

ESCUELA POLITECNICA NACIONAL

**ESCUELA DE POSTGRADO EN CIENCIAS
ADMINISTRATIVAS Y ECONOMICAS**

**CENTRO DE INVESTIGACIONES TERRITORIALES DEL
ECUADOR**

**MODELO GERENCIAL EN EL AREA QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL
“CARLOS ANDRADE MARÍN”**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE MAGÍSTER EN
GERENCIA EMPRESARIAL MENCIÓN SERVICIOS DE SALUD**

**DRA. MARIA MERCEDES NARVAEZ BLACK
DR. NELSON EDUARDO VARELA CARDENAS**

DIRECTOR: DR. MILTON VEGA H.

Quito, Julio - 2004

DECLARACIÓN

Nosotros Dra. Mercedes Narváez B. y Dr. Nelson Varela C. declaramos bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de nuestra autoría; que no ha sido previamente presentada para ningún grado o calificación profesional; y, que hemos consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en éste documento.

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

.....
DRA. MERCEDES NARVAEZ B.

.....
DR. NELSON VARELA C.

CERTIFICACIÓN

Certifico que el presente trabajo fue desarrollado por la Dra. María Mercedes Narváez Black y por el Dr. Nelson Eduardo Varela Cárdenas, bajo mi supervisión.

.....

Dr. Milton Vega H.
DIRECTOR DEL PROYECTO

DEDICATORIA

A nuestra familia.

Mercedes y Nelson

AGRADECIMIENTO

A las Instituciones que al acogernos, han despertado en nosotros, el deseo de cambio para mejorar la salud en nuestro país.

A la Escuela Politécnica Nacional, que al crear su Primer Programa de Maestría para los profesionales de la Salud, nos proporcionó la posibilidad de lograrlo.

Al Dr. Milton Vega, que con su cumplimiento y atención, es sin lugar a dudas, un ejemplo a seguir.

A las Aras. Nhilda Villacrés y Ninfa León, que con su aporte enriquecen, muy provechosamente, este estudio.

A nuestros padres en particular y a nuestra familia en general, por llevarnos con cariño, al lugar del despegue, y muy especialmente por la formación en libertad, para escoger el camino a donde dirigirnos.

Margarita, que bueno que completaste el equipo.

Mercedes Narváez, Nelson Varela

CONTENIDO

DECLARACIÓN	I
CERTIFICACIÓN	II
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
CONTENIDO	V
INDICE DE ANEXOS	XI
RESUMEN	XII
PRESENTACIÓN	XIII

CAPITULO 1	1
INTRODUCCION.....	1
1.1 TEMA DEL PROYECTO:.....	1
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:.....	1
1.3 FORMULACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA:	2
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	2
1.4.1 OBJETIVO GENERAL	2
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	2
1.5 JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO	3
1.5.1 JUSTIFICACIÓN TEÓRICA:	3
1.5.2 JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA:	4
1.5.3 JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA:	5
1.6 HIPÓTESIS DE TRABAJO	6
1.7 ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	7
CAPITULO 2	19
MARCO DE REFERENCIA:	19
MARCO TEORICO – CONCEPTUAL	19
2. MARCO TEORICO	19
2.1. SISTEMAS DE SALUD	19
2.1.1 FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD	21
2.1.2 DESCRIPTORES DE CALIDAD DE LOS SISTEMAS DE SALUD	28
2.2 SERVICIOS DE SALUD	29

2.2.2 OBJETIVOS INTERMEDIOS.....	30
2.2.3 OBJETIVOS FINALES	33
2.2.6 REDES DE SERVICIOS DE SALUD.....	39
2.3 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA SALUD	41
2.3.1 SALUD Y ENFERMEDAD.....	41
2.3.2 DETERMINANTES EPIDEMIOLÓGICOS SALUD- ENFERMEDAD ..	42
2.3.3 EPIDEMIOLOGÍA.....	42
2.3.4 PERFIL EPIDEMIOLOGICO.....	43
2.3.5 ATENCIÓN DE LA SALUD.....	44
2.3.6 MODALIDADES DE ATENCIÓN	46
2.3.7 NIVELES DE ATENCIÓN Y GRADOS DE COMPLEJIDAD	46
2.4 SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS	49
2.4.1 FUNCIONES ASISTENCIALES	51
2.4.2 FUNCIONES NO ASISTENCIALES	52
2.5 CALIDAD	52
2.6 TEORIA ORGANIZACIONAL	55
2.6.1 PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA TEORÍA CLÁSICA.....	55
2.6.2 PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA TEORÍA MODERNA	56
2.6.3 CULTURA ORGANIZACIONAL	56
2.6.4 LIDERAZGO	57
2.6.5 TENDENCIAS ACTUALES DEL PENSAMIENTO ADMINISTRATIVO ...	57
2.7 ORGANIZACIÓN, EVOLUCIÓN Y TENDENCIAS	58
2.7.1 LA ORGANIZACIÓN POR PROCESOS	58
2.8.1 ADMINISTRACIÓN: TEORIAS MODERNAS.....	60
2.9 PLANIFICACIÓN, EVOLUCIÓN Y TENDENCIAS	61
2.9.1 LA PLANIFICACIÓN NORMATIVA.....	61
2.9.2 LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA.....	62
2.10 GESTIÓN DE RECURSOS	63
2.11.1 GESTION DE LA TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN.....	65
2.11.2 SISTEMA DE INFORMACIÓN	66
2.11.3 SISTEMA DE INFORMACION GERENCIAL.....	69
2.12 MARCO CONCEPTUAL.....	72
CAPITULO 3.....	78
DIAGNOSTICO SITUACIONAL	78
3.1 CONTEXTO.....	78
3.2 SITUACION EN LATINOAMERICA.....	80
3.3 EL SECTOR SALUD EN EL ECUADOR	81
3.3.1. SUBSECTOR PÚBLICO	81
3.3.2. SUBSECTOR PRIVADO	83
3.4 INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL	85
3.5 HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN: ÁREA QUIRÚRGICA.....	89
3.5.1 PLANIFICACIÓN	100
3.5.2 ORGANIZACIÓN	110
CAPITULO 4.....	146
MODELO DE GERENCIA HOSPITALARIA: AREA QUIRUGICA	146
4. 1 INTRODUCCION.....	146
4.2 PLANIFICACION	148
4.2.1 OBJETIVOS DEL ÁREA QUIRÚRGICA	156
4.3 ORGANIZACIÓN	157

4.4 GESTIÓN.....	159
4.4.1 GESTION DE CONSULTA EXTERNA.....	161
4.4.2 GESTION DE HOSPITALIZACION.....	163
4.4.3 GESTIÓN EN QUIRÓFANOS.....	168
4.4.4 GESTION DE RECURSOS HUMANOS.....	171
4.4.5 GESTION DE RECURSOS ECONOMICOS.....	173
4.4.6 GESTION DE MANTENIMIENTO.....	173
CAPITULO 5.....	174
5.1 INTRODUCCION.....	174
5.2 ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACION.....	174
5.3 CADENA DE VALOR AGREGADO.....	176
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	193
ANEXOS.....	206

ÍNDICE DE GRÁFICOS, TABLAS, CUADROS

CAPITULO 2

Gráfico 2.1: Relación entre Oferta, Demanda y Necesidad de Atención de Salud

CAPITULO 3

TABLAS

Tabla 3.1 Estructura proceso resultado total

Tabla 3.2 Consulta Técnica y Humana

Tabla 3.3 Acreditación por grados

Tabla 3.4 Acreditación por grados y totales

Tabla 3.5 Calificación del H HCAM por estándar y grado cruzados

Tabla 3.6 Régimen de Protección laboral

Tabla 3.7 Recursos Humanos Área Quirúrgica

GRÁFICOS

Gráfico 3.1 Calificación por elementos de estructura, proceso y resultado

Gráfico 3.2 Calificación por Calidad Técnica y Administrativa y Calidad Humana y Confort

Gráfico 3.3 Acreditación del Hospital “CAM”

Gráfico 3.4 Calificación por estándar y grado cruzados

Gráfico 3.5 Unidades Hospitalarias del IESS. Zonal I

Gráfico 3.6 Organigrama de la Gerencia de Hospitalización y Ambulatorio

Gráfico 3.7 Organigrama de la Subgerencia de Cirugía

Gráfico 3.8 Organigrama de la Subgerencia de Servicios Generales

Gráfico 3.9 Organigrama de la Gerencia de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento

MAPAS

Mapa 3.1 Unidades Hospitalarias del IESS Zonal I

CUADROS

CUADRO No. 3.1 Población Enferma o Accidentada según agentes de atención Ecuador - 1999

CUADRO No 3.2 Valores Oferta y Demanda H HCAM

CUADRO No 3.3 Valores Oferta y Demanda área Quirúrgica del HCAM”

CUADRO No. 3.4 Valoración del Factor Interno

CUADRO No. 3.5 Valoración del Factor Externo

CUADRO No. 3.6 Resumen del Análisis Interno del H “HCAM”

CUADRO No. 3.7 Resumen del Análisis Externo del H “CAM”

CUADRO No. 3.8 Matriz F.O.D.A. Hospital “Carlos Andrade Marín”

CUADRO No. 3.9 Plan Estratégico del H “CAM”

CUADRO No. 3.10 Análisis comparativo por partida presupuestaria

CUADRO No. 3.11 Indicadores de Laboratorio

CUADRO No. 3.12 Indicadores de Imagenología

CUADRO No. 3.13 Indicadores de Farmacia

CUADRO No. 3.14 Egresos Hospital “CAM” (99-03)

CUADRO No. 3.15 Egresos Cirugía por Servicios (99-03)

CUADRO NO. 3.16 Índices e Indicadores de Hospitalización años (99-03)

CUADRO No 3.17 Producción, rendimiento y Costos

CUADRO No. 3.18 Consulta Externa Primeras y Subsecuentes H“CAM” (99-03)

CUADRO No. 3.19 Consulta por Especialidades Quirúrgicas (99-03)

CUADRO No. 3.20 Transferencias de Urgencias

CUADRO No. 3.21 Cirugías realizadas por especialidades Año 2003

CUADRO No. 3.22 Cirugías de Emergencia por Especialidades año 2003

CUADRO No. 3.23 Cirugías suspendidas por Especialidades año 2003

CUADRO No. 3.24 Causas de Suspensión de Cirugías año 2003

CAPITULO 4

GRÁFICOS

GRAFICO No. 4.1 Oferta vs. Demanda: Área Quirúrgica.

GRAFICO No. 4 .2 Camas del Área Quirúrgica Gestión.

GRAFICO NO. 4.3 Variables del Modelo de Gestión.

CUADROS

Cuadro No. 4.1 Análisis Interno

Cuadro No. 4.2 Análisis Externo

Cuadro No. 4.3 Matriz F.O.D.A.

Cuadro No. 4.4 Categorización de variables

Cuadro No. 4.5 Líneas Estratégicas

Cuadro No. 4.6 Oferta de Consulta Externa del Área Quirúrgica

Cuadro No. 4.7 Análisis de Productividad del Recurso Cama

Cuadro No. 4.8 Listas de Espera Quirúrgicas

Cuadro No. 4.9 Listado de Cirugías Suspendidas en el Año 2003

Cuadro No. 4. 10 Gestión de Recursos Humanos del Hospital

TABLA

Tabla 4.1 Camas Área Quirúrgica

ÍNDICE DE ANEXOS

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro No. 1 Fases de Construcción de la epidemiología crítica

Cuadro No. 2 Sistemas de Atención

Cuadro No. 3 Evaluación del Factor Interno

Cuadro No. 4 Evaluación del Factor Externo

Cuadro No. 5 Población Enferma o Accidentada que no acudieron a la Atención Médica según razón

Cuadro No. 6 Población Enferma o Accidentada según agente de atención

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO No. 1 Modelo de Descentralización

GRAFICO No. 2 Determinantes epidemiológicos: sistema de contradicciones

GRAFICO No. 3 Organigrama General H “HCAM”

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No. 1 Liquidación Presupuestaria del HCAM del Año 2003

ÍNDICE DE DOCUMENTOS

Documento No 1 Manual de Vigilancia de la Calidad

RESUMEN

La administración clásica del HCAM forma parte del pasado, la preocupación actual es innovar; ya que, el ambiente circundante se ha tornado muy competitivo. Por ello se propone un modelo gerencial moderno, que al incorporar procesos de planificación, organización, gestión y evaluación para el Área Quirúrgica del HCAM, permita cumplir objetivos, optimizando recursos.

El Hospital es una empresa de servicios, con una organización social productiva compleja; que funcionando los 365 días del año, también tiene actuaciones donde frecuentemente se plantean problemas que involucran la vida y la muerte, coexistiendo en él empresas diferentes con una amplia gama de productos. Es muy difícil para la mayoría de personas, contextualizar como área de negocio, el trabajo dirigido a aliviar el sufrimiento y preservar la salud y la vida; la armonía entre el pensamiento gerencial y la concepción médica de la institución hospitalaria es la meta a conseguir.

En el capítulo 3, se realiza un análisis situacional del Área Quirúrgica del HCAM respaldados en información obtenida del último quinquenio. Proponiendo en base a los resultados obtenidos un modelo de Gerencia Hospitalaria descrito en el capítulo 4.

En el capítulo 5 se presenta la implementación de los procesos en el Área Quirúrgica del HCAM.

PRESENTACIÓN

La sostenibilidad de un modelo de cambio no es factible sin la redefinición de la estructura organizacional del hospital. Esta estructura debe ser lo suficientemente flexible como para responder a los constantes cambios en el entorno, sabiendo de antemano que la organización hospitalaria es compleja, dinámica y que se desenvuelve dentro de un mercado eminentemente imperfecto.

Uno de los mayores retos de los países de Ibero América en la actualidad es la implementación y desarrollo de sistemas gerenciales de salud integrales. La ampliación de la cobertura y manejo gerencial constituye uno de los compromisos más importantes de los años venideros con el propósito de alcanzar altos estándares hospitalarios.

Por lo tanto, existe la imperiosa necesidad de lograr un máximo de calidad y eficiencia de los sistemas que concurren a provisión de servicios de salud, lo cual demandará un gran esfuerzo, en especial en el campo de la formación de directivos para la gerencia y gestión de los mismos.

La Salud ha entrado de manera inteligente, ecléctica y racional a reinventarse un paradigma de tipo integral, en el sector en el cual se articulan la nueva política de libre mercado, con un reordenamiento del esquema social tradicional, para culminar sus hospitales en un modelo innovador de Empresa Social de Salud.

El diseño de un plan de mercadeo conlleva al mejoramiento de los sistemas de distribución para competir con mayor efectividad en los mercados de salud. Para que éste tenga un mayor impacto se deberá elaborar un estudio preciso sobre la población beneficiada, dando énfasis en la potencialización de los servicios

médicos y los de apoyo diagnóstico constituyéndolos como unidades estratégicas de negocio.

Un adecuado plan de Marketing inmiscuido dentro del nuevo modelo gerencial deberá apoyarse en un análisis exhaustivo, del nivel de eficiencia de los servicios del hospital. La difusión del portafolio de servicios debe además mejorar la imagen del hospital en la comunidad.

Esto es factible con la implementación de un modelo gerencial que instaure gestión de procesos, que responda a principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad e imparcialidad que la Institución debe tener como normas administrativas. Dentro de éstos juegan un papel importante la racionalización de los trámites, con el fin de mejorar la eficiencia y eficacia, al simplificar los procesos y operaciones, concentrando los esfuerzos en los aspectos más relevantes de la gerencia.

CAPITULO 1

INTRODUCCIÓN

1.1 TEMA DEL PROYECTO:

MODELO GERENCIAL EN EL ÁREA QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL “CARLOS ANDRADE MARÍN”

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La gerencia del área quirúrgica del Hospital “Carlos Andrade Marín” no articula adecuadamente los procesos de planificación, organización, gestión y evaluación evidenciando ineficacia e ineficiencia en la prestación de servicios.

La carencia de un liderazgo efectivo, asociado a la falta de implementación de políticas y formulación de planes estratégicos; desencadena desconocimiento de la demanda real, desorganización del talento humano y una estructura financiera desordenada; lo que determina el trabajar con presupuestos históricos, subutilización de la capacidad instalada y falta de asignación de responsabilidades; llevando al incumplimiento del objetivo primario que es dar atención eficaz y eficiente en el área de cirugía al afiliado.

De continuar esta situación, la institución que se ha acostumbrado a la ineficiencia e ineficacia, amparada en el monopolio que la ley le permitía, llegará al punto de la desaparición, por incompetente frente a otros prestadores de salud, que a partir de la vigencia de la nueva ley, ya pueden dar atención a los afiliados al IESS.

La creación de un modelo gerencial basado en la implementación de un sistema de procesos, demostrará que es posible, tener una empresa pública eficiente y

eficaz, lista para aceptar el reto de la competencia que nos mantendrá a la altura de un mercado cambiante.

1.3 FORMULACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cómo es la Gerencia del Área Quirúrgica del Hospital “Carlos Andrade Marín”?

¿Hay Planificación adecuada en el Área Quirúrgica del Hosp. Carlos Andrade Marín?

¿Cómo es la Organización y estructura del Área Quirúrgica del Hosp. Carlos Andrade Marín?

¿Cómo es el Proceso de Gestión del Área Quirúrgica del Hosp. Carlos Andrade Marín?

¿Existe análisis y retroalimentación de la Información en el Área quirúrgica del Hosp. Carlos Andrade Marín?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Hacer una propuesta gerencial moderna, que incorpore los procesos de planificación, organización, gestión y evaluación para el Área Quirúrgica del Hospital “Carlos Andrade Marín”, que permita cumplir con los objetivos institucionales (eficacia) y la optimización de recursos (eficiencia).

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer un proceso de Planificación estratégica de acuerdo a la Oferta y la Demanda en el Área Quirúrgica del Hospital Carlos Andrade Marín.
- Establecer un proceso de Organizacional ágil y dinámico en el Área Quirúrgica del Hosp. Carlos Andrade Marín, que responda a los requerimientos de la demanda de servicios.
- Desarrollar un modelo de Gestión eficaz y eficiente para el Área Quirúrgica del Hosp. Carlos Andrade Marín.
- Desarrollar un sistema de monitoreo y evaluación de la Información que incorpore el análisis y retroalimentación para una acertada toma de decisiones, en el Área Quirúrgica del Hosp. Carlos Andrade Marín.

1.5 JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

1.5.1 JUSTIFICACIÓN TEÓRICA:

La gran cantidad de avances y cambios en el sector salud, exigen a la organización una capacidad de ajuste e innovación permanentes; la acción gerencial debe estar atenta al avance de conocimientos y tecnologías con el fin de ser más eficiente y eficaz en la prestación de los servicios¹

La planificación en el área médica, brinda soluciones que aseguren el cumplimiento de condiciones básicas de viabilidad, compatibilidad interna y eficiencia máximas.²

No existe producto y/o servicio sin un proceso. Los procesos son un conjunto de actividades de trabajo interrelacionadas que se caracteriza por requerir ciertos

¹ Mejía B, Caycedo R. Gerencia de procesos. Bogotá, Eco ed, 2000: 4

² Barquín M. Dirección de hospitales. Ed. Interamericana. México 1979.

insumos y tareas particulares que implican valor agregado con miras a obtener ciertos resultados³

El mejoramiento de los procesos de la empresa garantiza el uso efectivo y eficiente de los recursos: medios, personas, equipo, capital e inventario⁴

Se debe modernizar los Servicios de salud. “Modernización sugiere la búsqueda final de la eficiencia y eficacia, la ausencia de opulencia y el exceso de impedimentos; el flujo uniforme y la dirección no restringida, tanto del esfuerzo como del movimiento”⁵

El mejoramiento continuo es no estar nunca satisfecho con la forma en que marchan las cosas, un elemento esencial en la búsqueda de excelencia, valor competitividad y rentabilidad⁶

Los nuevos modelos de gerencia aplicados en las instituciones de salud de nuestro país, demuestran, que el manejo adecuado puede ser un pingüe negocio, que no está reñido con pertenecer al espacio público sanitario, ya que es la única manera de sobrevivir. Al estar de acuerdo en el cambio se debe reestructurar, eliminando niveles innecesarios de funciones redundantes para lograr una unidad de alto rendimiento

1.5.2 JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA:

Se propone un Nuevo Modelo de Gestión basado en la introducción de Procesos, los mismos que al buscar la calidad como estrategia competitiva va de la mano con el mejoramiento de la calidad, el incremento de la productividad y reducción de costos, con mayor satisfacción del cliente interno y externo.

³ OMS

⁴ Harrington HJ. Mejoramiento de los procesos de la empresa. Bogotá, McGraw – Hill, 1995: 9 – 20

⁵ Harrington HJ. Mejoramiento de los procesos de la empresa. Bogotá, McGraw – Hill, 1995: 150.

⁶ Fleitman J. Evaluación Integral. México, McGraw – Hill. 1994.

Se desea introducir una nueva manera de hacer las cosas, proponiendo nuevos valores, y de esta manera contribuir al mejoramiento continuo de la calidad de los procesos creados. Ello permitirá otorgar incentivos en base a resultados logrados, privilegiando la gestión de calidad dirigida a satisfacer al cliente interno y externo.

Los instrumentos a utilizarse deben permitir relacionar resultados y beneficios para procurar mejores ventajas competitivas; estableciendo sistemas de evaluación sustentados en indicadores de satisfacción al cliente, rendimiento y productividad.

No se quiere cambiar por cambiar, el objeto es que se adquieran capacidades, creando una nueva cultura organizacional, sin destruir lo viejo. Es ganar en valor con la percepción, reflexión y flexibilidad de las personas que practiquen los pasos y preceptos.

No se necesita un lugar de trabajo ideal imaginado en forma abstracta, sino establecer nuevas maneras de trabajar, para conseguir resultados; disminuyendo los obstáculos que pueden impedir el logro, y aumentando los factores que ayuden a conseguirlo. Los instrumentos de evaluación permitirán cuantificar los ajustes requeridos, trabajando en todos los pasos.

Se tiene la certeza que al Instaurar la Gerencia de Procesos en el nuevo modelo Gerencial, permitirá rediseñar la planificación, organización, gestión y evaluación del área quirúrgica del HCAM.⁷

1.5.3 JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA:

Se necesita solucionar la crisis, más aún porque el HCAM ha sido acreditado como servidor de salud, de la Aseguradora del IESS⁸.

⁷ Mariño H. Gerencia de Procesos, Ed. Alfaomega, 2001.

⁸ Boletín Mensual del HCAM . Enero 2004.

Se aspira mejorar para competir, ya que finalizó el monopolio como servidor de salud, debido a que en el marco de la nueva ley del IESS se ha establecido la competencia.

El IESS y sus unidades ya no pueden administrarse en sentido clásico, la preocupación será estimular la innovación ya que el ambiente circundante se ha vuelto muy dinámico. La nueva gerencia del área de cirugía del HCAM será flexible, capaz de responder en forma rápida, convirtiéndose en una guía que impulse cambios revolucionarios y masivos eficientemente y que puedan ser aplicados en otras Instituciones de Salud.

1.6 HIPÓTESIS DE TRABAJO

- Si se establece un modelo gerencial en el Área Quirúrgica del Hospital Carlos Andrade Marín, entonces se logrará el cumplimiento de los objetivos (eficacia) y la optimización de los recursos de la Institución (eficiencia).
- Sí se desarrolla una adecuada Planificación estratégica, entonces se logrará satisfacer la brecha entre Oferta y Demanda en el Área Quirúrgica del Hosp. Carlos Andrade Marín.
- Sí se establece una Organización Ágil y dinámica del Área Quirúrgica del Hosp. Carlos Andrade Marín, entonces se logrará satisfacer los requerimientos de la demanda de servicios.
- Sí se logra establecer un modelo de Gestión dinámico en el Área Quirúrgica del Hosp. Carlos Andrade Marín, entonces se logrará eficacia y eficiencia institucional.
- Sí se desarrolla un proceso de monitoreo y evaluación de la Información que incorpore el análisis y retroalimentación de la

información en el área Quirúrgica del Hosp. Carlos Andrade Marín, entonces se logrará una acertada toma de decisiones.

1.7 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Enmarcados en las directrices del Marco Lógico, se aplicaran sus instrumentos, que permitirán definir los problemas y sus relaciones de causa y efecto; posteriormente se construirán los objetivos mediante una relación medio – fin.

Para afirmar los procesos metodológicos se realiza la operacionalización de variables.

Para el desarrollo del trabajo de investigación, se iniciará con un diagnóstico basal el cual requerirá de investigación documental directa e indirecta, apoyada con investigación bibliográfica y también del Internet, trabajo de campo en el área quirúrgica del HCAM.

El Área Quirúrgica del HCAM será el centro de la investigación, tomando como punto de partida un diagnóstico basal, para el cual se revisará los archivos existentes en la Institución, recursos bibliográficos, Internet, opinión de expertos.

Operacionalización DE VARIABLES

Establecer un proceso de **Planificación** estratégica de acuerdo a la Oferta y la Demanda en el Área Quirúrgica del Hospital Carlos Andrade Marín.

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala	Fuentes de Información	Instrumento
Fortalezas	Principales ventajas competitivas, capacidades y recursos en los que se apoya la institución para concretar la visión	<ul style="list-style-type: none"> Ventajas competitivas: Capacidades: Físicas Recursos: RRHH , tecnológicos, Presupuestario Obligatoriedad aseguramiento Población cautiva Red e infraestructura a nivel nacional 	<ul style="list-style-type: none"> No. Camas por servicio No. De referencias y contrarreferencias Especialidades Médicas en la red nacional. Tecnología de punta % de aseguramiento 	Razón Razón Proporción, %	<ul style="list-style-type: none"> AS 400 Archivo RRHH AS 400 	Formulario Formulario
Debilidades	Razones o circunstancias percibidas por las cuales la institución no funciona y el cliente no se siente satisfecho	<ul style="list-style-type: none"> Cirugías represadas Capacidad instalada ociosa Flujos y procesos no definidos Consulta externa insatisfecha Utilización anómala de los recursos financieros 	<ul style="list-style-type: none"> Oportunidad de cirugía % ocupación de S.O. Oportunidad de citas medicas 	Razón Proporción, %	<ul style="list-style-type: none"> AS 400 Registro de Cirugías AS 400 AS 400 	Formulario Formulario Formulario Hoja de registro
Oportunidades	Corresponden a las circunstancias externas favorables, que la organización puede aprovechar para avanzar a la visión	Convenios Naciones e Internacionales	<ul style="list-style-type: none"> % de IR por universidades % de Médicos Postgradistas por Universidades Gestión de capacitación 	Proporción, % Proporción, %	Archivo	Formulario
Amenazas	Aspectos presentes en el contexto que pueden afectar negativamente en el logro de la visión	Deuda impaga del estado	Gestión presupuestaria	Razón	Presupuesto del IESS	Formulario
Líneas estratégicas	Son los medios para alcanzar los objetivos ⁹	Área Quirúrgica del HCAM	<ul style="list-style-type: none"> % del Presupuesto destinado a Renovación de equipos. Establecimiento de cronogramas 	Proporción % Nominal	Presupuesto Anual	Registro Contable

⁹ Palom, F. Management en Organizaciones al servicio del progreso humano, 1era. Ed. Madrid, Editorial Espasa – Calpe, 1991.

Objetivos Estratégicos	Son enunciados del más alto nivel que dan cuenta de los cambios que la institución espera lograr a través del cumplimiento de la misión, estos se pretenden alcanzar con la ejecución del plan. ¹⁰	Modelo Gerencial eficaz y eficiente en el Área. Quirúrgica	Objetivos Estratégicos del área quirúrgica	Nominal	AS 400	Formulario
Visión	Perspectiva que describe suficientemente el estado futuro, horizonte de largo alcance, que señala el rumbo, lazo entre el presente y futuro ¹¹	<ul style="list-style-type: none"> • Perspectiva ‘futuro (años) • Horizonte • Dirección 	% de cumplimiento por año.	%	Plan Estratégico AS400	Formulario Encuesta
Misión	Es lo que hace la institución de manera cotidiana, expresa el servicio que presta, movilizandolos recursos para lograr competitividad y calidad	<p>Afiliados</p> <p>Servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta externa y Hospitalización (Coloproctología, Cabeza y Cuello, Cardioráica, Cirugía General, Cardiovascular, Plástica y Reconstructiva, Vascular Periférica, Neurocirugía, Oftalmología, ORL, Urología, Traumatología) • Quirófano • Anestesia <p>Servicios Apoyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sector de Conservación y Mantenimiento • Sector de Hotelería <p>Principios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solidaridad: ayuda mutua entre asegurados sin distinción de edad, sexo, educación, nacionalidad, ocupación, nivel ingresos. • Universalidad: Iguales derechos contra riesgos individuales asegurables • Uniformidad y Unidad: Normas Uniformes en 	<ul style="list-style-type: none"> • No. Afiliados activos, jubilados, montepío, niños, voluntarios y a.C. • No pacientes CE y Hospitalización por Servicio de especialidad Y de apoyo • Por ingresos, tipo afiliado 	<p>Razón, Proporción, %</p> <p>Razón, Proporción, %</p> <p>Razón, Proporción, %</p>	<p>Plan Estratégico AS400</p> <p>AS400</p> <p>Plan Estratégico</p>	<p>Formulario Hoja de cálculo</p> <p>Hoja de cálculo Formulario</p> <p>Formulario</p>
Políticas	Son los principios éticos que rigen cualquier institución.					

¹⁰ Palom, F. Manual Práctico de Dirección Estratégica, Madrid, Edit. Espasa – Calpe, 1998.

¹¹ Velasco M. Planificación estratégica aplicada a salud, Quito, Fondo editorial Letras, 2003. pp 17, 23, 81.

¹² Posso, M. Reingeniería Institucional, Quito, 2002.

		<p>unidades públicas o privadas. Políticas, Programas, Regímenes de Beneficios y Procedimientos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integralidad: Amparar las contingencias que pueden afectar la vida del trabajo • Subsidiaridad: opera cuando el individuo no resuelve sus problemas por sí mismo (riesgo o siniestro de los más necesitados) <p>Internacionalidad: Convenio entre gobiernos en beneficio de los asegurados de los países en tránsito internacional.¹²</p>				
Demanda	Es el entorno organizacional que permite identificar las variaciones que se producen en las necesidades de salud de la población y los factores ambientales que las condicionan	<p>TIPOS DE DEMANDA:</p> <p>Demografía, condición de salud y la necesidad.</p>	<p>Demografía que incorpore: Edad, sexo zona y región, y de crecimiento como son natalidad, mortalidad migración Crecimiento Características de grupos etarios</p> <p>Condición de salud que incorpore: Morbilidad, Mortalidad, incapacidad</p> <p>Necesidad: Biológica Social</p> <p>Demanda efectiva, atendida y no atendida No. De usuarios que demandan atención por C. Ext. x 100 / Total de población de usuarios a mitad de período</p>	<p>Proporción % Razón Tasa</p>	Archivo	Formulario
Oferta	Es la cantidad y Calidad de los recursos organizacionales, la forma como se organizan y el ambiente laboral	Servicio de Cirugía del H CAM	<ul style="list-style-type: none"> • No de médicos por especialidad • No total de médicos 	Razón	Documento	Formulario
Brecha entre oferta y demanda	Es la distancia existente entre la oferta y la demanda	Servicio de Cirugía del H CAM	<ul style="list-style-type: none"> • Oportunidad médicas citas • Oportunidad ingreso hospitalario 	Nominal	Archivo	Formulario

2. Fortalecer procesos ágiles y dinámicos en la **Organización** del Área Quirúrgica del Hosp. Carlos Andrade Marín, que respondan a la demanda de servicios actuales.

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala	Fuentes de Información	Instrumento
Estructura	La <i>estructura</i> se refiere a las formas en que las tareas de la organización están divididas (diferenciación) y son coordinadas (integración). La estructura está determinada por los estatutos de la organización, por descripciones de puesto y posición, y por reglas y procedimientos. Tiene que ver también con esquemas de autoridad, comunicación y flujo de trabajo.	<ul style="list-style-type: none"> Hospitalización área Quirúrgica del H CAM Consulta Externa área Quirúrgica del H CAM 	Análisis de la distribución de recursos de poder y autoridad compatible con el grado de responsabilidad	Razón	Organigrama	Formulario
Responsabilidad	Es la disposición a responder de los propios actos o del uso hecho de algo que nos fue encomendado	Personal del Área Quirúrgica del HCAM	% de cumplimiento de actividad asignada en la readecuación del área Qx. sector hospitalización.	Proporción %		
Roles	Manera de comprender la naturaleza y complejidad de la función de todos y cada uno de los integrantes de una organización.	Establecimiento de las funciones	Análisis del manual de funciones del personal del área quirúrgica	Nominal	Documentos	Investigación
Delegación	Es el proceso que permite conferir a los colaboradores el encargo de realizar una tarea, concediéndoles la autoridad y libertad necesarias para llevarlas a cabo, pero conservando siempre la responsabilidad por el resultado	Personal del Área quirúrgica del HCAM	Número de subgerencias creadas en el último quinquenio.	Ordinal	Documento : Resolución CI056	Formulario
Incentivos	Política de recompensa a los empleados por su excelente desempeño o logros especiales, que los motiva a alcanzar sus objetivos y elevar la calidad del programa.	Personal del Área quirúrgica del HCAM	<ul style="list-style-type: none"> % de asistencia a cursos en el personal de enfermería del área. No de trabajadores de salud (según categoría) que participó durante un año 	Proporción %	Dpto. Personal	Formulario

			en los cursos ofrecidos / No total de trabajadores de salud x 100			
Motivación	Son los esfuerzos dirigidos a moldear el comportamiento humano.	Personal del Área quirúrgica del HCAM	Porcentaje a aumento salarial anual.	Proporción %	Tesorería	Rol de Pagos
Organigrama	Reflejo gráfico de la estructura en la organización inamovible pero nunca estática	<ul style="list-style-type: none"> Hospitalización Consulta Externa 	Análisis del organigrama	Nominal	Documento	Formulario
Recursos	Medios disponibles para efectuar las actividades planeadas, tales como RRHH, tecnológicos, financieros.	<ul style="list-style-type: none"> Personal del Área quirúrgica del H CAM Composición de Recursos Humanos Hospitalización del Servicio de Cirugía del H CAM 	<ul style="list-style-type: none"> Número de médicos por 100.000 afiliados. (No. De servidores por categoría ocupacional / No. Total de servidores) x 100 (Número camas disponibles / población afiliada)*1000 	Razón	Documento	Formulario
				Razón	Documento	Formulario
				Razón	Documento	Formulario
Servicios finales	Son los sectores y unidades funcionales en los cuales se produce una interacción permanente con el paciente y en los cuales solamente es posible que egrese el producto hospitalario: el paciente curado total o parcialmente y el paciente fallecido. Hacen referencia habitualmente: a la Consulta Externa, Urgencias Médicas y a la Hospitalización.	Área Quirúrgica del HCAM	<ul style="list-style-type: none"> No altas en Consulta Externa % de Pactes que Egresan sin resolución de su enfermedad Tasa de mortalidad en el Área Quirúrgica del HCAM 	Razón	AS/400	Formulario
Servicios intermedios	Es el área de los Servicios Auxiliares del Diagnóstico y la Terapéutica, está conformada por aquellas unidades funcionales que interactúan de forma transitoria en la asistencia del paciente, que contribuyen en el resultado del producto, pero de las cuales no egresa directamente el paciente.	Área Quirúrgica del HCAM	<ul style="list-style-type: none"> No de TAC x 1000 atenciones No de estudios x 100 consultas 	Razón	AS/ 400	Formulario

Servicios Generales	En el área de Servicios Generales de apoyo, se reconocen dos sectores: Sector de Conservación y Mantenimiento •Sector de Hotelería	Área Quirúrgica HCAM	Promedio diario de ropa lavada en Hospitalización	Razón	Registro del Servicio	Formulario
			Promedio raciones diarias proporcionadas al paciente	Razón	Registro del Servicio	Formulario
Organización y funcionamiento	Es una construcción humana arbitraria que se convierte en una realidad específica por la acción de sus miembros, y al llegar a un grado de desarrollo, se asignan responsabilidades y autoridad para obtener las metas de cada objetivo propuesto, dentro de la "misión institucional"	Servicio de Cirugía del H HCAM	Análisis del Manual de Funciones.	Nominal	Manual de Funciones del Médico Residente	Formulario
Recurso humano	Son personas que aportan habilidades, conocimientos y experiencia necesaria al desarrollo de una organización, y que su calidad y desarrollo responderá a las presiones por más y mejores servicios.	Servicio de Cirugía del H HCAM	(No. Horas de ausentismo por causa justificada / Total de ausentismos) x 100 (No. de servidores por categoría ocupacional / No. Total de servidores) x 100	Razón	Archivo oficina de Personal	Formulario
Recurso económico	Es el monto de los recursos económicos que se asignan a las distintas zonas o área en que se divide la organización del sistema de servicios	Servicio de Cirugía del H HCAM	(Presupuesto ejecutado / Presupuesto asignado) x 100	Razón	Dpto. Financiero	Formulario
Recurso físico	Es toda la infraestructura de ingeniería e instalaciones requeridas en el funcionamiento de un hospital a nivel de excelencia. Genera satisfacción en los usuarios y crea un ambiente interno de vida funcional satisfactoria y de progreso individual	Servicio de Cirugía del H HCAM	Superficie en metros remodelada/ superficie total del hospital No de camas y consultorios existentes / No de egresos y consultas.	Razón	Archivo	Formulario

3. Desarrollar un modelo de **Gestión** en el Área Quirúrgica del Hosp. Carlos Andrade Marín, que satisfaga los requerimientos de eficacia, eficiencia y efectividad.

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala	Fuentes de Información	Instrumento
Modelo	Muestra la forma en que el sistema tiene que funcionar.	Los insumos son los recursos utilizados para llevar a cabo las actividades (proceso). Estos insumos pueden ser materia prima o productos y servicios producidos por otras partes del sistema.	Indicadores de estructura (oferta y demanda)	Nominal % proporción	Administrativo Financiero Estadística	Formularios Excel Registros
	Use esta técnica para estudiar cómo se combinan los distintos componentes para producir algún resultado.	Los procesos son las actividades y las tareas que convierten a los insumos en productos y servicios. Los productos son los resultados de los procesos; por lo general se refieren a los resultados directos generados por un proceso y a veces se pueden referir a los efectos más indirectos sobre los clientes mismos y los impactos más indirectos todavía sobre la comunidad en general	Indicadores de S. Finales e intermedios (volumen, calidad, tecnología, tiempo)	Nominal % proporción	Administrativo Financiero Estadística	Formularios Excel Registros
	La modelación de sistemas facilita la comprensión de las relaciones entre las diversas actividades y el impacto que tienen entre sí.	Los resultados son los productos o servicios directos que produce el proceso	Indicadores de S. intermedios y Finales (volumen de Egresos, CE, emergencias)	Nominal % proporción	Administrativo Financiero Estadística	Formularios Excel Registros
		Los efectos son los cambios en materia de conocimientos, actitudes, comportamiento de los clientes que se derivan de los resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Eficacia • Eficiencia • Efectividad 	Nominal % proporción	Administrativo Financiero Estadística	Formularios Excel Registros
		Los impactos son los efectos a largo plazo, y más indirectos aún, de los resultados sobre los usuarios y la comunidad en general.	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción usuario • Modificación del riesgo enfermar • Incapacidad • Mortalidad • Perfil epidemiológico 	Nominal % proporción Encuestas	Administrativo Financiero Estadística	Formularios Excel Registros

Gestión	Relación existente entre la estructura y el proceso de los servicios de salud y los productos obtenidos (variables: volumen, calidad, tecnología, costo y tiempo) Este proceso es la superposición de la demanda y la estructura u oferta	<ul style="list-style-type: none"> • RRHH • Tecnológicos y económicos • Administrativos • Financieros • Científicos: dg y tto (protocolos) • Productos: Servicios intermedios • Servicios Finales 	<ul style="list-style-type: none"> • No. RRHH quirófano • No. equipos • Relación costo beneficio • Procesos administrativos • Presupuesto • Protocolos • Productos intermedios 	Proporciones % Proporciones %	Administrativo Financiero Estadística	Formularios Excel Registros Formularios Excel Registros
Proceso servicios cirugía	Superposición de la demanda (usuarios) y la oferta, implica las relaciones entre los recursos humanos, tecnológicos, actividades intermedias y finales, incluye procesos administrativos, financieros, protocolos dg y terapéutico.	<ul style="list-style-type: none"> • Oferta • Demanda • Recursos 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad resolutive (paquetes prestaciones) • Satisfacción usuario • Optimización recursos 	Proporción Nominal	Administrativo Financiero Estadística	Formulario
Producto	Este componente evalúa las actividades Servicios Finales: Coloproctología, Cabeza y Cuello, Cardiorácica, Cirugía General, Cardiovascular, Plástica y Reconstructiva, Vascular Periférica, Neurocirugía, Oftalmología, ORL, Urología, Traumatología Servicios intermedios	Calidad	<ul style="list-style-type: none"> • Tecnología • Satisfacción usuario 	Proporción	Administrativo Financiero Estadística	Formulario
		Tecnología	<ul style="list-style-type: none"> • Alta • Mediana • Baja 	Nominal	Administrativo Financiero Estadística	Formulario
		Costos	<ul style="list-style-type: none"> • Costo estándar: tarifario • Costos fijos • Costos variables • Costos por actividades finales e intermedias 	Proporción	Administrativo Financiero Estadística	Formulario
		Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> • Indicador que influye en: Volumen • Calidad • Costos 	Proporción	Administrativo Financiero Estadística	Formulario
Eficacia	Grado en que algo (procedimiento o servicio) puede lograr el mejor resultado posible. La falta de eficacia no puede ser	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta Externa • Hospitalización 	<ul style="list-style-type: none"> • Concentración de Consultas: (Total de consultas / total de primeras consultas) x 100 	Proporción % Proporción %	Informática: Programa AS400	Formulario

	reemplazada con mayor eficiencia por que no hay nada más inútil que hacer muy bien, algo que no tiene valor		<ul style="list-style-type: none"> No. altas en consulta externa Infecciones Hospitalarias Complicaciones Hospitalarias 			
Eficiencia	Relación entre los recursos y su grado de aprovechamiento en los procesos. Se habla de eficiencia cuando se refieres a costos operativos, los tiempos de proceso y desperdicios. Es el “Cómo”	<ul style="list-style-type: none"> Consulta Externa Hospitalización 	<ul style="list-style-type: none"> Costo cama ocupada Costo egreso Costo consulta Costos consulta de emergencia 	Proporción % Proporción %	Informática: Programa AS400	Formulario
efectividad	La efectividad es el grado en que un programa ha logrado sus objetivos, mediante el suministro de servicios.	<ul style="list-style-type: none"> Consulta Externa Hospitalización 	<ul style="list-style-type: none"> Promedio estada por egreso y especialidad Promedio diario de consultas Promedio consulta por hora medico 	Proporción % Proporción %	Informática: Programa AS400	Formulario
Cobertura	Es la extensión de servicios y programas a una mayor población	<ul style="list-style-type: none"> Consulta Externa 	Cobertura afiliado por año	Ordinal	Informática: Programa AS400	Formulario
Rendimiento	Es sacar el mayor partido a nuestro trabajo diario, eligiendo los métodos más idóneos para alcanzar nuestros objetivos.	<ul style="list-style-type: none"> Hospitalización Consulta Externa 	Actividad producida x unidad de tiempo utilizado: Total de consultas de la C. Ext. /horas medico trabajadas en C. Ext.	Nominal Proporción %	Informática AS400	Formulario
Productividad	Es la relación entre la producción y los insumos utilizados en dicha producción. Constituye un factor vital de la gestión ya que es a través de la administración de la productividad que se obtienen los rendimientos que la empresa dispondrá para mejorar su capacidad.	<ul style="list-style-type: none"> Hospitalización Consulta Externa 	Número de actividades producidas por unidad disponible: Total de consultas en C. Ext./horas médicas asignadas a C. Ext.	Nominal	Informática AS400	Formulario

Fortalecer los procesos de **monitoreo y evaluación** de la Información en el Área Quirúrgica del Hosp. Carlos Andrade Marín para una adecuada Toma de decisiones.

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala	Fuentes de Información	Instrumento
Monitoreo y Evaluación	Modelo de retroalimentación entre lo planificado vs. lo ejecutado, fundamentado en un sistema de información que transforma el dato en información, indicadores que permitan una acertada toma de decisiones.	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta Externa • Hospitalización • Centro Quirúrgico 	Productividad	%	<ul style="list-style-type: none"> • Informática • AS400 • Winsig 	Formulario
Dato	Antecedente necesario para llegar al conocimiento., dispuesto de manera adecuada para deducir consecuencias legítimas de un hecho	Servicio de Cirugía del H HCAM	No. De médicos por especialidad	Ordinal	Documento	Formulario
Análisis	Es separar, clasificar y agrupar los distintos elementos que forman un grupo de información determinado, de tal manera que constituyan unidades homogéneas y significativas	Servicio de Cirugía del H HCAM	No. Total días cama disponibles por especialidad	Razón	AS 400	Formulario
Información	Serie de datos procesados. Sistema de Información se define como el conjunto de personas, normas, procesos, procedimientos, datos y recursos tecnológicos que funcionan articuladamente y que buscan facilitar y apoyar el desempeño de los funcionarios para el cumplimiento de los objetivos y metas previstas para el adecuado funcionamiento, desarrollo y crecimiento de la organización	Servicio de Cirugía del H HCAM	Oportunidad en entrega de informes según plazo establecido	Nominal	Documento	Formulario
Toma de decisiones.	Es una elección conciente entre dos o más alternativas o vías de acción.	Servicio de Cirugía del H HCAM	% de servicios tercerizados	Razón	Documento	Formulario

Objetivo General

Establecer en el Área Quirúrgica del Hospital Carlos Andrade Marín, un **modelo gerencial moderno** que incorpore los procesos de Planificación, Organización, Gestión y Evaluación y que satisfagan la eficacia y eficiencia en la prestación de servicios hacia los afiliados.

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala	Fuentes de Información	Instrumento
Insumos	Son las entradas del proceso y pueden ser uno o varios componentes imprescindibles los cuales deben ser específicos y diferentes entre ellos y correlativos para un producto determinado. También se los denomina materia prima	Servicio de Imagenología	Número de placas / No estudios	Razón	Archivo	Formulario
Procesos	Es un grupo de tareas lógicamente relacionadas que emplean los recursos de la organización para dar resultados definidos en apoyo de los objetivos de la organización Es un grupo de actividades que emplee un insumo, le agregue valor a éste, y suministre un producto a un cliente externo o interno.	Área de Cirugía del H CAM	<ul style="list-style-type: none"> Tasa de abandono No de pactes que no completan el tto / No. De pactes que iniciaron el tto. X 100 	Razón	Archivo	Formulario
Productos	Es el bien o servicio que oferta una empresa pública o privada , con la finalidad de satisfacer las necesidades que demanda el cliente.	Área de Cirugía del H CAM	Servicios ofrece el Área Quirúrgica del HCAM	Razón	Archivo	Formulario
Efectos	Aquello que sigue por virtud de una causa. Fin para el que se hace algo.	Área de Cirugía del H CAM	No de pactes. Curados / No de pacientes tratados x 100	Razón	Archivo	Formulario
Impactos	Grado en que un programa ha hecho un cambio a largo plazo en las actitudes, conductas o estado de salud de los participantes o beneficiarios del programa	Área de Cirugía del H CAM	(No. De pactes infectados en el postoperatorio / No de egresos) x 100	Razón	Archivo	Formulario

CAPITULO 2

MARCO DE REFERENCIA: MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL

2. MARCO TEÓRICO

2.1. SISTEMAS DE SALUD

Históricamente Ludwig Von Berthalanffy, biólogo, es el creador de la teoría general de Sistemas, la desarrolló en el decenio de 1930,¹³ dándose a conocer sus aportaciones después de la Segunda Guerra Mundial.

Cabe mencionar su aplicación en organizaciones militares o industriales, y en nuevas tecnologías como el análisis, la ingeniería, y el diseño de sistemas. Se amplía totalmente el concepto en la aplicación científica, relacionándolo con un nuevo enfoque más “universal”.

Un **sistema** es en su forma más simple, “un conjunto de unidades entre las que existen relaciones”. Aunque las unidades sean importantes, lo que realmente caracteriza a un sistema son las relaciones entre ellas, ya que son los dos elementos críticos del sistema.¹⁴

Esta definición implica que el conjunto de elementos guarde relación mutua o interacción, y que esa acción recíproca constante, entrañe normas u organizaciones, cualquier elemento que no interactúe con los restantes no forma parte del sistema en cuestión.

El término Sistema de Salud comprende todos los recursos que un país, estado o comunidad dedica a la promoción de la salud, a la prevención de las

¹³ Barquín, M. Dirección de Hospitales. Sistemas de Salud. México, Editorial McGraw Hill, 2002. pp 15.

¹⁴ Ibid., pp: 15.

enfermedades y a la recuperación de la salud, incluyendo todas las organizaciones sanitarias.¹⁵

En términos de salud pública la tendencia va a la coordinación de los diversos servicios de la atención médica que operan en el ámbito nacional, con la finalidad de integrarlos posteriormente para constituir lo que se ha llamado un Sistema Nacional de Salud,¹⁶ teniendo como estructura un ministerio de Estado que se encarga de formular, organizar y ejecutar una política integral de Salud en toda la nación, esto se observa en todos los países, y para lograr este propósito se han hecho varios intentos por integrar los recursos financieros, humanos, y materiales de los diversos subsistemas en una sola estructura, para proporcionar atención médica mediante unidades operativas comunes.

Sistema de Salud es el conjunto de sectores y subsectores que concurren para mantener y perfeccionar la salud de la población. Los subsectores están dados por la agrupación de los siguientes actores del sistema, que tienen coherencia de intereses y objetivos:

- Los usuarios o beneficiarios (pacientes), cuyo principal interés es maximizar la accesibilidad a la mayor cantidad de prestaciones de la mejor calidad.
- Los financiadores: los Ministerios de Salud de los gobiernos, los seguros públicos, los seguros privados (prepago) y los propios pacientes, cuyo principal interés reside en maximizar la eficiencia: el menor gasto para la mayor cantidad de prestaciones (Value for money).¹⁷
- Los proveedores directos de las prestaciones: los profesionales de la salud, cuyo principal interés, además de la realización profesional es el aumentar sus ingresos.
- Los administradores de los servicios de atención de la salud, cuyos intereses están alineados con los financiadores.
- Los reguladores: los políticos en los gobiernos, cuyos intereses son contradictorios por cuanto por una parte quieren satisfacer a los usuarios que

¹⁵ MSP. Gerencia de Hospitales, Sistemas de Salud. Módulo I . 2003. pp. 4

¹⁶ Barquin, Op.cit., pp:15.

¹⁷ MSP, Op.cit., pp:4

los votan y por otra deben mantener el equilibrio presupuestario y atender los otros actores con poder.¹⁸

2.1.1 FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD

Entre 1997 y 1998 tuvo lugar un proceso de consulta nacional en el Ecuador para definir los roles del Estado en la Salud y las Políticas de Salud. Producto de esta iniciativa se definieron cinco roles: a) Rectoría; b) Financiamiento c) Prestación d) Aseguramiento y e) Descentralización.

Rectoría: Es la conducción, normatización, coordinación, regulación y evaluación de las actividades y servicios de salud realizada por entes públicos y privados. Se destaca la necesidad de reforzar el rol de rectoría del Ministerio de Salud Pública para abordar el liderazgo de los procesos de reforma sectorial y de descentralización en marcha.

En el año 2001 la autoridad de salud en Ecuador ha evaluado **las once funciones esenciales de salud pública** definidas en el correspondiente instrumento de evaluación del desempeño impulsado por la OPS/OMS. Estas son: (1) Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud; (2) Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública; (3) Promoción de salud; (4) Participación de los ciudadanos en salud; (5) Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública; (6) Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública; (7) Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios; (8) Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública; (9) Garantía y mejoramiento de la calidad de servicios de salud individuales y colectivos; (10) Investigación en salud pública; y (11) Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.¹⁹

¹⁸ *Ibid.*, pp: 4

¹⁹ En colaboración con el Centro Latinoamericano de Investigación en servicios de Salud (CLASISS), y los Centros de Control y prevención de Enfermedades del Departamento de Salud de los Estados Unidos (CDC). OPS/OMS, CDC,CLAISS: Instrumento para la medición de Desempeño de las funciones esenciales de Salud Pública , mayo 2001.

La coordinación intrasectorial, es responsabilidad del Consejo Nacional de Salud, organismo asesor del Ministro de Salud Pública creado en 1980, conformado por 13 representantes de las instituciones públicas y privadas que actúan en el sector salud. Este organismo, funciona a través de comisiones de expertos (Planificación, Reforma, Medicamentos, Recursos Humanos, Bioética), con participación de delegados de las diferentes instituciones, para la definición de normas, reglamentos y otros instrumentos técnicos de aplicación general.²⁰

En los últimos cinco años, su labor se ha centrado en la búsqueda de consensos para el desarrollo de la propuesta de reforma del sector salud, cuyo eje es la organización del Sistema Nacional de Salud; el apoyo a la formulación de políticas nacionales de salud, la calificación de proveedores de medicamentos genéricos y el seguimiento a los procesos de descentralización y de reforma a la ley de la Seguridad Social.

Es notorio que en el Ecuador hay muchos vacíos de rectoría sanitaria que deben ser corregidas prontamente.²¹

El papel actual del estado ecuatoriano como rector en Salud.

- Otorga la autorización de ejercicio profesional.²²
- Regula o controla el funcionamiento de servicios de atención en salud.
- Contribución a la política de uso de fármacos.²³
- Co – regulación de la práctica profesional con los colegios médicos.²⁴
- Regulación indirecta del acceso a los puestos de trabajo de los médicos.
- Regulación estatal sobre el control del ambiente y de la cadena alimentaria.
- Regula el proceso de la reforma de salud.²⁵

Financiamiento: Es la forma de asignar recursos que garanticen la entrega de un modelo de atención integral de buena calidad.²⁶

²⁰ Ibid.

²¹ Placencia, M. Salud para el bienestar y desarrollo en Quito del siglo XXI. Sistemas de Salud del Ecuador. Quito, Edit. Quality Print, 2001. pp. 62.

²² Ibid., pp: 62.

²³ Ibid., pp: 62.

²⁴ Ibid., pp: 63.

²⁵ Ibid., pp: 63.

a) El financiamiento del Sistema provendrá de las siguientes fuentes:

- Fondos del gobierno central
- Fondos de gobiernos locales
- Rendimiento financiero del Fondo Nacional de Solidaridad

Contribuciones de personas o familias con capacidad de aporte económico

b) La distribución de los recursos provenientes de fuentes nacionales a los diferentes cantones o provincias será realizada en función de criterios poblacionales, socioeconómicos, de situación y riesgo diferencial en salud, entre otros.

c) El costo de la afiliación de las familias o personas pobres al sistema, será cubierto en su totalidad por el fondo.

d) Para las personas o familias que tengan capacidad de contribución económica, se establecerá un porcentaje de pago (copago) que se definirá luego de la respectiva categorización socioeconómica.

Criterios para la Asignación de los Recursos:

a) Asignaciones económicas dependientes del rendimiento y la calidad en las prestaciones, en un nuevo sistema donde la asignación de recursos estará condicionada al cumplimiento de estándares definidos en los respectivos contratos o compromisos de gestión.

b) En el nivel ambulatorio, donde la promoción, prevención y resolución de patologías de baja complejidad constituyen los ejes de acción, el pago a los establecimientos de la red se efectuará por capitación, es decir relacionando el valor per cápita (o por familia) con el número de personas o familias afiliadas a cada establecimiento.

c) En el nivel hospitalario se desarrollará un sistema de pago por atenciones o casos resueltos.

Prestación: Las instituciones del sector salud realizan diversos programas de atención ambulatoria. El MSP fundamentalmente efectúa actividades de

²⁶Propuesta elaborada en el CONASA. Junio 2000.

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 J.B.G. y SOLCA atienden principalmente a nivel hospitalario.

El sector privado, con excepciones, básicamente se dedica a la atención de los eventos de morbilidad.

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 la Dirección de Promoción y Atención de la Salud, y coordina con el Ministerio de Educación la iniciativa de Escuelas Saludables, y con las AME el desarrollo de Municipios Saludables

Aseguramiento: Es la garantía de acceso universal y equitativo de la población al Plan Integral de Salud en cumplimiento al derecho ciudadano a la protección social en salud. Los sistemas de seguridad social son un importante elemento de la salud pública, por su papel en la calidad, acceso y financiamiento de los servicios de salud.

Las técnicas de financiamiento pueden reducirse a: 1.- taxación o impuesto, 2.- contribución compulsada bien deducida del salario o vinculada al riesgo y pagada por compañías y 3.- la suscripción voluntaria a esquemas de seguros privados. Teniendo en cuenta estas fuentes de financiación del sistema de salud pueden distinguirse 3 modelos, que pueden delinarse de una u otra manera en todos los países del mundo.

Sistema Beveridge: Adoptado por Suecia desde los años 30 y surgido oficialmente

en un informe en 1942 en Gran Bretaña. El sistema está financiado por taxación o impuestos controlados por el Parlamento con libre acceso para cada ciudadano o residente, y gobernado y a veces ofrecido por empleados estatales. Los médicos son empleados asalariados y pagados por medio de un honorario o capitación (o tarifa por persona asegurada), mientras que los hospitales reciben un presupuesto total. Todos los países del norte de Europa (Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Noruega, Suecia, Reino Unido) adoptaron o retuvieron este modelo después de la segunda guerra mundial. El sur de Europa (Grecia, Italia, Portugal España) se unió a este grupo en los años 80.

Sistema Semashko o sistema centralizado En los países del centro y del Este de Europa (antigua URSS y/o miembros del CAME), los sistemas de salud toman su inspiración en las ideas de Semashko, que datan de los años 20. En este sistema existe un control gubernamental mediante un sistema planificado centralmente y financiado por el presupuesto estatal. Todos los empleados del sistema son asalariados. No existe sector privado y presenta libre acceso para todos, a los servicios de salud. ²⁷

Sistema Bismark o sistema de seguro de salud Fue inspirado en el año 1883 en la legislación alemana. Con este sistema de atención médica, la financiación de los fondos se efectúa por contribuciones compulsadas por firmas y empleados y resulta dirigido por representantes del pueblo asegurado. Los ciudadanos que no tienen acceso a tales fondos están cubiertos por tasación o esquemas de seguro privado. La atención médica es entonces provista por los denominados médicos por cuenta propia y pagada sobre la base de honorarios por servicios, mientras que los hospitales reciben un presupuesto total.

El canciller Otto Von Bismarck crea un sistema de programas sociales que incluía un seguro, de enfermedad, maternidad, y un programa de pensiones para los empleados de las industrias de Alemania, respondiendo a las necesidades de los trabajadores.

Desde 1920 más del 50% de los países industrializados contaban con programas de pensiones y de salud, seguidos luego por los países de América Latina, comprobando el éxito del ejemplo alemán. En 1950 el 100% de los países industrializados tenían programas de pensiones y 90% programas de salud comparados con el 38% y 47% en América Latina respectivamente, a pesar de que el inicio de los programas fue gradual y segmentado por grupos ocupacionales.

En la década de los 40 aprovechando la experiencia de las naciones pioneras algunos países de A.L. (Colombia, Costa Rica, México, Perú, Venezuela) establecen agencias administradoras centrales para unificar los subsistemas llamados Instituto de Seguridad Social, responsables por la cobertura de la mayoría de la población. Luego de 1950 hay el grupo de los países “tardíos” en iniciar sus sistemas de seguridad social, en estos las agencias administradoras unificaban todos o la mayoría de los grupos ocupacionales (Guatemala, El Salvador, Nicaragua, Honduras, Haití).²⁸

En el Ecuador la seguridad social es un derecho irrenunciable de todos sus habitantes, consagrado en el Art. 55 de la Constitución de la República. Para garantizar su ejercicio la Carta Magna establece el Sistema Nacional de Seguridad Social que deberá regirse 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” (Art. 56).

Como parte de este sistema se contempla el seguro general obligatorio, que también se lo establece como derecho irrenunciable y que cubrirá las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos del trabajo, cesantía, vejez, invalidez, discapacidad y muerte, se extenderá a toda la población ecuatoriana

²⁷ Fresno, Caridad. Sistemas de Atención de Salud. Revista Cubana de Salud Pública, Ciudad de la Habana, Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, 1/1996 p:2

²⁸ Blanco R. Jorge, Maya M. José. Fundamentos de Salud Pública. Tomo 1. Salud Pública. CIB. 2000. pp 43

urbana y rural con relación de dependencia o no y, será responsabilidad del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (Art. 57 y Art. 58).²⁹.

Los orígenes del sistema del Seguro Social se encuentran en los años 1905, 1915, 1918, 1923 para amparar a los empleados públicos, educadores, telegrafistas, y dependientes del poder judicial. Posteriormente en 1928 se crea La Caja de pensiones a través del decreto No. 18 publicado en el Registro Oficial No. 59 del 13 de Marzo de 1928 en el Gobierno de Isidro Ayora. En 1935 se dicto la Ley del seguro social obligatorio, demostrando así la postura de país pionero.³⁰

A través del tiempo se han propuesto varias reformas de los sistemas de seguros sociales en América Latina, y han evolucionado hasta su situación actual, con un paquete de servicios muy generosos, en algunos casos por encima de los países industrializados, pero con una pobre cobertura de la población. A principio de la década de los 90 el promedio de cobertura regional es del 61%, pero al excluir a Brasil, el promedio se reduce al 43%, y en la mitad de los países es de menos de un tercio de la población. Como reacción a esta situación existe nuevamente un movimiento reformista que afectado a la mayoría de los países latinoamericanos que tiene con objetivo aumentar el acceso a los servicios de salud, y la equidad y eficiencia de los sistemas. Se estimó en 1994 que sólo el 22.7 % de la población está afiliada a algún sistema de seguro. La mayor parte de la cobertura corresponde al sistema público conformado por los servicios del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), general y campesino, y los seguros de las Fuerzas Armadas y Policía, que en conjunto cubren el 20.5 %. A lo que se suma una porción pequeña de aseguramiento a través de las empresas de medicina prepagada (un 2.2 %).³¹

Descentralización: En esencia es un proceso político que implica un cambio en el uso y distribución del poder, ya sea dentro de un sector o en la sociedad como un todo. Como tal, requiere una decisión política firme para transferir recursos financieros, humanos, tecnológicos, etc. Es importante aclarar que este proceso

²⁹ Constitución de la República del Ecuador. pp: 20.

³⁰ Diario El Norte. Ibarra, 13 – Marzo – 2004. pp: 2.

³¹ Los porcentajes son recogidos de varios documentos que hacen aproximaciones y no mediciones reales de la cobertura.

no atomiza el sistema de salud; por el contrario, reforzara el todo al permitir que sus partes componentes operen de manera más eficaz y con complementariedad.

La descentralización se considera una manera mejor de identificar las necesidades locales, respondiendo en forma más adecuada a ellas mejorando la gestión de los recursos, pero lo más importante es que constituye un medio básico para establecer la participación de la comunidad y la auto confianza local, siendo un factor clave para el desarrollo de los sistemas locales de salud y para el logro de la cobertura universal y la eficiencia en los servicios de salud en los países en desarrollo.³²

La Descentralización representa modelo de gestión vinculado con la eficacia y eficiencia de las organizaciones y no deben concebirse como excluyentes o conflictivas. (Ver Anexos: Gráfico No. 1)

2.1.2 DESCRIPTORES DE CALIDAD DE LOS SISTEMAS DE SALUD³³

Los sistemas de salud son el armazón que permite (o dificulta) que los servicios de salud brinden una atención con la calidad requerida, en forma factible, efectiva, eficiente, sostenible y que contribuyan al desarrollo social integral.

Responsabilidad: Población definida, explicita, universalmente atendida.

Pertinencia: Oferta racional de servicios, concertada dentro de la necesidad sentida.

Efectividad: Niveles de complejidad apropiados, interconectados y con estándares conceptuados.

Eficiencia: Complementariedad y comunicación entre los niveles, sin vacíos, sobre cobertura ni repeticiones.

Integración: Proveedores y otros actores Interactuantes, independientemente de la lógica y propiedad de los servicios.

³² Barquín, *Op.cit.*, pp: 23.

³³ Placencia, *Op.cit.*, pp:23

Sistemas de información: integrados y dirigidos a la toma de decisiones, monitoreo e investigación operativa apuntando a la retroalimentación y con elementos que permitan monitorizar los estándares éticos y técnicos.

Participación y comunicación: Espacios y mecanismos suficientes para mantener la participación comunitaria, el diálogo social, la información, la rendición de cuentas y la transparencia, en forma pertinente al sistema entero, con equidad de nivel económico, de género, geográfica y demográfica.

Gestión sistémica: Mecanismos suficientes para mantener la operatividad descentralizada, con centralización de controles, de normatividad y de políticas, con eficiencia, participación comunitaria, Intersectorialidad, interacción con todos los actores y financiación coherente.

2.2 SERVICIOS DE SALUD

Son las 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, en cumplimiento del mandato constitucional; y, constituyen el Sistema Nacional de Salud.³⁴

El conjunto de establecimientos que brindan prestaciones de salud requieren para su desarrollo integral acciones de planificación y organización de recursos/actividades para asegurar una adecuada atención.³⁵

2.2.1 FUNCIONES DE LOS SERVICIOS DE SALUD ³⁶

³⁴ León N.: Propuesta de Organización del Sistema Nacional de Salud. CONASA. Quito, 2000.

³⁵ Vega M.: Administración de Servicios de Salud. Quito . 2002. PP: 44

Comprende un conjunto de elementos orientados a:

- Impulsar a una mayor capacidad de gestión autónoma de las unidades de salud con activa participación ciudadana.
- Fortalecer las capacidades gerenciales en los establecimientos de salud.
- Asignar recursos económicos ligados a rendimientos y resultados.
- Establecer incentivos según desempeño para el personal.
- Implementar sistemas de información general.
- Implementar políticas de recuperación parcial de costos provenientes de usuarios con capacidad de pago.

2.2.2 OBJETIVOS INTERMEDIOS

Equidad: Es la reducción de las disparidades evitables. No hay una medición de los impactos sobre la equidad. No obstante algunos datos de mejoramiento en la cobertura de acciones como el control prenatal entre 1994 y 1999, la atención del parto institucional por personal entrenado, y la cobertura del programa de inmunizaciones muestran algunos avances a pesar de la profunda crisis política y financiera que ha afectado al sector y en particular a los servicios del MSP y del IESS. Sin embargo, el gasto per cápita ha ido disminuyendo, al igual que la disponibilidad de camas por habitante y las barreras de acceso a los sectores sociales más pobres no se han modificado.

Los mecanismos de recuperación de costos implementados en los servicios del MSP parecen haber aumentado dichas barreras, excepto en lo referente a atención del parto donde se ha mejorado el acceso a los servicios debido a la aplicación de la Ley de Maternidad gratuita.

³⁶ Ibid., pp: 44

Efectividad y Calidad: La efectividad es el grado en que un programa ha logrado sus objetivos, mediante el suministro de servicios. La calidad es la satisfacción de las necesidades y aspiraciones de las personas, tanto reales como percibidas, con el menor consumo de recursos.

No hay evidencia de que las fases iniciales del proceso de reforma hayan incidido en la reducción de los indicadores como mortalidad general, infantil y materna. Más bien se comienza a observar un leve estancamiento en la tendencia decreciente en los últimos años de estos indicadores (INEC, 1998-1999). Algunos indicadores como la mortalidad por cáncer cérvico-uterino, incidencia de VIH/AIDS y mortalidad por complicaciones agudas de diabetes mellitus e hipertensión arterial en menores de 25 años han aumentado.

En cuanto a la calidad técnica, en algunos hospitales piloto del MSP se han comenzado programas de control de calidad con sus respectivos Comités. En el IESS se han iniciado aplicaciones de protocolos de estandarización normativa para ciertas patologías. Se desconoce el porcentaje de estas intervenciones.

En cuanto a la calidad percibida, no se implementan redes de información y consulta ciudadana para determinar el grado de uso y satisfacción con los servicios recibidos. La calidez de la atención sigue siendo una propuesta a desarrollar.

Eficiencia: Es conseguir objetivos con el menor gasto posible.

La eficiencia es una variable de escasa medición en los servicios públicos, no obstante la progresiva incorporación de metodologías de costos y de sistemas de información gerencial. Para la asignación más eficiente de recursos financieros se ha diseñado una propuesta técnica que considera variables de población, pobreza, brechas de demanda, recursos de oferta y un manejo desconcentrado en las áreas de salud, pero no se ha implementado por restricciones de control en los niveles central (MSP y Ministerio de Economía) y provinciales.

Sostenibilidad: Es la necesidad de que el Sistema Nacional de Salud se desarrolle bajo un modelo que pueda ser financiado con recursos nacionales públicos y privados. La crisis económica y sus secuelas de inestabilidad política y administrativa han dilatado la implementación de un plan de acción en materia de reforma, por lo que se agotan las expectativas ciudadanas por el cambio así como las posibilidades de acuerdos entre las instituciones del sector salud.

Participación y control social: La vida y salud de los ecuatorianos, es responsabilidad del Estado Social que tiene que cumplir con las obligaciones que la garanticen. La garantía del cumplimiento de los derechos humanos universales y los específicamente concernientes a los diferentes actores de la sociedad sin distinción de raza, sexo, género, etnia, pueblo, nacionalidad, situación de discapacidad, etc., se podrán ejercer únicamente si se crean mecanismos que involucren a los sectores interesados y que posibiliten exigir, sancionar, concretar medidas para la rendición de cuentas y la veeduría ciudadana.

Se facilitará la democratización del quehacer en salud en un proceso de construcción de valores y prácticas que posibiliten el respeto entre personas e impulsará el pleno conocimiento de la sociedad de sus derechos, los marcos jurídicos que los regulan, promoviendo su cumplimiento efectivo y la corresponsabilidad social en salud. ³⁷

Se promoverá la participación social organizada, informada, libre y responsable en la salud y en los servicios de salud. Los procesos de desconcentración de los servicios del MSP (autonomía de gestión), las experiencias demostrativas de sistemas descentralizados de salud, la instauración de los Consejos Cantonales de Salud, la organización de usuarias para las veedurías de la Ley de Maternidad gratuita y la aplicación de la Ley Orgánica de Juntas Parroquiales, están abriendo espacios para la expresión ciudadana en el proceso de reforma.

³⁷ MSP. Marco General de la Reforma Estructural de la salud en el Ecuador. Quito, 2002. pp. 28 – 29.

2.2.3 OBJETIVOS FINALES

Ejecutar acciones que mejoren la situación de salud y la calidad de vida de la población a través de la promoción de la salud, la prevención de riesgos y de la enfermedad en el marco de la creación de espacios saludables.

Lograr una cobertura universal de la población ecuatoriana con servicios de salud holísticos e integrales de buena calidad respetando e integrando las diferencias étnico-culturales, de género y ciclo vital de la población ecuatoriana.

Promover la equidad fortaleciendo el acceso a los servicios de salud conforme las necesidades epidemiológicas, de género, sociales, y culturales, priorizando a los grupos vulnerables.

A fin de promover el empoderamiento y la participación de la sociedad civil, la coordinación intersectorial, y la adopción de aptitudes y actitudes personales favorables a la salud se debe privilegiar la salud, educación, comunicación, difusión de derechos en salud de la manera más amplia democrática y ética.³⁸

2.2.4 DESCRIPTORES DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN INDIVIDUAL DE SALUD ³⁹

Para analizar la atención individual a usuarios que demanden servicio se propone como pivote definitorio de calidad, la facilitación de la autonomía, esto significa, que si la atención favorece la autonomía del usuario es de alta efectividad (y calidad) y lo inverso.

Accesibilidad: Económica, geográfica, cultural y además con equidad de género.

Efectividad: Cumplimiento de un conjunto de estándares de acreditación, desempeño técnico y producción.

³⁸ *Ibid.*, pp: 30.

³⁹ Placencia, *Op.cit.*, pp: 25.

Eficiencia: Cumplimiento de un conjunto de estándares de rendimiento, costo-efectividad y costo- beneficio.

Integralidad: Facilitar que la atención individual incluya promoción, curación, y prevención.

Pertinencia: Presencia del servicio en el horario y calendario, que permita la continuidad intra e Inter. Episodios.

Polivalencia: Recursos humanos apropiados para afrontar las diferentes necesidades de Atención Primaria de Salud.

Aceptabilidad: Según la percepción de usuarios y estándares éticos, y con equidad de genero.

Participación y comunicación: Espacios y mecanismos suficientes para mantener la participación comunitaria, el diálogo social, la información la transparencia y la rendición de cuentas.

Gestión sistémica: Mecanismos suficientes para lograr la administración con centralización de normas y política, junto a descentralización operativa, con efectividad y eficiencia altas, participación comunitaria, intersectorialidad e interacción sistémica.

2.2.5 OFERTA Y DEMANDA⁴⁰

Para analizar oferta y demanda se definirá tres términos:

Demanda es la búsqueda positiva que hace un individuo o la comunidad de una atención de salud.

Necesidad es la opinión que los técnicos tienen sobre lo que una comunidad requiere de atención.

Oferta es lo que un servicio de salud pone a disposición de la comunidad como atención.

⁴⁰ Placencia, Op.cit., pp: 41 –43.

Hay variadas siete posibles formas de relacionar estos tres elementos, unas son convergentes y otras no; la primera confluencia es la necesidad sentida, es decir el componente de la demanda que es técnicamente calificada como una necesidad (No. 1 y 3 en el Gráfico. 1) Cuando este segmento es ofertado constituye el bloque más “racional” de la oferta de servicios, pero en la práctica puede quedar una parte no ofertada, que debería ser minimizada al máximo. (No. 3)

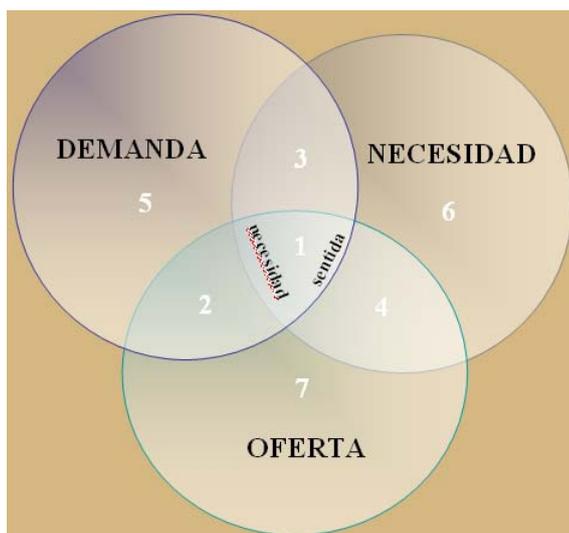


Gráfico No. 2. 1: Relación entre Oferta, Demanda y Necesidad de Atención de Salud
M. Placencia

Dentro del confluente de la demanda ofertada (No. 1 y 2 en el Gráfico. 1) existe un segmento que técnicamente no es una necesidad (No. 2) y que pese a su irracionalidad, resulta fácil para el servicio continuar ofertándolo porque esta demandado. Cuando un servicio cae en este segmento realiza una atención cuya calidad es defectuosa por duplicado porque no tiene buena efectividad y disminuye la eficiencia.

Dentro del confluente de de servicios ofertados y técnicamente necesarios (No. 1 y 4 en el Gráfico.1), el segmento 4 no es demandado y mantenerlo no es irracional, ya que hay fundamentos técnicos para proponerlo a la comunidad, pero como no habrá consumo va contra la eficiencia.

La demanda ni necesaria, ni ofertada (No. 5) tiene su mejor manejo en el diálogo y la participación comunitaria; cuando se trata de servicios lucrativos, este servicio se pasa fácilmente a la oferta demandada pero no necesaria.

La necesidad no demandada, ni ofertada (No. 6 en el Gráfico. 1) se maneja con la comunicación con la comunidad y la búsqueda de satisfacerla según el análisis de pertinencia y factibilidad. Por último está la oferta ni demandada, ni técnicamente necesaria, (No. 7) cuya persistencia como servicio es altamente irracional, porque disminuye la eficiencia y no añade efectividad.

En este aspecto la calidad se refleja según 2 criterios, por un lado el manejo que un servicio hace junto a la comunidad para contribuir a una educación autonomizante y sensata de la salud que provoque demanda de servicios necesarios y con factibilidad de su oferta, al mismo tiempo que no se debe inducir la demanda de servicios técnicamente innecesarios. Por otro lado la oferta debe darse lo más centrada en la necesidad sentida y caer lo menos posible en la demanda no necesaria ni en otras formas de irracionalidad. Al mismo tiempo habrá que reducir el área de necesidades no ofertadas (No. 3 y 6 en el Gráfico. 1) Para identificar a la “clientela” y sus comportamientos, acercar la capacidad de servicio a la demanda e influir sobre ésta, y establecer políticas e instrumentos para satisfacer los objetivos del consumidor y de la empresa está la gestión de marketing

Función del marketing en el hospital: El marketing constituye un enfoque de empresa, que se orienta radicalmente al consumidor para comprender y satisfacer sus necesidades. Con relación a las organizaciones de servicios como el hospital “el consumidor se comporta como un individuo que una vez satisfechas sus necesidades y deseos, presenta nuevos deseos y necesidades insatisfechas, y así sucesivamente” (Morata, 1989)

Un hospital que aspire a satisfacer las necesidades y expectativas de sus clientes y ganar aprecio y aceptación en su mercado necesita disponer de productos que

cubran demandas que están por satisfacer, a precios que el público acepta pagar; mediante procesos, personas y profesionales que son apreciados por su capacidad técnica y humana; ponerlos en distribución de forma accesible y sencilla, y darles a conocer mediante una comunicación efectiva. Este conjunto de elementos y habilidades, mezcla de artes y de técnicas, forman el *marketing-mix* del hospital.

Gestión de la demanda Según Philip Kotler (1986) la demanda puede encontrarse en ocho estados diferentes, y el trabajo del marketing es reaccionar ante cada situación para asegurar el nivel de la demanda requerido por los planes de la empresa.

ACTUACIONES SOBRE LA DEMANDA	
TIPO	ACTUACIÓN
Demanda negativa	Estructural
Demanda nula	Abandonar
Demanda latente	Desarrollar producto
Demanda decreciente	Desarrollar mercado
Demanda irregular	Distribución y precios
Demanda completa	Mantener
Demanda excesiva	Demarketing
Demanda inaceptable	Limitar oferta
Necesidad social	Marketing social

- Demanda negativa: Una parte del mercado rechaza un producto, como puede ser la vasectomía, depende de actitudes sociales y culturales, el marketing se dirigiría a invertir la resistencia y convertir atributos negativos en positivos, a través de la comunicación.

- Demanda nula: Consumidores indiferentes a un producto o servicio, como la planificación familiar en una población anciana. El marketing abandona el programa.
- Demanda latente: El consumidor percibe por un servicio que están por desarrollar, como la mejora en el tratamiento del cáncer, o de las enfermedades coronarias. El marketing evaluará el tamaño de esta demanda potencial para impulsar el desarrollo de nuevos bienes y servicios.
- Demanda decreciente: Un producto ha agotado su ciclo de vida por sustitución por otros nuevos o por decadencia de los intereses de los consumidores, como en los países desarrollados, la demanda decreciente por servicios especializados en infecciones u hospitales psiquiátricos. El marketing debe anticipar esta situación, reorientar los programas, desarrollando mercados nuevos o desaconsejando el mantenimiento de ciertas inversiones.
- Demanda irregular o fluctuante: por razones de estación o de horario, en los servicios de urgencias. El marketing debe educar a la población, o dirigirla a otro tipo de servicio o influyendo sobre el modelo de servicios.
- Demanda completa: Coincide con el nivel esperado por la organización. En esta situación poco probable, el marketing debe medir la satisfacción del consumidor, entender las claves del éxito y asegurar su mantenimiento y evolución.
- Demanda excesiva: es la situación más frecuente de los servicios sanitarios públicos. Se debe atraer al consumidor o evitar que llegue?, la estrategia de demarketing, desincentiva la demanda aumentando la lista de espera o subiendo precios, dirige a la clientela a servicios sustitutivos o selecciona a la clientela con mayor necesidad, (o a los más rentables si los servicios son lucrativos).
- Demanda inaceptable: Desestimular la demanda de productos nocivos. El marketing con campañas de demarketing dirige educación sanitaria contra alcohol y drogas.

El *marketing social* aspira a promover hábitos de vida sana o actividades preventivas, tales como vacunaciones o chequeos. Se evitará la indiferencia por ignorancia o falta de hábito.

2.2.6 REDES DE SERVICIOS DE SALUD

Las verdaderas redes de atención de la salud son sistemas sociales abiertos en los cuales, por medio de la articulación de personas y organizaciones proveedoras de servicios de salud, que, independientemente de su tamaño, complejidad y régimen de propiedad, comparten el objetivo de satisfacer las necesidades de salud de una determinada población, por medio de un conjunto de acciones perfectamente definidas, diferenciadas y complementarias entre sí.

El concepto de redes integrales de atención de la salud (en general) implica dos cosas:

- 1) La integración de los tres niveles de atención en un solo sistema coordinado.
- 2) La posibilidad de que existan diversos propietarios; no necesariamente puede existir un sólo propietario de todos los componentes de la red prestacional.

Por lo tanto, en salud, integración vertical no es sinónimo de “propiedad única” de los niveles. Pueden integrarse hospitales públicos con prestadores privados de alta complejidad y médicos que, en sus propios consultorios, actúen como médicos de cabecera de una población determinada.

En el Ecuador, las actividades de recuperación de salud son brindadas por dos grandes subsistemas que son el sistema formal de salud (SFS) y el sistema informal (SIS).

Sistema formal de salud (SFS): es aquel compuesto por estructuras de salud reconocidas explícitamente por la sociedad o de actividades integradas a esas estructuras, que están conectadas de alguna forma al aparato productivo y en las cuales se práctica de acuerdo a usos y cultura que han sido validados internacionalmente de alguna manera.⁴¹

Sistema informal de Salud (SIS): es aquel constituido por la actividad de personas que no están integradas a estructuras o programas de salud reconocidos

explícitamente por instituciones de la estructura social predominante, cuya práctica no está validada académicamente en forma amplia, ni dentro, ni fuera del país y cuya conexión con el aparato productivo no esta formalizada.

El SFS y el SIS son cada uno un elemento o subsistema de salud total. La red privada incluye tanto servicios lucrativos como no lucrativos, pero no es fácil disponer de datos que permitan diferenciar estos dos sub componentes, ni tampoco es usual que los servicios privados brinden suficiente información de manera tal que se pueda medir su cobertura.

En las redes del Sistema Público estatal, pueden contar con datos exactos de población de responsabilidad, pero en la mayoría de casos no se trata de personas afiliadas o inscritas a estas redes sino datos de la población que se les adscribe teóricamente como responsabilidad de esas estructuras.

Giusti en 1997 resalta que la pertenencia de un servicio al sector privado no es sinónimo de servicio lucrativo, ni la pertenencia a lo público es siempre sinónimo de lo contrario.

Los servicios del MSP son también basados en solidaridad pero inequitativos no universales, con poca coherencia entre la efectividad requerida y su capacidad operativa.

La reciente implementación de la denominada “autogestión” que en realidad significan recuperación parcial de costos, pero el diseño anti – sistémico de esta medida no augura un desenlace favorable en ninguno de esos campos y tiene también en contra la experiencia negativa en otros países.

Las redes de servicios no interactúan sistemáticamente; son subsistemas de Servicios independientes entre si, aunque la utilización por parte de los usuarios no sea excluyente entre ellos. Hay pocas acciones integradoras entre ellas afrontar conjuntamente desastres naturales o antropogénicos, en el caso de

⁴¹ ibid., pp: 57.

ciertas poblaciones con acuerdos locales para combatir responsabilidades y evitar superposición de servicios o las consultas de emergencia.

2.3 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA SALUD

2.3.1 SALUD Y ENFERMEDAD

El conocimiento objetivo de la salud y sus problemas debe relacionar las formas de vida o de reproducción social que caracterizan a los diferentes grupos sociales, sus patrones de trabajo y consumo, sus modalidades de actividad práctica, sus formas organizativas y su cultura con el comportamiento de sus organismos y las enfermedades que los afecta.⁴²

Los miembros de cada clase social, de acuerdo a su especial modo de insertarse en la esfera productiva, a sus patrones característicos de consumo, se desenvuelven en medio de un sistema contradictorio, en el que se oponen, por un lado las fuerzas benéficas que protegen la salud, y por otro, los aspectos destructivos que los deterioran. Es precisamente ese sistema de contradicciones entre bienes y valores de uso que disfrutan y contravalores que padecen a lo que se ha denominado “Perfil de Salud – Enfermedad”.⁴³

La Salud no es primordialmente “individual- subjetiva – contingente”; ni es individuales y colectivos, que juegan y se determinan mutuamente. No es tampoco primero individual, y luego colectiva como producto de la combinación de realidades individuales. En definitiva, una mirada dialéctica nos hace ver que esa discusión no tiene sentido, porque libre albedrío y determinación colectiva, no son términos excluyentes, sino interdependientes⁴⁴.

La incapacidad de definir a la salud por sí misma y la persistente tendencia a hacerlo por el lado negativo de la enfermedad, es un obstáculo para el impulso de una visión nueva, tan grave como el de la resistencia a lo colectivo.⁴⁵

⁴² Breilh, J.: Deterioro de la vida: Un instrumento para análisis de prioridades regionales en lo social y la salud. Corp. Editora nacional, Quito, 1990. pp. 23.

⁴³ Breilh J.: Epidemiología: Economía, Medicina y Política. Editorial Fontamara, México 1987.

⁴⁴ Breilh J.: Epidemiología Crítica. Lugar Editorial. Buenos Aires, 2003. pp. 51.

⁴⁵ *Ibid.*, pp: 66.

La propuesta busca desentrañar el carácter multidimensional y contradictorio de nuestro objeto y reconocer el movimiento de su complejidad en todas las dimensiones de la vida humana y social que nos permitirán:

- Establecer el meollo y la especificidad de todo el sistema de la salud y la esencia de su movimiento;
- Transpolar los procesos correspondientes a las múltiples dimensiones de la salud, en cuanto fenómeno de la sociedad en general, de sus grupos constitutivos y de las personas;
- Abordar los aspectos materiales y espirituales que hacen parte de la salud, distinguiendo en ella lo que corresponde a los aspectos materiales del modo de vida (formas de trabajo y consumo), sus formas políticas y organizativas, sus aspectos culturales, y sus relaciones ecológicas; y sobre todo,
- Distinguir los elementos esenciales para el desarrollo de una utopía rectora de movilización de un bloque social democrático hacia la conquista de una situación de salud equitativa y emancipada, así como el avance y perfeccionamiento de una vida personal saludable.⁴⁶

2.3.2 DETERMINANTES EPIDEMIOLÓGICOS SALUD- ENFERMEDAD

La salud-enfermedad tanto individual como colectiva es parte del todo social y los fenómenos epidemiológicos, son dimensiones de la realidad con historia y futuro.⁴⁷

2.3.3 EPIDEMIOLOGÍA

La epidemiología trata de descubrir, jerarquizar, sistematizar e impulsar las fuerzas protectoras de todo orden, promover el acceso de la población a los

⁴⁶ Ibid., pp: 70.

valores de uso social que operan como recursos de poder y de defensa, lo que equivale a realizar una promoción de la salud, tratando a la par de contrarrestar las fuerzas destructivas lo que equivale a realizar una prevención profunda.

Según Jaime Breilh, la Epidemiología Crítica, desde su surgimiento a fines de los sesenta, el movimiento por una epidemiología crítica en el seno de la salud colectiva latinoamericana atravesó por diferentes fases:⁴⁸

(Ver anexos: Cuadro No 1)

- Periodo Formativo (años 70s): Énfasis en la construcción de una objetividad alternativa.
- Período de Diversificación (años 80s)
- Período de Consolidación – praxiológico (años 90s): subjetividad alternativa; intersubjetividad ; praxis meta crítica

2.3.4 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

La vida social es un movimiento histórico regido por leyes de distinto orden, que la marcha y desenvolvimiento de los procesos del mundo real tienen un carácter **contradictorio**, que la realidad no es fragmentaria puesto que existe una profunda unidad entre los procesos. Si valoramos desde las ciencias biológicas como de las ciencias sociales se establece que la salud como todo proceso, tiene fenómeno y esencia que existen unidad social-biológica en el ser social, que la relación “genotipo-fenotipo-ambiente” es dialéctica y existe una contradicción permanente entre los aspectos saludables y destructivos que determinan el desenvolvimiento epidemiológico.

La salud-enfermedad tanto individual como colectiva es parte del todo social y los fenómenos epidemiológicos, son dimensiones de la realidad con historia y futuro. Por lo tanto cuando observamos el comportamiento de la salud en una población, estamos viendo el resultado de un proceso, de un movimiento complejo, lleno de formas y relaciones, donde juegan fuerzas protectoras que impulsan la salud

⁴⁷ Breilh J.: Nuevos Conceptos y técnicas de Investigación. CEAS, Quito, 1994, pp. 239.

oponiéndose a fuerzas destructivas que la deterioran, y este es un movimiento dialéctico porque implica la oposición permanente de procesos contrarios, moviendo constantemente las condiciones.

En los cuerpos de las personas se están sucediendo fenómenos geno-fenotípicos como la fisiología de cualquier órgano, pero a la vez la existencia de procesos deteriorantes, determina que se desencadene un proceso fisiopatológico, opuesto al proceso fisiológico, lo que quiere decir que ese **proceso geno-fenotípico** no es aislado sino profundamente concatenado con las dimensiones de la vida social del individuo, con todas sus relaciones sociales y que los procesos biológicos están profundamente concatenados con los procesos sociales más complejos, que lo corporal individual, desde el punto de vista epidemiológico tiene que relacionárselo con la vida social y que, es en las distintas dimensiones de la reproducción social que se encuentra en última instancia la explicación del conjunto.

A la par de los **procesos destructivos**, se les están oponiendo los **procesos protectores**, tanto en lo **colectivo** (solidaridad familiar, el saber, la conciencia, etc.) como en lo **individual** (las reservas biológicas y algunas características aún heredadas). (Anexo: Gráfico No.2)

2.3.5 ATENCIÓN DE LA SALUD

Los servicios de atención de la salud comprenden la totalidad de los servicios que se prestan a las personas para la atención de la salud, siguiendo las cuatro tareas esenciales de la medicina definidas en 1.945 por el Dr. Henry E. Sigerist: Promoción de la salud, Prevención de las enfermedades, Restablecimiento de los enfermos, Rehabilitación.

⁴⁸ Breilh, Op.cit., pp:34.

Promoción de la salud.- se define como el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla.⁴⁹

Prevención de lesiones y enfermedades infecciosas y no infecciosas.- nos referimos a una acción de carácter anticipado para evitar un posible daño a la salud, orientadas a “adelantarse” a la amenaza, tomando medidas para evitar la aparición del daño. Tradicionalmente la prevención se ha planteado en niveles, desde que Leavell y Clark lo propusieron en la década del 50 y son los siguientes:

Prevención primaria comprende promoción y fomento de la salud y la protección específica. Se enmarcan las siguientes acciones: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, reducción de riesgos ambientales, reducción de riesgos del comportamiento y protección específica de personas susceptibles a un riesgo particular.

Prevención secundaria comprende el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y la prevención de secuelas. Aún en los servicios curativos subyace una intención preventiva: romper la secuencia nociva y evitar daños subsiguientes.

Prevención terciaria comprende la rehabilitación física, social y laboral que busca evitar la permanencia de secuelas, discapacidades y muertes prematuras.

Curación - restablecimiento de los enfermos. Es la organización y provisión de servicios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

Rehabilitación es proceso mediante el cual las personas enfermas o incapacitadas alcanzan el grado más alto posible de actividad por sí mismas, mitigando la invalidez funcional resultante de enfermedades o lesiones posibilitando así volver a desarrollar sus actividades en el menor tiempo. No sólo la recuperación física, sino también la rehabilitación social, psicológica y vocacional

⁴⁹ Blanco, Op.cit., pp.:4,70,71.

están recibiendo cada vez más atención como aspectos importantes de los servicios de salud pública.

2.3.6 MODALIDADES DE ATENCIÓN

Atención ambulatoria es la atención de salud que se brinda a los pacientes, sin que éstos requieran de internación en centros de mayor complejidad para la recuperación de su morbilidad.

Atención hospitalaria es aquella que se brinda en hospitales, íntimamente relacionada con las anteriores modalidades, por el requerimiento de tecnología y de mayor tiempo para la recuperación de la morbilidad.

Atención comunitaria es aquella que tiene como principio la participación de la comunidad, su talento humano, sus creencias ancestrales y su realidad como base en la estructuración de la solución de sus problemas sanitarios.

2.3.7 NIVELES DE ATENCIÓN Y GRADOS DE COMPLEJIDAD

Se define como nivel de atención a las 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 este el motor de Sistema de Salud. Luego toma en cuenta la dotación, la calidad y cantidad de equipos y los suministros para hacerlo operar y finalmente se asignan las actividades de acuerdo al nivel.⁵⁰

Al interior de cada nivel se pueden identificar diversos tipos de instituciones que ejecutan programas de salud y estos son de acuerdo a su grado de complejidad. Aunque los servicios de atención de la salud constituyen un sistema continuo, tradicionalmente se han distinguido tres niveles:

⁵⁰ Malagón, *Op.cit.*, pp: 133 – 137.

- Primer nivel de atención: servicios ambulatorios de centros asistenciales no hospitalarios
- Segundo nivel de atención: servicios de internación y de ambulatorios de los hospitales generales de baja y media complejidad
- Tercer nivel: servicios de internación y de ambulatorios muy especializados, en hospitales de alta complejidad.

Primer nivel los servicios del primer nivel de atención se han planteado como la puerta de entrada al sistema, ubicados en las cercanías de los domicilios de las personas, y como responsables de la cobertura del total de la población (concurran o no a los servicios). Sin embargo, estos supuestos son sólo retóricos si no existen en el primer nivel, dos elementos basales:

- Responsabilidad del equipo de salud sobre los resultados (en términos salud) de la población a cargo; Si no existe una población nominada para cada equipo de salud
- Accesibilidad, particularmente a elementos sustantivos del diagnóstico y la terapéutica (medicamentos por ejemplo) Usualmente se acepta que los servicios de este nivel deben estar ubicados a no más de unos 30 minutos de recorrido (para los usuarios de zonas urbanas), deben abarcar una población de entre 10.000 y 30.000 habitantes y deben brindar esencialmente atención en las especialidades básicas.

El primer nivel es una estructura que determina la prevención de la salud, la promoción de la misma y su recuperación como ejes básicos, sin requerir de remisión a instancias de mayor complejidad, tomando en cuenta la participación de la comunidad como actor fundamental. (Máxima cobertura, mínima complejidad).

Es el de mayor cobertura, pero de menor complejidad. Está representado por los Consultorios urbanos y rurales y los Centros y Subcentros de Salud.

Para lograr sus objetivos debe proyectarse a la comunidad con sus recursos, coordinarse con sus organizaciones a fin de lograr actitudes favorables para la salud y hacer que éstas se involucren y confíen en el Sistema.

Sus recursos humanos lo constituyen entre otros:

Médicos y odontólogos generales, enfermeras, matronas, nutricionistas, psicólogos, asistentes sociales, técnicos paramédicos, etc. Sus actividades se relacionan entre otras, con: Promoción para la salud, Control de la Salud, Pesquisa de morbilidad, Tratamiento de morbilidad no compleja, Derivación oportuna de casos a niveles de mayor complejidad.

Segundo nivel son aquellas instancias de salud que comprenden un mayor nivel tecnológico y capacitación del talento humano que abarcan la resolución de la morbilidad en las cuatro especialidades básicas como son: pediatría, ginecología, medicina interna y cirugía (menor cobertura, mayor complejidad). Su quehacer está orientado a un segmento menor de la población (menor cobertura). Recibe para diagnóstico y tratamiento los pacientes que no pueden ser resueltos en el nivel primario. Generalmente está estrechamente relacionado con los servicios clínicos de los hospitales.

Su recurso humano está representado por el especialista. Su grado de desarrollo es variable y depende del establecimiento al que está adosado y de las características propias de cada servicio de salud. Para su trabajo requiere de unidades de apoyo diagnóstico más complejas (laboratorio, imagenología, anatomía patológica, etc.).

En general no se contacta directamente con la comunidad. Se relaciona tanto con el nivel primario para devolver los casos resueltos (referencia y contrarreferencia) como con el terciario cuando la complejidad así lo requiera. En la medida que el nivel primario va siendo más eficiente, este nivel debe adecuarse y adecuarse en las especialidades y subespecialidades que sean necesarias.

Tercer nivel son consideradas como tales aquellas que brindan servicios con infraestructura tecnológica y humana que a más de las cuatro especialidades básicas poseen otras adicionales, conceptualizándolo como el nivel de más alta resolución. Representado por los establecimientos para realizar acciones bajo régimen de atención cerrada (hospitalización). En los hospitales se organiza por servicios y requieren de apoyo diagnóstico y terapéutico, incluidos los pabellones quirúrgicos además de unidades de tratamiento intensivo.

Para su trabajo requiere de una gran concentración de recursos, tanto humanos como de equipamiento, este último de gran sofisticación.⁵¹ Los servicios del nivel terciario están destinados a la alta complejidad. En este nivel están concentradas las facilidades técnicas sofisticadas y los recursos humanos especializados necesarios para llevar adelante distintos procedimientos diagnóstico terapéuticos vinculados esencialmente a: Cirugía, cardiovascular, Neurocirugía, Transplantes, Grandes traumatizados, Grandes quemados. En general se acepta que deben existir facilidades del tercer nivel para cubrir la asistencia de alta complejidad de una población de alrededor de un millón de personas.

En el IESS, la normativa consta en la resolución C.I. No 56

2.4 SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS

La empresa de servicios denominada Hospital es una organización social productiva de extrema complejidad por cuanto, además de tener una operatoria continua las 24 horas todos los días del año, con actuaciones donde frecuentemente se plantean problemas límites que involucran la vida y la muerte de las personas, tiene la característica de que en él coexisten cuatro empresas diferentes con una muy amplia gama de producción. Esta amplitud y variedad de la producción hace que los hospitales sean considerados empresas multiproducto.⁵²

⁵¹ Dr. Luis Rozas Villanueva: www.udec.cl/ofem/oen/natenc03.

⁵² MSP.: Gerencia de Hospitales: Sistemas de Salud. Modulo II. 2003. pp: 74

Las cuatro empresas que coexisten en el hospital son:

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

Para el análisis de una organización tan compleja es útil producir un desagregado hasta alcanzar la menor unidad de análisis, denominada Unidad Funcional (UF), conformada por un equipo de trabajo conducido por un responsable, que realiza rutinariamente tareas específicas. Un team work, un grupo de personas que bajo la conducción de un responsable tiene precisos objetivos organizacionales y operativos. Las Unidades Funcionales del Hospital, que son unidades de procesos, no de estructura, a su vez pueden agregarse en dos grandes grupos:

Las Unidades Funcionales Asistenciales, las Unidades Funcionales no Asistenciales

Las Unidades Funcionales Asistenciales se encuentran en dos áreas:

El área de los servicios finales, el área de los servicios intermedios o auxiliares del diagnóstico y la terapéutica

Las Unidades Funcionales no Asistenciales se encuentran en tres áreas:

El área administrativa, el área de servicios generales o servicios de apoyo, el área de docencia e investigación

2.4.1 FUNCIONES ASISTENCIALES

Servicios Finales⁵³ el área de Servicios Finales, también conocida como área de Gestión Clínica, está conformada por los sectores y unidades funcionales en los cuales se produce una interacción permanentemente con el paciente, con procesos artesanales difíciles de sistematizar, con un elevado número de profesionales de gran especialización y en los cuales solamente es posible que egrese el producto hospitalario: el paciente curado total o parcialmente y el paciente fallecido. El área de los Servicios Finales (Gestión Clínica) comprende los siguientes sectores: Sector de internación de pacientes en cuidados mínimos, Sector de consultorios externos, Sector de urgencias, Sector de cuidados especiales, El sector de Hospital de Día

Servicios Intermedios⁵⁴ el área de Servicios Intermedios, también conocida como de área de los Servicios Auxiliares del Diagnóstico y la Terapéutica, está conformada por aquellas unidades funcionales que interactúan de forma transitoria en la asistencia del paciente, que contribuyen en el resultado del producto, pero de las cuales no egresa directamente el paciente.

Donde los procedimientos son más rutinarios, más fáciles de sistematizar y en los cuales interviene una mayor proporción de personal técnico, así como tecnología de punta en constante evolución. Las Unidades Funcionales del área de Servicios Intermedios, sólo en las circunstancias particulares de venta de servicios a terceros, se convierten en generadores de productos finales.

⁵³ *Ibid.*, pp: 74

⁵⁴ *Ibid.*, pp: 74.

En los hospitales de gran tamaño, dentro del área de servicios intermedios pueden desagregarse sectores, en los casos donde en estos puedan individualizarse diversas unidades funcionales (diversos equipos de trabajo conducidos por un responsable, que realizan rutinariamente y exclusivamente tareas específicas). Por ejemplo, dentro del sector de Laboratorio, la unidad funcional de bacteriología, o dentro del sector de Diagnóstico por Imágenes la unidad funcional de Tomografía Computada.

2.4.2 FUNCIONES NO ASISTENCIALES

Área Administrativa en el área administrativa reconocemos los siguientes sectores: El sector Gestión de Pacientes, El sector Gestión Económico-financiera, El sector Gestión de Suministros

Área de Servicios Generales de Apoyo⁵⁵ en el área de Servicios Generales de apoyo, se reconocen dos sectores: Sector de Conservación y Mantenimiento, Sector de Hotelería.

Área de Docencia e Investigación en el área de Docencia e Investigación se reconocen los siguientes sectores: Sector Docencia, Sector de Comités Técnico-Científicos

2.5 CALIDAD

Es un proceso polémico, con una direccionalidad múltiple y una perspectiva de acción directamente referida a la metodología y enfoque que uno pueda emplear para su evaluación en los servicios.⁵⁶

En el siglo 19, Florence Nightingale, inició un proceso de reformas para la mejora de la calidad de la atención en los hospitales. Las medidas incluían: limpieza, saneamiento básico, mejoras en la calidad de la alimentación y en su manipuleo,

⁵⁵ Ibid., pp: 75

⁵⁶ Lavadenz, F. Manual de Vigilancia de la Calidad. La Paz, 1999. pp:1

así como el establecimiento de una férrea disciplina y organización en la rutina hospitalaria. Este enfoque simple, fue una verdadera revolución en la época, que produjo una drástica disminución de la mortalidad intrahospitalaria.

Años más tarde, Estados Unidos fue el primer país en institucionalizar su interés en mejorar la calidad de atención en salud. En 1917 el Colegio Americano de Cirujanos institucionaliza el primer set de estándares nacionales de calidad y en 1951 se fundaba la actualmente conocida “Joint Commission” de acreditación de hospitales. Podría decirse que el desarrollo conceptual fue muy intenso en la década del cincuenta y los sesenta, mientras que en los setenta y ochenta se pusieron en práctica enfoques concretos de la calidad.

Donabedian desarrolló una propuesta conceptual basada en tres elementos: Estructura, Proceso y Resultado. Cada uno de estos elementos formó parte de un eje organizador de indicadores, guías prácticas de evaluación y estándares de medición y desempeño.⁵⁷

2.5.1 GARANTÍA DE CALIDAD⁵⁸

Licenciamiento es el proceso por medio del cual el MSP otorga el permiso a un médico u organización de salud para desarrollar su ocupación o profesión. Se establecen reglamentos para asegurar que el prestador de salud cumpla con los estándares mínimos.

Acreditación generalmente es un programa voluntario, patrocinado por una agencia no gubernamental, en el cual revisores externos y colegas evalúan si una organización de salud cumple con los estándares de rendimiento preestablecidos. La acreditación trata de la capacidad de la organización en vez de la de un profesional individual o su rendimiento. A diferencia del licenciamiento, la acreditación se concentra en estrategias de mejoramiento continuo y en el logro

⁵⁷ *Ibid.*, pp: 2.

⁵⁸ *Ibid.*, pp: 82.

de estándares óptimos de calidad en vez de la adherencia a estándares mínimos que tienen como fin asegurar la seguridad pública.

Certificación - Norma ISO 9000: 2001 ⁵⁹ esta norma ISO se titula Sistemas de Gestión de la Calidad. Directrices para la mejora del desempeño .La sigla ISO representa la Organización Internacional de Normalización (International Organization for Standardization) que funciona oficialmente desde 1947 en Ginebra. Actualmente es una Federación Mundial de organismos internacionales de normalización de más de 140 países.

Las normas ISO de la serie 9000, interesadas fundamentalmente en los procesos de gestión de calidad conjuntamente con las de la serie 14000 de la gestión ambiental han despertado interés en la comunidad empresaria internacional Ambas normas son conocidas como *sistemas de estándares genéricos de gestión*.

La ISO 9004: 2000 es aplicable a los procesos de la organización. El objetivo de ésta norma lograr la mejora continua, medida a través de la satisfacción del cliente y de las demás partes interesadas. Dicha norma se basa en 8 principios de gestión de calidad: Enfoque en el cliente, Liderazgo, Participación de las personas, Enfoque basado en los procesos, Enfoque de sistemas para la gestión, Mejora continua, Enfoque basado en los hechos en la toma de decisión, Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor

Gestión de Calidad ⁶⁰ es definida como el conjunto de principios, métodos y estrategias aplicadas en cada uno de los diferentes niveles, unidades y actividades de la institución, dirigidas a obtener mejores resultados con una mayor satisfacción al menor costo.

Por último, las reformas de los sistemas de salud que se están llevando a cabo en muchos países sólo pueden considerarse exitosas si la calidad de la atención

⁵⁹ MSP.: Gerencia de Hospitales: Sistemas de Salud. Modulo 10. 2003. pp: 2

⁶⁰ *Ibid.*, pp: 6.

médica mejora como resultado de los cambios, ya que la mayoría de las personas consideraría a la reforma un fracaso si la calidad empeorara aunque los costos bajasen.

2.6 TEORÍA ORGANIZACIONAL

Organizar es una de las funciones de la administración que se ocupa de escoger qué tareas deben realizarse, quién las tiene que hacer, cómo deben agruparse, quién se reporta a quién y dónde deben tomarse las decisiones.

El objeto de la organización es hacer que cada uno de los miembros conozca "qué actividades son las que va a ejecutar". La función organizadora crea líneas definidas de autoridad y responsabilidad en una organización mejorando así las funciones de activación y control del gerente.

2.6.1 PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA TEORÍA CLÁSICA

La teoría tradicional de la administración y la organización es el resultado de las contribuciones de la administración científica, la teoría del proceso administrativo, el modelo burocrático, la economía y la administración pública.

Durante la primera parte del siglo XX se desarrolló un cuerpo de conocimientos llamado "teoría del proceso administrativo". La forma piramidal, el principio escalar, la unidad de mando, el principio de excepción, la delegación de autoridad, los lineamientos de control y los conceptos de división departamental, fueron establecidos por este grupo.

Otra contribución a la teoría organizacional clásica la hizo Max Weber con su *modelo burocrático*. Weber concibió la burocracia como la forma más adecuada para las organizaciones complejas. Su modelo incluyó conceptos como jerarquía de autoridad, división del trabajo basada en la especialización funcional, un sistema de reglas, impersonalidad de las relaciones interpersonales, un sistema

de procedimientos de trabajo y la asignación de puestos basado en la competencia técnica.

2.6.2 PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA TEORÍA MODERNA

La teoría moderna ha avanzado hacia el enfoque de sistema abierto. "Las cualidades distintivas de la moderna teoría de organización son su base conceptual-analítica, su dependencia de datos de investigación empíricos y, sobre todo, su naturaleza sintetizadora e integradora. Estas cualidades están agrupadas en una filosofía que acepta la premisa de que la única manera significativa de estudiar la organización es como un sistema social."

La organización puede ser considerada en términos de un modelo de sistema abierto general. El sistema abierto está en constante interacción con su medio ambiente y logra un "estado estable" o equilibrio dinámico, al tiempo que retiene la capacidad para trabajar o la transformación de energía.

2.6.3 CULTURA ORGANIZACIONAL

La cultura organizacional es el conjunto de valores, creencias y entendimientos importantes que los miembros tienen en común. La cultura ofrece formas definidas de pensamiento, sentimiento y reacción que guían la forma de decisiones y otras actividades de los participantes en la organización.

La cultura organizacional incluye lineamientos perdurables que dan forma al comportamiento. Cumple con varias funciones al: Transmitir un sentimiento de identidad a los miembros de la organización, facilitar el compromiso con algo mayor que el yo mismo, reforzar la estabilidad del sistema social, ofrecer premisas reconocidas y aceptadas para la toma de decisiones.

Uno de los papeles más importantes de la administración es dar forma a los valores culturales. Los administradores eficientes hacen uso de símbolos, creencias y rituales de la cultura para lograr la aceptación de metas, motivar a la gente y asegurar su compromiso a largo plazo.

2.6.4 LIDERAZGO

Se define al liderazgo como el ejercicio de influencia que una persona ejerce sobre otras para obtener determinadas metas. El liderazgo incluye: 1) a los líderes y sus seguidores, 2) logrando algún objetivo, 3) en una situación determinada.

El liderazgo en las organizaciones: el líder puede adaptar su estilo a la organización logrando que correspondan pero existen muchas limitaciones en cuanto a lo que el líder puede hacer. Con frecuencia, cambiar el estilo de liderazgo o a la organización para cualquier propósito práctico está fuera de su control. Algunas de las características generales de la organización en que se encuentra guían o moldean gran parte de sus decisiones. De ahí que el liderazgo tenga que ser considerado un elemento organizacional.

2.6.5 TENDENCIAS ACTUALES DEL PENSAMIENTO ADMINISTRATIVO

Antes de *aproximadamente 1965*, la filosofía administrativa que prevalecía estaba caracterizada por hallarse basada en *sistemas de mando*. El *modus operandi* del gerente era la posición de poder sobre la gente.

En contraste, la filosofía administrativa que emerge desde mediados de la década de 1960 ha sido mucho más amplia y más pertinente el entendimiento cultural de la actualidad y al ambiente cambiante, lo mismo que a los cambios tecnológicos y a las oportunidades.

El énfasis en el poder de tomar decisiones del gerente está siendo reducido, y *la actual filosofía está orientada a los resultados deseados*. El tema actual está orientado a los resultados, no a las actividades. La administración se considera como un recurso que proporciona poder mediante la participación de las personas.

2.7 ORGANIZACIÓN, EVOLUCIÓN Y TENDENCIAS

2.7.1 LA ORGANIZACIÓN POR PROCESOS

Los atributos más relevantes de las organizaciones sanitarias modernas tienen que ver con la mejora de sus procesos productivos o de atención, hacia procesos más eficientes e integrales, equitativos y eficaces, seguros y fiables, coordinados con el usuario, la comunidad y las prioridades políticas, constituyendo una organización flexible, capaz de cambiar y aprovechar para bien las transformaciones del entorno.

El punto de partida para el éxito de la organización hospitalaria radica en poseer procesos bien diseñados, en función de los costos, la satisfacción y de los principios del sistema sanitario, sin interferencias de los financiadores, de los pagadores, del complejo industrial y con el sustento de la evidencia científica.

Para superar los inconvenientes arriba señalados, comenzaron a desarrollarse otro tipo de estructuras, denominadas por producto, en las que el Hospital John Hopkins de Baltimore fue pionero.⁶¹

La organización por procesos, basada en estructuras por programa o Programs Management, pretende derribar las barreras entre departamentos, es más en realidad los disuelve, tratando de desarrollar estructuras descentralizadas, con manejos horizontales e integración en los niveles operativos.

El jefe de una unidad productiva coordina un equipo multidisciplinario de trabajo que es íntegramente responsable de todos los procesos, asistenciales y no asistenciales vinculados a un determinado paciente que es asignado a su programa.

Un hospital con una estructura tradicional, funcional o por divisiones puede desarrollar una o más unidades de negocios con uno o más procesos. O bien un hospital puede desarrollar una estructura productiva pero sin total autonomía.

⁶¹ OMS, *Op.cit.*, pp: 76.

Es importante decir que lo que se gestiona desde la organización de una empresa hospital es la salud de las personas, los *procesos productivos*, la gestión del conocimiento, las interrelaciones personales entre equipos de producción sanitaria, los intereses colectivos que integran la organización, un gran volumen de recursos económicos, la praxis médica y la medicina defensiva, y la lucha de poderes entre los diferentes colectivos.

2.8 ADMINISTRACIÓN⁶²

La palabra administración viene del latín ad = dirección, tendencia y minister =subordinación u obediencia, y significa cumplimiento de una función bajo el mando de otro; esto es, prestación de un servicio a otro. La tarea actual de la administración es interpretar los objetivos propuestos por la organización y transformarlos en acción organizacional a través de la planeación, organización dirección y control de todos los esfuerzos realizados en todas las áreas y niveles de la organización y esta es la transformación radical del significado original de la palabra.

La teoría general de la administración comenzó con lo que denominaremos énfasis en las tareas, según Taylor en su administración científica posteriormente el énfasis fue en la estructura con la teoría clásica de Fayol y con la teoría de la burocracia de Weber; luego apareció la teoría estructuralista. La reacción humanística surgió con el énfasis en la persona a través de la teoría de las relaciones humanas ampliada más tarde por la teoría del comportamiento, y por la teoría del desarrollo organizacional.

En la teoría de sistemas se pone énfasis en el ambiente siendo perfeccionada por la teoría contingencial que posteriormente llevo al énfasis en la tecnología. Cada una de estas cinco variables: tareas, estructura, personas, ambientes y

⁶² Chiavenatto I. Administración de Recursos Humanos, 2da. Edición, México, McGraw Hill, 1995.

tecnología originó en su momento una teoría administrativa diferente y marco un avance gradual en el desarrollo de teoría general de la administración.

(Ver Anexos: Tabla No. 1)

2.8.1 ADMINISTRACIÓN: TEORÍAS MODERNAS

La administración es un fenómeno universal en el mundo moderno. Toda organización requiere toma de decisiones, coordinación de actividades, dirección de personas, evaluación del desempeño con base en objetivos previamente determinados, consecución y ubicación de recursos.

El administrador no es el ejecutor, sino el responsable del trabajo de otros y no puede darse el lujo de recurrir a estrategias de ensayo y error. Es un profesional con una formación amplia y variada con conocimiento de disciplinas heterogénea que requiere estar atento a los eventos pasados y presentes así como a las previsiones futuras, pues su horizonte es muy amplio, es el responsable de la dirección de otras personas; tiene que tratar con eventos internos y externos; necesita ver más lejos que los demás, pues debe identificarse que la empresa pretende alcanzar con la acción conjunta de todos sus estamentos.

El administrador es un agente de cambio y de transformación de las empresas las conduce por nuevos rumbos, nuevos procesos, nuevos objetivos, nuevas estrategias, nuevas tecnologías; además es un agente educador ya que con su dirección y orientación modifica la actitud de las personas; es un agente cultural en la medida que, con su estilo de administrar, modifica la cultura organizacional existente en las empresas. Pero más que eso el administrador deja marcas profundas en la vida de las personas, a medida que trata con ellas y con sus destinos y al tiempo que su actuación en la empresa influye en el comportamiento de los consumidores, proveedores, competidores.

Administrar se volvió tan importante como el mismo trabajo por ejecutar. La administración no es un fin pero sí un medio de lograr que las cosas se realicen de la mejor manera posible.

2.9 PLANIFICACIÓN, EVOLUCIÓN Y TENDENCIAS

La Planificación es un instrumento de gestión (también de política económica) que tiene por objetivo el aportar mayor racionalidad en la toma de decisiones y en la asignación de los recursos. Planificar es proyectar una visión del futuro, es realizar una prospección de diversos cursos de acción que apuntan a alcanzar un objetivo.⁶³

Como resultado de la planificación se obtienen; Políticas o planes maestros Programas y Proyectos; las políticas se van desagregando en programas y estos en proyectos. Con respecto a la forma de desarrollar la planificación, tradicionalmente se reconocen dos modalidades: La planificación normativa, La planificación estratégica, La planificación prospectiva.

2.9.1 LA PLANIFICACIÓN NORMATIVA

Se origina en la ex-URSS, en 1921, con el GOSPLAN. Es una planificación centralizada y realizada por pocos expertos. Este tipo de planificación establecía que es posible predecir certeramente el futuro basándose en el conocimiento del pasado y la observación del presente.

Basados en este tipo de planificación de expertos, surge en la década del 60, en la universidad de Venezuela, en el ámbito de la salud, la planificación denominada OPS-CONDES (Centro Nacional de Estudios de Desarrollo-Universidad de Caracas).⁶⁴

⁶³ MSP.: Gerencia de Hospitales: Sistemas de Salud. Modulo 3. 2003. pp: 40

⁶⁴ Ibid., pp: 41

2.9.2 LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

Surge en la década del 70, al replantearse la planificación normativa. La planificación estratégica, que se adopta definitivamente en la década del 80, es una planificación descentralizada y participativa. La ventaja de la planificación estratégica reside en el hecho de que quien participa en la planificación se compromete con los resultados de esta.

Asimismo, la planificación estratégica construye escenarios con diversos grados de incertidumbre. La creación de escenarios consiste en describir una situación futura. Es describir una serie de acontecimientos que llevarían desde una situación base actual a esa situación futura prevista en el escenario.⁶⁵

La idea del escenario-sistema admite un desarrollo hacia la partición en conjuntos, tendiendo a identificarlos subescenarios que corresponden a cada uno de los subconjuntos en que fue efectuado el proceso de partición lógica.

La identificación de las clases de elementos nos lleva a reconocer, cinco subescenarios importantes: Económico, sociocultural, político-legal, tecnológico, estructura competitiva.

2.9.3 PLANIFICACIÓN PROSPECTIVA⁶⁶

La prospectiva es una reflexión para iluminar la acción presente con la luz de los futuros posibles. En las sociedades modernas, la anticipación se impone a causa de la conjugación de los efectos de dos factores principales:

- En primer lugar la aceleración del cambio técnico, económico y social, requiere una visión a largo plazo ya que “cuanto más a prisa se va más lejos deben iluminar los faros”.

⁶⁵ *Ibid.*, pp: 41

⁶⁶ Godet M, Manual de prospectiva Estratégica. Edit Alfaomega- Marcombo, Barcelona , 1993 pp 1- 20

- En segundo lugar, los factores de inercia relacionales con las estructuras y con los comportamientos, exigen sembrar hoy para cosechar mañana ya que “cuanto más alto es un árbol, más pronto hay que plantarlo”.

La prospectiva es menos sensible que la estrategia a los efectos de la moda. Se aduce que el horizonte de la prospectiva se sitúa a largo plazo mientras que de la estrategia es generalmente más corto. Si la moda es demasiado efímera para la prospectiva, no por ello deja de conocer las cuatro corrientes que han marcado los últimos años (Eric Philippart 1986):

La corriente postindustrial entre el optimismo y el pesimismo, la corriente neomalthusiana, lo que falta es regulación, los ciclos largos y las crisis portadoras de esperanza, las bifurcaciones y el caos determinista pero fecundo.

2.10 GESTIÓN DE RECURSOS

GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS.

Es la gestión desconcentrada de recursos humanos en salud, implementando nuevas formas de relación laboral que recompensen la productividad y que permitan además la educación permanente para la excelencia y la ejecución del plan nacional de salud.⁶⁷

GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO⁶⁸

Construcciones nuevas en casos seleccionados: ampliaciones, adecuaciones, y remodelaciones de unidades de salud, así como equipamiento complementario y dotación de vehículos, en respuesta a las necesidades identificadas localmente y evaluadas favorablemente por los niveles provinciales o central, según el caso.

⁶⁷ MSP. Plan de Salud – Ecuador. 2000 – 2005.

⁶⁸ *ibid.*, pp: 44

GESTIÓN DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS⁶⁹

Se inicia con la revisión del cuadro Nacional de Medicamentos Esenciales, la organización de la unidad de gestión de medicamentos como instancia responsable de la implementación del sistema que garantice la disponibilidad de esos medicamentos y el establecimiento de un sistema de buenas prácticas de manufactura y control de calidad como: La implementación de medidas de promoción de uso racional de medicamentos, incluyendo información, educación, y comunicación, así como adecuados sistemas de información; y, el Impulso de tecnificación del sistema de regulación de precios de medicamentos.

GESTIÓN DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS⁷⁰

Consistente en: Consolidación y progresiva ampliación del sistema 911 de atención de emergencias médicas, incluyendo los aspectos de atención prehospitalaria (comunicación y transporte) y hospitalaria; transporte aéreo de pacientes emergentes a través del programa de ambulancia aérea en la amazonía ecuatoriana; mejoramiento de los servicios de emergencia de los hospitales del país a medida de su incorporación al sistema 911; optimización de la coordinación interinstitucional para la atención de emergencias médicas, a través del CIREM.

GESTIÓN DE SERVICIOS MÓVILES DE SALUD⁷¹

Es la organización de un sistema que responda de manera objetiva a las dificultades para el acceso a los servicios de salud y contribuya, por tanto, a la ampliación de cobertura de prestaciones de salud; está compuesto de los siguientes elementos: Brigadas médicas para atención médico – odontológica escolar; atención móvil escolar y comunitaria en convenio con el Ministerio de Educación; cirugía móvil, programa a ser implementado a través de vehículos con coberturas zonales que, funcionando de manera coordinada entre sí y con establecimientos de salud, aseguren una cobertura nacional; atención fluvial en zonas seleccionadas de la región litoral o amazónica.

⁶⁹ *Ibid.*, pp: 44.

⁷⁰ *Ibid.*, pp: 45

⁷¹ *Ibid.*, pp: 45

2.11 MONITOREO Y EVALUACIÓN⁷²

En este punto es necesario hacer una aclaración de términos. Evaluar no es lo mismo que controlar. Evaluar es comparar lo alcanzado contra lo programado, con el objeto de determinar el grado de obtención de las metas que se habían propuesto. Controlar es comparar contra normas preestablecidas.

2.11.1 GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN

Se afirma que la tecnología de los sistemas de información puede transformar radicalmente a las instituciones en máquinas pequeñas y ligeras. Los sistemas de información han contribuido a la eficiencia y a la eficacia organizacional.

La relación biunívoca los sistemas de información y las instituciones ejercen entre sí una influencia mutua. Los sistemas de información proporcionan la información que necesitan tener los grupos importantes dentro de las instituciones y al mismo tiempo éstas deben tener conciencia y abrirse a las influencias de los sistemas de información para beneficiarse de las nuevas tecnologías.

Los sistemas de información afectan a las instituciones y éstas necesariamente afectan al diseño de sistemas. Existe un gran conjunto de factores que influyen en la interacción entre la tecnología de la información y las instituciones. Entre éstos se tiene la estructura organizacional, los procedimientos normales de operación, las políticas, la cultura, el entorno y las decisiones administrativas, pero después de todo, son los administradores quienes deciden cuáles sistemas son los que se deben construirse, qué es lo que éstos harán, cómo serán implantados y todo lo demás.

En un sentido amplio, los administradores y las instituciones escogen los "Impactos Computacionales" que desean, aunque algunas veces los productos son un resultado aleatorio y significan buena o mala suerte.

⁷² Laudon, K. Laudon, J. Sistemas de Información Gerencial. 3ª. Ed; México, Prentice Hall, 2000; pp 22-24, 44.

2.11.2 SISTEMA DE INFORMACIÓN

Sistema de Información (S.I.) es el conjunto de componentes relacionados entre sí que permiten capturar, procesar, almacenar y distribuir la información para apoyar la toma de decisiones y el control de una institución; los sistemas de información pueden ayudar a los administradores y al personal a analizar problemas y crear nuevos productos.

Un SI produce la información que la institución requiere para la toma de decisiones, control de las operaciones, análisis de problemas y creación de nuevos productos por medio de tres actividades: *Alimentación o insumo, Procesamiento y Producto o salida.*

Cada nivel de administración tiene diferentes necesidades de información y diferentes requerimientos en el sistema.

**Tecnología:* Herramienta de la que dispone el administrador para enfrentar el cambio de hoy en día, la tecnología de la información es el pegamento que mantiene unida la información. Esta se puede diferenciar cuatro tipos: Hardware de computadora, Software de Computadora, Tecnología de almacenamiento y telecomunicaciones.

Como existen intereses, especialidades y niveles diferentes en una institución, existen también distintos tipos de sistemas que los describimos a continuación:

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

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

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

Sistemas de nivel estratégico: Sistemas de información que apoyan las actividades de planeación a largo plazo de los niveles de dirección de la institución.

Sistemas de Información por Funciones los SI pueden también clasificarse de acuerdo a sus funciones en las más importantes están: ventas, mercadotecnia, contabilidad, finanzas, recursos humanos, salud.

El WINSIG es fundamentalmente un instrumento analítico para la toma de decisiones, enmarcado en los procesos de cambio de los **Sistemas de Salud** de la región de las Américas. Su principal aporte consiste en relacionar selectivamente información para ofrecer al gerente una visión estratégica de los Sistemas de Salud y de la gestión sanitaria y facilitar la toma de decisiones gerenciales, con una visión integral, pero con estrategias selectivas de intervención. Como proceso utiliza sus componentes instrumentales para promover inteligencia y formas de comportamiento gerencial compatible con los paradigmas de modernización de la administración pública.

Los productos principales del WINSIG son : a) Información actualizada, b) Estructura de morbilidad atendida, c) Protocolos de atención, d) Programación y presupuestación, e) Costeo de atenciones, f) Evaluación de la productividad, e) Análisis de la eficiencia institucional, y f) Consulta de Indicadores

Los principales Sistemas de Información son: Sistemas de procesamiento de Operaciones (SPO); Sistemas de Trabajo del Conocimiento (STC); Sistemas de Automatización en la oficina (SAO); Sistemas de Información para la Administración (SIA); Sistemas para el Soporte de Decisiones (SSD); Sistemas de Soporte Gerencial.

Todo SSD tiene 3 componentes básicos:

Base de Datos colección de datos actuales o históricos de un número de aplicaciones o grupos, organizados para un acceso fácil a partir de una gama de aplicaciones dadas en una institución o empresa. Los SSD no crean ni actualizan datos, no es su finalidad. Utilizan datos reales (de sistemas como producción y ventas) de manera que las personas y grupos sean capaces de tomar decisiones basadas en condiciones reales que le proporcionan la base de datos.

Base de Modelos colección de Modelos matemáticos y analíticos que son fácilmente accesibles para el usuario del SSD. Un modelo es una representación abstracta en donde se ilustran los componentes o relaciones de unos fenómenos como los que citamos:

Modelos Estadísticos: El software puede proyectar resultados futuros al analizar una serie de datos.

Modelos de Optimización: Usan programación lineal para determinar una asignación óptima de recursos para minimizar o maximizar variables específicas como el costo o el tiempo.

Modelos de Pronósticos: Usados generalmente para pronósticos de las ventas, también se usa para predecir las acciones de la competencia.

Modelos de Análisis de Sensibilidad: Es uno de los más ampliamente usados; realiza preguntas del tipo "qué pasa si" de manera repetida determinando el impacto de los cambios en uno o más factores o resultados son cambiados y cuales sus consecuencias si hay cambios en una u otra dirección.

Sistema de Software SSD permite una interacción fácil entre los usuarios del sistema y la base de datos del SSD y la base de modelos. Además, administra la creación, almacenamiento y recuperación de los modelos en la base de modelos y los integra con los datos de la base de datos SSD.

Proporciona una interfaz gráfica con el usuario (GUI), fácil de usar y flexible, que da soporte al diálogo entre el usuario y el SSD.

2.11.3 SISTEMA DE INFORMACIÓN GERENCIAL

En un comienzo los SSE recibieron el nombre de Sistemas de Información GERENCIAL – EJECUTIVOS (SIE).

Los SIE proporcionan información, mientras los Sistemas de Soporte Ejecutivo (SSE) proporcionan no sólo información sino capacidades para comunicaciones electrónicas, análisis de datos, programación y organización.

SSE entregaban a los ejecutivos los informes de datos que antes le llegaban de forma manual, reduciendo el tiempo de semanas (o meses) a días.

La inflexibilidad del SIE tradicional presentaba otro problema. Los ejecutivos usan la información en una gama de formas, viéndolos de una manera hoy y analizándolos mañana. Los sistemas tradicionales no daban respuesta a las necesidades de los ejecutivos.

Ahora un SEE tiene la capacidad para incluir una gama de herramientas analíticas de escritorio fáciles de usar. El empleo de los sistemas ha descendido diversos niveles institucionales, de manera que el ejecutivo y sus subordinados pueden ver los mismos datos de la misma manera.

Los sistemas actuales tratan de evitar la sobrecarga (redundancia) de datos tan común en los informes de papeles.

Una limitación de los SSE es que usan datos de sistemas diseñados para fines muy diferentes. A menudo, los datos que son críticos para un ejecutivo sencillamente no se tienen. Ahora, en muchos SSE los datos externos se encuentran mucho más disponibles.

En la actualidad, los SSE incluyen más herramientas para hacer modelos y análisis. Con sólo un mínimo de experiencia, la mayoría de los administradores saben que pueden usar paquetes comunes de software para crear

comparaciones gráficas de los datos por época, región, producto, nivel de precios y otros parámetros. Sistemas más costosos incluyen más software especializado en análisis más sofisticados.

Los SSE son usados cada vez más por empleados que se encuentran en distintos niveles de distancia de los directivos. La gerencia media usará los mismos datos de una forma distinta, enfocándose en su propia área de responsabilidad y destacando el análisis del plan versus la realidad (variaciones entre pronósticos y los resultados reales).

Una información clave para los administradores al nivel estratégico es la capacidad de detectar señales de problemas dentro del entorno institucional que indiquen amenazas y oportunidades estratégicas. La metodología del factor clave del éxito para determinar los requerimientos de información es la que se recomienda para este propósito. Los pasos para determinar los de un SSE requerimientos son los siguientes: Determinar un conjunto de cuestiones que generen los eventos críticos; obtener del ejecutivo su evaluación del impacto de los eventos críticos en sus metas y obtener un conjunto de cuestiones críticas; obtener del ejecutivo tres a cinco indicadores que puedan ser usados para el seguimiento de las cuestiones críticas; obtener del ejecutivo una lista de fuentes potenciales de información para los indicadores; obtener de los ejecutivos medidas heurísticas de excepción para cada indicador.

Como el SSE podría potencialmente dar a los altos ejecutivos la capacidad de examinar el trabajo de otros administradores sin que éstos lo sepan, existe alguna resistencia al SSE a niveles más bajos de la institución.

El costo de un SSE dependerá de la tecnología que se emplee y en la funcionalidad del sistema que se entrega. Los beneficios del SSE podrán ser cuantificados cuando se encuentre en operación.

Evaluación del contexto son normas y políticas que regulan y orientan la prestación del servicio de salud y específicamente el servicio evaluado, las relaciones que tiene el servicio con otros servicios y otras profesiones dentro de la institución y las relaciones que establece con la comunidad.

Evaluación de la demanda implica la relación entre el nivel de complejidad de la institución y la morbilidad atendida en cada uno de los servicios y una aproximación a la demanda efectiva, establecida a partir del porcentaje de pacientes atendidos en relación con el total de demandantes.

Evaluación de la oferta es la estructura orgánica, que corresponde a la inclusión del servicio dentro del organigrama (según su nivel de complejidad), dentro de la normatividad y dentro de la planeación de la institución y la correspondencia de estos aspectos con el funcionamiento del servicio; la estructura funcional que analizó la existencia de manuales de funciones y procedimientos, su evaluación y cumplimiento y los procesos de inducción de personal dentro de cada servicio; la evaluación de los recursos que incluye el talento humano, los recursos físicos y materiales y los recursos económicos con los que se cuenta para la adecuada atención de los pacientes, y los sistemas de información que se evaluaron a partir de los registros utilizados para recolectar la información y el uso que le dan a la misma (procesamiento y análisis).

Evaluación de los procesos es la Información sobre flujogramas de atención, tiempos de espera, sistemas de referencia de pacientes, diligenciamiento de historias y existencia de protocolos de manejo.

Evaluación de los resultados son datos sobre oportunidad, utilización, gastos de atención y productividad, al ser considerados estos como las variables que permiten evaluar cuantitativamente los resultados del servicio.

Evaluación de satisfacción el modelo DOPRI plantea la evaluación del impacto que debe incluir la utilización de perfiles epidemiológicos de morbilidad y mortalidad, con los que lamentablemente no sólo no se cuenta, sino que además no tienen relación directa con los servicios evaluados. Puede utilizarse lo que tiene que ver con la satisfacción de usuarios y la satisfacción de los proveedores internos del servicio. Para ambos casos se utiliza una encuesta de satisfacción.

2.12 MARCO CONCEPTUAL

Visión: Perspectiva que describe suficientemente el estado futuro, horizonte de largo alcance, que señala el rumbo, lazo entre el presente y futuro.

Misión: Es lo que hace la institución de manera cotidiana, expresa el servicio que presta, movilizandolos recursos para lograr competitividad y calidad.

Fortalezas: Principales ventajas competitivas, capacidades y recursos en los que se apoya la institución para concretar la visión

Debilidades: Razones o circunstancias percibidas por las cuales la institución no funciona y el cliente no se siente satisfecho.

Oportunidades: Corresponden a las circunstancias externas favorables, que la organización puede aprovechar para avanzar a la visión.

Amenazas: Aspectos presentes en el contexto que pueden afectar negativamente en el logro de la visión.

Objetivos Estratégicos: Son enunciados del más alto nivel que dan cuenta de los cambios que la institución espera lograr a través del cumplimiento de la misión, estos se pretenden alcanzar con la ejecución del plan.

Líneas estratégicas: Son los medios para alcanzar los objetivos

Estructura: La estructura se refiere a las formas en que las tareas de la organización están divididas (diferenciación) y son coordinadas (integración). La estructura está determinada por los estatutos de la organización, por descripciones de puesto y posición, y por reglas y procedimientos. Tiene que ver también con esquemas de autoridad, comunicación y flujo de trabajo.

Responsabilidad: Es la disposición a responder de los propios actos o del uso hecho de algo que nos fue encomendado.

Roles: Manera de comprender la naturaleza y complejidad de la función de todos y cada uno de los integrantes de una organización.

Delegación: Es el proceso que permite conferir a los colaboradores el encargo de realizar una tarea, concediéndoles la autoridad y libertad necesarias para llevarlas a cabo, pero conservando siempre la responsabilidad por el resultado.

Incentivos: Política de recompensa a los empleados por su excelente desempeño o logros especiales, que los motiva a alcanzar sus objetivos y elevar la calidad del programa.

Motivación: Son los esfuerzos dirigidos a moldear el comportamiento humano.

Organigrama: Reflejo gráfico de la estructura en la organización inamovible pero nunca estática.

Recursos: Medios disponibles para efectuar las actividades planeadas, tales como RRHH, tecnológicos, financieros.

Servicios finales: Son los sectores y unidades funcionales en los cuales se produce una interacción permanente con el paciente y en los cuales solamente es posible que egrese el producto hospitalario: el paciente curado total o parcialmente y el paciente fallecido. Hacen referencia habitualmente: a la Consulta Externa, Urgencias Médicas y a la Hospitalización.

Servicios intermedios: Es el área de los Servicios Auxiliares del Diagnóstico y la Terapéutica, está conformada por aquellas unidades funcionales que interactúan de forma transitoria en la asistencia del paciente, que contribuyen en el resultado del producto, pero de las cuales no egresa directamente el paciente.

Servicios Generales En el área de Servicios Generales de apoyo, se reconocen dos sectores: Sector de Conservación y Mantenimiento, sector de Hotelería.

Modelo: muestra la forma en que el sistema tiene que funcionar. Use esta técnica para estudiar cómo se combinan los distintos componentes para producir algún resultado la modelación de sistemas facilita la comprensión de las relaciones entre las diversas actividades y el impacto que tienen entre sí.

Gestión: Relación existente entre la estructura y el proceso de los servicios de salud y los productos obtenidos (variables: volumen, calidad, tecnología, costo y tiempo)

Proceso: es la superposición de la demanda y la estructura u oferta, implica las relaciones entre los recursos humanos, tecnológicos, actividades intermedias y finales, incluye procesos administrativos, financieros, protocolos dg y terapéutico.

Rendimiento: es sacar el mayor partido a nuestro trabajo diario, eligiendo los métodos más idóneos para alcanzar nuestros objetivos.

Productividad: es la relación entre la producción y los insumos utilizados en dicha producción. Constituye un factor vital de la gestión ya que es a través de la administración de la productividad que se obtienen los rendimientos que la empresa dispondrá para mejorar su capacidad.

Eficacia: Eficacia es el grado en que algo (procedimiento o servicio) puede lograr el mejor resultado posible. La falta de eficacia no puede ser reemplazada con mayor eficiencia por que no hay nada más inútil que hacer muy bien, algo que no tiene valor.

Eficiencia: es la relación entre los recursos y su grado de aprovechamiento en los procesos. Es decir, hablamos de eficiencia cuando nos referimos a los costos operativos, los tiempos de proceso y los desperdicios. La eficiencia es el "Cómo".

Efectividad: La efectividad es el grado en que un programa ha logrado sus objetivos, mediante el suministro de servicios. Es decir, la efectividad es el logro simultáneo de la eficacia y la eficiencia.

Estructura u oferta: Orienta las decisiones para la asignación productiva de los recursos.

Productos o servicios: Es el bien o servicio que oferta una empresa pública o privada, con la finalidad de satisfacer las necesidades que demanda el cliente.

Evaluación del producto: Es evaluar los resultados en base al volumen, la Calidad, la tecnología, costos y tiempo en que se desarrollan los productos.

Modelo gestión: Permite obtener altos volúmenes de actividades intermedias y finales al menor costo posible, utilizando tecnología adecuada y en el mínimo tiempo, para llevar a cabo el proceso de atención

Evaluación: Gestión, seguimiento de actividades para asegurarse de que se están cumpliendo como se planearon y corregir cualquier desviación significativa.

Evaluación asistencial: Permite contrastar los perfiles epidemiológicos o situación de Salud de una Institución con el perfil de los servicios de salud y el perfil de los trabajadores de los mismos.

Análisis: Es separar, clasificar y agrupar los distintos elementos que forman un grupo de información determinado, de tal manera que constituyan unidades homogéneas y significativas.

Información: Serie de datos procesados. Sistema de Información se define como el conjunto de personas, normas, procesos, procedimientos, datos y recursos tecnológicos que funcionan articuladamente y que buscan facilitar y apoyar el desempeño de los funcionarios para el cumplimiento de los objetivos y metas

previstas para el adecuado funcionamiento, desarrollo y crecimiento de la organización

Toma de decisiones: Es una elección conciente entre dos o más alternativas o vías de acción.

Organización y funcionamiento: Es una construcción humana arbitraria que se convierte en una realidad específica por la acción de sus miembros, y al llegar a un grado de desarrollo, se asignan responsabilidades y autoridad para obtener las metas de cada objetivo propuesto, dentro de la "misión institucional".

Recurso humano: Son personas que aportan habilidades, conocimientos y experiencia necesaria al desarrollo de una organización, y que su calidad y desarrollo responderá a las presiones por más y mejores servicios.

Recurso económico: Es el monto de los recursos económicos que se asignan a las distintas zonas o área en que se divide la organización del sistema de servicios.

Recurso físico: Es toda la infraestructura de ingeniería e instalaciones requeridas en el funcionamiento de un hospital a nivel de excelencia. Genera satisfacción en los usuarios y crea un ambiente interno de vida funcional satisfactoria y de progreso individual.

Demanda: Es el entorno organizacional que permite identificar las variaciones que se producen en las necesidades de salud de la población y los factores ambientales que las condicionan.

Insumos: Son las entradas del proceso y pueden ser uno o varios componentes imprescindibles los cuales deben ser específicos y diferentes entre ellos y correlativos para un producto determinado. También se los denomina materia prima.

Efectos: Aquello que sigue por virtud de una causa. Fin para el que se hace algo.

Impactos: Grado en que un programa ha hecho un cambio a largo plazo en las actitudes, conductas o estado de salud de los participantes o beneficiarios del programa.

CAPITULO 3

DIAGNOSTICO SITUACIONAL

3.1 CONTEXTO

Somos privilegiados al haber protagonizado el término de un siglo y el inicio de otro, una verdadera motivación y todo un reto a nuestra capacidad innovadora, este nuevo siglo lo presenciaremos y viviremos con diferentes demandas, necesidades y comportamientos. El dinamismo de los procesos de cambio en el escenario mundial se evidencia día a día, todas las estructuras, formas, instrumentos y medios se están renovando.

Actualmente las empresas se desenvuelven en una economía nacional e internacional más competitiva, las exigencias de productividad son crecientes, donde las leyes del mercado las obligan a profundizar o a cambiar estrategias y políticas, a planear, crear e innovar, a tener capacidad de adaptación y velocidad de respuesta, con sensibilidad para anticipar necesidades futuras y poder sobrevivir y desarrollarse en este entorno nuevo y complejo.

Prácticamente todos los países de la región han emprendido reformas de sus sistemas de salud durante las últimas dos décadas y en muchas de ellas se incorporan avances en las herramientas y modelos de gestión. Para ello, primero se presenta la tensión que se registra en las fases de formulación de la reforma entre la corriente neoliberal internacional y las fuerzas locales de diferentes países. En segundo lugar, el análisis se detiene en la distinción entre las herramientas y modelos de gestión incorporados, presentando para ello una taxonomía de los niveles de gestión.

Un modelo de gestión es una forma de definir prioridades y tomar decisiones. La herramienta es una prolongación de las manos o los sentidos, mientras que el modelo es una prolongación de la mente.⁷³

En el análisis de los sistemas de salud nacionales se pueden distinguir dos cuestiones centrales del modelo de gestión. Por un lado los valores que guían al sistema, y por el otro las funciones del Estado en el sector de la salud.

Desde la perspectiva del modelo de gestión del sistema, parecería importante identificar cuáles son los principios y valores que guían el sistema en cada país, cuáles son las principales decisiones relacionadas con la conducción del sistema, quién las toma y cómo se toman.

A su vez, todos los sistemas se plantean la *equidad*, pero las medidas concretas para alcanzarla han sido escasas. La equidad en los resultados sanitarios es la mayor de las asignaturas pendientes tanto en la Región como en el mundo. Algunos países han conseguido avanzar en la equidad en el acceso, fundamentalmente los que buscaron la universalidad. Otro avance en este sentido lo representa el hecho de que en 17 países se incorporaron canastas básicas de servicios de salud, lo cual de alguna manera homogeneiza el acceso a los servicios.

Pero al mismo tiempo, en otros países se registra un retroceso, o al menos avances a un ritmo inferior al esperado, en lo que respecta a la equidad en el gasto. Argentina, Chile y Uruguay son probablemente los países que más camino tienen que recorrer en ese sentido, por ser países donde tanto el gasto sanitario como la oferta son relativamente altos, y por ser sistemas de alta fragmentación.

Los sistemas de salud reproducen y amplían los cambios sociales. En la última década, los países de la Región han realizado un enorme esfuerzo por incrementar su productividad económica y sanitaria. La gestión de las políticas,

⁷³ Tobar F; Modelos de gestión; La encrucijada de la reconversión; Año V (No. 8. Agosto); 1999; pp: 6–14.

las instituciones y la práctica clínica ha sido, desde distintos ángulos y con diversas intensidades, una preocupación central de las reformas sanitarias.

Además de los éxitos y fracasos que se han sucedido en estos tiempos, nos parece necesario hacer notar dos núcleos centrales que a nuestro entender han sido insuficiente o erróneamente contemplados.

Primero es la política sanitaria. Considerar que la gestión sanitaria es independiente de la política o, mucho peor, que la reemplaza, ha sido una ignorancia o una coartada tecnológica para no tener en cuenta múltiples evidencias de la imposibilidad de alcanzar algunos objetivos iniciales de las reformas sanitarias. Dicho de otra manera, la escasez de recursos no puede remediarse con una buena gestión.

Segundo es la falta de estrategias para modificar los enormes componentes culturales que hay en las relaciones de los políticos del sector de la salud con los ciudadanos, de los hospitales con los enfermos o de los médicos con los pacientes. Los sistemas de salud están sobre administrados y subgestionados. Su futuro depende de múltiples factores, la mayoría de las veces externos al campo sanitario. Pero una mejor gestión de políticas, instituciones y pacientes será una magnífica herramienta para gestionar nuestro futuro.

3.2 SITUACIÓN EN LATINOAMÉRICA

En toda América, las reformas y la gestión del sector de la salud se han convertido en los últimos años en un matrimonio. La mayoría de las veces sin amor, están teniendo desavenencias y reproches recíprocos. Que la reforma sanitaria es correcta pero que fracasa por mala gestión o que no hay gestión eficiente que pueda mejorar reformas inviables suelen ser argumentos presentes en toda la región. En algunos países como Argentina, Chile, Colombia, México y Perú, mayoritariamente se cree que la culpa es del ajuste económico. Otros creen

que la gran culpable es la ya no tan apreciada globalización, que, entienden, ha incrementado la privatización de la riqueza y la estatización de la pobreza.

La intensidad de los cambios en la gestión se ha concentrado de manera distinta según los países, haciendo énfasis preponderantemente en una de las partes del binomio médico-paciente, según el tipo de sistema o, usando términos más mercantiles, en la oferta o en la demanda.

Con mayor énfasis en la oferta —hospitales y médicos— o en la demanda —ciudadanos o clientes—, la gestión llegó para quedarse. Sin hacer distinciones entre lo público y lo privado, la gestión sanitaria es parte central de las reformas del sector de la salud en la Región.

3.3 EL SECTOR SALUD EN EL ECUADOR

El sector salud ecuatoriano está constituido por una multiplicidad de instituciones públicas y privadas con y sin fines de lucro. Las principales instituciones del sector, el MSP y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), tienen en conjunto el mayor volumen de la infraestructura de atención.

Cada institución del sector salud mantiene un esquema de organización, gestión y financiamiento particular, sin que existan mecanismos de articulación y de coordinación interinstitucional. Lo anterior no ha permitido aunar esfuerzos y recursos para desarrollar una propuesta nacional de cobertura y calidad de los servicios de salud. En consecuencia, organizar un Sistema Nacional de Salud es un propósito fundamental de la política sectorial que se incluyó en la reforma Constitucional vigente desde 1998.

3.3.1. SUBSECTOR PÚBLICO

Está conformado por los servicios del Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS-SSC), Sanidad de las Fuerzas

Armadas y de la Policía (dependientes de los Ministerios de Defensa y Gobierno respectivamente), los servicios de salud de algunos Municipios y los de las Junta de Beneficencia de Guayaquil (J.B.G.), la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil y la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) y la Cruz Roja Ecuatoriana. Estos últimos, aunque son entes privados actúan dentro del sector público, y disponen del 85.4 % de los establecimientos.⁷⁴

Ministerio de Salud Pública (MSP) le corresponde la regulación, dirección y control del sector contando con una Dirección de Salud en cada Provincia y en su interior por Áreas de Salud que son circunscripciones geográfico - poblacionales coincidentes en su mayoría con el ámbito político –administrativo del cantón. Estas funcionan como una unidad de desconcentración programática, administrativa y presupuestaria de la cual dependen los servicios básicos de salud (Puestos, Subcentros, Centros y Hospitales Cantonales).⁷⁵

Sanidad de Fuerzas Armada y Policía: dispone de 96 servicios ambulatorios y 20 de hospitalización para sus miembros y familiares. Desde hace cinco años funciona con la modalidad de seguro de salud, a través del Instituto del Seguro de Salud de Fuerzas Armadas (ISSFA). De igual modo funcionan los servicios de salud para los policías y sus familiares, protegidos en parte también por un régimen de aseguramiento (ISSPOL). Se financian con los aportes del presupuesto general del Estado y la venta de servicios a miembros no relacionados con las Fuerzas Armadas y Policía y también por las contribuciones del régimen de aseguramiento.

Junta de Beneficencia de Guayaquil (J.B.G.) es una entidad autónoma de servicio social con más de 100 años de vida que se rige por sus propios estatutos jurídicos bajo un cuerpo directivo conformado por personalidades notables de la ciudad de Guayaquil.

⁷⁴ OPS, *Op.cit.*, pp 5

⁷⁵ INEC Según fuentes del Instituto Nacional de estadísticas y Censos .Según fuentes del MSP, se estima que para el año 2000, el número total de unidades operativas disponibles es de 1755 de las cuales 124 son unidades de internación y 1631 ambulatorias.

El financiamiento proviene principalmente de la Lotería Nacional equivalente a 4.5 % del aporte total al sector salud con rendimientos financieros de sus inversiones.

Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA) es una entidad privada de finalidad social que cubre buena parte de la demanda nacional de diagnóstico y tratamiento del cáncer. Su organización se basa en instituciones regionales con autonomía administrativa y financiera ubicadas en las principales ciudades del país y regidas por un cuerpo directivo. Recibe asignaciones fiscales y parte de los impuestos directos a transacciones en el sistema financiero, lo que genera un ingreso anual superior a 23 millones de dólares⁷⁶ y que le ha permitido la inversión en los últimos años para el desarrollo de una moderna infraestructura hospitalaria.

Servicios de Salud Municipal: Manejan temas de salud, control sanitario, medio ambiente y residuos sólidos; en los últimos años varios Municipios han avanzado en la organización de servicios de salud preventivos y curativos.

No obstante, aún son pocos los Municipios que disponen de servicios de salud de tipo ambulatorio 32 unidades⁷⁷ y sólo tres son de carácter hospitalario, a cargo del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito.

Otras Entidades Públicas: Se incluyen los servicios de otros Ministerios como el de Bienestar Social, Educación, Relaciones Exteriores, Universidades y otras instituciones de carácter fisco - misional que mantienen algunos servicios como parte de sus programas de acción social, en su mayoría de carácter ambulatorio (menos del 1% del total).

3.3.2. SUBSECTOR PRIVADO

Está integrado por entidades privadas con fines de lucro (Hospitales, Clínicas, Dispensarios, Consultorios, Farmacias y las Empresas de Medicina Pre-pagada) y las organizaciones privadas sin fines de lucro como diversas ONG's,

⁷⁶ CNS, 1997

⁷⁷ No se incluyen los servicios ambulatorios desarrollados recientemente por el municipio de Guayaquil en el Programa "Mas Salud" que cuenta con unidades móviles equipadas con recursos de atención primaria y que cubren sobre todo las zonas más pobres de la urbe.

organizaciones populares de servicios médicos, asociaciones de servicio social, etc., las cuales representan el 14.6 % de los establecimientos del país. Los servicios privados se financian por el gasto directo de las familias.

Las entidades privadas para su funcionamiento deben estar registradas y autorizadas por el MSP.⁷⁸

Existen aproximadamente 10.000 consultorios médicos particulares, la mayoría ubicados en las principales ciudades, con infraestructura y tecnología esencial. También existen empresas de Medicina Pre-pagada y cubren un 2.2% de la población de los estratos de medianos y altos ingresos.

(Ver Anexos: Cuadro No 2)

La gestión del MSP se basa en la propuesta de la organización de áreas de salud que constituyen pequeñas redes de servicios con delimitación geográfico-poblacional de atención, con un esquema de desconcentración técnica y de algunas acciones administrativas, y de programación y ejecución del presupuesto. El IESS tiene un esquema de desconcentración administrativa en 9 regiones, con una red de servicios propios y contratados que operan de acuerdo a directivas de planificación y financiamiento central.

En estas últimas décadas ha persistido un modelo de atención en los servicios de salud centrado en lo curativo, hospitalario e individualista. En las orientaciones estratégicas para la gestión descentralizada de los servicios se ha propuesto desarrollar modelos de atención basados en la realidad local con base a la atención primaria de salud, dando énfasis a la promoción de la salud, y la participación de los individuos, familias y comunidades.

En suma, persisten problemas fundamentales en la organización, gestión y financiamiento del sector salud para garantizar un acceso equitativo a servicios de

⁷⁸ OPS, Op.cit., pp: 8.

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.

La evolución política del país en los últimos cinco años se ha caracterizado por una gran inestabilidad de las instituciones y alto grado de conflictividad social, lo que ha generado una profunda crisis de gobernabilidad. Entre 1996 y el 2000 se han sucedido cuatro Gobiernos. Los principales problemas políticos y sociales que afectan directamente la situación de salud, incluyen los altos niveles de pobreza y el aumento significativo de la indigencia.

3.4 INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

En el Ecuador la seguridad social es un derecho irrenunciable de todos sus habitantes, consagrado en el Art. 55 de la Constitución de la República. Para garantizar su ejercicio la Carta Magna establece el Sistema Nacional de Seguridad Social que deberá regirse 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” (Art. 56). Como parte de este sistema se contempla el seguro general obligatorio, que también se lo establece como derecho irrenunciable y que cubrirá las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos del trabajo, cesantía, vejez, invalidez, discapacidad y muerte, se extenderá a toda la población ecuatoriana urbana y rural con relación de dependencia o no y, será responsabilidad del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (Art. 57 y Art. 58).⁷⁹.

Los orígenes del sistema del Seguro Social se encuentran en las leyes dictadas en los años 1905, 1915, 1918, 1923 para amparar a los empleados públicos, educadores, telegrafistas, y dependientes del poder judicial. Posteriormente en

⁷⁹ Constitución de la República del Ecuador. p94

1928 se crea la Caja de pensiones a través del decreto No. 18 publicado en el Registro Oficial No. 59 del 13 de Marzo de 1928 en el Gobierno de Isidro Ayora. En 1935 se dicta la Primera Ley del seguro social obligatorio, demostrando así la postura de país pionero, el 1 de Mayo de 1936 se crea el Instituto de Previsión Social para “establecer el seguro general obligatorio, fomentar el seguro voluntario y ejercer el patronato del indio y del montubio”, además se crea el *Servicio Médico* como una sección del mismo. En 1937 se reforma la Ley e incorpora el seguro de enfermedad como beneficio adicional, y al crear la Caja del Seguro S.S. se protegen empleados privados y obreros.

En 1942 se promulga una nueva Ley del S.S. Obligatorio que vigoriza la estructura técnica y la función social del sistema. En 1958 con nuevas reformas la ley imprime equilibrio financiero entre las Cajas de Pensiones y la del Seguro las mismas que se fusionan en 1963 dando paso a la Caja Nacional del Seguro Social. El Seguro de Riesgos del Trabajo, Artesanal, de Profesionales, de trabajadores Domésticos se establece en 1964 y en 1966 del Clero Secular. En 1968 inicia el Seguro Social Campesino y en 1981 se dicta la Ley de Extensión del Seguro Social Campesino, cuya cobertura de carácter familiar incluye prestaciones sociales (mortuoria, invalidez, vejez) y atención médica primaria que se proyecta a una cuarta parte de la población campesina del país. En 1970 se da vida al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, vigente hasta la actualidad.

En 1998 y en la Asamblea Constituyente se reforma la Constitución Política del Ecuador consagrando la permanencia del IESS como única institución responsable de la aplicación del Seguro General Obligatorio, acatando el mandato de la Consulta Popular de 1995.

Mantiene un régimen de afiliación personal orientado básicamente a proteger a los trabajadores dependientes tanto del sector público como de las empresas privadas en un esquema de seguro social que incluye prestaciones económicas y de atención médica, con las cuales cubre a 18 % de la población del país, básicamente de trabajadores del sector formal urbano (aproximadamente el 28 % de la PEA).

El IESS protegía en 1999 a una población de aproximadamente 2,2 millones de personas. De estos, 2 millones corresponden a afiliados, y 223 mil a pensionistas. A su vez la población protegida se divide en aquellos pertenecientes al seguro general, 1,3 millones (58%), y los afiliados al Seguro Social Campesino (SSC), 950 mil (42%).

Dentro de la cobertura del SSC se puede diferenciar al afiliado propiamente tal que se puede asociar al jefe de familia (200 mil personas) de las cargas (737 mil). Respecto de la población total del país la cobertura del IESS oscila alrededor del 18%.⁸⁰

El Seguro General se financia con los aportes de los empleadores que por ley corresponde al 3.41 % de valor de la nómina salarial. Por su parte, el Seguro Social Campesino se financia con el 1% del valor de la nómina de modo tripartito: 0,35 % del valor de la nómina de los asegurados urbanos, 0.35 % de aporte de los empleadores y 0.30 % de aporte del Estado, a lo que se adiciona una cuota mensual simbólica de los jefes de familia, de 1% del salario mínimo vital; es decir, es un régimen financiado solidariamente por el Programa General del IESS y por el Estado.

La Constitución de la República de 1998, en su segunda disposición transitoria contempla la cesación del Consejo Superior e interviene el IESS, a través de una Comisión ad-hoc, cuyo propósito era la normalización financiera del Instituto y el envío de una propuesta para de ley de seguridad social.

El 30 de noviembre del 2001 se publica la nueva Ley de Seguridad Social destinada a reestructurar a toda la institución, al momento la regula y se espera la promulgación de su Reglamento por parte del Consejo Directivo que reemplazó a la Comisión Interventora.

⁸⁰ Lenz Alcayaga R. Informe de Consultoría para el Banco Mundial: Modernización Institucional del IESS. DNMS IESS. Junio 2000. pp 9-10.

Implicancia de la nueva Ley:

- Se separan los fondos de pensiones de los fondos de salud.
- Se extiende la cobertura de salud al cónyuge e hijos del afiliado.
- Cambia el carácter curativo del seguro, a programas de fomento y protección, atención odontológica, tratamiento de enfermedades crónicas degenerativas y tratamiento de enfermedades catastróficas.
- Fondo solidario para enfermedades catastróficas.
- Se elevan las tasas de cotización para salud.
- Se cambia la base de cálculo del ingreso para aportar al IESS.
- Se define un esquema de separaciones de funciones la provisión de servicios y el nivel asegurador-comprador.
- Se crean las Unidades Médicas del IESS.
- Libre elección del prestador.

Efectos de la Ley sobre el Financiamiento

Por el lado de los ingresos:

- Aumenta la tasa de cotización,
- Cambia progresivamente la base de ingresos,
- Se elimina el subsidio que entregaban los fondos de pensiones
- Probablemente mejore el control de la recaudación.

Por el lado de los gastos:

- Incrementa la población cubierta, principalmente mujeres y niños.
- Existe una ampliación de la gama de atenciones a cubrir (promoción, prevención, catastróficas, etc.).
- Se sigue manteniendo el subsidio que el seguro de salud realiza al Seguro Social Campesino.

3.5 HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN: ÁREA QUIRÚRGICA

La característica distintiva de un hospital en el contexto de las empresas de servicios es la naturaleza de su quehacer. Es muy difícil para la gran mayoría de ciudadanos, los políticos y por supuesto para el mismo profesional de la salud, contextualizar como área de negocio el trabajo dirigido a aliviar el sufrimiento y preservar la salud y la vida.

Los protagonistas tradicionales tienen una concepción de la organización hospitalaria que no empata con la necesidad de profesionalizar la gestión de los hospitales. La armonía entre el pensamiento gerencial y la concepción médica de la institución hospitalaria es el escenario global donde se plantea la definición del hospital.

La práctica gerencial es relativamente reciente en los hospitales de América Latina, la gestión se ha limitado a la administración y ejecución de diversas exigencias de inversión y de funcionamiento que emanan del brindar salud

Historia:

El año 1956 se adquiere el terreno en el que se construye el Hospital “Carlos Andrade Marín”, son 41.911 metros cuadrados, de los cuales se utiliza 12550 m. para una superficie de construcción de 50.000 metros cuadrados, el resto corresponde a jardines, espacios verdes y parqueaderos. La construcción se inició en 1961 con una inversión aproximada de 137 millones de sucres.

Lleva el nombre del Dr. C. Andrade Marín, director del Departamento Médico desde 1937 hasta 1966, ostentó luego las dignidades de Presidente del Instituto Nacional de Previsión Social y Ministro del Ramo, gracias a su labor se instalaron clínicas y se dio impulso a la creación de hospitales.

Se inaugura el 30 de Mayo de 1970 con una dotación de 365 camas, atendidos por 63 médicos tratantes y 6 MD. Residentes, 66 enfermeras, su primer Director fue el Dr. César del Pozo.

A continuación se presenta el diagnóstico situacional del HCAM, y su Área Quirúrgica; que incluye datos reales desde el año 1999 hasta julio del 2004, en cuanto a su planificación, organización, gestión y evaluación.

Por lo tanto, se decide utilizar el “Manual de Vigilancia de la Calidad de la Caja Nacional de Salud de la Paz- Bolivia”, por ser una guía tomada de modelos de acreditación, realizada por diversos autores americanos, europeos y latinoamericanos, avalizados por USAID (Agencia de los Estados Unidos para el desarrollo internacional), MSH (Management Sciences for Health), FPMD (Family Planning Management Development Project)⁸¹ que fueron revisados para apoyar la conceptualización y diseño de este manual; y, especialmente debido a la carencia en el Ecuador de un mecanismo de vigilancia de la calidad en cuanto a Servicios de Salud se refiere; a más de no existir en la Constitución, la Ley respectiva que regule este control.

Al aplicar en el Hospital “Carlos Andrade Marín”, el “Manual de Vigilancia de la Calidad de la Caja Nacional de Salud de la Paz- Bolivia” (Ver Anexos Cuadro 4 y 5 y Documento 2) como instrumento que guía en la medición del proceso de atención valorando tanto el proceso de prestación y cuidado de la salud como la disponibilidad de insumos, se obtienen los resultados que se exponen a continuación.

Este instrumento consta de 17 estándares, cada uno de los cuales enfoca un área administrativa y/o gerencial importante para el buen funcionamiento del hospital que garantice el impacto en la salud de la población.

⁸¹ Lavandez, Op.cit., pp.: 6 –7.

El cuestionario consta de 399 preguntas divididas en tres grados y que corresponden a tres elementos que son estructura, proceso y resultado y estas a su vez se subdividen en calidad técnica-administrativa y calidad humana.

Cada grado da una idea de mayor complejidad partiendo del primer escenario sencillo y terminando en el nivel tres, que refleja un óptimo estado del hospital.

Por “Estructura”, se define a los insumos concretos y cuantificables de edificaciones, equipamiento, medicamentos, insumos médicos, vehículos, personal, dinero y sistemas organizacionales. Todos ellos necesarios, pero no suficientes para brindar una adecuada calidad de atención. Denota atributos concretos, mensurables y a menudo visibles. Con el instrumento aplicado se alcanza una calificación del 57% en la organización.

Por “Proceso” se entiende todo aquello que se realiza actualmente para que el paciente reciba una adecuada prestación. El proceso de atención podría decirse que es el elemento clave para asegurar la calidad.

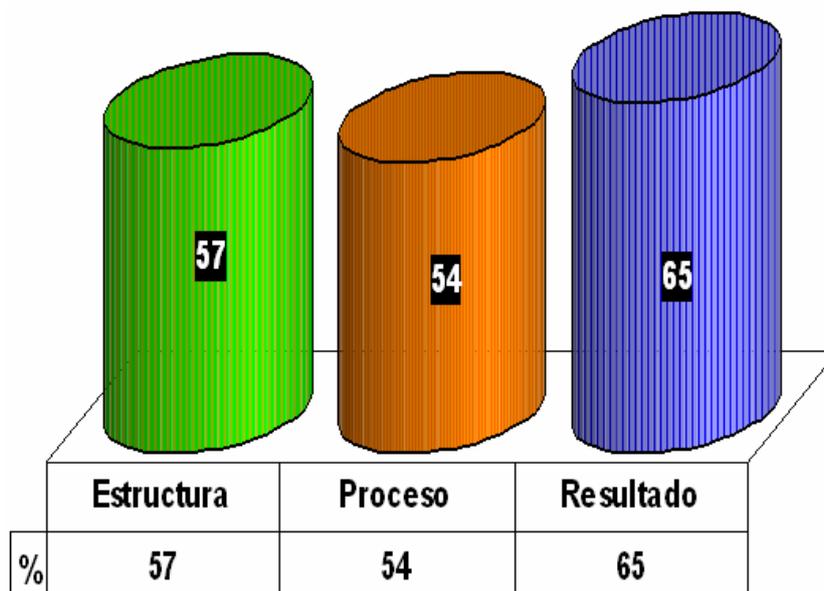
Tabla 3.1 Estructura proceso resultado total
Resultado de encuesta de la aplicación del Manual de Vigilancia de la
Calidad

Nombre	Grupo	Total
HCAM	Estructura	0,57
HCAM	Proceso	0,54
HCAM	Resultado	0,65

Fuente: Personal HCAM

Elaborado: Mencías, Narváez, Varela

**Gráfico 3.1 Calificación por elementos de estructura, proceso y resultado
HCAM- Aplicación del Manual de Vigilancia de la Calidad**



Fuente: Personal HCAM

Elaborado: Mencías, Narváez, Varela

El diagrama muestra el puntaje alcanzado por el HCAM tomando en cuenta los elementos de estructura, proceso y resultado

Asumiendo que exista un mínimo de condiciones adecuadas de medicamentos, equipo e insumos, un adecuado “proceso” de atención tiene una alta probabilidad de producir un resultado satisfactorio de la atención, en definitiva es la “razón de ser” del hospital, se logra una calificación de 54%, lo que evidencia las falencias detectadas diariamente por el afiliado. No son pretéritas ni las “colas” para la atención, ni las “listas de espera” quirúrgicas, no se logra cubrir la demanda diaria del paciente que llega a las puertas del hospital, ya que la oferta por desorganizada es insuficiente y para muchos con una precaria oportunidad. Al carecer de un Programa de conservación y mantenimiento de maquinarias, equipos, e infraestructura física, se han realizado esfuerzos a lo largo de estos 30 años y más que por no formar parte de un proceso tienen repercusión momentánea, y luego se han olvidado.

En el año 2000 se inicia el único mantenimiento de la planta física que desde 1970 se ha llevado a efecto en el H "CAM", se puede calcular la dimensión del programa emprendido por el costo (1.500.000, oo USD) y que en el año 2004 su ejecución se ha cumplido en un 60%.

Deja huellas un proceso de compras lento y por lo tanto poco efectivo, que repercute en el día a día y que afecta profundamente en la calidad de atención, se cita como ejemplo patético la declaración del director gerente de la Institución el viernes 1º. De Octubre del 2004 ".....de 480 ítems de medicamentos, 130 se encuentran en saldo cero, y de 850 ítems de insumos, 350 se encuentran en problemas"⁸²

Para los servicios de apoyo TAC, RMN, Endoscopías, el afiliado con preocupante frecuencia, debe recorrer un verdadero calvario que puede llegar a tener un semestre o más de duración y que ante la presión se soluciona con contratos con Unidades de Diagnóstico externas, Ej.: El equipo de RMN esta averiado desde hace ya 11 meses, el equipo de TAC en el año 2003 funcionó aproximadamente cuatro meses, sigue en este año 2004 el mismo doloroso promedio de días funcionando, no se proporcionaron turnos para E.D.A. electiva desde el 1 de Abril hasta el 1 de Agosto del año 2004 (solamente se realizaron los exámenes endoscópicos de emergencia), amén de la grave repercusión que representa tanto en la consulta externa como en la hospitalización el no contar con la oportunidad deseada con un examen diagnóstico, que prolonga el promedio de días estada, y que "obliga" a un consulta subsecuente, en otras condiciones evitable del paciente a la Consulta Externa.

Se debe garantizar un mínimo de insumos, medicamentos y un reequipamiento que permita mejorar no solo el aspecto físico del Hospital, sino ofrecer servicios de calidad, para que el resultado de la atención sea satisfactorio para el afiliado y estimulante para el personal de salud.

⁸² El Comercio Viernes 1º. De Octubre del 2004, pp B7.

El elemento “resultado” alcanza una calificación de 65% tomando en cuenta que el hospital forma parte de los condicionantes para el impacto, ya que es aquí donde a más de la atención de salud en sí pesan factores culturales, viviendas con saneamiento básico y agua potable disponibles, dieta balanceada, medio ambiente, genética y otros, son condicionantes externos con directa relación a resultados adecuados y a una óptima calidad de vida y de salud. Frente a esta complejidad, como sostiene Cecilia Minayo, los éxitos de un adecuado proceso de atención, estarán limitados si cada dimensión de la salud intenta avanzar separadamente, ya que la salud es un hecho social total, y hay salud vista también desde un sector específico.

“.....la salud es la síntesis del bienestar, calidad de vida individual y colectiva, formas culturales de preservación de la existencia y especies, y sobre todo de los esfuerzos y disputas colectivos por grupos sociales diferenciados para establecer parámetros acerca de lo que significa estar sano” [C. Minayo 2001].

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

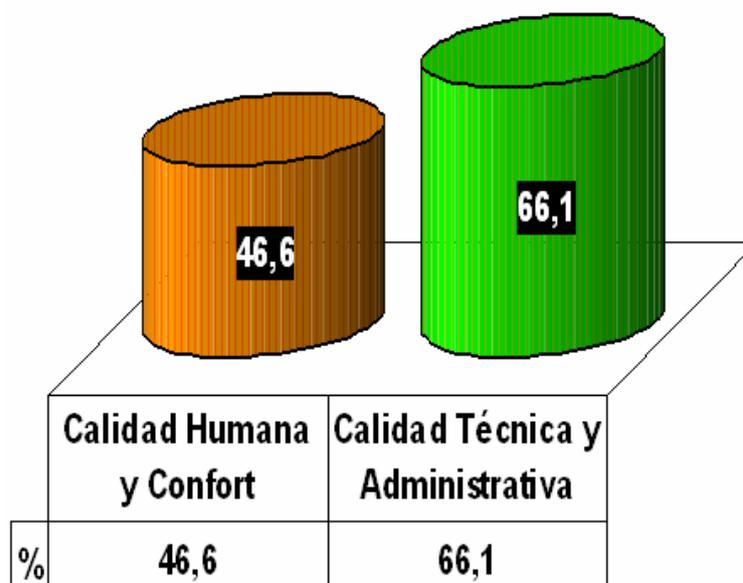
Tabla 3.2 Consulta Técnica y Humana
Resultado de encuesta de la aplicación del Manual de Vigilancia de la
Calidad

Nombre	Tipo	Total
HCAM	Calidad Humana y Confort	0,466
HCAM	Calidad Técnica y Administrativa	0,661

Fuente: Personal HCAM

Elaborado: Mencías, Narváez, Varela

**Gráfico 3.2 Calificación por Calidad Técnica y Administrativa y
Calidad Humana y Confort
HCAM- Aplicación Manual de Vigilancia de la Calidad.**



Fuente: Personal HCAM

Elaborado: Mencías, Narváez, Varela

El diagrama muestra el puntaje alcanzado por el HCAM tomando en cuenta la Calidad Técnica y Administrativa y Calidad Humana y Confort

Al hablar de la calidad técnica se refiere específicamente al cuidado y atención brindada por el personal de salud, respaldada por el conocimiento científico, se puede medir por la eficiencia o efectividad de una tecnología específica, o la precisión de un procedimiento quirúrgico, la especificidad de una prueba de laboratorio o más difícilmente valorar un procedimiento quirúrgico utilizado en lugar de otro. El Hospital ha logrado una calificación del 66%, que poco llama la atención, ya que la poca renovación de equipos comentada en acápites anteriores, repercute poderosamente en la calidad de atención.

En Calidad Humana y Confort, que califica la relación interpersonal con el afiliado, así como la confianza, la empatía, se obtiene una calificación de 46% que a no dudarlo es muy baja y que del lado del hospital han habido esfuerzos dirigidos a mejorar este índice, es de tomar muy en cuenta que es de dos vías, y

que con la dificultad de obtener una atención oportuna, el paciente llega ya con prejuicios contra la institución que se confirman al no tener un examen diagnóstico, una receta o al engrosar las listas de espera quirúrgica. No cabe duda que al mejorar la calidad de atención, mejorará ostensiblemente la relación entre cliente y proveedor. La calidad en salud es la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios.

Siguiendo el Manual de calidad, califica los grados de desarrollo que puede ser inicial, intermedio o de madurez con calificación de 1, 2 ó 3 respectivamente.

Para la acreditación del hospital, se realiza una redistribución de los porcentajes, asignando 100 puntos al total de preguntas del mismo grado, la calificación del grado es el porcentaje de respuestas positivas en ese grado. Los rangos para la acreditación en cada uno de los grados es la siguiente:

Tabla 3.3 Acreditación por grados

Tabla de Acreditación por Grados			
Grado 1	Grado 2	Grado 3	Acredita
100%			Grado 1
90%	30%		Grado 1
100%	100%		Grado 1- 2
100%	90%	30%	Grado 1 - 2
100%	100%	100%	Grado 1-2-3

Fuente: Manual de Calidad.

Elaborado: Mencías, Narváez, Varela

Tabla 3.4 Acreditación por grados y totales
Resultado de encuesta de la aplicación del Manual de Vigilancia de la
Calidad

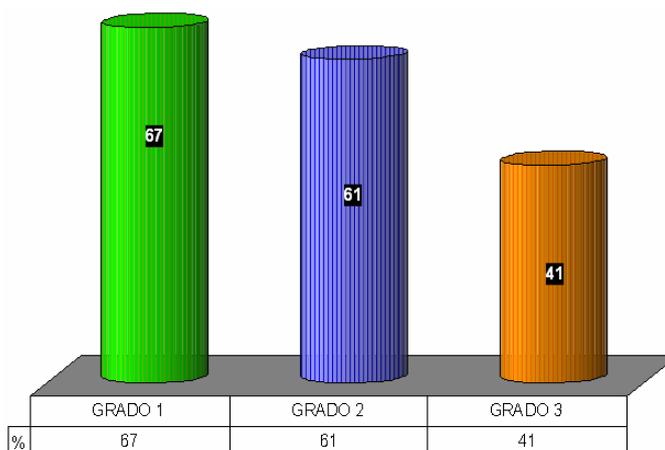
Grado	Total	Nombre
Grado 1	0,67	HCAM
Grado 2	0,61	HCAM
Grado 3	0,41	HCAM

F u e n t e: Personal H"CAM"

Elaborado: Mencías, Narváez, Varela

Desde el punto de vista del personal que trabaja en el Hospital "CAM", se califica con un 67% de desarrollo para el Grado 1, 61% en el Grado 2 y 41% para el Grado 3. Evidente dificultad de dar una puntuación general, y conocer el puntaje definitivo de acreditación por grados. Se procede a transcribir la puntuación. Es tan importante que funcione oportunamente la RMN, como que los pasillos tengan iluminación adecuada, trabajando en todos los frentes se podrá proyectar una labor de calidad que sea percibida por afiliados y satisfactoria para los empleados.

Gráfico 3.3 Acreditación del Hospital HCAM
Aplicación del Manual de Vigilancia de Calidad



Fuente: Personal HCAM

Elaborado: Mencías, Narváez, Varela

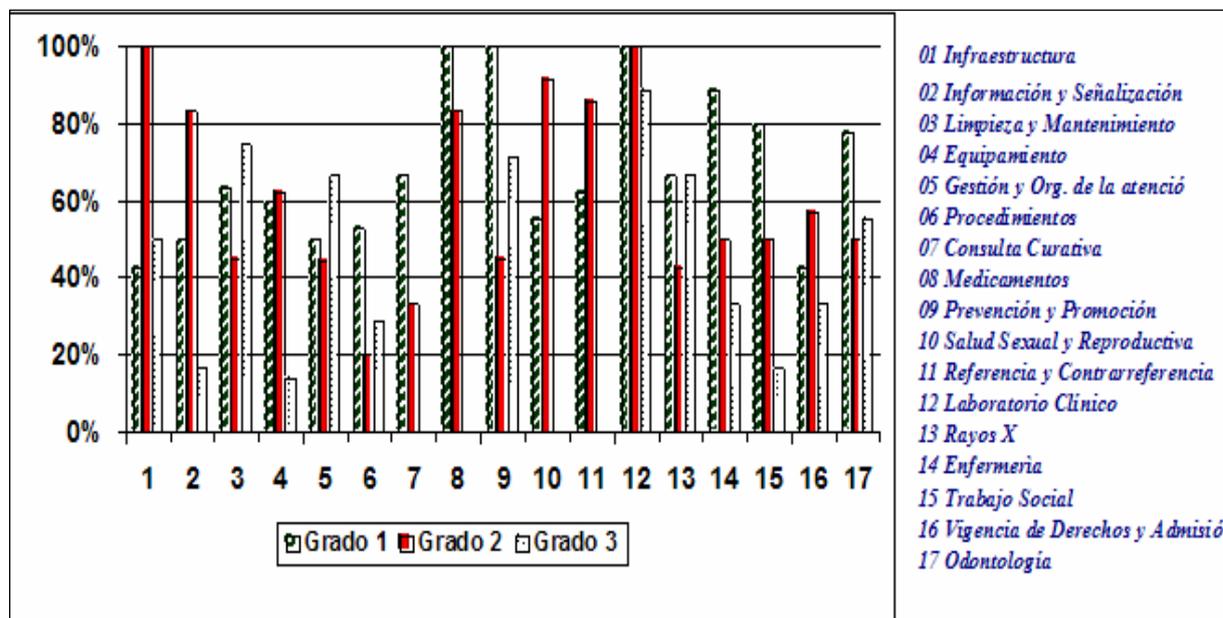
Tabla 3.5 Calificación del H CAM por estándar y grado cruzados

Codigo_ estándar		Grado 1	Grado 2	Grado3
1	Infraestructura	42,86%	100,00%	50,00%
2	Información y Señalización	50,00%	83,33%	16,67%
3	Limpieza y Mantenimiento	63,64%	45,45%	75,00%
4	Equipamiento	60,00%	62,50%	14,29%
5	Gestión y Organización de la Atención	50,00%	44,44%	66,67%
6	Procedimientos	52,94%	20,00%	28,57%
7	Consulta curative	66,67%	33,33%	0,00%
8	Medicamentos	100,00%	83,33%	0,00%
9	Prevención y promoción	100,00%	45,45%	71,43%
10	Salud Sexual y Reproductiva	55,56%	91,67%	0,00%
11	Referencia y contrarreferencia	62,50%	85,71%	0,00%
12	Laboratorio Clínico	100,00%	100,00%	88,89%
13	Rayos X	66,67%	42,86%	66,67%
14	Enfermería	88,89%	50,00%	33,33%
15	Trabajo Social	80,00%	50,00%	16,67%
16	Vigencia de derechos y Admisión	42,86%	57,14%	33,33%
17	Odontología	77,78%	50,00%	55,56%

Elaborado: Mencías, Narváez, Varela

Fuente: Personal H CAM

**Gráfico 3.4 Calificación por estándar y grado cruzados
HCAM – Aplicación del Manual de Vigilancia de la Calidad**



Fuente: Personal HCAM

Elaborado: Mencías, Narváez, Varela

Si se valora con un cruce de estándares y grados, en las 17 categorías del manual de Vigilancia de Calidad, es obvia la diferencia de desarrollo entre los mismos, a pesar de los años pasados, aún quedan escenarios sencillos aún para el Grado 1, y otros estándares óptimos para el Grado 3.

La mejor puntuación la obtiene el Laboratorio Clínico, Enfermería, Medicamentos, Prevención y Promoción, los estándares con puntuación más baja corresponden a Procedimientos y Vigencia de Derechos y Admisión.

La aplicación del Manual de Vigilancia, ha servido para precisar los espacios críticos que necesitan de una intervención urgente y firme, ya que no se puede hablar de calidad en forma segmentada, el proceso de crecimiento en efectividad y calidad debe abarcar a todos los estándares institucionales, simultáneamente.

3.5.1 PLANIFICACIÓN

La planificación evita la casualidad, aminora las incertidumbres, traza el camino principal y sus múltiples alternativas ante diferentes situaciones, contribuyendo todo ello al logro de unos propósitos definidos, en esta se definen los objetivos que deben alcanzar la empresa y las vías o caminos para cumplirlos, incluyendo la mejor manera de utilizar los recursos que se precisen

La Visión del H “CAM” enunciada por su gerente médico es la de ser líder en la atención de salud a nivel nacional e internacional, con autonomía económica y administrativa, enmarcado en los principios legales de la Seguridad Social, con un modelo de organización dentro del Sistema de Salud, que preste asistencia integral y especializada. Lograr satisfacción, excelencia en sus servicios y sobrepasar las necesidades y expectativas de cliente con el uso racionalizado de los recursos existentes.

La Misión es la de ser la unidad de más alta complejidad de la red de servicios de salud del IESS, regido por políticas y normas emanadas del Consejo Directivo, basado en los principios de solidaridad, universalidad y equidad, brindando una atención integral, actualizada, especializada, mediante la utilización de tecnología de punta y capacitación continua para mejorar la calidad de atención y satisfacer las necesidades de sus afiliados.

Políticas

Solidaridad: ayuda mutua entre asegurados sin distinción de edad, sexo, educación, nacionalidad, ocupación, nivel ingresos.

Universalidad: Iguales derechos contra riesgos individuales asegurables.

Uniformidad y Unidad: Normas Uniformes en unidades públicas o privadas, Programas, Regimenes de Beneficios y Procedimientos.

Integralidad: Amparar las contingencias que pueden afectar la vida del trabajo

Subsidiaridad: opera cuando el individuo no resuelve sus problemas por si mismo (riesgo o siniestro de los mas necesitados)

Internacionalidad: Convenio entre gobiernos en beneficio del asegurados de los países en tránsito internacional.⁸³

La demanda de salud en el IESS, es un dato incierto, ya que la nueva ley impone atención de cónyuge e hijos menores de seis años.

El presente análisis inicia con el cálculo de la demanda de salud del País, con base en el Informe de Población enferma o accidentada según agente de atención proporcionado por la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) realizada en el período 1998 - 1999 por el INEC (Ver Anexo Cuadro No: 7); complementada con los Informes anuales del Departamento de Producción y Estadística del IESS que permiten establecer la oferta y demanda del HCAM en un período comprendido entre 1999 - 2003.

CUADRO No. 3.1

POBLACIÓN ENFERMA O ACCIDENTADA SEGÚN AGENTES DE ATENCIÓN ECUADOR – 1999				
POBLACIÓN NACIONAL			11207399	100%
Pob. no acudió a Agentes (Demanda Insatisfecha)	2138481	40%		19%
Pob. sí acudió a Agentes de Atención	3263537	60%		29%
Total Nacional (Pob. Enferma)	5402018	100%		
DEMANDA NACIONAL DE SALUD			5402018	48%

Fuente: INEC, Encuesta de Condiciones de Vida 1998 – 1999

Elaborado: Mencías, Narváez, Varela

⁸³ Posso, M. Reingeniería Institucional, Quito, 2002.

La demanda nacional de salud para 1999 corresponde al 48% de la Población Nacional; (5402.018) en donde la población enferma que si acudió a un Agente de Salud corresponde al 60,4 % (3262.537) de esa demanda de salud; y, a su vez representa al 29% de la Población Nacional; mientras que, la población enferma que no acudió a ningún agente de salud (Demanda Insatisfecha) constituye el 39,6% (2138.481) de la demanda nacional de salud que a su vez representa el 19% de la Población Nacional.

El 18% de la Población Nacional esta afiliada al IESS; siendo 450000 los afiliados que corresponden al Área de Influencia del HCAM. Para calcular la demanda del Hospital "CAM", se tomó en cuenta la información de la ECV proporcionada por el INEC. (Ver Cuadro No 3.2)

CUADRO No 3.2

VALORES DE DEMANDA HCAM					
POBLACIÓN NACIONAL	12156608	100%			
Afiliado I.E.S.S.	2188189	18%			
AREA INFLUENCIA HCAM				450000	100%
Demanda Insatisfecha		85500	49%		19%
Primeras Consultas	32640				
Hospitalización (Egresos)	20332				
URGENCIAS	37790,8				
Pob. Sí acudió a Agentes de Atención		90762,8	51%		20%
Total HCAM (Pob. Enferma)		176262,8	100%		
DEMANDA DE SALUD HCAM				176262,8	39%

Fuente: INEC, Encuesta de Condiciones de Vida 1998 - 1999 Dpto. Producción y estadística IESS (99-03) Elaborado: Mencías, Narváez, Varela

Por lo tanto el 19% de afiliados del Área de Influencia del HCAM que es la Demanda Insatisfecha serían 85000 que corresponden al 49% de la Demanda de Salud; complementado con el restante 51% (90762) que son los afiliados que sí se atendieron en el hospital, donde se sumaron primeras consultas, egresos y

atención de urgencias; la sumatoria de estos valores proporciona el número de afiliados que son la demanda de salud del HCAM y que corresponde al 39% (176.262) del área de influencia del mismo.

En el Área Quirúrgica la demanda de salud corresponde al 7% (30.050 afiliados) del área de influencia del HCAM (Ver Cuadro No), donde la demanda Insatisfecha corresponde al 49% (14.724 afiliados) al igual que en el resto de servicios del Hospital. El 51% (15.325 afiliados) restante, corresponde a los afiliados que fueron atendidos en los servicios quirúrgicos, se excluye igualmente las consultas subsecuentes y las urgencias quirúrgicas, porque esos afiliados que fueron intervenidos QX. de emergencia ya están considerados en los egresos de Hospitalización.

CUADRO No 3.3

VALORES DEMANDA AREA QUIRÚRGICA HCAM					
POBLACION NACIONAL	12156608	100%			
Afiliado IESS	2188189	18%			
AREA INFLUENCIA HCAM				450000	100%
Demanda Insatisfecha		14724,6	49%		
Primeras Consultas	9370,61				
Hospitalización (Egresos)	5955				
Pob. Sí acudió a Agentes de Atención		15325,61	51%		
Total Area QX. HCAM (Pob. Enferma)		30050,21	100%		
DEMANDA DE SALUD Área Qx. HCAM				30050,2	7%

Fuente: INEC, Encuesta de Condiciones de Vida 1998 - 1999 Dpto. Producción y estadística IESS (99-03)

Elaborado: Narváez, Varela

Plan Estratégico

Fuente: Informe de Gerentes Junio 2003.

Emergentes: Recursos económicos, Conclusión de la reconstrucción, Cambio en el sistema de abastecimientos, Equipamiento.

Inmediatas: Implementación legalizada del sistema gerencial, Jefaturas de servicio (concursos), Conclusión de la implementación del sistema informático, Revisión y aplicación de RCI O56, Apoyo jurídico.

A corto plazo: Autonomía de gestión, Desarrollo seguimiento y evaluación de los planes operativos de la administración hospitalaria, Aplicación de protocolos médicos, Desarrollo de la capacitación.

La tarea técnica del H CAM, no logra traducir al ejercicio del día a día los valores y metas generales enunciadas en sus políticas.

La planificación del hospital existe con su visión, misión, aplicación de políticas y plan estratégico que no ha sido participativa, no es difundida y la conocen muy pocas personas, por lo tanto no se puede lograr que todos remen en la misma dirección, esta falta de información afecta a la posibilidad cierta de lograrlo.

Se aplica el Instrumento "Bases para el Desarrollo de la Planificación Estratégica-COSPE" (Ver Anexo Cuadro 3 y 4) que permite valorar los factores o problemas más relevantes del perfil de productividad del hospital. Se trata de una herramienta analítica para la toma de decisiones, la cual relaciona selectivamente la información existente y genera indicadores estratégicos para la gestión efectiva

CUADRO No. 3.4

VALORACION DEL FACTOR INTERNO			
FORTALEZAS.			
Nivel de liquidez	ALTA		
Margen de contribución (% de ingresos para cubrir gastos fijos)	X		
Capacidad de endeudamiento	X		
Manejo de Tesorería	X		
Instalaciones apropiadas para prestación de servicios	X		
Proveedores de la empresa	X		
Nivel académico de talento humano	X		
Experiencia técnica	X		
Estabilidad	X		
Descentralización y delegación (autonomías)		MEDIA	
Actualidad tecnológica frente al sector		x	
Distribución geográfica de dependencias y plantas		X	
Acceso a nuevas tecnologías		X	
Sistemas de salarios , estímulos e incentivos			BAJA
Adaptabilidad a los cambios			X
Programa de promoción y publicidad			X
Participación en el mercado y posicionamiento			X
Administración del presupuesto			X
Flujo de operaciones en las prestaciones de servicios			X
Flexibilidad de adaptación al cambio tecnológico			X
Nivel de costos de subcontratación (personas y servicios)			X
Rotación			X
DEBILIDADES			
Uso de planes estratégicos	ALTA		
Asignación de recursos con base a objetivos	X		
Estructura organizativa apropiada (flexible, no burocrática)	X		
Clima y cultura organizativas esimulantes	X		
Estilo gerencial moderno (trabajo en equipo, participativo)	X		
Enfoque administrativo: calidad total, reingeniería, procesos	X		
Sistema de información y comunicaciones	X		
Segmentación de clientes	X		
Uso de investigación de mercado	X		
Control de decisiones del mercado y evaluación de costos	X		
Presencia en los mercados internacionales	X		
Estructuras de las líneas de servicios	X		
Personal entrenado y actualizado en ventas	X		
Sistema de análisis financiero	X		
Sistema de controles internos y auditoría	X		
Sistemas de compras e inventarios	X		
Uso de indicadores de productividad	X		
Motivación: puntos criticos de contacto con el afiliado	X		
Desarrollo equilibrado de áreas y coordinación		MEDIA	
Administración y desarrollo del personal		X	
Mezcla apropiada de productos		X	
Atención a clientes y evaluación al servicio		X	
Presupuestación y cumplimiento		X	
Coordinación de producción de ventas		X	
Medición del potencial del mercado		X	
Sistema de información contable		X	
Proceso de cobro y recaudos por ventas		X	
Estructura de costos por áreas y procesos		X	
Capacidad de inversión en nuevos proyectos		X	
Sistemas apropiados de producción		X	
Actualidad de equippos y software administrativos		X	
Investigación y desarrollo para nuevos productos/servicios		X	
Circuitos de calidad-equipos de mejoramiento y rediseño		X	
Sistema de seguridad industrial		X	
Ausentismo		X	
Pertenencia		X	
Accidentalidad		X	
Indices de desempeño		X	
Proyección de Imagen Corporativa			BAJA
Nivel de remuneración			X
Retiros			X

CUADRO No 3.5

VALORACION DEL FACTOR EXTERNO			
OPORTUNIDADES			
	ALTA		
Constitución política	X		
Descentralización	X		
Mayor nivel de educación	X		
Qué tan vulnerables son nuestros competidores a la estrategia c	X	MEDIA	
Normas impuestas		X	
Mayor participación comunitaria		X	
Prioridad al gasto social		X	
Mayor exigencia de los usuarios		X	
Auge de medicina ambulatoria		X	BAJA
Estabilidad política			X
Fortalecimiento del Municipio			X
Cambios de los hábitos de vida			X
Auge de la responsabilidad civil médica			X
Nivel de tecnología			X
Flexibilidad de Procesos			X
Automatización			X
Mortalidad por causas			X
Tendencias de la morbilidad			X
AMENAZAS.			
	ALTA		
Inflación	X		
Inversión política	X		
Tasa de desempleo	X		
El Congreso	X		
Altos índices de violencia	X		
Distribución del ingreso	X		
Aparición de nuevas patologías	X		
Organizaciones gerenciada como empresas aventajan a otras	X	MEDIA	
PIB		X	
Oferta de servicios a más bajo costo y mejor calidad		X	
Reforma al Sistema de Seguridad Social		X	
Responsabilidad ambiental		X	
Nuevos riesgos del uso de la tecnología		X	
Tasa bruta de mortalidad		X	
Efecto del contrataque exitoso de nuestra competencia		X	
Relación del servicio con la competencia		X	
Cambio de posiciones de competidores en últimos años		X	BAJA
Tendenciad del crecimiento poblacional			X
Esperanza de vida al nacer			X
Fecundidad global			X
Tasa de mortalidad infantil			X
Tasa bruta de natalidad			X
Tendencias de la morbilidad oral			X
Ingreso de nuevas organizaciones a nuestro negocio			X

CUADRO No 3.6 y 3.7

Cuadro 3.6
RESUMEN DEL ANALISIS INTERNO "HCAM"
FORTALEZAS (F)
Descentralización y delegación (autonomías)
Nivel de liquidez
Distribución geográfica de dependencias y plantas
Capacidad de endeudamiento
Manejo de Tesorería
Instalaciones apropiadas para prestación de servicios
Proveedores de la empresa
Nivel académico de talento humano
Experiencia técnica del talento humano
Estabilidad laboral
DEBILIDADES (D)
Enfoque administrativo: calidad total, reingeniería, procesos
Estructura organizativa apropiada (flexible, no burocrática)
Uso de investigación de mercado
Control de decisiones del mercado y evaluación de costos
Sistema de controles internos y auditoría
Sistemas de compras e inventarios
Actualidad de equipos y software administrativos
Uso de indicadores de productividad
Motivación: puntos críticos de contacto con el afiliado
Personal entrenado y actualizado en ventas
Cuadro 3.7
RESUMEN DEL ANALISIS EXTERNO "HCAM"
OPORTUNIDADES (O)
Ley de Seguridad Social
Descentralización
Mayor nivel de educación del afiliado
Vulnerabilidad de nuestros competidores a la estrategia competitiva
Mayor participación comunitaria
Red de atención médica del IESS
Sistema de Información Gerencial del H"CAM"
Auge de medicina ambulatoria
Nivel de tecnología disponible en el mercado
Flexibilidad de Procesos
AMENAZAS (A)
Altos índices de violencia
Distribución del ingreso
Aparición de nuevas patologías
Inflación
Tasa de desempleo
Migración de los afiliados
Falta de funcionamiento de Red Informática del IESS
Efecto del contrataque exitoso de nuestra competencia
Reforma al Sistema de Seguridad Social (Aseguradora)
Oferta de servicios a más bajo costo y mejor calidad

CUADRO No. 3.8
MATRIZ FODA HOSPITAL “CARLOS ANDRADE MARIN”

MATRIZ FODA	
FORTALEZAS (F)	OPORTUNIDADES (O)
Descentralización y delegación (autonomías)	Ley de Seguridad Social
Nivel de liquidez	Descentralización
Distribución geográfica de dependencias y plantas	Mayor nivel de educación del afiliado
Capacidad de endeudamiento	Vulnerabilidad de nuestros competidores a la estrategia competitiva
Manejo de Tesorería	Mayor participación comunitaria
Instalaciones apropiadas para prestación de servicios	Red de atención médica del IESS
Proveedores de la empresa	Sistema de Información Gerencial del H"CAM"
Nivel académico de talento humano	Auge de medicina ambulatoria
Experiencia técnica del talento humano	Nivel de tecnología disponible en el mercado
Estabilidad laboral	Flexibilidad de Procesos
DEBILIDADES (D)	AMENAZAS (A)
Enfoque administrativo: calidad total, reingeniería, procesos	Altos índices de violencia
Estructura organizativa apropiada (flexible, no burocrática)	Distribución del ingreso
Uso de investigación de mercado	Aparición de nuevas patologías
Control de decisiones del mercado y evaluación de costos	Inflación
Sistema de controles internos y auditoría	Tasa de desempleo
Sistemas de compras e inventarios	Migración de los afiliados
Actualidad de equipos y software administrativos	Falta de funcionamiento de Red Informática del IESS
Uso de indicadores de productividad	Efecto del contrataque exitoso de nuestra competencia
Motivación: puntos críticos de contacto con el afiliado	Reforma al Sistema de Seguridad Social (Aseguradora)
Personal entrenado y actualizado en ventas	Oferta de servicios a más bajo costo y mejor calidad

CUADRO No. 3.9

PLAN ESTRATEGICO	
CODIGO FO	CODIGO DO
Vigorizar la autonomía de gestión organizativa del área quirúrgica del HCAM , respaldados en la constitución política	Capacitar al personal del área quirúrgica en técnicas modernas de gestión
Aprovechar la autonomía financiera para robustecer los niveles de liquidez	Aplicar Gerencia de Procesos en el área quirúrgica del HCAM
Atraer la participación comunitaria con la adecuada ubicación geográfica del HCAM	Fortalecer y descentralizar la atención ambulatoria: Hospital del día
Emplear la capacidad de endeudamiento para mejorar el nivel tecnológico existente en el area Quirúrgica.	Saneamiento financiero a través del incremento y redistribución de los ingresos con importante control
Automatizar el manejo de tesorería	Aplicar el sistema de Información gerencial a toda el área quirúrgica del HCAM
Impulsar los procedimientos de medicina ambulatoria:H. de Dia	Introducción de la función gerencial
Dinamizar los procesos de adquisiciones	Actualizar los equipos y redes de información en el área quirúrgica del HCAM
Establecer programas de capacitación continua de todo el personal del Area Quirúrgica del HCAM	Mejorar la práctica y el control quirúrgico afectando positivamente a los principales indicadores de
Sacar el máximo provecho de la tecnología instalada; tanto en Consulta externa como en Sala de Operaciones	Involucrar a los afiliados en la toma de decisiones
Revisar y Aplicar la Resolución CI 056 en lo concerniente a la Subgerencia de Cirugía	Crear un adecuado departamento de marketing (ventas)
CODIGO FA	CODIGO D-A
Incrementar la autosuficiencia del área quirúrgica del HCAM que nos convierta en efectivos prestadores de salud de la red	Manejar el Area quirúrgica como una empresa productiva
Crear un fondo de inversiones que permita ampliando las areas de servicios disminuir el impacto provocado por la inflación y la tasa de desempleo	Establecer Gerencia de Procesos
Elaborar un plan de Marketing resaltando los beneficios de la ubicación geográfica del HCAM	Realizar análisis del Mercado
Estructurar nuevas líneas de servicios prestados por el área quirúrgica del HCAM sustentados en la capacidad de endeudamiento que dispone.	Establecer un sistema de garantía de calidad, sirviéndonos del control de procesos y auditorías.
Introducir sistema de costeo de prestaciones	Asignación de recursos en base a objetivos
Racionalizar recursos y asegurar la calidad propia	Mejorar instrumentos de gestión (software) aplicando la autonomía financiera
Optimizar relación con Proveedores	Mejorar la eficiencia, regulando la oferta y demanda
Definir esquemas de Incentivos apropiados para los profesionales de la Salud del área quirúrgica del HCAM	Lograr empoderamiento, con la concesión de incentivos ligados a la contribución en la mejoría de resultados
Resaltar la experiencia del talento humano para atraer clientes	Crear un adecuado departamento de marketing (ventas)

3.5.2 ORGANIZACIÓN

Es distribuir las tareas de acuerdo a las competencias de los miembros del equipo, para transmitir, involucrar, hacer seguimientos, evaluar, retroalimentar, y reconocer logros y conductas positivas⁸⁴

La *estructura* se refiere a las formas en que las tareas de la organización están divididas (diferenciación) y son coordinadas (integración). La estructura está determinada por los estatutos de la organización, por descripciones de puesto y posición, y por reglas y procedimientos. Tiene que ver también con esquemas de autoridad, comunicación y flujo de trabajo

En el caso del Hospital “Carlos Andrade Marín”, su nueva estructura orgánica, viene dada en la Resolución No. C.I. 056, que en lo que corresponde al Área Quirúrgica depende de la Gerencia de Hospitalización y Ambulatorio, y se presenta a continuación.

3.5.2.1 RESOLUCIÓN No. C.I. 056

REGLAMENTO GENERAL DE LAS UNIDADES MÉDICAS DEL IESS

LA COMISIÓN INTERVENTORA DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

C O N S I D E R A N D O:

⁸⁴ O.P.S. La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe. Washington DC. OPS 2001

Que la Resolución No. 824 de 12 de Julio de 1994, derogó expresamente la Resolución No. 794 de 28 de julio de 1992, que contenía la Estructura Orgánica de algunas Unidades Médicas del IESS;

Que la Disposición Transitoria Octava de la Resolución No. 824 dispuso que el Director Nacional Médico Social presente al Consejo Superior, en el plazo de treinta días, el proyecto de Estructura Orgánica de todas las Unidades Médicas del IESS;

Que, desde la derogación de la Resolución No. 794, las Unidades Médicas no cuentan con Estructura Orgánica debidamente aprobada por el órgano de gobierno del IESS;

Que es necesario dotar a cada una de las Unidades Médicas del Instituto de una adecuada estructura de organización y funcionamiento;

Que es necesaria la conformación de subsistemas zonales de referencia y contrarreferencia entre unidades médicas de distinto nivel de complejidad, para brindar una mejor prestación de salud a los asegurados y utilizar eficientemente la infraestructura sanitaria de que dispone el IESS;

Que la Dirección General y la Dirección Nacional Médico Social han promovido durante el segundo semestre de 1999 la más amplia discusión de las reformas a la estructura de organización y funcionamiento de las unidades médicas del IESS, a través de los Talleres de Discusión Interna sobre Reestructuración del Área Médica del IESS y Motivación Organizacional realizados en Quito (26-28 de agosto), Portoviejo (1-3 de octubre), Cuenca (7-9 de octubre), Quito (14-16 de octubre) y Riobamba (1-3 de diciembre);

Que las observaciones y recomendaciones expresadas en dichos Talleres han sido analizadas, sistematizadas e incorporadas al Proyecto de Reglamento

General de las Unidades Médicas del IESS anteriormente conocido en primera discusión por la Comisión Interventora; y,

En uso de las atribuciones que le confieren la Disposición Transitoria Segunda de la Constitución Política de la República y el Art. 11, literal a), de la Ley del Seguro Social Obligatorio,

EXPÍDESE EL SIGUIENTE REGLAMENTO GENERAL DE LAS UNIDADES MÉDICAS DEL IESS:

TÍTULO I

DEFINICIONES

ART. 1 Unidades Médicas del IESS.- Las Unidades Médicas del IESS, que se regirán por este Reglamento, son prestadoras de servicios de salud a los afiliados, jubilados y derecho habientes de los Seguros Sociales de Enfermedad y Maternidad, en los términos que señalan la Ley del Seguro Social Obligatorio y el Estatuto Codificado del IESS, y a la población en general mediante contratos individuales o corporativos.

Las unidades médicas del Seguro Social Campesino se regirán por su propio Reglamento.

ART. 2 Clasificación de las Unidades Médicas del IESS.- Las Unidades Médicas del IESS se clasifican, según su nivel de complejidad, en:

1. Hospitales de Nivel III;
2. Hospitales de Nivel II,
3. Hospitales de Nivel I;

4. Centros de Atención Ambulatoria (Dispensarios Tipo A y Tipo B); y,
5. Unidades de Atención Ambulatoria (Dispensarios Tipo C).

Corresponde a la Dirección Nacional Médico Social la calificación del nivel de complejidad de cada una de las Unidades Médicas del IESS y su acreditación como prestadores de salud a los afiliados del Seguro de Enfermedad y Maternidad.

ART. 3 Hospital de Nivel III.- El Hospital de Nivel III es la unidad médica de mayor complejidad, de referencia zonal, que presta atención médica de hospitalización y ambulatoria de tercer nivel, en cirugía, clínica y cuidado materno infantil, medicina crítica, y auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

ART. 4 Subsistema Zonal de Atención Médica Integrada.- El Subsistema Zonal de Atención Médica Integrada es la red de referencias y contrareferencias entre varias unidades médicas del IESS, de distinto nivel de complejidad, desde la Unidad de Atención Ambulatoria hasta el Hospital de Nivel III, con la finalidad de mejorar el acceso, la calidad, la eficiencia, la equidad y la sustentabilidad financiera de la prestación de salud a los asegurados, en una circunscripción territorial delimitada por la Dirección Nacional Médico Social y aprobada por el Consejo Superior.

TÍTULO II

ADMINISTRACIÓN DESCONCENTRADA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN MÉDICA DEL IESS

ART. 5 De los Subsistemas Zonales de Atención Médica Integrada.- Son subsistemas zonales de atención médica integrada, delimitados en función de la distribución espacial de la población asegurada, la distancia y facilidad de acceso entre unidades médicas de distintos niveles de complejidad, y la mejor alternativa de costo / beneficio de las referencias y contrareferencias entre los prestadores de salud:

1. El Subsistema Zonal I, que administrará la red de referencias y contrareferencias entre las unidades médicas del IESS localizadas en las provincias de: Carchi, Esmeraldas, Francisco de Orellana, Imbabura, Napo, Pichincha y Sucumbíos.

Mapa No 3.1**UNIDADES HOSPITALARIAS DEL IESS
ZONAL I**

2. El Subsistema Zonal II, que administrará la red de referencias y contrarreferencias de las unidades médicas del IESS localizadas en las provincias de: El Oro, Galápagos, Guayas, Los Ríos y Manabí.
3. El Subsistema Zonal III, que administrará la red de referencias y contrarreferencias de las unidades médicas del IESS localizadas en las provincias de: Azuay, Cañar, Loja, Morona-Santiago y Zamora- Chinchipe.
4. El Subsistema Zonal IV, que administrará la red de referencias y contrarreferencias de las unidades médicas del IESS localizadas en las provincias de: Bolívar, Chimborazo, Cotopaxi, Pastaza y Tungurahua.

TÍTULO III DEL HOSPITAL DE NIVEL III

CAPÍTULO 1

ESTRUCTURA ORGÁNICA

Sección Primera

De la Dirección del Hospital

ART. 6 Órgano de Dirección.- Es órgano de dirección del Hospital de Nivel III, la Gerencia General del Hospital.

Sección Segunda

De la Gestión de la Atención Médica

ART. 7 Órganos de Gestión.- Son órganos de gestión de la atención médica, dependientes de la Gerencia General del Hospital:

1. La Gerencia de Hospitalización y Ambulatorio;
2. La Gerencia de Medicina Crítica;
3. La Gerencia de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento; y,
4. La Gerencia de Investigación y Docencia.”

GRAFICO No. 3.6



ART. 8 Dependencias de la Gerencia de Hospitalización y Ambulatorio.- Son dependencias de la Gerencia de Hospitalización y Ambulatorio:

1. La Subgerencia de Cirugía, que comprende:
 - a. Las Áreas de Especialidad en: Cirugía Cardiovascular, Cirugía de Cabeza y Cuello, Cirugía General, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Cirugía Vascul ar Periférica, Cirugía Torácica, Coloproctología, Neurocirugía, Oftalmología, Otorrinolaringología, Urología, Traumatología y Ortopedia.
 - b. El Centro Quirúrgico.
 - c. El Centro de Quemados.

CAPÍTULO 2

RESPONSABILIDADES

Los deberes del Área Quirúrgica son:

1. La administración de las áreas de: Cirugía de Cabeza y Cuello, Cirugía Cardiovascular, Cirugía General, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Cirugía Torácica, Cirugía Vascular Periférica, Coloproctología, Neurocirugía, Oftalmología, Otorrinolaringología, Urología, y Traumatología y Ortopedia;
2. La administración del Centro Quirúrgico y de Cirugía del Día y del Centro de Quemados;
3. La asistencia médica integral al paciente que debe ser sometido a procedimientos quirúrgicos, electivos o de emergencia;
4. La conformación de grupos de cirujanos, de diversa especialización, para dar asistencia integral al paciente cuyo estado lo exige;
5. La coordinación con el cuerpo clínico para la realización de intervenciones quirúrgicas al paciente;
6. La asistencia médica adecuada al paciente que debe someterse a procedimientos quirúrgicos en régimen ambulatorio;
7. La ejecución de los programas de investigación científica y de educación médica relacionados con la actividad quirúrgica;

8. La difusión de los protocolos, guías y algoritmos de diagnóstico y tratamiento, aprobados por la Dirección Nacional Médico Social, para las Áreas y Centros de la Subgerencia, y el control y la evaluación de su aplicación;
9. La elaboración de las especificaciones técnicas y condiciones contractuales para la compra y/o la venta de servicios quirúrgicos, que serán sometidas a resolución de la Gerencia General del Hospital;
10. La entrega de información a la Gerencia para la facturación por la atención médica producida;
11. El cumplimiento de normas y planes de bioseguridad, prevención de riesgos, higiene en el trabajo, seguridad hospitalaria, defensa civil y contingencias para casos de desastres o epidemias;
12. El cuidado, buen uso y adecuado funcionamiento de las instalaciones, equipos y materiales a su cargo; y,
13. Los informes de resultados sobre la organización y gestión de la producción, productividad y calidad de la actividad quirúrgica, ante la Gerencia de Hospitalización y Ambulatorio.

ART. 9 De la Subgerencia de Cirugía.- La Subgerencia de Cirugía tendrá las siguientes responsabilidades:

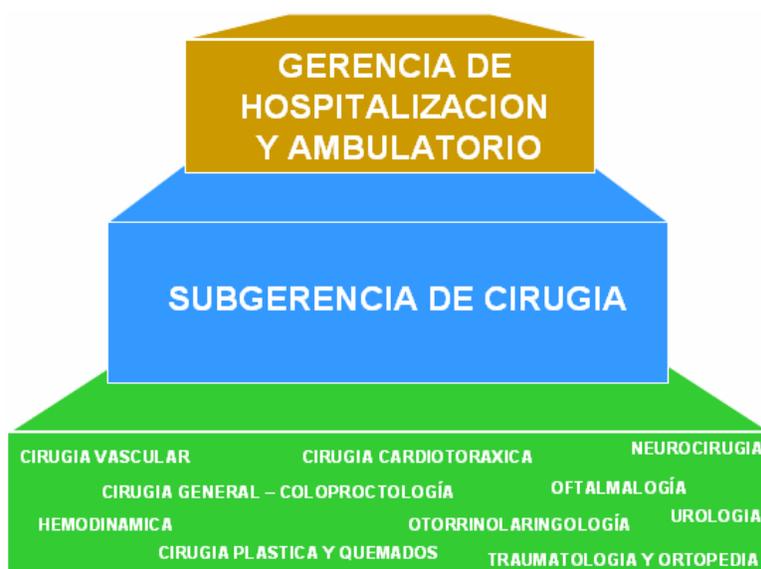
14. La administración de las áreas de: Cirugía de Cabeza y Cuello, Cirugía Cardiovascular, Cirugía General, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Cirugía Torácica, Cirugía Vascular Periférica, Coloproctología, Neurocirugía, Oftalmología, Otorrinolaringología, Urología, y Traumatología y Ortopedia;
15. La administración del Centro Quirúrgico y de Cirugía del Día y del Centro de Quemados;

16. La asistencia médica integral al paciente que debe ser sometido a procedimientos quirúrgicos, electivos o de emergencia;
17. La conformación de grupos de cirujanos, de diversa especialización, para dar asistencia integral al paciente cuyo estado lo exige;
18. La coordinación con el cuerpo clínico para la realización de intervenciones quirúrgicas al paciente;
19. La asistencia médica adecuada al paciente que debe someterse a procedimientos quirúrgicos en régimen ambulatorio;
20. La ejecución de los programas de investigación científica y de educación médica relacionados con la actividad quirúrgica;
21. La difusión de los protocolos, guías y algoritmos de diagnóstico y tratamiento, aprobados por la Dirección Nacional Médico Social, para las Áreas y Centros de la Subgerencia, y el control y la evaluación de su aplicación;
22. La elaboración de las especificaciones técnicas y condiciones contractuales para la compra y/o la venta de servicios quirúrgicos, que serán sometidas a resolución de la Gerencia General del Hospital;
23. La entrega de información a la Gerencia para la facturación por la atención médica producida;
24. El cumplimiento de normas y planes de bioseguridad, prevención de riesgos, higiene en el trabajo, seguridad hospitalaria, defensa civil y contingencias para casos de desastres o epidemias;

25. El cuidado, buen uso y adecuado funcionamiento de las instalaciones, equipos y materiales a su cargo; y,

26. Los informes de resultados sobre la organización y gestión de la producción, productividad y calidad de la actividad quirúrgica, ante la Gerencia de Hospitalización y Ambulatorio.

Gráfico No. 3.7
Organigrama de la Subgerencia de Cirugía



ART. 10 Áreas de Especialidad de la Subgerencia de Cirugía.- Cada una de las áreas de especialidad de la Subgerencia de Cirugía tendrá las siguientes responsabilidades comunes:

1. La atención del paciente con el concurso de los especialistas cirujanos disponibles en el Hospital;

2. La asistencia médica integral al paciente que debe ser sometido a procedimientos quirúrgicos, electivos o de emergencia, en régimen ambulatorio o de internación;
3. La coordinación con el cuerpo clínico para la realización de intervenciones quirúrgicas al paciente;
4. La ejecución de los programas de investigación científica y de educación médica relacionados con Cirugía;
5. La elaboración, actualización y aplicación de los protocolos, guías y algoritmos de diagnóstico y tratamiento para el Área, aprobados por la Dirección Nacional Médico Social;
6. La entrega de información a la Subgerencia de Cirugía, para la facturación por la atención médica producida;
7. El cumplimiento de normas y planes de bioseguridad, prevención de riesgos, higiene en el trabajo, seguridad hospitalaria, defensa civil y contingencias para casos de desastres o epidemias;
8. El cuidado, buen uso y adecuado funcionamiento de las instalaciones, equipos y materiales a su cargo; y,
9. Los informes de resultados sobre la organización y gestión de la producción, productividad y calidad de la actividad quirúrgica, ante la Subgerencia de Cirugía.

ART. 11 Del Centro Quirúrgico y de Cirugía del Día.- El Centro Quirúrgico y de Cirugía del Día tendrá las siguientes responsabilidades:

1. La programación, organización, dirección, control y evaluación de los quirófanos del Centro;
2. La coordinación con las diferentes áreas y centros del Hospital para la atención quirúrgica del paciente;
3. La programación del equipamiento, abastecimiento de fármacos e insumos, y mantenimiento de los quirófanos del Centro;
4. La coordinación con los cirujanos, anestesiólogos, otros profesionales de diversa especialización y demás personal del Hospital, para dar asistencia integral al paciente cuyo estado lo exige;
5. La elaboración, actualización y aplicación de los protocolos, guías y algoritmos de diagnóstico y tratamiento, para el Centro, aprobados por la Dirección Nacional Médico Social;
6. La entrega de información a la Subgerencia de Cirugía, para la facturación por la atención médica producida;
7. El cumplimiento de normas y planes de bioseguridad, prevención de riesgos, higiene en el trabajo, seguridad hospitalaria, defensa civil y contingencias para casos de desastres o epidemias;
8. El cuidado, buen uso y adecuado funcionamiento de las instalaciones, equipos y materiales a su cargo; y,
9. Los informes de resultados sobre la organización y gestión de la producción, productividad, y calidad de atención en el Centro, ante la Subgerencia de Cirugía.

ART. 12 Del Centro de Quemados.- El Centro de Quemados tendrá las siguientes responsabilidades:

1. La programación, organización, dirección, control y evaluación del quirófano e instalaciones del Centro y su mantenimiento, así como del equipamiento, abastecimiento de fármacos e insumos;
2. La coordinación con las diferentes áreas del Hospital para la atención clínica y quirúrgica del paciente;
3. El tratamiento, cuidado, alivio del dolor y la rehabilitación física y psicológica del paciente quemado, en coordinación con las Áreas y Centros del Hospital, mediante la utilización de recursos y técnicas que las circunstancias exigen;
4. La coordinación con cirujanos, anestesiólogos, otros profesionales de diversa especialización y demás personal del Hospital, para dar asistencia integral al paciente cuyo estado lo exige;
5. La elaboración, actualización y aplicación de los protocolos, guías y algoritmos de diagnóstico y tratamiento, para el Centro, aprobados por la Dirección Nacional Médico Social;
6. La entrega de información a la Subgerencia de Cirugía, para la facturación por la atención médica producida;
7. El cumplimiento de normas y planes de bioseguridad, prevención de riesgos, higiene en el trabajo, seguridad hospitalaria, defensa civil y contingencias para casos de desastres o epidemias;
8. El cuidado, buen uso y adecuado funcionamiento de las instalaciones, equipos y materiales a su cargo; y,

9. Los informes de resultados sobre la organización y gestión de la producción, productividad, y calidad de atención en el Centro, ante la Subgerencia de Cirugía.

.....Sigue más articulado

DISPOSICIÓN FINAL.- Esta Resolución entrará en vigencia a partir de la presente fecha. Publíquese en el Registro Oficial.

COMUNÍQUESE, Quito, 26 de Enero de 2000

Alfredo Mancero Samán.- Enrique Arosemena Baquerizo.- Gladys Palán
Tamayo.

Dr. Luis Enrique Plaza Vélez, DIRECTOR GENERAL DEL IEES.-
Dr. Patricio Arias Lara, PROSECRETARIO

Todo organigrama debe ser resultado de una planificación que defina roles, funciones y competencias de acuerdo a los procesos identificados no a cargos o personas. De esta forma brinda complementariedad en los procesos, separación y definición de competencias y roles, proporcionando fluidez y oportunidad a los procesos y la toma de decisiones.

Recursos Humanos:**Tabla 3.6**

PERSONAL DEL H "CAM" POR RÉGIMEN DE PROTECCIÓN LABORAL		
Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa.		1243
Código del Trabajo		452
TOTAL		1695

Fuente: Datos de producción del IESS (99- 2003).

El hospital "CAM" tiene 1695 personas en su plantilla, de los cuales 1243 se encuentran bajo la normativa de la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa, en este apartado se encuentran los Profesionales de la Salud, y 452 personas se encuentran bajo la protección del Código del Trabajo.

El número de Médicos Tratantes (especialistas) del H "CAM" es de 255, de los cuales 74 médicos especialistas, que corresponde al 29% del total, pertenecen al Área de Cirugía. Los Médicos Residentes del Área Quirúrgica son 47 y los Internos Rotativos son 16.

El personal de hospitalización: Enfermeras y Auxiliares de Enfermería; son 90 y 72 respectivamente, aunque su número puede variar por que la disposición de los servicios en los pisos es compartida, Ej.: Gastroenterología, Oftalmología y Cirugía Vascul.

Tabla 3.7

RECURSOS HUMANOS AREA QUIRURGICA							
SERVICIOS	Camas	Md Especi	Enfermer	Aux. Enferm.	Md. Resid	Int. Rot.	Aux. Enferm.
OFTALMOLOGIA.	9	9	5	4	4		1
CIRUG. VASCULAR	11	8	5	4	4	1	1
UROLOGIA	17	10	5	4	5	1	1
ORL	12	4	3	4	3		1
CIRUGIA GENERAL	21	13	11	7	10	9	2
	18		11	8			
QUEMADOS	7		2	2			
TRASPLANTE	3						
CIRUG. CARDIOTOX.	21	5	11	8	3		1
NEUROCIRUGIA	15	6	7	7	5		1
CIRUG. REPARADORA	12	5			7	1	1
TRAUMATOLOGIA	70	14	30	24	6	4	1
TOTAL	216	74	90	72	47	16	10

Fuente: Datos de producción del IESS (99-2003).

Elaborado: Narváez, Varela

El mantenimiento del área física del Hospital, ha provocado cierre de áreas de hospitalización desde el año 2000, por lo tanto en este último quinquenio ha habido constante fluctuación de la dotación de camas de los servicios, al momento de redactar estas líneas es de 540, de las cuales son 216 del área quirúrgica, 185 del área clínica, 60 camas del área de gineco-obstetricia, 13 camas de la UTI, 66 de Pediatría.

Recursos Informáticos

Implementado en el H CAM desde el mes de noviembre del 2002 en que se inicia un proceso de administración gerencial inscrito en el marco de las políticas renovadoras de la Institución.

Se dispone de un servidor AS/400, modelo 500, con capacidad para 250 dispositivos de vídeo e impresoras y se encuentran 120 terminales en Consulta Externa y Urgencias, Hospitalización, Bodega y Farmacia. En su fase I se han aplicado en:

La Consulta Externa trabaja en: Modulo Médico, Entrega de Citas, Admisión de Pacientes, Laboratorio Clínico, Servicio de Imagenología, Despacho de recetas mecanizado.

Además en el control sistematizado de bodegas.

La Fase II de Hospitalización cuenta con: Módulo Médico, Admisión hospitalaria, Urgencias, Intervenciones Quirúrgicas, Módulo de Enfermería que está en su fase de plena implementación.

Funciona como isla, sin información consolidada entre las diferentes Unidades del IESS, sin que se pueda llevar un control único del expediente clínico del paciente.

“.....Dado que en los equipos AS/400 actualmente en uso, las versiones de Sistema Operativo dejaron de ser soportadas por el fabricante en mayo de 1996 y los modelos de equipos instalados, dejaron de tener soporte técnico.

Se plantean alternativas en base a la actualización de equipos a nuevos modelos, los cuales pueden ser incorporados gradualmente.”⁸⁵

A pesar de todo esto, y con muchos años de retraso se tiene un SIG en funcionamiento que es administrativo, y debe pasar a constituir instrumento de gestión y toma de decisiones para optimizar el hospital, no obstante del seguimiento automatizado de la jornada actual, se han de incorporar indicadores de procesos, productos, informes gerenciales, auditorias que permitan tomar decisiones oportunas y adecuadas.

⁸⁵ Evento hospitales Junio del 2003: Informe del Gerente.

Recursos Económicos

El presupuesto es una herramienta de administración utilizada para planear, controlar y coordinar. Es un documento contable que presenta la estimación anticipada de los ingresos y gastos relativos a una determinada actividad u organismo, para cierto período de tiempo; es un instrumento de planificación financiera definiéndolo como la cuantificación del conjunto de gastos a realizar por una entidad en un período determinado, junto con la previsión de ingresos que es preciso obtener para la financiación de aquellos.⁸⁶

El IESS tiene un gasto per-cápita de US\$ 145 para la población que no pertenece al Seguro Social Campesino (US\$14.3) Este es 2,3 veces superior al promedio nacional de US\$ 62 y 4,4 veces al del MSP US\$ 33.

El Hospital Andrade Marín explica el 40% (a nivel global explica casi una cuarta parte del total del gasto de la Dirección Médica) de los gastos correspondientes a los 3 hospitales Nivel III.

No existe en el Hospital un conocimiento a cerca de cuanto dinero esta destinado para el trabajo del Área Quirúrgica, por lo que es matemáticamente imposible conocer si el trabajo que se realiza es eficiente, se debe corregir o seguir por el mismo rumbo, entre otras razones por que la asignación de recursos tiene otra forma de reparto, agravada por el rezago importante entre el momento en que se comunica oficialmente la Ley de Presupuesto, con la fecha en que se inicia la ejecución del gasto (1ero de Enero de cada año).

En promedio en el quinquenio hay un retraso de 6 meses en la aprobación del presupuesto, los años más eficientes fueron 2002 y 2003 que salió el 30 de Abril y mientras en el año 2000 y 2001 fue en agosto y octubre

⁸⁶ Jiménez, J; Manual de Gestión para Jefes de Servicios Clínicos. 2ed. Madrid, Díaz de Santos, 2000. pp. 383-387

respectivamente. Esta inercia financiera ha afectado consuetudinariamente al hospital ya que introduce rigideces para efectuar reasignaciones

Legalmente, mientras no salga la nueva ley se trabaja con las asignaciones del año anterior. Los sistemas de presupuesto y contabilidad son centralizados, salvo excepciones, y no se han modernizado en los últimos 10 años. No existe sistema de costeo en el ámbito hospitalario, ni una relación directa o indirecta, entre la transferencia histórica y el nivel de actividad de los establecimientos.

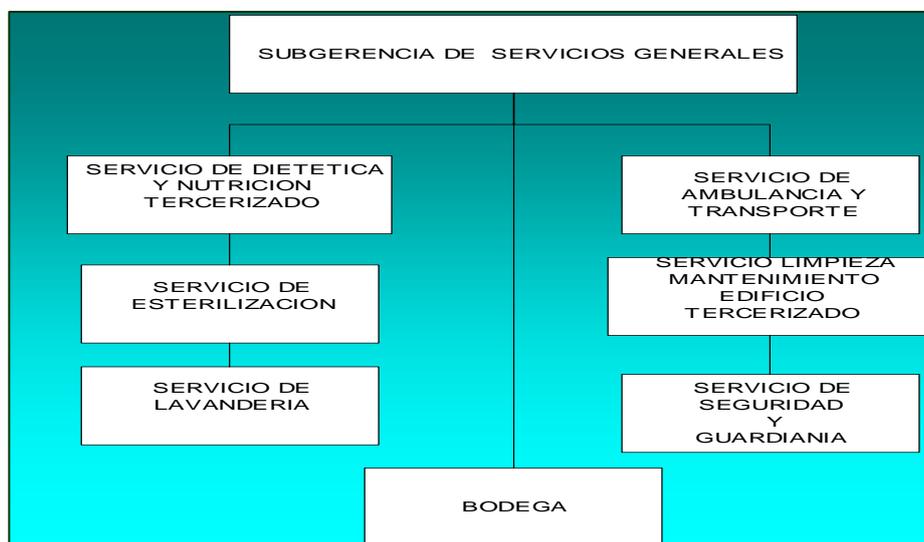
Se realiza un análisis comparativo de las partidas presupuestarias teniendo como fuente la liquidación de Presupuesto de Operaciones del año 2003 del Hospital Carlos Andrade Marín (ver Anexos Tabla No. 1)

CUADRO No. 3.10 Análisis comparativo por partida presupuestaria

ANALISIS COMPARATIVOS POR PARTIDA PRESUPUESTARIA					
PARTIDA	ASIGNACION	RUBRO PARTIDA	% RUBRO GRUPO	% PRESUP. TOTAL	COMENTARIO
51	GASTOS EN PERSONAL	22,087,485.00		47.01%	En esta partida constan todos los rubros de gastos de personal, y constituye el 47,01% del presupuesto total
5102	REMUNERACIONES COMPLEMENTARIAS	9,622,457.00	43.57%	20.48%	Esta partida constituye dentro del rubro gastos de personal el 43,57% y el 20,48% del total del presupuesto
5103	REMUNERACIONES COMPENSATORIAS	2,257,829.00	10.22%	4.81%	Esta partida constituye dentro del rubro gastos de personal el 10,22% y el 4,81% del total del presupuesto
5104	SUBSIDIOS	1,597,718.00	7.23%	3.40%	Esta partida constituye dentro del rubro gastos de personal el 3,40% y el 6,93% del total del presupuesto
5105	REMUNERACIONES TEMPORALES	3,254,100.00	14.73%	6.93%	Esta partida constituye dentro del rubro gastos de personal el 14,73% y el 6,93% del total del presupuesto
5106	APORTES PATRONALES A LA SEGURIDAD SOCIAL	2,248,842.00	10.18%	4.79%	Esta partida constituye dentro del rubro gastos de personal el 10,18% y el 4,79% del total del presupuesto
5107	INDEMNIZACIONES	50,000.00	0.23%	0.11%	Esta partida constituye dentro del rubro gastos de personal el 0,23% y el 0,11% del total del presupuesto
52	PRESTACIONES DE LA SEGURIDAD SOCIAL	3,481,902.00	100.00%	7.41%	
5205	SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD	3,481,902.00	100.00%	7.41%	Esta partida constituye el 7,41% del total del presupuesto y el 100% de Préstamos a la Seguridad Social
53	BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	15,095,906.00	100.00%	32.13%	Este rubro constituye el 32,13% del presupuesto total asignado
5301	SERVICIOS BASICOS	433,079.00	2.87%	0.92%	Esta partida constituye dentro del rubro bienes y servicios de consumo el 2,87% y el 0,92% del total del presupuesto
5302	SERVICIOS GENERALES	733,251.00	4.86%	1.56%	Esta partida constituye dentro del rubro bienes y servicios de consumo el 4,86% y el 1,56% del total del presupuesto
5303	TRASLADOS, INSTALACIONES, VIATIC. Y SUBSIST.	5,502.00	0.04%	0.01%	Esta partida constituye dentro del rubro bienes y servicios de consumo el 0,04% y el 0,01% del total del presupuesto
5304	INSTALACION MANTENIMIENTO Y REPARACION	769,110.00	5.09%	1.64%	Esta partida constituye dentro del rubro bienes y servicios de consumo el 5,09% y el 1,64% del total del presupuesto
5305	ARRENDAMIENTOS DE BIENES	14,256.00	0.09%	0.03%	Esta partida constituye dentro del rubro bienes y servicios de consumo el 0,09% y el 0,03% del total del presupuesto
5306	CONTRATACION DE ESTUDIOS E INVESTIGACION	70,000.00	0.46%	0.15%	Esta partida constituye dentro del rubro bienes y servicios de consumo el 0,46% y el 0,15% del total del presupuesto
5307	GASTOS EN INFORMATICA	179,000.00	1.19%	0.38%	Esta partida constituye dentro del rubro bienes y servicios de consumo el 1,19% y el 0,38% del total del presupuesto
5308	BIENES DE USO Y CONSUMO CORRIENTE	12,891,707.00	85.40%	27.44%	Esta partida constituye en el rubro bienes y servicios de consumo el 85,04% y el 27,44% del total del presupuesto
57	OTROS GASTOS	4,030.00	100.00%	0.01%	
5701	IMPUESTOS TASAS Y CONTRIBUCIONES	4,000.00	99.26%	0.01%	Esta partida constituye dentro del rubro otros gastos el 99,26% y el 0,01% del total del presupuesto
5702	SEGUROS, COSTOS FINANCIEROS Y OTROS GAS	30.00	0.74%	0.00%	Esta partida constituye dentro del rubro otros gastos el 0,74% y menos del 0,01% del total del presupuesto
58	TRANSFERENCIAS CORRIENTES	219,181.00	100.00%	0.47%	
5802	TRANSFERENCIAS SECTOR PRIVADO INTERNO	219,181.00	100.00%	0.47%	
7	GASTOS DE INVERSION	550,000.00	100.00%	1.17%	Este rubro constituye el 1,17% del presupuesto total asignado
75	OBRAS PUBLICAS	550,000.00	100.00%	1.17%	
7501	OBRAS DE INFRAESTRUCTURA	550,000.00		1.17%	
8	GASTOS DE CAPITAL	5,228,169.00	100.00%	11.13%	Este rubro constituye el 11,13% del presupuesto total asignado
84	ACTIVOS DE LARGA DURACION	5,228,169.00	100.00%	11.13%	
8401	BIENES MUEBLES	5,228,169.00			
9	APLICACIÓN DE FINANCIAMIENTO	322,102.00	100.00%	0.69%	Este rubro constituye el 0,69% del presupuesto total asignado
9605	DEUDA FLOTANTE	322,102.00	100.00%	0.69%	
		46,958,775.00		100.00%	
	Indice de eficiencia administrativa	0.53	53%		El índice óptimo es 0% caso contrario indica que está gastando más en sueldos que en gastos de capital, bienes y servicios

Servicios Generales

GRAFICO No 3.8
ORGANIGRAMA DE LA SUBGERENCIA DE SERVICIOS GENERALES



Fuente: RCI-056

Servicios Intermedios

GRAFICO No. 3.9
ORGANIGRAMA DE LA GERENCIA DE AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO



Fuente: RCI- 056

3.5.3 GESTIÓN

Representa el conjunto de elementos que contribuyen a la conducción y direccionamiento de la empresa, los mismos que deben estar asociados a la planificación misma.

Los datos de Producción del quinquenio 1999-2003, fueron recopilados sirviéndose de un instrumento que se manejo hasta el 2002 y que para el último año fue cambiado, razón por la cual se pierden para el análisis datos que ya eran parte de la historia.

Revisando el producto de los servicios intermedios, se puede comentar que los indicadores de laboratorio, radiología y farmacia, se encuadran en la falta de estándares o protocolos, y en ausencia cada agente prestador de servicios crea su propio patrón de atención, explicándose sólo así las marcadas diferencias en la práctica clínica, en condiciones de atención aparentemente similares.

CUADRO No. 3.11

INDICADORES DE LABORATORIO					
AÑO	1999	2000	2001	2002	2003
PROMEDIO EXAMENES POR AFILIADO AÑO	0,9		0,7	0,6	
PROMEDIO EXAMENES POR DIA LABORADO	456,4		337,7	310,1	
DETERMINACIONES POR EXAMEN	6,3		9,4	6,7	
PROMEDIO EXAMENES POR NO. CONST EXT.	5,5		8,6	6,5	
PROMEDIO EXAMENES POR NO. EMERGENCIAS	1,0		1,0	0,9	
PROMEDIO EXAMENES POR EGRESO	1,2		0,9	0,7	

Fuente:Departamento de Estadística IESS

Elaborado:Mencias, Narváez, Varela

El cambio de instrumento de registro de actividades intermedias, excluye la posibilidad de tener los indicadores del laboratorio del año 2003.

CUADRO No. 3.12

INDICADORES DE IMAGENOLÓGÍA					
AÑO	1999	2000	2001	2002	2003
PROMED.EXAM.POR AFILIADO AÑO	0,6	0,5	0,5	0,5	0,6
PROMED.EXAM POR DIA LABORADO	302,2	226,7	231,3	241,9	281,6
PLACAS POR EXAMEN	1,7	1,4	1,5	1,5	1,6
PROMED.EXAM. POR No.CONST.EXT.	2,1	2,8	3,1	2,5	3,0
PROMED.EXAM.POR No. EMERGENCIAS	0,5	0,4	0,4	0,5	0,5
PROMED.EXAMENES POR EGRESO	0,8	0,7	0,8	0,9	1,0

Fuente: Datos de producción del IESS (99- 2003).

Elaborado: Narváez, Varela

CUADRO No. 3.13

INDICADORES DE FARMACIA - RECETAS					
AÑO	1999	2000	2001	2002	2003
PROMED. TOTAL POR AFILIADO AÑO	6.4	4.9	5.3	4.4	6.7
PROMED. POR TOTAL DE CONSULTAS.	3.0	2.9	2.9	2.8	3.1
PROMED. POR CONSULTA EXTERNA	1.3	1.1	1.1	1.5	1.1
PROMED. POR EMERGENCIA	1.8	2.0	2.1	1.9	2.4
PROMED. POR EGRESOS	13.7	15.4	18.4	13.3	23.3
PROMED. POR DIA ESTADA	1.9	2.0	2.4	2.0	2.1

Fuente: Datos de producción del IESS (99- 2003).

Elaborado: Narváez, Varela

Los protocolos de atención no sólo regulan la atención entre el afiliado y el médico, también otros procesos de la atención en salud, lo que los convierte en parámetro regulador del servicio, a más de una base científica para sistematizar la provisión de insumos necesarios para el proceso.

CUADRO 3.14

Fuente: Datos de producción del IESS (99- 2003).

Elaborado: Narváez, Varela

EGRESOS HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN (99 - 03)							
	1999	2000	2001	2002	2003	TOTAL	%
TOTAL	24510	20811	19260	17266	19816	101663	100%
A. QX.	7006	6292	5658	4790	6027	29773	29,34%
A. CLINICA	5314	4823	4807	4073	4971	23988	24%

En el quinquenio 99-03 ingresaron en el hospital, a curar sus dolencias 101.663 afiliados, con un promedio de 20.326 por año, de esos el 29.34% fue responsable el Área Quirúrgica (29.773 afiliados), con 5.954 pacientes de promedio anual.

El Servicio de Cirugía General atendió el 33.61%, explicándose este número por la frecuencia de la patología que atiende, no solamente en el Ecuador sino a nivel mundial, en conjunto con Traumatología (20.78%) atienden el 54.39% de pactes, de los servicios quirúrgicos, ya que a su propia patología suman la frecuencia de agresiones y accidentes de transporte que son las 5ta. Y 6ta. Causas de mortalidad en el Ecuador, ya que estos dos servicios formarían la Unidad de Trauma respondiendo por la atención a los afiliados víctimas de estas patologías. Estos dos servicios ocupan el 51.85 % de camas quirúrgicas.

CUADRO 3.15

HOSPITAL "CAM" EGRESOS CIRUGIA POR SERVICIOS (99-03)							
	1999	2000	2001	2002	2003	PROMEDIO	%
CIRUGIA GENERAL	2266	2107	1850	1725	2058	2001,2	33,61
CIRUGIA CARDIOTORACICA	218	184	180	167	423	234,4	3,94
CIRUGIA REPARADORA	389	299	286	307	367	329,6	5,54
CIRUGIA VASCULAR	508	496	395	344	419	432,4	7,26
NEUROCIRUGIA	508	451	411	319	349	407,6	6,85
OFTALMOLOGIA	498	431	461	268	203	372,2	6,25
OTORRINOLARINGOLOGIA	586	421	415	299	392	422,6	7,10
TRAUMATOLOGIA	1450	1357	1214	987	1180	1237,6	20,78
UROLOGIA	583	546	446	374	636	517	8,68
TOTAL	7006	6292	5658	4790	6027	5954,6	100,00

Fuente: Datos de producción del IESS (99- 2003).

Elaborado: Narváez, Varela

Se exponen a continuación los índices e indicadores de hospitalización del quinquenio

CUADRO 3.16

H "CAM" INDICES E INDICADORES HOSPITALIZACION AÑOS (99-03)					
	1999	2000	2001	2002	2003
- CAMAS DE DOTACION	703.0	-	-	-	-
- CAMAS DISPONIBLES	702.6	682.9	644.0	440.8	527.7
- DIAS ESTADIA TOTAL	177,962.0	159,168.0	148,596.0	115,548.0	-
- DIAS CAMA DISPONIBLES	256,449.0	249,258.5	235,072.0	160,737.0	-
- CAMAS POR 1000 AFILIADOS	1.6	1.5	1.4	1.0	-
- EGRESOS POR 100 AFILIADOS	5.4	4.6	4.3	3.8	-
- No. CONSULTAS POR EGRESO	8.8	9.9	11.8	11.4	-
- PORCENTAJE DE OCUPACION	69.4	63.9	63.2	-	73.4
- PROMEDIO DIARIO CAMA OCUPADA	487.6	436.1	407.1	316.6	-
- PROMEDIO DIAS ESTADIA	7.3	7.6	7.7	6.7	7.1
- RENDIMIENTO CAMA (giro de cama)	34.9	30.5	29.9	39.2	37.6
- INTERVALO DE GIRO	3.2	4.3	4.5	2.6	2.6
- TASA NETA DE MORTALI. X 100 EGRESOS	2.3	2.5	2.5	2.6	2.5
- PARTOS X 100 EGRESOS OBSTETRICOS	76.6	75.9	78.1	79.6	53.3
- CESAREAS X 100 PARTOS - TOTAL	44.5	44.6	45.4	45.9	46.7
- CESAREAS X 100 PARTOS NORMALES	80.1	80.5	83.1	84.8	-
- ABORTOS X 100 GESTANTES INTERN.	13.2	11.6	13.2	13.0	14.1
- CESAREAS X 100 OPERACIONES OBST.	66.9	71.5	72.8	73.0	-
- TASA MORTAL.MATERNA X 1000 N.V.	0.6	0.8	0.6	1.0	-
- TASA MORTAL. INFAN. X 1000 N. VIVOS	1.5	0.8	0.9	0.6	-
- TASA CRUDA DE MORT. X 100 EGR. HOSP.	2.9	3.2	3.0	3.2	3.1
- TASA DE MORT. FETAL TARDIA X 1000 N.V.	12.8	12.3	11.1	8.1	11.6
- INTERV. QUIRURG. X 100 EGRESOS	51.0	48.1	47.1	46.7	-
- PROMEDIO DIAS ESTAD. CLINICA	11.1	11.1	11.0	10.0	-
- PROMEDIO DIAS ESTAD. CIRUGIA	11.1	11.2	11.3	9.9	-
- PROMEDIO DIAS ESTAD. PEDIATRIA	9.3	10.5	8.7	9.9	-
- PROMEDIO DIAS ESTAD. GINECOLOGIA	4.5	3.5	4.0	3.3	-
- PROMEDIO DIAS ESTAD. OBSTETRICIA	2.5	2.8	2.6	2.2	-

Fuente: Datos de producción del IESS (99- 2003).

Elaborado: Narváez, Varela

CUADRO No. 3.17 PRODUCCION, RENDIMIENTO Y COSTOS

Establecimiento : HCAM									
Período : 01-2003 al 12-2003									
Cuadro #1. Producción, Rendimientos y Costos									
Servicios	Unidad de producción	Volumen de producción	Costo		Índice ocupacional	Estancia promedio	Índice rotación	Interv. Sustituc	Dotación de camas
			Servicio	Unitario					
HOSP.CIRUGIA GENERAL	EGRESO	2,064.00	907,688.64	439.77	95.26	7.08	49.14	0.35	42.00
	D-C-O	14,604.00		62.15					
HOSP. OFTALMOLOGIA	EGRESO	204.00	220,768.92	1,082.20	43.84	7.06	22.67	9.04	9.00
	D-C-O	1,440.00		153.31					
HOSP. O.R.L.	EGRESO	396.00	227,314.32	574.03	63.29	7.00	33.00	4.06	12.00
	D-C-O	2,772.00		82.00					
HOSP. TRAUMATOLOGIA	EGRESO	1,176.00	821,275.56	698.36	34.33	7.46	16.80	14.27	70.00
	D-C-O	8,772.00		93.62					
HOSP. UROLOGIA	EGRESO	636.00	363,709.68	571.87	72.72	7.09	37.41	2.66	17.00
	D-C-O	4,512.00		80.61					
HOSP. NEUROCIRUGIA	EGRESO	348.00	365,139.24	1,049.25	45.15	7.10	23.20	8.63	15.00
	D-C-O	2,472.00		147.71					
HOSP. CIRUGIA CARDIO	EGRESO	420.00	330,905.52	787.87	39.14	7.14	20.00	11.11	21.00
	D-C-O	3,000.00		110.30					
HOSP. CIR VASCULAR	EGRESO	420.00	308,343.48	734.15	73.82	7.06	38.18	2.50	11.00
	D-C-O	2,964.00		104.03					
HOSP. CIR. PLASTICA	EGRESO	372.00	319,713.72	859.45	37.55	7.00	19.58	11.64	19.00
	D-C-O	2,604.00		122.78					
Subtotal	EGRESO	6,036.00	3,864,859.08	640.30	54.72	7.15	27.94	5.91	216.00
	D-C-O	43,140.00		89.59					
CONS.CIRUGIA GENERAL	CONSUL	3,084.00	121,268.40	39.32					
CONS. OFTALMOLOGIA	CONSUL	10,896.00	244,784.04	22.47					
CONS. O.R.L.	CONSUL	6,576.00	165,815.88	25.22					
CONS. TRAUMATOLOGIA	CONSUL	10,176.00	215,664.84	21.19					
CONS. UROLOGIA	CONSUL	11,892.00	214,306.68	18.02					
CONS. NEUROCIRUGIA	CONSUL	1,908.00	100,042.56	52.43					
CONS. CIR. CARDIOTOR	CONSUL	2,664.00	112,077.24	42.07					
CONS. CIR. VASCULAR	CONSUL	5,604.00	158,962.68	28.37					
CONS. CIR. PLASTICA	CONSUL	3,456.00	120,879.60	34.98					
CONS. PROCTOLOGIA	CONSUL	2,460.00	111,733.32	45.42					
Total			3,976,592.40						
Apoyo									
QUIROFANO	ACTO Q	6,969.60	0.00	0.00					
LAB. CLINICO	EXAMEN	36,291.84	0.00	0.00					
RAYOS X	PLACAS	31,032.84	0.00	4.76					
	\$Produc.		147,724.68	4.76					

Fuente : WINSIG

Elaborado: Narváez , Varela.

En el año 1999 el hospital emprende un proceso de mantenimiento de su planta física que al momento ha tenido una ejecución del 50%, y que todo lo que falta por ejecutarse, tendrá a futuro también una repercusión importante sobre el trabajo diario como ha sido desde el inicio de este programa.

La dotación de camas del H CAM llego un momento a ser del 60% (440) y esta merma de camas disponibles en condiciones de uso ha afectado en forma importante al desenvolvimiento de la actividad diaria ya que la razón de cama por 1000 afiliados disminuyo de 1.5 a 0.9 probablemente en el momento mas crítico de la economía ecuatoriana, sin que los afiliados puedan ejercer su derecho a la salud, con dignidad.

Este mantenimiento hospitalario ha tenido mas detractores que defensores, ya que por absoluta y total falta de información a propios y extraños les parece una sinrazón realizar este gasto cuando no es pretérita la falta de medicamentos, insumos y confort en general.

La tasa de mortalidad general hospitalaria se mantiene en 2.5 por 100 pctes. en el transcurso del quinquenio, la mortalidad del Área Quirúrgica en el mismo periodo se mantiene igualmente en 2.5.

El promedio de días estada en el H CAM se mantiene en el quinquenio en forma estable 7 días, como valor general del hospital, pero en el Área quirúrgica el promedio es de 11 días. Los promedios de estancia constituyen factores críticos de costo y se los conseguirá mejorar cuando se imponga como cultura hospitalaria los protocolos por enfermedad.

El grado de uso de las camas hospitalarias tiene un promedio de 67% en el quinquenio; con una variación entre 63 y 73%; al centrarse en los valores del Área Quirúrgica está entre 69 y 77%. El giro de cama del área quirúrgica tiene una fluctuación entre 23 y 14 en el quinquenio, y el intervalo de giro varia entre 5.1 y 3.6 en el mismo periodo.

CONSULTA EXTERNA

En la Consulta Externa del H."CAM", se han atendido a lo largo del quinquenio

1999- 2003 (863.222 pacientes), 163.200 primeras consultas y 700022 subsecuentes. De estas atenciones el 28.5 % (246.594 afiliados) corresponden al Área Quirúrgica.

El promedio anual de atención en este quinquenio es de 50.000 consultas, resaltando que los años 2001 y 2003, son los de mayor actividad en general, ya que son los únicos años en que no se registraron paro de actividades, que han afectado por meses a la seguridad social.....

CUADRO 3.18

CONSULTA EXTERNA PRIMERAS Y SUBSECUENTES H "CAM" (1999 - 2003)					
	PRIMERAS	SUBSECUENTES	Promedio Primeras	Promedio subsecuentes	%
TOTAL	163200	700022	32640	140004.4	100%
A. CLÍNICA	77530	330523	15506	66104.58	47.5%
QUIRÚRGICA	46853.05	199741.95	9370.61	39948	28.5%

Fuente: Datos de producción del IESS (99- 2003).

Elaborado: Mencías, Narváez, Varela

En el Hospital "CAM", se mantiene consultas subsecuentes, a razón de 4.2 visitas por paciente, resaltando que no existe en esta fuente de datos, registro del paciente crónico, lo que produce sesgo en este análisis

CUADRO 3.19

CONSULTA POR ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS (99 - 03)						
ESPECIALIDADES	2003	2002	2001	2000	1999	PROMEDIO
- OFTALMOLOGÍA	10899	7539	10462	10822	8096	9563.6
- OTORRINOLARINGOLOGÍA	6573	5329	8708	6861	8514	7197
- NEUROCIRUGÍA	1918	1488	1679	1422	1246	1550.6
- UROLOGÍA	11902	7086	7285	7103	7989	8273
- TRAUMATOLOGÍA	10184	8388	9345	7581	9141	8927.8
- PROCTOLOGÍA		1833	2631	2371	2183	2254.5
- CIRUGÍA REPARADORA	3450	2236	2884	2154	3310	2806.8
- CIRUGÍA TORÁXICO	2674	1734	2070	1962	2267	2141.4
- CIRUGÍA VASCULAR	5602	3274	4372	4462	4669	4475.8
- CIRUGÍA GENERAL	3088	2331	2586	2250	2642	2579.4
TOTAL	56290	41238	52022	46988	50057	49319

Fuente: Datos de producción del IESS (99- 2003).

Elaborado: Narváez, Varela

Inverso a lo que sucede en Hospitalización, el servicio de Cirugía General atiende el 5.2 % de pacientes del total de Consultas, ratificando el criterio que los pacientes de este servicio provienen de Emergencia por el tipo de patología y por formar parte de la Unidad de Trauma, razón justificada por demás para que se mantengan cinco Médicos Cirujanos Especialistas para las emergencias.

En la Consulta Externa el Servicio de Oftalmología, con el 19.4% de pacientes de la totalidad, es el que más afiliados atiende, Traumatología el 18.1%, Urología 16.77%, Otorrinolaringología 14.5%, Cirugía Vascul ar el 9%, C. Reparadora 5.6%, Proctología 4.5%, Cirugía Cardiotorácica 4.3%, y Neurocirugía el 3.1%.

El tipo de patología que atiende cada servicio y que por tanto soluciona quirúrgicamente, manifiesta las diferencias que en número pueden explicarse con dificultad, además por Ley la responsabilidad de la atención del paciente, la tiene el Médico Especialista, ya que la existencia de Médicos Residentes en cada servicio es la Docencia, el hospital como Nivel III que es, tiene bajo una de sus mayores responsabilidades la formación de profesionales para el futuro.

Desde el año 2003 la C. Externa de Proctología está incluida, para el reporte de producción, en el Servicio de Cirugía General, como nueva forma de registro en el cambio de instrumento de información, adoptado ese año, y que ya se ha comentado

SERVICIO DE URGENCIAS EN RELACIÓN AL ÁREA QUIRÚRGICA

CUADRO No 3.20

TRANSFERENCIAS DE URGENCIAS							
	1999	2000	2001	2002	2003	Promedio 99-03	
	NUMERO	NUMERO	NUMERO	NUMERO	NUMERO	NUMERO	%
- HOSPITALIZACION	6200	3625	7525	6925	10868	7028,6	14,1
- OTRO HOSPITAL	126	70	62	85	0	68,6	0,1
- OBSERVA. HOSPIT.	7682	5794	7623	6392	6526	6803,4	13,6
- CONSULTA EXTER.	6397	4072	3362	4660	7534	5205	10,3
- DOMICILIO	34162	36073	28039	29164	27156	30918,8	61,9
TOTAL	54567	49634	46611	47226	52084	50024,4	100,0

Fuente: Datos de producción del IESS (99- 2003).

Elaborado: Mencías, Narváez, Varela

Puede concluirse, al revisar las estadísticas del Servicio de Urgencias, el 61.9% de pacientes son transferidos al domicilio, (60-65), y el 10.3% a la Consulta Externa (10-15), y el 14.1% ingresan a las unidades de hospitalización, algunos de ellos pasando previamente por quirófano. (10 -20)⁸⁷

Los valores citados entre paréntesis, son según Cuervo J, estándares internacionales de resolución de urgencias, de un hospital general estándar, y admiten lógicamente, grandes variaciones.

QUIRÓFANO

En los cinco años que se evalúan, hay una variación de entre 51 (1999) y 46 (2002) intervenciones quirúrgicas de cada 100 pactes. que egresan del H. "CAM", valor que va en baja desde el año 1999. Se han visto 242.339 pactes en la Consulta Externa de los servicios quirúrgicos y se han realizado un total de 33.187 intervenciones quirúrgicas en los cinco años. Toda esta producción quirúrgica ha sido realizada por 74 médicos del Área quirúrgica del H "CAM (29%) de los 255 que conforman la plantilla total de médicos especialistas del hospital.

CUADRO No. 3.21

CIRUGIAS REALIZADAS POR ESPECIALIDADES AÑO 2003													
ESPECIALIDAD	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
CARDIOTORX	19	18	15	19	16	15	25	11	21	23	19	19	220
CIRUG GRAL	62	60	60	43	68	74	86	81	65	82	65	57	803
PROCTOLOG	13	4	10	6	8	8	0	10	6	13	12	14	104
CIRG. PEDIAT,	6	6	4	5	6	5	2	2	4	5	1	2	48
CIR. PLASTICA	0	51	46	50	51	52	48	49	53	47	32	40	519
CIRG VASCULAR	25	18	18	19	22	24	24	23	27	30	20	21	271
GINECOLOGIA	25	29	29	35	29	28	29	19	31	31	30	22	337
NEUROCIORG	11	12	11	11	15	12	10	13	11	12	13	14	145
OFTALMOLOG	73	70	48	84	83	69	50	40	63	74	62	59	775
O.R.L.	35	32	25	34	38	32	27	17	22	32	30	24	348
TRAUMATOL	96	90	116	92	88	105	110	71	114	104	93	116	1195
UROLOGIA	23	20	32	41	31	41	40	46	44	38	36	37	429
TOTAL	388	410	414	439	455	465	451	382	461	491	413	425	5194
PROGRAMADAS	519	471	487	520	519	529	515	414	507	560	479	487	6007
SUSPENDIDAS	131	61	73	81	64	64	64	32	46	69	66	62	813
REALIZADAS	388	410	414	439	455	465	451	382	461	491	413	425	5194
EMERGENCIAS	184	131	199	187	199	197	224	193	198	218	214	171	2315
TOTAL REALIZAD	572	541	613	626	654	662	675	575	659	709	627	596	7509

Fuente: Datos de producción del IESS (99- 2003).

Elaborado: Narváez, Varela

⁸⁷ Cuervo, J, Varela, J. Belenes, R Nuevos instrumentos y tendencias en gestión de hospitales

Para ejemplo de un año de trabajo se expone la producción de Sala de Operaciones del año 2003, se debe precisar que el proceso de mantenimiento del hospital ha afectado notoriamente el desenvolvimiento normal de quirófano, ya que al momento las salas de operaciones que corresponden a la atención obstétrica, se encuentran en las dependencias quirúrgicas generales.

El servicio de Traumatología realizó el 23% de intervenciones quirúrgicas (1195), Cirugía General 15.46% (803), Oftalmología 14.92 % (775) , Cirugía Plástica 9.9% (519), Urología 8.25 % (429), Otorrinolaringología 6.7% (348), Ginecología 6.48% (337), Cir. Vasculat 5.21 % (271), Cir. Cardiotorácica 4.23% (220), Neurocirugía 2.7% (145), Proctología 2% (104), Cirugía Pediátrica 0.92% (48).

El horario de quirófano se ha repartido de acuerdo a la frecuencia de la patología a tratarse, que es además directamente proporcional al número de médicos de cada servicio, el mismo que está afectado desde el mes de septiembre del 2002, en que entró a mantenimiento el área física de Sala de Partos.

En el trabajo diario, se nota la dificultad que representa la falta de procesos para el trabajo quirúrgico, ya que el desenvolvimiento de la jornada diaria se ve afectada desde la ausencia de un ascensor exclusivo para esta dependencia, y además en los que se utiliza, no existe ascensorista, con lo cual el paciente que es transportado hacia o desde Sala de Operaciones, puede tener que esperar el movimiento normal de un ascensor congestionado, y con largas horas pico.

No es infrecuente que luego de toda esa dificultad para llegar a la Sala de Operaciones, el paciente emprenda un similar viaje de regreso a su habitación, sin haber sido operado, ya que lastimosamente en el año 2003, que sirve de ejemplo en este estudio, se han suspendido el 13.5% (813) de cirugías programadas, y con pesar, muchos de estos pacientes, pasaron el trámite de ingreso hospitalario, fueron preparados acorde a la patología a operarse, pasaron la visita preanestésica ocuparon una cama la noche previa y terminaron

suspendidos en el mejor de los casos para la misma semana, sino para el siguiente mes..... lo que es peor, su preparación psicológica y anímica, probablemente nunca pueda ser la misma.

De la experiencia diaria, y de las entrevistas con muchos colegas, probablemente los peores problemas del quirófano son: la larga espera de cambio de paciente entre cirugía y cirugía, que por motivos insospechados, puede ser de hasta una hora y la falta de insumos quirúrgicos (suturas, catéteres, sondas).

Es preocupante la pérdida de motivación que esto conlleva al personal médico, ya que la razón de ser de su quehacer médico, encuentra dificultades para su expresión.

CUADRO No. 3.22

INTERVENCIONES QUIRURGICAS DE EMERGENCIA POR ESPECIALIDAD AÑO 2003													
ESPECIALIDAD	Ene	Feb	Mar	Abril	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct.	Nov.	Dic.	TOT
CIRUG. GRAL	93	74	110	103	106	103	121	104	102	121	117	97	1251
TRAUMATOL	31	16	31	41	38	31	39	31	20	25	30	22	355
NEOROCIRUG	21	16	24	4	14	14	17	16	22	21	19	28	216
CIRUG PLASTIC	14	5	13	18	20	25	22	19	5	26	19	7	193
OFTAL,MOLOG	14	5	4	5	3	7	4	10	9	6	9	3	79
UROLOGIA	5	6	7	8	7	2	3	2	9	6	6	6	67
CIRUG VASCUL	3	3	4	2	5	9	6	3	4	6	6	2	53
CIRUG. PEDIAT	0	1	0	1	1	2	1	1	25	1	1	1	35
CARDIOTORAX	2	1	3	2	1	3	8	5	1	1	3	3	33
ORL	0	2	3	3	4	1	3	1	0	3	2	1	23
GINECOL.	1	2	0	0	0	0	0	1	0	2	2	1	9
PROCTOL	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
TOTAL	184	131	199	187	199	197	224	193	198	218	214	171	2315

Fuente: Datos de producción del IESS (99- 2003).

Elaborado: Narváez, Varela

En relación a las Intervenciones Quirúrgicas de Emergencia, el 54% (1251) fueron realizadas por el Servicio de Cirugía General, Traumatología 15.3% (355), por las razones que ya se han comentado, Neurocirugía 9.3% (216), Cirugía Plástica 3.4% (193).

Si las cirugías de emergencia son 2315, corresponde al 44.57 % del total de cirugías electivas realizadas, se puede concluir que el afiliado está totalmente respaldado en la atención de la patología quirúrgica de emergencia, su Hospital Nivel III responde bien.

CUADRO No. 3.23

NÚMERO DE CIRUGIAS SUSPENDIDAS POR ESPECIALIDADES POR MES - AÑO 2003													
ESPECIALIDAD	Ene.	Febr	Mar	Abril	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Octu	Nov	Dic	TOTAL
TRAUMATOLOG	31	16	25	25	28	19	15	7	8	12	20	16	222
OFTALMOLOGIA	21	13	11	15	13	11	7	8	6	8	4	8	125
CIRUG. PLAST.	18	9	9	8	6	9	6	3	4	7	19	12	110
CIRUG GRAL	9	4	5	6	3	4	7	6	6	8	8	4	70
UROLOGIA	9	5	6	3	3	3	7	3	9	9	0	11	68
CIRUG. VASC.	10	5	2	6	2	4	7	2	2	2	6	3	51
O.R.L.	9	1	8	10	2	1	2	0	0	9	4	2	48
GINECOLOGIA	9	5	2	6	1	2	3	1	0	6	2	1	38
CARDIOTORAX	4	0	0	0	2	5	6	2	4	3	1	2	29
NEUROCIRUGIA	7	3	2	2	3	2	3	0	2	2	1	3	30
CIRUGIA PEDIT.	2	0	3	0	1	1	1	0	5	1	1	0	15
PROCTOLOGIA	2	0	0	0	0	3	0	0	0	2	0	0	7
TOTAL	131	61	73	81	64	64	64	32	46	69	66	62	813

Fuente: Datos de producción del IESS (99- 2003).

Elaborado: Narváez, Varela

Si el que se presenta es el cuadro de cirugías suspendidas el año 2003, y se lo compara con las causas de suspensión de las mismas, se puede concluir que la “prolongación”, está comentada en forma precisa en líneas anteriores, en el lento cambio de pacientes y espera por el insumo preciso, llega a tener tal peso que representa 31% (222) de las causas de suspensión.

La condición clínica del paciente provoca suspensión el 18% (153), y la ausencia es 21.6% (176), se explicaría, porque no se puede operar a un paciente de por Ej. Válvulas cardiaca de una semana para otra, siempre se deberá tener una lista de espera lógica, que permita al paciente organizar su ausencia en el trabajo, en el hogar y preparar su examen clínico preoperatorio.

CUADRO No. 3.24

RESUMEN ANUAL DE CAUSAS DE SUSPENSIÓN DE CIRUGIAS AÑO 2003													
ESPECIALIDAD	Enero	Febre	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septie	Octub	Novie	Diciem	TOTAL
PROLONGACION	28	14	33	24	14	28	10	8	19	17	27	30	252
AUSEN O NEGATIVA	24	13	17	16	25	11	10	6	9	15	15	15	176
CONDICION CLINICA (PISO)	16	17	7	21	9	14	18	9	12	14	6	10	153
FALTA ROPA INST. PERSO	22	6	1	8	1	3	0	2	1	3	4	1	52
PACIENTE ALIMENTADO	0	4	0	6	2	4	17	0	1	0	0	0	34
SUSPENDE CIRUJANO	11	2	6	1	2	3	4	5	1	6	12	3	56
EMERGENCIA	10	1	4	2	2	0	4	1	0	0	1	1	26
SALA CONTAMINADA	0	1	0	0	0	1	0	1	0	12	0	0	15
INTENSIF. DAÑADO	0	0	4	2	5	0	0	0	0	0	1	0	12
SUSPENDE ANESTESIOLOGO	8	3	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	16
OPERADO ANTERIORMENTE	7	0	0	0	3	0	1	0	2	1	0	0	14
OTRAS	5	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	6
PERSONAL DE ENFERMERIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
TOTAL	131	61	73	81	64	64	64	32	46	69	66	62	813

Fuente: Datos de producción del IESS (99- 2003).

Elaborado: Narváez, Varela

Será el hospital que deberá definir el tipo y volumen de producción de servicios que serán responsabilidad del Área Quirúrgica, para esto es importante la relación de la red de servicios, quien determinara las características cualitativas y cuantitativas de la oferta de servicio, solo así se podrá eliminar mas del 50% de su demanda de cirugías que pueden ser realizadas en otros niveles a un costo económico y social mucho menor.

Cabe resaltar, que de todas maneras, este proceso sería a largo plazo, una vez tomada la decisión y teniendo el respaldo económico y fundamentalmente político, especialmente para la atención de enfermedades de resolución quirúrgica ya que no existe en el área de influencia, para el gran porcentaje de afiliados de la Ciudad de Quito, un hospital Nivel II, que pueda absorber las cirugías de menor complejidad.

El efecto posible a lograrse con esta medida es un mejor uso de recursos, ajustado a las características de los servicios, y una mejor calidad de atención, por la reducción de los periodos de espera en los hospitales de nivel III, al disminuir el financiamiento para atender al 50% de la producción se podrá atender a otros niveles del sistema a un costo menor, logrando mayor producción y productividad y aplicación racional de recursos.

Respecto de la población del IESS que se atiende en el MSP, no existe información actualmente disponible que permita cuantificar este subsidio cruzado del estado a la seguridad social.

La gerencia del hospital debe buscar en el análisis económico y financiero y en las opciones de costo-beneficio la ruta que genere una mejor economía de recursos para alcanzar las metas con equidad, efectividad y satisfacción del cliente

JUSTIFICACIÓN METODOLOGICA

En todos los sectores de la economía se han definido unos estándares que permiten comparar una situación determinada con una que se ha definido como teóricamente aceptable y se trata de adecuar la situación propia a la del estándar, se ha utilizado en este caso, este cálculo de demanda para tener un elemento de comparación respecto a la Encuesta de Condiciones de Vida, aceptando, ante la carencia de otro tipo de documento, que representa las características promedio de una actividad, confiando en los criterios establecidos por los técnicos del INEC, aceptando de antemano sus limitaciones y eventuales potencialidades.

Además se han utilizado los estándares de gestión, para medir el grado de aprovechamiento o rendimiento de un recurso, tratando de responder la pregunta ¿Los recursos son adecuadamente productivos? Se utilizan mucho más la estancia media, índice de ocupación, índice de rotación, sobre los que se han definido estándares con los cuales comparar de acuerdo con la clasificación de hospitales.

CAPITULO 4

MODELO DE GERENCIA HOSPITALARIA: AREA QUIRÚRGICA

4.1 INTRODUCCIÓN

La OMS define al hospital como “.....parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico-sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios llegan hasta el ámbito familiar. El hospital es también un centro de formación de personal sanitario y de investigación”⁸⁸. Con la universalización del derecho a la asistencia, se ha transformado en una empresa pública, o al menos de interés público, que además de la eficacia, efectividad y calidad debe cuidar específicamente de la eficiencia y la equidad.

Todas las organizaciones tienen un objeto social definido, lo que significa cumplir una o varias funciones, y uno de los principales obstáculos que enfrentan en general las del sector salud, para el logro de sus objetivos, es la ausencia de métodos, procesos y procedimientos documentados y actualizados, y este problema no le es ajeno al Hospital “CAM”, es por esto que los procesos vitales, deben estar definidos para poder cumplir a cabalidad con los objetivos, ya que se reflejan en la estructura del hospital, asignando a las áreas responsables la jerarquía y funciones que corresponden.

Un modelo de gestión es una forma de definir prioridades y tomar decisiones. La herramienta es una prolongación de las manos o los sentidos, mientras que el modelo es una prolongación de la mente.⁸⁹

⁸⁸ Asenjo, M. Las claves de la gestión hospitalaria. Barcelona, Editorial Gestión 2000, 1999. pp 35

⁸⁹ Tobar F; Modelos de gestión; La encrucijada de la reconversión; Año V (No. 8. Agosto); 1999; pp: 6–14.

Se sugiere un modelo de gestión por procesos que respondiendo a los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad e imparcialidad, se ocupe de diseñarlos, medirlos con precisión, controlarlos y velar para que todos los actores se impliquen, especialmente el profesional médico, el imponerlo por procedimientos burocráticos, será la causa de su fracaso. Al entenderlo, es desafío que exige romper con las reglas del pasado como las jerarquías rígidas, visiones restringidas y tareas individuales.

Gestionar es decidir, y por tanto arriesgar, y consiste en conseguir objetivos, generalmente a través de otros, y responsabilizarse de lo que otros han hecho, este riesgo será menor si previamente se ha planificado. En un hospital se gestiona la salud de las personas, las interrelaciones personales, los intereses de varios colectivos: enfermos, profesionales de la salud, administradores y directivos, propietarios (en los servicios públicos es político, en privado los accionistas), la necesidad de objetivar dichos intereses, un gran colectivo de personal empleado, un gran volumen de recursos económicos.

Para el área quirúrgica proponer un nuevo modelo, es la posibilidad de introducir como característica principal la flexibilidad, que adopte como centro neurálgico al afiliado, ya que no se puede concebir modelos de trabajo con estructura rígida, ni funciones inalterables en el tiempo. Lejos de este planteamiento la autosuficiencia; ya que la cooperación, la complementariedad, la interrelación, permiten construir formas fluidas de trabajo, ya no es factible pensar en organizaciones que para alcanzar sus fines, no se articulen en redes internas y externas.

Al descentralizar la toma de decisiones, otorgándole estas al área quirúrgica –en este caso- se crean centros de responsabilidad periféricos, con lo que se conseguirá mejorar los sistemas de presupuestación y planificación de objetivos.

En el Área Quirúrgica, en el entorno sanitario actual, con la dificultad de establecer predicciones a mediano y largo plazo sobre el crecimiento de la demanda de servicios quirúrgicos, con la evolución del mercado y la

competencia, y con el alto nivel de exigencia de mejores resultados y mayor calidad de servicios que demanda el afiliado, podrá enfrentar el futuro con un modelo que incorpore los procesos de planificación, organización, gestión y evaluación propuestos.

4.2 PLANIFICACIÓN

La Planificación concebida como la previsión anticipada de un acontecimiento, relaciona el futuro con las decisiones actuales para conseguir los objetivos; es un proceso mental que termina en la toma de decisiones.

Es indispensable que quien participe en la planificación, se comprometa con los resultados de la misma, llevando al A. Quirúrgica desde la situación actual analizada en el capítulo anterior, a un escenario promisorio, asumiendo totalmente la imposibilidad de conocer todas las consecuencias del futuro. Es preciso contar con el diagnóstico de situación, aunque enriquecido y dinamizado por la permanente información, que al actualizar el análisis, mejora forzosamente el escenario, para todo esto se elige la Planificación Estratégica.

La planificación estratégica es un proceso mediante el cual el hospital analiza su entorno interno y externo, se pregunta por su razón de ser y expresa su finalidad, metas, objetivos y estrategias para alcanzar el bienestar y la salud de su población, para que en general y en el Área Quirúrgica en particular, se tomen decisiones que produzcan resultados útiles para la población afiliada a futuro.

Partiendo del conocimiento de la Oferta de Servicios Quirúrgicos y la Demanda de los afiliados, se aprecia que la **demanda de servicios del Área Quirúrgica**, como se anotó en el capítulo 3, corresponde al 7% del área de influencia del HCAM que son 30.050 afiliados; de los cuales, la **demanda Insatisfecha** es el **49% (14.724 afiliados)**, ya que el **51% (15.325)** es la **demanda satisfecha** en los servicios quirúrgicos, se excluyen consultas subsecuentes y urgencias quirúrgicas, porque ya están considerados en los egresos de Hospitalización.

GRAFICO 4.1

OFERTA vs. DEMANDA ÁREA QUIRÚRGICA	
NECESIDAD Y DEMANDA	OFERTA
<p>DEMOGRAFÍA: Estructura de edad: 0 - 100 años Zonal I: 450.000 afiliados Sexo: Femenino 44% Masculino 56%</p>	<p>ORGANIZACIÓN: Hospital Nivel III</p>
<p>CRECIMIENTO: Mortalidad: 3.1% Crecimiento anual: 2.1% Mortalidad: 3.1%</p>	<p>REGLAMENTO: R.C.I.: 0.56</p>
<p>CONDICIÓN DE SALUD</p> <p><i>Morbilidad Hosp:</i> Enf. Ap. Digestivo: 13.98% Causas obst. Directas: 12.44% Parto normal: 9.74%</p> <p><i>Morbilidad ambulatoria:</i> Enf. Hipertensiva: 10.71% Enf. S.N.C.: 8.56% Enf. Gen masculinos: 4.43%</p> <p><i>Mortalidad:</i> Enf. Ap. Digestivo: 13.26% E.C.V: 11.01% Enf. Ap. Respiratorio: 10.07%</p>	<p>RECURSOS:</p> <p><i>Físicos:</i> 50.000 m² de construcción 11 especialidades quirúrgicas C.Ext: 30 consultorios Dotación: 216 camas Quirófanos: 8 Unidad de quemados</p> <p><i>Económicos:</i> 49'</p> <p><i>RRHH:</i> MD Esp.:74 MD R : 47 IR: 16 Enfermeras: 90 Aux. Enf: 82</p> <p><i>Informático:</i> AS/400 WINSIG</p>
<p>DEMANDA EFECTIVA: Atendida: 15.325 (51%) Insatisfecha: 14.724 (49%)</p>	

GRAFICO No. 4.1

La estructura demográfica de la demanda corresponde al segmento geográfico de la Zonal 1 de la división del IESS, que cuenta con 450.000 afiliados de los cuales el 56% son mujeres y 44% hombres, con edad comprendida desde el RN hasta el jubilado, la tasa de crecimiento anual de los afiliados es de 1.4%, la tasa de neta de mortalidad en el IESS es de 2.5%, comparte las causas y tasas de morbimortalidad del país en general.

El Hospital Carlos Andrade Marín, que por su complejidad corresponde a un Nivel III, cuya Organización se encuentra definida en la RCI O56, cuenta con 216 camas de hospitalización del Área Quirúrgica, en donde funcionan 11 especialidades, tiene 30 Consultorios para atención de Consulta Externa, además 8 quirófanos. En el RRHH se cuenta con 74 médicos especialistas, 47 MD residentes, 16 Internos Rotativos, 90 enfermeras y 82 auxiliares de enfermería. El presupuesto total del hospital es de 49' de dólares, y se maneja con un sistema de información AS/400 y además se han realizado trabajos de aplicación del sistema WINSIG de OPS-OMS que se expondrán.

La demanda atendida es de 15.325 afiliados, y la demanda insatisfecha 14.724.

En materia de Planificación en el Área Quirúrgica del HCAM, se propone desarrollar los siguientes pasos, con la participación de 9 Jefes de Servicio, de 11 especialidades quirúrgicas:

1. Análisis interno: Fortalezas y debilidades
2. Análisis externo: Oportunidades y Amenazas
3. Construcción de la Matriz FODA
4. Líneas estratégicas
5. Visión
6. Misión

Cuadro No. 4.1
ANÁLISIS INTERNO

RESUMEN DEL ANÁLISIS INTERNO	
FORTALEZAS	
1	11 especialidades quirúrgicas a disposición del afiliado
2	216 camas de dotación en el área quirúrgica
3	7 quirófanos disponibles 12h y 1 quirófano para emergencias 24h.
4	Cirugía de alta complejidad - Ej. Transplante renal, cirugía de corazón abierto.
5	Servicio de Calidad y a bajo costo
6	Instalaciones apropiadas para prestación de servicios
7	Recursos económicos
8	Alto Nivel de especialidad del talento humano
9	Experiencia técnica del recurso humano
10	Estabilidad laboral

DEBILIDADES	
1	Enfoque administrativo: calidad total, reingeniería, procesos
2	Estructura organizativa apropiada (flexible, no burocrática)
3	Investigación del mercado y evaluación de costos
4	Equipos y Tecnología obsoleta
5	Sistema de controles internos y auditoría
6	Establecimiento de protocolos de atención
7	Presupuesto por servicio
8	Uso de indicadores de productividad
9	Motivación: puntos críticos de contacto con el afiliado
10	Clima y cultura organizativas estimulantes

Fuente: Equipo HCAM

Elaboración: Narváez- Varela

El análisis estratégico de fortalezas y debilidades tiene como marco de fondo la posibilidad de poder prestar servicios en 11 especialidades quirúrgicas, contando con 216 camas de dotación del área, aprovechando la experiencia técnica, el nivel académico y la estabilidad laboral del recurso humano, logrando ofrecer atención de calidad y a bajo costo, incluyendo las cirugías de alta complejidad, en un espacio físico apropiado, con recursos económicos a disposición y listos para administrarlos con transparencia, con los que se puede reforzar los aspectos que limitan el cumplimiento de la misión, con la oportunidad de realizar un enfoque administrativo basado en los procesos, que permita una estructura apropiada de la organización, con indicadores de productividad, que con sistemas de control interno y auditorías científicas pueda entrar en una etapa de investigación de mercados y evaluación de costos que precise la cifra real necesaria para la actualización tecnológica frente al sector así como el presupuesto definitivo del área.

En la posibilidad de actuar sobre el clima de la organización se puede encontrar la manera de motivar para que los puntos críticos de contacto con el afiliado, se conviertan en oportunidades de cambio favorable a la misión.

CUADRO No. 4.2 ANÁLISIS EXTERNO

RESUMEN DEL ANÁLISIS EXTERNO	
OPORTUNIDADES	
1	Ley de Seguridad Social
2	Descentralización
3	Mayor nivel de educación del afiliado
4	Vulnerabilidad de nuestros competidores a la estrategia competitiva
5	Mayor participación comunitaria
6	Red de atención médica del IESS
7	Sistema de Información Gerencial del "HCAM"
8	Auge de medicina ambulatoria
9	Nivel de tecnología disponible en el mercado
10	Flexibilidad de Procesos
AMENAZAS	
1	Altos índices de violencia
2	Distribución del ingreso
3	Aparición de nuevas patologías
4	Inflación
5	Tasa de desempleo
6	Migración de los afiliados
7	Falta de funcionamiento de Red Informática del IESS
8	Competencia exitosa
9	Reforma al Sistema de Seguridad Social
10	Oferta de servicios a más bajo costo y mejor calidad

Fuente: Equipo HCAM

Elaboración: Narváez- Varela

En las estrategias ofensivas se propone reforzar la red de atención del IESS, para que permita limitar la llegada de patologías que con suficiencia técnica y evidente calidad, se solucionan en los Niveles I y II de atención, para esto se propone una verdadera administración de RRHH, con capacitación e incentivos adecuados. El proceso de referencia y contrarreferencia implementado adecuadamente y probado su funcionamiento con sobrada idoneidad, permitirá un ahorro de recursos, al evitar por ejemplo una infinidad de pacientes crónicos en el Nivel III, que por lógica tienen un costo mucho mayor.

Acelerar y llevar a buen término el proceso de costeo de prestaciones, para que con su conocimiento y difusión permita la utilización de los servicios de manera racional y por tanto un ahorro con objetivos de provisión tecnológica y ampliación de la oferta de servicios, que permita enfrentar las patologías nuevas y las provocadas por los altos índices de violencia, y que sirvan además para un

contraataque exitoso a la competencia que ha crecido por sus propios méritos, pero también por las múltiples, prolongadas y aún no pretéritas falencias institucionales.

Con estos elementos se impulsarán convenios con agencias internacionales, para lograr contribuciones que beneficien y mejoren los “procesos” con alta oportunidad de provecho y sostenibilidad, evitando superponerlos a la estructura técnico-administrativa de la institución, evitando así el colapso cuando se retira (ejemplo palpable el JICA - con su proyecto del Centro de Enfermedades Gastroentéricas).

CUADRO No. 4.3
MATRIZ FODA

RESUMEN DE ANALISIS INTERNO Y EXTERNO	
MATRIZ FODA	
FORTALEZAS	DEBILIDADES
11 especialidades quirúrgicas a disposición del afiliado	Enfoque administrativo: calidad total, reingeniería, procesos
216 camas de dotación en el área quirúrgica	Estructura organizativa apropiada (flexible, no burocrática)
7 quirófanos disponibles 12h y 1 quirófano para emergencias 24h.	Uso de investigación del mercado y evaluación de costos
Cirugía de alta complejidad - Ej. Transplante renal.	Equipos y Tecnología obsoleta
Servicio de Calidad y a bajo costo	Sistema de controles internos y auditoría
Instalaciones apropiadas para prestación de servicios	Establecimiento de protocolos de atención
Recursos económicos	Presupuesto por servicio
Nivel académico de talento humano	Uso de indicadores de productividad
Experiencia técnica del talento humano	Motivación: puntos críticos de contacto con el afiliado
Estabilidad laboral	Clima y cultura organizativas estimulantes
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
Ley de Seguridad Social	Altos índices de violencia
Descentralización	Distribución del ingreso
Mayor nivel de educación del afiliado	Aparición de nuevas patologías
Vulnerabilidad de nuestros competidores a la estrategia competitiva	Inflación
Mayor participación comunitaria	Tasa de desempleo
Red de atención médica del IESS	Migración de los afiliados
Sistema de Información Gerencial del H"CAM"	Falta de funcionamiento de Red Informática del IESS
Auge de medicina ambulatoria	Efecto del contrataque exitoso de nuestra competencia
Nivel de tecnología disponible en el mercado	Reforma al Sistema de Seguridad Social
Flexibilidad de Procesos	Oferta de servicios a más bajo costo y mejor calidad

CUADRO NO. 4.4
CATEGORIZACIÓN DE VARIABLES

VALORACION DEL FACTOR INTERNO	
FORTALEZAS	
Nivel académico de talento humano	Alta
Experiencia técnica del talento humano	A
Estabilidad laboral	A
Instalaciones apropiadas para prestación de servicios	A
11 especialidades quirúrgicas a disposición del afiliado	A
216 camas de dotación en el área quirúrgica	Media
7 quirófanos disponibles 12h y 1 quirófano para emergencias 24h.	M
Cirugía de alta complejidad - Ej. Transplante renal.	M
Servicio de Calidad y a bajo costo	M
Recursos económicos	M
DEBILIDADES	
Enfoque administrativo: calidad total, reingeniería, procesos	Alta
Estructura organizativa apropiada (flexible, no burocrática)	A
Uso de investigación del mercado y evaluación de costos	A
Establecimiento de protocolos de atención	A
Presupuesto por servicio	A
Uso de indicadores de productividad	Media
Motivación: puntos críticos de contacto con el afiliado	M
Clima y cultura organizativas estimulantes	M
Equipos y Tecnología obsoleta	M
Sistema de controles internos y auditoría	M
VALORACION DEL FACTOR EXTERNO	
OPORTUNIDADES	
Ley de Seguridad Social	Alta
Auge de medicina ambulatoria	A
Mayor nivel de educación del afiliado	A
Mayor participación comunitaria	Media
Red de atención médica del IESS	M
Flexibilidad de Procesos	M
Descentralización	M
Nivel de tecnología disponible en el mercado	Baja
Vulnerabilidad de nuestros competidores a la estrategia competitiva	B
Sistema de Información Gerencial del H"CAM"	B
AMENAZAS	
Altos índices de violencia	Alta
Distribución del ingreso	A
Tasa de desempleo	A
Migración de los afiliados	A
Falta de funcionamiento de Red Informática del IESS	A
Media	A
Aparición de nuevas patologías	Media
Reforma al Sistema de Seguridad Social	M
Inflación	Baja
Efecto del contrataque exitoso de nuestra competencia	B

CUADRO No. 4.5
LÍNEAS ESTRATÉGICAS

PLAN ESTRATÉGICO AREA QUIRURGICA	
FORTALEZAS/OPORTUNIDADES	DEBILIDADES/AMENAZAS
Vigorizar la autonomía de gestión organizativa del área quirúrgica del HCAM , respaldados en la constitución política	Capacitar al personal del área quirúrgica en técnicas modernas de gestión
Aprovechar la autonomía financiera para robustecer los niveles de liquidez	Aplicar Gerencia de Procesos en el área quirúrgica del HCAM
Atraer la participación comunitaria con la adecuada ubicación geográfica del HCAM	Fortalecer y descentralizar la atención ambulatoria: Hospital del día
Emplear la capacidad de endeudamiento para mejorar el nivel tecnológico existente en el area Quirúrgica.	Saneamiento financiero a través del incremento y redistribución de los ingresos con importante control en
Automatizar el manejo de tesorería	Aplicar el sistema de Información gerencial a toda el área quirúrgica del HCAM
Impulsar los procedimientos de medicina ambulatoria:H. de Dia	Introducción de la función gerencial
Dinamizar los procesos de adquisiciones	Actualizar los equipos y redes de información en el área quirúrgica del HCAM
Establecer programas de capacitación continua de todo el personal del Area Quirúrgica del HCAM	Mejorar la práctica y el control quirúrgico afectando positivamente a los principales indicadores de
Sacar el máximo provecho de la tecnología instalada; tanto en Consulta externa como en Sala de Operaciones	Involucrar a los afiliados en la toma de decisiones
Revisar y Aplicar la Resolución CI 056 en lo concerniente a la Subgerencia de Cirugía	Crear un adecuado departamento de marketing (ventas)
FORTALEZAS/AMENAZAS	DEBILIDADES/AMENAZAS
Incrementar la autosuficiencia del área quirúrgica del HCAM que nos convierta en efectivos prestadores de salud de la red	Manejar el Area quirúrgica como una empresa productiva
Crear un fondo de inversiones que permita ampliando las areas de servicios disminuir el impacto provocado por la inflación y la tasa de desempleo	Establecer Gerencia de Procesos
Elaborar un plan de Marketing resaltando los beneficios de la ubicación geográfica del HCAM	Realizar análisis del Mercado
Estructurar nuevas líneas de servicios prestados por el área quirúrgica del HCAM sustentados en la capacidad de endeudamiento que dispone.	Establecer un sistema de garantía de calidad, sirviéndonos del control de procesos y auditorías.
Introducir sistema de costeo de prestaciones	Asignación de recursos en base a objetivos
Racionalizar recursos y asegurar la calidad propia	Mejorar instrumentos de gestión (software) aplicando la autonomía financiera
Optimizar relación con Proveedores	Mejorar la eficiencia, regulando la oferta y demanda
Definir esquemas de Incentivos apropiados para los profesionales de la Salud del área quirúrgica del HCAM	Lograr empoderamiento, con la concesión de incentivos ligados a la contribución en la mejoría de resultados
Resaltar la experiencia del talento humano para atraer clientes	Crear un adecuado departamento de marketing (ventas)
Mantener estabilidad laboral para mejorar índices de productividad	

4.2.1 OBJETIVOS DEL ÁREA QUIRÚRGICA

- Transformar el área quirúrgica en una empresa productiva, aplicando una gerencia por procesos.
- Fortalecer la red de atención del IESS, otorgándole capacidad resolutive real de acuerdo al nivel de complejidad de cada unidad de atención médica.
- Incorporar tecnología de punta, como instrumento de competitividad y productividad, asociado a un sistema de mantenimiento preventivo.
- Desarrollo y gestión del RRHH, de acuerdo al nivel de experticia y especialidad requerida en los servicios

VISIÓN

El Área Quirúrgica en el año 2009 garantiza a los afiliados, cobertura en 11 especialidades quirúrgicas, de manera oportuna, integral, con equidad, estimulando la corresponsabilidad y la contraloría social, convirtiéndose en Unidad de Referencia Nacional e Internacional.

MISIÓN

El Área Quirúrgica mediante un modelo competitivo de organización, gestión y evaluación, se estructura en una Red de Servicios de Salud del IESS, y del Hospital "CAM" en particular, para garantizar a los afiliados, la cobertura en 11 especialidades quirúrgicas, con oportunidad, calidad, equidad, respetando su cultura y derechos, con un equipo humano multidisciplinario y polifuncional, adoptando tecnología de vanguardia, que procure su rápida recuperación para alcanzar la mejora en su calidad de vida.

Las políticas institucionales de Solidaridad, Universalidad, Uniformidad y Unidad, Integralidad, Subsidiaridad, Internacionalidad, serán difundidas y explicadas para

que todos los actos cotidianos busquen materializarlas, con coherencia entre los muy antiguos enunciados y la aplicación real.

La verdadera dimensión de la Solidaridad Social será “..... entendida como la lucha conjunta de una colectividad contra un enemigo común, es decir una estrategia del ser humano frente a fuerzas superiores a los individuos y que funciona independientemente de que haya o no sentimientos de compasión o simpatía frente a los otros. Al mirar el problema de salud con esta forma de solidaridad, significa que la sociedad acepta el paradigma de que la enfermedad es un problema de la colectividad y no de un individuo”⁹⁰

4.3 ORGANIZACIÓN

La organización es el proceso mediante el cual los mandos de la empresa una vez formulados los planes combinan los recursos materiales y humanos para proyectar una estructura formal de tareas y autoridad. Organizar supone distribuir las tareas y actividades, agrupadas en departamentos y dotar a éstos de los correspondientes recursos materiales y humanos.

La Organización del Hospital “Carlos Andrade Marín” está enunciada en la RCI 056, la misma que estructura todas las dependencias del mismo, por lo tanto su Área Quirúrgica.

En el Área Quirúrgica del H“CAM”, se cuenta con los siguientes recursos: 216 camas repartidas para 11 especialidades quirúrgicas, que se encuentran distribuidas en los diferentes bloques de hospitalización del H “CAM”, además 10 áreas de Consulta Externa con 30 consultorios.

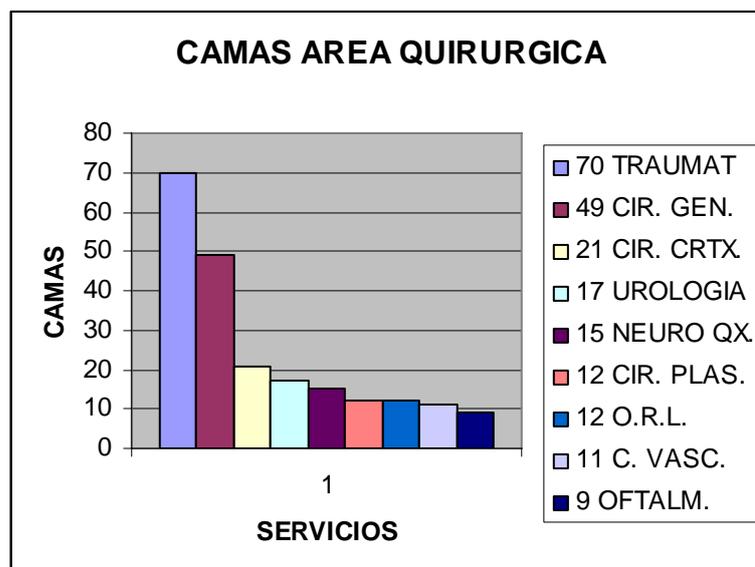
Las camas de hospitalización están distribuidas de la siguiente manera

⁹⁰ Placencia, M. Salud para el bienestar y desarrollo en Quito del siglo XXI. Sistemas de Salud del Ecuador. Quito, Edit. Quality Print, 2001. pp. 62.

Tabla 4.1

CAMAS A. QUIRURGICA		
70	TRAUMAT	70
49	CIR. GEN.	49
21	CIR. CRTX.	21
17	UROLOGIA	17
15	NEURO QX.	15
12	CIR. PLAS.	12
12	O.R.L.	12
11	C. VASC.	11
9	OFTALM.	9
	TOTAL	216

GRAFICO No. 4.2



Fuente: HCAM Elaboración: Narváez- Varela

Los Recursos Humanos con los que se cuenta son: 74 médicos especialistas, 90 enfermeras, 72 auxiliares de enfermería, 47 MD. Residentes, 16 Internos Rotativos, además 10 auxiliares de enfermería que colaboran en la atención de la consulta externa.

4.4 GESTIÓN

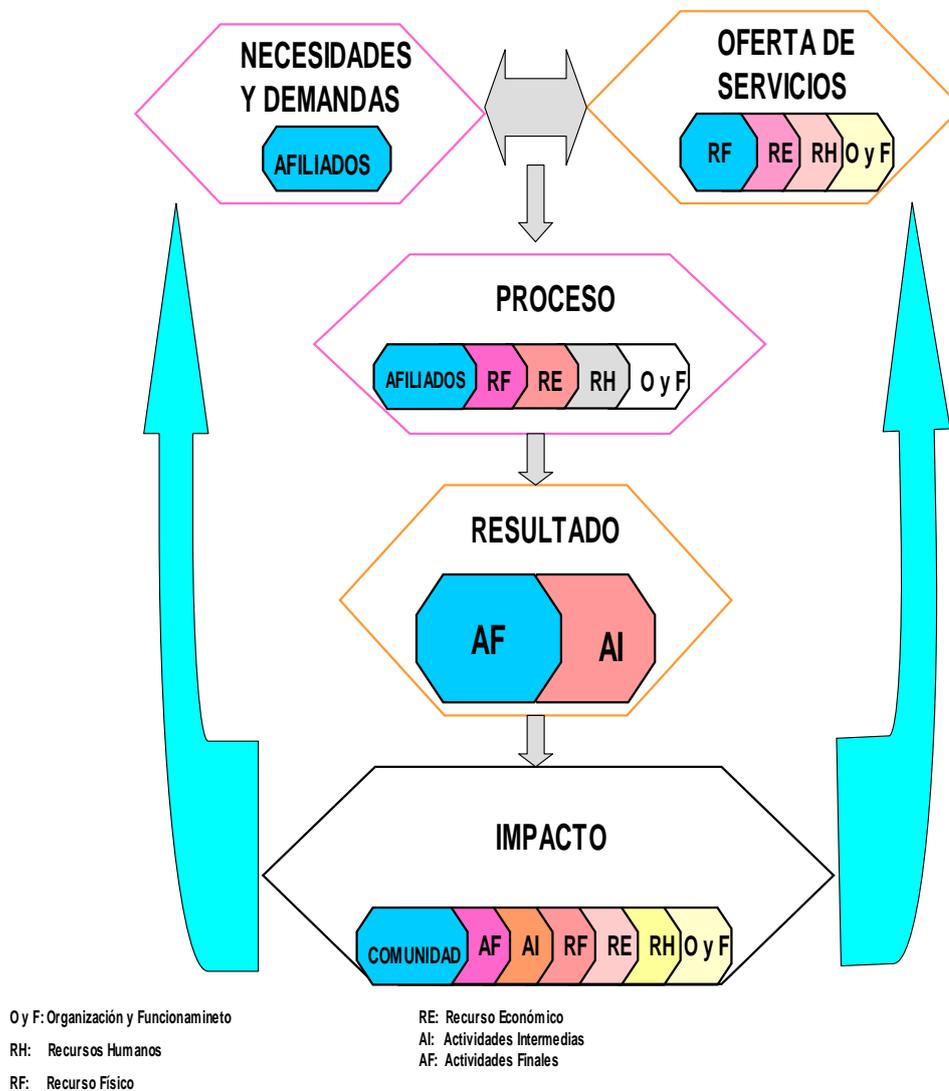
Es la función empresarial referida al conjunto de reglas, procedimientos o métodos operativos (planificación, organización, motivación, formación y control), para llevar a cabo una actividad tendiente a alcanzar los objetivos institucionales.

Es por lo tanto de primera importancia que toda institución tenga claros los procesos vitales, claves para que pueda cumplir a cabalidad con sus objetivos.

La *gestión por procesos*, responde a los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad e imparcialidad, que deben ser las normas administrativas de la institución. Juegan un papel importante la racionalización de los trámites, con el fin de mejorar la eficiencia y eficacia, al simplificar los procesos y operaciones, concentrando los esfuerzos en los aspectos más relevantes de la gerencia.

Las variables a considerar para el nuevo modelo de gestión, en el *contexto* del Sistema de Seguridad Social es la a. Necesidades y demanda, b. Oferta, c. Proceso, d. Resultado y e. Impacto. (Ver Gráfico 4.2)

Gráfico 4.3 Variables del Modelo de Gestión⁹¹



Fuente: MALAGÓN, Op.cit., pp: 552

⁹¹ Malagón, Galán, Pontón. Administración Hospitalaria. Bogotá. Edit. Panamericana, 2000. pp 548 - 556

4.4.1 GESTIÓN DE CONSULTA EXTERNA

Una primera visita de Consulta Externa, es en la mayoría una fuente de consumo de servicios posteriores, con lo que se genera una elevada circulación de pacientes en el hospital, generándose como situaciones más comunes: una nueva visita, ingreso al hospital, o programación de intervenciones.

El trabajo de programar y coordinar las Consultas Externas está asignado al Servicio de Admisión de pacientes, y el primer problema a resolver es la evaluación de la gravedad médica del caso, y se propone como criterio para la concesión de ese turno para el especialista:

- Pacientes que acuden para diagnóstico.
- Pacientes que acuden para tratamientos especializados (Ej.: cáncer)
- Pacientes con enfermedad muy incapacitante o muy dolorosa.
- Pacientes con situación psicosocial grave o agravada por la enfermedad que motiva la consulta

Estos criterios ayudarán a disminuir el problema de la lista espera para primera visita, siendo imprescindible realizar un registro de informatizado de los pacientes que acuden a solicitarla, basadas en la edad del paciente y en el diagnóstico codificado de la transferencia, disminuirá así la incertidumbre de posponer la visita de un paciente desconocido, que oculte situaciones médicas que exijan prioridad.

Los tiempos de atención de Consulta Externa, es recomendable consensuarlos con los Jefes de Servicio, y elaborar un estándar de tiempo de atención tanto en primeras visitas como en visitas subsecuentes, con los que se podrá proponer el aumento de la oferta de Consultas por especialidad, desarrollar este moderno sistema de clasificación de los episodios asistenciales, se hace imprescindible, ya que una visita consume una media de recursos, que deberá tomarse muy en cuenta para el tema de la eficiencia. Se deberá además calcular el número de visitas realizadas por consultorio, para lograr niveles de utilización óptimos,

teniendo en cuenta que no es lo mismo consultorios en exclusividad que polivalentes, todo depende del margen de utilización y de la disponibilidad de consultas.

En relación a la programación de visitas sucesivas, se dificulta por la variedad de pruebas que puede haber solicitado el médico y necesita para su segunda visita, se propone evitar la peregrinación de los pacientes, al laboratorio, imagenología, etc. para conseguir cada una de sus citas, centralizando en el departamento administrativo de Consulta Externa, en donde se mantendrá una lista codificada de las pruebas que se realizan en el hospital, que debe ser mantenida con todas las indicaciones para realizarlos, propendiendo a realizarlas en un mismo día siempre y cuando sea técnicamente posible. A la vez se conocerá el tiempo para obtener los resultados, y del más dilatado de ellos se penderá la programación de la visita subsiguiente.

Conviene optimizar la atención de los servicios de apoyo del Hospital, logrando que los exámenes diagnósticos se proporcionen con la oportunidad necesaria, método por lo demás absolutamente lógico, para que la consulta subsecuente disminuya, y además para demostrar en este otro punto de contacto con el afiliado que la inversión en salud es adecuada.

El ambiente físico de la Consulta externa, deberá contar con espacios apropiados para discapacitados con rampas y pasamanos, las salas de espera deben brindar el máximo confort y la adecuada información a los afiliados.

Se creará una comisión de información, educación y comunicación, que realice una planificación comunicacional; y, que canalice quejas y sugerencias, tenga capacidad de resolución de las mismas; y, donde el afiliado sea uno de sus miembros.

En relación a las horas de C. Ext. que cada servicio puede ofertar, y utilizando el promedio de 4 pacientes por hora, el número de afiliados a ser atendidos se analiza en el siguiente cuadro.

CUADRO No 4.6

OFERTA DE CONSULTA EXTERNA DEL AREA QX. HCAM			
	Horas Consulta x mes	Horas de Consulta x año	No. Pctes a ser atendidos x año (4 x hora)
CIRUGÍA GENERAL	100	1100	4400
CIRUGÍA CARDIOTORACICA	82	902	3608
CIRUGÍA REPARADORA	78	858	3432
CAROGA VASCULAR	216	2376	9504
NEUROCIRUGÍA	42	462	1848
OFTALMOLOGIA	254	2794	11176
OTORRINOLARINGOLOGIA	215	2365	9460
PROCTOLOGIA	128	1408	5632
TRAUMATOLOGIA	334	3674	14696
UROLOGIA	336	3696	14784
TOTAL	1785	19635	75020

Fuente: HCAM

Elaboración: Narváez- Varela

Se debe aprovechar al máximo la capacidad instalada, al disminuir el número de consultas subsecuentes se favorece el aumento de primeras consultas; mediante el fortalecimiento de la red de atención del IESS, demostrando al afiliado con calidad y oportunidad en la atención, que su patología se encuentra vigilada y solucionada adecuadamente en el nivel que corresponde a su necesidad, de manera que paulatinamente se pueda intervenir en la cultura y cambiar la costumbre de pensar que en un Hospital de Nivel III, únicamente, solucionará su problema de salud.

4.4.2 GESTIÓN DE HOSPITALIZACIÓN

La equidad en el Área quirúrgica será entendida y cumplida *cuando a la misma necesidad se ofrece similar recurso*, con la imprescindible condición de *accesibilidad*, que se facilita con el adecuado aprovechamiento de los recursos existentes.

Al evaluar el índice de ocupación, de la estancia media y del análisis del rendimiento o eficiencia, se consigue la equidad funcional, es decir la adecuada utilización del hospital, que, a su vez, condiciona la equidad física, es decir la disponibilidad para ser utilizado.

Igualmente se proyecta disminuir el promedio de días estada hospitalaria, permitiendo este solo hecho una cobertura notablemente mayor, para lo que se ha realizado un análisis de productividad del recurso cama sirviéndonos del **WINSIG** como herramienta para esta planificación, se presenta a continuación.

Se han generado varios escenarios absolutamente teóricos utilizando el WINSIG, el primero es si se logra disminuir el promedio de días estada a 6, y con un D-C-O de 60% se lograría una capacidad de 56.766 camas, así mismo si la posibilidad de disminuir el PDE es a 5 d. con un D-C-O- de 80% la posibilidad de ingresar sería a 75.687 afiliados. El último escenario probado en el SIG es que con P.D.E. de 4 días y con D-C-O- de 100%, se alcanzaría un total de 118.263.

La posibilidad de echar mano de este recurso, existe, con la aplicación de protocolos de atención, sin olvidar que el promedio quinquenal de ingresos al Área Quirúrgica es de 5.955, de acuerdo a los datos del Departamento de Estadística del IESS, y que el recurso cama en el caso del Área Quirúrgica, va de la mano del recurso quirófano, además el promedio de días estada, en el conjunto del hospital es una medida bruta, es decir muy poco específica, ya que es el caso de que al observar datos globales, la conclusión puede conducir a error, ya que cada servicio se comporta de manera muy distinta, y su PDE es consecuencia del comportamiento de sus servicios

CUADRO No. 4.7

Establecimiento : HCAM									
Periodo : 01-2002 al 12-2002									
Modelo "A": Análisis de productividad del recurso cama									
Servicios	Situación Actual					Potencial productivo			
	Camas*6	D-C-O	IO	PDE	Egresos	PDE	IO	D-C-O	Egresos
HOSP.CIRUGIA GENERAL	252	14.604	93,47	7,08	2.064	4,00	100,00	91.980	22.995
HOSP. OFTALMOLOGIA	54	1.440	43,01	7,06	204	4,00	100,00	19.710	4.928
HOSP. O.R.L.	72	2.772	62,10	7,00	396	4,00	100,00	26.280	6.570
HOSP. TRAUMATOLOGIA	420	8.772	33,69	7,46	1.176	4,00	100,00	153.300	38.325
HOSP. UROLOGIA	102	4.512	71,35	7,09	636	4,00	100,00	37.230	9.308
HOSP. NEUROCIRUGIA	90	2.472	44,30	7,10	348	4,00	100,00	32.850	8.213
HOSP. CIRUGIA CARDIO	126	3.000	38,40	7,14	420	4,00	100,00	45.990	11.498
HOSP. CIR . VASCULAR	66	2.964	72,43	7,06	420	4,00	100,00	24.090	6.023
HOSP. CIR. PLASTICA	114	2.604	36,84	7,00	372	4,00	100,00	41.610	10.403
TOTAL	1.296	43.140	496	7	6.036	4,00	100,00	473.040	118.263

Establecimiento : HCAM									
Periodo : 01-2002 al 12-2002									
Modelo "B": Análisis de productividad del recurso cama									
Servicios	Situación Actual					Potencial productivo			
	Camas *6	D-C-O	IO	PDE	Egresos	PDE	IO	D-C-O	Egresos
HOSP.CIRUGIA GENERAL	252	14.604	93,47	7,08	2.064	5,00	80,00	73.584	14.717
HOSP. OFTALMOLOGIA	54	1.440	43,01	7,06	204	5,00	80,00	15.768	3.154
HOSP. O.R.L.	72	2.772	62,10	7,00	396	5,00	80,00	21.024	4.205
HOSP. TRAUMATOLOGIA	420	8.772	33,69	7,46	1.176	5,00	80,00	122.640	24.528
HOSP. UROLOGIA	102	4.512	71,35	7,09	636	5,00	80,00	29.784	5.957
HOSP. NEUROCIRUGIA	90	2.472	44,30	7,10	348	5,00	80,00	26.280	5.256
HOSP. CIRUGIA CARDIO	126	3.000	38,40	7,14	420	5,00	80,00	36.792	7.358
HOSP. CIR . VASCULAR	66	2.964	72,43	7,06	420	5,00	80,00	19.272	3.854
HOSP. CIR. PLASTICA	114	2.604	36,84	7,00	372	5,00	80,00	33.288	6.658
Total	1.296	43.140	496	7	6.036	5,00	80,00	378.432	75.687

Establecimiento : HCAM									
Periodo : 01-2002 al 12-2002									
Modelo "C": Análisis de productividad del recurso cama									
Servicios	Situación Actual					Potencial productivo			
	Camas*6	D-C-O	IO	PDE	Egresos	PDE	IO	D-C-O	Egresos
HOSP.CIRUGIA GENERAL	252	14.604	93,47	7,08	2.064	6,00	60,00	55.188	11.038
HOSP. OFTALMOLOGIA	54	1.440	43,01	7,06	204	6,00	60,00	11.826	2.365
HOSP. O.R.L.	72	2.772	62,10	7,00	396	6,00	60,00	15.768	3.154
HOSP. TRAUMATOLOGIA	420	8.772	33,69	7,46	1.176	6,00	60,00	91.980	18.396
HOSP. UROLOGIA	102	4.512	71,35	7,09	636	6,00	60,00	22.338	4.468
HOSP. NEUROCIRUGIA	90	2.472	44,30	7,10	348	6,00	60,00	19.710	3.942
HOSP. CIRUGIA CARDIO	126	3.000	38,40	7,14	420	6,00	60,00	27.594	5.519
HOSP. CIR . VASCULAR	66	2.964	72,43	7,06	420	6,00	60,00	14.454	2.891
HOSP. CIR. PLASTICA	114	2.604	36,84	7,00	372	6,00	60,00	24.966	4.993
Total	1.296	43.140	496	7	6.036	5,00	60,00	283.824	56.766

Para eliminar los patrones de atención casi tan diversos como médicos que los aplican, así como las marcadas variaciones de la práctica clínica bajo condiciones aparentemente similares, en ausencia de un patrón estandarizado que pueda guiar las conductas técnicas, sirven los protocolos de atención, que se implementarán como una de las estrategias que nos permitirá tener un parámetro regulador de servicios y son declaraciones de la calidad esperada y relacionada con los aspectos clínicos de la atención. Y en consecuencia una atención ampliada, como ya está demostrado.

En el área quirúrgica se protocolizará con los siguientes criterios:

- *Criterio de Frecuencia:* Aquellas que se encuentren entre las primeras causas de ingreso o de egreso o de consulta en el establecimiento.
- *Criterio de Severidad:* Aquellas que sean causa frecuente de mortalidad, sean o no causas frecuentes de ingreso o de consulta.
- *Criterio de Costo:* aquellas que tengan estancias muy prolongadas, sean o no causas frecuentes de ingreso.
- *Criterio de Salud Pública:* aquellas que tengan importancia en cuanto a salud pública, sean o no causas frecuentes de ingreso o de consulta.
- *Criterio Local:* la que considere cada jefatura de servicio pertinente

Además, para la elaboración de protocolos, se tomarán en cuenta

Criterio técnico-científico: establecido en la literatura médica tanto local como internacional.

Criterios de experiencia de los profesionales involucrados: Para los antecedentes del comportamiento local de la enfermedad, como por ejemplo: el agente etiológico mas frecuente.

Criterios de capacidad resolutive local: la capacidad diagnóstica y terapéutica del establecimiento debe ser considerada en el momento de elaborar los protocolos de tratamiento, modificaciones en cuanto a esta capacidad, debería significar eventualmente, revisiones y/o modificaciones de los protocolos.

Solamente al estandarizar los procedimientos se generan indicadores de insumos, proceso y resultado, que permitan evaluar la calidad de la atención. La aplicación de métodos cuantitativos confiere característica especial a los logros en calidad, tornándolos objetivamente verificables⁹².

El gasto total en salud sumaba 740 millones de dólares en 1997. Las cifras de cuentas nacionales de gasto, según proveedor, muestran una participación del sector público, no asegurado, constituido principalmente por el MSP, cercano al 26%. La seguridad social, que incluye principalmente al IESS, suma un 25% aproximadamente. Por otra parte, existe una importante participación privada que da cuenta de casi la mitad del gasto en salud (49,2%), corresponde a la suma de 364 millones de dólares, siendo las fuentes externas muy poco significativas (0,4%). Esta alta cifra de gasto privado es consistente con los resultados de la Encuesta de Condiciones de Vida de 1998, que señala que el 40,0% de la población que tuvo que acudir a un servicio por enfermedad o accidente lo hizo a una clínica particular⁹³

Se debe estudiar y llegar a la coordinación intrainstitucional, intrasectorial e intersectorial, que lleve a buen término la utilización de los recursos ya existentes, evitando la duplicación de gastos e involucrando a todos los actores (el Ecuador, con una población de 80% de pobres, merece todo este esfuerzo).

La aplicación en el Área Quirúrgica del HCAM de la gestión por procesos es una forma de aplicar un enfoque sistémico que proporcionaría al modelo una

⁹² Prospero, J.L. Guía para el Desarrollo de Protocolos de Tratamiento. Documento de las clases de Magíster en Gerencia Empresarial, EPN, Ibarra. 2002.

⁹³ Cuentas Nacionales de Salud, Informe Final, Ecuador 1997, MSP-INEC-PHR, Marzo 2001.

secuencia lógica de análisis (entrada, proceso, salida); permite mantener coherencia (secuencia en procesos) y definir la estructura organizacional.

4.4.3 GESTIÓN EN QUIRÓFANOS

Quirófanos funcionando con excelencia, potenciando la flexibilidad de procesos para lograr un mejor aprovechamiento de la experiencia laboral, influir positivamente en la cultura organizacional que permita implantar la puntualidad carente en este tiempo y disminuir el tiempo entre cirugía y cirugía, equipamiento de quirófanos con tecnología de punta, capacitar al 100% del personal de sala de operaciones en el manejo de equipos, crear y actualizar los manuales de funcionamiento, aplicar indicadores de productividad y difundirlos en el área quirúrgica.

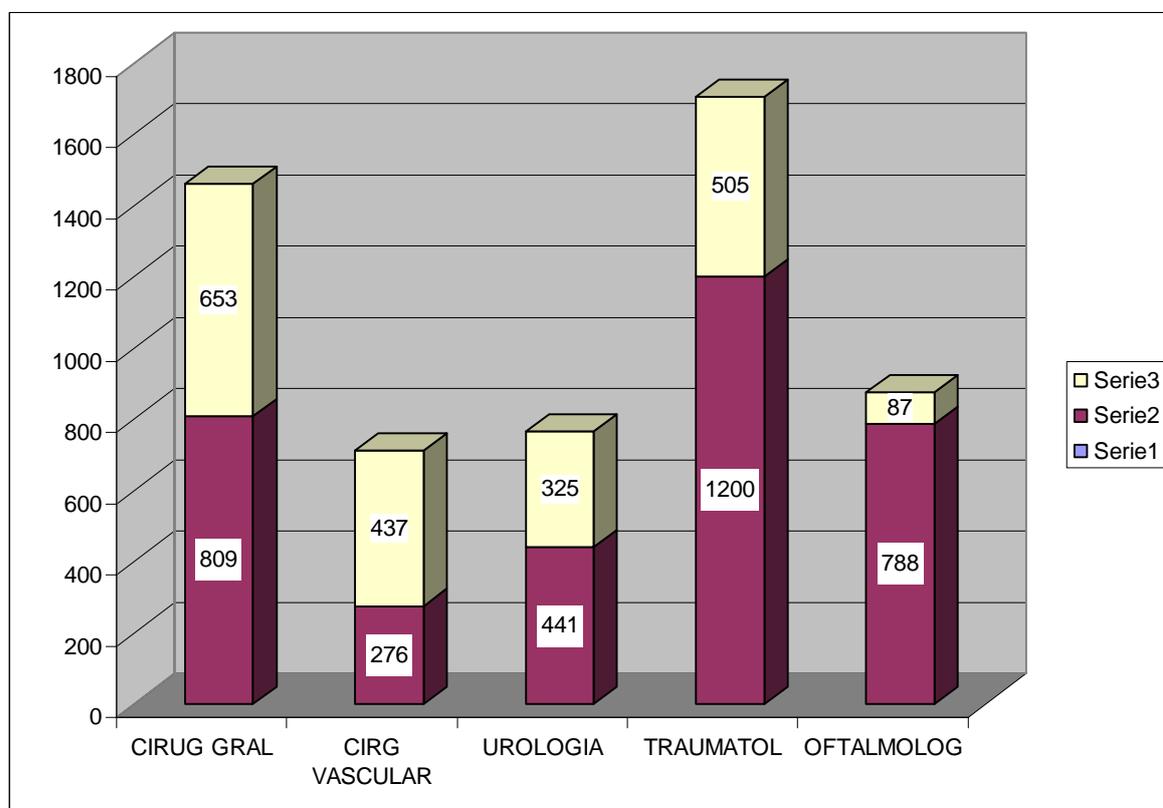
Aprovechamiento máximo de la capacidad instalada en sala de operaciones que disminuya la lista de espera por cirugías (Ver Cuadro No 4.8); impulsando el Hospital del día y la cirugía ambulatoria, elaboración de un plan de marketing, introducción de sistema de costeo de prestaciones, ampliación de horarios de todos los quirófano a 12 horas x día y si es absolutamente necesario luego de una planificación y valoración adecuada de costos se ampliará a fines de semana, para algunas especialidades, permitiendo la utilización máxima de los tiempos asignados a cada especialidad.

CUADRO No 4.8

LISTAS DE ESPERA QUIRURGICAS	
SERVICIO	No. de Cirugías
TRAUMATOLOGÍA	505
OFTALMOLOGÍA	87
CIRUGÍA GENERAL	653
UROLOGÍA	325
CIRUGÍA VASCULAR	437
TOTAL	2007

Fuente: HCAM

Elaboración: Narváez- Varela



Fuente: HCAM

Elaboración: Narváez- Varela

CUADRO 4.9

CIRUGIAS SUSPENDIDAS AÑO 2003		
ESPECIALIDAD	No.	%
TRAUMATOLOGIA	213	28.78
OFTALMOLOGIA	114	15.41
CIRUG. PLASTICA	93	12.57
CIRUG GRAL	63	8.51
UROLOGIA	63	8.51
CIRUG. VASCULAR	46	6.22
ORL	43	5.81
GINECOLOGIA	37	5.00
CARDIOTORAX	25	3.38
NEUROCIRUG	25	3.38
CIRUGIA pedia	14	1.89
PROCTOLOGIA	4	0.54
TOTAL	740	100

Fuente: HCAM Elaboración: Narváez- Varela

Es necesario insistir en la implantación de la cirugía ambulatoria, como es el ejemplo del Servicio de Oftalmología, que con el 9% de camas del servicio de Traumatología, realiza el 32% de cirugías que éste realiza, con la lógica diferenciación de la patología que el uno y otro servicio trata y soluciona, es un muestra que la cirugía ambulatoria se puede llevar a buen término, obviamente tiene mucho que ver en este ejemplo, que las cirugías ambulatorias se hacen el 100% con anestesia local.

En el año 2003 se han suspendido en el servicio de Traumatología 213 cirugías que corresponde al 42% de los pacientes en espera de cirugía. Lo que demuestra que una programación adecuada, y un quirófano funcionando con excelencia, es la primera arma para la solución del problema.

La lista de espera del Servicio de Oftalmología es de 87 pacientes, y en el año 2003, este servicio suspendió 114 cirugías,.....

Solamente, aplicando un proceso, en el cambio de pacientes entre cirugía y cirugía, sabiendo la secuencia de acciones a seguir, y quien es el responsable de cada subproceso, incentivando cambios de comportamiento, se puede lograr solucionar el gran inconveniente de perder minutos valiosos que obligan a suspender intervenciones quirúrgicas diariamente, lo que repercutirá en el incremento de la productividad, disminuyendo costos de operación.

Establecer alianzas estratégicas, y aplicar la Nueva ley del IESS, permitirá autogestionar el área quirúrgica del HCAM, creando un Fondo de Inversión de la misma, con un control eficiente de ingresos y egresos, Involucrando a los afiliados en la toma de decisiones.

El nuevo rol del afiliado en la estructura del IESS, deberá ser conducente a la “cogestión”, de manera que “.....las personas se conviertan en sujetos históricos que construyan su propio futuro. A través de ella se reivindica la participación ciudadana en la definición de prioridades, en la búsqueda de opciones, y en la toma de decisiones...” (OPS 1992).

Fortalecer nexos con Red Mundial de Transplante, estimulando al afiliado a la donación de órganos y fomentar la investigación científica utilizando la información proporcionada por el SIG.

Capacitar al personal del área quirúrgica en técnicas modernas de gestión, implementar seminarios de atención al afiliado que garanticen la satisfacción del mismo, aplicar el sistema de Información gerencial a toda el área quirúrgica del HCAM, elaborar plan de educación para el personal y los afiliados

Favorecer el incremento y redistribución de los ingresos con importante control en el gasto y estructurar nuevas líneas de servicios prestados por el área quirúrgica del HCAM y difundirlas ampliamente.

4.4.4 GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

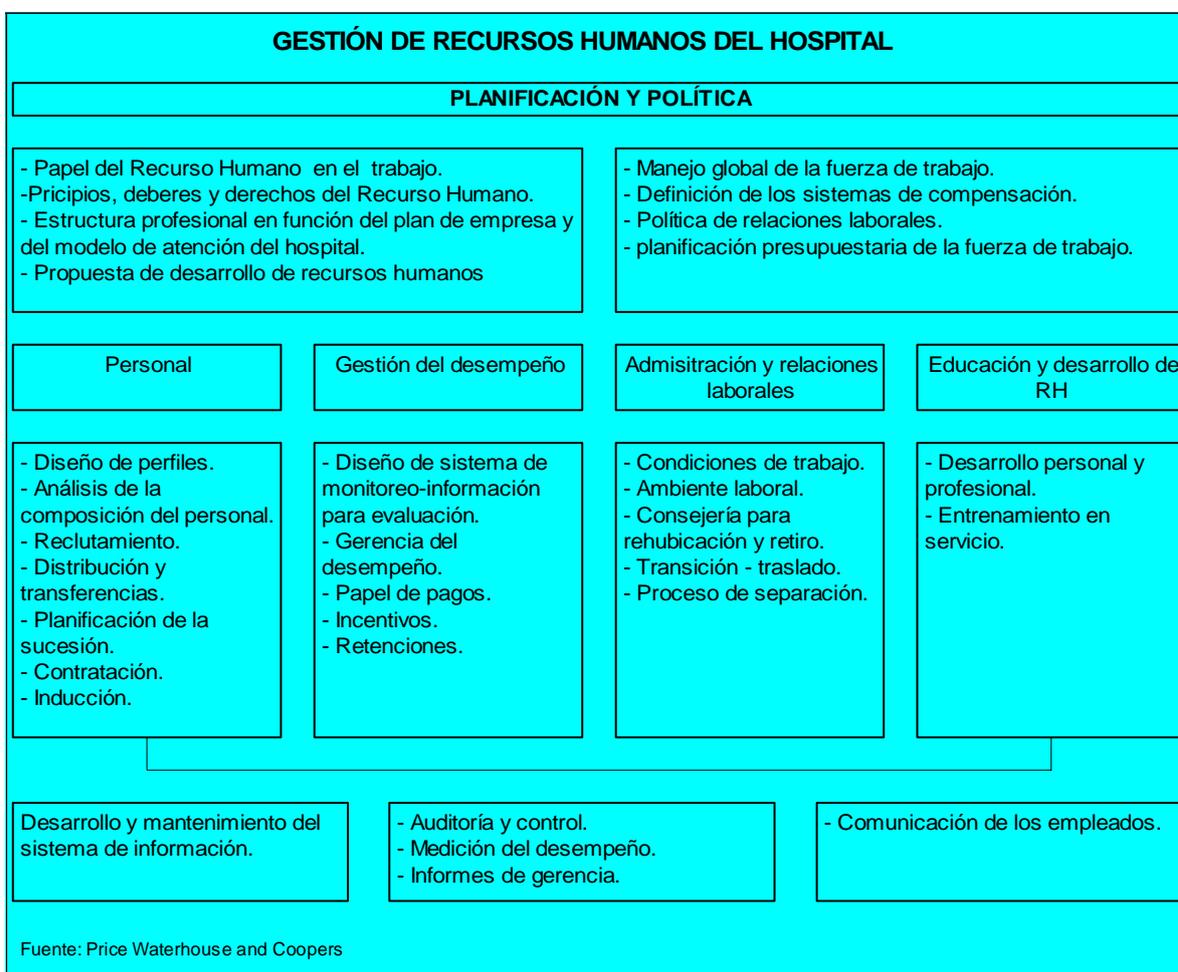
El recurso humano no es un recurso similar a otro: solo las personas realizan acciones que construyen la sociedad y la orientan hacia un derrotero definitivo, su capacidad de tomar determinada opción es una característica que lo diferencia de cualquier otro, que constituye su identidad (creatividad, libertad y responsabilidad).

La política institucional de recursos humanos, debe estar relacionada directamente con la política de desarrollo del hospital, por lo tanto está subordinada a la orientación que éste se proponga, y que podrá seguir si cuenta con recurso humano competente y convencido de ayudar a alcanzar los objetivos propuestos.

Como se comentó en el capítulo 3, se debe corregir la absoluta carencia de políticas para el manejo del recurso humano, proponiendo una gestión que está integrada por los elementos del Cuadro 4.10, en el que se ofrece una visión de

los aspectos múltiples que se deben abordar en un hospital. La función de RRHH exige aplicar conocimientos, técnicas e instrumentos, y al aplicar se abarca los campos de la planificación y la política, la definición y el mantenimiento contingente de recursos humanos, la gestión del desempeño, la administración del personal y la gestión de las relaciones de trabajo, así como la educación del personal y el desarrollo de la capacidad de trabajo.

CUADRO No 4.10



4.4.5 GESTIÓN DE RECURSOS ECONÓMICOS

Es necesario y urgente implementar un sistema específico de costos, para que los recursos del Área Quirúrgica sean manejados con eficacia y disciplina fiscal.

Al implantar un sistema de costos, se debe contar con parámetros de referencia (benchmarks), o comparar con otro sistema de costos, que permita orientar los procesos de gestión hacia el cumplimiento de metas de excelencia.

Se debe priorizar la asignación presupuestaria para el Área Quirúrgica, que consienta un necesario e inaplazable reequipamiento, que influya positivamente en la urgente atención a las colas de espera quirúrgica.

Se necesita realizar una planificación operativa real, que al lograr cumplir las metas propuestas, demuestre la ventaja de invertir en salud.

4.4.6 GESTIÓN DE MANTENIMIENTO

La guía metodológica de adquisición y mantenimiento de la Asociación de cooperación para el desarrollo de los servicios de salud, define las ocho operaciones que incluye el mantenimiento: 1. adquisición, 2. recepción de los equipos, 3. instalación técnica, 4. capacitación de los operadores, 5. control regular del desempeño (calibración), 6. gestión del inventario, 7. Mantenimiento preventivo, y 8. Mantenimiento curativo.

Un plan de mantenimiento se propone disponer de equipos en buenas condiciones de funcionamiento, reduciendo al máximo su tiempo de inmovilización y aumentar su fiabilidad, aumentando la probabilidad de que no se averíe y su capacidad de asegurar una función determinada.

CAPITULO 5

MODELO DE IMPLEMENTACIÓN

5.1 INTRODUCCIÓN

El establecimiento de gerencia de procesos en el Área Quirúrgica del HCAM es uno de los pilares fundamentales que se considera necesario para que el modelo de gestión a implementar funcione con eficiencia y eficacia. Estos procesos implican la interrelación entre los recursos humanos, tecnológicos y económicos y las actividades intermedias y finales, incluyendo los procesos administrativos, financieros, científicos inherentes al diagnóstico y tratamiento visualizados estos, a través de los “Protocolos de manejo diagnóstico y terapéutico”.

5.2 ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN

- Vigorizar la autonomía de gestión organizativa del Area Quirúrgica del HCAM, respaldados en la Constitución Política, aplicando la BCI 056. Siendo concientes del conflicto de intereses, que la misma provoca, al imponer al Médico Especialista, por ejemplo, reportarse a dos o tres subgerencias a la vez.
- Aprovechar la autonomía financiera otorgada con la descentralización en la Ley de Seguridad Social para cubrir las necesidades de cada servicio del Area Quirúrgica.
- Automatizar el manejo de tesorería, que forme parte de la red institucional.

- Dinamizar el proceso de adquisiciones.
- Optimizar relación con Proveedores.
- Emplear adecuadamente la capacidad de endeudamiento para mejorar el nivel tecnológico existente en el área quirúrgica, con miras a ser competitivos y a la vez atractivos para la aseguradora.
- Impulsar los procedimientos de medicina ambulatoria: Hospital del Día
- Sacar el máximo provecho de la tecnología instalada; tanto en Consulta Externa como en Sala de Operaciones.
- Realizar análisis del mercado.
- Estructurar nuevas líneas de servicios ofertados por el Area Quirúrgica sustentados en la capacidad de endeudamiento; creando un Departamento de Marketing, que en sus planes resalte además los beneficios de la ubicación geográfica del HCAM; y, la experiencia del talento humano para atraer clientes.
- Establecer programas de capacitación continua de todo el personal del Area Quirúrgica; incluyendo técnicas modernas de gestión.
- Definir esquemas de incentivos apropiados para los profesionales de la Salud del Area Quirúrgica del HCAM.
- Lograr el empoderamiento, con la concesión de incentivos ligados a la contribución en la mejoría de resultados.

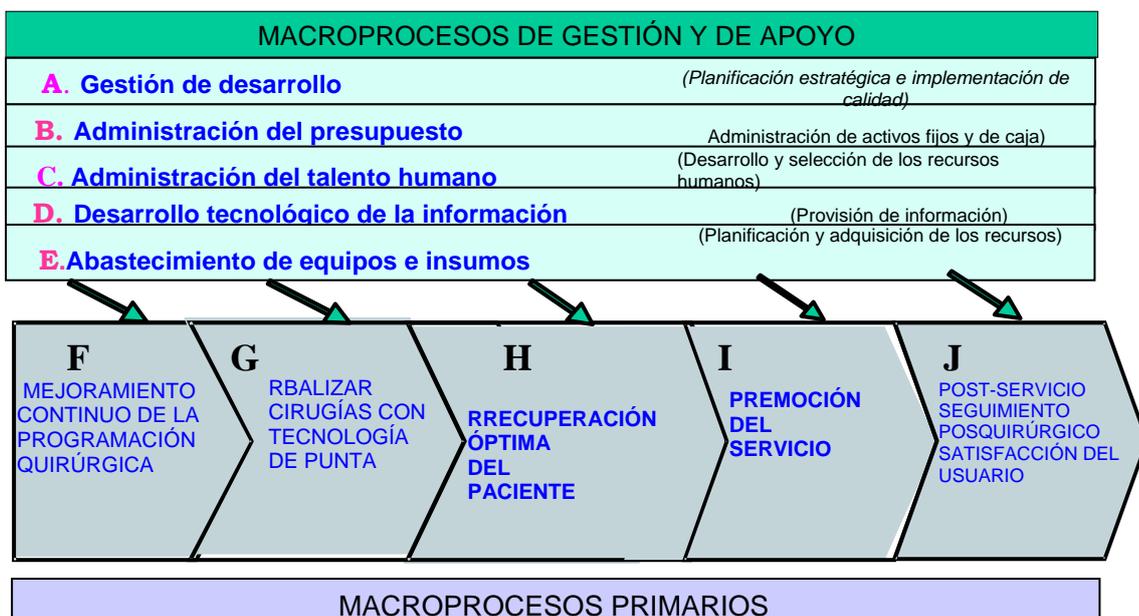
- Manejar el Area Quirúrgica como una empresa productiva, introduciendo la función gerencial.
- Aplicar Gerencia de Procesos en el Area Quirúrgica del HCAM.
- Aplicar el Sistema de Información Gerencial a toda el Area Quirúrgica del HCAM.
- Actualizar los equipos y redes de Información, mejorando los instrumentos de gestión (software: WINSIG, AS400, etc).
- Mejorar la práctica y el control quirúrgico afectando positivamente a los principales indicadores de gestión.
- Establecer un sistema de garantía de calidad sirviéndonos del control de procesos y auditorias.
- Introducir sistema de costeo de prestaciones, para racionalizar recursos y asegurar la calidad, garantizando la asignación de recursos en base a objetivos, que permita un saneamiento financiero a través del incremento y redistribución de los ingresos con un control adecuado.
- Atraer a los afiliados para lograr su participación en una adecuada contraloría social.

5.3 CADENA DE VALOR AGREGADO

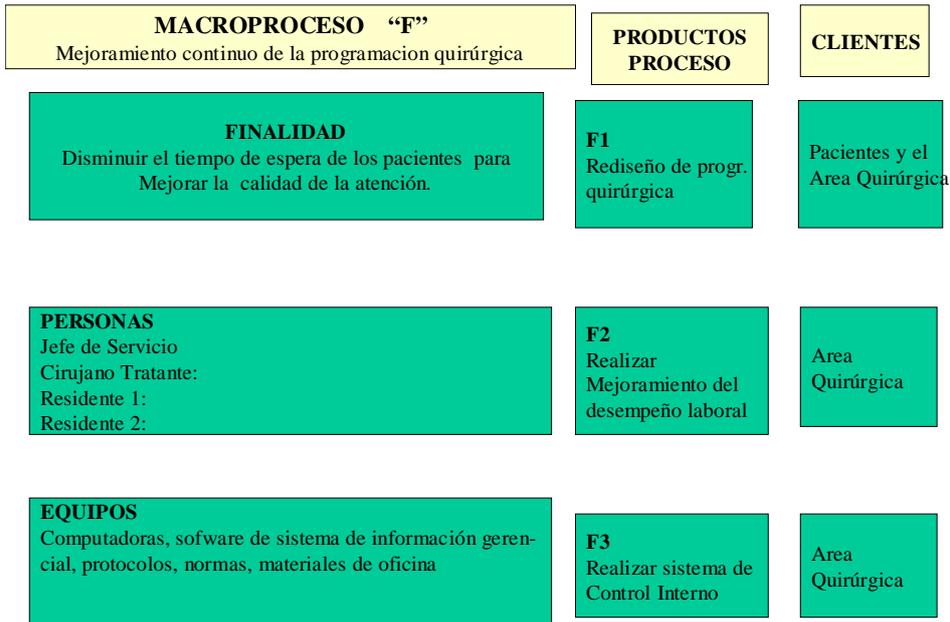
El siguiente es un ejemplo de la implementación de los procesos en el Área Quirúrgica.

CUADRO No 5.1

**CADENA DE VALOR AGREGADO
AREA QUIRÚRGICA HCAM**

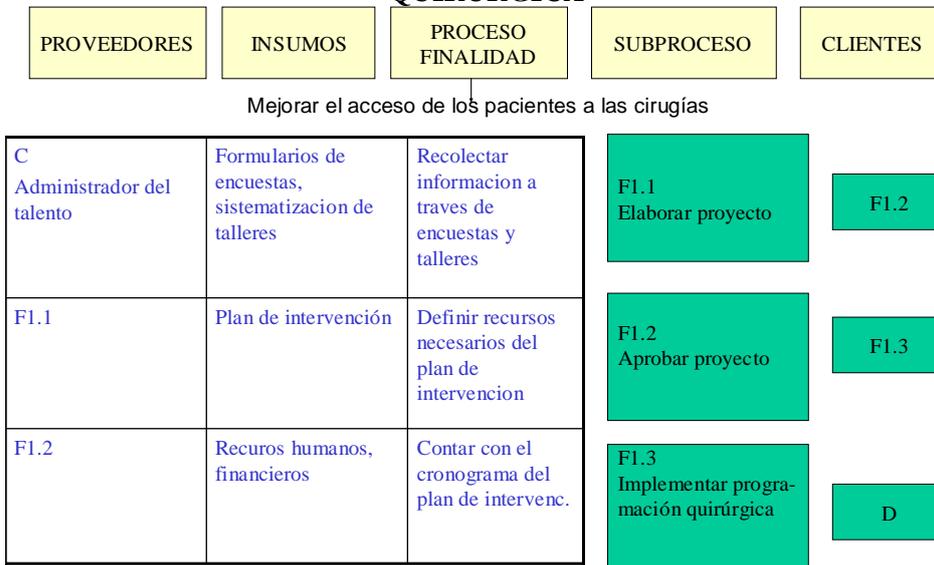


DESCRIPCION DEL AREA



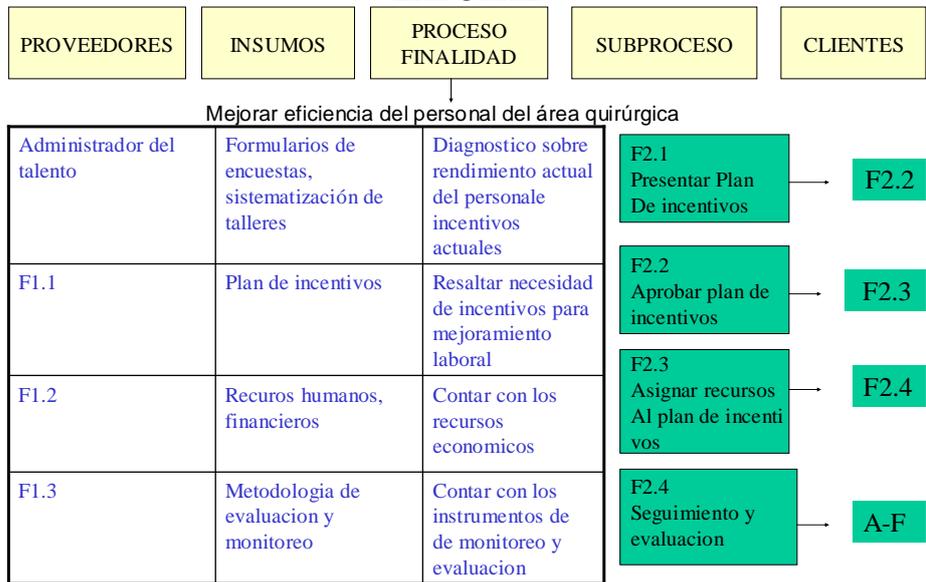
CADENA CLIENTE PROVEEDOR

FINALIDAD "F1": REDISEÑO DE LA PROGRAMACION QUIRURGICA



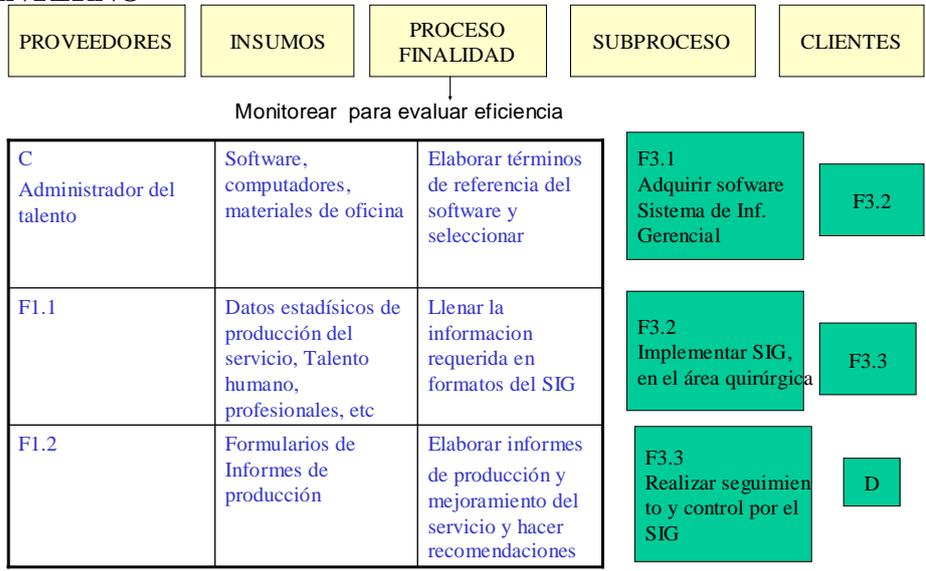
CADENA CLIENTE PROVEEDOR

FINALIDAD “F2”: REALIZAR MEJORAMIENTO DESEMPEÑO LABORAL

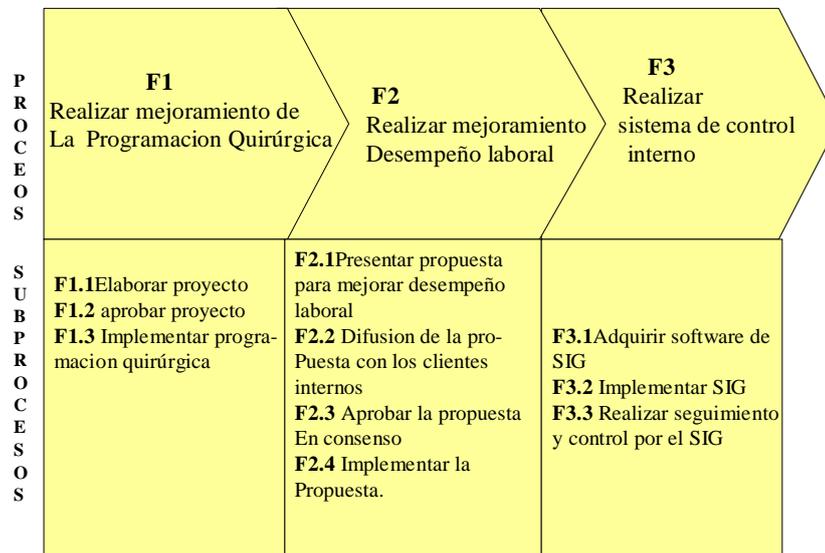


CADENA CLIENTE PROVEEDOR

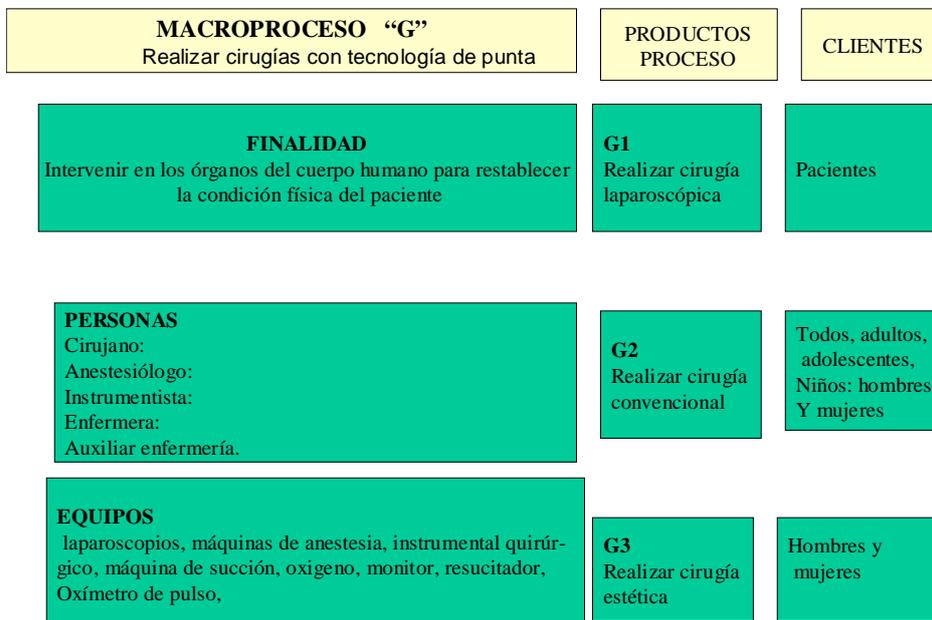
FINALIDAD “F3”: REALIZAR SISTEMA DE CONTROL INTERNO



MACROPROCESO “ F”: MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA PROGRAMACION QUIRURGICA

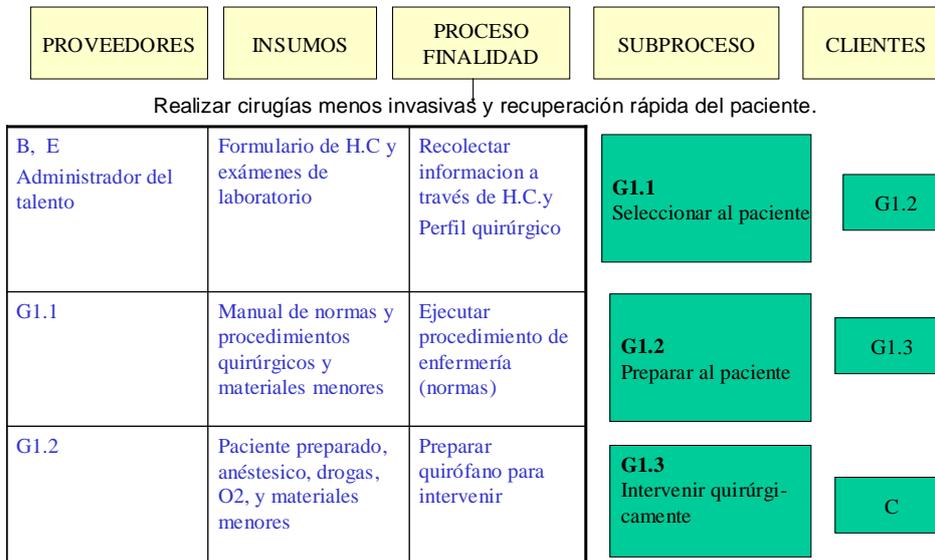


DESCRIPCION DEL AREA



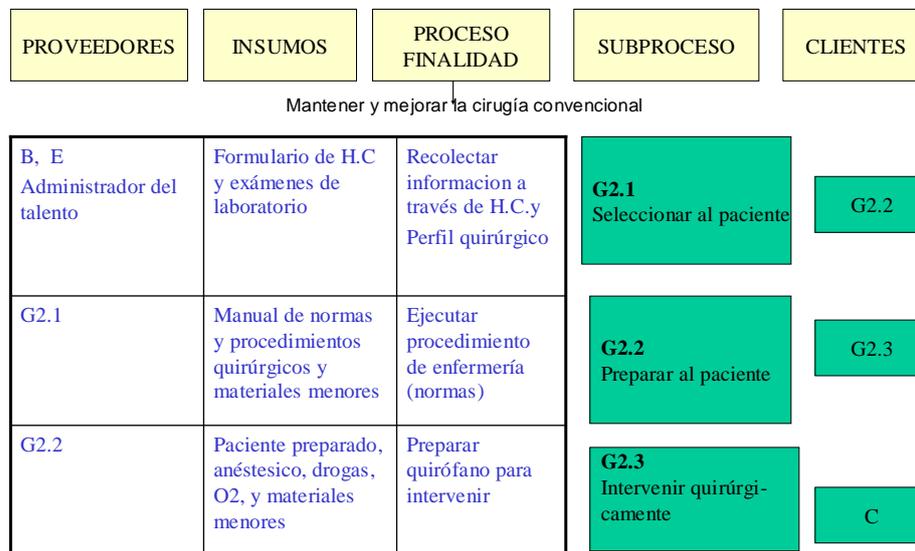
CADENA CLIENTE PROVEEDOR

FINALIDAD "G1": REALIZAR CIRUGIA LAPAROSCOPICA



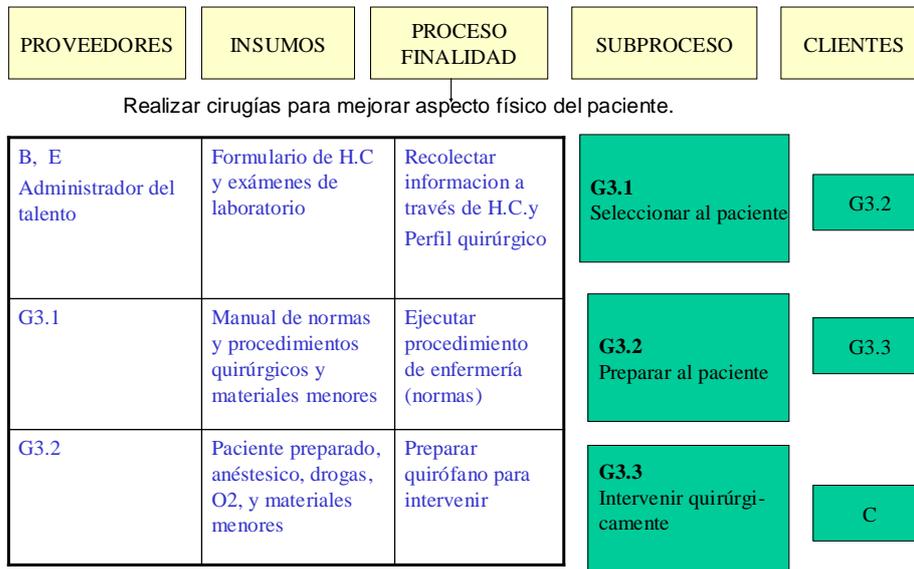
CADENA CLIENTE PROVEEDOR

FINALIDAD "G2": REALIZAR CIRUGIA CONVENCIONAL

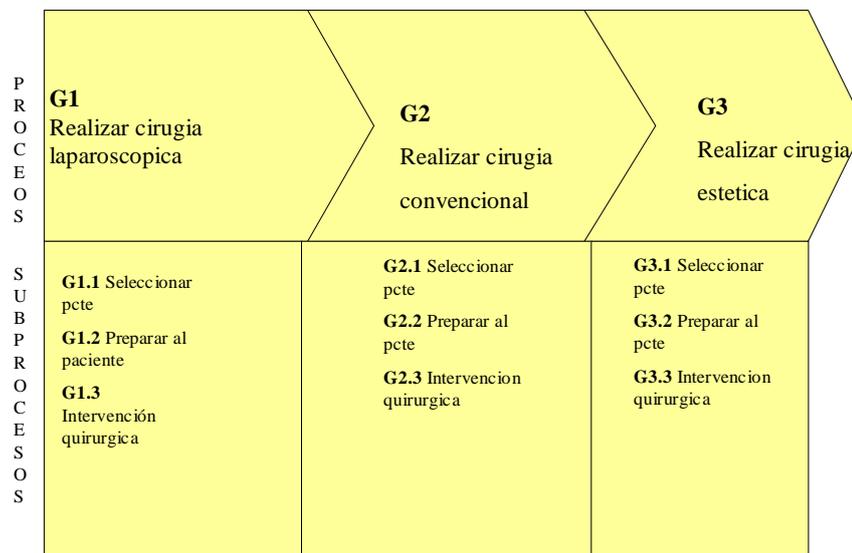


CADENA CLIENTE PROVEEDOR

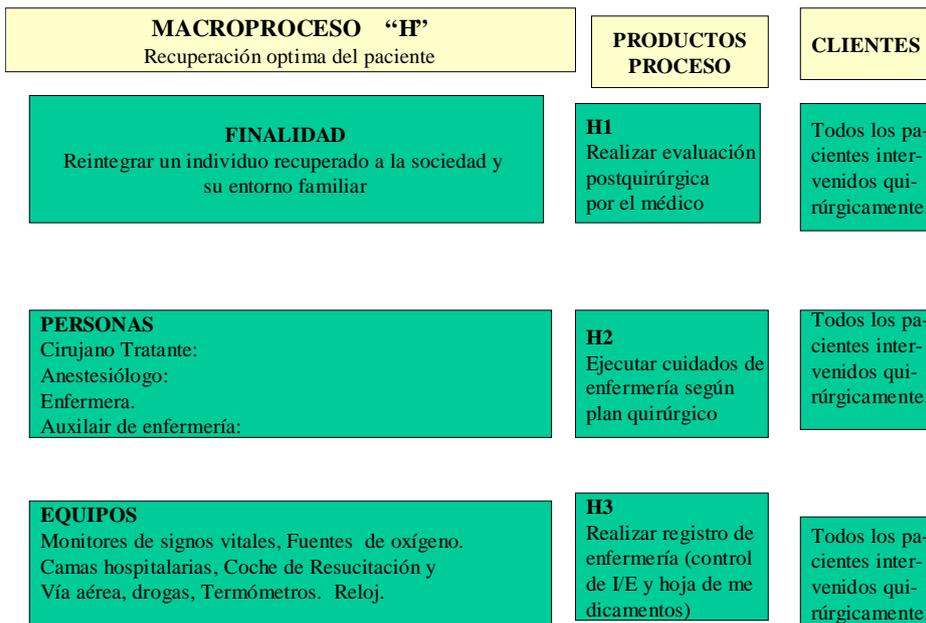
FINALIDAD “G3”: REALIZAR CIRUGIA ESTETICA



MACROPROCESO “G”: REALIZAR CIRUGIA CON TECNOLOGIA DE PUNTA

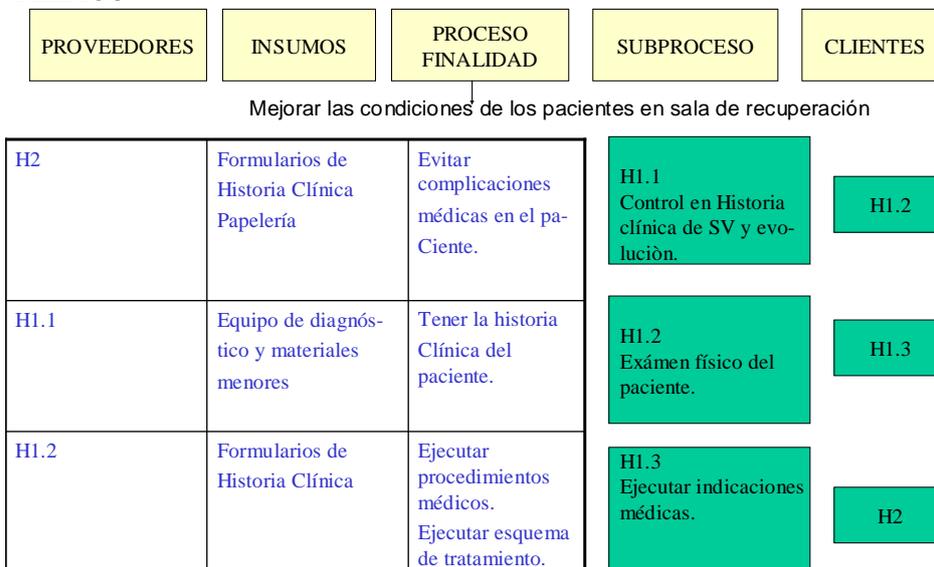


DESCRIPCION DEL AREA



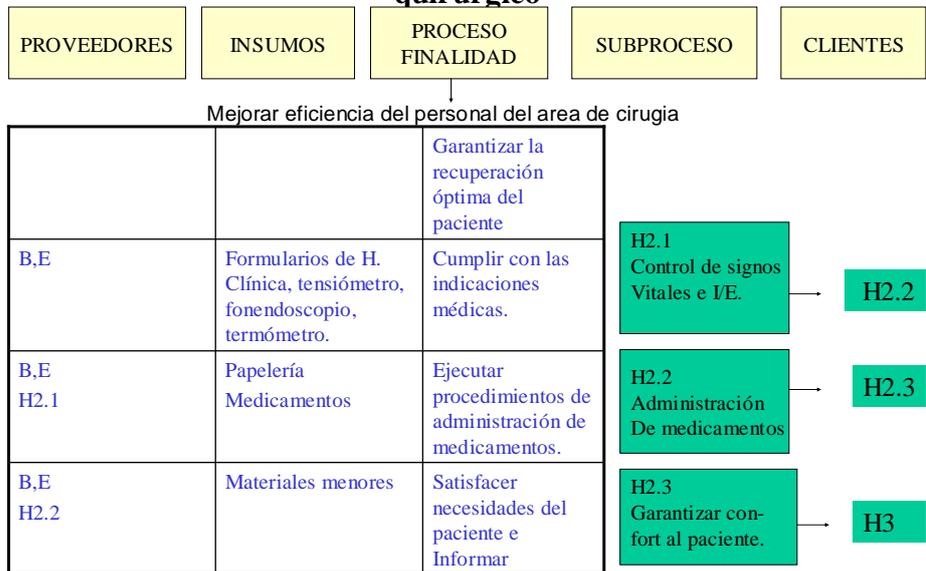
CADENA CLIENTE PROVEEDOR

FINALIDAD "H1": EVALUACION POSTQUIRURGICA POR EL MEDICO



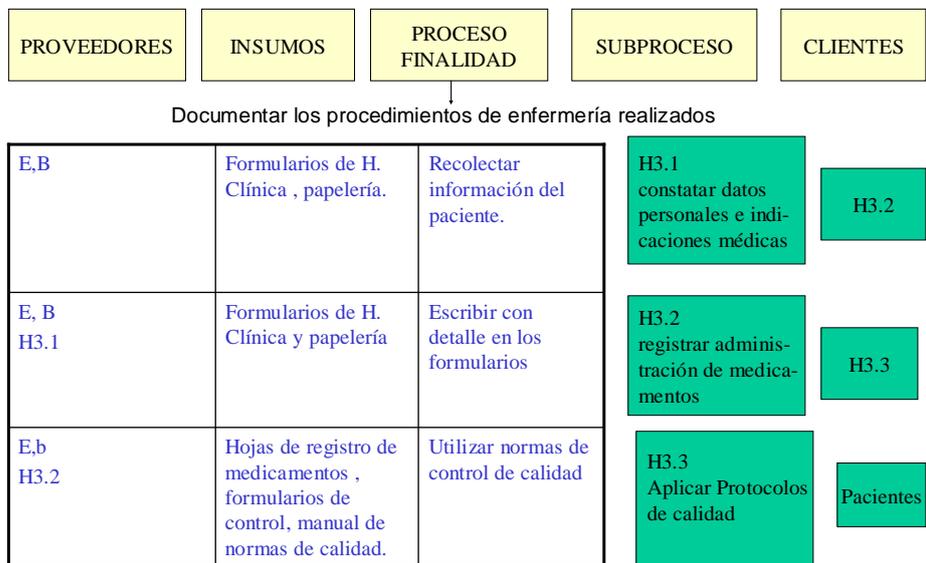
CADENA CLIENTE PROVEEDOR

FINALIDAD “H2”: Ejecutar cuidados de enfermería según plan quirúrgico

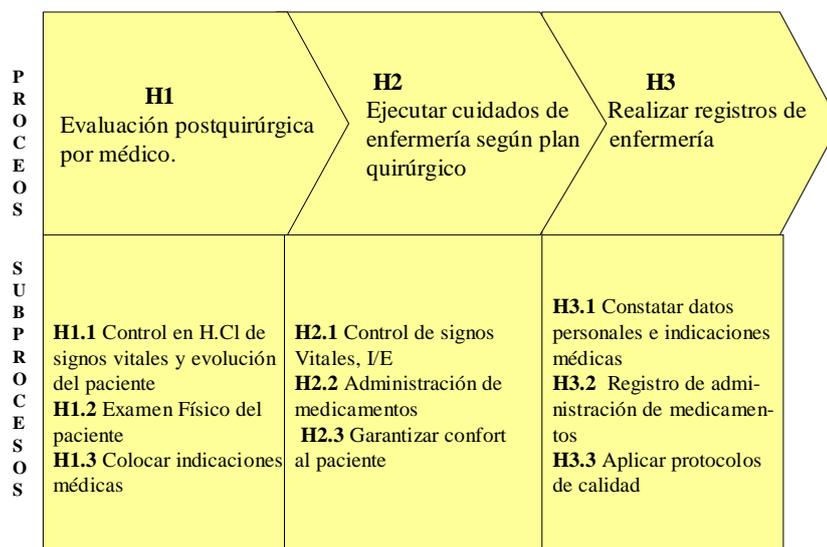


CADENA CLIENTE PROVEEDOR

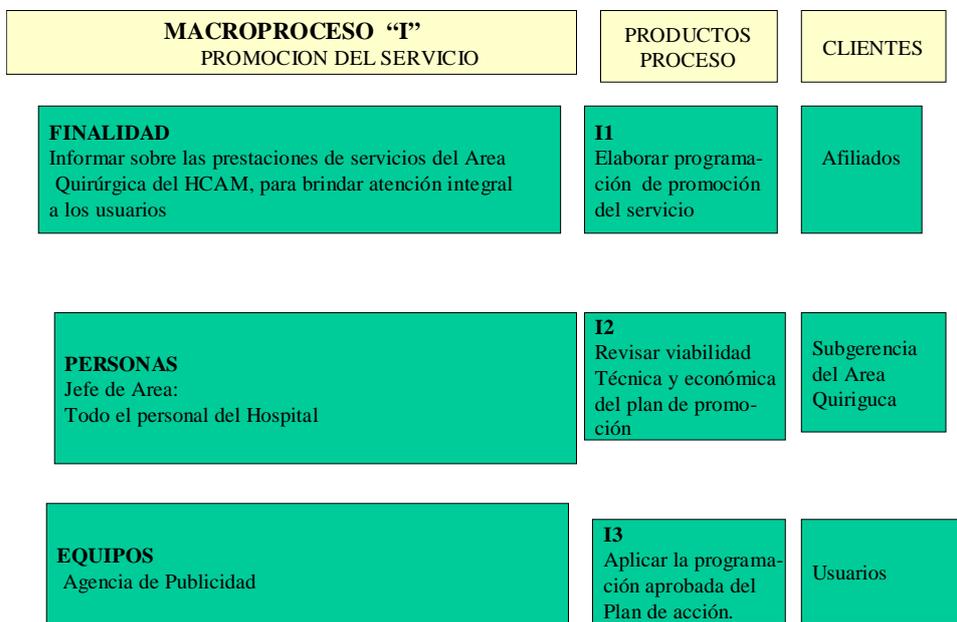
FINALIDAD “H3”: Realizar registros de enfermería



MACROPROCESO “H”: RECUPERACION OPTIMA DEL PACIENTE.

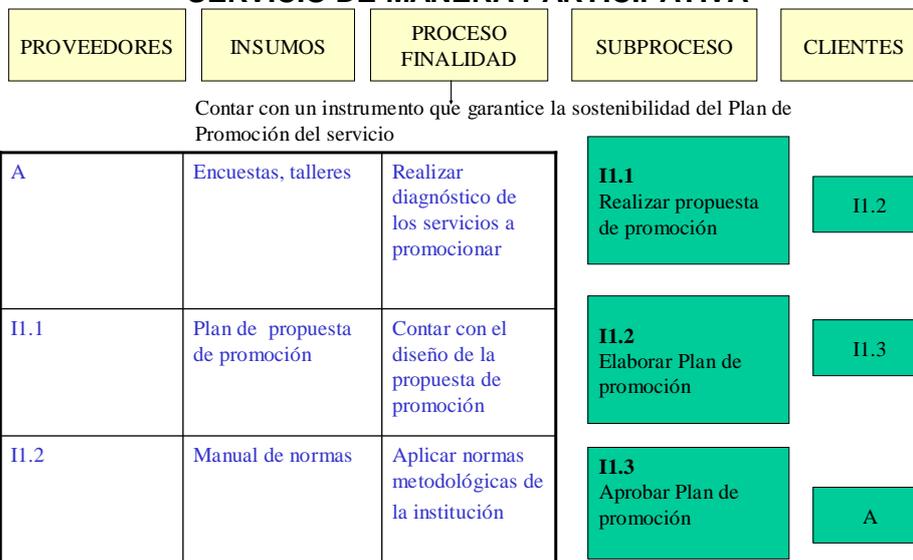


DESCRIPCION DEL AREA



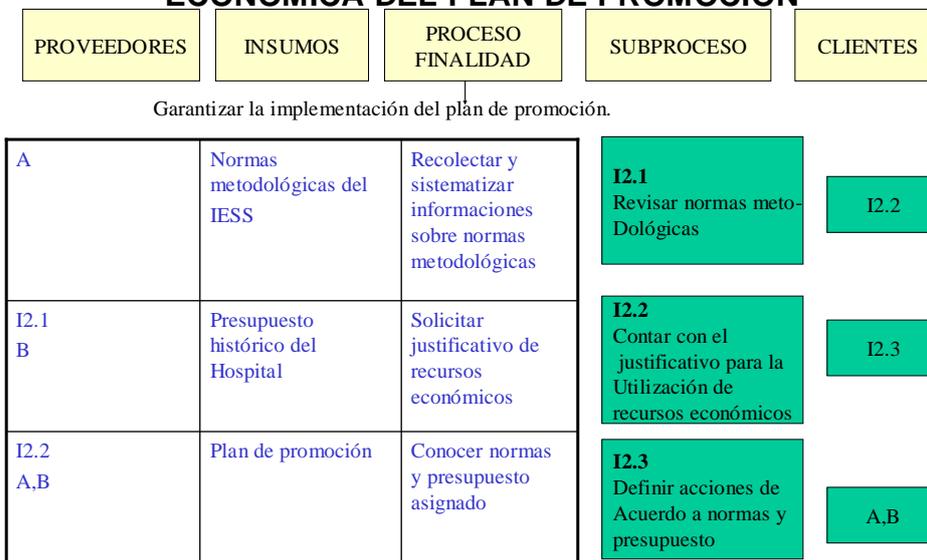
CADENA CLIENTE PROVEEDOR

FINALIDAD "I 1": ELABORAR PLAN DE PROMOCIÓN DEL SERVICIO DE MANERA PARTICIPATIVA



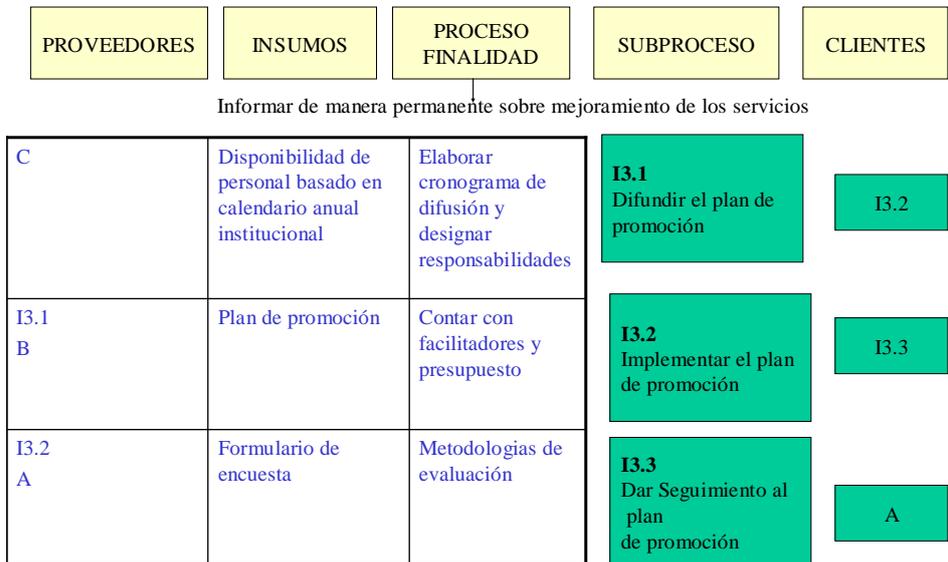
CADENA CLIENTE PROVEEDOR

FINALIDAD "I2": REVISAR LA VIABILIDAD TECNICA Y ECONOMICA DEL PLAN DE PROMOCION

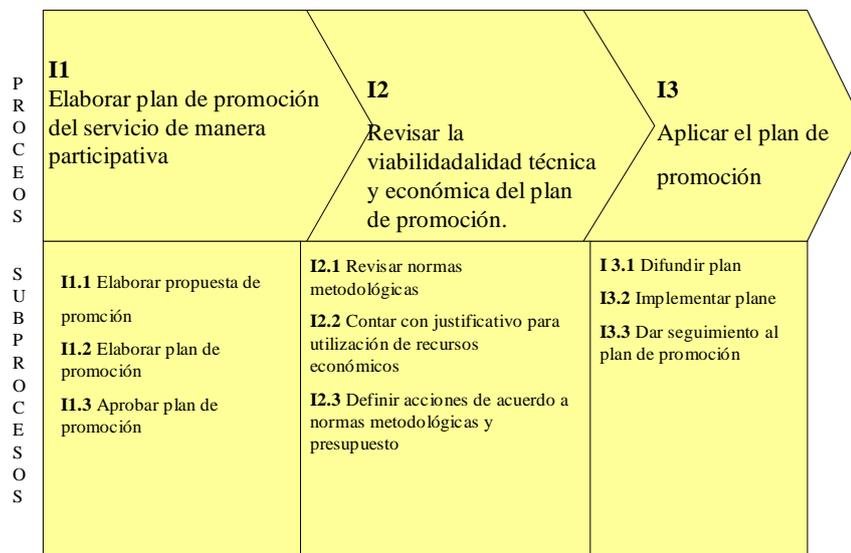


CADENA CLIENTE PROVEEDOR

FINALIDAD “I3”: APLICAR EL PLAN DE PROMOCION



MACROPROCESO “I”: PROMOCION DEL SERVICIO



DESCRIPCION DEL AREA

MACROPROCESO "J" Post servicio seguimiento postquirúrgico. Satisfacción del usuario	PRODUCTOS PROCESO	CLIENTES
FINALIDAD Realizar un seguimiento postquirúrgico de los pacientes, manteniendo un contacto permanente que nos permita solucionar sus problemas y evitar sus complicaciones, lo que confirmará la buena imagen del Hospital	J1 Mantener contacto telefónico con el paciente	Todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente
PERSONAS Médico: Enfermera: Auxiliar de enfermería:	J2 Realizar visita domiciliaria	Todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente
EQUIPOS Equipo de diagnóstico, tensiómetro, fonendoscopio, equipo de curación y retiro de puntos.	J3 Realizar control médico postquirúrgico	Todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente

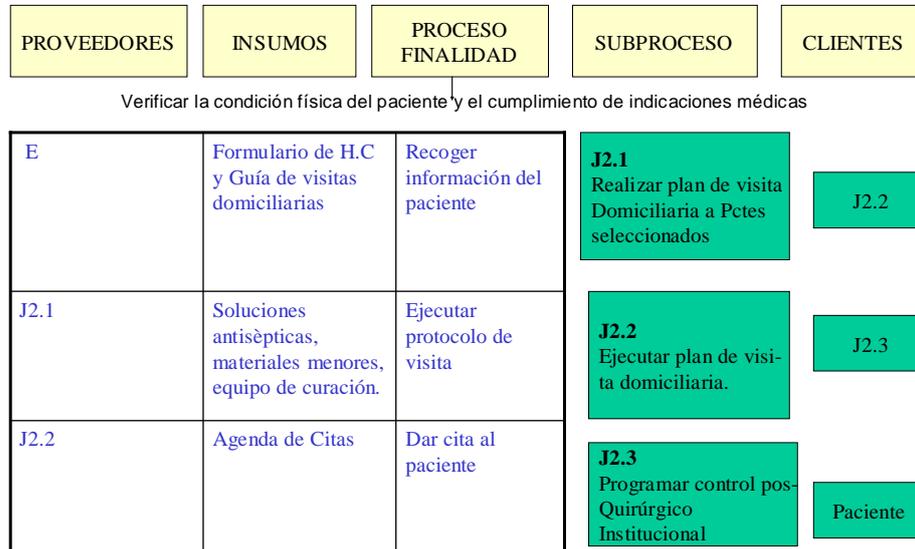
CADENA CLIENTE PROVEEDOR

FINALIDAD "J1": Mantener contacto telefónico con el paciente

PROVEEDORES	INSUMOS	PROCESO FINALIDAD	SUBPROCESO	CLIENTES
Conocer el estado de salud y aclarar dudas, si las hubiere				
E	Archivador alfabético. Guía telefónica	Se busca es expediente del paciente	J1.1 Obtener el número telefónico	J1.2
J1.1 E	Formularios de H. clínica. Papelería	Haber obtenido el número telefónico del paciente	J1.2 Comunicarse y establecer dialogo con el paciente	J1.3
J1.2	Guía de procedimientos, calendario, papelería	Tener conocimiento completo de la H Cl. Y establecer fecha y horario	J1.3 Coordinar visita domiciliaria y responder dudas	Paciente

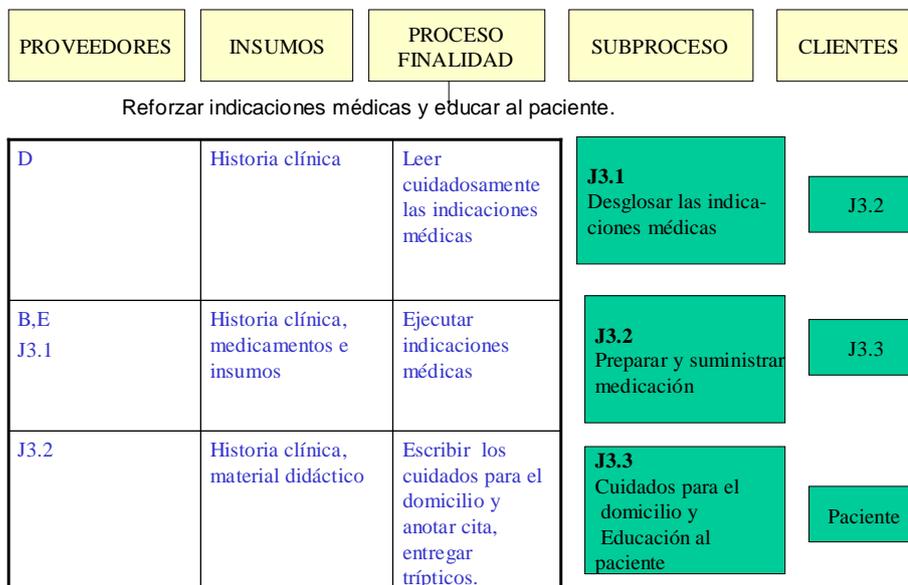
CADENA CLIENTE PROVEEDOR

FINALIDAD "J 2": Realizar visita domiciliaria

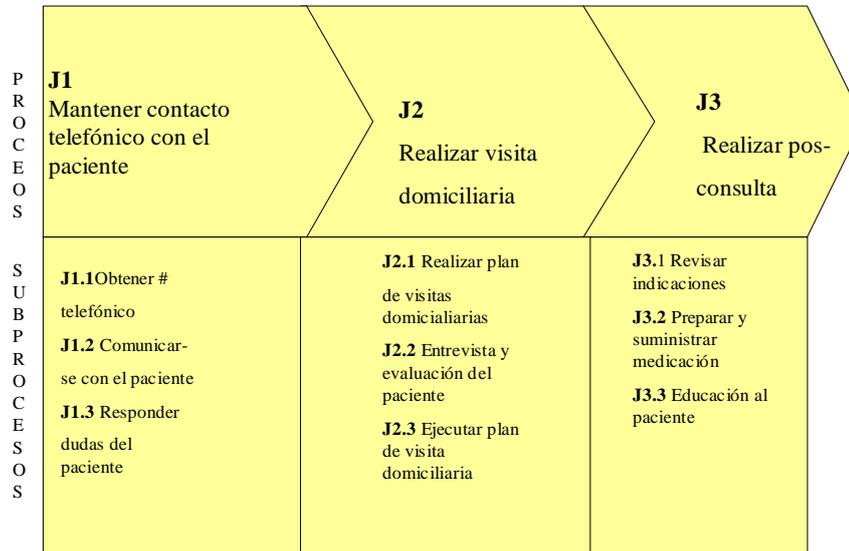


CADENA CLIENTE PROVEEDOR

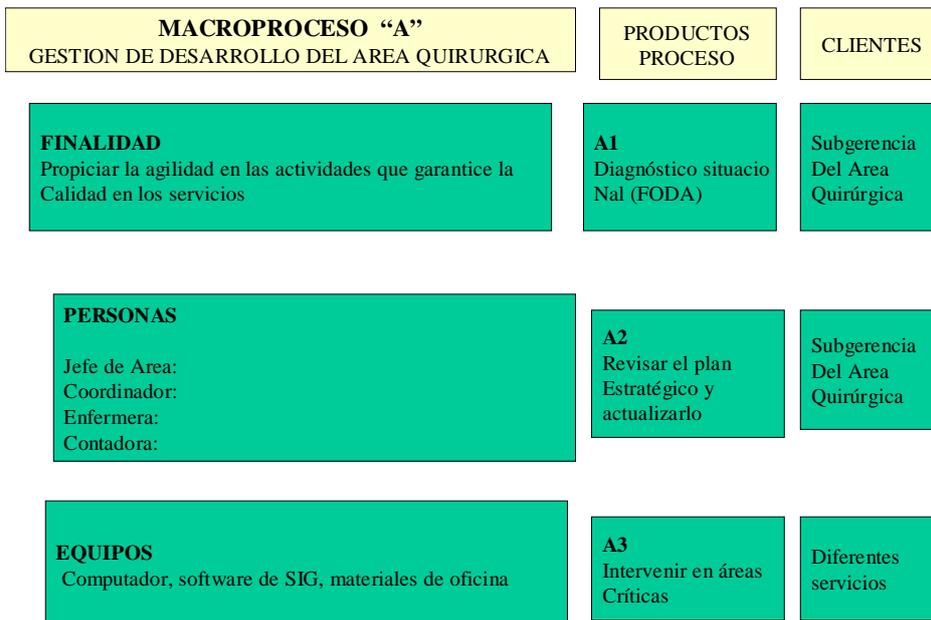
FINALIDAD "J 3": Realizar post- consulta



MACROPROCESO “J”: Post – servicio seguimiento post quirúrgico y satisfacción del usuario



DESCRIPCION DEL AREA



DESCRIPCION DEL AREA

MACROPROCESO "B" ADMINISTRACION DEL PRESUPUESTO DEL AREA QUIRURGICA DEL HCAM	PRODUCTOS PROCESO	CLIENTES
FINALIDAD Optimizar y controlar los recursos asignados al Area Quirúrgica	B1 Diagnosticar necesidades de los servicios	Jefes de servicio
PERSONAS Subgerencia: Dpto. Financiero Enfermera: Contadora:	B2 Priorizar necesidades	Subgerencia Del Area Quirúrgica
EQUIPOS Computador . Software SIG,	B3 Reglamentar sistema de adquisiciones	Subgerencia Del Area Quirúrgica

DESCRIPCION DEL AREA

MACROPROCESO "C" ADMINISTRACION DEL TALENTO HUMANO	PRODUCTOS PROCESO	CLIENTES
FINALIDAD Mantener la capacitación y la motivación continua a todo el personal	C1 Diagnósticar capacidades y destrezas del personal	Subgerencia Del Area Quirúrgica
PERSONAS Recursos humanos del Hospital	C2 Realizar plan de Capacitación del personal	Talento humano
EQUIPOS Computadoras, sistema audiovisual,	C3 Ejecutar el plan	Talento humano

DESCRIPCION DEL AREA

MACROPROCESO "D" DESARROLLO TECNOLÓGICO DE LA INFORMACION	PRODUCTOS PROCESO	CLIENTES
FINALIDAD Contar con un sistema de información completo e Integrado que ayude a agilizar Todos los procesos	D1 Diagnosticar si existe SIG completo	Departamentos del Hospital
PERSONAS Jefe de Area: Administrador: Coordinar:	D2 Implementar el SIG Integrado	Departamentos del SIG
EQUIPOS Software SIG y equipos de computación	D3 Capacitar personal Manejo del SIG	Personal del Hospital

DESCRIPCION DEL AREA

MACROPROCESO "E" ABASTECIMIENTO DE EQUIPOS E INSUMOS	PRODUCTOS PROCESO	CLIENTES
FINALIDAD Contar con todos los recursos para asegurar la prestación del servicio	E1 Identificar necesidades de cada servicio	Servicios del Area Quirúrgica Del Hospital
PERSONAS Administrador: Jefa de Enfermeras: Bodega:	E2 Plantear mecanismos de control de calidad Y procedencia	Usuarios
EQUIPOS Fax, teléfono, vehículo	E3 Revisar asignaciones para adquisiciones	Servicios del Hospital

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OBRANTES, A. La gestión de servicios de salud en América Latina: mitos y realidades. Buenos Aires, Ediciones SALUD, 1998.
2. ALAI, E., CONTRERAS, C., GONZALEZ-PARAMO, J. Y ZUBIRI, I. Teoría de la Hacienda Pública. 1a Ed, Barcelona, Editorial Ariel, 1992.
3. ALMEIDA, C. As Reformas Sanitárias nos Anos 80: Crise ou Transição? Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1995.
4. ALMEIDA, C. Novos modelos de reforma sanitária: Bases conceituais e experiências de mudança. In: Política de Saúde e Inovação Institucional. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz., 1996, pp. 69-98.
5. ALMEIDA, C. Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: Uma análise crítica. Saúde e Sociedade, 1996, 5:3-57.
6. ALMEIDA, C. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: Experiências internacionais e tendências de mudança. Ciência & Saúde Coletiva, 1999, 4:263-286.
7. ALMEIDA, C. Saúde nas reformas contem-porâneas. In: Saúde, Eqüidade e Gênero. Brasília, Editora Universidade de Brasília: ABRASCO, 2000, pp. 61-93.
8. ALMEIDA, C. Saúde e eqüidade nas reformas contemporâneas. Saúde em Debate, 2000, 24:6-21.
9. ALMEIDA, C., TRAVASSOS, C. y PORTO, S. A Reforma Sanitária Brasileira: Em Busca da Eqüidade, Washington, DC: Organização PanAmericana da Saúde. 1999.
10. ALMEIDA, C., BRAVEMAN, P. y MARTHE, R. Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000. Lancet, 2001, 357:1692-1697.
11. ASENJO, M. Las claves de la Gestión Hospitalaria, Ediciones Gestión, Barcelona, 1999. p. 21.
12. ALTIMIR, O. Desigualdad, empleo y pobreza en América Latina: Efectos del ajuste y del cambio en el estilo de desarrollo. In: Pobreza y Desigualdad en América Latina. Buenos Aires, e. Paidós. 1998, pp. 23-54.

13. BARR, N. *The Economics of the Welfare State*. 2nd Ed. Oxford, 1993.
14. BALODANO, A. *Estado, soberanía y políticas públicas en América Latina y Estado, ciudadanía y política social en América Latina*. Caracas, Nueva Sociedad, 1997, pp. 16-66.
15. BANCO MUNDIAL. *El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma*. In: *Economía de la Salud – Perspectivas para la América Latina*. Washington, DC, Publicación Científica 517.: OPS/OMS, 1989. pp. 145-159.
16. BANCO MUNDIAL, *Health Care, Capítulo 3 de Brazil: Social Spending in Selected States*. Washington, 1999.
17. BARQUÍN, M. *Dirección de hospitales*, México, Ed. Interamericana, 1979.
18. BARQUÍN, M. *Dirección de Hospitales. Sistemas de Salud*, México, Editorial McGraw - Hill, 2002.
19. BERMAN, P. Y BIR, A. *Introduction*. Boston, *Rev. Health Sector Reform in Developing Countries*, 1995, p. 1-13.
20. BID (Banco Interamericano de Desarrollo). *América Latina Frente a la Desigualdad*. Washington, 1998.
21. BLANCO, R. Y MAYA, J. *Fundamentos de Salud Pública, Tomo 1. Salud Pública*. CIB. 2000. p 43.
22. BLENDON, R., KIM, M. Y BENSON. *The public versus the World Health Organization on health system performance*. *Health Affairs, Journal*, 2001. 20:10-20.
23. BOBBIO, N., MATTEUCCI, N. y PASQUINO, G. *Dicionário de Política*. 5a Ed., Brasília, Editora da Universidade de Brasília, 1993.
24. *Boletín Mensual del HCAM* . Enero 2004.
25. BORON, A. *Democracia e reforma social na América Latina: Reflexões a propósito da experiencia européia*. Rio de Janeiro, Editora Paz e Terra, 1995, pp.153-184.
26. BOSSERT, T., LARRAÑAGA, O. y MEIR, F. *Decentralization of the health systems in Latin America*. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2000, 8:84-92.

27. BREILH, J. Deterioro de la vida: Un instrumento para análisis de prioridades regionales en lo social y la salud. Corp. Editora nacional, Quito, 1990. p. 23.
28. BREILH, J. Epidemiología: Economía, Medicina y Política, Editorial Fontamara, México, 1987.
29. BREILH, J. Epidemiología Crítica. Lugar Editorial. Buenos Aires, 2003. p. 51.
30. BREILH, J. Nuevos Conceptos y técnicas de Investigación. CEAS, Quito, 1994. p. 239.
31. BROCKA, B. Y BROCKA, S. Gestión de Calidad: Cómo aplicar las mejores soluciones de los expertos, Buenos Aires, Vergara Editor, 1994.
32. BUSTELLO, E. Hood Robin: Ajuste e equidade na América Latina. Planejamento e Políticas Públicas, 1994. 11:4-48.
33. CARVALHO, J. La demografía de la pobreza y el bienestar en América Latina. Desafíos y oportunidades. Buenos Aires, Paidós, 1998, pp. 69-96.
34. CAVAROZZI, M. De la Convivencia a la Desintegración: Ciudadanías y Políticas Sociales en América Latina. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 2001.
35. CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). Transformación Productiva con Equidad – La Tarea Prioritaria del Desarrollo de América Latina y el Caribe en los Años Noventa. Santiago de Chile, 1990.
36. CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). Panorama Social de América Latina. Santiago de Chile, 1993.
37. CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). Impactos de las Tendencias Demográficas sobre los Sectores Sociales en América Latina: Contribución al Diseño de Políticas y Programas. Santiago de Chile, 1996.
38. CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). Panorama Social de América Latina. Santiago de Chile, 1998.
39. CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). Equidad, Desarrollo y Ciudadanía. Santiago de Chile, 2000.

40. CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). Panorama Social de América Latina y el Caribe. Santiago de Chile, 2001.
41. COMINETTI, R. Ajuste fiscal y gasto social. Revista de la CEPAL, vol 54, 1994. P. 47-60.
42. CHIAVENATTO, I. Administración de Recursos Humanos, 2da. Edición, México, McGraw Hill, 1995.
43. Constitución de la República del Ecuador, 2003. p: 94.
44. Cuentas Nacionales de Salud. Informe Final, Ecuador 1987, MSP-INEC-PHR, Marzo 2001
45. Diario El Norte. Ibarra, 13 – marzo – 2004. p. 2.
46. Dirección Nacional de Control Sanitario del MSP, 1999.
47. DOMÍNGUEZ, A. Health Financing in Brazil in the Context of Macroeconomic Adjustment. Reunion of the Federation for International Cooperation of Health Services and Systems Research Centers (FICOSSER), National School of Public Health. Atenas, 2000.
48. DRESSLER G. Administración de Recursos Humanos. México, Ed. Prentice may, 1991.
49. ECHEVERRÍA, R. El proceso de reforma del sector salud en el Ecuador 1992 – 1997. Aportes para el debate, Quito, CEPAR 1997.
50. EOHCS (European Observatory on Health Care Systems) / WHO (World Health Organization). Health Care Systems in Transition – United Kingdom. Copenhagen, 1999.
51. EVANS, P. Embedded autonomy: states and industrial transformation. Princeton, 1995.
52. FERNANDEZ, E., SCHIAFFINO, A., RAJMIL, L., BORRELL, C. Y SEGURA. Desigualdades en salud según la clase social en Cataluña, 1994. Rev. Atención Primaria, vol. 25, 2000, p.96-102.
53. FIGUERAS, J. Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: ¿qué puede aprenderse de la experiencia europea? Gac Sanit vol.16, 2002, p.5-17.
54. FILGUEIRA, C. Y LOMBARDI, M. Social policy in Latin America. Ottawa, ed. Gómez & Torres, 1995. p. 123- 170.

55. FILGUEIRAS, C. Bienestar, ciudadanía, y vulnerabilidad en Latinoamérica. Caracas, Rev. Globalización, Ciudadanía y Política Social en América Latina, 1997. p. 123-147.
56. FILGUEIRAS, C. Bienestar y ciudadanía. Viejas y nuevas vulnerabilidades. Buenos Aires, Rev. Pobreza y Desigualdad en América Latina, ed. Paidós, 1998. p. 147-170.
57. FIORI, J. Sobre a crise contemporânea: Uma nota perplexa. Río de Janeiro, Rev. Síntese Nova Fase, vol. 20, 1993. P. 387-402.
58. FIORI, J. 60 Lições dos Anos 90 – Uma Década de Neoliberalismo. Rio de Janeiro, Editora Record, 2001.
59. FLEITMAN, J. Evaluación Integral, México, McGraw – Hill. 1994.
60. FRENK, J. Dimensions of health system reform. Chicago, Rev. Health Policy, vol. 27, 1994. p. 19-34.
61. FRENK, J. Building on the Legacy: Primary Health Care and the New Policy Directions at WHO. Chicago, 1999.
62. FRENK, J., LONDOÑO, J., KNAUL, F. & LOZANO, R. Los sistemas de salud latinoamericano en transición: Una visión para el futuro. México, Rev. Atención a la Salud en América Latina y el Caribe en el Siglo XXI, 1998. p. 119-156
63. FRESNO, C. Sistemas de Atención de Salud, Revista Cubana de Salud Pública, Ciudad de la Habana, Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, 1996.
64. GEDDES, B. Politician's dilemma: building State capacity in Latin America. Los Ángeles, 1994.
65. GORDON, J. Comportamiento Organizacional, México, Prentice Hall, 1997.
66. GODET, M. Manual de prospectiva Estratégica. Edit Alfaomega-Marcombo, Barcelona, 1993 p 1- 20.
67. GONZÁLEZ, G. Más salud por el mismo dinero. Buenos Aires, Grupo editor latinoamericano, 1997.

68. GONZÁLEZ, G. La política y la gestión sanitaria. Innovaciones en la gestión de los servicios de salud. Buenos Aires, Ediciones ISALUD, 1998.
69. Gran Diccionario Enciclopédico Ilustrado... Plaza & Janes S.A. Editores. Valencia, España.
70. GRINDLE, M. Challenging the State: crisis and innovation in Latin America and Africa. Cambridge, 1996.
71. GÜENDEL, L. Y TREJOS, J. Reformas Recientes en el Sector Salud de Costa Rica. Santiago de Chile, 1994.
72. GUTIÉRREZ, H. Calidad y Productividad, México, Mc Graw Hill, 1997.
73. HARRINGTON, HJ. Mejoramiento de los procesos de la empresa, Bogotá, McGraw - Hill, 1995.
74. HILL, C. Administración estratégica: un enfoque integrado, 3ª. Edición, Bogotá, McGraw Hill, 1996.
75. HOEVEN, R. Y STEWART, F. Social Development during Periods of Structural Adjustment in Latin America. Genova, 1993.
76. HOMEDES, N. Y UGALDE, A. 1999. Condiciones y condicionantes de salud y reforma. Guatemala, 1999.
77. HURST, J. Financing Health Services in the United States, Canada and Britain. London, 1985.
78. IMMERGUT, M. Health politics: interests and institutions in Western Europe. Cambridge, 1992.
79. INEC, Encuesta de Condiciones de Vida 1998 – 1999.
80. ISALUD – OPS. Reforma de los sistemas de salud en América Latina. Informe de investigación. Buenos Aires, 1998.
81. ISALUD. Panorama de la exclusión de la protección social de la salud en América Latina y el Caribe. Buenos Aires, 1999.
82. JAMISON, D. y SANDBU, M. WHO ranking of health system performance. Rev. Science, vol. 293, 2001. p.1595- 1596.
83. JANÉ, E. Sistemas de salud y desarrollo. Quadern CAPS, vol. 28, 1999, p. 7-16.
84. JARAMILLO, I. El Futuro de la Salud en Colombia: la Puesta en Marcha de la Ley 100 (3.ª ed.). Bogotá, 1997.

85. JARAMILLO-PEREZ, I. El Futuro de la Salud en Colombia. Ley 100 de 1993 Cinco años Después. Bogotá, 1999.
86. KAKWANI, N. Measurement of tax progressivity: An international comparison. *Economic Journal*, vol. 87, 1977, p.71-80.
87. KLIKSBURG, B. Desigualdades na América Latina – O Debate Adiado. São Paulo, Cortez Editora, 2000.
88. KOTLER, P. Dirección de Mercadotecnia. Análisis, planeación y control. México, Ed. Diana, 1991.
89. LAUDON, K. LAUDON, J. Sistemas de Información Gerencial, 3ª. Ed. México, Prentice Hall, 2000, p 22-24, 44.
90. LAVADENZ, F. Manual de Vigilancia de la Calidad, La Paz, 1999. p. 1.
91. LE GRAND, J. Health care. London, Rev. The Strategy of Equality, J. Le Grand, ed., 1982, p. 23-53.
92. LENZ, R. Informe de Consultation para el Banco Mundial: Modernización Institucional del IESS. DNMS IESS. Junio 2000. pp 9-10.
93. LEÓN, N. Propuesta de Organización del Sistema Nacional de Salud, CONASA. Quito, 2000.
94. LERER, L. Y MATZOPOULOS, R. The worst of both worlds: The management reform of the World Health Organization. *Rev. International Journal of Health Services*, vol 31, 2001. p. 415-438.
95. LONDOÑO, J. Y FRENK, J. Structured Pluralism: Towards a New Model for Health System Reform in Latin America. Washington, 1995.
96. LONDOÑO, J. Estructurando pluralismo en los servicios de salud. La experiencia colombiana. *Revista de Análisis Económico*, vol. 11, 1996, p .37-60.
97. LONDOÑO, L. Managed competition in the Tropics. *International Health Economics Association Inaugural Conference*. Vancouver, 1996.
98. LONDOÑO, J. Managed Competition in the Tropics?. Ottawa, 1996.
99. LONDOÑO, J. Y SZÉKELY, M. Persistent Poverty and Excess Inequality: Latin America, 1970-1995. Washington, BID, 1997.
100. LONDOÑO, L., FRENK, J. Structured Pluralism: Towards an Innovative Model for Health System Reform in Latin America. *Rev. Health Policy*, vol. 41, 1997, p.1-36.

101. LÓPEZ, O. Gestión de pacientes en el Hospital, Madrid, Editorial Olalla, 1997.
102. MALAGA, H., LATORRE, M., CARDENAS, J., MONTIEL, H., SAMPSON, C., TABORDA, M., GRAN-DADOS, R. Y PASTOR, D. 2000. Equidad y reformas en salud en Colombia. Revista de Salud Pública, vol. 2, 2000, p.193-219.
103. MALAGÓN – LONDOÑO, G. Administración Hospitalaria, Bogotá. Ed. Méd. Panamericana, 2000.
104. MALLOY, J. 1993. Statecraft, social policy, and governance in Latin America. Rev. International Journal of Policy and Administration, vol. 6, 1993, p. 220-274.
105. MARIÑO, H. Gerencia de Procesos, Ed. Alfaomega, 2001.
106. MATA, JE. y MARTOS, EC. "Auditoría Odontológica ". Buenos Aires, ediciones Dunken, 1996.
107. MEDICI, A., LONDOÑO, J., COELHO, O. Y SAXE-NIAN, H. 1997. Managed care and managed competitio in Latin America and the Caribbean. Washington, Rev. Innovations in Health Care Financing, G. J. Schieb, ed., 1997. p. 215-231.
108. MÉDICI, C. El proceso de reforma y regulación en Latinoamérica. VI Jornadas internacionales de economía de la salud. Buenos Aires, 1998.
109. MÉDICI, C. A economia política das reformas em saúde. Porto Alegre, 1998.
110. MELO, N. Y COSTA, M. Desenvolvimento sustentável, ajuste estrutural e política social: As estratégias da OMS/OPS e do Banco Mundial para a atenção à saúde. Sao Pulo, Rev. Planejamento e Políticas Públicas, vol. 11, 1994, p. 50-108.
111. MELO, M. A. As sete vidas da agenda pública brasileira. In: Avaliação das Políticas Sociais: Uma Questão em Debate. São Paulo, Rev. Cortez Editora, 1998, p. 11-28.
112. MEJÍA, B. CAYCEDO, R. Gerencia de procesos, Bogotá, Eco ed, 2000. p.4.
113. MESA-LAGO, C. Desarrollo Social, Reforma del Estado y de la Seguridad Social, al Umbral del Siglo XXI. Santiago de Chile, 2000.

114. Ministerio de Finanzas y Crédito Público: Liquidación presupuestaria 1996, Quito, 1997.
115. MINISTERIO DE SALUD. Ley 100 de 1993. La Seguridad Social en Colombia. Bogotá, 1993.
116. Ministerio de Salud de Costa Rica y OPS. Memoria del Foro. La Salud como Producto Social en el Estado Moderno: su Rectoría. San José de Costa Rica, 1993.
117. Ministerio de Salud de Chile, División de Salud de las Personas, Diseño e Implementación de las Prioridades de Salud. Santiago, 1997.
118. MSP. Gerencia de Hospitales, Sistemas de Salud. Modulo 1. 2003.
119. MSP. Gerencia de Hospitales, Sistemas de Salud. Modulo 2. 2003. p. 74
120. MSP. Gerencia de Hospitales, Sistemas de Salud. Modulo 3. 2003. p. 40
121. MSP. Gerencia de Hospitales, Sistemas de Salud. Modulo 10. 2003. p. 2
122. MSP. Marco General de la Reforma Estructural de la salud en el Ecuador, Quito, 2002. p. 28 – 29.
123. MSP. Plan de Salud – Ecuador. 2000 – 2005.
124. MOLINA, R., PINTO, M., HENDERSON, P. y VIEIRA, C. 2000. Gasto y financiamiento en salud: Situación y tendencias. Revista Panamericana de Salud Pública, vol. 8, 2000, p. 71-83.
125. MURRAY, C. Y LOPEZ, A. Global Comparative Assessment in the Health Sector. Genova: World Health Organization, 1994.
126. MURRAY, C. Y FRENK, J. A WHO frame-work for assessing the performance of health systems. Bulletin of the World Health Organization, vol. 78, 1999, p.717-731.
127. MUSGROVE, P. Health Care and Economic Hardship. World Health, 1984.
128. MUSGROVE, P. Public and private roles in health. Washington, 1996.
129. MUSGROVE, P. Economic crisis and health policy response, 1997.

130. NAVARRO, V. Assessment of the World Health Report 2000. Lancet, vol. 356, 2000, p.1598-1601.
131. OCAMPO, J. Y FRANCO, R. 2000. La Brecha de la Equidad: Una Segunda Evaluación. Santiago de Chile, 2000.
132. OCAMPO, J., BAJRAJ, R. Y MARTIN, J. Una Década de Luces y Sombras: América Latina y el Caribe en los Años Noventa. Santiago de Chile, 2001.
133. OMS. Informe Mundial de la Salud 2000. Sistemas de Salud: Mejorar el Desempeño. Ginebra, 2000.
134. OPS. Salud, Equidad y Transformación Productiva en América Latina y Caribe. Washington, 1994.
135. OPS. Gasto Nacional y Financiamiento del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la Década de los Noventa. Washington, 1995.
136. OPS. La Salud en las Américas. Washington, 1998.
137. OPS. Disparidades de Salud en América Latina y el Caribe. Washington, 1999.
138. OPS/OMS, CDC, CLAISS. Instrumento para la medición de Desempeño de las funciones esenciales de Salud Pública, mayo 2001.
139. ORTUN, V. Innovación en sanidad. Barcelona, 1996.
140. PAALMAN, M., BEKEDAM, H., HAWKEN, L. Y NYHEIM, D. A critical review of priority setting in the health sector: The methodology of the 1993 World Development Report. Rev. Health Policy and Planning, vol. 13, 1998, p. 13-31.
141. PEREIRA, J. La interpretación económica de equidad en salud y atención sanitarias. Madrid, 1988.
142. PLACENCIA, M. Salud para el bienestar y desarrollo en Quito del siglo XXI. Sistemas de Salud del Ecuador, Quito, Edit. Quality Print, 2001. p. 62.
143. PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo), 2001. Relatorio del Desarrollo Humano. Washington, 2001.
144. POSSO, M. Reingeniería Institucional, Quito, 2002.

145. POUILLIER, P., HERNÁNDEZ, P. Estimates of National Health Accounts (NHA) for 1997. Ginebra: 2000.
146. Propuesta elaborada en el CONASA. Junio 2000.
147. RAMÍREZ, C. Fundamentos de Administración, Bogotá, Ediciones ECO, 1993.
148. REICH, M. 1995. The politics of health sector reform in developing countries: Three cases of pharmaceutical policy. Boston, Health Sector Reform in Developing Countries, P. A. Berman, ed., 1995, p. 59-99.
149. RESTREPO, M. La Reforma a la Seguridad Social en Salud de Colombia y la Teoría de la Competencia Regulada. Santiago de Chile, 1997.
150. ROBBINS, S. Comportamiento organizacional. Sexta Edición. Prentice Hall Hispanoamericana S.A. 1994.
151. ROBBINS, S Y DE CENZO, D. Fundamentos de Administración, Conceptos y aplicaciones, México. Ed. Prentice Hall, 1996.
152. RODRIGUEZ, A. Y DURAN, F. Costos e Incentivos en la Organización de un Sistema de Pensiones. Santiago de Chile, 2000.
153. RUBIO, S. "Glosario de Economía de la Salud ". España, edición Diaz de Santos SA.
154. SALTMAN, B. The sad saga of managed care in the United States. Rev. Eurohealth, vol. 4, 1998, p. 35-36.
155. SANTOS, W. A trágica condição da política social. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, Rev. Política Social e Combate à Pobreza, 1998, p. 33-64.
156. SCHIEBER, G. Y MAEDA, A. 1999. Health care financing and delivery in developing countries. Rev. Health Affairs, vol. 18, 1999, p. 193-205.
157. SMITH, J. Pressure power and policy: State autonomy and policy networks in Britain and the United States. Londres: Harvester 1993.
158. SOJO, A. Los compromisos de gestión en salud en Costa Rica com una perspectiva comparativa. Revista de la CEPAL, vol. 66, 1998, p.73-103.

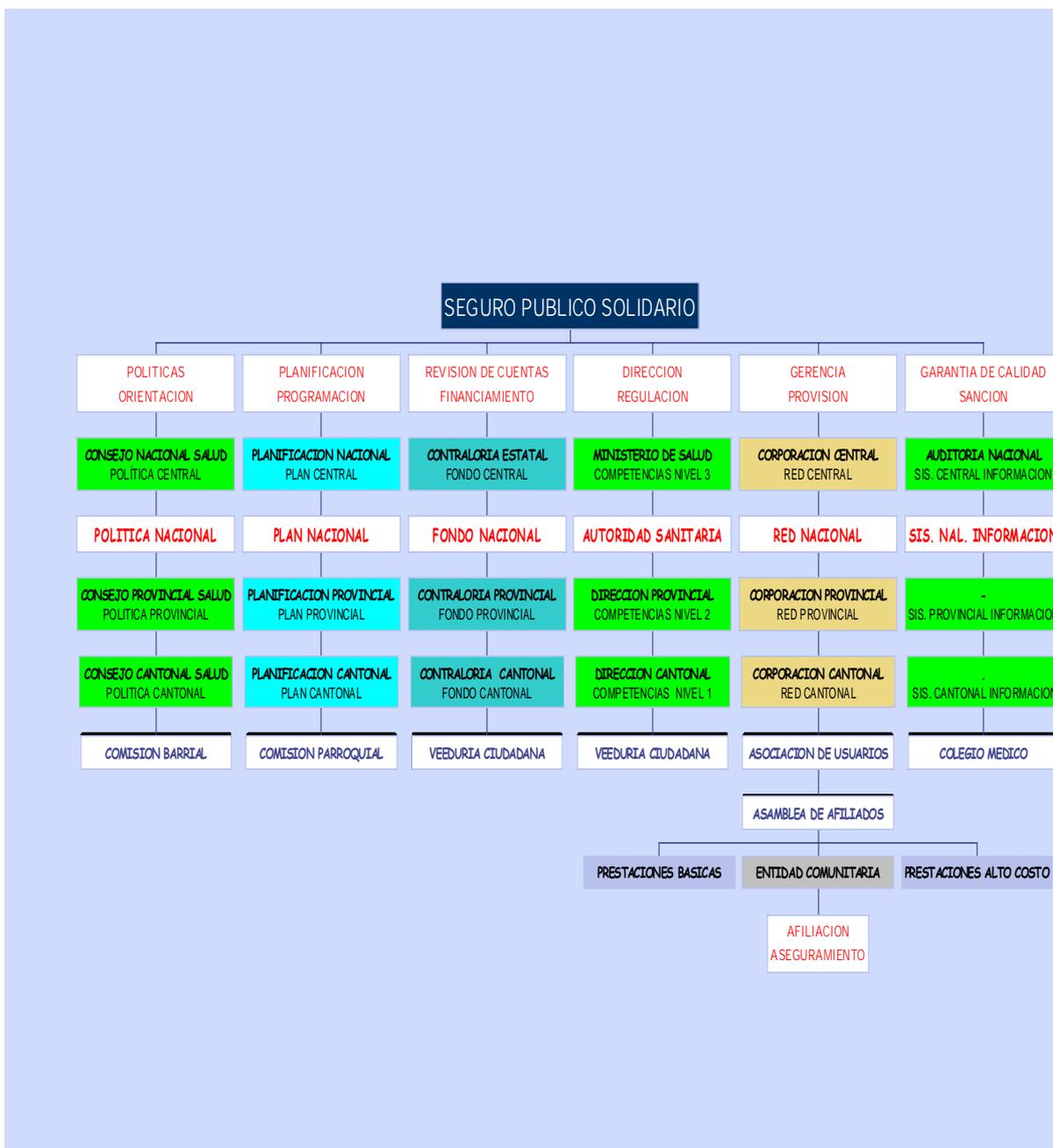
159. SOJO, A. Reformas de gestión en salud en América Latina. Revista de la CEPAL, vol. 74, 2001, p.139-157.
160. SOLIMANO, G., VERGARA, M. E ISAACS, S. Las Reformas de Salud en América Latina: Fundamentos y Análisis Crítico. Santiago de Chile, 1999.
161. SOSA, R. "Cómo lograr la calidad en la Clínica Dental ". Dirección Nacional de Estomatología del Ministerio de Salud Pública de Cuba.
162. STONER, J. y FREEMAN, E. "Administración ". 5ta. Edición; México, Prentice Hall Hispanoamericana SA, 1994.
163. SUAREZ-BERENGUELA, R. Health Inequalities in Latin America and the Caribbean: Findings and Policy Implication. Washington, 2000.
164. SUPERSALUD (Superintendencia Nacional de Salud). Recursos Financieros del Sector Salud. Bogotá, 1996.
165. SZÉKELY, M. The 1990s in Latin America: Another Decade of Persistent Inequality, but with Some-what Lower Poverty. Washington, BID, 2001.
166. TOBAR, F. Modelos de gestión: La encrucijada de la reconversión. Enfoque management, Año V (No. 8. Agosto), 1998, p. 6–14.
167. TOBAR, F. Modelos de gestión, La encrucijada de la reconversión, Año V (No. 8. Agosto), 1999. p. 6–14.
168. TOBAR, F. La reinención de los servicios públicos de salud. Tesis de doctorado. Buenos Aires, 2000.
169. VEGA, M. Administración de Servicios de Salud, Quito, 2002. p. 44.
170. WAGSTAFF, A., van DOORSLAER, E. Y BACI, P. Equity in the finance and delivery of health care: Some tentative cross-Country comparisons. Oxford, 1991.
171. WAGSTAFF, A. Y van DOORSLAER, E. 1992. Equity in the finance and delivery of health care: Concepts and definitions. Oxford, Rev. Equity in the Finance and Delivery of Health Care An International Perspective, A. Wagstaff, E. van Doorlaer, & F. Rutten, ed.,1992, p. 85-103.

172. WHO (World Health Organization). Equity in Health and Health Care. Ginebra, 1996.
173. WHO (World Health Organization). World Health Report, 2000. Ginebra, 2000.
174. WOOLHANDLER, S. Y HIMMELSTEIN, D. The deteriorating administrative efficiency of the US health care system. New England Journal of Medicine, vol. 324, 1991, p.1253-1258.
175. WORLD BANK. Social Spending in Latin America: The Story of the 1980s. Washington, 1990.
176. WORLD BANK. Poverty and Income Distribution in Latin America: The Story of the 1980s. Washington, 1993.
177. WORLD BANK. Implementing the Bank's Strategy to Reduce Poverty. Washington, 1993.
178. WORLD BANK. World Development Report: Investing in Health. Washington, 1993.
179. YAZBECK, A., TAN, P., TANZI, L. Public Spending on Health in the 1980s: the impact of adjustment lending programs. Back-ground paper for the World Bank. World Development Report 1993: Investing in Health. Washington, 1993.

ANEXOS

GRAFICO No 1

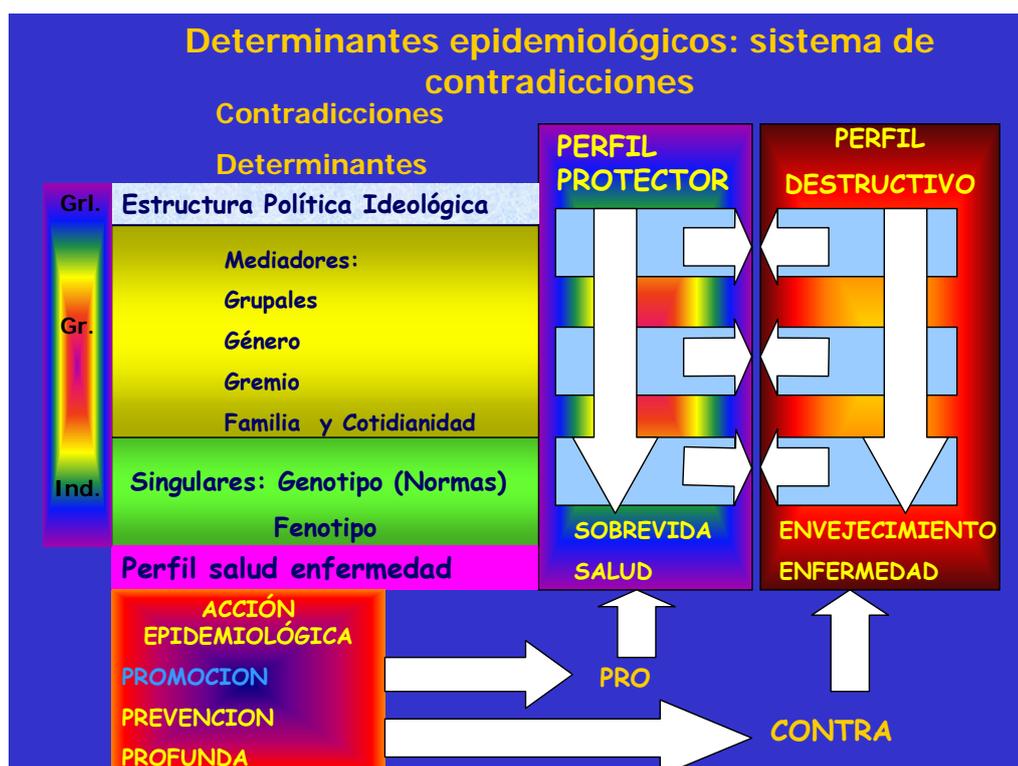
MODELO DE DESCENTRALIZACIÓN



fuente: Dra. Nilhda Villacres

GRAFICO No 2

DETERMINANTES EPIDEMIOLÓGICOS



Fuente: J. Breilh

Cuadro No. 1

Fases de Construcción de la epidemiología crítica

Fases de Construcción de la epidemiología crítica	Rasgos de los Contextos y Procesos Epistemológicos Contra hegemónicos
<p><i>Periodo Formativo (años 70s): Énfasis en la construcción de una objetividad alternativa.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Contexto socio económico: Industrialismo; paridad estratégica de potencias y reconocimiento formal de los derechos económicos y sociales de las clases subalternas.</i> • <i>Contexto Cultural epistemológico: Visión lineal del lineal de ascenso histórico (progreso) permanente y visión Estado – céntrica ; pensamiento crítico monocultural (dialéctica monotípica); preeminencia de mega relato marxista como discurso “matriz” o epicrítico; avance en extensión.</i> • <i>Contexto político: Lucha en frente único; corporativismo.</i>
<p><i>Período de Diversificación (años 80s)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Contexto socio económico: Post industrialismo y recomposición del sistema productivo; ruptura paridad estratégica, e inicio demolición derechos económicos y sociales.</i> • <i>Contexto cultural - Epistemológico: Visión descentralizadora. Agresiva deconstrucción y crisis de maga relato y avance en profundidad.</i> • <i>Deconstrucción y desintegración del sujeto de la emancipación, teórica y práctica.</i> • <i>Contexto político: atomización del sujeto social. Era del movimientismo.</i>
<p><i>Período de Consolidación – praxiológico (años 90s): subjetividad alternativa; intersubjetividad ; praxis meta crítica</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Contexto socio – económico: Crisis de hegemonía.</i> • <i>Contexto cultural – epistemológico Visión multicultural del desarrollo en choque con imposición de versión anglosajona de la cultura “Occidental”. Pensamiento crítico Pluritópico, narrativa meta crítica; desarrollo del marxismo juntó con otras miradas emancipadoras.</i> • <i>Contexto Político: Lucha en bloque, meta crítica social y praxis intercultural.</i>

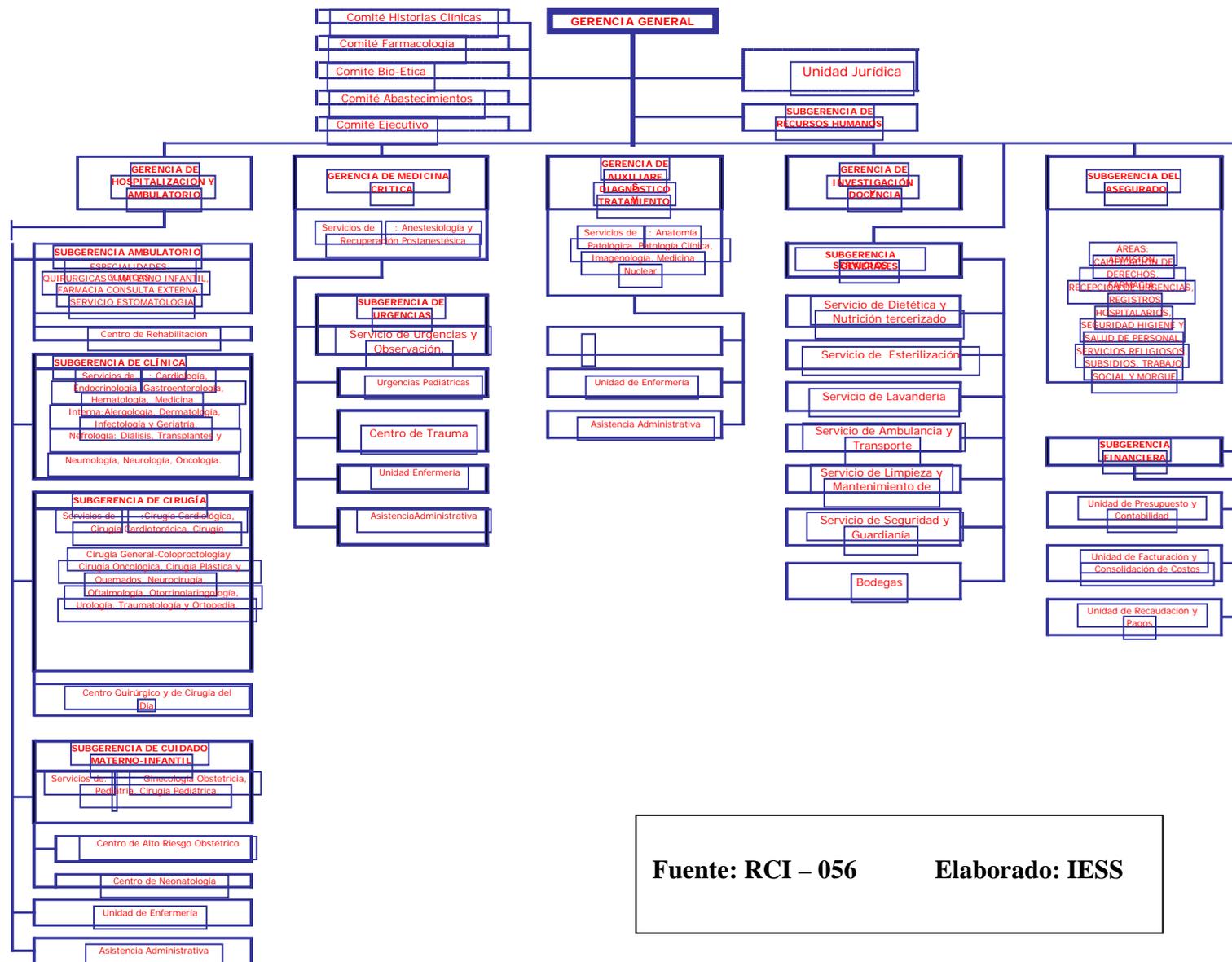
Fuente: Breilh J.: Epidemiología Crítica. Lugar Editorial. Buenos Aires, 2003. pp. 51.

CUADRO No 2
SISTEMAS DE ATENCIÓN

Ítem		IESS	Privado lucrativo	Público (MSP)
Política de Salud		Solo inercia	Si: comercial	Incompleta
Grupo poblacional con derecho potencial		Económicamente productivo, jubilados, voluntarios y campesinos	Todo tipo de población (incluidos los afiliados al IESS)	
Organización Sistémica		Escasa	Ninguna	Mediana
Financiación	Fuente	Cotización mensual. Nada al acto ni directo	Pago al acto, directo o por seguros privados	Estado y pagos parciales directos (co-pago). 1.3%
	% del PIB	1%	2.7%	
Recursos propios e inversión material		Potentes	Relativamente débiles	Potentes
Distribución predominante		Nacional, urbana/rural	En los polos económicos urbanos	Nacional, urbana/rural
Solidaridad		Si, financiera y de riesgo (ii)	No	Si, financiera y de riesgo
Equidad (dentro de cada subsistema)		Si teórica. Defectuosa en la realidad (iii)	No	Si teórica. Defectuosa en la realidad (iii)
Universalidad		No evaluable por definición, porque no se trata de un sistema único		
Prestación	Diagnóstico y tratamiento	Todo lo posible, incluyendo medicamentos	Todo lo posible	Incompleto y parcialmente pagado
	Prevención primaria	Ocupacional, detección selectiva, inmunización	Inmunización, detección selectiva	Inmunización, detección selectiva
	Prevención secundaria	Los cuidados de atención curativa en sí.		
	Prevención terciaria	Fuerte para el medio como rehabilitación individual	Débil Salvo servicios bajo demanda individual	
	Promoción de la Salud	Varios programas focalizados	Marketing variado de propaganda y marketing social	Varios programas focalizados
	Subsidio (enfermedad y embarazo)	Si	Ninguno	

Placencia, M. Sistemas de Salud del Ecuador. Elaborado: Dres Mencías, Narváez, Varela

ORGANIGRAMA GENERAL HOSPITAL "CAM"



Fuente: RCI – 056 Elaborado: IESS

CUADRO No. 3

EVALUACION DEL FACTOR INTERNO

CATEGORÍA	N.	VARIABLE	GRADO			GRADO			IMPACTO					
			FORTALEZAS			DEBILIDADES			POSITIVO			NEGATIVO		
A		B	A	M	B	A	M	B	A	M	B	A	M	B
1.Capacidad gerencial Organizativa	1	Uso de planes estratégicos				6	1	1				X		
	2	Asignación de recursos con base a objetivos	1		1	3	3					X		
	3	Estructura organizativa apropiada (flexible, no burocrática)				6	1	1				X		
	4	Descentralización y delegación (autonomías)	1		2	3	2			X				
	5	Clima y cultura organizativas estimulantes			1	4	3					X		
	6	Estilo gerencial moderno (trabajo en equipo, participativo)			1	4	3					X		
	7	Enfoque administrativo: calidad total, reingeniería, procesos		1		6	1					X		
	8	Desarrollo equilibrado de áreas y coordinación			1	5	1	1					X	
	9	Sistemas de salarios , estímulos e incentivos		1		1	6				X			
	10	Sistema de información y comunicaciones	2	1	1	1	2	1				X		
	11	Administración y desarrollo del personal				4	4						X	
	12	Adaptabilidad a los cambios		1	3	2	2				X			
	13	Proyección de Imagen Corporativa		2	1	1	4							X
TOTAL														
2. Capacidad competitiva y de mercados	1	Mezcla apropiada de productos				1	6	1					X	
	2	Atención a clientes y evaluación al servicio	1		3	4							X	
	3	Segmentación de clientes	1			7						X		
	4	Programa de promoción y publicidad	1	2	5						X			
	5	Participación en el mercado y posicionamiento	2	1	2	2	1				X			
	6	Uso de investigación de mercado	1		2	4		1				X		
	7	Presupuestación y cumplimiento	1	2		3		2					X	
	8	Control de decisiones del mercado y evaluación de costos		1	1	6						X		

	9	Coordinación de producción de ventas	2	1		3	1	1					X		
	10	Medición del potencial del mercado	2	1		4		1					X		
	11	Presencia en los mercados internacionales		1	1	4	1	1				X			
	12	Estructuras de las líneas de servicios			1	7						X			
	13	Personal entrenado y actualizado en ventas	1			6		1				X			
TOTAL															
PROMEDIO															
3. Capacidad financiera	1	Sistema de información contable		2	1	2	3						X		
	2	Sistema de análisis financiero		1		6	1					X			
	3	Sistema de controles internos y auditoría		1	2	5						X			
	4	Proceso de cobro y recaudos por ventas	1		2	3		2					X		
	5	Sistemas de compras e inventarios	1	1	5	1						X			
	6	Estructura de costos por áreas y procesos	3	1		4							X		
	7	Nivel de liquidez	6	1				1	X						
	8	Margen de contribución (% de ingresos para cubrir gastos fijos)	7			1			X						
	9	Capacidad de endeudamiento	6	1				1	X						
	10	Manejo de Tesorería	4	2	2				X						
	11	Administración del presupuesto	1		4	1		2			X				
	12	Capacidad de inversión en nuevos proyectos	2	1	1	4								X	
TOTAL															
PROMEDIO															
4. Capacidad tecnológica	1	Sistemas apropiados de producción		2		6							X		
	2	Actualidad de equipos y software administrativos		1	2	3	1	1					X		
	3	Investigación y desarrollo para nuevos productos/servicios	1	1		2	3						X		
	4	Instalaciones apropiadas para prestación de servicios	3	3	2				X						
	5	Actualidad tecnológica frente al sector	2	4		2				X					
	6	Flujo de operaciones en las prestaciones de servicios		3	3	1	1				X				
	7	Círculos de calidad-equipos de mejoramiento y rediseño		1		2	5							X	
	8	Distribución geográfica de dependencias y plantas	1	3	1	2	1			X					
	9	Flexibilidad de adaptación al cambio tecnológico		4		3	1				X				

	10	Acceso a nuevas tecnologías	2	3	1	1	1			X				
	11	Nivel de costos de subcontratación (personas y servicios)	2		2		1	3			X			
	12	Uso de indicadores de productividad		1		6	1					X		
	13	Proveedores de la empresa	4	1	1	1	1		X					
	14	Sistema de seguridad industrial			4	4							X	
TOTAL														
PROMEDIO														
5. Capacidad del talento humano	1	Nivel académico de talento humano	5	2		1			X					
	2	Experiencia técnica	8						X					
	3	Estabilidad	5	1	2				X					
	4	Rotación	1	2	2		2	1			X			
	5	Ausentismo			4	3	1						X	
	6	Pertenencia		1	2	4		1					X	
	7	Motivación: puntos críticos de contacto con el afiliado	1			5	1	1				X		
	8	Nivel de remuneración	1	2	1	3		1						X
	9	Accidentalidad			2	1	4	1					X	
	10	Retiros	2			1	3	1						X
	11	Índices de desempeño		1	1	4	2						X	
TOTAL														
PROMEDIO														

Fuente: Personal HCAM

Elaborado: Dres Mencías, Narváez, Varela

CUADRO No. 4
EVALUACION DEL FACTOR EXTERNO

CATEGORIA	N	VARIABLE	GRADO						IMPACTO						
			OPORTUNIDADES			AMENAZAS			POSITIVO			NEGATIVO			
			A	M	B	A	M	B	A	M	B	A	M	B	
1.Económicas	1	Inflación	1			7							X		
	2	PIB		2	1	5								X	
	3	Inversión política			2	5	1						X		
	4	Oferta de servicios a más bajo costo y mejor calidad	1	2		4		1						X	
	5	Tasa de desempleo				6	2						X		
TOTAL															
PROMEDIO															
	1	Constitución política	5	3						X					
	2	Normas impuestas	2	3	1			2			X				
	3	Estabilidad política	4		1	3						X			
	4	El Congreso		1		6	1						X		
2. Político-Legales	5	Reforma al Sistema de Seguridad Social			3	5								X	
	6	Descentralización	7	1						X					
	7	Fortalecimiento del Municipio	1	3		2	2					X			
	8	Mayor participación comunitaria	2	3	3						X				
	9	Prioridad al gasto social	3	4	1						X				
TOTAL															
PROMEDIO															
	1		7	1						X					
	2		4	2	1	1					X				
3. Socio culturales	3		1			4	3						X		
	4		1			4	3					X			
	5			2	2	2	1	1				X			

	1	Organizaciones gerenciada como empresas aventajan a otras				6	1	1					X	
6. Competidores	2	Qué tan vulnerables son nuestros competidores a la estrategia c	5	1		1		1	X					
	3	Efecto del contraataque exitoso de nuestra competencia	2		1	2	2	1					X	
	4	Relación del servicio con la competencia	1		2	3	1						X	
	5	Ingreso de nuevas organizaciones a nuestro negocio			1	2	2	2						X
	6	Cambio de posiciones de competidores en últimos años			2	2	2	2					X	
	TOTAL													
PROMEDIO														

Fuente: Personal HCAM

Elaborado: Dres Mencías, Narváez, Varela

DOCUMENTO No 1

Manual de Vigilancia de la Calidad		
Infraestructura		
Grado 1		
1	El policlínico cuenta con agua potable las 24 horas <i>Verificar que exista agua corriente en los grifos del policlínico de cualquier fuente de abastecimiento. Puede también solicitarse la factura mensual de agua o consultar a funcionarios del policlínico</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2	Existen servicios sanitarios con inodoro, lavamanos para el público y personal que se encuentran funcionando y tienen señalización y ventilación adecuada <i>Mediante observación directa, debe constatare su existencia y verificar su funcionamiento. La señalización debe ser visible y fácil de identificar. Los baños deben tener algún sistema de ventilación directa o indirecta, externa o interna.</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3	En los baños del policlínico existen papel higiénico toalla y jaboncillo o se pueden solicitar los mismos en admisión y/o enfermería. <i>Verificar mediante observación directa. Si no existen, debe ser visible algún aviso, en el baño, sus cercanías, admisión o enfermería, que especifique que deben solicitarse.</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4	Las puertas y ventanas están funcionando con seguros y chapas respectivas y sistemas de seguridad en las ventanas, (rejas u otro mecanismo de seguridad). <i>Verificar mediante observación directa y probar el funcionamiento de las chapas y seguros. El mal funcionamiento o la inexistencia de un seguro o chapa, califica no.</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5	En los ambientes del policlínico, el mobiliario, equipo, utensilios y demás artículos se encuentran ubicados funcionalmente, sin que exista improvisación para su ubicación. <i>Verificación por observación en forma directa.</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
6	No existen afiches ni papeles pegados en las paredes, ventanas ni puertas. Existe un panel de afiches y/o estos se encuentran enmarcados <i>Observación directa de todos los ambientes del policlínico</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
7	No se hallan en el policlínico, focos y enchufes descompuestos, quemados o ausentes <i>Revisión directa de los enchufes. Verificar el funcionamiento de las luces, certificando la inexistencia de focos quemados.</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Caja Nacional de Salud - Bolivia		1

Grado 2		
8	La administración del policlínico conoce sus costos de luz, agua y mantenimiento de la infraestructura. <i>Consultar a la Dirección y/o Administración sobre la gestión para conocer los costos de luz, agua y mantenimiento de la Infraestructura.</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
9	Existen ambientes definidos para: información de usuarios, vigencia de derechos, salas de espera, consultorios de medicina familiar y otras especialidades, servicios generales como lavandería, ropería, planchado y depósito, servicios auxiliares como laboratorio, rayos x y espacios definidos para archivos <i>Verificar por observación directa la existencia de estos ambientes. En policlínico donde no existe una función específica como Rx o Laboratorio, estos rubros se eliminarán de la pregunta.</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
10	No existe ningún ambiente improvisado, todos han sido planificados o mejorados para su uso actual y eficiente <i>Solicitar plano original y comparar los actuales ambientes con él. Si hubiese cambios, observar los mismos y analizar si obedecen a mejoras funcionales o no. Si no existe en planos, realizar observación directa valorando la funcionalidad, subutilización o inutilización de ambientes o la existencia de ambientes con múltiples funciones no vinculadas. Si existe señalización, es importante que la misma esté directamente relacionada con el ambiente que indica. Si el letrero es diferente al ambiente, puede indicarse mal uso del mismo y debe verificarse el uso actual.</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
11	La iluminación natural de todos los ambientes del policlínico es suficiente para las actividades diarias corrientes; la temperatura y ventilación son adecuadas <i>En la valoración de la luz natural no debe realizarse esfuerzos para ver. La temperatura y la ventilación es importante que sean adecuadas, sobre todo en los ambientes de examen médico. Los ambientes fríos pueden ser mejorados en su temperatura con medios artificiales como estufas que se encuentren en funcionamiento. La ventilación adecuada debe permitir una renovación de aire en forma continua</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
12	La instalación eléctrica se encuentra funcionando con interruptores y tomas de corriente en buen estado <i>Realizar verificación directa. No deben existir tomas de corrientes sin protector</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
13	El ambiente especial y/o auditorio se usa al menos 2 veces por semana por el público y el personal <i>Debe existir un libro en el que se registren todas las reuniones, con firma, fecha y responsable de manera regular. Se verificará el estándar en el libro de registro de reuniones</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Caja Nacional de Salud - Bolivia		2

14 Tres usuarios(as) consultados(as) manifiestan que la infraestructura es confortable y agradable

SI **NO**

Una rápida consulta con tres usuarios(as) debe permitir certificar que existen condiciones básicas adecuadas en la infraestructura, especialmente en la sensación de bienestar que proyecte y produzca la misma.

15 Las pinturas interna y externa del policlínico se hallan en buen estado, son agradables, y no se encuentran goteras ni filtraciones

SI **NO**

Al calificar el estado de la pintura externa, no debe tomarse en cuenta graffiti que supere el estuero institucional de adecuada conservación del policlínico. Es recomendable que la pintura externa en todos los policlinicos sea del mismo color, proyectando una imagen institucionalizada. Se debe considerar "agradable" a la pintura interna por la adecuada combinación de colores de los ambientes. Es recomendable que estos sean colores recomendados por la Federación Internacional de Hospitales, de tonos pasteles, cálidos, con sensación de "limpio", que son utilizados regularmente. Las goteras y filtraciones requieren observación directa enfatizándose la detección de humedad en las paredes o cielos rasos. Puede consultarse al personal si existen goteras o filtraciones.

Grado 3

16 Existen servicios sanitarios e ingresos apropiados para discapacitados con rampas y pasamanos

SI **NO**

Observación directa de ingresos y baños. En éstos es importante que al menos exista una puerta de ingreso amplia, que permita pasar sin dificultad una silla de ruedas y en el horario un agarredor y/o punto de apoyo.

17 La consulta externa dispone de ambientes separados, con privacidad y confidencialidad. En el consultorio ginecológico se dispone de un baño o acceso cercano a uno.

SI **NO**

Verificar por observación directa. Se entiende por confidencialidad, la posibilidad de sostener una conversación a puerta cerrada, sin que esta se escuche o que en el ambiente privado no se observe a las personas libremente.

18 Existen ambientes de esparcimiento y distracción innovativos en el policlínico para los usuarios y el personal

SI **NO**

Ambientes de esparcimiento e innovativos son aquellos que permiten módulos o sillas pequeñas para niños, juegos, pequeños parques de recreo, espacios de lectura con folletería adecuada, jardines interiores y otras modalidades más sencillas, que permitan satisfacción del usuario.

19 Existe un auditorio o ambiente especial destinado a actividades de educación continua y educación para la salud

SI **NO**

Verificar por observación directa

20 Cuenta el policlínico con un plan de urgencias en infraestructura en caso de desastre

SI **NO**

Revisar y verificar la existencia del plan, el mismo que al menos debe incluir objetivos, responsables, plan de acción operativa. El plan debe contar con direcciones y teléfonos de los responsables directos o alternativos.

21 En consulta a tres funcionarios (as) del policlínico, todos aprecian la infraestructura como adecuada y renovada para el desempeño de sus labores

SI **NO**

Realizar rápida consulta con tres funcionarios (as) al azar, en lo posible de diferente función

22 Tres usuarios(as) consultados(as) manifiestan que la infraestructura brinda la sensación de bienestar.

SI **NO**

Consulta a tres usuarios(as)

23 El policlínico realiza consultas permanentes y aplica sugerencias de confort y mejoras de infraestructura de los usuarios(as), las mismas que se pueden certificar

SI **NO**

Verificar en cuaderno de sugerencias o actas de reunión, si existiese alguna sugerencia recibida al confort, certificar la misma con las modificaciones. Si no existiese buzón de quejas, debe verificarse algún sistema de consulta que haya realizado el policlínico sobre el punto. Si no existiese en sugerencias a pesar del uso de cualquier de los dos medios, la pregunta puede ser otorgada como válida.

Información y Señalización

Grado 1

- | | | | |
|----------|--|-----------|-----------|
| 1 | Existe en el policlínico un responsable específico de la información que está identificado y que se encuentra permanentemente en un lugar visible al usuario(a) en los horarios de atención.
<i>Verificar que el responsable exista, consultando al director o administrador. Certificar desde el comienzo de la evaluación que se halla permanentemente en un lugar visible. Preguntar al responsable su horario de trabajo y responsabilidades.</i> | SI | NO |
| 2 | El policlínico cuenta con letreros referenciales informativos de sus servicios en puntos estratégicos del propio centro.
<i>Verificar por observación directa si existen letreros o paneles informativos que expliquen horario de atención, listado de profesionales que trabajan en el policlínico, listado de especialidades, consultorios y otra información en puntos estratégicos del mismo.</i> | SI | NO |
| 3 | En un recorrido la(él) usuario(a) identifica con facilidad desde el ingreso hasta la salida la ubicación de cada uno de los consultorios y demás dependencias.
<i>Efectuar un recorrido desde el ingreso, guiado por las propias flechas de señalización, letreros y otros, hasta la salida. Deben identificarse con claridad todos los ambientes. Es fácil orientarse en el policlínico.</i> | SI | NO |
| 4 | Existe un sistema de sugerencias y quejas del usuario(a) con buzón y/o libro de quejas, cuyos afiches son visibles y explicativos en los ambientes de espera y consultorio.
<i>Verificar que el buzón y/o libro de sugerencias, así como los letreros y afiches estén en lugares visibles del policlínico.</i> | SI | NO |
| 5 | El libro o buzón de sugerencias es revisado en forma semanal por el comité de análisis del Policlínico y se intenta corregir errores y adoptar sugerencias suscribiéndose un acta de compromisos.
<i>Revisar fechas y resúmenes de las reuniones de revisión, así como actas de la reunión. Revisar (si existe) libro de sugerencias y si las recomendaciones o sugerencias de los usuarios, se han establecido o considerado en el policlínico.</i> | SI | NO |
| 6 | Todo el personal utiliza una placa identificativa clara y visible.
<i>Verificar por observación directa y consulta a tres funcionarios.</i> | SI | NO |

Grado 2

Caja Nacional de Salud - Bolivia

5

- | | | | |
|-----------|--|-----------|-----------|
| 7 | Existen afiches, visibles, enmarcados, donde se explican programas y servicios del policlínico y derechos de los usuarios con lenguaje claro y que permiten información y educación permanente.
<i>Verificar por observación directa. Debe existir al menos un afiche explicativo de los derechos del usuario.</i> | SI | NO |
| 8 | Existen medios de información, con unificación y educación como rotafolios, gráficos, material educativo y otros de manera permanente y visible en los ambientes de espera.
<i>Verificar por observación directa.</i> | SI | NO |
| 9 | En una muestra de tres usuarios (as), estos (as) han recibido y comprendido sin dificultad, los servicios, horarios de atención y mensajes educativos del servicio por los medios existentes.
<i>Consultar con tres usuarios (as) al azar que hayan leído los mensajes y que al terminar su consulta, comprendieron lo leído. Preguntar también si los mensajes son claros y sencillos.</i> | SI | NO |
| 10 | Existe un reglamento interno para el personal del policlínico que es específico las características del trato al usuario(a) e incluye normas sobre las conductas e interacción con éstos.
<i>Verificar la existencia de este documento con el Director y revisarlo, el mismo debe incluir al menos, normas sobre el trato al usuario y sugerencias y principios de una óptima relación con los asegurados. Debe verificarse el reglamento con tres funcionarios (as).</i> | SI | NO |
| 11 | Existe un comité de análisis responsable de las sugerencias y quejas del usuario(a), con capacidad de resolución de las mismas y al cual se puede acudir en cualquier ocasión. Se reúne al menos una vez por mes.
<i>Debe verificarse el acta de constitución del comité, sus miembros y las actas de reuniones del mismo.</i> | SI | NO |
| 12 | Usando el Sr. o Sra. la (el) recepcionista saluda claramente al usuario(a), hace contacto visual con él (ella) y saludando(a) en su propia manera personal le brinda la información requerida.
<i>Observación directa de tres usuarios (as) que consultan en recepción.</i> | SI | NO |

Grado 3

- | | | | |
|-----------|---|-----------|-----------|
| 13 | El policlínico ha realizado una planificación comunicacional de IEC que precisa los mensajes que requiere la audiencia y los segmentos poblacionales que acuden al servicio. Tiene material que difunde los mensajes.
<i>Verificar el documento de planificación comunicacional de información, educación y comunicación (IEC). Debe tener al menos, definición de públicos, mensajes y segmentación de audiencias. El material de difusión debe estar realizado en función de los mensajes.</i> | SI | NO |
|-----------|---|-----------|-----------|

Caja Nacional de Salud - Bolivia

6

14	En consulta a tres usuarios(as) la información mural, así como la información solicitada a los funcionarios(as) del policlínico fue suficiente y facilitada a satisfacción del (a) cliente y de los (las) solicitantes <i>Consulta con tres usuarios al azar. Los comentarios deben ser favorables</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
15	Se cumplen al menos dos actividades de la planificación comunicacional. <i>Verificar el cumplimiento de las mismas en hojas de monitoreo o algún otro medio de registro</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
16	Existe un sistema de visitas a domicilio y/o comunidad que en forma regular con medios escritos y gráficos anuncia los beneficios y prestaciones del policlínico <i>Ver registros en cuadernos que certifiquen las visitas</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
17	El policlínico cuenta con un comité propio con participación de usuarios (as) que en forma regular sistematiza las quejas y sugerencias al policlínico y participa en las reuniones que buscan solucionar o mejorar la atención. El Comité supervisa el acta del buzón de sugerencias <i>Verificar la existencia de un acta de constitución del Comité. Así como actas de sus reuniones en las que se certifique que se revisa el buzón de sugerencias</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
18	El usuario (a) encuentra en el policlínico un servicio que le proporciona en forma oportuna y completa la información que requiere. <i>Consulta a 3 usuarios (as)</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Limpeza y Mantenimiento

Grado 1

1	Existe un manual de procedimientos y funciones de limpieza que conoce el personal <i>Verificar la existencia del manual, que debe contener al menos: objetivos, funciones y responsables de la limpieza. Debe preguntarse a los funcionarios (as) de limpieza si conocen y usan de manera regular el manual.</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2	El centro dispone en forma permanente de material de limpieza como esoba, jabón, detergente, bolsas plásticas y basureros <i>Consultar con el personal de limpieza y con administrativos si cuentan con el material y si cuentan con él la semana anterior</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3	Existe un programa de capacitación para el personal de limpieza sobre la correcta utilización de los desinfectantes y procedimientos de limpieza <i>Verificar si existe algún programa y si se realiza alguna capacitación y/o está programada. Consultar sobre el (a) responsable de la capacitación para el personal de limpieza.</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4	Está definida la responsabilidad de supervisión de la limpieza del policlínico en forma escrita a cargo del (a) administrador (a) como responsable <i>Verificar en el manual quien es el responsable y si conoce su responsabilidad.</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5	Están definidos los (las) funcionarios(as) encargados(as) de limpiar el policlínico de manera total al menos una vez a la semana en horarios que no sean de atención médica <i>Consultar si realizaron esta función la semana anterior y verificar en el manual de limpieza.</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
6	Todos los pisos son limpiados dos veces al día, con jabón y/o detergente o lavandina. Existe prohibición de barrido en seco, excepto casos especiales como consultorios, circulación del público o pisos especiales. <i>Verificar por observación directa y consulta a funcionarios (as) del policlínico y responsables de la limpieza cómo y con qué realizan la misma</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
7	En observación al policlínico, no se halla en el perímetro de sus instalaciones basura acumulada <i>Si el perímetro depende o está dentro los predios del policlínico. Se deberá considerar cuidadosamente la respuesta negativa si el perímetro es público o corresponde a calles o avenidas de importante circulación</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

8	El personal del policlínico dispone de baños accesibles y limpios. <i>Observación directa</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
9	La provisión de ropa de trabajo y uniformes del personal, como su descontaminación y lavado están a cargo del establecimiento, a través de un servicio propio o contratado. La reposición de ropa sucia ocurre oportunamente. <i>Verificar con administración. Si está contratado, solicitar el contrato. Consultar con los funcionarios (a)s a cargo, si la recepción de ropa después de lavada es oportuna.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
10	En consulta a tres usuarios (as) ninguno se queja de los servicios sanitarios después de su uso, estos se encuentran apreciativamente limpios. <i>Consulta al azar, sus apreciaciones deben ser positivas.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
11	En el interior del policlínico, no existe basura acumulada. <i>Verificar su no acumulación por observación</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Grado 2			
12	Cuenta con un (a) responsable de limpieza y los procedimientos están normalizados, incluyendo el uso de desinfectantes. Existen normas para el tratamiento de elementos o excretas potencialmente contaminantes (hepatitis B, SIDA, salmonelosis). <i>Verificar el manual y los puntos planteados. Consultar el procedimiento que emplea el (a) responsable de limpieza para la eliminación de los elementos mencionados.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
13	El personal conoce que el policlínico ha definido conjuntamente con los servicios técnicos de la institución el plan de mantenimiento preventivo y reparativo así como su periodicidad. Se conoce cuales son las reposiciones que se deben hacer. <i>Verificar documentos escritos sobre el punto. Solicitar lista de la próxima reposición.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
14	Se conoce semanalmente qué reposiciones deben hacerse de focos, vidrios y otros materiales y estos se realizan en un lapso no mayor a una semana a su rotura (revisar formularios de pedidos y entrega escritos). <i>Revisar formularios de pedidos y entrega.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
15	Se puede apreciar y verificar que se desempolvan y limpian paredes y muebles del policlínico al menos una vez al día. <i>No debe encontrarse polvo en los muebles, especialmente en las superficies superiores.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
16	Verificar las actividades de supervisión de las normas de limpieza por el (a) epidemiólogo (a) y/o comité de infecciones. <i>Conversar con el (a) epidemiólogo (a) su plan de supervisión o con el responsable del comité de infecciones.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

17	El personal del policlínico dispone de agua caliente y fría especialmente en ambientes de laboratorio, esterilización y dental. <i>Verificar por observación y prueba directa.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
18	Existen sabanillas y batas limpias para usuarios(os) en cantidad suficiente para ser cambiadas a requerimiento. <i>Verificar en los consultorios y con enfermería.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
19	Cada miembro del personal tiene archivada una ficha clínica donde se registran los resultados de controles y novedades de salud ocurridas en relación a enfermedades infectocontagiosas. <i>Revisar 3 fichas al azar y verificar los controles realizados. Consultar a 3 funcionarios (a)s cuando se les hizo el control.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
20	Los pisos, techos, estructura física, puertas y ventanas de la infraestructura son revisados periódicamente al menos una vez al año para efectuar reparaciones y corregir posibles problemas. <i>Ver registro de la última visita y consultar sobre reparaciones en el último año.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
21	Los lavamanos e inodoros para el público y el personal son limpiados al menos dos veces por día con detergente y descontaminados una vez al día con lavandina. <i>Consultar a tres miembros del personal y observación directa.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
22	No existe quejas por dotación de insumos de limpieza básicos, como jaboncillo, papel higiénico, toallas, lavandina y guantes domésticos. <i>Consulta directa al azar tres miembros de personal. El promedio de la dotación debe haberse entregado de manera regular.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Grado 3			
23	El comité de infecciones del policlínico y/o un (a) epidemiólogo (a) participa activamente en la elaboración y supervisión de las normas de limpieza. <i>Consultar con el (a) epidemiólogo (a) o jefe (a) del comité su ritmo de reuniones con el policlínico.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
24	Existe un mantenimiento preventivo de todas las instalaciones sanitarias. Los residuos sólidos son identificados, reciben un tratamiento diferenciado y se almacenan en un área específica previamente determinada. <i>Verificar primero en el manual y luego consultar los procedimientos con el personal de limpieza.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
25	La basura es recogida de acuerdo a procedimientos escritos según riesgos de contaminación en bolsas de polietileno al menos una vez al día y es eliminada oportunamente. <i>Verificar la existencia de estos procedimientos y consultar cómo y la frecuencia con que se elimina la basura con el personal de limpieza.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

- 26** En consultorios, salas de espera, descanso de médicos y otros ambientes se exhiben instrucciones sobre los riesgos del contacto con enfermedades contaminantes y las precauciones de bioseguridad que se deben adoptar.

SI **NO**

Verificar por observación directa

11

Equipamiento

Grado 1

- 1** En el consultorio de medicina familiar y medicina general existen: mesa de examen, 2 sillas, 1 escritorio, balanza y tallímetro, pinard, tensiómetro, fonendoscopio, 2 termómetros, pantoscopio y negatoscopio. **SI** **NO**
Verificar por observación directa.
- 2** La sala de espera es adecuada en mobiliario y permite un mínimo de comodidad a los (as) usuarios (as). **SI** **NO**
Observación directa.
- 3** Existen estrategias y procedimientos escritos a seguirse en el caso de fallas de equipos, especialmente de la cadena de frío, y poupinell. **SI** **NO**
Revisar las estrategias y procedimientos en forma escrita y verificar que se encuentren colocadas en los propios equipos o cerca de ellos y la ubicación sea conocida por los responsables.
- 4** Existe un procedimiento en el policlínico para detectar equipos obsoletos, técnica antigua, ausencia de repuestos y otros factores, así como del instrumental y equipo y gestionar su descarte. **SI** **NO**
Verificar el documento escrito. Consultar si se alda de baja recientemente algún equipo.
- 5** El 100% de funcionarios (as) a cargo o en relación de los equipos, conoce que existen normas escritas y sabe como proceder en el caso de fallas de los mismos. **SI** **NO**
Verificar con 3 funcionarios (as) del servicio. Consultar con alguno el procedimiento que se sigue de presentarse alguna falla.

Grado 2

- 6** En la sala de espera el usuario(a) puede contar con material o equipo educativo para la salud (tv y video) que se encuentran funcionando permanentemente. **SI** **NO**
Verificar en forma directa.
- 7** Existe un inventario de todo el equipamiento del Policlínico donde se indica la cantidad y su ubicación. En el inventario se detalla el estado del mismo. **SI** **NO**
Verificar la existencia del documento del inventario y seleccionar 3 ítems al azar, para confirmar su existencia y ubicación.

12

- 8** En el consultorio de pediatría existe al menos 1 mesa de examen, 2 sillas, 1 escritorio, balanza pediátrica, infantómetro, cinta métrica, fonendoscopio, tensiómetro, otoscopio, 2 termómetros y juguetes.
Verificar por observación directa. SI NO
- 9** El consultorio de gineco obstetricia posee mesa de examen especializada, pinard, cinta métrica, dos sillas, un escritorio, balanza y batas para pacientes, además de algún sistema físico que brinde privacidad a la usuaria al desvestirse.
Verificar por observación directa. SI NO
- 10** En el policlínico se desechan los recipientes, agujas y utensilios denominados "desechables", después de un solo uso.
Verificar por observación y consultar con médicos y enfermeras. SI NO
- 11** El 100% de funcionarios (as) ha sido capacitado (a) en el manejo, buen uso y conservación adecuada del equipamiento de su área.
La capacitación en el buen uso del equipo, debe haberse realizado con el 100% de los funcionarios (as) consultados (as) que manejan equipo. Incluir como ejemplo: cadena de frío, la borarb, Rx, etc. SI NO
- 12** Existe un programa permanente de capacitación del personal para el manejo y buen uso del equipamiento del policlínico, que ha sido efectuado al menos en un 50%.
Verificar la existencia de documento escrito del programa y si se cumplió el mismo en el porcentaje señalado y las fechas definidas de capacitación. SI NO
- 13** El 80% de la solicitud de equipos hecha por el policlínico le fue suministrada.
Debe considerarse el inventario y del requerimiento y ponderar el mismo en un 100% luego, verificar si el requerimiento no sobrepasa el 20% y si el mismo ha sido aprobado aunque no haya sido otorgado por las autoridades de la CNS. SI NO

Grado 3

- 14** El policlínico cuenta con un listado del equipo actual y tiene una programación del requerimiento futuro en conocimiento del departamento pertinente de la Caja Nacional de Salud.
Verificar si existe nota escrita de recepción del requerimiento o verificar por teléfono el requerimiento con el Departamento respectivo. SI NO
- 15** Antes de solicitar equipamiento el policlínico evalúa la necesidad real y la tendencia del mismo, así como la tecnología apropiada.
Verificar los requerimientos con un especialista o con otro policlínico u otros funcionarios de la CNS conocedores del tema. SI NO

- 16** Ningún equipo ha sido enviado del nivel superior, sin requerimiento previo del policlínico.
Consultar con el Director, Administrador y Jefe de Enfermeras. SI NO
- 17** El 100% de equipos se encuentra en pleno uso.
Verificar que todos los equipos se encuentran operando en forma normal y si alguno presenta fallas en su funcionamiento debe existir un pedido de reparación. SI NO
- 18** Existen en forma escrita y verificable normas de seguridad de operación de equipos tanto para el usuario(a), como para el funcionario(a) que las opera en los equipos que así lo requieren.
Deben existir normas en consideración a equipos como poupinell, autoclave, refrigerador, Rx, que requieran algún conocimiento básico de su funcionamiento. SI NO
- 19** El personal ha sido capacitado para realizar mantenimiento preventivo básico del equipo menor y es instruido en los riesgos que determina su manipuleo innecesario o excesivo.
Verificar plan de capacitación y revisar en consulta con el personal, la fecha de la última capacitación. SI NO
- 20** Ningún equipo ha sido descartado o quedado fuera de uso por falla humana en la manipulación o uso normal del mismo.
Consultar con Director (a) y Administrador (a) y con 3 funcionarios (as) en relación al último año. Verificar si se requiere el Kardex de equipos. SI NO

Gestión y Organización de la Atención

Grado 1

- | | | | |
|----------|--|----|----|
| 1 | El policonsultorio cuenta con un director (a) médico (a) que conduce la atención, elegido por concurso de méritos y según normas institucionales, éste (a) debe haber organizado el comité de calidad y presidirlo.
<i>Verificar que se cumplieron los requisitos solicitados, revisando la carpeta personal en la oficina y consultando sobre el procedimiento de su selección. Ver actas de constitución del comité de calidad, que deben incluir al (a) director (a) como presidente (a).</i> | SI | NO |
| 2 | El policonsultorio debe contar en su poder (no requieren originales), inventario de equipamiento, instrumental y laboratorio, así como el listado de prestaciones que otorga cada uno de los servicios del policlínico.
<i>Verificar en la oficina de administración o la sección correspondiente, la existencia de por lo menos, copias del inventario de la gestión anterior, que deben incluir equipos, mobiliario e instrumental. Asimismo el listado de prestaciones que otorga el policlínico, por servicios.</i> | SI | NO |
| 3 | Existen descripciones detalladas de los cargos del personal y todas están actualizadas.
<i>Verificar que el Policlínico tenga el manual de funciones del personal y que este sea conocido y actualizado.</i> | SI | NO |
| 4 | Cada usuario(a) está asignado(a) a un profesional del policonsultorio por el que se canalizan las transferencias a otros especialistas si el caso ameritara.
<i>Verificar la población asignada a cada médico (a) familiar, interrogar al servicio de Vigencia de Derechos y al director acerca de ésta modalidad.</i> | SI | NO |
| 5 | Existe un POA, es claro, realista y susceptible de medición. En su elaboración participó el personal.
<i>En una revisión del POA, verificar si éste es comprensible, si los objetivos o metas pueden medirse y si participó el personal (Consultar a los funcionarios).</i> | SI | NO |
| 6 | Existe una declaración escrita de la misión y todo el personal y los miembros de la dirección y de la comunidad están familiarizados con ella.
<i>Consulta a 3 miembros (a)s del personal y 3 directivos (a)s.</i> | SI | NO |

- | | | | |
|----------|---|----|----|
| 7 | Existe una programación mensual para reuniones de educación médica continua. Se realiza enseñanza en las 20 patologías más frecuentes en el policlínico, especialmente de aquellas en la que se observan menores índices de congruencia clínico - diagnóstico terapéutica.
<i>Revisar programación y verificar la realización de reuniones clínicas mensuales.</i> | SI | NO |
|----------|---|----|----|

- | | | | |
|----------|--|----|----|
| 8 | Verificar si los (as) médicos (as) del policonsultorio y otros (as) especialistas realizan reuniones clínicas al menos una vez al mes.
<i>Verificar el cumplimiento de las programaciones, mediante actas u otro mecanismo que certifiquen el cumplimiento de las mismas.</i> | SI | NO |
|----------|--|----|----|

Grado 2

- | | | | |
|----------|---|----|----|
| 9 | El (La) Director (a) médico (a) y/o Jefe(a) de Servicio supervisa las decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento. Existe una sistemática escrita de supervisión.
<i>Revisar documentación y sistemática escrita y algún informe de las respectivas supervisiones, con las conclusiones y determinaciones tomadas.</i> | SI | NO |
|----------|---|----|----|

- | | | | |
|-----------|---|----|----|
| 10 | El policlínico cuenta con un manual de los procedimientos administrativos y trámites de rutina en los que se encuentran estipulados en forma escrita los principales pasos de cada circuito.
<i>Revisar el manual donde se hallen registrados todos los procedimientos administrativos como ser rendimientos y reposiciones de Caja Chica, compras, etc. igualmente los flujos o similares de los trámites que se efectúan cotidianamente. Es importante verificar la posible tenencia de flujogramas en el policlínico.</i> | SI | NO |
|-----------|---|----|----|

- | | | | |
|-----------|--|----|----|
| 11 | Existe una oficina de personal con reglamento interno respectivo.
<i>Verificar que existe la oficina de personal y revisar el reglamento interno respectivo. El mismo debe incluir al menos: objetivos, funciones de flujos, circuitos de autoridad, responsables y las principales acciones de personal que se efectúan en el policlínico.</i> | SI | NO |
|-----------|--|----|----|

- | | | | |
|-----------|--|----|----|
| 12 | Existe un organigrama definido del policlínico que define claramente dirección, staff de apoyo, teoestructura, comités asesores, departamentos médicos, de enfermería, área administrativa, de personal y otros, así como sus vinculaciones orgánicas y funcionales.
<i>Revisar el organigrama y verificar si éste comprende las diferentes áreas y niveles organizacionales. Verificar si existen flujos administrativos y de dependencia definidos así como unidades de asesoría, apoyo y núcleos operativos.</i> | SI | NO |
|-----------|--|----|----|

- | | | | |
|-----------|--|----|----|
| 13 | Los objetivos del POA se han cumplido al menos en el 50%.
<i>Revisar la evaluación del POA de la gestión anterior, para ver el cumplimiento de los objetivos.</i> | SI | NO |
|-----------|--|----|----|

- 14** La estructura del policlínico se guía por las estrategias definidas por la CNS y se revisa en forma periódica para garantizar su cumplimiento.
- Comprobar que se atienden los indicadores escritos de la CNS. Verificar reuniones, propuestas y revisiones escritas acerca de la estructura organizacional, que promuevan cambios que garanticen el funcionamiento del policlínico.*
- 15** Existe un (a) responsable de organizar y dirigir las reuniones de sesión clínica. Se conocen la modalidad, funcionamiento y selección de casos.
- Solicitar al (a) responsable la programación respectiva, sus actas, y consultar a tres prestadores (as) si conocen cómo se organizan, cómo funcionan y cómo se seleccionan los casos.*
- 16** Los aciertos, problemas y soluciones son compartidos, las soluciones se buscan en común, a través de los equipos naturales.
- Rescatar 2 ejemplos, a través de actas de reuniones de equipos de mejora en los que se hayan definido soluciones para mejorar el funcionamiento del policlínico.*
- 17** La estructura de la organización se revisa en forma regular para garantizar su consistencia con las estrategias del policlínico.
- Verificar reuniones, propuestas y revisiones escritas acerca de la estructura organizacional, que promuevan cambios que garanticen el funcionamiento del policlínico, de acuerdo a su entorno cambiante y a sus nuevas estrategias.*

Grado 3

- 18** Se tomaron en cuenta recomendaciones efectuadas en las sesiones clínicas.
- Verificar que se consignaron las recomendaciones de las sesiones clínicas, mediante la revisión de 10 historias clínicas seleccionadas al azar de las evaluadas.*
- 19** El (La) administrador (a) posee experiencia mínima de dos años en gestión y/o administración.
- Verificar certificados de trabajo que acrediten la experiencia.*
- 20** El policlínico define su trabajo en base a objetivos y estrategias los mismos que son consistentes con la visión, misión y estrategias de la CNS.
- Verificar que los objetivos y las estrategias planteadas por el policlínico, sean coherentes con la misión y visión. Debe existir un documento escrito que defina con precisión objetivos, estrategias y actividades en forma periódica.*
- 21** Los objetivos del POA son claros, realistas y susceptibles de medición. Se lograron más del 75% de los mismos.
- Verificar las evaluaciones de la gestión anterior, para medir el porcentaje del logro de los objetivos.*

- 22** Existe un plan escrito para usuarios (as) con enfermedades crónicas que incluya reuniones de autoayuda.
- Verificar la programación respectiva, a cargo de equipos de mejora y servicio social u otros. Consultar sobre el número de grupos de autoayuda que existen en el policlínico.*
- 23** Existen expedientes de todos los funcionarios (as) permanentes del policlínico que certifiquen en el 100% de los casos que los títulos que se usan están acreditados y se tienen licencias de práctica del Ministerio de Salud y colegios respectivos.
- Debe existir en el policlínico kardex de personal en el cual se incluyan los títulos y resoluciones profesionales de los funcionarios (as) que trabajan en el mismo, así como las fotocopias de sus licencias de práctica profesional y colegio médico.*

Procedimientos

Grado 1

- | | | | |
|----------|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1 | Existen en uso en el centro historias clínicas "modelo" institucional, las mismas que son archivadas al concluir la consulta en archivos numeradas de acuerdo al código del asegurado (a).
<i>Verificar el modelo institucional de la historia clínica y el ordenamiento de las mismas en sus respectivos archivos, en por lo menos 3 consultorios de medicina familiar.</i> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 2 | El policlínico y sus niveles directivos han realizado al menos en el 50% de funcionarios (as) una orientación con respecto a la política de personal. Han explicado sus expectativas para con ellos.
<i>Consultar con el director (a) y preguntar a 3 prestadores (as) si se utilizó un proceso de inducción durante su incorporación, así como si conocen las expectativas de las autoridades del policlínico, respecto a su desempeño.</i> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 3 | La oficina de personal tiene registrado a la totalidad del personal profesional y no profesional. Así como a la existencia del rol de vacaciones.
<i>Verificar en la oficina de personal el listado del total de funcionarios y el rol de vacaciones del presente año.</i> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 4 | Existe un sistema de registro del SNIS, que es el mismo en todos los consultorios y en todos los horarios. Los datos son concentrados por un (a) responsable de la información.
<i>Conocer al (a) responsable del SNIS y solicitar registros, así como los formularios de concentración de datos del último mes.</i> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 5 | Existe un plan de motivación y desarrollo permanente del personal, donde se incluye motivación, incentivos y reconocimientos, el mismo se cumple con regularidad.
<i>Verificar la programación y cuál es la metodología de motivación, reconocimientos e incentivos. Preguntar a 3 prestadores (as) sobre su conocimiento del plan.</i> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 6 | Existe un comité de calidad y equipos de mejoramiento continuo que se reúnen al menos una vez al mes.
<i>Revisar actas de constitución del comité de calidad, su composición y verificar actas de reuniones de los equipos de mejora.</i> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 7 | El policlínico ha implementado un sistema de cita previa en medicina familiar, especialidades y odontología.
<i>Verificar registros, al azar en consultorios de medicina familiar, especialidades y odontología.</i> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

- | | | | |
|-----------|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 8 | El policlínico ha implementado un sistema de revisión de expedientes clínicos, el mismo se cumple periódicamente.
<i>Comprobar a través de su registro.</i> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 9 | El porcentaje de congruencia clínico diagnóstico terapéutica es del 80%.
<i>Revisar 10 historias clínicas.</i> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 10 | El promedio de tiempo de espera para recibir consulta en medicina familiar de usuarios previamente citados es de 20 minutos.
<i>Durante la evaluación debe realizarse una observación directa cronometrada a por lo menos 3 usuarios (as). Este instructivo es válido para los subsiguientes subestándares relacionados.</i> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 11 | Existen procedimientos de mejoramiento continuo a cargo de los equipos de mejora, donde todos los procesos del policlínico son analizados y conducidos a su mejora. Existen al menos 2 proyectos de mejora por mes, con resultados medibles.
<i>Revisar actas y resultados de los procesos mejorados.</i> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 12 | El promedio de tiempo de espera para recibir consulta en usuarios no citados no es mayor a 60 minutos.
<i>Durante la evaluación debe realizarse una observación directa cronometrada, por lo menos a 3 usuarios (as) o consultar a tres usuarios(as) el tiempo de espera que tuvieron en visitas anteriores. Este instructivo es válido para los subsiguientes subestándares relacionados.</i> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 13 | En la historia clínica es posible constatar que se registran y llenan todas las casillas contempladas en la misma así como se define el diagnóstico y terapéutica. Las historias clínicas tienen firma y sello legible del (la) médico (a).
<i>Revisar 10 historias clínicas, para verificar el llenado de todas sus casillas, que registren el diagnóstico, el tratamiento y que lleven firma legible y sello del (la) médico (a).</i> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 14 | El policlínico cuenta con caja chica reglamentada en forma escrita. Es posible conocer los ingresos y egresos de la misma en el momento de la evaluación. Se rinden cuentas de manera regular.
<i>Revisar rendiciones de cuentas, así como una matriz de ingresos y egresos.</i> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 15 | Existe una persona responsable de estadística, que puede proporcionar información oportuna y completa de los servicios que otorga el policlínico y existe una serie anual resumida.
<i>Verificar el flujo de información de los departamentos hacia el responsable de estadística, constatar que se consolida la información y retransmite los resultados.</i> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

16 Se realizan reuniones trimestrales del Comité de Análisis de Información (CAI) al menos para los siguientes temas: consulta externa, PAI, Salud Sexual y Reproductiva, HCPB y de toda la información generada por las actividades de salud realizadas en el Policlínico.

SI NO

Verificar actas, acciones y seguimiento de acuerdos.

17 Están identificados al menos tres procesos críticos (protocolos) en la atención médica al usuario en consulta externa de las patologías más frecuentes.

SI NO

Verificar los 3 protocolos y su consistencia con las 3 patologías más frecuentes. Los protocolos han sido elaborados y validados en los policlínicos.

Grado 2

18 El porcentaje de cumplimiento de citas previas es de al menos el 70%.

SI NO

Solicitar los datos a enfermería y aplicar la fórmula: Número de citas previas cumplidas, sobre número de citas previas otorgadas.

19 El policlínico otorga de 10 a 30% de cita previa para los servicios de medicina familiar, odontología y especialidades.

SI NO

Verificar la sistemática escrita de proceso de cita previa.

20 Existen procedimientos de mejoramiento continuo a cargo de los equipos de mejora, donde todos los procesos del policlínico son analizados y conducidos a su mejoría. Existen al menos 4 proyectos de mejora por mes, que a su término existe resultados medibles.

SI NO

Revisar actas de los equipos de mejora y los procesos mejorados.

21 Existe un inventario de activos fijos actualizado al 1er. mes del año que es posible comprobar en muestreo el momento de la evaluación.

SI NO

Muestreo de 10 ítems del inventario, actualizados al primer mes del año. Verificar su existencia en el policlínico.

22 Están identificados al menos 10 procesos críticos (protocolos) en la atención médica al usuario en consulta externa de las patologías más frecuentes. Los protocolos han sido elaborados por el personal del policlínico y validados por los (las) médicos (as).

SI NO

Verificar los 10 protocolos y su consistencia con las 10 patologías más frecuentes. Los protocolos han sido elaborados por la CNS y validados en los policlínicos.

23 Existe una evaluación de 5 expedientes clínicos por consultorio por mes, que son analizados por un Comité de evaluación y retroinforma los resultados.

SI NO

Verificar los registros.

24 El porcentaje de congruencia clínico diagnóstico terapéutica es del 85%.

SI NO

Se aplica igual que en el anterior indicador.

25 El promedio de tiempo de espera para recibir consulta en medicina familiar de usuarios previamente citados es de 15 minutos.

SI NO

Durante la evaluación debe realizarse una observación directa cronometrada a por lo menos 3 usuarios (as). Este instructivo es válido para los subsiguientes subestándares relacionados.

26 Se realizan evaluaciones de desempeño en forma periódica a todo el personal del policlínico por áreas. Las mismas son concertadas con los interesados. Las evaluaciones se encuentran basadas en la descripción del puesto de cada empleado.

SI NO

Verificar la existencia de sistemas de evaluaciones de desempeño y preguntar a 3 funcionarios(as) cuando fue la última vez de su evaluación y si conoce la misma.

27 El promedio de tiempo de espera para recibir consulta en usuarios no citados no es mayor a 30 minutos.

SI NO

Durante la evaluación debe realizarse una observación directa cronometrada, por lo menos a 3 usuarios (as) o consultar a tres usuarios(as) el tiempo de espera que tuvieron en vistas anteriores. Este instructivo es válido para los subsiguientes subestándares relacionados.

Grado 3

28 Se realiza auditoría interna del centro, al menos una vez al año.

SI NO

Ver última fecha de auditoría y su respectivo informe.

29 El porcentaje de cumplimiento de citas previas es del 80%.

SI NO

Se aplica el mismo procedimiento.

30 Existe de manera escrita una política y un manual de derechos de los (las) usuarios (as) que incluye al menos: Acceso al tratamiento, respeto y dignidad, privacidad, confidencialidad, seguridad personal, identidad, información, comunicación, consentimiento, consultas, duración del tratamiento, traslado y continuación del tratamiento.

SI NO

Verificar el manual de Derechos de los Usuarios (as) en la oficina de la Dirección de Servicio Social.

31 El porcentaje de congruencia clínico diagnóstico terapéutica es del 90%.

SI NO

Se aplica igual que en el anterior indicador.

- 32** Existe un sistema de vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevalentes en la población del policlínico, que utiliza los instrumentos normados en el país y envía reportes periódicos de acuerdo a normas al nivel correspondiente.
Verificar en el servicio de vacunas, los formularios respectivos y las copias de los envíos a las instancias pertinentes. Debe existir un análisis de la situación de vacunas del policlínico, en conocimiento de la dirección. SI NO
- 33** El promedio de tiempo de espera para recibir usuarios no citados es menor a 30 minutos.
Durante la evaluación debe realizarse una observación directa cronometrada. SI NO
- 34** Al menos el 20% del personal conoce los resultados de su evaluación de desempeño.
Verificación de kardex de personal SI NO

Consulta curativa

Grado 1

- 1** El horario de atención de los consultorios de medicina familiar es de 6 horas por turno en forma diaria, cuenta con apoyo de radiología y laboratorio, al menos por seis horas de atención.
Verificar en la oficina de personal el horario de los médicos, del servicio de Radiología y Laboratorio, y consultar a 3 funcionarios (as) si éstos horarios se cumplen. SI NO
- 2** El horario de atención de los consultorios de especialidades es de por lo menos tres horas por día.
Verificar en la oficina de personal el tiempo de atención de los consultorios. Verificar en tarjetas y en consulta con otros funcionarios del policlínico. SI NO
- 3** Sin necesidad de hacer cálculos, el policlínico puede precisar el número total de horas médicas y de enfermería ofertadas y establecer que existe al menos una hora de enfermería por cada hora médica.
Verificar en la oficina de personal el tiempo horario de los médicos y enfermeras, para obtener el número de horas de enfermería en relación a las horas médicas. SI NO
- 4** En visita a consultorios se puede observar la existencia de: formularios de historias clínicas, hojas de evolución, recetas, exámenes complementarios, transferencias, AVC-09, el número de todos los formularios es suficiente para la atención de al menos 20 usuarios(as).
Verificar en 3 consultorios de medicina familiar, la existencia de los mencionados formularios. SI NO
- 5** El personal de cada consultorio de medicina familiar conoce su área de influencia y su pirámide poblacional.
Verificar en consultorios de medicina familiar que se cuenta con la pirámide de población. Preguntar a tres médicos familiares. SI NO
- 6** Se utiliza una hoja de registro diario de usuarios (as) en cada consultorio, que se encuentra en uso verificable por revisión del día anterior.
Solicitar al responsable de estadística el último informe sobre el tipo y el número de consultas realizadas. SI NO
- 7** Se utilizan de manera sistemática árboles de decisión (algoritmos de diagnóstico y tratamiento), en al menos IRA, EDA, cólera, TB, SSR y otros problemas epidemiológicos locales.
Debe revisarse la guía de protocolos del policlínico, verificándose la existencia de algoritmos, árboles de decisión y protocolos de las enfermedades más frecuentes. SI NO

- 8** Los (as) médicos (as) atienden de acuerdo a normas y protocolos en vigencia
Revisar tres historias clínicas y correlacionar el proceso de diagnóstico y de tratamiento, con las guías específicas. SI NO
- 9** El usuario (a) percibe que es escuchado (a) activamente por el médico (a), durante la consulta.
Consultar a tres usuarios(as), que refieran la interacción que sostuvieron con el médico (a), esta fue adecuada y se sintieron escuchados. SI NO
- 10** El médico (a) comunica en forma sencilla, clara y con lenguaje adecuado acerca de su padecimiento y su diagnóstico, los pasos a seguir y su tratamiento
Consultar a 3 usuarios (as) acerca de si la explicación del médico (a) fue clara y si comprendieron las explicaciones. SI NO
- 11** El promedio de consulta por hora médico familiar se encuentra entre 2 a 4
Verificar en estadísticas de los últimos 3 meses, y aplicar la fórmula: Total de consultas otorgadas por médico (a) familiar, sobre horas trabajadas en consultorio por médico familiar. SI NO
- 12** El promedio de tiempo de atención por paciente en medicina familiar es de 10 a 15 minutos
Preguntar a 3 usuarios (as), cuánto tiempo duró la consulta en que lo (a) atendieron. SI NO
- Grado 2**
- 13** El personal de cada consultorio de medicina familiar conoce su área de influencia, su pirámide poblacional, los indicadores de salud de su población asignada y su perfil epidemiológico
Preguntar a tres médicos (as) familiares y verificar que además de conocer los datos requeridos, estos se encuentran en forma escrita. SI NO
- 14** Existen normas y protocolos de atención por lo menos para las 10 enfermedades de consulta más frecuente del policlínico.
Verificar normas y protocolos; los mismos deben estar escritos. SI NO
- 15** El registro de usuarios(as) que no cumple con su tratamiento, se pone en consideración del servicio de trabajo social
Consultar en la oficina de trabajo social SI NO
- 16** El promedio de consultas de medicina familiar por 100 asegurados (as) se encuentra entre 9 a 14
Solicitar datos al (a) responsable de estadísticas y aplicar la fórmula: Total de consultas otorgadas por médico (a) familiar por 100 entre la población asegurada. SI NO

- 17** El promedio de consultas por hora médico familiar se encuentra entre 3 a 4
Solicitar en estadísticas los datos y aplicar la fórmula: Total de consultas otorgadas por médico (a) familiar, sobre horas trabajadas en consultorio por médico (a) familiar. SI NO

Grado 3

- 18** El (La) médico (a) familiar tiene actividades definidas mas allá de la consulta externa en un plan de acciones que es de conocimiento del (a) director (a) del policlínico
Consultar con tres médicos (as) familiares su plan de acciones fuera de la consulta externa, (charlas educativas, visitas domiciliarias y a familias) El plan debe estar escrito. SI NO
- 19** Todos los protocolos son actualizados cada año en función a las directrices de la CNS y al perfil epidemiológico de su área de adscripción
Revisar Informes o diagnósticos del área de adscripción, que acrediten la actualización de los protocolos de atención. SI NO
- 20** Existe un programa de educación permanente para el personal de medicina familiar, que se ejecuta regularmente al menos en un 50% con el personal de medicina familiar
Solicitar al responsable la programación respectiva y algún informe que acredite su porcentaje de cumplimiento. SI NO
- 21** Los (Las) médicos (as) han recibido o reciben entrenamiento en técnicas de escucha activa a los pacientes con el método Balint y/u otros.
Verificar programaciones y datos de cumplimiento de las capacitaciones. Consultar con tres médicos(as) si estos han recibido capacitación en técnicas de escucha activa. SI NO

Medicamentos

Grado 1

- | | | | |
|----------|--|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Existe farmacia en el centro que funciona 12 horas al día, y tiene un reglamento de funcionamiento.
<i>Observación directa, solicitar reglamento.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | La farmacia del policlínico debe estar dirigida por un (a) farmacéutico (a) titulado (a) y legalmente habilitado (a).
<i>Solicitar documentación legal/habilitante a personal dirección.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Existe un sistema de reposición de medicamentos en uso que al menos cada mes solicita un nuevo pedido al almacén central.
<i>Solicitar último pedido de medicamentos y revisarlo.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | La entrega de medicamentos se realiza respetando la regla de "primeros en salir primeros en salir".
<i>Verificar fechas y que no exista ningún medicamento con la fecha de expiración vencida.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | En todos los consultorios están presentes los formularios terapéuticos de la CNS.
<i>Verificar en cada consultorio que estén presentes los formularios terapéuticos.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | El personal encargado de la entrega de medicamentos a los usuarios (as), lo hace en forma cordial y amable.
<i>Verificar con 3 usuarios (as) como fueron atendidos.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | En una muestra al azar de 10 historias clínicas del mes anterior el 75% de medicamentos recetados deben ser esenciales y con nombre genérico.
<i>No debe existir ningún medicamento que no sea esencial.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | La cantidad de medicamentos requeridos son almacenados con inventario mensual y son supervisadas por la (el) gerente de farmacia.
<i>Consultar con el (la) responsable de farmacia y revisar fechas e informes de supervisión de su inmediato superior (Gerente de Farmacia).</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Grado 2

- | | | | |
|-----------|---|--------------------------|--------------------------|
| 9 | Los ambientes destinados a la farmacia son amplios, iluminados con temperatura y humedad adecuada para el almacenamiento de medicamentos.
<i>Verificar que el almacenamiento de medicamentos se realice en un ambiente frío y seco. La farmacia debe encontrarse en un ambiente amplio e iluminado, pueden utilizarse acondicionadores de temperatura en los ambientes que lo requieran.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Los antisépticos y otros medicamentos de uso externo así como desinfectantes se almacenan separadamente de los medicamentos de uso interno e inyectables.
<i>Verificar por observación directa.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | En 10 Historias clínicas al azar del último mes, se puede verificar que las instrucciones y forma de administración de los medicamentos prescritos, se rigen a las normas y congruencia clínico - diagnóstica terapéutica.
<i>Seleccionar 10 historias clínicas al azar del último mes de todos los consultorios de medicina familiar del policlínico.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Existen procedimientos escritos y graficados (flujo gramas) para facilitar a los usuarios los pasos a seguir para el recibo de sus medicamentos.
<i>Verificar en el policlínico la existencia de afiches o procedimientos relativos al recibo de medicamentos.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | En una muestra al azar de 10 historias clínicas del mes anterior el 100% de medicamentos recetados deben ser esenciales y con nombre genérico.
<i>Revisar historias clínicas y compararlas con el recetario. En ambos los medicamentos deben ser esenciales y genéricos.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Hay un plan mensual de reuniones a objeto de discutir y analizar los procedimientos que se efectúan en la farmacia con el fin de mejorarlos. Verificar su cumplimiento en el cuaderno de actas.
<i>Verificar el plan de reuniones y las actas de las mismas.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- ### Grado 3
- | | | | |
|-----------|---|--------------------------|--------------------------|
| 15 | Número de reuniones realizadas y acuerdos tomados por el o los equipos de mejora en relación a medicamentos.
<i>Verificar actas.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | El tiempo de espera es al menos de 15 minutos para la entrega de medicamentos al usuario(a).
<i>Consultar a 3 usuarios (as) si el tiempo transcurrido hasta la recepción de sus medicamentos fue menor a 15 minutos.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 17** En consulta a tres usuarios(as), los mismos pueden repetir con precisión las indicaciones recibidas del médico y/o de la farmacia.

SI **NO**

Consultar con tres usuarios (as) si pueden repetir las indicaciones recibidas del (a) médico (a) y de la farmacia y verifican en las historias clínicas y recetas si las indicaciones guardan consistencia con lo mencionado por los usuarios (as).

Prevención y promoción

Grado 1

- | | | | |
|----------|---|-----------|-----------|
| 1 | El policlínico conoce la población total del área geográfica asignada, por sexo y grupo étnico y estos datos se hallan registrados
<i>Ver registros y consultar al personal</i> | SI | NO |
| 2 | El policlínico posee refrigerador con termómetro y hoja de control. Dentro del mismo se encuentran ordenadas e identificadas vacunas. Debe incluirse plan de emergencia descriptivo en caso de falla eléctrica
<i>Observación directa</i> | SI | NO |
| 3 | Existe un procedimiento para la capacitación del personal en las normas de la cadena de frío
<i>Verificar el procedimiento, éste debe estar escrito</i> | SI | NO |
| 4 | La cobertura de la 3ra dosis antipolio, de los menores de 5 años que asistieron al policlínico es del 50% al 70% al final de gestión
<i>Verificar registros de coberturas, comparar con niños menores de 5 años que asistieron al policlínico.</i> | SI | NO |
| 5 | El (La) médico (a) familiar que atiende por primera vez a los (las) recién nacidos (as) deberá verificar que estos han sido vacunados (as) contra la BCG
<i>Revisión de registros</i> | SI | NO |
| 6 | La cobertura de la vacuna antisarampionosa, de los menores de 5 años que asistieron al policlínico es de 50% a 70% al final de la gestión
<i>Revisar registros de cobertura y comparar con niños (as) de la edad que fueron atendidos (as) en el policlínico.</i> | SI | NO |
| 7 | Se encuentra implantado en todos los consultorios de medicina familiar el control de crecimiento y desarrollo en niños
<i>Verificar registros</i> | SI | NO |
| 8 | El personal recibió adiestramiento y capacitación en comunicación interpersonal para orientación y charlas educativas
<i>Verificar con tres funcionarios(as) de medicina familiar y la (a) enfermera (a) si recibieron cursos o adiestramiento de la CNS en las materias señaladas</i> | SI | NO |

- 9** Se conforman grupos de autoayuda (redes y grupos sociales) y estas son apoyadas y monitoreadas por funcionarios (as) del policlínico
Se refiere a clubes de diabéticos (as), hipertensos (as) y otros grupos de apoyo
- SI NO

Grado 2

- 10** Existe un mapa visible del área geográfica asignada, en el que se registran escuelas y colegios, centros de salud, iglesias, comeroso y pirámide poblacional
Verificar la existencia del mapa, solicitar explicación del mismo
- SI NO
- 11** Existen carpetas familiares para los asegurados (as) que identifican riesgos individuales o familiares de la población asegurada y permite prevenirlos
Solicitar y verificar la existencia de carpetas familiares. Observar si en ellas se determinaron riesgos familiares y/o individuales
- SI NO
- 12** La cobertura de la vacuna antirrábica es de 71 a 85% en los menores de 2 años que asistieron al policlínico, al final de gestión
Verificar registros y comparar con niños (as) que fueron atendidos en el policlínico.
- SI NO
- 13** La cobertura de la BCG, de los (as) menores de 1 año que asistieron al policlínico es de 71 a 85%, al final de gestión
Verificar registros y aplicar el mismo procedimiento del grado 1
- SI NO
- 14** La cobertura de la 3ra. dosis antipolio es de 71 a 85% en los (as) menores de 2 años que asistieron al policlínico al final de gestión
Verificar registros, comparar con niños (as) que fueron atendidos en el policlínico.
- SI NO
- 15** La cobertura de la 3ra. dosis DPT es de 71 a 85% en los (as) menores de 5 años que asistieron al policlínico al final de gestión
Verificar registros
- SI NO
- 16** Se realizan de 2 a 5 controles de crecimiento y desarrollo en el policlínico a la semana por médico (a) familiar
Verificar los registros. Solicitar los mismos al (a) director (a)
- SI NO
- 17** Toda estrategia de promoción y prevención es dada a conocer a todo el personal y es consensuada antes de ser aplicada a la población
Verificar las últimas estrategias y preguntar al personal si las conoce
- SI NO
- 18** Existe una programación para charlas educativas sobre prevención y promoción dentro del policlínico
Revisar programa de charlas, este debe incluir al menos: Tema, responsable y fecha programada.
- SI NO

- 19** En el policlínico no se fuma ni se admite que lo hagan.
Verificar la existencia de letreros que refuerzan la prohibición de fumar, la inexistencia de ceniceros, que nadie lo esté haciendo o lo haga por observación directa o consulta.
- SI NO

Grado 3

- 20** La cobertura de la 3ra. dosis antipolio es del 86 al 100% en los (as) menores de 2 años que asistieron al policlínico al final de gestión
Verificar registros
- SI NO
- 21** La cobertura de la 3ra. dosis DPT es del 86 al 100% en los (as) menores de 2 años que asistieron al policlínico al final de gestión
Verificar registros
- SI NO
- 22** La cobertura de la vacuna antirrábica es de 86 al 100% en los (as) menores de 2 años que asistieron al policlínico al final de gestión
Verificar registros
- SI NO
- 23** La cobertura de la vacuna BCG es de 86 al 100% en los (as) menores de 2 años que asistieron al policlínico al final de gestión
Verificar registros, comparar con niños (as) en la edad que fueron atendidos (as) en el policlínico.
- SI NO
- 24** Existe un sistema de visitas domiciliarias de funcionarios (as) del policlínico programadas y monitoreadas por un responsable
Verificar programa de visitas que incluye al menos: el (a) funcionario (a), área visitada y fecha.
- SI NO
- 25** Se efectúan actividades de prevención y promoción en las empresas afiliadas a la CNS en coordinación con Medicina del Trabajo
Verificar con funcionarios que actividades de prevención y promoción se realizan con las empresas desde el policlínico.
- SI NO
- 26** Se conocen los principales daños del entorno ambiental
Debe existir un documento sobre el tema y el policlínico debe tener alguna política al respecto.
- SI NO

Salud Sexual y Reproductiva

Grado 1

1	El policlínico ha incorporado servicios de salud sexual y reproductiva como parte integral de los servicios básicos de salud. <i>Para la verificación, preguntar a tres usuarios (as) y a tres prestadores (as) si se ofrecen y proporcionan los servicios de los componentes del Programa.</i>	SI	NO
2	El policlínico cuenta con dotación suficiente de los siguientes insumos y suministros: Formularios de historia clínica perinatal base y carnet perinatal. Instrumental apropiado para la inserción y remoción de DIU y suministros para la prevención de infecciones.	SI	NO
3	El Policlínico cuenta con el 50% de personal médico, enfermería y de trabajo social capacitado para desarrollar actividades de salud sexual y reproductiva y en habilidades de comunicación interpersonal. <i>Verificar programas que registren objetivos, cronograma de acciones, responsables que acrediten que el personal médico, de enfermería y de trabajo social recibió capacitación a menos una vez en todos los componentes de SSR que se listan a continuación: Control Prenatal, Llenado del formulario de la Historia Clínica Perinatal Base, Detección de Cáncer de Cuello Uterino y Mama, Prevención de Infecciones, Detección de Enfermedades de Transmisión Sexual, Planificación Familiar incluyendo Inserción y remoción de DIU, Detección de Riesgo.</i>	SI	NO
4	Los consultorios de medicina familiar y de gineco-obstetricia están dotados de material educativo para todos los componentes de este programa. <i>Verificar que tres usuarios (as) recibieron material educativo en los consultorios como folletos y volantes y que les explicaron su contenido.</i>	SI	NO
5	Está establecida la programación de charlas grupales educativas a los(as) usuarios (as) del policon consultorio. <i>Verificar la programación escrita, con temas, responsables y cronograma. Consultar con tres usuarios (as); si saben que existe un programa de charlas grupales, si asistieron y comprendieron.</i>	SI	NO
6	El policlínico cuenta con normas y protocolos de atención de los siguientes componentes de SSR: Obstétrica perinatal, (Texto de referencia de SSR) servicios de planificación familiar, sistema de vigilancia del cáncer cérvico uterino y de mama, enfermedades de transmisión sexual y prevención de infecciones. <i>Verificar que se cuente con las normas y protocolos y que sean accesibles para los (as) prestadores (as).</i>	SI	NO

7	Se conocen y aplican todas las normas y protocolos de atención de los componentes de salud sexual y reproductiva. <i>Consultar a tres prestadores (as) su conocimiento y aplicación del Texto de Referencia de Salud Sexual y Reproductiva. Preguntar tres variables sobre métodos de planificación familiar. Los componentes que no estén incorporados en el texto, deben contar con normas y protocolos escritos.</i>	SI	NO
8	Al ingresar al consultorio la usuaria (o) se siente invitado(a) con amabilidad por el médico y/o la (el) enfermera (o). <i>Preguntar a tres usuarios (as) por observación directa.</i>	SI	NO
9	El material educativo distribuido por componente es suficiente para las necesidades de los(as) usuarios (as). <i>Consultar con tres usuarios (as), si recibieron el material y les fue explicado su contenido.</i>	SI	NO
10	El policlínico tiene informes consolidados de la cobertura de los componentes de SSR, estos son analizados y se toman decisiones para mejorarlas tanto en cobertura como en calidad al menos cada tres meses. <i>Verificar informes consolidados revisados y actas de reuniones de los equipos de mejora, que registren las decisiones tomadas.</i>	SI	NO
11	Porcentaje de nuevas usuarias de píldoras, DIU, condones, tabletas vaginales y métodos naturales, en relación a la meta. <i>Verificar el cumplimiento del 50 al 70%</i>	SI	NO
12	En los consultorios se cumplen normas de descontaminación del instrumental utilizado. <i>Verificar recipientes con solución de quince partes de agua y una de lavandina, en la que se sumerge el instrumental por diez minutos antes de su lavado. Consultar a tres enfermeras (as).</i>	SI	NO
13	Insumos distribuidos: píldoras, DIU, condones y tabletas vaginales. <i>Verificar que existe congruencia entre el sistema estadístico y el logístico.</i>	SI	NO
14	Cobertura de PAP en mujeres de 25 a 59 años. <i>Verificar en estadísticas. Lograr del 50 al 70% de la meta del policlínico.</i>	SI	NO
15	Control prenatal -Número de consultas nuevas antes del 5to mes de embarazo. <i>Verificar estadísticas y aplicar la fórmula: Consultas prenatales nuevas antes del quinto mes, sobre número de embarazadas nuevas atendidas. 50 a 70% de la meta.</i>	SI	NO
16	A todas las embarazadas que consultan por primera vez, se debe identificar si es de alto riesgo. <i>Verificar en 10 formularios de la HCPB de mes anterior. Aplicar la fórmula: Número de embarazos de alto riesgo detectados, sobre primeras consultas de atención prenatal. Valor esperado de 25 al 30%</i>	SI	NO

17	Proporción de embarazadas con cuatro controles. <i>Verificar estadísticas y aplicar la fórmula: Número de embarazadas con cuatro o más controles prenatales, sobre primeras consultas prenatales. Al menos el 60% de las embarazadas tendrá cuatro controles.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Cobertura de Toxide tetánico en MEF <i>Verificar estadísticas y aplicar la fórmula: MEF con dos dosis de Toxide Tetánico, sobre MEF del policlínico. 50 al 70% de la meta</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Charlas grupales y orientación otorgadas a los usuarios (as) del policlínico <i>Verificar estadísticas y aplicar las fórmulas: número de charlas grupales impartidas sobre número de consultas en el último mes. Verificar que se realizó las charlas, una diaria por cada chico con sultorio y/o por piso. Número de orientaciones impartidas, sobre el número de primeras consultas de SSR en el último mes. Verificar que se realizó orientación a tres personas/día</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grado 2			
20	El policlínico ha estimado su cobertura y sus necesidades de insumos para sus actividades de salud sexual y reproductiva, incluyendo material educativo impreso y audiovisual <i>Verificar una programación con metas de cobertura de usuarios (as) y sus requerimientos de insumos de métodos de planificación familiar, espátulas de Ayre, portabojeto, volantes, folletos y videos</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	La Historia Clínica Perinatal Base (HCPB) está llena correctamente con un margen de error menor al 80% y se puede ver que el control prenatal se efectúa en forma completa <i>En revisión de 10 HCPB del mes anterior.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Al finalizar la consulta la usuaria está bien informada sobre sus condiciones y sobre la evolución de su embarazo, en forma correcta y comprensible para ella. Recibe prescripción de sulfato ferroso de acuerdo a normas. <i>Consultar con tres usuarias si reciben información al respecto y si ésta fue comprensible para ellas. Comprobar su prescripción de Sulfato Ferroso.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Al menos 3 usuarios (as) pueden identificar dos variables relacionadas al uso correcto de métodos anticonceptivos modernos <i>Consultar a tres usuarias (as)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Al menos tres usuarios (as) pueden identificar dos síntomas y signos diferentes asociados con ETS <i>Consulta a tres usuarias (as)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25	Al menos tres usuarios (as) pueden identificar dos síntomas y signos diferentes asociados con embarazos de alto riesgo así como de alarma a del embarazo <i>Consultar a tres usuarios (as)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Al menos tres usuarios (as) recibieron orientación durante su control prenatal, sobre planificación familiar en el post parto y post aborto <i>Consultar a tres usuarios (as)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Usuarios nuevos: condones; usuarias nuevas: píldoras, DIU y tabletas vaginales <i>Verificar registros. Cumplimiento del 71 al 100% de la meta</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Usuarios nuevos: condones; usuarias nuevas: píldoras, DIU y tabletas vaginales <i>Verificar registros y cumplimiento de metas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Usuarios nuevos: condones; usuarias nuevas: píldoras, DIU y tabletas vaginales <i>Verificar registros y cumplimiento de metas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Insumos distribuidos: Píldoras, DIU, condones y tabletas vaginales <i>Que exista concordancia entre el sistema logístico y el estadístico</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Cobertura de PAP en mujeres de 25 a 59 años. <i>Verificar registros. Cumplimiento del 71 al 100% de la meta</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Número de consultas nuevas antes del 5to mes de embarazo <i>Verificar cumplimiento de 71 al 100% de la meta</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Cobertura de control prenatal con cuatro controles <i>Verificar registros. Cumplimiento del 71 al 100% de la meta</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Cobertura de Toxide tetánico en MEF <i>Verificar registros. Cumplimiento del 71 al 100% de la meta</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grado 3			
35	El policlínico tiene un área aislada o privada para actividades de orientación individual. <i>Observación directa.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Referencia y contrarreferencia

Grado 1

- 1** Se disponen normas de referencia y contrarreferencia para derivar los casos que exceden la capacidad resolutoria del policlínico a establecimientos de mayor complejidad SI NO
Verificar que existen las normas en forma escrita en todos los consultorios del policlínico, éstas deben estar actualizadas, su fecha de actualización no debe ser mayor a dos años. Consultar a (a) médico (a) familiar sobre las normas de referencia, sus respuestas deben coincidir plenamente con las especificadas en las normas.
- 2** Están claramente definidas las competencias del policlínico, en relación al nivel de atención y complejidad de las prestaciones que debe atender. Debe existir un documento normativo de las prestaciones que deriva. SI NO
El listado de prestaciones que se atienden en el policlínico y se derivan por nivel de complejidad, deben estar claramente identificadas en el reglamento de referencia y contrarreferencia. Es importante conocer el listado total de las prestaciones que otorga el policlínico y que todos los funcionarios de salud del mismo las conozcan.
- 3** Verificar el estado y cumplimiento de al menos tres casos que hayan requerido del sistema de referencia y contrarreferencia en la revisión de una muestra aleatoria. SI NO
Revisar tres historias clínicas que hayan requerido del sistema de referencia. Las mismas deben cumplir con las normas de referencia del policlínico establecidas en su reglamento.
- 4** El porcentaje de transferencias a otro nivel o a otro especialista en relación a la consulta familiar es de 8 a 10%. SI NO
Aplicar la fórmula de número de transferencias a otro nivel de atención o a especialistas realizadas el último mes, sobre el total de pacientes de consulta familiar atendidos.
- 5** El policlínico cuenta con una ambulancia o transporte propio o contratado para realizar la transferencia de pacientes de acuerdo a requerimiento. SI NO
Verificar que la ambulancia se encuentre en funcionamiento, con un responsable de conducción. Si el policlínico no cuenta con una, debe estar especificado en forma escrita el proceso alternativo de transporte con medios de la CNS u otros.
- 6** El usuario(a) recibe información adecuada en forma sencilla y clara sobre el motivo de su transferencia. SI NO
Consultar a tres usuarios (as) que han sido transferidos, si conocen los motivos de su transferencia y si la información fue sencilla y clara.

- 7** Se informa al usuario(a) que una vez terminada su atención debe retornar a su consultorio de Medicina familiar. SI NO
Consultar a tres usuarios (as) que fueron referidos si es que se les informó antes de la referencia o después de la referencia, que deben retornar al policlínico.
- 8** El policlínico cuenta con un sistema de comunicación, (teléfono, radio o ambos) en pleno funcionamiento. SI NO
Realizar una comprobación estableciendo una comunicación de prueba con el centro de referencia inmediata.

Grado 2

- 9** La norma de referencia de embarazadas determina que con la usuaria se adjunta el formulario de la historia clínica perinatal base. SI NO
Revisar norma de referencia y verificar en tres usuarias referidas que las normas se cumplieron.
- 10** La norma de contrarreferencia de las puérperas debe determinar que a su retorno porte el carnet perinatal. SI NO
En tres historias clínicas elegidas al azar de usuarias atendidas en la maternidad, revisar que se encuentre llenado el formulario de la historia clínica perinatal base con los datos del parto, puerperio y recién nacido.
- 11** El policlínico cuenta con listados de establecimientos de referencia de pacientes donde se pueden realizar estudios complementarios y prestaciones de mayor complejidad. Son visibles sus teléfonos, direcciones, horarios de atención y personas encargadas o responsables. SI NO
Verificar que exista el listado de establecimientos de referencia, el mismo no debe tener remiendas, debe ser legible y su fecha de actualización no debe exceder a 1 año. Los teléfonos y direcciones deben ser visibles por los (as) usuarios (as).
- 12** El uso de la ambulancia tiene un reglamento que es de conocimiento del responsable de este servicio y de los (as) jefes (as) inmediatos superiores. SI NO
Si existe ambulancia, verificar que el reglamento exista en forma escrita, consultar al conductor de la misma de los últimos dos casos en los que fue necesario usar la ambulancia y comparar su relato con la bitácora del vehículo.
- 13** El % de transferencia a otro nivel de atención en relación a la consulta familiar es de 4 a 8%. SI NO
Seguir el mismo procedimiento de la pregunta correspondiente en los otros días.
- 14** Los procedimientos son claros, sencillos y en el policlínico existe un (a) funcionario (a) en forma permanente que autoriza el uso de la ambulancia para el transporte de usuarios (as). SI NO
Revisar los procedimientos del uso de la ambulancia para transporte de usuarios (as).

- 15** Existe un procedimiento y un responsable de transmitir por vía telefónica al centro de nivel superior las transferencias de emergencias en el momento que el usuario sale hacia ese centro.
Revisión del manual de funciones del policlínico, observación directa.

SI NO

Grado 3

- 16** Existe un mecanismo de seguimiento de las transferencias y se evalúa la oportunidad y tratamiento adecuado de la atención que se buscaba con la misma.
Revisión de tres historias clínicas.

SI NO

- 17** El 50% de las referencias realizadas retornan con su formulario de contra referencia.
Revisar 10 historias clínicas al azar referidas de los consultorios, y verificar que la totalidad tengan formulario de contra referencia.

SI NO

- 18** El policlínico conoce las características socio económicas de su población y tiene conocimiento de la demanda potencial y demanda requerida para referencia.
Cada consultorio debe tener un resumen histórico de gestiones anteriores con la totalidad de transferencias realizadas, una estimación del total de transferencias esperadas para esta gestión y el total de transferencias realizadas.

SI NO

- 19** En los hospitales de referencia y en los policlínicos, los profesionales de ambos niveles pueden participar en la atención programada de sus usuarios(as) y efectuar prácticas en función a un concepto integrado de atención en red.
Revisar la programación de profesionales que participan en el sistema de referencia del policlínico durante el siguiente mes.

SI NO

- 20** El policlínico realiza todas las gestiones para envío de documentación médica, historia clínica y otros a solicitud del (la) médico (a) tratante del nivel superior.
Consulta a tres funcionarios (as) sobre el paso que sigue si el nivel superior requiere de mayor información.

SI NO

Laboratorio Clínico

Grado 1

- 1** Existe un laboratorio de análisis clínicos en el que se puede procesar sin delegar a otro laboratorio los análisis listados en el anexo A.

SI NO

Verificar que exista el listado A que se detalle a continuación y que sus prestaciones se den en el policlínico. Anilasaemia, Coagulograma básico, colesterol, creatinina, reacción para glucemia, grupo sanguíneo, hemograma, hepatograma, ídrix para artritis reumatoidea, orina completa, parasitológico de materias fecales, sangre oculta en materia fecal, uremia, VDRL cualitativa. En los policlínicos que no tengan bacteriología y reacción para Chagas, verificarlos procedimientos para derivar a otro nivel de mayor complejidad.

- 2** El laboratorio cuenta con técnicos (as) o bioquímicos (as) al menos durante 6 horas de atención.

SI NO

Verificar con administración.

- 3** El laboratorio cuenta con los requerimientos de material como medios de cultivo, material de vidrio y de limpieza adecuados.

SI NO

Verificar por observación directa si cuenta con este material (excepto en los policlínicos que carecen de medios de cultivo).

- 4** El laboratorio demora menos de 48 horas promedio en la entrega de resultados por muestra.

SI NO

Se consideran únicamente las muestras del anexo A. Consultar con el personal y/o tres usuarios (as) los registros y preguntar a médicos (as) y enfermeras (as). Se debe computar los tiempos desde la toma de muestras hasta la entrega del resultado al consultorio.

- 5** En Medicina Familiar el promedio de estudios de laboratorio por persona, es de menos de 2 a 3,5.

SI NO

Verificar registros del laboratorio y aplicar la fórmula: total de estudios de laboratorio clínico realizados por población de medicina familiar sobre el total de personas atendidas en el laboratorio.

- 6** El porcentaje de estudios de laboratorio efectuados en relación a la consulta médica familiar es de 20 a 35%.

SI NO

Verificar estadísticas del laboratorio y aplicar la fórmula: Total de estudios de laboratorio clínico realizados en medicina familiar por 100, entre el total de consultas otorgadas en el servicio de medicina familiar.

- 7** En consulta a tres usuarios (as), éstos han recibido información adecuada sobre la forma de traer sus muestras, alimentación y horario.

SI NO

Efectuar consulta a tres usuarios (as) que dejen sus muestras.

8	Una acción tomada como mínimo por mes para mejora continua de laboratorio en un lapso de tres meses <i>Ver registros de equipo de mejora continua y consultar con el personal</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Grado 2			
9	En el policlínico se cuenta con equipos y reactivos necesarios y existen procedimientos de uso y reposición de los mismos. <i>Verificar por observación directa y revisión de los Kardex de Inventarios las existencias. Deben existir procedimientos escritos para la reposición.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
10	Para extracción o depósito del material a analizar, no se demoran con los (las) usuarios (as) más de 30 minutos. <i>Consulta a tres usuarios (as) y/o observación directa</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
11	El horario de toma de muestras es de al menos 2 horas <i>Consulta con personal, administración y usuarios (as)</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
12	Existen carpetas con curvas de calibración y/o estándares para las técnicas en uso y para los equipos correspondientes. <i>Verificar las carpetas de frecuencias y calibración. Consulta con personal del laboratorio sobre la actualización que tengan de los equipos.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
13	El laboratorio procesa los exámenes bloqueados dentro las 24 horas de la toma de la muestra. <i>Verificar 10 exámenes de laboratorio su fecha de toma de muestra o ingreso y la fecha de entrega de resultados.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
14	El laboratorio demora menos de 36 horas promedio en la entrega de resultados de laboratorio por muestra <i>Se consideran únicamente las muestras del anexo A. Consultar con el personal y/o tres usuarios (as), ver registros y preguntar a médicos (as) y enfermeras (as). Se debe computar los tiempos desde la toma de muestras hasta la entrega del resultado al consultor.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
15	Dos acciones tomadas como mínimo para mejora continua de laboratorio a lo largo de tres meses <i>Revisar actas de reuniones de los equipos de mejora continua Consultar con el personal, ver registros y preguntar a médicos (as) y enfermeras (as)</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
16	Están definidos en forma escrita y se revisan cada año los métodos normales y especiales usados para la preparación de pacientes y obtención de muestras, así como las precauciones que deben tomarse, la identificación, almacenamiento y preservación de las muestras <i>Verificar las normas escritas y si estas fueron revisadas o analizadas en el presente año.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Grado 3

17	Tres acciones tomadas como mínimo para mejora continua de laboratorio en tres meses <i>Revisar actas de reuniones de los equipos de mejora continua Consultar con el personal, ver registros y preguntar a médicos (as) y enfermeras (as)</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
18	El laboratorio cuenta con ambientes de sala de espera, área para tareas administrativas, sectores para análisis clínicos y un área reservada de extracción o toma de muestras <i>Verificar por observación directa. Valorar su adecuada disposición</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
19	El Policlínico cuenta con manuales y estadísticas disponibles sobre la totalidad de procedimientos bloqueados que se realizan <i>Revisar los manuales y estadísticas. El laboratorio debe contar con un análisis comparativo de las estadísticas del mes o del año.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
20	Solicitar al (a) responsable del laboratorio los últimos informes estadísticos y las medidas tomadas sobre los mismos. <i>Verificar en el libro de estadísticas del laboratorio. Revisar registros o actas de reuniones técnicas con las medidas tomadas.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
21	Existe un programa de educación permanente para los (as) técnicos (as) o profesionales del laboratorio, que al menos incluya calidad en los procedimientos técnicos y resultados y en los principios de bioseguridad del laboratorio <i>Revisar el programa de educación permanente que incluya objetivos, temas, responsables y cronograma. Verificar su aplicación y su cumplimiento.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
22	Las muestras son identificadas en su totalidad por un código de barras. <i>Verificar la existencia del sistema, si es de uso generalizado y de conocimiento del personal de laboratorio.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
23	El laboratorio demora menos de 24 horas promedio en la entrega por muestra <i>Se consideran únicamente las muestras del anexo A. Consultar con el personal y/o tres usuarios (as), ver registros y preguntar a médicos (as) y enfermeras (as). Se debe computar los tiempos desde la toma de muestras hasta la entrega del resultado al consultor.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
24	El horario para la recepción de muestras es de 3 horas diarias o más. <i>Consultar con personal, administración y usuarios (as)</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
25	En consulta a tres usuarios (as) del laboratorio ninguno demoró más de 15 minutos para extracción de muestras o depósito de material a analizar <i>Consulta a tres usuarios y/o observación directa</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Rayos X

Grado 1

- | | | | |
|----------|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1 | El servicio de rayos x funciona al menos 6 horas y cuenta con médico (a) especialista y/o técnicos (as) durante el horario de funcionamiento
<i>Verificar con administración, usuarios (as) y/o marcado de tarjetas</i> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 2 | Tiene vestidores para usuarios(as) con temperatura adecuada
<i>Verificar por observación directa. Valorar la temperatura. Si ésta es extrema en relación al medio ambiente, deben existir medios artificiales para su control.</i> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 3 | El servicio cuenta con normas y procedimientos escritos para sus actividades propias
<i>Solicitar los mismos. Verificar su actualización. Su antigüedad no debe ser mayor a dos años.</i> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 4 | Se puede verificar estadísticas disponibles sobre la totalidad de procedimientos que se realizan
<i>Solicitar al responsable del servicio los últimos informes estadísticos y el análisis correspondiente</i> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 5 | El promedio de estudios de radio diagnóstico por persona a quienes se solicitó el mismo en medicina familiar se encuentra entre 1 y 1,5
<i>Verificar registros</i> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 6 | El porcentaje de estudios de radio diagnóstico efectuados en relación a la consulta de medicina familiar es de 5 a 9%
<i>Consultar en administración. El cálculo debe realizarse entre el número total de estudios de rayos x sobre número total de consultas de medicina familiar.</i> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 7 | Todo el personal de Rx excepto secretarías (as), cuenta con dosímetro para medición de la radiación, además de mandil de plomo y protección básica del personal que está más expuesto
<i>Verificación por observación directa y consulta al personal.</i> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 8 | El servicio tomó dos acciones como mínimo para mejora continua de Rx, en el último semestre.
<i>Revisión de actas de reuniones de equipo de mejora continua.</i> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 9 | En consulta a tres usuarios (as), estos han recibido información adecuada verbal y/o escrita sobre la preparación para procedimientos especiales.
<i>Consulta directa a tres usuarios (as) que realicen o realizaron algún procedimiento en el servicio.</i> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

Grado 2

- | | | | |
|-----------|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 10 | El servicio tiene espacio de revelado de placas, área de informes y archivos
<i>Verificar por observación directa</i> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 11 | Se cuenta con dotación de placas y material de revelado necesarios y existen procedimientos de uso y reposición de los mismos
<i>Verificar en forma directa y revisar los procedimientos y la última solicitud.</i> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 12 | Están definidos en forma escrita y se revisan cada año los métodos normales y especiales usados para la preparación de los usuarios(as) en RX
<i>Solicitar los documentos escritos, que explican la preparación de usuarios (as) de casos especiales y normales.</i> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 13 | Existe un sistema y plan de mantenimiento preventivo de los equipos de rayos x
<i>Verificar la existencia de documento y si el mismo se aplica en el servicio. Debe existir un historial de todos los mantenimientos realizados al equipo.</i> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 14 | El personal de Rx, se reúne periódicamente de acuerdo a una programación, para análisis y discusión de datos
<i>Verificar actas de reuniones. Solicitar informes o análisis realizados por el personal en relación al servicio.</i> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 15 | El o los equipos de mejoramiento continuo se reúnen regularmente para tomar medidas acerca del servicio de Rx
<i>Verificar si los equipos de mejora continua realizan reuniones para mejorar el servicio de rayos x. Solicitar las dos últimas actas</i> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 16 | En consulta a tres usuarios (as) citados, no hubo demora de más de 15 minutos para la toma de sus placas
<i>Consulta directa a usuarios (as) que finalizaron sus exámenes</i> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

Grado 3

- | | | | |
|-----------|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 17 | El servicio de rayos x cuenta con médico (a) especialista y/o técnicos (as) en rayos x durante todo el horario de funcionamiento del policlínico
<i>Verificar la capacitación con documentación de los (as) funcionarios (as) en el Kardex de personal y verificar con administración el horario de trabajo.</i> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
|-----------|---|-----------------------------|-----------------------------|

- 18** Existe un programa de educación permanente para los (as) técnicos (as) o profesionales del servicio de Rx., que al menos incluya calidad en los procedimientos técnicos, resultados y en los principios de seguridad.
- Verificar la existencia de programa que incluya objetivos, responsables, cronograma. Revisar el documento.
- 19** El tiempo promedio de entrega de placa con informe es menor a 24 horas.
- Verificar al azar en los registros de rayos x, 3 solicitudes y la fecha de su entrega.

SI NO

SI NO

Enfermería

Grado 1

- 1** El policlínico cuenta con un área u oficina destinada a la Jefatura de enfermería.
- Verificar por observación directa.
- 2** Verificar si la (el) Jefe (e) de enfermeras ha alcanzado el puesto por concurso de méritos y si cuenta con títulos respectivos que acrediten su profesionalidad.
- Verificar en la oficina de personal el proceso por el que accedió al puesto la (el) Jefe (e) de enfermeras, así como los títulos con los que cuenta en el kárdex de personal.
- 3** El personal de enfermería conoce los turnos, horarios y otros procedimientos administrativos y de relacionamiento profesional con el policlínico.
- Preguntar a 3 enfermeras (as).
- 4** El personal de enfermería ha organizado equipos de trabajo y/o charlas para apoyar al mejoramiento humano y profesional de su personal (pueden ser charlas informales).
- Revisar las programaciones y verificar registros que acrediten el desarrollo profesional y el mejoramiento humano del personal de enfermería.
- 5** La (el) Jefe (e) de enfermería mantiene el kárdex actualizado del personal a su cargo.
- Verificar el kárdex actualizado en la Jefatura de enfermería.
- 6** La toma de signos vitales es realizada por la (el) auxiliar de enfermería y/o enfermera (a) de cada consultorio.
- Verificar en cinco historias clínicas el registro de signos vitales de consultas que se han llevado a cabo en el día.
- 7** El personal de enfermería se reúne tan frecuentemente como sea necesario, pero no menos de 6 veces al año, para identificar problemas de su área. Debe llevarse un expediente que documente todas las recomendaciones o acciones propuestas.
- Verificar la programación respectiva, las actas de las reuniones y el registro de las acciones propuestas.
- 8** Se realizan al menos 6 reuniones al año del o de los equipos de mejora continua en el área de enfermería.
- Verificar las programaciones, su cronograma y actas.

SI NO

9	El número de historias clínicas extravíasadas es menor a 1% con respecto a la consulta de medicina familiar durante el mes. <i>Preguntara 3 enfermeras (os) el número aproximado de historias clínicas extravíasadas y aplicaría fórmula: Número de historias clínicas extravíasadas, sobre número total de historias clínicas que se utilizan en el último mes. En caso de que la información no sea totalmente confiable, preguntara tres usuarios(as) de al menos tres consultorios.</i>	SI	NO
Grado 2			
10	Todas las historias clínicas en el área y competencia de enfermería son archivadas, registradas, conservadas y organizadas de manera sistemática y cuidadosa. Son consideradas un instrumento legal. <i>Revisar archivos de historias clínicas en por lo menos tres consultorios de medicina familiar.</i>	SI	NO
11	El número de historias clínicas extravíasadas debe ser de 0% con respecto a la consulta de medicina familiar en el mes. <i>Se aplica el mismo procedimiento que en el indicador anterior referido al mismo rubro.</i>	SI	NO
12	Existe una política y procedimientos escritos para enfermería vinculados a la atención y educación en salud de los (as) usuarios (as) y otros funcionarios (as) que incluya: Confidencialidad de la información, las funciones del personal de enfermería en la educación del usuario (a) y de su familia, relaciones con voluntarios (as) y relación con otros funcionarios (as). <i>Revisar las políticas y procedimientos: los mismos, deben estar escritos.</i>	SI	NO
13	Verificar si se realiza en forma escrita evaluación del desempeño y control de las actividades del personal, periódicamente o por lo menos cada año. <i>Verificar el sistema y las programaciones de las evaluaciones de desempeño y los memorándums enviados a las enfermeras (os), ya sea en forma escrita o verbal.</i>	SI	NO
14	La Jefatura y personal de enfermería han definido un programa educativo para usuarios (as) el mismo que se cumple regularmente (ver actas de reuniones). <i>Verificar la programación respectiva, con contenidos, responsables, cronograma y su cumplimiento.</i>	SI	NO
15	Se realizan al menos 9 reuniones al año del o de los equipos de mejora continua en el área de enfermería. <i>Verificar la programación y las actas de los equipos de mejora.</i>	SI	NO

Grado 3

16	Existe un sistema de motivación e incentivos al personal de enfermería a través de instrumentos como: Memorandums de felicitación, asistencia a eventos, promoción horizontal de cargos. <i>Ver los registros en la Jefatura de enfermería. Preguntara 3 enfermeras (os).</i>	SI	NO
17	Verificar en consulta a tres enfermeras (os) el conocimiento de metas, proyectos y logros del policonsultorio. <i>Preguntara 3 enfermeras (os).</i>	SI	NO
18	Debe existir un manual o documento de procedimientos de enfermería, que incluya: la asignación de funciones y cuidados de enfermería a los usuarios (as) en el policlinico. <i>Verificar el manual de funciones. En el manual deben describirse además las funciones de los (os) auxiliares de enfermería.</i>	SI	NO
19	Existe en desarrollo un programa de educación permanente para personal de enfermería. <i>Verificar si el mismo se cumple. Debe incluir cursos de relaciones humanas.</i>	SI	NO
20	Se realizan al menos cuatro charlas al mes a cargo de auxiliares de enfermería para usuarios (as). <i>Ver programación de charlas a los asegurados y constatar su cumplimiento.</i>	SI	NO
21	Se realizan 12 reuniones al año de los equipos de mejora continua en el área de enfermería por año. <i>El mismo procedimiento que en el grado 1 y 2</i>	SI	NO

Trabajo Social

Grado 1

- | | | | |
|----------|---|-----------|-----------|
| 1 | El Policlínico cuenta al menos con un (a) profesional de Trabajo social y un ambiente adecuado para el desarrollo de sus funciones
<i>Verificar la existencia del (la) profesional del servicio en la oficina de personal, esta (s) en su currículum debe contar con certificados que acrediten su profesionalidad. El área de Trabajo Social debe tener un espacio dedicado a entrevistas, debe estar claramente identificada según las exigencias de los estándares de información y señalización e infraestructura.</i> | SI | NO |
| 2 | Existe un manual de funciones escrito y disponible para el desarrollo de Trabajo Social
<i>Verificar la existencia del manual, que debe contarse al menos con objetivos, funciones y responsables de las actividades de Trabajo Social. Debe preguntarse a los (as) funcionarios (as) de este servicio si conocen y están familiarizados (as) con este manual</i> | SI | NO |
| 3 | Se actualizan las normas y éstas son conocidas por el resto del equipo de salud
<i>Realizar una rápida consulta a los (as) funcionarios (as) de Trabajo Social, en lo posible de distintos niveles de gestión, si conocen las funciones o actividades de escritas en el manual.</i> | SI | NO |
| 4 | Es posible observar los archivos de Informes socio económicos de los usuarios (as)
<i>En la oficina de Trabajo Social debe existir un archivo de los Informes socio económicos ordenados por algún criterio.</i> | SI | NO |
| 5 | Se realizan al menos dos visitas domiciliarias al mes, que se pueden verificar en los registros del servicio, con Informes específicos de las visitas
<i>Debe existir un sistema de archivo de los Informes de visita domiciliaria, en lo posible los Informes socio económicos deben estar sistematizados mediante una plantilla de Informe o "Informe modelo". Las fechas de dos Informes deben ser del último mes antes de la evaluación.</i> | SI | NO |

Grado 2

- | | | | |
|----------|--|-----------|-----------|
| 6 | Los funcionarios (as) de trabajo social, realizan regularmente visitas a los hogares de afiliados apoyando el trabajo de medicina familiar
<i>Revisar registros de las visitas domiciliarias, de 10 visitas, al menos tres deben haberse realizado a requerimiento de medicina familiar</i> | SI | NO |
|----------|--|-----------|-----------|

- | | | | |
|-----------|--|-----------|-----------|
| 7 | Es posible verificar la participación del servicio en reuniones del equipo de salud y/o equipos de mejoramiento continuo
<i>Revisar tres actas de las reuniones del equipo de salud y/o equipos de mejoramiento continuo. Debe haberse registrado en el listado de participantes, algún (a) funcionario (a) de trabajo social</i> | SI | NO |
| 8 | La atención del usuario(a) se realiza en horario de mañana y tarde
<i>Verificar en la oficina de personal la existencia de Trabajo Social en dos turnos distintos</i> | SI | NO |
| 9 | Se realizan estadísticas de las actividades y las mismas se analizan en grupo y con el (la) director (a)
<i>Verificar la existencia de informes o resúmenes estadísticos y las actas de las reuniones de análisis de esta información.</i> | SI | NO |
| 10 | Es posible identificar al menos dos usuarios (as) al mes que retomaron su tratamiento por gestiones de Trabajo Social
<i>Solicitar dos fichas sociales del último mes en las que se demuestre cambio de conducta por visitas de trabajo social.</i> | SI | NO |
| 11 | Existe una planificación y organización de trabajo en la oficina de Trabajo Social, que incluye apoyo al (a) la) trabajador (a) del policlínico y este es de conocimiento de todo el personal
<i>En el manual de funciones de Trabajo Social, debe estar claramente especificado que existe un programa de apoyo para usuarios (as) internos. Verificar mediante una encuesta rápida a tres funcionarios (as) del policlínico si conoce que puede recibir apoyo del Trabajo Social si a sí lo requiere. Los (a) tres deben responder afirmativamente.</i> | SI | NO |
| 12 | Existen estadísticas sociales del área de influencia del policlínico
<i>Verificar la existencia de un resumen donde se muestre algunos de los siguientes indicadores sociales: población por grupos étnicos, índice de escolaridad, nivel de ingresos promedio, índice de desarrollo humano, principales ocupaciones, etc.,. Realizar una encuesta a tres funcionarios (as) para conocer sus referencias a las estadísticas sociales de su área de influencia.</i> | SI | NO |
| 13 | Es posible identificar al menos dos actividades grupales realizadas con usuarios(as) y/o familiares al mes
<i>Verificar el cuaderno de registro de actividades grupales</i> | SI | NO |

Grado 3

- | | | | |
|-----------|--|-----------|-----------|
| 14 | En el manual de funciones debe estar especificada la elaboración de la ficha social y de evolución que permita efectuar un seguimiento a los casos que ameriten tratamiento
<i>Revisar en el manual de funciones de Trabajo Social que se describa la elaboración de la ficha social. Verificar tres fichas sociales y realizar su seguimiento para determinar si se describen los pasos realizados en cada caso en forma secuencial.</i> | SI | NO |
|-----------|--|-----------|-----------|

15	Se cuenta con una historia social única adjunta a la historia clínica del policonsultorio, que se actualiza periódicamente <i>La historia social única se actualiza cada vez que el usuario se relaciona con el servicio</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
16	Las estadísticas del año muestran una mejora en la cantidad y calidad de atenciones de trabajo social en relación al semestre o año anterior <i>Se deben realizar comparaciones del último informe estadístico del año anterior con el último informe de la presente gestión. Debe mostrarse incrementos en las atenciones de servicio social y éxitos en usuarios (as) que retoman su tratamiento por gestiones de servicio.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
17	El policlínico cuenta con un ambiente privado y adecuado para entrevistas y reuniones con el fin de garantizar reserva e intimidad <i>El ambiente donde se realizan entrevistas debe garantizar que la conversación sea a puerta cerrada, no pueda ser escuchada ni vista por personas no involucradas</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
18	El personal de trabajo social realiza investigaciones socio-sanitarias con la población asignada al policlínico que permite conocer mejor sus actividades, hábitos y prácticas (mínimo una por año) <i>Verificar la existencia de un trabajo de investigación del año anterior o del presente. Si se programó la ejecución de uno nuevo, debe revisarse documentación donde se describa al menos objetivos, cronograma de actividades y responsable</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
19	Es posible verificar al menos una investigación socio cultural realizada en un año, cuyas recomendaciones se aplican <i>Verificar que las recomendaciones de trabajos de investigación realizados el año anterior se hayan tomado en cuenta en la programación de actividades de la presente gestión.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Vigencia de derechos y Admisión

Grado 1

1	Existe un manual de procedimientos de las actividades que se desarrollan en Vigencia de Derechos este es conocido por todo el personal <i>Verificar la existencia del manual. Deben estar explicados todos los procedimientos de vigencia de derechos, con una explicación teórica y gráfica (flujogramas). Solicitar a tres funcionarios (as) que describan algún procedimiento.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2	Verificar la existencia del mapa de su área <i>Verificación por observación directa. El mapa debe estar en un lugar visible, enmarcado, con una identificación plena del policlínico y las áreas que lo rodean</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3	Constatar la existencia del informe de la adscripción de la población total y por consultorios de los últimos tres meses <i>Revisión directa. Debe existir un resumen de la población asignada al policlínico y de este a cada consultorio, debe tener fecha de actualización que no sea mayor a tres meses con respecto a la fecha de evaluación, no debe existir enmiendas, debe tener firma o sello del (a) responsable de su elaboración.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4	Verificar el archivo correcto de los formularios AVC - 04 de acuerdo a la matrícula de seguro y si los mismos llevan asignados el número de consultorio <i>Revisar el archivo de formularios AVC -04, este debe estar almacenado en un medio que permita una rápida revisión, debe estar subdividido en grupos según sean las mediante pestañas identificadas. La matrícula de seguro de formularios AVC 04 debe tener en forma clara el número de consultorio (no deben existir enmiendas)</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
5	Todo el personal de Vigencia de Derechos ha recibido instrucciones sobre la forma de trato a los (as) usuarios (as) <i>Consulta a tres funcionarios (as) y a tres usuarios (as)</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
6	En una muestra de 10 expedientes clínicos al azar el número de historias clínicas corresponde a lo registrado en el formulario AVC - 04 <i>Extraer 10 historias clínicas al azar, anotar los códigos y nombres de los (as) usuarios (as) a quienes pertenecen dichos formularios, luego dirigirse a la oficina de vigencia de derechos, comparar los códigos y nombres con los formularios almacenados.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

7	En una encuesta a tres usuarios(as) verificar que ninguno tuvo alguna dificultad en Vigencia de Derechos y el tiempo de espera fue el adecuado, menor a 15 minutos <i>Consultar a tres usuarios (as) que hayan concluido sus gestiones en la oficina de Vigencia de Derechos. El tiempo debe tomarse en cuenta desde el momento que el usuario (a) hace su ingreso al policlínico y se dirige a la oficina de Vigencia de Derechos hasta que se aleja de la ventanilla.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
8	En la oficina de Vigencia de Derechos las quejas de los (as) usuarios (as) no exceden al 5% <i>Consultar en tres salas de espera si algún usuario (a) tiene queja de Vigencia de Derechos por su atención en el día.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
9	Constatar que existe un registro actualizado de las empresas en mora de los últimos 3 meses <i>Revisión directa, este listado debe incluir la fecha de actualización y esta no ser mayor a tres meses, debe tener un orden, no deben existir enmiendas ni otros datos.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Grado 2			
10	Verificar la presencia en un lugar visible de la nómina de profesionales en salud del policlínico <i>Verificación por observación directa, la misma debe estar actualizado al menos hasta la presente gestión, debe tener un orden específico y el área en el que desempeña sus actividades, no deben existir enmiendas ni datos ajenos a este listado.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
11	Existe un proceso de apertura de historias clínicas para los usuarios (as) nuevos. <i>Verificar que los pasos del proceso sean de conocimiento del personal de Vigencia de Derechos mediante una consulta.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
12	Verificar si existe un proceso que garantice la depuración de expedientes e historias clínicas <i>Verificar el proceso por el que se depuran los expedientes y las historias clínicas evitando su duplicidad, personas no cubiertas por el seguro.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
13	Se tienen precisados en forma gráfica (flujoograma) todos los procedimientos de Vigencia de Derechos, así como las posibles rutas alternativas y la descripción de factores implicados <i>Consulta a tres funcionarios (as) sobre las alternativas de un proceso.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
14	Se realizan reuniones del o de los equipos de mejoramiento continuo para solucionar problemas presentados en el área de Vigencia de Derechos <i>Verificar las actas de reunión donde deben especificarse que se ha mejorado algún proceso de Vigencia de Derechos.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

15	El personal de Vigencia de Derechos conoce el total de procedimientos que se llevan a cabo en su oficina <i>Consultar a tres funcionarios (as) si conocen el número total de procedimientos, preguntar en forma aleatoria a cada uno de ellos sobre un proceso distinto, deben responder todos los pasos que se siguen en cada proceso.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
16	El personal tiene un estándar definido para atención a los usuarios(as), que enfatiza en la información amable sobre documentación y requisitos necesarios para su atención <i>Debe existir una recomendación en forma escrita y visible que es aplicada. Observación directa.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Grado 3			
17	El 100% del personal de admisión conoce los pasos del 100% de procedimientos <i>Consultar a todos los funcionarios de Vigencia de Derechos si conocen el número total de procesos, preguntar sobre los pasos de un proceso elegido en forma aleatoria, si al menos un proceso no es identificado o no es descrito en su totalidad por algún (a) funcionario (a) debe calificarse como negativa.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
18	Existe información visible en Derechos del paciente donde se indique que en el policlínico ninguna historia clínica se pierde. Y que el usuario(a) puede quejarse si este hecho ocurrió <i>Verificación directa, esta información debe estar en un lugar visible, enmarcado en las cercanías de la oficina de Vigencia de Derechos.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
19	La sección de Vigencia de Derechos depende de la Dirección del Policlínico y esta función se ejerce plenamente <i>Verificar en el organigrama del policlínico, realizar consulta al (a) Director (a).</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
20	Existe un sistema computarizado que realiza la administración de información de los procesos implicados en la oficina de Vigencia de Derechos. <i>Debe existir un sistema automático que permita el registro de todos los usuarios (as), los procesos inherentes a cada usuario (a) deben estar registrados en medio magnético y que permitan un acceso aleatorio.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
21	El personal de Vigencia de Derechos no ha sido cambiado en los últimos 6 meses en el policlínico. <i>Revisión de files personales.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
22	En la oficina de Vigencia de Derechos las quejas de los usuarios (as) no exceden al 3%. <i>Verificar en el buzón de sugerencias, revisar una entrevista directa a los usuarios (as) sobre el trato que recibieron de la oficina de Vigencia de Derechos y admisión.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Odontología

Grado 1

- | | | | |
|----------|--|-----------|-----------|
| 1 | El (la) usuario(a) puede ser atendido(a) por un odontólogo(a) profesional en un equipo odontológico completo y fijo que se encuentra funcionando, con instrumental e insumos odontológicos suficientes para al menos la atención básica de salud bucal durante al menos seis horas.
<i>Verificar por observación directa y consulta y revisión con el profesional odontólogo.</i> | SI | NO |
| 2 | En el consultorio existen: tohalla, tohallas de papel o papel descartable para higiene del usuario (a).
<i>Verificar por observación directa.</i> | SI | NO |
| 3 | En una revisión de 10 historias clínicas, en todas ellas se registran los tratamientos en fichas odontológicas.
<i>Revisión directa de 10 historias clínicas al azar del último mes. Todas ellas deben registrar los tratamientos.</i> | SI | NO |
| 4 | El policlínico ha implementado un sistema de cita previa en odontología.
<i>Verificar que todos los consultorios tengan implementado el sistema de cita previa.</i> | SI | NO |
| 5 | Durante la atención odontológica el usuario(a) ha recibido un trato amable y educado con un saludo inicial y despedida cortés por el profesional.
<i>Preguntar a tres usuarios (as).</i> | SI | NO |
| 6 | El promedio de consultas realizadas por hora odontólogo es de 1.5 a 2.5.
<i>Revisar estadísticas y verificar datos comparando.</i> | SI | NO |
| 7 | Se dan charlas educativas sobre salud bucal, que se realizan al menos una vez por mes.
<i>Revisar registros.</i> | SI | NO |
| 8 | En el policlínico por cada exodoncia se efectúan dos o más obturaciones.
<i>Revisar estadísticas y verificar datos comparando.</i> | SI | NO |
| 9 | El odontólogo realiza su atención correctamente uniformado y protegido, al menos con mandil, barbijo y guantes.
<i>Consulta a tres usuarios (as).</i> | SI | NO |

Grado 2

- | | | | |
|-----------|--|-----------|-----------|
| 10 | En el consultorio odontológico existe lavamanos con agua caliente y fría.
<i>Verificar por observación directa.</i> | SI | NO |
| 11 | Se realiza mantenimiento preventivo del equipo odontológico al menos una vez cada tres meses.
<i>Ver registro escrito del mantenimiento preventivo realizado. Consultar con el (la) odontólogo (a) la frecuencia.</i> | SI | NO |
| 12 | Se atiende de manera coordinada y protocolizada a usuarios (as) en operatoria dental, exodoncia y emergencias, cirugía dento maxilar, radiología, odontopediatría, odontología preventiva y periodoncia.
<i>Revisar una historia clínica de cada una de las especialidades atendidas.</i> | SI | NO |
| 13 | El porcentaje de cumplimiento de citas previas de odontología es del 75%.
<i>Verificar estadísticas y revisar registros de usuarios (as). Comparar su cumplimiento con el sistema o registro de cita previa.</i> | SI | NO |
| 14 | El servicio odontológico cuenta con más de cinco protocolos de atención escritos, de las patologías de consulta más frecuente, formularios para la provisión de drogas, medicamentos y/o materiales odontológicos.
<i>Verificar la existencia de los protocolos y su utilización.</i> | SI | NO |
| 15 | El consultorio odontológico cuenta con material educativo compuesto por afiches, cepillos y estructura dental (macro modelo).
<i>Verificar con observación directa y consulta al personal o auxiliar dental.</i> | SI | NO |
| 16 | El (la) asistente dental o auxiliar de oficina realiza actividades de educación preventiva al menos en cinco usuarios (as) durante la semana.
<i>Verificar cuaderno de consejería educativa en salud bucal.</i> | SI | NO |
| 17 | Se realiza una obturación en los(tas) usuarios (as) en un máximo de tres visitas en adultos y en cinco sesiones en niños.
<i>Ver registros de tres adultos y tres niños usuarios (as) del último mes.</i> | SI | NO |
| 18 | En el policlínico el promedio de consultas realizadas por hora odontólogo es de 2.6 a 4.
<i>Revisar estadísticas de cada consultorio y verificar el promedio.</i> | SI | NO |
| 19 | En el policlínico por cada exodoncia se efectúan 3 o más obturaciones.
<i>Solicitar registros y estadísticas. Revisar los mismos y compararlos con el estándar.</i> | SI | NO |

- 20** En el consultorio se permite que el usuario (a) ingrese acompañado (a) por otra persona cuando se requiera y que éste cuente con silla o sillon interno de espera.
Deben existir letreros visibles que permitan que el usuario (a) conozca la determinación. Asimismo el odontólogo puede comunicarlo a sus usuarios (as). SI NO
- 21** Existe coordinación programada del consultorio odontológico con los siguientes servicios: matern o infantil, equipos de mejora continua, traumatología y educación e investigación para la salud. Se realizan actividades de educación en la comunidad.
Verificar cuaderno de reuniones programadas. Consultar con otros (as) profesionales de policlínico SI NO

Grado 3

- 22** Es posible realizar las actividades paraodontológicas con luz natural.
Observación directa SI NO
- 23** El consultorio odontológico dispone de equipo de rayos x en funcionamiento, con algún sistema o equipo para revelado de placas y mandil de plomo para quien toma las placas.
Verificar por observación directa. SI NO
- 24** En el policlínico existe un equipo odontológico y compresora silenciosas.
Verificar por observación directa y revisar funcionamiento del equipo SI NO
- 25** El consultorio odontológico dispone de estufa, calefacción u otro sistema que puede usarse para adecuación de temperatura.
Verificar por observación directa SI NO
- 26** En revisión de tres historias clínicas de embarazadas, se puede verificar que se han seguido los procedimientos establecidos en el protocolo de tratamiento definido para embarazo y puerperio.
Comparar las historias clínicas con el protocolo referido SI NO
- 27** El servicio odontológico tiene programado y en ejecución algún estudio, investigación y/o trabajo aprobado por el (la) director (a) del policlínico.
Ver documentos escritos. Consultar además con el (la) director (a) SI NO
- 28** El servicio odontológico tiene programado y en ejecución un programa de educación a la salud y hábitos higiénicos para salud bucal, con la población asignada. El mismo se cumple con regularidad.
Verificar la existencia del programa y revisar atas de recursos o algún registro que permita certificar el cumplimiento del programa SI NO

- 29** Se aplican conclusiones de los equipos de mejora continua en salud bucal.
Revisar atas de reunión de los grupos de mejora continua si se aplican las conclusiones de los mismos SI NO
- 30** El porcentaje de cumplimiento de citas previas de odontología es más del 85%.
Verificar con registros de cada consultorio y del sistema de citas previas SI NO

LIQUIDACION PRESUPUESTARIA DEL AÑO 2003 - Hospital "Carlos Andrade Marin"										
PARTIDA		REFORMA (JUNIO)	REFORMAS	ASIGNACION	VALOR COMPROMETIDO		GASTO EFECTIVIZADO		SALDOS	
CODIGO	DEMOSTRACION			CODIFICADA	DEL MES	ACUMULADO	DEL MES	ACUMULADO	COMPROMETIDO	EFFECTIVIZADO
	5		-	40.811.504	-264.005	291.323	2.085.873	34.201.777	6.318.404	6.609.727
51	GASTOS EN PERSONAL	22.087.485	-	22.087.485	-9.187	-	139.927	18.700.728	3.388.757	3.388.757
5101	REMUNERACIONES BASICAS	3.056.540	9.787	3.066.327	-	-	3.059	2.789.290	278.038	278.038
5,00E+07	SUELDO BASICO	2.541.585		2.541.585		-	3.059	2.281.830	259.756	259.756
5,00E+07	SALARIO BASICO	509.856		509.856		-		491.574	18.282	18.282
5,00E+07	SALARIO DECRETO 17A	5.099	9.787	14.886		-		14.886	-	-
5102	REMUNERACIONES COMPLEMENTARIAS	9.622.457	85.025	9.707.482	-	-	13.164	9.085.425	622.057	622.057
5,00E+07	BONIFICACION POR AÑO DE SERVICIO	2.319.095	-50.000	2.269.095		-		2.262.519	6.579	6.579
5,00E+07	BONIF. POR RESPONSABILIDAD (LEY CODIGO)	1.409.785	-130.000	1.279.785		-	1.506	1.287.590	12.194	12.194
5,00E+07	BONIF. RENDIMIENTO INDIVIDUAL	280.421		280.421		-		270.854	9.589	9.589
5,00E+07	DECIMO TERCER SUELDO	1.200.521		1.200.521		-	4.740	1.128.951	71.580	71.580
5,00E+07	DECIMO CUARTO SUELDO	188.717		188.717		-	72	179.358	9.358	9.358
5,00E+07	DECIMO QUINTO SUELDO	3.096		3.096		-	35	2.981	115	115
5,00E+07	DECIMO SEXTO SUELDO	74.304		74.304		-	61	71.029	3.275	3.275
5,00E+07	BONIFICACION COMPLEMENTARIA	299.174		299.174		-		285.749	13.427	13.427
5,00E+07	BONO PROFESIONAL	278.665	-35.000	243.665		-		241.680	1.985	1.985
5,00E+07	BONO PROFESIONAL MEDICO	236.703	-70.000	166.703		-	562	154.541	2.163	2.163
5,00E+07	GASTOS DE REPRESENTACION	15.883		15.883		-		11.627	4.256	4.256
5,00E+07	SOBRESUELDOS Y BONIFICACIONES ADICIONALES	1.962.680		1.962.680		-	4.509	1.956.749	5.932	5.932
5,00E+07	ESTIMULO PECUNIARIO	18.576		18.576		-	26	17.737	839	839
5,00E+07	GRATIFICACION DICIEMBRE	38.700		38.700		-	27	29.488	9.212	9.212

5,00E+07	OBSEQUIO NAVIDEÑO	23.220		23.220		-	233	9.155	14.065	14.065
5,00E+07	BONIFICACION ODONTOLOGICA	8.400		8.400		-			8.400	8.400
5,00E+07	BONIFICACION MEDICA	413.280	444.065	857.345		-	409	857.345	-	-
5,00E+07	BONIFICACION POR EL DIA DEL MEDICO	176.897		176.897		-	534	157.791	21.109	21.109
5,00E+07	BONIFICACION DIA MUNDIAL DE LA SALUD	176.897		176.897		-	-452	158.353	10.544	10.544
5,00E+07	BONIFICACION ENFERMERAS					-				
5,00E+07)					-				
5,00E+07		402.240		402.240		-			402.240	402.240
5,00E+07	BONO OTROS PROFESIONES DE LA SALUD	90.240	-75.000	15.240	-2.080	-	-2.080		15.240	15.240
5,00E+07	BONO PROFESIONALES ESCALAFONADOS	960	950	1.910		-		1.920	-	-
5103	REMUNERACIONES COMPENSATORIAS	2.257.829	283.887	2.541.715	-	-	1.403	2.514.978	29.737	29.737
5,00E+07	GASTOS DE RESIDENCIA	15.883		15.883		-		11.273	4.510	4.510
5,00E+07	COMPENSACION POR COSTO DE VIDA	156.995		156.995		-	118	151.999	5.995	5.995
5,00E+07	COMPENSACION POR TRANSPORTE (C.T.L.SI.C.A)	24.768	194.208	218.976		-		218.977	-	-
5,00E+07	MOVILIZACION	6.895		6.895		-		2.106	4.788	4.788
5,00E+07	REFRIGERIO PERSONAL	557.280	149.678	706.958		-		700.958	-	-
5,00E+07	REFRIGERIO DIFERIDO	7.928		7.928		-			7.928	7.928
5,00E+07	COMISARIATO	1.426.080	-60.000	1.366.080		-	1.285	1.420.655	5.415	5.415
5104	SUBSIDIOS	1.597.718	-378.699	1.219.019	-	-	503	1.087.253	131.768	131.768
5,00E+07	POR CARGAS FAMILIARES	15.883		15.883		-		50.809	63.777	63.777
5,00E+07	DE EDUCACION	158.995		158.995		-		16.939	5.245	5.245
5,00E+07	AYUDA A FAMILIARES POR FALLEC DEL SERVIDOR	6.895		6.895		-		500	3.835	3.835
5,00E+07	AYUDA A FALLECIMIENTSO FAMILIARES DEL SERVIDOR	557.280	149.678	706.958		-		1.120	-	-
5,00E+07	VACACIONES	1.143.438		1.143.438		-	503	924.396	94.830	94.830

5,00E+07	ESTIMULO ECONOMICO POR AÑOS DE SERVICIO	114.970		114.970		-		93.492	21.478		21.478
5105	REMUNERACIONES TEMPORALES	3.254.100	-	3.254.100	-9.187	-	115.514	1.491.055	1.763.044		1.763.044
5,00E+07	SERVICIO OCASIONALES POR REPLAZO	43.350		43.350	-6.669	-	2.755	12.280	31.070		31.070
5,00E+07	CONTR. RESIENTES Y DEVENGADORES DE BECA	2.280.426		2.280.426	-2.519	-	83.105	1.100.819	1.173.607		1.173.607
5,00E+07	CONTRATOS INTERNOS	384.500		384.500		-	25.820	287.800	98.700		98.700
5,00E+07	ENCARGOS Y SUBROGACIONES	59.322		59.322		-		1.475	44.587		44.587
5,00E+07	LICENCIA REMUNERADA	255.881		255.881		-	1.416	31.657	224.014		224.014
5,00E+07	HORAS EXTRAS	91.543		91.543		-		25.385	66.159		66.159
5,00E+07	TRABAJO NOCTURNO	79.277		79.277		-			79.277		79.277
5,00E+07	SERVICIOS PROFESIONALES POR CONTRATO	60.000		60.000		-	2.418	12.371	47.529		47.529
5106	APORTES PATRONALES A LA SEGURIDAD SOCIAL	2.248.842	-	2.248.842	-	-	284	1.736.728	512.114		512.114
	APORTE PATRONAL	816.121		816.121		-	284	598.528	217.593		217.593
	FONDOS DE RESERVA	1.200.521		1.200.521		-		1.138.200	62.321		62.321
	PENSION JUBILACION PATRONAL	232.200		232.200		-			232.200		232.200
5107	INDEMNIZACIONES	50.000	-	50.000	-	-	-	-	50.000		50.000
	BONIFICACION POR JUBILACION	50.000		50.000		-			50.000		50.000
52	PRESTAMOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL	3.481.902	-	3.716.902	-	-	-	3.669.889	47.016		47.016
5205	SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD	3.481.902	-	3.716.902	-	-	-	3.669.889	47.016		47.016
	SUBSIDIO POR ENFERMEDAD	926.075		1.021.075		-		1.021.064	11		11
	SUBSIDIO POR MATERNIDAD	2.389.447		2.504.447		-		2.457.444	47.003		47.003
	SUBSIDIO RIESGOS DEL TRABAJO	166.380		191.380		-		191.378	2		2
53	BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	15.095.906	-	14.758.306	-254.818	281.323	1.951.846	11.584.287	2.882.696		3.164.019
5301	SERVICIOS BASICOS	433.079	-	371.079	-6.968	9.262	23.307	332.213	29.604		38.866
	AGUA POTABLE	122.600		140.600	-4.267	9.262	8.472	124.718	6.620		15.882
	ENERGIA ELECTRICA	188.607		188.607	-2.608	-	13.323	185.999	2.608		2.608

	TELECOMUNICACIONES	120.000		40.000	-93	-	1.512	21.359	18.641	18.641
	SERVICIO DE CORREO	1.872		1.872		-		138	1.735	1.735
5302	SERVICIOS GENERALES	733.251	-	796.251	-3.632	13.165	98.187	647.714	135.373	148.538
	TRANSPORTE NDICURNO	120		120		-	-		120	120
	FLETES Y MANIOBRAS	5.696		23.696	-81	-	4.139	15.581	8.115	8.115
	IMPRESIÓN, REPRODUCCION Y PUBLICACIONES	25.300		20.300		4.682	2.556	10.083	5.535	10.217
	DIFUSION INFORMACION Y PUBLICIDAD	20.000		5.000		-		6	4.994	4.994
	SERVICIO DE VIGILANCIA	294.731		294.731		8.483	53.607	218.043	68.206	76.688
	SERVICIOS DE ASEO	343.200		408.200		-	33.660	377.157	31.043	31.043
	SERVICIO DE GUARDERIA	39.204		39.204	-3.551	-	4.225	26.845	12.359	12.359
	OTROS SERVICIOS GENERALES	5.000		5.000		-	-		5.000	5.000
5303	TRASLADOS, INSTALACIONES, VIATIC. Y SUBSISTEN.	5.502	-	5.502	-	-	980	3.149	2.353	2.353
	PASAJES AL INTERIOR	2.502		2.502		-		1.391	1.111	1.111
	VIATICOS Y SUBSISTENCIAS EN EL INTERIOR	3.000		3.000		-	980	1.758	1.242	1.242
5304	INSTALACION MANTENIMIENTO Y REPARACION	769.110	-	526.510	-714	20.812	75.647	384.475	121.224	142.036
	TERRENOS	10.000		5.000		-	-		5.000	5.000
	EDIFICIOS LOCALES Y RESIDENCIAS	70.000		92.000		-	18.752	89.220	2.780	2.780
	MOBILIARIOS	100.410		39.810	-180	-	-		39.810	39.810
	MAQUINARIA Y EQUIPO	210.000		120.000	-140	3.914	14.686	92.136	23.949	27.864
	EQUIPO MEDICO	357.176		248.176	-394	15.897	40.548	191.266	40.013	56.910
	VEHICULOS	20.848		20.848	0	-	1.631	11.853	8.995	8.995
	DE CONSERVACION LENCERIA	500		500		-	-		500	500
	OTRAS INSTALAC. MANTENIM. Y REPARACIONES	176		176		-	-		176	176
5305	ARRENDAMIENTOS DE BIENES	14.256	-	14.256	-	-	6.643	12.750	1.506	1.506
	OTROS ARRENDAMIENTOS	14.256		14.256		-	6.643	12.750	1.506	1.506

5306	CONTRATACION DE ESTUDIOS E INVESTIGACIONES	70.000	-	70.000	-	-	1.010	14.032	55.968	55.968
	SERVICIO DE CAPACITACION	40.000		40.000		-	1.010	3.862	36.138	36.138
	CONGRESOS, SEMINARIOS Y CONVENCIONES	30.000		30.000		-		10.170	19.830	19.830
5307	GASTOS EN INFORMATICA	179.000	-	162.000	-298	118	7.423	44.878	115.923	117.122
	DESARROLLO DE SISTEMAS INFORMATICOS	20.000		20.000		-		-	20.000	20.000
	ARREND. Y/O COMPRA LICENCIAS USO PAQ. INFORMAT.	50.000		40.000		1.199		-	38.801	40.000
	ARRENDAMIENTO EQUIPOS INFORMATICOS	45.000		38.000		-	4.400	26.400	11.600	11.600
	MANTENIMIENTO SISTEMAS INFORMATICOS	19.000		19.000		-	180	1.180	17.820	17.820
	MANTENIMIENTO CONS. EQUIPOS INFORMATICOS	10.000		10.000		-	870	3.465	6.535	6.535
	REPUESTOS ACCESORIOS EQUIP. INFORMATICOS	10.000		10.000	-298	-	1.944	3.758	6.242	6.242
	MATERIAL DE USO INFORMATICO	25.000		25.000	0	-	30	10.075	14.925	14.925
5308	BIENES DE USO Y CONSUMO CORRIENTE	12.891.707	-	12.812.707	246.886	1.738.749	10.145.077	2.420.745	2.667.630	
	ALIMENTACION HOSPITALARIA	825.000		777.600	3.310	-	144.015	680.118	97.482	97.482
	UNIFORMES	237.750		221.750		-		220.875	875	875
	PRENDAS DE PROTECCION	2.700		2.700		-		1.229	1.471	1.471
	LENCERIA	143.555		143.555	-7.008	-	57.614	83.957	59.598	59.598
	COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES	320.000		320.000	-733	258	11.160	250.093	69.649	69.907
	MATERIALES DE OFICINA	27.834		27.834	-696	-	320	17.320	10.514	10.514
	MATERIALES DE ASEO	25.000		50.000	-251	-		42.424	7.576	7.576
	HERRAMIENTAS	150		150		-		-	150	150
	MAT. DE IMPRESION, FOTOG. REPRODUCC. Y PUBLICAC.	15.000		15.000	-4.686	-	113	9.489	5.511	5.511
	INSTRUMENTAL MEDICO MENOR	181.000		181.000	-661	-	15.509	77.001	103.999	103.999
	MEDICINAS	6.336.000		6.336.000	-175.000	174.491	924.171	5.513.187	648.322	822.813

	MATERIAL RAYOS X	319.000		324.400	-2.655	2.323	110.277	319.361	2.716	5.039
	MATERIAL BANCO DE SANGRE	290.400		290.400		6.403	37.294	133.762	150.235	156.638
	MATERIAL RADIOACTIVOS	250.800		250.800		-	37.951	197.786	53.014	53.014
	MATERIAL CURAC. Y NO ESPEC. FUNCION SALUD	2.101.359		2.101.359		5.589	129.546	1.166.308	928.462	935.051
	MATERIAL CURACION HEMODIALISIS	161.700		161.700		48.253	32.782	110.726	2.721	50.974
	BIOMATERIALES ODONTOLOGICOS	13.650		13.650		-	1.505	9.237	4.413	4.413
	PROTESIS ORTESIS MUSCULO ESQUELETICO	54.874		54.874		-	2.938	36.228	18.646	18.646
	PROTESIS ORGANOS DE LOS SENTIDOS	24.218		24.218		-	3.353	15.733	8.485	8.485
	ENDOPROTESIS E IMPLANTE CORPORAL	400.000		409.000	-24.790	-	54.316	382.434	26.566	26.566
	ENDOPROTESIS ORTESIS ODONTOLOGICAS	100		100		-	-		100	100
	MATERIAL PARA LABORATORIO Y USO MEDICO	565.500		565.500	-3.000	8.569	94.022	406.869	150.062	158.631
	MATER. DE CONSTRUCC., ELECT., PLOM. Y CARPINTERIA	58.918		58.918	-546	-	11.869	38.963	19.955	19.955
	REPUESTOS Y ACCESORIOS	387.200		382.200	-17.738	-	54.996	364.258	17.942	17.942
	OTROS DE USO Y CONSUMO CORRIENTE	90.000		90.000	-2.133	-	15.000	67.626	22.375	22.375
	UTENSILLOS COCINA Y COMEDOR MENORES	60.000		10.000		-		94	9.906	9.906
57	OTROS GASTOS	4.030	-	4.030	-	-	-	2.961	1.069	1.069
5701	IMPUESTOS TASAS Y CONTRIBUCIONES	4.000	-	4.000	-	-	-	2.961	1.039	1.039
	TASAS GENERALES	4.000		4.000		-		2.961	1.039	1.039
5702	SEGUROS, COSTOS FINANCIEROS Y OTROS GASTOS	30	-	30	-	-	-	-	30	30
	SEGUROS	10		10		-	-		10	10
	COMISIONES BANCARIAS	10		10		-	-		10	10
	COSTOS JUDICIALES	10		10		-	-		10	10
58	TRANSFERENCIAS CORRIENTES	219.181	-	244.781	-	-	-	243.915	867	867

5802	TRANSFERENCIAS SECTOR PRIVADO INTERNO	219.181	-	244.781	-	-	-	243.915	867	867
	APORTES INDIV. PATRONAL SUB. ENFERMEDAD	185.215		204.690		-		204.682	8	8
	APORTES INDIV. PATRONAL R. DEL TRABAJO	33.276		39.401		-		39.233	168	168
	ORGANIZACIONES DE EMPLEADOS	490		490		-		-	490	490
	CONTRIBUCION BANCO DE SANGRE	200		200		-		-	200	200
7	GASTOS DE INVERSION	550.000	-	550.000	-26.704	-	4.946	458.749	91.251	91.251
75	OBRAS PUBLICAS	550.000	-	550.000	-26.704	-	4.946	458.749	91.251	91.251
7501	OBRAS DE INFRAESTRUCTURA	550.000	-	550.000	-26.704	-	4.946	458.749	91.251	91.251
	REMODELAC. UNID. MEDICAS EXISTENTES	550.000		550.000	-26.704	-	4.946	458.749	91.251	91.251
8	GASTOS DE CAPITAL	5.228.169	-	8.063.309	-65.779	8.056	7.512.189	7.841.557	113.697	121.752
84	ACTIVOS DE LARGA DURACION	5.228.169	-	8.063.309	-65.779	8.056	7.512.189	7.841.557	113.697	121.752
8401	BIENES MUEBLES	5.228.169	-	8.063.309	-65.779	8.056	7.512.189	7.841.557	113.697	121.752
	MOBILIARIO	70.529		70.529	-18.899	1.161	400	47.243	22.126	23.286
	MAQUINARIAS Y EQUIPOS	20.000		20.000		-		-	20.000	20.000
	EQUIPAMIENTO UNIDADES MEDICAS EXISTENTES	4.070.000		7.212.140	-8.207	-	6.974.639	7.203.401	8.740	8.740
	EQUIPOS ESPECIALIZADOS	150.000		30.000		-		25.982	4.018	4.018
	EQUIPOS PARA OFICINA Y ADMINISTRACION	5.000		5.000		-		2.031	2.969	2.969
	EQUIPOS, SIST. Y PAQUETES INFORMATICOS	452.540		603.840		6.895	530.439	596.935	10	6.905
	LIBROS Y COLECCIONES	5.000		5.000		-		-	5.000	5.000
	PARTES Y REPUESTOS	100		100		-		-	100	100
	REPUESTOS EQUIPOS MEDICOS	450.000		111.700	-38.672	-	6.710	95.966	45.734	45.734
	REPUESTOS VEHICULOS	5.000		5.000		-		-	5.000	5.000
9	APLICACIÓN DE FINANCIAMIENTO	322.102	-	322.102	-	-	39.286	198.733	133.369	133.369
9605	DEUDA FLOTANTE	322.102	-	322.102	-	-	39.286	198.733	133.369	133.369
	DE CUENTAS POR PAGAR	322.102		322.102		-	39.286	198.733	133.369	133.369
	TOTAL ASIGNACIONES	46.988.775	-	49.746.915	-356.489	299.379	9.642.293	42.790.816	6.656.720	6.956.099

CUADRO No. 5

POBLACION ENFERMA O ACCIDENTADA QUE NO ACUDIERON A LA ATENCION MEDICA SEGUN RAZON						
RAZONES	TOTAL POBLACIÓN	%	POBLACIÓN			
			URBANA	%	RURAL	%
TOTAL NACION	2,138,481	100%	995.511	100%	1,142,970	100%
Caso leve	300.694	14.1%	162,760	16.3%	137.94	12.1%
No tuvo tiempo	48.499	2.3%	31.315	3.1%	17.185	1.5%
Centro atención	50.293	2.4%	1.244	0.1%	49.049	4.3%
Falta Dinero	389.045	18.2%	133.146	13.4%	255.9	22.4%
El servicio es malo	17.766	0.8%	6.626	0.7%	11,140	1.0%
Se automedico	1,257,465	58.8%	626.227	62.9%	631.24	55.2%
Otro	74.717	3.5%	34.193	3.4%	40.523	3.5%
COSTA	1,213,065	100%	678.775	100%	534.29	100%
Caso Leve	142.039	11.7%	82.337	12.1%	59.703	11.2%
No tuvo tiempo	15.772	1.3%	14.467	2.1%	1.306	0.2%
Centro Atención	16.724	1.4%	655	0.1%	16.069	3.0%
Falta Dinero	175.321	14.5%	87.939	13.0%	87.382	16.4%
El servicio es malo	7.053	0.6%	2,280	0.3%	4.773	0.9%
Se automedico	822.308	67.8%	473.055	69.7%	349.25	65.4%
otro	33.848	2.8%	18,043	2.75%	15.805	3.0%
SIERRA	847.115	100%	305.575	100%	541.54	100%
Caso Leve	146.968	17.3%	77,750	25.4%	69.295	12.8%
No tuvo tiempo	30.706	3.6%	16.484	5.4%	14.222	2.6%
Centro atención	31,880	3.8%	589	0.2%	31.291	5.8%
Falta Dinero	198.079	23.4%	43.086	14.1%	154.99	28.6%
EL servicio es malo	9,990	1.2%	4.231	1.4%	5.759	1.1%
Se automedico	394.341	46.6%	147.824	48.4%	246.52	45.%
Otro	35,150	4.1%	15.611	5.1%	19.539	3.6%
AMAZONIA	78,301	100%	11.161	11.0%	67,140	100%
Caso leve	11.687	14.9%	2.673	23.9%	9.014	13.4%
No tuvo Tiempo	2.021	2.6%	364	3.3%	1.658	2.5%
Centro Atención	1.689	2.2%			1.689	2.5%
Falta Dinero	15.645	20.0%	2.121	19.0%	13.524	20.1%
El servicio es Malo	723	0.9%	116	1.0%	607	0.9%
Se automedico	40.816	52.1%	5.347	47.9%	35.469	52.8%
Otro	5.719	7.3%	540	4.8%	5.179	7.7%

POBLACION ENFERMA O ACCIDENTADA SEGÚN AGENTE DE ATENCION						
(Se incluye aquella población que sin haber estado enferma se hizo un chequeo médico)						
AGENTE DE ATENCION	TOTAL		POBLACION			
	POBLACION	%	URBANA	%	RURAL	%
TOTAL NACIONAL	5,402,018	100%	3,099,393	100%		100%
Médico	2,395,900	44.4%	1,571,396	50.7%	25.504	35.8%
Dentista	206.691	3.8%	145.928	4.7%	0.763	2.6%
Enfermera o Auxiliar	42.926	0.8%	9.281	0.3%	3.644	1.5%
Curandero/ Hierbatero	67.971	1.3%	21.857	0.7%	46.114	2.0%
Comadrona	1.523	0.0%	396	0.0%	1.127	0.0%
Boticario	537.891	10.0%	351,980	11.4%	5.911	8.1%
No fueron a Agentes	2,138,481	39.6%	995.511	32.1%	2.97	49.6%
Otro	10.635	0.2%	3.444	0.1%	7.191	0.3%
COSTA	2,895,179	100%	1,857,692	100%	1,000,488	100%
Médico	1,288,462	44.5%	909.562	49%	78.9	36.5%
Dentista	54.905	1.9%	41.414	2.2%	13.491	1.3%
Enfermera o Auxiliar	5.606	0.2%	2.226	0.1%	3.38	0.3%
Curandero/ Hierbatero	28.249	1.0%	11.923	0.6%	16.326	1.6%
Comadrona	433	0.0%		0.0%	433	0.0%
Boticario	302.597	10.5%	212.338	11.4%	90.25	8.7%
No fueron a Agentes	1,213,065	41.9%	676.775	36.5%	134.29	51.5%
Otro	1.862	0.1%	1.454	0.1%	408	0.0%
SIERRA	2,320,343	100%	1,201,304	100%	1.00094	100%
Médico	1,031,326	44.4%	639.505	53.2%	91.821	35.0%
Dentista	142.988	6.2%	101.696	8.5%	41.292	3.7%
Enfermera o Auxiliar	34.162	1.5%	6,890	0.6%	27.271	2.4%
Curandero/ Hierbatero	32.55	14.0%	9.548	0.8%	23.003	2.1%
Comadrona	1,090	0.0%	396	0.0%	694	0.1%
Boticario	224.237	9.7%	135.873	11.3%	88.369	7.9%
No fueron a Agentes	847.115	36.5%	305.575	25.4%	41.53	48.4%
Otro	6.875	0.3%	1.821	0.2%	5.0054	0.5%
AMAZONIA	186.496	100%	40.797	100%	54.699	100%
Médico	76.112	40.8%	22.329	54.7%	53.783	36.9%
Dentista	8.799	4.7%	2.188	6.9%	5.981	4.1%
Enfermera o Auxiliar	3.158	1.7%	164	0.4%	2.993	2.1%
Curandero/ Hierbatero	7.172	3.8%	387	0.9%	6.785	4.7%
Comadrona						
Boticario	11.057	5.9%	3.769	9.2%	7288	5.0%
No fueron a Agentes	78.301	42.0%	11.161	27.4%	67.14	46.1%
Otro	1.897	1.0%	169	0.4%	172	1.2%