con la naturaleza de las decisiones (estratégicas, operativas). A nivel estratégico la información es más agregada, como más participación del ambiente externo y alto contenido del tipo informal. En cambio a nivel operativo se requiere información más detallada y perteneciente al ámbito interno; es especialmente de tipo formal<sup>38</sup>.

---

<sup>38</sup> Malagón, L. y otros.-Administración Hospitalaria. Editorial Interamericana. Primera edición. Impreso en Bogotá Colombia. 1996, p. 123-136.

Los **datos de información**, son los indicadores, que son variables que tienen como principal objetivo medir una situación determinada o sus cambios directa o indirectamente. Debe hacerse hincapié en que los indicadores han de orientarse en la medida de lo posible a la acción. Los indicadores útiles para la gestión de hospitales y servicios de salud pueden clasificarse según el área o la función en que se van a utilizar del siguiente modo.

Según áreas de la gestión: indicadores de planificación, programación, gestión administrativa, financiera, clínica, vigilancia y monitoreo, y evaluación.

Según áreas temáticas: indicadores de población y condicionamientos socio económico, de contextos de sistemas y servicios, de organización, indicador de recursos, de actividades, y de uso.

Según aspectos del proceso productivo: indicadores de estructura, incluyendo organización y tecnología, de procesos (intermedios de apoyo y finales), y de resultados, tanto aquellos inmediatos (output) como finales (outcome).

Según aspectos relacionados con el uso de servicios por parte de la población: indicadores de la salud, necesidad de atención en salud, demanda, acceso (efectivo) o uso de servicios, y distribución de recursos y uso (desigualdad).

Según aspectos relacionados con la calidad global de los servicios: indicadores de eficiencia, efectividad, equidad, humanidad y ética de la atención. En este apartado también es importante considerar la sostenibilidad.

Un mismo indicador puede servir para diferenciar áreas de gestión y usuarios, por lo cual, al seleccionarlos, es importante tener presente en que procesos de gestión se utilizarán y en quienes serán los que tomarán las decisiones. Además, es importante que los indicadores permitan ejercer la gestión con información similar y distintos niveles de agregación administrativa. Algunos autores recomiendan que en las actividades habituales de los hospitales se utilice un grupo equilibrado de individuos en cuanto a las áreas que cubran, el número de los que utilicen y su calidad. Esto es especialmente crítico cuando se selecciona un conjunto reducido de indicadores, como por ejemplo en tareas de monitorización<sup>39</sup>.

## **2.7 MARKETING**

Es el proceso que orienta la producción y sirve para asegurarse de que los bienes y servicios adecuados sean producidos y lleguen a los consumidores, es también el proceso social y administrativo mediante el cual grupos e individuos obtienen lo que necesitan y desean a través de la creación o intercambio de productos de valor con otros.

El Marketing persigue sobre todo entender las necesidades e intereses de las personas y proporcionarles productos y servicios capaces de satisfacerlas. Para Joseph Chias (1988), de las definiciones de marketing es posible extraer tres conclusiones para el hospital:

- El marketing es un proceso científico y sistematizado, que se basa en identificar las necesidades del consumidor, concebir y desarrollar los servicios que se prestarán en el futuro y ponerlos en marcha en la realidad.

---

<sup>39</sup> OPS, OMS, .La Transformación de la gestión de Hospitales en América Latina y el Caribe. Washington DC.2001, p.191-222.

- Un cambio de actitud. El paciente es y debe ser el centro de atención y actuación hospitalaria y satisfacer sus necesidades, el objetivo y fin de todo el hospital.
- Un enfoque de rentabilidad, entendido como optimización del valor por su coste que buscan todos los pacientes<sup>40</sup>.

La **mercadotecnia**, es la función de negocios que identifica las necesidades y deseos del cliente, determina actuales mercados meta, puede servir mejor la organización y diseña productos, servicios y programas apropiados para atender aquellos, sin embargo la mercadotecnia es mucho más que simplemente una función de negocios aislada, es una filosofía que guía a toda una organización. La meta de la mercadotecnia es crear la satisfacción del cliente en una forma lucrativa, desarrollando relaciones cargadas de valor con los clientes importantes.

La mercadotecnia está a nuestro alrededor y todos necesitamos saber algo acerca de ella, es una función utilizada no solo por las compañías de fabricación, los detallistas y mayoristas, sino por toda clase de individuos y organizaciones. Los abogados, los contadores y los médicos utilizan la mercadotecnia para administrar la demanda de sus servicios, también lo hacen los hospitales, museos y los grupos artísticos.

El mayor aporte que ha hecho la mercadotecnia a los servicios de salud posiblemente es la generación de una prestación de servicios más amable, más cercana al usuario. Hoy en día la venta de servicios de salud, como la venta de cualquier otro servicio, requiere un buen empaque y la principal característica de ese empaque está dada por el servicio que se presta.

---

<sup>40</sup> Chias, J. ¿Qué podemos aprender del marketing de servicios? San Sebastián: Asociación Española de administración Hospitalaria. Ponencia. 1988.

Los prestatarios de servicios de salud deben plantearse y responder preguntas que permitan determinar los momentos de verdad de su ciclo de servicio:

¿Cómo se informan los potenciales usuarios de nuestro servicio?

¿Cómo lo encuentran?

¿Es nuestro horario el más adecuado?

¿Es fácil para las personas encontrar nuestro sitio?

¿Si vienen en vehículo encuentran sitio de parqueo? ¿Es seguro?

¿Es el acceso a nuestras instalaciones fácil?

¿Existen servicios asesorados para el usuario: sillas, baños, agua, algún entretenimiento que haga más llevadera la espera?

¿El personal de recepción, porteros, ascensoristas, etc es amable, sabe dar indicaciones acerca de nosotros?

¿Nuestra asistente tiene vocación de servicio? ¿Es recatada?  
¿Guarda confidencialidad nuestra y de los pacientes?

Así podríamos generar muchas preguntas cuya respuesta nos permite acercar nuestro servicio al usuario, hacerle más agradable el “desagradable” hecho de sentirse enfermo.

Sólo la oferta de un servicio de salud completa en lo asistencial y en lo social podrá ser atractiva para el usuario.

Los temas de servicio al cliente en salud (servicio al paciente) sin lugar a dudas recogen en un concepto único los aspectos terapéuticos, técnicos, humanísticos, éticos y de calidad que deben rodear la relación médico-paciente. Hablamos de servicio al cliente cuando se ofrece un

servicio excelente en sus resultados físicos, psíquicos y sociales, es decir cuando se ofrece bienestar.

Cuando una persona requiere un servicio de salud su prioridad es sanar pero eso no significa que deba soportar maltratos o incomodidades. Por eso se considera que todas las personas de la institución prestadora deben participar en la “venta de ese servicio”.

Toda la organización debe operar como un gran departamento de servicio.

Los Hospitales son una empresa compleja, en la cual confluyen profesionales de diferentes áreas (Médicos, Ingenieros, Economistas, Abogados, Enfermeras, etc.) y empleados de múltiples niveles de preparación y capacitación, y cuya administración exitosa dependerá del tipo de hospital, del diagnóstico y análisis situacional del mismo, que permitirá tomar decisiones adecuadas, con el fin de brindar una atención de calidad.

## **CAPITULO 3**

### **DIAGNOSTICO DE SITUACION DEL HOSPITAL AMBATO**

#### **3.1 CONTEXTO NACIONAL**

El Ecuador es un estado unitario, democrático, pluricultural y multiétnico, con marcadas diferencias geográficas, sociales y económicas en sus cuatro regiones geográficas: la Costa, la Sierra, la Amazonía u Oriente y la insular de Galápagos. La Constitución establece que su gobierno, es republicano, presidencial, electivo, representativo, responsable, alternativo, participativo y de administración descentralizada.

De acuerdo a la división política-administrativa del Estado existen 22 provincias, 218 cantones y 1149 parroquias (361 urbanas y 788 rurales) 16y las circunscripciones territoriales indígenas y afroecuatorianas establecidas por ley. Dos ciudades, Quito, la capital, con 1.559.844hbs. y Guayaquil, el puerto principal, con 2.079.432 hbs, concentran el 47,9% de la población urbana. La mayoría de provincias tienen menos de 500.000hbs. y cuatro de ellas menos de 100.000hbs(3 Amazónicas y Galápagos).

La crisis que experimentan nuestros países en el campo de la salud, hace imprescindible el análisis y desarrollo de nuevos enfoques para enfrentar los desafíos presentes y futuros, en el marco de una perspectiva de la salud, (más allá de los tradicionales servicios de la atención médica), que considere los cambios en el rol del Estado, los procesos de

descentralización y la creciente participación ciudadana en busca de condiciones dignas de vida y salud para la población ecuatoriana.

La salud es actualmente concebida como un medio y fin del desarrollo, como un derecho y deber de las personas familias y comunidades, como una interacción entre el estado y la sociedad civil, como la conjunción de la promoción y prevención con la de la recuperación y rehabilitación; en definitiva la generación de condiciones de vida sana, como una responsabilidad social e intersectorial, que supere el reducido ámbito de los servicios médicos.

Aunque aún no existe una política nacional de salud de aplicación sectorial, formalmente han habido "políticas" y planes emanados del Ministerio de Salud Pública (MSP), como lineamientos que orientan la acción.

Durante el período 1992-96, el énfasis del gobierno se centró en la Atención Primaria de Salud (APS) mediante el modelo de atención familiar integral, para enfrentar la crisis de los servicios públicos de salud, el gobierno planteó medidas de modernización y financiamiento.

Entre 1992 y 1996, desde el Consejo Nacional de Modernización (CONAM) se formuló una propuesta de reforma a la seguridad social, incluyendo la de los servicios médicos. Las líneas fundamentales apuntaban a la organización de un Sistema Nacional de Salud basado en la división de funciones, donde el MSP tuviera el rol de conductor y regulador, así como al fortalecimiento de las acciones de salud pública y la atención médica a las personas.

En los últimos 30 años en el Ecuador, las tasas de mortalidad general e infantil han disminuido de manera sostenida entre 1960 – 1995. Otros indicadores, mantienen una tendencia deficitaria; la mortalidad materna registra cifras elevadas; 15 mujeres mueren por cada



1000 nacimientos, lo que significa que las mujeres ecuatorianas tienen doble probabilidad de morir por causas reproductivas que el resto de mujeres latinoamericanas.

La situación de la desnutrición, sobre todo infantil y materna, es también persistentemente desfavorable, una de cada dos niños son desnutridos (en la sierra rural el porcentaje se eleva hasta un 70%) y sufre anemia por déficit de hierro. Las mujeres embarazadas sufren anemia en elevado porcentaje que supera el 50%. Es preciso tomar en cuenta la existencia de grupos poblacionales de riesgo; las poblaciones con alta concentración indígena y grupos humanos empobrecidos en los cuales continúan siendo muy deficitaria.

La evolución de causas de muerte y enfermedad muestra una reducción de enfermedades transmisibles y un incremento de enfermedades crónico-degenerativas y de violencia social.

Entre los países de América Latina la situación de salud de la población ecuatoriana se encuentra en los niveles más bajos.

Así nuevos y antiguos problemas de salud presionan una respuesta de los servicios; patologías infecciosas no resueltas, ligadas a la pobreza (enfermedades respiratorias, diarreicas, paludismo, dengue y tuberculosas, entre otras).

Se combinan con problemas característicos de la modernización: accidentes de tránsito, violencia, tumores y enfermedades cardíacas, en claro ascenso.

Se suma a estos los problemas de salud como son:

**Ausencia de liderazgo:** la falta de poder política y la ausencia de un efectivo liderazgo sectorial ha impedido contar con políticas de Estado en salud.

El sector salud en estas condiciones ha desarrollado avances erráticos y discontinuos condicionados por un inadecuado modelo de atención, orientado más a curar que a prevenir; un escaso y mal distribuido presupuesto en salud, una severa debilidad de gestión y una perniciosa fragmentación institucional.

Mención particular merecen las deficiencias en la formación, distribución de los recursos humanos del sector y la persistencia de condiciones de trabajo que no favorecen su desarrollo, lo que incide en la baja calidad de la prestación de servicios de salud a la población.

**Desarticulación del sector de salud:** La fragmentación y la desarticulación del sector salud constituyen uno de los problemas estructurales que marcan su funcionamiento a partir de que se desprende una cadena de ineficiencia, duplicaciones y dispendio de recursos.

La multiplicidad de proveedores no constituiría un problema si entre ellos hubiese coordinación y formas de atención compartidas a otras, con el respectivo reconocimiento de costos por parte de una instancia de financiamiento.

Más de 3 millones no tienen acceso oportuno de salud y cerca de 8 millones no acceden a mecanismos de aseguramiento, frente a riesgos de enfermedad.

Queda claro que uno de los retos sociales de mayor urgencia en el Ecuador es construir un sistema nacional de salud que asegure una atención de calidad sostenible, al cual puedan acceder todos los

ecuatorianos y que prioricen en los más vulnerables. Por lo que se debe crear el Consejo Provincial de Salud para Tungurahua.

### **3.1.1 TENDENCIAS EN EL DESARROLLO DE POLÍTICAS.**

Aunque aún no existe una política nacional de salud de aplicación sectorial, formalmente han habido "políticas" y planes emanados del Ministerio de Salud Pública (MSP), como lineamientos que orientan la acción.

Durante el período 1992-96, el énfasis del gobierno se centró en la atención primaria de salud (APS) mediante el modelo de atención familiar integral. Para enfrentar la crisis de los servicios públicos de salud, el gobierno planteó medidas de modernización y financiamiento, abriéndose a la participación del sector privado en la gestión de los mismos, así como incentivando mecanismos de recuperación de costos por parte de los usuarios a través de Fundaciones ad-hoc en los hospitales y, en los servicios primarios. Este modelo fue rechazado por algunos sectores de usuarios y por los trabajadores y profesionales de salud, quedando insubsistente y sin fuerza política. También se impulsó la descentralización de servicios a través de la organización de "áreas de salud" donde se desarrollan los SILOS.

Entre 1992 y 1996, desde el Consejo Nacional de Modernización (CONAM) se formuló una propuesta de reforma a la seguridad social, incluyendo la de los servicios médicos. Las líneas fundamentales apuntaban a la organización de un Sistema Nacional de Salud basado en la división de funciones, donde el MSP tuviera el rol de conductor y regulador, así como al fortalecimiento de las acciones de salud pública y la atención médica a las personas, mediante un esquema de seguro nacional de salud descentralizado y solidario. Con el inicio del gobierno en agosto de 1996, el proceso de reforma estructural del sector salud se suspende y se da lugar a propuestas coyunturales.

### **3.1.2 TENDENCIAS EN EL DESARROLLO SOCIOECONOMICO**

#### **3.1.2.1 Tendencias económicas**

La economía del país ha sufrido fuertes bajas, debido a varios factores, como la inestabilidad política y económica que se viene acarreado desde hace dos décadas, para luego dar paso a la dolarización desde el año 2000, y adicionalmente la apertura de fronteras para enfrentar al ALCA, como lo demuestran los siguientes datos:

Entre 1992 y 2001, el PIB en millones de sucres disminuyó de 19, 413,602 a 449,561.

La evolución de los diferentes sectores de la producción siguió en líneas generales la tendencia general de la economía. El sector manufacturero fue uno de los más afectados por los recurrentes procesos de ajuste. El sector que agrupa a la agricultura, selvicultura, caza y pesca sufrió un deterioro considerable, sin embargo registró una importante recuperación en 1999, lo que le permitió alcanzar una tasa de crecimiento del 3.4% entre 1992 y 2001. Es importante destacar la expansión de la producción camaronera y de otros productos agrícolas no tradicionales como floricultura, espárragos y frutas.

La tasa de empleo que en el año 1990 se encontraba en 96,4%, disminuyó a 92,9% en 1995. El subempleo que en 1990 era de 8,7% pasó a 48,1% en 1993.

Para 1994, el porcentaje nacional de pobreza fue de 35% (25% urbano y 47% rural), y el porcentaje de extrema pobreza correspondió a 15% (10% urbano y 22% rural).

#### **3.1.2.2 Tendencias Demográficas**

El Ecuador situado al noroccidente de Sudamérica, tiene una superficie de 256.370 Km<sup>2</sup> y una población de 12.645.495 habitantes 14 para el 2001 (60.6 % es urbana y 39.4 % es rural), con una tasa de

crecimiento de 1.9 % (período 1995-2000) y una densidad de 49.3 hab./Km<sup>2</sup>; de estructura piramidal de base amplia que muestra el predominio de jóvenes menores de 25 años (33.8 %). Estimaciones registradas en el Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador, SIISE (1999) indican que 12.5 % de la población es indígena pertenecientes a 13 nacionalidades y un 2.8 % son negros. De acuerdo a la división política-administrativa del Estado existen 22 provincias, 218 cantones y 1149 parroquias (361 urbanas y 788 rurales) 16y las circunscripciones territoriales indígenas y afroecuatorianas establecidas por ley. Dos ciudades, Quito, la capital, con 1.559.844hbs. y Guayaquil, el puerto principal, con 2.079.432 habitantes, concentran el 47,9% de la población urbana. La mayoría de provincias (16) tienen menos de 500.000habitantes y cuatro de ellas menos de 100.000habitantes (3 Amazónicas y Galápagos).

El Ecuador enfrenta una crisis macroeconómica sin precedentes en cuanto a su complejidad y fuerza, cuyas causa inmediatas incluyen el desastre Natural del Niño de 1997-1998, las variaciones del precio del petróleo, el débil manejo fiscal, la dolarización y la crisis bancaria, que ha tenido un dramático impacto social. Esta crisis afecta a toda la población ecuatoriana pero tiene repercusiones en los sectores de escasos recursos económicos, por ejemplo la tasa de desempleo del quinto más pobre de los ecuatorianos es el doble que aquella de toda la población.

Pero además, la crisis a generado un grupo de nuevos pobres aquellos que ha perdido su empleo regular en el sector formal o que han sufrido una fuerte caída de sus ingresos reales. Durante el período 1999-2001, las restricciones fiscales han puesto en riesgo la operación de los servicios públicos afectando sobre todo a la población de escasos recursos que dependen mayoritariamente de ellos.

La situación descrita anteriormente exige respuestas urgentes, en el mediano y largo plazo, sobre todo porque Ecuador es un país vulnerable a

varios tipos de crisis. Esta vulnerabilidad se explica por factores económicos, geográficos e institucionales. Entre los factores económicos se encuentran: la estructura productiva del país dependiente de pocos productos de exportación y el ajuste estructural implementado; el segundo factor relacionado con el proceso de globalización; y el tercer factor económico la condición de subdesarrollo del país que determinan en buena parte una infraestructura inadecuada. De igual forma la adopción de una u otra política macroeconómica, como fue el cambio del esquema monetario y cambiario incremento su vulnerabilidad.

Entre los factores geográficos se encuentra la ubicación del país, que lo vuelve vulnerable a desastres naturales como el fenómeno del Niño de carácter cíclico y se asienta en el cordón volcánico de los Andes. Los factores institucionales con importante peso están relacionados con la frágil y débil institucionalidad democrática que tiene dificultades para procesar conflictos sociales, existe ausencia de cultura de prevención tanto en autoridades como la población; por otra parte, existe falta de capacidad y eficiencia en la ejecución y coordinación de las respuestas a las crisis, y falta de continuidad en las políticas sociales y sus arreglos institucionales.

### **3.1.2.3 Tendencias Sociales**

Los cambios políticos y sociales acontecidos en los últimos años en el país, han influenciado negativamente la situación de salud de la población. Estos cambios han estado relacionados fundamentalmente con la inestabilidad de las estructuras gubernamentales. Otro de los fenómenos ocurridos últimamente ha sido el proceso de incremento de resquebrajamiento y desconfianza en las estructuras de organización social, tales como uniones laborales, confederaciones indígenas, asociaciones de mujeres, etc.

### **3.1.3 SUMINISTRO DE ALIMENTOS Y ESTADO NUTRICIONAL**

En 1995 el porcentaje de niños menores de 5 años que tenían peso aceptable para la edad correspondía al 60% y talla para la edad al 50%. El porcentaje de recién nacidos con un peso al nacer de menos de 2.500 gr. era de 17% en 1995.

La presencia de anemia en mujeres embarazadas es de 59% y en los menores de 5 años de 40%, para 1996. En relación a carencia de Vitamina A, en población escolar se ha observado en el 16%.

El consumo de Sal Yodada por la población es superior al 97%.

Para mejorar la situación nutricional de la población se ha implementado el Programa de Complementación Alimentaria, dedicado a las embarazadas y niños menores de 5 años, de las áreas de pobreza crítica del país, un Programa Integrado de Micronutrientes y fortificación de harina de trigo con hierro, ácido fólico y vitaminas del complejo B.

La tasa de muerte por desnutrición y otras deficiencias nutricionales es de 10.5/10000 nacidos vivos.

### **3.1.4 ESTILOS DE VIDA**

La obesidad, las dislipidemias, la hipertensión arterial, la diabetes Mellitus no insulina dependiente, entre otras enfermedades asociadas a la dieta y a patrones de vida no adecuados, son problemas que están en ascenso en el país.

Los accidentes, sumados a las diferentes formas de violencia, constituyen claramente la segunda causa de muerte. La mayor cantidad de víctimas de accidentes de tránsito son los peatones y los usuarios de transporte colectivo. Se describe también el importante efecto de la negligencia y el abuso de alcohol como causas de estos accidentes. La violencia intrafamiliar y sexual afecta más a las mujeres.

Se estimaba que a comienzos de la década de 1990, la prevalencia de fumadores habituales entre los adultos era del 21,6% y la relación hombre/mujer en este grupo de 2,4 a 1, en tanto que la prevalencia de fumadores habituales entre adolescentes era del 14,9% sin diferencias significativas por sexo. La prevalencia de alcoholismo, es de 7,7% en la población mayor de 15 años. Una nueva encuesta en 1995 reveló que en la población de 12 a 49 años de edad la prevalencia para consumo de tabaco era de 51,6%, y de 76,4% para consumo de alcohol. El consumo de drogas ilícitas alcanzó una prevalencia de 3,2% en la población de 12 a 19 años, de 6,0% en la de 20 a 29 años, de 7,7% en la de 30 a 39 años y de 3,3 en la de 40 a 49 años. La diferencia por sexo en el consumo de estas drogas es notable: 10,3% en hombres y 0,9% en mujeres.

### **3.1.5 SALUD Y MEDIO AMBIENTE**

#### **3.1.5.1 Protección general del medio ambiente**

El Ecuador ha acogido todos los mandatos y acciones que establece la Agenda 21 y se han realizado todos los esfuerzos desde el estado, gobiernos locales (Municipios), Comisión Asesora Ambiental (actualmente Ministerio de Gobierno), en la expedición y promoción de la Política Ambiental, el Plan Ambiental Ecuatoriano, sus estrategias y programas globales y específicos que ya se están desarrollando.

Bajo la convocatoria de la Comisión Ambiental de la Presidencia de la República, se llevaron a cabo entre 1994 y 1995, talleres interinstitucionales sobre el tema. Esta Comisión, en 1993 había aprobado los Principios Básicos de la Gestión Ambiental y las Políticas Ambientales Básicas y el Plan Ambiental Ecuatoriano, que fueron promulgados en 1994.



Actualmente, se cuenta con un Proyecto de Ley de Medio Ambiente, que se encuentra en su primera discusión en el Congreso Nacional. Se expidieron dos políticas sectoriales: la de Agua Potable y Saneamiento Básico y la de Educación Ambiental para el Desarrollo Sostenible. Se dieron disposiciones para incrementar las exigencias ambientales en la explotación hidrocarburífera.

Como parte de la Gestión Ambiental en el país, se crearon unidades ambientales en varios ministerios y de entidades encargadas de la gestión ambiental.

En relación a vivienda se está desarrollando una propuesta de vivienda saludable que deberá aplicarse a nivel nacional e incorporarse al Programa Nacional de Vivienda, a través de reuniones del Ministerio Urbano y Vivienda con otros organismos que desarrollan proyectos en el tema.

En relación a lugares de trabajo en el Ecuador se viene aplicando la flexibilización de la mano de obra, que implica: libre contratación, reducción de las utilidades, eliminación de la contratación colectiva, rotación de los trabajadores, opción de trabajo complementario por horas, con el consiguiente impacto a la salud.

Solamente el 30% de la PEA, se encuentra protegida por el Seguro de Riesgos del Trabajo. No se conoce la magnitud de los problemas de morbilidad y mortalidad de este sector, debido al deficiente sistema de registro. La accidentabilidad en el trabajo es mayor en la población que no está afiliada. Las principales enfermedades relacionadas con el trabajo son: sordera profesional, intoxicaciones por plaguicidas y otras sustancias químicas, bronconeumopatías, dermatosis profesionales, Cáncer, afecciones del sistema locomotor, enfermedades infectocontagiosas y afecciones visuales.

En 1994 con la aprobación del Plan Nacional de Salud de los Trabajadores (PLANSAT), se ha venido trabajando en forma sostenida en

este campo, a través de Atención Primaria en Salud de los Trabajadores, el Programa de Atención al Sector de Trabajadores no cubiertos por la Seguridad Social, el Programa de Atención a Trabajadores de la Salud del MSP y Bioseguridad, el Programa de Salud Ocupacional del sector minero y la conformación de Comités de Higiene y Seguridad en los centros laborales.

### **3.1.5.2 Abastecimiento de agua y saneamiento**

La información disponible expresa el porcentaje de personas que residen en viviendas que se abastecen de agua de la red pública. Esto no implica aseveraciones sobre calidad, cantidad ni horario de abastecimiento. Es una aproximación de todas maneras útil. Se observa que siendo el valor país del 78%, existen provincias como Esmeraldas, Los Ríos y 3 de las provincias orientales (Pastaza, Sucumbíos y Orellana) que no sobre pasan el 64%. En Esmeraldas 4 de cada diez personas no dispone de servicio agua de red pública.

La provincia de Esmeraldas que tiene el 60 % de sus parroquias en el quintil de la peor disponibilidad del servicio de agua a través de red pública. Constan también como importantes en ese sentido las provincias orientales de Pastaza, Sucumbíos y Orellana que tienen sobre el 60% de sus parroquia en esa condición.

El Informe de desarrollo humano. Ecuador 2001, PNUD 2001, estima que para el año 2000 que abastecimiento adecuado de agua es de 56.97% para el área urbana, 9.66% para el área rural con un promedio nacional de 39.59%(Tabla № 3-2).

Está disponible un índice de saneamiento básico (insab) construido por el SIISE, que constituye una síntesis de la disponibilidad de agua entubada por red pública y la presencia de servicio de alcantarillado(Tabla

Nº 3-3). Sus valores van de 30 a 100, siendo 100 la mejor oferta de servicio.

El valor para el país es de 54 y la mitad de las provincias se encuentran bajo este valor promedio nacional. Los menores valores corresponden a las provincias de Galápagos (37), Los Ríos (47), Sucumbíos (47), Napo (48) y Esmeraldas. Pichincha e Imbabura son las que tienen los mejores valores (58 y 57) (Tabla Nº 3-4).

En el 2001 se tienen los siguientes indicadores sobre abastecimiento de agua y saneamiento en el país:

**TABLA Nº 3-1**

**ABASTECIMIENTO DE AGUA**

ACCESO AL AGUA	URBANA	RURAL
RECIBE AGUA POR TUBERÍA	87.7%	61.8%
NO RECIBE AGUA POR TUBERÍA	12.3%	38.2%

FUENTE: SUBIA, L. MARKOP- INEC-ENCUESTAS DE CONDICIONES DE VIDA 1995,1998, 1999

Elaborado: Opilio Córdova

**Tabla Nº 3-2**

**MEDIOS DE PROVISIÓN DE AGUA**

	RED PÚBLICA	POZ O	RÍO, ACEQUIA O CANAL	CARRO REPARTIDOR	OTRO MEDIO
TOTAL	67.5%	12.5 %	12.2%	6.0%	1.9%
URBANO	83.7%	6.0%	2.2%	7.1%	1.0%
RURAL	39.9%	23.5 %	29.1%	4.1%	3.4%

FUENTE: SUBIA, L. MARKOP- INEC- ENCUESTAS DE CONDICIONES DE VIDA 1995,1998, 1999

Elaborado: Opilio Córdova

**Tabla Nº 3-3**

**ELIMINACIÓN DE AGUAS SERVIDAS**

	RED PÚBLICA DE ALCANTARILLADO	POZO CIEGO	POZO SÉPTICO	OTRA FORMA
TOTAL	48.0%	15.6%	19.1%	17.3%
URBANO	66.6%	10.3%	18.4%	4.7%
RURAL	16.4%	24.5%	20.2%	38.9%

FUENTE: Datos definitivos INEC, VI CENSO DE POBLACIÓN NOVIEMBRE 2001

Elaborado: Opilio Córdova

### **3.1.6 RECURSOS PARA LA SALUD**

#### **3.1.6.1 Recursos humanos para la salud**

La tasa de médicos por 10.000 habitantes varía de 0.0 a 22.5 en los cantones del Ecuador. El cantón Cuenca es el que mayor oferta relativa ofrece. El 75% de los cantones tienen tasas de médicos x 10.000 hab inferiores a 6.6. El 90% de los cantones no llega al 10 x 10000 (o 1 x 1000) recomendado como estándar de la relación médicos/habitantes. El 68% de los cantones no llega a 5 médicos x 10.000. Esto que implica deficiencias de oferta de médicos en la mayoría de las regiones del país y por lo tanto es también una forma de excluir a la población de la posibilidad de ser atendida en su demanda, amerita una mejor asignación de recursos.

Solamente 6 provincias superan el promedio nacional de 9,3 médicos por 10.000 habitantes. Existen provincias de la amazonía que no llegan ni a 5 médicos por 10.000 (Orellana, Sucumbíos y Zamora). Las

únicas provincias que superan el promedio nacional son las de Guayas, Pastaza, Galápagos, Pichincha y Azuay. Recordemos que en Guayas, Pichincha y Azuay se encuentran las principales ciudades del país (Guayaquil, Quito y Cuenca, respectivamente).

Con relación a las enfermeras las tasas x 10.000 varían en los diferentes cantones entre 0 y 12.3 y el 80% de cantones tiene tasas de disponibilidad de este recurso humano inferiores a 3,1 x 10000.

Se identifican 13 provincias en las que el personal de servicios de salud no llega a 25 x 10.000 habitantes ( se incluye aquí todo el personal sin hacer discriminaciones de formación). Las con menor oferta en este sentido son las orientales (Orellana, Sucumbíos, Zamora), tres de la costa (Los Ríos, Manabí y Esmeraldas) y de la sierra Cotopaxi, Carchi, Bolívar, Chimborazo). Solamente 6 provincias superan el promedio nacional de 9,3 médicos por 10.000 habitantes. Existen provincias de la amazonía que no llegan ni a 5 médicos por 10.000 (Orellana, Sucumbíos y Zamora)(Tabla № 3-5). Las únicas provincias que superan el promedio nacional son las de Guayas, Pastaza, Galápagos, Pichincha y Azuay. Recordemos que en Guayas, Pichincha y Azuay se encuentran las principales ciudades del país (Guayaquil, Quito y Cuenca, respectivamente).

Se observa una tendencia reciente hacia la formación de profesionales con orientación a la Atención Primaria y la Medicina Familiar. Por otra parte, se ha incrementado la formación de profesionales a nivel de postgrado en las áreas de Salud Pública, Epidemiología y Gerencia en Salud.

Debido a la creación de una nueva facultad de medicina en la ciudad el número de profesionales se incrementará en los próximos 6 años.

TABLA Nº 3-4

		TOTAL PAIS	TUNGURAHUA
Personal que trabaja en establecimientos de salud, razón por 10000 habitantes	<b>Médicos</b>	16.4	21.0
	<b>Odontólogos</b>	1.7	1.9
	<b>Enfermeras</b>	5.3	4.8
	<b>Obstetricas</b>	0.9	0.9
	<b>Auxiliares de Enfermería</b>	10.7	9.5

2/ Incluye: Junta de Beneficencia de Guayaquil. Sociedad Protectora de la Infancia, Fisco-misionales, Mixtos, Misionales, Universidades, Politécnicas, INNFA

3/ Incluye: Ministerio de Educación y Obras Públicas

FUENTE: Subia, L. MARKOP-INEC, VI CENSO DE POBLACIÓN NOVIEMBRE 2001

Elaborado: Opilio Córdova

### 3.1.6.2 Recursos financieros para la salud

De la Proforma Presupuestaria de 1995, salud obtiene el 5,5%. Para el año 1996 el Sector Salud recibe el 2,8% por ciento del Presupuesto General del Estado de los cuales el 85% se ocupa en salarios.

Para 1996, se destinó el 0,8% del PNB a salud, el porcentaje del Gasto Sanitario Público como porcentaje del PNB fue de 25%, el Gasto Sanitario Público como porcentaje del Gasto Público total fue de 0,9%, el Gasto Sanitario Público per capita de 3,6%.

### 3.1.7 INFRAESTRUCTURA FISICA

No ha existido un desarrollo armónico entre la infraestructura hospitalaria y la de atención ambulatoria.

En la década de los 70, luego de la integración de las ex Juntas Nacional y Provinciales de Asistencia Social, se dio un énfasis a la construcción de nuevas unidades hospitalarias y a la remodelación y ampliación de las existentes, pero que lamentablemente por restricciones en el presupuesto no han podido ser atendidas debidamente, causando

una prolongación en el tiempo de ejecución, y ocasionando por la demora, el incremento de sus costos (Tabla № 3-6).

En el componente ambulatorio la infraestructura ha tenido un desarrollo relativamente lento, con un importante impulso en la década de los noventa.

### 3.1.8 MEDICAMENTOS ESENCIALES Y OTROS SUMINISTROS

En las Unidades Operativas como Centros Subcentros de Salud, se están utilizando medicamentos conforme a lo establecido en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos. En el Nivel I que es el Subcentro de Salud el porcentaje corresponde a 12%, que representa 36 medicamentos. En el Nivel II Centros de Salud el 63% y equivalentes a 185 medicamentos. En la práctica no se cumple esta disposición.

**TABLA № 3-5**

#### Unidades de Atención de Salud por Instituciones del Sector Salud, 1999

INSTITUCIÓN	No. de Unidades Ambulatoria	No. de Unidades de Internación	Total Unidades	Porcentaje
Ministerio de Salud Pública	1.561	121	1.682	47.8
Inst. Ecuatoriano de Seguridad Social	1.001	18	1.019	28.9
Seguro General	429	18	447	
Seguro Campesino	572	---	572	
Sanidad de FFAA Y Policía	96	20	116	3.2
Ministerio de Bienestar Social	26	---	26	
Otros Ministerios	101	---	101	
Junta de Beneficencia de Guayaquil	1	4	5	
Soc. Lucha contra el Cáncer (SOLCA)	1	5	6	
Municipios	12	3	15	
Otros Entidades (Fiscomisionales, INNFA)	28	5	33	
<b>SUBTOTAL PUBLICOS</b>	<b>2.827</b>	<b>176</b>	<b>3.003</b>	<b>85.4</b>
Privados con fines de lucro	1	351	352	
Privados sin fines de lucro *	147	16	163	
<b>SUBTOTAL PRIVADOS</b>	<b>148</b>	<b>367</b>	<b>515</b>	<b>14.6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>2.975</b>	<b>543</b>	<b>3.518</b>	<b>100.0</b>

Fuentes: INEC, Anuario de Recursos y Actividades de salud, 1999. \* Incluye a instituciones Religiosas, ONG's y otras particulares.

Elaborado: Opilio Córdova

### **3.1.9 COLABORACION INTERNACIONAL EN EL CAMPO DE SALUD**

A partir de 1994 se ha detectado un cambio en la orientación de las políticas de cooperación internacional en salud por parte de los donantes, al establecer la participación de numerosas organizaciones e instituciones en los proyectos.

El gasto total en salud en 1994 fue de \$893.347, del cual el 10,5% correspondió a Colaboración Internacional en Salud (CIS).

Desde 1996 el Ministerio de Salud con el apoyo de la OPS/OMS inició un proceso de fortalecimiento de la Dirección de Relaciones Internacionales y Cooperación Externa (DIRIN), a través del diseño e implementación del Sistema de Información como base principal del proceso.

### **3.1.10 DESARROLLO DEL SISTEMA DE SALUD**

#### **3.1.10.1 Políticas y estrategias de salud**

Las acciones desarrolladas para garantizar el acceso de la población a los servicios, se han visto obstaculizadas por múltiples factores, estructurales, sociales y económicos. Se han desarrollado esfuerzos por mejorar las condiciones de organización y gestión a nivel de los servicios, como la descentralización funcional, organización y desarrollo de las áreas de salud, en el MSP, así como la distribución de regiones administrativas en el IESS. El Consejo Nacional de Salud, ha convocado a todas las instituciones del sector para desarrollar una propuesta de reforma sectorial, basada en los principios de la equidad, solidaridad y excelencia.

Se han realizado esfuerzos por modernizar el marco legal de salud y está en proceso la actualización del código de la salud, que no ha sido



actualizado desde su promulgación en 1971. En las reformas constitucionales incorporadas en 1996 se hace constar a la salud como un derecho de los ciudadanos, cuya responsabilidad es del estado y de la sociedad civil y la necesidad de la organización y funcionamiento del sistema Nacional de Salud, con participación del Sector Público y Privado en base a los principios de equidad, universalidad, integralidad, eficiencia y solidaridad.

En relación a la distribución de los recursos para la Atención Primaria de Salud, y atención a los sectores subatendidos, ha sido importante el impulso desarrollado en el país para priorizar la atención a la población más pobre y que habita en sectores marginales, expuestos a mayores riesgos para su salud, en este sentido se puede señalar el impulso político dado entre 1988 y 1992 a la atención de Salud familiar y Comunitaria, que se derivó en la aplicación de un nuevo modelo de atención que impulsa el Proyecto de Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud en el Ecuador desde 1993 previsto hasta el año 2000.

La acciones de promoción de la salud, han sido enunciadas como elementos importantes, para ser desarrollados en coordinación intersectorial, con el objeto de promover el logro de espacios saludables, con la participación de otros actores, sociales, como ONG's y los municipios.

### **3.1.10.2 Cooperación Intersectorial**

El Consejo Nacional de Salud ha desarrollado esfuerzos por promover políticas y programas de ejecución sectorial, al respecto se puede destacar como elementos positivos: la convocatoria para la búsqueda de consensos para iniciar un proceso de Reforma en el Sector Salud, en donde han participado en diferentes foros, las instituciones del sector y algunas de fuera de él, tanto de servicios, gremios, universidad y algunas ONG's.

En el ámbito de la cooperación internacional, ha venido funcionando la Comisión Interagencial de Apoyo a la Reforma (CIAR), constituida por las agencias de cooperación en salud, otras agencias internacionales y algunas representaciones diplomáticas o de asistencia de los gobiernos.

Igualmente para el desarrollo de las propuesta de promoción de fronteras saludables se han adelantado las acciones, hasta lograr la consolidación de convenios bilaterales con los países fronterizos (Colombia, Perú), en los que han participado, los Ministerios de Salud y las Cancillerías de los países involucrados, además de otros actores como ONG's, que han aportado proyectos de ejecución en el ámbito de las regiones fronterizas.

### **3.1.10.3 Organización del sistema de Salud**

El sector salud ecuatoriano se caracteriza por su estructura atomizada y descoordinada, con una multiplicidad de instituciones que comprenden diferentes tipos: Las públicas cuya finalidad específica es la atención de salud; las que tienen un componente relacionado con la salud; las que apoyan las funciones de salud y las instituciones privadas con y sin finalidad lucrativa.

Al primer tipo corresponde el Ministerio de Salud Pública, organismo rector de las políticas de salud que ejecuta prestaciones integrales de salud; al segundo pertenecen el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), que en el área médica atiende la recuperación de salud de la población afiliada (trabajadores); el Seguro Social Campesino, con un espectro de atención algo más amplio que el del área médica del IESS, subsidiado en parte por ésta y por una asignación del estado, cubriendo a la población campesina que cotiza una fracción del salario mínimo vital para obtener cobertura familiar; las Fuerzas Armadas (FFAA) y la Policía con servicios ambulatorios y de hospitalización para atender a sus miembros y familiares, y la Cruz Roja que regula y atiende lo relacionado con los bancos de sangre; en el tercer grupo están la Subsecretaría de

Saneamiento Ambiental del Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda, y los Municipios, que regulan y ejecutan acciones sanitarias ambientales.

Entre las organizaciones privadas hay unas con finalidad eminentemente lucrativa y un sin número de establecimientos hospitalarios de diferente complejidad, así como consultorios de atención clínica y servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento; y otras sin fines de lucro. Además, un amplio sector de población, en particular rural, busca atención en la medicina tradicional.

Las instituciones del sector, por su atomización, denotan una persistente incoordinación, y en ellas se observa una tendencia centralizadora en sus funciones. Por otra parte, la atención a la población está marcada por profundas inequidades: sólo un 20% está cubierta por algún tipo de aseguramiento (público, por parte del IESS, o la población que puede pagar por los servicios, acude al sector privado).

El MSP atiende la demanda de las personas de escasos recursos; dado que un 60% de la población vive en condiciones de pobreza y que persisten las dificultades en el acceso a los servicios. Casi un 30% de la población no recibe ningún tipo de atención.

Las principales instituciones del sector, el MSP y el IESS, tienen diferentes modelos que apuntan a la descentralización. El del MSP se basa en la organización y desarrollo de áreas de salud, que ejecutan sus planes de intervención según su propia capacidad resolutoria, fundamentada en la atención primaria de salud, con un fuerte componente de participación comunitaria.

El IESS, por su parte, tiene un esquema de descentralización que corresponde principalmente a los aspectos administrativos.

El subsector privado mantiene una casi nula coordinación con el sector oficial, y se rige por regulaciones propias para cada institución, de acuerdo a fines y objetivos particulares.

Es importante la participación gremial, de profesionales y otros trabajadores de la salud en el seno del Consejo Nacional de Salud.

### **3.1.11 SISTEMA DE INFORMACION DE SALUD**

La información que se produce en los servicios de salud es parcial y no homogénea, se procesa solamente la información del componente hospitalario de la atención; están en revisión las normas de archivo clínico y estadística, así como el sistema de información de recursos y servicios del Ministerio. Se espera que esto, aunado a la capacitación de personal de las unidades de salud en estas áreas y en la CIE-10, permita mejorar el conocimiento de la situación general de salud.

En los últimos años se han realizado avances en el sistema de vigilancia y control epidemiológico, el mismo que ha propuesto integrar la red de información a nivel nacional mediante sistema computarizado. Se ha desarrollado un proyecto de evaluación del subsistema de vigilancia epidemiológica con participación de la Comunidad Europea (PROCED) y la OPS/OMS.

### **3.1.12 ACCION COMUNITARIA**

Desde el año de 1992, el Ministerio de Salud Pública inició un proceso por el cual se establece la comunicación en ambas direcciones entre los diferentes niveles de atención, entre las instituciones que brindan servicios en la región y la comunidad organizada.

La participación comunitaria se concreta en los Comités Locales de Salud, constituidos en una organización social, cuyo objetivo principal es lograr la participación comunitaria en la gestión conjunta de la unidad operativa y en la implementación de las unidades de salud.

### **3.1.13 PREPARATIVOS PARA SITUACIONES DE EMERGENCIA**

Debido al crecimiento poblacional, han surgido asentamientos poblacionales en zonas altamente vulnerables, lo que además ha causado erosión y eliminación de la cubierta vegetal en las cuencas hidrográficas. Por otro lado la insuficiencia y/o falta de mantenimiento de obras de infraestructura para mitigar los efectos de fenómenos naturales hacen que el proceso de rehabilitación en áreas de desastre sea lento.

Se han tomado medidas tales como: incorporar a los sistemas de planificación nacional, regional, y local, la variable riesgo como un concepto de desarrollo, en las etapas de preinversión y ejecución de proyectos; elaborar planes de rehabilitación y programar coherentemente las obras y actividades propuestas por las distintas entidades y actores sociales involucrados; el fortalecimiento técnico, logístico y administrativo del sistema de defensa civil, con énfasis hacia la prevención y mitigación de desastres; crear dentro de las Fuerzas Armadas una unidad especializada en actividades de preparación y atención de desastres en forma coherente con el sistema de defensa civil; establecer fuentes de financiamiento para la prevención y atención de desastres; desarrollar campañas masivas de información pública en materia de desastres; incluir en el pénsum de estudios en todos los niveles, la materia de prevención de desastres y la formación y capacitación de recursos humanos en prevención y atención de desastres.

### **3.1.14 INVESTIGACIONES Y TECNOLOGIA SANITARIAS.**

El Ministerio de Salud Pública a través del IIDES, realizó un diagnóstico de situación de las "Investigaciones y Tecnología Sanitaria", donde se concluye que en el país, las investigaciones sanitarias no forman parte del proceso de gestión para el desarrollo nacional. La falta

de recursos institucionales y humanos y la carencia de una adecuada planificación de las investigaciones sanitarias, ha determinado que en el país se de una escasa transferencia tecnológica. Las investigaciones realizadas generalmente se deben únicamente al esfuerzo de un reducido grupo de investigadores, lo que ha ocasionado una escasa tradición científica - investigativa en el país.

Las principales instituciones que realizan investigación en el país, generalmente son las Universidades a través de proyectos financiados por el CONESUP u organismos internacionales, y en menor escala las organizaciones no gubernamentales.

### **3.1.15 MANTENIMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO HOSPITALARIO**

Los hospitales utilizan bajos recursos para el correcto mantenimiento de sus instalaciones, maquinarias y equipos, debido al poco presupuesto que se le asigna al sector salud, lo que regularmente se hace es el mantenimiento correctivo, es decir, cuando ya ha ocurrido un daño.

En nuestro país según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) persisten problemas fundamentales en la organización, gestión y financiamiento del sector salud para garantizar un acceso equitativo a servicios de salud. Un 25-30% de la población ecuatoriana carece de acceso regular a servicios de salud; dos terceras partes no tiene un plan de aseguramiento, hay insuficiente presupuesto para las acciones de salud, subsiste la incoordinación de las instituciones y la centralización de las decisiones sobre asignación de recursos, desafíos que están siendo abordados desde una perspectiva sectorial. Cada institución del sector salud mantiene un esquema de organización, gestión y financiamiento

particular, sin que existan mecanismos de articulación y de coordinación interinstitucional.<sup>41</sup>

Hemos ingresado en una época en que satisfacer y complacer al cliente es absolutamente fundamental no solo para el éxito en los negocios sino también para la supervivencia comercial. Considerando que el 80 % de los clientes insatisfechos no solo no se queja sino que nunca vuelve a adquirir el servicio que lo desilusionó, con la consiguiente insatisfacción del cliente y disminución de las coberturas asociadas al incremento de mortalidad, lo cual no nos permitirá ser competitivos y llegar al nivel de excelencia.<sup>42</sup>

En el entorno sanitario, la correcta integración tanto del conocimiento como de la organización de la asistencia centrada en el paciente no siempre es una realidad. De hecho, es posible que ocurra lo contrario, ya que, en un contexto de este tipo (necesidades cambiantes, rápidos avances tecnológicos y constantes aportaciones a la base de conocimientos científicos), sin una gestión adecuada (planificación, organización, gestión, evaluación) de los diferentes elementos que lo conforman, la práctica clínica puede encontrar una variabilidad por encima de lo razonablemente esperable, puede alejarse con facilidad de los intereses de los pacientes, y puede olvidar también el papel de los profesionales en la gestión de los problemas de salud.<sup>43</sup>

Para ser competitivos, para poder subsistir, hay un solo camino que es el de adoptar procesos de normalización a fin de adquirir un compromiso de mejora continua, todo lo cual puede involucrarse dentro de la acreditación de la empresa. Si bien no se puede predecir el futuro, uno puede prepararse para afrontarlo.<sup>44</sup>

---

<sup>41</sup> Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Ecuador. Programas de organización y gestión de sistemas y servicios de Salud. OPS. 2da. Edición 8 de noviembre del 2001.

<sup>42</sup> Manual de Calidad. Fascículo 2 en :<http://www.cadime.com.ar/publicaciones/publicaciones.htm>

<sup>43</sup> Modelo de Calidad Total del Sistema Nacional de Salud de España. Madrid.2001.

<sup>44</sup> Di Preti, L. Miller, L. Rafeh, M. Hatzell, T. Garantía de calidad de la atención de Salud en los países en desarrollo. USAID. Bethesda, segunda edición, p. 1-40.

Las instituciones hospitalarias afrontan el desafío de adaptar su cultura institucional y sus modelos de organización y gestión para incorporar un enfoque de empresa social y adquirir una nueva capacidad gerencial. Se está intentando que los hospitales se adapten con éxito a las nuevas condiciones de legitimidad y competitividad sobre la base de la productividad (efectividad, calidad, eficiencia y satisfacción del usuario) y de la respuesta social que den a las demandas de la sociedad, los sistemas de salud y las reformas en marcha. Para ello se propone que la gerencia hospitalaria adopte un enfoque estratégico, que permita en base a la aplicación de técnicas de planificación y gestión estratégicas, con la aplicación de herramientas para mejorar la organización de los servicios, evitar la dilapidación de recursos y las actividades inútiles, racionalizar y articular las diferentes actividades clínicas, industriales, medico-técnicas, logísticas y administrativas con un objetivo único la salud del paciente.<sup>45</sup>

La gestión de la Calidad Total se sustenta en: la búsqueda de la satisfacción de los usuarios, la implicación activa de los profesionales, y las estrategias dirigidas a la mejora continua en las actividades que se realizan. En la anterior década, este abordaje comenzó a resultar insuficiente en una sociedad en continuo movimiento, donde las exigencias de los usuarios y sus necesidades están en permanente cambio. Así, estas líneas de acción necesitan complementarse con una visión ágil e innovadora que consiga la fidelización del cliente, pues éste no sólo espera calidad en los productos o servicios sino también que éstos se adapten permanentemente a sus necesidades.<sup>46</sup>

La calidad en salud es el elemento diferenciador que nos puede hacer competitivos y es un imperativo ético en salud. Muchas veces hacemos lo que tenemos que hacer pero mal hecho o hacemos lo que no tenemos que hacer bien hecho. La calidad es algo muy sencillo de

---

<sup>45</sup> Albuquerque, C., et al. La transformación de la Gestión de hospitales en América Latina y el Caribe. Washington, D.C. OPS – ACODESS - MINISTERE DE AFFAIRES ETRANGERES. 2001

<sup>46</sup> JUNTA DE ANDALUCIA. Gestión por Procesos en el Sistema Sanitario publico de Andalucía. Huerca-Overa .Febrero 2002.



desarrollar, no es necesario ser experto en gerencia ni en administración para aplicar esta norma; consiste en tener un equipo humano dispuesto a prestar un buen servicio, que no exponga al paciente a riesgos innecesarios, y sobre todo que tenga la oportunidad a costos racionales.

Se debe mirar, entonces, a la salud como una empresa que tiene la obligación de conocer el mercado de sus productos y servicios, racionalizar sus recursos, dejar una impronta de calidad en cada uno de los procesos que maneja, hacer planeación, optimizar los procesos, disminuir los costos y **tomar decisiones basadas en hechos y datos** y no en corazonadas del día a día.

Una manejo gerencial adecuada en base a una planificación y programación que nos permita cumplir metas y objetivos, que deben estar enmarcados en estándares de calidad hospitalarios, puede ser factible en base a una organización integral de los distintas áreas y servicios con sus respectivos planes estratégicos y operativos, con procesos de manejo que permita además una gestión dinámica y accionar en base a las competencias profesionales para que **“cada uno sepa lo que hay que hacer y hacerlo bien”**; el trabajar con metas y objetivos permitirá el influjo de información y la medición de estándares o indicadores que serán evaluados con el fin de que a nivel gerencial se pueda prevenir y tomar decisiones ante cualquier problema, con el fin de mantener un servicio de calidad con satisfacción del cliente interno y externo. Todas estas cosas se logran con el liderazgo, ejemplo de la doble visión entre lo administrativo y lo académico, entre lo gerencial y lo científico, entre la práctica de la medicina y el pensamiento organizado de la práctica de una **buena gestión**<sup>2-47</sup>.

---

<sup>2</sup> Albuquerque, C., et al. La transformación de la Gestión de hospitales en América Latina y el Caribe. Washington, D.C. OPS-ACODESS-MINISTERE DE AFFAIRES ETRANGERES. 2001.

<sup>47</sup> Manuales Operativos Paltex. Manual de Gerencia de la Calidad. OPS-OMS. Vol III

### **3.1.16 SERVICIOS DE SALUD**

#### **3.1.16.1 Educación sanitaria y promoción de la salud.**

El nivel central no ha asignado recursos económicos para la ejecución de los programas específicos de educación sanitaria.

El Ministerio de Salud Pública ha formado Educadores para la Salud, Licenciados en Ciencias de la Educación con 5 o 6 años de estudio universitario, quienes han recibido un curso de adiestramiento en servicio en materias de Salud Pública y metodologías de enseñanza-aprendizaje en educación para la salud. Hasta septiembre de 1993 eran 85, y se encuentran distribuidos alrededor del país

Se han utilizado los medios de comunicación social como la prensa, radio y canales de TV, en las grandes campañas masivas, con muy buenos resultados como en Inmunizaciones, uso de sales para rehidratación oral. En otros programas como control de Cólera, los resultados son temporales, momentáneos ya que la gente, luego de pasado el riesgo vuelve sus costumbres y hábitos anteriores. Los medios de comunicación social deben apoyar y robustecer un trabajo con líderes y organizaciones comunitarias.

#### **3.1.16.2 Salud Materno Infantil y Planificación familiar.**

En total en 2000 se registraron 232 defunciones debidas a Complicaciones del embarazo, parto y del puerperio (Tablas № 3-7 y 3-8). De éstas, la hipertensión tuvo una tasa de 19,8 por cien mil habitantes, seguida por las hemorragias pos parto con un 11,6 por cien mil habitantes.

El porcentaje de mujeres embarazadas atendidas por personal capacitado durante el embarazo es de 74.7%. El porcentaje de partos asistidos por personal capacitado a nivel urbano es de 81.6% y a nivel rural de 32%.

El 82,4% de los lactantes asisten a control de niño sano.

El porcentaje de mujeres en edad fértil que utilizan la planificación familiar es de 56.8%.

### **3.1.16.3 Inmunización**

En los últimos años se ha observado un incremento progresivo en los niveles de protección a la población infantil contra las enfermedades inmunoprevenibles, aunque sin lograr cifras epidemiológicamente útiles, como para interrumpir el proceso de transmisión. En 1996 según datos de la División Nacional de Estadística las coberturas de vacunación en el grupo de menores de un año fueron: para BCG: 100%, para DPT: 88%, para OPV: 89%, para la antisarampionosa: 79%.

En 1994 el Ministerio de Salud ejecutó una vacunación masiva a menores de 15 años con vacuna antisarampionosa, alcanzando una cobertura del 100%. Posteriormente se implantó el sistema de vigilancia de las enfermedades febriles eruptivas de la infancia (EFE), estableciéndose claramente la definición de un caso confirmado de Sarampión, con lo que se purificó el criterio diagnóstico.

TABLA Nº 3-6

**PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE INFANTIL**

CAUSA	NUMERO	TASA /1	%	% ACUMULADO
Neumonía	413	21.4	8.6	8.6
Trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal	412	21.4	8.6	17.2
Sepsis bacteriana del recién nacido	365	18.9	7.6	24.8
Otras afecciones respiratorias del recién nacido	342	17.7	7.1	31.9
Hipoxia intrauterina y asfixia del nacimiento	282	14.6	5.9	37.8
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	246	12.8	5.1	42.9
Dificultad respiratoria del recién nacido	226	11.7	4.7	47.6
Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	203	10.5	4.2	51.8
Malformaciones congénitas del corazón	172	8.9	3.6	55.4
Otras afecciones respiratorias agudas	135	7	2.8	58.2
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	647		13.5	71.7
Las demás causad de mortalidad	1357		28.3	100
<b>TOTAL DE DEFUNCIONES</b>	<b>4800</b>		<b>100</b>	
Total nacidos vivos	192786			

1/ Tasa por 10000 nacidos vivos

FUENTE: Subia, L. MARKOP- Estadísticas vitales INEC-MSP- 2000

Elaborado: Opilio Córdova

**TABLA Nº 3-7**

**PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE MATERNA**

**Embarazo, parto y puerperio**

CAUSA	NUMERO	TASA /1	%	% ACUMULADO
Edema proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio	75	38.9	40.1	40.1
Complicaciones del trabajo del parto, y del post-parto	35	18.2	18.7	58.8
Atención materna relacionado con el feto y la cavidad amniónica y con posibles problemas del parto	24	12.4	12.8	71.6
Embarazo terminado en aborto	11	5.7	5.9	77.5
Complicaciones principalmente relacionados con el puerperio	11	5.7	5.9	83.4
Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo	3	1.6	1.6	85
Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte	28	14.5	15.0	100
<b>TOTAL DE DEFUNCIONES MATERNA</b>	<b>187</b>	<b>97</b>	<b>100</b>	
Total de nacidos vivos	192786			

1/ Tasa por 10000 nacidos vivos

FUENTE: Indicadores Básicos en el Ecuador- INEC-MSP- 2003

Elaborado: Opilio Córdova.

El principal escollo para lograr mejores niveles de cobertura es el de no poder contar con un abastecimiento suficiente y oportuno de vacunas por problemas de presupuesto y demoras en los trámites administrativos para obtener permiso de importación.

**3.1.16.4 Prevención y control de las enfermedades y endemias.**

De 1992 a 1996 las enfermedades de mayor impacto transmitidas por vectores fueron Malaria, Dengue, Leishmaniasis, Enfermedad de Chagas y la Oncocercosis. Aunque se observan fluctuaciones en las tasas de incidencia reportadas, se aprecia que la Malaria mantuvo una tendencia decreciente.

Las provincias de la Costa también son las más afectadas por el Dengue; entre 1993 y 1996 las tasas de incidencia superaron a

10x100000 habitantes. Durante 1995 y 1996 no se reportaron casos de Dengue en Amazonia, que habían registrado pocos casos en 1992 y 1994.

Durante 1992-96 la Enfermedad de Chagas se diagnosticó en 12 provincias de la Sierra, Costa y Amazonía. Esta región es la más afectada y su tasa de incidencia aumentó de 0,2 a 3,6 x 100.000 habitantes entre 1992 y 1995. Se realiza tamizaje para detectar la enfermedad en un 95% de las donaciones en los bancos de sangre

Sobre Oncocercosis, 14 provincias reportaron casos entre 1992 y 1995, pero sólo cuatro lo hicieron ese último año.

Durante 1990 hubo casos de Fiebre Amarilla Selvática. En 1994 y 1995 no se reportó ningún caso en todo el país, pero en 1996 se dieron 8. En 1994 se realizaron 200.000 vacunaciones en las áreas endémicas y en 1996, 300.000 contra la Fiebre Amarilla.

La leishmaniasis cutánea es la forma clínica más prevalente y su tasa de incidencia no ha experimentado cambios significativos durante 1992-1996, con reporte de casos en 18 de las 21 provincias del país.

La primera información disponible sobre incidencia de Hepatitis B data de 1994, cuando se reportaron 443 casos, con una tasa de 3,95 x 100.000 habitantes, incrementándose a 4,92 en 1995 y 4,95 en 1996.

En relación al Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales, desde que en 1991 se detectó el primer caso de Cólera, la enfermedad se diseminó rápidamente en todas las provincias y afectó principalmente las zonas urbano-marginales de la Región de la Costa y la población rural dispersa de la Sierra, sobre todo la indígena. En ese año se notificaron 46.320 casos (441,07x100.000 habitantes); y en 1996, 12 provincias reportaron un total de 1059 casos, con una tasa nacional de 9,05x100.000 habitantes. La tasa de letalidad del Cólera estuvo debajo de 1% durante 1992-96.

La Salmonelosis presenta una tasa 93,8x 100.000 en 1992 y de 127,7 en 1996. Las Enfermedades Diarreicas son una de las causas de mayor morbilidad, con tasas que fluctuaron en el quinquenio 1992-96 entre 1407 y 1733 casos por 100.000 habitantes.

La incidencia de la Tuberculosis pulmonar tuvo una tendencia general creciente; aumentó de 46,05 x 100.000 habitantes en 1992 a 81,69 en 1994, y aunque disminuyó para 1996 a 67,85 este valor es mayor que el inicial.

La incidencia de Lepra se mantuvo relativamente estable en 1992-96, con un promedio quinquenal de 1,16 por 100.000 habitantes.

Durante el período 1992-96, la Rabia causó persistentemente casos humanos, con situaciones de mayor agravamiento durante los bienios 1992-93 y 1995-96. La menor tasa de incidencia, estimada en 0,1 x 100.000 habitantes, corresponde a 1994, mientras que en 1992 y 1996 se presentaron las más altas, 0,34 y 0,56, respectivamente. El perro es la principal fuente de infección de la Rabia en humanos y la presentación endémica se relaciona con las altas tasas de incidencia, que de 3,78x 100.000 canes registrada en 1992, se incrementó a 10 en 1996; esta tendencia comenzó a declinar rápidamente en este año, por el impacto de la estrategia de control emprendida por el Ministerio de Salud, en coordinación intersectorial e interinstitucional.

La Cisticercosis Humana, que registró una incidencia de 1,03 casos x 100.000 habitantes en 1992, se incrementó a 2,69 en 1995; en similar forma, la incidencia de Brucelosis pasó de 0,05 en 1992 a 0,13 casos por 100.000 habitantes en 1995.

De 1992 a 1996 se registró un promedio de 100 rebaños bovinos afectados de enfermedades vesiculares, clínicamente compatibles con Fiebre Aftosa. Para 1996 la tasa de rebaños afectados fue 0,39 x 1000, la de morbilidad 2,95 por 10.000, la de morbilidad interna 21,8 % y la de letalidad 5,3%.

Respecto al SIDA, entre 1984, cuando se registró el primer caso del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), y diciembre 1996, se notificaron 1.279 personas como infectadas por VIH en el país; 608 fueron clasificados como casos de SIDA, de los cuales 432 fallecieron. Durante el 1992-1996, la tasa de incidencia anual de casos de SIDA por millón de habitantes se ha mantenido relativamente estable con aumentos en los años 1993 y 1994. Durante 1996 se reportaron 21 personas infectadas accidentalmente por el VIH en una unidad de Diálisis de la ciudad de Guayaquil, en la región Costa del país.

Enfermedades de transmisión sexual: durante el período 1990 a 1996, la tasa de incidencia anual de gonorrea tuvo una tendencia ascendente, pasando de 50,59% a 5,6 por 100.000 habitantes. La tasa anual de sífilis congénita fue de 0,89 por 100.000 habitantes en 1995. En ese mismo año se reportó una tasa de incidencia de 45,65 por 100.000 para la Hepatitis vírica y una tasa anual de 0,49 por 100.000 habitantes para la Hepatitis B.

### **3.1.17 TENDENCIAS DE LA SITUACION DE SALUD**

#### **3.1.17.1 Esperanza de vida**

La Esperanza de vida al nacer en el período 1995-2000 se estima en 69,9 años total, en hombres de 67,3 años y de 72,5 años en mujeres.

#### **3.1.17.2 Mortalidad**

Durante los últimos años la mortalidad ha tenido un descenso significativo especialmente en aquellas causas prevenibles. Las principales medidas que se han tomado para prevenir las enfermedades de prioridad en el país son las campañas de vacunación, la atención domiciliaria, la promoción y educación para la salud.

La tasa de mortalidad infantil es de 44 por 1.000 n.v.; la tasa de mortalidad en menores de 5 años es de 6,8 por 10.000 niños menores de



5 años. Las tasas de mortalidad de menores de 5 años por IRA y EDA, son de 17,1 y 6,3 por 10.000 niños menores de 5 años respectivamente.

En 1994 y 1995 las IRA constituyeron el 37% de las causas de muerte en los niños de 1 semana a 11 meses de edad y el 32% entre los de 1 a 4 años

La mortalidad por Enfermedades Vasculares es de 80,8 por 100.000 habitantes y la mortalidad por accidentes de tránsito de 15,8 por 100.000 habitantes.

Entre las principales causas de mortalidad general, para el año de 1995 se encuentran: la Neumonía (27,2 por 100 mil habitantes, la Enfermedad Cerebro Vascular (23,1), accidentes de tráfico de vehículos a motor (19,4), diabetes mellitus (15,4).

### **3.1.17.3 Morbilidad**

En relación a las enfermedades inmunoprevenibles, desde 1990 no se reportaron casos de poliomielitis, se redujo el número de casos confirmados de Sarampión de 4356 en 1992 a 33 en 1996 y el de Tétanos Neonatal 71 en 1992 a 35 en 1996. Los logros se enmarcaron en los Programas de Erradicación/Eliminación de estas enfermedades y se atribuye al incremento progresivo, aunque lento, de las coberturas de vacunación en el grupo prioritario de menores de un año.

En 1996 fueron notificados y confirmados 32 casos de Sarampión y 34 casos de Tétanos Neonatal. Para otras patologías objeto del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) susceptibles de ser controladas, como la Difteria y la Tos Ferina, el país no cuenta con estrategias adecuadas de control, lo que ha ocasionado la aparición periódica de brotes epidémicos (Tabla Nº 3-9).

El reporte de casos de Rubéola se incrementó considerablemente a partir del año 1994, cuando se implementó a nivel nacional el Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Febriles Eruptivas.

En relación a la morbilidad por IRA 1994 se encontró una prevalencia de 59,4%. El número de consultas de IRA por tipo conjuntamente con las Enfermedades Diarreicas (EDA), alcanza del 60 al 70% de todos los motivos de consulta en menores de 5 años y a más del 80% como motivo de consulta de morbilidad.

#### **3.1.17.4 Discapacidad.**

En el año de 1993 se creó el Consejo Nacional de Discapacidades, una secretaría técnica dependiente de la Presidencia de la República que regula y coordina integralmente las actividades relacionadas con las discapacidades.

En el MSP, se han emprendido acciones relacionadas con estos aspectos, donde las principales medidas tomadas para ayudar a reducir las causas y los efectos de la discapacidad se sitúan en tres líneas programáticas: Programa de Deficiencias Sensoriales, Programa de Salud Mental y Programa de Discapacidades Locomotoras<sup>48-49-50</sup>.

---

<sup>48</sup> MARKOP. Datos estadísticos, Edición 2001.

<sup>49</sup> INDICADORES BASICOS EN EL ECUADOR, EDICIÓN 2003. INEC. OPS. MSP.

<sup>50</sup> Revista GESTION, Mayo del 2002, Número 95.

**TABLA Nº 3-8**

**PRINCIPALES ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA, NUMERO DE CASOS REPORTADOS**

GRUPO DE ENFERMEDADES	ENFERMEDADES	TOTAL PAIS	TUNGURAHUA
IRA	Infecciones respiratorias agudas	874176	33424
Transmitidas por alimentos/agua	Enfermedades diarreicas	276844	8945
	Salmonellosis	14571	233
	Fiebre tifoidea	9861	71
	Intoxicación alimentaria	7645	708
	Cólera	3	
Transmitidas por vectores	Malaria	87549	
	Dengue clásico	7306	
	Leishmaniasis	1253	
	Fiebre amarilla	0	
Crónicas transmisibles	Tuberculosis pulmonar	6642	130
	Otras formas de tuberculosis	305	
	SIDA	764	2
	Lepra	131	
Prevenibles por vacunación	Rubéola	462	26
	Hepatitis b	436	2
	Tos ferina	335	2
	Tétanos	22	1
	Tétanos neonatal	5	1
	Difteria	5	
Zoonosis	Teniasis	94	
	Cisticercosis	281	2
	Rabia canina	26	2
	Rabia humana	0	
Crónicas no transmisibles	Hipertensión arterial	35681	623
	Diabetes	12954	693
Debidos a causas externas	Accidentes domésticos	18344	436
	Accidentes terrestres	11653	344
	Accidentes laborales	5274	75
	Violencia y maltrato	5781	52
	Mordedura de serpientes	1405	
	Intoxicación por plaguicidas	2163	327
Salud mental	Intento de suicidio	1595	65
	Depresión	6750	427
	Alcoholismo	3030	121

FUENTE: EPI-1, EPI-2 / Año 2002

Elaborado: Opilio Córdova

### **3.2 DIAGNOSTICO SITUACIONAL PROVINCIAL**

La provincia de Tungurahua se encuentra en la zona central del callejón interandino entre las coordenadas 0' 57 "y 1 ' 34 "(9894862.78, 9826716.84) de Latitud Sur, y entre los 78 '08 " y 78 ' 54 " (819091.21,733652.45) de Longitud Occidental de Greenwich.

Limitada al norte con la provincia de Cotopaxi; al sur, con la provincia de Chimborazo; al este, con las provincias de Pastaza y Napo; al sureste con Morona –Santiago, y al oeste con las provincias de Cotopaxi y Bolívar.

La provincia de Tungurahua tiene una extensión territorial de 3334.80 km<sup>2</sup>.

#### **3.2.1 TENDENCIAS DEMOGRÁFICAS.**

La población de la provincia según el Censo de 1982, fué de 328.070 habitantes, con una densidad de 99 por Km<sup>2</sup>. Actualmente, la población es de 447.017 de acuerdo a los datos preliminares del último censo 2001 con una densidad de 134 habitantes por Km<sup>2</sup>; se determina que la población mayor es la rural, con predominio del sexo femenino, posiblemente debido al fenómeno de emigración hacia otras ciudades y países(Tablas № 3-10:11:12:13).

**TABLA Nº 3-9**

**Población de la Provincia de Tungurahua – Censo Nacional 2001**

ZONA URBANA			ZONA RURAL			TOTAL		
HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
90409	97918	188327	123104	129603	252707	213513	227521	441034

Fuente: Datos del INEC- Censo poblacional 2001

Elaborado: Opilio Córdova

**TABLA Nº 3-10**

**Datos demográficos**

CONCEPTO	INDICADORES
Nacimientos registrados 2001	10401
Tasa bruta de natalidad / 1000 hbtes	17.9
Total global de fecundidad /1000 mujeres	2.92
Tasa de mortalidad general /1000 hbtes	5.8
Tasa de mortalidad infantil registrada / 1000 nacidos vivos	23.9
Tasa de mortalidad infantil estimada/1000 nacidos vivos	36.8
Defunciones maternas registradas	4
Tasa de mortalidad materna registrada /100000 nacidos vivos	50.6

FUENTE: INEC, VI CENSO DE POBLACIÓN NOVIEMBRE 2001

Elaborado: Opilio Córdova

**TABLA Nº 3-11**

**Para el cantón Ambato**

	CENSO 2001			PROYECCIONES		
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	2002	2003	2004
URBANO	73918	80177	154095	155687	157296	158922
RURAL	64825	68362	133187	134523	135875	137238
TOTAL	138743	148539	287282	290210	293171	296160

FUENTE: INEC, VI CENSO DE POBLACIÓN NOVIEMBRE 2001

Elaborado: Opilio Córdova.

En la provincia se dispone de 25 centros para hospitalización, con 755 camas; de los cuales 3 son hospitales generales, 3 cantonales y 19 Clínicas particulares; de las últimas son aproximadamente el 30% de las camas hospitalarias (Tabla Nº 3-12).

**TABLA Nº3-12**

**NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS Y NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DE LA PROVINCIA DEL TUNGURAHUA**

HOSPITALES GENERALES		Número de establecimientos	3
		Número de camas disponibles	423
HOSPITALES CANTONALES		Número de establecimientos	3
		Número de camas disponibles	54
HOSPITALES ESPECIALIZADOS	AGUDOS	Número de establecimientos	--
		Número de camas disponibles	--
ESPECIALIZADOS	CRÓNICOS	Número de establecimientos	--
		Número de camas disponibles	--
CLÍNICAS PARTICULARES		Número de establecimientos	19
		Número de camas disponibles	278
TOTAL		Número de establecimientos	25
		Número de camas disponibles	755

FUENTE: INEC Anuario 2000

Elaborado: Opilio Córdova

### 3.2.2 TENDENCIAS SOCIALES

Los cambios políticos y sociales acontecidos en los últimos años en el país, han influenciado negativamente la situación de salud de la población. Estos cambios han estado relacionados fundamentalmente con la inestabilidad de las estructuras gubernamentales. Otro de los fenómenos ocurridos últimamente ha sido el proceso de incremento de resquebrajamiento y desconfianza en las estructuras de organización

social, tales como uniones laborales, confederaciones indígenas, asociaciones de mujeres, etc.

### 3.2.3 RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD

Se observa una tendencia reciente hacia la formación de profesionales con orientación a la Atención Primaria y la Medicina Familiar. Por otra parte, se ha incrementado la formación de profesionales a nivel de postgrado en las áreas de Salud Pública, Epidemiología y Gerencia en Salud (Tablas № 3-13, 3-14, 3-15).

**TABLA №3-13**

**PERSONAL QUE TRABAJA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN LA PROVINCIA DEL TUNGURAHUA**

PERSONAL	PROVINCIA	T. NACIONAL
Médicos	787	18335
Odontólogos	87	2062
Obstetricas	40	1037
Enfermeras	201	6320
Trabajador Social	1	333
Otros profesionales	32	1196
Tecnólogos	110	2936
Estudiantes internos	46	1576
Auxiliares de enfermería	385	13221
Auxiliares de servicios técnicos	--	3847
Administradores estadísticos	231	5855
De servicio y otros	313	10071

Fuente: Subia. L. MARKOP- INEC- Anuario 2000

Elaborado: Opilio Córdova

**Tabla No 3-14**

**PERSONAL QUE TRABAJA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN LA PROVINCIA DEL  
 TUNGURAHUA**

PERSONAL	PROVINCIA	TOTAL NACIONAL
Médicos	787	18335
Odontólogos	87	2062
Obstetricas	40	1037
Enfermeras	201	6320
Trabajador Social	1	333
Otros profesionales	32	1196
Tecnólogos	110	2936
Estudiantes internos	46	1576
Auxiliares de enfermería	385	13221
Auxiliares de servicios técnicos	--	3847
Administradores estadísticos	231	5855
De servicio y otros	313	10071

FUENTE: Subia,L. MARKOP-INEC Anuario 2000

Elaborado: Opilio Córdova

Debido a la creación de una nueva facultad de medicina en la ciudad el número de profesionales se incrementará en los próximos 6 años (Tabla No 3-17).



**Tabla № 3-15**

**PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

		TOTAL PAIS	TUNGURAHUA
Personal que trabaja en establecimientos de salud, razón por 10000 habitantes	Médicos	16.4	21.0
	Odontólogos	1.7	1.9
	Enfermeras	5.3	4.8
	Obstétricas	0.9	0.9
	Auxiliares de Enfermería	10.7	9.5

2/ Incluye: Junta de Beneficencia de Guayaquil. Sociedad Protectora de la Infancia, Fisco-misionales, Mixtos, Misionales, Universidades, Politécnicas, INNFA.

3/ Incluye: Ministerio de Educación y Obras Públicas

Fuente: Subia, L. MARKOP-INEC-Anuario 2000  
 Elaborado: Opilio Códova.

### **3.3 DIAGNOSTICO SITUACIONAL DEL HOSPITAL**

El Hospital de Ambato, fue creado gracias a la ayuda técnica y de organización del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública y por otra parte a una subvención especial creada por el Estado, mediante la cual se cobrará cincuenta centavos por quintal de la carga que entre o salga de la provincia y gracias al empeño y entusiasmo de los miembros de la Honorable Junta de Asistencia Social de Tungurahua formada por los doctores Carlos Miño, Humberto Carrillo, Bolívar Naranjo y José Martínez Pico y del señor Subdirector de ese entonces Señor Doctor Julio Castillo, hacen realidad su sueño de construir en Ambato, un Hospital moderno que esté a la altura de los mejores del país. Su buen amigo el Dr. José María Velasco Ibarra, le ayudaría en su empresa. Terminado el edificio, muchas veces postergó su inauguración con el propósito de dotarlo de equipo y mobiliario moderno.

En 1950 se norma la marcha de los Hospitales a nivel nacional, siendo la Junta Central de Asistencia Pública, la que rija administrativamente los hospitales, en base a la ley de asistencia pública y su reglamento, a través de las juntas provinciales.

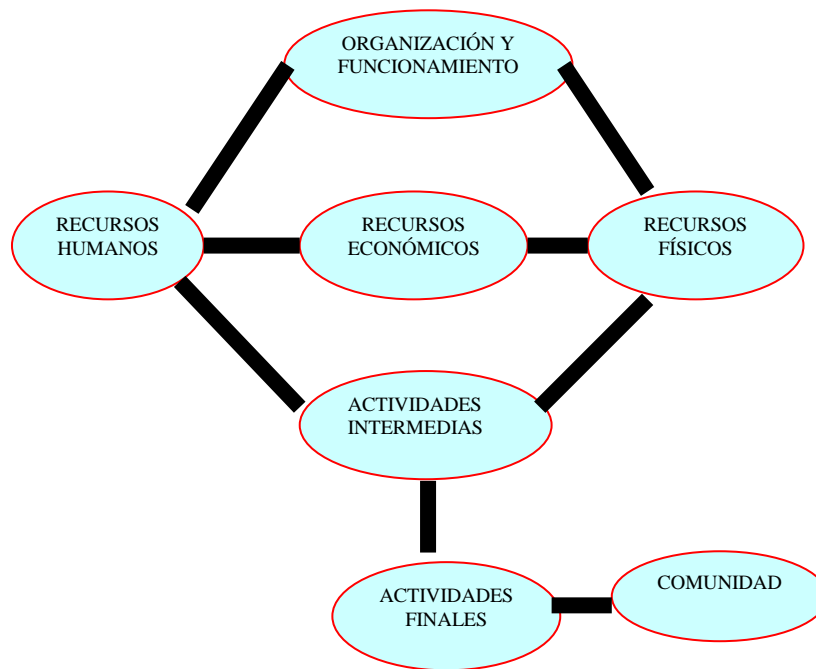
El sistema regionalizado de Asistencia Social de Tungurahua, se inicio en forma definitiva desde el 14 de Marzo de 1965, comprendiendo el Hospital de Ambato, los hospitales de emergencia de Píllaro, Pelileo y Baños, el Hospital de Aislamiento y el Asilo de ancianos, en un plan de integración de los servicios de salud para la atención urbana y rural de toda la Provincia.

El jueves 11 de marzo de 1965 se inaugura el Hospital Regional Ambato, en el acto intervinieron el Mons. Bernardino Echeverría, en la bendición, el Dr. Julio Jaramillo Pérez Ministro de Previsión y Salud Pública, en la Junta Militar de Gobierno presidida por el Contralmirante Ramón Castro Jijón.

Mediante decreto supremo No. 232 del 14 de Abril de 1972, publicado en el Registro Oficial No.48 del mismo mes y año, se crea la Dirección General de Salud y se suprime las Juntas de Asistencia Social del País, y son asumidos por el Ministerio de Salud Pública, todas las Unidades de Operativas de Salud con sus respectivos patrimonios, derechos y obligaciones que pertenecían a las Juntas de Asistencia Social del país y se establecen las regiones de Salud y que posteriormente fueron suprimidas, quedando conformadas con las Jefaturas Provinciales de Salud ( hoy Dirección Provincial de Salud) de quienes pasan a depender jerárquicamente los Hospitales, en sus respectivas provincias y en el caso del Hospital de Ambato pasa a depender de la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua.

El diagnostico hospitalaria se hará en base al siguiente esquema:

**Grafico Nº 4**  
**Áreas de Evaluación**



Fuente: Administración Hospitalaria de Ricardo Galán  
Elaborado: Opilio Córdova.

### **3.3.1 ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL AMBATO**

El Hospital según el artículo 5 del Manual Orgánico Funcional y presupuestos anuales tiene la siguiente estructura orgánica:

**Nivel Directivo:** Dirección  
Subdirección Médica

**Nivel Asesor:** Consejo Técnico  
**Comités:** Adquisiciones, Farmacología, Historia  
Clínica.

**Nivel Operativo: Servicios Médicos:** Medicina Interna, Cirugía, Gineco/ Obstetricia, Pediatría, Odontología y Geriatría.

**Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento:** Laboratorio Clínico, Laboratorio de Anatomía Patológica, Radiodiagnóstico, Anestesiología, Medicina Física y Rehabilitación, Gabinete de Diagnóstico.

**Servicios Técnicos de Colaboración Médica:**

Enfermería, Trabajo Social, Alimentación y Dietética, Estadística y Registros Médicos, Farmacia.

**Administración Hospitalaria**

*Recursos humanos*

*Area Financiera:* Contabilidad, Pagaduría, Inventarios, Proveduría, Suministros, Departamento de Mantenimiento.

*Servicios Generales:* lavandería, Ropería y Costura, Transporte y Movilización; Central Telefónica e Intercomunicación; Servicios Varios.

**Nivel de Apoyo: Unidad de Docencia e Investigación**

Biblioteca

Secretaría

Al momento la estructura organizativa esta en una fase de transición de una organización vertical jerárquicamente a una estructura horizontal según procesos y con cambio de denominaciones de los directivos (Grafico № 5).

Actualmente es catalogado como un hospital general y es una Unidad Operativa que provee atención de Salud ambulatoria y de hospitalización en las cuatro especialidades básicas de la medicina y algunas otras especialidades de acuerdo al perfil epidemiológico de su área de influencia; dispone de servicios auxiliares de diagnóstico y

tratamiento, odontología, medicina física y de rehabilitación; forma parte del sistema de referencia y contrarreferencia.

Corresponde al segundo nivel de prestación de servicios, atiende las 24 horas del día. Realiza actividades de docencia e investigación.

Constituye también un centro de formación de Recursos Humanos en Salud, de capacitación permanente del personal y de investigación.

Mantiene su calidad de Hospital Docente, condición por la cual se dispone de manera permanente de 85 estudiantes de medicina, obstetricia, enfermería y tecnólogos médicos que realizan el internado rotativo y prácticas en los diferentes servicios, esta situación constituye un verdadero aporte a la atención de pacientes pues es un incremento de personal que no se especifica en la estadística pero que influye en la actividad diaria de cada servicio.

### **3.3.2 RECURSOS HUMANOS**

La Institución, cuenta con 513 empleados, el 15,4% son médicos es decir 1 médico para 1806 pacientes que cubre el Ministerio de Salud Publica; el 23,6% son enfermeras de distinta categoría, es decir 1 Enfermera para 1180 pacientes de influencia para el MSP; el 48,3 % son auxiliares de enfermería, el resto se distribuye en tecnólogos, administrativos, obstetricas y odontólogos; el porcentaje más representativo del capital humano, corresponde al grupo de las enfermeras y auxiliares de enfermería, seguido por el personal de servicio con un 17 % y el personal médico; es importante anotar que el grupo de estudiantes de Medicina, representan el 7,6 % del personal existente, mientras que el personal administrativo representa en 5,6 %. Además cuenta con personal que realiza el año de Internado Rotativo en Medicina, Enfermería, Obstetricia y devengantes de beca, en un número aproximado de 60 personas (La plantilla de personal actual se describe en la tabla № 3-16, Tabla № 3-17 y Tabla № 3-18).

Grafico Nº 5

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL POR PROCESOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO



Fuente: Estructura organizacional por procesos del MSP

Elaborado: Opilio Córdova

**Tabla No 3-16**  
**Resumen de RRHH por régimen del HPDA - Año 2003**

<b>MINISTERIO DE SALUD PUBLICA</b>		
PROVINCIA:	19	
NOMBRE DE LA PROVINCIA:	TUNGURAHUA	
CODIGO CANTON:	01	
UNIDAD EJECUTORA:	HOSPITAL PROVINCIAL AMBATO	
CODIGO:	1460	
CONSOLIDACION DE RRHH POR CLASE		
<b>RESUMEN DE RECURSOS HUMANOS POR REGIMEN</b>		
<b>CODIGO</b>	<b>1.- LEY ORGANICA DE SERVICIO CIVIL Y CARRERA ADMINISTRATIVA</b>	<b>NUMERO DE SERVIDORES</b>
1.1	SISTEMA DE GESTION DE RECURSOS HUMANOS (14 GRADOS)	180
1.2	OTROS (INSTITUCIONES CON ESCALAS PROPIAS)	0
1.3	CONTRATOS DE SERVICIOS OCASIONALES	3
1.4	PROFESIONALES MEDICOS	73
<b>SUBTOTAL</b>		<b>256</b>
	<b>2.- CODIGO DE TRABAJO</b>	
2.1.1	TRABAJADORES SUJETOS AL CODIGO DEL TRABAJO AMPARADOS POR CONTRATACION COLECTIVA	257
2.1.2	TRABAJADORES SUJETOS AL CODIGO DEL TRABAJO NO AMPARADOS POR CONTRATACION COLECTIVA	
<b>SUBTOTAL</b>		<b>257</b>
	<b>3.- OTROS REGIMENES</b>	
3.1	LEY DE CARRERA DOCENTE Y ESCALAFON DEL MAGISTERIO NACIONAL	0
3.2	LEY DE EDUCACION SUPERIOR	
3.3	LEY ORGANICA DE SERVICIO EXTERIOR	
3.4	LEY ORGANICA DE LA FUNCION JUDICIAL	
3.5	LEY DE CARRERA ADMINISTRATIVA DE LA FUNCION LEGISLATIVA	
3.6	MINISTERIO PUBLICO	
3.7	TRIBUNAL CONSTITUCIONAL	
3.8	CUERPO DE VIGILANCIA DE LA COMISION DE TRANSITO DE LA PROVINCIA DEL GUAYAS	
3.9	LEY DE PERSONAL DE LAS FUERZAS ARMADAS	
3.10	LEY DE PERSONAL DE LA POLICIA NACIONAL	
3.11	CONTRATOS OCASIONALES	
<b>SUBTOTAL</b>		<b>0</b>
<b>T O T A L</b>		<b>513</b>

Fuente: Departamento de RRHH del HPDA.

Elaborado: Opilio Córdova

**Tabla № 3-17**  
**Distribución de RRHH en principales servicios del HPDA**  
**Año 2004**

SERVICIOS	Médicos	Enfermeras	Profesionales	Tecnólogos	Auxiliares	TOTAL
MEDICINA INTERNA	13	7			16	36
EMERGENCIA	6	10			10	26
CIRUGIA	13	19			31	63
MEDICINA CRITICA	5	12			12	29
PEDIATRIA	9	7			11	27
ESTOMATOLOGIA	0	0			1	1
GINECO-OBSTETRICIA	7	15			20	42
ANATOMIA PATOL.	1	0		3	1	5
PATOLOGIA CLINICA	2	0		12	6	20
RADIO DIAGNOSTICO	3	0		13	5	21
ANESTESIOLOGIA	8	0		0	0	8
TRAUMATOLOGIA	3	3		0	6	12
REHABILITACION	1			4	0	5
NEONATOLOGIA	6	15			3	24
DIETETICO			1	1	36	38
MANTENIMIENTO			1		15	16
LIMPIEZA					23	23
OTROS						117
<b>TOTAL</b>						<b>513</b>

Fuente: RRHH del HPDA

Elaborado: Opilio Córdova-Yolanda López



**TABLA Nº 3-18**  
**PLANTILLA DE PERSONAL DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO**

DENOMINACION	CARGA HORARI A 8-H-D	CARGA HORARIA 6-H-D	CARGA HORARIA 4-H-D	TOTAL No DE FUNC
LEY DE SERVICIO CIVIL Y CARR.ADM.	25			25
ENFERMERAS	1	106		107
OBSTETRICES			3	3
TECNOLOGOS MEDICOS		30		30
TRABAJADORAS SOCIALES	3			3
NUTRICIONISTAS	1			1
QUIMICOS FARMACEUTICOS	1			1
ESTADISTICOS COLEGIADOS EN SALUD	9			9
ODONTOLOGOS	1			1
MEDICO RESIDENTE 1	16			16
MEDICO RESIDENTE 3	5			5
MEDICO RESIDENTE 4	7			7
MEDICO RESIDENTE 5	2			2
MEDICO TRATANTE Y EN FUNCION ADMINISTRATIVA 3			2	2
MEDICO TRATANTE Y EN FUNCION ADMINISTRATIVA 5			3	3
MEDICO TRATANTE Y EN FUNCION ADMINISTRATIVA 6			6	6
MEDICO TRATANTE Y EN FUNCION ADMINISTRATIVA 7			6	6
MEDICO TRATANTE Y EN FUNCION ADMINISTRATIVA 8			3	3
MEDICO TRATANTE Y EN FUNCION ADMINISTRATIVA 9			5	5
MEDICO TRATANTE Y EN FUNCION ADMINISTRATIVA 10			4	4
MEDICO TRATANTE Y EN FUNCION ADMINISTRATIVA 11			7	7
MEDICO TRATANTE Y EN FUNCION ADMINISTRATIVA 12			2	2
MEDICO TRATANTE Y EN FUNCION ADMINISTRATIVA 13			4	4
MEDICO TRATANTE Y EN FUNCION ADMINISTRATIVA 14			1	1
MEDICO TRATANTE Y EN FUNCION ADMINISTRATIVA 15			3	3
CODIGO DEL TRABAJO	114	143		257
<b>SUMAN:</b>	<b>187</b>	<b>279</b>	<b>49</b>	<b>513</b>

Fuente: Tomado de archivos de Gestión del departamento de RRHH del Hospital Provincial Docente Ambato.

Elaborado: Opilio Córdova

### 3.3.3 INFRAESTRUCTURA

En su inicio el Hospital contó con 386 camas, 286 para pacientes agudos y 100 para crónicos, distribuidos en 6 servicios, actualmente dispone del mismo número de camas, pero internamente se modificó a

294 camas para pacientes agudos y 82 para crónicos, distribuidos en 9 servicios de atención hospitalaria, pues las restantes 100 camas se utilizan en sección crónicos con los servicios de Neumología y Geriatria.

El Hospital tiene un área de terreno de 42 954,95 m<sup>2</sup>, con un área de construcción de 11837 m<sup>2</sup>; el avalúo de la construcción por el Municipio es de \$999 335,42 dólares americanos y un avalúo total de \$ 2 416 848 ,42 dólares americanos.

Actualmente cuenta con las siguientes especialidades:

Medicina Interna, Cirugía, Ginecología y obstetricia, Pediatría, Estomatología, Geriatria

Sub Especialidades:

Cardiología, Neurología, Cuidados Intensivos, Neonatología, Gastroenterología, Psiquiatria, Neumología, Urología, Fisiatria, Cirugía plástica, Cirugía pediátrica, Cirugía de cabeza y cuello, Otorrinolaringología, Oftalmología, Emergencias.

Los servicios complementarios con los que cuenta son: Laboratorio de Anatomía Patológica, Laboratorio Clínico, Rehabilitación y Fisioterapia, Rayos X e Imagenología, Farmacia.

Al evaluar la infraestructura, en base al manual de vigilancia de la calidad, se desprende que el Hospital, cuenta con servicios básicos, la edificación es antigua en fase de ampliaciones y mantenimientos, con un diseño tipo horizontal con pabellones para cada especialidad, conectados por corredores muy largos, lo que determina que no se pueda optimizar los recursos humanos disponibles sobre todo de Enfermería.

Los mobiliarios, equipos, utensilios y demás artículos no están ubicados funcionalmente pero están adaptados para intentar brindar un mejor servicio. Hasta el momento no existen servicios sanitarios e ingresos apropiados para discapacitados. Existen ambientes para información de usuarios, no existen ambientes par vigencia de derechos; esta equipado con consultorios aptos para las diferentes especialidades.

Cuenta con un auditorio amplio, dedicado a las actividades de educación continua y gremiales. El Hospital cuenta con un plan de urgencias en Infraestructura en caso de desastres con limitaciones.

### **3.3.4 RECURSOS TECNOLÓGICOS**

De conformidad con el catastro de equipamiento realizado por parte del Ministerio de Salud Pública, con la cooperación técnica de Modersa y la empresa Biotron luego de clasificarlos en equipos eléctricos, electromecánicos, eléctricos de laboratorio y generales de servicios, demostró, que el 51 % de los equipos eléctricos funcionan (Tabla № 3-19 y grafico № 6) sus condiciones se resumen en las siguientes tablas y gráficos:

**Tabla Nº 3-19**  
**Funcionamiento de equipos eléctricos existentes en el Hospital Provincial**  
**Docente Ambato (HPDA) año 2004.**

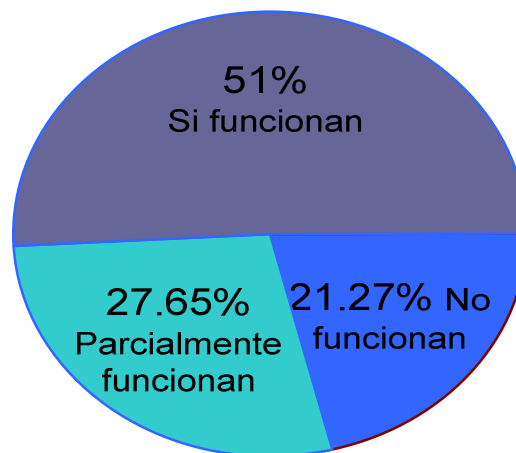
<b>Equipos Eléctricos</b>		<b>%</b>
<b>Funcionan</b>	<b>72</b>	<b>51%</b>
<b>No Funcionan</b>	<b>39</b>	<b>27.65%</b>
<b>Funcionan Parcialmente</b>	<b>30</b>	<b>21.27%</b>
<b>Costo Total de los equipos</b>		<b>\$ 437.970 USD.</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos del Departamento de Administración y Mantenimiento del HPDA.

**ELABORADO POR:** OPILIO CÓRDOVA

YOLANDA LÓPEZ

**GRAFICO Nº 6**  
**Funcionamiento de equipos eléctricos existentes en el Hospital Provincial**  
**Docente Ambato (HPDA) año 2004.**



**FUENTE:** Datos obtenidos del Departamento de Administración y Mantenimiento del HPDA.

**ELABORADO POR:** OPILIO CÓRDOVA

YOLANDA LÓPEZ

El 42, 8% de los equipos eléctricos, necesitan mantenimiento preventivo y el 7,8 % necesitan mantenimiento correctivo, con un costo de 9.900 dólares americanos (Tabla Nº 3-20 y grafico 7).

El 36,1% de los equipos eléctricos necesitan reposición (Tabla Nº 3-21).

**Tabla Nº 3-20**  
**Porcentaje de equipos eléctricos que necesitan de mantenimiento del**  
**Hospital**  
**Provincial Docente Ambato (HPDA) año 2004**

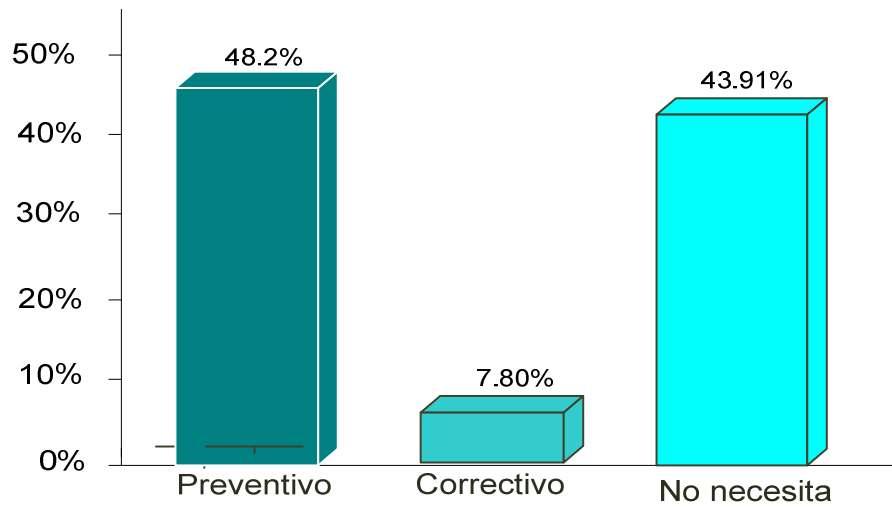
<b>Necesitan Mantenimiento</b>		<b>%</b>
<b>Preventivo</b>	<b>68</b>	<b>48.2%</b>
<b>Correctivo</b>	<b>11</b>	<b>7.80%</b>
<b>No necesitan</b>	<b>62</b>	<b>43.9%</b>
<b>Costo Mantenimiento</b>	<b>\$ 9,900 USD.</b>	

**FUENTE:** Datos obtenidos del Departamento de Administración y Mantenimiento del HPDA.

**ELABORADO POR:** OPILIO CÓRDOVA

YOLANDA LÓPEZ

**GRAFICO Nº 7**



**FUENTE:** Datos obtenidos del Departamento de Administración y Mantenimiento del HPDA.

**ELABORADO POR:** OPILIO CÓRDOVA

YOLANDA LÓPEZ

**Tabla 3-21**

**Porcentaje de equipos eléctricos que necesitan reposición del HPDA año 2004.**

Equipos Necesitan Reposición		%
SI	51	35.4%
NO	93	64,58%
<b>Total</b>		<b>100 %</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos del Departamento de Administración y Mantenimiento del HPDA.

**ELABORADO POR:** OPILIO CÓRDOVA

YOLANDA LÓPEZ

El funcionamiento de los equipos eléctricos en promedio oscila alrededor de 8 años con un máximo de 35 años, y deben darse de baja 9 equipos (Tabla 3-22).

**TABLA Nº 3-22**

**Años de servicio de equipos eléctricos encontrados en el HPDA.**

<b>Años de servicio de equipos</b>	
<b>Máximo</b>	<b>35 años</b>
<b>Promedio</b>	<b>8.85 años</b>
<b>Dar de Baja</b>	<b>9 equipos</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos del Departamento de Administración y Mantenimiento del HPDA.

**ELABORADO POR:** OPILIO CÓRDOVA  
YOLANDA LÓPEZ

El costo total de reposición de los equipos eléctricos está alrededor de 1.346,700 dólares americanos (Tabla Nº 3-23).

**TABLA Nº 3-23**

**Costos de reposición de equipos eléctricos del HPDA año 2004.**

**Reposición**

<b>COSTOS</b>	<b>USD</b>
<b>Reposición parcial</b>	<b>\$525,200</b>
<b>Reposición total</b>	<b>\$1.346,700</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos del Departamento de Administración y Mantenimiento del HPDA.

**ELABORADO POR:** OPILIO CÓRDOVA  
YOLANDA LÓPEZ

En el grupo de equipos electromecánicos que tienen un costo de aproximadamente 180,057 dólares americanos, el 45,8 % funciona adecuadamente, el 23,8% no funcionan, y el resto funcionan parcialmente (Tabla Nº 3-24 y gráfico Nº 8).

**Tabla Nº 3-24**

**Funcionamiento de equipos electromecánicos existentes en el HPDA año 2004.**

<b>Equipos Electromecánicos</b>		<b>%</b>
<b>Funcionan</b>	<b>100</b>	<b>45.8%</b>
<b>No Funcionan</b>	<b>52</b>	<b>23.8%</b>
<b>Funcionan Parcialmente</b>	<b>66</b>	<b>30.27%</b>
<b>Costo Total de los equipos</b>		<b>\$ 180,057 USD.</b>

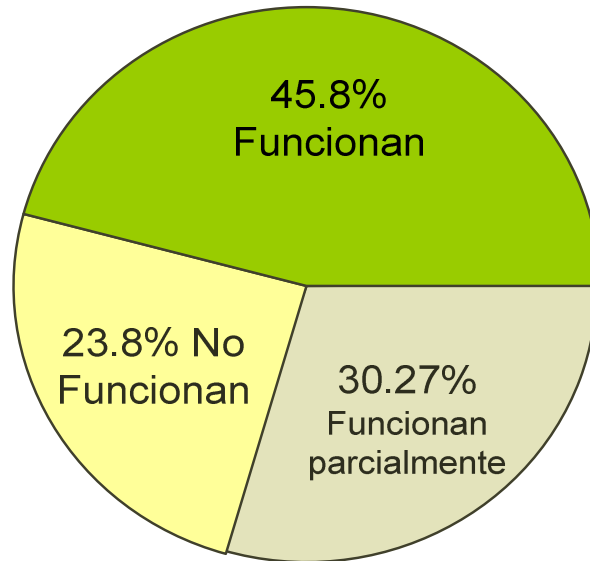
**FUENTE:** Datos obtenidos del Departamento de Administración y Mantenimiento del HPDA.

**ELABORADO POR:** OPILIO CÓRDOVA

YOLANDA LÓPEZ



**Grafico No 8**  
**Funcionamiento de equipos electromecánicos existentes en el HPDA año 2004.**



**FUENTE:** Datos obtenidos del Departamento de Administración y Mantenimiento del HPDA.

**ELABORADO POR:** OPILIO CÓRDOVA  
YOLANDA LÓPEZ

El 40,8 % de los equipos electromecánicos necesitan mantenimiento preventivo, el 4,58 % necesitan mantenimiento correctivo y de realizarse esto tendría un costo de 21,250 dólares americanos (Tabla No 3-25 y grafico No 9).

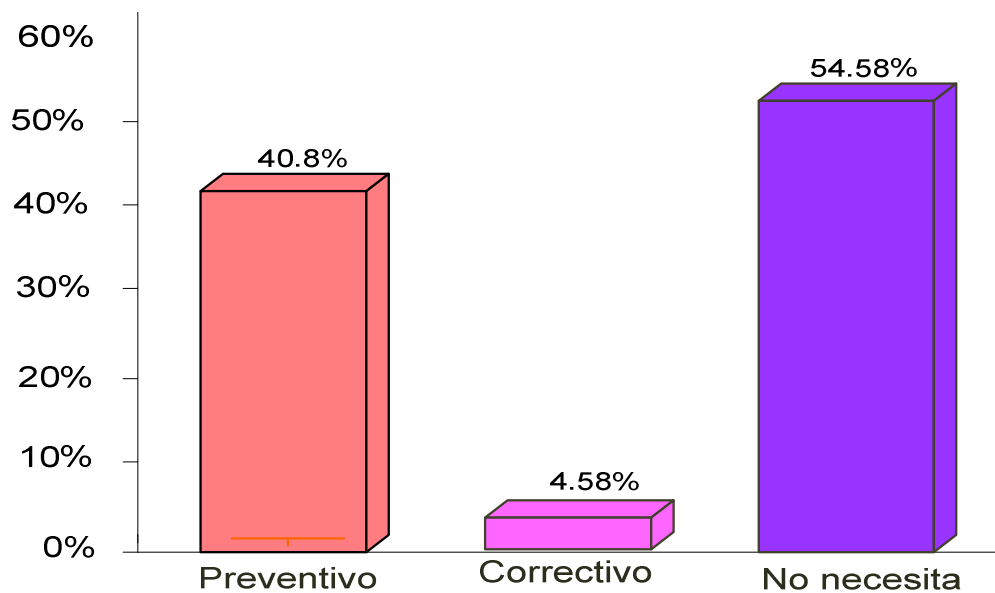
**Tabla № 3-25**  
**Porcentaje de equipos electromecánicos que necesitan mantenimiento del HPDA año 2004.**

<b>Necesitan Mantenimiento</b>		<b>%</b>
<b>Preventivo</b>	<b>89</b>	<b>40.8%</b>
<b>Correctivo</b>	<b>10</b>	<b>4.58%</b>
<b>No necesitan</b>	<b>119</b>	<b>54.58%</b>
<b>Costo mantenimiento correctivo</b>		<b>\$ 21,250 USD.</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos del Departamento de Administración y Mantenimiento del HPDA.

**ELABORADO POR:** OPILIO CÓRDOVA  
YOLANDA LÓPEZ

**Grafico № 9**  
**Porcentaje de equipos electromecánicos que necesitan mantenimiento del HPDA año 2004.**



**FUENTE:** Datos obtenidos del Departamento de Administración y Mantenimiento del HPDA.

**ELABORADO POR:** OPILIO CÓRDOVA  
YOLANDA LÓPEZ

El 54,58% de los equipos electromecánicos necesitan reposición, ya que algunos de ellos han funcionado hasta 50 años, con un promedio de 14 años (Tabla Nº 3-26, 3-27 y gráfico Nº 10).

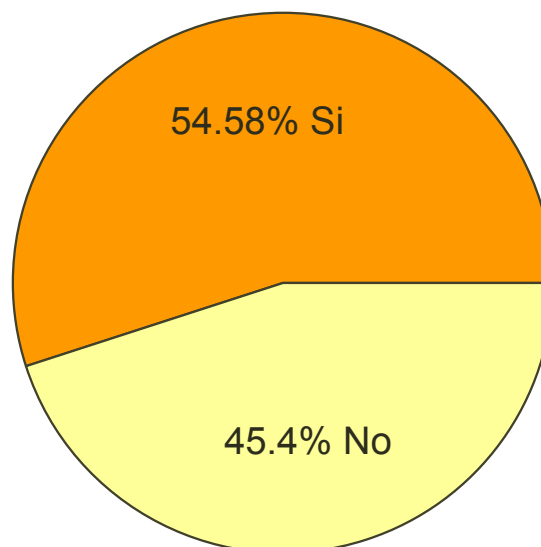
**Tabla Nº 3-26**  
**Porcentaje de equipos electromecánicos que necesitan reposición del HPDA**  
**año 2004.**

<b>Equipos que necesitan reposición.</b>			
	<b>SI</b>	<b>11</b>	<b>54.58</b>
		<b>9</b>	<b>%</b>
<b>O</b>	<b>N</b>	<b>99</b>	<b>45.4%</b>
	<b>T</b>	<b>21</b>	
<b>OTAL</b>		<b>8</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos del Departamento de Administración y Mantenimiento del HPDA.

**ELABORADO POR:** OPILIO CÓRDOVA  
 YOLANDA LÓPEZ

**Gráfico Nº 10**



**FUENTE:** Datos obtenidos del Departamento de Administración y Mantenimiento del HPDA.

**ELABORADO POR:** OPILIO CÓRDOVA  
 YOLANDA LÓPEZ

**TABLA Nº 3-27**

**Años de servicio de equipos electromecánicos del HPDA año 2004.**

<b>Anos de servicio de equipos</b>	
<b>MÁXIMO</b>	<b>50 años</b>
<b>PROMEDI</b>	<b>14 años</b>
<b>O</b>	

**FUENTE:** Datos obtenidos del Departamento de Administración y Mantenimiento del HPDA.

**ELABORADO POR:** OPILIO CÓRDOVA

YOLANDA LÓPEZ

En el grupo de los equipos de laboratorio, el 48,1% necesitan mantenimiento preventivo (Tabla Nº 3-28, grafico Nº 11); el 51,85 % de equipos necesitan reposición con un costo de 48.620 dólares americanos (Tabla Nº 3-29).

**Tabla № 3-28**  
**Porcentajes de equipos eléctricos de laboratorio que necesitan mantenimiento del HPDA año 2004.**

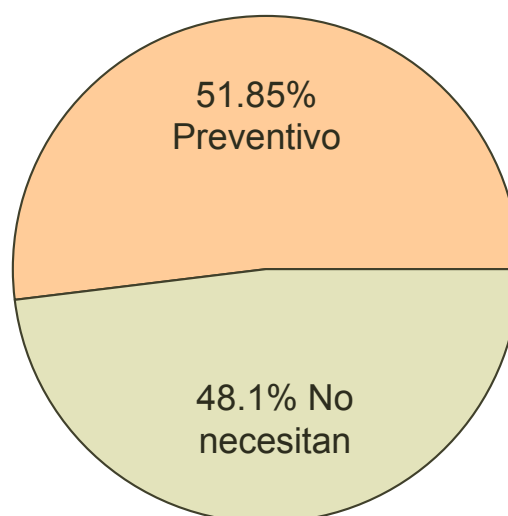
Necesitan Mantenimiento		%
		4
Preventivo	13	8.1%
Correctivo	0	0
		%
No necesitan	14	5
		1.85%

FUENTE:

Datos obtenidos del Departamento de Administración y Mantenimiento del HPDA.

ELABORADO POR: OPILIO CÓRDOVA  
YOLANDA LÓPEZ

**GRAFICO № 11**  
**Porcentajes de equipos eléctricos de laboratorio que necesitan mantenimiento del HPDA año 2004.**



FUENTE: Datos obtenidos del Departamento de Administración y Mantenimiento del HPDA.

ELABORADO POR: OPILIO CÓRDOVA  
YOLANDA LÓPEZ

**TABLA N° 3-29**

**Costos de reposición de equipos de laboratorio del HPDA año 2004.**

<b>COSTOS</b>	
<b>Reposición</b>	<b>14 equipos.</b>
<b>Costo actual</b>	<b>\$ 48,620 USD.</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos del Departamento de Administración y Mantenimiento del HPDA.

**ELABORADO POR:** OPILIO CÓRDOVA

YOLANDA LÓPEZ

El 55,5% de equipos de laboratorio funcionan, el 29,6 % no funcionan, y los equipos han funcionado en promedio unos 11,2 años, con un máximo de 25 años (Tabla N°3-30, grafico N° 12; Tabla N° 3-31).

**Tabla N° 3-30**

**Funcionamiento de equipos de laboratorio existentes en el HPDA año 2004.**

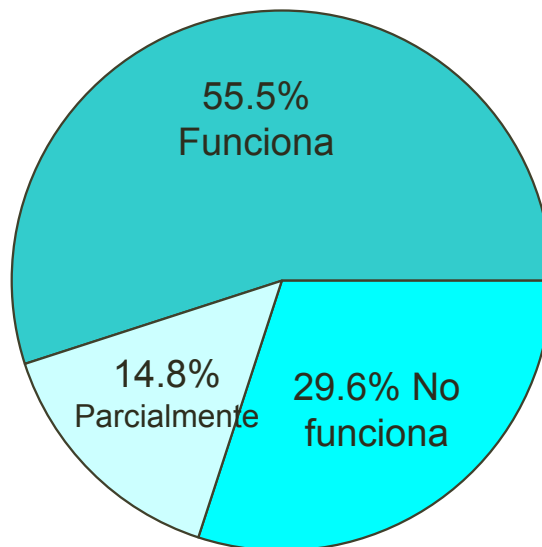
<b>Equipos de laboratorio</b>		<b>%</b>
<b>Funciona</b>	<b>15</b>	<b>55.5%</b>
<b>No funciona</b>	<b>8</b>	<b>29.6%</b>
<b>Parcialmente</b>	<b>4</b>	<b>14.8%</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos del Departamento de Administración y Mantenimiento del HPDA.

**ELABORADO POR:** OPILIO CÓRDOVA

YOLANDA LÓPEZ

**GRAFICO Nº 12**  
**FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS DE LABORATORIO**



**FUENTE:** Datos obtenidos del Departamento de Administración y Mantenimiento del HPDA.

**ELABORADO POR:** OPILIO CÓRDOVA  
YOLANDA LÓPEZ

**TABLA Nº 3-31**  
**Años de servicio de equipos de laboratorio del HPDA año 2004.**

Años de servicio de equipos	
Máximo	25 años
Promedio	11 años
	.2 %

**FUENTE:**  
Departamento de

Mantenimiento del HPDA.

Datos obtenidos del  
Administración y

**ELABORADO POR:** OPILIO CÓRDOVA

YOLANDA LÓPEZ

Los equipos de radiología, funcionan parcialmente el 100 % y necesitan reposición todos, con un costo aproximado de 532.000 dólares americanos (Tabla № 3-32).

**TABLA № 3-32**  
**Funcionamiento y reposición de equipos de “Rayos X” existentes en el HPDA año 2004.**

<b>Equipos de “Rayos X”</b>	<b>Total</b>	<b>Costo Actual</b>
Funcionan Parcialmente	8	\$ 7,500 USD.
Reposición	8	\$ 532,000 USD.

**FUENTE:** Datos obtenidos del Departamento de Administración y Mantenimiento del HPDA.

**ELABORADO POR:** OPILIO CÓRDOVA

YOLANDA LÓPEZ

En los servicios de hospitalización, disponen de varios equipos médicos (equipos de diagnóstico, tensiometros, etc), de los cuales el 71 % funciona, y de los que no funcionan la reposición total costaría aproximadamente 19.650 dólares Americanos (Tabla №3-33 y 3-34; grafico № 13).



**Tabla № 3-33**  
**Funcionamiento de equipos varios existentes en el HPDA año 2004.**

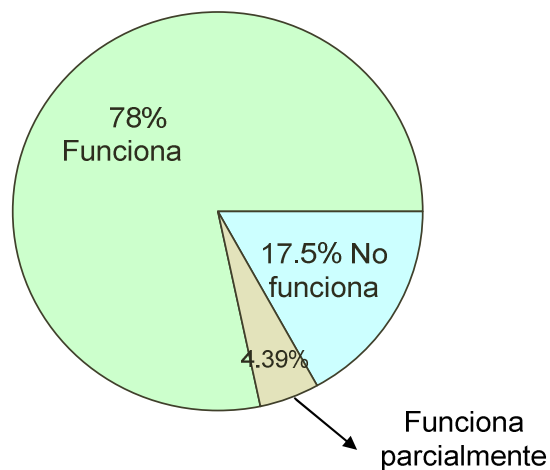
<b>Equipos varios</b>		<b>%</b>
<b>Funciona</b>	<b>71</b>	<b>78%</b>
<b>Parcialmente</b>	<b>4</b>	<b>4.39%</b>
<b>No funciona</b>	<b>16</b>	<b>17.5%</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos del Departamento de Administración y Mantenimiento del HPDA.

**ELABORADO POR:** OPILIO CÓRDOVA

YOLANDA LÓPEZ

**Grafico № 13**  
**Funcionamiento de equipos varios existentes en el HPDA año 2004.**



**FUENTE:** Datos obtenidos del Departamento de Administración y Mantenimiento del HPDA.

**ELABORADO POR:** OPILIO CÓRDOVA

YOLANDA LÓPEZ

**TABLA Nº 3-34**

**Costos de reposición de equipos varios del HPDA año 2004.**

<b>COSTOS</b>	<b>USD</b>
<b>Reposición Parcial</b>	<b>\$5,420</b>
<b>Reposición total</b>	<b>\$19,650</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos del Departamento de Administración y Mantenimiento del HPDA.

**ELABORADO POR:** OPILIO CÓRDOVA

YOLANDA LÓPEZ

El costo total de mantenimiento de los equipos del Hospital Provincial Docente Ambato año 2004 es de \$171,320 USD; el 65,95% de los equipos eléctricos necesitan de reposición con un costo total de \$1346700 USD. El 100% de los equipos de RX necesitan reposición total, con un costo de \$ 532,000 USD. Existen equipos electromecánicos que han funcionado hasta por 50 años y no han sido repuestos.

El sistema informático del Hospital está constituido por 29 computadoras, de las cuales 5 se encuentra en estadística, 4 en farmacia, 4 en financiero, 3 en recursos humanos, 2 en administración, 2 en dietética, y 1 en Cuidados Intensivos, 1 en Gastroenterología, y el resto en Dirección, Subdirección, Secretaría, Recaudación, Trabajo Social, Enfermería una computadora en cada servicio. Los hardware son en su mayoría clones, que han sido actualizados, y los software son básicos dependiendo del área de funcionamiento. Existe un sistema de red con interconexión para ciertas áreas, y servicio de Internet para las áreas administrativas, Biblioteca y el único servicio médico que posee el mismo es Cuidados Intensivos. Se instalo un software en estadística para el

manejo de historias clínicas pero no ha sido funcional, según los funcionarios del mismo (tabla Nº 3-35, grafico Nº 14).

<b>Cantidad de computadoras</b>	<b>Impresora</b>	<b>Servicio</b>
1	1	Dirección
1	1	Secretaria Dirección
1	1	Sub Dirección
1	1	Administración
1	-	Inventarios

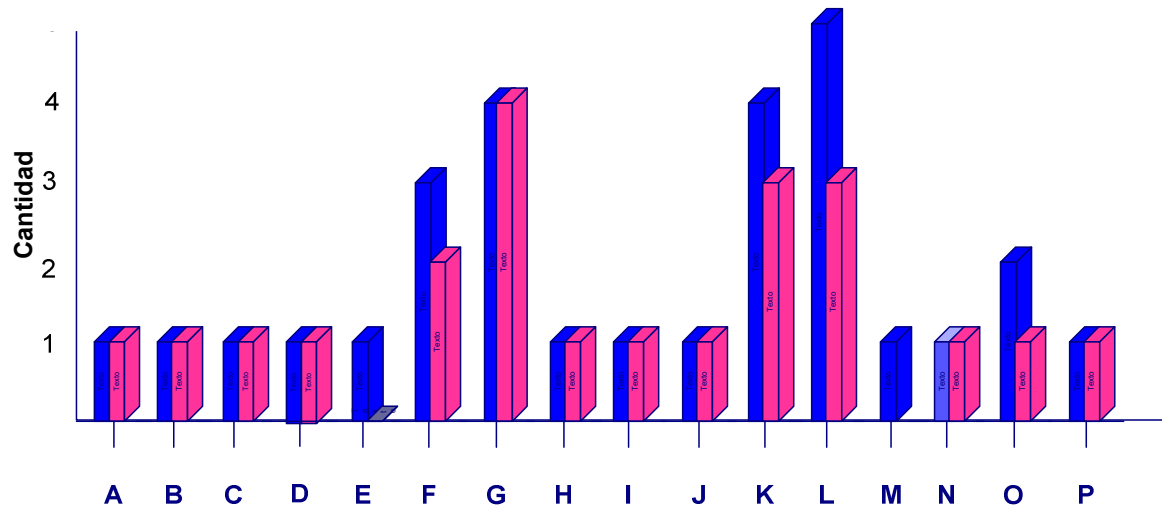
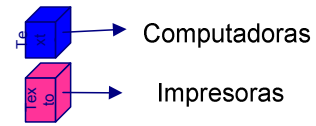
**TABLA Nº 3-35**  
**Equipos de Cómputo Existentes en el Hospital.**  
**Provincial Docente de Ambato, año 2004.**

	3	2	RRHH
	4	4	Financiero
	1	1	Enfermería
	1	1	Trabajo Social
	1	1	Recaudación
	4	3	Farmacia
	5	3	Estadística
	1	-	
	1	1	Cuidados Intensivos
	2	1	Dietético
	1	1	Laboratorio
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>22</b>	<b>-</b>

Fuente: Administración del HPDA  
Elaborado por: Opilio Córdova.  
Yolanda López.

**GRAFICO Nº 14**  
**Equipos de Cómputo Existentes en el Hospital.**  
**Provincial Docente de Ambato, año 2004.**

A	Dirección	I	T
B	Secretaría	J	R
C	Dirección	K	F
D	Sub. Dirección	L	E
E	Administración	M	G
F	Inventarios	N	C
G	RRHH	O	Ir
H	Financiero	P	D
	Enfermería		L



Fuente: Administración del HPDA  
 Elaborado por: Opilio Córdova.  
 Yolanda López.

### 3.3.5 ANÁLISIS FODA

En función de los resultados obtenidos y de los objetivos estratégicos del hospital, las fortalezas y debilidades internas, así como las amenazas y oportunidades del exterior se describen en los cuadros No 3-1 hasta el 3-6).

El análisis de los grupos de interés y del rendimiento nos permite establecer además las ventajas competitivas del hospital, es decir, aquellos valores y puntos fuertes en los que tenemos que seguir distinguiéndonos para mantener nuestra posición competitiva en el mercado sanitario.

**Cuadro № 3-1**  
**ANALISIS FODA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO**

OBJ	F.C.E.	SUBF. 1	SUBF. 2	FORTALEZAS	DEBILIDADES	AMENAZAS	OPORTUNIDADES	
SATISFACCIÓN NECESIDADES DE SALUD EXPECTATIVAS DE SERVICIO	COBERTURA POBLACIÓN			Nivel de satisfacción de la población con índices de buena (Muy buena + buena) superiores al 60% en hospitalización, aunque en consultas externas y urgencias baja del 50%.	No se dispone de programas y proyectos de calidad con onjetivos y metas establecidas	Aumento de la frecuentación de la población, especialmente por envejecimiento y aumento de enfermedades crónicas, estando el hospital cercano al limite de recursos y teniendo una baja eficiencia operativa	Centro con Mejor tecnologia de la provincia. RRHH capacitado y con especialidades.	
				Asistencia efectiva y buena cobertura de la población, aunque la disponibilidad de servicios está limitada en ciertas especialidades		Aumento de demanda y escasos recursos de derivación aunque la coordinación con las Areas y C. Salud no son óptimos		
		Disponibilidad Servicio		Buena cobertura por disponibilidad de servicio, aunque cercana al limite y con poco margen de crecimiento. Estructura rígida y limitada del edificio.	Falta de consultorios y especialistas para consulta externa	Escasez de recursos para derivación de pacientes de media-larga estancia o con problemática social aunque las relaciones de colaboración con Centros, A. Primaria y otros centros pueden ser un apoyo.	Ubicación Geográfica en el centro del país y las especialidades existentes.	
			Adecuación Recursos a demanda			Indices bajos de rendimiento, lo que indica que los recursos materiales están cerca del limite de demanda	Aumento de necesidades asistenciales y sociales. Demanda Insatisfecha en ciertos servicios.	
			Eficiencia Operativa		Alta eficiencia operativa con mejoras en los indicadores de rendimiento, tiempo de dedicación y productividad	Deficiencia operativa en varios puntos(Entrega turnos, tiempos espera,etc)		Proyecto de Triaje Hospitalario que puede originar actividad para optimizar servicios aunque existe una tendencia a la medicina defensiva.
			Cooperación con Sistema			Deficiencias en la coordinación con A. Primaria, con un nivel de derivaciones alto y en crecimiento		Demandas crecientes de A. Primaria aunque los centros privados pueden ser una posibilidad para completar cobertura
		Cartera Servicios			Adecuada cobertura por cartera de servicios con carencias. (TAC-ECOS 24 hs.)	Falta de equipamiento en Imagenología, laboratorio, incomodidad en espera, trato inadecuado al usuari.		Proyecto de aumento de especialidades que puede favorecer ampliación de cartera.

Fuente: Datos de encuestas y documentos de sesiones de Mejoramiento Hospitalario

Elaborado: Opilio Córdova

**Cuadro Nº 3-2**  
**ANÁLISIS FODA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO**

<b>ASISTENCIA EFECTIVA</b>		Buena calidad asistencial con valoración positiva mediante controles y encuestas	Falta de programas para monitoreo de actividades	Mercado tecnológico complejo y dificultad contratación de profesionales aunque la tendencia hacia la evaluación de servicios es creciente.		
	Profesionales calificados	Buena valoración de la capacidad profesional, aunque no existe un sistema de evaluación del desempeño	No programas para evaluación del desempeño y programas de capacitación.	Dificultad de contratación de profesionales en algunas especialidades aunque las mejoras en las comunicaciones pueden atraer más fácilmente a los mismos	Especialidades: Cuidados, Intensivos -Neurocirugía-Urología- Gastroenterología-Endoscopia Endocrinología-Laparoscopia-otras	
	Tecnología efectiva	Buen nivel tecnológico en el ámbito sanitario, en técnicas endoscópica y laparoscópicas, aunque con escasa agilidad de incorporación de nuevas tecnologías	Limitación en métodos diagnósticos (Imagenología) Gran porcentaje de equipos tienen que ser renovados. No evaluaciones tecnológicas.	Mercado tecnológico en rápido crecimiento, difícil de evaluar y con repercusiones económicas importantes, dificultad en el mantenimiento preventivo y correctivo.	Intercambio de equipamiento con otras instituciones.  Posibilidad apoyo otros países.	
	Procesos/ protocolos efectivos		Los pacientes no son atendidos mediante protocolos. No hay gestión con resultados.	Aumento de denuncias por mala práctica y paciente más informado-Leyes viegentes	Tendencia a la evaluación de resultados y efectividad de los procesos aunque la creciente judicialización de la medicina puede potenciar la medicina defensiva	
<b>ATENCIÓN ADECUADA</b>		Buenos índices de satisfacción en atención prestada y sensibilización de los profesionales en cambio.	Tiempos de esperas CE altos Maltrato al usuario- Poder resolutivo bajo.	Clientes exigentes-Seguro universal y referenc/contr no bien coordinado.	Mayor compromiso del sistema sanitario con las necesidades y expectativas de los clientes y desarrollo de tecnologías de apoyo a la información	
	Información adecuada	Índices de satisfacción con la información superiores al 60% y en torno al 50% de buena.	No sistema informático. No departamento de comunicación. Falta de rotulaciones.		Posibilidad de desarrollo de tecnologías de la información (como Internet) para facilitar la información y las gestiones de clientes	
	Trato adecuado	Índices de satisfacción con el trato superiores al 60% y de bueno superiores al 50%.	Falta de monitoreo	Expectativas crecientes por parte del cliente	Capacitación y Benchmarking	
		Perfil adecuado	Moderada sensibilización de profesionales con el cliente, siendo un valor para más del 60% de los mismos.	Falta programas de monitoreo		Capacitación a todo el RRHH.
		Satisfacción personal		Índice de satisfacción general ascendente aunque inferior al 50%		

Fuente: Datos de encuestas y documentos de sesiones de Mejoramiento Hospitalario

Elaborado: Opilio Córdova

**Cuadro No 3-3**  
**ANALISIS FODA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO**

OBJ	F.C.E.	SUBF 1	FORTALEZAS	DEBILIDADES	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
EQUILIBRIO FINANCIERO			Cuenta de resultados equilibrada		Crecimiento bajo-moderado del presupuesto sanitario (especialmente en inversiones) frente al importante incremento de la demanda	
	INGRESOS ADAPTADOS A LA PRODUCCIÓN		Autogestión en crecimiento	Limitaciones para autogestión	Situación política y económica limitan	El sistema público asegura la financiación aunque con un crecimiento restrictivo del gasto sanitario
		Precio	Presupuesto- Ley maternoinfantil.	Algunos precios son inferiores a su coste real	Seguro Universal salud	Ofertarservicios-Privatización
		Facturación todo lo producido	Porcentajes de actividad facturada respecto a la realizada cercano al 75%	Falta de programas de costeo de actividades. Exesos en exoneración x S.S	Situación política y económica	
		Control producción acorde a presupuesto	Los objetivos de actividad son muy altos.	No definidas actividades No costeo.		Evaluación externa-mejorar presup. Acreditación-Certificación
	EFICIENCIA EN EL GASTO		Moderada eficiencia en hospitalización con margen de mejora en consultas y urgencias			Proyecto sanitarios que pueda favorecer la optimización de recursos mediante la utilización de alianzas en servicios
		Compras eficientes	Las compras propias son razonablemente eficientes aunque se debe profundizar el benchmarking			Benchmarking con centros y compras centralizadas. Alianzas con proveedores para una mayor eficiencia en el gasto.
		Coste de personal		Peso importante del coste de personal y con estructura retributiva rígida	Centro gerontológico	Asilo separalo del Hospital con autonomía de gestión
		Eficiencia operativa	Moderada eficiencia operativa con indicadores de rendimiento, tiempo de dedicación y productividad, aunque con importantes deficiencias en flexibilidad	Falta de indicadores de productividad.	Escasos mecanismos de incentívación para mejorar la eficiencia aunque las alianzas futuras pueden mejorar la eficiencia	Capacitación para eficiencia operativa.

Fuente: Datos de encuestas y documentos de sesiones de Mejoramiento Hospitalario

Elaborado: Opilio Córdova



**Cuadro № 3-4**  
**ANALISIS FODA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO**

OBJ	F.C.E.	SUBF 1	FORTALEZAS	DEBILIDADES	AMENAZAS	OPORTUNIDADES	
MEJORA GLOBAL DEL SISTEMA SANITARIO			Buena percepción del hospital y de sus profesionales siendo referente en algunas áreas, aunque con importantes áreas de mejora en la coordinación con ref/contrareferen.			Proyectos calidad, impulso al benchmarking, el establecimiento de alianzas y los protocolos compartidos	
		<b>COOPERACIÓN CON EL SISTEMA</b>		Percepción mejorable por los profesionales de A. Salud, especialmente de información de consultas y demoras, con la difusión y utilidad de las practicas en gestion.		Sistemas compartidos de información clínica e impulso a los protocolos conjuntos de actuación. Relaciones de colaboración con otros hospitales de la red en servicios y procesos que pueden generar sinergias y beneficios mutuos.	
	<b>PROPORCIONAR MEJORES PRÁCTICAS</b>			Nivel de innovación y difusión de las prácticas, siendo referentes en gestión sanitaria (Ginecoobstetrica)			Foros y relación con organizaciones que potencian el benchmarking y el conocimiento
			<b>Adecuado nivel difusión</b>	Nivel de difusión de las prácticas profesionales siendo referencia en gestión sanitaria (Ginecoobstetrica), con buena percepción	Falta de difusión de practicas hospitalarias(Especialidades)		Potenciación del benchmarking y grupos de trabajo e información compartida en la red
			Alto nivel innovación	Mejores prácticas y cultura, especialmente en el campo de la gestión	Falta de capacitación		Benchmarking y foros para compartir el conocimiento
			<b>Calificación profesional</b>	Buena valoración de la capacidad profesional aunque no existe un sistema de evaluación del desempeño			Desarrollo de la carrera profesional y planes de implantación de evaluación del desempeño.

Fuente: Datos de encuestas y documentos de sesiones de Mejoramiento Hospitalario

Elaborado: Opilio Córdova

**Cuadro № 3-5**  
**ANÁLISIS FODA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO**

OBJ	F.C.E.	SUBF	FORTALEZAS	DEBILIDADES	AMENAZAS	OPORTUNIDADES	
SATISFACCIÓN DE LAS PERSONAS				El índice de satisfacción general es inferior al 60 % aunque comparativamente con otros centros es bueno y está en ascenso	Dificultad de cambio estructural centralizado y cultura de personas propia de organizaciones administrativas, aunque está en desarrollo un plan estratégico de personal y la cultura del hospital es favorable (trabajo en equipo, respeto mutuo, comunicación abierta)	Colaboración Interinstitucional (MSP)(ONGS-URC/CHS)	
				Alto índice de satisfacción con la organización y programación y con tendencia ascendente, aunque con margen de mejora con los medios		Impulso a la gestión de la calidad y eficiencia por el MSP y ONGs(URC/CHS)	
		Adecuada organización Procesos	Lige.percepción de la organización de los procesos de trabajo aunque con margen de mejora a nivel micro	Falta de organización de los procesos de trabajo. y capacitación	Otras instituciones de la provincia mejor organizadas(procesos más ágiles)	MSP intervendrá para el cambio.	
		Adecuada programación trabajo	Adecuada percepción de la programación de trabajo	Escaso apoyo Técnico en la programación.		Benchmarking en otros mejores centros.	
		Medios conformes al trabajo		Margen de mejora en adecuación de los recursos aunque supera el 50%			
			Buen nivel de satisfacción con desarrollo profesional y margen de mejora con el empowerment			Desarrollo de proyecto de gestión clínica y carrera profesional(MSP/URC)	
		Desarrollo profesional	Buen nivel de satisfacción con el desarrollo profesional en el hospital y con tendencia ascendente				
		F.PROFESIONALES	Alto empowerment		Bajo índice de satisfacción con el empowerment, con tendencia positiva en los últimos años		
		FACTORES PERSONALES		Alto índice de satisfacción sobre el equilibrio entre vida profesional y personal, con margen de mejora en cuanto al reconocimiento			
		F.LABORALES			Baja remuneración y riesgos	La satisfacción con las cargas de trabajo y la remuneración tienen un importante margen de mejora	Escenario económico no expansivo en el entorno sanitario
	IMPLICACIÓN CON EL PROYECTO		Alto grado de implicación con el proyecto de hospital y el sentido de pertenencia		Escasa definición del proyecto hospital por parte de la Organizaciones.		

Fuente: Datos de encuestas y documentos de sesiones de Mejoramiento Hospitalario

Elaborado: Opilio Córdova

**Cuadro № 3-6**  
**ANALISIS FODA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO**

OBJ	F.C.E.	FORTALEZAS	DEBILIDADES	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
<b>GESTIÓN MEJORA CONTINUA</b>		Actitud de querer cambio e implementación de nueva cultura de calidad			Impulso institucional a la cultura de la calidad total y convicción de la necesidad de desarrollo de herramientas en el Sistema Sanitario
	<b>ALTO NIVEL LIDERAZGO</b>	Liderazgo moderado constatado en evaluación externa , aunque con margen de mejora especialmente en la percepción de los profesionales y en situación de riesgo si no se consolida el papel del líder intermedio	Cambio continuo de Director. Falta de conocimientos en gestión.	Situación política cambiante	Impulso de la gestión de liderazgo y empowerment en el entorno sanitario
	<b>ADECUACIÓN HERRAMIENTAS DE GESTIÓN</b>	Herramientas de gestión razonablemente pocas con relación al margen de actuación e introducción de elementos en gestión. Sin embargo se debe consolidar el despliegue y revisión de la gestión por procesos, el despliegue e integración del sistema de información y la sistemática de la gestión de la tecnología y el conocimiento.	Escasas herramientas de gestión Rivalidades profesionales y gremiales.	Demora en el desarrollo de la reforma hospitalaria y complejidad de la misma	
	<b>INTEGRACIÓN / SATISFACCIÓN PERSONAS</b>		El índice de satisfacción general es inferior al 60 % aunque comparativamente con otros centros es bueno y está en ascenso		Desarrollo de grupos de trabajo y plan estratégico de RRHH.

Fuente: Datos de encuestas y documentos de sesiones de Mejoramiento Hospitalario

Elaborado: Opilio Córdova

### 3.3.6 RECURSOS FINANCIEROS

El Ministerio de Economía y Finanzas a través de la hoja Web [www.sigef.gov.ec](http://www.sigef.gov.ec), pone en conocimiento de las unidades ejecutoras el presupuesto vigente para cada año, es de esta manera que el Hospital tuvo como presupuesto inicial en el año 2004 la suma de 4'059.437.92 (cuatro millones cincuenta y nueve mil cuatrocientos treinta y siete 92/100), cuyo monto se incremento durante el transcurso del año llegando a un presupuesto codificado a diciembre del 2004 de 4'843.627.46 dólares (Cuatro millones ochocientos cuarenta y tres mil seiscientos 46/100) (Tabla Nº 3-36 , grafico Nº 15 y Nº16).

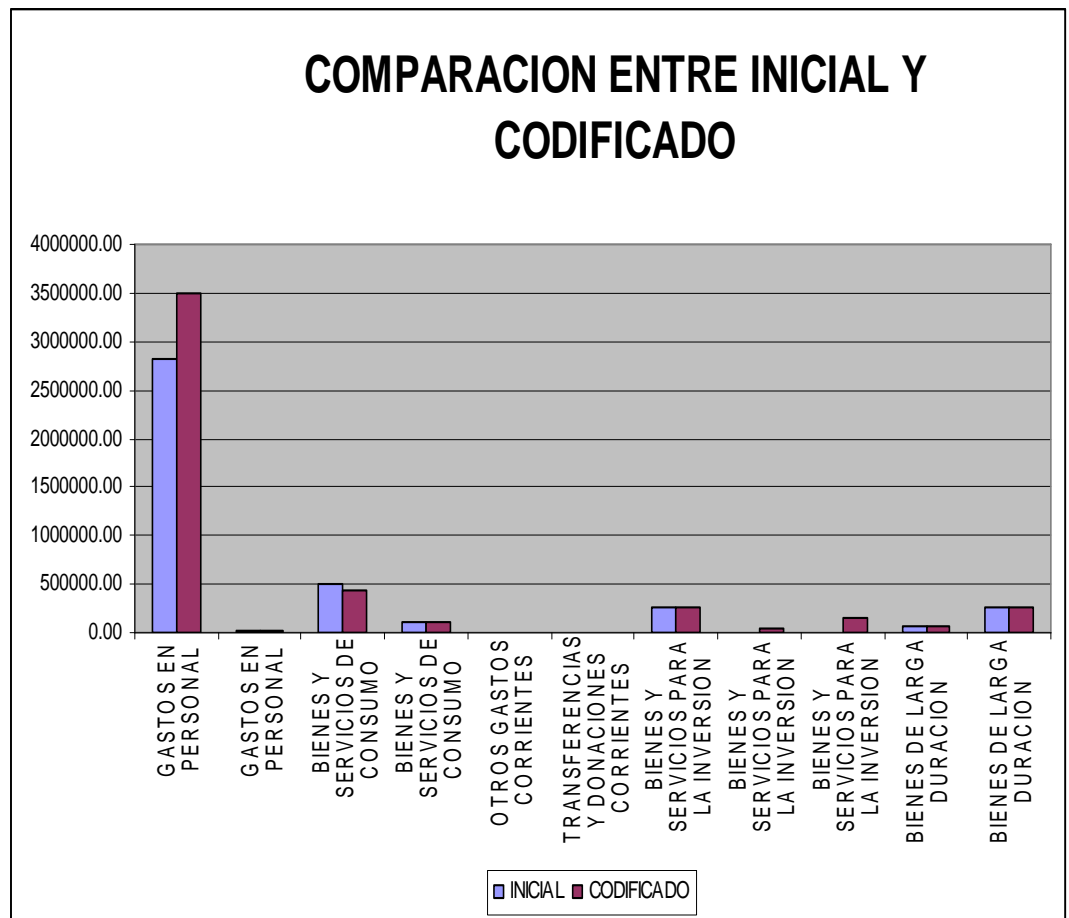
Tabla Nº 3-36  
**DETALLE DE PRESUPUESTO ASIGNADO-2004**

Remuneración	3524352.05
Servicios básicos	76747.46
Servicios generales	118008.45
Bienes y servicios de consumo	348907.1
Seguro, Costos financieros	3500
Aporte 5x1000 Contraloría	1001.7
Bienes y servicios de inversión	451875.14
Maquinaria, Equipo y Mantenimiento Hospitalario	319235.5
<b>TOTAL</b>	<b>4843627.4</b>

Fuente: Presupuesto Hospitalario en Departamento Financiero del HPDA

Elaborado: Opilio Córdova

**Grafico No 15**  
**COMPARACIÓN ENTRE PRESUPUESTO INICIAL Y CODIFICADO**

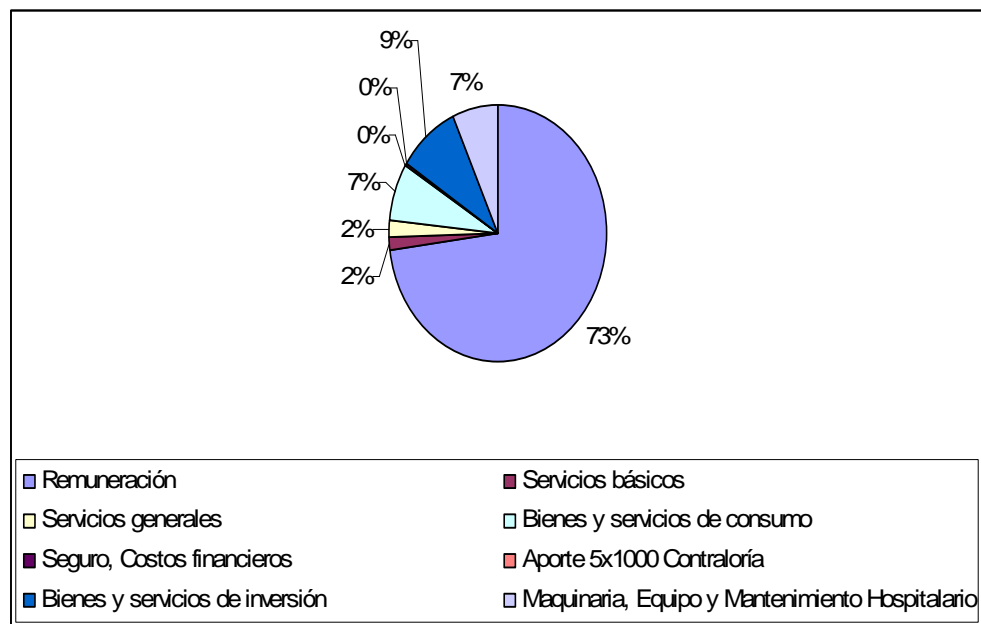


Fuente: Presupuesto Hospitalario en Departamento Financiero del HPDA

Elaborado: Opilio Córdova

Cabe anotar, que la ejecución se la ha venido efectuando de acuerdo a los ingresos de la institución sean estos de Gobierno Central como Ingresos de fondos Propios en los plazos determinados para su utilización.

**Grafico Nº 16**  
**GASTOS DE PRESUPUESTO HOSPITALARIO-2004**



Fuente: Presupuesto Hospitalario en Departamento Financiero del HPDA

Elaborado: Opilio Córdova

El financiamiento del presupuesto es 81% dependiente del gobierno central (Tabla Nº 3-37 y grafico Nº 17) y los gastos del presupuesto en su mayoría el 65 % es gastos en personal, 9,3% en bienes y servicios de inversión; el 6 % en bienes y servicios de consumo.

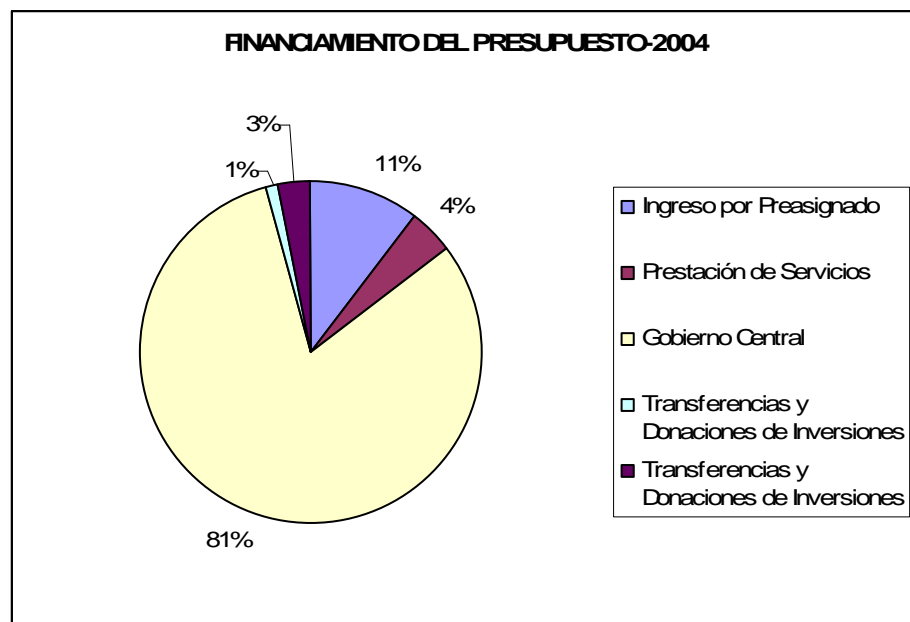
**TABLA Nº 3-37**  
**FINANCIAMIENTO DEL PRESUPUESTO HOSPITALARIO-HPDA2004**

Ingresos por Preasignados	512.821.94
Prestación de Servicios	200.340.00
Gobierno central	3'933.655.06
Transferencias y Donaciones de Inversión (M.G)	48.826.56
Transferencias y Donaciones de Inversión (M.G)	147.983.90
<b>Total</b>	<b>4'843.627.46</b>

Fuente: Presupuesto Hospitalario en Departamento Financiero del HPDA

Elaborado: Opilio Córdova

GRAFICO N° 17



Fuente: Presupuesto Hospitalario en Departamento Financiero del HPDA  
Elaborado: Opilio Córdova

Durante el 2004 se han recaudado por concepto de Fondos Propios 298.506.97 dólares, que corresponden a un 49% más de lo presupuestado para todo el año.

En el año 2004 se ejecutaron los contratos para adecuación y mantenimiento de áreas hospitalarias tales como Departamento Dietética, Rayos X, Neonatología.

El incremento en el grupo 51 de Remuneraciones se debe en el presente año a la Unificación Salarial que se puso en vigencia a partir del 1 de enero del 2004, así como el incremento por acta transaccional del personal de Código de Trabajo y el incremento de las pensiones jubilares.

También se elaboro la pro-forma presupuestaria para el año 2005 por un monto de 5'133.144.07 (Cinco millones ciento treinta y tres mil ciento cuarenta y cuatro 07/100) dólares el cual se realizo en forma

conjunta con el personal de Planificación de Planta Central, y el personal técnico del Hospital Provincial General Docente Ambato.

### 3.3.6.1 Índices financieros 2004

Los índices financieros se calculan en base al Balance y Estados Financieros a Diciembre del 2004, los mismos que se los detalla a continuación.

#### **EFICACIA**

##### Autonomía Financiera

$$A = \frac{\text{Ingresos Propios}}{\text{Ingresos Totales}} \times 100$$

$$A = \frac{300.602.23}{4'788.216.58} \times 100$$

$$A = 6.28 \%$$

##### Dependencia Financiera

$$DF = \frac{\text{Ingresos por Transferencia}}{\text{Ingresos Totales}} \times 100$$

$$DF = \frac{4'487.614.35}{4'788.216.58} \times 100$$

$$DF = 93.72 \%$$

##### Superávit o Déficit Corriente

$$SDC = \frac{\text{Ingresos Corrientes}}{\text{Gastos Corrientes}} - 1$$

$$SDC = \frac{4'352.522.56}{4'128.296.94} - 1$$

$$SDC = 0.054$$



### Eficiencia de Ejecución Presupuestaria de Ingresos

$$EEPI = \frac{\text{Valor Ejecutado Ingresos}}{\text{Valor Presupuestado}} \times 100$$

$$EEPI = \frac{4'788.216.58}{4'843.627.46} \times 100$$

$$EEPI = 98.86 \%$$

### Ahorro Corriente

$$AC = \text{Ingresos Corrientes} - \text{Gastos corrientes}$$

$$AC = 4'352.522.56 - 4'128.296.94$$

$$AC = 224.225.62$$

### Autosuficiencia

$$A = \frac{\text{Ingresos Propios}}{\text{Gastos Corrientes}}$$

$$A = \frac{300.602.23}{4'128.296.94}$$

$$A = 0.07$$

### Eficiencia Recaudación de Tasas

$$ERT = \frac{\text{V. Recaudación Año 2004}}{\text{V. Presupuestado 2004}} \times 100$$

$$ERT = \frac{300.602.23}{200.340.00} \times 100$$

$$ERT = 150.05 \%$$

## **LIQUIDEZ**

### Razón Corriente

$$RC = \frac{\text{Activo Corriente}}{\text{Pasivo Corriente}}$$

$$RC = \frac{843.541.94}{120.828.09}$$

$$RC = 6.98$$

### Liquidez Inmediata

$$LI = \frac{\text{Caja + Bancos}}{\text{Pasivo Corriente}}$$

$$LI = \frac{25.524.50}{120.828.09}$$

$$LI = 0.21$$

### Capital de Trabajo

$$CT = \text{Activo Corriente} - \text{Pasivo Corriente}$$

$$CT = 843.541.94 - 120.828.09$$

$$CT = 722.713.85$$

## **EFICIENCIA**

### Rotación de Bienes de Larga Duración

$$RBLD = \frac{\text{Ingresos Propios}}{\text{Bienes de Larga Duración}}$$

$$RBLD = \frac{300.602.25}{3'789.472.02}$$

$$RBLD = 0.08$$

### Rotación de Activo Total

$$\text{RAT} = \frac{\text{Ingresos Propios}}{\text{Activo Total}}$$

$$\text{RAT} = \frac{300.602.25}{5'078.857.65}$$

$$\text{RAT} = 0.06$$

### **RENTABILIDAD**

#### Margen de Superávit

$$\text{MS} = \frac{\text{Superávit}}{\text{Ingresos Propios}}$$

$$\text{MS} = \frac{350.514.87}{300.602.25}$$

$$\text{MS} = 1.17$$

#### Rendimiento de la Inversión

$$\text{RI} = \frac{\text{Superávit}}{\text{Activos Totales}}$$

$$\text{RI} = \frac{350.514.87}{5'078.857.65}$$

$$\text{RI} = 0.07$$

#### Endeudamiento

$$\text{E} = \frac{\text{Pasivo Total}}{\text{Activo Total}}$$

$$\text{E} = \frac{120.828.09}{5'078.857.65}$$

$$\text{E} = 0.02$$

### 3.3.6.2 Situación Financiera 2005

Para el año 2005 según pro-forma realizada el año anterior se cuenta con un presupuesto de 5'133.144.07 dólares (Tabla Nº 3-38).

**Tabla Nº 3-38**  
**PRESUPUESTO HOSPITALARIO DEL AÑO 2005**

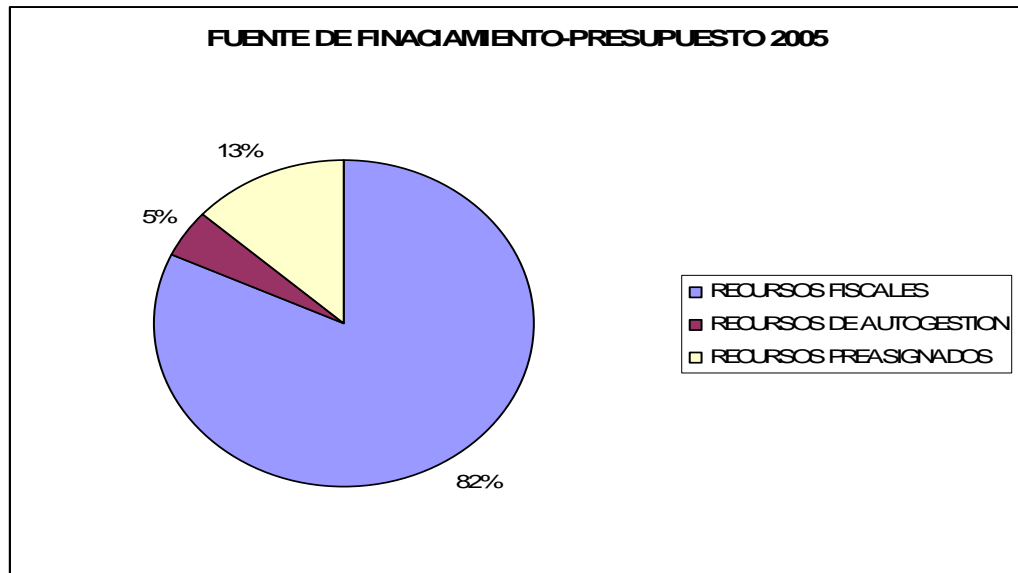
RECURSOS FISCALES	4,201,592.37
RECURSOS DE AUTOGESTION	250,000.00
RECURSOS PREASIGNADOS	681,551.70
<b>SUMA TOTAL POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO :</b>	<b>5,133,144.07</b>
GASTOS EN PERSONAL	3214077.76
PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL	428972.24
BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	726979.87
OTROS GASTOS CORRIENTES	3622.5
BIENES Y SERVICIOS PARA LA INVERSION	338986.6
BIENES DE LARGA DURACION	420505.1
<b>SUMA TOTAL POR GRUPO DE GASTO :</b>	<b>5,133,144.07</b>

Fuente: Presupuesto Hospitalario en Departamento Financiero del HPDA

Elaborado: Opilio Córdova

El financiamiento presupuestal provienen de las mismas fuentes, pero el gasto se modifica en comparación al año anterior por cuanto existen obligaciones institucionales, como las prestaciones de seguridad social y los gastos de bienes y servicios de consumo son aproximadamente el 8,3 % y el 14 % respectivamente (Tabla Nº 3-38, Grafico Nº 18 y Grafico Nº 19).

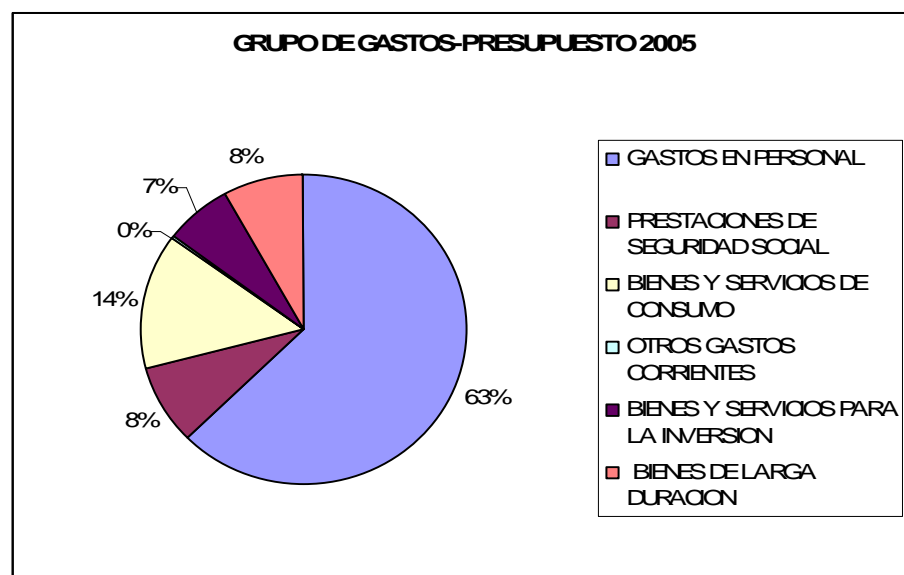
GRAFICO No 18  
FINANCIAMIENTO DEL PRESUPUESTO DEL AÑO 2005.



Fuente: Presupuesto Hospitalario en Departamento Financiero del HPDA

Elaborado: Opilio Córdova

GRAFICO No 19  
GASTOS PROYECTADOS EN EL PRESUPUESTO HOSPITALARIO DEL 2005



Fuente: Presupuesto Hospitalario en Departamento Financiero del HPDA

Elaborado: Opilio Córdova

Los gastos del grupo 51 de remuneraciones se los realizará de acuerdo al distributivo de remuneraciones enviado por el Ministerio de Economía y Finanzas con los sueldos unificados.

Para la utilización del grupo 53 de gastos de bienes y servicios se coordinará con Gestión de Servicios Institucionales con la planificación de gasto de acuerdo a los estándares con los que cuenta el Departamento Financiero.

En lo relacionado al grupo 73 de gastos de bienes y servicios de inversión y del grupo 84 de Equipamiento Hospitalario se deberá contar con los requerimientos enviados por parte de cada uno de las áreas del hospital para su debida utilización, dicha actividad se la realizará en coordinación con la Dirección del Hospital y Servicios Institucionales<sup>51</sup>.

### **3.3.7 RESULTADOS**

#### **3.3.7.1 Actividades intermedias**

Dentro de las actividades intermedias que realiza el Hospital se refiere a las actividades realizadas en: Laboratorio clínico y anatomopatológico, Rayos X, farmacia, fisioterapia (Tabla № 3-39), y se toma en cuenta también el numero de partos (3002 partos), nacidos vivos(2967 nacidos vivos), abortos(477 abortos), intervenciones quirúrgicas(3833 intervenciones).

No se realiza cruce de información para análisis de productividad de acuerdo a coberturas y capacidad funcional hospitalaria, y tampoco se ha realizado costeo de las actividades y controles de calidad en ciertas áreas.

---

<sup>51</sup> Informe anual de Gestión Financiera del HPDA.2004.

**Tabla No 3-39**  
**INDICADORES BASICOS INTERMEDIOS**

Informe de	<b>LABORATORIO CLINICO</b>	HEMATOLOGICOS	0123
		BACTERIOLOGICOS	1
		QUIMICA SANGUINEA	857
		MATERIAS FECALES	948
		ORINA	884
		OTROS EXAMENES	998
<b>TOTAL</b>		<b>0861</b>	

**INDICADORES BASICOS INTERMEDIOS**  
 Fuente: anual de productividad Hospitalaria del Departamento Estadística.  
 Elaborado: Opilio Córdova.

No 3-	<b>ANATOMIA PATOLOGICA</b>	CITOLOGIAS	786	
		HISTOPATOLOGICOS	77	
		AUTOPSIAS	MEDICO-LEGALES CLINICAS	17
		<b>TOTAL</b>		<b>280</b>

**3.3.7.2**  
**Actividades finales**

En las actividades finales hospitalarias (Tabla 40), se evidencia un porcentaje de ocupación bajo (55,9%), una mortalidad de 1,4 días estada de 5,6; intervalo de giro de

%;	<b>RAYOS X</b>	RADIOGRAFIAS	5086
		FLUROSCOPIAS	
		DENTALES	
		RADIOTERAPIA PROFUNDA	
<b>TOTAL</b>		<b>5086</b>	

4,4.

<b>OTRAS PRUEBAS DE DIAGNOSTICO</b>	ELECTROENCEFALOGRAMAS	
	ELECTROCARDIOGRAMAS	48
	METABOLISMO BASAL	
	OTR.PRUEBAS ECOGRAFIA.	500
<b>TOTAL</b>		<b>048</b>

<b>FARMACIA</b>	RECETAS DESPACHADAS	2960
-----------------	---------------------	------

<b>FISIOTERAPIA</b>	ELECTROTERAPIA	0979
	COMPRESAS QUIMICAS	016
	EJERCICIOS TERAPEUTICOS	2642
	PARAFINA	408
<b>TOTAL</b>		<b>4045</b>

**Tabla No 3-40**  
**INDICADORES BASICOS FINALES HOSPITALARIOS**

<b>INTERNACION</b>	<b>SECC. AG</b>	<b>MEDI INTER</b>	<b>CIRUGIA</b>	<b>PEDIATRIA</b>	<b>GINECO O</b>	<b>NEONATO</b>	<b>TRAUMAT</b>	<b>TERAPIA</b>
<b>A L T A S</b>	9767	1642	1245	1584	4410	337	534	15
defunción	- 48 HR.	122	42	18	10	4	37	8
	+ 48 HR	147	81	24	10	9	3	20
<b>TOTAL</b>	269	123	42	20	4	46	6	28
<b>T O T A L</b>	10036	1765	1287	1604	4414	383	540	43
<b>T. Días estada</b>	55944	12739	10967	9871	12654	3620	5323	770
<b>T.Días paciente</b>	55453	12628	11189	9995	11914	3502	5301	924
<b>T.Cama.disponibles</b>	99160	24402	16040	15291	22065	5587	14671	1104
Giro de Camas	37.0	26.5	29.4	38.4	73.2	55.1	13.5	14.3
Intervalo de Giro	4.4	6.7	3.8	3.3	2.3	5.4	17.4	4.2
x días paciente	151.9	34.5	30.6	27.3	32.6	9.6	14.5	2.5
<b>% de ocupación</b>	55.9	51.7	69.8	65.4	54	62.7	36.1	83.7
<b>X Días de Estada</b>	5.6	7.2	8.5	6.2	2.9	9.5	9.9	17.9
<b>x Día cam.disp</b>	271.7	66.7	43.8	41.8	60.3	15.3	40.1	3
<b>X diario egresos</b>	27.5	4.8	3.5	4.4	12.1	1	1.5	0.1
<b>Mortalid + 48h</b>	1.5	4.6	1.9	0.6	0	2.3	0.6	46.5
<b>DOTA.N.CAMAS</b>	<b>297</b>	77	50	45	66	14	42	3

Fuente: Informe anual de productividad del Departamento de Estadística y Registros médicos del HPDA  
 Elaborado: Opilio Córdova



Las principales intervenciones quirúrgicas en el año 2004 (Tabla Nº 3-41, Grafico Nº 20), determinan que las cesáreas ocupan un 33 %, seguidos de los legrados por abortos y salpingotomías, evidenciándose que se atiende más patología obstétrica.

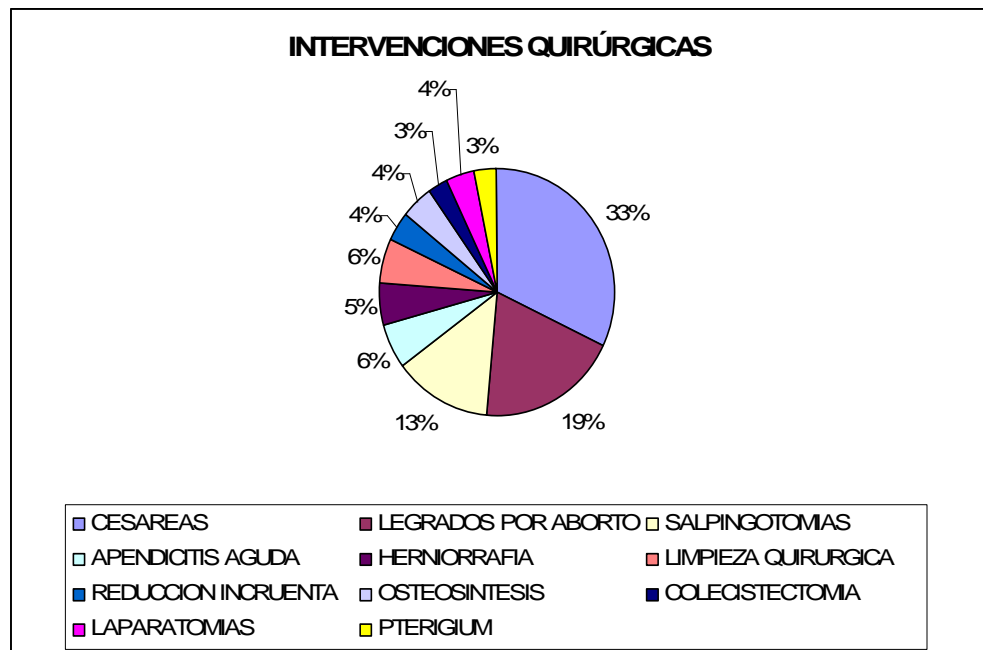
**Tabla Nº 3- 41**  
**PRINCIPALES INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS**

<b>OPERACIONES</b>	<b>TOTAL</b>
CESAREAS	788
LEGRADOS POR ABORTO	477
SALPINGOTOMIAS	325
APENDICITIS AGUDA	146
HERNIORRAFIA	132
LIMPIEZA QUIRURGICA	144
REDUCCION INCRUENTA	98
OSTEOSINTESIS	109
COLECISTECTOMIA	68
LAPARATOMIAS	96
PTERIGIUM	73

Fuente: Informe anual de productividad del Departamento de Estadística y Registros médicos del HPDA

Elaborado: Opilio Córdova

**Grafico No 20**  
**INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS**



Fuente: Informe anual de productividad del Departamento de Estadística y Registros médicos del HPDA  
 Elaborado: Opilio Córdova

**Número de consulta medicas:** en el primer semestre del año 2.003 se atendió 21.109 consultas médicas con 5.550 horas 2.457 días laborados un promedio de 3.8 pacientes por hora y un promedio de atención de 8.6 pacientes diarios.

**Número de consultas médicas** atendidas en el primer semestre del año 2.004 fueron 20.573 consultas con 5.253 horas 2.309 días laborados un promedio de 3.9 pacientes por hora y un promedio de atención de 8.9 pacientes diarios.

La producción del primer semestre del año 2.003 fue superior con 536 consultas médicas.

**Número de consultas obstétricas:** en el primer semestre del año 2.003 se dieron 2.769 consultas obstétricas con 789 horas en consulta y 269 días laborables con un promedio de 3.5 y un promedio de atención diaria de 10.3.

En el primer semestre del año 2.004 3.178 consultas obstétricas con 884 horas en consulta y 277 días laborables con un promedio de 3.6 y un promedio de atención diaria de 11.5 con un incremento de 409 consultas obstétricas.

**Número de emergencias:** en el primer semestre del año 2.003 se dio 12.418.

El número de emergencias en el primer semestre del año 2.004 fueron 13.395 consultas, en este semestre ha superado al anterior con 977 consultas en emergencia.<sup>52</sup>

Las primeras causas de morbilidad hospitalaria son las neumonías e infección de vías respiratorias, seguidas de gastroenteritis, deshidratación, y trauma cráneo encefálico (Tabla № 3-42).

Tabla № 3-42  
 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITALARIA

CAUSAS	No. DE CASOS
NEUMONIA	728
INFECC. RESPI.VIAS AGUDAS	631
GASTROENTERITIS	469
DESHIDRATAACION	291
TRAUMA INTRACRANEAL	208
DIABETES MELLITUS	177
APENDICITIS	139
HIPERTENSION ARTERIAL	92
COLELITIASIS-COLECISTITIS	82
SINDR.DIFICULTAD RESPIRATORIA	44
<b>LAS DEMAS</b>	3696
<b>PARTOS</b>	3002
<b>ABORTOS</b>	477
<b>TOTAL</b>	<b>10036</b>

Fuente: Informe anual de productividad del Departamento de Estadística y Registros médicos del HPDA

Elaborado: Opilio Córdova

<sup>52</sup> Informes del Departamento de Estadística del HPDA (Garantía de la calidad). 2004.

Las principales causas de mortalidad hospitalaria son septicemia, neumonía, trauma cráneo encefálico y diabetes mellitas (Tabla № 3-43).

**Tabla № 3-43**  
**PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD HOSPITALARIA**

CAUSAS	No. DE CASOS
SEPTICEMIA	2
NEUMONIA	2
TRAUMA INTRACRANEAL	0
DIABETES MELLITUS	0
ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR	
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	
SANGRADO DIGESTIVO ALTO	
CIRROIS HEPATICA	
ALCOHOLISMO	
ABDOMEN AGUDO	
LAS DEMAS	4
<b>TOTAL DE DEFUNCIONES</b>	<b>49</b>

Fuente: Informe anual de productividad del Departamento de Estadística y Registros médicos del HPDA

Elaborado: Opilio Córdova

Como se puede observar, la neumonía e infecciones respiratorias agudas se han mantenido durante estos dos últimos años como las primeras causas de morbilidad hospitalaria, debido posiblemente a la influencia ambiental originada por la ceniza volcánica y también debido a que la población ha tomado mayor conciencia, por lo que acude en forma masiva a la unidad operativa, para su tratamiento y control.

Por otro lado, el trauma intracraneal se ubica como la quinta causa de morbilidad y segunda de mortalidad, considerando el incremento de la violencia, accidentes de tránsito e inseguridad, que tiene incidencia no solamente en el Hospital sino también a nivel nacional y mundial. Siendo esto un justificativo para contar con un Tomógrafo Axial computarizado por cuanto es el elemento de diagnóstico fundamental para este tipo de patología, para la toma de decisiones quirúrgicas inmediatas y la disminución de secuelas de tipo neurológico.

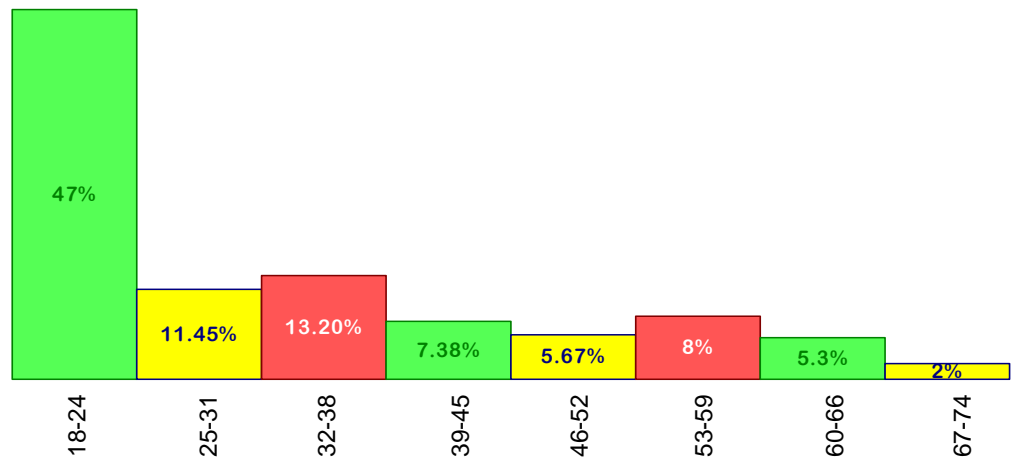
Dentro de los trastornos metabólicos, la diabetes mellitas ocupa el sexto lugar de morbilidad y el tercero de mortalidad, lo que ha obligado a que el hospital convoque a un médico endocrinólogo para la institución en calidad de médico tratante.

### **3.3.8 CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNIDAD.**

No se tiene datos, sobre modificaciones del impacto en el riesgo de enfermar y morir en la comunidad, pero es indudable, que se ha incrementado las patologías las patologías cardiovasculares, por arteriosclerosis y aquellas ocasionadas de trauma por accidentes de tránsito y violencia.

Cabe mencionar que a pesar de que está catalogado como un Hospital General, se reciben muchos pacientes de las provincias aledañas del centro del país.

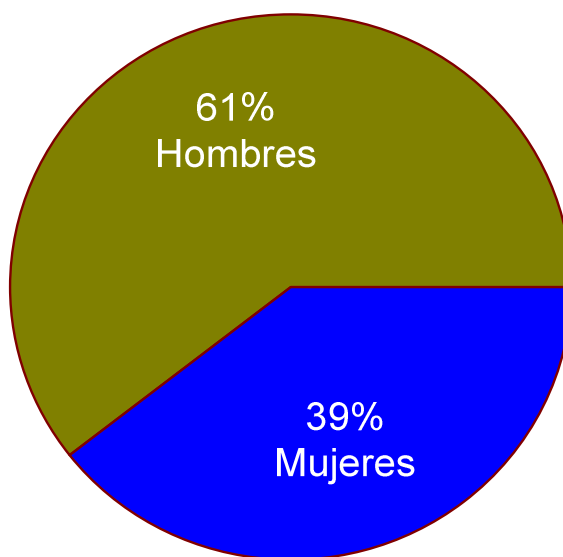
En cuanto a la actitud de los usuarios de los servicios, luego de realizar una encuesta, en su mayoría los usuarios que acuden al Hospital Provincial Docente Ambato al servicio de Consulta Externa de Cirugía son de sexo masculino con 61 %, y de sexo femenino con un 39% ,sus edades oscilan entre 18 y 74 años pero con mas frecuencia de 18 a 24 años ,en las últimas dos semanas su ocupación es informal con un 61,90% y quehaceres Domésticos con un 16.66%,y otros con un 21,44%, han cursado con un 47 % por la primaria en menor porcentaje por la secundaria y en mínimo porcentaje por el nivel superior(Grafico №21 a 24).

**GRAFICO Nº 21****Edad de los usuarios que acuden al servicio de Consulta Externa (cirugía) del Hospital Provincial Docente Ambato Año 2004****ELABORADO POR:** Córdova Opilio

López Yolanda

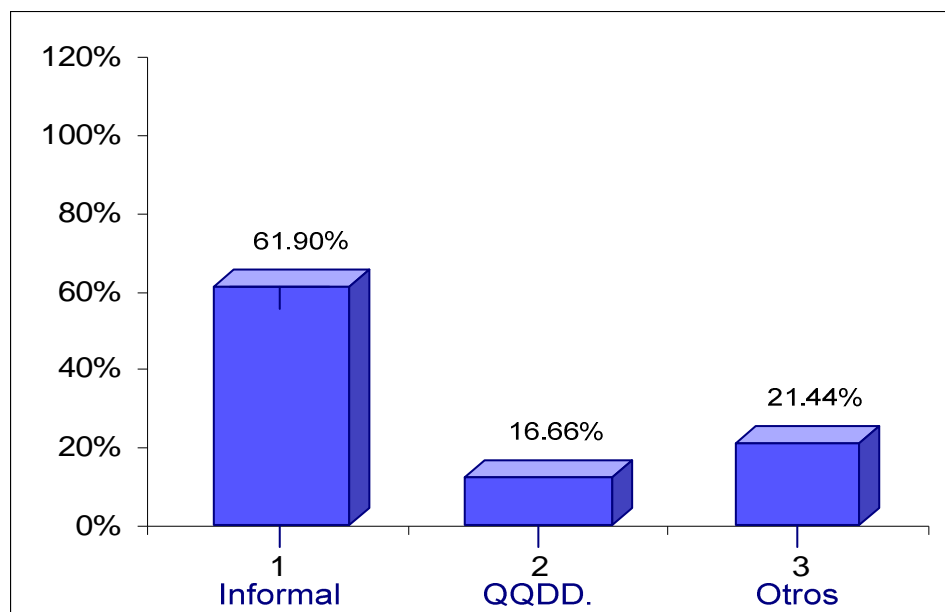
**FUENTE:** Encuestas realizadas a usuarios que acuden al servicio de Consulta Externa del Hospital Provincial Docente Ambato.

**GRAFICO Nº 22**  
**Sexo de los usuarios que acuden al servicio de Consulta Externa (Cirugía) del Hospital Provincial Docente Ambato Año 2004.**



**ELABORADO POR:** Córdova Opilio  
López Yolanda

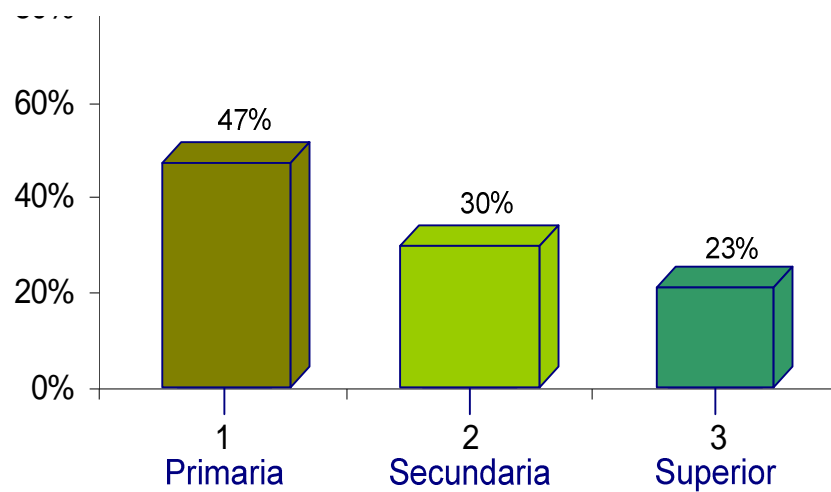
**FUENTE:** Encuestas realizadas a usuarios que acuden al servicio de Consulta Externa del Hospital Provincial Docente Ambato

**GRAFICO Nº 23****Ocupación de los usuarios que acuden al servicio de Consulta Externa del Hospital Provincial Docente Ambato Año 2004****ELABORADO POR:** Córdova Opilio

López Yolanda

**FUENTE:** Encuestas realizadas a usuarios que acuden al servicio de Consulta Externa del Hospital Provincial Docente Ambato



**GRAFICO Nº 24****Nivel de instrucción de los usuarios que acuden al servicio de  
Consulta Externa del hospital Provincial Docente Ambato Año 2004**

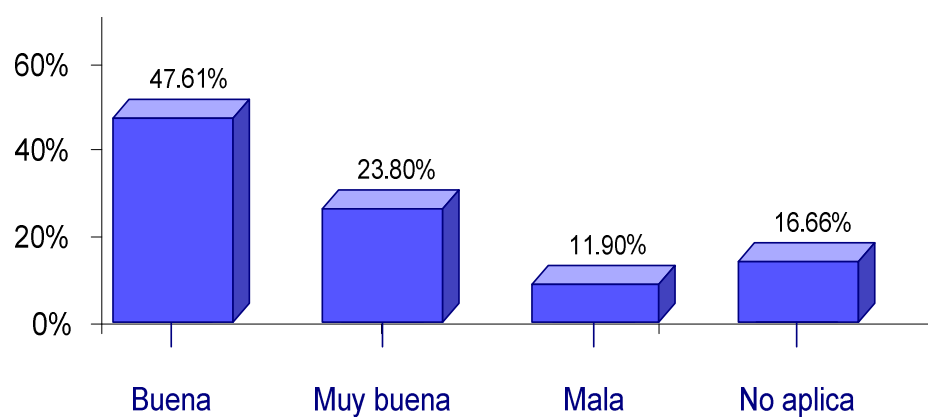
**ELABORADO POR:** Córdova Opilio

López Yolanda

**FUENTE:** Encuestas realizadas a usuarios que acuden al servicio de Consulta Externa del Hospital Provincial Docente Ambato

En cuanto a servicios de salud tenemos que los tiempos de espera para la atención es buena con un 47,61 % muy buena con un 23,80% y mala con un 11,90% y no aplica 16,66% (Grafico Nº25).

**GRAFICO Nº 25**  
**Tiempos de Espera para consulta Médica por parte de los**  
**usuarios que acuden al Hospital Provincial Docente Ambato**  
**Año2004**

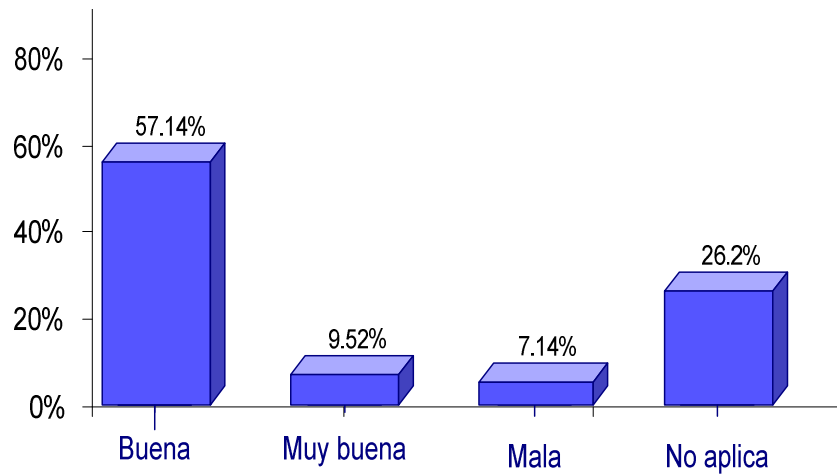


ELABORADO POR: Córdova Opilio  
 López Yolanda

**FUENTE:** Encuestas realizadas a usuarios que acuden al servicio de Consulta Externa del Hospital Provincial Docente Ambato

Al valorar espacios físicos e instalaciones los usuarios la catalogan como buena en 57,14 % muy buena con un 9,52% y mala con 7.14 %, y no aplica el 26.2 %. Con un equipamiento e instrumental médico catalogado como bueno con un 45.23% y en mínimo porcentaje malo. Al evaluar los insumos y medicamentos existentes bueno con un 61.90% en menor porcentaje muy bueno y en mínimo porcentaje malo (grafico Nº 26 a 28).

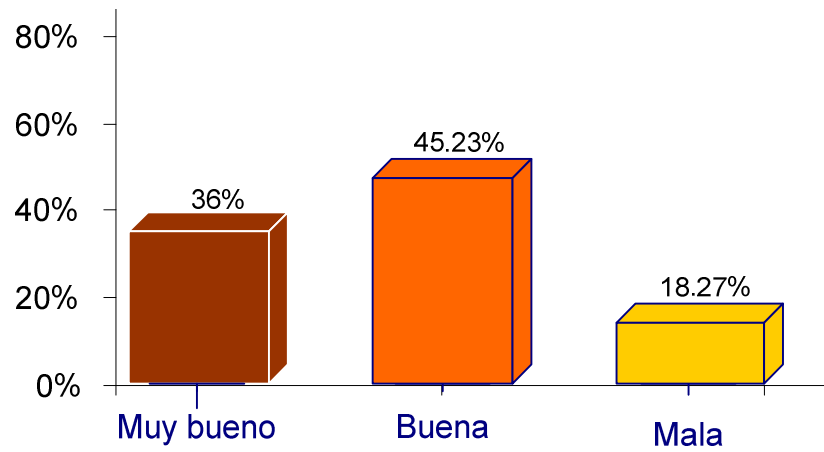
**GRAFICO Nº 26**  
**Espacio Físico e instalaciones del Hospital Provincial Docente**  
**Ambato adecuado o no para los usuarios año 2004**



**ELABORADO POR:** Córdova Opilio  
López Yolanda

**FUENTE:** Encuestas realizadas a usuarios que acuden al servicio de Consulta Externa del Hospital  
Provincial Docente Ambato

**Grafico Nº 27**  
**Equipamiento e instrumental Medico del Hospital Provincial**  
**Docente Ambato año 2004**

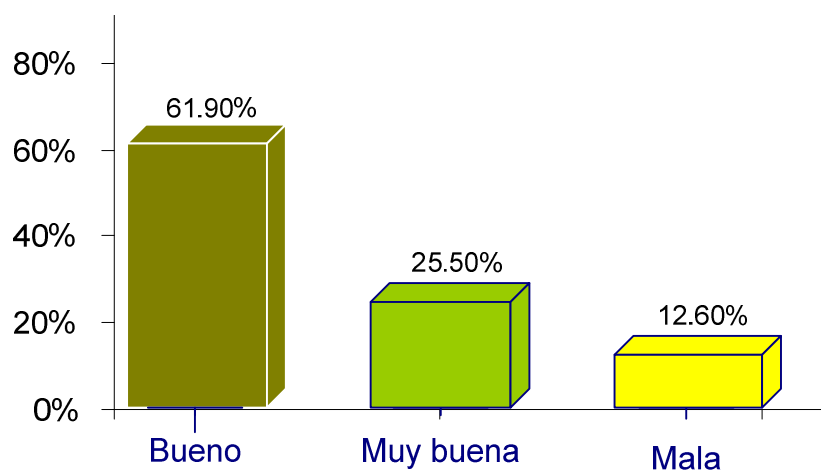


**ELABORADO POR:** Córdova Opilio

López Yolanda

**FUENTE:** Encuestas realizadas a usuarios que acuden al servicio de Consulta Externa del Hospital Provincial Docente Ambato

**GRAFICO Nº 28**  
**Equipamiento e instrumental medico del Hospital Provincial**  
**Docente Ambato Año 2005.**

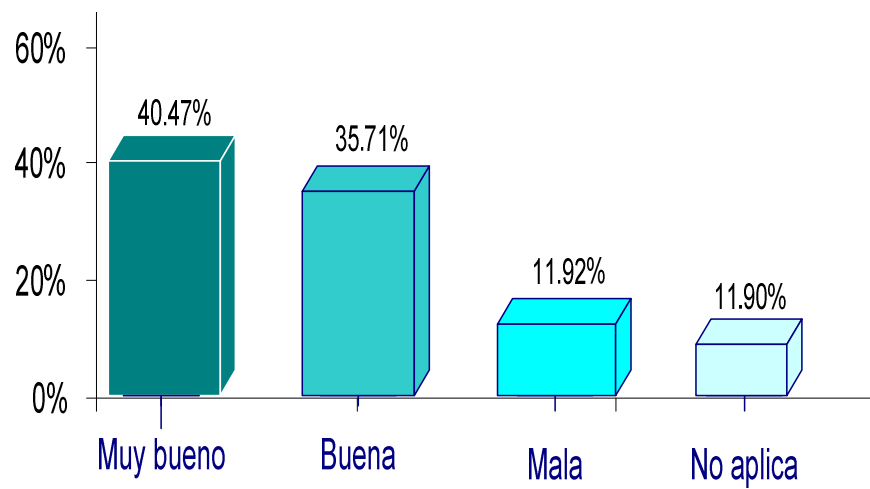


**ELABORADO POR:** Córdova Opilio  
López Yolanda

**FUENTE:** Encuestas realizadas a usuarios que acuden al servicio de Consulta Externa del Hospital Provincial Docente Ambato

Dentro del funcionamiento de la Farmacia los usuarios la catalogan como muy buena con un 40,47 % en menor porcentaje como buena con un 35,71% y en mínimo porcentaje mala y no aplica con un 11.90%. Al asistir al laboratorio su atención buena y muy buena con un porcentaje de 45 y 30 % respectivamente en mínimo porcentaje mala y no aplica (grafico Nº 29-30).

**GRAFICO Nº 29**  
**Insumos y Medicamentos existentes en el Hospital Provincial**  
**Docente Ambato año 2004**

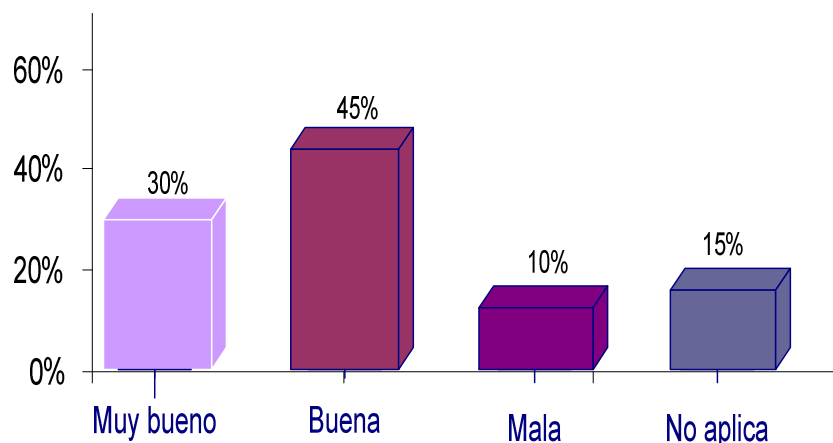


**ELABORADO POR:** Córdova Opilio

López Yolanda

**FUENTE:** Encuestas realizadas a usuarios que acuden al servicio de Consulta Externa del Hospital Provincial Docente Ambato

**GRAFICO Nº 30**  
**Atención de Laboratorio del Hospital Provincial Docente**  
**Ambato año 2004**



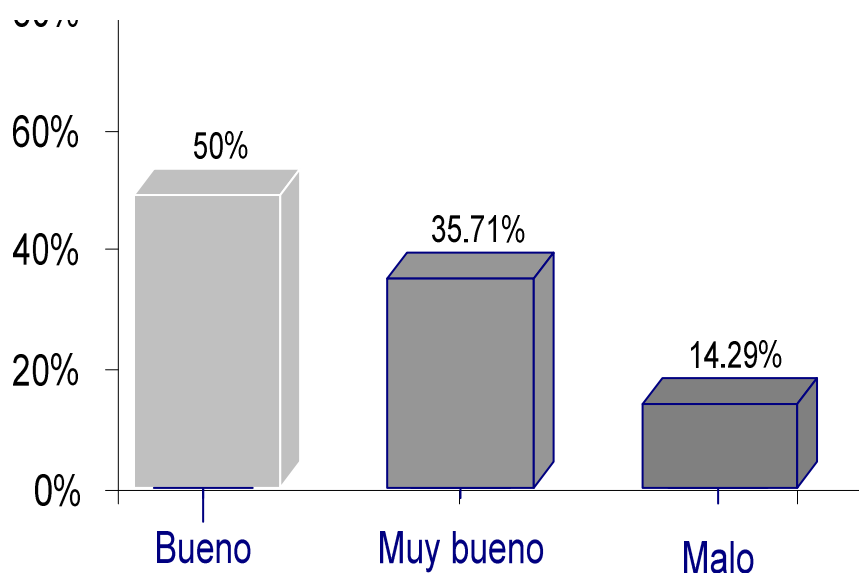
**ELABORADO POR:** Córdova Opilio

López Yolanda

**FUENTE:** Encuestas realizadas a usuarios que acuden al servicio de Consulta Externa del Hospital Provincial Docente Ambato

Al evaluar la limpieza del servicio de consulta externa es buena con 50 % en menor porcentaje muy buena con 35.71% y en mínimo porcentaje mala (grafico Nº 31).

**GRAFICO Nº 31**  
**Higiene del servicio de Consulta Externa del Hospital Provincial**  
**Docente Ambato año 2004**



**ELABORADO POR:** Córdova Opilio

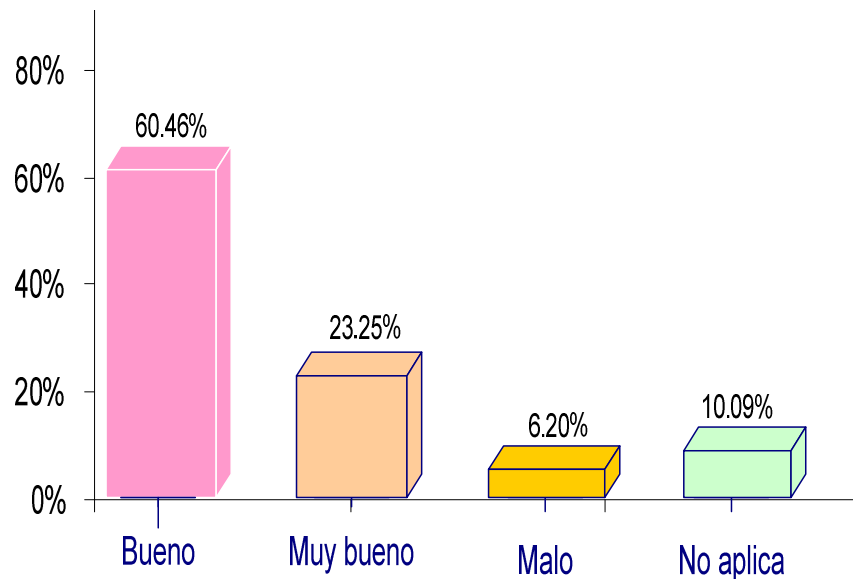
López Yolanda

**FUENTE:** Encuestas realizadas a usuarios que acuden al servicio de Consulta Externa del Hospital Provincial Docente Ambato

Dentro de las instalaciones eléctricas de consulta externa es buena con 60,46% con un 23,25 % muy buena y en menor porcentaje mala y no aplica (grafico Nº 32).



**GRAFICO Nº 32**  
**Instalaciones eléctricas del servicio de consulta Externa del**  
**Hospital Provincial Docente Ambato año 2004**

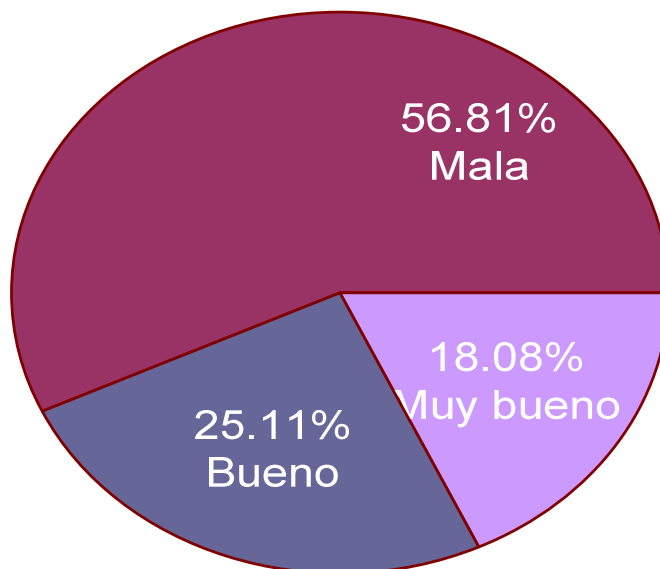


**ELABORADO POR:** Córdova Opilio  
López Yolanda

**FUENTE:** Encuestas realizadas a usuarios que acuden al servicio de Consulta Externa del Hospital  
Provincial Docente Ambato

Las instalaciones sanitarias es degradante su respuesta ya que con un 56,81% es malo en menores porcentajes buenos y muy buenos (grafico Nº 33).

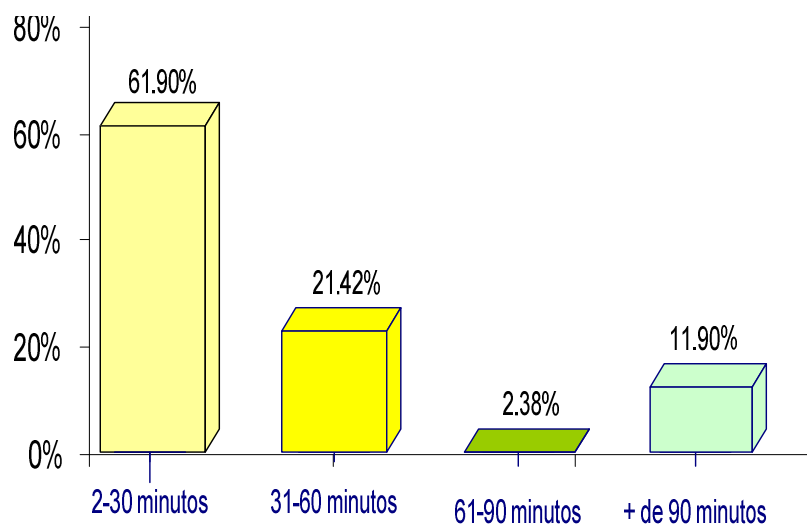
**GRAFICO Nº 33**  
**Instalaciones Sanitarias del Hospital Provincial Docente**  
**Ambato año 2004**



**ELABORADO POR:** Córdova Opilio  
López Yolanda

**FUENTE:** Encuestas realizadas a usuarios que acuden al servicio de Consulta Externa del Hospital Provincial Docente Ambato

En cuanto a tiempos de espera para recibir la historia clínica de 2 a 30 minutos con un 61,90% de 31 a 60 minutos con 21,42% de 61 a 90 minutos con 2,38% y mas de 91 minutos 11,90% (grafico Nº 34).

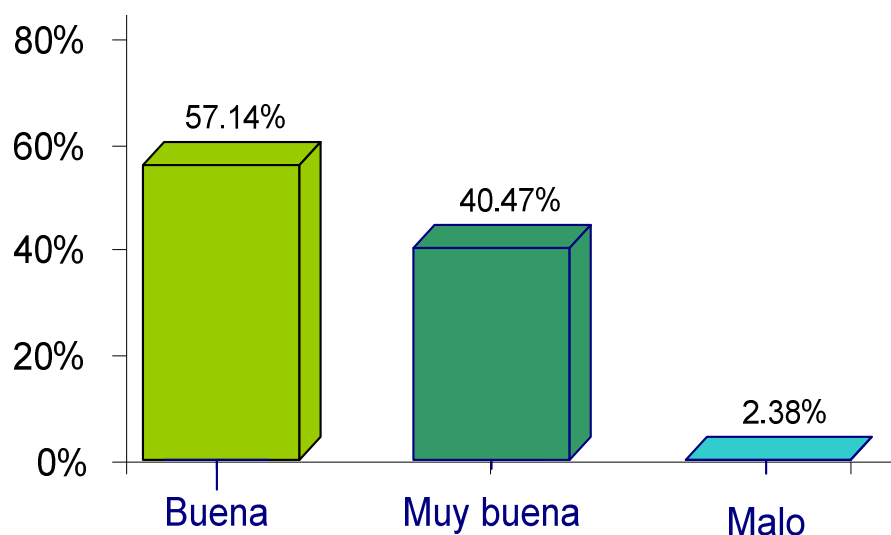
**GRAFICO Nº 34****Tiempos de espera para recibir la Historia Clínica en el servicio de estadística del Hospital Provincial Docente Ambato año 2004**

**ELABORADO POR:** Córdova Opilio  
López Yolanda

**FUENTE:** Encuestas realizadas a usuarios que acuden al servicio de Consulta Externa del Hospital Provincial Docente Ambato

Al evaluar el aspecto técnico la atención en general es buena con un 57,14 % muy buena con un 40,47% y mala con un 2,38% (grafico Nº 35).

**GRAFICO Nº 35**  
**Aspecto Técnico en la atención General del Hospital Provincial**  
**Docente Ambato año 2004**

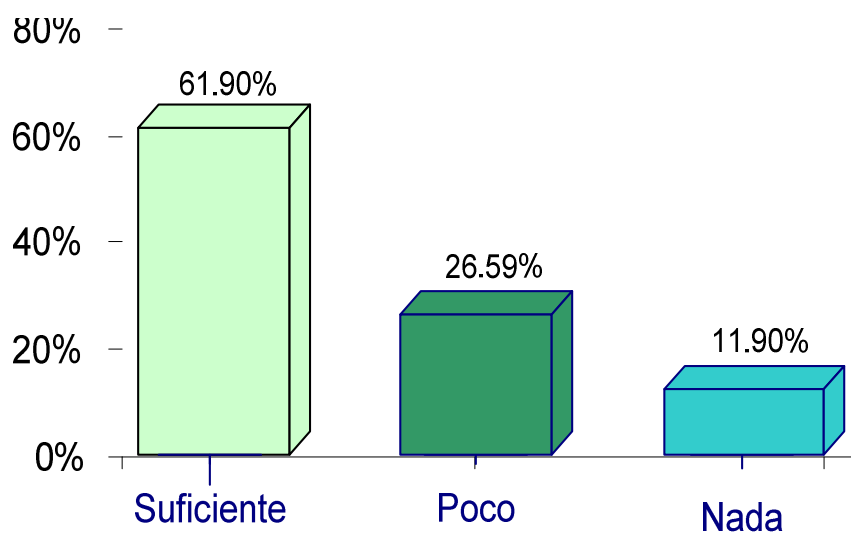


**ELABORADO POR:** Córdova Opilio  
López Yolanda

**FUENTE:** Encuestas realizadas a usuarios que acuden al servicio de Consulta Externa del Hospital Provincial Docente Ambato

En las explicaciones medicas son suficientes en un 61.90% poco con un 26,59% y ninguna con un 11.90% (grafico Nº 36).

**GRAFICO Nº 36**  
**Explicaciones medicas a los usuarios que acuden al Hospital**  
**Provincial Docente Ambato año 2004**

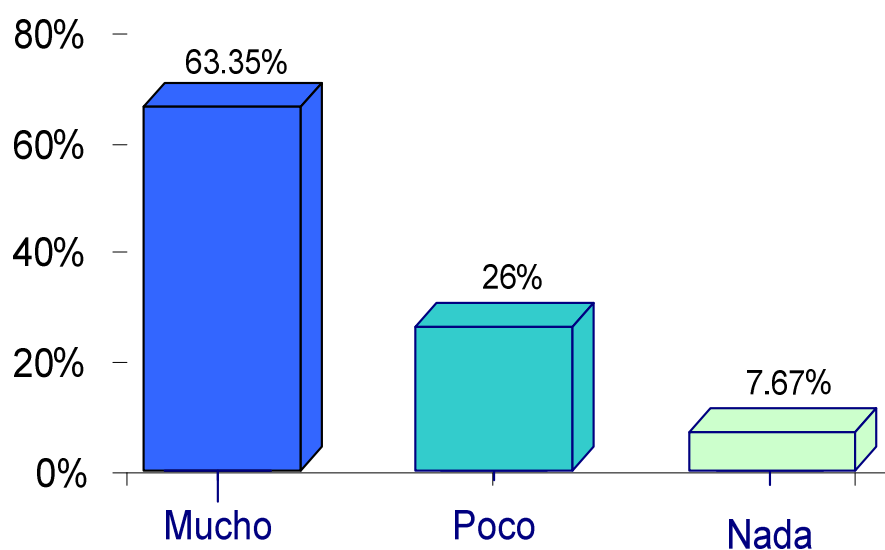


**ELABORADO POR:** Córdova Opilio  
López Yolanda

**FUENTE:** Encuestas realizadas a usuarios que acuden al servicio de Consulta Externa del Hospital Provincial Docente Ambato

El usuario tiene mucha confianza en médicos y equipo multidisciplinario con mucha un 63,33%, poca 26% y 7.67 % respectivamente en menor porcentaje poco o nada (grafico Nº 37).

**GRAFICO Nº 37**  
**Nivel de confianza en el equipo de salud del Hospital Provincial**  
**Docente Ambato año 2004**

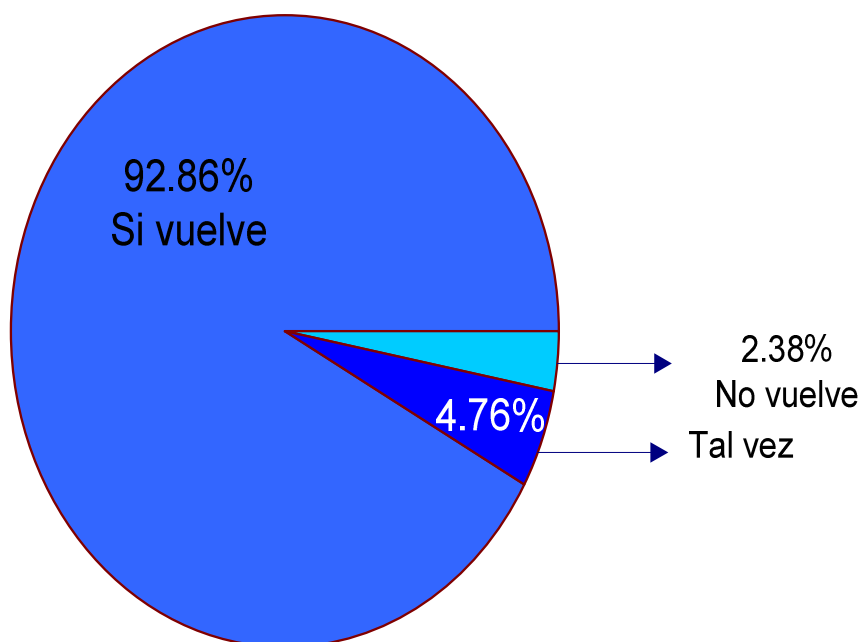


**ELABORADO POR:** Córdova Opilio  
López Yolanda

**FUENTE:** Encuestas realizadas a usuarios que acuden al servicio de Consulta Externa del Hospital Provincial Docente Ambato

Al consultarle si volverá en caso necesario su respuesta es si con un 92,85% y no con un 2,38% y talvez con un 4.76 % (grafico Nº 38).

**GRAFICO Nº 38**  
**Retorno a consultas subsecuentes al Hospital Provincial**  
**Docente Ambato año 2004**

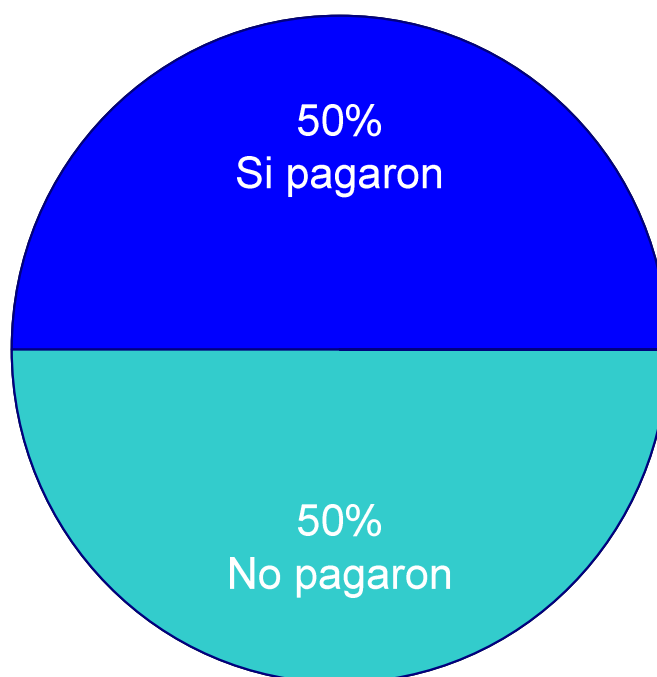


**ELABORADO POR:** Córdova Opilio  
López Yolanda

**FUENTE:** Encuestas realizadas a usuarios que acuden al servicio de Consulta Externa del Hospital Provincial Docente Ambato

Al evaluar Gastos en salud en un 50 % si pagan por la atención y en el otro 50% no pagaron la atención estos rubros son por pago por Consulta Externa, Laboratorio y derechos de cirugía (Grafico Nº 39)

**GRAFICO Nº 39**  
**Gastos en Salud (atención en consulta laboratorio y derechos de Cirugía) de los usuarios que acuden al Hospital Provincial Docente Ambato año 2004.**



**ELABORADO POR:** Córdova Opilio

López Yolanda

**FUENTE:** Encuestas realizadas a usuarios que acuden al servicio de Consulta Externa del Hospital Provincial Docente Ambato

En el trato al usuario: médico, enfermería, estadística, auxiliares y limpieza, no logran superar el 62 % y están entre excelente y bueno (Tabla Nº 3-44 y grafico Nº 40).



**Tabla № 3-44**  
**TRATO AL USUARIO EXTERNO**

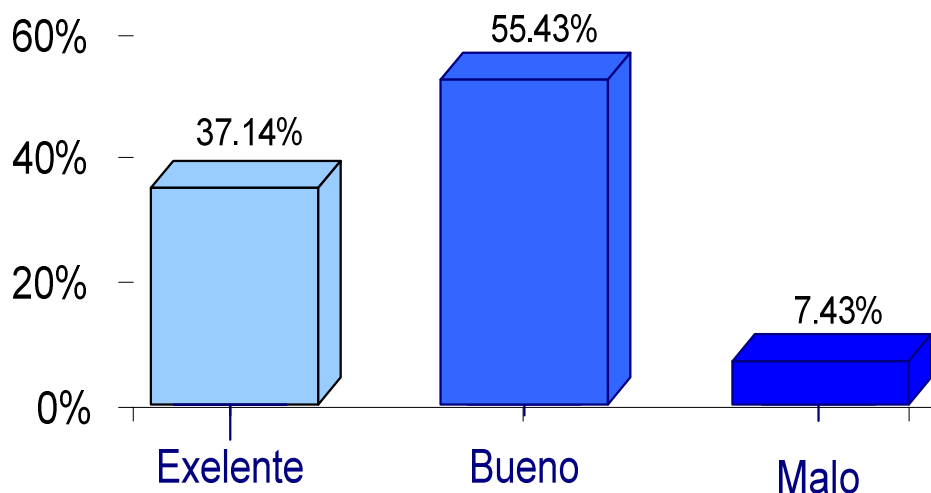
	Médico	Enfermería	Estadística	Auxiliares	Limpieza
<b>Excelente</b>	50%	61,9%	16,66%	28,57%	28,57%
<b>Bueno</b>	47,6%	37,71%	73,8%	59,52%	59,52%
<b>Malo</b>	2,38%	2,38%	9,52%	11,9%	11,9%

Fuente: Datos de encuestas de satisfacción

Elaborado : Opilio Córdova

**GRAFICO Nº 40**

**Atención del personal de Salud hacia el usuario que acude al Hospital Provincial Docente Ambato**



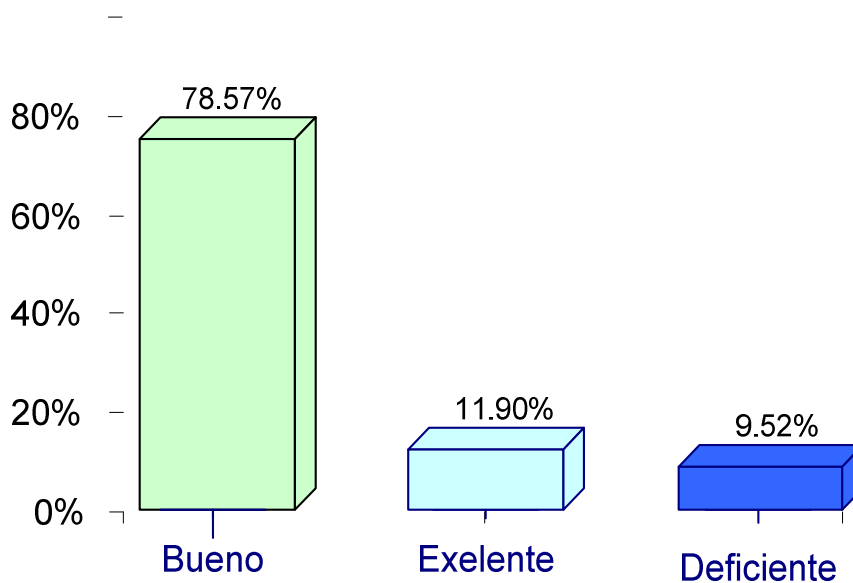
**FUENTE:** Encuestas realizadas a usuarios que acuden al servicio de Consulta Externa e internación del Hospital Provincial Docente Ambato

**ELABORADO POR:** Córdova Opilio

López Yolanda

Al encuestar a pacientes hospitalizados y evaluar las instalaciones de las habitaciones el resultado es bueno con un 78,57%, excelente con un 11,90%, y deficiente 9,52% (grafico Nº 41).

**GRAFICO Nº 41**  
**Instalaciones de las habitaciones del Hospital Provincial**  
**Docente Ambato año 2004**



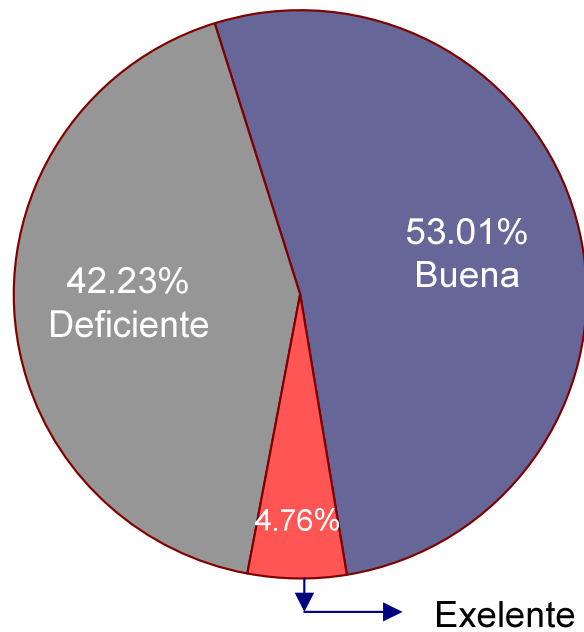
**ELABORADO POR:** Córdova Opilio

López Yolanda

**FUENTE:** Encuestas realizadas a usuarios que acuden al servicio de Consulta Externa e internación del Hospital Provincial Docente Ambato

En la disponibilidad de Ropa, su respuesta es buena con un 50% deficiente con un 42,23% y excelente con un 4,76%(grafico Nº 42).

**GRAFICO Nº 42**  
**Disponibilidad de ropa en el servicio de Hospitalización del**  
**Hospital Provincial Docente Ambato año2004**

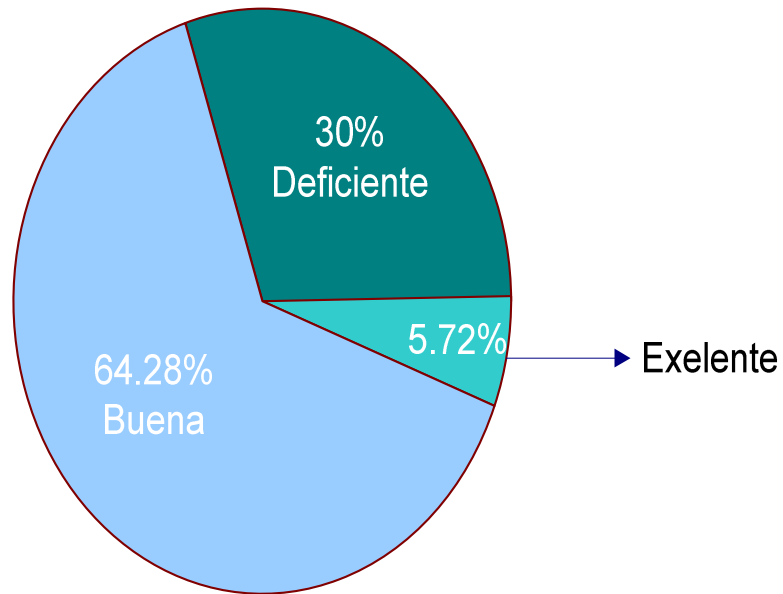


**ELABORADO POR:** Córdova Opilio  
López Yolanda

**FUENTE:** Encuestas realizadas a usuarios que acuden al servicio de Consulta Externa e internación del Hospital Provincial Docente Ambato

Al evaluar la limpieza de las habitaciones es buena con 64,28% en menor porcentaje es excelente y deficiente (grafico Nº 43).

**GRAFICO Nº 43**  
**Limpieza de las habitaciones del servicio de cirugía del Hospital**  
**Provincial Docente Ambato año 2004**



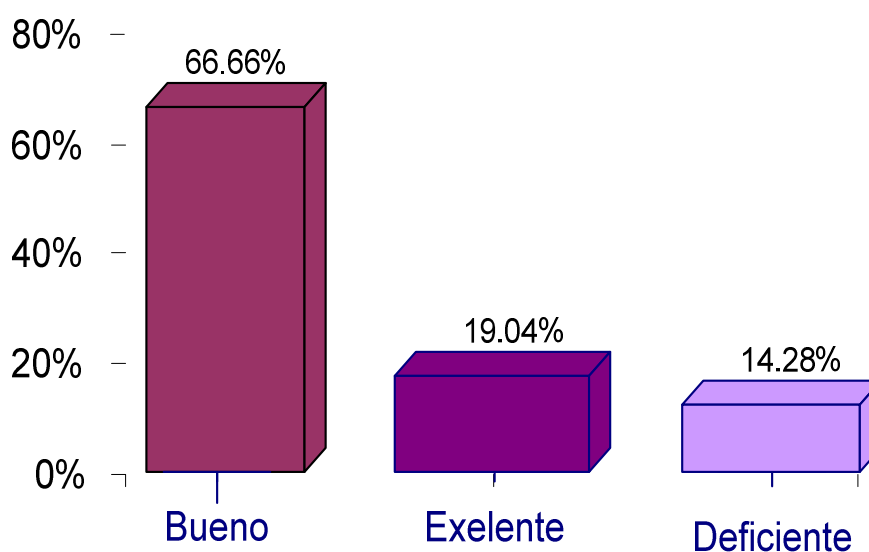
**ELABORADO POR:** Córdova Opilio

López Yolanda

**FUENTE:** Encuestas realizadas a usuarios que acuden al servicio de Consulta Externa e internación del Hospital Provincial Docente Ambato

El horario de alimentación es bueno 66,66%, excelente 19,04% y deficiente un 14,28 % respectivamente (grafico Nº 44).

**GRAFICO Nº 44**  
**Horario de de ración alimentaría a los usuarios del servicio de**  
**cirugía (hospitalización) del Hospital Provincial Docente Ambato año**  
**2004**



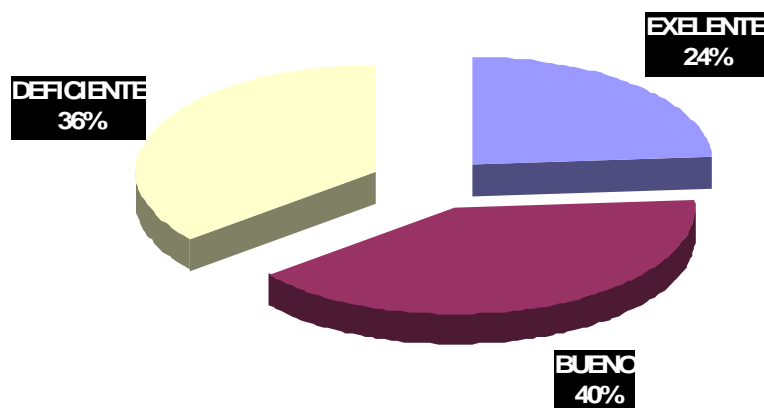
ELABORADO POR: Córdova Opilio

López Yolanda

FUENTE: Encuestas realizadas a usuarios que acuden al servicio de Consulta Externa e internación del Hospital Provincial Docente Ambato

En la calidad y cantidad es buena con 40,47%, excelente con un 23,80% y deficiente 35,712% (grafico Nº 45).

**GRAFICO Nº 45**  
**La calidad de la alimentación en Hospitalización del Hospital**  
**Provincial Docente Ambato**  
**2004**



ELABORADO POR: Córdova Opilio  
 López Yolanda

FUENTE: Encuestas realizadas a usuarios que acuden al servicio de Consulta Externa e internación del Hospital Provincial Docente Ambato

Los principales problemas que aquejan a la Institución y que mantiene en constante incertidumbre al personal son las malas relaciones humanas y la falta de comunicación, pues siendo un número considerable de empleados y trabajadores, no se ha implementado un sistema de información que mantenga comunicado al personal entre sí y conozca lo que en conjunto hace la Institución, sus logros, y el papel fundamental que cada funcionario juega dentro de la misma, fomentando así una cultura organizacional y sobre todo el trabajo en equipo. Además no existe un programa de capacitación continua, el Reglamento Interno no se ajusta a los requerimientos actuales, no existe difusión de normas, funciones y procedimientos ni orientación por parte del Departamento de Recursos Humanos al Personal nuevo. Si a ello se suma la ausencia de liderazgo

debida a la alta rotación de Directores originada en la designación política, se tiene como resultado una inconsistencia en la dirección, con un efecto desmoralizador sobre los empleados y baja eficiencia en periodos de transición.

Como consecuencia de lo anteriormente anotado, se tiene además una deficiente atención al usuario, falta de colaboración entre compañeros y de trabajo en equipo.

Existe un proceso inadecuado de compra – venta de insumos, medicinas y suministros, lo cual trae como consecuencia periodos en los que no existe todo lo necesario para la atención a los pacientes. El personal en general, no está debidamente capacitado para proporcionar un trato adecuado a los clientes tanto internos como externos y carece de conocimientos sólidos sobre sus funciones.

Por otro lado, en los últimos años, la Institución ha tenido que enfrentar varios casos de supuesta mala práctica médica, lo cual ha disminuida la credibilidad de los clientes, decayendo considerablemente la afluencia de pacientes, ubicando su porcentaje ocupacional por debajo del 50%.

### **3.3.9 RECURSOS FISICOS**

El Hospital Provincial General Docente de Ambato, es uno de los cinco Hospitales más grandes del país, con una dotación de 385 camas, cuya fecha de fundación y apertura es en junio del año 1.965.

La unidad operativa tiene la particularidad de contar con dos secciones, pacientes agudos y pacientes crónicos, siendo su distribución la siguiente:

- 297 camas disponibles para pacientes Agudos
- 88 camas disponibles para pacientes Crónicos

Por su ubicación geográfica estratégica, el Hospital Provincial Ambato, tiene una área de influencia que abarca la provincia de Tungurahua, así como también la zona central del país, conformada por las provincias de Bolívar, Chimborazo y Cotopaxi, por lo tanto los beneficiarios corresponden a la población de la provincia, que de conformidad con el último censo poblacional es de 441.034 habitantes.

Las camas están distribuidas de la siguiente manera:

**Sección agudos:**

• Medicina Interna	19,49%
• Cirugía	12,66%
• Traumatología	10,63%
• Ginecoobstetricia	16,70%
• Pediatría	11,39%
• Neonatología	3,54%
• Cuidados Intensivos	0,76%
• Recuperación	1,52%
• Emergencia	1,01%

**Sección crónica:**

• Neumología	4,56%
• Geriatría	17,72%

En sección agudos la producción demuestra un porcentaje de ocupación del 56%, días estada de 5,6%, mortalidad más de 48 horas del 1,5%, con un intervalo de giro de 4,4% (Tabla № 3-45).

En la sección de crónicos, el servicio de geriatría (Asilo de Ancianos) es en donde tienen más tiempo de estada y el mayor porcentaje de ocupación (Tabla № 3-46)



En consulta externa se dispone de 22 consultorios y funcionan 460 horas a la semana (Tabla Nº 3-47 y Grafico Nº 46), y son atendidos por médicos (especialistas), Odontólogos, Obstetrices y Psicólogos.

**Tabla Nº 3-45**  
**Producción de Hospitalización (Sección Agudos) del HPDA**  
**Total 2004**

INTERNACION		SECCION AGUDOS
<b>A L T A S</b>		9767
defuncio	.- 48 HR.	122
	+. 48 HR	147
<b>TOTAL</b>		269
<b>T O T A L</b>		10036
<b>T. Días estada</b>		55944
<b>T.Días paciente</b>		55453
<b>T.Cama.disponibles</b>		99160
Giro de Camas		37.0
Intervalo de Giro		4.4
<b>X días paciente</b>		151.9
<b>% de ocupación</b>		55.9
<b>X Días de Estada</b>		5.6
<b>X Día cam.disp</b>		271.7
<b>X diario egresos</b>		27.5
<b>Mortalid + 48h</b>		1.5
<b>DOTA.N.CAMAS</b>		<b>297</b>
INTERV. QUIRURGICAS		3833
ANESTESIAS		5163
<b>T. PARTOS</b>	NORMALES	1966
	COMPLICADOS	252
	CESAREAS	784
<b>TOTAL</b>		3002
ABORTOS		477
Emergencia		27506

**Fuente: Datos obtenidos del servicio de estadística del HPDA.**  
**Elaborado por: Opilio Córdova.**

**Tabla Nº 3-46**

**Producción de Hospitalización (Sección Crónicos) del HPDA**

**Total 2004**

INTERNACION		SEC. CRONICA	NEUMOLOGIA	GERIATRIA
<b>A L T A S</b>		20	20	0
Defunciones	.- 48 HR.	1	1	0
	.+ 48 HR	4	2	2
	<b>TOTAL</b>	5	3	2
<b>T O T A L</b>		25	23	2
T.Días estada		416	339	77
T.Días Pacien		21161	404	20737
T.Camas disk		31554	6545	25009
Giro de Cama		0.3	1.3	0
Interva de Giro		415.7	267	2136
X Diario día pte		57.8	1.1	56.7
<b>% Ocupación</b>		67.1	6.2	82.9
X Días de Esta		16.6	14.7	38.5
X Diario c. disp		86.2	17.9	68.3
X Diario Egreso		0.1	0.1	0
<b>Mortali + 48h</b>		16	8.7	100
<b>Dotaci. N. Cam</b>		89	19	70

**Fuente: Datos obtenidos del servicio de estadística del HPDA.  
 Elaborado por: Opilio Córdoba.**

**TABLA Nº 3-47**  
**Consultorios médicos existentes en el Hospital Provincial Docente Ambato**  
**año 2004.**

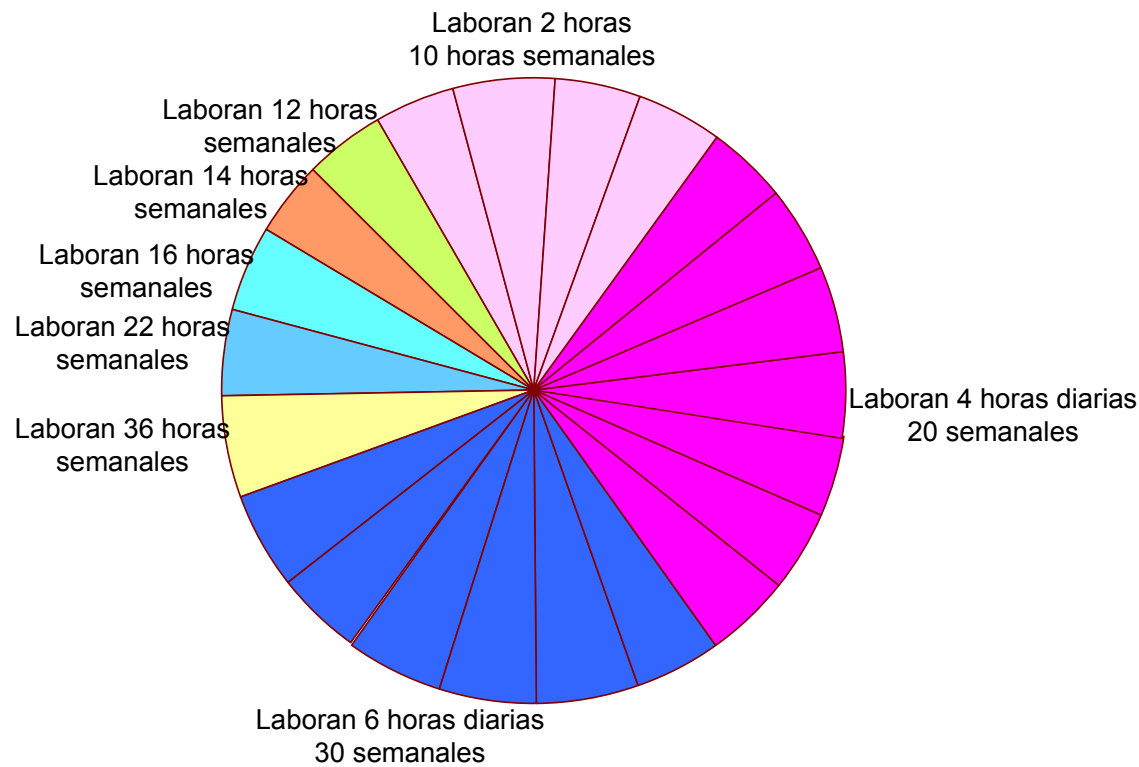
Consultorios	Número	Horas laboradas diarias	Horas laboradas por semana
Nº 7, 14, 15, 16, 20, 21. Fisiatría.	7	Lunes a Viernes 4	7x20= 140
Nº 9, 12, 13, 19, 27. Traumatología.	6	6	6x30= 180
Nº 17, 29, 30, 31.	4	2	4x10=40
Nº 10.	1	Lunes 3 Martes 2 Miércoles 3 Jueves 2 Viernes 2	12
Nº 24.	1	Lunes 4 Martes 6 Miércoles 2 Jueves 6 Viernes 4	22
Nº 25.	1	Lunes Martes } 8 Miércoles } Jueves Viernes 4	36
Nº 26.	1	Lunes 4 Martes 6 Jueves 4 Viernes 2	16
Nº 28.	1	Lunes 2 Martes 4 Miércoles 4 Jueves 4	14
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	-	<b>460</b>

**Fuente: Datos de Consulta Externa**

Elaborado por: Opilio Córdova.

Yolanda López.

**GRAFICO Nº 46**  
**Numero de consultorios médicos y horas de utilización del Hospital Provincial**  
**Docente Ambato Año 2004.**



**Fuente: Datos obtenidos del servicio de estadística del HPDA.**  
**Elaborado por: Opilio Córdova.**  
**Yolanda López.**

En el año se asignaron 10938 horas a consulta externa, con una producción de 3,9 pacientes la hora; las primeras consultas son en mayor número que las subsecuentes el 55,15% (Incluyendo las íter consultas) (Tabla Nº 3-48), lo que evidencia un inadecuado trato al usuario o fuga de pacientes.

**Tabla Nº 3-48**  
**Producción en Consulta externa del HPDA**  
**Año 2004**

<b>Cons. Ext. Médicos</b>	1ra.Consulta	22432
	subsecuente	18243
	Interconsulta	1343
<b>TOTAL</b>		<b>42018</b>
<b>Con. Ext. obstetrix</b>	1ra. Consulta	3111
	subsecuente	2723
	interconsulta	20
<b>TOTAL</b>		<b>5854</b>
<b>Cons.exter. Odontología</b>	1ra. Consulta	1690
	subsecuente	850
	interconsulta	609
<b>TOTAL</b>		<b>3149</b>

**Fuente: Datos obtenidos del servicio de estadística del HPDA.**  
**Elaborado por: Opilio Córdova.**

El servicio de Emergencia funciona las 24 horas, con médico Tratante especialista las 12 horas durante 5 días a la semana, y el resto del tiempo con médico residente e Internos rotativos de medicina. El 29 % de los pacientes que acuden al servicio de emergencias es internado, siendo el grupo de ginecoobstétrico mayor.

El Hospital dispone de 4 quirófanos (Tabla № 3-49) en Centro Quirúrgico, y 2 quirófanos en Centro Obstétrico que pueden funcionar las 24 horas (de disponer de los recursos humanos completos), de los cuales funcionan 4 en centro quirúrgico de y se realizan el 56,18% de las intervenciones; en centro Obstétrico se realizan 39% de las intervenciones, y el porcentaje restante de las intervenciones son procedimientos como endoscopías que se realizan en consulta externa.

Los 6 quirófanos diariamente funcionan aproximadamente 48 horas.

**Tabla № 3- 49**  
**Productividad de Quirófanos del HPDA**  
**Año 2004**

<b>QUIROFANOS</b>	1	32
	2	107
	3	94
	4	8
	5	
	OBSTE TRICIA	496
	C.EXTE RNA	86
<b>TOTAL</b>		<b>833</b>

**Fuente:** Datos obtenidos del servicio de estadística del HPDA.  
**Elaborado por:** Opilio Córdoba.

### **3.4 RESUMEN DE LA PROBLEMÁTICA HOSPITALARIA**

El diagnóstico situacional realizado en el hospital ha evidenciado la siguiente problemática prioritaria:

- El hospital no cumple con las necesidades de rentabilidad social de la población que marca el sistema sanitario para el

hospital; no cumple con la cobertura de la población; los recursos disponibles no están acorde con la demanda de la población; no existe coordinación con la atención primaria y el resto de organizaciones asistenciales.

- No se ha utilizado estándares comparativos para catalogar la efectividad de la atención; no se dispone de estudios de errores o complicaciones; no se dispone de tecnología efectiva e infraestructura adecuada para la atención; no están organizados los procesos de procedimientos y atención; no existe un sistema de información adecuado; hay limitación de la capacitación comprometimiento permanente de los profesionales.
- No se dispone con estudios de costeo, que nos permita valorar la eficiencia en los gastos, dentro del margen presupuestario que nos confían los ciudadanos; no se planifica anualmente las actividades de los servicios
- No existe coordinación con las demás organizaciones del MSP y tampoco intercambio de conocimientos entre los profesionales de la provincia.
- No existen políticas para el mejoramiento global del sistema sanitario.
- No existe satisfacción del equipo humano; se desconoce las competencias y objetivos de algunos funcionarios; hay falta de medios materiales y organizativos para que el empleado realice su trabajo, como los procesos, organización y planificación de los mismos.

- El profesional desconoce su campo de actuación para cumplir los objetivos del hospital. No existen incentivos para los funcionarios. Ciertos departamentos desconocen su campo de acción y competencias.
- No existe sentido de pertenencia con la institución.
- No existe un sistema de organización y de gestión que permita y facilite la mejora de forma continua. Hay falta de liderazgo en las direcciones por ser politizadas.
- No se utiliza adecuadas herramientas de gestión, que favorezcan la adecuada consecución de los objetivos del hospital mediante la utilización de las mejores, más avanzadas y adecuadas técnicas y sistemas de gestión, por falta de capacitación.
- Debe estar clara esta problemática para que se relacione con los capítulos siguientes.



## **CAPITULO 4**

### **MODELO DE GERENCIA PARA EL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO**

Debido a que el Hospital no cumple con las necesidades de rentabilidad social de la población, y la ausencia de estándares que permitan valorar la atención, asociado a una falta de estudios de costeo que permitan medir la eficiencia en los gastos, todo agravado por la inexistencia de políticas para el mejoramiento continuo; la imposibilidad de hacer el levantamiento de los estatutos organizativos actualizados, por ausencia de liderazgos permanentes, determinan el desconocimiento de las competencias y funciones de los empleados; todo lo anterior y la falta de adecuadas herramientas de gestión, han determinado la problemática múltiple y compleja hospitalaria, por lo que es necesario iniciar un proceso de cambio institucional, continuo, permanente, coordinado y con el involucramiento de todos los funcionarios, iniciando luego del diagnóstico con la planificación estratégica, y la implementación de políticas que permitan el cambio institucional hacia un servicio de calidad total.

## 4.1 PLAN ESTRATÉGICO

Para enriquecer la elaboración del Plan Estratégico y favorecer el establecimiento de un proyecto compartido la participación de las personas del hospital constituye un elemento básico del proyecto.

La Misión es la razón de ser del hospital y se define mediante qué?, para qué? y para quién? tiene que trabajar el hospital para satisfacer a los grupos de interés.

“El Hospital es un centro público de la provincia del Tungurahua del MSP, cuyo fin es elevar el nivel de salud de la población y satisfacer las necesidades y expectativas de sus clientes, mediante la prestación de servicios sanitarios especializados”.

Para ello asumimos como guías de actuación el desarrollo de la mejora continua en:

- La implicación y el crecimiento profesional de las personas que trabajan en el hospital.
- La eficiencia y el equilibrio financiero en la actuación.
- Favorecer la mejora global del sistema sanitario mediante la cooperación con otras organizaciones.

La Visión es una imagen del futuro y compartida de qué deseamos crear entre todos, de dónde queremos ir y cómo queremos ser cuando lleguemos allí.

***“Queremos ser un hospital de excelente calidad, en permanente crecimiento profesional y técnico, que logre un alto grado de***

***satisfacción en la sociedad, las personas que lo componen y especialmente sus clientes”.***

Queremos ser:

- Un hospital de excelente calidad: queremos ser excelentes en la calidad con la que prestamos los servicios, tanto desde el punto de vista técnico como humano.
- En permanente crecimiento profesional y técnico: queremos que tanto los conocimientos, las aptitudes y las actitudes de las personas, así como la capacidad tecnológica del hospital, sean las más adecuadas según el estado de la ciencia y la evidencia científica disponible, y que se vaya adaptando a los avances diarios.
- Que logre un alto grado de satisfacción en la sociedad, las personas que lo componen y especialmente sus clientes.

Los valores del hospital son el conjunto de principios y criterios de actuación que condicionan los comportamientos y decisiones de los profesionales del hospital en su día a día.

Estos valores deben impregnar todas las decisiones de los profesionales y constituir nuestra filosofía de comportamiento y relación en el centro.

- Trabajamos para el paciente
- Respeto mutuo
- Trabajo en equipo
- Comunicación abierta
- Orientación al resultado
- Apuesta por la innovación
- Sentido de pertenencia

- Consenso

**Trabajamos para el paciente** es la orientación fundamental del hospital y hace referencia a centrar nuestros servicios en las necesidades y expectativas del cliente tanto desde el punto de vista técnico, como de información y trato.

**Respeto mutuo** personal y profesional entre las personas del hospital independientemente de la profesión o las características individuales de cada persona.

**Trabajo en equipo** en equipo y la coordinación entre las distintas personas y procesos del hospital para potenciar la sinergia y la fuerza del equipo humano.

**Comunicación abierta**, la posibilidad y necesidad de comunicarnos de una forma abierta y honesta entre las personas y los diferentes estamentos del hospital.

**Orientación al resultado** consigue que el trabajo de la organización se oriente a conseguir mejoras en los resultados obtenidos para los diferentes grupos de interés.

**Apuesta por la innovación** implica una aptitud proactiva ante el cambio para la mejora abarcando aspectos como la formación continua, el benchmarking, la gestión del conocimiento y el desarrollo tecnológico.

**Sentido de pertenencia**, compartir el proyecto implicándonos en su consecución.

**Consenso**, el acuerdo mutuo entre los procesos y las personas debe dirigir los cambios y mejoras que planteamos en el hospital.

#### **4.1.2 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS**

La estructura estratégica del hospital debe permitir alcanzar los objetivos de la Misión y la Visión y concretarse en metas que permitan su traducción a planes de acción intermedios medibles y alcanzables.

Elaborar un Plan de Capacitación Continua, participativa y reflexiva, que permita dar a conocer a todo el personal sobre la nueva organización hospitalaria por procesos, el proceso al cual pertenece y el plazo para su elaboración.

Enlazar en Red Informática al Servicio de Recaudación y Farmacia, para disminuir al máximo los pasos que deben dar los familiares de los pacientes para la compra de medicamentos, mediante un nuevo Sistema de “PUNTO DE VENTA”.

Elaborar un Plan de adquisición en base a stocks máximos y mínimos, con el fin de que jamás falten los medicamentos, insumos y suministros básicos para la atención a los pacientes.

Organizar el Departamento de Trabajo Social e incrementar el número de Trabajadoras Sociales, para la adecuada aplicación del sistema de valoración socio económica de los pacientes.

Crear un Comité de Mejoramiento de la Calidad, que se encargará de supervisar y mejorar los procesos que se implementen en los diversos servicios.

Establecer paquetes quirúrgicos para su venta en Farmacia, que incluyan Hospitalización, exámenes de laboratorio, medicinas e implementos médicos, con el fin de evitar que a cada momento el paciente o su familiar acuda a pagar en Caja.

Rediseñar el área de Admisión e Historias Clínicas, para que el proceso de ingreso de pacientes o de Consulta Externa se encuentre en una secuencia lógica.

- Elaborar un Proyecto de Remodelación integral del Hospital, que incluya reingeniería de las áreas de atención, reparación total de redes eléctricas y sanitarias, que al momento se encuentran deterioradas.

Sintetizando las grandes líneas que nos marcan la Misión y la Visión, los objetivos estratégicos se pueden resumir en seis:

#### **4.1.2.1 Satisfacción del sistema sanitario**

El fin ultimo del hospital es el de aportar la máxima rentabilidad social a nuestra población cumpliendo las necesidades que marca el sistema sanitario para el hospital).

#### **4.1.2.2 Satisfacción de las necesidades de Salud y Expectativas de Servicio**

El objetivo más directo e identificable del hospital se basa en su razón de ser, satisfacer las necesidades de salud y expectativas de los clientes y de la población (Grafico Nº 48).

#### **4.1.2.3 Equilibrio Financiero**

Los objetivos del hospital deben conseguirse de una forma eficiente, es decir, siendo lo más eficaces posible al menor coste, y dentro del margen presupuestario que nos confían los ciudadanos (Grafico Nº 49).

#### **4.1.2.4 Mejora Global del Sistema Sanitario**

La pertenencia del hospital a la red del MSP, la ética de nuestros profesionales y las expectativas de nuestros clientes nos obligan a

trabajar de la forma más coordinada posible con las demás organizaciones sanitarias (especialmente Atención Primaria) y aportar nuestros conocimientos e innovaciones a todos los profesionales del sector (Grafico Nº 50).

#### **4.1.2.5 Satisfacción de las personas**

El elemento fundamental para conseguir todos los objetivos es disponer de profesionales cualificados, satisfechos y que aporten sus conocimientos y creatividad para llevar a cabo el proyecto del hospital (Grafico Nº 51).

#### **4.1.2.6 Gestión de la Mejora Continua**

Disponer de un sistema de organización y de gestión que permita y facilite la mejora de forma continua de nuestros procesos, de lo que hacemos día a día, es clave para conseguir los demás objetivos y hacer posible la consecución de la Misión y la Visión (Grafico Nº 51).

#### **4.1.2.7 Factores Clave de Éxito**

Para conseguir los objetivos del hospital se necesita lograr otros objetivos intermedios (inductores) que se pueden lograr mediante los llamados Factores Clave de Éxito (FCE).

Aunque todos son importantes, cada uno de los objetivos y factores relacionados tiene un color en función de la importancia de su contribución para cumplir la misión y alcanzar la visión:

- Rojo: Muy alta
- Azul: Alta
- Verde: Media
- Naranja: Baja
- Negro: sin posibilidades de actuación desde el hospital

GRAFICO Nº 47  
 OBJETIVO Y RELACIONES DE LA PLANIFICACION



FUENTE: Plan Estratégico HPDA  
 ELABORADO POR: Opilio Córdova

#### 4.1.3 LA SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DE SALUD Y EXPECTATIVAS DE SERVICIO:

Para ello debemos lograr tres factores (Grafico Nº 48):



**Cobertura de la Población:** Se consigue mediante una cartera de servicios suficiente, dentro de nuestro marco de actuación, y asegurando que el servicio esté disponible para los clientes en el mínimo tiempo posible. Para ello tenemos que ser capaces que adecuar nuestros recursos a la demanda de la población, realizarlo mediante una actividad suficiente y eficiente, y tener una adecuada coordinación con Atención Primaria y el resto de organizaciones asistenciales.

**Asistencia Efectiva:** La asistencia que prestamos debe conseguir el máximo nivel de curación o bienestar posible para nuestros pacientes y minimizar los errores o complicaciones. Para ello necesitamos una alta calificación técnica de nuestros profesionales, utilizar la tecnología más efectiva disponible y organizar nuestros procesos y procedimientos de forma efectiva para ello.

**Atención Adecuada:** Como complemento a la prestación de los servicios, los clientes necesitan una información completa y comprensible para poder tomar decisiones y acceder a los servicios, y un trato amable y personalizado que sólo es posible si los profesionales están capacitados y comprometidos para ello.

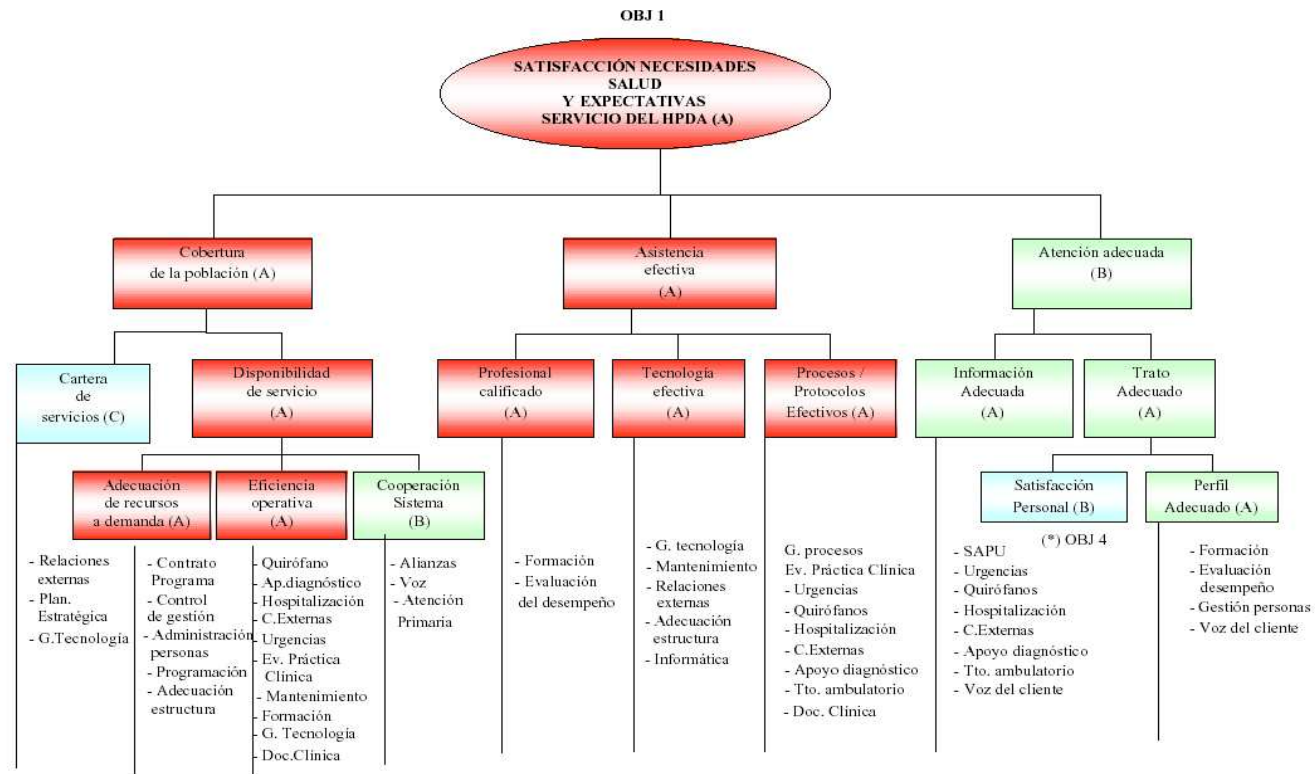
#### **4.1.4 EQUILIBRIO FINANCIERO:**

Se consigue mediante dos factores (Grafico 49):

**Ingresos adaptados a la Producción:** Depende de que los precios que facturamos por nuestros servicios sean suficientes (Departamento y Organización Central), que facturemos todos los servicios prestados mediante un buen sistema de información y de que seamos capaces de producir todos los servicios planificados en el año.

**Eficiencia en el Gasto:** Va a depender del coste de personal, que compremos de una forma eficiente, y de que seamos capaces de realizar nuestros servicios con una alta productividad y al mínimo coste necesario.

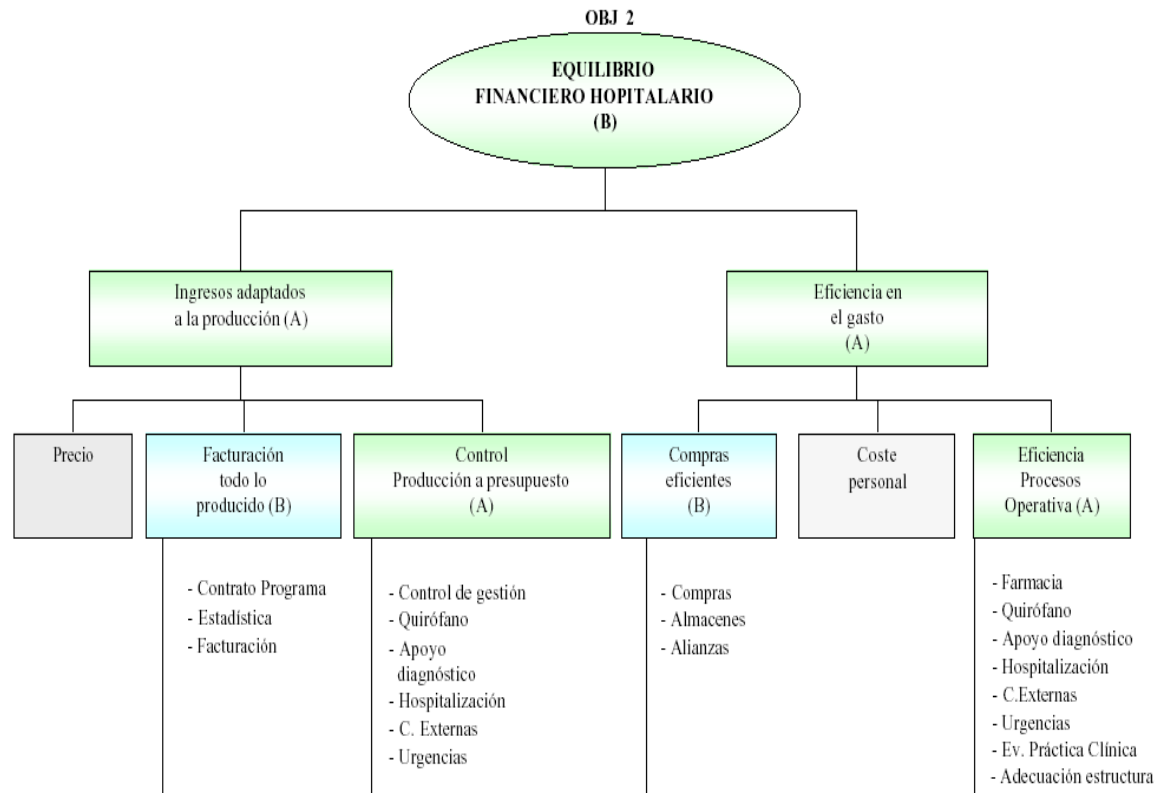
**Grafico Nº 48**  
**OBJETIVOS ESTRATEGICO-SATISFACCIÓN NECESIDADES SALUD Y EXPECTATIVAS SERVICIO**



Fuente: Modificado PE HPDA

Elaborado: Opilio Córdova

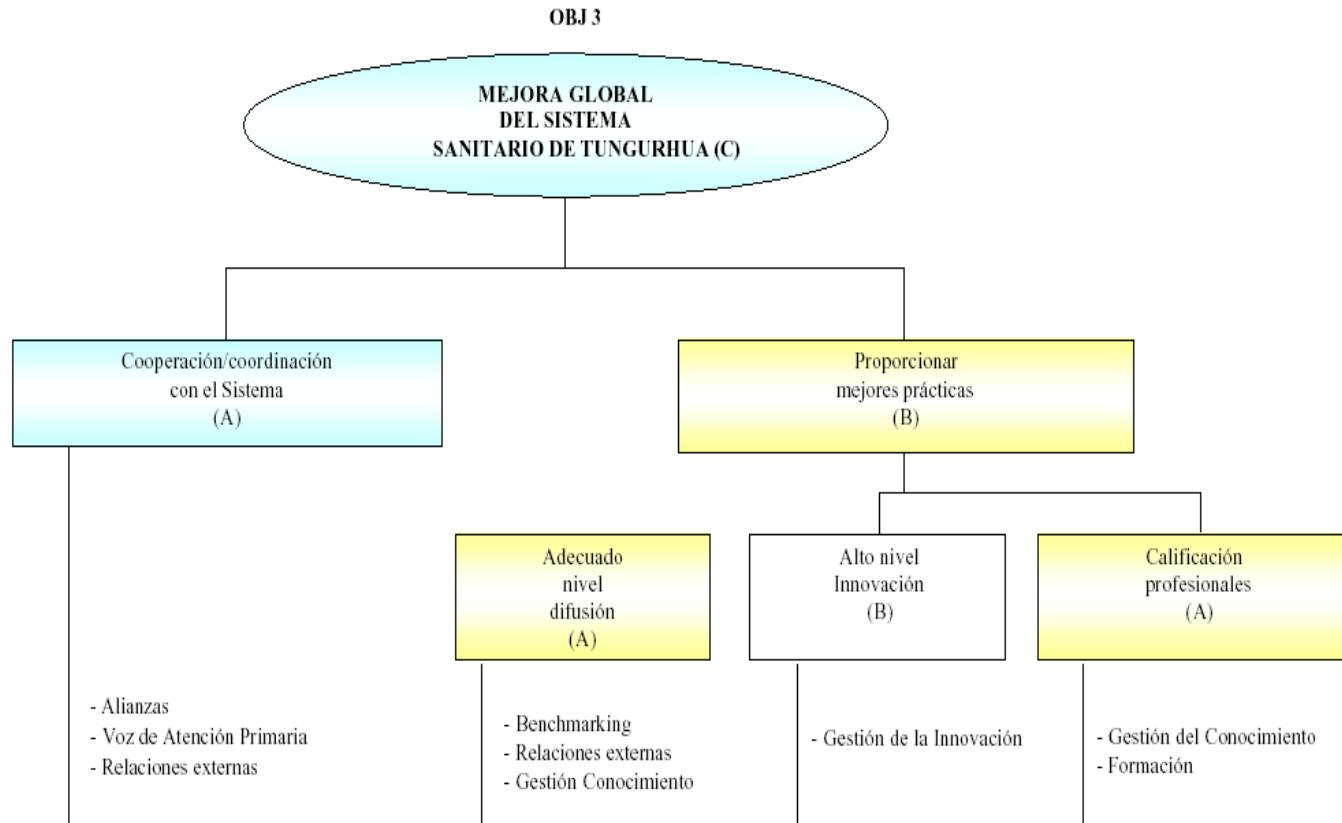
Grafico No 49  
 OBJETIVO ESTRATEGICO-EQUILIBRIO FINANCIERO



Fuente: Modificado PE HPDA

Elaborado: Opilio Córdova

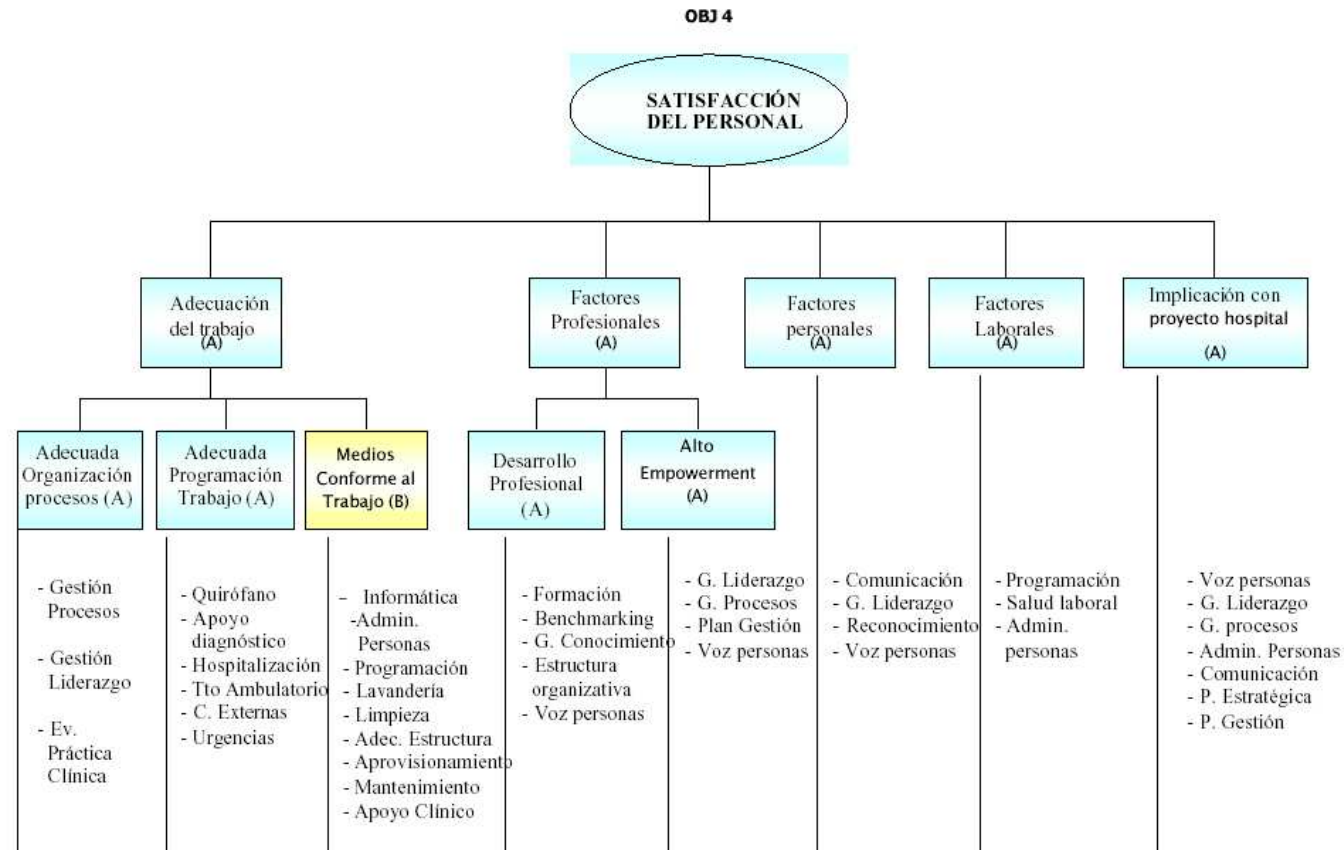
Grafico Nº 50  
OBJETIVO ESTRATEGICO-MEJORA GLOBAL DEL SISTEMA SANITARIO



Fuente: Modificado PE HPDA  
Elaborado: Opilio Córdova

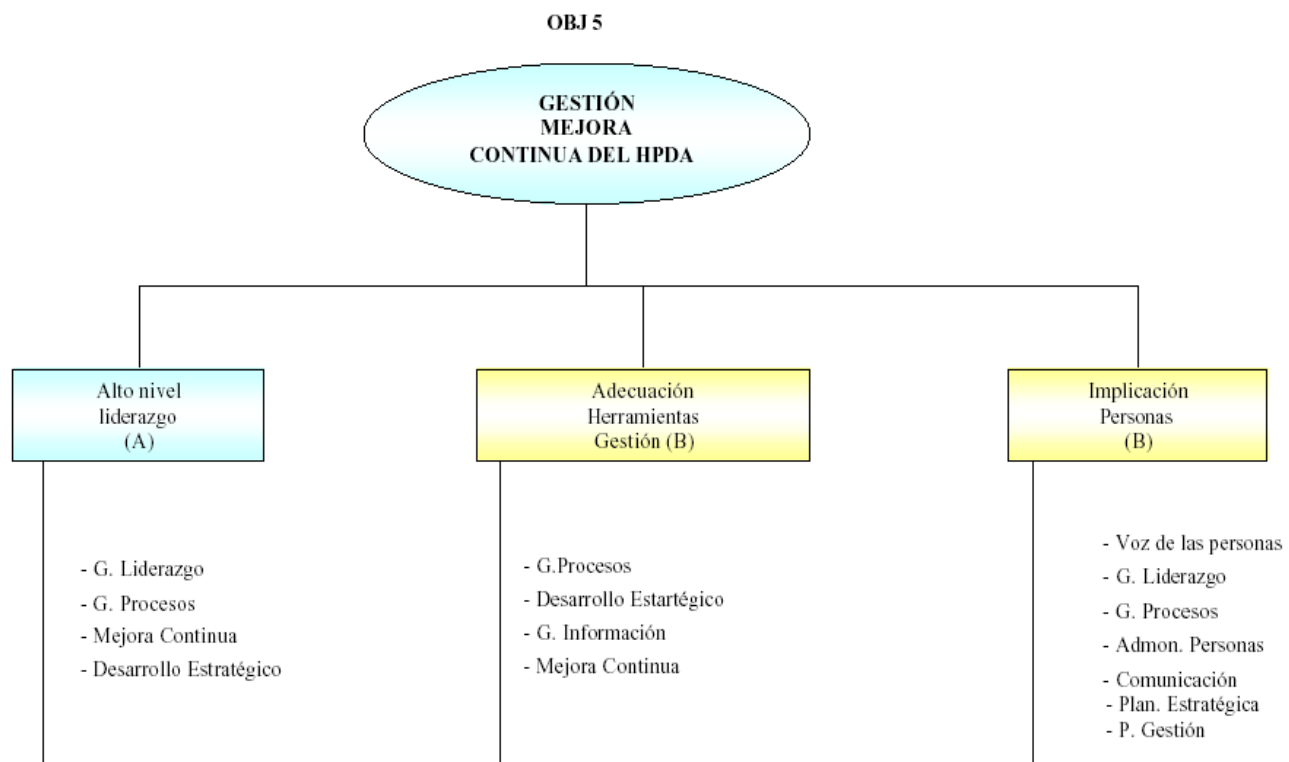
Grafico Nº 51

OBJETIVO ESTRATEGICO-SATISFACCIÓN DEL PERSONAL



Fuente: Modificado PE HPDA  
 Elaborado: Opilio Córdova

Grafico Nº 52  
 OBJETIVO ESTRATEGICO-GESTIÓN DE MEJORA CONTÍNUA



#### 4.1.5 MEJORA GLOBAL DEL SISTEMA SANITARIO:

La contribución del hospital en este punto depende sobre todo de la cooperación con el sistema, es decir, de nuestra capacidad de coordinarnos con Atención Primaria y el resto de organizaciones sanitarias para ofertar un servicio eficiente, que sea complementario y no repita pruebas o prestaciones, y que asegure la continuidad de cuidados de los pacientes (Grafico Nº 50).

Además debemos compartir nuestros conocimientos con el resto de profesionales y organizaciones para lo que necesitamos profesionales cualificados que difundan de forma suficiente nuestros avances en tecnologías sanitarias y de gestión.

#### 4.1.6 SATISFACCIÓN DEL PERSONAL:

Disponer de un equipo humano calificado e implicado con el proyecto del hospital es básico para el cumplimiento de los objetivos y depende de una serie de factores muy relacionados entre sí (Grafico Nº 51):

**Adecuación del trabajo:** Los profesionales necesitan disponer de medios materiales y organizativos adecuados para realizar su trabajo, dentro de una buena programación y una organización de los procesos y los circuitos que asegure la mayor eficacia.

**Factores Profesionales:** Asegurar las mejores posibilidades de capacitación y desarrollo profesional, y tener un amplio margen de responsabilidad para tomar decisiones dentro de su campo de actuación para cumplir los objetivos del hospital.

**Factores Personales:** Satisfacer las necesidades de las personas en cuanto a información, reconocimiento o respeto mutuo.



**Factores Laborales:** Son aquellos que regulan las condiciones de trabajo como remuneración, horario, vacaciones, etc.

**Implicación con el proyecto del hospital** que se alcanzará en la medida en que se cumplan los anteriores factores y el sentido de pertenencia.

#### **4.1.7 GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA:**

Para asegurar que el hospital dispone de un sistema que impulse la mejora continua de su gestión y sus resultados, además de la satisfacción del personal necesitamos (Grafico Nº 52):

**Alto nivel de Liderazgo**, de forma que los líderes del hospital impulsen y estimulen la implicación de todas las personas en la mejora de nuestro sistema y resultados.

**Adecuadas herramientas de gestión**, que favorezcan la adecuada consecución de los objetivos del hospital mediante la utilización de las mejores, más avanzadas y adecuadas técnicas y sistemas de gestión.

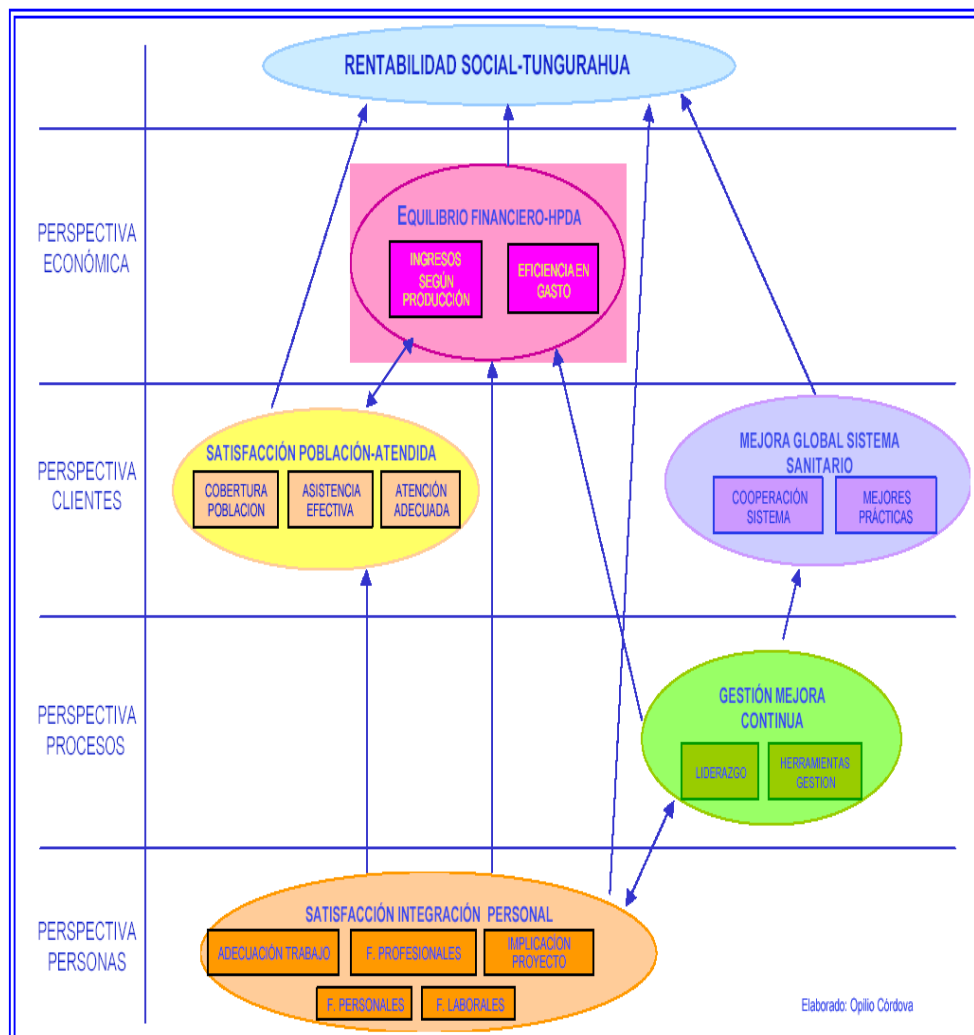
La relación entre los diferentes factores críticos de éxito también puede verse en forma de Cuadro de Mando Integral, sistema que permite ver la relación entre ellos en función de sus diferentes dimensiones (Cuadro Nº 4-1 y Grafico Nº 48).

CUADRO Nº 4-1  
 FACTORES CLAVES DE ÉXITO Y SUBFACTORES

OBJETIVO	FCE	SUBFACTOR 1	SUBFACTOR 2	
SATISFACCIÓN NECESIDADES DE SALUD Y EXPECTATIVAS DE SERVICIO	COBERTURA POBLACIÓN	Disponibilidad Servicio	Adecuación Recursos a demanda	
			Eficiencia Operativa (Actividad)	
			Cooperación con Sistema	
			Cartera Servicios	
	ASISTENCIA EFECTIVA	Profesionales calificados		
		Tecnología efectiva		
		Procesos / protocolos efectivos		
	ATENCIÓN ADECUADA	Información adecuada		
		Trato adecuado		Perfil adecuado
				Satisfacción personal
EQUILIBRIO FINANCIERO	INGRESOS ADAPTADOS A LA PRODUCCIÓN	Precio - Costeo		
		Facturación todo lo producido		
		Control producción acorde a presupuesto		
	EFICIENCIA EN EL GASTO	Compras eficientes		
		Coste de personal		
	Eficiencia operativa			
MEJORA GLOBAL DEL SISTEMA SANITARIO	COOPERACIÓN CON EL SISTEMA	Potenciar referencia y contrareferencia		
	PROPORCIONAR MEJORES PRÁCTICAS	Integración Inter-institucional-MSP- único sistema		
		Adecuado nivel difusión		
		Alto nivel innovación		
SATISFACCIÓN DEL PERSONAL	ADECUACIÓN TRABAJO	Adecuada organización Procesos		
		Adecuada programación trabajo		
		Medios conformes al trabajo		
	FACTORES PROFESIONALES	Desarrollo profesional		
		Alto empowerment(Empoderamiento)		
	FACTORES PERSONALES			
	FACTORES LABORALES			
IMPLICACIÓN CON EL PROYECTO - Capacitación e integración				
GESTIÓN MEJORA CONTINUA	ALTO NIVEL LIDERAZGO - No Direcciones políticos			
	ADECUACIÓN HERRAMIENTAS DE GESTION			
	INTEGRACIÓN / SATISFACCIÓN PERSONAS			

Fuente: Plan Estratégico HPDA  
 Elaborado: Opilio Córdoba.

GRAFICO Nº 53  
 CUADRO DE MANDO INTEGRAL- ESTRATEGICO



Fuente: Plan Estratégico HPDA  
 Elaborado: Opilio Córdova

#### 4.1.8 CUADRO DE MANDO ESTRATÉGICO

El cuadro de mando estratégico nos debe permitir conocer en qué medida nos acercamos al cumplimiento de la estrategia establecida y su grado de consecución. Para facilitar su seguimiento se establece un objetivo cuantificable cuando es posible y un código de colores: el verde indica un objetivo conseguido, el amarillo un área que necesita una ligera mejora y el rosa un área que requiere una mejora importante (cuadro Nº 4-2).

Cuadro 4-2

**OBJETIVOS ESTRATÉGICOS**

OBJETIVO HOSPITAL	INDICADOR	GRADO CUMPLIMIENTO		
Satisfacción Sistema Sanitario	Cumplimiento del resto de indicadores	7/7	6/7	5/7
Necesidades de salud	Índice satisfacción Cliente *	=> 95 (70+25)	=> 90 (65+25)	< 90 (60+30)
	% Realización Programa calidad **	=> 100	< 100	< 98
Equilibrio Financiero	% Desviación sobre presupuesto	< 1%	>1%	> 2%
	Beneficio cuenta resultados	0 %	- 1%	- 2%
Mejora Global del Sistema	Índice de satisfacción global***	85	> 80	< 80
Satisfacción Profesionales	Índice de satisfacción del personal	> 65 %	< 65 %	< 60%
Mejora Continua	Puntuación calidad- evaluación externa	> 600	<600	=< 500

\* Entre paréntesis % respuestas bien + índice de excelencia (le) de respuestas muy bien y excelente.

\*\* Porcentaje de actividad y compromisos de calidad.

\*\*\* Índice global de encuestas de coordinación y difusión

Fuente: Indicadores de Calidad – España

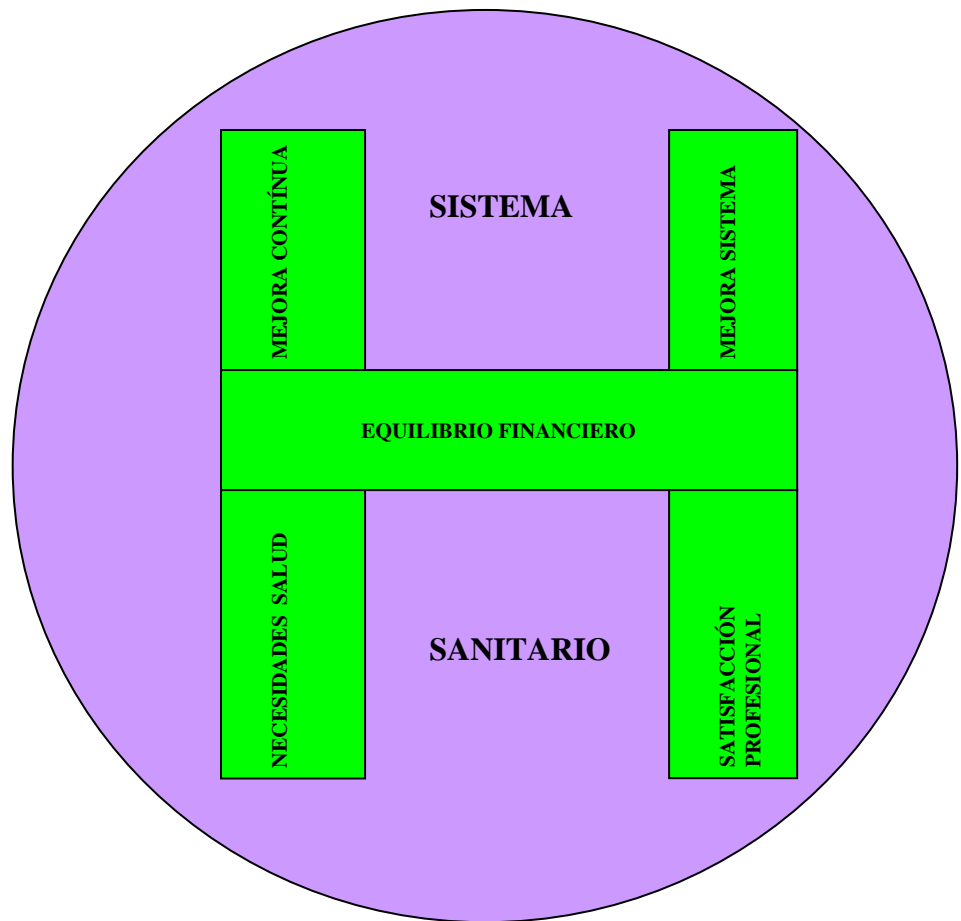
Elaborado: Opilio Córdova

#### 4.1.8.1 Cuadro de mando de primer nivel: la H estratégica

Para facilitar el seguimiento y la comunicación del grado de consecución de los objetivos estratégicos se ha elaborado la “H Estratégica” donde mediante el código de colores descrito anteriormente se da a conocer el estado respecto a los objetivos (Gráfico No 54).

**GRAFICO No 54**

**CUADRO DE MANDO DE PRIMER NIVEL**



FUENTE: Modificado de Plan Estratégico HPDA

ELABORADO: Opilio Córdova

#### 4.1.8.2 Cuadros de mando de segundo nivel: los FCE y Subfactores.

Para conseguir estos objetivos se establecen indicadores parciales de los FCE en aquellos que es posible.

**CUADRO Nº 4-3**  
**INDICADORES DE FACTORES CRÍTICOS**

OBJETIVO	FCE	SUBFACTOR 1	SUBFACTOR 2	INDICADOR 1	INDICADOR 2		
SATISFACCIÓN NECESIDADES DE SALUD Y EXPECTATIVAS DE SERVICIO	COBERTURA POBLACIÓN	Disponibilidad Servicio	Adecuación Recursos a demanda				
			Eficiencia Operativa				
			Cooperación con Sistema				
				Cartera Servicios			
	ASISTENCIA EFECTIVA			Profesionales calificados			
				Tecnología efectiva			
				Procesos / protocolos efectivos			
	ATENCIÓN ADECUADA		Trato adecuado	Información adecuada			
				Perfil adecuado			
				Satisfacción personal			
EQUILIBRIO FINANCIERO	INGRESOS ADAPTADOS A LA PRODUCCIÓN		Precio				
			Facturación todo lo producido				
			Control producción acorde a presupuesto				
	EFICIENCIA EN EL GASTO			Compras eficientes			
				Coste de personal			
			Eficiencia operativa				
MEJORA GLOBAL DEL SISTEMA SANITARIO	COOPERACION CON EL SISTEMA						
	PROPORCIONAR MEJORES PRÁCTICAS			Adecuado nivel difusión			
				Alto nivel innovación			
				Calificación profesional			
SATISFACCIÓN DEL PERSONAL	ADECUACIÓN TRABAJO			Adecuada organización Procesos			
				Adecuada programación trabajo			
				Medios conformes al trabajo			
	FACTORES PROFESIONALES				Desarrollo profesional		
					Alto empowerment (Empoderamiento)		
					FACTORES PERSONALES		
					FACTORES LABORALES		
				IMPLICACIÓN CON EL PROYECTO			
GESTIÓN MEJORA CONTINUA	ALTO NIVEL LIDERAZGO						
	ADECUACIÓN HERRAMIENTAS DE GESTIÓN						
	INTEGRACIÓN / SATISFACCIÓN PERSONAS						

Fuente: Modificado de Plan Estratégico HPDA

Elaborado: Opilio Córdova

## 4.2 ANÁLISIS DE LOS GRUPOS DE INTERÉS

El hospital define los grupos de interés en función de la Misión y del desarrollo estratégico del hospital.

**Clientes:** El Cliente fundamental es el paciente actual o futuro tratado en nuestro centro, así como los acompañantes o familiares de los pacientes.

**Sistema Sanitario:** El Ministerio Salud Pública, marca las políticas generales y cubre de atención un 30 % de toda la población.

La Dirección Provincial de Salud que establece las directrices corporativas y colabora en el desarrollo del hospital.

Las Áreas, centros y subcentros con la referencia y contrarreferencia.

**Personas:** Todos los profesionales del hospital, considerados como cliente interno del mismo.

**Proveedores:** Tanto de productos como de servicios, dando especial importancia a las alianzas establecidas.

**Sociedad:** Representantes de la Sociedad, ciudadanos y organizaciones con las que colaboramos.

#### **4.2.1 CLIENTES**

Constituyen la razón de ser del hospital y sus necesidades y expectativas son la principal referencia a tener en cuenta a la hora de diseñar los objetivos estratégicos y los procesos del hospital.

##### **4.2.1.1 Pacientes**

Las tendencias y situación actual en cuanto a las relaciones con los pacientes son las siguientes:

1. Conocemos las necesidades y expectativas de los pacientes, usuarios y familiares mediante la captación a través de las encuestas, grupos focales, el SAP (servicio de atención al paciente) y el contacto directo de nuestros profesionales.

2. Las encuestas cubren una amplia gama de procesos clave y su diseño, áreas de interés y desarrollo son altamente adecuados a nuestras necesidades.

3. Las expectativas del cliente son crecientes y se acompañan de un acceso más amplio a los conocimientos (Internet) así como de una cultura mayor de exigencia de compromisos y calidad ante la prestación de servicios.

4. Otros cambios relevantes son el progresivo incremento de patologías de migrantes que regresan a nuestro país y el incremento de embarazos más tempranos y de la existencia de un menor soporte familiar ante la necesidad de cuidados.

5. Los factores que más valora el paciente ante la prestación de los servicios del hospital son en todas las líneas de servicio los siguientes:

**Capacidad técnica:** Recibir una asistencia efectiva que resuelva o mejore sus problemas en salud y minimice los riesgos y complicaciones. Quiere ser atendido por buenos profesionales que utilicen la tecnología más adecuada y utilice el conocimiento clínico más efectivo en el momento.

**Cobertura:** Como complemento a lo anterior el paciente valora el acceso a una cartera de servicios completa y que esté disponible en el menor tiempo posible. Esto requiere además la coordinación con otros dispositivos asistenciales que asegure la continuidad de cuidados con los mínimos trámites administrativos.

**Información:** La información que requiere el paciente tanto de su proceso asistencial como de su paso por el hospital debe ser adecuada, comprensible, dada a tiempo y a demanda y completa. La responsabilidad del paciente en las decisiones respecto a su asistencia debe ser creciente



y el consentimiento informado debe ser contemplado como una elección habitual y personalizada.

**Trato:** El trato dispensado por los profesionales tiene una gran repercusión en el nivel de satisfacción, especialmente el dado por los profesionales sanitarios en contacto directo con el paciente.

Otros factores secundarios son la hostelería, el compromiso con las citas, las condiciones de las instalaciones y accesos, la simplificación de los trámites y el respeto a su intimidad y características personales.

Las valoraciones positivas obtenidas en las distintas modalidades asistenciales disponen de áreas de mejora parciales (información, demoras, etc) aunque los resultados en las áreas más valoradas por los clientes como la capacidad técnica, información y trato superan siempre el 90% de satisfacción.

La tendencia a establecer para implementar mejoras debería potenciar la participación de grupos focales y establecer líneas diferenciadas de clientes por sus características (parto, diferentes patologías quirúrgicas y médicas más frecuentes, hospital de día).

#### **4.2.1.2 Atención primaria**

Los profesionales de Atención Primaria son nuestros clientes en la medida que requieren un servicio de asesoría e información sobre las patologías atendidas en el hospital de sus pacientes, para asegurar la continuidad asistencial.

Las principales necesidades y expectativas de estos profesionales se pueden concretar en:

a. Información accesible, a tiempo y completa sobre el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes derivados.

- b. Accesibilidad al hospital, a sus medios y a los profesionales.
- c. Coordinación con los procesos del hospital.
- d. Cartera de servicios adecuada y accesible para el paciente.
- e. Difusión del conocimiento de los profesionales del hospital.

Las líneas de futuro deben contemplar un mayor grado de coordinación favorecido por el desarrollo de los sistemas de información y el establecimiento de procesos y procedimientos conjuntos para potenciarla de cara al paciente.

Se procederá a aplicar formatos de supervisión en los cuales se irá anotando el cumplimiento de diversos estándares, se les asignará un puntaje y se analizará los resultados, a fin de aplicar los correctivos necesarios.

#### **4.2.2 SISTEMA SANITARIO**

##### **4.2.2.1 Hospital Provincial Docente Ambato**

El cliente /paciente se erige como centro del Sistema Sanitario y la calidad de servicio como objetivo prioritario.

El cliente es el centro del Sistema Sanitario, lo que supone un cambio de orientación profundo en la concepción organizativa de la sanidad.

La personalización del servicio, la mejora del acceso al mismo, la elección de médico y centro se convierten en objetivos a alcanzar y la Calidad Total del servicio pasa a ser el referente de los centros que conforman la Red Pública.

Separación de las funciones de regulación, financiación y provisión.

A su vez, demanda para los Centros de Provisión una autonomía en la gestión, con la consiguiente responsabilización en los resultados, a través de la introducción de un sistema de negociación por Contrato Programa y la voluntad de implantar factores de cierta competencia entre los Centros.

Énfasis en la eficacia y en la eficiencia de los servicios.

Aproximación de las culturas clínica y de gestión.

La histórica separación entre la gestión y la función puramente sanitaria dejan paso a un acercamiento de las dos realidades, hacia la búsqueda de una mayor atención al cliente y a la consecución de una mayor eficiencia en la gestión.

Ello conlleva la introducción en las organizaciones sanitarias de una autonomía y responsabilidad profesional, así como un estilo de dirección más participativo.

#### 4.2.2.1.1 *Plan de Salud.*

El Plan de Salud, elaborado por el Ministerio de Salud Pública tiene como objetivo prioritario orientar la actividad de los diferentes sectores relacionados con la sanidad hacia las necesidades de salud de la población, a partir del análisis de la situación de la comunidad y su posible evolución de futuro.

De esta forma, contempla el establecimiento de los ámbitos prioritarios de actuación de la Salud, referenciados tanto a las necesidades constatadas de salud de la población como a la adaptación de los servicios ofrecidos a las expectativas de los ciudadanos.

El plan plantea como necesidades prioritarias de salud de la población patologías mas frecuentes, constituyéndose éstos como ámbitos de actuación significativos.

Por otra parte, el Plan también contempla las nuevas tendencias en la oferta de servicios, que se orientan hacia crear alternativas a la hospitalización, hacia la atención domiciliaria y hacia la mayor ponderación de los servicios socio-sanitarios.

#### 4.2.2.1.2 *La ley del Sistema Sanitario*

Cuya ordenación territorial tenga como criterio la utilización eficiente de los recursos, la consecución de objetivos y el aprovechamiento de las sinergias.

Sitúa al ciudadano como objetivo fundamental del Sistema, con capacidad para la elección de médico y propicia la participación de la ciudadanía en la mejora de la sanidad.

Aboga por una organización basada en la autonomía económica y financiera de la gestión por centros y servicios, a través del Contrato Programa, de los Contratos de Gestión Clínica y de una estructura organizativa del Ente capaz de asumir los retos planteados.

Considera la responsabilidad y participación de los profesionales como aspectos fundamentales para la eficacia del sistema.

#### **4.2.2.2 Organización Central**

Nos aporta ventajas competitivas al compartir su solvencia, el conocimiento e incorporación de las mejores prácticas de sus centros y los programas y líneas de acción centralizadas (sistemas de gestión e información, compras, administración de RRHH). Las principales líneas de

desarrollo se recogen en el Plan Estratégico, el Acuerdo Marco y la normativa publicada, y el seguimiento de los objetivos se realiza mediante las reuniones del Control de Gestión.

Enuncia en cinco objetivos estratégicos.

Estos objetivos se centran en impulsar como prioridad central una clara orientación de los servicios al usuario, trabajar en la implicación del personal, la mejora de la calidad, el desarrollo y adecuación tecnológica y la incorporación a nuestro ámbito de las más actualizadas herramientas de organización y gestión.

La regulación del mercado sanitario en nuestro contexto no establece por ahora flujos importantes entre los diferentes centros de la red, o entre los servicios públicos y privados salvo por los consecuentes a las diferentes carteras de servicios de los centros, por lo que el análisis de los competidores potenciales no es exhaustivo en este plan.

Los centros de influencia más directa en nuestro ámbito son los siguientes:

- Hospitales: Municipal, IESS, Indígena, Alli Causay
- Centros privados: Clínicas, Centros de Imagenología, SOLCA, otras Fundaciones y ONGS.

#### **4.2.3 PERSONAS**

Como elemento fundamental de la organización las profesionales del Hospital requieren del mismo:

El mantenimiento de la capacidad técnico científica mediante acciones de formación continua y reciclaje profesional.

Canales de participación e interlocución suficientes para participar en la marcha del Centro.

Información acerca de los aspectos relevantes que afectan al Sistema sanitario, al Hospital y a su actividad cotidiana.

Conocimiento de los objetivos y estrategias del Centro.

Transparencia e igualdad en el acceso al empleo.

Estabilidad laboral.

El mantenimiento y desarrollo de sistemas de promoción y movilidad que permitan el desarrollo profesional en el entorno de trabajo.

Establecimiento de sistemas de reconocimiento que permitan recompensar la aportación diferencial de los profesionales.

Flexibilización de las condiciones de trabajo para conciliar la vida familiar y laboral.

#### **4.2.4 PROVEEDORES**

La política de gestión con los proveedores está evolucionando para pasar del mero valor contractual o de compra y prestación de servicios a buscar alianzas que aporten un valor añadido mutuo, especialmente en tecnología y prestación de servicios. Los sistemas de información económicos también permitirán un menor valor de transacción y un mayor conocimiento del mercado.

Los proveedores del Hospital presentan una gran diversificación derivada de la multiplicidad y variedad de los productos y servicios prestados, tanto sanitarios como no sanitarios, con una incidencia directa,

no sólo en costes sino también en la calidad del servicio, así como en la imagen del Hospital, lo que les convierte en un factor externo importante a analizar.

En cuanto al comportamiento de los proveedores, podemos clasificarlos en varios grupos:

**Proveedores de productos farmacéuticos:** En su mayoría son grandes empresas multinacionales ante las que existe un escaso margen de negociación y hay una tendencia progresiva a las compras centralizadas para toda la Red

**Proveedores de material sanitario:** Suministran productos de gran consumo y también suelen ser grandes empresas, lo que lleva a la tendencia a centralizar las compras en productos de uso común.

**Proveedores de servicios sanitarios:** son organizaciones sanitarias que ofrecen servicios complementarios al hospital, por lo que su gestión fundamental se basa en la calidad de sus servicios, la adecuación y la coordinación de los mismos.

**Proveedores de servicios no sanitarios:** Tienen una incidencia importante, tanto en la marcha como en la imagen del Centro, al realizar tareas fundamentales para el desarrollo de la actividad hospitalaria (limpieza, seguridad, restauración, obras, energía, transporte, etc.) y de un alto importe económico. Con ellos se buscan especialmente sinergias que aporten un valor añadido mutuo.

#### **4.2.5 SOCIEDAD**

La Sociedad constituye un grupo de interés que se pone de manifiesto mediante diferentes organismos y factores, originando diversas líneas de necesidades y expectativas cambiantes que condicionan el futuro del hospital.

Destacamos algunas de ellas.

#### **4.2.5.1 Factores socio-culturales:**

La información referente a la evolución de la población y los cambios sociales en nuestro entorno la obtenemos principalmente de los informes anuales sobre población y economía elaborados por el INEC. Estos cambios tienen una incidencia directa en la demanda potencial de los diferentes servicios, y su conocimiento nos permite establecer ajustes en nuestros planes.

Aunque la práctica totalidad de la población vive en familias, la disminución del número de sus componentes y la incorporación de la mujer al mundo laboral hacen disminuir el soporte familiar en los procesos de enfermedad, en una época en la que han aumentado por el contrario el porcentaje de personas con trastornos de salud y dependiente de otras para realizar actividades elementales de la vida cotidiana.

Existe una mayor preocupación y cuidado por todo lo concerniente a la salud que se constituye en valor emergente de nuestra cultura actual. Unido a ello, se observa un aumento de las expectativas del cliente en todo lo relacionado con las prestaciones sanitarias de nuestro sistema de salud, así como el nivel de calidad de las mismas.

#### **4.2.5.2 Factores demográficos**

Desde hace años, hay un claro incremento de patologías cardiovasculares, diabetes y sus complicaciones asociado a patologías por la migración creciente y como consecuencia se ha producido un incremento notable en el número de personas con graves trastornos de salud.

La población transeúnte, personas que vienen en una época del año específica suponen una mayor demanda de los servicios sanitarios. La



migración a países desarrollados es un elemento de impacto en nuestro medio aunque con tendencia ascendente que puede llevar a nuevos retos en la personalización de los servicios o en las necesidades en salud.

#### **4.2.5.3 Factores infraestructurales y geográficos:**

Construcciones de nuevas carreteras, con incremento de la velocidad y autos más livianos y rápidos, determinan mayor accidentes; construcción de nuevos centros comerciales para captar gente del centro del país puede determinar mayor circulación de autos e incremento de violencia; paralelamente se debe ampliar el aré hospitalaria e incrementar las camas hospitalarias y mejorar los métodos diagnósticos hospitalarias como la TAC, etc.; paralelamente se debe educar a la gente respecto a las leyes que nos gobiernan.

#### **4.2.5.4 Factores epidemiológicos:**

Las principales tendencias en el perfil epidemiológico de nuestra zona que puede ser debido a la influencia de los factores externos ambientales como las erupciones continuas del volcán Tungurahua asociado a la situación socioeconómica, política y de nutrición determinan los tipos de patologías predominantes en la zona y se debe tomar medidas.

### **4.3 INFORMACIÓN DEL RENDIMIENTO**

#### **4.3.1 CAPACIDAD DE LOS SERVICIOS PARA SATISFACER A LOS CLIENTES**

##### **4.3.1.1 Cartera de Servicios**

La cartera de servicios del hospital ha ido creciendo para adaptarse progresivamente a las necesidades de los clientes y actualmente abarca todas las líneas de especialidades de un hospital general, detectándose algún déficit en pruebas diagnósticas, cuidados intensivos y hospitalización a domicilio.

#### Encuestas a médicos de Atención Primaria:

Aunque el grado de satisfacción con los servicios del hospital es alto y ha mejorado en las sucesivas encuestas, se detectan áreas de mejora en la adecuación e información de consultas externas y en la continuidad de cuidados. Los principales puntos fuertes se identifican en:

- Capacidad de resolución de problemas por parte del hospital.
- Posibilidades de relación directa con los profesionales hospitalarios (Accesibilidad).
- Información del hospital a la Atención Primaria sobre pacientes hospitalizados y atendidos en urgencias.
- Programas de continuidad de cuidados.
- Programas conjuntos (detección infección, sistema información analíticas).

Las áreas de mejora incluidas en los planes de gestión estos años han incidido en tres campos de interés manifestados por los médicos y que tienen incidencia en la mejora de la atención a los pacientes:

Información suficiente y de calidad para asegurar la continuidad de cuidados.

Generalización y mejora de la calidad en los informes de consultas externas.

Potenciación de los intercambios profesionales e interpersonales entre los facultativos de ambas áreas.

Insistir en la referencia y contrarreferencia estableciendo que patologías deben ser atendidas en el Hospital Provincial.

#### **4.3.1.2 Capacidad Tecnológica**

Nuestro hospital no tiene mayor dependencia de la evolución tecnológica para poder ofertar unos servicios eficientes y de calidad. La rápida evolución de las técnicas de diagnóstico y tratamiento está íntimamente relacionada con el desarrollo del equipo tecnológico. Este hecho conduce a un ciclo continuo de formación de los profesionales, evaluación de la eficacia y seguridad de las técnicas, así como del valor añadido que aporta al cliente, y mejora de la tecnología y el equipamiento.

Hay una progresiva modernización de equipamiento para servicios clínicos, quirúrgicos y generales que permiten mejorar la cartera de servicios. La incorporación en el hospital de nueva tecnología (aparatos de laparoscopia, endoscopia, etc.) ha agilizado y facilitado el diagnóstico, tratamiento y correcta evolución de varios procesos, así como una contención de las listas de espera mediante una mejor utilización de los recursos.

Ha mejorado el servicio y equipamiento informático con aplicaciones para la gestión del conocimiento y la información, la gestión económica, la gestión de personal y aplicaciones clínicas.

Se detectan déficit parcial en pruebas diagnósticas de radiología (TAC, Resonancia nuclear magnética y ecografía ambulatoria). Así mismo deben desarrollarse los métodos de evaluación de tecnologías basados en la evidencia científica para la incorporación de nuevas técnicas o la valoración de la adecuación de las existentes.

#### **4.3.1.3 Capacidad Económica**

En general el presupuesto para la salud es bajo y se mantiene deficiencias y necesidades. No existe un buen nivel de captación de ingresos y una utilización eficiente de los recursos incluso comparando

con otros centros. La gestión de compras debe ceñirse a la Ley de contratos del Estado, debiendo garantizar que las gestiones realizadas cumplen sus requisitos legales. Se debe crear líneas de desarrollo como el benchmarking en compras y la utilización de sistemas de información de costes por procesos.

#### **4.3.1.4 Capacidad de los Recursos Materiales**

El hospital consta de un edificio distribuido en tres bloques. Desde 1990, con el objetivo de acercar los servicios a los núcleos principales de población, el hospital y sus instalaciones se han ido modificando durante estos años para adaptarse y mejorar las necesidades asistenciales y hoteleras. Para prestar asistencia a los pacientes hospitalizados disponemos de Unidades de Hospitalización con 395 camas; además de un Bloque Quirúrgico con cuatro quirófanos y área de Partos, locales de Consultas Externas y pruebas diagnósticas, gimnasio de Rehabilitación, la estructura de Servicios Centrales (Laboratorio, Radiología, Anatomía Patológica, Farmacia) y los servicios de apoyo.

Actualmente la limitación del espacio físico es una barrera crítica no sólo para la incorporación de nuevos servicios y/o profesionales sino para el desarrollo de la actividad diaria. Existe un déficit importante de despachos, lugares de reuniones o vestuarios. Las instalaciones de hospitalización, urgencias, consultas y quirófanos no son suficientes para absorber los picos de demanda y tienen escasas posibilidades de crecimiento en el edificio actual. Algunas instalaciones necesitan una remodelación urgente (servicio de urgencias, fachadas, salón de actos, despachos, controles enfermería). Así mismo el hospital necesita completar su adaptación para eliminar las barreras arquitectónicas.

#### **4.3.1.5 Capacidad de los Recursos Humanos**

La plantilla del hospital es mayoritariamente femenina, y en con contrato fijo.

La contratación establece una relación jurídica estatutaria como medio de vinculación. Este régimen de personal se asimila más al perfil funcional que al contrato laboral, con las implicaciones que ello conlleva. Aún así, el sistema de gestión del hospital y el compromiso de los profesionales con la mejora continua ha permitido que su grado de implicación sea muy alto.

Los sueldos bajos y la falta de incentivos hace que nos encontremos ante una alta rotación de profesionales sobre todo residentes en algunos servicios.

La movilidad y la promoción interna son mecanismos que permiten la adaptación de los profesionales a los puestos de trabajo a los que quiere acceder y la promoción profesional.

Aún así, las limitaciones presupuestarias y de estructura permiten un escaso crecimiento de la plantilla y un excesivo ajuste en momentos de crecimiento de la demanda. La rigidez de la estructura de cargos es otra limitación para adaptarnos a las necesidades.

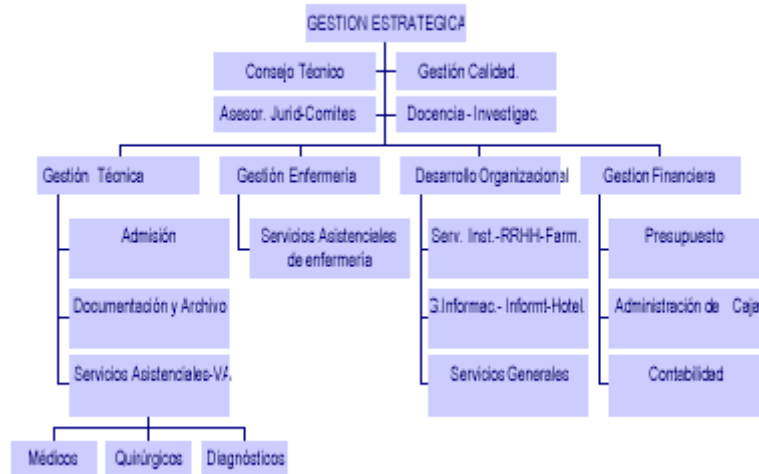
El Organigrama representa las principales relaciones jerárquicas en el hospital (Figura Nº 55).

La participación de las personas en comisiones y grupos de trabajo son parte de la actividad cotidiana del hospital y están incorporadas a la dinámica de mejora de los procesos a los que afectan.

La capacitación, tanto para el trabajo específico como para la mejora de la gestión, es un pilar básico de nuestra organización, y el crecimiento técnico de las personas. Los planes de formación se desarrollan mediante

la impartición de cursos teórico-prácticos programados para todas las áreas de interés para el hospital, abarcando tanto áreas asistenciales como de gestión, calidad, informática, mantenimiento o administrativas.

**Grafico Nº 55**  
**ORGANIGRAMA Y RELACIONES JERÁQUICAS DEL HPDA**



Fuente: Modificado Organigrama del HPDA

Elaborado: Opilio Córdova

La formación práctica realizada para el personal eventual asegura la cobertura de los servicios con personas adecuadamente formadas.

#### **4.3.1.6 Capacidad de Recursos de Información**

La evolución de los sistemas y aplicaciones informáticas han mejorado de forma importante la comunicación, la gestión y el conocimiento. Aún así todavía nos queda un importante margen de desarrollo en la utilización de los programas por parte de los clínicos y en la integración de los diferentes sistemas de información.

La evaluación de la información disponible tanto en publicaciones, informes y la próxima implantación de programas es una importante línea de desarrollo para la mejora de la atención a los pacientes.

#### **4.3.1.7 Capacidad de Gestión**

La reforma sanitaria ha impulsado la autonomía de gestión en los centros, lo que ha posibilitado la utilización de diversas herramientas de gestión en el hospital.

El impulso de la Organización Central y especialmente la dinámica del centro han permitido implantar y utilizar de forma intensiva la filosofía de la Calidad Total y ser un referente entre los hospitales del SNS. La utilización del Modelo EFQM (Manejo de la calidad de la Fundación Europea), la gestión por procesos, el desarrollo de los sistemas de garantía de calidad y el empowerment (empoderamiento) han sido utilizados de forma intensiva con este fin y han permitido una importante implicación de las personas en el hospital tanto por medio de grupos de trabajo como por parte de los gestores de proceso.

En el mapa de procesos hospitalarios se evidencia el proceso gobernante que se encarga del desarrollo estratégico que junto ha los habilitantes de asesoría (proceso de mejora continua) se encargan de la gestión de la información y planificación estratégica, y son además los encargados de las relaciones externas. El proceso que genera valor es el servicio sanitario de atención al paciente (proceso asistencial) en consulta externa ,emergencia, hospitalización, quirófano, tratamiento ambulatorio, generan los productos intermedios y finales con los apoyos diagnósticos y clínicos. Para la generación de los procesos asistenciales son necesarios los procesos habilitantes de apoyo que se encargan del desarrollo organizacional con los subprocesos de gestión de personas, gestión del conocimiento, gestión tecnológica, gestión de hotelería, gestión informática, gestión financiera, gestión de instalaciones y docencia externa. El adecuado conocimiento y engranaje de este mapa de procesos, con adecuada capacitación permitirá el desarrollo institucional(Grafico Nº 56).

Como líneas de desarrollo hemos elegido la utilización del Modelo Capital Innovación, la gestión de los objetivos estratégicos y la sistematización del benchmarking en gestión, así como explorar la evaluación del desempeño y los sistemas de incentivación.

#### **4.4 ESTRATEGIAS, LINEAS DE ACCIÓN Y OBJETIVOS**

Para conseguir la misión y alcanzar la visión se desarrollarán los planes de acción en cada uno de los objetivos y factores clave de éxito. Se incorporan además las líneas de acción y los objetivos cuantificados a alcanzar (Cuadro № 4-4 hasta el 4-8).

#### **4.5 ORGANIZACIÓN DE LOS RECURSOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO.**

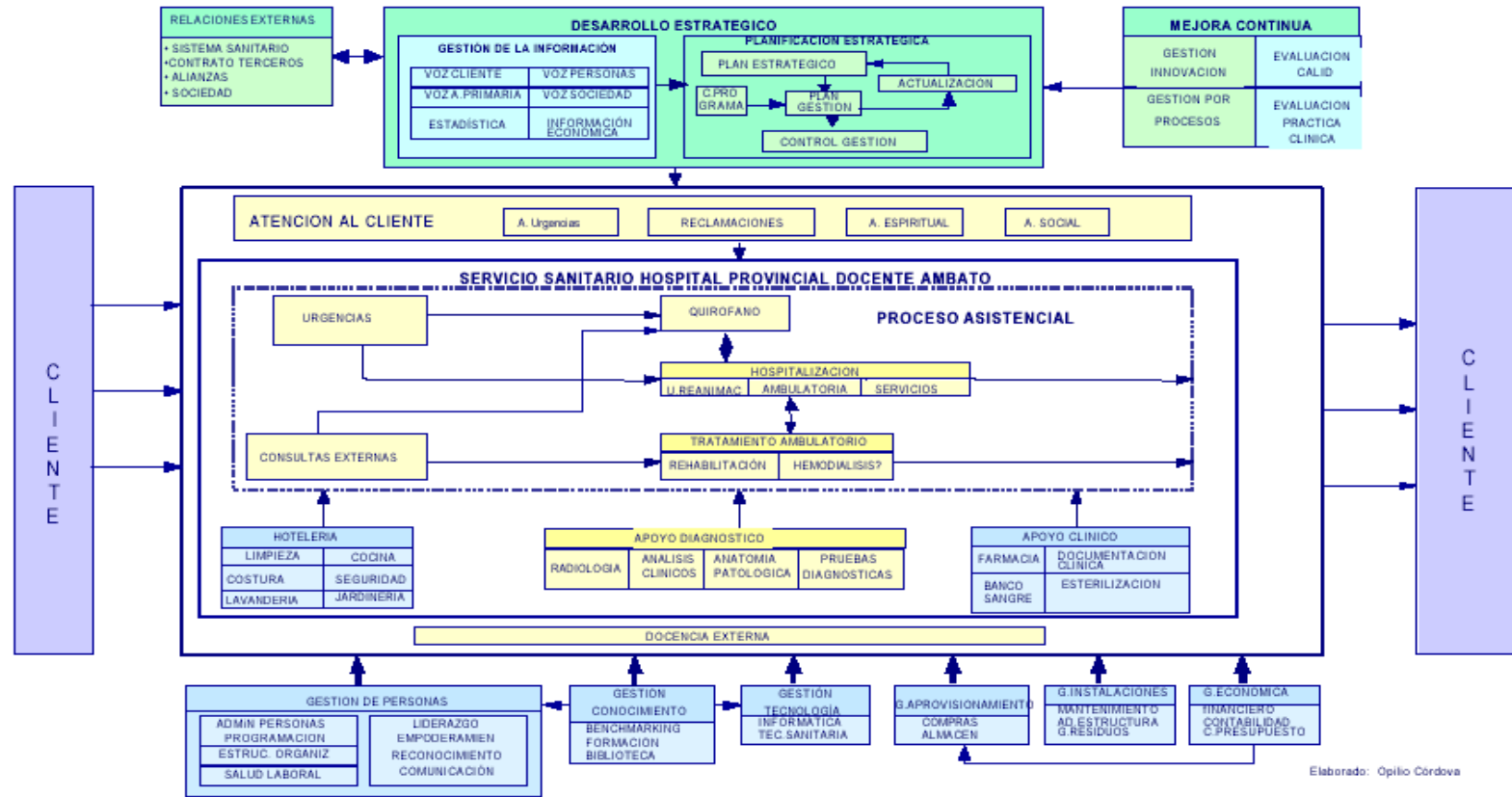
Para que una institución funcione más eficientemente requiere una efectiva organización en la cual:

- Las líneas de autoridad y responsabilidad están claramente establecidas y se respeten
- Los trabajos, los procedimientos y los estándares no sólo estén bien definidos sino que se sigan.
- Los funcionarios sepan qué es lo que deben hacer, cómo hacerlo y lo hagan.
- Los estándares de calidad, cantidad y desempeño estén claramente fijados y se cumplan.



Grafico Nº 56

El Mapa de Procesos del Hospital Provincial Docente Ambato



Elaborado: Opilio Córdova

Fuente: Modificado PE HPDA  
 Elaborado: Opilio Córdova

ESCUELA POLITECNICA NACIONAL  
Maestría en Gerencia Administrativa en Servicios de Salud

Cuadro № 4-4

## LINEAS DE ACCIÓN Y ABJETIVOS CUANTIFICADS A ALCANZAR

OBJ	F.C.E.	SUBF. 1	SUBF. 2	LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO	
SATISFACCIÓN NECESIDADES SALUD Y EXPECTATIVAS SERVICIO		Aumentar el grado de satisfacción de los clientes con el servicio sanitario del hospital Mantener el grado de cumplimiento de los Programas del Hospital Prov.Doc.Ambato			> 95 (Exc 70) = 100	
	COBERTURA POBLACIÓN	Mejorar la cobertura sanitaria de la población(Provincia Tungurahua-Flotante)			actividad	
		Disponibilidad Servicio	Mejorar disponibilidad del servicio			IS demora> 75
			Adecuación Recursos a demanda	- Mejorar la capacidad instalada por aumento de horario y acercamiento de servicios en picos de demanda - Aumentar capacidad instalada en el hospital, especialmente en CI-CE y Urgencias		Deriv< 1% IO> 80
			Eficiencia Operativa	- Mantener niveles de productividad en hospitalización y quirófanos - Mejorar niveles de productividad en urgencias y CE - Mejora de la coordinación en admisión(Estadística) - Plan de mantenimiento integral para asegurar el máximo aprovechamiento del parque tecnológico		Objetivos Productividad
			Cooperación con Sistema	- Mejorar la coordinación con el sistema optimizando la derivación de Atención Primaria		Deriv < 30
	Cartera Servicios	- Incorporación de Sistema ambulancias-Hemodialisis - Impulsar la disponibilidad de TAC-RX-Funcionamiento 24hs. - Consulta C.Paliativos			Derivación < 30	
	ASISTENCIA EFECTIVA	Mejorar el grado de cumplimiento de los compromisos de calidad del programa			80 exc > 35	
		Profesionales calificados	- Impulsar y sistematizar la adquisición y mejora de competencias de los profesionales - Desarrollar un sistema de evaluación del desempeño		>95 le > 60	
		Tecnología efectiva	- Mantener el nivel tecnológico en base a una gestión sistemática de la tecnología que asegure un máximo aprovechamiento del parque tecnológico - Desarrollar los sistemas de información para aumentar la efectividad de la asistencia		IS pers con tecnología >60	
		Procesos / protocolos efectivos	- Mejora de la evaluación de la práctica clínica en los procesos asistenciales - Mejorar de forma continua los procesos - Mejorar el conocimiento de asignación de recursos (coste, horas / persona...) a los procesos		CP > 85 %	
	ATENCIÓN ADECUADA	Mejorar los índices de excelencia de las encuestas a clientes			> 95	
		Información adecuada	- Mejorar los sistemas y calidad de la información para aumentar los índices de excelencia en las encuestas a clientes		> 95	
		Trato adecuado	- Mejorar los índices de excelencia en las encuestas a clientes		> 95	
			Perfil adecuado	- Formación y sensibilización de los profesionales Implantar un sistema de evaluación del desempeño (dimensión de trato)		-
		Satisfacción personal			> 65	

Fuente: Modificado de PE HPDA + Indicadores de España

Elaborado: Opilio Córdova

**Cuadro № 4-5**  
**LINEAS DE ACCIÓN Y ABJETIVOS CUANTIFICADOS A ALCANZAR**

OBJ	F.C.E.	SUBF 1	LÍNEA ESTRATÉGICA	Objetivo
EQUILIBRIO FINANCIERO			Mantener el equilibrio financiero consiguiendo un resultado final igual o mejor que el autorizado	Beneficio cuenta Rdos >= 0 B° real > B° autorizado
		INGRESOS ADAPTADOS A LA PRODUCCIÓN	Adaptar el presupuesto de ingresos a la actividad que se precisa para la cobertura del servicio	% realización ingresos >= 100% Aumento ppto ingresos 5%
	Precio		- Acercar los precios a su coste real mediante negociación con Dirección.	Precio C.P >= Coste real
	Facturación todo lo producido		- Mejorar estado actual de eficacia en la facturación	% actividad facturada/realizada => 100%
	Control producción acorde a presupuesto		- Mantener el grado de ejecución del programa	Grado ejecución C. Programa 100%
		EFICIENCIA EN EL GASTO	Mantener eficiencia en costes y mejorar: coste / urgencia y coste/CE mediante: - Mejora continua de los procesos - Utilización del centro gerontológico para optimizar gastos	% realización gasto = 100% Costes unitarios comparativos con otros hospitales 1° o 2°
	Compras eficientes		- Coste de la "cesta de la compra" entre los tres primeros hospitales	< 105 %
	Coste de personal			-
	Eficiencia operativa		- Mantener niveles de productividad en hospitalización y quirófanos - Mejorar niveles de productividad en urgencias - CE-Quirófanos	Relación a otros centros

Fuente: Modificado de PE HPDA- Indicadores España

Elaborado: Opilio Córdoba

**Cuadro № 4-6**  
**LINEAS DE ACCIÓN Y ABJETIVOS CUANTIFICADS A ALCANZAR**

OBJ	F.C.E.	SUBF 1	LÍNEA ESTRATÉGICA	Objetivo
MEJORA GLOBAL DEL SISTEMA SANITARIO			Aumentar el grado de satisfacción global	> 80
	COOPERACIÓN CON EL SISTEMA		Aumentar el grado de satisfacción con el hospital de los profesionales de Atención Primaria mediante: - Desarrollo de RRHH en A. Salud - Potenciación de protocolos conjuntos y canales de coordinación con Atención Primaria - Mejora de la información a los profesionales de Atención Primaria - Descentralización de la admisión de consultas a todos los centros de Atención Primaria	> 70
	PROPORCIONAR MEJORES PRÁCTICAS		Mantener el grado de satisfacción de las organizaciones con las que colaboramos	> 8
		Adecuado nivel difusión	- Mantener el grado de participación en actividades de difusión - Plan de comunicación externa - Fomentar la participación en foros de conocimiento	> 60
		Alto nivel innovación	- Mantener el nivel de innovación existente utilizando el Benchmarking de forma sistemática - Desarrollar una cartera de proyectos de innovación	En desarrollo
Cualificación profesional	- Favorecer el intercambio de información, ideas y conocimiento entre los profesionales	En desarrollo		

Fuente: Modificado de PE HPDA e Indicadores España

Elaborado: Opilio Córdova

**Cuadro № 4-7**  
**LÍNEAS DE ACCIÓN Y ABJETIVOS CUANTIFICADS A ALCANZAR**

OBJ	F.C.E.	SUBF 1	LÍNEA ESTRATÉGICA	Objetivo
SATISFACCION DE LAS PERSONAS	Aumentar el grado de satisfacción global de las personas			> 65
	ADECUACIÓN TRABAJO	Adecuada organización Procesos	- Despliegue de la gestión por procesos	>70
		Adecuada programación trabajo	- Evaluar cargas de trabajo adecuando los recursos a las necesidades	>60
		Medios conformes al trabajo	- Adecuación de medios acordos con diseño de los procesos	>65
	FACTORES PROFESIONALES	Desarrollo profesional	- Impulsar y sistematizar la adquisición y mejora de competencias de los profesionales	>75
		Alto empoderamiento	- Desarrollar la sistemática de gestión del empowerment para aumentar el grado de satisfacción con el mismo - Mantener una actitud de apoyo, escucha y respuesta a las aportaciones y sugerencias de los profesionales - Desarrollo de la gestión mediante equipos de mejora - Potenciar y mejorar los espacios de reuniones y trabajo - Establecer sistema de reconocimiento - Mantener y potenciar los procesos de promoción interna y movilidad horizontal - Mejorar los planes de comunicación interna	>80
	FACTORES PERSONALES	- Mejorar los índices de satisfacción con las condiciones laborales mediante la aplicación de medidas de flexibilidad organizativa Renovación mapa de riesgos y disminución de la accidentabilidad		>90
FACTORES LABORALES	- Mejorar los planes de comunicación interna - Mejorar la sistemática de conocimiento de objetivos por parte de los profesionales		>65	
IMPLICACIÓN CON EL PROYECTO				>75

Fuente: Modificado de PE HPDA e Indicadores - España

Elaborado: Opilio Córdova

**Cuadro № 4-8**  
**LINEAS DE ACCIÓN Y ABJETIVOS CUANTIFICADS A ALCANZAR**

OBJ	F.C.E.	LÍNEA ESTRATÉGICA	Objetivo
GESTIÓN MEJORA CONTINUA		Mejorar la puntuación en evaluación externa EFQM-Garantía de la calidad	> 600
	ALTO NIVEL LIDERAZGO	- Gestión sistemática del liderazgo con desarrollo y formación de líderes	> 60
	ADECUACIÓN HERRAMIENTAS DE GESTIÓN	- Desarrollo de la gestión por procesos - Desarrollo de la certificación en los procesos - Desarrollo de vías clínicas - Desarrollo Modelo Capital Innovación - Gestión sistemática del benchmarking - Desarrollo de la comunicación externa para mejorar el grado de conocimiento de necesidades y expectativas de cliente - Fomentar la participación en foros de conocimiento	> 60
	INTEGRACIÓN / SATISFACCIÓN PERSONAS	- Desarrollo de los mecanismos de gestión de personas - Cambios en la dinámica de gestión de personas - Desarrollo de la gestión mediante equipos de mejora	> 65

Fuente: Modificado de PE HPDA e Indicadores - España

Elaborado: Opilio Córdova

## 4.5.1 RECURSOS TECNOLÓGICOS

### 4.5.1.1 Equipamiento biomédico

Los progresos científicos y técnicos constantes introducen en el mercado equipos biomédicos más sofisticados, más eficaces, pero también más costosos. La noción de la relación costo-beneficio parte de un enfoque particular en el contexto de los recursos financieros limitados de los hospitales. El precio de adquisición tiende a tornarse un criterio de elección entre otros comúnmente utilizados. Los costos de explotación y la calidad del

servicio postventa ocupan un lugar cada vez más destacado en la decisión de la adquisición.

La buena gestión de la infraestructura de la tecnología clínica no ha de subestimar los elementos que la componen y tiene que evitar la inadecuada utilización o subutilización de algunos equipos. Un estudio realizado en Francia en 1996 mostró que en los quirófanos hiperasépticos o hipertécnicos ocho de cada diez intervenciones no precisaban del nivel de complejidad de los equipos empleados en ellas<sup>53</sup>. Por el contrario, el 55 % de las intervenciones que requerían un quirófano hiperaséptico y el 60 % de las que necesitaban un quirófano hipertécnico se practicaban en quirófanos no adaptados. En lo que se refiere a las urgencias, 2000 sectores de cirugía estaban abiertos todas las noches para la realizar solamente 300 intervenciones.

En América Latina, el 60,5% de los hospitales tienen 50 o menos camas, lo que representa el 20 % del conjunto de las camas hospitalarias, y el 15,8 %, entre 51 y 100 camas, que constituyen el 17,3 % del conjunto de camas; es decir, el 73,3 % de los hospitales tienen como máximo 100 camas. Los hospitales de más de 500 camas representan únicamente el 1,3 % del conjunto de hospitales de la Región y el 15,4% del total de camas<sup>54</sup>.

Las crisis económicas que han caracterizado los años ochenta tuvieron consecuencias nada despreciables en los hospitales: disminuyeron los fondos consagrados al mantenimiento, lo cual deterioró las infraestructuras y

---

<sup>53</sup> Marechal J, Place du plateau technique dans une démarche de planification sanitaire. *Technologie Santé* 1996; 26: 8-10.

<sup>54</sup> Organización Panamericana de la Salud. *La salud en las Américas*. Washington, DC: OPS; 1998. (Publicación científica No. 569.)

los equipos y retrasó el uso de nuevos y más sofisticados equipos de diagnóstico y tratamiento.

Un estudio realizado en 1986 por la OPS mostró que el 50 % de los equipos médicos e industriales de los hospitales de la Región estaban fuera de servicio o no respetaban las reglas de funcionamiento y de seguridad enunciadas por los fabricantes. Este hecho ha tenido algunas veces consecuencias nefastas en la gestión de los hospitales y ha provocado errores lamentables en el uso de algunos equipos.

Paradójicamente, la década de los ochenta corresponde también a un período de desarrollo y de comercialización de equipos médicos sofisticados y costosos. Diversos hospitales han adquirido e incorporado nuevas tecnologías sin disponer de las infraestructuras capaces de garantizar su óptimo funcionamiento y sin prever los costos suplementarios de explotación que estos últimos inducirían, considerando que para ciertos equipos de alta complejidad los costos de mantenimiento anuales se sitúan alrededor del 10 % del costo de adquisición.

Según el mismo estudio de la OPS, los presupuestos destinados al mantenimiento representaban únicamente entre el 1 y el 4 % del presupuesto de funcionamiento del hospital. Otra gran dificultad que encuentran los hospitales latinoamericanos es la disponibilidad de recursos humanos suficientemente calificados para garantizar la reparación de los equipos en plazos aceptables. La profesión de ingeniero clínico o biomédico se ha incorporado en el hospital. Hasta mediados de los años noventa pocas universidades habían desarrollado programas de formación específicos dirigidos a este tipo de profesionales, cuya misión es definida de la manera siguiente por la American College of Clinical Engineering: «El ingeniero clínico es aquel profesional que aplica y desarrolla los conocimientos de la



ingeniería y las prácticas de gestión a las tecnologías de la salud, para mejorar de manera continua la atención médica prestada a los pacientes.<sup>55</sup>

Es evidente que el alcance y el costo del mantenimiento varían según el tamaño y la complejidad de las instalaciones, pero es fundamental que exista un programa de mantenimiento incluso en las instituciones más pequeñas o menos complejas.

## **4.5.2 RACIONALIZACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS**

### **4.5.2.1 La demanda**

De acuerdo con las políticas de la institución se calcularán las horas-médico para medicina general y todos los índices de especialidad cuya demanda sea superior a 12 o 18 consultas, pues en las unidades periféricas se considera que dichas atenciones demandarán cuatro a seis horas-médico si se considera un promedio de tres pacientes por hora para enfermos de especialidad y cuatro por hora en medicina general. Cuando las demandas fuesen inferiores se acumularán esos factores en los sectores urbanos próximos a las comunidades del caso para calcular, en sectores semiurbanos o urbanos, la demanda de la zona de influencia semirural o rural dispersa que concurrirá para ser atendida en estas unidades donde existan las instalaciones necesarias y el personal especializado para especialidades mayores o bien para especialidades mayores y menores, respectivamente, según la importancia de la población hacia la cual se refiera a los pacientes.

De igual manera se aplican los índices de camas en relación con la población cubierta. Así, por ejemplo, se aplica el índice de tres camas

---

<sup>55</sup> American College of Clinical Engineering, IFMBE-news (International federation for medical and biological engineering) 1997.

para el sector urbano y de 1.5 para el sector semirural y una cama por cada mil habitantes para la población rural dispersa, respectivamente, a fin de satisfacer esas necesidades en las poblaciones urbanas o semirurales que cuenten con facilidades físicas y humanas suficientes para concentrar los casos de su zona de influencia acumulando ambos índices.

Otra decisión importante se refiere a la determinación de la política que se seguirá en el sistema en relación con las especialidades denominadas básicas, es decir, las que se ofrecen normalmente en clínicas periféricas junto con la medicina general, y que son las siguientes: odontología, ginecoobstetricia, oftalmología, otorrinolaringología, dermatología y traumatología, pues la pediatría general se calcula en la demanda de medicina general a pacientes menores de 16 o 14 años de edad.

También se requiere calcular la demanda de radiodiagnóstico y laboratorio de análisis clínicos, así como los servicios de farmacia, inyecciones, curaciones, vacunaciones y otros programas de medicina preventiva que se ofrecen de manera conjunta con la atención de medicina general y de especialidades básicas.

Las unidades de concentración u hospitales a veces requieren hasta el doble que la consulta externa de pacientes que se van a hospitalizar, y en otras ocasiones sólo de personas hospitalizables. Así pues, en ambas situaciones se calculará el total de pacientes de primera vez y subsecuentes; primero, los casos de consulta de especialidad no hospitalizable se restarán de la cifra total de atenciones de las diversas clínicas de consulta externa, o sea de las clínicas periféricas; segundo, no se procederá a ese ajuste, sino que a cada clínica periférica o ambulatoria se le dotará de horas-médico suficientes acorde con su

demanda específica, y al hospital únicamente de las horas-médico que requiere la atención del enfermo hospitalizable.

Una variante importante se refiere a la descentralización de algunas camas destinadas a atender padecimientos de estancia corta en centros periféricos; a este tipo de unidades se le da el nombre de hospital cantonal o centro de salud con camas; por tanto, es necesario deducirlas del índice general de camas de la región, las cuales se consideran anexas a dichas unidades, y por separado se tomarán las consultas externas de pacientes de primera vez y subsecuentes que les correspondan.

En términos generales, en estas hospital se atienden casos de traumatología, medicina general, pediatría, cirugía general y ginecoobstetricia cuya estancia promedio no rebasa los cinco días.

Una vez establecida la política de planificación se calculan los recursos en los diferentes niveles de las diversas unidades médicas.

En un hospital general, por ejemplo, se calculan a partir del número de camas totales teniendo en cuenta los días-cama en un lapso dado, por ejemplo un año, multiplicando el número de camas por 365 y haciendo el ajuste a 90% de ocupación para obtener la cifra de días-paciente. Esta cifra se divide entre el promedio de estancia y se obtiene el número de casos que se atenderán anualmente; a la vez, este número dividido entre los días hábiles que se trabajan normalmente en consulta externa (por lo general 300 días) proporciona la cifra de atenciones diarias de primera vez de enfermos hospitalizables.

Debe recordarse que esta cifra de primera vez es la quinta parte de las atenciones totales; es decir, el enfermo se presentará cuatro veces más en citas subsecuentes después de su cita de primera vez.

En forma similar se obtiene la cifra promedio de operaciones diarias si el cálculo se realiza específicamente con el número de camas de cirugía. Si se trata de obstetricia, se observa un procedimiento similar a partir de las camas de maternidad. Conviene hacer los cálculos específicos de necesidades de las diversas especialidades, sobre todo cuando éstas requieren facilidades físicas especiales, como en otorrinolaringología, oftalmología y urología, pues hay que planear instalaciones diferentes a las de los consultorios tipo para esas especialidades.

En términos generales, se aplica el índice de tres consultas por hora por especialidad, o sea 30 minutos de consulta de primera vez y 15 minutos en las subsecuentes; 10 minutos la visita en hospitalización y dos horas por la atención quirúrgica en sala de operaciones, o una hora en sala de partos si se trata de atención obstétrica.

Así pues, en las especialidades de cirugía ginecoobstétrica se calculará tomando en cuenta por separado los minutos que se emplearán en consulta externa, hospitalización y sala de operaciones, para conocer el número total de horas-cirujano y las de consulta externa, hospitalización, sala de partos en los casos de ginecoobstetricia, y saber el número de horas-partera.

Sin embargo, conviene hacer un ajuste cuando se decide que el parto normal será atendido por médicos residentes, por parteras o por enfermeras especialistas en obstetricia, tomando en cuenta la cifra total de la atención de sala de partos. Si se decide que los partos normales y los distócicos deberán ser atendidos por médicos externos, se organizan equipos de seis y ocho

horas para cubrir las 24 horas del día. En grandes servicios de maternidad, el tiempo del parto se puede reducir a media hora.

Los servicios de medicina interna y de pediatría se calculan considerando los minutos empleados en la consulta externa y el tiempo de la visita hospitalaria, exclusivamente.

Una vez calculado el total de horas-médico se establece la política para trabajar turnos de cuatro, seis u ocho horas en los consultorios médicos, independientemente de que sean uno o varios los equipos médicos que cubran dicha jornada. La aplicación de los índices de rendimiento de los médicos clínicos, con los márgenes que la institución establezca para docencia o investigación, según sea el caso, será la base para fundamentar la nómina de este personal. Se calculará por separado la cantidad necesaria de personal médico residente tomando en cuenta su rendimiento.

Después de determinar la demanda de auxiliares de diagnóstico y tratamiento se aplica un procedimiento similar para conocer la cantidad de personal médico y auxiliar que requerirá dichos servicios, más el personal administrativo propio para la atención de las especialidades mencionadas. Más adelante se expondrán los índices respectivos.

Es imprescindible tomar en cuenta que la demanda en radiodiagnóstico y en análisis clínicos debe ajustarse, pues no se podrán aplicar los índices de la demanda general del sistema. La razón es que en un hospital ésta es mayor que la mostrada en las estadísticas generales relacionadas con la demanda de la población cubierta; la aplicación en las clínicas de consulta externa periférica o ambulatoria puede considerarse como aceptable, pero en las unidades de concentración, como los hospitales, es necesario calcular el radiodiagnóstico como una demanda de estudio y medio por cada paciente

de primera vez y un promedio de cuatro placas por estudio en análisis clínicos. Se estima que cada caso de primera vez generará 20 análisis o determinaciones en promedio, las cuales se agrupan a razón de unos cuatro análisis por persona que asiste a las tomas de productos, pero a veces se observan cifras mayores de demanda en hospitales cuyos programas de medicina preventiva, docencia o investigación recargan el trabajo de los servicios auxiliares de diagnóstico.

En hospitales que trabajan con consulta anexa, al índice de 1.5 estudios radiológicos por admisión en proporción a sus camas se agrega 0.5 estudios por consulta externa, obteniendo un total de 2.0 estudios por ingreso.

En hospitales con consulta externa, el volumen total de estudios de laboratorio sube 50%, de manera que si se estima en total la cifra de 20 análisis por ingreso, se considerarán otros 10 análisis para consulta externa y en igual proporción ascenderá la cifra de 5 a 7.5 por persona para quienes se practiquen los análisis antes mencionados.

Los pacientes de urgencias que solicitan atención médica en un hospital son aproximadamente el mismo número de ingresos diarios, pero si la unidad hospitalaria concentra el servicio de varias unidades de menor rango, o si en la población no existen otros servicios de urgencias, se incrementará la demanda, y es muy probable que estas atenciones disminuyan si la zona urbana tiene un gran número de servicios de atención urgente. En todos los casos se considera que del total de pacientes que se presentan en un servicio de urgencias, cuando más 20% ameritan atención urgente.

En cuanto a transfusiones, hay que calcular 0.5 transfusiones por cada ingreso, pero la consulta externa puede demandar una cifra similar, independientemente de que muchas veces en la unidad hospitalaria se

concentran los casos que ameritan transfusión en el servicio de otras clínicas periféricas del sistema, o en el hospital por lo menos se realiza la toma y la preparación del líquido sanguíneo para enviar la sangre preparada a las clínicas periféricas, donde se hará su aplicación. De cualquier forma, debe calcularse a razón de 450 ml por transfusión, en promedio.

En relación con anatomía patológica, se debe calcular que en un hospital se examinarán por lo menos todas las piezas operatorias y 50% adicional de piezas que provienen de la consulta externa, más las biopsias enviadas de las clínicas periféricas, calculadas a razón de una por cada 300 consultas periféricas de todo el sistema. Independientemente del trabajo histopatológico, se deben calcular por separado los exámenes de citopatología de los programas preventivos, cuyas laminillas se concentran en los hospitales para que los técnicos respectivos las examinen a razón de 80 por turno de seis horas.

En cuanto a electrocardiografía y electroencefalografía, la demanda se calcula según el criterio de someter o no a dichas pruebas de gabinete a todos los enfermos de la especialidad la primera vez que concurren a los servicios respectivos; o bien se parte de la base de que en el hospital se concentran todos los pacientes que requieren diagnósticos especiales de gabinete y se calculan las demandas de estos servicios, así como los de medicina física, endoscopia, radioterapia, isótopos, etc., en la ciudad o en la región, según el caso.

En relación con el resto de auxiliares de diagnóstico y tratamiento, puede decirse que son aplicables los índices generales de demanda, pues rara vez se descentraliza. Una excepción es la electrocardiografía cuando se practica en clínicas periféricas, en cuyo caso normalmente la realizan los cardiólogos de dichas unidades médicas.

En lo referente a radioterapia, medicina física, anestesia, electroencefalografía, audiometría, isótopos radiactivos, hemodinámica, etc., se puede afirmar que son procedimientos típicos de hospital y por lo tanto en estas unidades se calcula de acuerdo con la demanda específica que muestran las estadísticas generales.

Muchas veces, aunque en la periferia se realicen algunos de estos procedimientos, como transfusiones, su proceso de recolección, tipificación, preparación y control se lleva a cabo en forma centralizada en los hospitales de la localidad y se envían los equipos debidamente preparados a la periferia. En términos generales, se usarán los índices para rendimientos de los diversos servicios médicos que a continuación se exponen.

#### 4.5.2.2 Modelo de demanda

Todos los planes nacionales de salud afrontan el obstáculo de poner en práctica sus actividades finales por falta de conocimiento del modelo de demanda y las variables que intervienen.

Si tomamos en cuenta que:

<b>PROVINCIA:</b>	
<b>TUNGURAHUA</b>	
Hombres	2 13513
Mujeres	2 27521
Total	4 41034
Tasa de crecimiento	1 .8
Población de Tungurahua al 2005	4 75659
MSP 30% de cobertura	
Población a ser atendida por el MSP =	142697,7
Población Píllaro	3 4925



ESCUELA POLITECNICA NACIONAL  
Maestría en Gerencia Administrativa en Servicios de Salud

	1
<b>Población Baños</b>	<b>6112</b>
	4
<b>Población Pelileo</b>	<b>8988</b>
	2
<b>Población Ambato</b>	<b>87282</b>

El modelo que sirve de base en esta presentación considera la demanda de las unidades médicas en una zona urbana con una población de más de 100 000 habitantes, cuya concentración de atenciones sea de cinco por persona y por año en la proporción que se muestra enseguida:

- Consulta externa general 70%
- Urgencias 10%
- Consulta externa especializada 10%
- Hospitalización 10%

En relación con los días hábiles de un año de calendario, restando sábados, domingos y días festivos, se han considerado sólo 221.

Los indicadores relativos a promedio de estancia, porcentaje de ocupación y de diversas especialidades son los que se observan en buena parte de las unidades hospitalarias del país, así como la relación entre consultas de primera vez y subsecuentes.

La productividad de la hora-médico se ha considerado sobre cuatro consultas en medicina general y tres en especialidades.

Para la optimización de los recursos proponemos lo siguiente:

**Primero.** Para calcular el número de camas necesarias para atender a una población dada se parte de los siguientes datos:

- Número de personas que va a amparar el hospital, o sea la población objetivo en un lapso dado, por ejemplo un año.
- Porcentaje de esta población que se va a hospitalizar en dicho lapso, llamado también frecuencia de la hospitalización.

Para fines prácticos se considera conveniente multiplicar el porcentaje expresado en términos de la unidad, lo que equivale a realizar la regla de tres respectiva.

- Promedio ponderado de estancia de los pacientes.
- Número de días del lapso considerado.
- Porcentaje de ocupación de las camas en el hospital.

Procedimiento:

Se multiplica la población por el porcentaje de frecuencia de hospitalización (en términos de la unidad); el resultado se multiplica por el promedio de estancia, y se obtienen los días-paciente en un lapso dado.

Fórmula para calcular el número de camas censables de un hospital para una población dada en un lapso determinado:

$$\frac{\text{Población amparada en el lapso} \times \text{(Frecuencia de hospitalización en términos de la unidad)} \times \text{(Prom. de estancia)}}{\text{Porcentaje de ocupación}} = \text{Núm. de días- paciente en el mismo lapso}$$

$$\frac{\text{Días - paciente} \times 100}{\text{Porcentaje de ocupación}} = \text{Días - cama en el mismo lapso}$$

$$\frac{\text{Días - cama}}{\text{Días de Lapso}} = \text{Número de camas censadas de la unidad hospitalaria}$$

Ejemplo:

Población (en un año)	Frecuencia	Pacientes	Promedio de días -paciente	Total de días paciente al año
142.697,7	X	0.1 = 14.269,77	X 5.6 =	79.910,7

Total de días / paciente al año.

$$\frac{79.910,7 \times 100}{80} = 99.888,375 \text{ días / cama}$$

Porcentaje de ocupación

Días/cama

$$\frac{99.888,375}{365 \text{ días}} = 273,67 \text{ cama}$$

Días de lapso.

Se divide la cantidad obtenida (días-paciente) entre el porcentaje de ocupación y el resultado se multiplica por 100 para obtener el número de días-cama necesarios en el lapso de referencia. El total se divide entre el número de días que contiene el lapso considerado, y se obtiene así el número de camas censables que debe tener el hospital que servirá a la población objetivo.

Ejemplos:

### 1. Cirugía

Camas	x	Lapso en días	x	% de ocupación en términos del
50		365		0.8
		8,5	x	221
		Promedio estada		Días laborables

Ingresos de hospitalización 7.8 en días hábiles (y promedio diario de operaciones) 8 por aproximación, cifra que representa el número de pacientes de primera vez a consulta externa

## 2. Medicina interna

Camas	x	Lapso en días	x	%	de ocupación	}	14 pacientes de primera vez a consulta externa y una cifra similar de ingresos de hospitalización en días hábiles
77		365		0.8	=		
7,2		x		221			
Promedio		estada		Días laborables			

14 consultas de primera vez por cuatro son igual a 56 subsecuentes.

## 3. Pediatría

Camas	x	Lapso en días	x	%	de ocupación	}	9,6 pacientes de primera vez a consulta externa y el mismo número de ingresos a hospitalización en días hábiles
45		365		0.8	=		
6,2		x		221			
Promedio		estada		días laborables			

Aproximando 10 pacientes de primera vez por cuatro origina 40 consultas subsecuentes.

## 4. Ginecoobstetricia (ingresos a hospitalización de obstetricia)\*

Camas	x	Lapso en días	x	%	de ocupación	}	= 18,2 partos diarios
66		365		0.8	=		
2,9		x		365			
Promedio		estada		Días laborables			

### 5. Ginecoobstetricia (consulta externa de pacientes hospitalizados)

$$\begin{array}{r}
 \text{Lapso en} \\
 \text{Camas} \times \text{días} \times \% \text{ de ocupación} \\
 \hline
 66 \times 365 \times 0.8 = \left\{ \begin{array}{l} 30,07 \text{ pacientes de} \\ \text{primera vez a consulta} \\ \text{externa} \end{array} \right. \\
 \hline
 2,9 \times 221 \\
 \text{Promedio estada} \qquad \qquad \text{Días laborables}
 \end{array}$$

\* En hospitales ginecoobstétricos se calcula el servicio de ginecología por separado, como si se tratara de una especialidad quirúrgica, y el de obstetricia con el procedimiento arriba descrito.

**Segundo.** Determinar la proporción de camas que tiene cada servicio, de acuerdo con las cifras estadísticas de la demanda.

Se puede utilizar el procedimiento de partir de la cifra de ingresos de cada especialidad en un lapso dado, multiplicado por su promedio de estancia específica, y dividirlo entre el porcentaje de ocupación específico, que multiplicado por 100 proporciona el número de días-cama. Este, dividido entre el número de días del lapso, da como resultado el número de camas.

En muchos hospitales se observan aproximadamente los siguientes porcentajes: 45% cirugía, 15% medicina interna, 20% pediatría y 20% ginecoobstetricia.

**Tercero.** A partir de estas cifras y con el porcentaje de ocupación específica y su promedio de estancia respectivo se determinan en cada servicio los ingresos a hospitalización en días laborables, excepto pacientes

de obstetricia, que ocurren todos los días del año (partos y abortos) (véase también grafico Nº 55).

La cifra de ingresos a hospitalización en días laborables (excepto obstetricia) es la misma que de pacientes de primera vez en consulta externa; este número se multiplica por 4 o 5, que es la proporción de pacientes subsecuentes en relación con los pacientes de primera vez.

El número de operaciones (ocho) por dos horas (duración promedio de una operación) indica el total de horas-cirujano.

El total de horas-cirujano necesarias para realizar las intervenciones en las salas de operaciones, dividido entre las horas de la jornada de los quirófanos (seis y ocho horas) proporciona el número de salas de operaciones necesarias para realizar todas las intervenciones quirúrgicas programadas en días hábiles.

Ejemplo:

Cirugía (hospitalizados): primera vez, 8

Pacientes de		% de pacientes			
primera vez	x	ambulatorios	x	% de ocupación	
8		20		0.8	=2 pacientes ambulatorios de
		80			primera vez.
		% de pacientes hospitalizados			

*Dos pacientes de primera vez por cuatro veces = ocho consultas subsecuentes a pacientes ambulatorios.*

El número de pacientes de primera vez (ocho) se multiplica por cuatro y se obtiene el número de consultas subsecuentes.

Es necesario considerar si toda la consulta prenatal se atiende en la unidad o si los primeros meses se hace en unidades periféricas.

La consulta externa subsecuente, tomando en cuenta que la paciente es referida para atención prenatal de los dos últimos meses y el puerperio, requerirá considerar cuatro veces más consultas subsecuentes:

$$10 \text{ multiplicado por } 4 = 40 \text{ consultas subsecuentes}$$

**Cuarto.** Determinación del número de pacientes ambulatorios a consulta externa y el número de consultas de primera vez y subsecuentes.

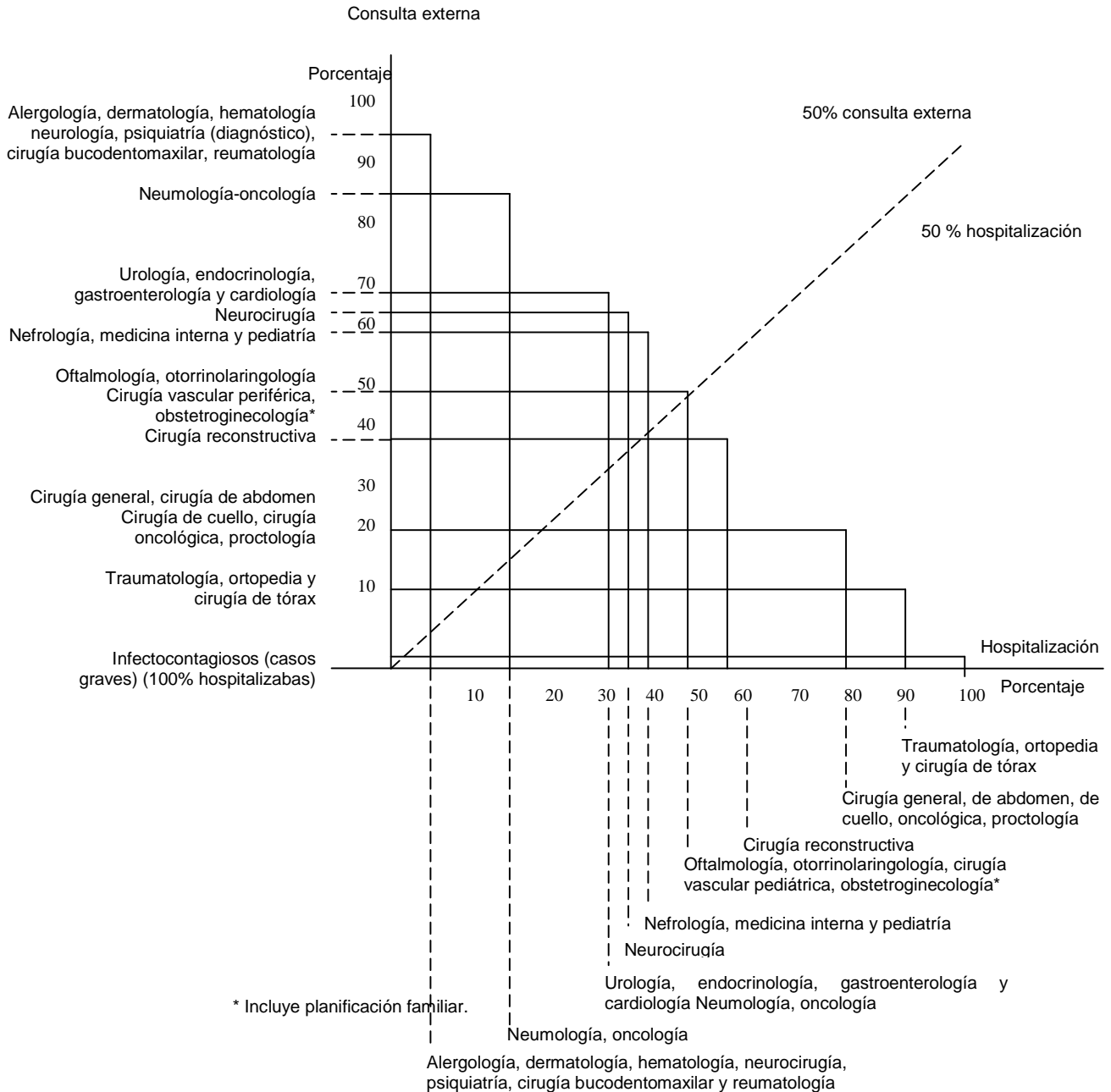
De acuerdo con la estadística, se calcula la proporción de pacientes hospitalizados y ambulatorios que se atienden en la consulta externa, y se aplica la regla de tres para encontrar la cifra de los pacientes de primera vez ambulatorios, cuyo número multiplicado por cuatro proporciona como resultado el número de consultas subsecuentes.

**Quinto.** Evaluación de la capacidad operativa de la consulta externa.

La suma de la columna de total, tanto de consultas a hospitalizados como las de ambulatorios, es la capacidad total de la consulta externa, expresada en número de consultas.

**Grafico Nº 57**

**Proporción de casos ambulatorios y hospitalizables en diversas especialidades**



Fuente: Recursos Humanos en la atención médica-Dirección de Hospitales. Barquín, M. Séptima edición. pp: 141.

Elaborado: Opilio Córdova



Ejemplo:

**Proporciones de pacientes admitidos en consulta externa**

	Para hospitalización (%)	Ambulatorios (%)
Cirugía	80	20
Medicina interna	40	60
Ginecoobstetricia	50	50
Pediatría	40	60

**Medicina interna**

$$\frac{\text{Pacientes de primera vez hospitalizados} \times \% \text{ de pacientes ambulatorios}}{\% \text{ de pacientes hospitalizados}} = 21 \text{ pacientes ambulatorios de primera vez}$$

$$\frac{14 \times 60}{40} = 21$$

*21 pacientes de primera vez por cuatro = 84 consultas subsecuentes a pacientes ambulatorios.*

**Pediatría**

$$\frac{\text{Pacientes de primera vez hospitalizados} \times \% \text{ de pacientes ambulatorios}}{\% \text{ de pacientes hospitalizados}} = 15 \text{ pacientes ambulatorios de primera vez}$$

$$\frac{10 \times 60}{40} = 15$$

*15 pacientes de primera vez por cuatro veces = 60 consultas subsecuentes*

### **Ginecoobstetricia:**

Pacientes de primera vez hospitalizados	x	% de pacientes ambulatorios	
30		50	= 30 pacientes ambulatorios de primera vez
50			
% de pacientes hospitalizados			

*30 pacientes de primera vez por cuatro veces = 120 consultas subsecuentes.*

**Sexto.** Determinación del número de instrumentos u horas-médico que requiere la atención médica de un hospital con clínica de especialidades anexa para calcular las horas-médico de la visita hospitalaria; se multiplica el número de camas por el número de minutos que dura en promedio la visita de un paciente hospitalizado y esta cifra se divide entre 60 para obtener el resultado en horas.

En promedio, el médico tratante puede emplear 10 minutos por visita por paciente.

Para determinar con precisión el número de horas-médico necesarias en la consulta externa se requiere que se sumen por separado las cifras de consultas de primera vez y subsecuentes, tanto de los pacientes hospitalizables atendidos en consulta externa como el número de consultas de primera vez correspondientes a pacientes ambulatorios, y se multiplica por la duración de esta actividad, por ejemplo por 30 minutos. Igual

tratamiento se aplica a las consultas subsecuentes, y la suma de las que se proporcionan a los pacientes hospitalizados y a los ambulatorios se multiplica por 15 minutos.

Ejemplo:

$$\frac{50 \text{ camas de cirugía} \times 10'}{60} = 8,3 \text{ horas/médico}$$

$$\frac{77 \text{ camas de medicina interna} \times 10'}{60} = 12,8 \text{ horas/médico}$$

$$\frac{45 \text{ camas de pediatría} \times 10'}{60} = 7,5 \text{ horas/médico}$$

$$\frac{66 \text{ camas de ginecoobstetricia} \times 10'}{60} = 11 \text{ horas/médico}$$

En el caso que se está exponiendo, la suma de los pacientes de primera vez hospitalizados y ambulatorios se divide entre dos, porque a cada paciente se le destinan 30 minutos.

Para obtener la cifra de horas-médico de los pacientes subsecuentes, tanto hospitalizados como ambulatorios, se divide entre cuatro, porque a cada paciente le corresponden 15 minutos.

Ejemplo:

	Primera vez Hospitalizados		Primera vez ambulatorios		Total
Cirugía	8	+	2	=	10
Medicina interna	14	+	21	=	35
Pediatría	10	+	15	=	25
Ginecoobstetricia	30	+	30	=	60
<b>Total general</b>					<b>130</b>

Duración de la consulta (1/2 hora):  $130 \div 2 = 65$  horas/médico.

	Subsecuentes Hospitalización		Subsecuentes ambulatorios		Total
Cirugía	32	+	8	=	40
Medicina interna	56	+	84	=	140
Pediatría	40	+	60	=	100
Ginecoobstetricia	120	+	120	=	240
<b>Total general</b>					<b>520</b>

Duración de la consulta (1/4 hora):  $520 \div 4 = 130$  horas/médico.

El total de horas/médico de primera vez y subsecuentes se suma para obtener las horas/médico en total que requiere la consulta externa.

**Séptimo.** Salas de operaciones. Las horas-médico en salas de operaciones se calculan a partir del número de pacientes hospitalizados de primera vez, lo que corresponde aproximadamente al número de enfermos operados cada día. Esta cantidad se multiplica por el promedio de duración de las operaciones para obtener el número de horas/cirujano. Para el caso que se ejemplificó se considerará el promedio de dos horas de duración.

Para obtener el número de horas-ayudante de cirujano se consideran tres alternativas:

- Que todas las operaciones las realicen dos cirujanos de base, en cuyo caso se multiplica por dos el número obtenido, o sea el de horas-cirujano, como ya se explicó.
- Que sólo 50% de las operaciones requieran cirujano de base como ayudante, en cuyo caso se suma la mitad de las horas-cirujano al número obtenido; el otro 50% de las operaciones se supone que se realizará con el auxilio de médicos residentes.
- Que las operaciones se efectúen sistemáticamente con la ayuda de los médicos residentes, en cuyo caso no se agregan las horas-cirujano al número obtenido.

Ejemplo:

8 operaciones                      16 horas/cirujano  
 diarias x 2 horas      =      +8 horas-ayudante segunda alternativa

**Octavo.** Para calcular las horas-médico obstetra se parte del número de partos diarios y se calcula que hasta 20% pueden ser distócicos; a este número se le da el tratamiento como si fueran intervenciones quirúrgicas.

Horas-médico obstetra:

18,2 partos diarios eutócicos, 20% de alto riesgo = 3,64 (por aproximación, 4).

4 partos distócicos = 8 horas/médico obstetra más 4 horas/ayudante = 12 horas en total para atender distocias o partos de alto riesgo.

Los partos eutócicos son atendidos por residentes, parteras o enfermeras obstetras en las salas de expulsión en número de una por cada 20 camas de obstetricia y con personal residente y paramédico laborando las 24 horas del día.

$$\frac{50 \text{ camas de cirugía} \times 10'}{60} = 8,3 \text{ horas/medico}$$

$$\frac{77 \text{ camas de medicina interna} \times 10'}{60} = 12,8 \text{ horas/medico}$$

$$\frac{45 \text{ camas de pediatría} \times 10'}{60} = 7,5 \text{ horas/médico}$$

$$\frac{66 \text{ camas de ginecoobstetricia} \times 10'}{60} = 11 \text{ horas/medico}$$

## Ejemplo:

	Horas-médico Hospitalización		Consulta externa primeravez		Salas de oper. subsecuentes	Total
Cirugía	8,3	+	50	+	24	= 82,3
Medicina interna	12,8	+	175			= 187,8
Pediatría	7,5	+	125			= 132,8
Ginecoobstetricia	11	+	300	+	12	= 323

$$\frac{82,3}{4horas} = 20,6 \text{ o } 21 \text{ cirujanos}$$

$$\frac{187,8}{4horas} = 46,95 \text{ o } 47 \text{ internistas } 4 \text{ horas}$$

$$\frac{28,3}{4horas} = 7,075 \text{ u } 8 \text{ pediatras}$$

$$\frac{323}{4horas} = 80,75 \text{ u } 81 \text{ ginecoobstetras}$$

Total general = 157 médicos

Cabe mencionar que de este total se tiene que distribuir en la provincia, tomando en cuenta los hospitales cantonales con su número de camas y población de influencia.

Finalmente se suman las horas-médico de la visita hospitalaria con las de la consulta externa en medicina interna y pediatría solamente, y además las de la sección de salas de operaciones y salas de partos, si se trata de

cirugía o de gineco-obstetricia, respectivamente, y se obtiene por especialidad el número total de horas-médico.

Además, el número de horas-médico de la consulta externa puede dividirse entre la jornada que trabajan los consultorios, para obtener la cifra de consultorios necesarios.

El número total de horas-médico por especialidad, dividido entre la jornada contratada, proporciona el número total de médicos, ajustando el tiempo que se destina a interconsultas y a la actividad académica de los médicos, o sea enseñanza e investigación.

Si además de los cuatro servicios del ejemplo existen otros con camas fijas asignadas, se empleará la misma metodología con cada uno de estos departamentos.

#### **4.5.2.3 Consulta externa**

La metodología para estimar el número de horas-médico para servicios ambulatorios proviene de los datos de concentración de las atenciones y del porcentaje de demanda de medicina general, urgencias, servicio dental o una especialidad determinada. Se utiliza la fórmula que considera la población multiplicada por la concentración de atenciones en un lapso y se divide entre el porcentaje de la especialidad. Esta cifra, dividida entre los días hábiles de un año, proporciona el número de consultas por día; en caso de atención de urgencias se divide entre los 365 días del año.

La cifra de atenciones diarias de cada especialidad (medicina general, urgencias o servicio dental) se divide entre la productividad del instrumento, hora-médico, o sea cuatro atenciones por hora si se trata de medicina general y tres consultas por hora en el caso de especialidades.



El número de horas-médico diarias se divide entre la jornada contratada de los médicos y se obtiene el número de médicos. Si esto se divide entre el número de horas en que están disponibles diariamente los consultorios, se precisa el número de estos locales.

#### 4.5.2.4 Medicina general

En medicina general con frecuencia se determina el número de pacientes que se deben asignar a un médico general por grupos familiares, y se hace la contratación por ocho horas, seis de las cuales se destinan a la atención de enfermos ambulatorios, dividido en dos turnos de trabajo (matutino y vespertino) de tres horas cada uno. Las dos horas restantes se dedican a la atención domiciliaria del mismo grupo humano; a este médico general de adscripción fija de pacientes se le llama médico familiar.

Ejemplo: Quero (Población al 2005 =32736,6 hab.)

Población		Concentración n de atenciones en un año		Porcentaje de atenciones de medicina general en términos de 1 0.70	
32736,6	x	5	x		=518,45 atenciones diarias en día hábil
					221
Días hábiles en los que se atiende en consulta externa					

Atenciones o consultas diarias

$$\frac{518,45}{4 \text{ consultas}} = 129,6 \text{ horas/ médico diarias}$$

(Productividad por hora-médico)

Horas - médico diarias

$$\frac{129,6}{8 \text{ horas}} = 16,2 \text{ o } 17 \text{ número de médicos}$$

(Jornada del médico)

de seis horas

### **Servicio dental:**

En el caso de servicio dental, los sistemas de atención médica normalmente se encargan de programas preventivos realizados por auxiliares, y la atención dentaria se restringe a tratamiento de caries y exodoncia, en cuyo caso el porcentaje respectivo en un modelo de demanda es cercano a 5% y la productividad se considera la de un especialista en consulta externa, o sea tres atenciones por hora.

Ejemplo:

ESCUELA POLITECNICA NACIONAL  
Maestría en Gerencia Administrativa en Servicios de Salud

Población		Concentración de atenciones en un año		Porcentaje de atenciones de medicina general en términos de 1	
32736,6	x	5	x	0.05	
					= 37 atenciones diarias en día Hábil
221					

Días hábiles en los que se atiende en consulta externa

Atenciones o consultas diarias

$$\frac{37}{3 \text{ consultas}} = 12,34 \text{ horas-dentista diarias}$$

(Productividad por hora-dentista)

Horas-dentista diarias

$$\frac{12,34}{4 \text{ horas}} = 3,08 \text{ número de odontólogos de 4 horas}$$

(Jornada del dentista)

#### 4.5.2.5. Servicio de urgencias

Los servicios de urgencias se dividen en consulta extemporánea o atenciones no urgentes, y urgencias verdaderas. La suma de estos dos tipos de atención significa 10% de la demanda de atención en una población dada, pero sólo la quinta parte de este volumen de atenciones se puede considerar urgencia verdadera.

La atención de urgencia debe considerarse como actividad de 365 días al año y no sólo de días hábiles, y la productividad por hora-médico es similar a la de los especialistas, es decir, tres atenciones por hora.

La urgencia verdadera se canaliza hacia hospitalización, terapia intensiva o se resuelve en la sala de urgencias y se envía el paciente a su domicilio. La consulta extemporánea se resuelve de momento, se mantiene en observación por algunas horas, y se envía el paciente a su domicilio con la indicación de que en ocasiones subsecuentes acuda a la consulta externa como ambulatorio; en otros términos, los servicios de urgencias no deben tener pacientes subsecuentes.

Ejemplo:

Población	Concentración de atenciones en un año		Porcentaje de atenciones de urgencia en términos de 1		
n	x	5	x	0.10	
142.697,7					=195,5 atenciones diarias
365					
Días hábiles en los que se atiende en consulta externa					

Atenciones o consultas diarias

$$\frac{195,5}{3 \text{ consultas}} = 65,16 \text{ horas-médico diaria}$$

(Productividad por hora-médico)

Horas-médico diarias

$$\frac{65,16}{4 \text{ horas}} = 16,3 \text{ o } 17 \text{ número de médicos}$$

de 4 horas, por aproximación  
(Jornada del médico)

Esta metodología requiere un análisis minucioso del estudio de demanda para determinar con exactitud y por niveles: a) la consideración de las actividades; b) la estructura o porcentaje de las diversas especialidades o áreas; c) la proporción de consultas de primera vez y subsecuentes; d) la proporción entre pacientes hospitalizados y ambulatorios, y e) la productividad de los diversos instrumentos en las diversas áreas (hospitalización, consulta externa, salas de operaciones, salas de partos, urgencias, etc.), por instrumento<sup>56</sup>.

El método de la demanda puede complejizarse si disponemos de información suficiente, introduciendo nuevas variables y estimaciones de población.

No obstante, a pesar de los métodos diseñados para el cálculo de recursos precisos para satisfacer las demandas futuras, el más habitualmente usado ha sido la extrapolación de recursos a la proyección futura de la población.

Esta variante sólo toma en cuenta el aumento de la demanda debido al crecimiento demográfico y piensa que su uso en el pasado es la guía más objetiva para la estimación de recursos.

A veces se puede usar la tasa de frecuentación de otros países, o asumir previsiones de variación. La elección de estas nuevas tasas está basada en juicios de valores en un propósito político (mantener el nivel actual de gasto, ampliar la cobertura a otros grupos de población, etc.).

Método de cálculo:

1. Número de estancias/población actual = estancias por persona.

---

<sup>56</sup> Barquin, M. Recursos humanos en la atención médica. En Dirección de Hospitales. Editorial McGraw-Hill Interamericana Editores. Mexico. 2002. pp. 136-153.

2. Población proyectada X estancias por persona = estancias proyectadas.
3. Estancias proyectadas/365 — censo promedio diario de ingresos.
4. Porcentaje proyectado/tasa de ocupación deseada = necesidades de camas proyectadas.

Ejemplo:

Población: 142.697,7

1. Demanda satisfecha (utilización): ingresos .....	10.061
2. Total demanda: ingresos + lista de espera .....	10.727
3. Cambio deseado para satisfacer la demanda. ....	666
=2-1.	
4. Estancia media en días .....	7,2
5. Estancias año: 1X4 =.....	72.439,2
2x4	

$$\text{Camas necesarias} = \frac{10.727 \times 7,2}{365} = \frac{77.234,4}{365} = 211,6 (\text{aproximando } 212) (\text{Estancias día})$$

Estancias día X 0,85 (índice ocupación) = 180,2 camas  
(O fórmula de Brigdman)

$$C_n = \frac{\text{Estancias}}{365} \times IO (\text{Índice Ocupación})$$

#### 4.5.2.6 Estándares de oferta de recursos sanitarios:

Ejemplos clásicos son el estándar de camas por mil habitantes, o médicos por mil habitantes, como es el caso de los estándares de servicio escocés:

Ratios de dotación de recursos en Escocia<sup>57</sup>:

Servicios generales agudos .....	2,5 camas agudas por 1.000 habitantes
Especialidades regionales .....	0,5 camas por 1.000 habitantes
Geriatría (larga estancia).....	15 camas por 1.000 habitantes de +65
	40 camas por 1.000 habitantes de +75
Psicogeriatría .....	10 camas por 1.000 habitantes de + 65
	en unidades de 40 camas
Servicios de día de psiquiatría para ancianos .....	3 camas por 1.000 habitantes de – 6
Hospital geriátrico de día.....	0,6 plazas comunitarias por 1.000 habitantes

Otro ejemplo es la definición de estándares o prototipos de hospitales clasificados de acuerdo a la estructura y los recursos de que disponen.

Con las fórmulas que se han expuesto hasta aquí se pueden formular los algoritmos necesario para programar la computadora y obtener en forma automatizada la instrumentación de los servicios finales de las unidades médicas en lo relativa medicina curativa de un sistema de salud.

---

<sup>57</sup> FUENTE: Scottish Health Authorities: Prioritiesfor eighties, 1981.

#### 4.5.2.7 Estándares de gestión

Son aquellos que miden el grado de aprovechamiento o rendimiento de un recurso. Tratan de responder a la pregunta de si los recursos son adecuadamente productivos. Los clásicos son la estancia media, índice de ocupación e índice de rotación, con relación a los cuales se han definido unos estándares respecto a los que comparar de acuerdo con la clasificación de hospitales: últimamente se han desarrollado los índices de productividad UBAS/persona, etc. y los basados en el análisis del case mix (medición del producto)<sup>58</sup>.

Ejemplos del uso de ratios en el cálculo de recursos sanitarios:

#### Fórmula

Número de recursos requeridos = población x ratio seleccionado.

$$RT = \text{Pop (P)} \times Ru$$

#### Primer ejemplo:

Cálculo de camas de pediatría para una población de 142.697,7 de hab.

Ratio: Camas hospitalarias / P = 2,02 camas / 1.000 hab. (entre 0-14 años)

15 % de las camas por cuidado intensivo en pediatría.

Población a atender 0-14 años: 12,6% del total = 17952,84 habitantes

---

58 Cuervo, J. La Organización de los Recursos Asistenciales. En Gestión de Hospitales- Nuevos Instrumentos y Tendencias. Ediciones Vicens-Vives. Barcelona-España .1994. pp36-72.



$$\text{Numero de camas} = \frac{17952,84 \times 2.02}{1.000} = 39,5 (\text{Redondeando } 40) \text{ camas pediátricas}$$

Camas intensivos pediatría y neonatología = 6

Segundo ejemplo:

Cálculo del número de servicios hospitalarios de medicina interna por una población de 142.697,7 de habitantes.

Ratios a aplicar:

Tamaño óptimo del servicio: 80 camas

1	Ratio de dotación:	1,5 camas % hab. = objetivo = 95131,8 camas
2	Estancia media:	7,2 días
3	Indice de ocupación:	80 %
4	Frecuentación:	45 ingresos %o hab. = 6421,4 ingresos año

<p>Numero de estancias: <math>\frac{6421,4 \times 7,2}{365 \times 0,8} = \frac{46234,1}{292} = 158 \text{camas}</math> de medicina interna</p>
--

#### 4.5.2.8 Método de cálculo de recursos basado en los objetivos de los servicios: Método metas-servicios

En este método los equipos de gestión establecen objetivos de provisión de determinados servicios que se definen según diversos factores, entre ellos: necesidades de salud (mortalidad y morbilidad), prioridades políticas tomando en cuenta la factibilidad técnica, administrativa y financiera de los servicios a prestar.

Es un método similar al basado en los de necesidades de salud, cuya diferencia estriba en el modo en que los objetivos son definidos. En general

pone menor énfasis en los patrones de mortalidad y morbilidad e incluye otros criterios, como el de demanda por parte de la población de este tipo de servicios, opiniones políticas, coste, eficiencia de la provisión de servicios y factibilidad administrativa.

En definitiva, es un método menos epidemiológico y más administrativo o de gestión. El método de los objetivos necesita información sobre:

La población que debe cubrir el servicio, agregada o desagregada por edad, sexo y otras características relevantes o proyecciones de población.

La situación actual y sus probables y proyecciones de demanda en servicios, productividad, capacidad administrativa, prioridades políticas y, en importancia,; mortalidad y morbilidad.

Ejemplo:

El cálculo de necesidades de pediatras para un programa de prevención en edad infantil al que se le añade una nueva prestación (un nuevo contacto pediatra/niño). Las necesidades de personal para el programa existente no son discutidas y permanecen en su situación habitual.

Se trata de calcular el número de personal adicional (pediatras) que debe contratarse para satisfacer las necesidades de la nueva actividad en el programa. (Un examen médico preventivo.)

El objetivo es realizar un encuentro (visita) con el pediatra con el propósito de realizar un *screening* del 75 % de la población hasta 14 años en un plazo de cinco años.

Las características demográficas son:

- Población: 441.034 habitantes
- Cobertura MSP: 132310 hab.
- 40 % en edad de 0-14 años(177.237hab)
- Crecimiento de población: 1,74 % anualmente
- Tasa bruta de nacimientos: 23/1.000
- Tasa bruta de mortalidad: 5,81/1.000
- 32,2 % de todas las muertes ocurren en el grupo de 0-4 años
- Pocas defunciones ocurren en el grupo de 5 -14 años
- 2 % de la población está en el grupo de 15 años de edad

La fórmula utilizada (número de recursos necesarios) es:

Población X Servicios requeridos por persona

Productividad del recurso

$$\text{Fórmula RT} = \frac{V \times P}{q \times a} \frac{N}{q \times a}$$

Donde:

Rt	=	Número de recursos requeridos para el año t
V	=	Número de servicios requeridos por año y persona
P	=	Población, actual o prevista
N = V + P	=	Número total de servicios por año para una población dada
a	=	Norma óptima de actuación o de capacidad de producción del recurso
q	=	Capacidad de producción máxima de un recurso específico

Cálculo del número de servicios:

1. Se prevé que 1/5 de la población será visitada cada año durante 5 años. De este modo, la población-objetivo anual será de 26.462,04 niños.

<b>Población de más de 15 años</b>	<b>52924,08</b>	<b>88.206,8 (pers/año)X5 (años) = 441.034</b>
<b>Población de 0-14 (40 % del total)</b>	<b>35282,72</b>	

Población objetivo 26.462,04 número x ser visitado (75 % de la población 0-14)

Sin embargo, cada año surgen los siguientes cambios en la población:

Nacimientos:

Cada año el incremento de nuevos nacimientos es:

$$Tn = 441034 \times \frac{23}{1.000} = 10.143,782$$

Defunciones:

Cada año fallece un 5,81% de la población, cuyo 32,2 % pertenece al grupo de 0-14 años. Las tasas de mortalidad son bajas en el grupo de 5-14 años y por ello presentamos que podemos no tenerlo en cuenta.

Así el número de defunciones en la población objetivo del programa es:

$$Tm = \frac{(32,2\% \times 5,81)}{1.000} \times 441034 = 819,98$$

Abandonos:

El porcentaje que pasa cada año de 11 a 15 años, y por tanto deja el programa, es aproximadamente del 2 % de la población.

Sin embargo, el 75% de 1/5 de ellos son visitados anualmente y el resto sale del grupo de población objetivo de la actividad.

Este incremento de abandonos es:

$$Ta: \frac{2}{100} 441034 \times (1 - 0,75 \times 0,2) = 7.497,578$$

La carga anual aproximada de requerimientos de visita sobre el cálculo inicial se calcula:

75 % de  $(Tn - Tm - Ta) = 10.143,8 - 819,98 - 7.497,6 = 1.8226,22$  niños

75% de 1.826,22 = 1.369,67 visitas/año

Para conseguir el objetivo especificado debemos considerar:

Población objetivo = 26.462,04 + 1.369,67 = 27.831,71 personas de 0-14 años que se tiene que visitar por año.

Se comprueba un 5,17 % superior que cuando no se tenían en cuenta los nuevos nacimientos.

Ahora se trata de trasladar los objetivos de servicios en requerimientos de pediatras. Primero se debe calcular el tiempo disponible de cada facultativo para proveer los servicios.

Por ejemplo: calendario laboral

Vacaciones:	4 semanas
Fiestas laborales:	4 semanas
Ausentismos:	1 semana
Docencia y formación:	<u>1 semana</u>
	10 semanas

Las potenciales 52 semanas quedan reducidas a 42.

En segundo lugar se calcula el tiempo no directamente asistencia! de una semana de 40 horas:

Documentación clínica e informes	6 horas/semana
Sesión clínica y programación de actividades	<u>8 horas/semana</u>
	14 horas semanales

Esto deja el potencial asistencial en:

$$42 \times 26 = 1.092 \text{ horas/año}$$

Determinación del tiempo medio en visitas:

Como la duración media de la visita es de 30 minutos, la capacidad de visita para un pediatra que trabaja todo el año es:

$$1.092 \text{ horas} \times 2 \text{ visitas hora} = 2.184 \text{ visitas/pediatra/año}$$

$$\text{Para atender 697.500 visitas al año se necesitan } \frac{27.831,71}{2.184} = 12,7(13) \text{ pediatras/año.}$$

Para completar el ejercicio hay que calcular el personal auxiliar de enfermería y personal administrativo necesario para llevar a cabo la nueva actividad.

Además, habrá que diseñar la estructura de gestión y soporte de programa y después su aplicación como metodología de cálculo (estándares, ratios, cargas de trabajo, etc.) adecuada<sup>59</sup>.

#### 4.5.2.9 Objetivos de gestión asistencial.

El panel de objetivos de 1984 fue normativizado por el Insalud para sus propios hospitales, y como tal ofrece una muestra de la utilización de los ratios como elemento de uniformación del sistema. Se describen a continuación algunos de los objetivos más significativos<sup>60-61</sup>:

<b>Estancia media:</b>	<b>9</b>
<b>Índice de ocupación:</b>	<b>días</b>
<b>Presión de urgencias:</b>	<b>8</b>
<b>Primeras visitas/sucesiva:</b>	<b>5%</b>
<b>Rendimiento médico:</b>	<b>5</b>
<b>Rendimiento consultorios:</b>	<b>0%</b>
<b>Rendimiento quirófanos:</b>	<b>1</b>
<b>Cumplimiento de historia</b>	<b>/2,5</b>
<b>clínica:</b>	<b>7</b>
<b>Mortalidad general:</b>	<b>0%</b>

---

<sup>59</sup> Cuervo, J. La organización de los Recursos Asistenciales. Nuevos Instrumentos en Gestión Hospitalaria. Ed. VicensVives. Barcelona-España. 1994. pp:55-60

<sup>60</sup> Gutierrez, R. Nuevo modelo de Gestión hospitalaria. Madrid. Insalud. 1984.

<sup>61</sup> Varela, J. Conceptos y Técnicas de Planificación Hospitalaria. En Gestión de Hospitales- Nuevos Instrumentos y Tendencias. Ediciones Vicens-Vives. Barcelona-España .1994. pp73-117.

**Porcentaje necropsias:**

<b>Cesáreas:</b>	<b>80 %</b>
	<b>80%</b>
	<b>7</b>
	<b>5%</b>
	<b>4%</b>
	<b>25%</b>
	<b>6%</b>

### 4.5.3 UNIDADES MÉDICAS

#### 4.5.3.1 Internos y residentes

Es necesario asignar un interno para un máximo de 20 camas en hospitalización, y residentes a razón de uno por cada 25 camas, independientemente de que las necesidades de docencia indiquen cifras mayores para capacitación en el mayor número de especialidades clínicas posible, y aun considerar en dicho programa los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

Se deberá hacer un cálculo independiente en cuanto a atención del paciente en consulta externa por parte del cuerpo médico residente, y en términos generales se aplicarán índices similares a los de los médicos externos.

#### 4.5.3.2 Laboratorio de análisis clínicos



Un equipo integrado por un químico y dos laboratoristas que trabajen seis horas cada uno y simultáneamente obtengan productos y efectúen análisis podrá realizar 100 a 120 estudios y la atención correspondiente de 25 a 30 pacientes, excluyendo los análisis especializados o los que requieran el concurso del médico especialista para su obtención (líquido cefalorraquídeo, punciones, etc.), así como los análisis de los enfermos hospitalizados, en quienes la obtención requiere el traslado del técnico del laboratorio a la sección de hospitalización.

#### **4.5.3.3 Radiología**

En términos generales, se considera que un equipo integrado por un médico radiólogo y un técnico puede rendir a razón de cinco estudios radiológicos por hora si entre éstos hay cuando más cuatro que requieran administración de medios de contraste en una jornada de seis horas, de los cuales el equipo dedique cinco horas de trabajo en salas de rayos X, y además el médico radiólogo haga la interpretación de dichos estudios durante el resto de su tiempo. Se supone que el radiólogo dispone de personal auxiliar capacitado para dejar en manos del técnico la parte mecánica del trabajo y la preparación de los pacientes, así como el uso de las instalaciones arquitectónicas de vestidores y sanitarios múltiples.

Sólo en aquellas salas en que se hagan exploraciones de alta especialidad no podrá aplicarse este cálculo, ya que muchas veces se requiere el concurso de otros especialistas (para cateterismo, ventriculografía, arteriografía, cistografía, etcétera).

#### **4.5.3.4 Anatomía patológica**

Un equipo constituido por un médico y un técnico puede hacerse cargo de la preparación y diagnóstico de cinco piezas por hora. Pero además en el

horario del anatomopatólogo se debe considerar el tiempo que requiere la preparación de las sesiones anatomoclínicas y la práctica de las necropsias. Los citopatólogos pueden diagnosticar hasta 80 muestras por turno de seis horas.

#### **4.5.3.5 Electrocardiografía**

Un equipo constituido por un médico y un técnico puede hacerse cargo de la toma de seis electrocardiogramas por hora, aumentando hasta 50% el horario del electrocardiografista para interpretación, y excluyendo los trazos de enfermos hospitalizados, en los cuales el traslado de equipo y personal a los pisos disminuye el rendimiento a tres enfermos por hora.

#### **4.5.3.6 Electroencefalograma**

Un equipo constituido por un electroencefalografista y un técnico puede atender tres enfermos por hora, en promedio, y aumentar su capacidad 50% más con la construcción de otra cámara de electroencefalografía, para dedicar el tiempo restante a interpretación y llenado de las formas de resultados y archivo de trazos.

#### **4.5.3.7 Endoscopia**

Un equipo constituido por un endoscopista y dos ayudantes puede rendir un promedio de dos a tres endoscopias bucales por hora.

#### **4.5.3.8 Banco de sangre**

Un equipo constituido por un médico de transfusiones, un químico y un técnico puede rendir alrededor de 20 extracciones de sangre de donador, sus valoraciones respectivas y la aplicación de 20 transfusiones en seis horas si hay varios sitios para ambas operaciones dentro del local del banco de

sangre. Se excluyen de dicho trabajo las transfusiones realizadas en pisos, las de las salas de operaciones y recuperación, o las practicadas a domicilio, cuya duración es variable y depende del personal auxiliar (residentes, anestesiólogos, enfermeras) en los pisos de hospitalización o salas de operaciones, y de la lejanía del domicilio en casos de atención domiciliaria.

#### **4.5.3.9 Anestesia**

Un equipo integrado por dos anestesiólogos de cuatro horas cada uno, o bien uno de ocho horas de jornada y dos técnicos anestesistas de ocho horas cada uno puede hacerse cargo de dos salas de operaciones, con un promedio de seis a ocho anestесias en ambas salas. Se entiende que los anestesiólogos tomarán a su cargo la supervisión de las salas, e incluso las anestесias difíciles, así como la prescripción preanestésica y la vigilancia de recuperación del paciente.

#### **4.5.3.10 Medicina física.**

El rendimiento de un equipo constituido por un médico y un técnico es de seis pacientes por hora, y puede incrementarse agregando técnicos y aparatos a dicho departamento.

#### **4.5.3.11 Radioterapia**

Los servicios de radioterapia constituidos por equipos de un médico y un técnico pueden atender cuatro pacientes por hora, y aún más si se agregan aparatos y técnicos radioterapeutas.

#### **4.5.3.12 Medicina preventiva**

Se calcula a razón de un médico especialista para una población de 50 000 personas.

#### **4.5.3.13 Enfermería**

En este servicio se aplican los índices de necesidad de hora-enfermera en 24 horas en salas de enfermos, y se determina la proporción en que se cubrirán los tres turnos.

Asimismo, se calculan turnos para salas de operaciones considerando naturalmente que la demanda normal debe ser la del primer turno o cuando más la del turno vespertino, si se considera que en términos generales la del vespertino y la del nocturno cubrirá sólo demandas de urgencias. En salas de operaciones y partos se recomienda una instrumentista y una circulante por sala en servicio.

En hospitales pequeños se calcula este personal junto con los servicios de urgencias, y por separado cuando se trata de grandes hospitales. Para salas de partos se calcula el personal en la misma proporción en turnos matutino, vespertino y nocturno, suponiendo media hora a una hora por parto, según se trate de un servicio de menos de 100 camas o de uno mayor de este número.

En otras secciones, como centrales de equipo, recuperación y terapia intensiva, el personal también se calcula utilizando índices relativos a personal profesional y no profesional, porcentajes diferenciales en diversos turnos para hospitales generales y hospitales similares.

En hospitales de maternidad o de urgencias también se toman en cuenta las variantes: enfermos en salas colectivas, semicolectivas o privadas.

Para estimar el número de auxiliares de enfermería necesarios para consulta externa de un hospital se debe considerar una persona por dos o tres consultorios, pero habrá casos en que la especialidad requiera una enfermera exclusivamente para un consultorio, como en ginecoobstetricia, o bien enfermeras especializadas si la cistoscopia o la endoscopia forman parte del conjunto de consulta externa.

El personal de central de equipos se calcula por separado, según el tipo de equipo que se ha diseñado, pues cuando todas las operaciones son manuales se requiere casi el doble de dicho personal que si el equipo fuese altamente mecanizado. Así, por ejemplo, con una correcta mecanización puede lograrse atender hasta 100 camas con un equipo de 10 personas del servicio de enfermería, en el cual sólo las jefas de turno sean profesionales. El índice de este personal, y en términos generales el de todo el personal, se reduce 10% por cada 100 camas adicionales. El personal que atiende la central de equipos en las clínicas de consulta externa se calcula a razón de una persona por cada 10 000 derechohabientes protegidos por dicha unidad.

En los servicios de urgencias, una enfermera o auxiliar puede encargarse de la curación de seis pacientes por hora, o ayudar a los médicos del servicio según esta cifra.

En la sección de inyecciones se calcula que una enfermera puede inyectar 20 o 25 pacientes por hora; lo mismo se calcula cuando se trata de inmunizaciones.

En el área de recuperación posoperatoria se puede calcular el personal de enfermería a razón de tres horas por enfermo operado.

En cuanto a terapia o cuidados intensivos, hay que calcular el índice de enfermería a razón de seis horas por paciente en 24 horas.

Se considera que aunque las cifras varían de acuerdo con la gravedad de los casos que atiende el hospital en una unidad hospitalaria de tipo general, es indispensable tener 10% del total de camas para el servicio de terapia intensiva, siempre y cuando el nosocomio esté destinado a la atención de pacientes de estancia corta.

En lo referente a supervisión de enfermería, se considera necesario un mínimo de 50% del personal de esta área para funciones de supervisión, el cual podrá incrementarse en un máximo de 10 por ciento.

Puede establecerse, en general, que en hospitales hasta de 250 camas hay reducción del índice de personal de 5% por cada 50 camas o fracción, pero aunque en hospitales mayores teóricamente operaría este índice, sólo hay decremento de 2.5% por cada 50 camas adicionales, sobre todo si se toman en cuenta las cifras globales, pues aumenta relativamente el personal médico y sus auxiliares debido sobre todo a que los hospitales de más de 250 camas se utilizan en mayor grado para programas de docencia e investigación; en estos casos, los costos de personal se elevan al realizarse dichos programas, aunque en la práctica no se pueda hacer un desglose contable exacto de lo que cuestan esas partidas.

Para los efectos de cálculo de nóminas se pueden tomar en cuenta los índices mencionados, pues en realidad no es posible concebir un hospital de gran número de camas sin programas docentes y de investigación. Es más, en hospitales de capacidad pequeña, pero cuyo fin es la investigación, o sea los llamados institutos, se observa un fuerte incremento en la nómina del personal, que excede con mucho las cifras que se han proporcionado en razón directa del desarrollo del programa de investigación en cuestión.

Desde luego, se puede profundizar en el análisis intradepartamental de cada servicio auxiliar de diagnóstico y tratamiento, pues evidentemente

podría determinarse, por ejemplo, qué parte del volumen total de análisis clínicos correspondería a las secciones de hematología, análisis de orina, bacteriología, bioquímica, etc.; sin embargo, hay variaciones muy amplias de una institución a otra, a veces ligadas a programas de medicina preventiva, docencia e investigación, de modo que sería difícil tratar de recomendar un patrón general útil para cualquier unidad médica. Así pues, por lo general se deja al especialista del caso que ante las estadísticas y el estudio de las necesidades específicas y tendencias, en última instancia resuelva, en compañía del especialista de dirección de hospitales, lo relacionado con local, mobiliario, equipo y material de consumo para cumplir con el programa, pero ajustándose al plan general del proyecto de atención médica que se ha planeado.

#### **4.5.3.14 Personal Técnico**

##### *4.5.3.14.1 Alimentación*

Para calcular el personal de alimentación se considera necesaria una dietista y diez personas (cocineros, camareras, etc.) para atender 50 cunas.

##### *4.5.3.14.2 Trabajo social*

También se ha establecido que se requieren dos trabajadoras sociales por cada 50 camas, una de ellas graduada y otra auxiliar. Las recepcionistas se consideran por separado, de acuerdo con los controles, tomando en cuenta que una puede atender cuatro consultorios por turno y que hay necesidad de estos mismos elementos en información o en la sección central del archivo.

Conviene una trabajadora social por cada 25 000 personas cubiertas, y ésta puede realizar 12 a 15 estudios domiciliarios por turno.

#### *4.5.3.14.3 Farmacia*

En lo referente a farmacias, en términos generales pueden considerarse los siguientes índices: dos personas pueden hacerse cargo de despachar hasta 500 recetas por turno si se trata de medicamentos de patente, y seis personas pueden despachar 1 000 a 1 500 recetas de medicamentos ya preparados o comerciales; pero cuando hay necesidad de preparar fórmulas magistrales, un preparador con turno de seis horas puede surtir un promedio de 30 recetas magistrales.

#### *4.5.3.14.4 Archivo clínico*

En relación con archivo clínico se estima que un archivista y un auxiliar pueden encargarse de los expedientes de 50 camas y aumentar en esta proporción dicho personal; pero cuando exista consulta externa en el mismo hospital también se debe considerar un archivista y dos auxiliares que manejen 200 a 250 expedientes diarios, considerando en dicho trabajo no sólo recoger, distribuir y guardar los expedientes, sino incluir los resultados de los análisis del laboratorio y demás pruebas de gabinete en la historia clínica, y anotar el movimiento estadístico de la institución.

Sin embargo, es necesario calcular por separado el personal directivo, que en hospitales pequeños se encarga de la estadística y la codificación, y en los hospitales grandes se calcula por separado el personal de codificación y bioestadística, independientemente del jefe del archivo clínico.

#### *4.5.3.14.5 Contabilidad*



En lo referente a contabilidad, puede decirse que un contador, un auxiliar de contabilidad y un cajero son el personal mínimo necesario para atender hospitales de 50 a 100 camas. Se necesitará un equipo similar por cada 50 camas adicionales, aunque en este caso no se repetirá el personal de caja, sino se buscará diversificar el personal de contabilidad y auxiliar para hacerse cargo de funciones de auditoría de costos y control interno.

El personal del servicio de contabilidad se incrementa sólo a razón de dos personas por cada 100 camas después de 200 camas.

#### *4.5.3.14.6 Almacén*

En este renglón se considera que un almacenista y un auxiliar de almacén deben atender cada 50 camas, incrementando el personal en esta proporción; sin embargo, esto se diversifica según las necesidades, en especial en almacenes de medicamentos, de alimentos, o almacén general, según el caso.

Después de 100 camas, los servicios de personal del almacén se incrementan a razón de dos personas por cada 100 camas; en consulta externa se requiere una persona por cada 30 000 usuarios y dos si la cifra se encuentra entre 30 000 y 60 000.

#### *4.5.3.14.7 Personal (RRHH)*

Para calcular el personal de la unidad médica se consideran adecuados los índices que señalan un oficial y un auxiliar administrativo por cada 50 camas, pero después de 200 bastan dos personas por cada cien.

#### *4.5.3.14.8 Limpieza*

En lo referente a intendencia, la limpieza interior puede calcularse a razón de 400 m<sup>2</sup> por persona y por turno, considerándose en algunos lugares dos turnos, como sucede en ciertas consultas externas, en urgencias y en hospitalización.

En turnos nocturnos por lo general no se calcula personal de limpieza, excepto en lo que se refiere a urgencias, salas de partos y salas de maternidad.

En relación con la vigilancia, se calcula una persona por puerta y de acuerdo también con los turnos; en caso de personal de turno nocturno, un velador por cada tercer día de jornada acumulada, y también se recomienda que a veces haga funciones de portería en la noche.

El número de choferes, camilleros y elevadoristas se calcula según las necesidades y los traslados. En las dos primeras categorías, en muchos casos el mozo, el elevadorista y el camillero hacen las mismas funciones; en otros sólo se calculan elevadoristas en turno matutino o vespertino, y en turno nocturno los elevadores se dejan automáticos.

#### *4.5.3.14.9 Mantenimiento*

En lo referente a ingeniería y mantenimiento, conviene cubrir los tres turnos con equipo de la casa de máquinas y el encargado de las calderas, y por lo menos un equipo constituido por un oficial y un ayudante para los talleres de electricidad y plomería. En hospitales pequeños de menos de 50 camas, y en poblaciones relativamente escasas sólo se consideran los turnos matutino y vespertino, pero deben estar disponibles los oficiales o ayudantes en caso de una urgencia nocturna.

En los grandes hospitales se calculan por separado los equipos de oficiales y ayudantes para talleres de electricidad y plomería por cada 100 camas o fracción, y a veces algún otro taller, de acuerdo con las necesidades, como pintura, carpintería y mecánica. En términos generales, en cuanto a los talleres especializados en la atención de equipos médicos, conviene determinar si las casas proveedoras o los talleres comerciales son los que realizan dichas reparaciones; en caso de reconstrucción del edificio, por lo general se recurre a contratistas.

#### *4.5.3.14.10 Lavandería*

En la lavandería se necesitarán dos lavaderos por cada 50 camas, además de dos planchadores, dos roperas y dos auxiliares que puedan distribuir y ayudar en el proceso de lavado.

El personal de lavandería se incrementa a razón de cuatro personas por cada 100 camas después de 200, y se observa especialización en las funciones y mayor proporción de empleados encargados de los servicios de planchado, distribución y control de ropa, lo cual se realiza por auxiliares, y en menor proporción en lo que se refiere a lavado, clasificación, centrifugado y guardado de la ropa.

Aunque se pueda pensar que el procedimiento simplista de multiplicar por cada 50 o 100 camas los índices anteriores es lo más adecuado, hay que recordar que en todos los servicios no médicos, y aun en los paramédicos, los índices de personal van disminuyendo 5% por cada 50 camas, el equivalente a 10% por cada 100 camas. Sin embargo, además hay que tomar en cuenta la diversificación tanto en sentido vertical, o sea en las jerarquías, como horizontal, es decir, en la especialización de las labores.

Es más, se debe agregar que en hospitales de más de 150 camas, parte de este personal deberá comprender al jefe y a la secretaria, que desempeñan funciones administrativas.

A estos cálculos se agregará el personal directivo de la institución, y a veces, cuando el hospital es pequeño, el personal administrativo auxiliar que se encarga de aspectos mecanográficos y secretariales, como archivo y correspondencia, trámites, etc., o bien se descentraliza dicho personal cuando la unidad tiene más de 150 camas.

Por otro lado, es necesario considerar el personal que necesita trabajar los domingos y días festivos en los grupos que así lo requieran, y calcular para todos estos días el personal de sustitución por vacaciones y otro tipo de ausencias.

Los datos expuestos servirán para llegar a la convicción de que la nómina de personal en los hospitales significa la partida global más importante. Representa 50 a 65% del presupuesto de operación en la unidad y en las clínicas periféricas, centros de salud o ambulatorios. El personal significa no menos de 40% si dichas unidades proveen los medicamentos, o 60% si no los proporcionan.

En las consultas externas también se usan los índices relativos al cálculo de médicos que atienden pacientes de medicina general, y cuando éstos trabajan a tiempo completo por lo general se les fijan horarios matutino y vespertino de tres horas cada uno, con dos horas para realizar visitas domiciliarias.

No obstante, en otros casos se observa que el personal de visitas y el de consulta externa no es el mismo, aunque algunos problemas en la práctica han obligado a las instituciones a buscar que sea exactamente el

mismo, con la respectiva población adscrita en consulta externa y atención a domicilio.

En términos generales, en los sistemas de atención médica integral se puede encontrar un médico por cada 1 000 habitantes, considerando dentro de este grupo los médicos de base, residentes y pasantes, así como los que trabajan en auxiliares de diagnóstico y tratamiento; 2.5 empleados paramédicos por cada 1 000 personas cubiertas, tomando en cuenta en este grupo los elementos profesionales y no profesionales de enfermería, alimentación, farmacia, trabajo social y archivos clínicos; 0.3 administrativos, es decir, personal superior de contabilidad, almacenes, mantenimiento, control de personal, y el relativo a la lavandería y mantenimiento, y por último el personal manual denominado en general de intendencia. En estos mismos servicios indirectos la proporción es de 1.2 por cada 1 000 personas cubiertas, lo que da un índice total de cinco personas por cada 1 000 habitantes como mínimo.

Sin embargo, estos índices suelen subir en una proporción que excede esta cifra y a veces se observan hasta siete o nueve por cada 1 000 personas cubiertas por el sistema cuando el grupo humano protegido es fundamentalmente urbano.

Al tratarse de instituciones de seguridad social en las que además hay que considerar personal administrativo que realiza funciones no conectadas con las unidades médicas y que atiende aspectos administrativos, como afiliación, vigencia de derechos, control de la población y otras prestaciones en dinero o sociales, se puede considerar que las cifras para atención médica aumentan hasta 15 o 20%, se observa mayor concentración de este personal en niveles nacionales, y disminuye en niveles regionales y aún más en niveles locales.

Sin embargo, también hay que hacer notar que los elementos médicos y paramédicos tienen variaciones en niveles centrales y periféricos, pues si bien es cierto que debido a que en las urbes se encuentran siempre los servicios de alta especialidad y a veces los de especialidades básicas, se observan mayores concentraciones de personal médico en relación con los otros grupos de trabajadores de la medicina. En la periferia, sobre todo en zonas rurales, escasean los elementos médicos, pero gracias al personal paramédico polivalente, denominado promotores de la salud en algunos países, se realizan numerosas funciones auxiliares del servicio médico, como atención de urgencia, vacunaciones, inyecciones, curaciones y toda la gama de funciones paramédicas y administrativas sencillas que se refieren a proporcionar medicamentos, recibir y anotar pacientes, controlar expedientes y llenar formas de estadística, control de almacén, identificación de pacientes y comunicación con otras unidades, de manera que se encuentran hasta cuatro elementos paramédicos polivalentes por cada médico, y se completa el equipo con un elemento de transportes.

El elemento de transportes muchas veces efectúa funciones como vigilancia, limpieza y traslado de personal, de pacientes y materiales o equipo.

De manera general, los médicos piensan que la eficacia es lo más importante y olvidan la eficiencia, lo que puede originar un gran desperdicio cuando se busca la igualdad del servicio entre clases sociales y regiones, problema realmente complejo dadas las características sociales y de morbimortalidad en las diferentes áreas, esto se torna más complejo, ya que es muy importante evitar caer en la tentación de considerar en forma preponderante los recursos internos de la institución que están en relación con los recursos económicos de ésta; a veces, las autoridades médicas pretenden que cada día se atienda a más pacientes, que se hagan más operaciones y disminuir las prestaciones, las medicinas, las incapacidades,

las actividades de los auxiliares de radiología o laboratorio y otros más, lo cual puede ir contra la calidad de la atención.

Los "insumos" externos llegan en forma parcial y fragmentada por los aportes que hacen las universidades u otras instituciones en forma de investigaciones sobre aspectos específicos o por descubrimientos de medicamentos o aparatos igualmente logrados para atender problemas en forma aleatoria, y no necesariamente se relacionan con la morbilidad y la mortalidad.

Cuando los sistemas de atención médica operan con calidad se aprecian pérdidas en un rubro y ganancias en otro. Las ganancias se deben relacionar con las acciones médicas preventivas o curativas, que son resultado de una adecuada planificación, pues de otra forma no es posible evaluarlas de manera integral.

Debido a sus múltiples variables y al grado en que éstas se presentan es difícil medir la morbilidad, por lo que en el caso de los trabajadores se recomienda registrar el número de días cubiertos por incapacidades médicas o el número de éstas; cuando la población total es la que se atiende, se puede medir la demanda de atenciones y derivar conclusiones de esta modalidad.

La evaluación de la eficacia o de la eficiencia obliga a conocer cuando menos tres factores fundamentales: el insumo (paciente), e incluir la planificación, los objetivos y los recursos; el proceso, o sean las actividades organizadas para alcanzar lo proyectado, y el grado en que se lograron los resultados positivos.

Tal vez se debería recordar que la calidad de la atención médica depende no sólo de recursos de organización y de tecnología, sino en forma

muy importante de factores humanos, los cuales no pueden ser medidos con facilidad. Entre ellos se destacan en forma principal la amabilidad, la motivación y la moral de los médicos y de los otros trabajadores del sistema de atención de la salud, y la relación entre ellos y los pacientes; asimismo, de la actitud de las autoridades de la institución, pues un régimen autoritario incide en el tipo de trato que reciben los pacientes.

También hay que ponderar la actitud y disposición de los usuarios para curarse. No parece irracional pensar que la actual crisis de mala práctica y de atención de baja calidad en la inmensa mayoría de las instituciones se relaciona con administración inadecuada, inercia burocrática, liderazgo débil y baja moral de trabajo del personal, además de menosprecio por la actividad médica de los usuarios.

La sociedad ha confiado a los médicos en particular, y a los profesionales de la salud en general, la cosa más preciosa para todos: la vida misma. Una manera de responder a este compromiso intelectual, social y moral debería ser la preocupación y el quehacer constante no sólo por extender la cobertura de los servicios a mayor número de usuarios, sino por mejorar la calidad de la atención a un nivel por lo menos aceptable, si no es que a un grado óptimo.

Hasta ahora no se sabe si la evaluación tendrá todos los efectos positivos que se han pronosticado y que parecen sumamente optimistas. La educación continua al parecer tiene una acción positiva en la conducta de los proveedores del servicio, pero los consejos, academias o asociaciones médicas no han reaccionado de manera favorable y siguen sus conductas erráticas, y los litigios legales que se han presentado han conducido a que el médico se asegure contra riesgos de reclamaciones y demandas, y que pase la cuenta de la prima a los usuarios.



#### 4.5.4 DISTRIBUCION

##### 4.5.4.1 Calculo de costos globales.

Se ha tratado de introducir diversos procedimientos o fórmulas para calcular los egresos probables en materia de atención médica a partir de las estadísticas disponibles de años anteriores. Algunos actuarios proponen que se calcule el costo total probable de las prestaciones médicas por medio de la fórmula  $Pfpc = C$ , en la cual "P" significa el número de personas expuestas al riesgo de padecer una enfermedad; "f" es la frecuencia con que las personas que pertenecen al grupo cubierto padecen una enfermedad en un lapso dado, por ejemplo en un año, o sea "P" expresado en términos de porcentaje de uno; "p" es el promedio de acciones necesarias para atender a los pacientes durante su padecimiento, expresado por el promedio de días-paciente si el enfermo requiere hospitalización, o bien por el promedio de consultas que se le impartirán si se cura como ambulatorio o se atiende de urgencia, o el promedio de visitas a domicilio; "c" es el costo promedio de una acción de salud, o sea el costo unitario de día-paciente de una consulta externa o de una visita domiciliaria según el caso, y "C" el costo global de la atención médica.

De esta manera, el producto "Pf" indica el número absoluto probable de casos de personas que enfermarán en un lapso dado en la población de referencia, o sea "P"; "Pfp" será el número total probable de atenciones médicas por realizar, sea a través de los servicios de hospitalización o mediante consultas externas o policlínicas, o bien las visitas que se realizan a domicilio necesarias para tratar a los enfermos de sus padecimientos, que costarán tantas veces "c" según el número de atenciones empleadas para tratar a la población enferma en un lapso dado.

Así pues, si por ejemplo se tiene una población "p" de 100 000 personas y de éstas necesitarán hospitalización alrededor de 9%, o sea 0.09, en

promedio requerirán 10 días de estancia en un hospital para atenderse de su padecimiento, y si el día-paciente cuesta 250, el costo total de la prestación hospitalaria será:

$$100\ 000 \times 0.09 \times 10 \text{ días-paciente} \times 250 = 22\ 500\ 000$$

Si se trata de calcular el costo de la atención a pacientes ambulatorios, el número "P", o sea 100 000, se multiplica por 0.80 si se conoce que enfermarán 80 personas de cada 100; este producto se multiplica por 6, que sería el número de consultas promedio necesarias para atender cada padecimiento en este grupo, y finalmente se multiplica por el costo de la atención del paciente en consulta externa, que para el ejemplo se supondría de 65, y por tanto, aplicando la fórmula:

$$100\ 000 \times 0.80 \times 6 \times 65 = 31\ 200\ 000$$

Finalmente, para conocer el costo de las visitas domiciliarias, asumiendo que de cada 100 personas del grupo "P" tres necesitarán ser atendidas en su domicilio en el lapso de un año, y que a cada enfermo se le visitará dos veces y que cada visita costará 100, se aplica la fórmula de la manera siguiente:

$$100\ 000 \times 0.03 \times 2 \times 100 = 600\ 000$$

En resumen, en este ejemplo teórico, el costo de la atención médica hospitalaria, en consulta externa y a domicilio de 100 000 personas sería al año de 54 300 000, que es la suma del costo global de las tres prestaciones a las que se ha hecho referencia, suponiendo las frecuencias y costos del ejemplo.

Por supuesto, las cifras estadísticas correspondientes a la probabilidad de enfermar en un lapso dado deben afinarse con los procedimientos matemáticos

de cálculo de probabilidades según la metodología clásica en el campo de la matemática actuarial.

La fórmula para el cálculo a que se hace referencia puede aplicarse a programas de vacunación; pero es necesario considerar en este caso que "P" es la población susceptible o "universo blanco"; "f", el nivel útil de acción, o sea el porcentaje de la población en riesgo de enfermar, y que hay que vacunar para erradicar el padecimiento; "p" significa el número de vacunaciones necesarias promedio que deben aplicarse para lograr la inmunización; "c" el costo unitario de la vacunación. Si se consideran los diversos insumos que se utilizan para realizar esta actividad, es necesario además aplicar un ajuste, que se refiere al porcentaje de desperdicio o merma del producto biológico.

El cálculo de "p", o sea el promedio de vacunación, debe hacerse con toda precisión en el caso de inmunizaciones que requieren más de una dosis, pues hay que considerar el número de personas que ya recibieron inmunizaciones previas de acuerdo con el esquema aceptado y el grupo de individuos que sólo requieren una dosis de refuerzo.

A veces los factores se utilizan separadamente o se sustituyen por cifras equivalentes en casos muy específicos; por ejemplo: en el cálculo del costo de los subsidios en dinero en incapacidades que pagan las instituciones de atención médica y seguridad social a las personas que trabajan, en vez del procedimiento ya indicado se suele emplear la tasa de morbilidad específica de este grupo y el número promedio de días subsidiados por enfermedad, por persona cubierta por año, que equivale al producto Pfp. Se multiplica luego esta cifra por "c", que es el costo de un día de subsidio, para obtener el costo total de los subsidios que se pagarán a los derechohabientes en el lapso de un año, por ejemplo.

También se puede utilizar el procedimiento mencionado para conocer el costo total de algunos componentes de la atención médica; por ejemplo, cuando se trata de estimar el costo de las atenciones farmacéuticas en un año, el producto Pfp significa el número promedio de prescripciones utilizadas por los asegurados por año, y esta cifra se multiplica por "c" (costo promedio de una prescripción) y el producto representa el costo total de la atención farmacéutica por año del grupo de referencia.

Pueden introducirse refinamientos en la fórmula básica; por ejemplo, se subdivide la población en subgrupos más homogéneos por edad, sexo, región, etc. En consecuencia, se determinan los diferentes factores P, f, p y c para cada subgrupo, y se suman al final los resultados parciales. La falta de estadísticas apropiadas hacía que generalmente se renunciara a este método más exacto y se adoptara el método global que se explicó al principio.

Muchas veces es difícil hacer presupuestos cuando hay cambios muy importantes en el precio de la prestación médica o ésta tiene diferentes tipos, sobre todo si se trata de los países que sufren procesos inflacionarios permanentes o devaluaciones frecuentes de la moneda, por lo que se ha buscado un módulo que sustituya al valor del signo monetario, y se ha optado por referir a éste el costo de los diferentes tipos de prestaciones. Así, por ejemplo, un día-paciente equivaldría a 10 módulos, una consulta a tres módulos, un estudio de rayos X de tipo general a ocho módulos, una determinación de laboratorio a dos módulos, etc.; en algunos lugares este módulo se denomina "Galeno". Posteriormente se hace la equivalencia del módulo en moneda real del país y así se efectúa el cálculo de todos los presupuestos suponiendo que se conserven invariables los costos de los diferentes tipos de prestaciones médicas en su interrelación, aun cuando sea variable el valor real por la devaluación de la moneda del país. Diversos estudios demuestran que los costos de los servicios médicos suelen

aumentar por los procesos inflacionarios y el uso de recursos más costosos; sin embargo, se tiene idea aproximada de éstos; así, por ejemplo, se conocen cifras de países desarrollados en que el promedio de personas hospitalizadas por año excede de 1 % de la población y el costo del día-paciente oscila entre 15 y 30 dólares diarios en cuartos de varias camas o semicolectivos. En referencia a la consulta externa, la consulta médica constituye la prestación más frecuente y su costo promedio en muchos países europeos llega a oscilar entre 6 y 12 dólares, incluyendo los medicamentos. La frecuencia en relación con los grupos de personas protegidas en los países desarrollados puede representar entre cinco y 10 consultas por persona por año, incluyendo en esta cifra la atención a domicilio y las atenciones de medicina preventiva.

En general, puede decirse que la hospitalización en los países latinoamericanos no llega a 10% de la población cubierta por un sistema de atención médica que oscila entre 8.5 y 9.5% en las urbes; en muy pocos países (como Argentina y Uruguay) excede de 10%, y por otro lado el costo aproximado del día-paciente oscila entre 10 y 20 dólares. En lo que se refiere a consultas, en términos muy generales se considera que en los grupos urbanos, 80 o 90% de la población requiere cuatro a cinco atenciones por año, que la demanda baja a 50% en sectores suburbanos y a la tercera parte en los francamente rurales, por lo que en términos generales se consideran tres atenciones que comprenden consulta externa y atención domiciliaria por año por derechohabiente a un costo de ocho dólares en forma global en un país latinoamericano.

Naturalmente, a estos presupuestos en relación con las atenciones se deben agregar los diferentes renglones asociados a la inversión necesaria para la construcción y equipamiento de nuevas unidades y para la reconstrucción de las antiguas; se ha considerado que este volumen financiero puede ser hasta de 20 o 25% de los egresos totales para financiar el sistema en países en

desarrollo que carecen de suficientes instalaciones asistenciales para hacer frente a la creciente demanda<sup>62</sup>.

#### **4.5.5 SISTEMA DE INFORMACIÓN**

Los sistemas de información en recursos humanos deben pasar de ser meramente administrativos a funcionar como instrumentos de gestión y toma de decisiones para optimizar el hospital. Deben incluir, asimismo, mecanismos sencillos de seguimiento automatizado de la jornada anual, altas, bajas, enfermedades profesionales y laborales, retribuciones, beneficios sociales, etc. En los sistemas de evaluación se han de incorporar indicadores de procesos, productos, informes gerenciales y de auditorías médicas, etc., y la información que se obtenga habrá de estratificarse por centro o servicio.

Todos los datos que se ofrecen en un sistema de información deben ser ampliamente debatidos y analizados, pues la comunicación es uno de los canales de influencia para el cambio de mayor potencia. Por ello, los sistemas de información siguen siendo un elemento clave del éxito de la gestión del hospital, pues permiten tomar decisiones oportuna y adecuadamente. Lo contrario debilita a la autoridad, fomenta la aparición de grupos de poder que concentran información relevante y retrasa acciones necesarias que se deban acometer.

#### **¿Cómo dinamizar acciones para poner en marcha los procesos de cambio y renovar la gestión de los recursos humanos del hospital?**

Partiendo del protagonismo del recurso humano en los procesos de cambio del hospital, es necesario reiterar que su gestión corresponde al más

---

<sup>62</sup> Barquin, M. Recursos Financieros de la Atención Médica . En Dirección de Hospitales. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. Séptima edición. Mexico, DF. 2003. pp.93-126.

alto nivel directivo de la institución y que forma parte fundamental de su estrategia de desarrollo. En el caso del hospital la gestión de recursos humanos no se agota en la dirección o en las instancias responsables de la administración, sino que se desarrolla en cada servicio y departamento de la organización; de ahí que dicha gestión se considere como parte integrante esencial de la estrategia gerencial global del hospital. Para dinamizar esta integración de la estrategia de recursos humanos en el hospital se recomienda:

a) Explicitar una filosofía de mejoramiento continuo de la calidad impulsada por la gerencia y la constitución de equipos de calidad en cada servicio que orienten la cultura organizativa hacia el servicio al cliente. Por la alta complejidad del hospital como organización, el liderazgo y la motivación han de ser el cometido de todo un equipo y no únicamente del gerente. No puede producirse un cambio sin un liderazgo que lo comunique con fuerza y claridad y que luche por él con tenacidad hasta alcanzarlo.

b) Impulsar el establecimiento de equipos técnicos capacitados, que apoyen las decisiones estratégicas de la dirección hospitalaria y que garanticen que la estrategia de recursos humanos es congruente con la de la institución.

c) Definir una política de recursos humanos que privilegie su capacidad creadora y ratifique su importancia para la institución mediante acciones concretas.

d) Promover el uso compartido de indicadores. Para gestionar los procesos de cambio en los hospitales, la gerencia debe promover el uso de indicadores de productividad de los recursos. El conocimiento compartido de indicadores de costo por egreso o por paciente atendido, del nivel de satisfacción de los usuarios, y su comparación con los de otros centros de

salud o con los obtenidos anteriormente por el mismo hospital, son la fuente de ideas y propuestas de mejoramiento. La realización de estas tareas debe correr a cargo de grupos de pares (equipos responsables de la gestión del recurso humano en distintos hospitales).

#### **4.5.5.1 La informática.**

##### *4.5.5.1.1 Sistema informático*

La informática constituye la estructura o el soporte tecnológico de los sistemas. En el sector salud, la informática, y sobre todo la hospitalaria, se encuentra en plena transformación. La situación actual en América Latina y el Caribe a este respecto se caracteriza por un desarrollo muy heterogéneo de la informatización de los hospitales. Algunas instituciones muy modernas tienen un sistema de computación bastante desarrollado y completo, incluso integrado por redes internas, mientras que otros hospitales reciben sus primeras dotaciones en computadores aisladas o sólo manejan información manualmente. Muchos hospitales tratan de mejorar o consolidar sus redes de procesamiento, que están centradas en una gestión administrativa clásica basada en la facturación y la contabilidad general, o sea en una informática más hotelera y logística que médica.

La informatización de los servicios clínicos puede ser por tanto costosa y dilatada o relativamente barata si se aplica en centros de menor complejidad y tamaño. En los hospitales de mayor complejidad y con más recursos ya se observa un gran desarrollo de la información y las tecnologías de los sistemas de información.

La Organización Mundial de la Salud recomienda promover la informática para mantener y gestionar bases de datos y generar informes,



aunque insiste en que no debe dominar la selección de datos e indicadores ni el diseño de registros e informes.

#### *4.5.5.2.2 La selección y aplicación de tecnología apropiada*

Además de la estructura (*hardware*), la adquisición y el uso de programas (*software*) es un proceso que requiere de cuidadosas decisiones si se pretende adecuarlo a las necesidades locales, que sea sostenible, manejable y modificable por personal de informática. Al adquirirlos, también hay que tener en cuenta los aspectos relacionados con la seguridad y la confidencialidad de la información, así como las decisiones que se tomen sobre los programas comerciales utilizados y el depósito y respaldo de la información.

Los componentes tecnológicos de la información son costosos y precisan de inversiones que suelen ser relativamente elevadas respecto a otros gastos de los hospitales. Estos costos no solo son imputables a su diseño e implantación, sino a su mantenimiento, actualización y reposición. El costo del personal encargado de realizar estas funciones tampoco suele considerarse en las plantas de personal hospitalario. La informática se ha expandido paulatinamente entre diversas unidades, como las de producción, costos o administración del hospital. Aunque hay unidades como los laboratorios y otros servicios especializados que se benefician claramente de la informatización, el reto actual sobre este particular es aplicarla en los servicios clínicos de muchos hospitales de la Región. La informatización de estos servicios frecuentemente se considera insuficiente o de difícil implantación, y esta dificultad estriba en tres razones: la incertidumbre consustancial a dichos procesos, la variabilidad de las características clínicas

y sociales de los pacientes, y la intensificación que se observa en la realización de esos procesos.

La pregunta más básica que se formula en los hospitales pequeños o de bajo desarrollo que carecen de informática es: ¿qué motivos racionales justifican el uso de la computación? Lo que plantea este interrogante se resume en decidir que se somete a computación, cuál es el nivel tecnológico correcto que ha de implantarse, si es o no preferible mejorar primero el sistema manual, y si el sistema va a poder ser utilizado. Las alternativas de aplicación de equipos, programas y conexiones computadorizados son múltiples, pero las decisiones que se tomen deben tener en cuenta la opinión de todo el personal del hospital, pues de un modo u otro todos emplean el sistema de información.

#### *4.5.5.2.3 Uso de la información y la informática integrada en el hospital y en la red asistencial*

El uso de información integrada del hospital y su intercambio con la de otras entidades de las redes asistenciales pone de relieve la importancia cardinal que revisten tanto los lenguajes de computación y los programas de comunicación que utilicen distintas instituciones, como la necesidad de emplear de programas, lenguajes informáticos, criterios y normas comunes o compatibles de notificación e intercambio de datos.

En los países en desarrollo es importante tener presente la infraestructura tecnológica de los hospitales cuando se evalúa la arquitectura de los sistemas de información. Las diferencias regionales en la red respecto a la infraestructura técnica, la capacidad de las telecomunicaciones y los recursos de personal para sistemas de información, incorporan un factor adicional que ha de tenerse en cuenta cuando se toman decisiones sobre los sistemas de información. Además, es importante prever la obsolescencia de

los sistemas que utilizan tecnología de información, un aspecto en el cual contrasta el crecimiento y el avance tecnológico rápido con el envejecimiento precoz que caracteriza a los síntomas actuales. Es importante que los usuarios sean muy cautelosos para evitar invertir en sistemas propensos a la obsolescencia precoz (cuadro 4-10).

#### *4.5.5.2.4 La gestión y operación del sistema de información*

Por su complejidad, la gestión hospitalaria es responsabilidad de un equipo que abarca disciplinas clínicas, administrativas y financieras. En las áreas de gestión hospitalaria destacan la gestión asistencial, de personal, económica y financiera, de recursos físicos y equipamiento, de servicios de apoyo y de garantía de calidad.

#### *4.5.5.2.5 La gestión del sistema de información*

La gestión de la información arrastra como principal desafío el responder a las necesidades de información con la organización y el recurso (financiero, personal, equipos y tecnología) existentes. La gestión se facilita si el sistema ha sido bien diseñado, conforme a las necesidades de información, pero se complica si el sistema se ha desarrollado sobrepasando las capacidades de gestión o no es sostenible.

La gestión del sistema de información tiene una dimensión que consiste en el manejo de los recursos basados en computación, tecnología y procesos. Sin embargo, la participación del personal en estos sistemas y su aceptación en la práctica constituyen un factor crítico intrincado.

Cuadro № 4-10

## Avances en equipos y programas de computación aplicados en la atención de salud

Equipos informáticos	Aplicación en el campo de la salud
Procesadores	Funciones clinicas con muchos datos
Almacenamiento	Registros medicos longitudinales
Pantallas	Colocacion ubicua, presentacion intuitiva de muchos tipos de datos clinicos
Multimedia	Presentacion en un solo punto de muchos tipos de los pacientes; educacion a distancia
Dispositivos para identificacion personal	Identificacion de empleados, "tarjeta inteligente" para pacientes
anchura de banda	Trasmision de registros medicos longitudinales
Equipo de conectividad	Trasmision de datos medicos de pacientes de alto volumen
Otros dispositivos de entrada/salida	Trasmision de datos de pacientes a puntos clinicos de atencion
Programas de computación	Aplicación en el campo de la salud
Lenguaje de software	Desarrollo mas rapido de software para un sector en rapido cambio

ESCUELA POLITECNICA NACIONAL  
Maestría en Gerencia Administrativa en Servicios de Salud

Software de sistemas	Presentacion mas facil de datos a los proveedores de asistencia sanitaria
Activadores de software	Los desarrolladores de SyII para atencion de salud se centran en las aplicaciones
Software de aplicaciones	Nuevas aplicaciones mejoran el valor de los SyII para atencion de salud en el proceso de prestacion de servicios sanitarios
software de comunicaciones	Construcciones de redes para atencion de salud

S:sistemas; TI : Tarjetas inteligentes.

Fuente: Pan American Health Organization. Setting up healthcare information systems.  
 Washington,DC:PAHO;1999.

Elaborado: Opilio Córdoba

El uso de los recursos sin reglas claras puede limitar a eficiencia y producción del sistema; por ello, es importante elaborar reglas de funcionamiento precisas.

La capacitación es necesaria para la gestión y operación de los sistemas de información y el uso de la información, A menudo, el personal de atención directa no comprendo cual es la función o el valor de la tecnología de información en la atención médica y la administración de atención de salud, ni tampoco el esfuerzo, el compromiso y los recursos necesarios para implantar sistemas efectivos de información. Sorprendo que incluso los administradores pueden estar mal preparados para discernir tal toma. Paradójicamente, todos afirman ser conscientes de la importancia de la información para la toma de decisiones y del hecho de que no existe suficiente información. Pero con frecuencia el problema yace en la visión que prevalece del diseño del sistema de información y en lo que el usuario percibe como necesario.

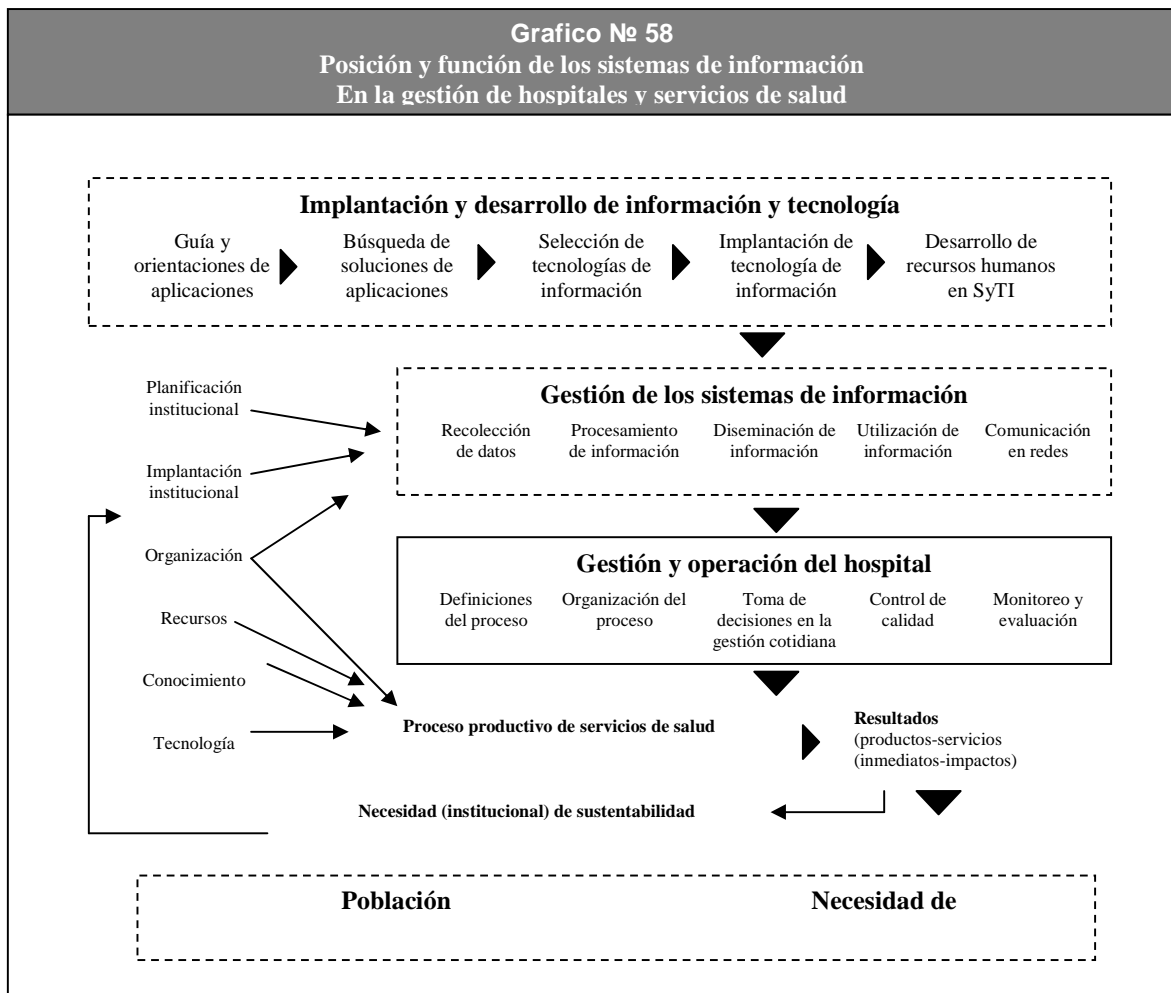
Tanto el supervisor directo como el administrador de los sistemas de información son importantes para la gestión de información y la producción adecuada de datos. El supervisor directo tiene una

responsabilidad bien definida en cuanto a la puntualidad y a la precisión de los datos captados por los miembros del personal de salud, mientras que el administrador de sistemas es responsable del diseño de políticas, procedimientos y normas y de la monitorización del sistema. Los supervisores directos velan por que los datos captados en su esfera de actividad se ajusten a las normas acordadas con exactitud, carácter integral y puntualidad, y tienen la responsabilidad de capacitar al personal para producir los datos necesarios.

Los administradores de los sistemas de información se encargarán, además, desde el punto de vista del usuario, de la operación de las aplicaciones implantadas, de manera manual o computadorizada, y de actuar como intermediarios para las cuestiones relacionadas con las aplicaciones existentes o deseadas. Asimismo, los administradores desempeñan funciones clave en la formulación de políticas operativas para los sistemas, el diseño de procedimientos y rutinas en cooperación con el personal de sistemas (analistas y programadores), la responsabilidad de organizar y proporcionar capacitación, la coordinación de la introducción a reorientación de los sistemas, el establecimiento de metas de desempeño y normas de monitorización, la supervisión de la ejecución de procedimientos y rutinas, y por último, el establecimiento de vínculos con el personal técnico de sistemas y con los niveles más altos de la estructura de la organización de salud.

La gestión de los sistemas de información en hospitales y servicios de salud se sitúa como uno de los centros intermedios de apoyo a la producción, a través del apoyo a la operación y el manejo de establecimientos y redes asistenciales (figura № 58). Dicha gestión tiene entonces como usuario prioritaria a todos aquellos que utilizan información para manejar y hacer producir a los hospitales y servicios de salud. Mediante la aplicación de la información al que hacer cotidiano de gerentes y del

personal hospitalario, la información puede contribuir indirectamente a aumentar la eficiencia, la efectividad y la calidad global de la función del hospital.



Fuente: Pan American Health Organization. Setting up healthcare information systems.  
Washington,DC:PAHO;1999.

Elaborado: Opilio Córdova

Para implantar este sistema de información, los médicos y los gerentes deben trabajar a fin de articular las dimensiones técnicas, de tipo médico y económico de la información. Por añadidura, es menester trabajar con definiciones operativas, criterios y códigos por enfermedad y procedimiento, y descomponer detalladamente las etapas de la atención para las principales prestaciones. La información y el análisis de estos aspectos mejoran y aseguran la calidad de la atención hospitalaria, insertan mejor al hospital en sus funciones, y orientan su producción para que responda a las necesidades y demandas de la población y del cambio requerido.

#### *4.5.5.2.6. Obtención y flujo de información en el hospital*

El proceso productivo de información tiene cuatro aspectos críticos que funcionan como fases retroalimentadas: recolección de datos, flujo o transmisión de datos, procesamiento y análisis. La gestión de la información se relaciona con el manejo de recursos y procesas y con las reglas institucionales a través de todo el proceso de producción y del flujo de información.

Con los cambios que se producen en el contexto de la gestión en los procesos de cambio, los sistemas de información deben tener la capacidad de capturar y entregar datos en el punto de servicio, apoyar la utilización y el intercambio de información clínica y administrativa concurrente y de

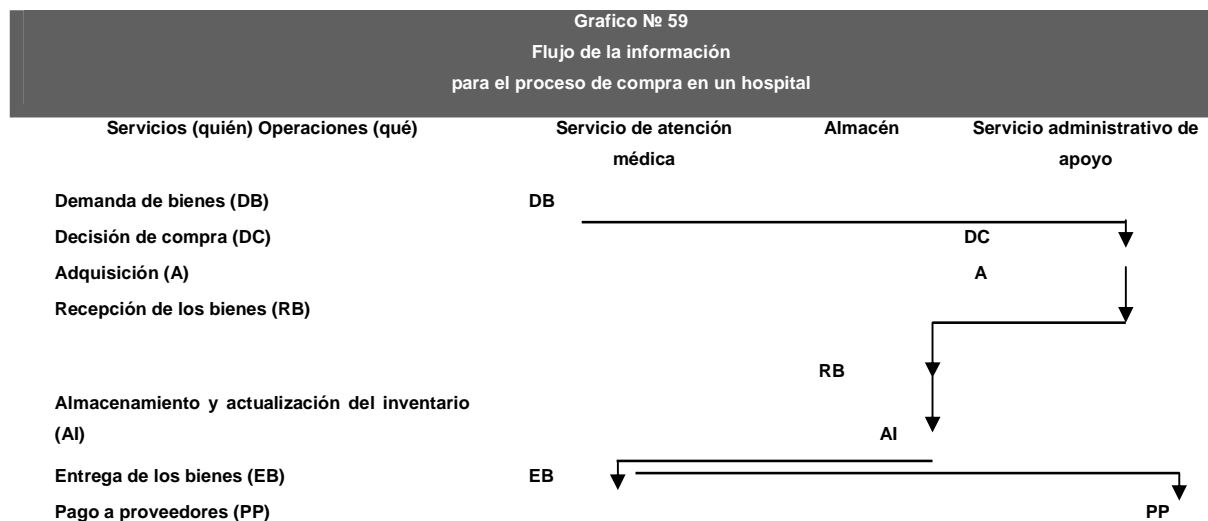


distintos centros, respaldar la manipulación intensiva de datos, y proporcionar medios para respaldar la toma de decisiones sincrónica.

La integración de aplicaciones de información necesita dos entornos: primero, uno caracterizado por una base de datos compartida de acceso y uso colectivos, y, segundo, uno constituido por subsistemas de uso predominantemente local o departamental. A nivel tecnológico, se precisan dos entornos para procesar datos en el desarrollo y la implantación de la integración funcional deseada a nivel de los sistemas. Primero, un entorno de datos integrado, no necesariamente centralizado físicamente, dado que los datos pueden centralizarse en un sistema físico distribuido. Y segundo, un entorno distribuido en el cual cada unidad funcional administra y procesa los datos de interés local, así como los sistemas de uso común.

La integración vertical se logra merced a la definición de los flujos de datos, el informe de las responsabilidades y la integración de los datos generados y procesados en cada unidad funcional. Estas tareas han en realizarse en un marco informativo dotado de tres áreas de interacción para la generación y notificación de la información y destinado al respaldo de las decisiones: información de gestión orientada a los clientes, económica, administrativa (utilización y producción), clínica y epidemiológica.

El sistema de información debe tener en cuenta la organización y el procedimiento del sistema de toma de decisiones. Si se considera el ejemplo de un encargo enviado por un servicio de atención médica (Gráfico Nº 56), el sistema de información va a considerar la circulación de la información entre los diferentes servicios y a presentar las distintas operaciones que se ha de realizar.



Fuente: Leteurtre H. *Traité gestion hospitalière*. París: Berger- Levraut; 1988.

Elaborado: Opilio Córdoba

Para tomar decisiones efectivas en materia de salud, es necesario aplicar un enfoque sistemático que identifique necesidades de información. La salud pública ofrece un modelo valioso para cumplir esto cometido, por cuanto comprendo tres tareas clave: evaluación, diseño de políticas y garantía de prestación y efecto.

#### 4.5.5.2.7 *Flujo de información hospitalaria en la red y en el entorno social*

El carácter masivo de algunos sistemas de información plantea un desafío para funcionar con sistemas autónomos informativos pero integrados en redes de cobertura geográfica e informativa masiva. Para ello, es importante usar criterios y estándares comunes que permitan equilibrar los requisitos de información individual y colectiva.

La información de apoyo a la gestión debe ser aplicable en los distintos niveles locales (centros ambulatorios, servicios productivos internos de hospitales (intermedios o finales) y redes de prestación de atención de salud (servicios de salud organizados sobre un modelo de centros múltiples) y a un

tiempo respaldar las diferentes funciones particulares relacionadas con la toma de decisiones en cada nivel.

La obtención de datos y su exactitud representan un problema crítico en la gestión de los sistemas de información. La comunicación y la información pueden ser apoyadas tanto con redes informativas integradas como mediante técnicas de presentación y difusión moderna de información (como es el caso de sitios en Internet).

Los aspectos críticos de la producción de información que han de revisarse son los siguientes: capacitación de recursos humanos, fuentes de datos, infraestructura, programas o comunicación computacional, y las herramientas estadísticas, de análisis internos y de producción y difusión de la información.

El flujo de información permite el establecimiento de redes integradas en sistemas de información. Dichas redes constituyen vías instrumentales para adoptar soluciones viables y sostenibles por parte de los responsables de la gestión. Las aplicaciones en red de la información para atención de salud permiten a los prestadores de asistencia sanitaria trabajar con datos actualizados sobre la atención y los servicios de salud. Esta red ha de diseñarse para fluir y ser utilizada en diferentes niveles, a fin de dar respuesta a las necesidades de una organización de atención gestionada que está creciendo, del contribuyente, del proveedor o de la red integrada para prestación de servicios.

En un entorno de instituciones múltiples, la red de información para atención de salud puede proporcionar el marco (electrónico) para compartir información y procesos empresariales entre los proveedores, los contribuyentes, los empleadores, las dependencias gubernamentales y otras partes interesadas del sistema de prestación de servicios de salud, incluidos

los pacientes. Las aplicaciones de dicha red de información permiten que redes integradas para la prestación de servicios, formadas por socios en relaciones contractuales, administren esta institución virtual sin poner en riesgo los datos y la disponibilidad de información. En un entorno de institución única, tal red puede proporcionar el marco para compartir información y procesos empresariales entre departamentos, con sistemas de información diferentes y extender el acceso a la información a los asociados de los médicos.

#### *4.5.5.2.8. Análisis y utilización de la información*

Para el adecuado uso de la información, se debe considerar el problema de la capacidad de análisis y utilización de la información. Por ello es importante la capacitación, al igual que la adecuación de la selección y presentación de la información dirigida a las personas que toman decisiones.

A pesar de las limitaciones de información para representar las realidades de la salud y la atención de salud, las necesidades de información para investigación, planificación y toma de decisiones justifican el uso de enfoques de diagnóstico basados en conjuntos de indicadores simples y compuestos. La información de índole cualitativa y textual también ocupa un lugar destacado en los procesos de gestión, especialmente en las fases analíticas y explicativas de la información aplicada a la gestión.

Para que los sistemas de información de salud sean útiles, deben abarcar un espectro amplio de datos de la atención hospitalaria. De un modo u otro, todas las organizaciones cuentan con algún sistema de información

para registrar, procesar, almacenar, extraer y presentar información acerca de sus operaciones<sup>63</sup>.

#### **4.5.6 SISTEMA CALIDAD**

Se propone como definición de Calidad en Salud:

La interrelación entre la estructura de los servicios, los procesos diagnóstico-terapéuticos y los resultados obtenidos en función de la opinión del paciente y de su médico tratante y en general del equipo de salud que tiene a su cargo la atención integral del mismo.

Acorde con lo anterior se definen los indicadores para cada uno de los componentes básicos: “estructura”, “proceso” y “resultado”.

A continuación, se enumeran una serie de (indicadores que se consideran fundamentales para asegurar la Calidad de la Atención en Salud en general y la Calidad de la Atención Médica en particular.

##### **4.5.6.1 Estructura**

La Organización Estructural expresada a través del organigrama en cada Institución, permite identificar el perfil de la misma y a través de él, se pueden visualizar los niveles jerárquicos expresados por:

- La Junta Directiva.
- La Dirección o Gerencia.
- Las Subdirecciones o Subgerencias.

---

<sup>63</sup> OPS. Sistema de Información . La Transformación de la Gestión de Hospitales en América Latina y el Caribe. Washington DC.2001.pp.293-317.

- Las Divisiones Científica (asistencial, docente e investigativa), o Administrativa (Financiera, Recursos Humanos, Servicios Generales, Suministros y de Ingeniería mantenimiento).
- Los Departamentos (Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Gineco-obstetricia, Trauma, Salud Mental etc.).
- Los servicios (Cirugía General, Neumología, Gastroenterología, Nefrología, etc.).
- Las unidades de cuidado intensivo (Neurológica, Post-quirúrgica, Renal, Coronaria etc), o de la parte administrativa: las secciones y grupos de Contabilidad, Cartera, Farmacia, Mantenimiento, etc.

### **ORGANIZACIÓN ESTRUCTURAL**

- \* **Organigrama**
- \* **Niveles jerárquicos**
- \* **Niveles de coordinación**
- \* **Niveles de asesoría**
- \* **Niveles de vigilancia y control**

Además de los niveles jerárquicos, deben existir mecanismos de coordinación tales como comités: Científico, administrativo, de historias clínicas, de infecciones, de tejidos, científico, ético, etc.

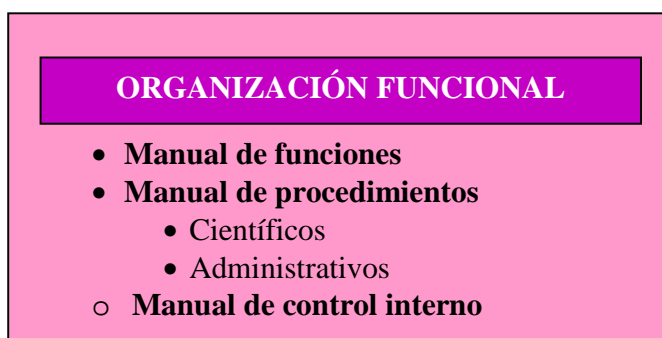
Así mismo, sistemas de asesoría, como son por ejemplo: oficina jurídica, planeación, informática, etc., o sistemas de vigilancia y control: auditoria y control interno, control de gestión, garantía de calidad.

#### 4.5.6.1.1 Organización funcional

Se identifica a través de la existencia de diferentes tipos de manuales tales como:

- *Manual de funciones*, el cual contempla las diferentes funciones, de cada una de las dependencias que integran la organización. Este manual, debe incluir además las funciones por cargo, de todas y cada una de las personas que integran la organización, sean: directivos, técnico-científicos, administrativos, asistenciales, operativos o auxiliares;
- *Manual de procedimientos*, en lo científico para los diferentes procedimientos que realiza la entidad y los procedimientos administrativos, con sus correspondientes flujo gramas.
- *Manuales de control interno*, realizados por cada una de las dependencias del organigrama, evaluados y ajustados por la oficina de control interno. Estos documentos sirven a dicha oficina, para ejercer el control interno de la entidad.
- *Manuales de control de gestión*, los cuales deberán contener indicadores de estructura, proceso y resultados, de la gestión médica y en general de salud, que se incluyen en este capítulo. Todos estos elementos,

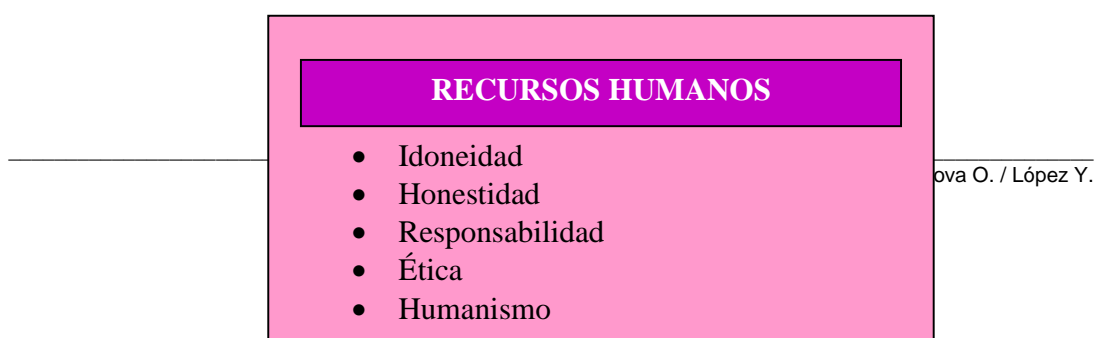
necesariamente influyen en la calidad de la atención de salud.



#### 4.5.6.1.2. Recursos humanos o talento humano

Son el centro y piedra angular de la calidad de salud y específicamente de la atención médica. La idoneidad o expertismo, honestidad, responsabilidad, ética y humanismo, factores que en conjunto, aseguran la calidad de la atención brindada; Por lo tanto, la formación de pregrado y postgrado, son fundamentales para el éxito de su gestión.

Esta variable incluye además, aspectos relacionados con el volumen y la calidad de los profesionales básicos en Ciencias de la Salud (médicos, odontólogos, enfermeras, terapistas, bacteriólogos, nutricionistas-dietistas, etc) así como de especialistas y supraespecialista medico-odontológicos, personal técnico, auxiliar, administrativo y logístico de los servicios e instituciones de salud.

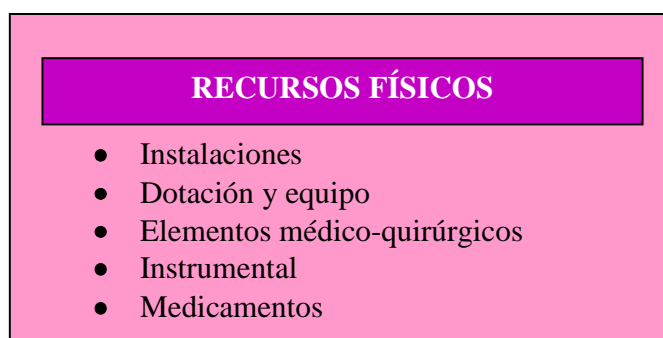




#### 4.5.6.1.3 Recursos físicos

Necesariamente las instalaciones físicas son factores fundamentales que influyen la calidad de la atención: excelentes instalaciones que brinden comodidad, accesibilidad y faciliten la adecuada prestación de servicios.

Deben analizarse igualmente la dotación y equipos existentes, que ojalá estén acordes con el nivel de atención que ofrece la institución. Concomitante con esto, están los elementos médico-quirúrgicos disponibles, asegurar el éxito en la ejecución de los diferentes procedimientos, así como el instrumental permanentemente renovado y de adecuada calidad.



Finaliza esta característica con la disponibilidad de medicamentos ubicados estratégicamente en farmacias satélites: unidades de cuidado

intensivo, urgencias, consulta externa, etc. Esto requiere que cada país cuente con Organismos de inspección, vigilancia y control de medicamentos.

#### 4.5.6.1.4 Transporte asistido

El transporte asistido permite cumplir con las fases de atención: pre-hospitalaria, intra-hospitalaria e inter-hospitalaria, para el rescate, salvamento y atención propiamente dicha del paciente urgente, en el lugar de la emergencia o desastre y durante el transporte hacia el organismo asistencial que brindará la atención integral que requiere el paciente, teniendo siempre en cuenta la “**hora dorada**”.

El transporte asistido elemento fundamental de los sistemas de urgencias, requiere de una central de radio y comunicaciones, para ubicar al paciente, orientar y asesorar su atención, distribuir el transporte de ambulancias terrestres (traslado asistencial básico (TAB), Traslado asistencial intermedio (TAI), Traslado asistencial medicalizado (TAM) o aéreas helicóptero o avión), las cuales facilitan la implementación del “triage”, prehospitalario y hospitalario y la referencia o contrareferencia de los pacientes. Para asegurar la calidad deberán existir, además de los subsistemas de comunicación y transporte, los de asistencia técnica, administrativo-financiero; jurídico; de vigilancia epidemiológica, de investigación y de operación.

#### TRANSPORTE ASISTIDO

- Ambulancias
- Helicóptero
- Avión

#### 4.5.6.1.5 Tecnología

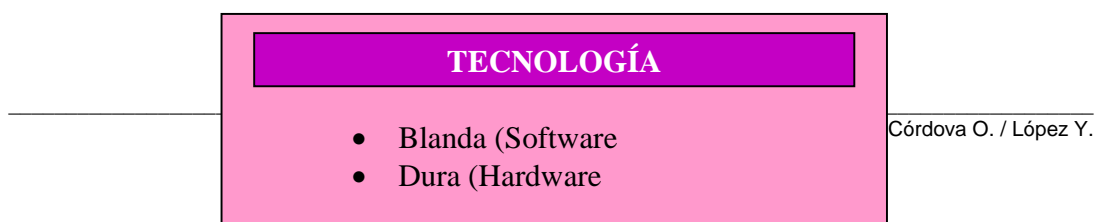
Dentro del concepto de Calidad en Salud, se plantea el obtener los objetivos de la atención al menor costo posible. Este concepto, enfrenta la calidad y el costo y se podría pensar que no es posible variar esta relación, si no actúa como regulador la “tecnología”, entendida bajo dos dimensiones:

- *La tecnología blanda o software*, basada en el conocimiento o expertismo científico y en los procesos desarrollados por el cerebro humano.
- *La tecnología dura o hardware*, equivalente a los equipos utilizados en el diagnóstico y manejo terapéutico de los pacientes.

La relación tecnología blanda y dura, dará como resultado:

- *Alta Tecnología*: supra-especialistas enfrentados a equipos altamente sofisticados.
- *Mediana Tecnología*: profesionales generales utilizando equipos intermedios.
- *Baja Tecnología* : personal técnico o auxiliar manejando equipos simples.

A veces se utiliza una tecnología superior o inferior a la que el paciente requiere, dando como resultado, en el primer caso: altos costos sin necesariamente mejorar la calidad de la atención y a veces produciendo efectos negativos; en el segundo caso obviamente resultado de mala calidad de atención.



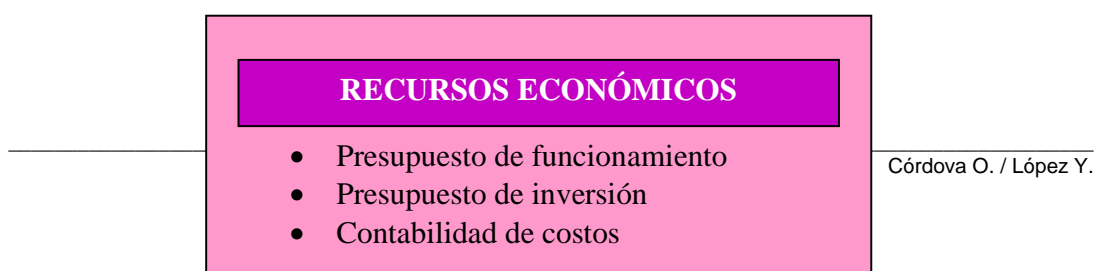
El ideal, es utilizar la “tecnología adecuada”, bajo orientaciones y directrices de indicadores de alta sensibilidad y especificidad. En esta forma, se concibe el triángulo calidad-costo-tecnología, dando como resultado: excelente calidad, al menor costo posible y utilizando la tecnología adecuada.

#### *4.5.6.1.6 Recursos económicos*

Sin dinero es imposible brindar excelente calidad, pero también es cierto que se deben administrar los recursos, con máxima eficiencia: Recursos vs. Resultados.

Por lo tanto, las instituciones deben poseer adecuados presupuestos de funcionamiento, cuyos recursos lleguen con la oportunidad e integralidad previstas. Igualmente, adecuados presupuestos de inversión, que permitan la adecuación de la infraestructura, desarrollo de investigaciones básicas y aplicadas y renovación de equipos e instrumental, acordes con las necesidades científicas y administrativas.

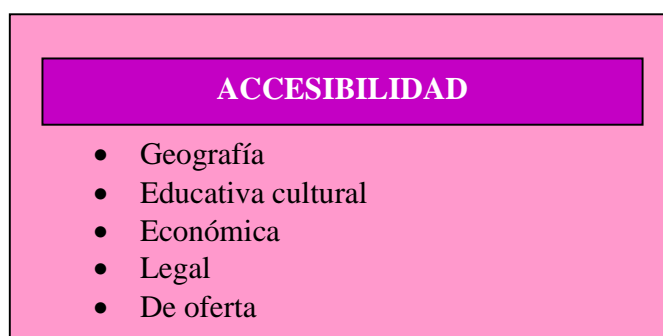
Todo lo anterior, se sustenta por una parte, en sistemas eficientes de “Contabilidad de Costos,” que permitan programar, ejecutar y evaluar presupuestos y por otra, sustentar tarifas en la prestación de servicios.



#### 4.5.6.1.7 Accesibilidad

Otro indicador indirecto de calidad, es la accesibilidad a los servicios de salud:

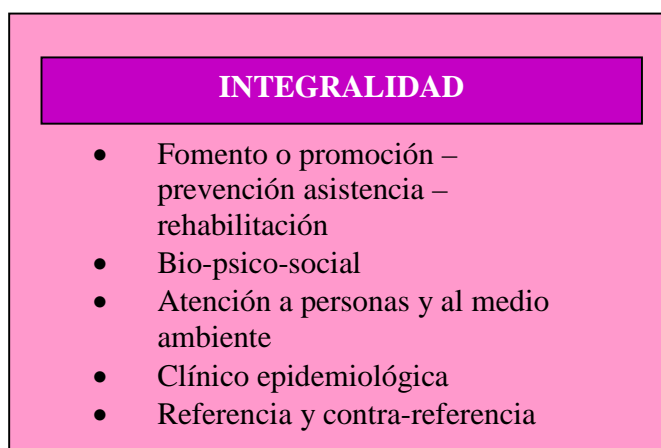
- *Geográfica*, en zona urbana: vías expeditas, señalización adecuada y zonas de parqueo, y en zona rural: acceso a los servicios de salud en tiempos inferiores a dos horas, utilizando los medios habituales de transporte.
- *Educativa y cultural*, según el nivel de la población, que actúa como factor de aproximación o distanciamiento hacia el profesional medico (mercado moderno), y en sentido contrario para el tegua y el personal del mercado tradicional, o transicional.



- *Económica*, siendo el ingreso económico, “variable independiente o interviniente (correlaciones y regresiones), en el acceso al tipo de profesional o persona que brinda la atención.
- *Legal*, entendida como la vinculación de la persona o su familia, a un régimen de aseguramiento público o privado y
- *De Oferta*, entendida como aquella que superando los cuatro factores anteriores, la persona o su familia, logra obtener los servicios por ellos requeridos, al encontrar disponibilidad en los diferentes servicios preventivo-asistenciales, a través de la consulta externa, la urgencia o la hospitalización.

#### 4.5.6.1.8 Integralidad

La integralidad, es un principio fundamental que imprime calidad. El concepto de integralidad posee cinco ópticas diferentes:



- Las “funciones básicas de salud”, que incorporan: el fomento o promoción, la prevención específica, la atención médico

odontológica y la rehabilitación integral. Los dos primeros componentes configuran el concepto de *“protección de la salud”* y los dos últimos el de *“recuperación de la salud”*. Esta cobertura implica además que incorpore todas las patologías, con la tecnología vigente.

- Debe tener un *“enfoque bio-psico-social”*, acorde con la composición del ser humano y su entorno que lo rodea.
- Debe tener en cuenta, no solo la *“atención a la persona”*, sino la *“atención al medio ambiente”*, que conforma su hábitat.
- Además el *“enfoque clínico”*, deberá complementarse con el *“enfoque epidemiológico”*, a nivel familiar y comunitario.
- Por último, implica la *“referencia y contrareferencia”* de pacientes por niveles de atención ascendentes y descendentes, acordes con la evolución del paciente atendido<sup>64</sup>.

#### 4.5.6.2 Proceso

El proceso incorpora las siguientes variables o características:

Se transcriben a continuación los derechos del paciente, que deberá tener en cuenta la institución que presta atención en salud, en sus componentes de protección y recuperación.

1. El paciente recibe un trato respetuoso y amable de parte del personal científico, auxiliar y administrativo.
2. El paciente no es discriminado en razón de su raza, convicciones políticas o religiosas o status económico, salvo la normal estratificación de servicios por costos o tarifas.
3. El paciente dispone de condiciones favorables para el respeto de su privacidad.

---

<sup>64</sup> Galán, R. Indicadores Directos e Indirectos de Calidad en Salud en Garantía de Calidad en Salud de Malagón. Editorial Panamericana. Bogotá – Colombia. 2001. Pp. 143-165.

4. Toda información relacionada con la situación de salud del paciente se maneja de manera confidencial.
5. El sueño y reposo del paciente no son interrumpidos sino en caso de absoluta necesidad y en su propio beneficio.
6. El paciente o su familia son informados de manera regular y permanente de su estado de salud, evolución y pronóstico por parte de su médico tratante.
7. La estancia del paciente en el hospital se limita al tiempo estrictamente necesario, evitando toda demora injustificada en los procesos de diagnóstico y tratamiento.
8. La voluntad del paciente y de su familia es estrictamente respetada en aquellos casos donde ellos piden no tomar medidas extremas por el carácter de irreversibilidad de la enfermedad (enfermedades terminales).
9. El paciente, independientemente de su pronóstico, recibe esmerada atención para el alivio de sus molestias (dolor, tos, disnea).
10. El paciente es previamente informado sobre los distintos riesgos inherentes a los procedimientos médico-quirúrgicos a que debe ser sometido y da su autorización para su práctica.
11. El paciente decide libre y voluntariamente sobre su participación en actividades docentes.

#### **DERECHOS DEL PACIENTE**

Trato respetuoso y amable  
Privacidad  
Información  
Respeto a derechos fundamentales  
Atención esmerada  
Calidad de vida



#### 4.5.6.2.1 Información general

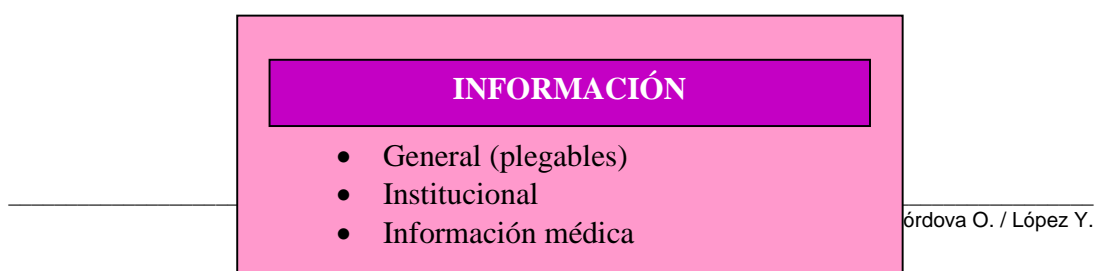
La información es otra variable indirecta de calidad. Es deseable que el asegurado cuente con catálogos y directorios de profesionales y servicios disponibles, para brindar la atención, con el número de teléfono en casos de urgencia y que a través de un medico experto en orientación y direccionamiento de pacientes (consola), efectúe una primera clasificación o “triage”, para conducir al paciente al lugar de atención que satisfaga la necesidad requerida inicial o definitivamente.

#### 4.5.6.2.2 Institucional

Al llegar a la institución, es deseable que exista un sistema computarizado que indique al paciente o a sus familiares, los pasos o procesos, que debe seguir para obtener la atención deseada. Además, debe existir el servicio de información general, que debe ser suministrado con diligencia, amabilidad, cortesía y buen trato.

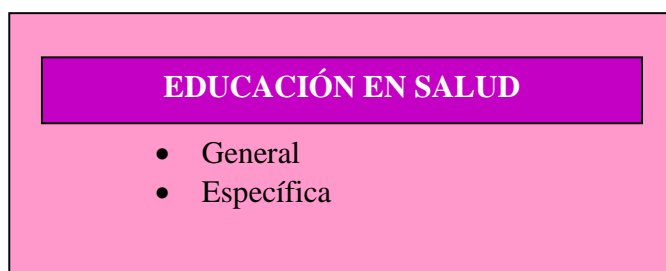
#### 4.5.6.2.3 Información medica

Además, el medico debe suministrar al paciente y sus familiares, la información que considere pertinente a la luz del ejercicio ético de la profesión médica, en aspectos relacionados con el diagnostico, estado de salud, exámenes diagnósticos que se deben realizar, procedimientos terapéuticos y sus riesgos, evolución esperada y pronóstico desde el punto de vista de curación, mejoría, incapacidad, invalidez y riesgo de muerte.



#### 4.5.6.2.4 Educación en salud

Todo el personal de salud debe brindar “Educación en Salud”, general (higiene materno infantil, higiene mental, alimentación y nutrición, recreación, etc.), como específica, principalmente a cargo del médico, odontólogo o de la enfermera, traducida en acciones concretas para la patología que exhiba el paciente (hipertensión, TBC, IRA, diarrea, diabetes, cáncer, parasitismo intestinal, etc).



#### 4.5.6.2.5 Proceso técnico científico

Se sustenta en seguir el “método clínico”, que todo médico general o especialista realiza, para fundamentar su diagnóstico y tratar a su paciente, registrando los hallazgos en una historia clínica, que además debe ser lo más completa posible.

Se inicia, con la identificación del paciente y su familia, seguida del motivo de consulta (anamnesis), el interrogatorio y examen físico, por

sistemas o aparatos, identificando los principales signos y síntomas que presenta el paciente, para conformar los correspondientes síndromes.

Establecido el síndrome y los diagnósticos diferenciales, debe solicitar e interpretar los exámenes de laboratorio y paraclínicos: Imágenes diagnósticas, endoscopia, electromedicina, anatomía patológica y procedimientos invasivos, para configurar los diagnósticos presuntivos y definitivos, para luego instaurar el respectivo tratamiento medico o quirúrgico, seguir la evolución y consignar los resultados obtenidos y el pronóstico del paciente en el corto, mediano y largo plazo.

### PROCESO TÉCNICO - CIENTIFICO

- Anamnesis
- Interrogatorio
- Examen físico
- Solicitud e interpretación de exámenes de laboratorio y paraclínicos
- Diagnóstico presuntivo
- Diagnóstico definitivo
- Tratamiento
- Evolución
- Resultado
- Pronóstico

### GUÍAS DE MANEJO DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICO

- Enfoque sindromático
- Exámenes de laboratorio y paraclínicos
- Manejo terapéutico

#### 4.5.6.2.6 Comodidad

La comodidad se inicia con excelentes vías de acceso, debidamente señalizadas para facilitar la ubicación de la institución prestadora de servicios de salud, que hace expedita y rápida la llegada del paciente al sitio de atención.

Al acceder a la institución se requiere de cómodos y amplios parqueaderos y de rampas para pacientes emergentes y minusválidos. Los lugares de recepción y salas de espera, deben estar dotados de mobiliario adecuado, con música ambiental, televisión y revistas, que hagan agradable y cómodos los lugares de espera. Además es fundamental, que tanto pacientes, como familiares y acompañantes, cuenten con servicios sanitarios limpios y bien dotados.

Por otra parte, es deseable que la institución cuente con cafetería para público en general y de ser posible, con minicentro comercial, que facilite la compra de ropas, regalos y otros elementos, que hacen cómoda la estadía en las instituciones de salud.

### COMODIDAD

- Vías de acceso
- Señalización externa e interna
- Parqueadero
- Rampas
- Recepción y sala de espera

#### 4.5.6.2.7 Hotelería

Si el paciente fue internado, se le brindará pieza individual, con servicio sanitario personal adecuadamente dotado. Además la cama deberá ser electrónica, para facilitar su atención médica y de enfermería y contará con cama de acompañante y elementos médicos a través de ductos especiales (O<sub>2</sub>), o empotrados a la pared (tensiómetro y fonendoscopio), o disponibles para uso exclusivo, como termómetro y otros. Se recomiendan timbres a la central de enfermería, uno de fácil acceso en la cama del paciente, otro en la ducha y un tercero en el sanitario. Por otra parte, la alimentación será orientada por la nutricionista dietista, para una adecuada alimentación dirigida, la cual se considera parte integral del tratamiento médico.

La distracción y recreación son básicas igualmente, para la recuperación del paciente. En este sentido, se recomienda música ambiental, TV y visitas, acordes con el estado del paciente, tanto físico como emocional.

#### **HOTELERÍA**

- Pieza individual
- Servicio sanitario personal
- Cama electrónica
- Cama acompañante
- Elementos médicos
- Timbre central de enfermería
- Elementos de aseo
- Alimentación adecuada

#### *4.5.6.2.8 Articulación docente asistencial*

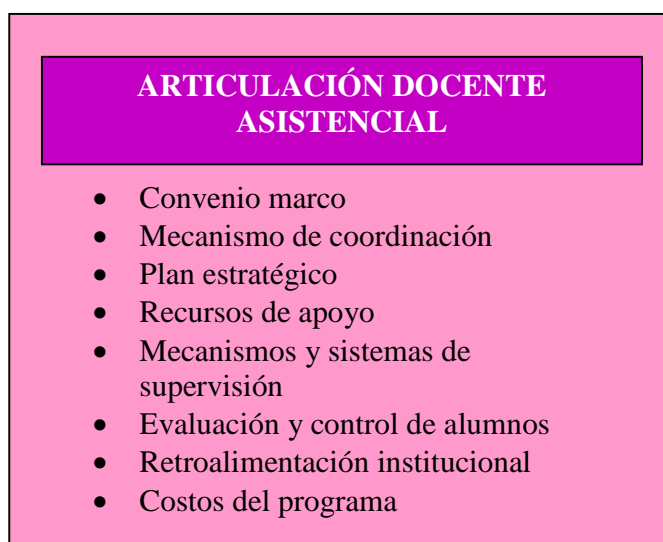
La articulación docente-asistencial o integración académica y de servicios, se considera parte esencial de la calidad en la atención de salud. La presencia de estudiantes de pregrado y postgrado, garantizan buena calidad, pues su sola presencia actúa como elemento de control y auditoría: Los profesionales cumplen mejor sus horarios, al tener compromisos no solo asistenciales sino académicos (Adherencia del profesional a la Institución), pero además al enseñar sigue con mayor rigurosidad los pasos del método clínico (anamnesis, interrogatorio, examen físico, etc), garantizando adecuados diagnósticos y tratamientos. Así mismo, las instituciones académicas a veces contribuyen financieramente con el bienestar de sus estudiantes (residencia, alimentación, dotación general), y apoyan con equipos audiovisuales o de dotación y elementos medico-quirúrgicos.

La articulación docente-asistencial, requiere de convenios marco, mecanismos de coordinación, planes estratégicos, recursos de apoyo y adecuados sistemas de supervisión y control académico y administrativo de los estudiantes, por parte, tanto de la universidad como del mismo hospital.

Los sistemas de evaluación y control, facilitan la retroalimentación del programa y la adecuación de los costos, dentro de los cuales, se deberá tener en cuenta la remuneración complementaria de los docentes de la Universidad y del Hospital.

#### 4.5.6.2.9 Puntos de verdad

Los puntos de verdad, son los contactos que el paciente tiene con todos y cada uno de los funcionarios de una institución de Salud.



Dos cadenas se establecen:

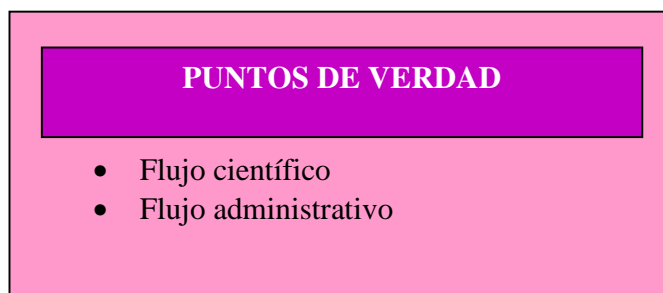
*Flujo administrativo.* Habitualmente el paciente contacta primero con el portero o celador, después con la recepcionista a persona que atiende información, caja central de citas, auxiliares de consultorio médico-

odontológico, auxiliares de laboratorio y farmacia, etc., para luego entra en contacto con los profesionales de los diferentes servicios.

*Flujo científico.* La cadena científica se establece a través de los médicos, odontólogos, enfermeras, bacteriólogos, nutricionista, dietistas, terapistas, etc.

Los dos flujos se intercambian entre sí y a paciente puede contactar con más de 10 personas en una simple atención de consulta externa.

Se han denominado “*puntos de verdad!*” por que a través de estos contactos, el paciente logra captar, el calor humano, las buenas relaciones interpersonales, el afecto, el buen trato, la amabilidad, el humanismo y responsabilidad, así como la idoneidad y ética de quien brinda la atención. Sin duda los “*puntos de verdad!*”, están muy cercanos a una atención de excelente calidad.



#### 4.5.6.2.10. Educación continuada

Otra variable de calidad, es la “*educación continuada*” que recibe el personal de salud, profesional, técnico, auxiliar y administrativo.

Esta puede ser:

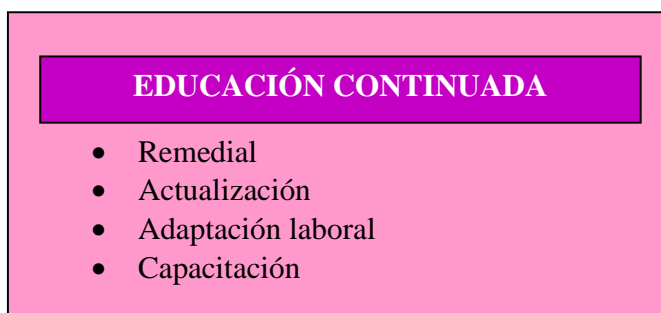
*Remedial* de la formación básica que recibió la persona.



De *Actualización* en conocimientos, habilidades, destrezas, procedimientos, técnicas, etc.

De *Adaptación Laboral*, cuando el profesional o la persona cambia de sector, institución, servicio o repartición.

Finalmente, *Capacitación*, en un nuevo campo del saber y del actuar.



#### 4.5.6.3 Resultados

La evaluación de resultados por parte del paciente, aunque éste no lo manifieste explícitamente, desearla por ejemplo: volver a su estado inicial antes de enfermar o de accidentarse y en términos concretos:

Que “*Se le elimine el dolor*”, casi siempre presente en las diferentes patologías y en algunos casos, realmente invalidante e incapacitante.

Que “*retorne a la morfología normal*”. Habitualmente, hay deformaciones anatómicas, tanto de estructuras óseas, como de tejidos blandos.

Que “*regrese a la función normal*”. Igualmente, por ejemplo, en accidentes y diversas patologías puede haber pérdida de diferentes funciones, principalmente la de locomoción y movilización.

Finalmente, deseamos tener nuevamente, “calidad de vida”: en lo físico, en lo emocional, en lo económico, en lo laboral, en lo social y cultural. La calidad de vida depende de cada quien y del nivel socioeconómico cultural donde se ubique.

Por último. desde el punto de vista del profesional médico que atiende el caso, esperaríamos modificaciones en los indicadores:

“directos de la calidad de la atención médica”, perfectamente medibles y cuantificables, referidos a las tasas por ejemplo de:

- *Curación.* Cuando se trata de enfermedades agudas (diarreas, infecciones respiratorias agudas, parasitismo intestinal, etc.)
- *Mejoría.* Cuando se trata de enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión arterial, cáncer de diferentes localizaciones, etc).
- *Incapacidad.* Leve, moderada o severa, según criterios internacionales establecidos.
- *Invalidez.*
- *Letalidad.*

El ideal: **Altas tasas de curación y mejoría; poca o ninguna incapacidad o invalidez y ojala “cero” en la tasa de letalidad.**

### EVALUACIÓN DEL SERVICIO

#### Por parte del paciente

- Eliminación del dolor
- Adecuación de la morfología
- Recuperación de la función
- Calidad de vida

#### Por parte del médico

## 4.6 MODELO DE GESTIÓN

Como se ha destacado anteriormente, la calidad ha adquirido una gran importancia en los últimos años, lo cual ha llevado a las empresas a implantar modelos concretos de Gestión de Calidad. Los modelos más difundidos son (1) Modelo Malcolm Baldrige en Estados Unidos, (2) Modelo Deming en Japón y (3) Modelo EFQM (*European Foundation for Quality Management*) de Excelencia en Europa, sin olvidarnos del (4) proceso de Certificación ISO 9000, ampliamente adoptado por las empresas.

Concretamente, los criterios del modelo EFQM de Excelencia son el liderazgo, las personas, la política y estrategia, las alianzas y recursos, los procesos, los resultados en las personas, resultados en los clientes, resultados en la sociedad y resultados clave. La interpretación teórica del modelo parte de que los procesos son los medios por los cuales la entidad utiliza el valor de sus empleados para producir unos resultados. Los resultados en los clientes, resultados en las personas o empleados y los resultados en la sociedad, son alcanzados por medio del liderazgo que, a

través de unos procesos establecidos, conduce a una política y estrategia, gestiona personas y se sirve de recursos y alianzas, llevando finalmente a la excelencia en los resultados clave de la organización<sup>65</sup>.

Con la implantación de modelos de gestión de calidad en el sector público se pretende solucionar algunos de los problemas detectados en dicho sector como son: Insuficiente atención a las necesidades del cliente de los servicios; Insuficiente asignación de los recursos; Inspección a posteriori como método para detectar problemas; Perspectiva de corto plazo; Estructura vertical; Deficiente gestión de la innovación; Conflicto entre departamentos; Negativa auto imagen, etc.

#### **4.6.1 PLANIFICACIÓN DE LOS RECURSOS**

El hospital es una empresa de servicios con unas particularidades que le confieren una especial complejidad. Como tal empresa, dispone de un conjunto de recursos que son utilizados en sus diversos procesos productivos. El proceso de planificación de los recursos debe conducirnos al ajuste entre los recursos asignados a cada centro de producción del hospital y la actividad prevista para dicho centro. La previsión de actividad para el global del hospital ha de ser el resultado de la suma de previsiones de sus servicios.

Los objetivos asistenciales del centro, que se traducirán en una determinada política de oferta sanitaria, deben cubrirse. Lograr una oferta de servicios sanitarios significa disponer de un volumen concreto de recursos. El proceso de planificación debe conducir al equilibrio óptimo entre el volumen de recursos y el nivel de producción o nivel de actividad. A su vez, los

---

<sup>65</sup> Zardoya, A. Guevara, I. et al. Gestión de la Calidad de los Servicios Sanitarios, caso de auto evaluación según el EFQM. Trabajo en la Universidad de Zaragoza –España.

objetivos asistenciales deben ser consecuencia del análisis de la demanda sanitaria de la población de referencia del hospital.

#### **4.6.1.1 Perfil de utilización de los recursos**

El volumen de actividad que puede desarrollar un centro de producción está determinado por los recursos disponibles del centro y por su nivel de utilización (íntimamente relacionado con el modelo organizativo de los recursos). Cada centro tiene una serie de características referidas a la dotación, la utilización y la organización de sus recursos, que deben ser analizadas de forma sistemática y ordenada para contestar a tres preguntas fundamentales, que, planteadas de forma muy simple, son: ¿Los recursos disponibles se utilizan mucho o poco? ¿Se utilizan bien o mal? Y, como consecuencia de la respuesta de estas dos, ¿Qué margen o capacidad residual tienen?

Contestar a las dos primeras preguntas es conocer el perfil de utilización de los recursos, mientras que conocer la capacidad residual en volumen de actividad nos obliga a optimizar el uso de los recursos disponibles (sea a través de posibles cambios organizativos o mejorando la eficiencia de esa utilización de recursos). Como consecuencia de este proceso de análisis conoceremos qué servicios hacen buen uso de sus recursos y cuáles tienen capacidad residual. Al final, en el marco de un proceso de microplanificación hospitalaria, deberemos adecuar los recursos del hospital (redistribuidos, si es preciso, o incrementarlos, si es posible) a sus objetivos asistenciales.

El primer paso para poder conocer el perfil de utilización de los recursos es conocer la dotación de recursos de cada centro de producción

(servicio o unidad). ¿De qué disponemos para realizar la actividad prevista? Los recursos que tiene un servicio del hospital son muchos y de muy variada naturaleza. Se pueden distinguir los siguientes:

- Recursos físicos, tales como: camas de hospitalización, cubículos en consulta externa, quirófanos, etc. No es infrecuente encontrarnos con centros en los que no se sabe a ciencia cierta el número de camas disponibles.
- Recursos tecnológicos, como: aparatos de ventilación, de ECG, de radiología, de laboratorio, de informática, etc. Conocer sus características técnicas, su vida útil o el coste de mantenimiento se hace imprescindible para evaluar su rendimiento.
- Recursos humanos, es decir, todo el conjunto de personal adscrito al servicio: profesionales médicos y de enfermería, personal administrativo y servicios auxiliares.

Debemos saber quién debe utilizar los recursos físicos y tecnológicos del servicio.

En este apartado es necesario conocer no sólo el número de horas disponibles, sino también todo un conjunto de características ligadas a la calidad del personal (intelectual y humana).

Lógicamente, debe existir una estrecha relación entre recursos asignados y volumen de actividad: a más recursos más actividad, y viceversa. Este planteamiento es simple, aunque debemos partir de él para posteriormente matizar nuestras conclusiones. De este modo, para poder establecer las necesidades de dotación de un servicio se debe conocer de

antemano cuál es el nivel de actividad que debe asumir. Esto es así en la planteamiento de la creación de un nuevo servicio dentro del hospital. No obstante, el planteamiento habitual es el contrario, y se parte de unos servicios que ya tienen una determinada dotación de recursos, que ejercen un determinado nivel de actividad y que, consecuentemente, deben ser muchas veces redimensionados. La descripción del perfil de utilización de los recursos va a ser útil para ver si se ajustan los recursos con la actividad.

Cada uno de los servicios o unidades del hospital tiene un determinado volumen y un tipo de recursos asignados. El conjunto de los recursos físicos (camas de hospitalización, consultorios para la visita ambulatoria, quirófanos, etc.), junto a los tecnológicos, permitirá al personal del servicio (los recursos humanos) desarrollar un determinado volumen de actividad. La descripción del perfil de utilización de estos recursos se efectúa mediante el análisis de dos conceptos básicos:

- El nivel de utilización de los recursos traduce la relación entre el uso real de los recursos y su capacidad máxima teórica. De esta forma se puede responder a la primera de las preguntas planteadas: ¿los recursos disponibles se usan poco o mucho? El máximo uso de un recurso corresponderá al 100 % de su capacidad máxima teórica.
- La eficiencia en la utilización de los recursos asignados traduce la relación entre el logro de los objetivos (actividad asistencial) y el consumo de recursos empleados. Ahora ya se puede responder a la segunda pregunta, ¿los recursos se utilizan bien o mal? Un grado de eficiencia óptimo es aquel que se obtiene cuando para lograr un determinado nivel de actividad (de utilización) se emplea el nivel adecuado de recursos.

La descripción del perfil de utilización de los recursos puede analizarse para cada tipo de recurso físico que tenga asignado un determinado servicio del hospital. Se analiza a continuación para tres recursos fundamentales: las camas de hospitalización, los quirófanos y los consultorios, aunque es válido para cualquier tipo de recurso.

#### **4.6.1.2 Nivel de utilización**

##### *4.6.1.2.1 Índice de ocupación*

El primer recurso físico son las camas de hospitalización. Se trata de establecer la relación entre el uso real de las camas del servicio y su máximo uso teórico. Se considera que una cama se usa cuando se halla ocupada, lo que equivale, para un periodo de tiempo de un día, a una estancia hospitalaria. Puede existir cierta dificultad en el análisis cuando en un mismo día la cama es ocupada por más de un paciente (la realidad es que a un día le corresponde como máximo una estancia) o cuando un paciente es dado de alta del hospital un día concreto no usando la totalidad de la estancia (se considera estancia completa a partir de 12 horas de ocupación de un día). El servicio de admisiones debe dar las estancias contabilizadas cada día.

Para acabar este apartado, se calculará una tasa o índice de ocupación (IO), en la que en el denominador se encuentra el máximo número de estancias posibles para un determinado periodo de tiempo y en el numerador las estancias reales ocupadas en ese periodo.

$$IO = \frac{N^{\circ} \text{ total de estancias ocupadas (del período)}}{N^{\circ} \text{ total de estancias (del período)}} 100$$



Lo que equivale a:

$$IO = \frac{\text{Ingresos x estancia media}}{\text{N}^\circ \text{ de camas x N}^\circ \text{ de días (del período)}} 100$$

La cama de hospitalización constituye el recurso físico principal del hospital.

Se considera un índice de ocupación óptimo el 85%, pues permite disponer de un número determinado de camas desocupadas, que dan un margen de maniobra correcto para los ingresos desde el servicio de urgencias y desde la misma programación. Mejorar el índice de ocupación hasta alcanzar los valores óptimos será posible mediante la actuación sobre las variables que afectan al numerador de la fórmula, ingresos y estancia media, o sobre el denominador, número de camas. Es fácil deducir que para pasar de una ocupación del 70% al 85% se deberá incrementar el uso de las camas, es decir, el número de estancias utilizadas (lo cual significa aumentar los ingresos o la estancia media; el análisis del nivel de eficiencia marcará correcta dirección), o bien disminuir el número de camas del servicio, si lo anterior no es posible.

#### *4.6.1.2.2. Rendimiento de los quirófanos*

En este caso, el recurso físico son los quirófanos. Nuevamente se trata de establecer, para un determinado periodo de tiempo, la proporción entre el tiempo utilizado de quirófanos y el tiempo teórico asignado a un servicio. Dicha proporción se denomina rendimiento de los quirófanos (RQ). Para su

cálculo, se necesita conocer el tiempo quirúrgico utilizarlo (TQU) y el tiempo quirúrgico teórico (TQT).

El cálculo del TQU es simple. Se necesita conocer la disponibilidad de tiempo quirúrgico del servicio: el número de quirófanos asignados, el periodo de tiempo en cuestión y las horas de funcionamiento teórico de cada quirófano. Actualmente, con un ordenador personal es posible realizar el análisis exhaustivo de los días disponibles de quirófanos, considerando los periodos de vacaciones así como los días festivos entre semana.

$$TQT = N.^{\circ} \text{ de quirófanos (del período) } \times \text{ horas de funcionamiento } \times 60 \text{ (en minutos)}$$

El cálculo del TQU es más laborioso. Para ello se necesita conocer el tiempo total empleado para efectuar todo el conjunto de intervenciones, sean de hospitalización o ambulatorias, en el periodo de tiempo considerado. Existen dos posibles modos de actuar en función de que estén o no informatizados los datos de actividad y tiempos empleados en el bloque quirúrgico.

Si no se dispone de los datos informatizados será necesario conocer el número de intervenciones de hospitalización y ambulatorias y aplicarles unos tiempos promedio. Éstos se consiguen mediante unas tablas con los estándares para cada especialidad quirúrgica (véase cuadro № 4-11) o mediante el cronometraje de una muestra de intervenciones. La actitud que se debe aplicar debe ser pragmática: el cuadro sirve de punto de referencia para llegar a consensuar el tiempo promedio con el responsable del servicio. Este procedimiento no tiene en consideración el mix de pacientes atendidos. Se asigna un mismo tiempo quirúrgico a cualquier tipo de intervención de hospitalización y existen grandes diferencias de consumo de tiempo quirúrgico según la complejidad del proceso. A modo de ejemplo: no es lo mismo operar hernias inguinales, quistes sacros y fístulas anales que neoplasias de estómago y colon.

$$T.Q.U = (N.^{\circ} \text{ de intervenciones de hospitalización } \times \text{ tiempo medio}) + \\ + (N.^{\circ} \text{ de intervenciones ambulatorias } \times \text{ tiempo medio})$$

**CUADRO N° 4-11**  
**ESTÁNDARES DE TIEMPO QUIRÚRGICO SEGÚN ESPECIALIDAD QUIRÚRGICA**

SERVICIO QUIROFANO	Tiempos
Cirugía general	135' (x 2)
Cirugía digestiva	135' (x 2)
Cirugía cardiaca (adultos)	210' (X 3)
Cirugía cardiaca (infantil)	210' (x 3)
Estomatología/Odontología	—
Cirugía infantil (no cardiaca)	135' (x 2)
	100' (x 2)
Cirugía maxilofacial	180' (x 2.5)
Neurocirugía	70" (x 2)
Oftalmología	60' (x 1.5)
ORL	115' (x 2)
Cirugía plástica	180' (x 2)
Cirugía torácica	120' (x 2)
Traumatología	100' (x 2)
Urología	120' (x 2)
Cirugía vascular	90' (x 2)
Toco ginecología	

Entre paréntesis el número medio de médicos cirujanos

Modificado de Nuevo modelo de gestión hospitalaria. Ministerio de Sanidad y Consumo-España

Elaborado: Opilio Córdova

Si se cuenta en el bloque quirúrgico con un sistema de información más sofisticado se podrá disponer de los tiempos reales empleados en cada una de las intervenciones, lo cual obliga a la informatización de los datos. Como en todo sistema de información sofisticado, su implantación y buen cumplimiento no están exentos de dificultades, pues es necesaria una

colaboración muy buena de todo el personal para una correcta recogida de los datos. Al final se dispondrá de una valiosa información sobre el tipo de procedimientos empleados; sobre tiempos consumados sean de anestesia, del propio acto quirúrgico o entre intervenciones; e incluso sobre los profesionales que realizan la actividad.

$TQU = \Sigma$  Tiempos reales de intervenciones

$$RQ = \frac{TQU}{TQT} 100$$

Una solución intermedia entre las dos propuestas es la que divide las intervenciones de hospitalización en un mínimo de tres categorías (mayores, medianas y pequeñas). Para cada categoría se debe acordar previamente qué tipos de intervención abarca. El TQU se calcula considerando esta primera aproximación del mix atendido. Los tiempos promedios deben pactarse previamente tras un primer muestreo y cronometraje.

$TQU = (N.^{\circ} \text{ de intervenciones mayores} \times \text{tiempo medio}) + (N.^{\circ} \text{ de intervenciones medianas} \times \text{tiempo medio}) + (N.^{\circ} \text{ de intervenciones pequeñas} \times \text{tiempo medio}) + (N.^{\circ} \text{ de intervenciones ambulatorias} \times \text{tiempo medio})$

El área quirúrgica constituye una de las zonas del hospital de mayor dotación de recursos humanos y tecnológicos. La asignación de este recurso a cada servicio quirúrgico conlleva la asignación del espacio físico y de toda la dotación humana propia del bloque quirúrgico (instrumentistas, anestesistas, camilleros, etc.) y tecnológica. ¿Cuál es la ocupación óptima?. La respuesta es inequívoca: la máxima posible. Se debe programar el bloque quirúrgico para su máximo uso.

La programación es un aspecto fundamental para obtener un rendimiento óptimo. Existen diferentes factores que deben ser analizados, entre ellos destacan: la importancia de disponer de uno o más quirófanos exclusivos para urgencias; el incremento de los horarios de funcionamiento, y la consideración de que un mismo quirófano puede ser compartido con otros especialidades, aunque algunas deban tenerlo en exclusiva (cirugía traumatológica y ortopédica, por ejemplo). Hay que afirmar que tener los quirófanos ocupados no es sinónimo de un uso eficiente de este recurso.

#### *4.6.1.2.3 Rendimiento de los consultorios*

Al igual que son los quirófanos, se trata de establecer la proporción entre el tiempo de consulta utilizado y el tiempo teórico disponible. Esta proporción se llama rendimiento de la consulta externa (RCE). Para calcularla se debe determinar el tiempo de consulta teórico (TCT) y el tiempo de consulta utilizado (TCU).

El cálculo del TCT es muy simple, si se conoce el tiempo de consultorios disponible para un determinado servicio. El ordenador personal facilita la tarea. Permite tener un calendario en el que se puedan considerar los periodos de vacaciones y días festivos entre semana. Se debe conocer el número de consultorios.

$$TCI = N^{\circ} \text{ de consultorios (del período)} = \text{horas de funcionamiento} \times 60 \text{ 9en minutos)}$$

El cálculo del TCU se consigue normalmente aplicando a cada una de las visitas unos tiempos promedios estándares. El cuadro Nº 4-12 muestra el tiempo medio estándar diferenciando entre primeras visitas y sucesivas. Al igual que con los equipos quirúrgicos, es recomendable consensuarlos con

los diferentes responsables de los servicios. Este procedimiento no tiene en consideración el mix de pacientes atendido. El desarrollo de modernos sistemas de clasificación de los epiradios asistenciales que se realizan en las consultas de los hospitales se hace imprescindible. Se debe conocer al igual que en la hospitalización, la tipología de los pacientes que se asisten. Se empieza a trabajar en la elaboración de técnicas para la medición del mix de pacientes atendido en la consulta externa (Ambulatory Visit Groups, AVG).

La inclusión de una visita en un determinado AVG la define como un producto sanitario que ha consumido una media de recursos similar a' la de otras visitas incluidas en el mismo AVG. La unidad de análisis es la visita (entrevista entre médico y paciente) y la asignación se basa en el diagnóstico principal, codeado según ICD-9-CM. Su desarrollo aún no ha concluido y se encuentra en fase de experimentación.

$TGU = (N^{\circ} \text{ de primeras visitas} \times \text{tiempo medio}) + N^{\circ} \text{ de visitas sucesivas} \times \text{tiempo medio}$

$$RCE = \frac{TCU}{TCT} 100$$

Otra manera más simple de tener una primera aproximación sobre el uso de los consultorios asignados es el cálculo del número de visitas realizadas por consultorio. La organización de este recurso, al igual que la de cualquier otro, tiene un destacado papel en la consecución de unos niveles de utilización óptimos: no será lo mismo consultorios exclusivos que

CUADRO Nº 4-12  
ESTÁNDARES DE TIEMPO MEDIO PARA PRIMERAS VISITAS Y SUCESIVAS. SEGÚN ESPECIALIDAD MÉDICA

polivalente, todo depende del margen de utilización y de disponibilidad de consultas.

#### *4.6.1.2.4 Eficiencia en la utilización.*

ESCUELA POLITECNICA NACIONAL  
Maestría en Gerencia Administrativa en Servicios de Salud

Servicio	Primero visita	Segunda visita
Medicina interna	60'	20'
Alergia	30'	15'
Cardiología	45'	20'
Dermatología	30'	10'
Digestivo	30'	15'
Endocrinología	30'	15'
Nefrología	60'	30'
Neumología	30'	15'
Neurología	45'	20'
Oncología	60'	20'
Psiquiatría	60'	20'
Reumatología	45'	30'
Pediatría	30'	20'
Alergia pediátrica	30'	15'
Cardiología pediátrica	45'	20'
Dermatología pediátrica	45'	20'
Digestivo pediátrica	30'	15'
Endocrinología pediátrica	30'	15'
Nefrología pediátrica	60'	30'
Neumología pediátrica	30'	15'
Neurología pediátrica	45'	20'
Oncología/Hemat. pediátrica	40'	20'
Paidopsiquiatría	60'	20'
Cirugía general	30'	15'
Cirugía digestiva	30'	15'
Cirugía cardiaca (adultos)	30'	15'
Cirugía cardiaca (infantil)	45'	30'
Cirugía infantil (no cardiaca)	30'	15'
Cirugía maxilofacial	30'	15'
Neurocirugía	45'	20'
Oftalmología	30'	15'
O.R.L.	30'	10'
Cirugía plástica	30'	15'
Cirugía torácica	30'	15'
Traumatología	30'	10'
Urología	30'	15'
Cirugía vascular	30'	15'
Tocoginecología	30'	15'

Fuente:Nuevo modelo de gestión hospitalaria. Ministerio de Sanidad y Consumo-Madrid-España

Elaborado: Opilio Córdova

El segundo concepto del perfil de utilización de los recursos es la eficiencia en su utilización. La medida de la eficiencia debe traducir la relación entre el logro de la actividad y el consumo de recursos empleado. Obtener un grado de eficiencia óptimo significa lograr un nivel determinado de actividad con el nivel óptimo de recursos. Es decir se debe adecuar



actividad y consumo de recursos. Se ha descrito en apartas anteriores la medida del nivel de utilización para unos recursos físicos determinados. Se describe ahora el concepto de eficiencia en la utilización de los mismos recursos.

Con las camas de hospitalización se ha calculado el primer elemento del perfil de utilización el índice de ocupación. IO altos indican que las canias están siempre ocupadas, mientras que IO bajos significan que las camas están habitualmente vacías. No obstante, tanto si las camas se usan mucho como poco, desde el punto de vista de la eficiencia, el uso que se hace de las estancias puede ser adecuado o no.

La estancia constituye uno de los productos intermedios clásicos; como tal producto intermedio se consume para proceder al diagnóstico y/o tratamiento de determinados pacientes.

El consumo de un número concreto de estancias para la atención de cada paciente está determinado por el tipo de proceso que sufre y depende directamente de la valoración clínica del medico (proceso de producción secundaria o médica). También depende de factores externos, ajenos a la propia decisión del médico, inherentes a los procesos productivos de otros departamentos (procesos de producción primaria o técnica). Por ejemplo, del departamento de diagnóstico por la imagen: cuando una determinada exploración se retrasa dos días, es posible que se consuman dos estancias más de las Óptimas. Debe existir un número adecuado tic estancias para cada tipo de paciente que se atiende en régimen de hospitalización. La eficiencia en el uso de las camas de hospitalización se basa en la eficiencia conjunta del ámbito de la producción secundaria o médica (ajustar las estancias a las óptimas para la tipología de cada paciente) y de la producción

primaria o técnica (cuando ésta no alarga innecesariamente las estancias hospitalarias).

Para medir la eficiencia en el uso de las camas se utiliza la estancia media (EM), que se obtiene de dividir el número de estancias consumidas, en un determinado periodo de tiempo, por el número de pacientes ingresados en ese mismo período.

$$\text{EM (bruta) (en días)} = \frac{\text{Total de estancias (del periodo)}}{\text{Total de pacientes ingresados (del periodo)}}$$

La estancia media para el conjunto del hospital es una medida de uso habitual al presentar los datos de actividad del hospital. También se usa al comparar la actividad entre diferentes hospitales y al analizar la propia evolución a lo largo de los años. Se considera para hospitales de alta tecnología (nivel III) una EM entre los 10-11 días, para los hospitales de referencia (nivel II) entre los 8-9 días y para los hospitales generales básicos (nivel I) entre los 6-7 días. No obstante, la estancia media en los centros varía muy rápidamente, con una clara tendencia a disminuir. Este fenómeno, de suma importancia, es general y está condicionado por diferentes elementos relacionados con los avances tecnológicos y con nuevas modalidades asistenciales. La rápida evolución de la tecnología y los cambios en los hábitos de hospitalización modificarán los comportamientos médicos, tanto en los procesos de diagnóstico como de tratamiento, previéndose un mayor peso del área ambulatoria de los centros del futuro. El incremento de diagnósticos realizados en régimen ambulatorio, que en la actualidad se hacen con hospitalización, el auge inminente de la cirugía sin ingreso y las modernas técnicas y procedimientos terapéuticos acortarán la estancia hospitalaria. El mix de pacientes cambiará. Es lógico que aprovechemos los avances tecnológicos para ahorrar estancias hospitalarias si éstas no son necesarias.

#### *4.6.1.2.5 Datos específicos por servicio*

La medida de la estancia media para el conjunto del hospital es una medida bruta, es decir, muy poco específica, y absolutamente pobre. Si sólo se observan los datos globales de los centros, la conclusión puede conducirnos a error. Pero tanto el Índice de Ocupación como la Estancia Media del global del centro son la consecuencia de la aportación de los diferentes servicios clínicos.

El primer paso para hacer específicos los datos, tanto el IO como la EM, es considerarlos por servicio clínico. Cuando se consideran los datos que aportan los diferentes servicios asistenciales, se observa que se comportan de manera muy distinta. La estancia media global del hospital es consecuencia de cómo se comportan sus servicios.

Para establecer la comparación en términos de eficiencia, medida a través de las EM, entre dos servicios de una misma especialidad, se debe tener en consideración el tipo de pacientes que atienden.

#### *4.6.1.2.6 Capacidad residual*

Los recursos asignados a un servicio del hospital son empleados de una determinada forma. El perfil de utilización da una idea del uso que se hace de los recursos. Calcular la capacidad residual es efectuar un análisis de la potencialidad de los recursos, es decir, de la capacidad no empleada. En otras palabras, la capacidad residual es la diferencia entre la máxima capacidad de uso de un determinado recurso y el nivel de uso en un momento determinado.

Para establecer la capacidad residual se debe conocer la máxima capacidad de los recursos asignados a un determinado servicio. Dado que el perfil de utilización depende de dos elementos, el nivel de utilización y la eficiencia, para el cálculo de la máxima capacidad se deben optimizar. Aunque siempre es posible, teóricamente, usar un recurso al 100 % de sus posibilidades, la máxima capacidad viene referida al uso en condiciones de optimización de utilización y eficiencia. Los objetivos que se tengan y el tipo de recurso indicarán cuál debe ser la máxima capacidad exigible de un recurso.

Para el recurso camas de hospitalización, la capacidad residual debe medir el incremento) en el número de ingresos que podrían atenderse, en dicho servicio, en condiciones de óptimo uso de las camas asignadas. Se obtiene así:

- Bajo la hipótesis de igual número de recursos, es decir, no variando el número de camas asignadas, se establece un índice de ocupación óptimo (IOóp). Este se sitúa, teóricamente, en el 85 %, como se ha comentado al principio del capítulo. Podría variar en función de cada objetivo particular.
- En una primera fase se establece una estancia media óptima (EMóp) para el servicio en cuestión, bajo la hipótesis de no variar la complejidad del case mix atendido y de optimizar aquellos diagnósticos que se consideren ineficientes.

Se procede al cálculo del número de ingresos máximo teórico (IMt) en un periodo de tiempo concreto:

$$IMt = \frac{IOóp \cdot N^{\circ} \text{ de camas} \times N^{\circ} \text{ de días (del periodo)}}{EMóp}$$

La capacidad residual (CR) se obtiene restando de los ingresos máximos teóricos los ingresos del servicio en el periodo de tiempo concreto. Se obtiene el incremento posible en los ingresos de un servicio, si éste utilizase sus recursos; de forma óptima.

$$C.R = IMt - \text{ingresos del periodo}$$

El camino seguido para obtener la capacidad residual, en relación al recurso camas de hospitalización establece la metodología para su aplicación a cualquier tipo de recurso físico. El cálculo de la capacidad residual no presupone que el servicio, con los recursos humanos que tiene, pueda dar salida a dicho incremento en el nivel de actividad que presupone la CR. Habrá que adecuar los recursos humanos, si es necesario y siempre hay que analizar la organización de los recursos. A menudo una determinada forma de organizar los recursos disponibles de un servicio actúa en contra de la optimización del uso de dichos recursos. El impacto de las posibles modificaciones organizativas debe considerarse en todos los casos<sup>66</sup>.

#### **4.6.2 CONTROL DE LOS RECURSOS HUMANOS**

Todos los trabajadores, desde los científicos con hasta los auxiliares de aseo, esperan ser tratados como seres humanos y no como parte de los equipos de la institución. Esperan que el jefe los conozca como son, qué hacen y cómo se desempeñan en el trabajo. Desean ser tratados como individuos y se sienten bien hablando con sus superiores no sólo de los aspectos de trabajo sino de sus asuntos personales, puesto que para él, el jefe personifica la dependencia o la institución.

---

66 Berenguer, J. Gestión de los Servicios Asistenciales. Gestión de Hospitales-Nuevos Instrumentos y tendencias. Editorial Vicens-Vives. Madrid-España. 1994. pp.262-301.

Una supervisión exitosa es la que desarrolla en el trabajo una gran sensibilidad en relación con sus necesidades, miedos, ansiedades y deseos, así como de sus talentos y su calificación en el trabajo. El buen jefe lleva en lo posible de la mano al funcionario para que minimizando sus necesidades personales, se llegue a un excelente clima de trabajo que es indispensable para el progreso tanto del personal como de la dependencia y de la institución de salud.

El control mide y también evalúa los resultados de las metas y de la calidad previamente establecida para tomar las acciones correctivas cuando son necesarias (Cuadro Nº 4-13). En esa forma la coordinación es la primera etapa del control que hace que el trabajo tanto de las personas como de las secciones y de los departamentos se desarrolle de manera armoniosa.

La administración es el arte de dirigir, que aunque puede ser aprendido, nadie puede enseñarlo, sólo direccionarlo. De hecho existe cierta capacitación directiva o gerencial esencial para cualquier nivel de dirección relacionada con las habilidades técnicas, humanas y conceptuales; todas ellas muy importantes. Sin embargo, en los niveles bajos de la administración, las dos primeras, es decir las técnicas y humanas son las más importantes porque están relacionadas con los servicios de salud que se prestan cada día. En cambio la capacidad (o habilidad) conceptual es de inmensa importancia para la alta dirigencia donde pocas veces la especialización técnica o científica es indispensable. Todo ello puede verse en el siguiente cuadro:

**Cuadro Nº 4-13**

ESCUELA POLITECNICA NACIONAL  
Maestría en Gerencia Administrativa en Servicios de Salud

COMPROMISOS DE GESTION HOSPITALARIA PARA EL AÑO 2005

1	<b>TOTAL DE EGRESOS 2005</b>	<b>9,875</b>
2	DOTACION NORMAL DE CAMAS 2005	297
3	PROMEDIO DIARIO DE CAMAS DISPONIBLES	280.2
4	TOTAL DIAS CAMA DISPONIBLE	102,273.0
5	PORCENTAJE DE OCUPACIÓN	56.0%
6	TOTAL DIAS PACIENTE	57,272.9
7	PROMEDIO DIAS PACIENTE	5.8
8	TOTAL CONSULTA EXTERNA	53,930
9	TOTAL CONSULTAS DE EMERGENCIA	27,954
10	TOTAL CONSULTAS DE ODONTOLOGIA	3,186
11	INTERVENCIONES QUIRURGICAS ELECTIVAS	3,437
12	INTERVENCIONES QUIRURGICAS URGENCIAS	505
13	TOTAL INTERVENCIONES QUIRURGICAS	3,942
14	TOTAL PARTOS (NORMALES + COMPLICADOS)	2,399
15	TOTAL CESAREAS	796
16	TOTAL CURETAJES (LEGRADOS)	467
17	TOTAL PLACAS RADIOGRAFICAS (RADIOGRAFIAS+FLUROSCOPIAS+DENTALES+RADIOTERAPIA PROFUNDA)	22,350
18	TOTAL OTROS EAMENES	5,098
19	TOTAL DETERMINACIONES DE LABORATORIO CLINICO	53,192
20	ANATOMIA PATOLOGICA: TOTAL DE EXAMENES HISTOPATOLOGICOS+ AUTOPSIAS (Legales y clínicas)	2,491
21	TOTAL OTRAS PRUEBAS DE DIAGNOSTICO (ELETROENCEFALOG.+ELECTROCARDIOG.+METAB.BASAL+ OTRAS)	4,880
22	TOTAL FISIOTERAPIA (ELECTROTERAPIA+COMPRESAS QUIMICAS+EJERC.TERAPEUTICOS+PARAFINA)	44,760
23	TOTAL DE RECETAS DESPACHADAS POR FARMACIA	290,025
24	TOTAL RACIONES PACIENTES (ENFERMOS)	81,757
25	TOTAL RACIONES PERSONAL	26,628
26	TOTAL KILOS DE ROPA LAVADA	354,449

Fuente: Gestión Técnica del Hospital Ambato

Elaborado: Opilio Córdova

**USO DE LAS HABILIDADES ADMINISTRATIVAS EN LOS DIFERENTES NIVELES DE LA ADMINISTRACIÓN**

Jefe de sección	Ejecutivos medios	Altos Directivos	
			Habilidad conceptual
			Habilidad humana
			Habilidad técnica

#### 4.6.2.1 Organización de los recursos humanos

Para que una institución funcione más eficientemente requiere una efectiva organización en la cual:

- Las líneas de autoridad y responsabilidad están claramente establecidas y se respeten
- Los trabajos, los procedimientos y los estándares no sólo estén bien definidos sino que se sigan.
- Los funcionarios sepan qué es lo que deben hacer, cómo hacerlo y lo hagan.
- Los estándares de calidad, cantidad y desempeño estén claramente fijados y se cumplan.

Organizar es colocar y ajustar toda la institución para que funcione eficientemente.

Mantenerla funcionando correcta y efectivamente es la función de la Dirección.

Sin embargo, aunque todo esté definido y bien coordinado es posible que algunos servicios o departamentos no estén bien organizados y esta



falta de coherencia es generalmente la causa de las mayores crisis de la administración. Para solucionar estos problemas el Director y/o el Jefe de Recursos Humanos deben buscar actualizar la organización toda vez que las soluciones de casos especiales sólo prolongan y agravan las crisis.

Esta actualización puede desarrollarse en tres etapas:

- Establecer qué se necesita saber acerca de cada uno de los trabajos, es decir definir lo totalmente, quién lo dirige y a quién se le responde; qué funciones y qué autoridad se tienen y a quién y cuándo se le envían los informes del trabajo desarrollado. Por último, cómo encaja cada trabajo, cada sección y cada departamento en la organización como un todo.
- Encontrar las deficiencias de la organización que están causando los problemas.
- Dónde supervisar y analizar, depende de la clase de problemas que se encuentren.

Algunas áreas para auditar son las siguientes:

- Las líneas de autoridad y de responsabilidad, es decir la cadena de mando. Todos los funcionarios de la institución inclusive los recién ingresados deben saber quién es su superior, es decir, quién tiene la autoridad para decirles qué hacer y qué responsabilidades tienen y a quién se informa sobre los trabajos realizados, las dudas o los problemas encontrados. Si se encuentra que alguien recibe órdenes de dos o más personas debe recordarse el principio que establece que cada trabajador debe tener únicamente un solo jefe, pues esto da unidad de mando.

- Otro principio es el que establece que hay un límite de personas a las que se puede controlar directamente. Dependiendo del trabajo, su número máximo oscila entre 15 y 30 funcionarios para que el control individual sea efectivo. Si se tienen más personas bajo la misma responsabilidad, se debe delegar determinadas actividades de supervisión, es decir, se debe crear otros niveles de la cadena de mando.

Sin embargo con una disciplina de autocontrol, que forma parte del control interno, el número máximo de personas a supervisar puede ampliarse significativamente.

### **Volumen y procedimientos.**

Se debe establecer si:

	NO	SI
¿Los trabajos están definidos claramente en términos de funciones, obligaciones, tareas, procedimientos y de cumplimiento de los estándares?		
¿Existen manuales de procedimientos para cada trabajo?		
¿Se tiene material escrito actualizado?		
¿Hay asuntos que los funcionarios deben hacer, pero no hacen?		
¿O que no están asignadas a ninguna persona en particular?		
¿Se tienen asignadas las mismas responsabilidades a funcionarios que hacen cosas diversas?		
¿Se están llevando las responsabilidades asignadas, de acuerdo a los procedimientos establecidos, correctamente?		
¿Hay funcionarios que tienen sobrecarga de trabajo y otros muy poco?		

### **Entrenamiento.**

Se debe analizar lo siguiente:

ESCUELA POLITECNICA NACIONAL  
Maestría en Gerencia Administrativa en Servicios de Salud

	NO	SI
Sabe cada funcionario desempeñar su trabajo: qué hacer y cómo hacerlo?		
¿Conoce cada funcionario los límites de los estándares de su trabajo?		
¿Se cumplen los estándares establecidos?		
¿Está bien entrenado cada uno de los funcionarios?		
¿Existen programas de entrenamiento o capacitación?		
¿Existe permanente y amplio entrenamiento?		

### Evaluación y control.

Es importante determinar lo siguiente:

	NO	SI
¿Existen y están claramente definidos los estándares de calidad, cantidad y desempeño?		
¿Cumplen los funcionarios los estándares establecidos?		
¿ Se usan los estándares para evaluar los servicios y productos?		
¿Está bien entrenado cada uno de los funcionarios?		
¿Existe un sistema de evaluación y revisión del desempeño?		

### Planes y programas establecidos.

Hay que analizar lo siguiente:

	NO	SI
¿Los planes o programas están respaldados por tareas, rutinas, informes y procedimientos ordinarios o de emergencia?		
¿Existen formatos para informes, estadísticas y controles?		
¿Se usan correctamente?		
¿Se trabaja para mejorar la eficiencia de la organización?		
¿Se mejoran las funciones y responsabilidades que describen los trabajos?		
¿Se desarrollan nuevos manuales de procedimientos?		
¿Se dan incentivos para programación de reclutamiento, entrenamiento y evaluaciones?		

#### 4.6.2.2 Control del recurso humano

Control es el proceso por el cual los auditores o supervisores miden, evalúan y comparan los resultados del trabajo frente a las metas y los resultados del trabajo frente a las metas y los estándares establecidos previamente, tales como el cumplimiento de estándares y la toma de acciones correctivas, cuando se hace necesario. Hay muchos tipos de controles como relojes de entrada y de salida pero un área importante en el control del recurso humano es la de costos: salarios, beneficios, descansos, alimentación, etc.

En el sector de la salud el exceso en los costos se debe con frecuencia a ineficiencia, falta de entrenamiento, desperdicios, enfermedades, ausencias, etc. Por ejemplos se pueden tener los siguientes controles:

#### CONTROLES ADMINISTRATIVOS DE PERSONAL

Reuniones por departamento o servicio para analizar el clima institucional.
Reuniones administrativas semanales.
Análisis de productividad por dependencia.
Turnos de trabajo semanales.
Registro de tiempo de trabajo
Control de los horarios o tiempos establecidos para cada trabajo.
Controles para el cumplimiento de programas de orientación, adiestramiento y supervisión.
Manuales de entrenamiento.
Controles a los programas de entrenamiento.
Controles desarrollados frente a la descripción del trabajo.
Hojas de vida actualizadas de cada funcionario.
Formatos para la evaluación de los funcionarios.
Informes sobre acciones disciplinarias.
Porcentaje de los costos reales de servicios personales con relación a lo presupuestado.
Porcentaje de los costos reales de servicios personales con relación al costo global (total) de funcionamiento de la institución de salud.

#### 4.6.2.3 Simplificación y control de los costos del trabajo

Cuando se desarrollan más tareas de trabajo en un menor tiempo, se reducen los costos por servicios personales. Si la calidad del trabajo no disminuye, se dice que la productividad ha aumentado. Normalmente si se siguen ciertos procedimientos básicos, es posible simplificar el trabajo, con muchos beneficios complementarios, puesto que los costos se pueden controlar mejor y los ingresos de las personas aumentan al ser más eficientes.

Existen varios indicadores de procedimientos ineficientes en los trabajos, de los cuales los más importantes son:

1. Demoras significativas en la atención de los pacientes o exceso de horas de trabajo realizadas con relación a los estándares normales.
2. Quejas de pacientes y empleados. Congestionamientos (picos) y desocupación (simas) en las cargas de trabajo diario.
3. Excesivos daños o robos. Uso inadecuado de los conocimientos y destrezas del personal.
4. Alta frecuencia de accidentes o de errores significativos.
5. Baja motivación y baja moral del personal.
6. Uso inadecuado del espacio.
7. Existencia de demasiados trámites.
8. Pronóstico de cargas de trabajo inadecuado.
9. Condiciones de trabajo inadecuadas.

Si existen algunos de los problemas señalados u otros similares se debe considerar la necesidad de establecer procedimientos que simplifiquen el trabajo, en especial aquellos que:

1. Impliquen gran cantidad de tiempo.
2. Crean cuellos de botella o excesiva cantidad de horas extras

3. Involucran a muchos funcionarios para el desarrollo de tareas semejantes.
4. Permanentemente se está por debajo de los estándares.

Una de las mejores maneras de incrementar la productividad es la revisión permanente de los estándares y los protocolos. A continuación se presenta el proceso, en cinco pasos, para incrementar la productividad:

1. Recolectar y analizar la información sobre el cumplimiento de los estándares actuales. Con frecuencia esto puede hacerse por simple inspección y así notar las diferencias a la vez que cuestionar cada tarea, es decir, analizar si puede ser eliminada, o reasignada a otro funcionario y por último, si los estándares que se analizan están siendo afectados negativamente por otras áreas o departamentos.
2. Generar ideas sobre nuevas formas de ejecutar el trabajo que se hace. Generalmente cuando afloran los problemas, hay más de una forma de resolverlos.
3. Evaluar cada idea y seleccionar la mejor alternativa. En lo posible la idea seleccionada puede ser una mezcla de los mejores elementos de las diferentes sugerencias recibidas. Recuerde que el cumplimiento de los estándares debe constituirse en rutina normal para que sean útiles; es decir que el funcionario normal con conocimientos y habilidades normales lo logre.
4. Probar el desempeño del estándar modificado con el objeto de certificar que las innovaciones efectuadas efectivamente incrementan la calidad o la cantidad del trabajo en cuestión, es decir aumentan la productividad.
5. Implementar el empleo del estándar modificado, con el objeto de enterar a las personas en el nuevo proceso o el nuevo

procedimiento, al tiempo que se aumentan los controles y el entrenamiento durante el período de transición.

#### **4.6.2.4 El control al trabajo**

El sistema de control al trabajo debe cobijar a los empleados, el trabajo en sí mismo y los costos relacionados con ellos. Si se mira la ocupación o el trabajo desde el punto de vista de cada funcionario, se puede encontrar que ellos aspiran a dar el máximo posible de su capacidad.

Los diferentes jefes y supervisores, con base en la asignación de responsabilidades con autonomía y libertad de acción crean una buena motivación, para así llegar a un clima de trabajo que favorezca las metas de cada departamento y por ende de la institución.

Con ello se rompe la resistencia al cambio y el trabajo en vez de ser una obligación, cambia a ser una razón personal de mejoramiento. Para complementar esta motivación, además de entender las necesidades, intereses y metas de cada trabajador, éste se debe sentir como parte muy importante de la organización, que su trabajo beneficia a todos, a la vez que se siente agrado e importante. Es decir, que se sienta dueño. Estos factores motivacionales están en función de características especiales como la personalidad, la inteligencia, la educación y las actitudes. Por ello el gran reto del jefe es conocer aquellos factores que más motivan a cada funcionario, tarea que no es fácil porque muchas personas no expresan o tienen confusión sobre sus necesidades y sus metas; por ello se debe llegar a las motivaciones del subconsciente.

Se resume los resultados obtenidos en una encuesta. Es importante porque muestra, cómo al dar mayor puntaje a los factores que cada quien considera más importantes, la diferencia que existe entre aquello que los

jefes de servicio creen que motiva a sus subalternos y lo que los empleados realmente quieren en relación con sus trabajos.

Los siguientes factores forman parte de los aspectos que los trabajadores desean en su trabajo:

1. Políticas adecuadas de la institución.
2. Dirección y administración amables.
3. Buenas relaciones con los jefes, subalternos y compañeros.
4. Salario y condiciones de trabajo adecuadas.
5. Seguridad en el trabajo.
6. Reconocimiento del status.
7. Retos en el trabajo.
8. Sensación de realización personal.
9. Sentimiento de aprecio y reconocimiento por hacer bien el trabajo.
10. Aumento de responsabilidades y oportunidades de ascenso.
11. Sentimiento de importancia y de contribución a la institución.
12. Participación en asuntos relacionados con el trabajo que afectan al trabajador.

Se puede observar que los dos aspectos más importantes para los funcionarios, están dentro del ámbito y posibilidades de los jefes directos o supervisores. De hecho hay muchas cosas que se pueden hacer para mejorar el clima de motivación que no cuestan o tienen muy bajo costo para la organización.



#### **4.6.2.5 Evaluaciones de los Recursos Humanos**

Se consideran importantes las siguientes evaluaciones del personal que pueden ser colocadas en formato, con respuestas de cumplido Entrenamiento (Inducción).

Los aspectos que deben ser contemplados en la primera semana de trabajo de una persona que haya ingresado recientemente se relacionan en los Cuadro № 4-14 a 4-17.

Los planes de entrenamiento y su duración dependen de las características de cada trabajo. Los procedimientos para evaluar a los empleados incluyen los siguientes aspectos:

1. Decida qué factores deben ser considerados y asegúrese de que los empleados los aceptan como una forma de juzgar la calidad de su desempeño. Al máximo posible, los factores a analizar deben ser objetivos y medibles.
2. Informe a los empleados acerca de los propósitos, factores y frecuencia de las evaluaciones, así como la calidad de los estándares.
3. La información acerca del desempeño del empleado debe recogerse y analizarse diariamente o con otros intervalos regulares ejemplo.: semanalmente. Los incidentes críticos que muestran el desempeño bueno o malo del trabajador deben anotarse en la hoja de vida.
4. En reuniones privadas con cada trabajador se debe discutir el desempeño general en el trabajo. Los incidentes críticos sirven para defender o desechar los puntos que se traten. Las

evaluaciones formales de los empleados deben hacerse en lo posible cada seis meses.

5. Debe permitirse a los empleados que expresen sus puntos de vista acerca del trabajo, de los comentarios del entrevistador o de cómo su desempeño o sus relaciones con los compañeros pueden mejorarse.
6. Al concluir la sesión de evaluación el jefe que entrevista debe hacer énfasis en los aspectos positivos o fortalezas del empleado e indicar los trabajos deseables a desarrollar para que mejore su desempeño en los aspectos que tiene débiles. Finalmente el entrevistador debe sugerirle al empleado que le hable en cualquier momento acerca de los problemas que encuentre.

**Cuadro № 4-14**  
**QUÉ QUIEREN LOS EMPLEADOS DE SU EMPRESA**

Factores	Calificación dada por	
	Empleados	Jefes o Superiores
Reconocimiento por el trabajo hecho	1	8
Ser tenidos en cuenta	2	10
Ayuda con los problemas personales	3	9
Seguridad en el trabajo	4	2
Aumento de salarios	5	1
Trabajos interesantes	6	5
Promoción dentro de la institución	7	3
Lealtad personal del jefe	8	6
Buenas condiciones de trabajo	9	4
Disciplina prudente	10	7

Fuente: Pontón, G. en Control de los Recursos Humanos en Auditoría en Salud par un a gestión Eficiente.

Elaborado: Opilio Córdova

**Cuadro № 4-15**

RECIBIMIENTO	NO	SI
Bienvenida por el Jefe de Recursos Humanos, Jefe de la Dependencia y Director General con los comentarios pertinentes		

ESCUELA POLITECNICA NACIONAL  
Maestría en Gerencia Administrativa en Servicios de Salud

Introducción a la institución y a su cultura		
Comportamiento ante los clientes internos y externos		
Conocimiento físico de las diferentes dependencias de la institución		
Orientación en la dependencia (Departamento o sección) el primer día de trabajo según relación o lista de aspectos importantes		
Procedimientos ante emergencias y medidas de seguridad ante incendios		
Procedimientos de seguridad		
Seguridad industrial en el trabajo (prevención de riesgos)		
Presentación e higiene (informes, nombre)		
Uso del teléfono y de las computadoras		
Destrezas básicas en el trabajo		
Entrenamiento para el cuidado del medio ambiente		

**Fuente: Pontón, G. en Control de los Recursos Humanos en Auditoria en Salud par un a gestión Eficiente.**

**Elaborado: Opilio Córdova**

**Cuadro № 4-16**

<b>PARA JEFES, DIRECTORES DE PROGRAMA Y SUPERVISORES</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>
Conocimiento de otros departamentos relacionados		
Especificaciones establecidas para cada posición: misión, objetivos y metas, así como recursos y presupuestos		
Características de la administración, condiciones y beneficios		

**Fuente: Pontón, G. en Control de los Recursos Humanos en Auditoria en Salud par un a gestión Eficiente.**

**Elaborado: Opilio Córdova**

**Cuadro № 4-17**

<b>ENTRENAMIENTO EN LAS HABILIDADES REQUERIDAS PARA EL PERSONAL PROFESIONAL</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>
El plan de entrenamiento del departamento se centrará en las mayores necesidades del departamento respectivo		

ESCUELA POLITECNICA NACIONAL  
Maestría en Gerencia Administrativa en Servicios de Salud

Análisis de las tareas que se realizan diariamente		
Evaluación sistemática y seguimiento de los trabajos, así como los logros obtenidos; se comparan con los estándares		
Cada funcionario debe tener estadísticas actualizadas de su entrenamiento		

Fuente: Pontón, G. en Control de los Recursos Humanos en Auditoría en Salud para una gestión Eficiente.

Elaborado: Opilio Córdova

A continuación se presenta el formato de evaluación semestral que debe ser llenado por el superior inmediato y una vez conocido por el trabajador, enviado a auditoría para su análisis y remisión al departamento de personal (Recursos Humanos) (Cuadro № 4-18 y 4-19).

Reconocimiento por el trabajo hecho, ser tenidos en cuenta, ayuda con los problemas personales, seguridad en el trabajo, aumento de salarios, trabajos interesantes, promoción dentro de la institución, lealtad personal del jefe<sup>67</sup>.

Cuadro № 4-18

<sup>67</sup> Pontón, G. Control de los Recursos Humanos. En Auditoría en Salud para una Gestión Eficiente de Malagón. Editorial Panamericana. Segunda Edición. Colombia. 2003.Pp. 171-179

ESCUELA POLITECNICA NACIONAL  
Maestría en Gerencia Administrativa en Servicios de Salud

**ORIENTACIÓN A NUEVOS FUNCIONARIOS**

fecha	X	Descripción	Firma
		<b>FAMILIARIZACIÓN:</b> Bienvenida e instrucciones iniciales del jefe inmediato. Conocimiento de la institución. Conocimiento de la dependencia, en detalle. Presentación a todo el personal, en especial a los compañeros de trabajo.	
		<b>DISCUSIÓN DE LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS:</b> Horario y calendario de trabajo. Reloj control de entrada y salida. Descansos y tiempo para comidas. Uniformes y responsabilidades sobre su uso, desinfección, limpieza, etc. Asignación de sitio y guardarropa (locker). Lugar y derechos de alimentación. Regulaciones sobre aparcadero. Procedimientos en caso de accidentes. Primeros auxilios.	
		<b>INFORMACIÓN SOBRE SALARIOS Y BONIFICACIONES:</b> Sueldo básico, prestaciones legales y bonificaciones. Vacaciones y descansos. Descuentos y deducciones. Políticas sobre trabajo: Horas extras, fechas de pago, etc. Diligenciamiento de documentos: exámenes médicos, contrato, seguros. Otras informaciones: detállelas_____	
		<b>REVISIÓN DE POLÍTICAS Y REGLAMENTOS:</b> Seguridad, accidentes, incendios, etc. Uso y mantenimiento de equipos. Puntualidad, retardos y ausencias. Enfermedad y emergencias. Abandono del área de trabajo. Uso de computadoras, teléfonos, etc. Áreas para fumar (Si las hay), comer o beber. Prohibiciones: Drogas, licores, cigarrillos, paquetes, etc.	
		<b>OTRAS INFORMACIONES RECIBIDAS Y EXPLICADAS:</b> Organización de la institución. Visión, misión, políticas, estrategias y actividades de la institución. Descripción, procedimientos y documentación del trabajo asignado. Responsabilidades de la dependencia, el departamento y la Institución. Estándares de procedimientos: conocimiento y discusión. Proceso de calificación de los funcionarios. Discusión sobre posibilidades de mejoramiento o ascenso. Reglamentos: recibidos y revisados	
		<b>ORIENTACIÓN SOBRE OTROS PROCEDIMIENTOS:</b> _____ _____	

Certifico que todas las actividades arriba mencionadas fueron desarrolladas en la fecha indicada.

Firma del empleado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Firma del jefe inmediato

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Firma del jefe de personal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Fuente: Pontón, G. en Control de los Recursos Humanos en Auditoría en Salud par un a gestión Eficiente.**

**Elaborado: Opilio Córdova**

**Cuadro № 4-19**

**INFORME DE DESEMPEÑO**

**COLABORACIÓN**

Considere el esfuerzo del empleado para mantener buenas relaciones, promover el trabajo en equipo y lograr los objetivos de la

Córdova O. / López Y.

<p>dependencia.</p> <p>Tiene dificultad en colaborar con los demás y mantener buenas relaciones con los compañeros.</p> <p>Muy eficaz en su trato con los demás.</p> <p>Colabora la mayoría de las veces.</p> <p>Es un gran apoyo para el éxito del equipo de trabajo, Siempre se lleva bien con los demás. Cooperera y estimula la colaboración de los demás.</p>
<p><b>INICIATIVA/INGENIO</b></p> <p>Considere la determinación y esfuerzo así como la superación de obstáculos y la búsqueda de Soluciones.</p> <p>Normalmente toma acciones, resuelve y evita problemas si es necesario; hace esfuerzos creativos e innovadores y excede las expectativas del cliente.</p> <p>Demuestra mucho esfuerzo para completar los trabajos según los estándares.</p> <p>Evita o resuelve los problemas para satisfacer al cliente.</p> <p>Usualmente depende de los demás para resolver problemas y satisfacer al cliente</p>
<p><b>MANEJO DE RECURSOS</b></p> <p>Considere el esfuerzo para reducir los costos o gastos, cuidado de los equipos, ahorro recursos, etc.</p> <p>Generalmente cumple con los procedimientos para ahorrar y controlar los costos.</p> <p>Demuestra interés en cuidar los equipos e instalaciones. Hace buen uso de los recursos.</p> <p>Hace esfuerzos constantemente para ahorrar energía y agua, reducir los costos, cuidar equipos e instalaciones.</p> <p>Sigue las normas del cuidado del medio ambiente.</p> <p>Aporta ideas para ahorrar y reducir costos.</p> <p>De vez en cuando demuestra descuido con los equipos y no hace esfuerzos para ahorrar energía o conservar las pertenencias de la empresa.</p> <p>Debe mejorar la utilización de recursos.</p>
<p><b>APARIENCIA PERSONAL</b></p> <p>Siempre impecable; buena presentación; porta correctamente el uniforme.</p> <p>Necesita mejorar su apariencia y su presentación.</p>
<p><b>NECESIDADES DE DESARROLLO</b></p> <p>¿Qué educación, entrenamiento, o destreza para aumentar el potencial del empleado, puede mejorar su desempeño y posibilidad de ascenso o promoción?</p> <p>Mejorar su desempeño; _____</p> <p>Potencial de promoción; _____ Plan de acción</p> <p>¿Qué acciones específicas necesita para cumplir las necesidades de desarrollo?</p> <p>.Responsable;</p> <p>Acción específica:</p> <p>Fecha; _____</p> <p>Planes previos: Resultados específicos del plan anterior.</p>

**Fuente: Pontón, G. en Control de los Recursos Humanos en Auditoria en Salud par un a gestión Eficiente.**

**Elaborado: Opilio Córdova**

### 4.6.3 LA AUDITORIA DEL ACTO MÉDICO

#### **4.6.3.1 Enfoque por síndromes**

Las guías de manejo diagnóstico y terapéutico se han considerado siempre a nivel nacional e internacional como elementos de gran importancia para asegurar la adecuada calidad en la prestación de los servicios médico asistenciales en dos sentidos fundamentales.

El primero de ellos es el de mejorar la salud de los pacientes utilizando prácticas de comprobada efectividad y por consiguiente descartando las que son inefectivas (Medicina basada en la evidencia). En un segundo término, se busca la reducción en los costos que demandan las actividades previstas para esa atención.

Con este propósito se presenta al Auditor de salud la metodología del enfoque por síndromes, la cual facilita el manejo integral desde el momento de la llegada del paciente con su motivo de consulta, hasta el diagnóstico definitivo y su conducción terapéutica adecuada. Además, proporciona la información "cesaría para la construcción de indicadores que permiten medir la evolución de los diferentes síndromes específicos manejados con el protocolo definido en las Guías, y evaluar así no solamente la efectividad de éstas, elaboradas por el equipo científico del hospital, sino que también permite el análisis epidemiológico y administrativo, el cual es parte de los fundamentos para la garantía de la calidad en la atención en salud. Algunas consideraciones adicionales sobre esta metodología son las siguientes:

Una primera consideración es la de que este tipo de Guías facilita la adecuada conducción de los pacientes desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico, identificando la tecnología que debe ser utilizada en cada caso particular para asegurar una verdadera calidad en la prestación de los servicios médico asistenciales, a costos acordes con las necesidades previamente establecidas para cada paciente.

Una segunda consideración es la de que en la formación de los médicos generales, de los especialistas, y en general del equipo de salud, es necesario llenar el vacío que existe entre el momento de llegada del paciente y el momento en que se establece un diagnóstico definitivo, sugiriendo a manera de guía, cuáles son los pasos del método clínico que se deben seguir, iniciando con la elaboración de una historia clínica completa, incluyendo la identificación de los principales signos y síntomas que exhibe el paciente, permitiendo en una primera etapa la construcción de un síndrome.

Después de establecido el síndrome, y mediante el uso de técnicas de apoyo diagnóstico, debidamente avaladas por la Medicina basada en la evidencia, especialmente laboratorio clínico, imágenes diagnósticas, endoscopia, anatomía patológica, electromedicina, medicina nuclear y otros procedimientos, será posible establecer "diagnósticos diferenciales", para luego poder confirmar un "diagnóstico definitivo" que facilite una adecuada conducción terapéutica.

Dos períodos de tiempo deben ser tenidos en cuenta:

- El primero cubre el tiempo comprendido entre el momento en que el paciente solicita la atención y el instante en que el equipo de salud establece un "diagnóstico definitivo".
- El segundo está comprendido entre el momento del "diagnóstico definitivo" y la finalización del tratamiento médico quirúrgico requerido para cada caso.

Para el primer período son de gran utilidad las Guías de diagnóstico, y para el segundo se busca la ayuda de los libros de texto y de las Guías de manejo terapéutico.



En las Guías se consigna el manejo que debe darse a cada uno de los principales diagnósticos diferenciales que configuran cada uno de los Síndromes, y en su elaboración es fundamental el conocimiento de todo el equipo científico del hospital, además de las condiciones específicas de distinto tipo que caracterizan la misión y visión de cada hospital. Las medidas recomendadas, tanto en lo diagnóstico como en lo terapéutico, deben tener el mayor grado de evidencia posible, de acuerdo con lo que señala la Medicina basada en la evidencia.

Debe recordarse que la MBE (Medicina basada en la evidencia) maneja cuatro grados de recomendación representados con letras mayúsculas (A,B,C y D) y 6 niveles de evidencia.

Estos niveles de evidencia se fundamentan en la validez de las pruebas que sustentan el grado de recomendación para su uso, desde los ensayos clínicos controlados y aleatorizados, que son los de mayor validez, pasando por los estudios de series de casos y el Metanálisis, que constituyen evidencias menos fuertes, hasta las opiniones de expertos sin explicitar métodos de apreciación crítica, que constituirían un nivel de evidencia 5.

El método de la MBE es casi ideal, pero dadas las dificultades y altos costos que implica, el grupo de expertos hospitalarios debe consultar la bibliografía existente, y de acuerdo con esto definir la mejor evidencia disponible de acuerdo con las realidades específicas del hospital y del servicio, pensando siempre en la ganancia en términos de la salud de los pacientes, utilizando los cuidados más apropiados y de menor costo posible (Cuadro № 4-20 y 4-21)<sup>68</sup>.

---

<sup>68</sup> US Agency for Health Care Policy and Research.

**La tercera consideración** hace referencia a la responsabilidad y Ética médicas que se ponen de manifiesto al controlar la atención médico asistencia! dispensada con lo previsto en cada una de las Guías, permitiendo en esta forma evaluar y calificar los procesos médico quirúrgicos realizados en cada paciente. Esta consideración es de especial importancia en el proceso de Auditoria Médica, pues permite al Auditor evaluar fácilmente la calidad de la atención, y asegura al médico tratante una buena defensa en casos de demandas por negligencia o mala práctica.

**La última consideración**, y quizás la más importante, es que las dos funciones que caracterizan al médico, sea general o especialista, de “diagnosticar” y “Tratar” al paciente, se sustenta en la evolución del concepto salud enfermedad, definido magistralmente por BLUM como fundamentado en cuatro componentes: la herencia, el medio ambiente, el comportamiento y la atención en salud, y en etapas seguidas a través del tiempo de la enseñanza de la medicina y demás ciencias le la salud, rubricadas en los últimos tiempos por la aplicación del método científico en la atención de la salud, mediante el uso de variantes clínicas, epidemiológicas, de ciencias sociales y de la Bioestadística.

Someramente se revisan los pasos que sigue "Método Clínico" ya que es necesario que los médicos generales y especialistas en formación los recuerden y sigan en orden cronológico, pues de esta manera conducirán a sus pacientes por los senderos adecuados del diagnóstico y de la acertada conducta Dedico quirúrgica.

Lo primero que se requiere es realizar una minuciosa y completa historia clínica, donde en orden secuencial se registre la anamnesis, el interrogatorio y el examen físico, mediante la revisión por sistemas o aparatos a través de la inspección, palpación, percusión y auscultación (gráfico Nº 58).

Estos elementos básicos de la composición del acto médico conducen a identificar aspectos positivos, bien a través de signos (hallazgos del método) o síntomas (referidos por el paciente), en sus tres gradientes de frecuencia:

- Constantes, es decir que están presentes en todos los casos (+ + +).
- Frecuentes, en alrededor de la mitad de los casos (+ +).
- Ocasionales, que se presentan con poca frecuencia (+).

Como es sabido, el conjunto de signos y síntomas sustenta lo que en medicina se denomina "síndrome" (gráfico Nº 58).

Se sugiere que bajo la orientación de cada Jefe de departamento médico quirúrgico del hospital, se seleccionen los principales "síndromes" teniendo en cuenta su importancia y frecuencia, con el objeto de oficializar "Guías" que reúnan los esquemas que aquí se sugieren, determinando así las normas en cuanto a manejo diagnóstico y terapéutico que deberían ser seguidas en cada uno de los "síndromes" establecidos<sup>69</sup>.

---

<sup>69</sup> Uribe, J. La Auditoría del Acto Médico-enfoque por Síndromes. Auditoría en Salud de Malagoón. Editorial Panamericana. Bogotá-Colombia. 2003. pp. 297-300

**Cuadro № 4-20**  
**GRADO DE RECOMENDACIÓN Y NIVEL DE EVIDENCIA**

<b>Nivel</b>	<b>Tipo de Evidencia</b>
Ia	Evidencia obtenida de metaanálisis o estudios randomizados controlados.
Ib	Evidencia obtenida de al menos un estudio randomizado controlado.
IIa	Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado bien diseñado sin randomización.
IIb	Evidencia obtenida de estudios quasi experimentales bien diseñados.
III	Evidencia obtenida de estudios descriptivos, no experimentales, bien diseñados, tales como estudios comparativos estudios de correlación o de casos.
IV	Evidencia obtenida de reportes u opiniones de comités de expertos o experiencia clínica de autoridades consideradas como tales.

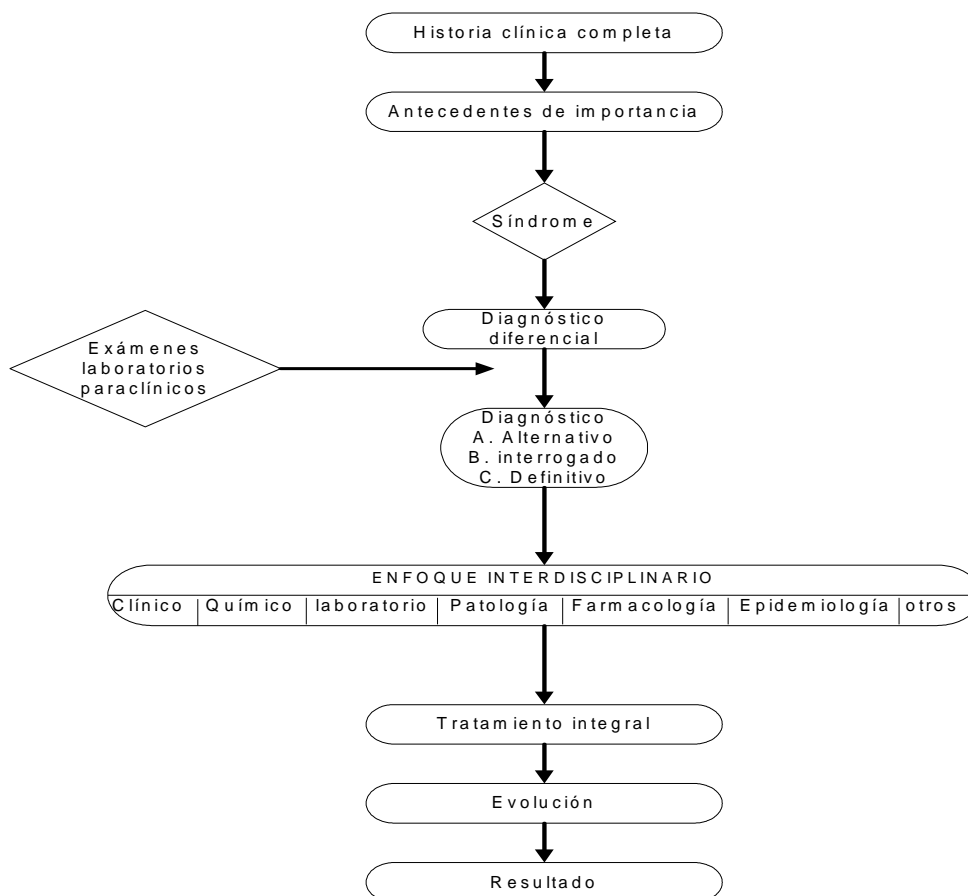
**Fuente:** US Agency dor Health Care Policy and Research.  
**Elaborado :** Opilio Córdoba.

**Cuadro № 4-21**  
**GRADO DE RECOMENDACIÓN**

<b>Grado</b>	<b>RECOMENDACIÓN.</b>
A	Basado en evidencia niveles Ia y Ib.
B	Basado en evidencia niveles IIa, IIb y III.
C	Basado en evidencia nivel IV.

**Fuente:** US Agency dor Health Care Policy and Research.  
**Elaborado :** Opilio Córdoba.

**Grafico Nº 60**  
**Enfoque por síndromes**



Fuente: Uribe, J. La Auditoría del Acto Médico de Malagón.

Elaborado: Opilio Córdova

#### 4.6.4 RECURSOS FINANCIEROS

##### 4.6.4.1 Control a la gestión administrativa, económica y financiera.

Las políticas de control de la administración de la economía y las finanzas de una institución de salud incluyen el análisis cruzado de diferentes actividades que se plasman en documentos específicos como son el presupuesto de causación por dependencias y el presupuesto de caja para los ingresos y egresos de dinero efectivamente realizado o por realizar del

año fiscal. Las estadísticas de costos realizados comparados con los pro-e que se reflejan en el presupuesto general gastos, así como el cálculo anticipado: esos por servicios, auxilios o subsidios del gobierno, donaciones o rendimientos financieros constituyen el presupuesto de ingresos. El plan de compras y su ejecución posterior deben concordar con lo presupuesto y todo ello se refleja tanto en el balance general como en el flujo de caja, las fuentes y uso de fondos y las razones de liquidez. A continuación se detalla la forma de analizar, registrar, proyectar y por ende controlar cada uno de los aspectos mencionados, de acuerdo con los parámetros y las normas establecidas para el mejor aprovechamiento de los recursos de la institución de salud.

#### **4.6.4.2. El presupuesto como herramienta de auditoría**

El presupuesto es un excelente medio de control tanto de las actividades administrativas y financieras, como del cumplimiento de las metas de cada departamento de la institución. El control completo se obtiene si se establecen dos presupuestos complementarios: el de las actividades de los diferentes departamentos o institucional, con énfasis en causación, y el de caja, que únicamente registra los dineros que ingresan o se pagan en un período dado.

El control se inicia con la elaboración de los presupuestos; allí es necesario que se anexen las justificaciones económicas de manera desagregada para luego consolidarlo en los departamentos y en la institución como un todo.

#### **4.6.4.3 La directiva presupuestal**

##### *4.6.4.3.1 Aspectos legales*

Una institución de salud es una sociedad económica de servicios sometida al régimen legal de las Sociedades y vinculada al Ministerio de Salud. Por esta razón deben tenerse en cuenta las normas sobre presupuesto que se detallan a continuación:

#### *4.6.4.3.2 Política de la dirección.*

Para la proyección del presupuesto anual de CAJA para las dos vigencias siguientes, ejemplo de 2005 y 2006, se hace necesario elaborar primero el presupuesto operativo o institucional (de causación), con fundamento en las políticas establecidas por la Junta Directiva, como también basado en los objetivos y metas de todos los departamentos y servicios, incluidos los administrativos.

El presupuesto de causación como el de caja constituyen herramientas básicas para la correcta toma de decisiones en beneficio de los pacientes y el desarrollo de las actividades y funciones de cada dependencia con el fin de lograr las metas de productividad, rentabilidad, economía, eficacia y eficiencia, la rendición de los respectivos indicadores de gestión y el logro de los objetivos aprobados por la Junta Directiva para el cumplimiento cabal de la Misión de la Institución.

#### *4.6.4.3.3 Técnicas para su elaboración.*

Para la elaboración tanto del presupuesto de causación como del de caja, es necesario explicar en detalle las bases de cálculo y los diferentes métodos de proyección que se utilicen ya que para su aprobación es necesario anexar la correspondiente justificación económica. Se debe solicitar a la Oficina de Planeación y los Jefes de Departamento y de Servicio, la máxima dedicación para que las proyecciones se ajusten a los planes estratégicos de cada dependencia. El trabajo será consolidado proyectado y presentado a la Dirección General por el Jefe de Planeación

bajo la supervisión del Subdirector Administrativo y Financiero, el Síndico o el Contralor.

#### *4.6.4.3.4 Actividades calendario.*

Las fechas que aparecen a continuación son un ejemplo para la presentación de los diferentes informes y su cumplimiento es de fundamental importancia para la elaboración armoniosa, exacta y oportuna de los presupuestos de causación y de caja (cCuadro № 4-22).

#### *4.6.4.3.5 Pautas para su elaboración:*

El presupuesto de la actual vigencia, ajustadas las cifras esperadas a las reales del primer semestre, debe ser presentado por cada jefatura de Departamento, para que la oficina de Planeación lo consolide y ajuste para presentarlo a la Dirección General. Las proyecciones de servicios y los cálculos de aumento de precios y costos para efectuar los ajustes y consolidación de la actual vigencia fiscal (año), y para proyectar los dos siguientes años.

#### *4.6.4.3.6 Departamento financiero.*

Para proyectar los ingresos por hospitalizaciones se debe tener la cooperación de todos los departamentos médicos, enfermería y bioestadística, así como tener en cuenta los ingresos y costos presupuestados, reales, totales y promedio, así como los proyectados hasta el final de la vigencia fiscal, de los siguientes aspectos:

- Porcentaje de ocupación de camas por servicio.
- Promedio de permanencia de los pacientes por servicio o estancias por cama.
- Ingresos promedio por cama proyectados a 31 de diciembre del año actual.



ESCUELA POLITECNICA NACIONAL  
Maestría en Gerencia Administrativa en Servicios de Salud

CUADRO 4-22 (CALENDARIO DEL PRESUPUESTO)

Asunto	Fecha	Responsable	Destino
1. Ajuste al presupuesto de la vigencia actual	Primer semestre del segundo semestre Julio 2 julio 9	Jefes de departamentos y servicios	Planeación
2. Presupuesto total ajustado	Julio 11	Plantación	Dirección General
3. Proyección del presupuesto de acusación dos años: actual y siguiente	Julio 17	Jefes de departamento y servicios	Planeación
4 Ajustes al presupuesto actual	Julio 24	Jefes de departamento y servicio	Planeación
5. Ajustes del presupuesto próximo vigencia	Julio 31	Planeación	Dirección General
6. Ajustes finales al presupuesto próximo vigencia	Agosto 7	Planeación	Dirección General
7. Consolidación de los presupuestos de acusación actual y próximo	Agosto 10	Dirección General	Jefes de departamento y Servicio
8. Presentación y presupuesto de acusación	Agosto 17	Planeación	Dirección General
9. Consolidación de los presupuestos de caja actual y próximo vigencia	Agosto 24	Planeación	Dirección General
10. Ajustes a los presupuestos de caja	Agosto 31	Planeación	Jefes de departamento
11. Presentación del presupuesto de caja	Septiembre 7	Planeación	Dirección General
12. Documentos detallados de apoyo a los presupuestos de acusación y de caja	Septiembre 15	Dirección General	Junta Directiva
13. Envío presupuesto de acusación de caja	septiembre 22	Dirección general y jefe de planeación	Junta Directiva
14. Presentación presupuesto	Septiembre 25	Dirección General	Dirección General
15. Ajustes a los presupuestos dispuestos por la Junta Directiva	Septiembre 30	Junta directiva	Dirección General
16. Aprobación presupuestos acusación y caja próxima vigencia	Octubre 10	Dirección General	Jefes de Departamento y servicio
17. Publicación presupuesto	Octubre 20	Compras y Planeación	Dirección General Jefes de Departamento y Servicio
18. elaboración del plan de compras	Octubre 25	Planeación	Dirección General
19. revisión del plan de compras	Octubre 31	Planeación	Dirección General Jefes de Departamento y Servicio
20. Publicación del plan de compras	. Noviembre 2	Departamento de compras	Jefes de Departamento y Servicio
21. Instructivo para la ejecución de los presupuestos	Noviembre 2	Dirección general	Dirección general Control Interno Auditoría
22. Ejecución del plan de compras publicado	Noviembre 2	Departamento de compras	Dirección general Control Interno Auditoría

Fuente: Auditoría en Salud de Malagón. Bogotá-Colombia.2003

Elaborado : Opilio Córdova

- Costos promedio por cama ocupada discriminados por: costos fijos, suministros, administrativos, de enfermería, de farmacia y otros.
- Número de camas disponibles por servicio para los dos próximos años, con informaciones diarias y mensualidades.
- Porcentaje de ocupación proyectada al segundo semestre del año, y todo el año siguiente con informes mensualizados y en forma similar el segundo año proyectado.
- Proyección de ocupación de los quirófanos con base en la ocupación actual, por día normal de uso con la información mensualizada.
- Proyección de la consulta externa (por número de consultas día y mes) de los seis meses restantes del año y para los dos próximos años, según disponibilidad médica, física y políticas de la institución.
- Número histórico de los servicios de diagnóstico y complementarios, proyectados de igual forma a la expuesta en los puntos anteriores.

Para proyectar los rendimientos financieros (intereses) de los dineros que posee en efectivo la institución, así como los otros ingresos, se debe tener en cuenta:

- Inversiones proyectadas a 31 de diciembre del presente año.
- Flujo mensual de caja proyectado para los próximos dos años, que incluye el cálculo mensual de ingresos y egresos (gastos) tanto ordinarios como extraordinarios.
- Cálculo de las tasas de interés proyectadas, según el comportamiento histórico y las tendencias dadas por el Banco

Central o por instituciones especializadas. Se debe tener en cuenta la rentabilidad y la seguridad de las inversiones: A mayor rentabilidad mayor riesgo.

- Incrementos proyectados sobre inmuebles arrendados.
- Proyección de gastos por seguros de acuerdo al plan de seguros de la institución.
- Proyección de cuentas por cobrar y cuentas por pagar para los dos próximos años.
- Proyección de cesantías y otras prestaciones sociales.
- Proyección del pasivo pensional.

#### *4.6.4.3.7 Servicios de alimentación.*

Informe sobre:

- Número de cubiertos por dependencia, mensualizado. Debe incluirse el comedor de funcionarios.
- Costo promedio de cada cubierto (desayuno, comida o cena).
- Ingresos promedio por cubierto y por dependencia.
- Incrementos futuros de precios, costos e ingresos previstos.
- Costo promedio de los insumos alimenticios (materia prima), debe oscilar entre el 28% y el 33% del precio final.
- Costo promedio de bebidas que no debe ser superior al 50%.
- Plan anual de compras.

#### *4.6.4.3.8 Farmacias y almacenes*

- Número mensual de fórmulas despachadas (órdenes de entrega para almacenes).

- Valor de los medicamentos, de elementos en las farmacias o almacenes: ingresos y egresos mensuales reales, proyectados para el siguiente semestre y para los próximos dos años.
- Número de despachos de elementos recibidos.
- Número de rechazos.
- Promedio de demora entre la solicitud y el ingreso a la farmacia o almacén.
- Plan anual de compras: actualizar el del presente año y proyectar los próximos dos años, según los objetivos y las políticas de dirección.
- Promedio de vida útil al llegar a la farmacia o almacén o en existencia. (Inventarios mensuales).
- Número y valor de los medicamentos y demás elementos obsoletos. (Informe mensual).
- Verificación del cumplimiento del sistema de rotación de inventarios: El primero en entrar es el primero en salir (FIFO: first in first out)
- Cálculo estadístico semanal de niveles máximo, mínimo e inventarios.
- Valor mensual relativo de nómina que se obtiene al dividir el valor mensual de la nómina de la farmacia o del almacén por el valor de los elementos entregados.
- Cálculo mensual del valor de los costos ocultos que incluye las pérdidas, mermas, productos dañados y productos obsoletos.

#### *4.6.4.3.9 División de recursos humanos.*

Para proyectar los gastos causados por la nómina, prestaciones sociales, los aportes para la seguridad social, etc. se tendrán en cuenta los siguientes cálculos:

- El valor de los sueldos, remuneraciones y jornales de la nómina actual, así como su variación mensual y su comparación con las nóminas anteriores y frente al presupuesto, al plan de gastos, al cálculo de flujo mensual de caja y a la disponibilidad: tesorería. Igualmente, se proyectan todos los gastos por servicios personales hasta [final del año fiscal y a los presupuestos ríos dos años siguientes. valor de las prestaciones sociales y de beneficios al personal, de acuerdo con normas legales y extralegales o especia-así como su variación con períodos anteriores.
- El valor de las horas extras, recargos nocturnos, festivos y dominicales y análisis de sus variaciones según el comportamiento histórico y las necesidades proyectadas de cada Servicio o Departamento.
- El valor y oportunidad de los aportes a la seguridad social y otros gastos obligatorios (parafiscales) y el análisis de sus variaciones mensuales.
- El valor de los honorarios, las remuneraciones por servicios técnicos y de los supernumerarios se analizan mensualmente frente a los períodos anteriores, al presupuesto y se proyectan al futuro, acorde con las previsiones y proyecciones para los próximos dos años.
- Efectuar mensualmente los cálculos de costos en el mes y de la proyección de pagos de cesantías y otros beneficios pactados en los contratos parciales y definitivos, así como indemnizaciones, vacaciones, bonificaciones, etc. Igualmente, se analizan los promedios mensuales de pagos.
- Los préstamos a los empleados y las contribuciones al fondo de empleados.

- El costo relativo de la nómina de cada Servicio y de cada Departamento que se obtiene al dividir el valor de la nómina respectiva por el valor de los ingresos de esa dependencia
- Analizar mensualmente los costos de los servicios personales por tipo de procedimiento en consulta externa, cirugía, urgencias, cuidados intensivos, hospitalización (cama ocupada), medios diagnósticos, laboratorio, enfermería, servicios de apoyo administrativo (alimentación, aseo, seguridad), etc.

La elaboración de esta información debe estar discriminada en gastos médico-científicos (hacia los pacientes) y gastos administrativos.

#### *4.6.4.3.10 Adquisición y suministros.*

La subdirección administrativa o la dependencia que efectúe las compras debe coordinar con todos los jefes de departamento, oficinas y demás dependencias, las necesidades en equipos y suministros complementadas con los objetivos en modernización de equipos, remodelaciones, etc., con el fin de coordinar el plan de compras para las dos siguientes vigencias y enviar los gastos discriminados por áreas médico-científicas y administrativas.

Así mismo debe coordinar con las diferentes dependencias, en especial con el departamento de mantenimiento para cuantificar:

- Los compromisos por remodelaciones pendientes.
- Presupuesto para remodelaciones en los próximos dos años, con cronograma de actividades y costos, según las metas y objetivos por cumplir.

- Cronograma de pagos según las remodelaciones aprobadas por la Junta Directiva, para las dos vigencias siguientes o cronograma de contrataciones con valores y fechas tentativas según proyecciones y estadísticas.

#### *4.6.4.3.11. Información y relaciones públicas.*

La dependencia de información y relaciones públicas debe presentar su plan de actividades para los próximos dos años, justificado de acuerdo con las publicaciones, informaciones, folletos, afiches, avisos, información escrita interna, campañas de salud y especiales que requieran difusión, así como gastos especiales para relaciones públicas, totalmente valorizados, discriminados y distribuidos mensualmente.

Otras dependencias administrativas las divisiones de ingeniería y mantenimiento, de servicios generales, así como las secciones de teléfonos, informática, seguridad y lavandería hacen los presupuestos siguiendo el mismo sistema de las dependencias de los literales anteriores, con la asesoría de la Oficina de Planeación.

#### *4.6.4.3.12 Subdirección científica.*

La subdirección científica junto con las divisiones a su careo (servicios ambulatorios, servicios hospitalarios y apoyo de diagnóstico y tratamiento) así como las divisiones o comités de educación e investigación, entre otros, desarrollarán la información necesaria para que sea consolidada en la subdirección científica, dependencia que tendrá la asesoría de la Oficina de Planeación, de la División financiera y de la Sección de Bioestadística, en cuanto a las proyecciones presupuéstales. Debe recibir de estas dependencias no sólo estadísticas sino las tendencias futuras del empleo de

cada servicio, de las limitaciones que existirán y las disposiciones legales por cumplir. De la Dirección General recibirá las políticas, los objetivos y las metas tentativas a las que debe llegarse.

#### *4.6.4.3.13 Plan anual de compras*

Para la consolidación del plan anual de compras como instrumento para elaborar el presupuesto del hospital, las divisiones, departamentos y servicios, teniendo en cuenta los objetivos y las metas para los dos próximos años, se elaboran cuadros de pronóstico<sup>70</sup>.

### **4.6.5 SISTEMA DE INFORMACIÓN**

Un sistema de información es el conjunto de personas, datos y procedimientos que funcionan articulados y que buscan facilitar y apoyar el desempeño de las personas que conforman la organización, para el cumplimiento de las actividades previstas para el funcionamiento y desarrollo de la institución.

Las instituciones de salud son organizaciones que se conforman por el cúmulo de personas, infraestructura, tecnología y métodos de trabajo, que deben estar en una búsqueda permanente de nuevas formas de hacer las cosas, para garantizar el desarrollo y la prestación de los servicios de salud, en los ámbitos asistencial y administrativo. En este sentido es necesario tener en cuenta que son grandes generadores de datos que tácitamente están inmersos en un sistema de información.

Es necesario tener en cuenta que tanto la captura de los datos por parte del personal que labora en las instituciones, a partir del usuario y de las

---

<sup>70</sup> Pontón, G. Control a la Gestión administrativa, económica y financiera en Auditoría en Salud de Malagón. Editorial Panamericana. Segunda Edición. Colombia. 2003.Pp. 363-372.



características del entorno, como el procesamiento y análisis de los resultados deben ser soportados para una adecuada retroalimentación por un confiable, oportuno y seguro sistema de comunicación.

Habitualmente se le ha dado mucha importancia al dato; sin embargo, es más importante hacer énfasis en la calidad de este dato. Con esta condición se pueden garantizar resultados más confiables.

Es necesario que se inicie el diseño de estrategias que garanticen la calidad de los datos recolectados y su respectivo procesamiento<sup>71</sup>.

#### **4.6.5.1 Servicios de informática**

Respecto a la incorporación de los equipos de computación en las instituciones de salud, se destaca que la época del inicio se sitúa entre los años 80, en los hospitales privados; en los hospitales públicos su incorporación ha sido posterior, los primeros en equiparse fueron los de mayor capacidad de oferta, y sólo actualmente los servicios informáticos han llegado a los de menor tamaño.

Se ha detectado que el desarrollo de los servicios informáticos en las instituciones de salud ha coincidido con los siguientes objetivos:

- En el 50% de los casos se tiene como expectativa, mejorar la eficiencia en la gestión.
- En el 30% de los casos se busca mejorar la calidad y oportunidad de los procesos asistenciales.
- En el 20% se busca resolver los problemas relativos a la productividad.

---

71 Reynales, J. La Calidad en la Información y la comunicación en las Organizaciones de Salud. En Garantía de Calidad en Salud, Malagón-Galán-Pontón. Primera Edición. Bogotá-Colombia. Editorial Médica Panamericana. 2001; 345pp.

La responsabilidad en la determinación de las prioridades informáticas recae en órganos administrativos superiores a la institución, en la misma Gerencia, o bien en el propio Comité de Dirección. Por otro lado, la existencia de comités específicos sobre los asuntos informáticos está ligada a las instituciones de mayor capacidad en número de camas y de personal, y son dichos comités quienes fijan las prioridades en el servicio informativo.

El interés y el desarrollo de los servicios informáticos en los hospitales se pueden apreciar en el esfuerzo económico que supone su mantenimiento y su proyección de futuro. Existe una gran discrepancia entre el porcentaje del presupuesto efectivo que supone la existencia de los recursos informáticos y la cifra que los interesados consideren deseable.

#### **4.6.5.2 Estructura de los servicios informáticos**

En la actualidad la mayor complejidad en cuanto a equipos de computación, está instalada en los hospitales públicos, sobre todo en hospitales de carácter universitario y en los de mayor capacidad en camas y personal. Es notoria la escasa proliferación de conexiones de las bases de datos y de los sistemas de información de los hospitales entre sí.

Este es, sin lugar a dudas uno de los aspectos que más se va a potenciar en el futuro, lo que abrirá nuevas posibilidades a la explotación de las aplicaciones informáticas.

El interés por incorporar equipo informativo en los hospitales en un principio se concentró en las aplicaciones de facturación, nóminas y contabilidad. En un segundo momento se incorporaron aplicaciones, como la contabilidad presupuestal y financiera, la gestión del personal, las compras y

las gestiones de departamentos como Laboratorio, Farmacia, Anatomía Patológica, etc.

#### **4.6.5.3 Sistema Informático hospitalario**

Antiguamente el hospital era una institución atendida por personas caritativas y destinado a individuos menesterosos que tenían necesidad de cuidados. Actualmente, el concepto de hospital ha cambiado considerablemente. Se ha convertido en una empresa moderna organizada en los menores detalles, que intenta resolver las necesidades sentidas de los usuarios que la consultan.

El usuario al entrar en contacto con el hospital, lleva consigo un volumen de información administrativa (admisión, datos estadísticos, cuentas por pagar, etc.) y asistencial (tratamientos médicos, pruebas diagnósticas, pruebas terapéuticas, etc.).

Esta información administrativa y asistencial no cesa de aumentar en cantidad y complejidad. Es fundamental gestionar estos datos teniendo en cuenta su valor en el tiempo, pues una información puede ser vital en determinado momento y tener un carácter documental o histórico unas horas después.

##### *4.6.5.3.1 Definición del Sistema Informático hospitalario*

Se define como la automatización de todos los procesos que en la institución permiten ser incorporados en equipos de computación. Ball lo define como un sistema basado en computadores que recibe datos (normalmente de los pacientes), los crea y mantiene en un registro centralizado. Con esto consigue que esta información esté disponible para el tratamiento

del usuario, uso administrativo, control, evaluación de servicios médicos y epidemiológicos, investigación médica y planificación en salud.

De otra forma Huet, Rolland y Martín lo definen en términos informáticos, como "Un Sistema Informático Hospitalario", es un sistema basado en la información médica y administrativa de un hospital con funciones de almacenamiento y transferencia de información de acuerdo con los objetivos propios del hospital".

El hospital es un sistema vivo, que no puede operar adecuadamente sin una buena organización interna. Cada vez, esta organización tiende a ser más compleja, lo que requiere de un sistema de información hospitalario adecuado y eficaz.

La división de un gran sistema hospitalario en subsistemas no siempre es posible, pero si útil entre otras razones, por la distribución que se logre de los recursos del hospital, es entonces necesaria una adecuada selección, tratamiento y difusión de la información.

Una propuesta para dividir el sistema informático hospitalario es la siguiente.

1. Subsistema activo: se considera la parte productora de datos. Se divide en tres grandes áreas.
  - Área administrativa, que incluye la parte administrativa del hospital, como los datos estadísticos del usuario, la nómina, los almacenes, etc.
  - Área médico-administrativa, relacionada con los procedimientos y las actividades realizadas al usuario.

- Área médica, se tiene en cuenta la información relacionada con los resultados particulares de cada usuario y en particular de su situación de salud; esta información es diferente a las anteriores

La información de las áreas administrativa y médico-administrativa son inseparables en la práctica.

2. Subsistema pasivo: Es el encargado de la recepción, el procesamiento y la transmisión de los datos para producir la información que debe ser utilizada por las diferentes dependencias del hospital.

Los subsistemas activo y pasivo se deben relacionar a través de bases de datos.

Existe una íntima relación entre toda la información y el factor tiempo; cada cambio en la información debe repercutir en el conjunto del sistema. Es evidente que los complejos hospitalarios se están dotando de un sistema informático que les permita conocer y valorar sus propios resultados, como ocurre en cualquier empresa.

#### *4.6.5.3.2 Objetivos para definir un Sistema Informático Hospitalario*

La definición de los objetivos, es un paso primordial para poder establecer un sistema informático hospitalario que nos proporcione los resultados deseados. Pueden diferenciarse dos grandes objetivos:

- Los institucionales: Deben definir las características del hospital y están relacionados con la prestación de los servicios.

- Los genéricos: Son independientes del hospital en cuestión y son comunes a cualquier empresa, por ejemplo buscan:
  1. Mejorar la calidad de la asistencia.
  2. Aumentar su producción.
  3. Reducir los costos.

Los objetivos generales de cualquier sistema informático hospitalario estarán relacionados con:

- Hacer disponibles, en tiempo real, la información dispersa relativa a los usuarios e integrarlas para facilitar el proceso de toma de decisiones.
- Orientar una distribución adecuada de los recursos con que cuenta el hospital.
- Liberar al personal hospitalario de tareas administrativas repetitivas.
- Contribuir a la información continua del personal, ofreciéndole una visión global del hospital en el que trabaja.
- Dotar al hospital de un instrumento de medida y control de comportamiento y costo de la actividad hospitalaria.

El sistema informático hospitalario, se apoya en dos pilares básicos:

- La calidad de las Relaciones Humanas
- La Informática.

#### *4.6.5.3.3 Potencialidad del uso de la información*

Durante muchos años, los expertos han estado analizando cuál es la información básica, que soportada en la tecnología adecuada,

sustenta un hospital, en consecuencia se han definido los siguientes aspectos básicos:

- La estructura, que está constituida por los recursos humanos, físicos, financieros y normativos.
- Los procesos, que se definen como la secuencia de acciones sistemáticamente relacionadas que permiten dinamizar la estructura, a partir de las diferentes interrelaciones, a éstos se les agrega valor para obtener los resultados esperados.
- Los resultados, identificados como el logro de los objetivos de la institución.

Con una información oportuna, pertinente, confiable y bien empleada se constituye la base de una organización eficaz. Como resultado de lo anterior es posible cumplir con lo siguiente:

- El cuidado del usuario se hará de manera eficaz, eficiente, armoniosa y económica.
- La puesta en marcha de proyectos de desarrollo, utilizando las técnicas adecuadas.
- Valoración continúa de los resultados en relación con los objetivos fijados por la institución.

Un uso correcto de la informática permite actuar y tomar decisiones sobre la economía y la productividad. Es cada vez más frecuente en los hospitales, que tanto médicos, enfermeras y en general profesionales de la salud exijan a la informática el procesamiento de la información con el fin de utilizarla como instrumento de ayuda para conocer la marcha de sus servicios.

El manejo correcto de la información a través de la informática potencia, entre otras:

- La gestión de los usuarios y del personal de la institución.
- Las estrategias diagnósticas y terapéuticas.
- La coherencia tecnológica.
- La coherencia en las inversiones

Dado el continuo crecimiento de los costos en la curación de la enfermedad, se va haciendo cada vez más necesario conocer la causa de este aumento de gastos. El manejo correcto de la información nos aportará los datos necesarios y permitirá tomar las decisiones apropiadas.

La puesta en marcha del sistema informático se inicia mucho antes de que se adquieran los equipos y los programas; esto quiere decir que el sistema no consiste únicamente en la utilización de los computadores; si no también, en la definición de los procesos, procedimientos y actividades que los rodean; controles y ayudas proporcionadas por los usuarios.

En la medida que se ha participado a los funcionarios, usuarios potenciales del sistema, en todos los aspectos relacionados con la definición, diseño y puesta en funcionamiento del sistema informático que se implantará en la institución, se logrará reducir al máximo la resistencia al cambio que caracteriza la introducción de nueva tecnología.

Los procedimientos para suprimir los problemas técnicos están claramente definidos, los mecanismos para eliminar la resistencia al cambio deben ser identificados y controlados por cada institución.



Se presentan algunas recomendaciones que al ser tenidos en cuenta, pueden facilitar la rápida implantación del sistema de información y aliviar la resistencia al cambio:

Promover la participación de todos los funcionarios vinculados al proceso de informatización desde el inicio, en el proceso de diseño y desarrollo del sistema.

Definir claramente los objetivos y metas del sistema.

Diseñar un sistema sencillo para el usuario.

Desarrollar un sistema que sea confiable.

Garantizar los beneficios del nuevo sistema.

Entregar un sistema que realice lo que se le prometió a los usuarios.

Informar de qué manera fueron llevando a cabo los cambios previstos.

Garantizar los beneficios por la utilización del nuevo sistema.

Se requiere que los responsables del desarrollo del sistema estén conscientes y dispuestos a resolver todas las preguntas e inquietudes de los usuarios.

Es necesario tener en cuenta que la participación de los usuarios en el proceso es una ayuda significativa. No sólo abre canales de comunicación, sino que da a los usuarios la posibilidad de influir en el desarrollo del sistema y sentirse partícipe activo de un nuevo proceso de desarrollo para la institución.

La operación del sistema de información no es una actividad, es un proceso que se inicia mucho antes de arrancar con el nuevo sistema informático. Antes de la conversión el sistema debe probar que su desempeño está de acuerdo con lo esperado.

#### *4.6.5.3.4 Plan informático del hospital*

Para comenzar la difícil y compleja tarea de informatizar una institución hospitalaria, es conveniente tener en cuenta los siguientes aspectos:

Deben estar identificados los flujos de información de cada área y unidad funcional; las entradas, las salidas y las transferencias entre éstos. Es necesario identificar y recolectar los formatos existentes en el hospital; esto con el fin de revisarlos y sí es necesario rediseñarlos, de acuerdo a los nuevos requerimientos.

En cada unidad funcional, la información se procesará produciendo un resultado o una salida, a otra unidad o a un archivo físico.

Además del tipo de información y del proceso requerido, debemos conocer:

La estructura física del hospital, pues es muy distinta la solución buscada para un hospital que tiene un solo edificio que para un hospital que consta de varios.

El tipo de comunicación utilizada en el hospital, tanto de voz (teléfono) y/o datos o imagen (vídeo).

El futuro crecimiento del hospital y los cambios previsibles, como crecimiento de los servicios dentro de un edificio o remodelaciones, etc.

Los recursos económicos de que se dispone.

El "saber hacer" de los futuros usuarios del sistema que se quiere implantar, pues son ellos los que van a manejarlo

Los objetivos del hospital.

Del estudio de todos estos puntos y de la toma de decisiones respecto a ellos, se elabora el plan de sistemas. Es conveniente que este plan tenga una previsión en el tiempo. Por ello, la previsión será más real, cuanto más elaborado y completo sea el plan.

#### *4.6.5.3.5 Organización y funciones del Servicio de informática*

En líneas generales, las funciones de un servicio de informática se resumen en los siguientes:

Diseñar el plan de informática de la institución.

Elaborar el plan operativo.

Desarrollar el sistema de información que se diseñó en el plan de sistemas de la institución.

Implementar el sistema de información que se desarrolló.

Dirigir el desarrollo del plan, asegurando su seguimiento evaluación y control.

Realizar los ajustes que sean necesarios para el adecuado desarrollo del plan.

#### *4.6.5.3.6 Ambientes de tecnología*

Los ambientes de tecnología son los servicios necesarios para dar soporte a un ambiente de aplicaciones. Estos se implementan bajo diversos tipos de *software* de sistemas.

Los ambientes de tecnología comunes incluyen servicios en las áreas de:

Sistemas operativos.  
Administración de comunicaciones.  
Administración de información.  
Administración de la interfaz del usuario.

Los ambientes de tecnología son importantes para lograr la integración y facilitar la migración hacia la computación cliente/servidor.

#### *4.6.5.3.7 Plataformas de tecnología*

Éstas se refieren al *hardware* cliente/servidor requerido para dar soporte a las aplicaciones de la tecnología informática.

Las plataformas de tecnología incluyen las siguientes clases:

Estaciones de trabajo inteligentes.  
Servidores de trabajo en grupo.  
Servidores de departamento.  
Servidores externos.

Éstos se interconectan a través de:

Redes de área local.  
Sistemas de conmutación local.  
Redes de área amplia con valor agregado.

#### *4.6.5.3.8 Objetivos del trabajo en red:*

- Orientar los procesos y las comunicaciones en la organización.

- Eliminar actividades improductivas en los procesos de la organización.
- Mejorar la colaboración para la creación de servicios y productos.
- Ejercitar una división del trabajo más eficiente y una contribución programada a los procesos de la institución.
- Fortalecer las ideas.
- Mejorar la toma de decisiones.

El trabajo de computación en red debe ser la parte central del proceso de cambio en la institución, teniendo en cuenta que esto genera beneficios si es bien administrado; una consecuencia es la mejoría en la eficiencia y en la productividad, mediante la reducción o la eliminación de costos administrativos, de comunicaciones, de personal y de repeticiones.

#### *4.6.5.3.9 Evaluación del Sistema de Información*

El sistema de información del hospital debe ser evaluado periódicamente por el Comité Directivo del SI. Por supuesto, esta evaluación debe hacerse tanto a nivel general del hospital como en cada una de sus unidades funcionales formulando las siguientes preguntas:

¿Qué impacto ha tenido el sistema de información en la calidad de atención al usuario?

¿En qué medida el sistema de información ha generado cambios positivos en los procesos y procedimientos para la atención?

¿En qué medida el sistema de información ha mejorado el control integrado de gestión y la toma de decisiones gerenciales?

¿Cuál es el impacto económico del sistema de información?

Es indudable que la información por sí misma no puede resolver los diferentes problemas que enfrentamos día a día para mejorar la calidad y la eficiencia de los servicios que prestamos a los usuarios.

Las estadísticas, los computadores, las aplicaciones informáticas y el sistema de información tendrán utilidad práctica sólo en la medida en que la alta y media gerencia utilicen la información disponible para ejercer sus funciones gerenciales a cabalidad y fortalezca en forma permanente sus habilidades y capacidades para el análisis y la toma de decisiones. En este proceso, el expertismo y el buen juicio del personal clínico y administrativo basado en información pertinente, oportuna y confiable constituirán la base para el mejoramiento de la eficiencia, la efectividad y la calidad de la atención.

Por todo lo anterior, y en razón de que un efectivo sistema de información no se desarrolla en forma espontánea, sino que es producto de una clara intencionalidad de la alta y media gerencia, es imperativo asumir la gerencia del desarrollo de los sistemas de información en los hospitales y aplicar las orientaciones que se han presentado en este capítulo.

#### **4.6.6 LA NUEVA CULTURA DE CALIDAD**

La cultura de calidad total desarrolla un sistema de trabajo para la optimización de las ideas. La forma más importante y eficaz del poder para los turbulentos decenios que se avecinan es el poder de las ideas expresado por el ejemplo y aplicado en un sistema de expectativas claras y bien enfocadas. Solamente este poder puede prevalecer y optimizar el sentido de humanidad de la gente en una era en que la tecnología está recibiendo, cada vez más, mayor prioridad sobre las personas. La tecnología es un producto del hombre.

Las lecciones para la cultura del futuro son claras: visión, valores, innovación, renovación, calidad, compromiso, energía, disciplina y liderazgo personal que pueden construir un futuro promisorio y emocionante. Los líderes verdaderamente perspicaces saben que la gente a la que se minimiza, obliga y dirige, simplemente no puede ni producirá una calidad sobresaliente, y es necesario que se le guíe en forma permanente.

La actitud lo es todo; las actitudes son producto de la experiencia, la información que se asimila, las ideas que se conciben, palabras que se usan y la manera en que las demás personas responden. En términos globales, se debe elevar la mira, liberar los prejuicios y dejar que las mentes avancen.

También es muy importante estar dispuestos a establecer objetivos tan altos que se corra el riesgo de fallar. Todos los grandes líderes han descubierto la vital necesidad de crecer con los errores.

Hay que preocuparse lo suficiente por crear una cultura que refleje el penetrante poder de la gente; una cultura moderna que comprenda el servicio, la calidad, la delegación de autoridad, la innovación, la visión y los valores. Las culturas se construyen sobre una base de principios demostrados o sobre un panorama cambiante de la oportunidad a corto plazo. Una cultura de calidad total y la institución resistirá la prueba del tiempo.

#### **4.6.6.1 Características deseables en el personal que atiende a pacientes.**

Desde el punto de vista institucional y del usuario del servicio médico, se han formulado los siguientes objetivos que debe cumplir el equipo de salud.

- Desarrollar actitudes obsecuentes del personal hacia los pacientes, visitantes y otros empleados.
- Lograr una coordinación intradepartamental e interdepartamental de los empleados de la sala o del piso entre sí, y de éstos con otro personal de la institución que llegue a colaborar a la sala.
- Atender la cantidad adecuada de casos, procurando el contacto directo con todos los pacientes que están bajo la responsabilidad del equipo de trabajo.
- Lograr la satisfacción y comodidad del paciente en cuanto a ambiente, amabilidad en el trato y delicadeza en la aplicación de tratamientos.
- Contar con los recursos físicos suficientes, como equipo, instrumental y material de consumo.
- Desarrollar las habilidades necesarias tanto de los médicos como de los auxiliares, de manera que todos estén bien calificados.
- Lograr la continuidad de la atención: el mismo personal debe atender al paciente en las consultas subsecuentes o en los diferentes turnos del hospital.
- Realizar el seguimiento de los pacientes que acuden a las siguientes citas hasta el alta.
- Respetar la comprensión del paciente hacia el personal que lo atiende.
- Lograr unas relaciones paciente-personal afectuosos y respetuosos.
- Establecer un sistema de expedientes con historia clínica actualizada e integral.
- Procurar que el paciente conozca los aspectos más importantes de educación para la salud en relación con su padecimiento.
- Enfatizar la investigación clínica o sociomédica.
- Desarrollar buenas relaciones interpersonales de empleados y profesionales a fin de favorecer un óptimo trabajo en equipo.

#### **4.6.6.2 Cualidades personales deseables de los médicos en general.**



- Juicio clínico acertado; capacidad para tomar decisiones apropiadas sobre la atención del enfermo.
- Capacidad de llegar al fondo del problema clínico en los puntos significativos, dejando de lado detalles irrelevantes. Conocimiento y habilidad para estudiar a fondo cada caso y llegar a conclusiones precisas en relación con diagnóstico, tratamiento y problemas psicosociales.
- Análisis oportuno del paciente, lo que es especialmente útil en caso de padecimientos incipientes o de referencia a un especialista. Absoluta veracidad y exactitud en los expedientes clínicos.
- Preocupación por hacer un examen físico completo a cada paciente que permita un diagnóstico preciso, y proporcionar un tratamiento eficaz para el padecimiento de sus enfermos que conduzca a resultados satisfactorios.
- Capacidad de ser su propio maestro: de aprender de libros y revistas, de reuniones y discusiones informales, de su experiencia y de sus propios errores, acrecentando así su propia educación; capaz de convertir la información adquirida en conocimiento útil para su trabajo.
- Cuidar la propia probidad intelectual, incompatible con la vanagloria, la trampa, la mentira; con reclamar un crédito indebido, presumir de conocimientos que no posee y transferir injustamente la culpa a otro colega. Conducirse con honradez al imponer los honorarios.

Independientemente de estos puntos, las instituciones exigen:

- Puntualidad en el cumplimiento del horario de trabajo.
- Abstenerse de faltar a sus labores.
- Uso prudente del equipo médico, medicamentos y material de curación.

- Evaluación justa en cuanto a certificados de incapacidad de los pacientes.
- Adaptarse al trabajo en equipo en la institución.

#### **4.6.6.3 Eficacia, eficiencia, efectividad y validez.**

En relación con la evaluación de los servicios de salud, recientemente se han discutido diversos aspectos semánticos que pretenden definir una nomenclatura al respecto.

El concepto de efectividad se refiere al logro de objetivos definidos frente a una población determinada; en otras palabras, es el cambio que produce la atención médica en relación con el contexto social. La eficacia, por su parte, se refiere a la relación causal existente entre un diagnóstico o tratamiento y el resultado obtenido, considerando el poder de los recursos involucrados en la actividad, independientemente de su costo. Cuando se considera la proporción de insumes, incluyendo el tiempo para lograr un resultado, el término utilizado es el de eficiencia, pero por supuesto, en este concepto están implicadas la eficacia, la efectividad, o ambas.

Se dice que los resultados tienen validez cuando el indicador utilizado mide exactamente lo que se quiere medir, y obviamente la validez dependerá de la capacidad de los propios indicadores para reflejar un resultado satisfactorio.

#### **4.6.6.4 Evaluación de la Calidad**

El móvil inicial para realizar estudios de evaluación de la calidad de la atención médica es la necesidad de comparar el contenido de la atención y su calidad cuando la atención es recibida por usuarios de diferentes tipos de planes de seguro de salud, incluyendo grupos de atención prepagada;

primero se sostuvo que la calidad de la atención tenía siete componentes, que algunos autores llamaron dimensiones o atributos; de cada uno de estos encabezados se hizo una lista de los atributos de los componentes y elementos específicos de la atención, acerca de los cuales a veces se podría encontrar información en el expediente médico del paciente, o bien en los formularios, para calificar o acreditar hospitales u otras unidades médicas, o aplicando encuestas en la población en general.

La ausencia de datos bien estructurados, tanto de índole general como de los establecimientos médicos y de expedientes clínicos, reflejó la conocida limitación de datos útiles para la evaluación de la atención médica.

También se han realizado estudios consistentes en reunir, de cada persona de una muestra, registros de la atención ambulatoria y hospitalaria recibida durante un periodo de 12 meses para analizar la información acerca de cada relación paciente-médico y sus servicios auxiliares de laboratorio, radiología y otros, para derivar de estos estudios las diversas dimensiones o características de una atención médica de buena calidad.

Posteriormente se han elaborado cuadros comparativos de los atributos clasificados como más relevantes, tanto por los médicos como por el público en general. De éstos se han encontrado atributos que coinciden en ambos grupos y otros que presentan discrepancias pequeñas. Los dos grupos están de acuerdo en la importancia preeminente del conocimiento, el juicio, el examen completo y un reconocimiento apropiado del médico sobre sus propias limitaciones, como lo demuestra su disposición para referir a los pacientes a colegas especialistas que pueden actuar con más atingencia. Esto se considera como un ejercicio responsable, con alto nivel de competencia clínica y ética, porque pone de manifiesto mayor conciencia de las propias limitaciones y remarca la honestidad intelectual y la disposición

de seguir aprendiendo, además de procurar el beneficio del paciente, por encima de todo.

El público en general da mayor importancia al conocimiento académico adquirido por el médico, al basado en diplomas y prestigio, que al mantenimiento de expedientes clínicos y la habilidad de inspirar confianza en sus pacientes, así como al trato gentil y obsecuente. En resumen, estos estudios sugieren que el público concede mayor importancia relativa a los atributos que connotan competencia y habilidad para trabajar con los pacientes, en tanto que los médicos remarcan la capacidad de laborar con ahínco, llevarse bien con sus colegas, acertar en el diagnóstico e instituir el tratamiento eficaz y congruente con el diagnóstico.

El grado de acuerdo sobre atributos indeseables es aún mayor que en lo que respecta a los deseables. Tanto entre los médicos como en el público en general, este grado de acuerdo es en parte resultado de haber incluido defectos muy graves en la lista de atributos indeseables, como el alcoholismo, la adicción y la falta de probidad.

En resumen, se debe concluir que en países de desarrollo intermedio hay gran acuerdo entre los pacientes y los profesionales acerca de lo que significa una buena actuación médica. Aunque los pacientes dan un poco de mayor importancia a la habilidad del médico para relacionarse con ellos, y los médicos a su habilidad de trabajar en armonía con sus colegas, ambos grupos concuerdan en que lo más importante es un alto nivel de competencia clínica ejercida de manera responsable.

Los intentos para profundizar más en la evaluación de la atención médica se han ampliado a otros grupos, como enfermeras, trabajadores sociales y secretarías que trabajan en una unidad médica. Se les pidió que calificaran la importancia de cada característica en relación con la atención al

paciente tal como la veían, y también su importancia para éste de acuerdo con lo que pensaban que eran las opiniones del enfermo. Al mismo tiempo, se solicitó a los pacientes que señalaran cuáles de las mismas características consideraban importantes para su atención. De estos estudios se han derivado algunos puntos que pueden orientar en lo relativo a evaluación de la atención médica, y que han enriquecido los conocimientos derivados de la experiencia en auditorías médicas y formularios de calificación de hospitales para su acreditación antes de ponerlos en operación, o bien para supervisión periódica. El primero se relaciona con la atención del paciente y el segundo con la calidad que brinda el sistema o el hospital (Ver anexo Indicadores de Calidad).

#### **4.6.6.5 Concepto de evaluación**

Evaluación es el proceso de medir el éxito para alcanzar una meta predeterminada. Esto incluye la comparación de dos situaciones: la situación real obtenida y la situación ideal definida como deseable o normativa.

La evaluación es la fase del proceso administrativo que consiste en medir los resultados alcanzados en relación con el plan formulado. A esto debe seguir la retroalimentación, o sea, volver a planear el trabajo a fin de hacer las correcciones necesarias; es la fase en que se cierra un ciclo administrativo y se inicia otro nuevo.

Además de los factores mencionados debe considerarse que en las unidades médicas intervienen recursos humanos de distintos niveles de preparación (técnicos, profesionales, administrativos y manuales), recursos financieros y recursos materiales, que al actuar aislados o al interactuar tienen como objetivo final mejorar el nivel de salud de las personas o la comunidad, y también deben ser objeto de evaluación.

Los indicadores o parámetros usados en la evaluación deben reunir los siguientes requisitos:

- a. *Validez.* Que haya un tipo de correlación positiva entre el indicador y la variable que se intenta medir.
- b. *Contabilidad.* Que sea estable y poco sensible a las imperfecciones; que varíe en relación con el fenómeno y no al azar.
- c. *Factibilidad.* Que se cuente con el registro de datos necesarios para confeccionarlos, y que éstos sean fáciles de transformar en un indicador.
- d. *Calidad de los datos básicos.* Que se pueda confiar en la veracidad de los datos básicos.
- e. *Utilidad.* Que tengan uso práctico.
- f. *Comprensibilidad.* Que sean simples y fáciles de entender.
- g. *Normalización.* Que puedan utilizarse como regla o medida.

Con el fin de integrar los sistemas de evaluación, las unidades médicas se deben considerar como un sistema (micro) y al mismo tiempo como subsistemas de un macrosistema de salud.

El principal insumo de la unidad lo constituye el paciente; por tanto, el producto es paciente curado, mejorado, incapacitado o muerto. Conviene que sea objeto de una evaluación a través de la atención recibida dentro de este sistema.

Así como el paciente, los otros insumos del sistema deben evaluarse a fin de demostrar la eficiencia económica del sistema.

Se debe considerar la eficacia del sistema, ya que se está trabajando con un sistema abierto, dinámico, concreto, en el que se debe considerar su diseño físico y la actividad desarrollada en éste, en el equipo de la unidad, su

ubicación, accesibilidad, etc. Por otra parte, se requiere estudiar el grado académico del personal, su estructuración orgánica, las líneas de control existentes, los mecanismos formales e informales de comunicación, la existencia de reglamentos, manuales de procedimientos, plantillas o listas de personal, recursos financieros y su manejo; en caso de pertenecer a un sistema de salud, la existencia de regionalización y niveles de atención del sistema al cual pertenece. Es de primordial importancia verificar cómo actúa el equipo de salud, la coordinación e interacción que existe, la utilización racional de los recursos y la interacción con los usuarios.

En el expediente del paciente se debe anotar la calidad de los servicios que recibe del personal médico y paramédico.

Conviene estudiar también los índices de rendimiento de los diferentes departamentos que componen el complejo sistema denominado unidad médica.

Como resultado de los servicios de una unidad médica se espera la mejoría del nivel de salud del paciente; de ahí la conveniencia de establecer indicadores que puedan cuantificar este hecho. En esta forma es posible elaborar encuestas que demuestren la satisfacción del paciente por los servicios recibidos en la institución, sin olvidar cuantificar también el grado de satisfacción que representa el trabajador en una unidad dada.

Las atenciones en un hospital influyen de manera directa en la rehabilitación física y social de los usuarios, hecho que debe ser cuantificado para conocer el efecto que las actividades médicas tienen en relación con esto.

No se debe olvidar que la unidad médica pertenece a un sistema abierto, por lo cual debe verificarse si es adecuada, si está disponible, y si es accesible y aceptable dentro de la comunidad a la que sirve.

Aun cuando la atención médica se ha tratado de evaluar por cinco métodos independientes, que son: 1) la estructura, 2) el contenido, 3) el proceso, 4) el resultado y 5) el efecto, en la práctica se encuentran tan íntimamente ligados entre sí que es difícil aplicarlos por separado.

Algunos autores no consideran en la metodología de la evaluación la referente al contenido, y no diferencian entre la evaluación de resultados y la de efectos. Sin embargo, es pertinente recordar que en la primera, o sea la que se basa en la revisión de los registros médicos y que se ha denominado por muchos años auditoría médica, es la que se ha generalizado e implantado en mayor grado en las unidades hospitalarias, y se considera un recurso inmejorable para estimular la autocrítica y el autoaprendizaje de los médicos. Incluso se han organizado comités de auditoría no sólo intrahospitalarios, sino externos, a fin de adecuar los primeros a los sistemas de atención médica.

Por tanto, se estima que aunque se requiere un grupo de médicos que conozcan medicina clínica para efectuar la auditoría médica, y este es quizás uno de los inconvenientes que señalan los evaluadores, el procedimiento se seguirá utilizando en tanto no se sustituya por métodos más exactos y objetivos, o bien se le seguirá utilizando en la medida que se considere un mecanismo de desarrollo del criterio médico, sobre todo en hospitales.

En cuanto a distinguir entre la evaluación por resultados y la que analiza los efectos, se puede afirmar que la distinción a veces es difícil, sobre todo si se considera que las unidades médicas en general carecen de los instrumentos adecuados para medir los efectos de sus actividades en el



contexto social, y que la salud es uno de estos efectos, en el cual concurren con la atención médica otros factores económicos y sociales. La participación precisa de dichos factores en el efecto de mejorar el nivel de salud es muy difícil de determinar si no se cuenta con recursos para lograr una investigación compleja, profunda e integral, realizada por un equipo multidisciplinario, lo que no está muchas veces a disposición de un sistema de atención médica convencional.

Esto explica por qué en la mayor parte de las instituciones, la evaluación por resultados se limita al análisis de las condiciones del paciente al egresar de la unidad médica, o bien a la evaluación de los resultados alcanzados en lo referente a productividad de los instrumentos, y por tanto a la eficiencia, comparando la proporción de lo realizado con las metas planeadas. Esta comparación se hace de acuerdo con estándares o normas preestablecidas, y la incidencia de las actividades de los servicios de atención médica se deja en manos de investigadores calificados y especializados en evaluación de los efectos, en relación, por ejemplo, con la pérdida de horas-hombre de la fuerza de trabajo; el grado de ausentismo entre los grupos escolares; la subutilización de los servicios por la comunidad por problemas de accesibilidad geográfica o económica, falta de prestigio, etc., lo que revela disminución de la aceptación del servicio por parte del usuario, y por lo tanto menor satisfacción de éste; o bien, el desconocimiento por parte de la población sobre la importancia que tienen los servicios de atención médica en la mejoría del nivel de salud individual o colectiva, lo que explica la limitada participación de la comunidad.

#### **4.6.6.6 Evaluación mediante el método de estructura**

Si bien es cierto que el sistema de salud debe ser considerado como un todo organizado, tanto en su función como en su estructura, con fines metodológicos o didácticos es conveniente evaluarlo desde un ángulo estructural.

El sistema de salud es complejo, porque contiene un subsistema físico (que manufactura bienes y servicios), otro de actividad humana (que efectúa relaciones entre las personas) y un subsistema abstracto (que lleva a la práctica ideas).

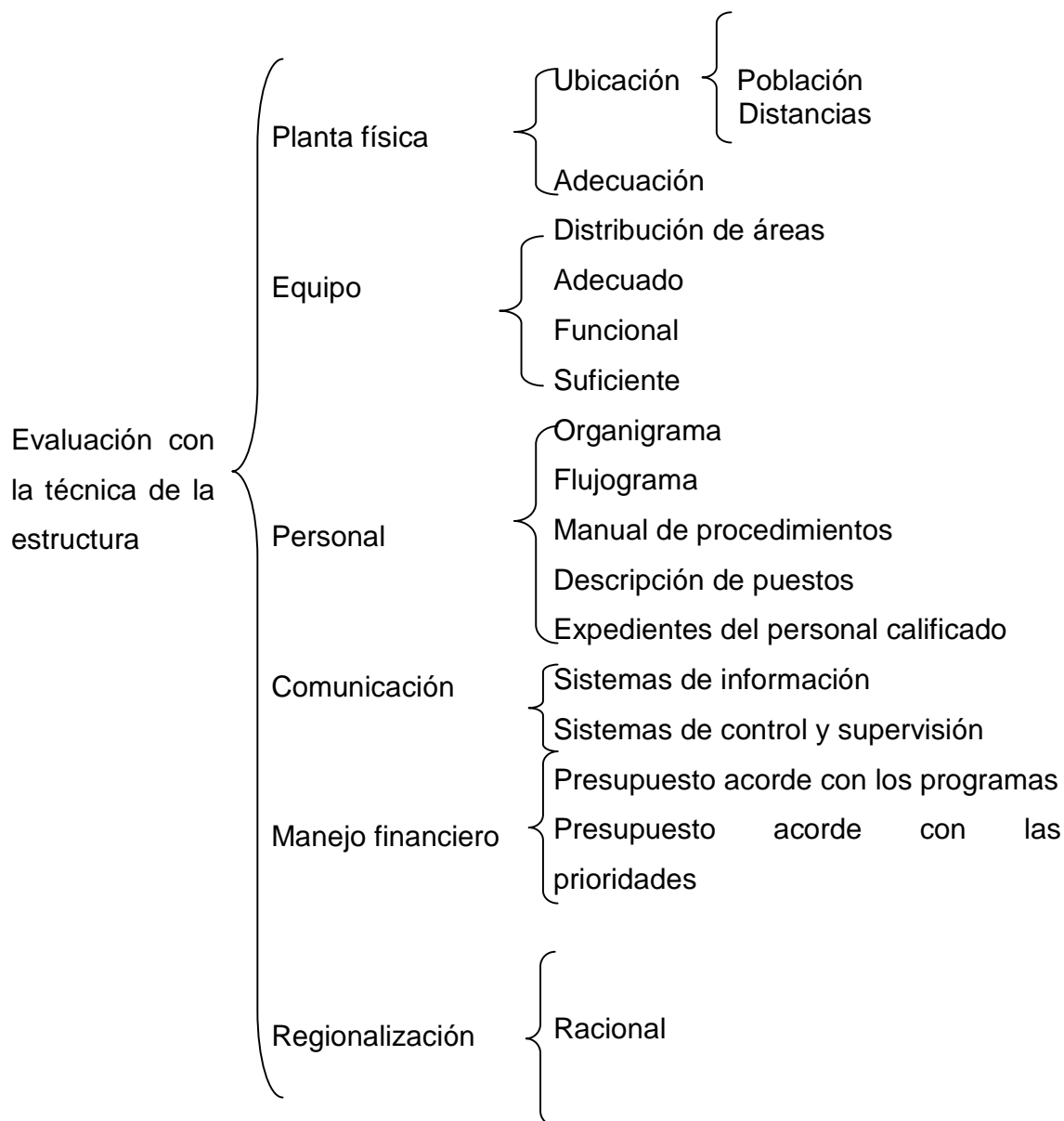
Así, desde el punto de vista estructural, la evaluación se puede dividir en cada uno de los siguientes subsistemas: diseño del subsistema físico para evaluar la planta física (ubicación, distribución de áreas, equipo, inversión financiera, etc.); en cuanto a la estructura del subsistema de actividad humana se deben considerar las líneas de control y comunicación de la organización (organigrama, flujogramas, etc.), descripción de puestos, introducción al puesto, definición o descripción de tareas y actividades, sistemas de información, sistemas de control y supervisión; respecto de la estructura del subsistema del diseño abstracto se debe juzgar la congruencia que exista entre los niveles institucional, de regulación y organización, y el nivel operativo del sistema. La evaluación de la estructura orgánica, aun cuando se basa en normas, debe estar en relación con la situación particular que se esté evaluando, y tomar en cuenta el sistema integral (grafico №61).

#### *4.6.6.6.1 Planta física*

La evaluación de la planta física sigue varios criterios, como:

- 1) Ubicación, determinada por esquemas de concentración en los cuales se toma en cuenta la población por atender, la distancia, el tiempo y los medios de comunicación.
- 2) Los servicios con que cuenta, de acuerdo con el nivel de atención que presta.
- 3) Lo adecuado de las áreas y espacios destinados a estos servicios, y
- 4) las circulaciones y comunicaciones, evaluadas según los índices más confiables de que se disponga.

**Grafico Nº 61**  
**Evaluación según estura**



Fuente: Evaluación de la atención médica de Barquín

Elaborado: O. Córdova

Otros aspectos que se deben evaluar de la planta física son: calidad de la construcción, sistema eléctrico, sistema de agua, drenaje, iluminación, sistema de aspiración y oxígeno, etcétera.

#### 4.6.6.6.2 *Equipo*

En cuanto a la evaluación del equipo de la unidad médica, se debe considerar en primer término si existen equipo y material de consumos suficientes y adecuados.

#### 4.6.6.6.3 *Finanzas*

En la evaluación del recurso financiero, desde el punto de vista de la estructura, el presupuesto debe estar de acuerdo con los programas y distribuirse según las prioridades y las políticas de la institución.

#### 4.6.6.6.4 *Recursos humanos*

La evaluación de la estructura del subsistema de actividad humana trata de determinar si el recurso humano es el adecuado para las necesidades internas y demandas de servicio a la población por atender, para lo cual se utilizan los indicadores de demanda.

También se investiga y se juzga la idoneidad de las personas que ocupan los diferentes puestos, las descripciones de éstos, su congruencia y su grado académico. Las líneas de control y comunicación, la jerarquía de los puestos y la existencia o no de programas de capacitación, cursos, incentivos, y así sucesivamente.

La evaluación del subsistema de información incluye la recopilación de datos básicos para el manejo de la unidad y el envío oportuno y el nivel adecuado de la información.

En suma, este método estructural presupone que la calidad de la atención médica está en razón directa con una buena estructura, en términos de planta física, equipo, personal, comunicación, manejo financiero, regionalización e información.

#### **4.6.6.7 Evaluación del contenido**

Este método para evaluar la calidad de la atención se ocupa casi exclusivamente de la atención del paciente (cuadro № 4-23).

La expresión "atención del paciente" se refiere a los elementos, procedimientos y consecuencias de aplicar varios insumes, incluidos recursos humanos, capital y materiales, conocimientos, habilidades y juicio crítico al cuidado de cada paciente por los médicos que tienen la responsabilidad profesional directa de él.

La evaluación del contenido se lleva a cabo mediante un sistema de comités (a menudo denominados de control de calidad) que comprenden el comité de eficiencia y admisión, el de auditoría médica, de tejidos, de infecciones y otros más. Su finalidad es triple: 1) mejorar la calidad de las atenciones que se proporcionan; 2) evaluar, y 3) formar al personal médico por medio de la autocrítica.

Si la calidad se define principalmente como el grado de conformidad con normas fijadas de antemano, la evaluación del contenido del rendimiento clínico depende de la fijación de normas, las cuales dependen, a su vez, del criterio profesional y de la opinión general que se tenga sobre lo que constituye una buena atención.

El material sobre el cual se lleva a cabo la evaluación es el expediente clínico, porque allí quedan registrados los detalles de la atención que el médico imparte al usuario.

En este tipo de evaluación se persigue la búsqueda metódica, sistemática e intencional del acierto o del error; es un instrumento ideado por médicos y manejado por ellos, en el cual participa el médico que atiende a un enfermo. A través de la evaluación cualitativa del expediente clínico, el médico puede conocer lo que hace bien y también lo que hace mal; de esta autocrítica, que se mantiene constante y voluntariamente, deriva el aprendizaje continuo, pues le permite al médico actualizar sus conocimientos, motivo de satisfacción personal y de estímulo por parte de compañeros y superiores que expresan su reconocimiento a su labor.

**Cuadro Nº 4-23**  
**Evaluación del contenido**

Ventajas	Desventajas
<p>1. Permite conocer si se ejerce la medicina en forma adecuada</p> <p>2. Sus objetivos son:</p> <p>a. Mejorar la calidad de la atención médica</p> <p>b. Formar al personal médico por medio de la auto evaluación y la autodisciplina</p> <p>c. Seleccionar qué aspectos de la enseñanza médica continua requieren mayor énfasis</p> <p>3. Se puede aplicar en cualquier nivel de atención, sin necesidad de mayores recursos</p>	<p>1. Se ocupa casi exclusivamente de la "atención del paciente", la "atención médica" y la "atención de la salud"</p> <p>2. No son transferibles todas las normas de un ambiente médico a otro ni de una especialidad a otra</p> <p>3. El médico puede trabajar para el expediente clínico y no para el paciente</p>

Fuente: Evaluación de la Atención Médica de Barquín.

Elaborado: O. Córdova

Los objetivos de la evaluación médica son:

- Mejorar la calidad de la atención.

- Elevar la moral del médico al reconocer sus aciertos y ayudarlo a captar y resolver sus fallas.
- Conocer qué aspectos de la educación médica continua ameritan especial atención.
- Usar la evaluación como medio y no como fin; esto es, considerarla como la revisión clínica de un caso con todo lo que ello implica, más que erigirla en un juicio del médico para adjudicarle una sanción determinada.
- Encontrar las fallas en servicios paramédicos o tecnoadministrativos que afectan la calidad de la atención médica.

Se debe estar muy alerta para impedir que la evaluación se convierta en el fin para el cual trabaja el médico; esto es, por ningún motivo debe permitirse que el médico trabaje para perfeccionar el expediente clínico en vez de mejorar al enfermo.

Para que la evaluación cumpla con su cometido debe ser continua y efectuarse reiteradamente en una unidad dada; debe participar el médico o los médicos que atienden al paciente, con voz y voto, para que manejada como comité médico se deriven conclusiones respecto del diagnóstico, programa de estudio, plan terapéutico, medidas preventivas, etc. Estas conclusiones se anotan al terminar la evaluación y la suscriben todos los participantes, de manera que se hacen corresponsables de la atención de ese paciente en apoyo del médico responsable del caso. Esta nota se formulará dentro del más alto nivel ético profesional para buscar siempre el beneficio del enfermo, pero nunca el perjuicio del médico.

Se destacará lo que se considera más importante en cada una de las evaluaciones del contenido:

1. Evaluación del expediente clínico.
  - 1.1. Evaluación de las actividades en hospitalización.
  - 1.2. Evaluación de las actividades de consulta externa en los hospitales
2. Evaluación de las actividades de consulta externa en medicina familiar.
  - 2.1. Evaluación de los servicios de urgencia en los hospitales.
3. Evaluación de los servicios de urgencias de las clínicas.
4. Evaluación del envío de pacientes entre unidades médicas
  - 4.1. Evaluación específica de la atención médica a partir de los hallazgos de necropsia.
5. Evaluación de las actividades clínicas de enfermería en los hospitales.

#### **4.6.6.8 Evaluación de las actividades.**

La información y la experiencia generadas por evaluaciones específicas de la atención médica hicieron evidente la necesidad de evaluar también, por el método del contenido, las actividades clínicas de enfermería, por ser complemento imprescindible de la atención médica.

##### *4.6.6.8.1 Objetivos*

- Elevar la moral de las enfermeras al reconocerles sus aciertos y ayudarlas a captar y comprender sus fallas y a resolverlas después.



- Elevar el nivel profesional de la enfermera al fomentar la autocrítica de su trabajo.
- Identificar las áreas en que se requiere mayor capacitación.

El material usado para la evaluación comprende:

- Notas de enfermería.
- Registros clínicos y de tratamiento general.
- Registros especializados: equilibrio de líquidos en 24 horas, otros más.

La evaluación se inicia con la lectura cuidadosa de todo el expediente clínico escrito por el médico. Luego se revisan las notas de enfermería con análisis y discusión metódica, calificando las fallas de modo similar a como en la evaluación médica, y se asigna una puntuación a cada inciso por calificar, disminuyendo lo que el grupo considere afectado de alguno de estos conceptos: "omitido", "tardío", "insuficiente", "excesivo", "no valorado" o "inadecuado". Se señala algo como "no necesario" cuando por algún motivo no se debe calificar cierto capítulo o inciso (p. ej.: si no se indicó equilibrio de líquidos).

#### *4.6.6.8.2 Evaluación del área afectiva de la relación paciente-institución o médico-paciente*

Algunos atributos formales de la relación paciente-institución o médico-paciente son:

- Congruencia. Similitud de expectativas, orientaciones, etc., entre el médico y el paciente.

- Adaptación y flexibilidad. Habilidad del médico para adaptar su método no sólo a las perspectivas del paciente (para mayor o menor efectividad, por ejemplo), sino también a las exigencias de la situación clínica en términos de mayor o menor control, mayor o menor reciprocidad de compromiso emocional.
- Trato equitativo. Beneficios tanto para el médico como para el paciente.
- Estabilidad. Una relación estable entre paciente y médico.

Algunos atributos del contenido de la relación institución-paciente o médico-paciente son:

- Mantener la máxima autonomía posible del paciente en cuanto a libertad de acción y movimiento (especialmente crítica en pacientes hospitalizados).
- Mantener la comunicación y los lazos familiares y comunitarios (en especial crítica en pacientes hospitalizados).
- Relación lo más equitativa posible.

Participación activa del paciente, al máximo grado posible, a través de:

- Compartir conocimientos acerca del estado de la salud.
- Compartir la toma de decisiones.
- Participar en el cumplimiento del régimen terapéutico.
- Mantener la relación afectuosa, pero sin implicación emocional indebida del médico o trato familiar indebido.
- Mantener una relación de apoyo, pero sin estimular una dependencia anormal.
- Mantener una actitud neutral, no condenatoria, hacia los valores morales del paciente.

- Limitar la influencia de la institución a los límites de sus funciones sociales legítimas.
- Evitar la explotación económica, social o sexual del paciente.
- Proteger la dignidad e individualidad del paciente.
- Cuidar la privacidad e intimidad del enfermo.
- Mantener la confidencialidad acerca del padecimiento y demás condiciones del paciente o de sus familiares.

#### *4.6.6.8.3 Evaluación del proceso.*

Al evaluar los sistemas de salud es frecuente encontrar la situación paradójica de contar con recursos muy limitados y necesidades siempre en aumento, y al mismo tiempo ver que dichos recursos no son aprovechados de manera apropiada por falta de análisis y sistematización de los diferentes procesos y actividades que se desarrollan en el mismo.

Este enfoque comprende los diferentes métodos y procedimientos con que se cuenta para evaluar el sistema de salud en función de los procesos que se desarrollan en su interior. Esto es, se evalúa la eficiencia del mismo, con la mira de lograr el óptimo aprovechamiento de los recursos (humanos, materiales o financieros) con que se cuenta. Debe considerarse, por tanto, como una porción complementaria dentro de la fase de evaluación, con indicaciones precisas.

La evaluación del proceso puede ser comparativa, y en algunos casos así debe ser, con patrones o estándares fijos de antemano; sin embargo, vale la pena señalar que en cualquier situación es posible mejorar los métodos y procesos, y que por eficientes que parezcan, siempre existirá la posibilidad de superarlos.

Al considerar lo anterior es preciso señalar también que la toma de decisiones para modificar un proceso no ha de depender exclusivamente de la evaluación del mismo, sino que debe considerarse como parte de un conjunto de procesos interrelacionados, y deberán estudiarse las posibles alteraciones que pudieran producirse en el sistema como resultado de la modificación, ya sea en beneficio o en perjuicio de la eficiencia total.

Conviene señalar la gran interdependencia que existe entre la estructura de un sistema y los procesos que en él se desarrollan. Debido a esto, si la evaluación del proceso no incluye también la de la estructura, será incompleta; por ejemplo, es obvio que una planta física adecuada y bien equipada incrementa la eficiencia, las relaciones humanas y la satisfacción del personal y de los usuarios. Un proceso adecuado en la toma de radiografías hará que el equipo trabaje con un máximo de eficiencia, disminuya los costos de operación y por consiguiente aumente la productividad.

En este método se utilizan diversos procedimientos de investigación operativa (cuadro № 4-24) aplicados a pacientes, personal y público, como diagramas de flujo, cronogramas, estudios de tiempos y movimientos, PERT, ruta crítica, líneas de espera, etc.; también a materiales, como raciones, desperdicios, suministros, etc., o bien a sistemas de control, comunicación o información, como papelería, órdenes escritas, solicitudes de servicios, prescripción, quejas, etcétera.

**Cuadro Nº 4-24**

**Cuadro Evaluación del proceso**

Instrumentación

Diagramas de flujo o afluencia

Diagramas de operación

Gráfica hombre-máquina

Método del camino crítico (PERT)

Diagramas de tiempos de ocio

***Instrumentación***

Instrumentos                      Costo unitario

Actividades                      Rendimiento

Volúmenes                      Concentración

Costos                              Cobertura

Fuente: Evaluación de la Atención Médica de Barquin

Elaborado: O. Córdova.

Evaluación del proceso por instrumentación:

Este método tiene como finalidad evaluar la asignación de recursos a unidades productivas en relación con costos y criterio de productividad; por tanto, evalúa la eficiencia del sistema. La cuantificación se efectúa tomando como base instrumentos y actividades. Instrumento es una combinación cualicuantitativa de recursos específicos para producir una actividad (día-paciente, hora-médico, hora-enfermera). Actividad es una serie sistematizada de acciones ligadas cronológicamente con criterio de eficiencia que se entrega a un sujeto para producir un cambio, a las cuales es imputable un costo (p. ej., consulta, inmunización, intervención quirúrgica).

Los indicadores más usuales en el método de la instrumentación son los siguientes:

PORCENTAJE DE UTILIZACIÓN DEL INSTRUMENTO

$$\frac{\text{Instrumentos utilizados} \times 100}{\text{Instrumentos existentes}}$$

ÍNDICE DE RENDIMIENTO DEL INSTRUMENTO

$$\frac{\text{Total de actividades}}{\text{Total de instrumentos}}$$

COSTO UNITARIO DEL INSTRUMENTO

$$\frac{\text{Costo total de los instrumentos}}{\text{Total de instrumentos}}$$

ÍNDICE DE COBERTURA DE ACTIVIDADES

$$\frac{\text{Total de población beneficiada}}{\text{Total de población asignada, servida o atendida}}$$

ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN DE ACTIVIDADES

$$\frac{\text{Total de actividades}}{\text{Personas atendidas}}$$

COSTO UNITARIO DE LA ACTIVIDAD

$$\frac{\text{Costo de las actividades}}{\text{Total de actividades}}$$

DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD

$$\frac{\text{Total de instrumentos utilizados en un tiempo dado}}{\text{Total de actividades}}$$

ÍNDICE DE EFICACIA

$$\frac{\text{Total de actividades realizadas}}{\text{Total de actividades programadas}}$$

ÍNDICE DE DEMANDA

$$\frac{\text{Total de personas que solicitan servicio}}{\text{Total de personas asignadas}}$$

ÍNDICE DE DEMANDA SATISFECHA

$$\frac{\text{Personas atendidas}}{\text{Personas que solicitan atención}}$$

PORCENTAJE DE COBERTURA DE LA POBLACIÓN

$$\frac{\text{Total de la población atendida en determinado periodo}}{\text{Total de población asignada}}$$

COBERTURA DEL ESTABLECIMIENTO

$$\frac{\text{Población atendida por primera vez}}{\text{en el año en el establecimiento}} \times 100$$

Total de población

*4.6.6.8.4 Evaluación de los resultados*

En este método se considera que el criterio más objetivo para juzgar la calidad de la atención médica radica en conocer la modificación del estado de salud del paciente que recibe los servicios, cuantificada por indicadores o parámetros (cuadro Nº 4-25).

Este método de evaluación se aplica en las salidas del sistema; es decir, al valorar las condiciones de los pacientes al egreso, sea del hospital o de la consulta externa, e incluso en su domicilio si ésta ha sido la atención que ha recibido.

### **Cuadro № 4-25**

#### **Evaluación del resultado**

#### **Método que evalúa la calidad de la atención médica conforme a la modificación de salud del paciente**

#### **INSTRUMENTOS UTILIZADOS (incisos 1 a 7)**

1. Tasas de mortalidad
2. Tasas de extirpación de órganos o tejidos innecesarios
3. Tasas de discrepancias diagnósticas
4. índice de incapacidades
5. Porcentaje de pacientes rehabilitados física y socialmente
6. Satisfacción del paciente
7. Satisfacción del trabajador de la unidad
8. Frecuencia de ciertas complicaciones o fallas de la terapéutica; por ejemplo: úlceras por decúbito, descompensación cardiaca, control incompleto de la diabetes o complicaciones por diagnóstico o tratamiento tardío
9. Tasas de casos de muerte y de mortalidad por operación, por tipo de enfermedad y operación y tipo de proveedor, con correcciones según las características demográficas y socioeconómicas de los pacientes
10. Frecuencia de complicaciones específicas durante el curso de la atención o después de una intervención quirúrgica; por ejemplo: infección posoperatoria
11. Recuperación de la función física después de algunas enfermedades traumáticas o neurológicas; por ejemplo: recuperación después de una fractura; incapacidad residual a consecuencia de embolia
12. Readaptación social después de una enfermedad mental; por ejemplo: capacidad para permanecer en la comunidad (según indican las tasas de readmisión); para encontrar y conservar empleo

#### **SATISFACCIÓN**

1. La satisfacción del paciente no es necesariamente, y ni siquiera con gran frecuencia, un indicador de la calidad técnica del cuidado médico, pero la atención a las necesidades del paciente es un aspecto importante del cuidado, y su satisfacción es un objetivo importante, además de (a actuación técnica



2. Satisfacción de los profesionales que imparten la atención. (Aunque ésta es una dimensión que rara vez se menciona, es razonable suponer que no puede mantenerse la mejor atención técnica si las personas que la imparten están a disgusto con el trabajo que realizan y con las condiciones en que lo llevan a cabo)

#### **LIMITACIONES DEL MÉTODO**

1. Escaso número de indicadores apropiados
2. Se requiere que pase mucho tiempo para evaluar las unidades mediante este método
3. A veces no hay relación causal entre la calidad de la atención y los resultados obtenidos

---

**FUENTE:** Barquin, M. Dirección de Hospitales. Evaluación de Hospitales

Elaborado: O. Córdova

Como lo más fácil de evaluar es el fallecimiento, muchos estudios basados en la evaluación del resultado en un principio consideraron la mortalidad como criterio para juzgar la calidad de la atención que proporcionan las unidades de atención médica.

Este método también ha utilizado los criterios de extirpación de un supuesto tejido enfermo para valorar la eficiencia del trabajo del servicio quirúrgico de un hospital, comparando el diagnóstico preoperatorio con el anatomopatológico de la pieza extirpada.

También se han utilizado parámetros como las incapacidades, su frecuencia, el promedio de días de incapacidad, el ausentismo escolar, etc., para comparar la eficiencia de los hospitales que cubren determinada población.

Otros han utilizado indicadores derivados de la recuperación alcanzada mediante el uso de la rehabilitación física y funcional para evaluar las unidades de atención médica.

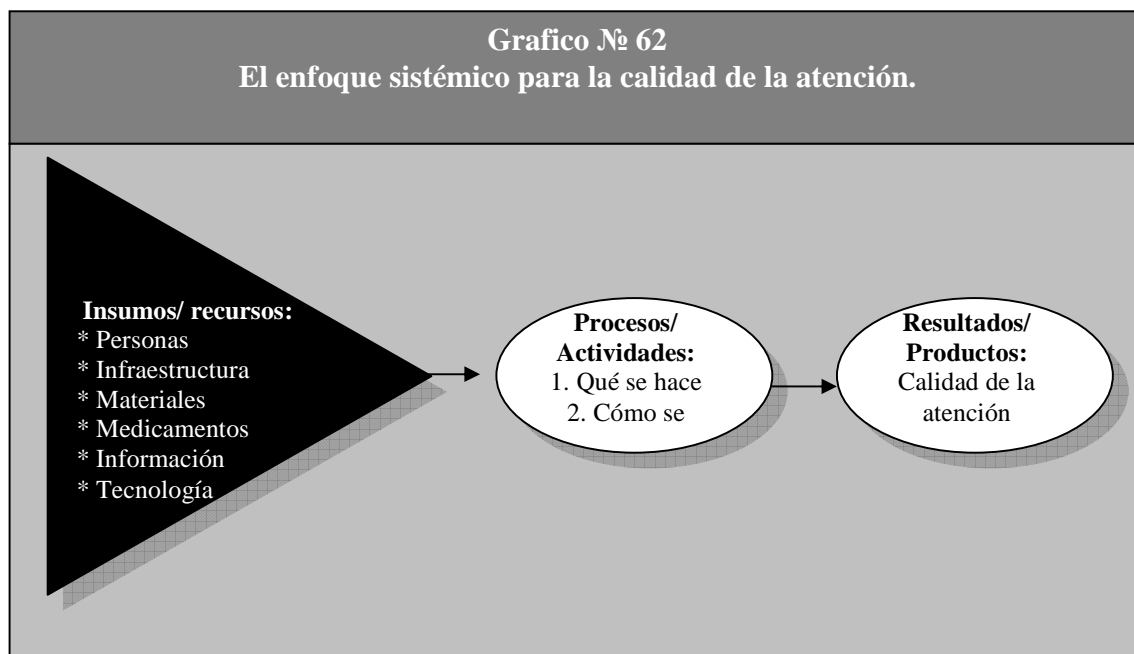
El método de resultados se sustenta en la suposición de que el resultado final es el criterio definitivo para juzgar si se ha prestado una atención de calidad, y de que esta es una prueba objetiva por medio de la cual se puede evaluar la calidad de la atención que proporciona una unidad médica, en términos expresados por cifras, que pueden interpretar incluso personas ajenas a la profesión médica. El método tiene algunas limitaciones, pues a veces no necesariamente hay relación causal entre la calidad de las atenciones impartidas y los resultados obtenidos<sup>72</sup>.

#### **4.6.7 El enfoque sistémico: un concepto fundamental para el mejoramiento.**

La filosofía en que se basan los enfoques de mejoramiento de la calidad presentados en este documento reconoce que hay que abordar, con el modelo sistémico, tanto los insumos o recursos, como los procesos o actividades realizados, con objeto de garantizar resultados o productos de calidad y mejorar la atención. El grafico № 60 muestra cómo los insumos y los procesos determinan el resultado deseado: **la calidad de la atención**.

---

<sup>72</sup> Barquin, M. Dirección de Hospitales. Evaluación de Hospitales. Editorial McGraw Hill Interamericana. México. 2002. pp. 231-274



Fuente: La gestión de la Calidad en La transformación de Hospitales en América Latina y el Caribe

Elaborado: O. Córdova.

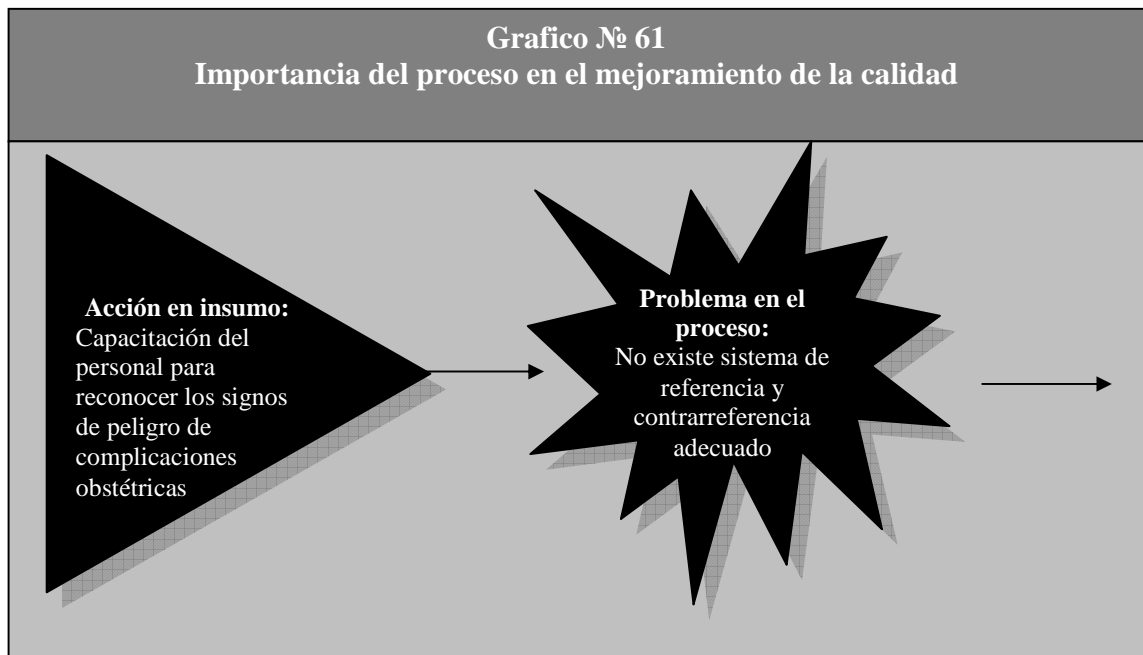
Asegurar los recursos (personas, infraestructura, materiales, medicamentos, información y tecnología) es una forma de mejorar lo que *entra* en la provisión de los servicios. Empero, el mejoramiento de la calidad se centra principalmente en cómo optimizar la operación de estos recursos combinados, es decir, los procesos, para lograr calidad en la provisión de la atención.

Los procesos incluyen dos componentes principales: qué proceso se hace o ejecuta y cómo se ejecuta el proceso; por tanto, el mejoramiento podrá lograrse abordando uno a ambos de estos componentes. El impacto más poderoso se consigue al abordar al mismo tiempo la decisión sobre qué proceso o pasos se ejecutaron ante una situación (algoritmos, guías clínicas, protocolos de atención, etc.) y la forma en que en realidad se presta la atención (ejecución de los protocolos o pasos

de procedimientos, aplicación de normas clínicas, etc.). Esta filosofía de mejoramiento conduce a que las organizaciones sean más eficientes y capaces de proporcionar atención de calidad con mayor acceso, dilapidar menos recursos y con frecuencia reducir el gasto.

Citando a DM Berwick, “Cada sistema está perfectamente diseñado para lograr exactamente los resultados que logra”. Esta frase incorpora la idea central moderna del mejoramiento de la calidad. El desempeño es una característica de un sistema; por consiguiente, para alcanzar un nivel diferente de desempeño, es esencial efectuar cambios en el sistema. Los sistemas mal diseñados están expuestos a ineficiencias y a la mala calidad. Si un sistema no cambia, seguirá obteniendo los mismos resultados.

Los enfoques de mejoramiento de la calidad identifican partes innecesarias, redundantes u omitidas en los procesos y tratan de mejorar la calidad aclarando o simplificando los procedimientos. El cambio efectivo debe tomar en cuenta cómo se coordinan las partes de un sistema y cómo se vinculan entre sí. Como no todo el cambio es necesariamente una mejora, los cambios deberán someterse a pruebas y estudiarse o medirse para averiguar si mejoran la calidad de la atención. Por ejemplo, los cambios en las aptitudes y el conocimiento del personal mediante la capacitación sólo producirán mejora en la medida en que la falta de capacitación fuese la causa principal del desempeño deficiente del proceso. Si no se abordan también los problemas en los procesos, entonces ni el personal capacitado podrá realizar su trabajo óptimamente. Este caso se ejemplifica en la grafico Nº 61.



Fuente: La gestión de la Calidad en La transformación de Hospitales en América Latina y el Caribe

Elaborado: O. Córdova.

En síntesis, es importante recordar que en el concepto de mejoramiento de la calidad:

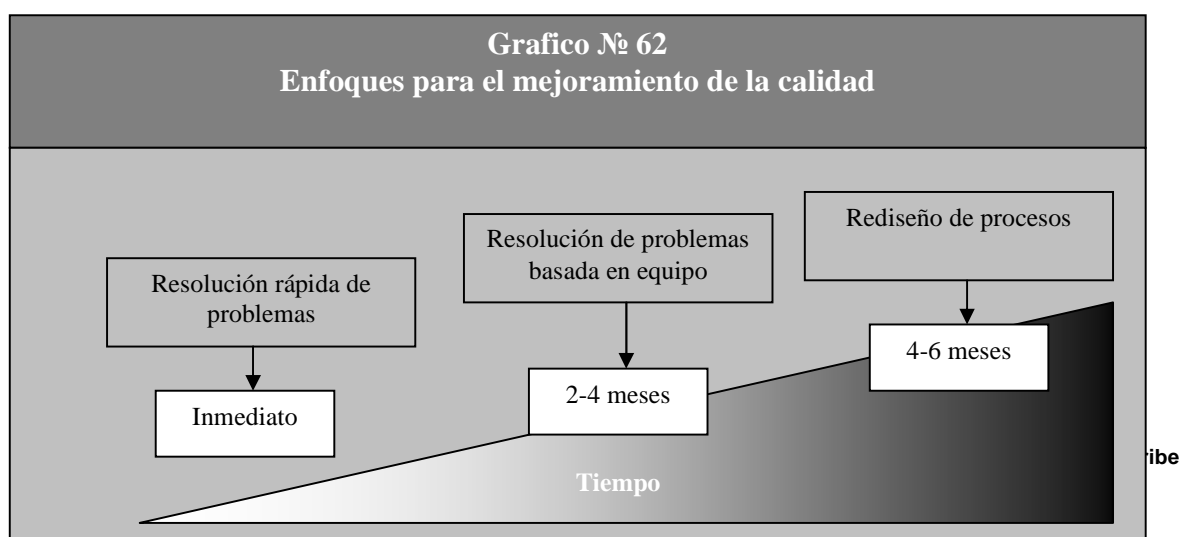
1. El desempeño es una característica del diseño del sistema.
2. Los insumos de un sistema producen mejora sólo en la medida en que pueden afectar el modo en que se realizan las cosas.
3. Los cambios deben abordar partes individuales de un sistema: insumos, procesos, resultados, y también los vínculos entre ellos.

#### 4.6.7.1 Enfoques metodológicos para el mejoramiento de la calidad

Los enfoques que se pueden utilizar para el mejoramiento de la calidad son: a) la resolución rápida de problemas, b) la resolución de

problemas basada en equipos, y c) el rediseño de los procesos. La decisión de utilizar uno u otro enfoque dependerá de la complejidad de los problemas que afectan a la calidad. Algunas de ellos atañen a procesos centrales y será necesario efectuar una investigación extensa, mientras otros son más sencillos y pueden resolverse más rápidamente, a veces sólo con acciones administrativas.

La complejidad de los problemas que afectan a la calidad, y en consecuencia el enfoque de mejoramiento que se elija, demandarán una inversión de tiempo y recursos diferente para cada uno de ellos. Mientras que el enfoque de resolución rápida de problemas no requiere inversión de tiempo, pues no demanda análisis ni organización del esfuerzo de mejoramiento, el enfoque basado en equipos puede requerir una inversión de dos a cuatro meses, y el de rediseño de los procesos hasta de seis meses en las condiciones habituales en que se realiza el trabajo de los hospitales, como ilustra el grafico Nº 62.



Fuente: La gestión de la Calidad en La transformación de Hospitales en América Latina y el Caribe  
 Elaborado: O. Córdova.

Todos los enfoques para el mejoramiento de la calidad comparten cuatro etapas:

1. Identificar la oportunidad de mejoramiento a el problema.
2. Analizar el problema identificando sus causas principales.
3. Desarrollar posibles intervenciones para introducir mejoras.
4. Implantar las intervenciones.

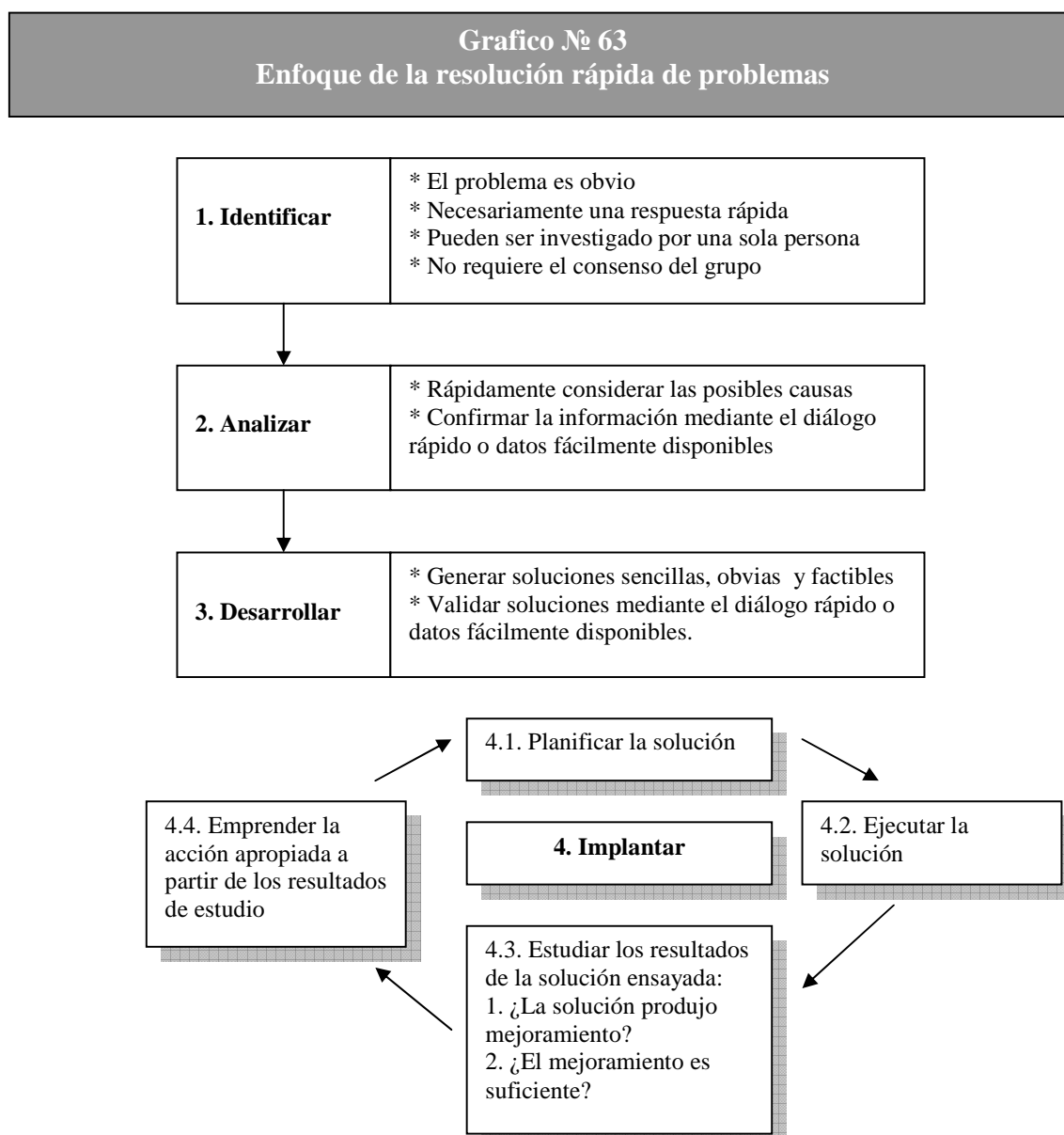
Aunque todos estos enfoques comparten estos cuatro pasos, cada uno de ellos es distinto respecto a! rigor y a intensidad de los recursos que se necesiten.

#### **4.6.7.2 El enfoque de resolución rápida de problemas**

Este enfoque se adopta cuando el problema que ha de solventarse es obvia a evidente, necesita una respuesta muy rápida, sus causas no exigen obtener datos para su comprensión, la solución a las intervenciones necesarias para resolverlo son conocidas y claras, y no se requiere el consenso de un equipo para intervenir. Con frecuencia, el reconocimiento de este tipo de problemas y la aplicación de este enfoque la realiza una sola persona como parte de sus actividades de trabajo habituales, pero también puede ser el producto de un esfuerzo consciente de identificación de problemas por parte de un equipo, que identifica algunos de ellos como susceptibles de ser resueltos a través de este enfoque.

Es posible que en las primeras etapas de la introducción de actividades de mejoramiento de la calidad en América Latina haya habido la tendencia a resolver la mayoría, si no la totalidad, de los problemas identificados mediante la aplicación de enfoques más complejas. Sin embargo, muchos participantes en dichos esfuerzos tempranos se han sorprendido al encontrar

que buena parte de los problemas detectados se solucionan de una manera más eficiente aplicando el enfoque de resolución rápida. A continuación se presenta un modelo de este enfoque (grafico Nº 63).



Fuente: La gestión de la Calidad en La transformación de Hospitales en América Latina y el Caribe

Elaborado: O. Córdova.



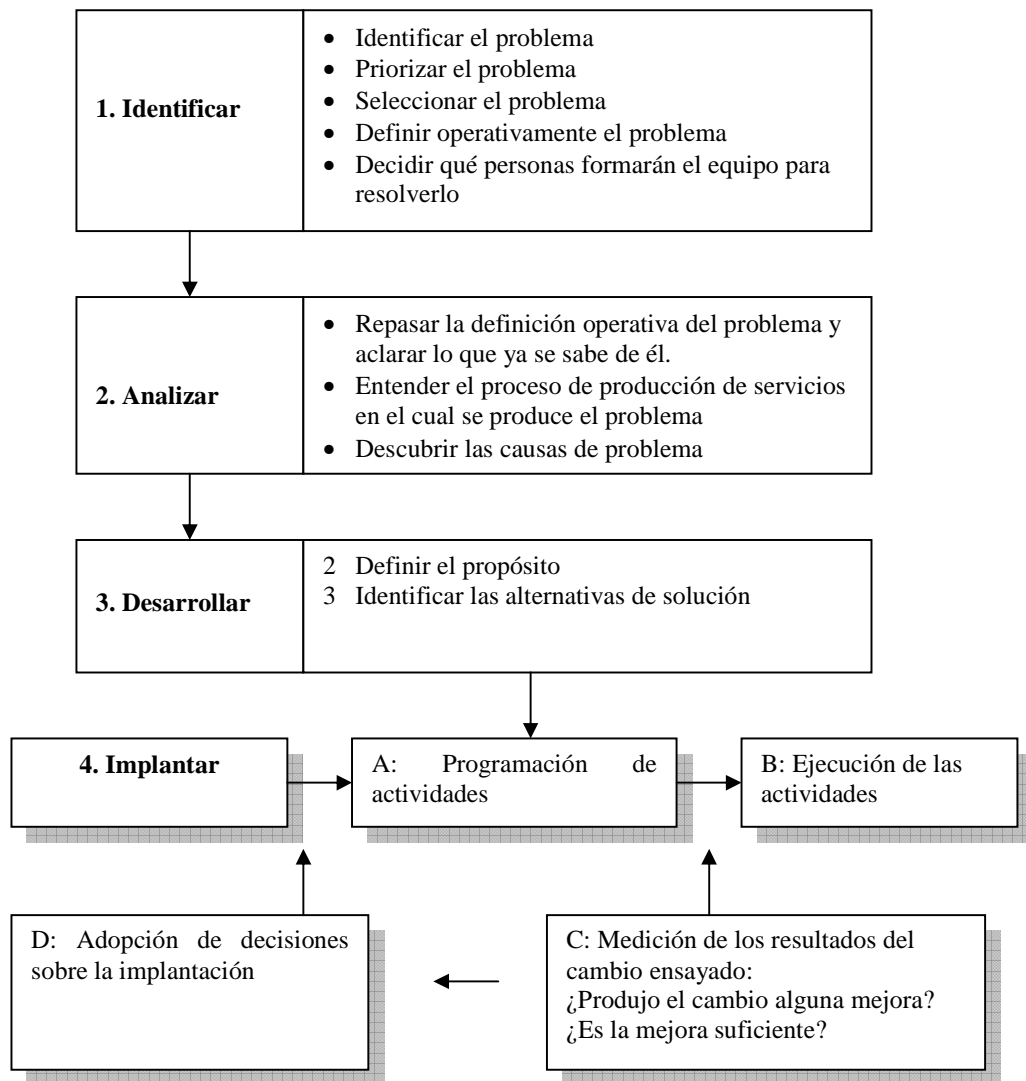
#### **4.6.7.3 El enfoque de resolución de problemas basada en equipos**

Este enfoque es adecuado cuando se trata de un problema de mayor complejidad, en el cual no queda claro cuáles son sus causas ni las mejores intervenciones que se han de realizar. Por ello, para aplicarlo se crea un equipo de mejoramiento de la calidad, que deberá agrupar a las personas que trabajan más cerca del problema y la conocen más a fondo. Como la mayoría de los problemas operativos identificados tienen sus raíces más allá de los límites de un solo departamento a sección del hospital, es mejor que un equipo de mejoramiento esté integrado por individuos que trabajan en el problema desde distintos departamentos del hospital. Asimismo, estos equipos deberán ser multidisciplinarios, es decir, estarán integrados no solo por médicos o enfermeras, sino también por diversos estamentos del personal que tienen que ver con la operación del proceso afectado por el problema. Es frecuente y deseable que también los usuarios externos puedan formar parte de estos equipos, aunque a veces ésta no es ni la única ni la mejor manera de garantizar que la perspectiva del usuario externo esté presente en el análisis. Por ejemplo, si el problema consiste en tiempos de espera demasiado largas en una sala de urgencias del hospital, el equipo de mejoramiento de la calidad correspondiente podría estar integrado por médicos, enfermeras, auxiliares, camilleros, el conductor de la ambulancia, el empleado responsable del acceso a la puerta de urgencias, y también por personal del laboratorio, de radiología y del banco de sangre.

El enfoque de resolución de problemas basado en equipos comprende los mismos pasos lógicos que el de resolución rápida. Empero, su complejidad es mayor y las herramientas que utiliza son diversas. La naturaleza y los límites de la extensión de este libro no permiten analizar a fondo dichas herramientas; por ello, nos limitaremos a mencionarlas.

Así, en la etapa de *identificación*, el problema se puede identificar 1) mediante indicadores del cumplimiento de estándares, que desde el proceso de monitorización regular de la calidad, que está basado principalmente en la revisión de historias clínicas y de otros documentos, registros escritos o mediciones *ad hoc*, 2) por medio de métodos de observación directa de los procesos, en los cuales es frecuente usar listas de comprobación (*check lists*), 3) realizando encuestas de satisfacción de usuarios externos a internos, o 4) a través de métodos de consenso basados en la opinión de los usuarios o los empleados del hospital. En la etapa de *priorización y selección del problema* se puede utilizar una matriz de selección basada en criterios múltiples de prioridad. Para el *análisis del problema y sus causas* suele ser útil emplear, por ejemplo, el diagrama de flujo y el diagrama de Ishikawa, también conocida como espina de pescado. Para el *desarrollo de intervenciones y su implantación* se suelen utilizar técnicas de apoyo al pensamiento creativo, como la técnica del sueño, matrices de programación de actividades, diagramas de Gantt, etc. A continuación se presenta un modelo que incluye los pasos metodológicos para poner en práctica este enfoque (grafico Nº 64).

**Grafico Nº 64**  
**Enfoque de la resolución de problemas basada en equipos.**



Fuente: La gestión de la Calidad en La transformación de Hospitales en América Latina y el Caribe  
 Elaborado: O. Córdova.

#### 4.6.7.4 El rediseño de los procesos

Los esfuerzos de mejoramiento de la calidad reconocen que existen diferencias entre los servicios proporcionados y las expectativas del usuario del servicio.. Estos enfoques de mejoramiento tratan de reducir estas diferencias y de mejorar la calidad de la atención para satisfacer las necesidades de los usuarios.

El rediseño de procesos es un enfoque metodológico de la gerencia de procesos en el cual se modifican procesos en salud con objeto de satisfacer los deseos y requisitos de los usuarios internos y externos sin soslayar las exigencias que impone la calidad técnica.

¿Cuándo se ha utilizar el rediseño de procesos?

1. Cuando el problema identificado revela un proceso que se realiza como resultado de modificaciones parciales *ad hoc* que se han ido acumulando por conveniencias circunstanciales, no en respuesta a necesidades claras de los usuarios externos o internos. El resultado neto es un proceso ilógico, ineficiente, con redundancias a veces invisibles, que no satisface necesidades ni requisitos.

2. Cuando el nivel de desempeño se encuentra muy lejos del nivel deseado.

3. Cuando se produce un cambio importante debido a factores organizativos, tales como reducción de personal, introducción de nuevas habilidades profesionales o introducción de nuevas tecnologías.

##### 4.6.7.4.1 Etapas metodológicas del rediseño de procesos

Para el rediseño de procesos se propone seguir nueve etapas, algunas de las cuales incluyen subetapas que deberán cumplirse sistemáticamente para consolidar un buen rediseño:

1. Selección y delimitación del proceso que se ha de rediseñar.
2. Identificación de los usuarios externos e internos en el proceso seleccionado.
3. Identificación de los requerimientos de los usuarios:
  - 3.1. Recolección de información sobre los requerimientos de los usuarios.
  - 3.2. Lista de los requerimientos de los usuarios.
4. Definición de la finalidad del nuevo diseño y de la forma de medir su cumplimiento.
5. Identificación de los elementos clave del nuevo diseño, vinculándolos con los requerimientos de los usuarios.
6. Creación de un diagrama de flujo del nuevo proceso.
7. Descripción escrita del nuevo diseño, siguiendo la secuencia de los bloques del proceso e incluyendo el desarrollo de todos los elementos clave seleccionados.
8. Prueba contra posibles fallos: evaluación en cada paso del proceso de lo que puede fallar y de las soluciones alternativas.
9. Planificación de la implantación e identificación de los recursos que se necesitan para poner en marcha el nuevo diseño.

#### **4.6.7.5 El papel de los gerentes en el desarrollo de un modelo de calidad**

Ishikawa ha enumerado algunas de las causas que pueden obstaculizar, en las organizaciones en general y en los hospitales en

particular, el desarrollo de un modelo de la calidad. Entre ellas cabe destacar <<la pasividad de los gerentes que rehuyen sus responsabilidades>>. En definitiva es el recurso humano el principal factor que puede atentar contra cualquier propuesta de cambio. Cuanto mayor responsabilidad se tiene en la estructura hospitalaria, tanto mayor es la posibilidad de generar cambios. No es posible realizar una gestión de calidad en una institución si su conducción no lidera el proceso. Es posible que el comienzo del proceso no se genere en la conducción, pero su viabilidad depende en buena medida de que sea asumida por dicha conducción.

La implantación del desarrollo de la calidad es una decisión estratégica que depende de la gerencia, supone necesariamente un cambio en la cultura del hospital, y precisa de tiempo e inversiones a corto plazo. Consecuencia de estas exigencias es la voluntad firme, el compromiso sin fisuras y la ejemplaridad por parte de aquella, pues no se puede pedir a los trabajadores que modifiquen sus hábitos de trabajo mientras la gerencia mantiene sus antiguas modalidades de gestión y no participa en la gestión de la calidad. La participación de los gerentes en el desarrollo de la calidad puede definirse estructuralmente en dos modalidades de acción: participación pasiva y activa.

Participación pasiva. Significa ausencia de participación en el desarrollo de la calidad. Habitualmente no se asocia con una organización formal. Los gerentes eventualmente participan si surgen problemas y no asumen el liderazgo en el proceso.

Participación activa. En esta modalidad se puede delegar o efectuar una conducción efectiva del desarrollo de la calidad. Si se delega, se puede hacer a través de comisiones de trabajo, estableciendo programas específicos de calidad a con la creación de un área específica de calidad (por

ej., el departamento de calidad). Para que la delegación sea efectiva se ha de:

- Disponer de objetivos claros y precisos.
- Contar con recursos y medios adecuados para alcanzar los objetivos prefijados.
- Desarrollar un sistema de capacitación idóneo.
- Realizar un seguimiento por parte de la dirección de las actividades delegadas.
- Diseñar un sistema de estímulos para los que trabajan en calidad.

Si no se delega, es la propia gerencia del hospital la que debe hacerse cargo de la conducción del proceso de mejora de la calidad. Ambas opciones no son mutuamente excluyentes, por cuanto incluso en la conducción efectiva más directa siempre hay elementos que se delegan y la delegación siempre supone una conducción por parte de la gerencia. La diferencia entre dirección efectiva y delegación estriba en que la toma de decisiones corresponde en el primer caso, y de forma directa, a la dirección. Por otra parte, la elección de la modalidad que se adopte también dependerá de la dimensión del hospital, ya que a mayor tamaño o complejidad mayor será la necesidad de articular mecanismos de delegación.

Las dos misiones esenciales de la dirección, cuando opta por una participación efectiva, son garantizar la calidad, es decir, impulsar aquellas actividades que puedan dar sustento al proceso, y motivar al personal. Ahora bien, en relación con la motivación, existe un axioma fundamental según el cual nadie puede transmitir lo que no posee. No se puede motivar a nadie, si uno no está motivado.

Para desarrollar un plan de calidad, la gerencia del hospital ha de tener la voluntad de implicarse en él, la cual es un requisito indispensable para que lidere el cambio que supone en la cultura de la organización implantar una estrategia de calidad. La calidad debe impregnar todas las actividades de una organización, incluida la toma de decisiones. Algunas actuaciones de la gerencia pueden influir directamente en el desarrollo de la calidad institucional,

El diseño y la ejecución de los planes de control si es una de las obligaciones del gerente. Aunque la tendencia es que la mayor parte del control la ejecuten los trabajadores, hay ciertos niveles de control indelegables. Una de las tareas primordiales de las funciones de control del directivo es influir en la motivación para trabajar en tareas de calidad asistencial. Por otra parte, el directivo tiene que aceptar que sus decisiones equivocadas pueden constituir la base de los problemas detectados y no ha de pensar que la mayoría de ellas se deben a fallos de los trabajadores. Uno de los supuestos erróneos de la calidad más frecuentes es creer que las problemas de la calidad radican fundamentalmente en las áreas de producción e ignorar que los errores cometidos por los directivos pueden ser mucho más graves. El obstáculo que se interpone al control de calidad ejercido por los directivos no es la falta de motivación. El control es una actividad consustancial a la dirección, sea cual fuere el nivel donde se ejerza. Otras cuestiones, como la existencia de muchos objetivos, los cambios del entorno y las deficiencias del propio sistema de control, dificultan a los directivos el ejercicio de esta actividad.

Cuando las manifestaciones de la gerencia son buenas y sus decisiones y actos se ajustan a ellas, serán dignas de crédito y eficaces. Otro elemento fundamental de la gerencia es diseñar un modelo de planificación estratégica que permita acotar las dimensiones de los escenarios, el



contexto, los actores y las oportunidades, para desarrollar un programa de calidad institucional,

La dirección, en materia de calidad, no puede actuar simplemente solucionando problemas cotidianos; su papel fundamental es planificar el futuro, impulsar y participar programas de mejora de la calidad, cuya evaluación y control le competen, y dar con sus actos un ejemplo al resto de la empresa. La dirección ha de aceptar asimismo el cambio sustancial en el patrón cultural que se produzca: el control de calidad no significa sobrecargar el trabajo habitual, sino que ha de formar parte del trabajo ordinario. Esta incorporación debe reproducirse en todas las instancias, incluidos los denominados mandos intermedios, ya que los jefes de servicio, asistenciales y no asistenciales y los supervisores de enfermería, deben participar activamente en el proceso.

Con relación a estas mandos intermedios corresponde destacar las siguientes responsabilidades:

- La motivación de sus colaboradores para que trabajen con la máxima efectividad.
- La calidad de los resultados de su área de responsabilidad.
- La fijación de los estándares de calidad.
- El establecimiento de los procedimientos operativos.
- La definición de prioridades.
- La eliminación de los obstáculos que impiden el desempeño correcto del personal.

El mejor sistema de gestión de la calidad de los mandos intermedios es el desarrollo de una gestión participativa y la creación del equipo de mejora de la calidad, cuyas funciones deberían ser:

- Determinar la manera de medir la calidad de los resultados.

- Definir las necesidades de formación.
- Resolver los problemas que no hayan podido solucionarse en niveles inferiores.
- Desarrollar estrategias y tácticas a corto y medio plazo.
- Pasar de un estilo de dirección reactivo a un estilo preventivo.
- Funcionar como vehículo de comunicación ascendente y descendente.
- Identificar a los individuos que se han hecho merecedores de un reconocimiento.
- Evaluar los procesos interdepartamentales con objeto de mejorar su efectividad.

Un problema con que se enfrentan los jefes de servicio y supervisores es el elevado número de normas y especificaciones existentes sobre los productos de sus unidades. Esta multiplicidad normativa les obliga a establecer prioridades variables en el tiempo emprender acciones premeditadas que relegan los problemas de calidad en la escala jerárquica de asuntos pendientes de solución. Por ejemplo, ante una sobrecarga de trabajo como el que supone una ocupación de camas muy elevada, con frecuencia se incumplen las normas de calidad del servicio y se recurre a la instalación de otras camas supletorias o a su ubicación en los pasillos, hechos que deterioran la calidad de la asistencia y producen insatisfacción en el cliente. Una situación similar en consultas externas puede disminuir notablemente el tiempo de atención y aumentar el de espera.

En síntesis, la decisión de la gerencia de implantar el desarrollo de la calidad total es condición necesaria, pero no suficiente. Hace falta que todo el personal se adhiera al proyecto, de tal modo que todos participen en el proyecto de calidad total y se asocien voluntariamente con él. La calidad precisa de una dirección y unos empleados motivados. Esta motivación puede ayudar a desterrar la ignorancia, la visión muy reducida del ámbito de

acción y los mitos de la cultura de la organización, porque nada es posible sin un cambio de la cultura<sup>73</sup>.

#### **4.6.8 SISTEMAS DE INFORMACION Y EVALUACIÓN DE LA TECNOLOGÍA**

Los hospitales se encuentran en una situación de dependencia de los progresos constantes de las tecnologías médicas. Como en la mayor parte de los países el desarrollo tecnológico se ha basado fundamentalmente en la incorporación de tecnologías elaboradas en los países desarrollados. En muchos casos esta incorporación ha sido incompleta al no ir acompañada de los ajustes que permiten adecuar las características de las tecnologías a las circunstancias organizativas, económicas, sociales y culturales de los países receptores.

La evaluación de las tecnologías en salud se concibe cada vez más como un «proceso de análisis dirigido a estimar el valor y la contribución relativa de cada tecnología sanitaria a la mejora de la salud individual y colectiva, teniendo en cuenta su impacto económico y social»<sup>74</sup>. Este proceso de evaluación considera básicamente la seguridad, la eficacia, la efectividad, la utilidad, el impacto económico, las consecuencias organizativas, las implicaciones éticas y el impacto social de las tecnologías médicas. Asimismo, pretende orientar a los que toman decisiones a adoptar aquellas más racionales respecto a tres cuestiones principales: aprobación para el acceso al mercado, aprobación para su inclusión entre las prestaciones financiadas con fondos públicos, y si procede, diseminación adecuada en el sistema sanitario.

---

<sup>73</sup> La Gestión de la Calidad en La Transformación de Hospitales en América Latina y el Caribe. OPS. Washington DC.201.Pp. 192-221.

<sup>74</sup> Organización Panamericana de la Salud. El desarrollo de la evaluación de las tecnologías en salud en América Latina y Caribe. Washington, DC: OPS;1998.

Con relación a las tecnologías ya existentes, la evaluación pretende orientar la toma de decisiones racional respecto a tres aspectos principales: la retirada de financiación a tecnologías que demuestran ser ineficientes, la generalización de nuevas aplicaciones de tecnologías ya existentes en el sistema sanitario público, y la retirada de la tecnología (o la supresión de alguna de sus indicaciones) del mercado (por ejemplo, con efectos secundarios demasiado importantes).

Los profesionales sanitarios que usan una determinada tecnología tienen interés en conocer con detalle las condiciones y los requisitos de su empleo seguro, efectivo, eficiente y aceptable en diferentes circunstancias clínicas, así como las ventajas e inconvenientes de las distintas opciones diagnósticas y terapéuticas existentes ante una enfermedad o un paciente concretos.

En una situación ideal, las nuevas tecnologías médicas que constituyen la esencia de la infraestructura de tecnología clínica, deberían ser evaluadas sistemáticamente antes de adoptarlas, usarlas y generalizar su empleo. Esta evaluación debería efectuarse mediante ensayos clínicos aleatorizados y ciegos con objeto de obtener estimaciones válidas de su eficacia, minimizar sesgos, y definir con precisión indicadores de resultado. También se deberían llevar a cabo estudios económicos (de costo-beneficio, costo-efectividad, etc.) para evaluar la eficiencia de su utilización. Lo deseable sería que las decisiones de adoptar y difundir tecnologías médicas con arreglo a criterios de salud pública (epidemiología) y a las exigencias de planificación geográfica de los equipos se tomaran solamente después de disponer de los resultados de dicha evaluación.

Después de implantarlas, debería evaluarse su efectividad y los resultados de su utilización en los pacientes, junto con sus efectos secundarios. A continuación, se habrían de revisar las recomendaciones sobre su utilización y los costos en que se ha incurrido

Otro aspecto importante hace referencia a la vigilancia de las tecnologías. La utilización de un equipo biomédico está expuesto a riesgos tanto para los pacientes como para los operadores. Si la seguridad está amenazada, conviene actuar a nivel local y nacional a fin de minimizar esos riesgos y tratar los efectos secundarios. Es preciso implantar sistemas y normas de funcionamiento adaptados tecnovigilancia.

La definición de los planes de equipos en el contexto médico, socioeconómico y financiero.

Las necesidades médicas deben ser definidas y analizadas en el marco de una estrecha colaboración entre los cuerpos médicos, los gestores, los ingenieros y técnicos del hospital, y permitiendo la expresión correcta de estas necesidades teniendo en cuenta los contextos técnicos (obras, instalaciones, electricidad, gas y fluidos médicos, agua, etcétera) y humanos (composición y capacitación de los profesionales) y poniendo de relieve las exigencias en productos perecederos y mantenimiento. El material adquirido debe ser aceptado por profesionales capacitados para utilizarlo y no deben inducirse compromisos económicos u operacionales superiores a las posibilidades del hospital.

La declaración de la necesidad de adquisición procede, en la mayoría de los casos, de un servicio que expresa una demanda, ya sea de manera

espontánea (el jefe del servicio toma la iniciativa de informar a la dirección de sus necesidades y de sus intereses), de manera organizada por la dirección del hospital (donde cada jefe de servicio es cuestionado sobre sus necesidades), o porque un equipo ya no responde a las exigencias de sus operadores por falta de fiabilidad de los resultados, obsolescencia o por frecuentes averías. En todos los casos, el jefe de servicio y la dirección del hospital deben establecer una adecuada relación entre el material deseado y la actividad presente y futura del servicio e incluirla en el proceso de planificación estratégico de la institución.

Además, la definición de los planes de equipos debe inscribirse asimismo en el marco de una visión global del dispositivo clínico-técnico, buscando la integración y la coherencia general, facilitando los flujos de pacientes, y cuidando la arquitectura general de la infraestructura de la tecnología clínica y su ubicación en el hospital.

La definición de un programa de adquisición de equipos, permite planificar la evolución de la infraestructura de la tecnología clínica o logística como parte integrante del proyecto estratégico de la institución. Tal proceso conduce a examinar y a analizar todos los proyectos de equipos en cuanto a su oportunidad con relación a este proyecto estratégico. Los criterios de selección se definen así claramente, todos los conocen, y se inscriben en una política de adquisición plurianual y en un proceso de planificación global de la institución, de una región, o de un país. La noción de plan de adquisición de los equipos remite a la definición de un plan de inversión, esto es, describe el monto de las inversiones a corto y mediano plazo, así como la forma de financiarlas.

La inversión puede realizarse de distintas formas, caracterizadas generalmente en cuatro grandes grupos. Primero, las inversiones de sustitución o de productividad, que se destinan a reemplazar un equipo obsoleto. Estas inversiones permiten reducir los costos de mantenimiento al tiempo que mejoran la calidad de la producción. Segundo, las inversiones de desarrollo que tienen por objetivo responder a una demanda creciente y a un objetivo de diversificación o de complementación. Tercero, las inversiones estratégicas que tienen como propósito principal incorporar los progresos tecnológicos en la oferta de la prestación de atención, tanto para su propia clientela como con relación a la competencia. Y cuarto, las inversiones humanas y sociales, que reúnen aspectos de contratación, formación, condiciones de trabajo, procesos de seguridad, etc.

#### **4.6.8.1 La gestión de la infraestructura de tecnología clínica**

El servicio de ingeniería biomédica de un hospital no funciona de forma aislada, sino que se encuentra en la conjunción de la administración y de los servicios de atención médica y de diagnóstico. Su papel no se limita a las intervenciones de instalación o reparación de los equipos, sino que además ha de incluir una amplia gama de tareas, que tienen consecuencias importantes en el funcionamiento del parque instalado. Dichas tareas son las siguientes:

El perfecto conocimiento de la infraestructura de la tecnología clínica del hospital constituye la primera herramienta del servicio de ingeniería biomédica. El formulario de inventario varía de una institución a otra, pero al menos es preciso recabar dos tipos de información: primero, datos generales sobre el parque instalado (tipo de equipo, marco, modelo, fecha y valor de

adquisición, servicio, número de los operadores), y, segundo, datos sobre el nivel de funcionamiento de ese parque (equipos que funcionan correctamente, equipos averiados, frecuencias de las averías, tipo de mantenimiento realizado, tiempo medio de inmovilización del equipo para cada avería).

Esta información obtenida alimenta el sistema de información del servicio de ingeniería biomédica y permite planificar ciertas operaciones de mantenimiento preventivo, curativo, de sustitución de un equipo obsoleto o de adquisición de piezas de repuesto. Es a partir de este balance general que el servicio de ingeniería biomédica podrá definir sus necesidades de recursos humanos, instrumentación, presupuesto de funcionamiento, tamaño del taller, necesidades de capacitación de su personal, etc.

La carencia de un equipo biomédico tiene consecuencias importantes para los otros servicios de la institución: descontento del paciente (que no puede beneficiarse de la exploración diagnóstica o del tratamiento terapéutico prescrito), el personal del servicio no puede trabajar, otros servicios del hospital cuyo funcionamiento está vinculado al equipo averiado ven reducida su actividad, etc.

Dentro de un hospital, los campos de mantenimiento son muy vastos. Con frecuencia, para designar una misma idea se emplean distintas palabras: así, por ejemplo, se habla de reparación, de avería, y a veces de mantenimiento. El mantenimiento comprende campos tales como la electricidad, la mecánica, la química, la electrónica, la informática o los rayos X. Todo ello pone de manifiesto la dificultad y la importancia del correcto mantenimiento; se trata de disponer de equipos en buenas condiciones de funcionamiento. Otro objetivo es reducir al máximo el tiempo de



inmovilización del equipo y aumentar su fiabilidad, esto es la probabilidad de que este equipo no se dañe y su capacidad de asegurar una función determinada en condiciones de utilización y tiempo definidas.

#### **4.6.8.2 El proceso de adquisición de equipos**

Es importante que el hospital conserve el control de su política de adquisición y defina por sí mismo sus necesidades. Los proveedores potenciales no se deben arrojar este papel y hacer por sí mismos proposiciones sobre la necesidad que estiman que tiene el hospital. Esto no quiere decir que no se ha de permitir al proveedor un margen de iniciativa que le permita proponer soluciones técnicamente o financieramente originales. La iniciativa tornada por ese proveedor debe derivar de una necesidad previamente formulada por el hospital. Tampoco es el médico quien debe tomar aisladamente la decisión de adquisición, pues han de existir instancias que dominen todo el proceso de adquisición y dispongan de todos los instrumentos de gestión que permitan tomar esa decisión. La decisión de adquisición incluye, además, a la dirección, al cuerpo médico, a los enfermeros y a los ingenieros y técnicos del hospital. En algunos países latinoamericanos se utiliza la figura del comité de adquisiciones para hacerse cargo de estas tareas. Este comité es interdisciplinario, reduce el riesgo de corrupción y asegura la elección de las mejores opciones.

Se debe cumplir el instructivo que contiene principios y criterios para la evaluación, valorización y calificación de las propuestas para la adquisición de equipos e instrumental, expedido por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

#### **4.6.8.3 Organización y gestión del mantenimiento**

Un servicio de ingeniería biomédica no puede asegurar por sí sólo todas las operaciones de mantenimiento curativo necesarias para mantener el parque en perfectas condiciones de funcionamiento. La política de mantenimiento, interno, externo o mixto, tiene que ser definida en el marco de una política global vinculada con la organización del servicio biomédico y sus capacidades humanas y materiales.

#### *4.6.8.3.1 Mantenimiento interno*

Un servicio de ingeniería biomédico hospitalario que se ocupa directamente de toda o de una parte de las prestaciones de mantenimiento ha de disponer de recursos humanos capacitados, de un taller correctamente instalado, de los instrumentos necesarios para realizar las reparaciones y la calibración de los equipos, de un remanente de piezas de repuesto, y de un presupuesto de funcionamiento previamente negociado con la dirección del hospital. Una de las dificultades encontradas en los hospitales de la Región atañe al suministro de piezas de repuesto. La gestión de repuestos almacenados y de los plazos entre encargos tiene que contemplar esta situación para evitar el agotamiento de piezas de repuesto. La disponibilidad de repuestos constituye un elemento clave que conviene negociar en el momento de la adquisición de materiales y equipos (proveedores, costos, plazos de entrega, fechas de caducidad, etc.).

#### *4.6.8.3.2 Mantenimiento externo*

Buena parte de los hospitales subcontrata el mantenimiento de los equipos de media y alta complejidad, lo cual representa entre el 4 y el 10% del parque biomédico instalado, si bien puede alcanzar entre el 30 y el 60% del valor total del parque. El hospital decide asignar a terceros el

mantenimiento de un equipo cuando el costo de capacitación, la remuneración de su personal, el precio de adquisición de la instrumentación necesaria para la reparar y calibrar el equipo, y la dificultad para conseguir las piezas de repuesto no justifican el mantenimiento interno. La decisión se basa en criterios económicos y de calidad de los resultados obtenidos.

Una misión importante del servicio de ingeniería biomédica es consecuencia del control de la buena ejecución de los contratos de mantenimiento asignados a empresas externas a fin de asegurarse, entre otras cosas, la calidad de las prestaciones realizadas, el respeto de los plazos negociados contractualmente y la conformidad de las facturas y los pagos.

#### **4.6.9 LA RESPUESTA HOSPITALARIA A LOS DESASTRES Y GRANDES EMERGENCIAS**

El tema de la atención médica en situaciones de desastre o grandes emergencias, si bien se encuentra relacionado con la atención de urgencia, tiene singularidades que demandan un análisis separado. Los desastres naturales continúan causando grandes pérdidas humanas y materiales, así como efectos negativos en el medio ambiente, a pesar de los esfuerzos que se han realizado tanto para prevenir sus efectos deletéreos como para mitigar la gravedad de los daños.

Pero no son sólo los desastres naturales los que causan pérdidas humanas y materiales, pues la creciente violencia social, expresada como conflictos armados, terrorismo y otras manifestaciones, también puede considerarse como desastre. En el mismo sentido, el desarrollo industrial mal regulado puede ser un factor de riesgo como consecuencia de fallos en los

mecanismos de seguridad (sustancias químicas peligrosas, radiaciones ionizantes procedentes de plantas nucleares). El transporte moderno también puede convertirse en desastre por cuanto el número de personas que fallecen en accidentes aéreos o de tráfico puede ser muy elevado.

La preparación del hospital para los desastres y grandes emergencias no sólo deriva del hecho de que sea un núcleo fundamental en la respuesta global del sistema de salud a la emergencia, sino también de sus propias características, ya que algunas de ellas pueden transformar a este establecimiento en un foco generador de problemas. Los hospitales, por su nivel de complejidad, son estructuras muy costosas, densamente ocupadas, que funcionan 24 horas al día y en las cuales conviven pacientes, personal de salud y visitantes. Además de su equipamiento complejo y de alto costo, varios equipos usan fuente de radiaciones ionizantes, el laboratorio maneja una amplia gama de muestras, algunas de ellas de alto potencial infeccioso, diariamente se produce una importante cantidad de desechos contaminantes que precisan de un manejo y tratamiento especiales, algunos pacientes pueden estar bajo cuidados intensivos y conectados a equipos automatizados que mantienen el sistema de soporte vital, otros pacientes pueden estar recuperándose una intervención quirúrgica o demasiado débiles para valerse por sí mismos. Estas y otras consideraciones son importantes y justifican la necesidad de asegurar el funcionamiento del hospital en casos de grandes emergencias y desastres, al margen de quien los produzca.

Lamentablemente, la experiencia en la Región ha demostrado que los hospitales no dejan de ser vulnerables a los efectos de los desastres. Sólo en las dos últimas décadas alrededor de 100 hospitales han sido destruidos o muy dañados por los desastres naturales, particularmente terremotos y huracanes. El concepto de hospital seguro ha sido introducido por la OPS con objeto de estimular a los niveles de decisión de los países a que inviertan

en la reducción de vulnerabilidad de las instituciones de salud. Con este propósito se han elaborado normas técnicas que permiten estudiar la vulnerabilidad potencial de las estructuras hospitalarias a los desastres naturales y aplicar medidas para reforzar las estructuras de los edificios. Algunos países como Costa Rica, México y Perú han invertido con éxito en estas medidas.

El análisis de la vulnerabilidad comprende aspectos estructurales (análisis del diseño, tipo de estructura, calidad de la construcción, materiales utilizados, condiciones de suelo, observación de normas antisísmicos o de resistencia a vientos, etc), aspectos no estructurales (elementos arquitectónicos, mobiliario en general y equipamiento, examen de los acueductos y tuberías, líneas vitales como suministro de agua, energía eléctrica, oxígeno, comunicaciones, aire acondicionado, y combustible entre otros) y aspectos funcionales y organizativos (estado de preparativos para situaciones de emergencias y desastres respecto a seguridad de los pacientes y del entorno, suministros médicos, señalización, vías de evacuación, entre otros).

En situaciones de emergencia, la primera prioridad es salvar vidas y prestar atención de emergencia inmediata a los heridos. En ellas el hospital desempeña un papel muy importante y es imprescindible que el plan hospitalario para desastres esté estrechamente coordinado con los planes locales de respuesta a emergencias. En la organización de la respuesta del hospital a las emergencias y desastre se distinguen tres fases: preparación, alerta y emergencia.

#### **4.6.9.1 Fase de preparación**

La etapa de preparativos comprende la elaboración del plan, su organización institucional y la capacitación del personal. Al margen de las

características físicas de un hospital, su nivel de complejidad y sus recursos, los planes hospitalarios deben reunir las siguientes características:

- estar basados en su capacidad operativa, tomando en cuenta los recursos existentes en la institución y en la comunidad,
- ser funcionales y muy flexibles para adaptarse a situaciones y circunstancias cambiantes,
- trazar claramente las líneas de autoridad y mando, así como los papeles y funciones asignados, que deben ser de fácil comprensión,
- constituir parte de un plan regional para catástrofes y contribuir a fortalecer los planes de defensa civil en su localidad,
- ser continuamente actualizados y familiarizar al personal con el plan mediante ejercicios periódicos de simulacros, y
- tener en cuenta las fases de preparativos, alerta, emergencia y recuperación.

Los componentes de un plan de desastres durante la fase de preparativos comprenden: comité de desastres, centro de operaciones de emergencia, señalización y diagramas, reserva de medicamentos y suministros médicos de emergencia, comunicaciones internas y externas, fuentes alternas de agua, energía eléctrica y combustible, transporte, manuales y guías operativas, y adiestramiento del personal.

#### **4.6.9.2 Fase de alerta**

Esta fase comienza con la notificación de una emergencia o de un desastre, y en ella el hospital debe recabar información básica sobre la naturaleza y el alcance de la emergencia, su localización, hora en que se produjo, número estimado de víctimas, y estimación de la hora aproximada de llegada de los heridos al hospital. Es en este período cuando se activa el plan de emergencias y se pone en funcionamiento el centro de operaciones

de emergencia. Simultáneamente, se debe notificar lo ocurrido a los diferentes servicios y departamentos del hospital y en particular a los de urgencias y cirugía. En el período de alerta, las actividades rutinarias del hospital deben ser postergadas para dar prioridad a la atención de urgencias.

#### **4.6.9.3 Fase de emergencia**

El manejo de víctimas durante una operación de desastres es más compleja que en un accidente rutinario, pues suele haber mayor confusión y desorganización. Los problemas que frecuentemente se han observado durante un desastre incluyen insuficiente organización para el manejo de los heridos y su estabilización, inapropiada distribución de los pacientes a los hospitales y falta de comunicación y de organización. Por otro lado, el personal médico puede estar expuesto a numerosos riesgos asociados con los desastres, tales como inhalación de gases tóxicos, incendios, explosiones, colapso de edificios, etc. Por todas estas razones, la organización de los recursos humanos para este tipo de emergencias, en las cuales prevalecen condiciones de alto nivel de estrés, no puede ser improvisada. Además, en ellas ha de considerarse la estabilidad emocional de las personas, su adaptación a largas jornadas de trabajo en condiciones difíciles, su habilidad para trabajar en equipo y su capacidad para tomar de decisiones.

Concluido el plan, las actividades del hospital deben retornar a la rutina. Sobre la base del análisis crítico de la respuesta del hospital al desastre será posible emitir recomendaciones tendientes a mejorar el plan para afrontar futuras situaciones<sup>75</sup>.

---

75 OPS. La Gestión de la Tecnología. En La Transformación de Hospitales en América Latina y el Caribe. Washington DC. 2001. pp. 319-335

## **4.7 IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN HOSPITALARIO**

En un mundo globalizado y competitivo aparece un nuevo modelo de empresa y de gestión sociales que está configurado como un sistema abierto y claramente influido por y proyectado a los valores de las personas que componen la organización y su entorno. Los sistemas sanitarios y, como parte de ellos, los hospitales, no son una excepción a esta regla.

Los hospitales necesitan ser más efectivos y eficientes, acercarse a las personas que atienden, abrirse a la participación ciudadana y al control social, y aumentar la sensibilidad y la dinámica de su adaptación a las necesidades de personas y comunidades. Para ello, es necesario que se produzcan cambios profundos, especialmente porque los servicios públicos son rígidos y burocráticos, sus estructuras son rígidas y verticales, afrontan limitaciones legales y centralistas en la gestión de los recursos financieros y humanos, y su cultura institucional es muy poco sensible a las necesidades de las personas y a los cambios de entorno.

### **4.7.1 Las complejidades del cambio institucional**

El cambio institucional siempre es un proceso complejo que plantea un dilema: las personas no pueden cambiar si no cambia el sistema, y éste no puede cambiar si no cambian las personas. Las teorías sobre el cambio social se polarizan en estas coordenadas. La salida parece apostar por el cambio de la cultura organizativa sobre la premisa de que sólo de manera consciente y voluntaria los funcionarios modificarán su comportamiento. Los principales obstáculos que en cualquier proceso de cambio hay que superar son culturales (grafico № 67).

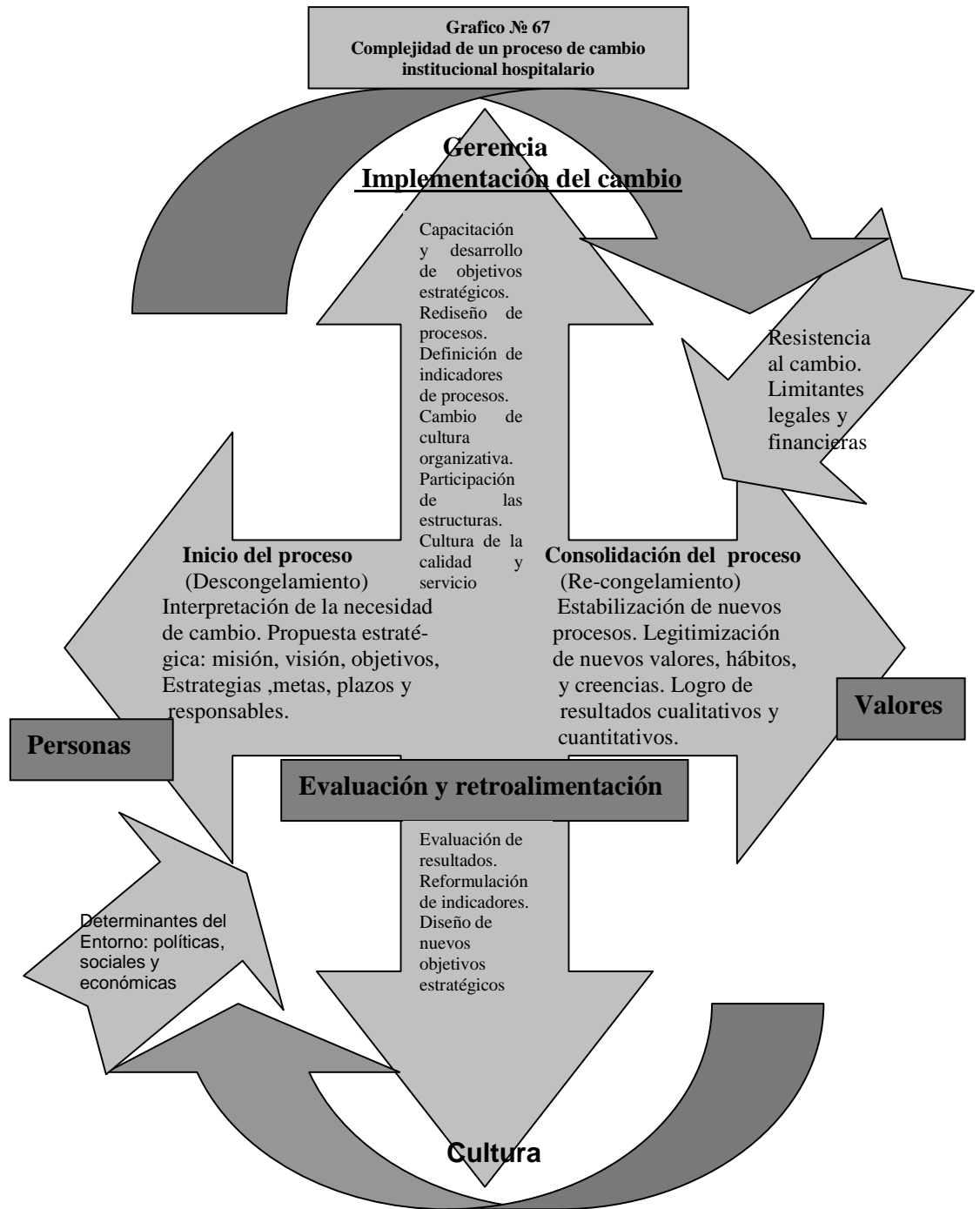


En el cambio institucional se conjugan valores, personas, cultura y capacidad gerencial, se recibe la influencia de condicionantes internos y externos, se afrontan resistencias y se supera obstáculos. Frente a tal complejidad, para definir el hospital del mañana es preciso: 1) articular un proceso permanente de escucha (información) y reflexión (retroalimentación); 2) formular una propuesta estratégica compartida (sentido o razón de ser); 3) mantener un liderazgo que conduzca el cambio (gerencia); 4) elaborar un plan compartido (participación organizada y responsable), y 5) asumir una nueva competencia en la organización para aprenderá cambiar o aprender a aprender (cultura de aprendizaje institucional).

Los elementos que explican la complejidad mencionada se integran y abordan mediante la planificación estratégica, que es la tarea intencionada por medio de la cual la organización define el nivel superior o marco que la guiará hacia la consecución de sus objetivos, en la forma en que intentará relacionarse con el ambiente y en la asignación de los recursos necesarios para acometer sus actividades.

En los hospitales es frecuente escuchar preguntas como ¿para qué modificar, si siempre se ha hecho así? Desde esta perspectiva, es básico dar sentido al cambio.

La dirección del hospital debe conducir personalmente todo el proceso desde su inicio, ser la primera en aguzar el oído a lo que dicen el entorno, la comunidad que atiende, los usuarios de los servicios, la autoridad sanitaria y, los miembros de la organización. Para provocar el cambio, o aún mejor para aprender a cambiar, hay que generar las competencias para que desde el proceso de escucha la reacción institucional se traduzca en un plan de acción. Por lo tanto, el cambio institucional será una secuencia de ciclos de escucha-plan de acción-volver a escuchar.



Fuente: La Gestión del Cambio Institucional. OPS.  
 Elaborado: O. Córdova.

#### **4.7.2 Los actores relevantes en el proceso de cambio**

Desde la perspectiva de la complejidad del cambio, la organización del hospital se entiende como una red interactiva formada por las normas, el conocimiento compartido, las prácticas institucionales y los intereses y las posiciones de los actores. Los actores relevantes en un proceso de cambio hospitalario pueden agruparse en dos tipos: externos e internos. Entre los externos podemos encontrar a personas o instituciones con los cuales el hospital mantiene distintas relaciones institucionales formales o funcionales, así como a los usuarios del hospital (el Estado, la política, las autoridades sanitarias, los dirigentes sindicales y gremiales, la ciudadanía, la industria de la salud y sus intereses). Entre los actores internos se incluyen los miembros de la organización y su organización formal e informal (el equipo gerencial, el equipo de apoyo al cambio, las jefaturas y estructuras intermedias, la organización informal, la cultura organizativa y la norma vigente).

Especial atención hay que prestar a las autoridades sectoriales intermedias, pues muchas de ellas suelen tener actitudes muy conservadoras o ambivalentes con respecto al gobierno central y a los hospitales, por sus propios sesgos, por resistencia al cambio o por temor a perder poder. A este nivel es frecuente escuchar frases tales como «Ésto no es la primera vez que se intenta», o «Qué saben estos del Ministerio». Las autoridades sectoriales intermedias acostumbran participar en discursos descentralizadores, pero siempre y cuando la descentralización sólo llegue hasta ellas. Es notoria la breve vida que tienen los gabinetes ministeriales de salud, lo cual menoscaba las posibilidades de realizar proyectos a mediano y largo plazo, Por este motivo es importante evaluar qué prioridad otorga el equipo de gobierno al cambio hospitalario. Cuando se pretenda introducir cambios muy notables, cuando menos se deberán tener fundadas sospechas de que el gabinete de gobierno que asume el poder mantendrá sus políticas.

Esta exigencia es sobre todo difícil para los hospitales que dependen en gran medida del sector público.

En los hospitales son sumamente importantes las opiniones de los dirigentes, máxime cuando están atravesando un proceso de cambio, por cuanto esas opiniones suelen ser más creíbles que las emitidas por las autoridades de salud.

En un proceso de cambios orientados a desarrollar nuevas estrategias sanitarias o a centrar la cultura organizativa en el usuario, es esencial lograr la participación del usuario en la toma de decisiones. Sin él, no son posibles los cambios, al menos aquellos con que se intenta orientar satisfacer lo que las personas y las comunidades demandan. Los intentos de cambio en el ámbito local-donde no se establecen verdaderas relaciones de participación entre el sistema público y el ciudadano-suelen desembocar en situaciones que desincentiva las iniciativas y fomentan el mantenimiento del statu quo.

Si se quiere que un proceso de cambio se oriente a la calidad y se tengan en cuenta las razones de costo-efectividad de los servicios hospitalarios, se tendrá que prestar atención a la forma como la industria actúa sobre los médicos y planificar a un tiempo el modo de incorporar a profesionales y proveedores en las evaluaciones de costo-efectividad de tecnologías y a los estudios de medicina basada en pruebas (medicina basada en evidencia).

En los hospitales públicos se considera imprescindible contar con personas que cuenten con el liderazgo, los conocimientos y habilidades, el apoyo político, la capacidad de comunicar, comprometer, asignar responsabilidades y evaluar necesarios para propiciar el cambio.

La gerencia del hospital debería destinar buena parte de su tiempo a coordinar a sus colaboradores perseverar en la búsqueda de una vocación institucional que responda a la razón de ser de su organización. Asimismo, ha de creer en su visión de futuro, transmitirla y reafirmarla en su organización, afianzar y dirigir equipos de personas capaces de implantar el plan de acción que se precisa para producir los cambios. Estas personas necesitan tener un perfil adecuado perfil (que depende de la fase en que se encuentre el proceso), el apoyo político claro, sostenido y coherente de los niveles superiores, así como equipos de trabajo cohesionados, que contribuyan a producir el cambio y controlar adecuadamente las distintas fases de su puesta en práctica, tanto a corto como a largo plazo.

#### **4.7.3 Las relaciones de poder y las instancias de consulta y concertación**

El hospital es una intrincada madeja de relaciones de poder en la cual las distintas posiciones y fuerzas están de algún modo determinadas por la forma como a través de la historia y la cultura de la organización se han ido equilibrando dichas relaciones. Para poder engastar esas fuerzas en el organigrama del hospital, es esencial identificar a los distintos actores, escuchar su historia y sus actuales motivaciones y posiciones de poder. Por una parte, se pueden encontrar unidades con mucha mayor influencia que otras, jefes clínicos de mayor relevancia, líderes sindicales de mayor credibilidad, etc. Por otra, es posible identificar en el seno del hospital distintas subculturas y expresiones de clases sociales. Por añadidura, pueden detectarse conflictos explícitos o solapados entre dichas subculturas. No es infrecuente que los médicos, que encarnan la cultura social médica, sean quienes ostentan el poder y que el discurso explícito de la organización se exprese formalmente a través de dicha cultura. No obstante, se deben hacer

esfuerzos por reconocer la existencia de otras culturas legítimas, que deben ser validadas y aceptadas al impulsar un proceso de cambio.

El éxito del proceso radicará en la amplitud y profundidad con que se realicen alianzas y sobre todo en el grado de credibilidad y confianza que se logre.

Pero la gerencia no puede enclaustrarse en un equipo de elegidos para ejercer el poder. En el momento en que lo haga, se aislará del resto de la organización y perderá toda capacidad de ejercer un liderazgo efectivo. Debe existir, por tanto, una segunda instancia de consulta y concertación, que podría denominarse el equipo político. La gerencia tiene que identificar a los líderes naturales, los que tienen más influencia en el seno de la organización. Con un grupo reducido de personas clave se habrá de organizar una instancia de consultas del más alto nivel, con el compromiso explícito de no desarrollar ninguna iniciativa sin contar con su conocimiento y respaldo. Este grupo debe convertirse en el garante público de la reforma y respaldar el proyecto de cambios, Esta es la forma más potente de conectar y entroncar el proceso con los valores y sensibilidades de la organización. La primera instancia es la de los juramentados (muy involucrados en el proceso) y la segunda, la de los hombres buenos

La tercera instancia, y no menos importante, es la constitución de un directorio de empresa. Es importante separar la línea ejecutiva del hospital de la del principal, de tal modo que queden muy claros los objetivos públicos y sociales de la organización y la forma como las decisiones cotidianas del colectivo hospitalario deben subordinarse a esos intereses superiores. En este sentido destacan las iniciativas de constituir una especie de consejo, en cuyo seno están representados el propietario del establecimiento y los distintos estamentos que constituyen la organización, incluidos sus representantes sindicales y los de la comunidad y los usuarios. Esta instancia de consulta y concertación es sumamente importante para que el

proceso de cambio se vaya legitimando tanto dentro como fuera de la organización y para que los actores internos y sus influencias relativas encuentren algún equilibrio con otros grupos de intereses.

En cuarto nivel de instancias de concertación y consultas se debe desarrollar en comisiones técnicas de ámbitos específicos: calidad, infecciones intrahospitalarias, farmacia, inversiones, bienestar del personal, etc. Estos equipos deben ser multidisciplinarios y tener objetivos precisos que retroalimenten la experiencia participativa. En este nivel se deben situar los equipos de participación, recomendados para poner en marcha el nuevo proyecto y sobre todo para vencer resistencias. Es conveniente crear previamente una instancia participativa específica para viabilizar y socializar dicho proceso.

En cada unidad de trabajo es necesario crear un quinto nivel de instancias de consulta y concertación. La gestión participativa efectiva requiere que la participación efectiva se dé en el puesto de trabajo, hacia el cual han de dirigirse todos los esfuerzos.

#### **4.7.4 La función de la dirección en la conducción del cambio**

El gerente es un líder que ha de movilizar a su organización hacia el cumplimiento de su función pública, la cual debe ser incorporada con carácter de misión institucional y traducida a objetivos estratégicos precisos y verificables. El uso eficiente de los recursos que la sociedad ha puesto a su disposición le obliga a alcanzar la mayor efectividad y calidad de los servicios y satisfacción de los usuarios. Para cumplir su misión, el gerente debe comprometer a toda la organización a responder efectivamente a las necesidades de salud de las personas, adaptarse con éxito a las condiciones socioculturales, económicas y políticas del medio, cumplir con los objetivos de producción, considerar las opiniones de la ciudadanía como promotoras de calidad, y dar cuenta ante los organismos públicos pertinentes y la

comunidad de los resultados obtenidos con relación a los recursos disponibles.

#### **4.7.5 La gestión del riesgo y de la resistencia**

Así como hay que gestionar el riesgo, transformándolo en oportunidad de aprendizaje, es menester gestionar la resistencia natural que se produce a los procesos de cambio. Según Maquiavelo «Nada es más difícil de realizar, más peligroso de conducir y más incierto en cuanto a su éxito, que el iniciar un nuevo orden de cosas, la innovación tendrá como enemigos a todos aquellos que fueron prósperos en las antiguas condiciones y como tibios defensores a los que puedan beneficiarse con el nuevo orden».

La resistencia al cambio es una reacción humana normal que se debe tener en cuenta siempre que se pretende hacer cambios, Los tiempos en que los cambios eran violentamente impuestos por las gerencias ya pasaron, y la experiencia señala que basta que se retire la fuerza que impuso los cambios para que vuelvan las viejas conductas. Los líderes, al gestionar la resistencia, deben ocuparse de cuatro dimensiones del cambio: personal, interpersonal, gerencial y organizacional. Tienen que enseñara aprender y a creer en los desafíos, ya que las personas son capaces de hacer grandes cosas cuando piensan en grandes cosas. Es decir, somos lo que pensamos que somos. La clave de las técnicas que se utilicen para desencadenar el proceso reside cuan exitosas sean en convocar a un pensamiento común de un nuevo hospital.

#### **4.7.6 Cómo implantar cambios con resistencia reducida**

Lo primero es hacer un diagnóstico de los elementos que oponen resistencia y luego estructurar un proceso de reducción con sus actividades bien definidas. En el diagnóstico, hay que considerar de cuánto tiempo se dispone para completar el cambio, cuál es la intensidad de la perturbación



política y cultural que se creará, quiénes se verán afectados por el cambio, quiénes serán los grupos o individuos que apoyarán o se resistirán al cambio, cuáles serán los motivos para apoyar o resistirse al cambio, y cuál será la importancia relativa de estos individuos o grupos para el éxito del cambio. Una vez estudiado y diagnosticado el efecto del cambio, se recomienda adoptar las siguientes medidas o técnicas dirigidas a gestionar la resistencia:

1. **Transparencia.** Informar a toda la organización, tratando de reducir temores y ansiedades, Si se han detectado personas o grupos de mayor resistencia, hay que prestarles más atención.

2. **Participación.** Involucrando a las personas que se verán directamente afectadas en la planificación del cambio, con lo cual se logrará disminuir la resistencia. Las personas tienden a apoyar lo que han ayudado a crear.

3. **Educación y capacitación.** Es preceptivo capacitar a los afectados por el cambio, ya que cualquier cambio significa olvidar hábitos y adquirir otros nuevos, Los afectados por el cambio deberán aprender a aprender.

4. **Tiempo.** La resistencia al cambio es mayor si se pretende hacer a corto que a largo plazo. Si se estima que el tiempo es escaso, será necesario disponer de una estructura de poder reforzada y, si fuese necesario, reforzar este poder antes de efectuar el cambio, ya que a un cambio fallido se opondrá más resistencia en un segundo intento.

5. **Secuencia,** Los cambios se pueden probar en grupos piloto. Esto ofrece la ventaja de elegir grupos de baja resistencia, analizar los efectos del cambio en ellos, introducir correcciones en los procesos del cambios y, si éste fue exitoso, esperar que se produzca un efecto de contagio en las restantes personas A veces no es posible utilizar estas estrategias, y los cambios han de introducirse en toda la organización de una sola vez.

Se puede utilizar las técnicas de desarrollo institucional y organizativo, que comprende los procesos de mejoramiento global de la institución para alcanzar sus objetivos centrales y abarca la definición de las políticas internas, la estructura y otros aspectos considerados clave para el establecimiento y funcionamiento de la entidad a largo plazo.

En el caso específico del cambio hospitalario, el desarrollo organizativo:

- Ayudar a inducir y promover la idea del hospital como empresa social,
- Crear un ambiente propicio y aumentar la confianza en el nuevo modelo.
- Motivar el compromiso de los diferentes actores protagonistas.
- Favorecer la concertación necesaria entre los diversos actores, colaborando para identificar formas prácticas de acción conjunta y complementaria.
- Crear un clima de receptividad para reconocer las realidades organizativas y de apertura para diagnosticar y solucionar problemas.
- Diagnosticar problemas y situaciones insatisfactorias.
- Buscar nuevas fuentes de energía (física, mental y emocional), liberar la energía bloqueada por personas o grupos.
- Compatibilizar, viabilizar, armonizar e integrar las necesidades y objetivos de la organización y de quienes la conforman.
- Analizar la respuesta operativa de la organización en relación con las características cambiantes del entorno (demanda, restricciones, oportunidades, cambios, desafíos, etc.).
- Desarrollar la organización a través del desarrollo de las personas.
- Compatibilizar y optimizar metas, recursos, estructuras, procedimientos y comportamientos.

- Perfeccionar el sistema y los procesos de información y comunicación.

La efectividad de una gerencia para producir cambios radica en cuánto éxito tenga en reformar la cultura institucional, ejercer un liderazgo efectivo y contar con la adecuada capacidad de aplicar métodos de desarrollo organizativo. El instrumental que se utilice para apoyar los cambios debe convencer a la organización de que el proyecto de cambio es una necesidad urgente, generar misiones y objetivos claros, la capacidad y competencia de la organización para aprender e intervenir sobre la estructura y el funcionamiento organizativos y el comportamiento humano. Para facilitar el análisis y las respuestas a estas cuestiones es necesario emplear instrumentos de amplia divulgación y utilización como los modelos para la identificación de problemas y necesidades de salud (Epo Info y SIG-EPI), el estudio de la producción institucional (WinSIG), y la relación entre el perfil epidemiológico y la estructura de la oferta (interfaz de mapeo entre datos del SIG-EPI y WinSIG, que está desarrollando la OPS), para relacionar geográficamente y representar gráficamente la ubicación de necesidades, recursos y servicios de salud.<sup>76</sup>

En resumen la intervención prioritaria luego del diagnóstico situacional, será el fortalecer un adecuado liderazgo que permita la integración de todos los involucrados, en distintos niveles, coordinados y orientados, que permitan en conjunto el desarrollo de objetivos estratégicos, el rediseño de procesos, la definición de indicadores de procesos, y el cambio de cultura organizativa, para una participación de las estructuras, y con un proceso de capacitación, permita vencer barreras enraizadas de muchos años, y con una legitimización de nuevos valores lograremos alcanzar en un tiempo no mayor de 24 meses lograremos una Cultura de servicio de calidad total, con una

---

<sup>76</sup> OPS. La Gestión del Cambio Institucional. La Transformación de Hospitales en América Latina y el Caribe. Washington DC. pp.2001. 164-189

visión común; y sin que el costo económico sea muy caro porque se dispone de los medios, y lo que nos costaría sería vencer la barrera de la resistencia al cambio; y con todas las herramientas disponibles la implementación es viable y factible aplicarlo en el Hospital Provincial Docente de Ambato.

## CAPITULO 5

### 5.1. CONCLUSIONES

El establecer un proceso de planificación participativa que incorporen indicadores de calidad, eficacia y eficiencia, permitirá desarrollar una estructura y funcionamiento organizacional por procesos interrelacionados, que responda de manera ágil y dinámica a las demandas del usuario interno y externo. El definir un esquema de gestión hospitalaria permitirá cumplir con los objetivos (eficacia) y metas, optimizando los recursos (eficiencia) e incorporando la calidad en los mismos.

Determinando un proceso de monitoreo y evaluación de la atención y gestión que incorpore el análisis y retroalimentación de la información permitirá una adecuada toma decisiones.

Como pilar para la gestión del cambio institucional es importante elegir a un líder y a su equipo, para que estimulen la creatividad de todos los actores clave de la organización, fomenten una cultura del aprendizaje y afronten adecuadamente las dificultades.

Para alcanzar los objetivos marcados, los cambios que se generan en la actualidad exigen que los hospitales dispongan de nuevos modelos de trabajo. Estas nuevas modalidades de trabajo también reclaman modelos organizativos distintos. Los cambios que se producen en el contexto obligan a las organizaciones a emprender un proceso de adaptación que les permita cumplir con los fines para las cuales se crearon.

La principal característica que debe prevalecer en el nuevo modelo es la flexibilidad. Las organizaciones ya no son una estructura rígida con misiones y funciones invariables con el tiempo. Por el contrario, sus límites son hoy difusos. Aquí cabe recordar cómo ha variado el viejo concepto de hospital, cómo se ha pasado de su concepción como centro para aislar a los enfermos de la sociedad a la idea de que se trata de un establecimiento abierto a la comunidad destinado a solucionar sus problemas de salud,

Del mismo modo, las organizaciones ya no necesitan ser autosuficientes. La interrelación y la cooperación, así como la complementariedad, permiten construir redes y formas fluidas de trabajo entre y dentro de las organizaciones. Ya no se conciben organizaciones de salud que, para alcanzar sus fines, no se articulen en redes internas y externas. Así, para lograr sus fines, en la actualidad prevalecen la misión y la visión estratégicas, las políticas y normas generales, más que las reglas y los procedimientos. Es la preeminencia de valores como la calidad y el servicio lo que prepondera en la gestión institucional. Esto no implica ni el desconocimiento ni el incumplimiento de las normativas, sino su consideración instrumental, es decir, éstas se justifican en tanto que ayudan a alcanzar el fin de la organización, que es prestar un mejor servicio, si bien su cumplimiento no puede considerarse un fin en sí mismo. Se precisa de estructuras flexibles, que no sólo permitan establecer relaciones verticales, sino también horizontales y que adopten como centro neurálgico el cliente externo o usuario.

Otro elemento fundamental que cabe mencionar es el aprendizaje continuo, tarea que le compete a la organización como tal y a los individuos que la integran. Dicho aprendizaje no ha de entenderse solamente desde el prisma de la formación del personal y de su posibilidad de ascender en la organización, sino también, y fundamentalmente, como un requisito para el crecimiento y la mejora de la propia institución. Con este fin y con el de

mejorar los servicios que presten, dicha capacitación debe ofrecerse a los profesionales con carencias de formación,

Para el adecuado logro de los objetivos de las organizaciones, se requiere que tanto las personas como los grupos que la integran gocen de mayor autonomía. Esta autonomía, que se ha venido en llamar desconcentración de las instituciones, es un proceso que se dirige hacia el interior de la institución. También debe propiciarse una descentralización efectiva de la institución que favorezca el mejor desempeño y la consecución de sus fines.

Todo lo anterior está impregnado de un estilo gerencial que tiene más hacia la coordinación y supervisión que hacia el ordeno y mando. Un buen gerente en la actualidad es aquel que consigue que los demás hagan lo que les corresponde y saben hacer, aquel que dirige y delega. Se requiere pues de gerentes que, al delegar, mantengan el control de la ejecución de los planes, no solo la responsabilidad final, y que permitan el desarrollo de los individuos de una organización, alentando su creatividad individual y de grupo con objeto de facilitar el cumplimiento de los propósitos institucionales.

Los elementos descritos vertebran el cambio de la gestión del Hospital y, de forma muy importante, de los servicios de salud. La innovación tecnológica ejerce su impacto en el desarrollo de los servicios de salud y puede redundar cristalizar en mayor capacidad de resolución de los problemas de salud de la población, mejor calidad de las prestaciones que se brindan e incidir en los costos de producción de los servicios. No obstante, la innovación tecnológica también puede tener consecuencias negativas a causa de la falta de capacitación del personal o de flexibilidad de las organizaciones para afrontar los cambios encaminados a mejorar el manejo de las nuevas tecnologías. La creciente complejidad tecnológica influye en la gestión del hospital, pues modifica las formas de organización y operación, así como los requerimientos de recursos y financiación. Si se pretende que

las nuevas tecnologías constituyan herramientas de mejora y no amenazas para el sistema y sus usuarios, será necesario aquilatar su efectividad, su eficacia y las evaluaciones socioeconómicas que se realicen sobre ellas.

La cultura de una organización es un conjunto de valores, creencias, reglas no escritas y actitudes, aceptados o no por sus miembros. Entre los elementos que integran la cultura de una organización se encuentran los valores, los mitos, los ritos, los héroes y el lenguaje. Los hospitales giran en torno a una cultura hospitalaria impregnada de ciertos valores, como el papel del hospital, el comportamiento de los distintos trabajadores jerarquizados en función de su profesión, la forma de relacionarse con los usuarios o la imagen que se tiene de la comunidad,

Esa cultura también se alimenta de mitos y de rituales que conforman la cultura de los hospitales. Los mitos son explicaciones no racionales de hechos reales de la vida organizativa.

Los rituales hospitalarios también integran su cultura. Las modalidades de acción, la manera de los distintos estamentos de vincularse entre sí, los trámites administrativos e incluso la misma atención a los usuarios, pueden convertirse en ritos, con todo lo que ello significa. Un rito es una actividad relativamente estandarizada y sistematizada cuyas aportaciones a los objetivos organizativos no son esenciales y en muchos casos mejoran los resultados de la organización. Los ritos son aquellos procedimientos que se hacen de determinada manera, porque siempre se hicieron así sin saber a ciencia cierta si es bueno o malo para los objetivos del hospital. También forman parte de la cultura de una institución los personajes admirados cuyas cualidades se toman como ejemplo a seguir. Por último, el lenguaje de un hospital es reflejo de la cultura que se vive, puesto que es la manera de manifestar, transmitir y crear los valores de la organización. Entonces, para fomentar una cultura de la calidad en los hospitales es preciso trabajar, fijar



pautas y desarrollarlas en torno a estas variables. Lo más importante es promover los valores vinculados con la calidad, entre los que cabe destacar los siguientes:

- La calidad supone dar respuestas con equidad, efectividad y eficiencia.
- El eje y sujeto primordial de los hospitales es el usuario de los servicios.
- La satisfacción de los usuarios debe ser a un tiempo individual y comunitario.
- No menos importantes son para la calidad los que trabajan en el hospital, es decir, los clientes internos.
- Las adecuadas estructuras hospitalarias son condición necesaria pero no suficiente para proveer una atención de calidad. En ellas cobran especial importancia los procesos que se desarrollan y los resultados que se obtienen.
- La calidad no es sinónimo de complejidad o lujo y se puede desarrollar en cualquier nivel de atención. Para ello, sólo es necesario disponer de la estructura adecuada para las misiones y definir las funciones que deben realizarse.

No hay desarrollo de la calidad si todo el personal del hospital no está motivado, ya que la calidad no depende de algunos de los trabajadores, sino de todos. El personal debe sentirse orgulloso de pertenecer a la institución. La calidad es un proceso que puede ser medible, lo cual permite comparar a unos hospitales con otros y consigo mismo. Dichas comparaciones propician la mejora continua de la calidad. La mejor calidad de hoy no va a ser la mejor calidad de mañana. Nunca debemos darnos por satisfechos con los resultados alcanzados. Promover estos valores o principios e interiorizarlos es una labor que demanda esfuerzo, constancia y tenacidad, ya que la modificación de los patrones culturales es una de las actividades que

entrañan mayor dificultad. La cultura de la calidad supone la destrucción de viejos mitos, la generación de nuevas rutinas o rituales, la conformación de nuevos héroes en la organización, es decir de las personas o las actitudes que se admiran y emulan, También exige que todo el personal aprenda las políticas y planes institucionales relacionados con este tema, así como el lenguaje de la calidad, ya que es imposible realizar alguna actividad sin una comunicación adecuada, Para esto último es fundamental que todos usen el mismo lenguaje.

En síntesis, el cambio cultural de los hospitales es un desafío de capital importancia para conseguir una gestión hospitalaria adecuada que satisfaga los más altos propósitos institucionales planteados. Este desafío no es algo que se vaya a plantear solamente por voluntad de la propia organización; está sujeto a condicionantes externos, entre los que sobresalen los siguientes:

En el lado de la demanda se encuentra la actitud de los usuarios, cada vez más informados y exigentes y más conscientes de sus derechos y de las obligaciones de los que prestan servicios de salud.

En el de la oferta destacan los costos crecientes de los servicios de salud y, en algunos casos, el exceso de oferta de servicios. Este excedente genera una competencia que ha de dirigir sus esfuerzos a aumentar la calidad de los servicios que se prestan y a lograr que la asignación de los recursos, siempre insuficientes del sector para atender todas las necesidades de la población, sea eficiente.

Partiendo del protagonismo del recurso humano en los procesos de cambio del hospital, es necesario reiterar que su gestión corresponde al más alto nivel directivo de la institución y que forma parte fundamental de su

estrategia de desarrollo. En el caso del hospital la gestión de recursos humanos no se agota en la dirección o en las instancias responsables de la administración, sino que se desarrolla en cada servicio y departamento de la organización; de ahí que dicha gestión se considere como parte integrante esencial de la estrategia gerencial global del hospital. Para dinamizar esta integración de la estrategia de recursos humanos en la del hospital se recomienda:

a) Explicitar una filosofía de mejoramiento continuo de la calidad impulsada por la gerencia y la constitución de equipos de calidad en cada servicio que orienten la cultura organizativa hacia el servicio al cliente. Por la alta complejidad del hospital como organización, el liderazgo y la motivación han de ser el cometido de todo un equipo y no únicamente del gerente. No puede producirse un cambio sin un liderazgo que lo comunique con fuerza y claridad y que luche por él con tenacidad hasta alcanzarlo.

b) Impulsar el establecimiento de equipos técnicos capacitados, que apoyen las decisiones estratégicas de la dirección hospitalaria y que garanticen que la estrategia de recursos humanos es congruente con la de la institución.

c) Definir una política de recursos humanos que privilegie su capacidad creadora y ratifique su importancia para la institución mediante acciones concretas.

d) Promover el uso compartido de indicadores. Para gestionar los procesos de cambio en los hospitales, la gerencia debe promover el uso de indicadores de productividad de los recursos. El conocimiento compartido de indicadores de costo por egreso o por paciente atendido, del nivel de satisfacción de los usuarios, y su comparación con los de otros centros de salud o con los obtenidos anteriormente por el mismo hospital, son la fuente de ideas y propuestas de mejoramiento. La realización de estas tareas debe correr a cargo de grupos de pares (equipos responsables de la gestión del recurso humano en distintos hospitales).

## 5.2. RECOMENDACIONES

Los diagnósticos realizados, determinan que es imprescindible en el Hospital Provincial Docente Ambato, en conjunto con todos los funcionarios, coordinados por un comité de **“garantía de la calidad”**:

- Planear y desarrollar actividades
- Establecer selección de prioridades
- Fijar objetivos
- Acordar estrategias
- Fijar las metas
- Revisar la estructura orgánica y funcional
- Realizar procesos y procedimientos
- Establecer los recursos humanos, físicos y financieros de acuerdo al área de influencia
- Establecer un sistema de información adecuado y óptimo de acuerdo a los avances tecnológicos
- Definir los servicios a ofrecer por la institución
- Realizar investigación sobre servicios prestados, tendientes a mejorar el desarrollo institucional
- Realizar los controles o auditorias a todo nivel
- Realizar planes de mejoramiento continuo de la calidad
- Desarrollar una cultura de calidad con capacitación continua y
- Potenciar el área de docencia e investigación.

Paralelamente la entidad Rectora que es el Ministerio de Salud Pública debe implementar en forma urgente los mecanismos externos de regulación como es el licenciamiento, certificación y acreditación de la institución.

Se debe establecer una política de recursos humanos, y promover el uso de indicadores de productividad de los recursos. El conocimiento compartido de indicadores de costo por egreso o por paciente atendido, del nivel de satisfacción de los usuarios, y su comparación con los de otros centros de salud o con los obtenidos anteriormente por el mismo hospital, son la fuente de ideas o propuestas de mejoramiento.

La presente es una guía que permita el introducirnos en el camino de la calidad y obtener los cambios que logren los resultados de satisfacción tanto del usuario externo e interno.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Modelo de Calidad Total del Sistema Nacional de Salud de España. Madrid.2001.
2. Albuquerque, C., et all. La transformación de la Gestión de hospitales en América Latina y el Caribe. Washington, D.C. OPS-ACODESS-MINISTERE DE AFFAIRES ETRANGERES. 2001
3. INFORME DE CONTRALORIA # DR.III 015-03
4. Barquín, Calderón Manuel. Dirección de Hospitales. Séptima edición Interamericana. Mc Graw - Hill México
5. OMS: Planning and Management for Health. Report on a European. Conference Euroreport and Studes, N° 102.Regional Office for Europe. Copenhagen. 1986.
6. Cuervo, J. Varela, J. Belenes, R. Gestión de Hospitales. Nuevos Instrumentos y tendencias. Editorial Vicens Vives. Barcelona, España. Primera edición 1994
7. Constitución Política del Ecuador. 1998
8. Ley Orgánica del Sistema nacional de Salud (Ley No 2002-80)
9. MSP, OPS León, Ninfa. Sistema Nacional de Salud. Boletín APS # 6 Agosto 2001; pp. 99.
10. MSP, OPS León, Ninfa. Sistema Nacional de Salud. Boletín APS # 6 Agosto 2001; pp. 101 – 105.
11. Manual de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes y Usuarios del MSP y Proyecto Modersa. Ecuador. Abril 2004.
12. León, Ninfa. Y otros Propuesta de reforma del sector salud versión 2 septiembre 1996; pp. 89-93.
13. Barquín, Calderón M. Dirección de Hospitales. Sexta edición Interamericana. Mc Graw -Hill México.

14. Ochoa, H. Lucio, R. Vallejo, F. Días, S. Ruales, J. Kroeger, A. Manual Práctico para la Gestión. Local de la Salud: Economía de la Salud. Editorial Pax México .Impreso en México.1999.
15. Villacrés, N. Yépez, J. Protección social en Salud: Ecuador. MSP. OPS. Enero 2002.
16. OPS. Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Ecuador. Segunda Edición. Noviembre del 2001; pp. 1-31.
17. Beaglehole, Robert y otros. Epidemiología Básica. OPS. Washington DC; pp. 13-14.
18. Breil, Jaime .Nuevos conceptos y técnicas de Investigación. Segunda Edición. Centro de Estudios y asesoría en salud CEAS Impreso en Ecuador; pp. 245-246.
19. León, N. Políticas de Salud. Declaración de Yakarta. Republica de Indonesia. 1997; pp. 4-5.
20. León, N. Políticas de Salud. Declaración de Yakarta. Republica de Indonesia. 1997; pp. 4-5.
21. Beahlehole, R. Epidemiología Básica. OPS. Washington DC; pp. 1-97.
22. Malagón, G. Galán, R. Pontón, G. Administración Hospitalaria. Panamericana. Colombia. Segunda edición.2002.
23. Vega, M. Administración de servicios de Salud. Numero 3. Enero 2003; p p. 228-242.
24. Chias, J. ¿Qué podemos aprender del marketing de servicios? San Sebastián: Asociación Española de administración Hospitalaria. Ponencia. 1988.
25. Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Ecuador. Programas de organización y gestión de sistemas y servicios de Salud. OPS. 2da.Edición 8 de noviembre del 2001.
26. Manual de Calidad. Fascículo 2 en  
:http://www.cadime.com.ar/publicaciones/publicaciones.htm
27. Modelo de Calidad Total del Sistema Nacional de Salud de España. Madrid. 2001.

28. Di Preti, L. Miller, L. Rafeh, M. Hatzell, T. Garantía de calidad de la atención de Salud en los países en desarrollo. USAID. Bethesda, segunda edición; pp. 1-40.
29. Albuquerque, C., et all. La transformación de la Gestión de hospitales en América Latina y el Caribe. Washington, D.C. OPS – ACODESS - MINISTERE DE AFFAIRES ETRANGERES. 2001
30. JUNTA DE ANDALUCIA. Gestión por Procesos en el Sistema Sanitario público de Andalucía. Huerca -Overa .Febrero 2002.
31. Manuales Operativos Paltex. Manual de Gerencia de la Calidad. OPS-OMS. Vol III.
32. Rubio, S. Glosario de la Economía de la Salud. Ediciones Díaz de Santos, S. A. Madrid-España.1995; pp. 1-277.
33. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Consejo de Salud de Andalucía. Edita Consejería de Salud. 1991; pp.1-176
34. GESTION POR COMPETENCIAS. Línea Profesionales de la SGCE, Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Edita Conserjería de Salud; pp. 1- 41.
35. Palmer RH. Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1989.
36. MARKOP. Datos estadísticos, Edición 2001.
37. INDICADORES BASICOS EN EL ECUADOR, EDICIÓN 2003.INEC. OPS. MSP.
38. Revista GESTION, Mayo del 2002, Número 95.
39. Marechal J, Place du plateau technique dans une démarche de planification sanitaire. Technologie Santé 1996; 26: 8-10.Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Américas. Washington, DC: OPS; 1998. (Publicación científica No. 569.)
40. American College of Clinical Engineering., IFMBE-news (International federation for medical and biological engineering) 1997.



41. Barquin, M. Recursos humanos en la atención médica. En Dirección de Hospitales. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana Editores. México.2002; pp.136-153.
42. Cuervo, J. La Organización de los Recursos Asistenciales. En Gestión de Hospitales-Nuevos Instrumentos y Tendencias. Ediciones Vicens-Vives. Barcelona-España .1994; pp. 36-72.
43. Cuervo,J. La organización de los Recursos Asistenciales. Nuevos Instrumentos en Gestión Hospitalaria. Ed. VicensVives. Barcelona-España.1994; pp. 55-60
44. OPS. Sistema de Información. La Transformación de la Gestión de Hospitales en America Latina y el Caribe. Washington DC.2001; pp. 293-317.
45. Zardoya, A. Guevara, I. et all. Gestión de la Calidad de los Servicios Sanitarios, caso de auto evaluación según el EFQM. Trabajo en la Universidad de Zaragoza – España.
46. Galán, R. Indicadores. Directos e Indirectos de Calidad en Salud en Garantía de Calidad en Salud de Malagón. Editorial Panamericana. Bogotá – Colombia. 2001; pp. 143-165.
47. Berenguer, J. Gestión de los Servicios Asistenciales. Gestión de Hospitales-Nuevos Instrumentos y tendencias. Editorial Vicens-Vives. Madrid-España.1994; pp. 262-301.
48. Ponton, G. Control de los Recursos Humanos. En Auditoría en Salud para una Gestión Eficiente de Malagón. Editorial Panamericana. Segunda Edición. Colombia. 2003; pp. 171-179
49. Pontón, G. Control a la Gestión administrativa, económica y financiera en Auditoría en Salud de Malagón. Editorial Panamericana. Segunda Edición. Colombia. 2003; pp. 363-372.
50. Reynales, J. La Calidad en la Información y la comunicación en las Organizaciones de Salud. En Garantía de Calidad en Salud, Malagón-Galán-Pontón. Primera Edición. Bogotá-Colombia. Editorial Médica Panamericana. 2001; pp. 345.

51. Barquin, M. Dirección de Hospitales. Evaluación de Hospitales. Editorial McGraw Hill Interamericana. México. 2002 pp. 231-274
52. La Gestión de la Calidad en La Transformación de Hospitales en América Latina y el Caribe. OPS. Washington DC.201; pp. 192-221.
53. Organización Panamericana de la Salud. El desarrolló de la evaluación de las tecnologías en salud en América Latina y Caribe. Washington, DC: OPS; 1998.

# ANEXOS

ESTÁNDARES DE CALIDAD PARA EL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO - O. CÓRDOVA

ATRIBUTO	DEFINICIÓN OPERACIONAL DEL ATRIBUTO	ESTÁNDAR	TIPO	INDICADOR	
				NOMBRE	DESCRIPCIÓN
RESPECTO AL USUARIO EXTERNO	Consideración de la persona como sujeto de derecho, valorando su cultura y condiciones individuales	1.El establecimiento cuentan con mecanismos de escucha al usuario y un sistema eficaz de gestión de sus quejas y sugerencias	RESULTADO	1. Porcentaje de quejas resueltas por la organización.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de quejas resueltas}}{\text{N}^\circ \text{ de quejas recibidas}} \times 100$
		2. Los usuarios externos perciben un trato adecuado con amabilidad respeto y empatía	RESULTADO	2. Proporción de usuarios externos que perciben trato adecuado por el proveedor de servicios en la prestación de salud.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de usuarios externos encuestados que perciben buen trato}}{\text{N}^\circ \text{ Total de usuarios encuestados}} \times 100$
INFORMACIÓN COMPLETA	Provisión de contenidos veraces y oportunos, entendibles por las personas, que les permitan tomar decisiones sobre su salud.	3. El usuario externo recibe, comprende y acepta la información que se le brinda acerca de los procedimientos, diagnóstico y tratamiento referidos a su caso	RESULTADO	3. Porcentaje de usuarios externos informados satisfactoriamente	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de usuarios externos encuestados que manifiestan que la información recibida en la atención es entendible y completa}}{\text{N}^\circ \text{ total de usuarios externos encuestados}} \times 100$
EFICIENCIA	Logro de objetivos y metas haciendo uso racional de recursos	4. La organización de salud evalúa los gastos administrativos	PROCESO	4. Porcentaje de gastos administrativos	$\frac{\text{Total de gastos administrativos en el periodo correspondiente}}{\text{Gasto total en el mismo periodo}} \times 100$

Elaborado: Opilio Córdova

**ESTANDARES DE CALIDAD PARA EL HOSPITAL DOCENTE AMBATO**

ATRIBUTO	DEFINICIÓN OPERACIONAL DEL ATRIBUTO	ESTÁNDAR	TIPO	INDICADOR	
				NOMBRE	DESCRIPCIÓN
EFICIENCIA		5. La organización constituye y formaliza equipos de MCC en los servicios	ESTRUCTURA	5. Porcentaje de servicios que cuentan con equipos de MCC	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de servicios que cuentan con equipos de MCC} \times 100}{\text{Total de servicios}}$
		6. La organización cuenta con los medicamentos necesarios para satisfacer la demanda de los usuarios	RESULTADO	6. Porcentaje de recetas prescritas por SIS dispensadas totalmente	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de recetas prescritas por SIS totalmente dispensadas} \times 100}{\text{Total de recetas prescritas por SIS del establecimiento}}$
EFICACIA	Logro de las metas y actividades verificables de acuerdo a normas, planes y procedimientos	7. La organización incorpora en el PEI y en el POI un objetivo y actividades de calidad respectivamente	ESTRUCTURA	7. Incorporación de un objetivo de calidad en el PEI	Objetivo de calidad incorporado en el PEI
				8. Incorporación de actividades de calidad en el POI	Actividades de calidad incorporadas en el POI
		8. El hospital asegura la aplicación de normas y procedimientos para el control de riesgos quirúrgicos y de infecciones intrahospitalarias.	PROCESO	9. Tasa de cesáreas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Cesáreas realizadas} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ Total de Partos Atendidos}}$
			RESULTADO	10. Tasa o porcentaje de la principal infección intrahospitalaria seleccionada por el hospital	1) $\frac{\text{Numero de pacientes con infección intrahospitalaria priorizada por el hospital o instituto} \times 100}{\text{Número total de pacientes expuestos}}$ 2) $\frac{\text{Número de episodios de la infección intrahospitalaria priorizada por el hospital o instituto} \times 1000}{\text{Número total de días de exposición al Dispositivo vigilado}}$

Elaborado: Opilio Córdova

**ESTANDARES DE CALIDAD PARA EL HOSPITAL DOCENTE AMBATO**

ATRIBUTO	DEFINICIÓN OPERACIONAL DEL ATRIBUTO	ESTÁNDAR	TIPO	INDICADOR	
				NOMBRE	DESCRIPCIÓN
EFICACIA	Logro de las metas y actividades verificables de acuerdo a normas, planes y procedimientos	9. La institución cuenta con protocolos, manuales de procedimientos aprobados y actualizados, conocidos por el personal y disponibles para la atención.	ESTRUCTURA	11. Disponibilidad de protocolos para los procesos de atención por servicio para las cinco primeras causas de morbilidad	Nº de servicios que tienen protocolos aprobados para las cinco primeras causas de morbilidad del <u>servicio</u> x 100 Total de servicios evaluados
				12. Porcentaje de usuarios internos que conoce de la existencia de protocolos de prevención y manejo de accidentes punzo-cortantes en la institución	Nº de usuarios internos encuestados que conocen la existencia de protocolos de prevención y manejo de accidentes punzo-cortantes en la <u>institución</u> x 100 Total de usuarios internos encuestados
		10. Se implementan procesos de auditorías de salud y administrativas de manera periódica y preventiva	ESTRUCTURA	13. Existencia de Comités de Auditoría	Comité de Auditoría existente y formalizado
			PROCESO	14. Porcentaje de conformidad de casos de eventos centinelas auditados	Nº de casos de eventos centinela <u>auditados con conformidad</u> x 100 Total de casos de eventos centinela auditados
		15. Porcentaje de Historias Clínicas auditadas con conformidad		Nº de Historias Clínicas auditadas con <u>conformidad</u> x 100 Total de Historias Clínicas auditadas	

Elaborado: Opilio Córdova

**ESTANDARES DE CALIDAD PARA EL HOSPITAL DOCENTE AMBATO**

ATRIBUTO	DEFINICIÓN OPERACIONAL DEL ATRIBUTO	ESTÁNDAR	TIPO	INDICADOR	
				NOMBRE	DESCRIPCIÓN
		11. La organización supervisa la prescripción de medicamentos en DCI comprendidos dentro del PNME	PROCESO	16. Porcentaje de medicamentos prescritos en DCI y dentro del petitorio nacional de medicamentos esenciales	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de medicamentos prescritos en DCI dentro del PNME}}{\text{N}^\circ \text{ total de medicamentos prescritos}} \times 100$
		12. La organización supervisa las actividades realizadas por el Comité Farmacológico	PROCESO	17. Porcentaje de actividades realizadas por el comité Farmacológico según plan de trabajo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de actividades realizadas por los comités farmacológicos}}{\text{N}^\circ \text{ total de actividades del comité farmacológico programadas en el POI}} \times 100$
		13. La organización evalúa el cumplimiento de la programación de operaciones electivas	PROCESO	18. Tasa de suspensión de operaciones electivas programadas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de operaciones electivas programadas suspendidas}}{\text{Total de operaciones electivas programadas}} \times 100$
CONTINUIDAD	Proceso que garantiza la atención integral, sin interrupción y en forma permanente de los usuarios hasta la solución de problema de salud	14. La institución cuenta con recursos para garantizar la prestación ininterrumpida y la atención a sus referencias	ESTRUCTURA	19. Porcentaje de servicios de apoyo disponibles permanentemente	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de servicios de apoyo que funcionan las 24 horas según nivel de complejidad}}{\text{Total de servicios de apoyo}} \times 100$
				20. Disponibilidad de medios de transporte y comunicación para efectuar y recibir referencias	Medios de comunicación y transporte operativos para realizar las referencias
		15. El hospital se articula y organiza funcionalmente con los establecimientos de su red.	PROCESO	21. El Hospital cuenta con Manual de Referencia y Contrarreferencia	Manual de Referencia y contrarreferencia implementado.

Elaborado: Opilio Córdova

**ESTANDARES DE CALIDAD PARA EL HOSPITAL DOCENTE AMBATO**

ATRIBUTO	DEFINICIÓN OPERACIONAL DEL ATRIBUTO	ESTÁNDAR	TIPO	INDICADOR	
				NOMBRE	DESCRIPCIÓN
OPORTUNIDAD	Disponibilidad de los servicios en el momento que el usuario lo requiera de acuerdo con las características y severidad de cada caso.	16. El usuario recibe la atención necesaria en el momento que lo requiere según la severidad de su caso	PROCESO	22. Porcentaje de pacientes con tiempo de espera para atención en emergencia menor de 15 minutos	Número de pacientes con tiempo de espera para atención en emergencia <u>menor de 15 minutos x 100</u> Total pacientes atendidos en el mismo servicio
				23. Medición del tiempo de espera para la atención en consulta externa	Tiempo promedio de espera del usuario para atención en consultorio externo
INTEGRALIDAD	Atención de la persona considerando sus esferas biopsicosociales y espirituales mediante actividades de vigilancia, promoción, prevención, recuperación y rehabilitación	17. La institución cuenta con procesos que disminuyan las oportunidades perdidas en el control de neoplasias cervico-uterinas	PROCESO	24. Porcentaje de usuarias en edad fértil mayores de 20 años con PAP realizado e informado.	N° de MEF mayores de 20 años con PAP realizado e informado en un periodo de <u>tiempo determinado x100</u> Total de MEF mayores de 20 años que acuden a los servicios en el mismo periodo de tiempo
TRABAJO EN EQUIPO	Personas con visión compartida que asumen responsabilidades y compromisos, complementan capacidades y desarrollan sus potencialidades para el logro de resultados.	18. La organización incorpora a los usuarios externos en la gestión de la calidad	ESTRUCTURA	25. El equipo de gestión de la calidad de la organización cuenta con por lo menos un representante de los usuarios externos	Equipo de gestión de la calidad de la organización cuenta con por lo menos un representante de los usuarios externos existente y formalizado
		19. Los equipos de calidad cumplen con los acuerdos tomados	PROCESO	26. Cumplimiento de acuerdos tomados por los equipos de calidad de los servicios.	N° acuerdos cumplidos por los equipos <u>de calidad de los servicios X 100</u> N° de acuerdos tomados con el equipo de gestión de la organización
		20. Los equipos de los servicios implementan proyectos de mejora de la calidad.	PROCESO	27. Porcentaje de trabajadores de los servicios involucrados en la implementación de proyectos de mejora de la calidad.	N° de trabajadores de los servicios involucrados en la implementación de <u>proyectos de mejora de la calidad x 100</u> Total de trabajadores de los servicios

Elaborado: Opilio Córdova



### ESTANDARES DE CALIDAD PARA EL HOSPITAL DOCENTE AMBATO

ATRIBUTO	DEFINICIÓN OPERACIONAL DEL ATRIBUTO	ESTÁNDAR	TIPO	INDICADOR	
				NOMBRE	DESCRIPCIÓN
PRIVACIDAD	Respeto a la privacidad de los usuarios con ambientes que garanticen una atención personalizada y a la confidencialidad de su información médica.	21. Los usuarios perciben privacidad durante la atención	RESULTADO	28. Porcentaje de usuarios atendidos en consulta externa, emergencia y hospitalización que percibieron privacidad durante la atención	Nº de usuarios atendidos en consulta externa, emergencia y hospitalización encuestados que percibieron privacidad <u>durante la atención x 100</u> Total de usuarios atendidos en consulta externa, emergencia y hospitalización encuestados
ACCESIBILIDAD	Condiciones de la organización y los servicios para facilitar el acceso de los usuarios a la atención que oferta	22. La institución establece mecanismos para garantizar el acceso a los servicios de los usuarios de menores recursos	PROCESO	29. Porcentaje de emergencias y partos financiados por Seguro Integral de Salud	Nº de emergencias y partos financiados <u>por SIS x 100</u> Total de emergencias y partos atendidos
SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO	Es la percepción favorable del usuario externo acerca de la atención recibida.	23. Usuario externo satisfecho con la atención recibida en los servicios de salud	RESULTADO	30. Porcentaje de satisfacción del usuario externo	Nº de usuarios externos encuestados <u>satisfechos x 100</u> Total de usuarios externos encuestados
SATISFACCIÓN DEL USUARIO INTERNO	Es la percepción favorable del usuario interno acerca de lo que recibe de la organización.	24. Usuario interno satisfecho con su organización	RESULTADO	31. Porcentaje de satisfacción del usuario interno	Nº de usuarios internos encuestados <u>satisfechos x 100</u> Total de usuarios internos encuestados

PEI: Plan Estratégico Institucional; POI: Plan Operativo Institucional; MCC: Mejoramiento Continuo de calidad; SIS: Seguro Integral de Salud; PNME: Plan Nacional de Medicamentos Esenciales  
 DCI: Denominación Común Internacional; MEF: Madres en Edad Fértil.

**Fuente:** Normas Técnicas de Estándares de Calidad para Hospitales e Institutos de Especialidades- Lima / Perú-2003

**Elaborado:** Opilio Córdova

## INDICE

<b>CAPITULO 1 .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 INTRODUCCION.....</b>	<b>1</b>
1.1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	1
1.1.2 FORMULACION Y SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	4
1.1.3.1 Objetivo general.....	4
1.1.3.2 Objetivos específicos .....	4
1.1.4 JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO.....	4
1.1.4.1 Justificación teórica .....	4
1.1.4.2 Justificación metodológica.....	5
1.1.4.3 Justificación práctica.....	7
1.1.5 HIPOTESIS DE TRABAJO.....	7
1.1.6 ASPECTOS METODOLOGICOS.....	8
<b>CAPITULO 2 .....</b>	<b>11</b>
<b>2.1. MARCO TEORICO.....</b>	<b>11</b>
2.1.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE SALUD ENFERMEDAD.....	11
2.1.1.1 Salud Enfermedad.....	11
2.1.1.2 Determinantes de la Salud.....	12
2.1.1.3 Epidemiología.....	15
2.1.1.4 Perfil Epidemiológico.....	16
2.1.1.5 Atención de salud.....	17
2.1.1.5.1 Promoción .....	17
2.1.2 SISTEMAS DE SALUD.....	22
2.1.2.2 Los Sistemas de Atención.....	32
2.1.3 SISTEMA DE SALUD ECUATORIANO .....	36
2.1.4 SERVICIOS DE SALUD.....	50
2.1.4.1 Niveles de Complejidad .....	54
2.1.5 SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS .....	55
2.1.6 CALIDAD .....	57
2.1.6.1 Calidad en Salud .....	68
2.1.6.2 Garantía de Calidad en salud .....	71
2.1.6.2.1 Licenciamiento.....	72
2.1.6.2.2 Acreditación.....	72
<b>2.2 ADMINISTRACIÓN .....</b>	<b>78</b>
2.2.1 ADMINISTRACIÓN MODERNA .....	80
<b>2.3 PLANIFICACION .....</b>	<b>81</b>
2.3.1 EL PROCESO DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA .....	84
2.3.2 CONCEPTOS DE LA ESTRATEGIA .....	86
<b>2.4 ORGANIZACIÓN.....</b>	<b>88</b>
<b>2.5 GESTION.....</b>	<b>90</b>
<b>2.6 MONITOREO Y EVALUACION .....</b>	<b>92</b>
<b>2.7 MARKETING .....</b>	<b>98</b>

<b>CAPITULO 3.....</b>	<b>102</b>
<b>DIAGNOSTICO DE SITUACION DEL HOSPITAL AMBATO.....</b>	<b>102</b>
<b>3.1 CONTEXTO NACIONAL .....</b>	<b>102</b>
3.1.1 TENDENCIAS EN EL DESARROLLO DE POLÍTICAS.....	106
3.1.2 TENDENCIAS EN EL DESARROLLO SOCIOECONOMICO.....	107
3.1.2.1 Tendencias económicas.....	107
3.1.2.2 Tendencias Demográficas.....	107
3.1.2.3 Tendencias Sociales.....	109
3.1.3 SUMINISTRO DE ALIMENTOS Y ESTADO NUTRICIONAL.....	110
3.1.4 ESTILOS DE VIDA.....	110
3.1.5 SALUD Y MEDIO AMBIENTE.....	111
3.1.5.1 Protección general del medio ambiente.....	111
3.1.5.2 Abastecimiento de agua y saneamiento.....	113
3.1.6 RECURSOS PARA LA SALUD.....	115
3.1.6.1 Recursos humanos para la salud.....	115
3.1.6.2 Recursos financieros para la salud.....	117
3.1.7 INFRAESTRUCTURA FISICA.....	117
3.1.8 MEDICAMENTOS ESENCIALES Y OTROS SUMINISTROS.....	118
3.1.9 COLABORACION INTERNACIONAL EN EL CAMPO DE SALUD.....	119
3.1.10 DESARROLLO DEL SISTEMA DE SALUD.....	119
3.1.10.1 Políticas y estrategias de salud.....	119
3.1.10.2 Cooperación Intersectorial.....	120
3.1.10.3 Organización del sistema de Salud.....	121
3.1.11 SISTEMA DE INFORMACION DE SALUD.....	123
3.1.12 ACCION COMUNITARIA.....	123
3.1.13 PREPARATIVOS PARA SITUACIONES DE EMERGENCIA.....	124
3.1.14 INVESTIGACIONES Y TECNOLOGIA SANITARIAS.....	124
3.1.15 MANTENIMIENTO DE MAQUINARIA Y EQUIPO HOSPITALARIO.....	125
3.1.16 SERVICIOS DE SALUD.....	129
3.1.16.1 Educación sanitaria y promoción de la salud.....	129
3.1.16.2 Salud Materno Infantil y Planificación familiar.....	129
3.1.16.3 Inmunización.....	130
3.1.16.4 Prevención y control de las enfermedades y endemias.....	132
3.1.17 TENDENCIAS DE LA SITUACION DE SALUD.....	135
3.1.17.1 Esperanza de vida.....	135
3.1.17.2 Mortalidad.....	135
3.1.17.3 Morbilidad.....	136
3.1.17.4 Discapacidad.....	137
<b>3.2 DIAGNOSTICO SITUACIONAL PROVINCIAL.....</b>	<b>139</b>
3.2.1 TENDENCIAS DEMOGRÁFICAS.....	139
3.2.2 TENDENCIAS SOCIALES.....	141
3.2.3 RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD.....	142
<b>3.3 DIAGNOSTICO SITUACIONAL DEL HOSPITAL.....</b>	<b>144</b>
3.3.1 ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL AMBATO.....	146
3.3.2 RECURSOS HUMANOS.....	148
3.3.3 INFRAESTRUCTURA.....	152
3.3.4 RECURSOS TECNOLÓGICOS.....	154
3.3.5 ANÁLISIS FODA.....	172
3.3.6 RECURSOS FINANCIEROS.....	178
3.3.6.1 Índices financieros 2004.....	182
3.3.6.2 Situación Financiera 2005.....	186
3.3.7 RESULTADOS.....	188
3.3.7.1 Actividades intermedias.....	188
3.3.7.2 Actividades finales.....	189

3.3.8 CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNIDAD.....	195
3.3.9 RECURSOS FÍSICOS.....	221
<b>3.4 RESUMEN DE LA PROBLEMÁTICA HOSPITALARIA.....</b>	<b>228</b>
<b>CAPITULO 4.....</b>	<b>231</b>
<b>4.1 PLAN ESTRATÉGICO.....</b>	<b>232</b>
4.1.2 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.....	235
4.1.2.1 Satisfacción del sistema sanitario.....	236
4.1.2.2 Satisfacción de las necesidades de Salud y Expectativas de Servicio.....	236
4.1.2.3 Equilibrio Financiero.....	236
4.1.2.4 Mejora Global del Sistema Sanitario.....	236
4.1.2.5 Satisfacción de las personas.....	237
4.1.2.6 Gestión de la Mejora Continua.....	237
4.1.2.7 Factores Clave de Éxito.....	237
4.1.3 LA SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DE SALUD.....	238
4.1.4 EQUILIBRIO FINANCIERO:.....	239
4.1.5 MEJORA GLOBAL DEL SISTEMA SANITARIO:.....	245
4.1.6 SATISFACCIÓN DEL PERSONAL:.....	245
4.1.7 GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA:.....	246
4.1.8 CUADRO DE MANDO ESTRATÉGICO.....	248
4.1.8.1 Cuadro de mando de primer nivel: la H estratégica.....	249
4.1.8.2 Cuadros de mando de segundo nivel: los FCE y Subfactores.....	250
<b>4.2 ANÁLISIS DE LOS GRUPOS DE INTERÉS.....</b>	<b>251</b>
4.2.1 CLIENTES.....	252
4.2.1.2 Atención primaria.....	254
4.2.2.2 Organización Central.....	257
4.2.3 PERSONAS.....	258
4.2.4 PROVEEDORES.....	259
4.2.5 SOCIEDAD.....	260
4.2.5.1 Factores socio-culturales:.....	261
4.2.5.2 Factores demográficos.....	261
4.2.5.3 Factores infraestructurales y geográficos:.....	262
4.2.5.4 Factores epidemiológicos:.....	262
<b>4.3 INFORMACIÓN DEL RENDIMIENTO.....</b>	<b>262</b>
4.3.1 CAPACIDAD DE LOS SERVICIOS PARA SATISFACER A LOS CLIENTES.....	262
4.3.1.1 Cartera de Servicios.....	262
4.3.1.2 Capacidad Tecnológica.....	264
4.3.1.3 Capacidad Económica.....	264
4.3.1.4 Capacidad de los Recursos Materiales.....	265
4.3.1.5 Capacidad de los Recursos Humanos.....	265
4.3.1.6 Capacidad de Recursos de Información.....	267
4.3.1.7 Capacidad de Gestión.....	268
<b>4.4 ESTRATEGIAS, LINEAS DE ACCIÓN Y OBJETIVOS.....</b>	<b>269</b>
<b>4.5 ORGANIZACIÓN DE LOS RECURSOS.....</b>	<b>269</b>
4.5.1 RECURSOS TECNOLÓGICOS.....	275
4.5.1.1 Equipamiento biomédico.....	275
4.5.2 RACIONALIZACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS.....	278
4.5.2.1 La demanda.....	278
4.5.2.2 Modelo de demanda.....	285
4.5.2.3 Consulta externa.....	301
4.5.2.4 Medicina general.....	302

4.5.2.5. Servicio de urgencias .....	304
4.5.2.6 Estándares de oferta de recursos sanitarios: .....	307
4.5.2.7 Estándares de gestión .....	309
4.5.2.8 Método de cálculo de recursos .....	310
4.5.2.9 Objetivos de gestión asistencial. ....	316
4.5.3 UNIDADES MÉDICAS .....	317
4.5.3.1 Internos y residentes .....	317
4.5.3.2 Laboratorio de análisis clínicos.....	317
4.5.3.3 Radiología .....	318
4.5.3.4 Anatomía patológica .....	318
4.5.3.5 Electrocardiografía.....	319
4.5.3.6 Electroencefalograma.....	319
4.5.3.7 Endoscopia.....	319
4.5.3.8 Banco de sangre .....	319
4.5.3.9 Anestesia.....	320
4.5.3.10 Medicina física.....	320
4.5.3.11 Radioterapia .....	320
4.5.3.12 Medicina preventiva.....	320
4.5.3.13 Enfermería.....	321
4.5.3.14 Personal Técnico.....	324
4.5.3.14.1 Alimentación .....	324
4.5.3.14.2 Trabajo social .....	324
4.5.3.14.3 Farmacia.....	325
4.5.3.14.4 Archivo clínico.....	325
4.5.3.14.5 Contabilidad .....	325
4.5.3.14.6 Almacén .....	326
4.5.3.14.7 Personal (RRHH) .....	326
4.5.3.14.8 Limpieza.....	326
4.5.3.14.9 Mantenimiento .....	327
4.5.3.14.10 Lavandería.....	328
4.5.4 DISTRIBUCION .....	334
4.5.4.1 Calculo de costos globales. ....	334
4.5.5 SISTEMA DE INFORMACIÓN.....	339
4.5.5.1 La informática.....	341
4.5.5.1.1 Sistema informático.....	341
4.5.5.2.2 La selección y aplicación de tecnología apropiada.....	342
4.5.5.2.3 Uso de la información y la informática integrada en el hospital .....	343
4.5.5.2.4 La gestión y operación del sistema de información.....	344
4.5.5.2.5 La gestión del sistema de información .....	344
4.5.5.2.6 Obtención y flujo de información en el hospital .....	349
4.5.5.2.7 Flujo de información hospitalaria en la red y en el entorno social .....	351
4.5.5.2.8. Análisis y utilización de la información.....	353
4.5.6 SISTEMA CALIDAD .....	354
4.5.6.1 Estructura .....	354
4.5.6.1.1 Organización funcional .....	356
4.5.6.1.2. Recursos humanos o talento humano .....	357
4.5.6.1.3 Recursos físicos.....	358
4.5.6.1.4 Transporte asistido .....	359
4.5.6.1.5 Tecnología.....	360
4.5.6.1.6 Recursos económicos .....	361
4.5.6.1.7 Accesibilidad.....	362
4.5.6.1.8 Integralidad .....	363
4.5.6.2 Proceso.....	364
4.5.6.2.1 Información general .....	366
4.5.6.2.2 Institucional.....	366
4.5.6.2.3 Información medica.....	366
4.5.6.2.5 Proceso técnico científico.....	367
4.5.6.2.6 Comodidad .....	369
4.5.6.2.7 Hotelería.....	370

4.5.6.2.8	Articulación docente asistencial.....	371
4.5.6.2.9	Puntos de verdad .....	372
4.5.6.2.10	Educación continuada .....	373
4.5.6.3	Resultados .....	374
<b>4.6</b>	<b>MODELO DE GESTIÓN .....</b>	<b>376</b>
4.6.1	PLANIFICACIÓN DE LOS RECURSOS .....	377
4.6.1.1	Perfil de utilización de los recursos .....	378
4.6.1.2	Nivel de utilización .....	381
4.6.1.2.1	Índice de ocupación.....	381
4.6.1.2.2	Rendimiento de los quirófanos.....	382
4.6.1.2.3	Rendimiento de los consultorios .....	386
4.6.1.2.4	Eficiencia en la utilización.....	388
4.6.1.2.5	Datos específicos por servicio.....	392
4.6.1.2.6	Capacidad residual .....	392
4.6.2	CONTROL DE LOS RECURSOS HUMANOS .....	394
4.6.2.1	Organización de los recursos humanos .....	397
4.6.2.2	Control del recurso humano .....	400
4.6.2.3	Simplificación y control de los costos del trabajo.....	401
4.6.2.4	El control al trabajo.....	404
4.6.2.5	Evaluaciones de los Recursos Humanos .....	406
4.6.3	LA AUDITORIA DEL ACTO MÉDICO.....	411
4.6.3.1	Enfoque por síndromes .....	412
4.6.4	RECURSOS FINANCIEROS .....	418
4.6.4.1	Control a la gestión administrativa, económica y financiera. ....	418
4.6.4.2	El presupuesto como herramienta de auditoria .....	419
4.6.4.3	La directiva presupuestal .....	419
4.6.4.3.1	Aspectos legales .....	419
4.6.4.3.2	Política de la dirección. ....	420
4.6.4.3.3	Técnicas para su elaboración.....	420
4.6.4.3.4	Actividades calendario.....	421
4.6.4.3.5	Pautas para su elaboración: .....	421
4.6.4.3.6	Departamento financiero. ....	421
4.6.4.3.7	Servicios de alimentación.....	424
4.6.4.3.8	Farmacias y almacenes.....	424
4.6.4.3.9	División de recursos humanos.....	425
4.6.4.3.10	Adquisición y suministros.....	427
4.6.4.3.11	Información y relaciones públicas.....	428
4.6.4.3.12	Subdirección científica.....	428
4.6.4.3.13	Plan anual de compras.....	429
4.6.5	SISTEMA DE INFORMACIÓN.....	429
4.6.5.1	Servicios de informática.....	430
4.6.5.2	Estructura de los servicios informáticos.....	431
4.6.5.3	Sistema Informático hospitalario .....	432
4.6.5.3.1	Definición del Sistema Informático hospitalario.....	432
4.6.5.3.2	Objetivos para definir un Sistema Informático Hospitalario.....	434
4.6.5.3.3	Potencialidad del uso de la información.....	435
4.6.5.3.4	Plan informático del hospital.....	439
4.6.5.3.5	Organización y funciones del Servicio de informática.....	440
4.6.5.3.6	Ambientes de tecnología .....	440
4.6.5.3.7	Plataformas de tecnología .....	441
4.6.5.3.9	Evaluación del Sistema de Información .....	442
4.6.6	LA NUEVA CULTURA DE CALIDAD .....	443
4.6.6.1	Características deseables en el personal que atiende a pacientes. ....	444
4.6.6.2	Cualidades personales deseables de los médicos en general.....	445
4.6.6.3	Eficacia, eficiencia, efectividad y validez.....	447
4.6.6.4	Evaluación de la Calidad.....	447
4.6.6.5	Concepto de evaluación .....	450
4.6.6.6	Evaluación mediante el método de estructura.....	454

4.6.6.6.1	Planta física .....	455
4.6.6.6.2	Equipo .....	457
4.6.6.6.3	Finanzas .....	457
4.6.6.6.4	Recursos humanos.....	457
4.6.6.7	Evaluación del contenido .....	458
4.6.6.8	Evaluación de las actividades.....	461
4.6.6.8.1	Objetivos .....	461
4.6.6.8.2	Evaluación del área afectiva de la relación paciente-institución o médico-paciente.....	462
4.6.6.8.3	Evaluación del proceso.....	464
4.6.6.8.4	Evaluación de los resultados .....	468
4.6.7	El enfoque sistémico: un concepto fundamental para el mejoramiento. ....	471
4.6.7.1	Enfoques metodológicos para el mejoramiento de la calidad .....	474
4.6.7.2	El enfoque de resolución rápida de problemas.....	476
4.6.7.3	El enfoque de resolución de problemas basada en equipos.....	478
4.6.7.4	El rediseño de los procesos .....	481
4.6.7.4.1	Etapas metodológicas del rediseño de procesos .....	481
4.6.7.5	El papel de los gerentes en el desarrollo de un modelo de calidad .....	482
4.6.8	SISTEMAS DE INFORMACION Y EVALUACIÓN DE LA TECNOLOGÍA .....	488
4.6.8.1	La gestión de la infraestructura de tecnología clínica .....	492
4.6.8.2	El proceso de adquisición de equipos .....	494
4.6.8.3	Organización y gestión del mantenimiento.....	494
4.6.8.3.1	Mantenimiento interno .....	495
4.6.8.3.2	Mantenimiento externo .....	495
4.6.9	LA RESPUESTA HOSPITALARIA A LOS DESASTRES .....	496
4.6.9.1	Fase de preparación.....	498
4.6.9.2	Fase de alerta.....	499
4.6.9.3	Fase de emergencia .....	500
<b>4.7</b>	<b>IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN HOSPITALARIO .....</b>	<b>501</b>
4.7.1	Las complejidades del cambio institucional .....	501
4.7.2	Los actores relevantes en el proceso de cambio .....	504
4.7.3	Las relaciones de poder y las instancias de consulta y concertación .....	506
4.7.4	La función de la dirección en la conducción del cambio .....	508
4.7.5	La gestión del riesgo y de la resistencia.....	509
4.7.6	Cómo implantar cambios con resistencia reducida.....	509
<b>CAPITULO 5</b>	<b>.....</b>	<b>514</b>
<b>5.1. CONCLUSIONES</b>	<b>.....</b>	<b>514</b>
<b>5.2. RECOMENDACIONES</b>	<b>.....</b>	<b>521</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>..... ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.</b>	
<b>INDICE</b>	<b>.....</b>	<b>534</b>