

ESCUELA POLITECNICA NACIONAL

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

**CENTRO DE INVESTIGACIONES TERRITORIALES DEL
ECUADOR**

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

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

DRA. MARGARITA ELISABET MENCÍAS RUIZ

DIRECTOR: DR. MILTON VEGA H.

Quito, Julio de 2004

DECLARACIÓN

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

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

.....
Dra. Margarita Mencías Ruiz.

CERTIFICACIÓN

Certifico que el presente trabajo fue desarrollado por la Dra. Margarita Mencías Ruiz, bajo mi supervisión.

.....

Dr. Milton Vega H.
DIRECTOR DEL PROYECTO.

DEDICATORIA

El presente trabajo, dedico a mi esposo Cesar Gallegos, quién estuvo a mi lado en todo momento, brindándome apoyo y comprensión, dándome siempre el aliento necesario para seguir adelante.

Margarita

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento mas profundo y sincero a todos y cada uno de los de los Organizadores, Coordinadores y Docentes de la Escuela Politécnica Nacional extensión CITE Ibarra, quienes aportaron con sus valiosos conocimientos, sugerencias, comentarios y recomendaciones para la ejecución del presente trabajo y de manera especial a las Doctores Nhilda Villacrés, Ninfa León. Una mención especial al Dr. Milton Vega mi director de tesis, quién gracias a su capacidad supo orientarme con responsabilidad, constancia y decisión, hasta lograr la correcta culminación del mismo.

Para todos ellos mi más sincero respeto y mi eterna gratitud.

Margarita

RESUMEN

La década de los noventa se conoce como la década de las reformas estructurales, tomando en cuenta que las nuevas modalidades de organización y de gestión permitan dar una respuesta satisfactoria a las demandas de la población.

El hospital es una empresa social por cuanto sus acciones se orientan al cumplimiento de objetivos fijados en las políticas públicas de salud de un país.

Las organizaciones ya no necesitan ser autosuficientes, ya no se conciben organizaciones de salud que para alcanzar sus fines, no se articulen en redes internas y externas.

Para el adecuado logro de los objetivos de las organizaciones se requiere mayor autonomía, todo esto basado en un modelo gerencial que incluya procesos intentando adaptar el hospital a los efectos de los cambios. Marco Teórico levantado en el capítulo 2.

Los servicios clínicos fueron desarrollándose, incorporando procedimientos diagnósticos y terapéuticos, lo que a su vez se fue expresando en estructuras departamentales, que pasaron a constituirse en unidades especializadas con tareas poco definidas; este desarrollo fue originando compartimentos, estancados con poca capacidad para relacionarse con otras unidades estructurales. En el capítulo 3 de presente trabajo se realiza el diagnóstico del Hospital CAM, respaldados en los informes estadísticos de los últimos 5 años, así como un trabajo de campo mediante la aplicación de Manual de Calidad en el Área Clínica del hospital Carlos Andrade Marín (CAM).

El Modelo de atención que se ha analizado ampliamente en el capítulo 4, nos orienta sobre el modo en que determinada sociedad organiza sus recursos, para poder responder a las necesidades de salud de la población.

El área Clínica objeto del análisis, ha ido cambiando, entre otros factores. Se ha ido consolidando una tendencia a la atención ambulatoria de los problemas de salud, así como alternativas de tratamiento hospitalario en escenarios distintos como Hospital del Día.

Lo expuesto en el capítulo 4 permite concluir que los hospitales afrontan el desafío de adaptar su cultura institucional y sus modelos de organización y gestión para incorporar un enfoque de empresa social y adquirir una nueva capacidad gerencial, con éxito a las nuevas condiciones de legitimidad y competitividad sobre la base de la productividad (efectividad, calidad, eficiencia, y satisfacción del usuario) y de la respuesta social que den a las demandas de la sociedad. Para ello se propone que la gerencia hospitalaria adopte el enfoque estratégico que se presenta en el capítulo 5.

PRESENTACIÓN

Este modelo se fundamenta en un enfoque gerencial moderno y centrado en la calidad y en el usuario, las tareas básicas de interpretar los objetivos institucionales mediante un proceso de planear, organizar, dirigir y controlar el empleo de los recursos organizacionales para conseguir determinados objetivos con eficiencia y eficacia.

La planificación que es crucial para mejorar la calidad, el desarrollo institucional, el fortalecimiento de los recursos humanos e incrementar la calidad de vida de los grupos vulnerables.

La organización de una estructura basada en la división del trabajo organizacional; la asignación coherente de los recursos empresariales, para que el sistema pueda funcionar integrada y satisfactoriamente; y mecanismos de operación para indicar a los miembros de la empresa lo que deben y lo que no deben hacer, por medio de descripciones de cargos, procedimientos y rutinas de trabajo, normas y reglamentos internos, estándares de desempeño, sistemas de evaluación de desempeño, etc.

Al realizar la Gestión se debe definir los mecanismos de decisión para establecer como se produce el proceso de toma de decisiones y encontrar consonancia entre los objetivos globales de la organización y los objetivos específicos de cada uno de los órganos o equipos que la componen; los mecanismos de coordinación entre las partes que definen cómo debe armonizar e integrar la organización sus diferentes partes, en función de la división del trabajo organizacional

DECLARACIÓN	I
CERTIFICACIÓN	II
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
RESUMEN	V
PRESENTACIÓN	VII

CONTENIDO

INDICE	Pág.
CAPITULO 1	1
1.1 INTRODUCCIÓN.....	1
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:	2
1.3 FORMULACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA:	3
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	3
1.4.1 OBJETIVO GENERAL	3
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
1.5 JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO	4
1.5.1 JUSTIFICACIÓN TEÓRICA.....	4
1.5.2 JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA	6
1.5.3 JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA	6
1.6 HIPÓTESIS DE TRABAJO.....	7
1.7 ASPECTOS METODOLÓGICOS	8
CAPITULO 2	10
MARCO DE REFERENCIA: TEÓRICO Y CONCEPTUAL	10
2. MARCO TEÓRICO	10
2.1 SISTEMAS DE SALUD.....	10
2.1.1 FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD	12
2.1.2 CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD DE ACUERDO CON SU FUENTE DE FINANCIAMIENTO	17
2.1.3 SISTEMAS DE ATENCIÓN	20
2.1.4 DESCRIPTORES DE CALIDAD DE LOS SISTEMAS DE SALUD	21
2. 2 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA SALUD.	22
2. 2. 1 SALUD Y ENFERMEDAD.....	22
2. 2. 2 DETERMINANTES DE LA SALUD- ENFERMEDAD	24
2. 3 SERVICIOS DE SALUD	26
2.3.1 RECURSOS	26
2. 3. 2. FUNCIONES DE LOS SERVICIOS	27
2. 3. 3 PRICIPIOS.	27
2. 3. 4 OBJETIVOS FINALES	29
2.3.5 DESCRIPTORES DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN INDIVIDUAL DE SALUD.	30
2. 3. 6 OFERTA Y DEMANDA	31
2. 3. 7 REDES DE SERVICIOS DE SALUD	33
2.4 ATENCIÓN DE SALUD.....	35
2.4.1 MODALIDADES DE ATENCIÓN	37
2.4.2 NIVELES DE ATENCIÓN Y GRADOS DE COMPLEJIDAD	37
2.4.3 SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS.....	40

2. 4. 4 CALIDAD	44
2.5 TEORÍA ORGANIZACIONAL	49
2.5.1 TEORÍA CLÁSICA.....	50
2.5.2 TEORÍA MODERNA.....	51
2.5.3 ORGANIZACIÓN HOSPITALARIA	53
2. 5. 4 ADMINISTRACIÓN.....	54
2.5. 5 TEORÍA CLÁSICA Y SU RELACIÓN CON LA ADMINISTRACIÓN	55
2.5.6 TEORÍA MODERNA RELACIONADA CON LA ADMINISTRACIÓN	56
2.5. 7 PLANIFICACIÓN	59
2. 5. 8 GESTIÓN.....	63
2. 5. 9 MONITOREO Y EVALUACIÓN	67
GLOSARIO	72
CAPITULO 3.....	77
DIAGNOSTICO DE SITUACIÓN	77
3.1 CONTEXTO DE SALUD EN AMERICA LATINA.....	77
3.1.1 LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN AMÉRICA LATINA.	78
3.2 CONTEXTO GENERAL DE SALUD EN EL ECUADOR.	79
3.2.1 SERVICIOS DE SALUD EN EL ECUADOR	86
3.3 SEGURIDAD SOCIAL EN EL ECUADOR.....	89
3. 4 HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN: ÁREA CLÍNICA	93
3.4.4 PLANIFICACIÓN	103
3.4. 5 ORGANIZACIÓN – ESTRUCTURA.....	112
PERSONAL MÉDICO ESPECIALISTA DE PLANTA ACTUAL	120
3.4. 6 GESTIÓN.....	129
CAPITULO 4.....	140
MODELO DE GERENCIA HOSPITALARIA ÁREA CLÍNICA.....	140
4. 1 INTRODUCCIÓN.....	140
4. 2 PLANIFICACIÓN.....	143
4. 2 .1 ANÁLISIS DEL FACTOR INTERNO Y EXTERNO DEL ÁREA CLÍNICA DEL HCAM.....	147
4. 2. 2 OBJETIVOS DEL ÁREA CLÍNICA	151
4. 3 ORGANIZACIÓN.....	152
4.4 GESTIÓN.....	154
4.4.1 GESTIÓN DE CONSULTA EXTERNA.....	157
4.4.2 GESTIÓN DE HOSPITALIZACIÓN.....	158
4.4.3 GESTIÓN DEL RECURSO HUMANO.....	162
4.4.4 GESTIÓN DEL RECURSO FINANCIERO.....	165
4.4.5 GESTIÓN DE MANTENIMIENTO	167
CAPITULO 5.....	140
MODELO DE IMPLEMENTACION.....	140
5. 1 INTRODUCCIÓN.....	169
5. 2 ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACION	170
MACROPROCESO DE GESTIÓN Y APOYO.....	173

ANEXOS	PAG
ANEXO 1.- MODELO DE DESCENTRALIZACIÓN	219
ANEXO 2.- DETERMINANTES EPIDEMIOLÓGICOS	220
ANEXO 3.- FASES DE CONSTRUCCIÓN DE LA EPIDEMIOLOGÍA CRÍTICA	221
ANEXO 4.- SSITEMAS DE ATENCIÓN.	222
ANEXO 5.- ORGANIGRAMA GENERAL HCAM.....	223
ANEXO 6.- EVALUACIÓN DEL FACTOR INTERNO.	;ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.224
ANEXO 7.- EVALUACIÓN DEL FACTOR EXTERNO.	227
ANEXO 8.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	230
ANEXO 9.- MANUAL DE VIGILANCIA DE LA CALIDAD.....	245
ANEXO 10.- LIQUIDACIÓN PRESUPUESTARIA DEL AÑO 2003.....	274
ANEXO 11.- ENCUESTA CONDICIONES DE VIDA.	2822
ANEXO 11.- ENCUESTA OFERTA DEMANDA.....	284

ILUSTRACIONES	PÁG
ILUSTRACIÓN 2-1.- RELACIÓN ENTRE OFERTA, DEMANDA Y NECESIDAD DE ATENCIÓN DE SALUD	33
ILUSTRACIÓN 3-1.- POBLACIÓN TOTAL A NIVEL NACIONAL POR ÁREA Y POR SEXO	84
ILUSTRACIÓN 3-2.- POBLACIÓN TOTAL A NIVEL NACIONAL Y POR ÁREA, SEGÚN AFILIACIÓN A SEGUROS DE SALUD Y SEXO	88
ILUSTRACIÓN 3-3.- CALIFICACIÓN DE ELEMENTOS ESTRUCTURA, PROCESO Y RESULTADO HCAM	96
ILUSTRACIÓN 3-4.- CALIFICACIÓN POR CALIDAD TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA Y CALIDAD HUMANA Y CONFORT HCAM.....	98
ILUSTRACIÓN 3-5.- CALIFICACIÓN POR ESTÁNDARES Y GRADO HCAM.....	101
ILUSTRACIÓN 3-6.- ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL HCAM	102
ILUSTRACIÓN 3-7.- ÁREA DE INFLUENCIA ZONAL I.....	115
ILUSTRACIÓN 3-8.- ESTRUCTURA IEISS RESOLUCIÓN RCI - 056	116
ILUSTRACIÓN 3-9.- ORGANIZACIÓN SUBGERENCIA DE CLÍNICA.....	119
ILUSTRACIÓN 3-10.- SERVICIOS INTERMEDIOS Y GENERALES	127
ILUSTRACIÓN 4-1.- ESQUEMA DE LA OFERTA Y LA DEMANDA	145
ILUSTRACIÓN 4-2.- VARIABLES DEL MODELO DE GESTIÓN.....	156

TABLAS**PÁG.**

TABLA 3-1 ESTRUCTURA PROCESO RESULTADO TOTAL	96
TABLA 3-2 .-CONSULTA TÉCNICA Y HUMANA	98
TABLA 3-3.- CALIFICACIÓN DEL HCAM POR ESTÁNDAR Y GRADO CRUZADOS	100
TABLA 3-4.- TABLA DE ACREDITACIÓN POR GRADOS	102
TABLA 3-5 ACREDITACIÓN POR GRADOS Y TOTALES	102
TABLA 3-6.- VALORACIÓN DEL FACTOR INTERTNO DEL HOSPITAL HCAM	106
TABLA 3-7.- VALORAC<IÓN DEL FACTOR EXTERNO	108
TABLA 3-8.- RESUMEN DEL ANÁLISIS INTERNO “HCAM”	109
TABLA 3-9.- MATRÍZ FODA HOSPITAL “CARLOS ANDRADE MARÍN”	110
TABLA 3-10.- POBLACIÓN ENFERMA O ACCIDENTADA SEGÚN AGENTES DE ATENCIÓN 1999.....	111
TABLA 3-11.- VALORES DE DEMANDA “HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN”	111
TABLA 3-12.- VALORES DE DEMANDA DEL AREA CLÍNICA “HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN” ...	112
TABLA 3-13.- RECURSOS HUMANNOS	120
TABLA 3-14.- RECURSO HUMANO – ÁREA CLÍNICA DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN.....	121
TABLA 3-15.- PARTIDAS PRESUPUESTARIAS DEL AÑO 2003. ANÁLISIS.	125
TABLA 3-16.- CONSULTA EXTERNA ÁREA CLÍNICA	129
TABLA 3-17.- CONSULTAS POR ESPECIALIDAD ÁREA CLÍNICA	130
TABLA 3-18.- INDICADORES DE CONSULTA EXTERNA	130
TABLA 3-19.- INDICADORES DE LABORATORIO.....	131
TABLA 3-20.- INDICADORES DE IMAGENOLOGÍA	131
TABLA 3-21.- INIDCADORES DE FARMACIA.....	132
TABLA 3-22 TRANSFERENCIAS DE URGENCIAS	132
TABLA 3-23.- EGRESOS DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN (99 – 03).....	133
TABLA 3-24.- EGRESOS POR ESPECIALIDAD CLÍNICA	133
TABLA 3-25.- INDICADORES DE HOSPITALIZACIÓN.	134
TABLA 3-26.- PRODUCCIÓN, RENDIMIENTO Y COSTOS	135
TABLA 4-1.- VALORES DE OFERTA DEL ÁREA CLÍNICA DEL HCAM	144
TABLA 4-2.- ANÁLISIS INTERNO DEL ÁREA CLÍNICA DEL “HCAM”	147
TABLA 4-3.- ANÁLISIS DEL FACTOR EXTERNO DEL ÁREA CLÍNICA DEL “ HCAM”	148
TABLA 4-4.- MATRÍZ FODA DEL ÁREA CLÍNICA DEL “HCAM”	149
TABLA 4-5.- CATEGORIZACIÓN DE VARIABLES DEL FODA.	150
TABLA 4-6.- LÍNEAS ESTRATÉGICAS DEL ÁREA CLÍNICA.....	151
TABLA 4 -7.- OFERTA DE CONSULTA EXTERNA ÁREA CLÍNICA.	157
TABLA 4-8.- PRODUCCIÓN PROPUESTA HOSPITALIZACIÓN DEL ÁREA CLÍNICA	160
TABLA 4-9.- GESTIÓN DEL RECURSO HUMANO	163

CAPITULO 1

MODELO GERENCIAL EN EL ÁREA CLÍNICA DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN*.

1.1 INTRODUCCIÓN

Los servicios sanitarios constituyen un sector de actividad de características únicas, tanto por sus dimensiones en relación con las economías de cada país, como por la propia naturaleza de su actividad de mantenimiento y restauración de la salud.

Los servicios sanitarios son servicios personales prestados por profesionales y organizaciones potencialmente competitivas. En tal situación de competencia, el consumidor - usuario de los servicios sanitarios, encuentra la motivación para su adquisición ajustando la utilidad o beneficio de su consumo en relación a los precios del mercado. La competencia entre los oferentes y demandantes, aseguraría, para el conjunto de la economía, tanto el ajuste de los precios como la optimización de la producción general para cada nivel de renta posible. El cambio tecnológico y los avances científicos incorporados garantizan a largo plazo la dinámica que promueve la eficiencia.

Es difícil identificar otros servicios que posean a la vez tantas condiciones que distorsionan del libre juego del mercado, tanto por el lado de la demanda como por el lado de la oferta.

La investigación se va a centrar en un análisis del Área de Clínica del HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN (HCAM), por tener información disponible y una buena apertura para la realización de este trabajo, iniciando por un diagnóstico basal, a través de una revisión documental, que permitirá el análisis cualitativo y cuantitativo; para ello se utilizarán recursos bibliográficos, Internet, opinión de expertos.

Con el propósito de demostrar las hipótesis se utilizarán, instrumentos y técnicas sugeridas por organismos internacionales tales como OPS/OMS, otros propuestos por los autores, adaptándoles a la realidad nuestra y herramientas que sean necesarias desarrollar para el cumplimiento de los objetivos propuestos.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cómo es la Gerencia del Área clínica del Hospital Carlos Andrade Marín?

En los últimos años no ha existido un apropiado manejo gerencial del Área Clínica del Hospital Carlos Andrade Marín, fundamentalmente no se articula adecuadamente los procesos de planificación, organización, gestión y evaluación, evidenciándose ineficacia, ineficiencia e inefectividad en la prestación de servicios.

La falta de implementación de políticas, formulación de planes estratégicos, y ausencia de una gerencia efectiva, ha desencadenado problemas primordiales, como el desconocimiento de la demanda real. Concomitantemente la desorganización del talento humano y una estructura financiera desordenada que ha permitido trabajar con presupuestos históricos, subutilización de la capacidad instalada y falta de asignación de responsabilidades; perdiendo la perspectiva del cumplimiento del objetivo primario que es dar atención eficaz y eficiente en el área de Clínica del Hospital Carlos Andrade Marín.

Si se mantiene bajo esta línea de funcionamiento el Área Clínica del HCAM corre un grave riesgo de profundizar la insatisfacción que existe por parte del usuario (afiliado) lo cual determinaría un proceso paulatino de desprestigio y una tendencia a quebrarse el área de servicios; si tomamos en cuenta las nuevas políticas del IESS de implementar una competencia con otros Prestadores de Salud.

Para superar esta situación es necesario establecer un modelo Gerencial en el Área Clínica del HCAM, que desarrolle procesos de planificación relacionando la demanda con la oferta, estableciendo una organización ágil y dinámica que satisfaga las demandas cambiantes del mercado cautivo (afiliados), procurando una gestión dinámica que cumpla con los objetivos y optimice los recursos en la prestación de servicios, desarrollando procesos monitoreo y evaluación fundamentados en el análisis y retroalimentación de la información para lograr una acertada toma de decisiones.

1.3 FORMULACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA:

- ¿Cómo es la Gerencia del Área clínica del Hospital Carlos Andrade Marín?
- ¿Hay una Planificación adecuada en el Área Clínica del Hosp. Carlos Andrade Marín?
- ¿Cómo es la Organización y estructura del Área Clínica del Hospital Carlos Andrade Marín?
- ¿Cómo es el Proceso de Gestión del Área Clínica del Hospital Carlos Andrade Marín?
- ¿Existe análisis y retroalimentación de la Información en el Área Clínica del Hosp. Carlos Andrade Marín?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Proponer en el Área Clínica 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.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer un proceso de Planificación estratégica de acuerdo a la Oferta y la Demanda en el Área Clínica del Hospital Carlos Andrade Marín.
- Fortalecer procesos ágiles y dinámicos en la Organización del Área Clínica del Hospital Carlos Andrade Marín, que respondan a la demanda de servicios actuales.
- Desarrollar un modelo de Gestión en el Área Clínica del Hospital Carlos Andrade Marín, que satisfaga los requerimientos de eficacia, eficiencia y efectividad.
- Fortalecer los procesos de monitoreo y evaluación de la Información en el Área Clínica del Hospital Carlos Andrade Marín para una adecuada Toma de decisiones.

1.5 JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

1.5.1 JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

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

La administración en la actualidad es considerada como un proceso que incluye procesos fundamentales de planificación, organización, ejecución, y control; siendo esta última función la que constituye el marco de referencia para la medición de la productividad en el trabajo.

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

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”

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 rentabilidad

Productividad implica interés por eficiencia y eficacia. Siendo la eficacia la consecución de metas y la eficiencia la relación que la producción mantiene con recursos utilizados para lograrla.

La orientación hacia los procesos forma parte de la cultura de organizaciones exitosas. La idea implícita es que si existe una buena gerencia de procesos, los resultados son automáticos

La planificación en salud es vital; ésta ha evolucionado en función de los cambios que los sistemas de salud debido su alta permeabilidad han tenido que afrontar. Todo ello ha determinado ajustes en las técnicas de planificación en salud

Es imperativo cambiar la estructura tradicional por especialistas en los hospitales; para desarrollar un esquema por procesos de salud.

Estas aportaciones teóricas se vinculan con el objeto del presente estudio, que requiere incorporar la planificación de manera prospectiva, para satisfacer estratégicamente los requerimientos de calidad y competitividad, exigidas por los clientes internos y externos.

El reto para varios Centros Hospitalarios de nuestro País es aplicar los modelos gerenciales, que obedecen a estándares investigados y probados en los grandes centros investigativos y asistenciales del mundo, lo que constituye un importante sustento para el desarrollo del presente trabajo.

1.5.2 JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

Para operacionalizar se analizará los procesos de planificación, organización, gestión y evaluación a lo interno del Área clínica, para ello es necesario utilizar técnicas e instrumentos diseñados por organismos internacionales como OPS/OMS, otras recomendadas por los autores y las que se requieran adaptar o diseñar para el estudio, los cuales constituirán aportes para tratar problemas similares.

Un Modelo de Gestión que introduzca procesos, los mismos que buscan calidad como estrategia competitiva y reducción de costos, con mayor satisfacción del cliente interno y externo; es decir trabajar con eficiencia.

El mejoramiento continuo de la calidad de los procesos creados, permitirá otorgar incentivos en base a resultados logrados. Los instrumentos a utilizarse nos deben permitir relacionar resultados, y sistemas de evaluación sustentados en indicadores de satisfacción al cliente. Los instrumentos de evaluación nos permitirán rectificar y reajustar los procesos de manera que los correctivos sean dados en un tiempo correcto.

La Gerencia por Procesos, permite rediseñar la planificación, organización, gestión y evaluación del área implicada motivo de este estudio.

1.5.3 JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

El Modelo Gerencial moderno basado en la implementación de un Sistema de Procesos que aplicando planificación estratégica, organización dinámica que responda a los retos actuales, gestión altamente competitiva y evaluación basada en un sistema de información, permitirá incorporar la calidad, reducir costos, facilitando la satisfacción del cliente externo e interno en cada paso del proceso.

Al haberse creado el área de Aseguramiento de Salud del IESS, que es un nivel de control sobre el hospital, tendremos que responder con efectividad (eficacia mas eficiencia). Se necesita preparación para ser competentes, para solucionar la crisis, más aún porque el HCAM ha sido acreditado como servidor de salud, de la Aseguradora del IESS. Queremos mejorar para llegar a ser altamente competitivos, 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 con otros servicios públicos y privados.

Es imperativo cambiar la estructura tradicional por especialistas, en los hospitales; para, desarrollar un esquema por procesos de salud.

Estas aportaciones teóricas se vinculan con el objeto del presente estudio, que requiere incorporar la planificación de manera prospectiva, para satisfacer estratégicamente los requerimientos de calidad y competitividad, exigidas por los clientes internos y externos.

Los elementos que favorecerán la solución del problema planteado constituyen: el conocimiento del tema, experiencia de trabajo en el área, información existente, interés profesional e institucional relevante para el IESS.

1.6 HIPÓTESIS DE TRABAJO

- Si se establece un modelo gerencial que incorpore los procesos de Planificación, Organización, Gestión y Evaluación en el Área Clínica del Hospital Carlos Andrade Marín, entonces se logrará el cumplimiento de los objetivos (eficacia) y la optimización de los recursos de la Institución (eficiencia) en la prestación de servicios.
- Sí se desarrolla una adecuada Planificación Prospectiva en el Área Clínica del Hospital Carlos Andrade Marín, entonces se logrará articular estratégicamente la Oferta y Demanda.

- Sí se fortalece la Organización del Área Clínica del Hospital Carlos Andrade Marín, entonces se logrará responder de manera competitiva a los requerimientos de la demanda actual de servicios.
- Sí se establece un modelo de Gestión ágil y dinámico, en el Área Clínica del Hospital Carlos Andrade Marín, entonces se logrará eficacia y eficiencia en la prestación de servicios, que permitirá satisfacer los requerimientos de los usuarios.
- Sí se establece un proceso de monitoreo y evaluación, entonces se logrará una adecuada Toma de decisiones en el área Clínica del Hospital Carlos Andrade Marín.

1.7 ASPECTOS METODOLÓGICOS

El plan de tesis responde a la utilización del Marco Lógico como herramienta que permite identificar el problema medular, las causas y efectos y las relaciones e interrelaciones de los mismos.

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, Internet, trabajo de campo en el HCAM.

La investigación se va a centrar en un análisis del Área de Clínica del HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN (HCAM), por tener información disponible y una buena apertura para la realización de este trabajo, iniciando por un diagnóstico basal, a través de una revisión documental, que permitirá el análisis cualitativo y cuantitativo; para ello se utilizarán recursos bibliográficos, Internet, opinión de expertos.

Con el propósito de demostrar las hipótesis se utilizarán instrumentos y técnicas sugeridas por organismos internacionales tales como OPS/OMS,

otros sugeridos por los autores, adaptaciones a la realidad nuestra y herramientas que sean necesarias desarrollar para el cumplimiento de los objetivos propuestos.

CAPITULO 2

MARCO DE REFERENCIA: TEÓRICO Y CONCEPTUAL

2. MARCO TEÓRICO

2.1 SISTEMAS DE SALUD

Ludwig Von Bertalanffy, biólogo es el creador de la teoría general de Sistemas, la desarrolló en el decenio de 1930,¹ 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.²

Esta definición implica que el conjunto de elementos guarde relación mutua o interacción, y que esa acción reciproca 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 dedicados a la promoción de la salud, a la prevención de las enfermedades y a la recuperación de la salud, incluyendo todas las organizaciones sanitarias³. En términos de salud pública la tendencia a la

¹ Barquín, M. Dirección de Hospitales: Sistemas de Salud. McGraw Hill, México, 2002. pp: 15.

² Ibid. pp: 15.

³ MSP.: Gerencia de Hospitales: Sistemas de Salud. Modulo I. 2003. pp. 4

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,⁴ 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**: el Ministerio de Salud del gobierno, 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 (Valué for Money).⁵
- Los **proveedores** directos de las prestaciones: los profesionales de la salud, cuyo principal interés, además de la realización profesional es el aumentar sus ingresos.

⁴ Barquin, Op.cit., pp: 15.

⁵ MSP, Op.cit., pp:4

- 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 los votan y por otra deben mantener el equilibrio presupuestario y atender los otros actores con poder.⁶

2.1.1 FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD

Organización Mundial de la salud (OMS.) creada en 1946 por representantes de 61 Estados en New Cork en 1946, y su ratificación el 7 de Abril de 1948. El propósito es elevar el nivel de salud de los pueblos y estimular los conocimientos y la investigación en materia sanitaria. La orientación OMS tiene como principio mayor énfasis en la lucha contra las enfermedades transmisibles y actualmente concediendo mayor importancia a las enfermedades crónicas no transmisibles y a los problemas de organización de los Sistemas de salud.

En el Ecuador entre 1997 y 1998 tuvo lugar un proceso de consulta nacional 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) acceso equitativo (aseguramiento y financiamiento), c) Provisión descentralizada de servicios (prestación y descentralización), d) promoción de salud, y e) vigilancia control de riesgos y daños de la salud.

La Rectoría es el liderazgo del sector e incluye la conducción, la regulación, el ejercicio de la autoridad sanitaria, el seguimiento y la evaluación del sector (OPS – OMS).

⁶ Ibid, pp: 4

El Art. 10 de la Ley del Sistema Nacional de salud: Función de coordinación.- Es la función del sistema que coordina la relación entre las demás funciones y entre los integrantes del sistema. Su ejercicio es competencia del MSP, en todos sus niveles, como autoridad sanitaria nacional, apoyado por los consejos de salud. ... “Deberá referirse a: conducción sectorial, regulación sectorial, garantía del acceso equitativo a la atención de salud, armonización de la provisión de servicios, desarrollo de las funciones esenciales de la salud pública, control y evaluación”.⁷

La función de Rectoría, no se la aceptó por la disconformidad de algunos actores que veían lesionada su “autonomía”, sin embargo la rectoría en el anteproyecto ley prescribía lo siguiente.” Es la función directriz del Sistema que gobierna la relación entre funciones e integrantes del sistema.

La conducción, normatización, coordinación, regulación y evaluación de las actividades y servicios de salud realizada por entes públicos y privados, es responsabilidad del MSP. 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 (FESP) 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

⁷ MSP, CNS, Marco General de la Reforma Estructural de la salud en el Ecuador, Quito Ecuador 2002 pp 49 OPS, OMS

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.⁸

La coordinación intrasectorial, es responsabilidad del Consejo Nacional de Salud, organismo asesor del Ministro de Salud Pública creado en 1980, conformado por trece 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.⁹

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.¹⁰

El papel actual del estado ecuatoriano como rector en Salud.¹¹

- Otorga la autorización de ejercicio profesional.
- Regula o controla el funcionamiento de servicios de atención en salud.
- Contribución a la política de uso de fármacos.¹²

⁸ 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.

⁹ Ibid.

¹⁰ Placencia, M.: Salud para el bienestar y desarrollo en Quito del siglo XXI: Sistemas de Salud del Ecuador. Edit. Quality Print, Quito. 2001, pp. 62.

¹¹ _MSP, CNS, Marco General IBID pp 50

¹² Ibid., pp: 62.

- Co – regulación de la práctica profesional con los colegios médicos.¹³
- Regulación indirecta del acceso a los puestos de trabajo de los médicos.
- Regulación estatal sobre el control del ambiente y de la cadena alimentaría.
- Regula el proceso de la reforma de salud.¹⁴

El Financiamiento es la función que busca cubrir todas las necesidades del proceso de producción de bienes o servicios, para alcanzar las metas deseadas en cuanto a la cantidad y calidad de las prestaciones.¹⁵

En el Art. 13. Función de Financiamiento es la garantía de disponibilidad y sensibilidad de los recursos financieros necesarios para la cobertura universal en salud de la población. Establecerá mecanismos que permitan la asignación equitativa y solidaria de los recursos financieros así como su uso eficiente se lo hará conforme a lo dispuesto en el Art. 46 de la Constitución Política.

Adicionalmente el Estado creará fondos específicos destinados a la protección de daños causados por enfermedades catastróficas”.¹⁶ Financiamiento del Sistema provendrá de las siguientes fuentes: Fondos del gobierno central, gobiernos locales, Rendimiento financiero del Fondo Nacional de Solidaridad, Contribuciones de personas o familias con capacidad de aporte económico.

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.

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

¹³ Ibid. pp: 63.

¹⁴ Ibid. pp: 63.

¹⁵ Ochoa, H. Economía de la Salud Editorial Pax Mexico 1999. pp: 256

¹⁶ MSP, CNS, Op.cit., pp: 50

capacidad de contribución económica, se establecerá un porcentaje de pago (copago) que se definirá luego de la respectiva categorización socioeconómica (94).

Los Criterios para la Asignación de los Recursos se realizan en base:

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

La Prestación es la provisión de servicios dirigidos al cuidado y protección de los procesos vitales. El” Art. 11 Función de la Provisión de servicios es plural y se realiza con la participación coordinada de las instituciones prestadoras, las cuales funcionarán de conformidad con su estatuto de constitución y la administración de sus propios recursos.”¹⁷

Las instituciones del sector salud realizan diversos programas de atención ambulatoria. El MSP fundamentalmente efectúa actividades de prevención y protección de la salud con la atención de la morbilidad prevalente. El IESS atiende las necesidades de sus afiliados, sobre todo la demanda de morbilidad y de igual modo lo hacen los servicios de sanidad de las FAAA y Policía. La JBG

¹⁷ MSP, CNS, Op. cit pp: 50

y SOLCA atienden principalmente a nivel hospitalario. El sector privado, con excepciones, básicamente se dedica a la atención de los eventos de morbilidad.

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.

Aseguramiento es la función que protege a sus asegurados contra eventos futuros. El "Art. 12 Función de 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."¹⁸

Los sistemas de seguridad social son un importante elemento de la salud pública, ya que juegan un papel importante en la calidad, acceso y financiamiento de los servicios de salud.

2.1.2 CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD DE ACUERDO CON SU FUENTE DE FINANCIAMIENTO¹⁹

Realmente las técnicas de financiamiento pueden reducirse a tasación o impuesto, contribución compulsada bien deducida del salario o vinculada al riesgo y pagada por compañías y la suscripción voluntaria a esquemas de seguros privados. Teniendo en cuenta la fuente de financiación del sistema de salud pueden distinguirse 3 modelos:

Sistema Beveridge o sistema nacional de salud adoptado por Suecia desde los años 30 y surgido oficialmente en un informe en 1942 en Gran Bretaña. El sistema está financiado por tasación o impuestos controlados por el Parlamento

¹⁸ MSP, CNS, Op. cit pp: 50

¹⁹ Fresno, C. Sistemas de Atención de Salud .Revista Cubana de Salud Pública, Ciudad de la Habana, Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, 1/ 1996

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.

Sistema Bismark o sistema de seguro de salud fue inspirado en el año 1883 en la legislación alemana y existió en los países del Centro y Este de Europa, entre las 2 guerras. 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 taxación o esquemas de seguro privado. La atención médica es entonces provista por los denominados médicos por cuentas propias y pagadas sobre la base de honorarios por servicios, mientras que los hospitales reciben un presupuesto total.

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 comparada 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. Como resultado de la segmentación se desarrollaron subsistemas de los militares, empleados públicos, maestros, trabajadores de “cuello blanco” (empleados bancarios y de las compañías productoras de servicios), los de “cuello azul” (obreros de las industrias), y finalmente los del área rural. Además de los aportes de los trabajadores, los gobiernos contribuyeron a financiarlos o con impuestos o por asignación directa de recursos.

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, República Dominicana).²⁰

La 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 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

²⁰ Blanco R. Jorge, Maya M. José. **Fundamentos de Salud Pública**, tomo 1 Salud Pública. CIB. 2000. pp 43

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 autoconfianza 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.²¹

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

2.1.3 SISTEMAS DE ATENCIÓN

La definición más sencilla habla de un conjunto de cosas que se juntan para formar un todo, esto tiene un objetivo definido, pero cada cosa a su vez permite ser identificada e individualizada.

En la década de los 30's Berthalanffy plantea la "Teoría General de sistemas" sostiene que un sistema es en su forma más simple, un "conjunto de unidades entre las que existen relaciones". Las relaciones entre las partes y el comportamiento del todo sea lo que se considere primordial. La definición implica, por tanto, que el conjunto de elementos y unidades guarde relación mutua interacción, y que una acción recíproca constante entañe normas u organizaciones. Cualquier elemento que no interactúe con los restantes no forma parte del Sistema.

Al momento en Ecuador 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 permite aunar esfuerzos y recursos para desarrollar una propuesta nacional de cobertura y calidad de los servicios de salud.

²¹ Barquín, Op.cit., pp: 23.

En consecuencia, en el Ecuador organizar un Sistema Nacional de Salud es un propósito fundamental de la política sectorial que se incluyó en la reforma Constitucional vigente desde 1998.

2.1.4 DESCRIPTORES DE CALIDAD DE LOS SISTEMAS DE SALUD²²

Los sistemas de salud son el almacén que permite o dificulta que los servicios brinden una atención con la calidad requerida, en forma factible, efectiva, que contribuyan al desarrollo social integral. Los criterios deseables en un sistema de Salud son:

Responsabilidad: Población definida, explícita, 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 Inter. - actuantes, independientemente de la lógica y propiedad de los servicios.

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.

Separación entre: Proveedores y financiadores, reguladores (se aplica a subsistemas de provisión de servicios de atención individual de salud) y estructuras de la sociedad civil.

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.

²² Placencia, Op.cit., pp:23

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 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA SALUD.

2. 2. 1 SALUD Y ENFERMEDAD

La Organización mundial de la Salud, en su acta Fundacional, de fecha 7 de Abril de 1948, expuso, La Salud es un estado completo de bienestar físico, mental, social y no simplemente la ausencia de 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.²³

La Salud no es primordialmente “individual- subjetiva – contingente”; ni es individual y colectiva, 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 interdependientes²⁴.

²³ 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.

²⁴ Breihl J.: Epidemiología Crítica. Lugar Editorial. Buenos Aires, 2003. pp. 51.

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.²⁵

Se busca desentrañar el carácter multidimensional y contradictorio del objetivo y reconocer el movimiento de su complejidad en todas las dimensiones de la vida humana y social que permitan:

- 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.²⁶

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.²⁷

²⁵ *Ibid.*, pp: 66.

²⁶ *Ibid.*, pp: 70.

²⁷ Breihl J.: Nuevos Conceptos y técnicas de Investigación. CEAS, Quito, 1994, pp. 239.

La **Epidemiología Crítica** es un conjunto de conceptos, métodos y formas de acción práctica que se aplican al conocimiento y transformación del proceso salud – enfermedad en la dimensión colectiva o social.

Desde su surgimiento a fines de los sesenta, el movimiento por una epidemiología crítica en el seno de la salud colectiva latinoamericana atravesó por fases diferentes:²⁸ (ver anexo Ilustración No. 2).

La epidemiología trata de descubrir, jerarquizar y sistematizar todo ese conjunto de fuerzas con la finalidad de impulsar las fuerzas protectoras de todo orden, promover el acceso de la población a los 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**²⁹.

2. 2. 2 DETERMINANTES DE LA SALUD- ENFERMEDAD

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

²⁸ Breilh, *Op.cit.*, pp: 34.

²⁹ Breilh, J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación CEAS 1994 p 239 -

impulsan la salud 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 deteriorizantes, 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).

En conclusión 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”.³⁰ (Ver anexo: Ilustración 2).

³⁰ Breilh J.: Epidemiología: Economía, Medicina y Política. Editorial Fontamara, México 1987.

2.3 SERVICIOS DE SALUD

Los 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 de un mandato constitucional; y, constituyen el Sistema Nacional de Salud.³¹

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.³²

2.3.1 RECURSOS son los medios disponibles para efectuar las actividades planeadas, tales como RRHH, tecnológicos, financieros.

Recurso Humano son las 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 servicio.

Recurso Económico es el monto de los recursos económicos, que se asignan a las distintas áreas o zonas.

Recurso Físico es toda la infraestructura de ingeniería e instalaciones requeridas en el funcionamiento de un hospital. Genera satisfacción en los usuarios y crea un ambiente interno de vida funcional satisfactoria y de progreso individual.

³¹ León N.: Propuesta de Organización del Sistema Nacional de Salud. CONASA. Quito, 2000.

³² Vega M.: Administración de Servicios de Salud. Quito. 2002. PP: 44

2. 3. 2. FUNCIONES DE LOS SERVICIOS ³³

Comprende un conjunto de elementos orientados a Impulsar a una mayor capacidad de gestión autónoma de las unidades de salud con activa participación ciudadana, fortaleciendo las capacidades gerenciales en los establecimientos de salud, asignando recursos económicos ligados a rendimientos y resultados, estableciendo incentivos según el desempeño del personal, implementando sistemas de información general, así como políticas de recuperación parcial de costos provenientes de usuarios con capacidad de pago.

2. 3. 3 PRICIPIOS.

Los siguientes son los principios:

Equidad es reducir las disparidades evitables e injustas en los resultados de la salud entre diferentes grupos y asegurar el acceso a servicios de calidad de acuerdo a la necesidad específica de cada persona, considerando sus particularidades étnicas culturales, de género y ciclo vital independiente de su capacidad de pago.

Efectividad y Calidad se entiende por Efectividad cuan bien se satisfacen las expectativas del cliente. Esta evalúa la calidad del proceso. Calidad es la provisión de servicios efectivos, que contribuyen al impacto de las medidas y estrategias adoptadas por el sistema y que generan satisfacción de los usuarios y la comunidad. 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

³³ Ibid., pp: 44

cáncer cérvico-uterino, incidencia de HIV / 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 cuán acertadamente se utilizan los recursos para generar un output. 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 del 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 Social es la obligación que tienen las autoridades del Ecuador de cumplir con sus habitantes. La garantía del cumplimiento de los derechos especialmente de la salud será ejercida mediante la creación de mecanismos que involucren a los sectores interesados y que posibiliten la exigibilidad, sanción, veeduría ciudadana y concretar medidas para la rendición de cuentas. 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.

2.3.4 OBJETIVOS FINALES

Los Objetivos finales son todas las 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 étnicos-culturales, de género y ciclo vital de la población ecuatoriana. Promover la equidad fortaleciendo el acceso a los servicios de salud conforme las necesidades epidemiológicos, de género, sociales, y culturales, priorizando a los grupos vulnerables. Para promover el empoderamiento y la participación de la sociedad con adopción de actitudes y aptitudes personales favorables a la salud, se debe privilegiar la información, educación, comunicación y difusión de los derechos en salud y de saberes culturales de la manera más amplia democrática y ética

2.3.5 DESCRIPTORES DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN INDIVIDUAL DE SALUD.³⁴

Al analizar la atención individual a usuarios que demanden servicio se propone como pivote principal 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. A continuación se exponen estos descriptores de calidad:

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

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

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 con la propuesta distrital.

³⁴ Placencia, Op.cit., pp: 25.

2.3.6 OFERTA Y DEMANDA³⁵

En el Ecuador ha sido usual que la oferta de servicios sea planteada solamente por los técnicos de salud, aunque la efectivización se hace por decisiones políticas. Planificar es la previsión anticipada de un acontecimiento, para esto debemos considerar que la oferta es la cantidad y calidad de los recursos organizacionales, la forma como se organizan, el ambiente laboral; y la 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. Para analizar oferta y demanda definiremos tres variables en juego:

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.

Hay siete posibles formas de relación entre la oferta de atención, la demanda y la necesidad, algunas de las cuales convergentes y otras no. (Ver Ilustración 2.1.)

La **necesidad sentida** es la primera convergencia importante entre estos elementos, es decir el componente de la demanda que es técnicamente calificada como una necesidad (# 1 y 3 de la Ilustración 2.1). Cuando este segmento es ofertado constituye el bloque más “racional” de la oferta de servicios, pero en la práctica siempre puede quedar una parte no ofertada que idealmente debería ser minimizada al máximo (3).

³⁵ Placencia, Op.cit., pp: 41-43

Dentro del confluente de demanda ofertada (#1 y 2 figura siguiente), hay un segmento que técnicamente no es una necesidad (2) y que pese a su irracionalidad, resulta fácil para el servicio continuar ofertándolo porque está demandado. En este rubro caen ciertos procedimientos del diagnóstico y tratamiento que el público solicita y que no cuentan con fundamento científicamente para el uso. Cuando un servicio cae en este segmento hace una atención cuya calidad es doblemente defectuosa porque no tiene buena efectividad y disminuye la eficiencia y sean la causa de la desfinanciación.

En los Servicios ofertados y técnicamente necesarios (1 y 4 de la Ilustración 2.1), el segmento 4 no es demandado. Teóricamente el mantenerlo no es irracional porque hay fundamentos técnicos para proponerlo a la comunidad, pero en la práctica no habrá consumo y ello podría eventualmente atentar contra la eficiencia. Los segmentos 5, 6, y 7 de la Ilustración 2.1 que requieren un manejo apropiado por parte de los servicios. El segmento (5) es la demanda ni necesaria ni ofertada tiene como mejor manejo el diálogo y la participación de la comunidad, cuando se trata de servicios lucrativos, este rubro se pasa fácilmente a la oferta demanda pero no necesaria. El segmento (6) para manejar la necesidad no oferta no demanda, es comunicándose con la comunidad y buscar satisfacerla según el análisis de pertinencia y factibilidad. Por último el segmento (7) está la oferta ni demandada ni técnicamente necesaria, que es altamente irracional si persiste porque no añade efectividad y disminuye la eficiencia.

En este aspecto la calidad se refleja según dos 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 y no se debe inducir la demanda de servicios técnicamente innecesarios y con la factibilidad de su oferta. 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 debería reducirse el área de necesidades no ofertadas (3 y 6).

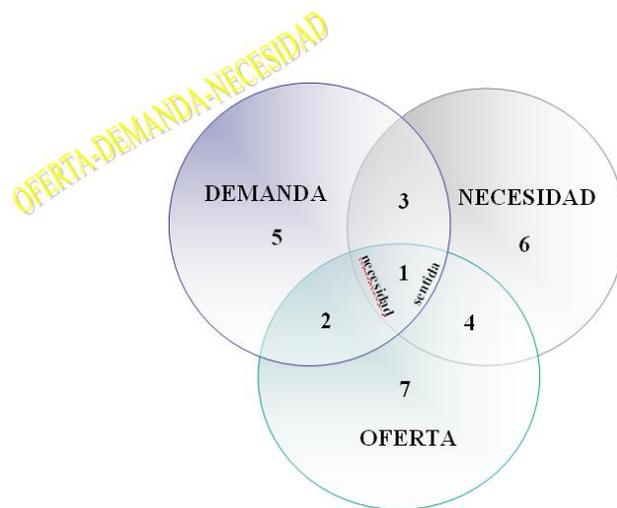


Ilustración 2-1.- Relación entre Oferta, Demanda y Necesidad de Atención de Salud

2. 3. 7 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:

- La integración de los tres niveles de atención en un solo sistema coordinado.
- 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)³⁶.

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.

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 subcomponentes, 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.

Las redes de servicios no interactúan sistemáticamente; son subsistemas de Servicios independientes entre si, aunque la utilización por parte de los usuarios

³⁶ Ibid., pp: 57

no sea excluyente entre ellos. Hay pocas acciones integradoras entre ellos tales como afrontar conjuntamente desastres naturales o antropogénicos, en el caso de ciertas poblaciones con acuerdos locales para combatir responsabilidades y evitar superposición de servicios o las consultas de emergencia.

Los siguientes elementos son un común denominador que relaciona entre si los subsistemas:

- Hay una cobertura sobrepuesta entre sistemas que se puede explotar favorablemente, pero también requiere sistematización.
- Los médicos empleados de instituciones públicas tienen al mismo tiempo actividad privada que contribuye a favorecer el flujo de pacientes entre las redes del servicio, de referencia y contrarreferencia. Este hecho facilita también que los profesionales presionen para uniformar la práctica, por ejemplo del uso de la tecnología, equipamiento, y las formas del diagnóstico y tratamiento. A veces esta situación puede traer mejoras técnicas y de calidad, pero en otras ser una fuente de ineficiencia, debido a que se han dado escaladas tecnológicas no siempre justificables y que perjudican a la eficiencia.
- Ninguna de las redes de atención ha trabajado por cumplir con estándares de calidad del servicio, ni uniformidad entre ellas.

2.4 ATENCIÓN DE SALUD

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

Reestablecimiento de los enfermos

Rehabilitación

Promoción de la salud.- se define como el proceso que proporciona a las poblaciones facilidades y medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla.³⁷

Prevención.- es 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.

La Curación o Restablecimiento de los enfermos. Es la organización y provisión de servicios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

La Rehabilitación es el 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

³⁷Blanco J. *Ibíd.*; pp.: 4, 70, 71.

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

2.4.1 MODALIDADES DE ATENCIÓN

La 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.

La 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.

La 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.

2.4.2 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 del 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.³⁸

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.

³⁸ Malagón L. *ibid* pp 133 – 137.

Aunque los servicios de atención de la salud constituyen un sistema continuo, tradicionalmente se han distinguido tres niveles:

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

Primer nivel: los servicios del primer nivel de atención son aquellos planteados 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). 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 comprenden 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 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. (Mínima cobertura, máxima complejidad). Representado por los establecimientos para realizar acciones bajo régimen de atención cerrada (hospitalización).

Los hospitales de tercer nivel se organizan por servicios y requieren de apoyo diagnóstico 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.

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.

2.4. 3 SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS

La empresa de servicios denominada Hospital es una organización social productiva de extrema complejidad por cuanto, además de tener una actividad

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.³⁹

Las cuatro empresas que coexisten en el hospital son:

1. Un hotel cuyos usuarios presentan mayores exigencias que en un hotel común
2. 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.
3. Una empresa que utiliza tecnología de punta con un gran turnover y procesos casi industriales: los servicios intermedios, auxiliares del diagnóstico y tratamiento.
4. 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,

³⁹ MSP.: Gerencia de Hospitales: Sistemas de Salud. Modulo II. 2003. pp: 74

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

2.4.3.1 Funciones Asistenciales

Servicios Finales⁴⁰ 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 Intermedios⁴¹ es 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,

⁴⁰ Ibid., pp: 74

⁴¹ Ibid., pp 75

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.

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. 3. 2 Funciones No Asistenciales

En el área administrativa reconocemos los siguientes sectores: el sector Gestión de Pacientes, el sector Gestión Económico-financiera, el sector Gestión de Suministros.

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

En el área de Docencia e Investigación se reconocen los siguientes sectores: sector Docencia, sector de Comités Técnico-Científicos.

2. 4. 4 CALIDAD

La Sociedad Americana de Control de Calidad define como la “Totalidad de los hechos y características de un producto o servicio que demuestra su capacidad para satisfacer las necesidades requeridas”.

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, 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 mejorarla 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.

Un pensamiento más analítico sobre calidad fue desarrollado posteriormente en documentos y propuestas de Sheps (1955); Donabedian (1966); Dror (1968) y De Geyndt (1970). Podría decirse que el desarrollo conceptual fue muy intenso en la década del cincuenta y los sesenta, mientras que en los setenta y ochenta se pusieron en práctica enfoques concretos de la calidad. Dentro de los autores que nítidamente lideraron este enfoque práctico de la medición de calidad en los servicios de salud, puede mencionarse a Avedis Donabedian. 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.

La Calidad total en los servicios de salud es que la calidad que se prestan siempre puede mejorarse, se establece una constante tensión hacia la búsqueda de mejores alternativas en términos de satisfacción y costo, la gestión integral de calidad es una tensión constante que conduce hacia una Mejora Continua de la Calidad.

La Calidad en Salud es el conjunto de características y atributos que reúnen un bien o un servicio para ser considerado bueno y satisfactorio para el usuario y el Sistema de Atención de la salud, la calidad no es un término absoluto, sino que está relacionado con el uso. Para poner más énfasis en la ponderación del resultado Johr en 1.990 postuló que “la Calidad de la Atención Médica es el grado en que los Servicios de Salud, para individuos y poblaciones, mejoran la posibilidad de lograr los resultados deseados en salud y son congruentes con los conocimientos actuales”.⁴²

La Organización Mundial de la Salud concreta el pensamiento y expresa que existe Calidad de la Atención de la Salud cuando en ella concurren: un alto grado de excelencia profesional, el uso eficiente de los recursos, un mínimo de riesgos para el paciente, un alto grado de satisfacción del paciente, un impacto final positivo en la salud.

La calidad de atención en salud es un concepto multidimensional y multifacético, sustentado en principios del mundo científico, pero interactuante con juicios de valor, creencias y perspectivas sobre lo que constituye una buena o mala calidad de atención. Esta ausencia de uniformidad en las explicaciones y las visiones, explica el enorme número de definiciones de los conceptos de calidad existentes, así como los diversos enfoques propuestos para medirla. La medición de la calidad es por tanto, un proceso polémico, con una direccionalidad múltiple y una perspectiva de acción directamente referida a la metodología y enfoque que uno pueda emplear para su evaluación en los

⁴² MSP.: Gerencia de Hospitales: Sistemas de Salud. Modulo 10. 2003. pp: 2

servicios. Puede decirse de manera general, que dos escuelas han sido las que han agrupado los diversos enfoques existentes sobre la medición de la calidad. Por una parte, el enfoque desarrollado a partir de las ciencias de la salud y por otra, el enfoque desarrollado a partir de la gerencia o las ciencias de la administración. Cada uno de ellos ha logrado establecer metodologías y técnicas que se usan de manera similar en los servicios de salud.

2.4. 4.1 Garantía De Calidad⁴³

La garantía de calidad debe constituir la razón de ser de las instituciones de salud. Es asegurar la calidad del servicio de modo que se gane la plena confianza del cliente y su completa satisfacción, esta calidad debe ser definida como algo tangible y no como un valor abstracto. La calidad existe o no existe y no es válido hablar de alta o baja calidad, ya que es solo una, Crosby la define como “el acto donde se cumplen todas las especificaciones”, el mejoramiento de la calidad no contradice estos planteamientos, por el contrario reafirma que se parte de unas especificaciones precisas que permiten cumplir satisfactoriamente el objetivo y de ahí en adelante la institución emplea toda su capacidad para asegurarla y así poder garantizarla al usuaria.

El 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.

La 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 de la licenciatura, la acreditación se concentra en estrategias de mejoramiento

⁴³ Ibid, pp: 82.

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

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

Los estándares de la acreditación son desarrollados típicamente por un consenso de expertos de cuidado de la salud, y son revisados periódicamente para permanecer al día con las ideas más modernas de la calidad del cuidado de la salud, los avances en la tecnología y los tratamientos y los cambios en las políticas de salud.

Los propósitos principales de la acreditación incluyen lo siguiente:

- Mejorar la calidad del cuidado de la salud estableciendo metas óptimas para las organizaciones de salud en el cumplimiento con los estándares,
- Estimular y mejorar la integración y administración de los servicios de salud,
- Establecer una base de datos comparativa de las organizaciones de salud capaces de cumplir con estándares o criterios selectos de estructura, proceso y resultado,
- Reducir los costos del cuidado de la salud concentrándose en una mayor eficiencia y efectividad de los servicios,
- Proporcionar educación y consultoría a las organizaciones, administradores y profesionales de salud respecto a estrategias para el mejoramiento de la calidad y las “mejores prácticas” en el cuidado de la salud,
- Reforzar la confianza del público en la calidad del cuidado de la salud, y
- Reducir los riesgos asociados con lesiones e infecciones para los pacientes y el personal.

Certificación - Norma ISO 9000: 2001 ⁴⁴ esta norma ISO se titula Sistemas de Gestión de la Calidad, son directrices para la mejora del desempeño .La sigla ISO representa la Organización Internacional de Normalización (International Organization for Standarization) que funciona oficialmente desde 1947 en Ginebra. Actualmente es una Federación Mundial de organismos internacionales de normalización de más de 140 países

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 ⁴⁵ 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 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.

⁴⁴ Ibid, pp: 45.

⁴⁵ Ibid., pp: 6.

Evaluación⁴⁶ Dentro del Contexto de la evaluación de establecimientos de salud y aceptando un enfoque sistémico se utiliza estándares e indicadores.

Indicadores son las medidas de resumen de variables cuali-cuantitativas de estructura, procesos y resultados, capaces de identificar áreas críticas de los mismos para medir la calidad y la eficiencia de sus actividades.

Los Indicadores de Calidad son aquellos que: miden DIRECTAMENTE los RESULTADOS FINALES de la atención tales como tasas letalidad, recuperación, infecciones, aceptación, etc. O estiman INDIRECTAMENTE los resultados a través del análisis de indicadores de Procesos o Estructuras en donde existe probada EVIDENCIA CIENTÍFICA de su relación con resultados.

Los indicadores deben seguir los lineamientos y definiciones internacionales sobre el tema; ser simples; fácil de obtener con los datos actuales de los establecimientos; facilitar las comparaciones para evitar sesgos es decir controlar por variables que influyen sobre los indicadores; estar incorporados dentro de un diseño para posibilitar limitaciones.

2.5 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.

En la función de planeación fijamos objetivos y después formulamos una estrategia y un conjunto de planes para alcanzar estos objetivos. Pero se requiere de gente para lograrlos. Se necesita asignar tareas a las personas y estas tareas deben coordinarse.

⁴⁶ Ibid., pp: 22

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.

Los fundamentos básicos que demuestran la importancia de la organización son:

- Es de carácter continuo, puesto que la empresa y sus recursos están sujetos a cambios constantes.
- Es un medio a través del cual se establece la mejor manera de lograr los objetivos del grupo social.
- Suministra los métodos para que se puedan desempeñar las actividades eficientemente con un mínimo de esfuerzos.
- Evita la lentitud e ineficiencia en las actividades reduciendo los costos e incrementando la productividad.
- Reduce o elimina la duplicidad de esfuerzos, al delimitar funciones y responsabilidades.

2.5.1 TEORÍA CLÁSICA

Tienen una relación estrecha con la revolución industrial y el surgimiento de las empresas a gran escala, las cuales requirieron del desarrollo de nuevas formas de organización y prácticas administrativas. 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.

La administración científica se interesaba principalmente por la planeación, la estandarización y el mejoramiento de la eficiencia del trabajo humano. Vio a la administración como una ciencia, más que como un enfoque individual basado en reglas prácticas. 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.

La teoría administrativa tradicional operaba bajo ciertas hipótesis como la del hombre económico racional; los administradores deben planear, dirigir y controlar las actividades del grupo de trabajo. La autoridad proviene de la cima de la pirámide jerárquica y es delegada hacia abajo. Se establecieron los principios para guiar la práctica administrativa.

2.5.2 TEORÍA MODERNA

El enfoque de sistemas ofrece una base para la integración al permitir visualizar la organización total en interacción con su ambiente y la conceptualización de las relaciones entre los componentes internos o subsistemas. Un sistema es un todo unitario, compuesto por dos o más partes, componentes o subsistemas interdependientes y delineados por límites identificables de su suprasistema ambiente.

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. Más que simplemente

un sistema técnico o social, es la integración y estructuración de actividades humanas en torno de varias tecnologías lo que ayuda a entender las interrelaciones entre los principales componentes de una organización: sus objetivos, tecnología, estructura y relaciones psicosociales.

El *subsistema de objetivos y valores de las organizaciones* es uno de los más importantes de estos subsistemas. La organización toma muchos de estos valores de un medio ambiente sociocultural más amplio.

Una premisa básica es que la organización como subsistema de la sociedad debe lograr ciertos objetivos determinados por el sistema que la envuelve.

El *subsistema técnico* se refiere al conocimiento requerido para el desempeño de las tareas, incluyendo las técnicas utilizadas en la transformación de entradas en productos. Está determinado por los requerimientos de trabajo de la organización, y varía dependiendo de las actividades particulares. El subsistema técnico adquiere su forma de acuerdo con la especialización de conocimiento y habilidades requeridas, los tipos de maquinaria y equipo implicados, y la disposición de las instalaciones. La tecnología afecta la estructura de la organización, así como su subsistema psicosocial.

El subsistema *psicosocial* está integrado por individuos y grupos en interacción. Consiste en el comportamiento individual y la motivación, relaciones de función y posición, dinámica de grupos y sistemas de influencia. Se ve afectado también por sentimientos, valores, actitudes, expectativas y aspiraciones de la gente dentro de la organización. Estas fuerzas crean el "*clima organizacional*" dentro del que los participantes humanos realizan sus actividades y desempeñan su función.

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.

El subsistema *administrativo* abarca toda la organización al relacionarla con su medio ambiente, fijar los objetivos, desarrollar planes estratégicos y operativos, diseñar la estructura y establecer procesos de control.

2.5.3 ORGANIZACIÓN HOSPITALARIA

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 Johns Hopkins de Baltimore fue pionero.⁴⁷

La organización por productos, basada en estructuras por programa o Programas 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. Son mini unidades productivas denominadas Service Line Units o Internal Small Business Units, donde la base de la organización es la provisión

⁴⁷ OMS, Op.cit., pp: 76.

eficiente de un producto. Cada producto es un programa y puede coincidir o no con un servicio. Por ejemplo: Cardiocirugía, Salud mental, Cuidados respiratorios del paciente con obstrucción crónica al flujo aéreo, Ginecología, Rehabilitación del anciano con trastornos neurológicos, Oncología, etc. El foco está puesto más en la eficiencia y en el cuidado integral del paciente, más que desarrollar eficazmente funciones especializadas.

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. Son unidades que pueden llegar a ser como en Estados Unidos totalmente autónomas, esto es que comprenden todas las funciones: planificación, marketing, prevención, atención de pacientes ambulatorios e internados, tratamiento y rehabilitación. Tienen su propio personal, su propio presupuesto y por supuesto tienen responsabilidad sobre sus costos, por lo que negocian los precios de las prestaciones que requieren fuera de su unidad y tienen autonomía, si le es conveniente, de contratar fuera del hospital los servicios auxiliares de diagnóstico u otros servicios de apoyo. Los hospitales que han implementado este tipo de estructuras de organización, las llaman product line management o program management. Por el contrario un hospital con una estructura tradicional, funcional o por divisiones puede desarrollar una o más unidades de negocios con uno o más productos, que puede desarrollar una estructura productiva pero sin total autonomía.

2. 5. 4 ADMINISTRACIÓN

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.

2.5. 5 TEORÍA CLÁSICA Y SU RELACIÓN CON LA ADMINISTRACIÓN

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 tecnología origino en su momento una teoría administrativa diferente y marco un avance gradual en el desarrollo de teoría general de la administración (TGA). Cada teoría administrativa quiso privilegiar una de esas cinco variables, omitiendo o relegando a un segundo plano a los demás.

EVOLUCIÓN DE LAS TEORÍAS QUE INFLUYERON EN EL PENSAMIENTO ADMINISTRATIVO ACTUAL.

AÑOS	TEORÍA
1903	Administración Científica
1909	Teoría Burocrática
1916	Teoría Clásica
1932	Teoría de las relaciones humanas
1947	Teoría estructuralista

1951	Teoría de los sistemas
1953	Enfoque socio técnico
1954	Teoría neoclásica
1957	Teoría del comportamiento
1962	Desarrollo organizacional
1972	Teoría Contingencial

2.5.6 TEORÍA MODERNA RELACIONADA CON LA ADMINISTRACIÓN

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 carácter eminentemente universal de la administración ha llevado a que muchos profesionales de nivel superior volvamos a las aulas a tomar clases de administración para trabajar en el nivel operacional, dejando de ser ingenieros, médicos, economistas, etc. para convertirnos en administradores. 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, procesos, objetivos, estrategias, 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 mas 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.

Los puntos de vista de contingencia tienden a ser más concretos y a recalcar características y esquemas más específicos de las interrelaciones entre los subsistemas. El punto de vista de contingencia de las organizaciones y su administración propone que una organización es un sistema compuesto por subsistemas y delimitado por límites identificables con respecto al suprasistema que lo rodea. El punto de vista de contingencia busca entender las interrelaciones dentro y entre los subsistemas, así como entre la organización y su medio ambiente, y definir los esquemas de relaciones o configuraciones de variables.

Subraya la naturaleza multivariable de las organizaciones y trata de entender en qué forma operan bajo condiciones variables y en circunstancias específicas. Los puntos de vista de contingencia están finalmente dirigidos a sugerir los diseños de organización y las acciones administrativas más adecuadas a situaciones específicas. Una congruencia entre la organización, su medio ambiente y el diseño de la organización interno apropiado conducirá a una mayor eficiencia, efectividad y satisfacción de los participantes. Los puntos de vista de contingencia reconocen tanto similitudes como diferencias entre las organizaciones, pero de cualquier manera aclaran que el panel administrativo básico es buscar la congruencia entre la organización y su medio ambiente y entre sus subsistemas.

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: 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.

Una cultura fuerte permite a la gente sentirse mejor con respecto a lo que hace; con lo que es más probable que trabaje más duro. 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. Debido a las rápidamente cambiantes tecnologías y a una creciente competencia, el cambio cultural hacia un sistema más dinámico, orientado al mercado, competitivo y de respuesta, tendrá que hacerse más rápido.

Un *sistema de valores* compartidos es el elemento básico de la cultura, las organizaciones podrán desarrollar sus propias y particulares culturas, que las diferencian de otras dentro de la misma industria o sociedad. Las organizaciones son en sí mismas fenómenos productores de cultura. Las organizaciones son vistas como instrumentos sociales que producen bienes y servicios y, como producto secundario, también producen artefactos culturales distintivos tales como rituales, leyendas y ceremonias. Aunque las organizaciones en sí están inmersas en un contexto cultural más amplio, el interés primordial de los investigadores está en las actividades socioculturales que se desarrollan dentro de las organizaciones.

2.5. 7 PLANIFICACIÓN

La planificación es un instrumento que surge remotamente desde la teoría militar y luego en el siglo XX es apropiada por los teóricos de la economía, es utilizada ya sea por la ex-URSS, en el mundo socialista después de la revolución bolchevique (1.917), como por occidente, cuando se planifica la reconstrucción de Europa (Plan Marshall) luego de la segunda guerra mundial (1.946). Actualmente, la planificación es un instrumento que se ha extendido a diversos contextos sectoriales y es utilizado por todas las organizaciones sociales.

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.⁴⁸ Como resultado de la planificación se obtienen: políticas o planes maestros, programas, proyectos.

Las políticas se van desagregando en programas y estos en proyectos.

Una política o plan maestro es un conjunto organizado de propuestas que abarcan un área de la actividad humana. Formular políticas o planes maestros es resorte de las máximas conducciones institucionales. Las políticas constituyen la orientación cualitativa de la acción, y son de alcance general.

Un programa forma parte de una política, pero está circunscrito a un objetivo específico, formular programas es una tarea sectorial. Además de formular aspectos cualitativos, un programa expresa cuantitativamente, aunque globalmente, las acciones y los recursos necesarios.

Un proyecto es la menor unidad de asignación de recursos con la que se materializa un programa dentro de una política. Está a cargo de un equipo de

⁴⁸ MSP.: Gerencia de Hospitales: Sistemas de Salud. Modulo 3. 2003. pp: 40

trabajo o teamwork y persigue la solución de un problema específico o la satisfacción de una necesidad puntual, un proyecto expresa detalladamente las metas, acciones y recursos.

2.5.7.1 Modalidades De Planificación

Con respecto a la forma de desarrollar la planificación, tradicionalmente se reconocen dos modalidades: la planificación normativa, la planificación estratégica

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 acertadamente 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-CENDES (Centro Nacional de Estudios de Desarrollo.

Universidad de Caracas).⁴⁹

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

⁴⁹ Ibid., pp: 41

futura. Es describir una serie de acontecimientos que llevarían desde una situación base actual a esa situación futura prevista en el escenario.⁵⁰

¿Que es la construcción de escenarios futuros? La metodología de los escenarios, lejos de pretender la ingenua intención de adivinar o conocer el futuro, parte de la suposición opuesta; esto es, de asumir y reconocer la imposibilidad de poder adivinar las consecuencias del futuro.

Todo el instrumental de los escenarios permite asumir las situaciones posibles y modelizar conjuntos de efectos y consecuencias, a los cuales se trata mediante análisis sucesivos basados en probabilidades condicionales y subjetivas. De esa forma se logra escenarios de espectro amplio, donde se modelizan las situaciones con sus posibles consecuencias, para poder estudiar si de ellas se derivan amenazas, de qué tipo y de qué magnitud, o si por el contrario constituyen oportunidades con determinadas características y condiciones. Esta es la más importante de las ventajas que se logran con la aplicación de la metodología de escenarios. Porque al generarse un análisis de espectro amplio, y estudiarse y categorizarse todas las consecuencias más probables en amenazas y oportunidades, estamos prevenidos con cierta anticipación sobre lo que nos ocurrirá si se presentan cada uno de los sucesos modelizados.

A diferencia de lo que puede suponerse con la mera analogía teatral, todo escenario debe estar compuesto por un cuadro de situación y por un guión que va eslabonando en forma sucesiva al presente con un futuro cercano, éste con otro futuro más distante, y así sucesivamente. Estos guiones de futuro deben hipotetizar y probar el sentido de los cambios, las razones en que se fundamentan los mismos, las posibilidades de amenazas u hostilidades, así como también los motivos supuestos de situaciones positivas o favorables.

⁵⁰ Ibid., pp: 41

Los escenarios cuentan entonces con dos elementos, uno supuestamente estático, el cuadro de situación; pero éste, a su vez, está enriquecido y dinamizado por los guiones de futuro que se soportan en un esquema de información permanente, que actualiza el análisis y mejora en forma sistemática el cuadro de situación.

¿Cómo nos imaginamos un escenario?

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 lleva a reconocer, cinco subescenarios importantes: económico, sociocultural, político-legal, tecnológico, estructura competitiva.

Dentro del subescenario económico se incluyen todas las variables que hacen a la riqueza, a las necesidades y recursos, a su distribución, al consumo, al ahorro, a la inversión, etcétera.

Dentro del subescenario político-legal, estarán los factores de poder, las clases sociales y los recursos de influencia, las castas, las elites", los partidos políticos, los sistemas de gobierno, de elecciones, de expresión, etcétera.

La Planificación Prospectiva.⁵¹ 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”.

⁵¹ Godet M, Manual de prospectiva Estratégica. Edit Alfa omega- 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”.

El lugar ocupado por la prospectiva varía mucho de una organización a otra. 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. 5. 8 GESTIÓN

Cuando se habla de gestión de la empresa sanitaria es necesario clarificar qué se está gestionando. Por ello 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 de los cinco 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.

La Gestión de Recursos Humanos comprende Gestión desconcentrada de recursos humanos en salud, nuevas formas de relación laboral que recompensen la productividad, educación permanente para la excelencia y la ejecución del plan nacional de salud.⁵²

⁵² Ibid., pp: 44.

La Gestión de Infraestructura y Equipamiento⁵³ esta relacionada con la manera como trabajan las 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.

La Gestión de Insumos y Medicamentos⁵⁴ implica revisar el cuadro Nacional de Medicamentos Esenciales, organizar la unidad de gestión de medicamentos como instancia responsable de la implementación del sistema que garantice la disponibilidad de medicamentos esenciales, establecer sistema de buenas prácticas de manufactura y control de calidad, implementar medidas de promoción de uso racional de medicamentos, incluyendo información, educación, y comunicación, así como adecuados sistemas de información, impulsar tecnificación del sistema de regulación de precios de medicamentos.

La Gestión de Atención de Emergencias⁵⁵ estará conformado por una 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.

La Gestión de Servicios Móviles de Salud⁵⁶ es la parte organizada de un sistema que responde de manera objetiva a las dificultades para el acceso a los

⁵³ *Ibid.*, pp: 44

⁵⁴ *Ibid.*, pp: 44.

⁵⁵ *Ibid.*, pp: 45

⁵⁶ *Ibid.*, pp: 45

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.

Gestión En 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.

Los sistemas de información y las instituciones ejercen entre sí una influencia mutua **la Relación Biunívoca**. 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.

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: La captura o recolección de datos primarios dentro de la institución o de su entorno para procesarlos en un sistema de información.
- Procesamiento: La conversión de insumo en forma que sea más comprensible para los seres humanos.
- Producto o salida: La distribución de información procesada a las personas o en las actividades en donde será usada.

Aparte de estas actividades los SI requieren de retroalimentación que se define como "el producto regresado a personas indicadas dentro de la institución para ayudarles a evaluar o a corregir la etapa de alimentación.

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, en 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: *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.

Los SI pueden también clasificarse de acuerdo a sus funciones en las más importantes están: ventas, mercadotecnia, contabilidad, finanzas recursos humanos. 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.

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. 5. 9 MONITOREO Y EVALUACIÓN

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. Sí podría decirse que la evaluación es el control de la gestión.

Controlar a secas es analizar bajo normas, los procedimientos y resultados, con el objeto de introducir correcciones si fuera necesario. Por lo tanto se desarrollarán los dos conceptos: la evaluación gerencial o control de gestión, y el control de los procedimientos

2. 5. 9.1 Evaluación Gerencial – Control De Gestión como se ha expresado, gestionar en esencia implica que quien gestiona (denominado principal) logre que una persona o un grupo de personas (denominados agentes) desarrollen un conjunto de actividades de forma tal de alcanzar un objetivo específico previsto. Esta relación, entre el principal que requiere que un determinado trabajo se haga para alcanzar un objetivo y el o los agentes, cuyos objetivos en principio no son congruentes con los del principal, se denomina relación de agencia. Esto es una relación donde el principal, por la calidad de su ubicación en la relación, está en grado de requerir que se cumpla una determinada actividad.

Las características de esta relación, es la diferencia en la cantidad y calidad de la información que se maneja. Esto existe esencialmente entre principal y agente, una asimetría de información. En el ejemplo de un hospital; En la unidad funcional de facturación, el responsable de dicha unidad seguramente conoce más de los aspectos funcionales globales de la facturación y su incidencia en la recuperación de costos por parte del hospital desde la seguridad social. Sin embargo la empleada facturista posee un mayor conocimiento operativo de un determinado nomenclador de prestaciones. A esta relación de información desapareja, donde el principal, aunque tiene mayores conocimientos globales requiere que un agente haga una tarea que operativamente este último conoce mejor, se la denomina asimetría de información.

El control de gestión precisamente se basa en la presencia de estos dos fenómenos relacionados: la relación de agencia y la asimetría de la información.

La relación de principal-agente ocurre también en el mercado, y se la encuentra en los contratos donde el principal (el comitente) contrata servicios con el agente (el prestador). En el mercado de servicios de salud, esta relación de agencia se encuentra tradicionalmente entre los hospitales o las clínicas y los profesionales de la salud. La misma relación se observa también entre el financiador (p.ej.: O. Social) y el prestador (p.e: Hospital o Clínica).

Por último, también la relación médico-paciente se conoce como una relación de principal-agente, donde existe información asimétrica entre el principal y el agente. En síntesis, se puede sostener que el mercado de servicios de atención de salud presenta 3 (tres) relaciones de principal agente con sus correspondientes diferencias de objetivos y relaciones asimétricas de información:

Por lo general, a partir de esta situación de diferencias de objetivos e informaciones asimétricas es que surge la necesidad de desarrollar sistemas de control, que incluyan información, incentivos e instancias de evaluación de desempeño, para que el principal pueda garantizar que se están alcanzando los objetivos por el programado.

En consecuencia, en una empresa proveedora de servicios de salud, el Control de Gestión es un Sistema de apoyo a los distintos niveles de conducción de dicha organización en el proceso de toma de decisiones, dirigido a facilitar el monitoreo de la consecución de las metas en cada uno de los centros de responsabilidad de dicha organización, previamente establecidas y coherentemente encolumnadas con los objetivos organizacionales definidos en la misión.

El Sistema de Control de Gestión se trata esencialmente de un sistema de información y comunicación donde los Centros de Responsabilidad, que tienen establecido metas sobre la base de indicadores de desempeño y ejecución

presupuestal, realizan informes periódicos indicando las metas previstas y los niveles alcanzados para cada una de esas metas a la fecha del informe, así como los desvíos que se hubieren producido y un análisis de las causas que dieron origen a tales desvíos.

2. 5. 9. 2 Sistema De Información Gerencial⁵⁷

Es un conjunto unitario y coherente de elementos tecnológicos bien organizados que permiten conocer y comprender la realidad y sirven de apoyo para la toma de decisiones. En esta definición tan amplia caben hasta las más sofisticadas redes de información sanitaria; y darán una idea aproximada de la distancia que separa de los proyectos más avanzados.

El Sistema de Información Gerencial 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.

WinSig es la versión en ambiente de Windows del Programa del Sistema de Información Gerencial. Viene en 5 idiomas. La Organización Mundial de la Salud mantiene propiedad intelectual del SIG. Las posibilidades ofrecidas en la versión WinSig están principalmente relacionadas con la productividad social para la asignación de recursos y la evaluación del desempeño institucional; así como aplicaciones de programa y presupuestación, y de control de resultados.

⁵⁷ Laudon, K. Laudon, J. Sistemas de Información Gerencial. 3ª. Ed; México, Prentice Hall, 2000; pp 22-24, 44.

Los productos principales del WINSIG son:

- Información actualizada.
- Estructura de morbilidad atendida
- Protocolos de atención
- Programación y presupuestación
- Costeo de atenciones
- Evaluación de la productividad
- Análisis de la eficiencia institucional
- Consulta de Indicadores

EVALUACIÓN.

La 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.

La Evaluación de la demanda establece 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 se encarga de 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 Información sobre flujo gramas de atención, tiempos de espera, sistemas de referencia de pacientes, diligenciamiento de historias y existencia de protocolos de manejo.

Evaluación de los resultados brinda aporte 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.

2.6 MARCO CONCEPTUAL

GLOSARIO

Análisis.- es la separación de las partes de un todo entero o íntegro, a fin de estudiarla por separado; así como examinar las relaciones, interrelaciones y articulaciones entre sí y con el todo. El análisis implica ir de lo concreto a lo abstracto

Amenazas.- son los aspectos presentes en el contexto que pueden afectar negativamente en el logro de la visión

Cobertura.- es la extensión de servicios y programas a una mayor población

Debilidades.- son razones o circunstancias percibidas por las cuales la institución no funciona y el cliente no se siente satisfecho

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

Dato.- Información dispuesta de manera adecuada para su tratamiento por un ordenador.

Oferta.- es la cantidad y Calidad de los recursos organizacionales, la forma como se organizan y el ambiente laboral

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

Eficacia.-es el grado en que un procedimiento o servicio se puede lograr con el mejor resultado posible.

Eficiencia.-es la relación entre los recursos y su grado de aprovechamiento en los procesos. Es decir nos referimos a los costos operativos, los tiempos de proceso y los desperdicios. La eficiencia es el “Cómo”, con los menores inconvenientes y costos para el paciente y para la sociedad en su conjunto. Es decir es la producción de bienes o servicios que a sociedad valora más con el menor costo posible.

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. Ofrecer a los pacientes los mejores resultados posibles en la práctica diaria.

Efectos.- son los cambios en materia de conocimientos, actitudes, comportamiento y/o fisiología de los clientes que se derivan de los resultados

Estrategias de implementación.- constituyen las alternativas de acción para el logro de objetivos. El Mercadeo social en salud se conceptualiza como: “El análisis, planificación, implementación y control de estrategias y programas formulados para obtener intercambios voluntarios

Estructura.- señala las relaciones de subordinación entre diferentes funciones y posiciones y el equipo técnico dentro de la organización, debe modelarse sobre los objetivos Institucionales.

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

Gerencia.- constituye el sinónimo de administración o de quien administra, sea en empresas o en organizaciones, comprende la interpretación de los objetivos de la empresa y transformarlos en acción, mediante la planeación, organización, dirección y control de las actividades realizadas en las diversas áreas y niveles de la empresa para conseguir tales objetivos.

Gestión.-es la 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

Incentivos.-es una 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.

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.

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

Impactos.-son los efectos a largo plazo, y más indirectos aún, de los resultados sobre los usuarios y la comunidad en general.

Líneas estratégicas.- son los medios para alcanzar los objetivos

Liderazgo.- es la capacidad de generar o modificar comportamientos de individuos o de grupos. La calidad es la o las cualidades con las que cuenta un producto o un servicio, para ser de utilidad a quien se sirve de él.

Motivación.- es el conjunto de factores que intervienen como causa interna de la conducta o móvil de la acción de las personas.

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

Modelo.- es la forma en que el sistema tiene que funcionar, cómo se combinan los distintos componentes para producir algún resultado.

Organigrama.- es el reflejo gráfico de la estructura en la organización inamovible pero nunca estática

Oportunidades.- son las circunstancias externas favorables, que la organización puede aprovechar para avanzar a 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.

Objetivos específicos.- son los resultados concretos que se obtienen con la ejecución del plan, deben ser cuantificables, claros y comprensibles

Oferta.- es la cantidad y Calidad de los recursos organizacionales, la forma como se organizan y el ambiente laboral

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.

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.

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.

Planeación estratégica.- es el proceso mediante el cual se toman las decisiones de una organización. La estructura organizacional es una consecuencia de la Planeación, donde se define quienes son los actores y sus funciones.

Responsabilidad.-es la capacidad de las personas a dar una respuesta conciente de lo que hacen, tiene valor ético como operativo.

Roles.- es una obligación o actividad de un empleado realizada de acuerdo a sus habilidades, conocimientos, actitudes, recursos y riesgos comprometidos en cada tarea

Recursos.- son los 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 y egresos Hospitalarios.

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 y o servicio, pero de las cuales no egresa directamente el paciente.

Los servicios son: LAB. Clínico, Imaginología, Endoscopia, Electromedicina, Anatomía Patológica, además de actividades de Fomento y Prevención de Salud, tales como: Higiene Materno- Infantil, Higiene Oral, Mental, alimentación, Nutrición y dietética.

Visión.- es la perspectiva que describe suficientemente el estado futuro, horizonte de largo alcance, que señala el rumbo, lazo entre el presente y futuro

CAPITULO 3

DIAGNOSTICO DE SITUACIÓN

3.1 CONTEXTO DE SALUD EN AMERICA LATINA

La evolución histórica de América Latina y el Caribe está marcada por la constitución de Estados económicamente dependientes; sociedades altamente segmentadas, con considerables niveles de exclusión y marginalidad social; bases territoriales socialmente desintegradas; instituciones con baja capacidad de implementación de políticas y de regulación social; y estructuras de derechos de ciudadanía extremadamente frágiles y parciales. Estados con una *“inserción subalterna en los mercados internacionales”* y pautada por un endeudamiento progresivo y perverso.⁵⁸

América Latina y el Caribe han iniciado el siglo XXI en medio de evidentes contrastes, avances importantes en su inserción internacional, no obstante, el crecimiento económico sigue siendo bajo para los patrones históricos de la región 3.2% anual entre 1990 y 2000 vs. 5.5% en las tres décadas anteriores a la crisis de la deuda. La vulnerabilidad frente a choques provenientes de la economía mundial y en particular frente a la volatilidad de las corrientes de capitales continúa siendo elevada.

Aunque cada país organiza su sistema de salud de forma diferente, todos coinciden en la búsqueda continua de mejores formas de financiar, organizar y proveer los servicios de atención a la salud. El fin último de cualquier sistema de salud es contribuir a la mejora de la salud de la población y a un aumento en la

⁵⁸ BALTODANO, A..P. Estado, soberanía y políticas públicas en América Latina y Estado, ciudadanía y política social en América latina. In Globalización Ciudadanía y Política Social en América Latina: Tensiones y Contradicciones 1997 pp. 16.

esperanza de vida En los últimos años parece haber adquirido impulso, al menos en los entornos académicos, la premisa de encontrar soluciones para los problemas de salud de la población bajo esquemas de aseguramiento.

El análisis del sector salud debe tener en cuenta los condicionantes externos, En un mundo inmerso en un proceso de globalización, en nuestro caso, el primer referente obligado es la evolución demográfica y epidemiológica. El aumento sostenido de la esperanza de vida, la disminución de la mortalidad y natalidad, así como los movimientos migratorios, van induciendo cambios en la estructura de las poblaciones que exigen redefinir los servicios de salud.

Vivimos contemplando un escenario de transición epidemiológica donde conviven enfermedades propias de países desarrollados y en desarrollo, donde ganan preponderancia enfermedades emergentes como el Sida y reemergentes como la Tuberculosis, donde la violencia es un fenómeno cotidiano, así como los accidentes y la morbilidad debida a los trastornos de salud mental y a las adicciones (droga, alcohol, tabaco). Todo ello configura también el contexto en el cual los servicios de salud, y en particular los hospitales, deben funcionar.

3.1.1 LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN AMÉRICA LATINA.

La mayoría de los países latinoamericanos consagran en sus constituciones el derecho a la salud, la universalidad y la responsabilidad del estado. Para ello habitualmente se organizan en tres subsectores: público, seguridad social y privado. Generalmente el subsector público está conformado por los Ministerios de Salud que dan cobertura a las poblaciones de menores recursos y se hacen cargo de las campañas de salud pública (promoción, vacunaciones y algunas acciones preventivas), a través de establecimientos de su dependencia que financian con cargo a aportes fiscales.

El subsector de la seguridad social es habitualmente de carácter público y se financia con aportes tripartitos de contribuciones en el caso de los empleadores

y trabajadores y en algunos casos con aportes del estado. Da cobertura al sector formal de trabajadores y algunas veces incluye a la familia del afiliado. En general cuentan con establecimientos propios, pero destinan una parte de sus ingresos de cotizaciones a contratar servicios con el sector privado.

3.2 CONTEXTO GENERAL DE SALUD EN EL ECUADOR.

Situación económica. El Ecuador viene atravesando desde hace algunos años, un proceso económico de ajuste estructural, el cual se ha podido sostener a pesar de los numerosos cambios políticos que se han experimentado durante la década de los 90'. El objetivo principal del ajuste ha sido la reactivación del sistema financiero mediante la renegociación de la deuda externa; el control del déficit fiscal, a través de incrementos en los ingresos tributarios, la baja en los gastos fiscales; y la reestructuración del mercado cambiario, a través de un proceso de dolarización de la economía⁵⁹.

Población. La población ecuatoriana se estimaba en 12,9 millones de habitantes para 2002, de los cuales cerca del 55,4 % vivía en zonas urbanas. La distribución oficial registrada y graficada en el INEC informa: (ver Ilustración 3.1) .A su vez cerca de la mitad de la población se ubicaba en la zona de la costa mientras que cerca de un 45,0% lo hacía en la sierra y menos del 5,0% en la región selvática de la amazonía. Se estima que la población está creciendo a un 1,9 % promedio anual.

Además del contexto económico, y por otro lado en el terreno social estos avances conviven, sin embargo, el aumento de la pobreza y un marcado aumento de su urbanización, unidos a una concentración de la riqueza cada vez mayor, y a crecientes indicadores de desocupación y de aumento del empleo informal. Todo ello plantea indudables retos a las políticas públicas y, a aquellas que buscan ampliar la protección social en salud.

⁵⁹ CEPAL, Estudio Económico de América Latina y el caribe, 2000-2001.

Como consecuencia de los efectos negativos del nuevo régimen económico y de ajuste estructural, se ha identificado la búsqueda de una mejor comprensión de las relaciones entre la pobreza, la salud y las condiciones de vida. Consecuentemente, se ha documentado que las desigualdades no se dan solamente entre países, sino dentro de los países y entre géneros y grupos de población y por lo tanto son problemas que cada país debe abordar mediante políticas públicas y sociales.

Así pues, en la actualidad se plantean simultáneamente un nuevo modelo de desarrollo, una revalorización de lo social y un reconocimiento del papel irrenunciable del estado como garante y protector de los ciudadanos.

Como se describe como mayor detalle en el capítulo 2 de esta tesis, la importancia creciente de la participación social en las políticas públicas obliga a considerar la gestión de los hospitales. La gestión del hospital público deberá responder a un paradigma nuevo, complejo e integrado de gerencia pública en el cual las variables de racionalidad política y los raciocinios técnicos y administrativos son elementos centrales que se complementan mutuamente y conforman la nueva actitud gerencial.

Los recientes cambios mundiales están marcados fundamentalmente por la globalización en todas las esferas de la vida.

Estas características acotan un escenario de alta complejidad y velocidad creciente en el proceso de toma de decisiones de las organizaciones, ya que por un lado hay una mayor oferta de mecanismos y líneas de acción y, por otro lado, una mayor exigencia por parte de la demanda en cuanto al uso de determinadas tecnologías.

La situación de los hospitales de América y en particular de los pertenecientes al sector público, no puede calificarse de alentadora. El recorte financiero y muy bajo esfuerzo inversor, el edificio antiguo y mal mantenido, los altos porcentajes de equipos fuera de uso o las malas condiciones de operación, la carencia de insumos básicos y la ausencia de sistemas de información y de esquemas de gestión modernos se sumaron a la tradición de actuación aislada de los hospitales del resto de la red y provocaron desmotivación de los profesionales y quejas de los pacientes y la población.

A continuación se resumen aquellos rasgos que están afectando a los hospitales el primero es el criterio de equidad y de eficiencia, la mayor parte del financiamiento público nuevo y concretamente las inversiones se esta orientando hacia la atención primaria de salud y focalizando hacia las zonas mas desfavorecidas y poblaciones más vulnerables aunque esto puede ser percibido por los hospitales. Los principales prestadores públicos cada vez son más conciente de la necesidad de concebir los hospitales como parte integrante de la red de servicios públicos y privados de un determinado territorio.

La efectividad se aplica a las redes de un territorio e influyen en el establecimiento de sistemas adecuados de gestión de la información, de la comunicación y de referencia y contrarreferencia de pacientes, así como en el desarrollo de nuevas modalidades de atención. Por ejemplo la hospitalización domiciliaria, la de muy corta estancia, o las unidades móviles para atender determinados problemas en determinados zonas o poblaciones, que exigen un nivel de relación nuevo entre los hospitales y los hospitales de atención primaria. Se destaca la incorporación de la telemedicina, la cirugía ambulatoria o de corta estancia, las unidades de cuidados paliativos, y los de atención geriátrica.

El sector salud busca modificar las fuentes de financiamiento y los modelos de gestión de los hospitales, con miras a prescindir del criterio de presupuesto histórico y a vincular cada vez más financiamiento con actividad.

Esto afecta a las relaciones entre el hospital y los financiadores y a las relaciones internas del propio hospital. De esto los financiadores se inclinan por ventas de servicios y las negociaciones del financiamiento tienden a ser prospectivas y basarse en indicadores de actividad esperables para el siguiente período. Si la actividad se expresa no solo como cantidad sino también como calidad técnica y percibida y se revisa en cada negociación el financiamiento sirve para incentivar el establecimiento y la sostenibilidad de los programas de los hospitales. La gerencia trata de disponer de modalidades de vinculación de las profesiones más flexibles y retribución cada vez más ligadas a la consecución de objetivos previamente pactados.

Hay la tendencia de dotar a los hospitales de suficiente autonomía y capacidad de actuación, ambos elementos son un requisito de eficiencia. Dentro de ese marco puede cada hospital establecer su propia filosofía institucional, esto le permitirá gozar de plena capacidad de maniobra para disponer sus recursos de modo más conveniente para la consecución de los objetivos previstos.

Las reformas deben enfocarse en tres dimensiones, en el apoyo a la atención primaria de salud, la participación social de la gestión, y en la responsabilidad por sus actuaciones ante los poderes públicos administrativos y judiciales. La elaboración de adopción e implementación y guía de práctica clínica como la existencia de comités o círculos de calidad y de comités o misiones de ética médica así como la adopción de códigos de los derechos de los pacientes se están impulsando en diversos países como mecanismos que pueden permitir vincular el fomento de la calidad con la responsabilidad de los hospitales hacia sus pacientes y la sociedad.

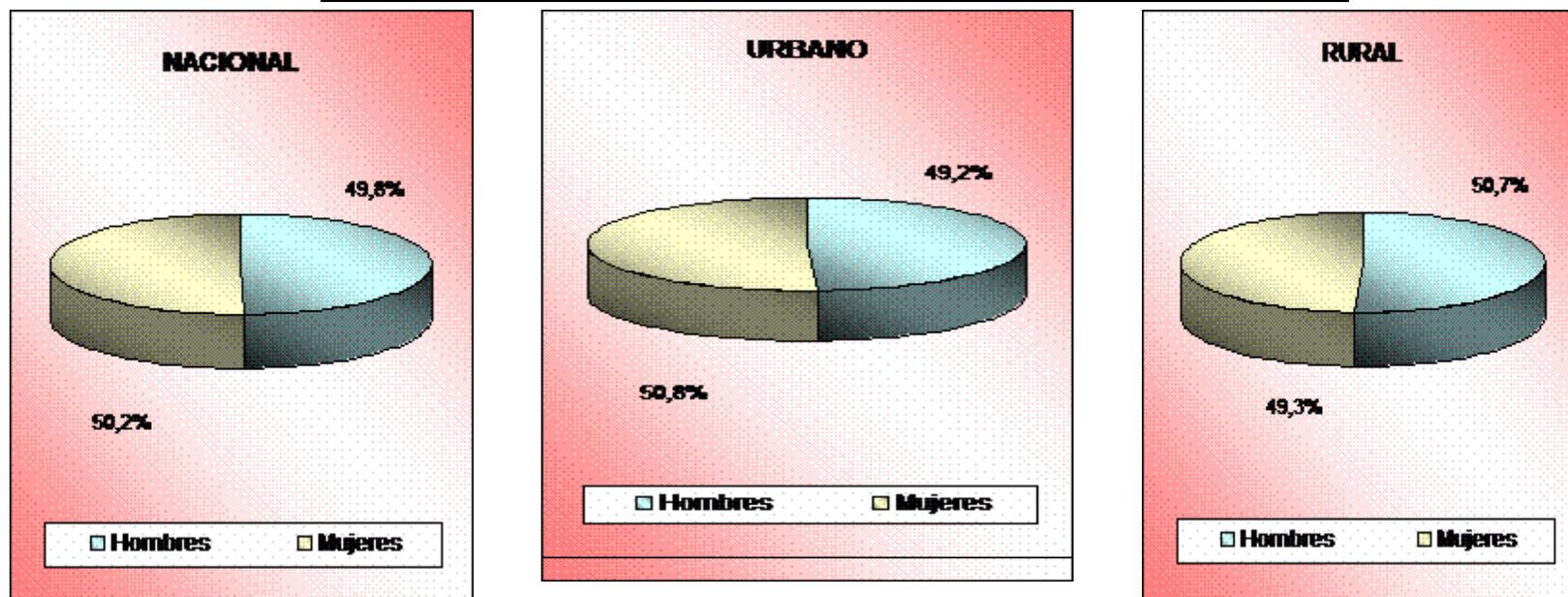
Con respecto a la participación social se considera que estas acciones constituyen formas de acercar el hospital a la comunidad, de manera que esta haga valer sus derechos y sea un contrapeso efectivo frente al riesgo de arbitrariedad, aunque se corre el riesgo de inmiscuirse en asuntos de cuestión

cotidiana. Así las reformas tratan de estimular la participación de los trabajadores en particular de los médicos y enfermeras del centro.

La Idea de acreditación de una unidad se plantea cada vez más no solo en los hospitales, sino en los servicios clínicos de y de apoyo tanto para fines asistenciales como docentes.

POBLACIÓN TOTAL A NIVEL NACIONAL Y POR ÁREA
Octubre 1998 - Septiembre 1999

SEXO	NACIONAL	URBANO	RURAL
Hombres	49,8%	49,2%	50,7%
Mujeres	50,2%	50,8%	49,3%
Relación Hombres-Mujeres	99,4%	96,9%	103,0%



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

Ilustración 3-1.- Población Total a nivel nacional por área y por sexo

Situación de salud de la población. La esperanza de vida al nacer es de 70, 3 años. Las principales causas de mortalidad están relacionadas con la neumonía, las enfermedades cerebro vasculares, y accidentes de tránsito.

Gasto en salud⁶⁰. 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 del casi la mitad del gasto en salud (49,2%), 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 particular.

Gasto per-cápita en salud. En términos per-cápita las cifras anteriores implican un gasto en salud de 62 dólares. Este es levemente superior al de Bolivia y mayor al de Guatemala, pero inferior al de la mayoría de los países latinoamericanos. A su vez existen diferencias importantes entre los per-capitas de los distintos subsistemas (MSP tiene un per-cápita de 33 dólares comparado con 145 del IESS).

Oferta de salud. Existen cerca de 3.500 establecimientos de salud, de los cuales cerca de 3.000 no tienen hospitalización. Poco más de un 50% pertenecen al MSP, 30% al IESS y al Seguro Social Campesino y el resto pertenece a las restantes instituciones. De los establecimientos que cuentan con hospitalización, el MSP participa de un 26%, mientras que el sector privado administra más del 60%. En cuanto a camas hospitalarias, de una dotación cercana a las 19.000 camas, cerca del 45% pertenecen al MSP, 15% a la Junta

⁶⁰ Cuentas Nacionales de Salud, Informe Final, Ecuador 1997, MSP-INEC-PHR, Marzo 2001.

de Beneficencia y a la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil, 10% al IESS, 20 % al sector privado y el 10% al resto de instituciones (Fuerzas armadas, SOLCA, Municipio) .(76).

3.2.1 SERVICIOS DE SALUD EN EL ECUADOR

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 (JBG), 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.⁶¹ (Ver Ilustración 3.2.).

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 geo- 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 Cantónales).⁶²

Sanidad de Fuerzas Armadas 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

⁶¹ OPS, *Op.cit.*, pp 5

⁶² 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.

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 (JBG) 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. 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 dólares⁶³ 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 avanzando 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 unidades⁶⁴ y sólo dos son de carácter hospitalario, a cargo del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito.

⁶³ CNS, 1997

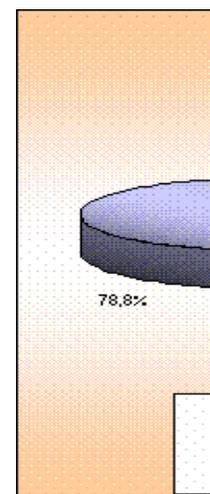
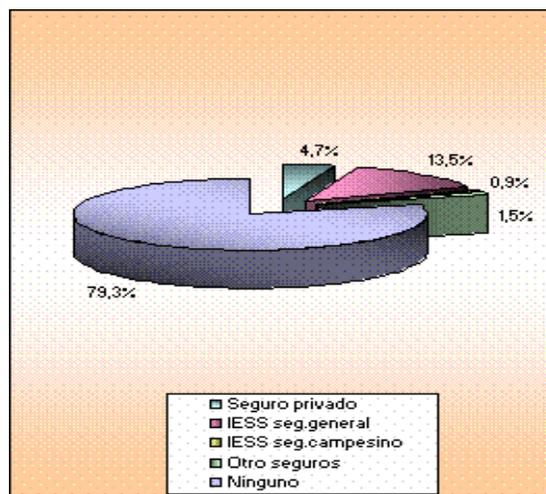
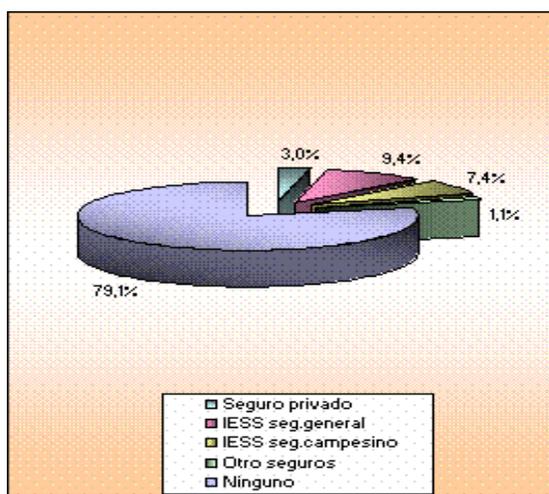
⁶⁴ No se incluyen los servicios ambulatorios desarrollados recientemente por el municipio de Guayaquil en el Programa "Mas Salud" que cuenta con unidades móviles equipadas con recursos de atención primaria y que cubren sobre todo las zonas más pobres de la urbe.

POBLACIÓN TOTAL A NIVEL NACIONAL Y POR ÁREA, SEGÚN AFILIACIÓN A SEGUROS DE SALUD Y SEXO
Octubre 1998 - Septiembre 1999

NACIONAL			
AFILIACIÓN	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Seguro privado	3,0%	3,0%	3,0%
IESS seg.general	9,4%	10,8%	8,0%
IESS seg.campesino	7,4%	7,5%	7,2%
Otro seguros	1,1%	1,3%	0,9%
Ninguno	79,1%	77,4%	80,9%

URBANO			
AFILIACIÓN	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Seguro privado	4,7%	4,8%	4,7%
IESS seg.general	13,5%	15,6%	11,5%
IESS seg.campesino	0,9%	1,0%	0,9%
Otro seguros	1,5%	1,9%	1,2%
Ninguno	79,3%	76,7%	81,8%

RURAL			
AFILIACIÓN	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Seguro privado	1,6%	1,6%	1,6%
IESS seg.general	1,5%	1,5%	1,5%
IESS seg.campesino	13,5%	13,5%	13,5%
Otro seguros	0,9%	0,9%	0,9%
Ninguno	78,8%	78,8%	78,8%



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

Ilustración 3-2.- POBLACIÓN TOTAL A NIVEL NACIONAL Y POR ÁREA, SEGÚN AFILIACIÓN A SEGUROS DE SALUD Y SEXO

Otras Entidades Públicas: Se incluyen los servicios de otros Ministerios como el de Bienestar Social, Educación, Ministerio de Recursos Naturales, 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).

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, 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.⁶⁵

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

3.3 SEGURIDAD SOCIAL EN EL ECUADOR

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 es seguro general

⁶⁵ OPS, Op.cit., pp: 8.

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).⁶⁶.

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 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 Ley del seguro social obligatorio, demostrando así la postura de país pionero.

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. En noviembre del 2001 se publica la nueva Ley de Seguridad Social destinada a reestructurar la organización.

En el Ecuador 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 con formado 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 pre-pagada (un 2.2 %).⁶⁷

⁶⁶ Constitución de la República del Ecuador. P 94

⁶⁷ Los porcentajes son recogidos de varios documentos que hacen aproximaciones y no mediciones reales de la cobertura.

El sistema de seguridad social en el Ecuador, a pesar de estar unificado bajo el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, se caracteriza por su alto grado de segmentación, con diferencias importantes entre los asegurados. El IESS administra numerosos programas, entre ellos, pensiones, riesgos ocupacionales, indemnización por despido o cesantía, ayuda para funerales y atención de enfermedad-maternidad.

Marco Jurídico-Legal. El IESS viene experimentando un proceso de reorganización, producto de la intervención directa del gobierno en la estructura del Instituto, fruto de la crisis económica por la que atraviesa el país, y en particular el Instituto, desde 1998. Una de los hitos más importantes de esta intervención ha sido la aprobación de una nueva Ley de Seguridad Social con fecha 30 de Noviembre del 2001, al momento regula a toda la institución y se espera la promulgación e su Reglamento por parte del Consejo Directivo que reemplazó a la Comisión Interventora.

Cobertura legal de salud en el seguro de enfermedad y maternidad. La mayor parte de los asalariados, así como algunos trabajadores autónomos, tienen derecho a la cobertura del IESS. La mayoría de los trabajadores autónomos tienen la opción de afiliarse voluntariamente al IESS. Están legalmente excluidos los familiares no remunerados, los trabajadores en el hogar, la mayor parte de los trabajadores temporeros y los desempleados. Los pensionistas tienen derecho a cobertura de salud. Los cónyuges no tienen derecho a atención de enfermedad-maternidad, que sólo se entrega a la mujer asegurada. Los niños sólo son elegibles cuando las madres están aseguradas (el padre asegurado no transmite la cobertura a sus hijos) y siempre y cuando sean menores de un año. Ha habido numerosos intentos de extender la cobertura de enfermedad-maternidad a la familia pero hasta la fecha no se ha concretado⁶⁸.

⁶⁸ En 1972 el Código de Seguridad Social ordenó la extensión pero su aplicación se suspendió; El Código se reinstituó en 1976, pero se abolió tres meses después; En 1980 se redactó un nuevo código, que no fue aprobado por el Congreso; Un Decreto-Ley de 1986 ordenó la redacción de un nuevo código pero no se cumplió dicho mandato.

Cobertura de la población. 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%. Para un volumen de empleo cercano a 3,2 millones de personas, el IESS cubre a 1,3 millones de afiliados, tanto en el seguro general como en el SSC, esto es cerca de un 40,0% del empleo. En este contexto, la cobertura general del IESS creció entre 1965 y hasta 1995 a una tasa media anual de 6,7 %. Entre 1995 y 1999 la tasa cae a un 1,4 %. El crecimiento del Sistema General perdió dinamismo hacia principios de los 80', sin embargo el IESS siguió creciendo gracias al fuerte aumento que experimentó el Seguro Campesino. Con todo el SSC cubre tan sólo a un 20,0% de la población rural. No obstante, hacia fines de los 90 ambos esquemas muestran un relativo estancamiento en materia de ampliación de la cobertura. El IESS dispone de un esquema de administración regionalizada (9 regionales), 1.019 unidades ambulatorias entre servicios propios y anexos en las empresas y 18 centros hospitalarios (3 regionales y 15 provinciales). Dentro de los ambulatorios se incluyen 572 unidades de atención primaria correspondientes al Seguro Social Campesino. El hospital HCAM contaba con 2.500 empleados antes de la resolución 56. y actualmente son 1695.

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.

3. 4 HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN: ÁREA CLÍNICA

3.4.1 GENERALIDADES

La inauguración del Hospital Carlos Andrade Marín se realizó el 30 de Mayo de 1970, en presencia del Dr. José María Velasco Ibarra. Contando con una planta de 63 médicos tratantes, 6 médicos residente, y 66 enfermeras y una capacidad de 365 camas. El primer Director del Hospital Carlos Andrade Marín fue el Dr. El Dr. César del Pozo. Calificado como “Elefante Blanco”, al tiempo de su apertura, el hospital ha probado que no debemos renunciar a la posibilidad de lo imposible, si ello deriva beneficio para la ciencia y la humanidad. Actualmente ha crecido la población derecho habiente, se han acortado las posibilidades económicas para la medicina privada; el hospital se ha encogido en bienes y gentes, de modo que la lujosa atención a los primeros pacientes ha derivado en un estrecho pero casi siempre eficaz servicio médico a los afiliados.

El hospital tiene una extensión de 41.911 metros cuadrados, tiene un área de construcción de 50.000 metros cuadrados.

El hospital tuvo siempre tecnología avanzada, en radiología, Isótopos, ecosonografía , resonancia magnética, electrocardiografía, ergometría, hemodinámica, neurofisiología, endoscopia, broncoscopía, cistoscopia, laparoscopia, laboratorio clínico, bacteriológico, genética, cirugía (laparoscópica, neurológicas, urológicas, ginecológicas, otorrinolaringológicas, prótesis vascular periféricas, intervencionismo coronario, cirugía de corazón abierto, transplante renal), diálisis, cirugía plástica, litotripsia, Unidad de quemados, Banco de sangre, terapia intensiva.

3.4.2 ENFOQUE METODOLOGICO

Para realizar el Diagnóstico situacional del **HCAM** se aplico el instrumento “Manual de vigilancia de calidad de la Caja Nacional de la Paz - Bolivia”, siguiendo la metodología sugerida por el mismo, entrevistas realizadas al personal de áreas estratégicas. Ver anexos Documento 2.

El manual 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 asignada al mismo. Para esto, se hace imprescindible que las respuestas vertidas en la encuesta reflejen la realidad de la situación que enfrenta actualmente el hospital investigado.

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 uno de estos a su vez tienen un grado I que corresponde a un grado inicial de desarrollo, un grado II a un desarrollo intermedio, y por último un grado III que corresponde a madurez. Dando una idea de mayor complejidad partiendo del primer escenario sencillo y terminando en el nivel tres, que refleja un óptimo estado del hospital

El modo de responder las preguntas es con una de dos alternativas: afirmativa (SI) o negativa (NO).

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

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

Por “Resultado” se entiende una adecuada culminación del proceso de atención al paciente, con el tiempo e insumos requeridos. Los resultados son medidos normalmente por indicadores de mortalidad y morbilidad y capacidad o discapacidad funcional producida por las enfermedades. Sin embargo, indicadores favorables pueden estar afectados por factores que no se encuentren directamente bajo el control de profesionales y trabajadores de la

salud. Los factores culturales, viviendas con saneamiento básico y agua potable disponibles, dieta balanceada, medio ambiente, genética y otros, son condicionantes externos con directa relación a resultados adecuados y a una óptima calidad de vida y de salud. Por tanto, los éxitos de un adecuado proceso de atención no están ni clara ni unívocamente relacionados al accionar de los profesionales y trabajadores de la salud.

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

3.4.3 ANALISIS DE CALIDAD

Aplicando el instrumento los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Tabla 3-1 Estructura proceso resultado total

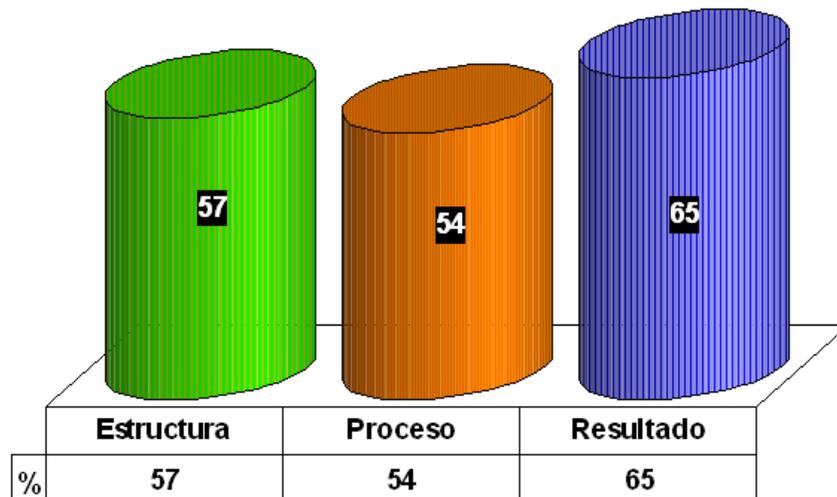
Resultado de encuesta de la aplicación del Manual de Vigilancia de la Calidad

Nombre	grupo	total
HCAM	Estructura	0,57
HCAM	Proceso	0,54
HCAM	Resultado	0,65

Fuente: Personal HCAM

Elaborado: Mencías, Narváez, Varela

Ilustración 3-3.- Calificación de elementos estructura, proceso y resultado HCAM



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

En Estructura calificamos con un 57% tomando en cuenta algunos insumos medibles tales como, equipos, medicación, edificación etc. Debemos recordar que el hospital fue fundado hace 34 años y que en el año 2000 inicio un proceso de mantenimiento y reequipamiento del edificio, obligando a entrar en un proceso de transición y ajuste que se ve reflejado en el resultado bajo que obtuvimos, procesos que aún no se han terminado. Ver Ilustración 3.3 y Tabla 3.1.

Si el proceso de atención es la clave de la calidad, y que para ello se requieren un mínimo de condiciones adecuadas enmarcadas en el proceso las que darán buenos resultados. El hospital Carlos Andrade Marín Alcanza un 54% en el elemento procesos reflejando que el trabajo realizado no se lo hace bajo una gerencia de procesos, que es el puntal que ha motivado nuestra tesis.

Valorando el elemento Resultado del Manual de Calidad el HCAM se alcanza un 65% , debemos puntualizar que el resultado es la culminación del proceso de atención del paciente, y que este es un camino a seguir que va cambiando día a día; que se ve reflejado en al observar las tasas de mortalidad, discapacidad etc. El resultado obtenido es bueno al ser comparado con otros hospitales de tercer nivel.

Estos resultados son influenciados por condiciones externas ambientales, no controlados por los trabajadores de la Salud. Factores externos que no se han tomado en cuenta en ningún momento, para brindar una salud integral. De ahí que la salud debe ser el resultado de un movimiento social global de la vida social, que para poder transformarlas es indispensable comprender las leyes de ese movimiento social global, así como las leyes específicas de los procesos biológicos.

3.4.3.1 Calidad Técnica y Humana

En el enfoque de Donabedian hay una distinción entre lo que se podría considerar como “calidad técnica” y “calidad humana en el proceso de atención”. Ver Tabla 3.2 e ilustración 3.4.

Tabla 3-2.-Consulta Técnica y Humana

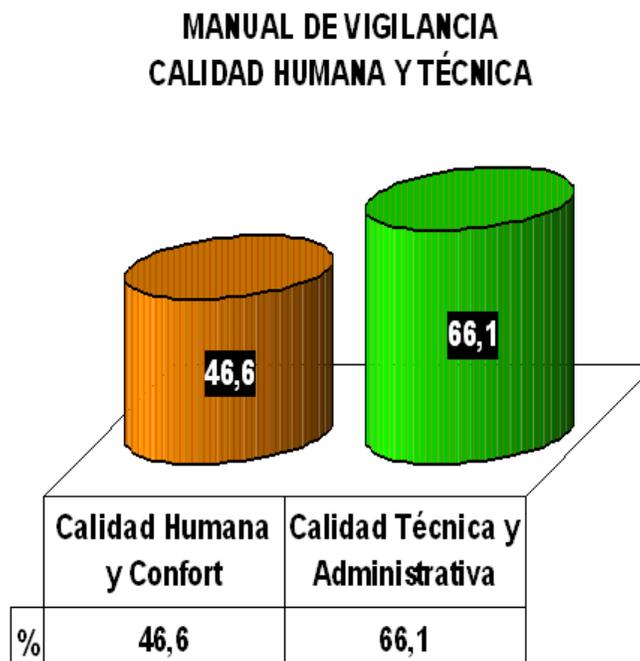
Resultado de encuesta de la aplicación del Manual de Vigilancia de la Calidad

nombre	Tipo	total
HCAM	Calidad Humana y Confort	0,466
HCAM	Calidad Técnica y Administrativa	0,661

Fuente: Personal HCAM

Elaborado: Mencías, Narváez, Varela

Ilustración 3-4.- Calificación por Calidad Técnica y Administrativa y Calidad Humana y Confort HCAM



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

La “**calidad técnica**” es el cuidado y la atención provista por personal de salud, sustentada en el adecuado conocimiento y justo juicio empleando estrategias y Diagnósticos y en llevar a cabo su implementación. Generalmente la “calidad técnica” es directamente mensurable, la eficiencia o efectividad de una tecnología específica, la eficacia de un medicamento, la especificidad de una prueba de laboratorio, o la precisión de un procedimiento quirúrgico. Algunos otros aspectos de la calidad técnica son medidos con mayor dificultad o de manera indirecta, como el uso de un procedimiento quirúrgico en lugar de otro procedimiento médico. Valor Otorgado al Hospital es de 66%.

En la denominada “**calidad humana**” sin embargo, existen serios problemas de medición. Medir la empatía personal, la confianza, la seguridad que inspira el médico en su interacción con el paciente. Por tanto, puede definirse la calidad humana como aquella relación interpersonal, de dos vías, existente entre el paciente y el profesional o trabajador de salud, que es a su vez el vehículo que permite que la calidad técnica pueda ser implementada de manera eficiente, pero que es la más difícil de identificar y evaluar. El Valor del Hospital en estos parámetros es del 46.6%.

Estos dos aspectos son el reflejo de la poca relación que se tiene con los afiliados, así sea que haya una buena calidad técnica que de hecho no lo hay, peor será si esa tecnología se lo ofrece con poca Calidez.

“el grado de calidad en salud es la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios”.

La calidad Humana una relación de doble vía el afiliado viene afectado por todas las dificultades múltiples por las que atraviesa el país, dificultades que afectan su salud y pretende solucionar en un momento en el hospital; que también atraviesa los mismos problemas, de ahí que debe haber una relación basada en la empatía, la confianza mutua.

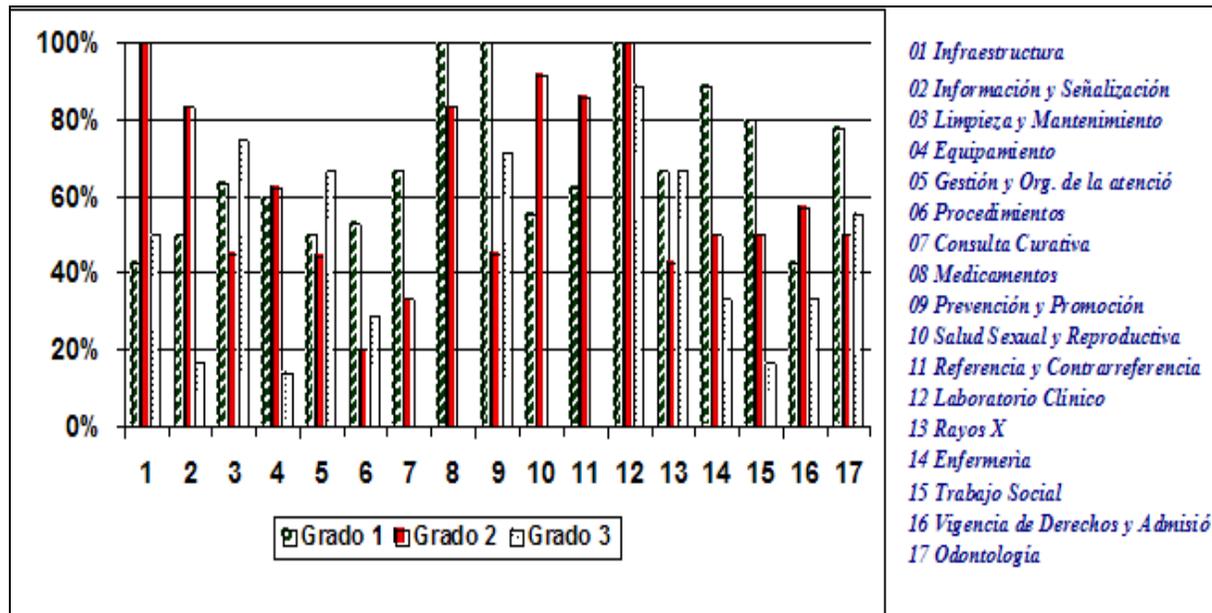
Tabla 3-3.- Calificación del HCAM por Estándar y Grado Cruzados

HCAM – Aplicación del Manual de Vigilancia de la Calidad

CODIGO_ESTÁNDAR		Grado 1	Grado 2	Grado 3
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%
	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%

*Fuente: Personal HCAM**Elaborado: Mencías, Narváz, Varela*

Ilustración 3-5.- Calificación por Estándares y Grado HCAM



Fuente: Personal HCAM

Elaborado: Mencías, Narváez, Varela

En la Ilustración se muestra la calificación porcentual obtenida por el HCAM, en cada uno de los grados y estándares en relación a la asignación de 100% a cada grado y estándar

Se valoraron 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 asignada al mismo.

Los servicios que se destacaron con una mejor calidad de proceso fueron Enfermería, Laboratorio Clínico, Odontología, Medicamentos, Trabajo social. Sin que ninguno de ellos tenga un grado 3 de calidad. Los servicios menos eficientes son: Procedimientos, Rayos X, Vigilancia de Derechos y Admisión. Ver Anexos Tablas 4 y 5.

Para la acreditación del Hospital, se realiza una distribución de los porcentajes, asignando 100 puntos al total de preguntas 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 son:

Tabla 3-4.- Tabla de 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: Personal HCAM

Elaborado: Mencías, Narváez, Varela

Tabla 3-5 Acreditación por grados y totales

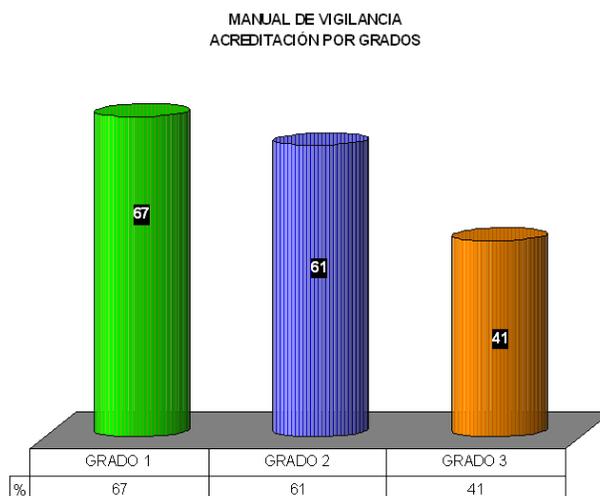
grado	total	nombre
Grado 1	0,67	HCAM
Grado 2	0,61	HCAM
Grado 3	0,41	HCAM

Resultado de encuesta de la aplicación del Manual de Vigilancia de la Calidad

Fuente: Personal HCAM

Elaborado: Mencías, Narváez, Varela

Ilustración 3-6.- Acreditación del Hospital HCAM



Fuente: Personal HCAM

Elaborado: Mencías, Narváez, Varela

El Diagrama muestra el puntaje alcanzado para el total de estándares de cada grado

Al calificar el grado de Acreditación según este instrumento el Hospital CAM. alcanza en Grado I en un 67%, Grado II 61%, Grado III 41%; demostrando que

la institución esta en proceso de desarrollo y no alcanzado la madurez en ningunos de los grados. Para lograr una mejora paulatina e iniciar la transformación profunda y así fortalecer la gestión, eficiencia y competitividad interna con el fin de liderar el proceso que renueve la atención brindada con calidad. Al ser un proveedor de servicios de calidad este aspecto nos mantendrá como Proveedor de Servicios de primera elección. Ver tabla 3.3 Ilustración3,6.

3.4.4 PLANIFICACIÓN

La planificación es un proceso que implica un cambio de enfoque de comportamiento pro activo para afrontar el futuro, es continuo, es decir, no termina cuando se enuncia el plan, sino que hay que ejecutarlo, en forma progresiva, de tal manera que lo estratégico, referido a objetivos, y resultados, se expresen concomitantemente con lo operativo, dicho de otra manera con las actividades. La planificación responde a tres preguntas claves: hacia dónde va la organización, cuál es el entorno, como lograrlo. La planificación establece la dirección o la visión y misión de la organización, reconociendo sus fortalezas, y limitaciones y caracterizando el modelo de Gestión recurrido, se podrá reorientar la marcha de la organización hacia la calidad y la excelencia.

La **Visión** del hospital HCAM.: ser líder en la atención de salud a nivel nacional e internacional, con autonomía económica y administrativa, enmarcada en los principios legales de la Seguridad Social, con un modelo de organización dentro del Sistema de Salud, que preste asistencia integral y especializada. Para lograr satisfacción, excelencia en sus servicios y sobrepasar las necesidades y expectativas del cliente con el uso racionalizado de los recursos existentes.

La **Misión** es la unidad de mas 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.

Las Políticas de la institución:

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.

Políticas, Programas, Regímenes 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 transito internacional.

El Plan estratégico:

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 R.56, 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 visión, misión, planificación estratégica antes citada fue presentada por el Director del hospital en su informe gerencial de Junio de 2003. Elementos que fueron creados pensados por las autoridades con la mejor de las intenciones y que puede hasta ser una solución a los problemas, pero tuvieron el peor de los errores que es la falta de participación de los implicados y difusión del mismo para contagiar e involucrar a todos los empleados del hospital. Esta realidad la observamos cuando se aplica el instrumento Planificación Estratégica COSPE.

Al valorar la planificación del hospital utilizamos Las Bases para el Desarrollo de la Planificación Estratégica – COSPE. (Ver anexos Tablas 6 y Tablas 7).

La Planeación Estratégica COSPE es el instrumento que permite a quienes toman decisiones en una organización, procesar y analizar información, interna y externa, con el fin de evaluar la situación presente del hospital, así como su nivel de competitividad con el propósito de anticipar y decidir sobre el direccionamiento futuro de la institución y Asignar los recursos que fueran necesarios para este propósito. De esta manera se encontró que:

Las **Fortalezas** reconocidas son: 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; Participación en el mercado y posicionamiento; Nivel académico de talento humano; Experiencia técnica del talento humano; Estabilidad laboral. (Ver tabla 3.6).

Debilidades se consideran: Ausencia de enfoque administrativo (calidad total, reingeniería, procesos); Estructura organizativa inapropiada (inflexible, burocrática); No uso de investigación de mercado; No control de decisiones del mercado ni evaluación de costos; Falta de un Sistema de controles internos y auditoría; Deficientes; Sistemas de compras e inventarios; Equipos y software administrativos desactualizados; No uso de indicadores de productividad; Desmotivación en puntos críticos de contacto con el afiliado; Personal no entrenado ni actualizado en ventas. (Ver tabla 3.6).

Tabla 3-6.- Valoración del factor Interno del Hospital HCAM

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	
	Alta
Enfoque administrativo: calidad total, reingeniería, procesos	A
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

Las **Amenazas** fueron consideradas: los altos índices de violencia; Distribución del ingreso; Aparición de nuevas patologías; Inflación; Tasa de desempleo; El Congreso; Organizaciones gerenciada como empresas aventajan a otras; Efecto del contraataque exitoso de nuestra competencia; Reforma al Sistema de Seguridad Social; Oferta de servicios a más bajo costo y mejor calidad. (Ver tabla 3.7).

Las **Oportunidades** extraídas de las encuestas son: Obligatoriedad de la afiliación según la Constitución Política; Libre elección en la Ley; Descentralización; Mayor nivel de educación; Vulnerabilidad de nuestros competidores a la estrategia competitiva; Mayor participación comunitaria; Prioridad al gasto social; Automatización; Auge de medicina ambulatoria; Nivel de tecnología; Flexibilidad de Procesos. (Ver tabla 3.7).

De lo anterior concluimos que los establecimientos de salud son, de todas las empresas públicas o privadas, las instituciones más complejas para gestionar” Se debe tomar en cuenta que el hospital enfrenta: (Ver Tabla 3.8 – Tabla 3.9).

- Problemas financieros.
- Disminución de la inversión en los sectores sociales.
- Falta de inversión, con deterioro de la infraestructura y equipos.
- Incremento de los costos de la atención médica.
- Falta de descentralización y capacidad gerencial

Tabla 3-7.- Valoración del factor Externo

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 contraataque exitoso de nuestra		X	
Relación de servicio con la competencia		X	
Cambio de posiciones de competidores en últimos años		X	BAJA
Tendencia 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

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
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 HCAM"
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 contraataque exitoso de nuestra competencia
Reforma al Sistema de Seguridad Social (Aseguradora)
Oferta de servicios a más bajo costo y mejor calidad

Tabla 3-8.- Resumen del Análisis Interno "HCAM"

Tabla 3-9.- Matriz FODA Hospital “Carlos Andrade Marín”

MATRIZ FODA HOSPITAL "CARLOS ANDRADE MARIN"	
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 contraataque 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

Elaborado: Mencías, Narváez, Varela

Por otra parte se realiza una investigación de la demanda de salud en el país y en el Hospital, el mismo que se basa en el informe de Población enferma o accidentada según el agente de atención proporcionado por la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) realizada por el INEC en 1998 – 1999 (Ver anexo 11-12 Encuesta Condiciones de Vida) y los informes estadísticos de la Atención del paciente en el quinquenio 1999 – 2003.

Tabla 3-10.- Población Enferma o Accidentada según Agentes de Atención 1999

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

La población ecuatoriana para el año 1999, era de 11.207.399 y que en la encuesta de Condiciones de Vida, el 48% de esta población demanda de algún tipo de salud, de los cuales el 60,4% (3.262.537) recibieron algún tipo de atención de salud; mientras que la población enferma que no acudió, o no logro ser atendida (demanda insatisfecha) y constituye el 39,6% (2.138.481) de la demanda de salud total. (Ver Tabla 3.10).

El 18% de la Población Nacional esta afiliada al IESS; siendo 450000 los afiliados que corresponden al Area de Influencia del HCAM. Para calcular la demanda del Hospital “CAM”, se calcula tomando la información de la ECV. proporcionada por el INEC. (Ver Tabla 3. 11).

Tabla 3-11.- Valores de Demanda “Hospital Carlos Andrade Marín”

VALORES DE DEMANDA “HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN”					
POBLACIÓN NACIONAL	12156608	100%			
Afiliado IESS	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 Area 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.

Tabla 3-12.- Valores de Demanda del Area Clínica “Hospital Carlos Andrade Marín”

VALORES DEMANDA DEL ÁREA CLÍNICA HOSPITAL “CARLOS ANDRADE MARÍN”					
POBLACION NACIONAL	12156608	100%			
Afiliados IESS	2188189	18%			
AREA INFLUENCIA HCAM				450000	100%
Demanda Insatisfecha		19507,77	49%		
Primeras Consultas	15506,01				
Hospitalización (Egresos)	4798				
Pob. Sí acudió a Agentes de Atención		20304,01	51%		
Total Area Clínica HCAM (Pob. Enferma)		39811,784	100%		
DEMANDA Area Cl. HCAM DE SALUD				39811,78	9%

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

Elaborado Margarita Mencías

En el Area Clínica la demanda de salud corresponde al 9% del área de influencia del HCAM, donde la demanda Insatisfecha corresponde al 49% al igual que en el resto de servicios del Hospital. El 51% restante que corresponde a los afiliados que acudieron al HCAM se excluye las consultas subsecuentes y las urgencias, porque los afiliados que necesitaron ser ingresados desde emergencia ya están considerados en los egresos de Hospitalización; y, los que por el contrario fueron remitidos a Consulta Externa a su vez ya están consideradas en las primeras consultas (Ver Tabla 3.12.).

3.4.5 ORGANIZACIÓN – ESTRUCTURA.

La organización crea una estructura para facilitar la coordinación de actividades y para controlar los actos de sus miembros.

La estructura misma está compuesta por tres elementos complejidad, formalismo y centralización.

COMPLEJIDAD: es el grado en que las actividades de la organización se decomponen.

FORMALISMO: es el grado en que se usan reglas y procedimientos.

CENTRALIZACIÓN: es el punto donde radica la autoridad para tomar decisiones.

Estos tres componentes juntos constituyen la estructura organizacional

Aplicada de acuerdo a la Resolución de la Comisión Interventora del IESS 056

3.4.5.1. 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:

La RESOLUCIÓN No. C.I. 056 Reglamento General De Las Unidades Médicas Del IESS, considerando 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.

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

El Art. 1 trata de la Clasificación de las Unidades Médicas del IESS.- Las Unidades Médicas del IESS se clasifican, según su nivel de complejidad, en: Hospitales de Nivel III; Hospitales de Nivel II, Hospitales de Nivel I; Centros de

Atención Ambulatoria (Dispensarios Tipo A y Tipo B); y, 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.

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 contrarreferencias entre los prestadores de salud.

El Subsistema Zonal I, que administrará la red de referencias y contrarreferencias entre las unidades médicas del IESS localizadas en las provincias de: Carchi, Esmeraldas, Francisco de Orellana, Imbabura, Napo, Pichincha y Sucumbíos. “(Ver Ilustración 3-7).

“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.

La dirección del Hospital de Nivel III dada por Gerencia General del Hospital a través del Gerente. En la seguridad Social existen 3 hospitales nivel III localizados en Quito, Cuenca y Guayaquil. El Hospital “Carlos Andrade Marín” ubicado en la ciudad de Quito, motivo de la investigación. “

Ilustración 3-7.- Área de Influencia Zonal I



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.

Ilustración 3-8.- Estructura IESS Resolución RCI - 056

ÓRGANOS DE GESTIÓN DEL HOSPITAL “CAM”



Fuente: RCI-056

“Dependencias de la Gerencia de Hospitalización y Ambulatorio.- Son dependencias de la Gerencia de Hospitalización y Ambulatorio: (Ver Ilustración 3-8).

1. La Subgerencia de Ambulatorio, que comprende:
 - a. Las Especialidades Clínicas, Quirúrgicas y Materno Infantil.
 - b. El Área de Estomatología.
 - c. El Centro de Rehabilitación.

2. La **Subgerencia de Clínica**, que comprende las Áreas de Especialidad en: Alergología, Cardiología, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología, Geriátría, Hematología, Infectología, Medicina Interna, Nefrología, Neumología, Neurología, Oncología, y Salud Mental.

3. La Subgerencia de Cirugía.
4. La Subgerencia de Cuidado Materno – Infantil.

Dependencia de Apoyo Médico.- Es dependencia de apoyo médico, en cada uno de los órganos de gestión, la Unidad de Enfermería. Habrá apoyo médico de la Unidad de Enfermería en cada una de las Gerencias de: Hospitalización y Ambulatorio; Medicina Crítica, y Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento.

RESPONSABILIDADES EN EL ÁREA CLÍNICA

De la Subgerencia de Clínica.- La Subgerencia de Clínica tendrá las siguientes responsabilidades: (Ver ilustración 3-9)

1. La administración de las áreas de: Alergología, Cardiología, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología, Geriatria, Hematología, Infectología, Medicina Interna, Nefrología, Neumología, Neurología, Oncología, Salud Mental;
2. El diagnóstico y la terapéutica clínica al paciente que requiere de sus servicios;
3. La conformación de grupos médicos, de diversa especialización, para dar asistencia integral al paciente cuya patología así lo exige;
4. La difusión de los protocolos, guías y algoritmos de diagnóstico y tratamiento, aprobados por la Dirección Nacional Médico Social, para las Áreas o Centros de la Subgerencia, y el control y la evaluación de su aplicación;
5. La prestación de la asistencia clínica, relacionada con sus especialidades, en las intervenciones quirúrgicas que así lo requieran;
6. La prestación de asistencia médica general o especializada, al paciente que requiere terapéutica clínica en régimen ambulatorio o de internación;
7. La ejecución de los programas de investigación científica y de educación médica relacionados con áreas clínicas;

8. La elaboración de las especificaciones técnicas y condiciones contractuales para la compra y/o la venta de atención clínica, que serán sometidas a resolución de la Gerencia General del Hospital;
9. La entrega de información a la Gerencia para la facturación por la atención médica producida;
10. 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;
11. El cuidado, buen uso y adecuado funcionamiento de las instalaciones, equipos y materiales a su cargo; y,
12. La rendición de cuentas ante la Gerencia sobre la organización y gestión de la producción, productividad y calidad de la atención.

.....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 IESS.- Dr. Patricio Arias Lara, PROSECRETARIO”

El Hospital CAM nivel III es uno de los más complejos dispone de especialidades y subespecialidad. No obstante lo anterior, la referida red no opera, constatándose en la práctica que los pacientes tienen libertad para acudir a cualquier establecimiento. Esto ha generado que una parte importante de la atención ambulatoria de nivel primario se esté dando a nivel del Hospital CAM. La distribución de servicios hospitalarios no es acorde a la morbi-mortalidad, con la de que se producen importantes listas de espera. El modelo curativo presiona fuertemente los costos, incrementando el consumo de tecnologías de alto costo, exámenes, intervenciones complejas y fármacos.

En síntesis, el modelo curativo tiende a concentrar la atención en los principales centros urbanos y dentro de estos en los hospitales más complejos,

desplazando la actividad preventiva y promocional de la red de salud. Por otra parte, no se cuenta con información respecto de cómo se distribuye la población, ya que el enfoque de oferta no ha privilegiado el conocimiento de las características y distribución de la población afiliada beneficiaria del sistema de salud.

El hospital con autoridad máxima la Gerencia General, los Órganos de Gestión del Hospital CAM: (Ver anexo 5).

- La Gerencia de Hospitalización y Ambulatorio;
- La Gerencia de Medicina Crítica;
 - La Gerencia de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento; y,
 - La Gerencia de Investigación y Docencia.

Ilustración 3-9.- Organización Subgerencia de Clínica.

ORGANIGRAMA DE LA SUBGERENCIA DE CLÍNICA



La organización del hospital esta igualmente en etapa de transición antiguamente dirigida por los médicos más antiguos y que no necesariamente están preparados para la conducción de los servicios, al momento tratando de realizar el cambio a gerentes de área, jefes o coordinadores de servicios que

no necesariamente tienen conocimientos en Gerencia en salud, pero que muchos de ellos están en formación. Las autoridades actuales están implementando un organigrama acorde a las necesidades, pero que está en su inicio con las debidas dificultades que se espera a los cambios ya sea por falta de conocimiento, y por la poca participación del personal en su construcción.

El organigrama del hospital no es basado en una gerencia de procesos produciendo dificultades, a todos los involucrados ya que casi todos desconocen sus derechos y responsabilidades.

Recurso humano.

El hospital cuenta con 1695 empleados de los cuales 1243 pertenecen a la Ley de Servicio Civil y Carrera administrativa, y 452 al Código del trabajo.

Existe un Subgerente del área, que organizará a los 14 coordinadores de los servicios clínicos, doce de los cuales ya en función y dos de ellos en implementación (Geriatría, Inmunología- Alergología).

En el área Clínica se cuenta con 74 médicos tratantes repartidos en cada uno de los servicios contamos un plantel del Médicos Tratantes ganadores de concurso de Modalidad 4, y 6 horas diarias, y un mínimo porcentaje de 8 horas día. Distribuidos en los diferentes servicios como se detalla en las Tablas 3-13; 3-14).

Tabla 3-13.- Recursos Humanos

PERSONAL MÉDICO ESPECIALISTA DE PLANTA ACTUAL				
Area	# Médicos	%	# de PERSONAL TOTAL	%
Total Médicos Tratantes	255	15%		
Médicos Cirugía	74	4,4%		
Médicos Clínica	74	4,4%		
TOTAL PERSONAL			1695	

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

Si consideramos que la dotación de camas es de 540 al momento y que contamos con 255 Médicos tratantes y 149 médicos residentes, tenemos que hay 0,74 médicos por cada cama. La dotación de camas se encuentra en

variación debido a que el hospital se encuentra en remodelación, y a medida que se avanza aumenta la dotación.

Tabla 3-14.- Recurso Humano – Área Clínica del Hospital Carlos Andrade Marín

RECURSOS HUMANOS - ÁREA CLÍNICA HOSPITAL "CAM".						
	Camas	Médicos Tratantes	Enfermeras	Aux. Enferm.	Médicos Residentes	Internos Rotativos
Gastroenterol	11	6	6	5	7	3
Psiquiatría	29	5			4	
Dermatología	3	3	7	7	1	
Nefrología	19	6	8	7	4	2
Neurología	15	7	7	7	3	2
Neumología	29	5	13	8	7	2
Oncología	13	8			3	2
Hematological	9	5	9	7	4	1
Medic. Interna	14	5			5	1
Endocrinolog	4	7			1	
Infectología	14	4	14	8	5	1
Cardiología	25	10	13	9	5	2
Inmunología		1				
Reumatología		2				
TOTAL	185	74	77	58	49	16

FUENTE: GERENCIA DE DOCENCIA. HCAM.

Recursos Informáticos:

El sistema de información en HCAM se encuentra en una etapa de implementación desde el 2002 inscrito en el marco de las políticas renovadoras de la institución basado en diagnóstico de necesidades, con escasa participación de los usuarios, Se ha cumplido 2 etapas de las cuatro que contempla el programa; la tercera etapa esta en curso.

Respecto del sistema de gestión hospitalaria este se encuentra en funcionamiento en este hospital, apoyado en una versión antigua (AS 400) donde sólo tres componentes: ambulatorio, bodega y hospitalización; están operativos en este modelo médico: entrega de citas, admisión de pacientes, laboratorio clínico, despacho de recetas. Se planea contratar software que involucre a otros componentes hoy no utilizados: lencería, costos hospitalarios,

farmacia, dietética, recurso humano, tesorería, contabilidad, presupuesto, mantenimiento de equipos. No está aun resuelto quien va a proporcionar la manutención del sistema, aunque se baraja la alternativa de que el IESS cree una empresa propia para administrar este tema. Llama poderosamente la atención que en los desarrollos informáticos no se haya contemplado aplicaciones que soporten el funcionamiento asegurador y comprador de la Dirección Médica. Los servicios del área clínica no están todos conectados a la red limitando la adecuada evaluación de la producción de los mismos.

Recursos Económicos.

El presupuesto es un plan financiero, es un medio de acción empresarial que permite dar forma explícita a decisiones y planes en términos económicos. Supone una estimación expresada en cifras y valorada en unidades monetarias de los programas de acción previstos y aprobados por la gerencia. El presupuesto hospitalario presenta un detalle de la forma como los fondos a obtener se gastaran en la nómina del personal, compra de elementos de consumo, bienes de capital, etc.; así como también la forma y el origen de donde provendrán los diferentes dineros para efectuar los gastos.⁶⁹

Un sistema de costos o de establecimiento de control de costos en un hospital busca registrar, interpretar y diferenciar las diferentes actividades y elementos que llevan al desarrollo de un producto, sea este un bien o un servicio.

Los objetivos fundamentales de los costos hospitalarios son:

- Determinar cuánto cuesta producir los diferentes servicios médico-asistenciales, tanto en forma unitaria como total.

⁶⁹ Jiménez J.; Manual de Gestión para jefes de Servicio Clínicos, 2da. Edición. Madrid, Díaz de Santos, 2000 pp. 383 – 385.

- Proporcionar informes que faciliten la preparación del presupuesto y de los estados financieros y que permitan la planeación y el control de las actividades de la institución.
- Servir de herramienta de análisis para la toma de decisiones

El gasto per-cápita en salud por año por cada afiliado es de USD \$ 145, y para el Seguro Campesino (USD \$ 14.3). Este gasto es 2,3 veces superior al promedio nacional de USD \$ 62 y 4,4 veces al del MSP USD \$ 33. El seguro campesino tiene el 14% del uso de las camas del IESS, por lo cual probablemente el Seguro de Enfermedad y Maternidad seguirá absorbiendo el déficit del SSC.

Los Tres Hospitales nivel III del IESS absorben más de la mitad del gasto en salud y dentro de este segmento el Hospital Andrade Marín explica el 40% (a nivel global explica casi una cuarta parte del total del gasto de la Dirección Médica).

Los Gastos – compras se los realiza a través de el comité de adquisiciones. No existe en el Hospital presupuesto destinado a cada área y se lo realiza en forma anárquica sin un plan previo, esto impide valorar si los gastos efectuados han sido los adecuados, por lo que es matemáticamente imposible conocer si el trabajo que se realiza es eficiente, la asignación de recursos tienen generalmente unos 3 y 5 meses de retraso cuando estos han sido comunicados.

El año 2001 la Ley salió en Octubre del mismo año, diez meses después del inicio. 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 20001 fue en agosto y septiembre respectivamente. Esta inercia financiera ha afectado consuetudinariamente al hospital ya que introduce rigideces para efectuar reasignaciones.

Es común que 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.

2003 del Hospital Carlos Andrade Marín. El Área Clínica desconoce sus costos al igual que todas las áreas del hospital, eso agrava aún mas la obtención de recursos económicos y el reparto de los mismos se haga sin una planificación – justificación. (Ver Tabla 3-15 y Anexo 10).

Tabla 3-15.- Partidas Presupuestarias del Año 2003. Análisis.

ANÁLISIS 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 SUBSISTEN.	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 INVESTIGACIONES	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 GASTOS	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%	
	Índice 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

Los servicios intermedios 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. (Ver Ilustración 3-10).

Los Servicios con los que cuenta el hospital son múltiples y de reconocido valor. Los mismos que son el eje principal y el puntal de producción para venta de servicios para otras unidades; especialmente si la ley habla de la autogestión.

Sin embargo exista un descuido absoluto en renovar los equipos del hospital, debido a la burocracia que existe en los tramites para la compra y o reparación. Consideremos que el presupuesto para equipamiento de los servicio es de 4,070.000 USD.

Y que ejecuta el 99,88%, de lo que se deduce que el rubro no cubre las necesidades; la reparación de equipos puede por una parte ser correcta si el equipo tiene aún utilidad garantizada por la empresa que reparara y al contrario puede estarse gastando dinero reparando equipos que ya no van a garantizar un buen funcionamiento.

Los Servicios Intermedios de Mayor utilidad son Endoscopia, Audiometría, Diálisis, Tomografía Axial Computarizada, Ecografía Tanto diagnóstico como terapéuticas.

Ilustración 3-10.- Servicios Intermedios y Generales

SERVICIOS INTERMEDIOS Y GENERALES

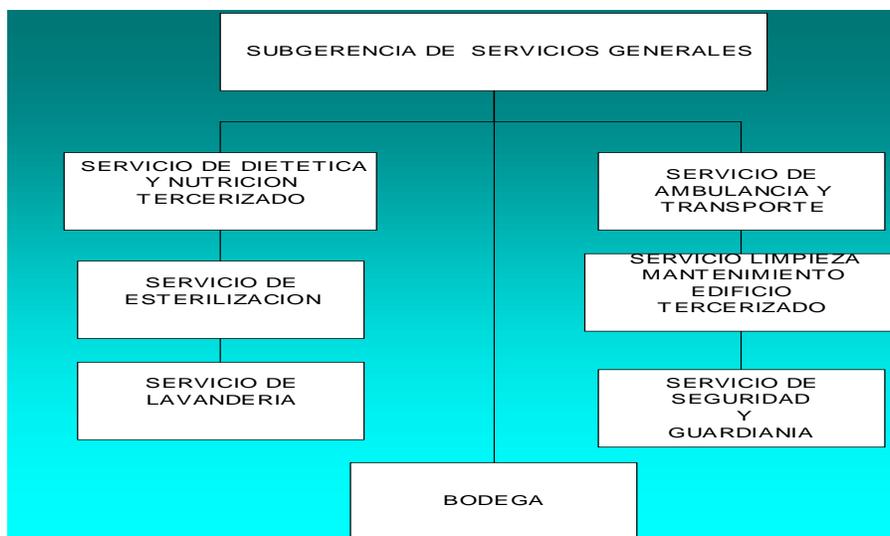
Servicios Intermedios

Fuente: RCI- 056



Servicios Generales

Fuente: RCI-056



En el área de **Servicios Generales** de apoyo, se reconocen dos sectores: sector de Conservación y Mantenimiento, sector de Hotelería. (Ver Ilustración 3-10).

El Servicio de lavandería procesa cada mes un promedio de 139.000 libras de lavado a un costo de 32 centavos por libra, de estos el 50% va a hospitalización, el 40% al quirófano, y un 10% a la Consulta Externa.

Se reparan dos mil prendas dañadas, y se elaboran 1200 prendas nuevas. Servicio que viene cumpliendo una labor con eficiencia, y va en mejora continua ostensible. Razón por la cual no ha sido tercerizado este servicio, no así lo que es alimentación limpieza.

Se preparan por parte de la empresa tercerizadora 1820 raciones al día a un costo de 1 dólar por ración.

El contrato establece que la compañía utilizará las instalaciones y equipos del Servicio de Dietética del Hospital, no se ha cambiado las ollas de presión, hornos, recipientes, platos, bandejas y lavaplatos que en algunos casos tienen 30 años de vida.

El servicio de comida afronta a diario problemas como el estado de la calidad de los utensilios, y no faltan las quejas de comida fría por falta de carros térmicos, y el compartir el ascensor con las camillas que transportan los pacientes. Pese a que el servicio es tercerizado, no ha brindado la satisfacción esperada. La misma compañía es quién realiza la limpieza del Hospital.

3.4.6 GESTIÓN

La Gestión es definida como la función empresarial referida al conjunto de reglas, procedimientos o métodos operativos (planificación, organización, motivación, formación o control) para llevar a cabo una actividad tendiente a alcanzar los objetivos institucionales. Los procesos de mejora de la gestión tratan de dar sentido económico a las decisiones y examinar cómo inciden éstas en los resultados; desarrollar la capacidad de fijar de objetivos de gestión y comprobar cómo se integran en un presupuesto; potenciar la coordinación de actuaciones de los principales responsables; y mejorar la motivación.⁷⁰

El Planeamiento Estratégico y la Gestión se encuentran íntimamente entrelazados ya que todo proceso administrativo que se plantee debe estar orientado a:

- La identificación de las necesidades materiales y las de servicio de la entidad.
- Realizar análisis de los medios disponibles y sus respectivas limitaciones.
- A efectuar análisis de los recursos económicos y a la disposición de los recursos humanos.
- La determinación de la cultura organizacional para lograr los propósitos y las metas planificadas.

3.4.6.1 Producción Consulta Externa

Tabla 3-16.- Consulta Externa Área Clínica

CONSULTA EXTERNA PRIMERAS Y SUBSECUENTES H. "CAM" (99 - 03)					
	PRIMERAS	SUBSECUENTES	PROMEDIO Primeras	PROMEDIO subsecuentes	PORCENTAJE
TOTAL	163200	700022	32640	140004,4	100%
A. CLINICA	77530	330523	15506	66104,58	47.5%
A. QUIRÚRGICA	46853,05	199741,95	9370,61	39948	28.5%

Fuente: Dpto. Producción y estadística IESS (99-03)

Elaborado: Mencias Narváez, Varela

⁷⁰ PLAZA J. Gran Diccionario Enciclopédico Ilustrado España.

Tabla 3-17.- Consultas por Especialidad Área Clínica

CONSULTAS POR ESPECIALIDAD HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN (99 – 03)					
ESPECIALIDADES	1999	2000	2001	2002	2003
- DERMATOLOGIA	4383	4031	4757	5331	6953
- ENDOCRINOLOGIA	7774	9740	10549	8030	12279
- HEMATOLOGIA	5069	6185	7570	6394	8186
- CARDIOLOGIA	7108	10128	9822	7970	10487
- GASTROENTEROLOGIA	6026	5133	4990	3280	7001
- MEDICINA INTERNA	18551	15610	20139	14829	18000
- NEFROLOGIA	4203	5010	6859	6437	8098
- NEUMOLOGIA	3930	3543	4458	3978	6024
- NEUROLOGIA	5765	5988	8382	9178	11763
- PSIQUIATRIA	3665	3860	4529	3921	5378
- ONCOLOGIA	5800	6543	7600	6836	9701
-TOTAL	72274	75771	89655	76184	103870

Fuente: Dpto. Producción y estadística IESS (99-03)

Elaborado: Mencías

Tabla 3-18.- Indicadores de Consulta Externa

INDICADORES DE CONSULTA EXTERNA (99 – 03)					
AÑO	1999	2000	2001	2002	2003
CONSULTAS AFILIADO AÑO	0,5	0,5	0,5	0,4	
PROMEDIO HORA-MEDICO CONS EXT.	3,8	2,8	2,9	2,7	3,1
RENDIMIENTO-HORA MEDICO		1,4	1,5	1,3	
NUMERO CONSULTAS POR MEDICO		994,5	1.085,2	885,9	
CONCENTRACIÓN EN EL IESS	4,1	4,1	4,5	6,7	
FOMENTO Y PROTECCIÓN	3,3	-	2,3	2,4	3,5
RECUPERACIÓN	4,2	4,4	4,7	7,3	
CONCENTRACIÓN DE CONSULTAS					10,3
NO. DE RECETAS POR CONSULTA					1,2

Fuente: Dpto. Producción y estadística IESS (99-03)

Elaborado: Mencías Narváez, Varela

3.4.6.2 Producción Servicios Intermedios

Tabla 3-19.- Indicadores de Laboratorio

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

Fuente: Dpto. Producción y estadística IESS (99-03)

Elaborado: Mencías Narváez, Varela

Los datos de los años 2000 y 2003 no constan en el Dpto. de Producción y Estadística del IESS.

Tabla 3-20.- Indicadores de Imagenología

INDICADORES DE IMAGENOLOGIA (99 -03)					
AÑO	1999	2000	2001	2002	2003
PROMEDIO .EXAMEN POR AFILIADO AÑO	0,6	0,5	0,5	0,5	0,6
PROMEDIO EXAMEN 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
PROMEDIO EXAMEN POR No.CONST.EXTER.	2,1	2,8	3,1	2,5	3,0
PROMEDIO EXAM.POR No. EMERGENCIAS	0,5	0,4	0,4	0,5	0,5
PROMEDIO EXÁMENES POR EGRESO	0,8	0,7	0,8	0,9	1,0

Fuente: Dpto. Producción y estadística IESS (99-03)

Elaborado: Mencías Narváez, Varela

Tabla 3-21.- Indicadores de Farmacia

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
PROMEDIO. 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 ESTADIA	1,9	2,0	2,4	2,0	2,1

Fuente: Dpto. Producción y estadística IESS (99-03)

Elaborado: Mencías Narváez, Varela

La producción de los servicios Intermedios, comparados en el quinquenio mantienen valores similares, de un año a otro y al no contar con datos comparativos de una casa de Salud de similares características y nivel, solamente podremos comparar cuando se apliquen procesos estandarizados tanto en Consulta externa, Hospitalización, que se verán reflejados en los servicios de apoyo.

3.4.6.3 Producción Servicio de Urgencias

Tabla 3-22 Transferencias de Urgencias

TRANSFERENCIA DE URGENCIAS						
AÑO	1999	2000	2001	2002	2003	PROMEDIO
HOSPITALIZACIÓN	11,36%	7,30%	16,14%	14,66%	20,86%	14,07%
OTRO HOSPITAL	0,23	0,14	0,13	0,18	0	0,14
OBSERVACIÓN	14,08	11,67	16,35	13,53	12,52	13,63
CONSULTA EXTERNA	11,72	8,2	7,21	9,87	14,46	10,29
DOMICILIO	62,61	72,68	60,16	61,75	52,13	61,86

Fuente: Dpto. Producción y estadística IESS (99-03)

Elaborado: Mencías Narváez, Varela

3.4.6.4 Producción Área Clínica Hospitalización.

Tabla 3-23.- Egresos del Hospital Carlos Andrade Marín (99 – 03)

TOTAL EGRESOS HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN (99 - 03)								
AÑO	1999	2000	2001	2002	2003	TOTAL	PROMEDIO	%
EGRESOS HCAM	24510	20811	19260	17266	19816	101663	20332	100%
ÁREA QUIRÚRGICA	7006	6292	5658	4790	6027	29773	5955	29,34%
ÁREA CLÍNICA	5314	4823	4807	4073	4971	23988	4798	24%

Fuente: Dpto. Producción y estadística IESS (99-03)

Elaborado: Mencías Narváez, Varela

Tabla 3-24.- Egresos por Especialidad Clínica

EGRESOS POR ESPECIALIDAD ÁREA CLÍNICA					
AÑO	1999	2000	2001	2002	2003
CARDIOLOGIA	594	599	553	577	595
ENDOCRINOLOGIA	38	34	23	142	188
GASTROENTEROLOGIA	957	737	634	480	712
HEMATOLOGIA	366	375	544	382	379
INFECTOLOGIA				172	266
MEDICINA INTERNA	792	748	706	412	379
NEFROLOGIA	519	379	403	425	473
NEUMOLOGIA	700	748	673	587	856
NEUROLOGIA	427	334	348	235	279
ONCOLOGIA	550	500	536	381	381
PSIQUIATRIA	335	369	358	256	413
DERMATOLOGIA	36		29	24	50
TOTAL	5314	4823	4807	4073	4971

Fuente: Dpto. Producción y estadística IESS (99-03)

Elaborado: Mencías

Tabla 3-25.- Indicadores de Hospitalización.

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: Dpto. Producción y estadística IESS (99-03)

Elaborado: Mencías Narváez, Varela

Tabla 3-26.- Producción, Rendimiento y Costos

Establecimiento :HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN AREA CLINICA									
Período : 01-2003 al 12-2003									
Cuadro #1. Producción, Rendimientos y Costos									
	Unidad de producción	Volumen de producción	Costo		Indice ocupacional	Estancia promedio	Indice rotación	Interv. Sustituc.	Dotación de camas
			Servicio	Unitario					
HOSP.ME DICINA	EGRESO	384,00	471.843,96	1.228,76	52,60	7,00	27,43	6,31	14,00
	D-C-O	2.688,00		175,54					
HOSP. CARDIOLO	EGRESO	600,00	339.548,64	565,91	46,29	7,04	24,00	8,17	25,00
	D-C-O	4.224,00		80,39					
HOSP. ENDOCRI	EGRESO	192,00	212.719,08	1.107,91	91,23	6,94	48,00	0,67	4,00
	D-C-O	1.332,00		159,70					
HOSP. GASTROE	EGRESO	708,00	449.776,68	635,28	125,83	7,14	64,36	(1,46)	11,00
	D-C-O	5.052,00		89,03					
HOSP. HEMATOL	EGRESO	384,00	311.651,52	811,59	81,83	7,00	42,67	1,55	9,00
	D-C-O	2.688,00		115,94					
HOSP. INFECTOL	EGRESO	264,00	238.521,84	903,49	36,87	7,14	18,86	12,22	14,00
	D-C-O	1.884,00		126,60					
HOSP. NEFROLO	EGRESO	468,00	410.573,40	877,29	48,28	7,15	24,63	7,66	19,00
	D-C-O	3.348,00		122,63					
HOSP. NEUMOLO	EGRESO	852,00	607.633,08	713,18	57,36	7,13	29,38	5,30	29,00
	D-C-O	6.072,00		100,07					
HOSP. NEUROLO	EGRESO	276,00	348.684,36	1.263,35	36,16	7,17	18,40	12,66	15,00
	D-C-O	1.980,00		176,10					
HOSP. ONCOLOG	EGRESO	384,00	338.797,32	882,28	56,90	7,03	29,54	5,33	13,00
	D-C-O	2.700,00		125,48					
HOSP. PSQUIAT	EGRESO	408,00	364.273,68	892,83	27,66	7,18	14,07	18,77	29,00
	D-C-O	2.928,00		124,41					
HOSP. DERMATO	EGRESO	48,00	147.555,60	3.074,08	31,78	7,25	16,00	15,56	3,00
	D-C-O	348,00		424,01					
TOTAL	EGRESO	4.968,00	4.241.579,16	853,78	52,19	7,09	26,85	6,50	185,00
	D-C-O	35.244,00		120,35					
Apoyo									
LAB.	EXAMEN	36.291,84	0,00	0,00					
RAYOS X	PLACAS	31.032,84	0,00	4,76					
	\$Produc.		147.724,68	4,76					
FARMACIA	RECETA	537.815,64	0,00	32,99					
	\$Produc.		17.745.135,00	32,99					

Fuente: WINSIG

Elaborado : Mencias

En el INFORME GERENCIAL rendido en junio del 2003 se expone que: el presupuesto para el 2004 de 46.988.775 USD, distribuidos en diversos rubros y de los cuales USD 800.000 se empleará para los trabajos de infraestructura, un monto USD 4.970.979 en la adquisición de equipamiento médico y bienes y muebles.

E HCAM inicia una etapa de modernización en el año 1999, que contempla un plan de remodelación de la planta física, (orden en el despacho de los turnos y un adecuado sistema de señalización orientan a los visitantes, restituir el sistema sanitario y eléctrico). Iniciándose con remodelación del Bloque 1, que esta por concluir y entrará a funcionar en su totalidad en dos meses, Los trabajos del bloque 2 y 3 serán finalizado este año.

La atención hospitalaria, se la realiza con escasos contenidos preventivos y promocionales y por ende con un nivel de atención primario por la presión del resto del sistema que concentra al paciente en el hospital. No existe una red de referencia y contra referencia definida, lo cual desincentiva el uso de los servicios primarios y concentra la demanda en la atención hospitalaria, consumiendo sus recursos en atenciones que no le corresponden.

La gestión de los servicios de salud es deficiente, con falta de incentivos adecuados y sin flexibilidad para la gestión de los recursos. Se observa una importante ineficiencia hospitalaria y no se privilegia la satisfacción del paciente. Tampoco existen sistemas que permitan monitorear y evaluar la calidad de la atención. Hay escasa coordinación de la subgerencia, generando políticas inadecuadas, tendiéndose a la duplicación de las capacidades de oferta y por ende a la baja utilización de las mismas. Tampoco existe una actividad reguladora que oriente la política de salud del Instituto.

Del análisis de la Producción del Hospital Carlos Andrade Marín se realizo basándonos en los informes recopilados por el departamento de Estadística que los hacían bajo un formato el mismo que cambio en el año 2003 e impide hacer apreciaciones claras. El departamento de Estadística tiene un subregistro importante por falta de envío de datos a este departamento. (Ver ilustración 3-16; 3-21).

Debemos citar además que el hospital entro en un proceso de reforma de su planta física, iniciado en el año 2000 y que se planteaba terminar en un plazo

máximo de 2 años, y que hasta el momento debe estar realizado un 50%. Este evento ha influido en la producción que se ven reflejados en los datos recolectados; ya que el hospital disminuyó su capacidad (número de camas 40% menos) y otras áreas físicas al entrar en reparación hayan tenido que disminuir su capacidad resolutoria por la dificultad de movilización de todo el equipamiento; esto determinó por un lado que en una planta física menor se haga una selección de las patologías de ingreso, y por otro lado que la estada de los pacientes sea menor, teniendo que dejar muchos de los afiliados sin ser ingresados, por falta de cama, y que las listas de espera aumenten desmesuradamente. Esto lleva a una insatisfacción del paciente que ha ido en aumento, por ejemplo, la razón de cama por cada mil afiliados disminuyó de 1,5 a 0,9. Por otro la reducción de los días estada, puede ser visto positivamente cuando se logra resolver las patologías en menos días, No me evaluado si aumento la tasa de reingreso, que permite concluir que es posible resolver patologías en menos días de hospitalización.

La tendencia de los indicadores de Hospitalización en el quinquenio se presenta: Días estada se mantiene sin mayor variación, siendo 7 días en promedio. El área Clínica tiene un promedio de 11 días que igualmente se mantiene en los 5 años analizados. (Ver ilustración 3-22; 3-26).

El porcentaje de ocupación de camas se incrementa de un 63% a 73% entre 1999 - 2003 respectivamente.

Al analizar la tendencia en el área Clínica de Hospitalización entre 1999 y 2002 se observa que el porcentaje de ocupación de camas sube del 69,4 al 73,4 % tomando en cuenta que la dotación de camas es casi el 50% de la dotación del año 99; El Giro de cama va del 33,9 al 37,7 % respectivamente; El Intervalo de Giro de 1999 es 3,2 y 2,6 en el 2002. Estos valores pueden ser el resultado de la disminución de la capacidad del hospital que exigió ocupar y resolver más rápidamente las patologías, unido a una mayor capacidad del talento humano y mayor tecnología.

La tasa neta de Mortalidad se mantuvo sin variación en los 5 años analizados es del 2,5 %. Y a nivel del área clínica es de 6,4 % teniendo mayor mortalidad Medicina Interna, Gastroenterología, y Cardiología.

El promedio hora medico es de 3.0 pacientes por hora. En el HCAM, al igual que el del país es 3,2. El ideal según la OMS es 4 por hora mínimo, cifra que se debe analizar en cada servicio tomando en cuenta que el número de consultas subsecuentes es alto y toma menos tiempo lo que ayuda a sanear la demanda no satisfecha.

En el servicio de emergencias, hay en promedio quinquenal de casi el 70% que se transfieren al domicilio o a la atención de C. Externa, cifra que habla de dos posibles explicaciones, la una es que en general la cultura del afiliado no valora adecuadamente lo que es “emergencia médica”, si define lo que es “su necesidad de atención urgente”. El otro análisis enfoca la cantidad de pacientes que representarían la demanda insatisfecha de la C. Externa, que al no poder recibir la atención demandada, - por diferentes razones – acuden al servicio de Urgencias.

Implicancia de la Nueva Ley de Seguridad Social para el Seguro de Enfermedad y Maternidad.⁷¹

Establece que las Unidades Médicas serán empresas, dotadas de autonomía administrativa y financiera, la relación de compra se establece a través de contratos o convenios. Tradicionalmente, la asignación de recursos ha sido sobre la base de presupuestos históricos, de tal manera que la ley supone un cambio radical en esta área. En este contexto va a ser necesario que la Administradora desarrolle los mecanismos de pago adecuados para generar los

⁷¹ Lenz Alcayata R. Informe de Consultoría para el Banco de Mundial: Modernización Institucional del IESS. DNMS IESS. Junio 2000 pp 9 – 10.

incentivos adecuados en la oferta de salud. En particular, será necesario definir una etapa de transición que permita:

- Darle tiempo a las unidades médicas para ajustarse a los nuevos esquemas de pago.
- Desarrollar los sistemas de información, en particular los sistemas que apoyen el proceso de pago de prestaciones por beneficiario a las unidades médicas específicas.
- Permitir que hagan los desarrollos en materia de administración de riesgo que orienten una compra eficaz.
- Desarrollar y probar los mecanismos de pago que sean más adecuados para la realidad particular del IESS y consistentes con el modelo de atención y la priorización de salud.
- Definir, conjuntamente con las unidades médicas, la red de referencia y contra referencia que el sistema de pago va a fortalecer.
- Desarrollar los criterios de acreditación y de control de la calidad clínica.
- Desarrollar los instrumentos que le den un mayor poder al usuario y en particular que le aseguren su derecho a la libre elección, sin vulnerar los principios de funcionamiento en red.

CAPITULO 4

MODELO DE GERENCIA HOSPITALARIA ÁREA CLÍNICA

4.1 INTRODUCCIÓN

El Hospital es servicio Social autónomo que cumple una finalidad de beneficio social, entendida como la contribución que el hospital hace al desarrollo de las comunidades donde actúan, generando los servicios de salud que la población necesita, así como un consumo de los recursos que la misma comunidad provee (incluyendo el talento humano de los pobladores), y que en conjunto con los demás actores sociales potenciales personas dentro del área de influencia.

El hospital moderno reinventa, redefine su misión, trabaja en el mejoramiento de las condiciones de bienestar y calidad de vida de las sumiendo el liderazgo y la coordinación de redes asistenciales, formadas por conjuntos que proporcionen un alto espectro de alternativas asistenciales, mediante la denominación “Integración Vertical” y continuidad asistencial. Otorga un decidido impulso a nuevas modalidades asistenciales (hospital del día, cirugía ambulatoria, asistencia domiciliaria, etc.), convirtiéndose en un hospital abierto donde disminuye la importancia relativa de la hospitalización clásica, aumentando en cambio la importancia de la consulta externa y la capacidad diagnóstica y de tratamiento ambulatorio.

Adopta una nueva organización interna basada en la descentralización de la gestión en áreas asistenciales y, cambios radicales en la Estructura organizativa asistencial basada en la “Gestión Clínica”, otorgando más protagonismo y participación de los clínicos en la gestión.

Diseña una estructura asistencial que permita explotar las sinergias entre los niveles asistenciales por medio de respuestas flexibles de tipo organizativo, que posibiliten la “Gestión de Procesos”.

Dispone de Servicios clínico y equipamiento de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología común a la red asistencial, según necesidades racionalizadas de uso en función de los diferentes niveles de capacidad resolutive de red.

Establece mecanismos permanentes y continuados de contacto con la comunidad y sus usuarios, comprometido a dar servicio y satisfacción a sus clientes. La nueva organización del hospital en consecuencia habrá de estar orientada al cliente, proporcionándole adecuados niveles de confort.

¿Qué es el Modelo de Atención a la Salud? Es el conjunto de principios, normas, intervenciones e instrumentos para la promoción de la salud, entendida como la aplicación de los medios, recursos y prácticas para su conservación y restablecimiento, centrado en los afiliados, familia y comunidad, que contribuya efectivamente a mejorar la calidad de vida.

El propósito del modelo es contribuir a conservar y restablecer de manera integral la salud de la población.

Se sugiere un **Modelo de Gestión basado en procesos** que le permita al área clínica cumplir con sus objetivos, que sea flexible y capaz de prever y responder oportunamente a las características y necesidades actuales y futuras de salud.

Este modelo define, caracteriza y garantiza los servicios del área clínica de manera continua, aplicando normas, protocolos, instrumentos, así como mecanismos de evaluación y realimentación, que aseguren su eficacia.

El modelo tiene procesos y procedimientos desarrollados por equipos multidisciplinarios, adoptando tecnología apropiada a las realidades y

capacidades locales que facilitan la mejora continua de la calidad para la satisfacción de los usuarios externos e internos, del Area Clínica del Hospital Carlos Andrade Marín.

Las Unidades Médicas del IESS constituyen prestadores de servicios y se organizan bajo la modalidad de red de salud en función de niveles de atención y grados de complejidad, cobertura geográfica, sectorización poblacional y capacidad resolutiva.

Al facilitar la descentralización de funciones, se desarrolla la gerencia local descentralizada y redefine el rol de las Direcciones Departamentales a Unidades desconcentradas del aseguramiento de la calidad. Lo que determina Mayor agilidad y facilita la autogestión de cada uno de los Servicios del área Clínica. Plantea una mejor utilización y desarrollo de recursos humanos y financieros. Permite la compra de servicios en forma más oportuna. Mejorando en infraestructura, instalaciones y equipos de los establecimientos. Facilita el seguimiento y el control de los procesos. El modelo fomenta y permite la participación y el control social en las acciones de salud. Facilita una mayor cobertura y calidad en la provisión de bienes y servicios.

La población afiliada cambió en su composición demográfica. Un gran número de afiliados ha aumentado en edad y el sistema se vuelve ineficiente porque la curva de afiliados cotizantes no se ha desarrollado en el país a la velocidad que han crecido los jubilados y los afiliados del Seguro Social Campesino.

La gerencia debe contratar seguros contra riesgos catastróficos y enfermedades crónico degenerativas, esto porque ya no podemos disminuir lo que ya ofertamos y el seguro tradicionalmente, ha dado atención médica total en un concepto equivocado de lo que es atención integral de salud.

El Afiliado podrá elegir libremente al prestador de salud pero siempre que el IESS no tenga la posibilidad de prestar esta atención con sus unidades médicas y se requiere que los prestadores privados estén debidamente acreditados.

La Referencia y contrarreferencia donde las unidades de menor complejidad transfieren sus pacientes a los de mayor complejidad, sistema que no ha funcionado y se piensa que puede mejorar a través de sistemas de regulación de pago diferenciado por nivel de complejidad.

La atención en los dispensarios se pagará por capitación de acuerdo al número de afiliados adscritos. A los hospitales en cambio, solo se puede acceder a través de referencia, el pago es por caso atendido y por paciente referido y esto permitirá que con la referencia de los centros o de unidades de atención ambulatoria hacia una unidad más compleja, pierdan un porcentaje de lo que debían haber recibido por tener un afiliado adscrito, incentivando al funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia. El principal problema que se tiene ahora es que el momento que un paciente va al hospital ya no regresa, se queda en ese nivel y se paga por actividad al hospital, vamos a terminar con todos los afiliados en los hospitales y sin incentivos para que los pacientes sean contra referidos. Con este sistema se obliga a la unidad a la cual esta adscrito el paciente reclame su regreso y al hospital no le interesa conservarlo pues no recibe nuevos ingresos. Las pautas de Referencia y Contrarreferencia ya han sido propuestas pero no han sido implementadas lo que debe ser puesto en marcha.

4.2 PLANIFICACIÓN

La **Planificación** es el proceso de establecer objetivos y escoger el medio más adecuado para el logro de los mismos antes de emprender la acción. La planificación se anticipa a la toma de decisiones.

Plan estratégico será el que guíe el desarrollo y ejecución de todos los ámbitos de acción de la organización; proporcionando además indicadores de referencia para detectar el momento en que la empresa necesite implantar una herramienta de mejora o cambio.

Los criterios y estilos de gestión que buscan actuar prioritariamente sobre la oferta observan los cambios en los escenarios europeos, en tanto en los que hacen hincapié en la demanda con un perfil más propio del Seguro privado imitan al modelo americano.

Nuestro modelo propone trabajar en base a la oferta y demanda acortando dicha brecha por lo cual anotamos la demanda en el área clínica.

La **demanda de servicios del área clínica** corresponde al 9% del área de influencia del HCAM. que son 39.811 afiliados (como se anoto en el capítulo anterior); de los cuales la **demanda satisfecha** es el **51% (20.304 afiliados)** y la **demanda insatisfecha es el 49% (19.507)**, no se toman en cuenta las consultas subsecuentes, y las atenciones de emergencia que requirieron hospitalización, ya que están contabilizadas en los egresos hospitalarios. (Ver tabla 4 – 1 y Anexo 11 - 12).

Tabla 4-1.- Valores de Oferta del Área Clínica del HCAM VALORES OFERTA ÁREA CLÍNICA DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN					
POBLACION NACIONAL	12156608	100%			
Afiliados IESS	2188189	18%			
AREA INFLUENCIA HCAM				450000	100%
Demanda Insatisfecha		19507,77	49%		
Primeras Consultas	15506,01				
Hospitalización (Egresos)	4798				
Pob. Sí acudió a Agentes de Atención		20304,01	51%		
Total Area Clínica HCAM (Pob. Enferma)		39811,784	100%		
DEMANDA Area Cl. HCAM DE SALUD				39811,78	9%

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

Elaborado: Margarita Mencías

Ilustración 4-1.- Esquema de la Oferta y la Demanda

OFERTA vs. DEMANDA ÁREA CLÍNICA	
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: 185 camas</p> <p><i>Económicos: 49'</i></p> <p><i>RRHH:</i> MD Esp.: 74 MD R : 49 IR: 16 Enfermeras: 77 Aux. Enf: 58</p> <p><i>Informático:</i> AS/400 WINSIG</p>
<p>DEMANDA EFECTIVA: Atendida: 20.304 (51%) Insatisfecha: 19.507 (49%)</p>	

El Hospital CAM. Nivel III de alta complejidad, (Ver Ilustración 4-1). Funciona bajo una reglamentación formal, RCI 056, cuenta con un recurso Físico de 50.000 metros cuadrados de construcción distribuidos en tres bloques, en los que se encuentran ubicados las 14 especialidades clínicas, (entre otras) las mismas que cuentan con 185 camas en hospitalización y a nivel de consulta externa con 34 consultorios que funcionan desde las 8h. de la mañana hasta las 4 PM.

El recurso Humano del área cuenta con 74 médicos especialistas, 49 médicos residentes, 77 enfermeras, 58 auxiliares de enfermería, 16 internos rotativos. El recurso informático es un sistema AS 400, el mismo que se encuentra en expansión. El recurso económico con que cuenta el Hospital en su totalidad es de 48 millones.

Al Hospital CAM. Le corresponde cubrir la necesidad de Salud de la Zonal 1, que tiene un área de influencia de 450.000 afiliados, de los cuales 43,52% son hombres y 56,48% son mujeres. Cuyas edades oscilan entre menores de un año hasta más de 54 años, la ley que entra en vigencia contempla un aumento de 300.000 derechohabientes distribuidos en los diferentes grupos de edad. Tomando en cuenta que el crecimiento de afiliación anual es del 1.4% , la tasa cruda de mortalidad del 3,1%, y neta de mortalidad del 2,5% ; las principales causas de morbilidad hospitalización son enfermedades del aparato Digestivo, causas obstétricas directas, y parto normal, mientras que las del ambulatorio son enfermedad hipertensiva, enfermedades del sistema nervioso central, y enfermedades de los órganos genitales masculinos. Y entre las principales causas de mortalidad están enfermedades del aparato digestivo, enfermedad cerebro vascular, enfermedades del aparato respiratorio.

La demanda de salud es de 39.811 de los cuales demanda satisfecha es el 51% e insatisfecha el 49%.

4.2.1 ANÁLISIS DEL FACTOR INTERNO Y EXTERNO DEL ÁREA CLÍNICA DEL HCAM.

Al realizar la Planificación del Área Clínica iniciamos con la participación de los Coordinadores de Servicio y un médico tratante por servicio en un Seminario Analizando el factor Interno y Externo del Area Clínica.

Tabla 4-2.- Análisis Interno del Área Clínica del “HCAM”

ANÁLISIS INTERNO DEL ÁREA CLÍNICA DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN
FORTALEZAS (F)
14 Especialidades Clínicas a disposición.
Dotación de 185 camas en el área clínica para hospitalizar
Servicios de Apoyo con alta tecnología
Instalaciones apropiadas
Recursos económicos - Nivel de Liquidez.
talento Humano de alto nivel
Resolución de problemas de alta complejidad
Servicio de referencia nacional.
Posición en el Mercado.
Estabilidad laboral
DEBILIDADES (D)
Falta de protocolos- guías de Manejo
Falta de programa de costos y conocimiento de la Demanda.
Asignación de recursos de con base a objetivos.
Sistemas de controles internos y auditoría
Sistemas de compras e inventarios
Estructura Organizativa Apropriada (flexible no Burocrática).
Actualidad de equipos; y , software Administrativos.
Uso de indicadores de productividad
Motivación en los puntos críticos con el Afiliado
Atención al cliente y evaluación del servicio

Elaborado: Mencías.

En una área física e instalaciones apropiadas, y con servicios de apoyo de alta tecnología, el Area Clínica oferta 14 especialidades, con dotación de 185 camas, logrando resolver problemas de alta complejidad, respaldada por la estabilidad laboral de un Talento Humano de alto nivel; se ha logrado un posicionamiento interesante en el mercado de salud, y convertido sus servicios en referencia nacional, que puede consolidarse a largo plazo por contar con un alto nivel de liquidez.

La falta de una estructura flexible, y de sistemas de controles internos y auditorias oportunas, el desconocimiento de los costos y el trabajo sin conocimiento de la demanda, provoca débil motivación en el contacto con el afiliado. Probablemente por falta de protocolos y programas de costos actualizados, deviene en una atención al cliente inadecuada que no se ha solucionado con las escasas evaluaciones del servicio. Si se logra que la asignación de recursos sea con base a objetivos, se mejoraría el sistema informático y se actualizaría equipos, reflejándose a no dudarlo en los indicadores de productividad. (Ver tabla 4 -2).

Tabla 4-3.- Análisis del Factor Externo del Área Clínica del “HCAM”

ANÁLISIS EXTERNO DEL AREA CLINICA DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN	
OPORTUNIDADES (O)	
Ampliación de Cobertura por la nueva ley.	
Mayor exigencia de los usuarios	
Cambios del Habito de vida	
Mayor nivel de Educación del usuario	
Vulnerabilidad de los competidores	
Nuevos Sistema de Información Gerencial	
Auge de medicina ambulatoria	
Red de atención entre los Niveles de Complejidad.	
Nivel de tecnología	
Tendencias de la Morbilidad	
AMENAZAS (A)	
El Congreso	
Ingreso de nuevas organizaciones a nuestro Negocio	
Relación del servicio con la competencia	
Fortalecimiento del Municipio	
Tasa de desempleo	
Ley de la seguridad Social- Libre elección.	
Oferta de Servicios a a más bajo costo y mejor calidad	
ley de Mala Práctica Médica	
Aparición de nuevas patologías	
Tendencia del crecimiento Poblacional	

Elaborado: Mencías.

La nueva ley impone ampliación de cobertura, en un ambiente en que el afiliado a más de cambiar sus hábitos de vida, exige calidad, en la atención, acorde a su mayor nivel de educación. Se enfrenta con nuevas tendencias en la morbilidad

que deberá enfrentarlas reforzando la red de atención entre las unidades, avalada en un nuevo Sistema de Información Gerencial, que permita con un alto nivel de tecnología reforzar la competencia en este apogeo de la medicina ambulatoria. (Ver Tabla 4-3).

En el marco de la Nueva Ley del IESS aprobada en el Congreso Nacional, en el que el paciente podrá escoger su proveedor de salud, y con el ingreso de nuevas organizaciones en el negocio, se encuentran ofertas de servicios a más bajo costo, que enfrentadas a la aparición de nuevas patologías, al abuso de la Ley de Mala Práctica Médica, al fortalecimiento del Municipio en el sector salud, a la tasa de desempleo y ante la tendencia del crecimiento poblacional; se deberán aplicar estrategias de supervivencia, que permitan al área Clínica superar estas amenazas aprovechando las oportunidades. (Ver Tabla 4-4, Tabla 4-5).

Tabla 4-4.- Matriz FODA del Área Clínica del “HCAM”

RESUMEN DEL ANALISIS INTERNO Y EXTERNO MATRIZ FODA	
FORTALEZAS (F)	DEBILIDADES (D)
14 Especialidades Clínicas a disposición.	Falta de protocolos- guías de Manejo
Dotación de 185 camas en el área clínica para hospitalizar	Falta de programa de costos y conocimiento de la Demanda.
Servicios de Apoyo con alta tecnología	Asignación de recursos de con base a objetivos.
Instalaciones apropiadas	Sistemas de controles internos y auditoría
Recurso económico - Nivel de Liquidez.	Sistemas de compras e inventarios
talento Humano de alto nivel	Estructura Organizativa Apropiada (flexible no Burocrática).
Resolución de problemas de alta complejidad	Actualidad de equipos; y , software Administrativos.
Servicio de referencia nacional.	Uso de indicadores de productividad
Posición en el Mercado.	Motivación en los puntos críticos con el Afiliado
Estabilidad laboral	Atención al cliente y evaluación del servicio
OPORTUNIDADES (O)	AMENAZAS (A)
Ampliación de Cobertura por la nueva ley.	El Congreso
Mayor exigencia de los usuarios	Ingreso de nuevas organizaciones a nuestro Negocio
Cambios del Habito de vida	Relación del servicio con la competencia
Mayor nivel de Educación del usuario	Fortalecimiento del Municipio
Vulnerabilidad de los competidores	Tasa de desempleo
Nuevos Sistema de Información Gerencial	Ley de la seguridad Social- Libre elección.
Auge de medicina ambulatoria	Oferta de Servicios a a más bajo costo y mejor calidad
Red de atención entre los Niveles de Complejidad.	ley de Mala Práctica Médica
Nivel de tecnología	Aparición de nuevas patologías
Tendencias de la Morbilidad	Tendencia del crecimiento Poblacional

Elaborado: Mencías

Tabla 4-5.- Categorización de Variables del FODA.

AREA CLINICA DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN		
VALORACION FACTOR INTERNO		
FORTALEZAS (F)		
14 Especialidades Clínicas a disposición.	Alta	
Dotación de 185 camas en el área clínica para hospitalizar	A	
Estabilidad laboral	A	
Recursos económicos - Nivel de Liquidez.	A	
Talento Humano de alto nivel	A	
Resolución de problemas de alta complejidad	A	
Servicio de referencia nacional.	A	
Posición en el Mercado.		Media
Servicios de Apoyo con alta tecnología		M
Instalaciones apropiadas		M
DEBILIDADES (D)		
Falta de protocolos- guías de Manejo	Alta	
Falta de programa de costos y conocimiento de la Demanda.	A	
Asignación de recursos de con base a objetivos.	A	
Sistemas de controles internos y auditoría	A	
Estructura Organizativa Apropriada (flexible no Burocrática).	A	
Actualidad de equipos; y , software Administrativos.	A	
Uso de indicadores de productividad		Media
Motivación en los puntos críticos con el Afiliado		M
Atención al cliente y evaluación del servicio		M
Sistemas de compras e inventarios		M
VALORACION FACTOR EXTERNO		
OPORTUNIDADES (O)		
Ampliación de Cobertura por la nueva ley.	Alta	
Mayor nivel de Educación del usuario	A	
Vulnerabilidad de los competidores	A	
Auge de medicina ambulatoria	A	
Tendencias de la Morbilidad		Media
Mayor exigencia de los usuarios		M
Cambios del Habito de vida		M
Red de atención entre los Niveles de Complejidad.		Baja
Nivel de tecnología		B
Nuevos Sistema de Información Gerencial		B
AMENAZAS (A)		
Ingreso de nuevas organizaciones a nuestro Negocio	Alta	
Relación del servicio con la competencia	A	
Fortalecimiento del Municipio	A	
Tasa de desempleo	A	
Ley de la seguridad Social- Libre elección.	A	
Oferta de Servicios a a más bajo costo y mejor calidad	A	
ley de Mala Práctica Médica		Media
Aparición de nuevas patologías		M
Tendencia del crecimiento Poblacional		M
El Congreso		M

Elaborado: Mencías

Tabla 4-6.- Líneas Estratégicas del Área Clínica.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS DEL ÁREA CLÍNICA DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN

PLAN ESTRATEGICO AREA CLINICA	
ESTRATEGIAS FO	ESTRATEGIAS DO
Preparar al personal en patologías de nuevos usuarios.	Formar Gerentes de Salud,
Utilizar la Dotación de camas y Servicios de apoyo en su máxima capacidad.	Implementar programa de Costos y conocimiento de la Demanda.
Emplear capacidad de endeudamiento para mejorar el nivel tecnológico existente	Implementar Gerencia de procesos, involucrar al afiliado en la evaluación del servicio.
Aprovechar al máximo la capacidad instalada	Informar y rendir cuentas periódicamente a los afiliados, Involucrar al paciente en normas de prevención y mejor oportunidad de citas.
Ampliar y Dinamizar la Oferta de servicios Invertiendo en Tecnología aprovechando su capacidad de endeudamiento.	Contratar Software administrativos.
Incentivos de acuerdo a resultados	Implementar Intranet dentro del Hospital.
Aprovechar al máximo el talento humano y nivel de tecnología para solución de problemas de alta complejidad y mas prestaciones.	Reforzar la red entre los Niveles.
Satisfacer al paciente con atención personalizada y aplicando la red de servicios y niveles.	Rediseñar Flujo de producción de servicios.
Sacar el máximo provecho de la tecnología instalada	Capacitar al Personal - cursos de relaciones personales
Capacitar al personal a favor de las nuevas tendencias de la Morbilidad	Implementar Servicio Informático.
ESTRATEGIAS FA	ESTRATEGIAS DA
Diversificar la oferta aprovechando la posición en el mercado, la tecnología, el nivel de liquidez.	Costear actividades para competir con los Servicios de la competencia.
Hospital del día - Diversificar la Oferta- Capacitación continua. .	Organizar Costos en cada Servicio y Ofrecer Servicios a menor costo
Sacar máximo provecho de la tecnología instalada	Racionalizar Recursos y asegurar la calidad propia
Dinamizar la automatización de todos los servicios, y reorganizar al hospital de acuerdo a morbi- mortalidad.	Difundir en el personal Ley de Seguridad Social y consecuencias de la libre elección - Definir esquema de incentivos
Inversiones a largo Plazo Aprovechar la autonomía financiera para para robustecer los niveles de liquidez.	Redistribución de los ingresos con control de gasto, respaldados en la autogestión
Establecer programas de capacitación continua. Resaltando la Capacidad del talento humano para atraer Clientes.	Vigorizar la autonomía de gestión organizativa, respaldados en la constitución política
Emplear la capacidad de endeudamiento para mejorar el nivel tecnológico y resolver problemas de alta complejidad.	Contratar Software administrativos
Optimizar Servicio de Clínica. Y Publicitar a todos los niveles de atención médica.	Aplicar incentivos según resultados, Organizar los servicios como centros de producción
Publicitar Oferta de servicio, Crear paquetes - Marketing.	Capacitar al personal con Cursos de relaciones personales, y la ley de mala practica médica
Fortalecer el Departamento Jurídico en la Ley de Mala Práctica Médica	Canalizar especialización según la demanda clínica Organización de productos y prestaciones de acuerdo a la demanda

Elaborado: Mencías

4. 2. 2 OBJETIVOS DEL ÁREA CLÍNICA (ver Tabla 4 – 6).

- Implementar en los Servicio del Área Clínica Gerencia de Procesos.
- Fortalecer la contrarreferencia de las patologías crónicas a los dispensarios referentes.

- Crear y Aplicar normas, procedimientos y herramientas técnicas que posibiliten y garanticen el manejo autónomo administrativo y financiero de cada uno de los Servicio del Área Clínica.
- Desarrollar la participación del personal en los procesos de conducción, gestión y control de la provisión de los servicios de salud, estimulando la convicción del personal de salud,
- Evaluar y aplicar sistemas de Monitoreo que garanticen la calidad, efectividad, y equidad en la entrega de los servicios de salud.
- Proveer servicios integrales de salud con especial énfasis a los grupos vulnerables conforme la ley de Seguridad Social.

VISIÓN

Dentro de 5 años, El Area de Clínica contará con autonomía administrativa - económica eficaz, eficiente y transparente. Dispondrá de los recursos necesarios para garantizar la provisión de servicios integrales de salud efectivos, continuos y de calidad a la población afiliada y su familia. Contando con recurso humano calificado y competente, que atenderá con eficacia, eficiencia y transparencia.

MISIÓN

Ser un área de Clínica que garantice cobertura de servicios oportunos e integrales con equidad, calidad y calidez en corresponsabilidad con la comunidad, incluyendo a todos los sectores de apoyo y actores sociales para contribuir a lograr una mejor calidad de vida.

4.3 ORGANIZACIÓN

La **Organización** es la fase que tiende a adecuar los recursos previstos en la Planificación para conseguir los objetivos. Busca por un lado estructurar las

áreas del hospital creando órganos con funciones distintas, pero coordinados todos ellos entre sí para obtener como último fin el objetivo mencionado en la Planificación. Para ello, la organización establece primero la estructura, determina las relaciones, describe y califica puestos de trabajo, etc., en una palabra diseña el aspecto más estático de la organización, crea el organigrama.

El organigrama del Hospital Carlos Andrade Marín está referida en la RCI 056, detallada en el capítulo 3, donde se puntualizan los servicios y responsabilidades de cada uno de ellos.

La organización del Área Clínica en lo que respecta a la Consulta Externa cuenta con una dotación de 34 consultorios que están equipados con implementos médicos básicos de atención clínica, un Terminal informático, servicio de apoyo de una auxiliar de enfermería que trabaja con un horario de 8 a.m. a 16 p.m. etc., esto permite utilizar los consultorios durante las 8 horas. Independientemente los consultorios pueden ser ocupados por los diferentes servicios gracias a que el personal auxiliar de Enfermería de un área clínica está plenamente capacitado para atender el ambulatorio de cualquier servicio independientemente de cualquier especialidad.

La Provisión de salud debe organizarse en redes de servicios estructurada en 3 niveles y vinculados entre sí por medio del sistema de referencia y contrarreferencia, en donde al primer nivel de atención le compete la provisión de servicios básicos a nivel de hogar, comunidad y servicios básicos ambulatorios de Salud; al segundo nivel le compete la provisión de servicios ambulatorios y hospitalarios de las cuatro áreas básicas y algunas de sus subespecialidades de conformidad con el volumen y naturaleza de su población. Al tercer nivel, Hospital Carlos Andrade Marín, le compete la provisión de servicios especializados, de alta complejidad y de referencia nacional. El modelo aprovecha en cada nivel la capacidad instalada disponible.

El número de consultorios del Área Clínica es suficiente para cubrir la demanda, en caso de necesidad es posible ampliar el horario, tomando en cuenta que el servicio de auxiliares trabaja 8 horas día.

4.4 GESTIÓN

La gestión es un puente entra la economía y la medicina. La gestión desempeña este papel de puente porque requiere conocimientos teóricos de ambas disciplinas, pues para ser un buen gestor hay que conocer la clínica y racionalizar el uso de recursos siempre escasos.

La reforma de salud debe contemplar: la **política sanitaria**, que implica que la escasez de recursos no puede remediarse con una buena gestión, y **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 sobreadministrados y subgestionados. Su futuro depende de múltiples factores, la mayoría de veces externos al campo sanitario. Pero una mejor gestión de políticas, instituciones y pacientes será una magnífica herramienta para gestionar nuestro futuro.

Por ello todo modelo del futuro hospital deberá esforzarse para potenciar el protagonismo de los profesionales y motivarlos para que se corresponsabilicen en la gestión del centro y en el uso eficiente de los recursos sanitarios, a través de iniciativas tales como “Manejo Clínico”.

La Gestión Clínica consiste en un proceso de rediseño organizativo que tiene el objetivo de involucrar al personal sanitario (especialmente los médicos) en la gestión de los recursos utilizados en su practica clínica para mejorar la eficacia de sus productos asistenciales de coordinación y apoyo, eliminando las actividades que no sean “generadoras de valor”. (Ver ilustración 4-2).

Dotar a los médicos de autonomía de gestión con la correspondiente responsabilidad sobre los resultados conseguidos y exige, por tanto disponer de la información adecuada en términos relevantes en su proceso de toma de decisiones clínicas. Exige también incorporar un sistema de medida del producto hospitalario en términos médicos.

En el hospital el producto es intangible pudiendo afirmarse que, estrictamente un hospital genera tantos productos como pacientes trata.

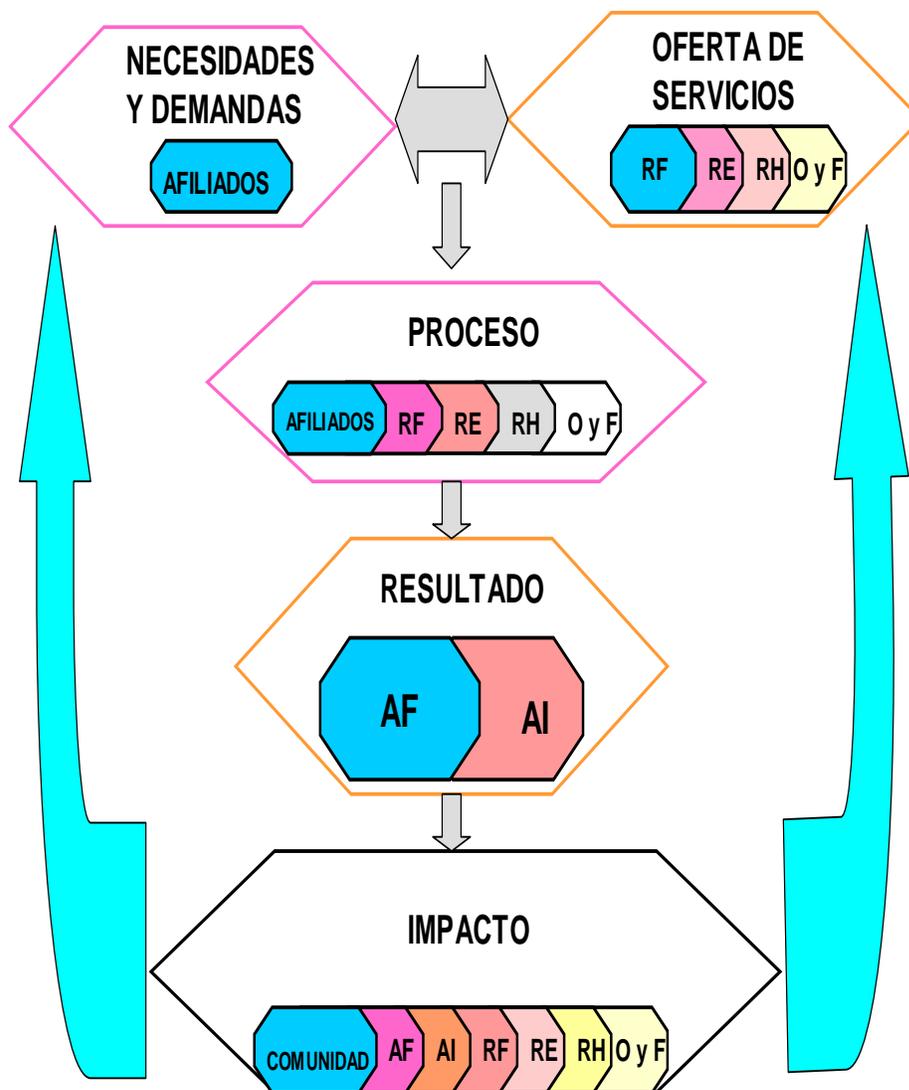
La gestión por procesos es una forma de gestionar los sistemas de toda la Organización en base a procesos. Se entiende esto como una secuencia de procedimientos orientados a convertir la estructura, los recursos, insumos y necesidades de los usuarios (entrada), en productos y servicios (salida) con un valor agregado que satisfaga los requerimientos del usuario.

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

En el modelo de Gestión que se propone para el Área Clínica del Hospital, están

- a.- necesidades y demanda
- b.- Oferta
- c.- Proceso
- d.- Resultado y
- e.- Impacto.

Ilustración 4-2.- Variables del Modelo de Gestión



O y F: Organización y Funcionamiento

RH: Recursos Humanos

RF: Recurso Físico

RE: Recurso Económico

AI: Actividades Intermedias

AF: Actividades Finales

Fuente: Malagón, Op. cit., pp: 552

4.4.1 GESTIÓN DE CONSULTA EXTERNA.

Tabla 4 -7.- Oferta de Consulta Externa Área Clínica.

OFERTA DE CONSULTA EXTERNA DEL AREA CLINICA HCAM					
	No. de Médicos	Horas x mes	Horas de Consulta x año	No.Pctes a ser atendidos x año (4 x hora)	No. Pctes a ser atendidos x año (6 x hora)
- DERMATOLOGIA	3	192	2112	8448	12672
- ENDOCRINOLOGIA	6	260	2860	11440	17160
- HEMATOLOGIA	5	194	2134	8536	12804
- CARDIOLOGIA	6	195	2145	8580	12870
- GASTROENTEROLOGIA	5	196	2156	8624	12936
- MEDICINA INTERNA	12	714	7854	31416	47124
- NEFROLOGIA	6	184	2024	8096	12144
- NEUMOLOGIA	5	158	1738	6952	10428
- NEUROLOGIA	8	296	3256	13024	19536
- PSIQUIATRIA	5	174	1914	7656	11484
- ONCOLOGIA	9	333	3663	14652	21978
REUMATOLOGIA	2	144	1584	6336	9504
INMUNOLOGÍA	1	36	396	1584	2376
TOTAL			33836	135344	203016

En el año 2003 se ofertaron 33.836 horas para consulta externa en el Área Clínica, se deben haber atendido 135.344 consultas en el año en mención y si tomamos en cuenta que se realizaron solo 103.870, (tabla 3-17 del capítulo 3) consultas existió un déficit de 31.474 que corresponde a un faltante de 25% lo que significa se realizo solo 3 pacientes por hora.

La Encuesta de condiciones de Vida establece que de la población enferma es de aproximadamente 203.666 un 49% de esta no recibe atención y un 51% si recibió, El número de consultas realizadas fue 103.870 (51%) y 99.796 (49%) es el número de consultas que se debe incrementar para disminuir la brecha oferta - demanda.

Al realizar 4 pacientes por hora la población atendida sube a 135.344 con lo que disminuiríamos un 25% la brecha.

Si se realiza 6 pacientes por hora el número de consultas esperadas es de 203.016 con lo que se cubriría la demanda existente. Cabe mencionar que no esta contemplado el número de nuevos usuarios que demanda la nueva ley.

Es importante recordar que debemos incrementar primeras consultas y disminuir las consultas subsecuentes con lo que la demanda será ampliamente cubierta. El número de consultas subsecuentes es de 4,2. por año cifra que debe ser regulada en base a normas y protocolos que son detallados más adelante

Los jefes de servicio deben puntualizar modificaciones al respecto en caso de Ambulatorios especiales que requieran agenda y horario especial

Implementar “CONSULTA DEL DIA DE ESPECIALIDAD” realizada por los médicos residentes II y III de cada uno de los servicios para atender los pacientes que fueron referidos del servicio de emergencia, o con carácter de emergencia desde las diferentes unidades. El paciente recibiría atención dentro de las 48 horas hábiles subsiguientes a la solicitud, el número máximo de esta consulta es de 8 pacientes día.

Es evidente que los pacientes son tratados de forma tan diversa pese a que tienen el mismo diagnóstico; también es real que hay pacientes y no enfermedades, pese a esto es recomendado que exista un patrón que pueda guiar las conductas de manejo de las diferentes patologías; la misma que facilita aumentar la producción, calidad de la atención a nuestros afiliados.

4.4.2 GESTIÓN DE HOSPITALIZACIÓN

En Hospitalización es posible establecer un gradiente entre dos extremos el uno la hospitalización de larga estancia y en el otro la **HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA**. La primera siempre ha estado presente en la atención hospitalaria, que debe ir y ha ido modificando de acuerdo a al avance en el desarrollo tecnológico y los tratamientos más eficaces.

Las innovaciones terapéuticas y el aumento en el costo presionan al hospital hacia los pacientes agudos y de esta manera obligan a desarrollar alternativas para pacientes de periodos hospitalarios largos, donde la atención requerida no es de alta complejidad más bien es de enfermería. Este fenómeno irá cobrando

importancia en la creación de un hospital de segundo nivel paralela a nuestra unidad, a medida que las poblaciones envejecen y se vaya mejorando la capacidad de respuesta social a las necesidades de los adultos mayores.

La hospitalización domiciliar cobra un importante aporte en el desarrollo en los hospitales de alto nivel de ingreso como el área clínica del Hospital Carlos Andrade Marín. En esta modalidad debe implementarse como una alternativa especialmente programas de cuidados paliativos, tratamientos del dolor en pacientes terminales, y todas aquellas necesidades del adulto mayor.

A nivel de Hospitalización el Área Clínica dispone de 185 camas repartidas en 12 servicios. La producción de hospitalización en el área clínica es de 5000 pacientes al año en promedio. En el servicio de Emergencias hay 5 pacientes que esperan ser ingresados por cada servicio y 1 por consulta externa en la misma condición, determinando una demanda insatisfecha de 730 pacientes corresponde al 15%. Se plantea disminuir el promedio de días estada. Para alcanzar reducir los días estada es primordial, realizar protocolos de atención basados en criterios citados a continuación:⁷² (ver tabla 4-8).

- *Criterio de Frecuencia:* Aquellas patologías 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.

⁷² Proserpi J. Guía para el desarrollo de los protocolos de Tratamiento. Basado en la información proporcionada en Clases de Postgrado de Gerencia en Salud de la EPN. 2002.

- *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: 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.

El modelo presenta varios escenarios utilizando el Winsig. Se observa que el Hospital Carlos Andrade Marín tiene un promedio de días estada de 7.0 días.

El Modelo "C" muestra que si reduce el promedio días estada a 6 días lograría un oferta de camas de 48.816. En el modelo "B" la reducción a 5 días oferta 64.826 camas y el Modelo "A" reduce a 4 días el promedio logrando una oferta de 101.292 camas. Si se aplica protocolos y se aprovecha la capacidad instalada al máximo disminuirá los días estada.

Los servicios de Apoyo juegan un papel importante para lograr este objetivo. Para lo cual debe haber un programa de mantenimiento de la capacidad instalada y una renovación cíclica de de equipo. Aprovechando la capacidad de endeudamiento dotar al hospital de una renovación completa de la tecnología.

Tabla 4-8.- Producción Propuesta Hospitalización del Área Clínica

HOSPITAL HCAM SERVICIOS DEL AREA CLINICA									
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.MEDICINA INT.	84	2.688	51,61	7,00	384	4,00	100,00	30.660	7.665
HOSP. CARDIOLOGIA	150	4.224	45,42	7,04	600	4,00	100,00	54.750	13.688
HOSP. ENDOCRINOLOGIA	24	1.332	89,52	6,94	192	4,00	100,00	8.760	2.190
HOSP. GASTROENTEROLO	66	5.052	123,46	7,14	708	4,00	100,00	24.090	6.023
HOSP. HEMATOLOGIA	54	2.688	80,29	7,00	384	4,00	100,00	19.710	4.928
HOSP. INFECTOLOGIA	84	1.884	36,18	7,14	264	4,00	100,00	30.660	7.665
HOSP. NEFROLOGIA	114	3.348	47,37	7,15	468	4,00	100,00	41.610	10.403
HOSP. NEUMOLOGIA	174	6.072	56,28	7,13	852	4,00	100,00	63.510	15.878
HOSP. NEUROLOGIA	90	1.980	35,48	7,17	276	4,00	100,00	32.850	8.213
HOSP. ONCOLOGIA	78	2.700	55,83	7,03	384	4,00	100,00	28.470	7.118
HOSP. PSIQUIATRIA	174	2.928	27,14	7,18	408	4,00	100,00	63.510	15.878
HOSP. DERMATOLOGIA	18	348	31,18	7,25	48	4,00	100,00	6.570	1.643
TOTAL	1.110	35.244	680	7	4.968	4,00	100,00	405.150	101.292
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.MEDICINA INT.	84	2.688	51,61	7,00	384	5,00	80,00	24.528	4.906
HOSP. CARDIOLOGIA	150	4.224	45,42	7,04	600	5,00	80,00	43.800	8.760
HOSP. ENDOCRINOLOGIA	24	1.332	89,52	6,94	192	5,00	80,00	7.008	1.402
HOSP. GASTROENTEROLO	66	5.052	123,46	7,14	708	5,00	80,00	19.272	3.854
HOSP. HEMATOLOGIA	54	2.688	80,29	7,00	384	5,00	80,00	15.768	3.154
HOSP. INFECTOLOGIA	84	1.884	36,18	7,14	264	5,00	80,00	24.528	4.906
HOSP. NEFROLOGIA	114	3.348	47,37	7,15	468	5,00	80,00	33.288	6.658
HOSP. NEUMOLOGIA	174	6.072	56,28	7,13	852	5,00	80,00	50.808	10.162
HOSP. NEUROLOGIA	90	1.980	35,48	7,17	276	5,00	80,00	26.280	5.256
HOSP. ONCOLOGIA	78	2.700	55,83	7,03	384	5,00	80,00	22.776	4.555
HOSP. PSIQUIATRIA	174	2.928	27,14	7,18	408	5,00	80,00	50.808	10.162
HOSP. DERMATOLOGIA	18	348	31,18	7,25	48	5,00	80,00	5.256	1.051
Total	1.110	35.244	680	7	4.968	5,00	80,00	324.120	64.826
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.MEDICINA INT.	84	2.688	51,61	7,00	384	6,00	60,00	18.396	3.679
HOSP. CARDIOLOGIA	150	4.224	45,42	7,04	600	6,00	60,00	32.850	6.570
HOSP. ENDOCRINOLOGIA	24	1.332	89,52	6,94	192	6,00	60,00	5.256	1.051
HOSP. GASTROENTEROLO	66	5.052	123,46	7,14	708	6,00	60,00	14.454	2.891
HOSP. HEMATOLOGIA	54	2.688	80,29	7,00	384	6,00	60,00	11.826	2.365
HOSP. INFECTOLOGIA	84	1.884	36,18	7,14	264	6,00	60,00	18.396	3.679
HOSP. NEFROLOGIA	114	3.348	47,37	7,15	468	6,00	60,00	24.966	4.993
HOSP. NEUMOLOGIA	174	6.072	56,28	7,13	852	6,00	60,00	38.106	7.621
HOSP. NEUROLOGIA	90	1.980	35,48	7,17	276	6,00	60,00	19.710	3.942
HOSP. ONCOLOGIA	78	2.700	55,83	7,03	384	6,00	60,00	17.082	3.416
HOSP. PSIQUIATRIA	174	2.928	27,14	7,18	408	6,00	60,00	38.106	7.621
HOSP. DERMATOLOGIA	18	348	31,18	7,25	48	6,00	60,00	3.942	788
Total	1.110	35.244	680	7	4.968	5,00	60,00	243.090	48.616

Elaborado: Mencías.

4.4.3 GESTIÓN DEL RECURSO HUMANO

El reto actual que afrontan los gerentes es administrar los valores y capacidades de las personas y adatarlos a las exigencias de la demanda en un clima organizativo favorable; que en el caso del hospital esta gestión debe responder a una visión de servicios orientados a interactuar con el usuario en la medida de lo posible.

La Gestión del Recurso Humano constituye el conjunto de principios, normas, procesos y procedimientos para dotar, desarrollar, promover la permanencia y evaluar, en forma eficaz y eficiente, los recursos humanos del IESS.

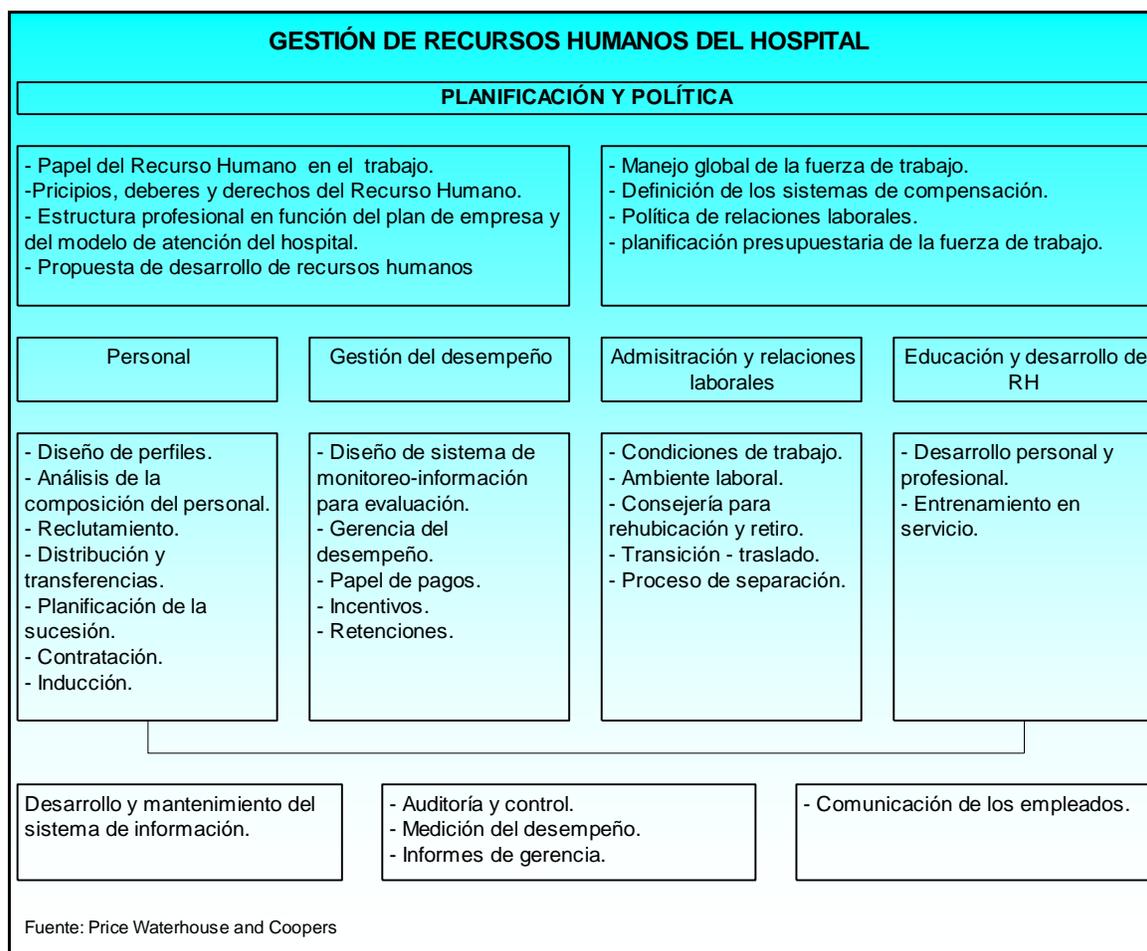
Propósito de la gestión del R.H. es dotar al Sistema Básico de Salud Integral del recurso humano adecuado para atender sus necesidades y garantizar su administración eficiente y eficaz.

En el capítulo 3 se comentó la ausencia de gestión de recurso Humano por lo que a continuación se cita un modelo de gestión del mismo.

La Gestión de los Recursos Humanos está integrada por los elementos que constan en el Tabla 4.9 en el que se ofrece una visión general de la multiplicidad de aspectos que se deben abordar en un hospital. La Gestión exige la aplicación de conocimientos, técnicas e instrumentos y su aplicación abarca los campos de la Planificación y la política, la definición y mantenimiento contingente del recurso humano, 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 del trabajo.

Tabla 4-9.- Gestión del Recurso Humano

Cuadro 4.9 Gestión del Recurso Humano



FUNCIONES GENERALES:

- Velar por el mantenimiento de un ambiente laboral satisfactorio, que motive e induzca al personal a desarrollar sus funciones con eficiencia, productividad y a que generen una actitud de identificación con el IESS.

- Proponer y coordinar un programa permanente de evaluación del desempeño que garantice que el recurso humano desarrolle sus funciones con calidad y cumpla con los objetivos de su puesto de trabajo.
- Plantear propuestas y desarrollar programas de incentivos y planes de carrera institucional, que permitan conservar y motivar al personal calificado.
- Realizar programas que propicien un ambiente de trabajo que brinde las condiciones adecuadas de seguridad e higiene laboral.
- Proponer los procedimientos disciplinarios en virtud de faltas cometidas por el personal administrativo y ejecutar las sanciones y suspensiones.
- Prevenir o solucionar los conflictos de carácter individual o colectivo.
- Participar, por delegación, en la negociación con el personal, de nuevas condiciones de trabajo.
- Participar en el diseño de los planes y programas estratégicos para la dotación, administración, desarrollo y bienestar laboral efectivo del personal del HCAM.
- Plantear propuestas de normativa y velar porque el HCAM cuente con el Recurso Humano óptimo en calidad y cantidad.
- Realizar, el reclutamiento y selección de personal del HCAM.
- Proponer políticas y normas de administración de personal que favorezcan la correcta administración de los recursos humanos y su buen desempeño, velando por su efectiva aplicación.

- Realizar un diagnóstico permanente de las necesidades de capacitación institucional.
- Administrar y mantener actualizado el registro del personal del HCAM y administrar la nómina correspondiente.
- Proponer y administrar un sistema técnico de compensaciones que sea efectivo, justo y equitativo, en relación con el cargo desempeñado y que permita, a su vez, conservar al personal calificado dentro del HCAM.

4.4.4 GESTIÓN DEL RECURSO FINANCIERO

Gestión del Recurso financiero es el conjunto de principios, normas, procesos y procedimientos que regulan la administración de los recursos financieros del HCAM

Garantizará que la administración de los recursos financieros del HCAM. sea eficiente, oportuna y transparente.

FUNCIONES GENERALES DEL SISTEMA

- Participar en la elaboración de la política presupuestaria, integrar y presentar el proyecto del Presupuesto de Ingresos y Egresos del HCAM.
- Realizar la formulación, modificación, ejecución, seguimiento y control de la gestión presupuestaria del HCAM.
- Proponer y vigilar el cumplimiento de las normas y principios contables a emplear en el Sistema de Administración Financiera Integrada del Ministerio de Salud Pública Asistencia Social.

- Realizar el registro sistemático de las transacciones del HCAM. con efectos presupuestarios, patrimoniales y financieros, en un sistema común, oportuno y confiable que exprese, en términos monetarios, el destino y fuente de los gastos y recursos.
- Generar estados financieros, reportes de ejecución presupuestaria e información relevante y útil para determinar en qué se utilizan los recursos que se reciben, cuáles son los costos de los servicios que se prestan a la sociedad y para la toma de decisiones a los distintos niveles del HCAM.
- Presentar la información contable y la respectiva documentación de apoyo en forma transparente y ordenada, para facilitar el ejercicio de las tareas de control interno y externo.
- Controlar los flujos de fondos y la liquidez financiera del HCAM, programando adecuadamente el flujo efectivo de ingresos y los pagos, con el propósito de coadyuvar al eficiente y eficaz cumplimiento de las actividades, programas y proyectos del Ministerio de Salud.
- Realizar los pagos de las obligaciones contraídas por el HCAM.
- Establecer y aplicar permanentemente un sistema de control interno confiable, que garantice el uso de los fondos, donados y otras fuentes del HCAM.
- Proveer a la Gerencia, Comité de Gestión y Comité de Consulta Social del HCAM; información financiera en tiempo oportuno para la toma de decisiones Gerenciales.
- Elaborar las liquidaciones presupuestarias y contables al finalizar el ejercicio fiscal y presentarlas según corresponda.

4.4.5 GESTIÓN DE MANTENIMIENTO

La gestión de Mantenimiento es el conjunto de procesos y procedimientos establecidos para prever, coordinar, brindar y controlar servicios técnicos para la conservación y mantenimiento de la infraestructura, bienes y equipo de los establecimientos, que garanticen su adecuado funcionamiento.

Tendrá como propósito garantizar en forma permanente el buen funcionamiento de los recursos materiales y tecnológicos que se requieren para la adecuada prestación de servicios y funcionamiento del IESS, de acuerdo a la aplicación oportuna y eficaz de las normas técnicas.

Funciones generales del sistema:

- Elaboración de los diferentes planes operativos (presupuesto, programas de compra de bienes y contratación de servicios, programa de mantenimiento preventivo y correctivo, programa de capacitaciones) para la provisión de servicios técnicos de conservación y mantenimiento a los establecimientos, en base a sus necesidades.
- Determinación de las necesidades y asistencia en el trámite de compra de bienes y contratación de servicios para la conservación y mantenimiento de los establecimientos.
- Ejecución y verificación del cumplimiento de los Planes Operativos.
- Dar seguimiento al proceso de compra y contratación de servicios.

- Asegurar la aplicación y cumplimiento de las diferentes normas técnicas emitidas por el ente rector para la conservación y mantenimiento de la infraestructura, bienes y equipo de los establecimientos de salud.

CAPITULO 5

MODELO DE IMPLEMENTACIÓN

5.1. INTRODUCCIÓN.

La década de los noventa se conoce como la década de las reformas estructurales, tomando en cuenta que las nuevas modalidades de organización y de gestión permitan dar una respuesta satisfactoria a las demandas de la población.

El hospital es una empresa social por cuanto sus acciones se orientan al cumplimiento de objetivos fijados en las políticas públicas de salud de un país.

Las organizaciones ya no necesitan ser autosuficientes, ya no se conciben organizaciones de salud que para alcanzar sus fines, no se articulen en redes internas y externas.

Para el adecuado logro de los objetivos de las organizaciones se requiere mayor autonomía, todo esto basado en un modelo gerencial que incluya procesos intentando adaptar el hospital a los efectos de los cambios.

Los servicios clínicos fueron desarrollándose, incorporando procedimientos diagnósticos y terapéuticos, lo que a su vez se fue expresando en estructuras departamentales que incorporaron a los organigramas de los hospitales cada uno de estos departamentos, pasaron a constituirse en unidades especializadas indeterminadas tareas; este desarrollo fue originando compartimentos, estancos con poca capacidad para relacionarse con otras unidades estructurales.

En el capítulo 3 de presente trabajo se realiza el diagnóstico del Área clínica del Hospital CAM, respaldados en los informes estadísticos de los últimos 5 años, así como un trabajo de campo Aplicación de Manual de Calidad tanto en el hospital CAM, como el Área Clínica.

El Modelo de atención que se ha analizado ampliamente en el capítulo 4, nos orienta sobre el modo en que determinada sociedad organiza sus recursos, para poder responder a las necesidades de salud de la población.

El área Clínica objeto del análisis, ha ido cambiando, entre otros factores. Se ha ido consolidando una tendencia a la atención ambulatoria de los problemas de salud, así como alternativas de tratamiento hospitalario en escenarios distintos como Hospital del Día, hospitalización en el Domicilio, Consulta especialidad del Día,

En base a los resultados obtenidos por la presente investigación, se llega a la conclusión de que es imprescindible realizar un modelo gerencial que permita que el área Clínica del Hospital Carlos Andrade Marín se transforme en una verdadera empresa social, que brinde productos y/o servicios con eficiencia, eficacia y calidad, a los costos más bajos, pero, brindando la sustentabilidad y sostenibilidad institucional con un enfoque tanto al cliente interno como al externo, logrando de esta manera un posicionamiento ciudadano de importancia.

5.2 ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN

- Vigorizar la autonomía de Gestión Organizativa del Área Clínica del HCAM. Respaldaos en la Resolución de la Comisión Interventora 056, que convierta al área clínica sea un servicio óptimo en prestación de servicios entro de la red.
- Solucionar el conflicto generado por R.C.I. 056 al que se ven sometidos los médicos del área clínica reportar su trabajo a dos o tres subgerencias a la vez. Priorizando las actividades en base a Oferta - Demanda.
- La Autonomía Financiera adquirida gracias a la Descentralización otorgada por la nueva ley del IESS para proveer y dotar al área clínica de sus requerimientos oportunamente.
- Aprovechar la autonomía de gestión – económica para mejorar el nivel tecnológico encaminado a ser competitivos y atractivos para la Aseguradora IESS.
- Agilizar el proceso de adquisiciones en base a rendimiento y rentabilidad.
- Implementar el programa de costeo de las prestaciones para competir, ampliar la oferta, y trabajar en base a la demanda.

- Informatizar la unidad en su totalidad para sacar el máximo provecho de la tecnología instalada en consulta externa y hospitalización. De manera que provea, costos de servicios, resultados de los servicios, monitoreo y evaluación de los mismos.
- Establecer un plan de Marketing que resalte la oferta del Hospital, tanto en servicios resaltando situación geográfica, capacidad del Talento humano, tecnología instalada. Dando prioridad a la creación del departamento de Marketing.
- Capacitación continua al personal del área clínica para brindar atención personalizada. Así como sobre las nuevas tendencias de enfermedades.
- Definir los esquemas de incentivos a los mejores empleados, calificados en base a los cursos de capacitación, asistencia a cursos, cumplimiento de las disposiciones internas.
- Crear **hospital del día, hospitalización en el domicilio**, como un servicio estructurado con normas y reglas para su funcionamiento, en la que se incorporen los servicios que requieran de esta modalidad de atención.
- Introducir Gerencia de Procesos en el área Clínica del Hospital Carlos Andrade Marín ajustado a sanear la brecha de Oferta – Demanda.
Ejemplo:
Macro procesos de Gestión y apoyo Consulta Externa del servicio de Endoscopia Digestiva Alta.
- Priorizar costeo de servicios que nos permita tener un valor real del servicio, y de esta manera competir con otras unidades, para ser los elegidos por la Aseguradora del IESS, así como venta de servicios a particulares.
- Crear un sistema de Información gerencial contratando Software que provea la información necesaria que cumpla con las expectativas de la misión y visión del hospital. Además Intranet que mantenga una adecuada comunicación interna entre los servicios.

- Mejorar la práctica clínica que afecte positivamente los principales indicadores de gestión.
- Fundar Comités de Protocolos de los diferentes servicios basados en la Morbi- mortalidad que mediante procesos acorte estancia hospitalaria, par racionalizar recursos asegurando la calidad del servicio.
- Garantizar asignación de Recursos en base a objetivos que permita un adecuado manejo de los ingresos, y rentabilidad.
- Involucrar a los afiliados en los problemas generados por los servicios prestados para lograr un Contraloría social.

El empleo de Cadena del valor aplicado en un área del área clínica observamos en los MACROPROCESOS DE GESTIÓN Y APOYO.

EMPRESA: HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN.
 MACROPROCESOS DE GESTION Y APOYO

OBJETIVO: DIRIGIR LA CONSULTA EXTERNA HACIA LA DETECCIÓN OPORTUNA DEL CANCER DEL TUBO DIGESTIVO.

- J GESTION FINANCIERA: Administrar activos fijos y de caja**
- I DESARROLLO DE LA CONSULTA EXTERNA GASTROENTEROLOGA: Planificación estratégica e implementación de calidad.**
- H TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN: Provisión de información externa e interna**
- G GESTION DEL TALENTO HUMANO: Desarrollo y selección de activo intangible**
- F APOYO LOGISTICO DEL SERVICIO: Planificación, adquisición - mantenimiento de equipos e insumos.**



DESCRIPCIÓN DEL ÁREA:

<i>FECHA DE EMISIÓN:</i>	<i>FECHA PRÓXIMA REVISIÓN:</i>	<i>CÓDIGO:</i>	PÁGINA 2
--------------------------	--------------------------------	----------------	-----------------

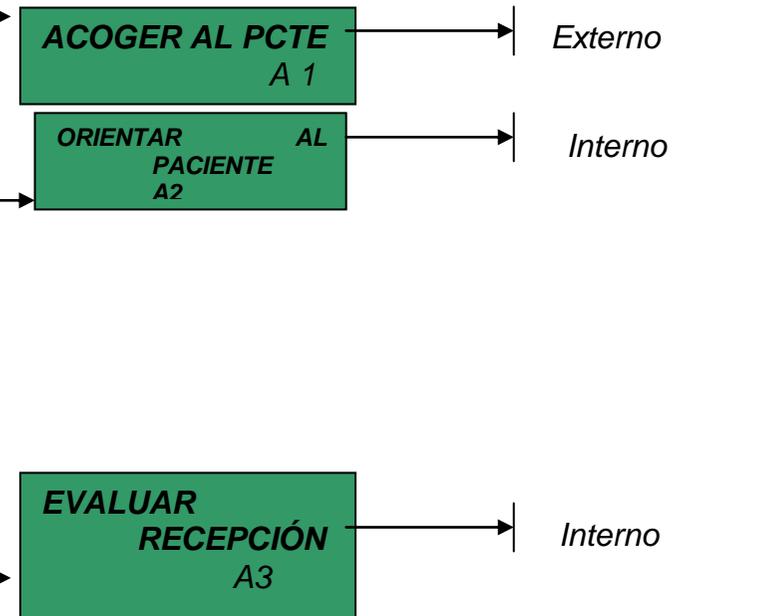


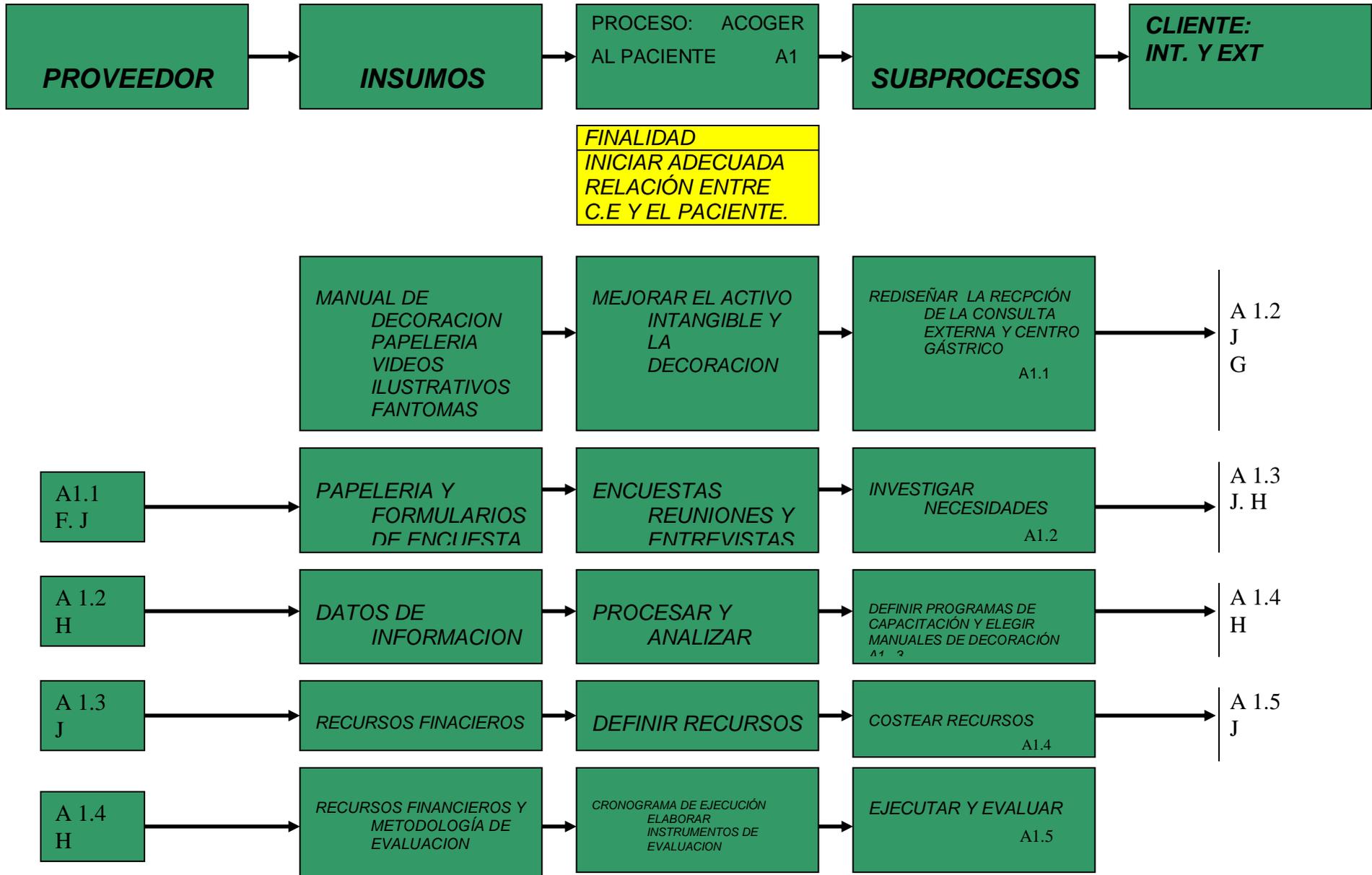
FINALIDAD
Atender al paciente en forma puntual, adecuada, igualitaria, rápida, ahorrando procedimientos y demostrando cordialidad

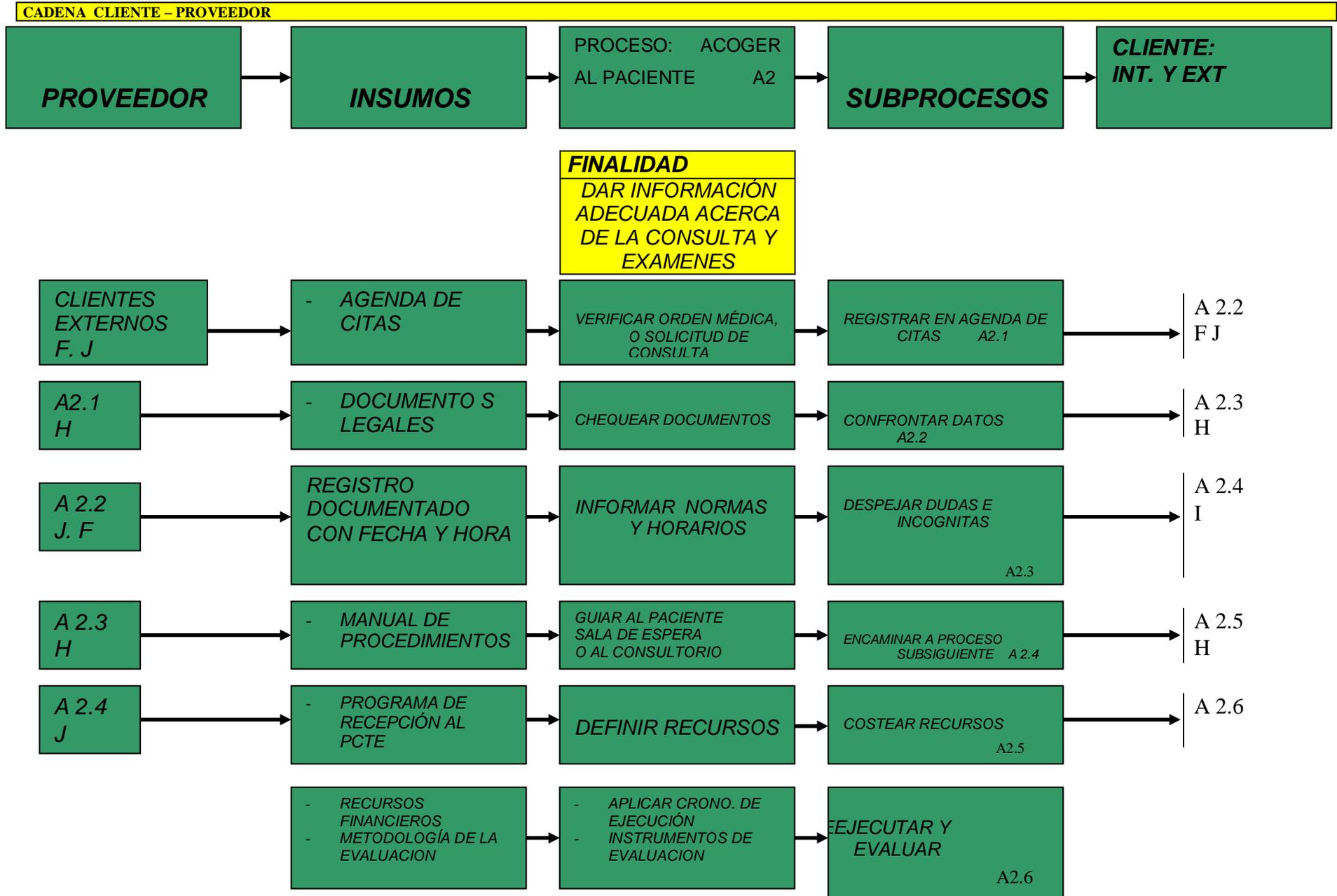
PERSONAS
Médicos tratantes, Residentes, Postgradistas, y personal paramédico.

EQUIPOS

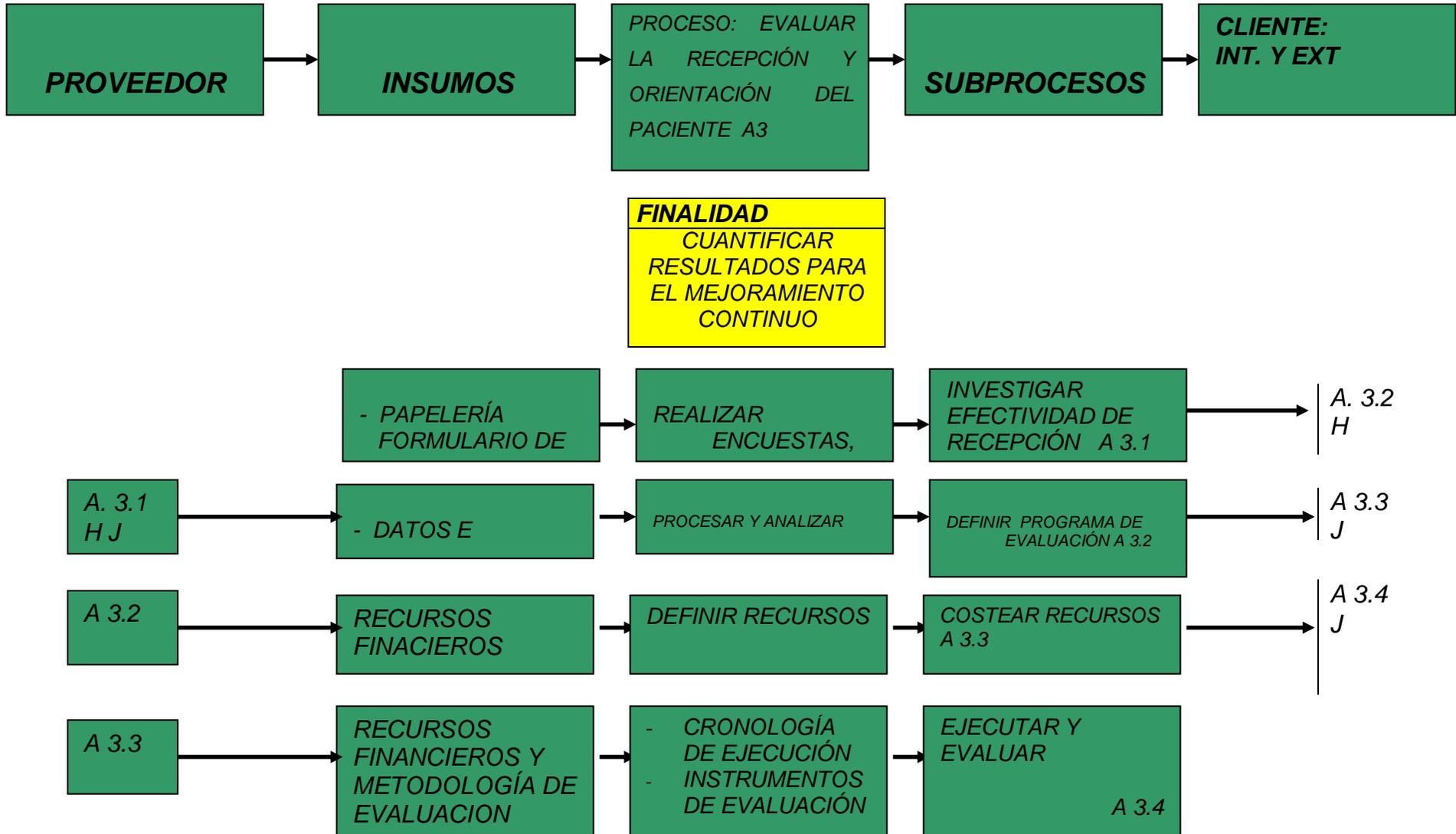
- 2 computadoras, 2 teléfonos, fax, intercomunicador, TV, VHS, proyector, 1 surtidor de bebidas y snack
- Muebles







CADENA CLIENTE – PROVEEDOR



MACROPROCESO RECEPCIÓN Y ORIENTACIÓN DEL PACIENTE

<p align="center">ACOGER AL PACIENTE</p> <p align="center">A1</p>	<p align="center">ORIENTAR AL PACIENTE</p> <p align="center">A 2</p>	<p align="center">EVALUAR LA RECEPCIÓN Y ORIENTACIÓN DEL PACIENTE</p> <p align="center">A3</p>
<p>A1-1 Rediseñar la recepción de la consulta externa y centro gástrico</p> <p>A-1-2 Investigar necesidades.</p> <p>A-1-3 Definir programas de capacitación y elegir manuales de decoración.</p> <p>A-1-4 Costear Recursos.</p> <p>A-1-5 Ejecuta y Evaluar</p>	<p>A-2-1 Registrar en agenda de Citas.</p> <p>A-2-2 Confrontar datos.</p> <p>A-2-3 Despejar dudas e incógnitas.</p> <p>A-2-4 Encaminar a procesos subsiguientes.</p> <p>A-2-5 Costear Recursos.</p> <p>A-2-6 Ejecutar y Evaluar.</p>	<p>A-3-1 Investigar Efectividad de Recepción.</p> <p>A-3-2 Definir Programas de Evaluación.</p> <p>A-3-3 Costear Recursos.</p> <p>A-3-4 Ejecutar y Evaluar.</p>

FECHA DE EMISIÓN: _____ **FECHA PRÓXIMA REVISIÓN:** _____ **PÁG:** _____
CÓDIGO: _____

ÁREA: REALIZAR PROCEDIMIENTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

VALIDAD
 MEJORAR ÍNDICES DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CANCER DE TUBO DIGESTIVO, ADEMAS OPTIMIZAR PROCEDIMIENTOS DE INVESTIGACIÓN Y DIAGNOSTICOS DE LAS ENFERMEDADES NO NEOPLÁSICAS BAJO ESTRICTO CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS ÉTICAS QUE RIGE AL HCAM.

PERSONAS
 Gastroenterólogos endoscopistas, PERSONAL médico y paramédico.

EQUIPOS
 4 TORRES DE VIDEO ENDOSCOPIÁ
 2 TUBOS DE RAYOS X DE ARCO EN C
 2 FLUOROSCOPOS
 2 TENSIOMETRO, FONENDOSCOPIO,
 2 ECOGRAFOS 2 MICROSCOPIOS 1 NEGATOSCOPIO.

PROCESOS

ADMITIR EN SALA DE EXAMENES Y/ O CONSULTA. COMENTAR SOBRE EL MISMO. B1

REALIZAR PROCEDIMIENTOS B2

POST PROCEDIMIENTO B3

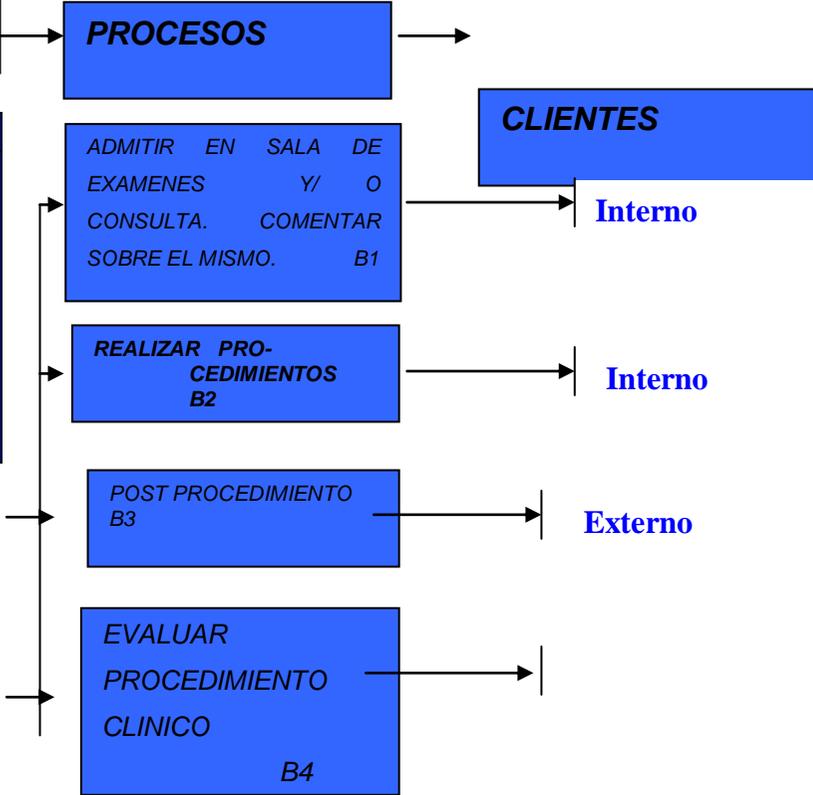
EVALUAR PROCEDIMIENTO CLINICO B4

CLIENTES

Interno

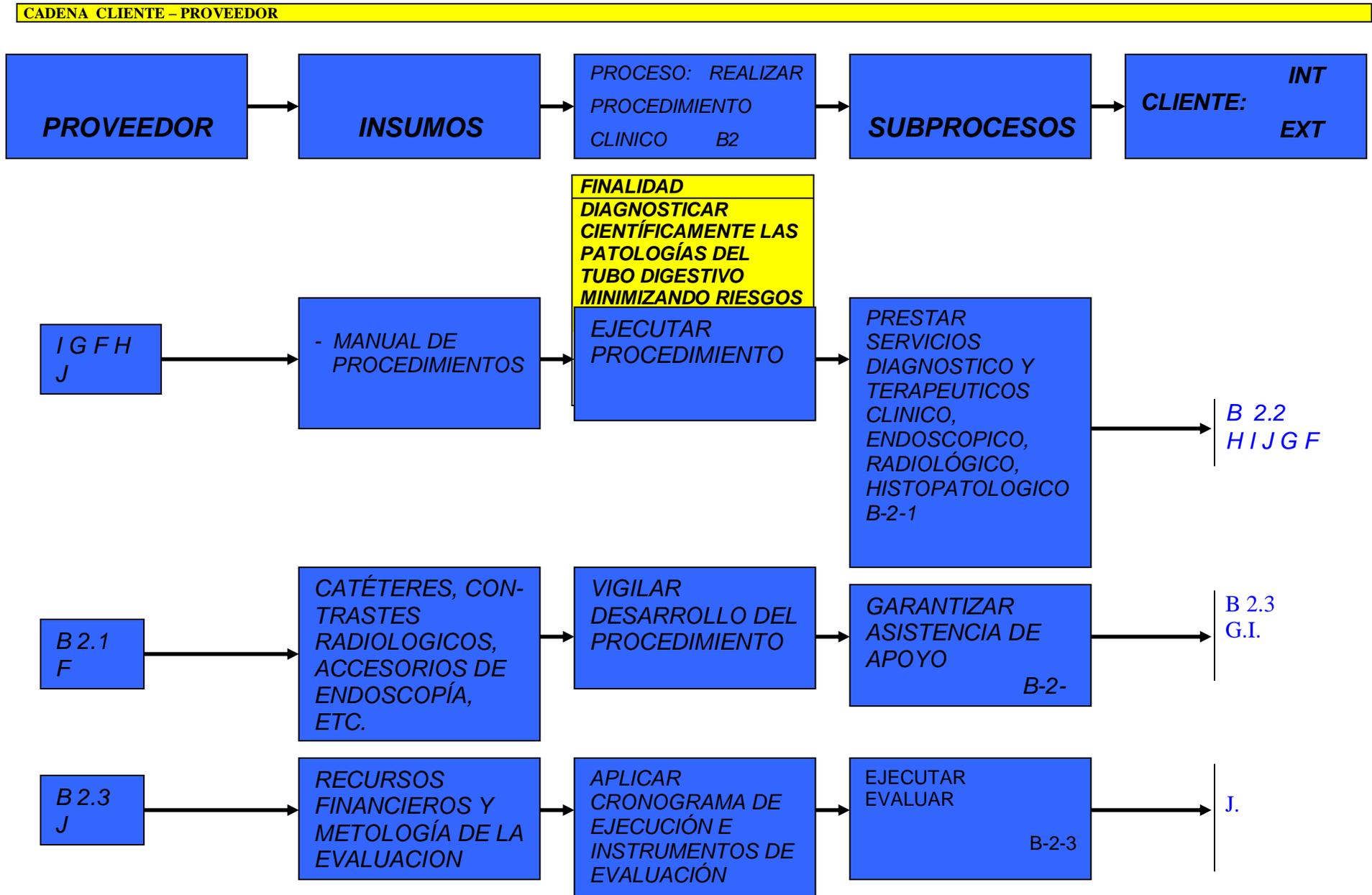
Interno

Externo

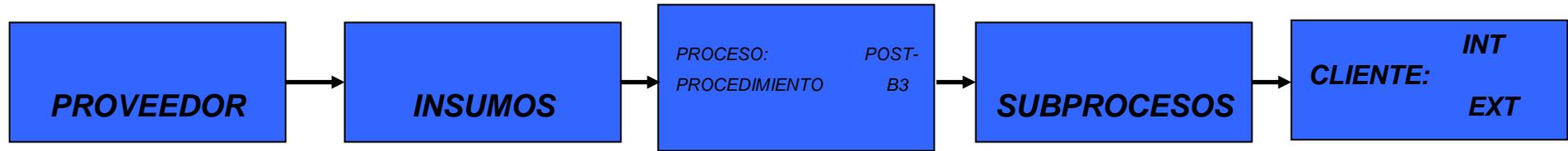


CADENA CLIENTE – PROVEEDOR

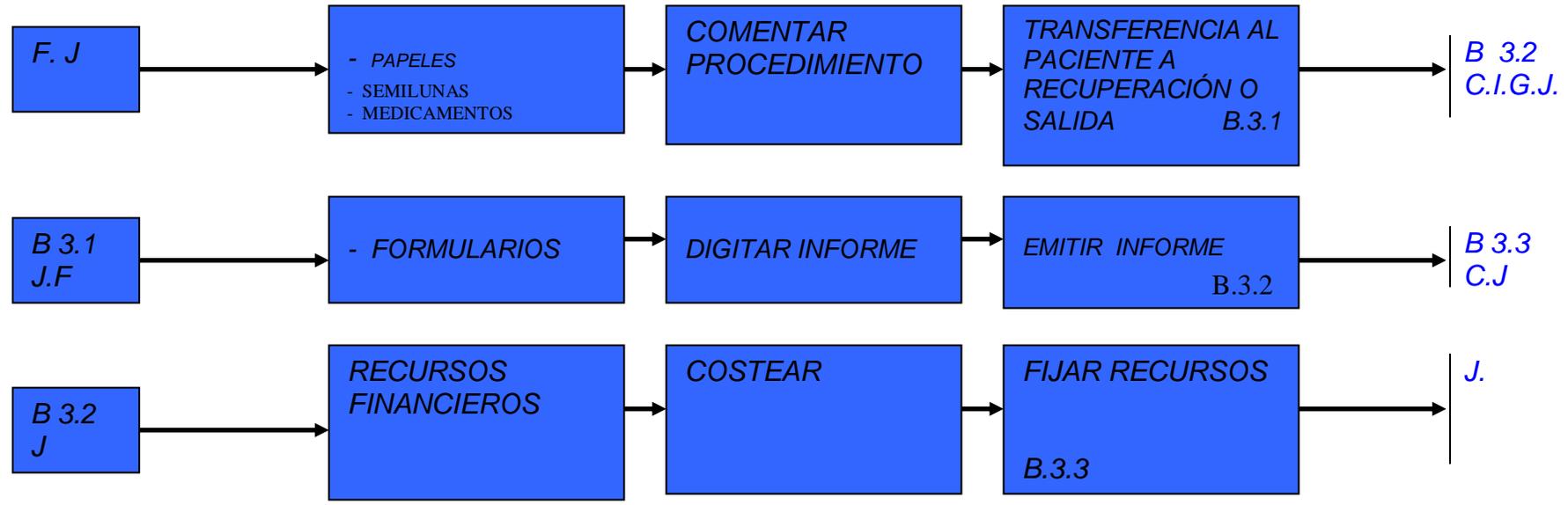




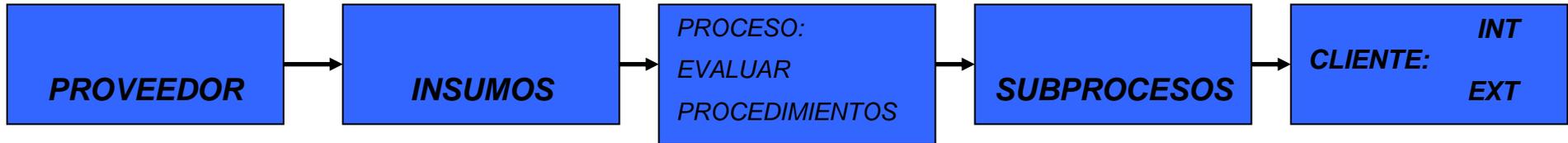
CADENA CLIENTE – PROVEEDOR



FINALIDAD
EVITAR
COMPLICACIONES
CONCLUYENDO
EXITOSAMENTE



CADENA CLIENTE – PROVEEDOR

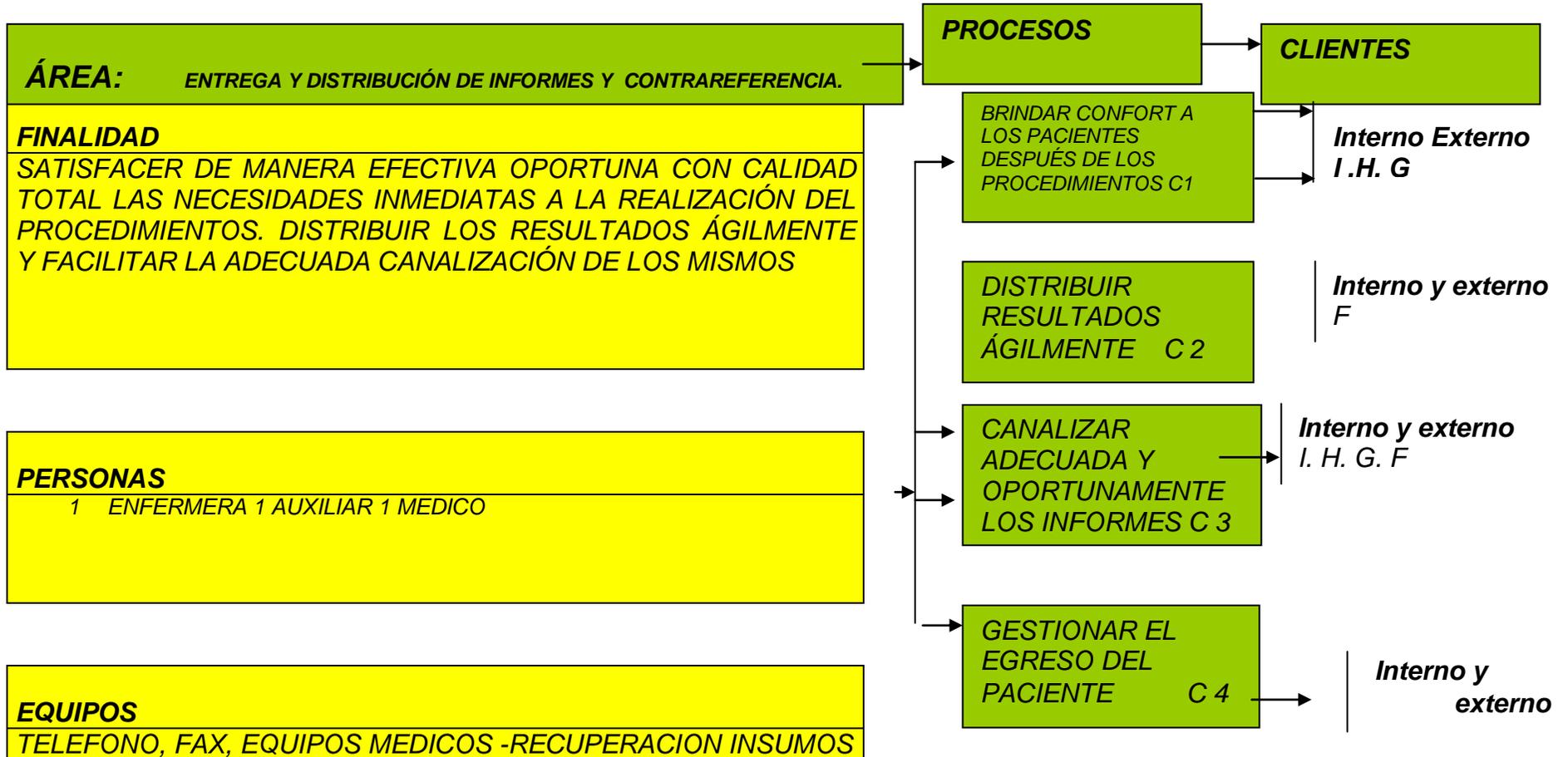


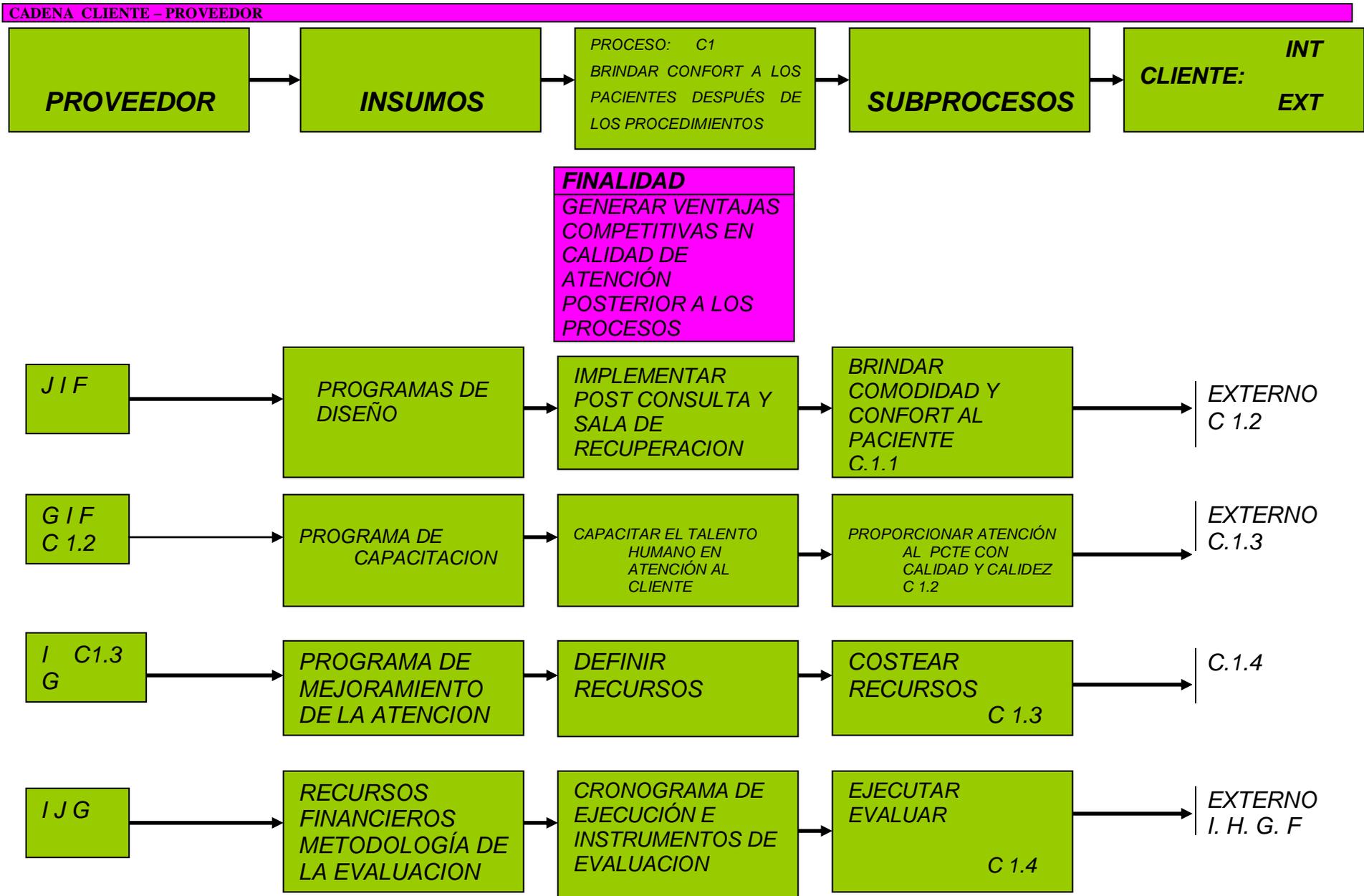
FINALIDAD
 CONOCER ACIERTOS
 Y ERRORES PARA
 MANTENERLOS O
 CORREGIRLOS B 4

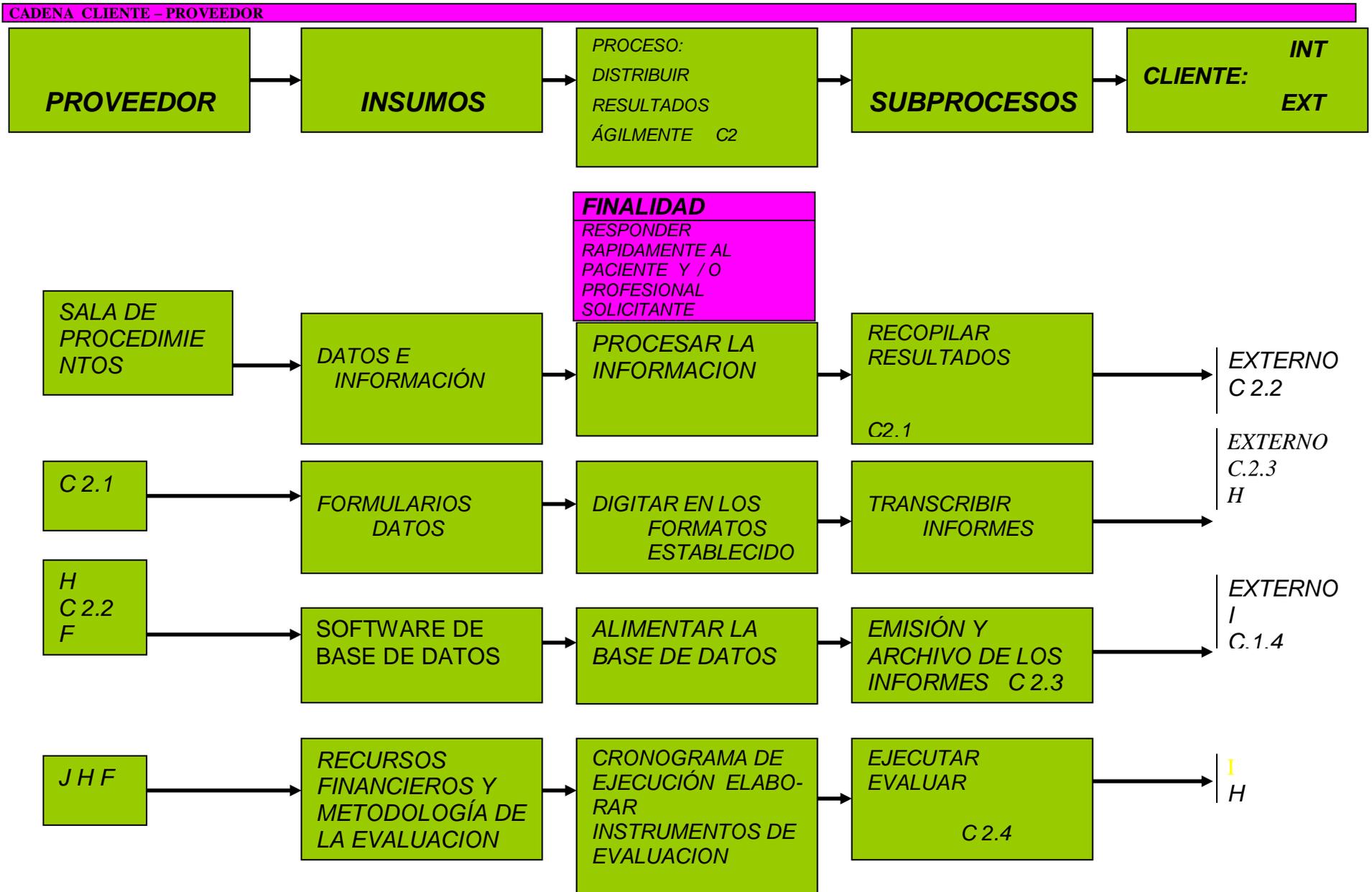


MACRO PROCESO: PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA B
Admitir en sala de Exámenes y / o consulta.

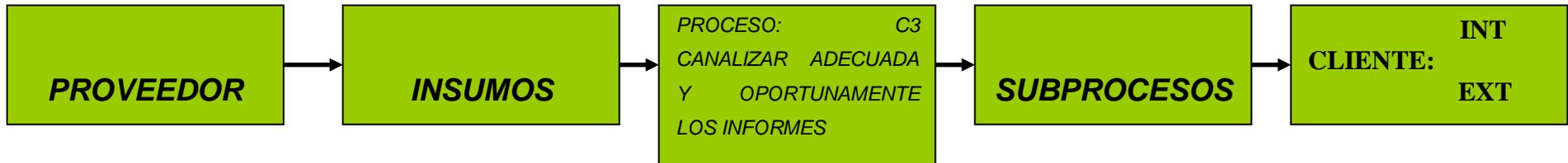
<p><i>Comentar sobre el mismo.</i> B-1</p>	<p><i>Realizar</i> <i>Procedimientos</i></p> <p>B-2</p>	<p><i>Post Procedimiento</i></p> <p>B-3</p>	<p><i>Evaluar Procedimientos</i> <i>Clínicos</i></p> <p>B-4</p>
<p>B-1-1 <i>Establecer contacto Médico-Paciente e ingresar datos a Archivo Clínico.</i></p> <p>B-1-2 <i>Preparar al Paciente según complejidad.</i></p> <p>B-1-3 <i>Fijar Presupuesto.</i></p> <p>B-1-4 <i>Ejecutar Evaluación.</i></p>	<p>B-2-1 <i>Prestar Servicios: Diagnóstico y terapéutico: clínico, endoscópico, radiológico histopatológico.</i></p> <p>B-2-2 <i>Garantizar Asistencias de Apoyo.</i></p> <p>B-2-3 <i>Ejecutar y Evaluar.</i></p>	<p>B-3-1 <i>Transferir al Paciente a recuperación o salida.</i></p> <p>B-3-2 <i>Emitir Informes.</i></p> <p>B-3-3 <i>Fijar Recursos.</i></p>	<p>B-4-1 <i>Mantener Estándares de Calidad para lograr resultados</i></p> <p>B-4-2 <i>Cotejar Hallazgos con otros centros.</i></p> <p>B-4-3 <i>Definir necesidades de capacitación.</i></p> <p>B-4-4 <i>Fijar Recursos.</i></p>







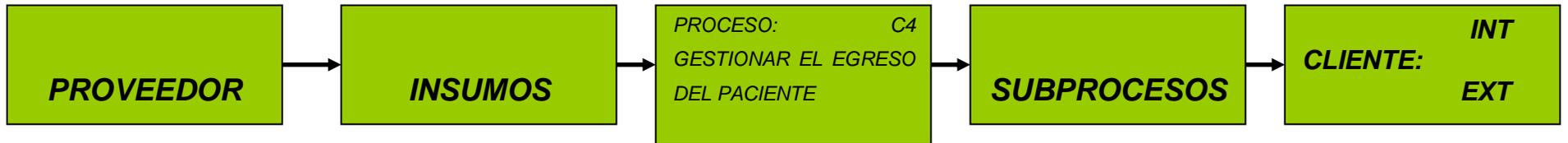
CADENA CLIENTE - PROVEEDOR



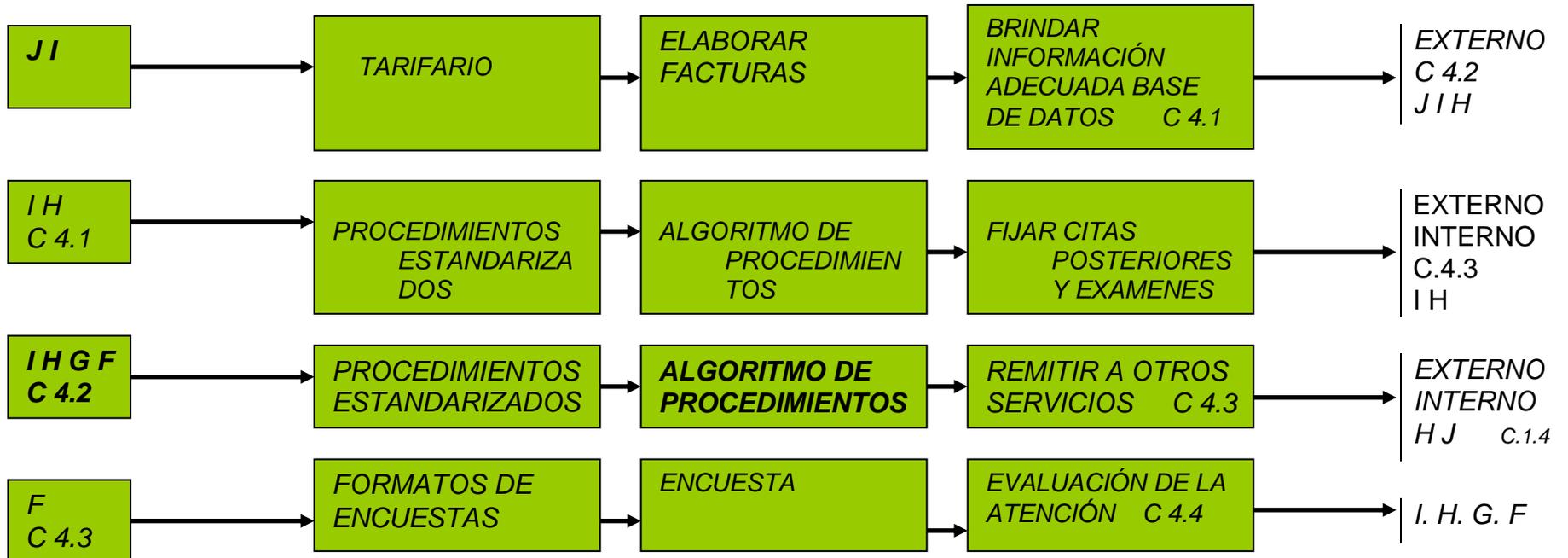
FINALIDAD
 LOGRAR EFICACIA EN NUESTROS SERVICIOS PARA QUE LA INFORMACIÓN DADA SEA LA BASE PARA EL TRATAMIENTO OPORTUNO



CADENA CLIENTE - PROVEEDOR

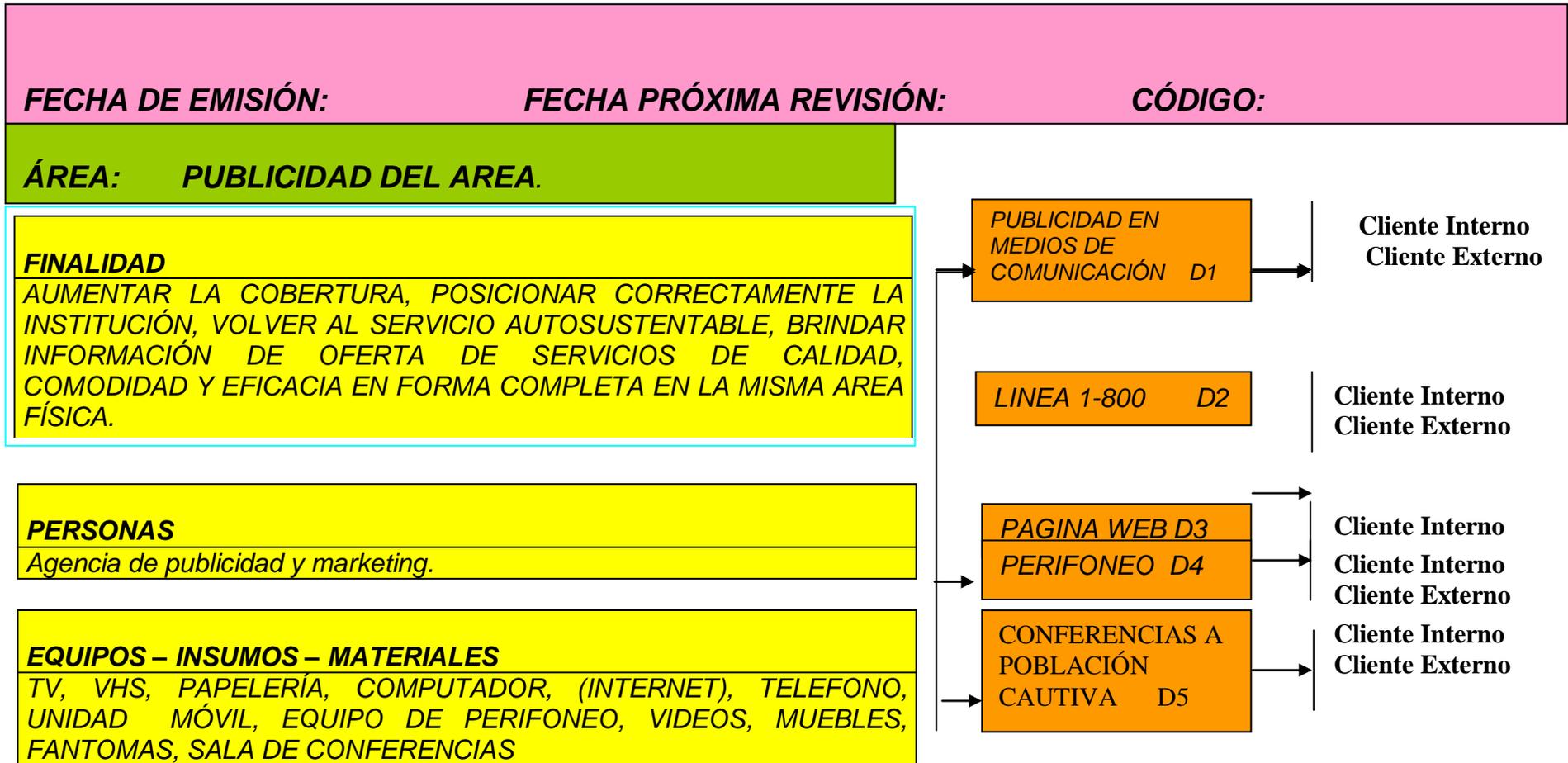


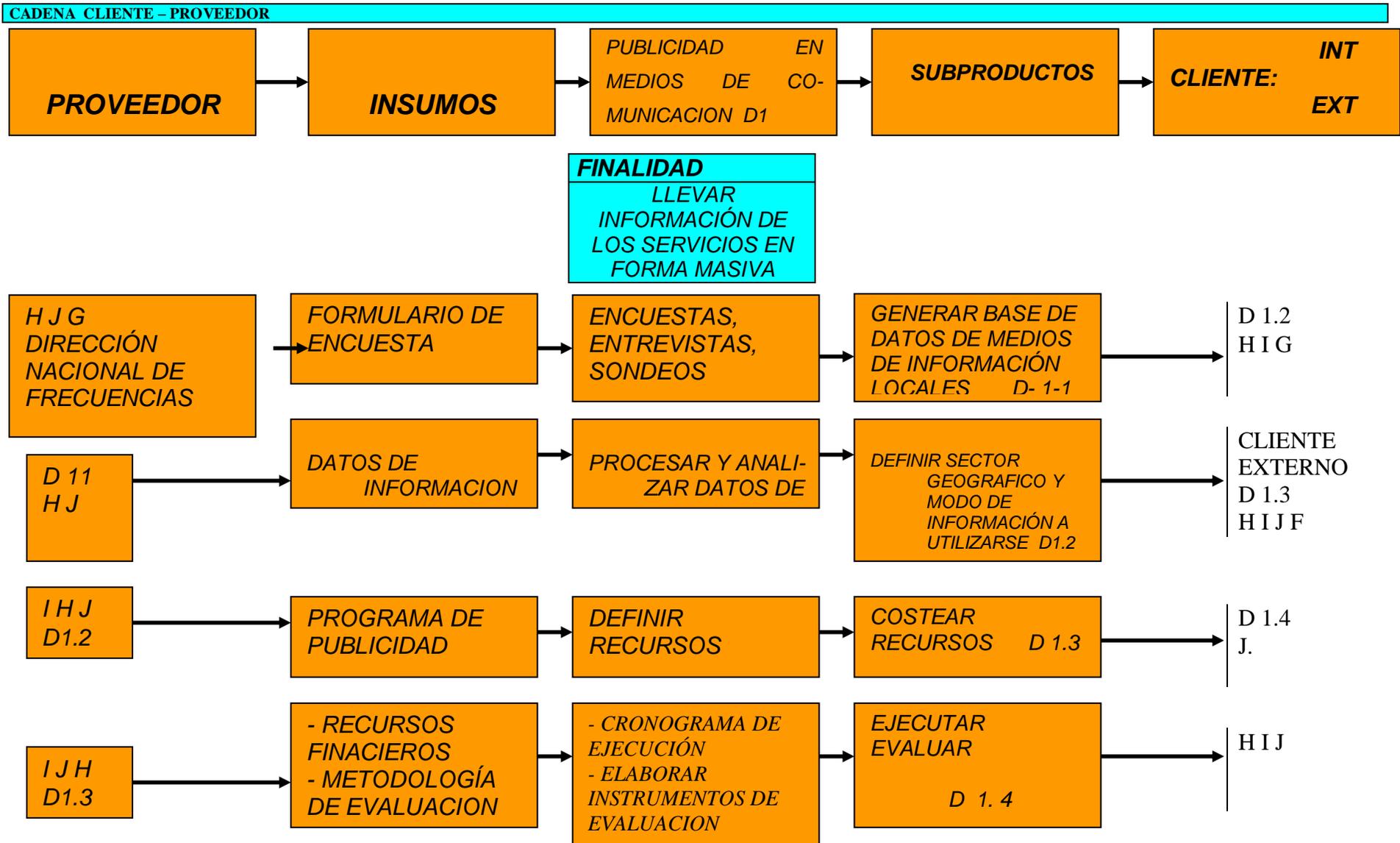
FINALIDAD
 SATISFACER EFICAZMENTE LAS EXPECTATIVAS TANTO DEL PACIENTE COMO AL MEDICO REMITENTE Y DE LA INSTITUCION

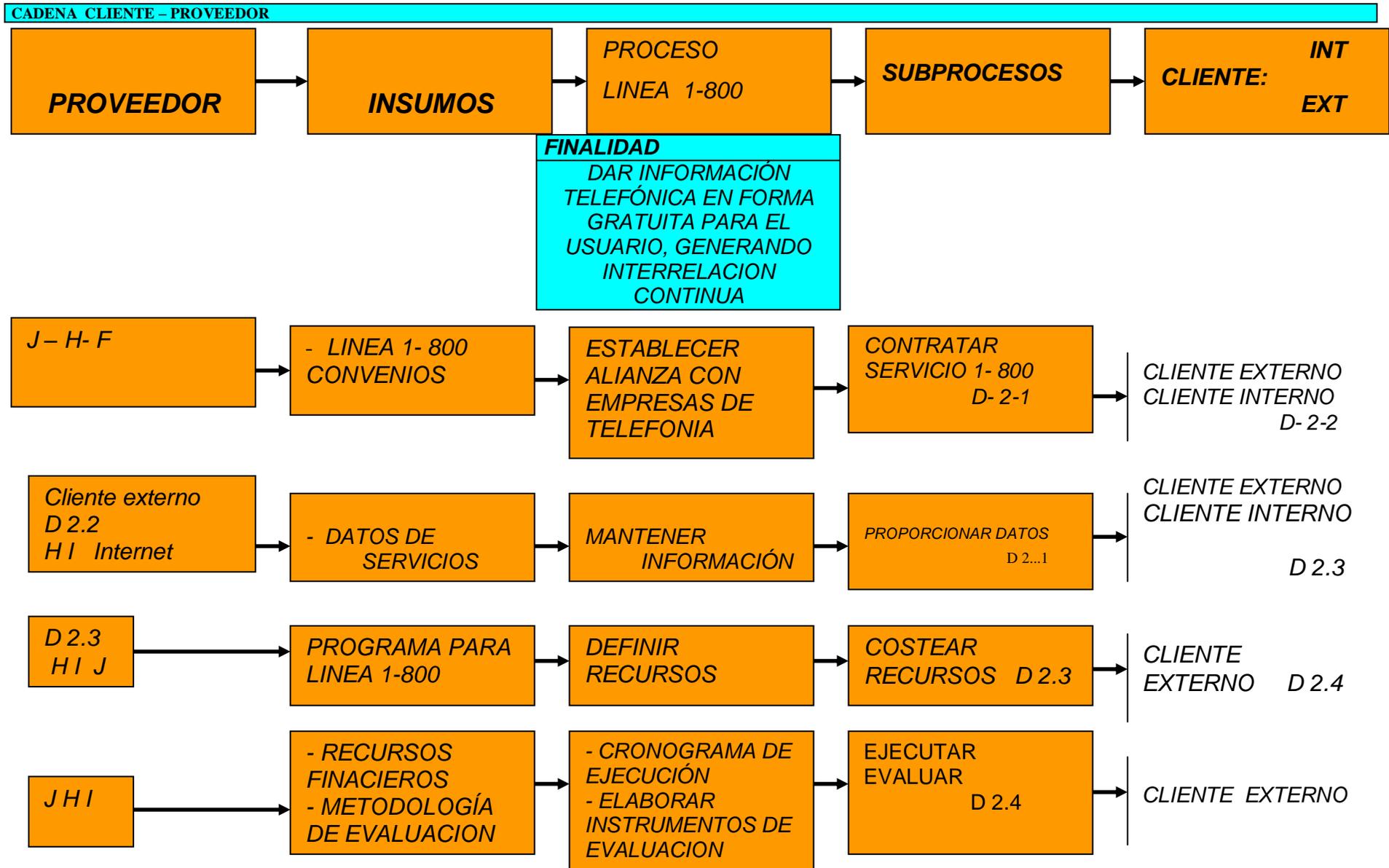


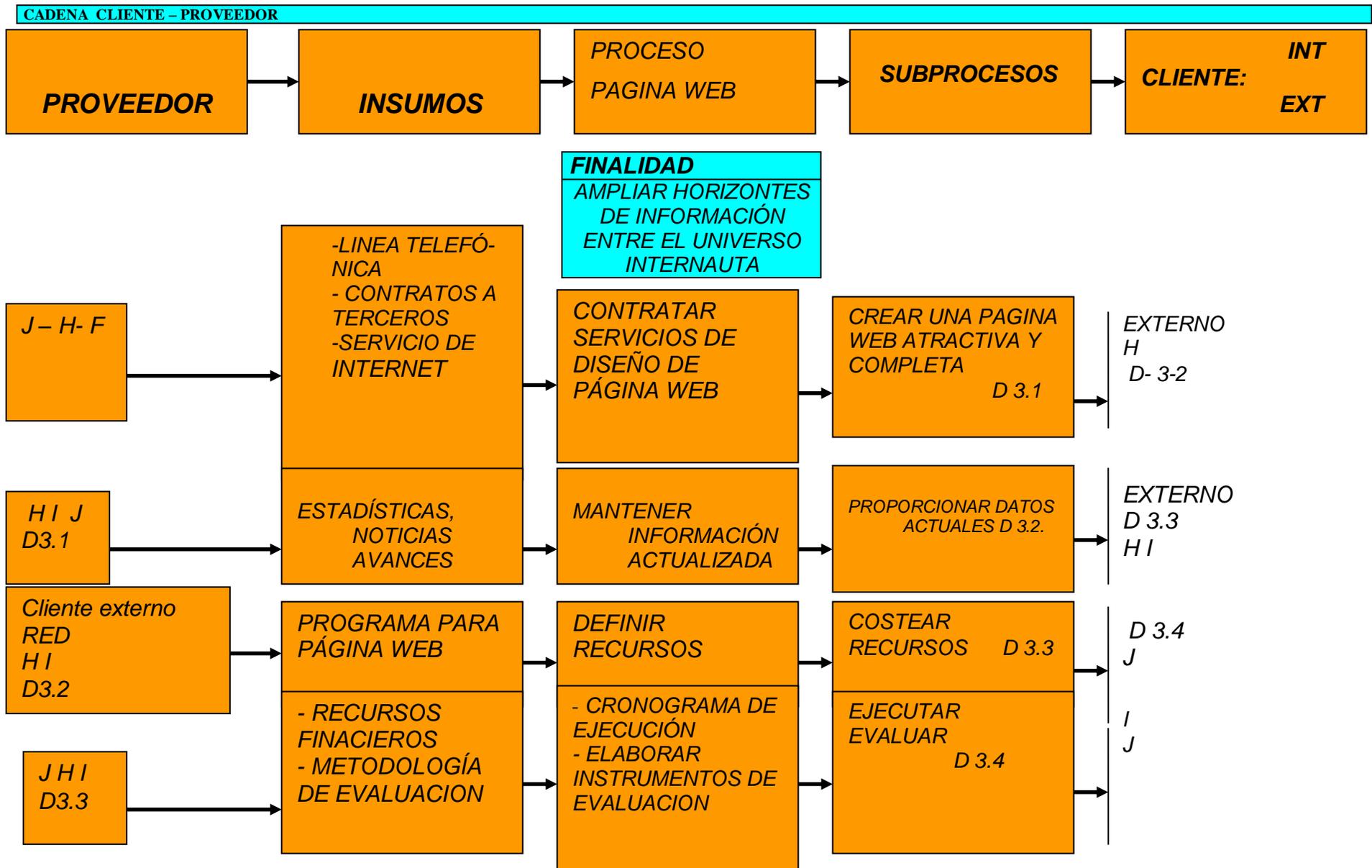
MACROPROCESO: ENTREGA Y DISTRIBUCIÓN DE INFORMES Y CONTRARREFERENCIAS C

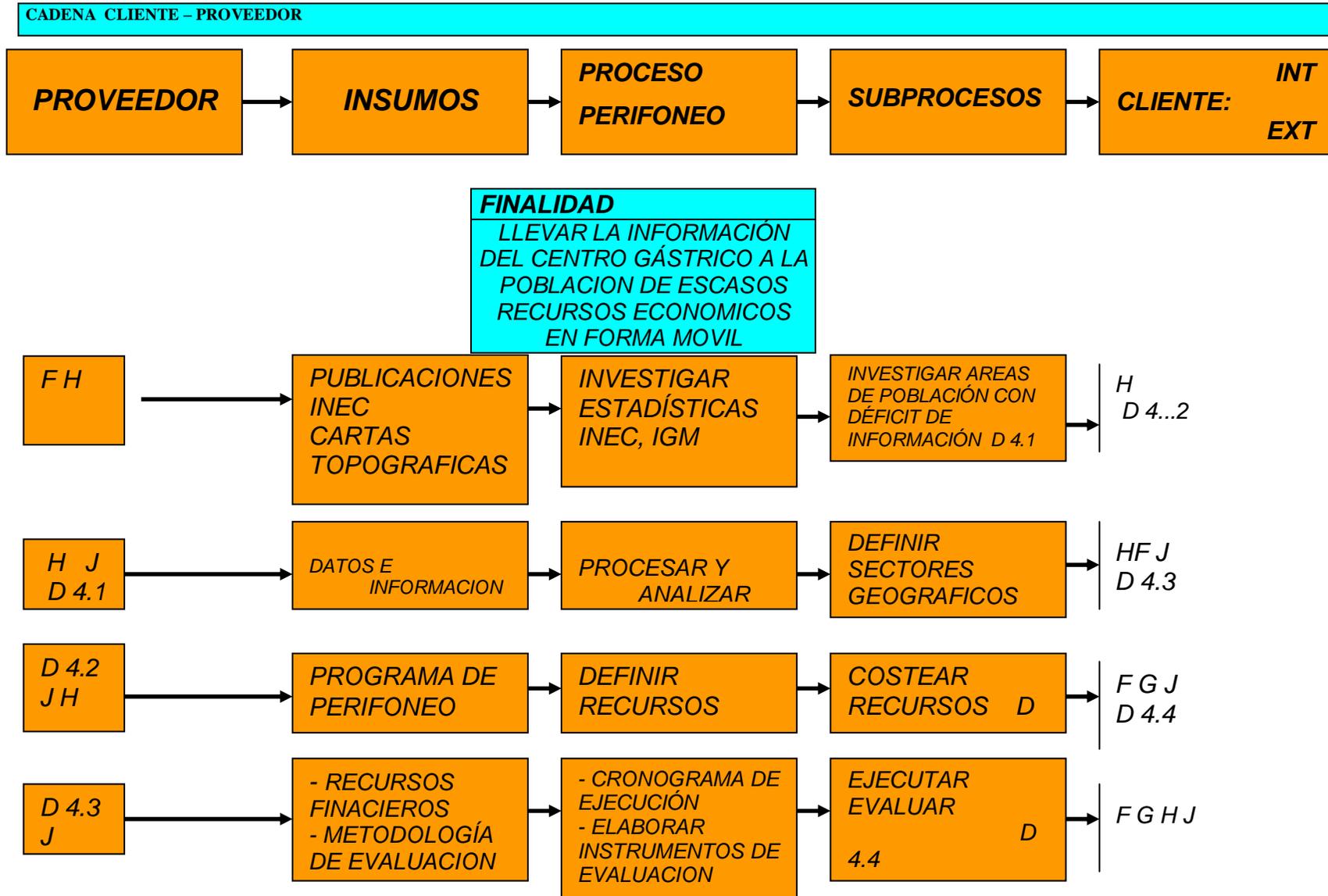
BRINDAR CONFORT A LOS PACIENTES DESPUÉS DE LOS PROCEDIMIENTOS C 1	DISTRIBUIR RESULTADOS ÁGILMENTE C 2	CANALIZAR ADECUADA Y OPORTUNAMENTE LOS INFORMES C 3	GESTIONAR EL EGRESO DEL PACIENTE c4
<p>C 1.1 BRINDAR COMODIDAD Y CONFORT AL PACIENTE.</p> <p>C 1.2 PROPORCIONAR ATENCIÓN AL PACIENTE CON CALIDAD Y CALIDEZ.</p> <p>C 1.3 COSTEAR RECURSOS.</p> <p>C 1.4 EJECUTAR EVALUACIÓN.</p>	<p>C 2.1 RECOPILAR RESULTADOS.</p> <p>C 2.2 TRANSCRIBIR INFORMES.</p> <p>C.2.3 EMISIÓN Y ARCHIVO DE LOS INFORMES.</p> <p>C 2.4 EJECUTAR Y EVALUAR.</p>	<p>C 3.1 AGILIZAR LA ENTREGA DE INFORMES.</p> <p>C 3.2 GENERAR BASE DE DATOS DE CLIENTES.</p>	<p>C 4.1 BRINDAR INFORMACIÓN ADECUADA A LA BASE DE DATOS.</p> <p>C 4.2 FIJAR CITAS POSTERIORES Y EXÁMENES COMPLEMENTARIOS.</p> <p>C 4.3 REMITIR A OTROS SERVICIOS.</p> <p>C 4.4EVALUAR LA ATENCIÓN.</p>

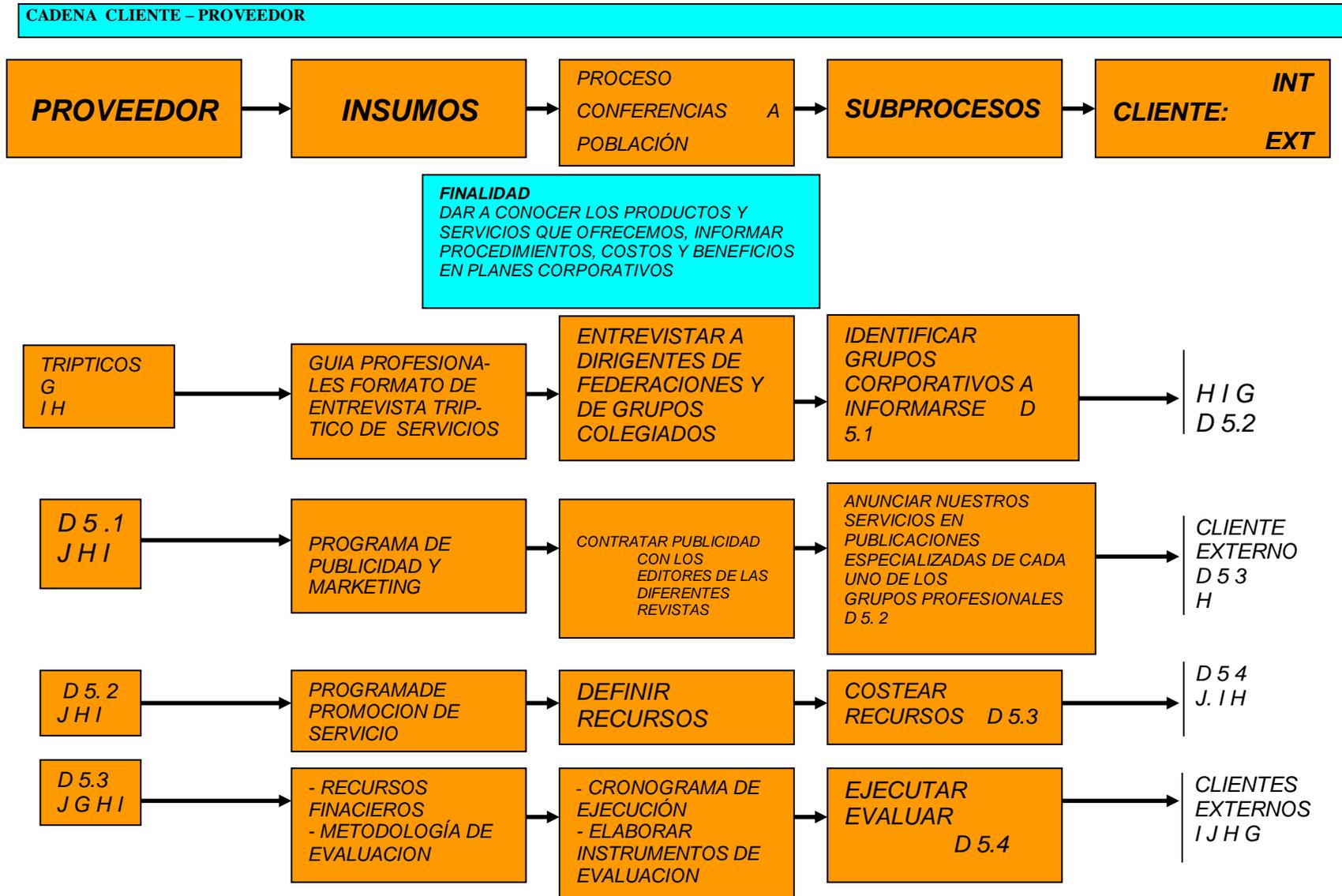










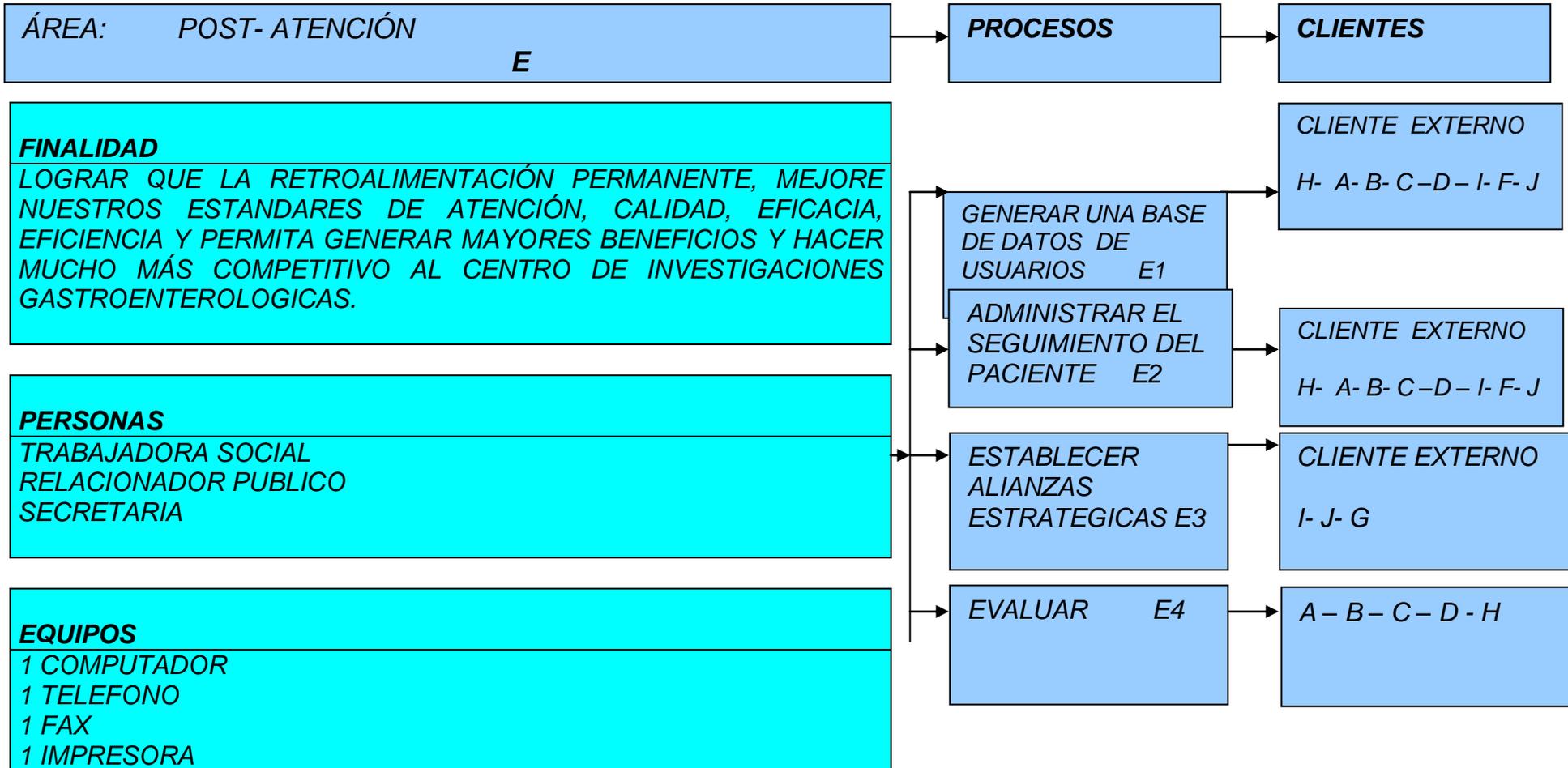


MACROPROCESO: PROMOCION DE SERVICIO D

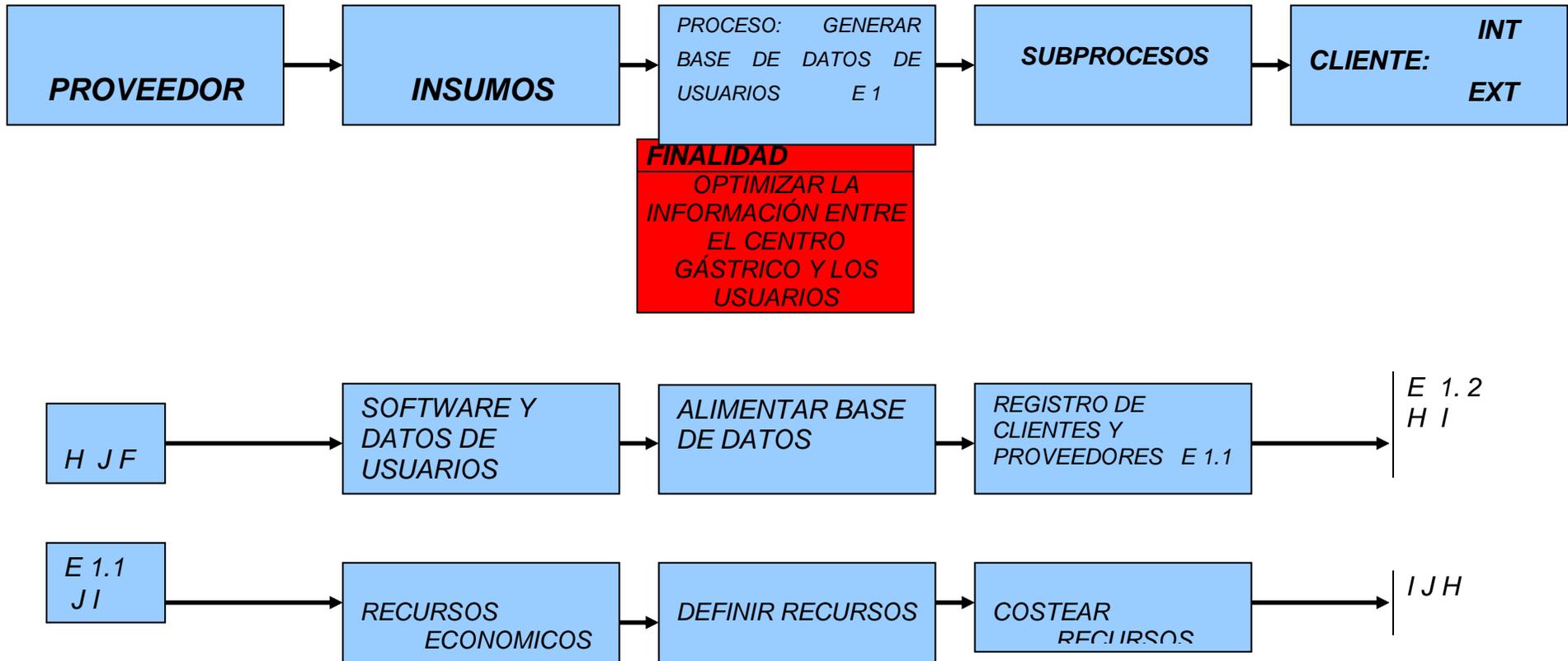
PUBLICIDAD EN MEDIOS DE COMUNICACIÓN D1	LINEA 1- 800 D2	PAGINA WEB D 3	PERIFONEO D 4	CONFERENCIAS A POBLACIÓN CAUTIVA D5
<p>D 1-1 GENERAR BASE DE DATOS DE MEDIOS DE INFORMACIÓN LOCALES</p> <p>D 1-2 DEFINIR SECTOR GEOGRAFICO Y MODO DE INFORMACIÓN A UTILIZARSE</p> <p>D 1-3 COSTEAR RECURSOS</p> <p>D 1-4 EJECUTAR Y EVALUAR</p>	<p>D 2-1 CONTRATAR SERVICIO 1 - 800</p> <p>D 2-2 PROPORCIONAR DATOS</p> <p>D 2-3 COSTEAR RECURSOS</p> <p>D 2- 4 EJECUTAR Y EVALUAR</p>	<p>D 3-1 CREAR UNA PAGINA WEB ATRACTIVA Y COMPLETA</p> <p>D 3-2 PROPORCIONAR DATOS ACTUALES</p> <p>D 3-3 COSTEAR RECURSOS</p> <p>D 3-4 EJECUTAR Y EVALUAR</p>	<p>D 4- 1 INVESTIGAR AREAS POBLACIONALES CON DEFICIT DE INFORMACIÓN</p> <p>D 4-2 DEFINIR SECTORES GEOGRAFICOS DE COBERTURA</p> <p>D 4-3 COSTEAR RECURSOS</p> <p>D 4-4 EJECUTAR Y EVALUAR</p>	<p>D 5-1 IDENTIFICAR GRUPOS CORPORATIVOS A INFORMARSE</p> <p>D 5-2 ANUNCIAR NUESTROS SERVICIOS EN PUBLICACIONES ESPECIALIZADAS DE CADA UNO DE LOS GRUPOS TARGET</p> <p>D 5-3 COSTEAR RECURSOS</p> <p>D 5-4 EJECUTAR Y EVALUAR</p>

PÁGINA 2

FECHA DE EMISIÓN: **FECHA PROXIMA REVISIÓN:** **CÓDIGO:**



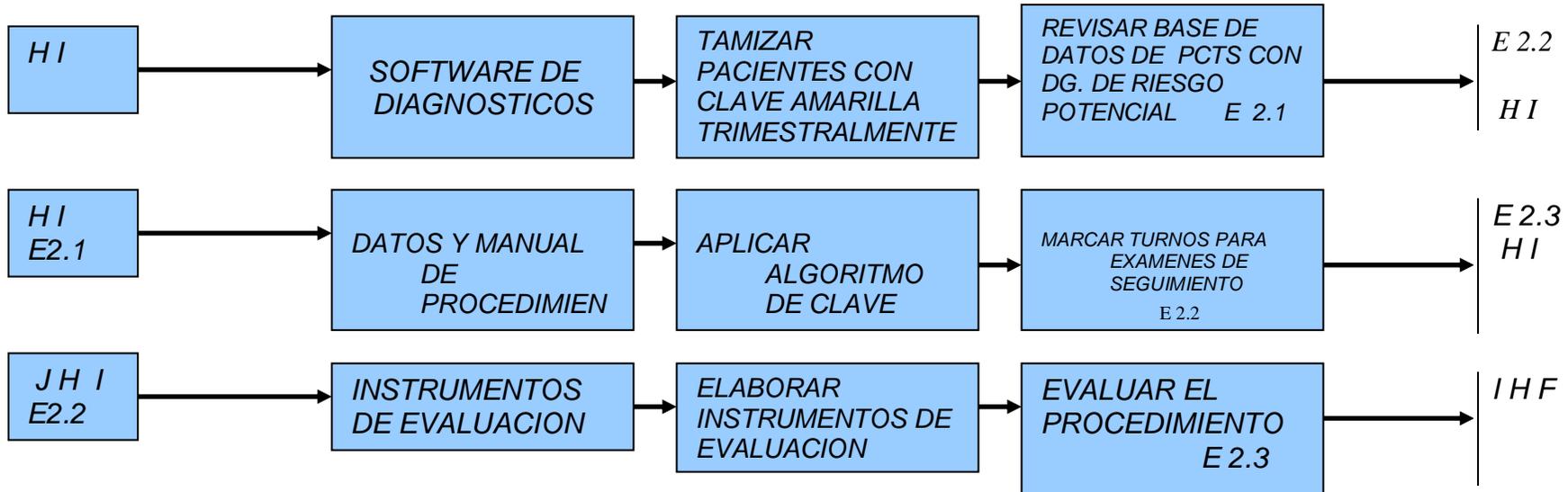
CADENA CLIENTE - PROVEEDOR



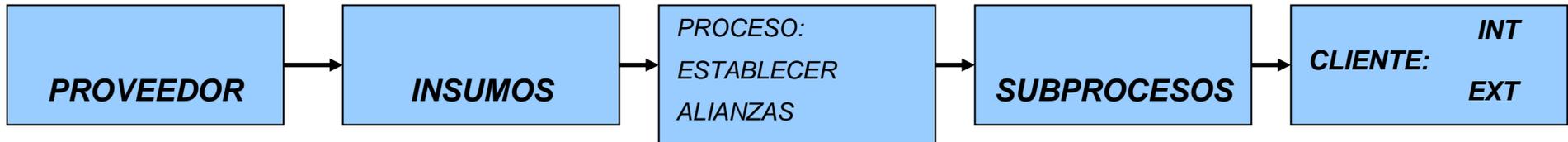
CADENA CLIENTE - PROVEEDOR



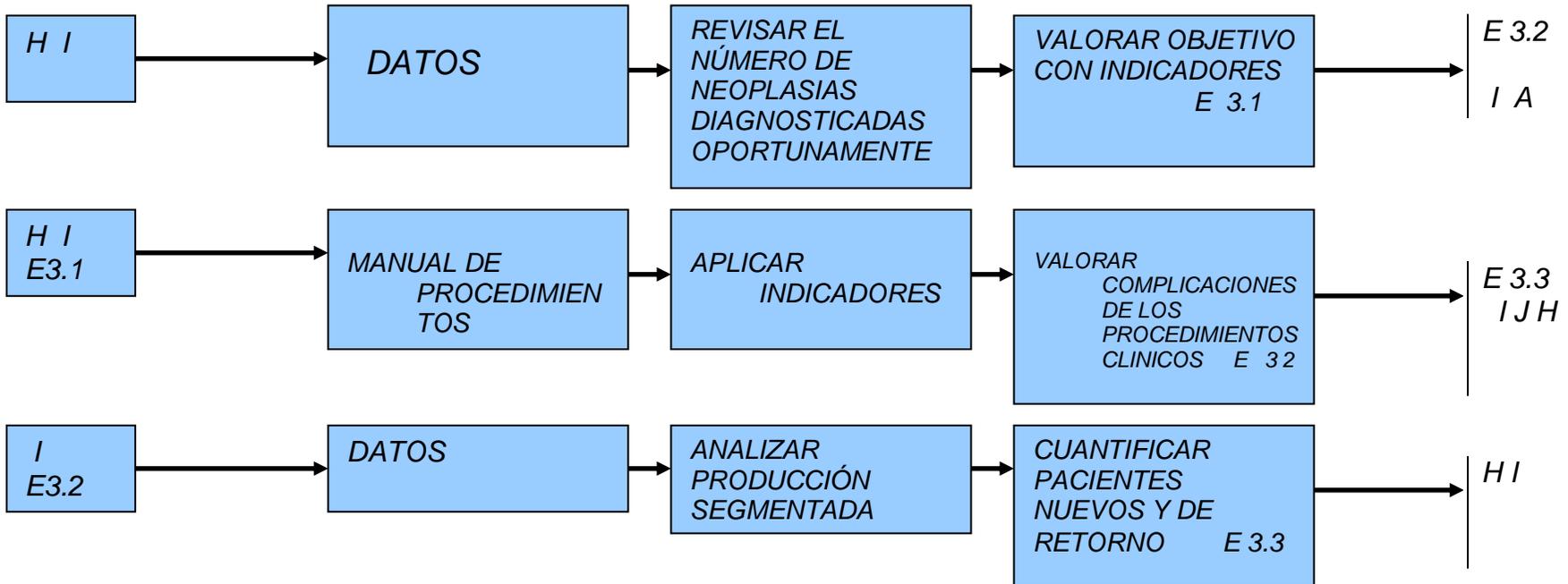
FINALIDAD
 CONOCER LA EVOLUCION Y EVITAR COMPLICACIONES A FUTURO DE LA ENFERMEDAD DEL TUBO DIGESTIVO



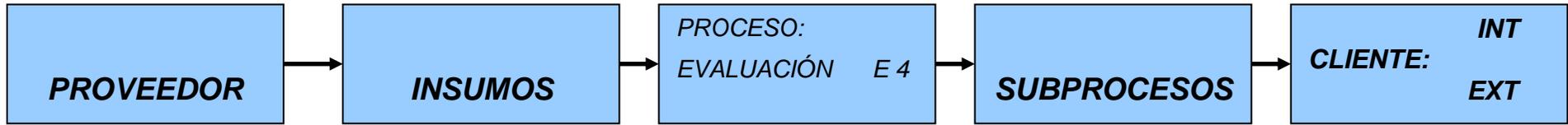
CADENA CLIENTE - PROVEEDOR



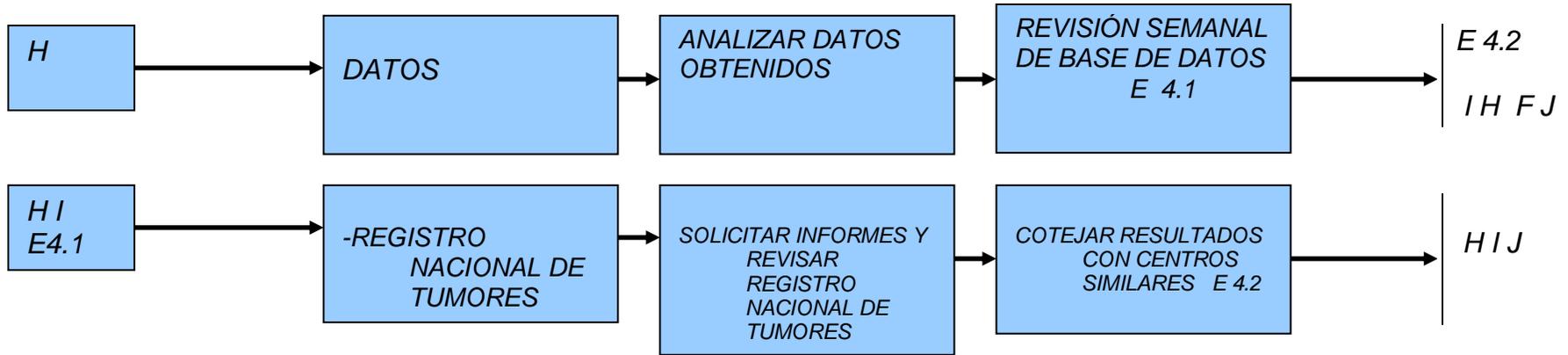
FINALIDAD
 MANTENER UN
 ESTANDAR DE
 FUNCIONAMIENTO
 ACORDE CON LA
 TECNOLOGÍA
 LOGRANDO MAYOR
 IMPACTO EN EL
 MERCADO



CADENA CLIENTE - PROVEEDOR



FINALIDAD
 CONOCER
 ACIERTOS Y
 ERRORES PARA
 MARCAR
 CORRECTIVOS DE
 SER NECESARIO



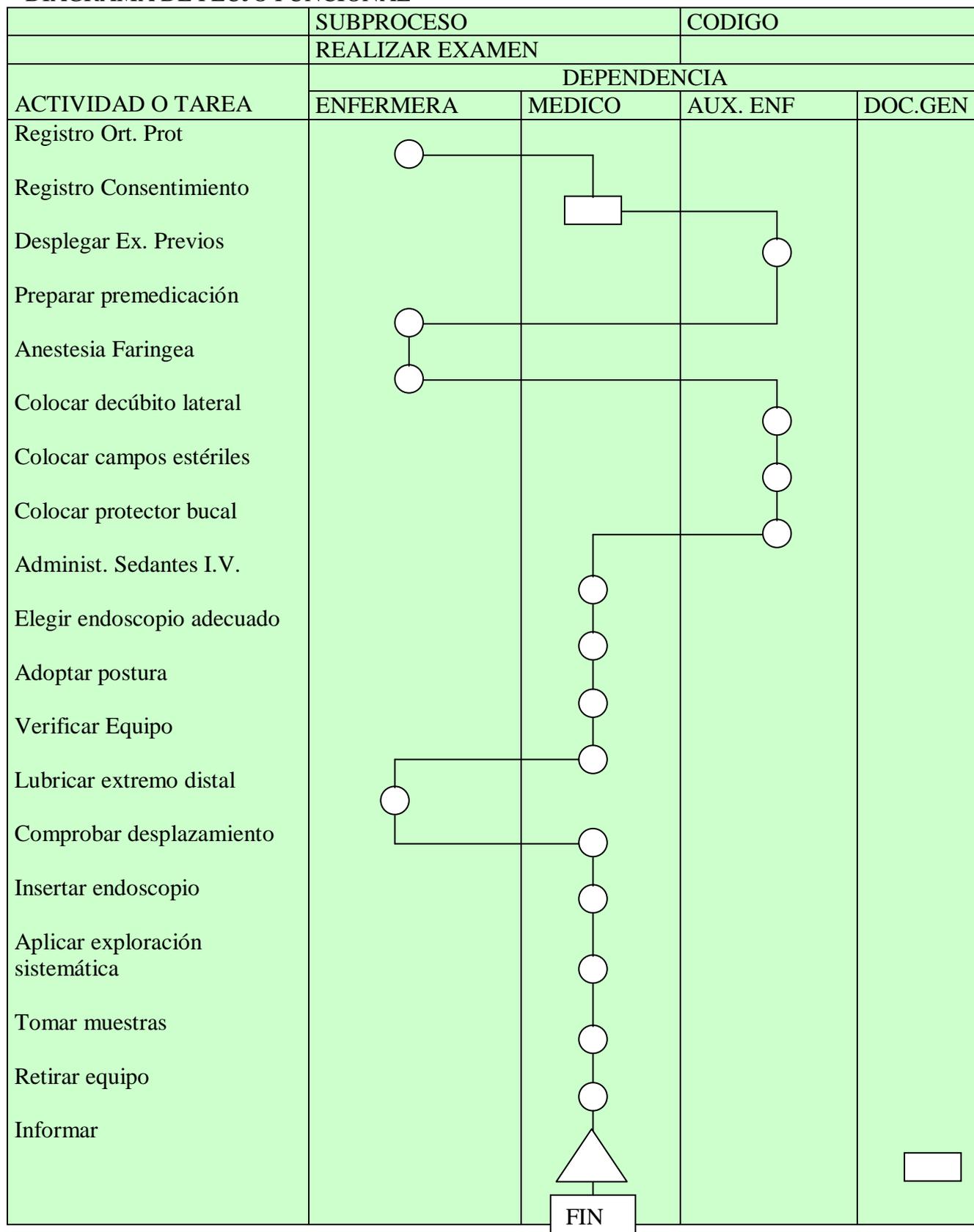
MACRO PROCESO: POST ATENCIÓN E

<p><i>GENERAR UNA BASE DE DATOS DE USUARIOS</i></p> <p><i>E 1</i></p>	<p><i>ADMINISTRAR SEGUIMIENTO DEL PACIENTE</i></p> <p><i>E 2</i></p>	<p><i>ESTABLECER ALIANZAS ESTRATEGICAS</i></p> <p><i>E 3</i></p>	<p><i>EVALUAR</i></p> <p><i>E 4</i></p>
<p><i>E 1.1</i> <i>REGISTRO DE CLIENTES Y PROVEEDORES</i></p> <p><i>E 1.2</i> <i>COSTEAR RECURSOS</i></p>	<p><i>E 2. 1</i> <i>REVISAR BASES DE DATOS DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICOS DE RIESGOS POTENCIAL.</i></p> <p><i>E 2. 2</i> <i>MARCAR TURNOS PARA EXAMENES DE CONTROL</i></p> <p><i>E 2. 3</i> <i>EVALUAR EL PROCEDIMIENTO</i></p>	<p><i>E 3.1</i> <i>VALORAR OBJETIVO CON INDICADORES</i></p> <p><i>E 3.2</i> <i>VALORAR COMPLICACIONES DE LOS PROCEDIMIENTOS CLINICOS</i></p> <p><i>E 3.3</i> <i>CUANTIFICAR PACIENTES NUEVOS Y DE RETORNO</i></p>	<p><i>E 4.1</i> <i>REVISIÓN SEMANAL DE BASE DE DATOS.</i></p> <p><i>E 4.2</i> <i>COTEJAR RESULTADOS CON CENTROS SIMILARES</i></p>

DIAGRAMA DE FLUJO FUNCIONAL

	SUBPROCESO		CODIGO	
	TRANSFERIR PACIENTE A RECUPERACION			
ACTIVIDAD O TAREA	DEPENDENCIA			
	ENFERMERA	AUX. ENF	MEDICO	DOC.GEN
Tomar S.V				
Aspirar Secreciones				
Retirar campos operatorios				
Medir I/E				
Completar formulario				
Recolectar cronológicamente Muestras y RX				
Rotular muestras Obtenidas				
Adjuntar Exámenes previos				
Informar verbalmente				
Liberar al Paciente				

DIAGRAMA DE FLUJO FUNCIONAL



10 BIBLIOGRAFÍA

1. ABRANTES, A. La gestión de servicios de salud en América Latina: mitos y realidades. Buenos Aires, Ediciones ISALUD, 1998.
2. ALMEIDA, C. M. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde
Experiências internacionais e tendências de mudança. *Ciencia & Saúde*
3. Coletiva, 1999. 4: p. 263-286.
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. Saúde nas reformas contemporâneas. In: *Saúde, Eqüidade e
Gênero*. Brasília, Editora Universidad de Brasília: ABRASCO, 2000, pp.
61-93.
7. ALTIMIR, O. Desigualdad, empleo y pobreza en América Latina: Efectos
del ajuste y del cambio en el estilo de desarrollo. In: *Pobreza y
Desigualdad*
8. en América Latina (V. Tokman & G. O'Donnel, org.), 1998. p. 23-54.
9. ASENJO, M. Las claves de la Gestión Hospitalaria. Ediciones Gestión.
Barcelona, 1999. p. 21.
10. Banco Mundial. Informe mundial de desarrollo humano, 1993: invertir en
salud. Washington, D.C.: Banco Mundial, 1993
11. Boletín Mensual del HCAM. Enero, 2004. p. 2.
12. BALODANO, A. Estado, soberanía y políticas públicas en América Latina
y Estado, ciudadanía y política social en América latina. In *Globalización*

- Ciudadanía y Política Social en América Latina: Tensiones y Contradicciones, 1997 p. 16.
13. BARQUÍN, M. Dirección de hospitales, Méjico, Editorial Interamericana, 1979.
 14. BARQUÍN, M. Dirección de Hospitales: Sistemas de Salud. McGraw Hill, México, 2002. p. 15.
 15. BID (Banco Interamericano de Desarrollo). América Latina Frente a la Desigualdad. Washington, 1998.
 16. BLANCO, R. Jorge, MAYA M. José. Fundamentos de Salud Pública, tomo 1 Salud Pública. CIB. 2000. p 43.
 17. BLENDON, R. J.; KIM, M. & BENSON, J. The public versus the World Health Organization on health system performance. Health Affairs, 2001. 20: p.10-20.
 18. Boletín Mensual del HCAM. Enero 2004.
 19. BORON, A. Democracia e reforma social na América Latina: Reflexões a propósito da experiência européia. In: Estado, Capitalismo e Democracia na América Latina. (A. Borón, org.), Rio de Janeiro, Editora Paz e Terra, 1995. p. 153-184.
 20. BOSSERT, T., LARRAÑAGA, O. y MEIR, F. Decentralization of the health systems in Latin America. Revista Panamericana de Salud Pública, 2000, 8:84-92.

21. BREILH, J. Epidemiología Crítica Lugar Editorial. Buenos Aires, 2003. p. 51.
22. BREILH, J. Nuevos Conceptos y técnicas de Investigación. CEAS, Quito, 1994, p. 239.
23. 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.
24. BREILH, J. Epidemiología: Economía, Medicina y Política. Editorial Fontamara, México 1987.
25. BROCKA, B, y, BROCKA S. Gestión de Calidad: Cómo aplicar las mejores soluciones de los expertos, Buenos Aires, Vergara Editor, 1994.
26. BUSTELLO, E. Hood Robin: Ajuste e equidade na América Latina. Planejamento e Políticas Públicas, 1994 11. p. 4-48.
27. CAMBIOS, Órgano Oficial de difusión Científica. Vol. 1 # 1 enero – junio 2002 p 85- 94.
28. CAMBIOS, Órgano Oficial de difusión Científica. Vol. 1 # 1 enero – junio 2002 p 85- 94.
29. CARVALHO, J. A. M... La demografía de la pobreza y el bienestar en América Latina. Desafíos y oportunidades. In: Pobreza y Desigualdad en América Latina (V. Toman & G. O'Donnel, org.), 1998 p. 69-96.
30. CAVAROZZI, M. De la Convivencia a la Desintegración: Ciudadanías y Políticas Sociales en América Latina. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 2001.
31. 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.
32. CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). Panorama Social de América Latina. Santiago de Chile, 1998.
33. CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). Equidad, Desarrollo y Ciudadanía. Santiago de Chile, 2000.
34. CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). Panorama Social de América Latina y el Caribe. Santiago de Chile, 2001.
35. COMINETTI, R. Ajuste fiscal y gasto social. Revista de la CEPAL, vol 54, 1994. P. 47-60.
36. CNS, Cuentas Nacionales de Salud, Informe Final, Ecuador 1997, MSP- INEC-PHR, Marzo 2001.
37. Constitución de la República del Ecuador. Registro Oficial. p. 94
38. CHIAVENATTO, I. Administración de Recursos Humanos, 2da. Edición, México, McGraw -Hill, 1995.
39. Diario el Norte Ibarra 13- 04-2004. p. 2
40. Dirección Nacional de Control Sanitario del MSP, 1999.
41. DONABEDIAN, A. Evaluación de la Calidad de la Atención Médica .Reflexiones sobre los programas hospitalarios de garantía de Calidad Revista Panamericana de Salud Pública.

42. DRESSLER, G. Administración de Recursos Humanos. México, Ed. Prentice may, 1991.
43. DRUCKER, P. Desafíos para la Gerencia moderna. Editorial Norma. 1999.
44. ECHEVERRÍA, R. El proceso de reforma del sector salud en el Ecuador 1992 – 1997. Aportes para el debate, Quito, CEPAR 1997.
45. 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.
46. FIGUERAS, J. et al. – Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: ¿qué puede aprenderse de la experiencia europea? Gac Sanit 2002;16(1):5-17
47. FILGUEIRAS, C. Bienestar, ciudadanía, y vulnerabilidad en Latinoamérica. Caracas, Rev. Globalización, Ciudadanía y Política Social en América Latina, 1997. p. 123-147.
48. FIORI, J. 60 Lições dos Anos 90 – Uma Década de Neoliberalismo. Rio de Janeiro, Editora Record, 2001.
49. FLEITMAN, J. Evaluación Integral. México, McGraw – Hill. 1994.
50. 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

51. FRESNO, C. Sistemas de Atención de Salud .Revista Cubana de Salud Pública, Ciudad de la Habana, Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, 1/ 1996
52. GODET, M, Manual de prospectiva Estratégica. Edit. Alfa omega-Marcos, Barcelona , 1993 p. 1- 20
53. GORDON, J. Comportamiento Organizacional, México, Prentice Hall, 1997.
54. GONZÁLEZ GARCÍA G, y TOBAR F. Más salud por el mismo dinero. Buenos Aires: Grupo editor latinoamericano — Ediciones ISALUD; 1997.
55. GONZÁLEZ, G. La política y la gestión sanitaria. Innovaciones en la gestión de los servicios de salud. Buenos Aires, Ediciones ISALUD, 1998.
56. Gran Diccionario Enciclopédico Ilustrado... Plaza & Janes S.A. Editores. Valencia, España.
57. GUTIÉRREZ, H. Calidad y Productividad, México, Mc Graw Hill, 1997.
58. HARRINGTON, HJ. Mejoramiento de los procesos de la empresa. Bogotá, McGraw – Hill, 1995 p. 9 – 20.
59. HILL, C. Administración estratégica: un enfoque integrado, 3ª. Edición, Bogotá, McGraw Hill, 1996.

60. HOMEDES, N. & UGALDE, A., Condiciones y condicionantes de salud y reforma. In: Foro Inter-nacional: La Reforma del Sector Salud, Anales, 1999 p. 137-147.
61. INEC, Encuesta de Condiciones de Vida 1998 – 1999.
62. ISALUD-Organización Panamericana de la Salud. Reforma de los sistemas
63. de salud en América Latina. Informe de investigación. Buenos Aires:
ISALUD;
64. 1998.
65. ISALUD. Panorama de la exclusión de la protección social de la salud en América Latina y el Caribe. Buenos Aires, 1999.
66. JANÉ, E. Sistemas de salud y desarrollo. Quadern 1999. CAPS, 28:7-16.
67. JARAMILLO, I. El Futuro de la Salud en Colombia: la Puesta en Marcha de la Ley 100 (3.ª ed.). Bogotá: Fundación Friedrich Ebert en Colombia (FESCOL), 1997.
68. JARAMILLO-PÉREZ, I. El Futuro de la Salud en Colombia. Ley 100 de 1993 Cinco años Después. Bogotá, 1999.
69. JIMÉNEZ, J. Manual de Gestión para Jefes de Servicios Clínicos. Ediciones Díaz de Santos. Segunda Edición 2000. p 4 – 27.
70. KAGONO, T. Estrategia y Organización. Tercer Mundo Editores. 1994.
71. KLIKSBURG, B. Desigualdades en América Latina – O Debate Adiado. Sao Paulo, Cortez Editora, 2000.

72. KOTLER, P. Dirección de Mercadotecnia. Análisis, planeación y control. México, Ed. Diana, 1991.
73. LAUDON, K. LAUDON, J. Sistemas de Información Gerencial. 3ª. Ed; México, Prentice Hall, 2000; p. 22-24, 44.
74. LAVANDEZ, F. Manual de Vigilancia de Calidad Bolivia. 1998 p. 3-5
75. LENZ, R. Informe de Consultation para el Banco Mundial: Modernización Institucional del IESS. DNMS IESS. Junio 2000. pp 9-10.
76. LEÓN, N. Propuesta de Organización del Sistema Nacional de Salud. CONASA. Quito, 2000.
77. 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.
78. LONDOÑO, J. Y FRENK, J. Structured Pluralism: Towards a New Model for Health System Reform in Latin America. Washington, 1995.
79. LONDOÑO, J. Estructurando pluralismo en los servicios de salud. La experiencia colombiana. Revista de Análisis Económico, vol. 11, 1996, p .37-60.
80. LÓPEZ, O. Gestión de pacientes en el Hospital, Madrid, Editorial Olalla, 1997.
81. MALAGA, H. y LATORRE, M. Equidad y reformas en salud en Colombia. Revista de Salud Pública, 2000. 2: p. 193-219.

82. MALAGÓN – LONDOÑO G. Administración Hospitalaria, Bogotá. Ed. Méd. Panamericana, 2000.
83. MARIÑO, H. Gerencia de procesos. Ed. Alfaomega. Bogotá, 2001.
84. MATA. JE; Martos EC; Anzaldi Ma.A; "Auditoría Odontológica "Ediciones Dunken, Buenos Aires 1996.
85. MEDICI, C. AC. El proceso de reforma y regulación en Latinoamérica. VI Jornadas internacionales de economía de la salud. Buenos Aires, Argentina. 1998. p. 99–111.
86. MEJÍA, B. CAICEDO, R. Gerencia de procesos. Bogotá, Eco Ed, 2000 p. 4
87. MINISTERIO DE FINANZAS Y CRÉDITO PÚBLICO: Liquidación presupuestaria 1996, Quito, 1997.
88. MINISTERIO DE SALUD, Ley 100 de 1993. La Seguridad Social en Colombia. Bogotá: Ministerio de Salud 1993.
89. Ministerio de Salud de Chile, División de Salud de las Personas, Diseño e Implementación de las Prioridades de Salud. Santiago: Ministerio de Salud, 1997.
90. Ministerio de Salud de Costa Rica y Organización Panamericana de la Salud, Memoria del Foro. La Salud como Producto Social en el Estado Moderno: su Rectoría. San José de Costa Rica, 14-16 junio de 1993. San José: Ministerio de Salud, 1993.
91. MSP, CNS, Marco General de la Reforma Estructural de la salud en el Ecuador, Quito Ecuador 2002 p. 49.

92. MSP, CNS. Anteproyecto de Ley del Sistema Nacional de Salud cuaderno de trabajo Quito febrero 2002 p. 5
93. MSP. Gerencia de Hospitales: Sistemas de Salud. Modulo 3. 2003. p. 40
94. MSP. Gerencia de Hospitales: Sistemas de Salud. Modulo I. 2003. p. 4
95. MSP. Gerencia de Hospitales: Sistemas de Salud. Modulo 2. 2003. p. 74
96. 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.
97. OCHOA, H. Economía de la Salud Editorial Pax México 1999. p. 256
98. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial de la Salud 2000. Sistemas de Salud: Mejorar el Desempeño. Ginebra: OMS, 2000.
99. OPS/OMS, CDC, CLAISS: Instrumento para la medición de Desempeño de las funciones esenciales de Salud Pública, mayo 2001.
100. OPS (Organización Panamericana de la Salud), 1998. Costa Rica La Salud en las Américas (OPS, ed.), Publicación Científica 569, v. 2, p. 198-211
101. OPS/OMS, CDC, CLAISS. Instrumento para la medición de Desempeño de las funciones esenciales de Salud Pública, mayo 2001.

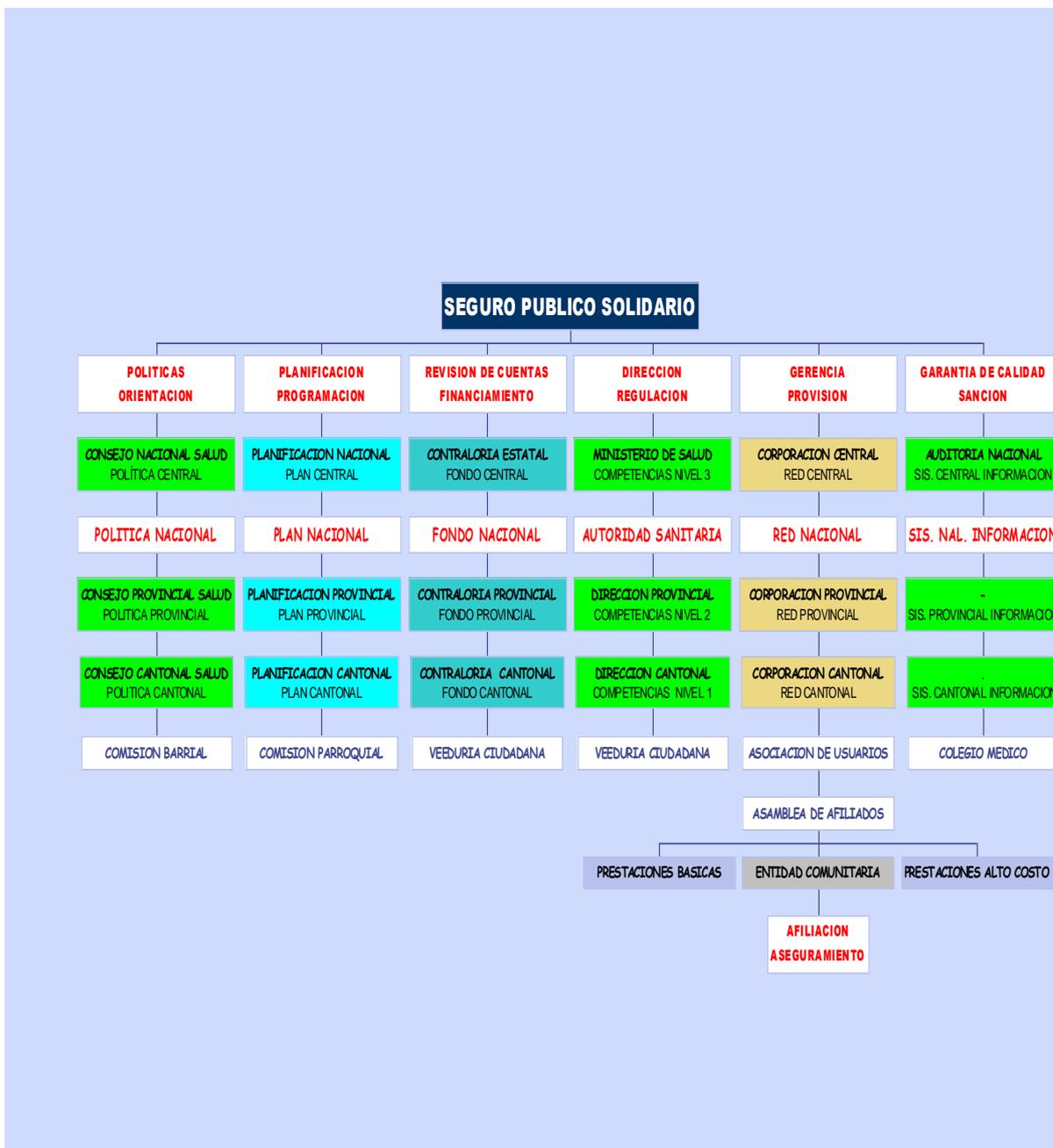
102. PEREIRA, J. La interpretación económica de equidad en salud y atención sanitarias. Jornadas de Economía de la Salud, *Anales*, 1988. p. 31-52.
103. PLACENCIA, M. Salud para el bienestar y desarrollo en Quito del siglo XXI: Sistemas de Salud del Ecuador. Edit. Quality Print, Quito. 2001, p. 62.
104. PROSPERI J. Guía para el desarrollo de los protocolos de Tratamiento. Basado en la información proporcionada en Clases de Postgrado de Gerencia en Salud de la EPN. 2002.
105. RAMÍREZ, C. Fundamentos de Administración, Bogotá, Ediciones ECO, 1993.
106. RESTREPO, M. La Reforma a la Seguridad Social en Salud de Colombia y la Teoría de la Competencia Regulada. Santiago de Chile, 1997.
107. ROBBINS, S. De Cenzo D. Fundamentos de Administración, Conceptos y aplicaciones, México. Ed. Prentice Hall, 1996.
108. ROBBINS, S. Comportamiento organizacional. Sexta Edición. Prentice Hall Hispanoamericana S.A. 1994.
109. RODRÍGUEZ, A. Y DURAN, F. Costos e Incentivos en la Organización de un Sistema de Pensiones. Santiago de Chile, 2000.
110. RUBIO, S. "Glosario de Economía de la Salud ". España, edición Díaz de Santos SA.
111. SOJO, A. Reformas de gestión en salud en América Latina. Revista de la CEPAL, vol. 74, 2001, p.139-157.

112. SOSA, M. Cómo lograr la calidad en la Clínica Dental. Dirección Nacional de Estomatología del Ministerio de Salud Pública de Cuba. Profesora Adjunta de la Escuela Nacional de Salud Pública.
113. STORNER, J. Freeman R. Administración. Quinta edición México, Prentice Hall, 1996.
114. TOBAR, F. Modelos de gestión: La encrucijada de la reconversión. Énfasis management 1999; Año V (No. 8. Agosto): p. 6–14.
115. VARO, J. Gestión estratégica de los Servicios sanitarios. Madrid, Ed. Díaz de Santos, 1994.
116. VEGA, M. Administración de Servicios de Salud. Quito. 2002. p. 44
117. VELASCO, M. Planificación estratégica aplicada a la salud. Ed. AH. Quito, 2003.
118. VILLACÍS, E. Reseña Histórica del Hospital Carlos Andrade Marín. Cambios Órgano Oficial de Difusión Científica p 10- 12.
119. DOCUMENTOS DE CLASE. NUEVOS MODELOS DE GESTIÓN

ANEXOS

GRAFICO No 1

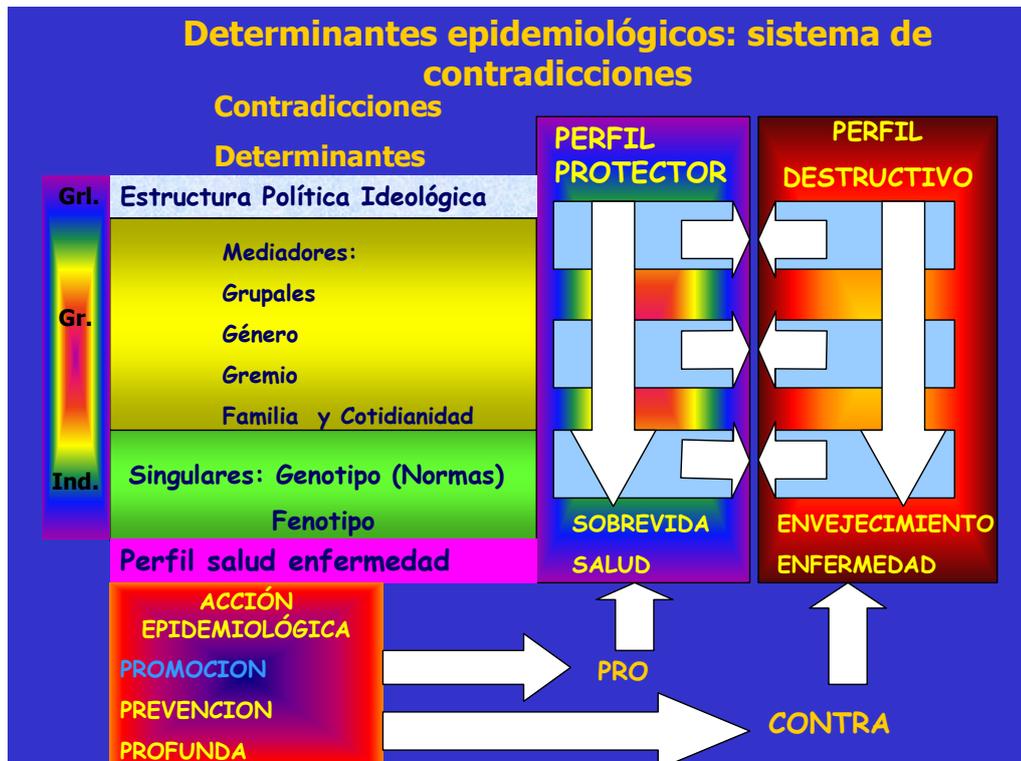
MODELO DE DESCENTRALIZACIÓN



Fuente: Dra. Nilhda Villacres

GRAFICO No 2

DETERMINANTES EPIDEMIOLOGICOS



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>

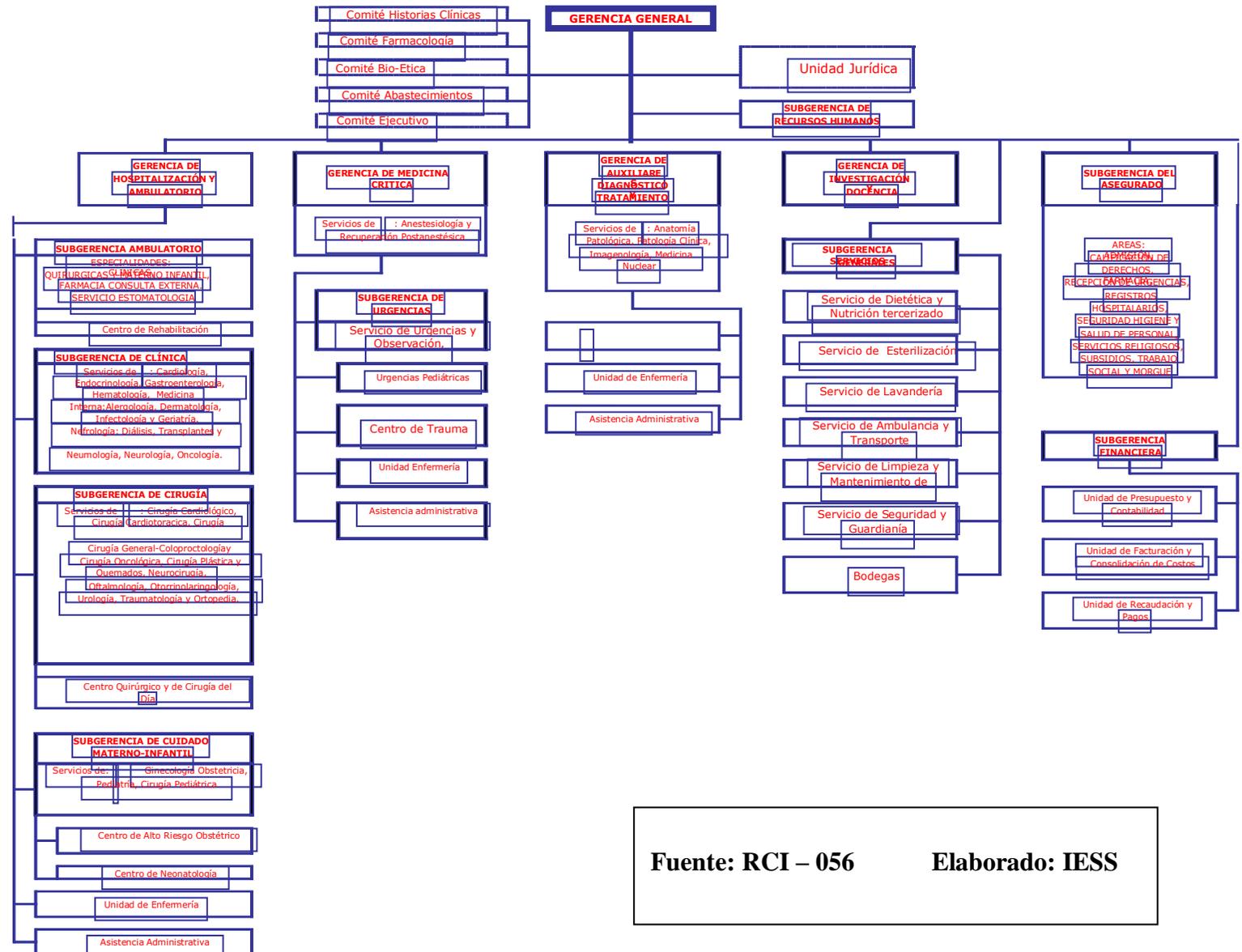
Fuente: Breilh J.: Epidemiología Crítica. Lugar Editorial. Buenos Aires, 2003. pp. 51.

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

CATEGORIA	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, Narvárez, Varela

**CUADRO No. 4
EVALUACION DEL FACTOR EXTERNO**

CATEGORIA	N	VARIABLE	GRADO						IMPACTO					
			OPORTUNIDADES			AMENAZAS			POSITIVO			NEGATIVO		
A		B	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														
2. Político-Legales	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		
	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		1			4	3					X		

3. Socio	4		1			4	3				X			
culturales	5			2	2	2	1	1			X			
	6	Responsabilidad ambiental	1		2	2	2	1					X	
	7	Distribución del ingreso	1			4	1	2				X		
TOTAL														
PROMEDIO														
4. Tecnológicos	1	Nivel de tecnología	1	2	2	2		1			X			
	2	Flexibilidad de Proceso	1	2	2	2	1				X			
	3	Automatización	1	3	1	2	1	Mayor nivel de educación			X			
	4	Auge de medicina ambulatoria	1	3	2		1	Mayor exigencia de los usuarios		X				
	5	Nuevos riesgos del uso de la tecnología			2		3	Altos índices de violencia					X	
TOTAL								Cambios de los hábitos de vida						
PROMEDIO								Auge de la responsabilidad civil médica						
5. Demográficos y Estado de Salud	1	Tendencia del crecimiento poblacional	1	1		1	2	3						X
	2	Esperanza de vida al nacer				1	2	5						X
	3	Fecundidad global	1	1	2	1		3						X
	4	Tasa bruta de mortalidad			1	2	4	1					X	
	5	Tasa de mortalidad infantil				2	2	4						X
	6	Tasa bruta de natalidad			1	2	2	3						X
	7	Mortalidad por causas		4		3	1				X			
	8	Tendencias de la morbilidad		4	1	2	1			X				
	9	Aparición de nuevas patologías				5	3					X		
	10	Tendencias de la		3				5						X

		morbilidad oral												
TOTAL														
PROMEDIO														
	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

Anexo.- Operacionalización de Variables

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Establecer un proceso de **Planificación** estratégica de acuerdo a la Oferta y la Demanda en el Área Clínica 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 ▪ RRHH No ▪ No. De referencias y contrarreferencias ▪ Especialidades Médicas en la red nacional. ▪ Tecnología de punta ▪ % de aseguramiento 	<p>Razón</p> <p>Razón</p> <p>Proporción, %</p>	<p>AS 400</p> <p>Archivo RRHH</p> <p>AS 400</p>	<p>Formulario</p> <p>Actas de Colegio Médico</p> <p>Formulario</p>
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"> ▪ Capacidad instalada ociosa ▪ Flujos y procesos no definidos ▪ Consulta externa insatisfecha ▪ Emergencia saturada ▪ Utilización anómala de los recursos financieros 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oportunidad de citas medicas ▪ % Pctes. Atendidos en emergencia. 	<p>Razón</p> <p>Proporción,%</p>	<p>AS 400</p> <p>Registro de Cirugías</p> <p>AS 400</p>	<p>Formulario</p> <p>Formulario</p> <p>Formulario</p> <p>Hoja de registro</p>
Oportunidades	Corresponden a las circunstancias externas favorables, que la organización puede aprovechar para avanzar a la visión	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Convenios Naciones e Internacionales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ % de IR por universidades ▪ % de Médicos Postgradistas por Universidades ▪ Gestión de capacitación 	<p>Proporción, %</p> <p>Proporción, %</p>		
Amenazas	Aspectos presentes en el contexto que pueden afectar negativamente en el logro de la visión	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deuda impaga del estado 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestión presupuestaria 	<p>Razón</p>	<p>Presupuesto del IESS</p>	<p>Formulario</p>
	Son enunciados del más alto nivel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En el Area Clínica del HCAM 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Objetivos 	<p>Nominal</p>		

Objetivos Estratégicos	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. ⁷³		Estratégicos del servicio clínica		AS 400	Formulario
Líneas estratégicas	Son los medios para alcanzar los objetivos ⁷⁴	<ul style="list-style-type: none"> Area Clínica del HCAM 	<ul style="list-style-type: none"> % del Presupuesto destinado a Renovación de equipos. 	Proporción %	Presupuesto Anual	Registro Contable
Visión	Perspectiva que describe suficientemente el estado futuro, horizonte de largo alcance, que señala el rumbo, lazo entre el presente y futuro ⁷⁵	<ul style="list-style-type: none"> Perspectiva ' futuro (años) Horizonte Dirección 	<ul style="list-style-type: none"> % de cumplimiento por año. 	%	Plan Estratégico AS400	Formulario Encuesta
Misión	Es lo que hace la institución de manera cotidiana, expresa el servicio que presta, movilizando los recursos para lograr competitividad y calidad	<p>Afiliados</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios: Consulta externa y Hospitalización (Cardiología, Inmunología, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología, Hematología, Infectología, Medicina Interna, Nefrología, Neumología, Neurología, Oncología, Psiquiatría, Reumatología) <p>Principios</p> <ul style="list-style-type: none"> Solidaridad: ayuda mutua entre asegurados sin distinción de edad, sexo, educación, nacionalidad, ocupación, nivel ingresos. 	<ul style="list-style-type: none"> No. Afiliados activos, jubilados, montepío, niños, voluntarios y SSC No pacientes CE y Hospitalización por Servicio y especialidad Por ingresos, tipo afiliado 	<p>Razón, Proporción, %</p> <p>Razón, Proporción, %</p> <p>Razón, Proporción, %</p>	<p>Plan Estratégico AS 400</p> <p>AS 400</p>	<p>Formulario Hoja de cálculo</p> <p>Hoja de cálculo Formulario</p> <p>Formulario</p>
Políticas						Formulario

⁷³ Palom, F. Manual Práctico de Dirección Estratégica, Madrid, Edit. Espasa – Calpe, 1998.

⁷⁴ Palom, F. Management en Organizaciones al servicio del progreso humano, 1era. Ed. Madrid, Editorial Espasa – Calpe, 1991.

⁷⁵ Velasco, M. Planificación estratégica aplicada a salud, Quito, Fondo editorial Letras, 2003. pp 17, 23, 81.

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Universalidad: Iguales derechos contra riesgos individuales asegurables ▪ Uniformidad y Unidad: Normas Uniformes en unidades públicas o privadas. Políticas, 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 transito internacional.⁷⁶ 				
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:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ edad, sexo zona y región, y de crecimiento como son natalidad , mortalidad migración ▪ Crecimiento ▪ Características de grupos etarios <p>Condición de salud que incorpore:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Morbilidad, Mortalidad, incapacidad <p>Necesidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Biológica ▪ Social ▪ Demanda efectiva, atendida y no atendida 	<p>Proporción %</p> <p>Razón</p> <p>Tasa</p>	Archivo	Formulario

⁷⁶ Posso, M. Reingeniería Institucional, Quito, 2002.

Brecha entre oferta y demanda	Es la distancia existente entre la oferta y la demanda	Servicio de Clínica del HCAM	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oportunidad citas médicas ▪ Oportunidad ingreso hospitalario ▪ Mucho (más de 2 h) ▪ Poco (menos de 1 hora) ▪ Normal (una hora) 	Nominal	Archivo	Formulario
-------------------------------	--	------------------------------	--	---------	---------	------------

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

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala	Fuentes de Información	Instrumento
Estructura	Señala las relaciones de subordinación entre diferentes funciones y posiciones y el equipo técnico dentro de la organización, debe modelarse sobre los objetivos Institucionales.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospitalización ▪ Consulta Externa 	Análisis de la distribución de recursos de poder y autoridad compatible con el grado de responsabilidad	Razón	Organigrama	Formulario
Responsabilidad	Es la capacidad de las personas a dar una respuesta conciente de lo que hacen, tiene valor ético como operativo.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personal del Area Clínica del HCAM 	% de cumplimiento de actividad asignada en la readecuación del área clínica sector hospitalización.	Proporción %	Documento	Formulario
Roles	Obligación o actividad de un empleado realizada de acuerdo a sus habilidades, conocimientos, actitudes, recursos y riesgos comprometidos en cada tarea	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personal del Area Clínica del HCAM 	Análisis del Manual de funciones del Subgerente del Area clínica	Razón	Documento	Formulario
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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personal del Area Clínica 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.	<ul style="list-style-type: none"> Personal del Area Clínica 	% de asistencia a cursos en el personal de enfermería del área. No de trabajadores de salud (según categoría) que participó durante un año en los cursos ofrecidos / No total de trabajadores de salud x 100	Proporción %	Dpto. Personal	Formulario
Motivación	Es el conjunto de factores que intervienen como causa interna de la conducta o móvil de la acción de las personas.	<ul style="list-style-type: none"> Personal del Area Clínica 	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 Area Clínica del HCAM Composición de Recursos Humanos 	Número de médicos por 100.000 afiliados. (No. de servidores por categoría ocupacional / No. Total de servidores) x 100	Razón Razón	Documento Documento	Formulario 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.	<ul style="list-style-type: none"> Area Clínica del HCAM 	No altas en Consulta Externa % de Pctes que Egresan sin resolución de su enfermedad Tasa de mortalidad en el Area Clínica 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	<ul style="list-style-type: none"> Area Clínica del HCAM 	No de TAC x 1000 atenciones			Formulario

	<p>funcionales que interactúan de forma transitoria en la asistencia del paciente, que contribuyen en el resultado del producto y o servicio, pero de las cuales no egresa directamente el paciente.</p> <p>Los servicios son: Lab. Clínico, Imaginología, Endoscopia, Electromedicina, Anatomía Patológica, además de actividades de Fomento y Prevención de Salud, tales como: Higiene Materno- Infantil, Higiene Oral, Mental, alimentación, Nutrición y dietética,</p>		<p>No de estudios x 100 consultas</p> <p>No de endoscopias x 100 egresos</p>	Razón	AS 400	
Servicios Generales	<p>En el área de Servicios Generales de apoyo, se reconocen dos sectores:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Sector de Conservación y Mantenimiento •Sector de Hotelería 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Área Clínica del HCAM 	<p>Promedio diario de ropa lavada en Hospitalización</p> <p>Promedio raciones diarias proporcionadas al paciente</p>	<p>Razón</p> <p>Razón</p>	<p>Registro del Servicio</p> <p>Registro del Servicio</p>	<p>Formulario</p> <p>Formulario</p>

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"	<ul style="list-style-type: none"> Area clínica del HCAM 	Análisis del Manual de Funciones.	Nominal	Manual de Funciones del Médico Residente	Formulario
Recurso humano	Elementos importantes para el engranaje y funcionamiento de los hospitales y poner en movimiento a un hospital; Todos los trabajos requieren de destrezas habilidades y conocimientos técnicos.	<ul style="list-style-type: none"> Servicio de Clínica del 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	<ul style="list-style-type: none"> Servicio de Clínica del HCAM 	(Presupuesto ejecutado / Presupuesto asignado) x 100 valor gastado / No de actividades intermedias y finales	Razón	Depto. Financiero	Formulario
Recurso físico	Son dependencias flexibles y coherentes con nuevas tecnologías y nuevos conceptos de atención médico – hospitalaria; es preciso que sea fácilmente modificable para la imprescindible renovación tecnológica	<ul style="list-style-type: none"> Servicio de Clínica del 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 Clínica 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. 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.	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.	<ul style="list-style-type: none"> Indicadores de estructura (oferta y demanda) 	Nominal % proporción	Administrativo Financiero Estadística	Formularios Excel Registros
		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	<ul style="list-style-type: none"> Indicadores de S. Finales e intermedios (volumen, calidad, tecnología, tiempo) 	Nominal % proporción	Administrativo Financiero Estadística	Formularios Excel Registros
		Los resultados son los productos o servicios directos que produce el proceso	<ul style="list-style-type: none"> 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:	<ul style="list-style-type: none"> RRHH Tecnológicos y económicos Administrativos 	<ul style="list-style-type: none"> No RRHH Area clínica. No equipos Relación costo beneficio 	Proporciones %

	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"> ▪ Financieros ▪ Científicos: dg y tto (protocolos) ▪ Productos: Servicios intermedios ▪ Servicios Finales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Procesos administrativos ▪ Presupuesto ▪ Protocolos ▪ Productos intermedios 	Proporciones %		Formularios Excel Registros
Proceso servicios clínica	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	Servicios: Consulta externa y Hospitalización (Cardiología, Inmunología, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología, Hematología, Infectología, Medicina Interna, Nefrología, Neumología, Neurología, Oncología, Psiquiatría, Reumatología)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Volumen ▪ SF: CE, Egresos, emergencias ▪ SI: determinaciones, exámenes, imágenes dg., endoscopias, EKG, 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cobertura es la extensión de servicios y programas a una mayor población 	Consulta Externa Cobertura afiliado por año	Informática: Programa AS 400	Formulario
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Calidad 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tecnología ▪ Satisfacción usuario 	Proporción	Administrativo Financiero Estadística	Formulario
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tecnología 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alta ▪ Mediana ▪ Baja 	Nominal	Administrativo Financiero Estadística	Formulario
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tiempo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicador que influye en: Volumen ▪ Calidad ▪ Costos 	Proporción	Administrativo Financiero Estadística	Formulario
Eficacia	Eficacia es el grado en que un procedimiento o servicio se puede lograr con el mejor resultado posible. Acorde con la información científica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consulta Externa ▪ Hospitalización 	Concentración de Consultas: (Total de consultas / total de primeras consultas) x 100 No. altas en consulta externa Infecciones Hospitalarias Complicaciones Hospitalarias	Proporción % Proporción %	Informática: Programa AS 400	Formulario

	<p>disponible que se haya demostrado, su capacidad para cambiar de forma favorable el curso clínico de la enfermedad (<u>eficacia</u>)</p> <p>Alcanzar metas, objetivos previamente establecidos, se refiere a los resultados</p>					
eficiencia	<p>Es la relación entre los recursos y su grado de aprovechamiento en los procesos. Es decir nos referimos a los costos operativos, los tiempos de proceso y los desperdicios. La eficiencia es el “Cómo”, con los menores inconvenientes y costos para el paciente y para la sociedad en su conjunto (<u>eficiencia</u>).</p> <p>Es la producción de bienes o servicios que a sociedad valora más con el menor costo posible.</p>	<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 	<p>Proporción %</p> <p>Proporción %</p>	Informática: Programa AS 400	Formulario
Efectividad	<p>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.</p> <p>Ofrecer a los pacientes los mejores resultados posibles en la práctica diaria (<u>efectividad</u>),</p>	<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 	<p>Proporción %</p> <p>Proporción %</p> <p>Proporción %</p>	Informática: Programa AS 400	Formulario
Cobertura	es la extensión de servicios y programas a una mayor población	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consulta Externa 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cobertura afiliado por año 	Ordinal	Informática: Programa AS 400	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"> ▪ Consulta Externa ▪ Hospitalización 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No endoscopías por 100 egresos ▪ Giro cama o Rendimiento 	<p>Nominal</p> <p>Proporción %</p>	Informática: Programa AS 400	Formulario
Productividad	es la relación entre la producción y los insumos utilizados en dicha	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consulta Externa 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de actividades 	Nominal	Informática: Programa	Formulario

	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 	realizadas x unidad de recursos disponibles x unidad de tiempo: Total de consultas en C. Ext. /horas medicas asignadas a C. Ext.		AS400	
--	---	---	--	--	-------	--

4.- Fortalecer los procesos de **monitoreo y evaluación** de la Información en el Área Clínica 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 y 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 y hospitalización 	Productividad en el área clínica	Porcentaje	AS 400 Winsig	Formulario
Dato	Información dispuesta de manera adecuada para su tratamiento por un ordenador.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicio de Clínica 	No. De médicos por especialidad	Ordinal	Documento	FORMULARIO
Análisis	Es la separación de las partes de un todo entero o íntegro, a fin de estudiarla por separado; así como examinar las relaciones, interrelaciones y articulaciones entre sí y con el todo. El análisis implica ir de lo concreto a lo abstracto	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicio de Clínica 	No. Total días cama disponibles por especialidad /365	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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicio de Clínica del HCAM 	Oportunidad en entrega de informes según plazo establecido	Nominal	Documento	Formulario

Toma de decisiones.	Proceso racional, que se origina de la identificación y conocimiento del objeto / sujeto en discusión; además es el arte de recopilar información y someterle al análisis y al diagnóstico. Estos factores generan alternativas de solución. ,	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicio de Clínica del HCAM 	% de servicios tercerizados	Razón	Documento	Formulario
---------------------	--	--	-----------------------------	-------	-----------	------------

Objetivo General

Establecer en el Área Clínica 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	Conjunto de bienes empleados en la producción de otros bienes. Recurso utilizado en un programa	<ul style="list-style-type: none"> 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.	<ul style="list-style-type: none"> Area de Clínica del HCAM 	Tasa de abandono No de Pctes que no completan el tto. / No. De Pctes que iniciaron el tto. X 100	Razón	Archivo	Formulario
Productos	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	<ul style="list-style-type: none"> Servicio de Clínica 	No de informes disponibles en un momento dado / No esperado de informes x 100	Razón	Archivo	Formulario
Efectos	Los efectos son los cambios en materia de conocimientos, actitudes, comportamiento y/o fisiología de los clientes que se derivan de los resultados		No de Pctes. Curados / No de pacientes tratados x 100	Razón	Archivo	Formulario
Impactos	Los impactos son los efectos a largo plazo.		Prevalencia de tuberculosis	Razón	Archivo	Formulario

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 constarse 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 jabonillo 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 decantés, 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, (rejillas 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 |

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, ropelería, planchado y depósito, señuelos auxiliares como laboratorio, rayos x y espacios definidos para archivos.
<i>Verificar por observación directa la existencia de estos ambientes. En policlínicos 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 hubo cambios, observar los mismos y analizar si obedecen a mejoras funcionales o no. Si no existe en planos, realizar observación directa sobre 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 esfuerzo 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 corriente 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 |

14 Tres usuarios(as) consultados(as) manifiestan que la infraestructura es confortable y agradable

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.

SI NO

15 Las pinturas interna y externa del policlínico se hallan en buen estado, son agradables, y no se encuentran goteras ni filtraciones

Al calificar el estado de la pintura externa, no debe tomarse en cuenta graffiti que supere el esfuerzo institucional de adecuada conservación del policlínico. Es recomendable que la pintura externa en todos los policlínicos 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.

SI NO

Grado 3

16 Existen servicios sanitarios e ingresos apropiados para discapacitados con rampas y pasamanos

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 ingreso un agarredor y/o punto de apoyo.

SI NO

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.

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.

SI NO

18 Existen ambientes de esparcimiento y distracción innovativos en el policlínico para los usuarios y el personal

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 internos y otras modalidades más sencillas, que permitan satisfacción del usuario.

SI NO

19 Existe un auditorio o ambiente especial destinado a actividades de educación continua y educación para la salud

Verificar por observación directa

SI NO

20 Cuenta el policlínico con un plan de urgencias en infraestructura en caso de desastre

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.

SI NO

21 En consulta a tres funcionarios (as) del policlínico, todos aprecian la infraestructura como adecuada y renovada para el desempeño de sus labores

Realizar rápida consulta con tres funcionarios (as) al azar, en lo posible de diferente función

SI NO

22 Tres usuarios(as) consultados(as) manifiestan que la infraestructura brinda la sensación de bienestar.

Consulta a tres usuarios(as)

SI NO

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

Verificar en cuaderno de sugerencias o actas de reunión, si existiese alguna sugerencia relacionada 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 existiesen sugerencias a pesar del uso de cualquiera de los dos medios, la pregunta puede ser otorgada como válida.

SI NO

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 resultados 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 ubicación 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 tener 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 especifica 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 revisar, 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 vistas</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 escoba, jabón, detergente, bolsas plásticas y basureos <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.
Observación directa SI 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.
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. SI NO
- 10** En consulta a tres usuarios (as) ninguno se queja de los servicios sanitarios después de su uso, estos se encuentran apreciativamente limpios.
Consulta al azar, sus apreciaciones deben ser positivas. SI NO
- 11** En el interior del policlínico, no existe basura acumulada.
Verificar su no acumulación por observación SI 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).
Verificar el manual y los puntos planteados. Consultar el procedimiento que emplea el (a) responsable de limpieza para la eliminación de los elementos mencionados. SI 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.
Verificar documentos escritos sobre el punto. Solicitar lista de la próxima reposición. SI 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 formulario de pedidos y entrega escritos).
Revisar formularios de pedidos y entrega. SI NO
- 15** Se puede apreciar y verificar que se desempolvan y limpian paredes y muebles del policlínico al menos una vez al día.
No debe encontrarse polvo en los muebles, especialmente en las superficies superiores. SI NO
- 16** Verificar las actividades de supervisión de las normas de limpieza por el (a) epidemiólogo (a) y/o comité de infecciones.
Conversar con el (a) epidemiólogo (a) su plan de supervisión o con el responsable del comité de infecciones. SI NO

- 17** El personal del policlínico dispone de agua caliente y fría especialmente en ambientes de laboratorio, esterilización y dental.
Verificar por observación y prueba directa. SI NO
- 18** Existen sabanillas y batas limpias para usuarios(os) en cantidad suficiente para ser cambiadas a requerimiento.
Verificar en los consultorios y con enfermería. SI 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.
Revisar 3 fichas al azar y verificar los controles realizados. Consultar a 3 funcionarios (a/s) cuando se les hizo el control. SI 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.
Ver registro de la última visita y consultar sobre reparaciones en el último año. SI 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.
Consulta a tres miembros del personal y observación directa. SI NO
- 22** No existe quejas por dotación de insumos de limpieza básicos, como jaboncillo, papel higiénico, toallas, lavandina y guantes domésticos.
Consulta directa al azar a tres miembros de personal. El promedio de la dotación debe haberse entregado de manera regular. SI 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.
Consultar con el (a) epidemiólogo (a) o jefe (a) del comité su ritmo de reuniones con el policlínico. SI 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.
Verificar primero en el manual y luego consultar los procedimientos con el personal de limpieza. SI 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.
Verificar la existencia de estos procedimientos y consultar cómo y la frecuencia con que se elimina la basura con el personal de limpieza. SI 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, plinard, tensiómetro, fonendoscopio, 2 termómetros, pantoscopio y negatoscopio.
Verificar por observación directa.
- 2** La sala de espera es adecuada en mobiliario y permite un mínimo de comodidad a los (as) usuarios (as).
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.
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.
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 cómo proceder en el caso de fallas de los mismos.
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.
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.
Verificar la existencia del documento del inventario y seleccionar 3 ítems al azar, para confirmar su existencia y ubicación.

Caja Nacional de Salud - Bolivia

12

Caja Nacional de Salud - Bolivia

- 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 pupinell, 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 del 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, validar 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 Jefa 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 los opera en los equipos que así lo requieren.
Deben existir normas en consideración a equipos como pupinell, autoclave, refrigerador, Rx, que requieren 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 Vigilancia 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 tres 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 (as) del personal y 3 directivos (as).</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 (tas) 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, tecnoestructura, 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 verificar 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. <i>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.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
15	Existe un (a) responsable de organizar y dirigir las reuniones de sesión clínica. Se conocen la modalidad, funcionamiento y selección de casos. <i>Solicitar al (a) responsable la programación respectiva, sus actas, y consultar a tres prestadores (as) sí conocen cómo se organizan, cómo funcionan y cómo se seleccionan los casos.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
16	Los aciertos, problemas y soluciones son compartidos, las soluciones se buscan en común, a través de los equipos naturales. <i>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.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
17	La estructura de la organización se revisa en forma regular para garantizar su consistencia con las estrategias del policlínico. <i>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.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Grado 3

18	Se tomaron en cuenta recomendaciones efectuadas en las sesiones clínicas. <i>Verificar que se consignaron las recomendaciones de las sesiones clínicas, mediante la revisión de 10 historias clínicas seleccionadas al azar de las evaluadas.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
19	El (La) administrador (a) posee experiencia mínima de dos años en gestión y/o administración. <i>Verificar certificados de trabajo que acrediten la experiencia.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
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. <i>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.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
21	Los objetivos del POA son claros, realistas y susceptibles de medición. Se lograron más del 75% de los mismos. <i>Verificar las evaluaciones de la gestión anterior, para medir el porcentaje del logro de los objetivos.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

22	Existe un plan escrito para usuarios (as) con enfermedades crónicas que incluya reuniones de autoayuda. <i>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.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
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. <i>Debe existir en el policlínico kardex de personal en el cual se incluyan los títulos y resúmenes profesionales de los funcionarios (as) que trabajan en el mismo, así como las fotocopias de sus licencias de práctica profesional y colegio médico.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

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>	SI	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>	SI	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>	SI	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>	SI	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>	SI	NO
6	Existe un comité de calidad y equipos de mejoramiento continuo que se reúnen al menos una vez al mes. <i>Revisar acta de constitución del comité de calidad, su composición y verificar actas de reuniones de los equipos de mejora.</i>	SI	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>	SI	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>	SI	NO
9	El porcentaje de congruencia clínico diagnóstico terapéutica es del 80%. <i>Revisar 10 historias clínicas.</i>	SI	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>	SI	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>	SI	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 vistas anteriores. Este instructivo es válido para los subsiguientes subestándares relacionados.</i>	SI	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>	SI	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>	SI	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 reintorna los resultados.</i>	SI	NO

16 Se realizan reuniones trimestrales del Comité de Análisis de Información (CAIs) 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 el 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 subestadales seleccionados.

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 consulta a tres usuarios(as) el tiempo de espera que tuvieron en vistas anteriores. Este instructivo es válido para los subsiguientes subestadales seleccionados.

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, consulta, 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 la red 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 estos 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 de 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, verificando se la existencia de algoritmos, árboles de decisión y protocolos de las enfermedades más frecuentes. SI NO

- 8** Los (las) 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.
Consulta 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 más allá de la consulta externa en un plan de acciones que es de conocimiento del (ta) director (a) del policlínico.
Consultar con tres médicos (as) familiares su plan de acciones fuera de la consulta externa (charlas educativas, visitas domiciliarias y actividades) 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 como 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>	SI	NO
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 o dirección.</i>	SI	NO
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>	SI	NO
4	La entrega de medicamentos se realiza respetando la regla de "primeros en expirar primeros en salir". <i>Verificar la fecha y que no exista ningún medicamento con la fecha de expiración vencida.</i>	SI	NO
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>	SI	NO
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>	SI	NO
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>	SI	NO
8	La cantidad de medicamentos requeridos son almacenados con inventario mensual y son supervisadas por la (el) regente de farmacia. <i>Consultar con el (la) responsable de farmacia y revisar fechas e informes de supervisión de su inmediato superior (Regente de Farmacia).</i>	SI	NO

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>	SI	NO
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>	SI	NO
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 de último mes de todos los consultorios de medicina familiar del policlínico.</i>	SI	NO
12	Existen procedimientos escritos y graficados (flujogramas) para facilitar a los usuarios los pasos a seguir para el recojo de sus medicamentos. <i>Verificar en el policlínico la existencia de afiches o procedimientos relativos al recojo de medicamentos.</i>	SI	NO
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 compararla con el recetario. En ambos los medicamentos deben ser esenciales y genéricos.</i>	SI	NO
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>	SI	NO

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>	SI	NO
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>	SI	NO

- 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 verificar 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 etáreo 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 (e) enfermera (o) 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	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Grado 2		
10	Existe un mapa visible de la zona geográfica asignada, en el que se registran escuelas y colegios, centros de salud, iglesias, comeros y pirámide poblacional Verificar la existencia del mapa, solicitar explicación del mismo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
11	Existen carpetas familiares para los asegurados (as) que identifican riesgos individuales o familiares de la población asegurada y permite preventivos Solicitar y verificar la existencia de carpetas familiares. Observar si en ellas se determinaron riesgos familiares y/o individuales	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
12	La cobertura de la vacuna antisarampion 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.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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 a personal si las conoce	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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 cenizeros, que nadie lo esté haciendo o lo haga por observación directa o consulta.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
22	La cobertura de la vacuna antisarampionosa es de 86 al 100% en los (as) menores de 2 años que asistieron al policlínico al final de gestión Verificar registros	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
24	Existe un sistema de visitas domiciliarias de funcionarios (as) del policlínico programadas y monitoreadas por un responsable Verificar programa de visitas que induja al menos: el (a) funcionario (a), área visitada y fecha.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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 ofertan y proporcionan los servicios de los componentes del Programa.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 al 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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Al ingresar al consultorio la usuaria (o) se siente invitado(a) con amabilidad por el médico y/o la (e) enfermera (o). <i>Preguntar a tres usuarios (as) o por observación directa.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Insumos distribuidos: píldoras, DIU, condones y tabletas vaginales. <i>Verificar que existe congruencia entre el sistema estadístico y el logístico.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 del 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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 80% de las embarazadas tendrá cuatro controles.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
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"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
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 charla por cada chico consultorio y 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 o/a</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
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, espatúles de Ayre, portaobjetos, volantes, folletos y videos</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
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"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
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 recibieron información al respecto y si ésta fue comprensible para ellas. Comprobar su prescripción de Sulfato Ferroso.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
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"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
24	Al menos tres usuarios (as) pueden identificar dos síntomas y signos diferentes asociados con ETS <i>Consultar a tres usuarias (as)</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

25	Al menos tres usuarios (as) pueden identificar dos síntomas y signos diferentes asociados con embarazos de alto riesgo así como de alarma del embarazo <i>Consultar a tres usuarios (as)</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
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"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
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"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
28	Usuarios nuevos: condones; usuarias nuevas: píldoras, DIU y tabletas vaginales <i>Verificar registros y cumplimiento de metas</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
29	Usuarios nuevos: condones; usuarias nuevas: píldoras, DIU y tabletas vaginales <i>Verificar registros y cumplimiento de metas</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
30	Insumos distribuidos: Píldoras, DIU, condones y tabletas vaginales <i>Que exista concordancia entre el sistema logístico y el estadístico</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
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"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
32	Número de consultas nuevas antes del 5to mes de embarazo <i>Verificar cumplimiento del 71 al 100% de la meta</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
33	Cobertura de control prenatal con cuatro controles <i>Verificar registros. Cumplimiento del 71 al 100% de la meta</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
34	Cobertura de Toxide tetánico en MEF <i>Verificar registros. Cumplimiento del 71 al 100% de la meta</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Grado 3

35	El policlínico tiene un área aislada o privada para actividades de orientación individual. <i>Observación directa.</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
-----------	---	-----------------------------	-----------------------------

Referencia y contrarreferencia

Grado 1

- 1** Se disponen normas de referencia y contra referencia para derivar los casos que exceden la capacidad resolutive del policlínico a establecimientos de mayor complejidad **SI** **NO**
- Verificar que existen las normas en forma escrita en todos los consultorios del policlínico, estas deben estar actualizadas, su fecha de actualización no debe ser mayor a dos años. Consultar al (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 estado 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 contra referencia. Es importante conocer el estado total de las prestaciones que otorga el policlínico y que todos los funcionarios de salud del mismo las conozcan.*
- 3** Verificar el listado 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 referencias. 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 conducta. 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**
- Consulta 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**
- Consulta 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 usuarios referidos 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 e legibles al azar de usuarios atendidos en la maternidad, revisar que se encuentre llenado el formulario de la historia clínica perinatal base con los datos del parto, puérpera 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 remanidos, 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 detalla a continuación y que sus prestaciones se den en el policlínico. Aniliseamia, Coagulograma básico, colesterol, creatinina, reacción para glucemia, grupo sanguíneo, hemograma, hepatograma, Elex 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, verificar los 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), ver registros y preguntar a médicos (as) y enfermeras (as). Se debe computar los tiempos de toda 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 indicación 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 dejan sus muestras.

8 Una acción tomada como mínimo por mes para mejora continua de laboratorio en un lapso de tres meses

Ver registros de equipo de mejora continua y consultar con el personal

SI NO

Grado 2

9 En el policlínico se cuenta con equipos y reactivos necesarios y existen procedimientos de uso y reposición de los mismos.

Verificar por observación directa y revisión de los Kardex de inventarios las existencias. Deben existir procedimientos escritos para la reposición.

SI NO

10 Para extracción o depósito del material a analizar, no se demoran con los (las) usuarios (as) más de 30 minutos.

Consulta a tres usuarios (as) y/o observación directa

SI NO

11 El horario de toma de muestras es de al menos 2 horas

Consulta con personal, administración y usuarios (as)

SI NO

12 Existen carpetas con curvas de calibración y/o estándares para las técnicas en uso y para los equipos correspondientes.

Verificar las carpetas de frecuencias y calibración. Consulta con personal del laboratorio sobre la actualización que tengan de los equipos.

SI NO

13 El laboratorio procesa los exámenes bloques dentro las 24 horas de la toma de la muestra.

Verificar 10 exámenes de laboratorio su fecha de toma de muestra o ingreso y la fecha de entrega de resultados.

SI NO

14 El laboratorio demora menos de 36 horas promedio en la entrega de resultados de laboratorio por muestra

Se consideran únicamente las muestras de 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 muestra hasta la entrega del resultado al consultor.

SI NO

15 Dos acciones tomadas como mínimo para mejora continua de laboratorio a lo largo de tres meses

Revisar actas de reuniones de los equipos de mejora continua. Consultar con el personal, ver registros y preguntar a médicos (as) y enfermeras (as)

SI 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

Verificar las normas escritas y si estas fueron revisadas o analizadas en el presente año.

SI NO

Grado 3

17 Tres acciones tomadas como mínimo para mejora continua de laboratorio en tres meses

Revisar actas de reuniones de los equipos de mejora continua. Consultar con el personal, ver registros y preguntar a médicos (as) y enfermeras (as)

SI 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

Verificar por observación directa. Valorar su adecuada disposición

SI NO

19 El Policlínico cuenta con manuales y estadísticas disponibles sobre la totalidad de procedimientos bloques que se realizan

Revisar los manuales y estadísticas. El laboratorio debe contar con un análisis comparativo de las estadísticas del mes o del año.

SI NO

20 Solicitar al (a) responsable del laboratorio los últimos informes estadísticos y las medidas tomadas sobre los mismos.

Verificar en el libro de estadísticas del laboratorio. Revisar registros o actas de reuniones técnicas con las medidas tomadas.

SI 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

Revisar el programa de educación permanente que incluya objetivos, temas, responsables y cronograma. Verificar su aplicación y su cumplimiento.

SI NO

22 Las muestras son identificadas en su totalidad por un código de barras.

Verificar la existencia del sistema, si es de uso generalizado y de conocimiento del personal de laboratorio.

SI NO

23 El laboratorio demora menos de 24 horas promedio en la entrega por muestra

Se consideran únicamente las muestras de 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 muestra hasta la entrega del resultado al consultor.

SI NO

24 El horario para la recepción de muestras es de 3 horas diarias o más.

Consultar con personal, administración y usuarios (as)

SI 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

Consulta a tres usuarios y/o observación directa

SI 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"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> | <input type="checkbox"/> |

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"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> | <input type="checkbox"/> |

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 expediente de personal y verificar con administración el horario de trabajo.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|-----------|---|--------------------------|--------------------------|

- 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) Jefa (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) Jefa (e) de enfermeras, así como los títulos con los que cuenta en el Kardex 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) Jefa (e) de enfermería mantiene el kardex actualizado del personal a su cargo.
Verificar el kardex actualizado en la Jefatura de enfermería.
- 6** La toma de signos vitales es realizada por la (el) auxiliar de enfermería y/o enfermera (o) 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. Deberá 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 extraviladas 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 extraviladas y aplicará fórmula: Número de historias clínicas extraviladas, sobre número total de historias clínicas que se utilizaron 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 extraviladas 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 policlínico. <i>Verificar el manual de funciones. En el manual deben describirse además las funciones de las (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 programaciones 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 de l(a) profesional del servicio en la oficina de personal, esta (e) 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 de manual, que debe contar 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 descritas 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 de b". 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 los 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 los 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) 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) indios. 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 (as) 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 policonsumidor, 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 policlinico 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 policlinico 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 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 (flujograma). 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 policlinico 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 consultorio de los últimos tres meses <i>Revisión directa. Debe existir un resumen de la población asignada al policlinico 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 enmendadas, 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 mediante pestañas identificadas. La matrícula de seguro de formularios AVC04 debe tener en forma clara el número de consultorio (no deben existir enmendadas)</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>	SI	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>	SI	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>	SI	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>	SI	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>	SI	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>	SI	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>	SI	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 los acts de reunión donde deben especificarse que se ha mejorado algún proceso de vigencia de derechos.</i>	SI	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>	SI	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>	SI	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 conoce 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>	SI	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>	SI	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>	SI	NO
20	Existe un sistema automatizado 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>	SI	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>	SI	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>	SI	NO

Odontología

Grado 1

1	El (ta) 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 (ta) 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(las) 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 requiere y que éste cuente con silla o sillón íntimo de espera. SI NO
Deben existir letreros visibles que permitan que el usuario (a) conozca la determinación. Asimismo el odontólogo puede comunicarlo a sus usuarios (as).
- 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. SI NO
Verificar cuaderno de reuniones programadas. Consultar con otros (as) profesionales del policlínico.

Grado 3

- 22** Es posible realizar las actividades paraodontológicas con luz natural. SI NO
Observación directa.
- 23** El consultorio odontológico dispone de equipo de rayos x en funcionamiento, con algún sistema o equipo para revelado de placas y mandíl de plomo para quien toma las placas. SI NO
Verificar por observación directa.
- 24** En el policlínico existe un equipo odontológico y compresora silenciosas. SI NO
Verificar por observación directa y verificar funcionamiento del equipo.
- 25** El consultorio odontológico dispone de estufa, calefacción u otro sistema que puede usarse para adecuación de temperatura. SI NO
Verificar por observación directa.
- 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. SI NO
Comparar las historias clínicas con el protocolo referido.
- 27** El servicio odontológico tiene programado y en ejecución algún estudio, investigación y/o trabajo aprobado por el (la) director (a) del policlínico. SI NO
Ver documentos escritos. Consultar además con el (la) director (a).
- 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. SI NO
Verificar la existencia del programa y verificar actas de recursos o algún registro que permita certificar el cumplimiento del programa.

- 29** Se aplican conclusiones de los equipos de mejora continua en salud bucal. SI NO
Revisar actas de reunión de los grupos de mejora continua. Si se aplican las conclusiones de los mismos.
- 30** El porcentaje de cumplimiento de citas previas de odontología es más del 85%. SI NO
Verificar con registros de cada consultorio y del sistema de citas previas.

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 }	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 FALLECIMIENTOS 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 REEMPLAZO	43.350		43.350	-6.669	-	2.755	12.280	31.070		31.070
5,00E+07	CONTR. RESIDENTES 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
	IMPRESION, 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 IMPRESIÓN, 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 ODONTOLÓGICOS	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 ODONTOLÓGICAS	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 ADMIISTRACION	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

Anexo 10.- Encuesta Condiciones de Vida.

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 ATENCIÓN	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%

