

ESCUELA POLITÉCNICA NACIONAL

FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS

**MODELO DE GERENCIA POR PROCESOS DEL SERVICIO DE
PEDIATRÍA DEL HOSPITAL " EUGENIO ESPEJO " 2007-2008.**

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

ROCÍO DEL CARMEN AYALA HEREDIA
rocinelayala@yahoo.es

DIRECTOR: DR. MILTON VEGA
miltonvega@hotmail.com

Quito, Febrero 2008.

DECLARACIÓN

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

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

.....

Rocío del Carmen Ayala Heredia.

CERTIFICACIÓN

Certifico que el presente fue realizado por la Lic. Rocío del Carmen Ayala Heredia, bajo mi supervisión.

.....

Dr. Milton Vega Herrera.
DIRECTOR DEL PROYECTO.

DEDICATORIA

A mi amigo y fiel compañero en quién he depositado mi fe y confianza en todo momento: DIOS TODOPODEROSO, por iluminar mi vida y concederme la oportunidad de crecer personal, académica y profesionalmente.

A mi madre: Piedad Heredia, que con sus sabios consejos supo impartirme el valor para poder continuar adelante, enseñándome a luchar día a día hasta lograr mis objetivos.

A mi familia y en especial a mis hijas: Yessenia e Isamar que con su inocencia supieron ser el impulso más importante para conseguir lo anhelado.

Rocío

AGRADECIMIENTO

- Primeramente a Dios por preparar y bendecir mi camino, permitiéndome culminar una meta más de mi vida.
- A la Escuela Politécnica Nacional que a través de sus coordinadores, organizadores y docentes supieron aportar desinteresadamente con sus valiosos conocimientos, sugerencias, comentarios y recomendaciones.
- De manera muy especial al Dr. Milton Vega, distinguido profesor, amigo y mi director de tesis, quién gracias a su gran espíritu de colaboración y capacidad supo guiarme con responsabilidad, constancia y acierto hasta la culminación de la misma.
- A todos quienes hacen el Hospital “Eugenio Espejo” por su valiosa colaboración.
- A todas las personas que no se mencionan en estas líneas pero que colaboraron en la realización de este trabajo.
- Para todos ellos mi más sincero respeto y eterna gratitud.

Rocío

CONTENIDO

DECLARACIÓN	<i>ii</i>
CERTIFICACIÓN	<i>iii</i>
DEDICATORIA	<i>iv</i>
AGRADECIMIENTO	<i>v</i>
CONTENIDO	<i>vi</i>
RESUMEN	<i>xvii</i>
ABSTRACT	<i>xviii</i>
PRESENTACIÓN	<i>xix</i>
CAPITULO I	<i>1</i>
1. INTRODUCCION	<i>1</i>
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	<i>1</i>
1.2 FORMULACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	<i>4</i>
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	<i>5</i>
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	<i>5</i>
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<i>5</i>
1.4 JUSTIFICACION DEL PROYECTO	<i>6</i>
1.4.1 JUSTIFICACIÓN TEÓRICA	<i>6</i>
1.4.2 JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA	<i>7</i>
1.4.3 JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA	<i>8</i>
1.5 HIPÓTESIS DE TRABAJO	<i>9</i>
1.6 ASPECTOS METODOLÓGICOS	<i>10</i>
CAPITULO II	<i>12</i>
2. MARCO TEORICO CONCEPTUAL	<i>12</i>
2.1 MARCO TEORICO	<i>12</i>
2.1.1 SALUD – ENFERMEDAD	<i>12</i>
2.1.1.1 Determinantes de la Salud	<i>13</i>
2.1.1.2 Epidemiología	<i>13</i>
2.1.1.3 Perfil Epidemiológico	<i>14</i>
2.1.2 SISTEMAS DE SALUD	<i>16</i>
2.1.2.1 Funciones	<i>16</i>
2.1.2.2 Descriptores de calidad en el sistema de salud	<i>18</i>
2.1.2.3 Modelos de Sistemas de Salud	<i>20</i>
2.1.2.3.1 Modelo de Seguro Social	<i>20</i>
2.1.2.3.2 Modelo Público Universalista.	<i>21</i>
2.1.2.3.3 Modelo privado	<i>21</i>
2.1.3 SERVICIOS DE SALUD	<i>22</i>
2.1.3.1 Descriptores de Calidad de los Servicios de Salud Individual	<i>23</i>
2.1.3.2 Red de servicios	<i>24</i>
2.1.4 ATENCIÓN DE SALUD	<i>25</i>
2.1.4.1. Promoción de la Salud	<i>25</i>
2.1.4.2. Prevención de la Salud	<i>26</i>
2.1.5. MODALIDADES DE ATENCIÓN	<i>27</i>
2.1.6. NIVELES DE COMPLEJIDAD.	<i>30</i>
2.1.7. SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS	<i>31</i>
2.1.7.1. Área de servicios Finales	<i>32</i>

2.1.7.2. Área de servicios intermedios	32
2.1.7.3. Área administrativa	32
2.1.7.4. Área de servicios generales de apoyo	33
2.1.7.5. Área de docencia e investigación	33
2.1.7.6. Características generales del proceso productivo.	33
2.1.8 ADMINISTRACIÓN	35
2.1.8.1 Evolución de la Administración.	36
2.1.8.2 Definiciones: Administración- Gerencia	42
2.1.8.3 Planificación	45
2.1.8.4. Organización	53
2.1.8.4.1 La Teoría de la Organización	53
2.1.8.4.2 El estudio de las Organizaciones	54
2.1.8.4.3 Las teorías actuales sobre la Organización	57
2.1.8.4.4 Organigrama	61
2.1.8.4.5 El hospital	61
2.1.8.4.5.1 Estructura Organizacional de los hospitales	62
2.1.8.4.6 La empresa sanitaria	64
2.1.8.4.7 Procesos	65
2.1.8.5 Gestión	68
2.1.8.6 Monitoreo y Evaluación	71
2.1.8.6.1 Tecnología Informática.	71
2.1.8.6.2. Sistemas de Información Gerencial.	72
2.1.8.6.3 Los sistemas de información gerencial en salud.	74
2.1.8.6.4 Datos, información e indicadores.	75
2.1.9 CALIDAD	78
2.1.9.1 Calidad en salud	79
2.1.9.2 Garantía de la calidad en salud	81
2.1.9.2.1 Licenciamiento.	81
2.1.9.2.2 Acreditación.	82
2.1.9.2.3 Certificación.	82
2.1.9.3 Gestión de la Calidad.	84
2.2 MARCO CONCEPTUAL	87
CAPITULO III	91
3. DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN	91
3.1 DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO NACIONAL	91
3.1.1 ESTABLECIMIENTOS, EGRESOS HOSPITALARIOS, CAMAS HOSPITALARIAS	93
3.1.2 CAMAS HOSPITALARIAS	98
3.1.3 EGRESOS HOSPITALARIOS	102
3.1.4 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD	104
3.1.5 DEFUNCIONES HOSPITALARIAS	114
3.2 CONTEXTO DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO (HEE)	123
3.2.1 ANALISIS INSTITUCIONAL Y ORGANIZACIONAL (AIO) HEE	123
3.2.1.1 Generalidades	123
3.2.1.2 I. Fuente de Datos Básicos	124
3.2.1.2.1 Administradores del Hospital Eugenio Espejo	124
3.2.1.2.2 Línea de Base. Documentos	126
3.2.1.2.3. Instalaciones Importantes	126
3.2.1.2.4. La Dinámica Interna	128
3.2.1.3 II. El Entorno de la Organización	132
3.2.1.3.1. Entorno Administrativo Legal en el cual Opera la Organización	132
3.2.1.3.2. Ambiente Tecnológico en el cual opera la Institución	133
3.2.1.3.3 Ambiente Político	134
3.2.1.3.4. Entorno Económico	135
3.2.1.3.5. Entorno Socio Cultural	137
3.2.1.3.6. Principales Involucrados e Interesados en la Organización	138
3.2.1.4 III. Historia de la Organización	140

3.2.1.4.1. Desarrollo de la Misión	140
3.2.1.4.2. Objetivos	141
3.2.1.4.3. Tipos de Investigación	142
3.2.1.4.4. La cultura de la Organización	142
3.2.1.5. IV. Capacidad de la Organización	145
3.2.1.6. V. Desempeño de la Organización	152
3.2.1.6.1. Indicadores Estadísticos-Producción 2006	152
3.2.1.6.2. Sistema de Financiamiento	157
3.2.1.7. Conclusiones	158
3.3 DIAGNOSTICO DE SITUACIÓN DEL HOSPITAL “EUGENIO ESPEJO” (H.E.E.)	159
3.3.1 GENERALIDADES	159
3.3.2 INDICADORES DE PRODUCCIÓN Y PERFIL EPIDEMIOLOGICO	160
3.3.3 SISTEMA DE FINANCIAMIENTO	175
3.3.4 RECURSOS FÍSICOS	177
3.3.4.1 Hospitalización	179
3.3.4.2 Emergencia	181
3.3.4.3 Consulta Externa	181
3.3.4.4 Quirófanos	182
3.3.4.5 Servicios de Apoyo	183
3.3.4.6 El Departamento Administrativo	183
3.3.5 RECURSOS HUMANOS	184
3.3.6 RECURSOS TECNOLÓGICOS	186
3.3.7 SISTEMAS DE INFORMACIÓN	186
3.4 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HEE	187
3.4.1 DEFINICIÓN DEL SERVICIO	187
3.4.2 PERFIL EPIDEMIOLOGICO	188
3.4.3 RECURSOS FÍSICOS	194
3.4.3.1 Hospitalización	195
3.4.3.1.1 Productividad.	197
3.4.3.2 Emergencia	198
3.4.3.3 Consulta externa	199
3.4.3.3.1 Productividad.	201
3.4.4 RECURSOS HUMANOS	201
3.4.5 RECURSOS TECNOLÓGICOS.	203
3.4.6 RECURSOS FINANCIEROS.	204
3.4.7 RECURSOS MATERIALES	205
3.4.8 SISTEMAS DE INFORMACIÓN	208
3.4.9 DIAGNÓSTICO DE LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA	209
3.4.9.1 Estándares Organización de la Atención Médica	209
3.4.9.2 Estándares de Áreas Técnicas y de Apoyo	223
3.4.10 DIAGNÓSTICO BASAL DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA HEE	236
3.4.10.1. Calificación del Servicio por Estándares y Grados	237
3.4.10.2. Calificación del Servicio por Calidad Técnica y Administrativa, Calidad Humana y Confort	239
3.4.10.3. Calificación del Servicio por Elementos de Estructura, Proceso y Resultado	240
CAPITULO IV	241
4. MODELO DE GERENCIA DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HEE	242
4.1 ANTECEDENTES	242
4.2. ORGANIZACIÓN HOSPITALARIA	243
4.2.1 RECURSOS FÍSICOS	244
4.2.2 RECURSOS FINANCIEROS	245
4.2.3 RECURSOS TECNOLÓGICOS	247
4.2.4 RECURSOS HUMANOS	248
4.2.5 SISTEMA INFORMACIÓN	251
4.2.6. PROCESOS	252
4.2.6.1. Tipos de Procesos	253

4.2.6.2. Características de los Procesos	253
4.2.6.3. Elementos Críticos de un Proceso	254
4.2.6.4. Fases de la implementación por Procesos	255
4.2.6.5. Procesos según Norma ISO 9001 – 2000	255
4.2.7 PROCESOS DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO	256
4.2.8 PROCESOS DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA	258
4.2.8.1 Cadena de Valor	259
4.2.9 CALIDAD EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA	275
4.2.9.1 Norma ISO 9001-2000	276
4.3. PLANIFICACIÓN BASADA EN BALANCED SCORECARD (BSC)	279
4.3.1 ANÁLISIS FODA DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HEE	281
4.3.1.1. Análisis Externo: oportunidades y amenazas	281
4.3.1.2. Análisis Interno: fortalezas y debilidades	284
4.3.1.3. Análisis DOFA	286
4.3.1.4. Ordenamiento de factores	287
4.3.1.5. Clasificación de factores según su naturaleza	287
4.3.1.6. Objetivos	291
4.3.1.7. Beneficios	292
4.3.1.8. Componentes	294
4.3.1.9. Perspectivas	294
4.3.1.10. Fases para la Implementación	294
4.3.1.10.1 Proceso de Formulación del Futuro	295
4.3.1.10.2 Identificar el enfoque del servicio a través de sus perspectivas	296
4.3.1.10.3 Definir los objetivos estratégicos	299
4.3.1.10.4 Graficar los objetivos estratégicos	299
4.3.1.10.5 Indicadores, metas e iniciativas estratégicas.	303
4.3.1.10.6 Identificar los vectores estratégicos	305
4.4 GESTIÓN	305
4.4.1. SELECCIÓN Y DEFINICIÓN DE LOS CLIENTES	306
4.4.2. SELECCIÓN Y DEFINICIÓN DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS	307
4.4.3. ESTIMACIÓN DEL POTENCIAL DEL SUBSISTEMA	307
4.4.4. IDENTIFICACIÓN Y SELECCIÓN DE LOS VALORES AGREGADOS	308
4.4.5. DETERMINACIÓN DE PROVEEDORES DE VALORES AGREGADOS PRINCIPALES Y SECUNDARIOS	308
4.4.6. GESTIÓN POR PROCESOS	309
4.4.6.1 Principios de la gestión de la calidad	309
4.4.7 EFICIENCIA DE LA GESTIÓN	311
4.4.8. GESTIÓN DE CONSULTA EXTERNA	311
4.4.9. GESTIÓN DE HOSPITALIZACIÓN	313
4.5 MONITOREO, CONTROL Y EVALUACIÓN	319
4.6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	324
4.6.1. CONCLUSIONES	324
4.6.2. RECOMENDACIONES	327
CAPITULO V	331
5. ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN	331
5.1. INTRODUCCIÓN	332
5.2. ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN	332
5.2.1. RAZONES DEL CAMBIO	334
5.2.2. CLAVES ESTRATÉGICAS	335
5.2.2.1 Estrategias Culturales	336
5.2.2.2 Estrategias organizacionales	336
5.2.2.3 Estrategias operativas	337
5.2.3 OBJETIVOS	338
5.2.4. DELIMITACIÓN DE LA PROPUESTA	339
5.2.4.1. Plan Operativo	339
5.2.5. METODOLOGÍA	340
5.2.6. ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA.	341

BIBLIOGRAFÍA	348
ANEXOS	354

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO No 1.-POBLACIÓN ESTIMADA, NÚMERO DE CAMAS DISPONIBLES Y DE DOTACIÓN NORMAL, EGRESOS HOSPITALARIOS, ÍNDICES Y TASAS. AÑOS 1986-2004	114
CUADRO No 2.- POBLACIÓN ESTIMADA, NÚMERO DE CAMAS DISPONIBLES, EGRESOS HOSPITALARIOS, ÍNDICES Y TASAS, SEGÚN REGIONES Y PROVINCIAS	117
CUADRO No 3A.- ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS, POR NÚMERO DE EGRESOS, DIA Y PROMEDIO DE ESTADA, NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES, DIA-CAMA, PORCENTAJE DE OCUPACIÓN Y GIRO DE CAMAS, SEGÚN SECTOR, ENTIDAD A LA QUE PERTENECE Y GRUPOS DE CAMAS	118
CUADRO No 3B.-ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS, POR NÚMERO DE EGRESOS, DIA Y PROMEDIO DE ESTADA, NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES, DIA-CAMA, PORCENTAJE DE OCUPACIÓN Y GIRO DE CAMAS, SEGÚN SECTOR PÚBLICO	119
CUADRO No 4.- NÚMERO DE CAMAS DISPONIBLES, DIAS-CAMA, PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE CAMAS, GIRO DE CAMAS, PROMEDIO DIARIO DE CAMAS OCUPADAS, SEGÚN CLASE DE ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS Y ENTIDAD A LA QUE PERTENECEN	122

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico No 1.- SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS	33
Gráfico No 2.- NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS	94
Gráfico No 3.- EGRESOS HOSPITALARIOS	95
Gráfico No 4.- CAMAS DISPONIBLES	96
Gráfico No 5.- ESTABLECIMIENTOS SEGÚN CLASE SECTOR Y ENTIDAD AÑOS 1998 y 2004	98
Gráfico No 6.- NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1998 y 2004	100
Gráfico No 7.- NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DE DOTACIÓN NORMAL, SEGÚN SERVICIOS AÑOS 1998 y 2004	102
Gráfico No 8.- NÚMERO DE EGRESOS HOSPITALARIOS SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1998 y 2004	104
Gráfico No 9.- DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD INFANTIL AÑO 2004	106

<i>Gráfico No 10.- DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD AÑO 2004</i>	108
<i>Gráfico No 11.- DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD MASCULINA AÑO 2004</i>	110
<i>Gráfico No 12.- DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD FEMENINA AÑO 2004</i>	112
<i>Gráfico No 13.- POBLACIÓN ESTIMADA, NÚMERO DE CAMAS DISPONIBLES, EGRESOS HOSPITALARIOS, ÍNDICES Y TASAS, AÑOS 2001-2004</i>	116
<i>Gráfico No 14.- NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS SEGÚN ENTIDAD A LA PERTENECEN, AÑO 2004</i>	121
<i>Gráfico No 15.- PRINCIPALES SOCIOS COMERCIALES</i>	136
<i>Gráfico No 16.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, INDICADORES DE PRODUCCIÓN AÑO 2005 2006</i>	152
<i>Gráfico No 17.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN INDICADORES DE PRODUCCIÓN AÑO 2005 2006</i>	153
<i>Gráfico No 18.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN INDICADORES DE PRODUCCIÓN AÑO 2005 2006</i>	154
<i>Gráfico No 19.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN DEFUNCIONES AÑO 2005 2006</i>	154
<i>Gráfico No 20.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO AÑO 2005 2006</i>	155
<i>Gráfico No 21.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, SERVICIOS DE APOYO AÑO 2005-2006</i>	156
<i>Gráfico No 22.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO, QUIRÓFANOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS AÑO 2006</i>	162
<i>Gráfico No 23.- MORBILIDAD POR GRUPOS DE EDAD DE ENERO A DICIEMBRE 2005</i>	164
<i>Gráfico No 24.- MORBILIDAD POR GRUPOS DE EDAD DE ENERO A DICIEMBRE 2006</i>	165
<i>Gráfico No 25.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO, LABORATORIO CLÍNICO, NÚMERO DE DETERMINANTES AÑO 2005</i>	167
<i>Gráfico No 26.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO, ALIMENTACIÓN, AÑO 2005</i>	170
<i>Gráfico No 27.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, OTROS SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO, AÑO 2006</i>	171
<i>Gráfico No 28.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD, AÑO 2006</i>	174
<i>Gráfico No 29.- ORGANIGRAMA SERVICIO DE PEDIATRÍA H.E.E.</i>	187
<i>Gráfico No 30.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO CIRUGÍA PEDIÁTRICA ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN MORBILIDAD POR GRUPOS DE EDAD. AÑO 2006</i>	189
<i>Gráfico No 31.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA, DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBIMORTALIDAD AÑO 2005</i>	191

<i>Gráfico No 32.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA, DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBIMORTALIDAD AÑO 2006</i>	192
<i>Gráfico No 33.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO PACIENTES ATENDIDOS POR CADA MÉDICO EN PEDIATRÍA DE CONSULTA EXTERNA AÑO 2005</i>	199
<i>Gráfico No 34.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA, AÑO 2007 CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA</i>	209
<i>Gráfico No 35.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA, AÑO 2007. REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA</i>	209
<i>Gráfico No 36.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA, AÑO 2007. HOSPITALIZACIÓN</i>	210
<i>Gráfico No 37.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. AÑO 2007. CONSULTA EXTERNA</i>	211
<i>Gráfico No 38.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. AÑO 2007. EMERGENCIAS</i>	212
<i>Gráfico No 39.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. AÑO 2007. LABORATORIO DE ANÁLISIS</i>	212
<i>Gráfico No 40.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. AÑO 2007. DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES</i>	213
<i>Gráfico No 41.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. AÑO 2007. BANCO DE SANGRE</i>	214
<i>Gráfico No 42.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. AÑO 2007. QUIRÓFANOS</i>	215
<i>Gráfico No 43.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. AÑO 2007 ANESTESIOLOGÍA</i>	215
<i>Gráfico No 44.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. AÑO 2007. CONTROL DE INFECCIONES</i>	216
<i>Gráfico No 45.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. AÑO 2007. CUIDADOS CRÍTICOS</i>	217
<i>Gráfico No 46.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. AÑO 2007. REHABILITACIÓN</i>	218
<i>Gráfico No 47.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. AÑO 2007. SERVICIO SOCIAL</i>	218
<i>Gráfico No 48.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. AÑO 2007. BIBLIOTECA</i>	219
<i>Gráfico No 49.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. AÑO 2007. ANATOMÍA PATOLÓGICA</i>	220
<i>Gráfico No 50.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. AÑO 2007. HEMODIÁLISIS</i>	220
<i>Gráfico No 51.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. AÑO 2007 ESTÁNDARES DE ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA</i>	221
<i>Gráfico No 52.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. AÑO 2007. NUTRICIÓN</i>	223
<i>Gráfico No 53.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. AÑO 2007. LAVANDERÍA</i>	223
<i>Gráfico No 54.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. AÑO 2007. SANEAMIENTO</i>	224
<i>Gráfico No 55.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. AÑO 2007. ESTERILIZACIÓN</i>	225
<i>Gráfico No 56.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. AÑO 2007. FARMACIA</i>	225

<i>Gráfico No 57.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. AÑO 2007. ENFERMERÍA</i>	226
<i>Gráfico No 58.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. AÑO 2007. REGISTROS Y ESTADÍSTICAS</i>	227
<i>Gráfico No 59.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. AÑO 2007. MANTENIMIENTO</i>	228
<i>Gráfico No 60.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. AÑO 2007. ESTRUCTURA FÍSICO FUNCIONAL</i>	228
<i>Gráfico No 61.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. AÑO 2007. INSTALACIONES SANITARIAS</i>	229
<i>Gráfico No 62.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. AÑO 2007. SISTEMA DE GASES</i>	230
<i>Gráfico No 63.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. AÑO 2007. GERENCIA HOSPITALARIA</i>	230
<i>Gráfico No 64.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. AÑO 2007. MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD</i>	231
<i>Gráfico No 65.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. AÑO 2007. ADMINISTRACIÓN Y RECURSOS HUMANOS</i>	232
<i>Gráfico No 66.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. AÑO 2007. SEGURIDAD E HIGIÉNE LABORALDAD</i>	233
<i>Gráfico No 67.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. AÑO 2007. SEGURIDAD GENERAL</i>	234
<i>Gráfico No 68.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. AÑO 2007. ESTÁNDARES DE ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO</i>	234
<i>Gráfico No 69.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA, CALIFICACIÓN DEL SERVICIO POR ESTÁNDARES Y GRADOS 2007. VALIDACIÓN DE LA CALIDAD</i>	237
<i>Gráfico No 70.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA, ACREDITACIÓN DEL SERVICIO POR ESTÁNDAR Y GRADO 2007</i>	238
<i>Gráfico No 71.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA, CALIFICACIÓN DEL SERVICIO POR CALIDAD TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA Y CALIDAD HUMANA Y CONFORT 2007</i>	239
<i>Gráfico No 72.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA, CALIFICACIÓN DEL SERVICIO POR ELEMENTOS DE ESTRUCTURA, PROCESO Y RESULTADO 2007</i>	240
<i>Gráfico No 73.- PROCESOS</i>	251
<i>Gráfico No 74.- PROCESOS DE CALIDAD A TRAVÉS DEL LIDERAZGO PARA EL CAMBIO Y MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA PRODUCTIVIDAD</i>	255
<i>Gráfico No 75.- DESCRIPCIÓN DE LOS PRINCIPALES PROCESOS EN EL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO</i>	257
<i>Gráfico No 76.- CADENA DE VALOR DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO</i>	258
<i>Gráfico No 77.- CLASIFICACIÓN DE FACTORES SEGÚN SU NATURALEZA, HOSPITAL EUGENIO ESPEJO SERVICIO DE PEDIATRÍA, PROGRAMACIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA</i>	

AÑO 2007	287
<i>Gráfico No 78.- OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y MAPA DE ENLACES CAUSA EFECTO HEE, PEDIATRÍA</i>	299
<i>Gráfico No 79.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA, MAPA ESTRATÉGICO</i>	300
<i>Gráfico No 80.- BALANCED SCORECARD, UNA ESTRUCTURA ESTRATÉGICA PARA LA ACCIÓN</i>	308
<i>Gráfico No 81.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA, INDICADORES RECURSO CAMA EGRESOS</i>	316
<i>Gráfico No 82.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA, INDICADORES, GIRO DE CAMA, PROMEDIO DÍAS PACIENTE</i>	317
<i>Gráfico No 83.- UN NUEVO SISTEMA GERENCIAL PARA IMPLANTAR LA ESTRATEGIA</i>	338

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No 1.- ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AÑO 2004	93
Tabla No 2.- NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS, EGRESOS HOSPITALARIOS, CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES SEGÚN REGIONES. AÑOS 1994-1998 Y 2004	94
Tabla No 3.- ESTABLECIMIENTOS SEGÚN CLASE SECTOR Y ENTIDAD AÑOS 1998 Y 2004	96
Tabla No 4.- NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1994-2004	99
Tabla No 5.- NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DE DOTACIÓN NORMAL, SEGÚN SERVICIOS AÑOS 1994 Y 2004.	101
Tabla No 6.- NÚMERO DE EGRESOS HOSPITALARIOS SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1994 Y 2004	103
Tabla No 7.- DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD INFANTIL AÑO 2004.	105
Tabla No 8.- DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD AÑO 2004	107
Tabla No 9.- DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD MASCULINA AÑO 2004	109
Tabla No 10.- DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD FEMENINA AÑO 2004	111
Tabla No 11.- DESGLOSE DE LAS MÁS IMPORTANTES CAUSAS DE MORBILIDAD INFANTIL DE LAS 10 PRINCIPALES DE LA LISTA DE 298 CAUSAS, AÑO 2004	113
Tabla No 12.- POBLACIÓN ESTIMADA, NÚMERO DE CAMAS DISPONIBLES, EGRESOS HOSPITALARIOS, ÍNDICES Y TASAS, AÑOS 2001-2004	115
Tabla No 13.- HEE, INDICADORES DE RENDIMIENTO, PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL PORCENTAJE A NIVEL NACIONAL, AÑO 2004	122
Tabla No 14.- DATOS MACRO ECONÓMICOS CONSOLIDADOS DEL ECUADOR	136
Tabla No 15.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN, INDICADORES DE PRODUCCIÓN AÑO 2005 - 2006	160
Tabla No 16.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO CIRUGÍAS POR ESPECIALIDADES AÑO 2005-2006	162

Tabla No 17.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, ÁREA DE CONSULTA EXTERNA, INDICADORES DE PRODUCCIÓN AÑO 2005 - 2006_____	163
Tabla No 18.- MORBILIDAD POR GRUPOS DE EDAD DE ENERO A DICIEMBRE 2005-2006_____	165
Tabla No 19.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO. AÑO 2005-2006_____	166
Tabla No 20.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, LABORATORIO CLÍNICO DETERMINANTES. AÑO 2005-2006_____	168
Tabla No 21.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, ALIMENTACIÓN. AÑO 2005-2006_____	169
Tabla No 22.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, OTROS SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO AÑOS 2005- 2006_____	171
Tabla No 23.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBIMORTALIDAD AÑOS 2005 - 2006_____	172
Tabla No 24.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD AÑOS 2005 – 2006_____	173
Tabla No 25.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, CÉDULAS DE GASTOS DE LOS AÑOS 2005-2006__	175
Tabla No 26.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PROMEDIO DE DISPONIBILIDAD DE CAMAS POR ESPECIALIDAD AÑOS 2005- 2006_____	179
Tabla No 27.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, DISTRIBUTIVO DE RECURSOS HUMANOS AÑO 2006_____	183
Tabla No 28.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO CIRUGÍA PEDIÁTRICA, ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN MORBILIDAD POR GRUPOS DE EDAD AÑOS 2005 2006_____	188
Tabla No 29.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA, DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBIMORTALIDAD AÑOS 2005 2006_____	190
Tabla No 30.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN PEDIATRÍA AÑOS 2005 2006_____	193
Tabla No 31.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA, ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN, INDICADORES DE PRODUCCIÓN AÑOS 2005 - 2006_____	197
Tabla No 32.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PACIENTES ATENDIDOS POR CADA MÉDICO EN PEDIATRÍA DE CONSULTA EXTERNA AÑOS 2005-2006_____	199
Tabla No 33.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA, ÁREA DE CONSULTA EXTERNA, INDICADORES DE PRODUCCIÓN AÑOS 2005-2006_____	200
Tabla No 34.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA, RECURSOS HUMANOS AÑO 2007__	201
Tabla No 35.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA, RECURSOS TECNOLÓGICOS AÑO 2007_____	203
Tabla No 36- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO PEDIATRÍA, ACTIVOS FIJOS AÑO 2006_____	204
Tabla No 37- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA, ESTÁNDARES, ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA AÑO 2007_____	222
Tabla No 38- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA, ESTÁNDARES, ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO AÑO 2007_____	235

Tabla No 39.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA, CALIFICACIÓN DEL SERVICIO POR ESTÁNDARES Y GRADOS 2007	237
Tabla No 40.-PRESTACIONES CUBIERTAS POR LA LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCIÓN A LA INFANCIA	246
Tabla No 41.- CÁLCULO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA	249
Tabla No 42.- PROGRAMACIÓN DE RR. HH. (MÉDICOS) EN CONSULTA EXTERNA	250
Tabla No 43.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA, OPORTUNIDADES	280
Tabla No 44.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA, AMENAZAS	282
Tabla No 45.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA, FORTALEZAS	283
Tabla No 46.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA, DEBILIDADES	284
Tabla No 47.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA, ANÁLISIS DOFA	285
Tabla No 48.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA, ORDENAMIENTO DE FACTORES SEGÚN MOTRICIDAD Y DEPENDENCIA	286
Tabla No 49.-TABLA BALANCEADA DE INDICADORES, HEE, PEDIATRÍA, BALANCED SCORECARD (BSC)	303
Tabla No 50.- HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, OFERTA DE CONSULTA EXTERNA PEDIÁTRICA	311
Tabla No 51.- PRODUCCIÓN PROPUESTA HOSPITALIZACIÓN DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA. HEE	315
Tabla No 52.- MODELO DE ORGANIZACIÓN HUMANA SEGÚN LIKERT	319

RESUMEN

Esta Tesis corresponde a un modelo de gerencia por procesos del servicio de pediatría del HEE consta de cinco capítulos cuyo desarrollo aborda un modelo eficaz, eficiente y efectivo, para satisfacer los objetivos institucionales y los requerimientos de los usuarios.

El Marco Teórico Conceptual levantado en el capítulo II, establece los principales elementos teóricos y conceptuales sobre todo considerando el hospital, como empresa social orienta sus acciones al cumplimiento de objetivos fijados en las políticas públicas de salud de un país; en esa estructura se incluyen elementos formales e informales, desde los canales de comunicación hasta los estilos directivos; sin olvidar que las organizaciones son flexibles y adaptables a los cambios del entorno. Actualmente el ciudadano demanda cada día con mayor insistencia mejores servicios públicos, eficaces y de calidad y exige un eficiente empleo de los recursos económicos; la toma de decisiones, se basa en la evolución, mejora y optimización de procesos.

En el capítulo III se presenta la situación hospitalaria a nivel nacional, el contexto del Hospital Eugenio Espejo (HEE), diagnóstico situacional del servicio de pediatría, destacándose el diagnóstico basal de la calidad; todo esto se realiza en base a datos estadísticos del INEC e institucionales. Los datos respecto a organización y calidad del servicio se obtuvieron de encuestas “Organización de la Atención Médica” y “Estándares de las Áreas Técnicas y de Apoyo” y la encuesta basada en el manual de vigilancia de la calidad respectivamente.

En la década de los 90, bajo el imperio de la globalización, cobra gran relieve el Management Estratégico y con ello la construcción de ciertos conceptos y herramientas, *Balanced Scorecard*, como herramienta gerencial metodológica, que traduce la estrategia en un conjunto de medidas de la actuación empresarial. Capítulo IV. El modelo toma en cuenta la planificación en base a un contenido organizativo de recursos y procesos, los principales objetivos son: alcanzar enfoque gerencial, desarrollar liderazgo, intervención estratégica, educar a la organización, fijar metas

estratégicas, alinear programas e inversiones para enlazarlo al sistema de incentivos y mejorar el sistema de indicadores actuales.

Lo expuesto en el capítulo IV permite concluir que los hospitales afrontan el desafío de adaptar su cultura institucional y sus modelos de organización y gestión para adquirir una nueva capacidad gerencial, con legitimidad y competitividad sobre la base de la productividad (eficacia, eficiencia, efectividad y satisfacción del usuario) con respuesta social a las demandas de la sociedad. Estrategia de implementación que se presenta en el capítulo V.

ABSTRACT

The present work corresponds to a management model by processes of the pediatrics service at EEH; the development of its chapters approaches the improvement of the hospital as a social enterprise, related to: The processes: reformulation; Service Management; demand support; Interinstitucionales relationships; Development of the corporative image. The conceptual and theoretical frame is presented in chapter II.

The hospital situation at national level, the context of the Eugenio Espejo Hospital and the situational diagnosis of the pediatric service is presented in chapter III

The pattern takes into account the planning based on an organizational process of resources and processes, called the **Balanced Scorecard** (BSC). Chapter IV; has allowed to reach the conclusion, that the hospitals require to adapt their institutional culture, their organization al models and administration to incorporate a social management and to acquire a management capacity. The strategic approach is presented in chapter V.

PRESENTACIÓN

El desarrollo de esta tesis corresponde a un modelo de gerencia por procesos de un servicio pediátrico hospitalario. El modelo se fundamenta en un enfoque gerencial moderno y centrado en la calidad y en la satisfacción del usuario, las tareas básicas de interpretar los objetivos institucionales mediante el proceso de planificación estratégica basada en el Balanced Scorecard; planear, organizar, dirigir y controlar el empleo de los recursos organizacionales para conseguir los objetivos con eficiencia y eficacia.

Planificación, para mejorar la calidad, el desarrollo institucional, el fortalecimiento de los recursos humanos e incrementar la calidad de vida de los grupos vulnerables; organización basada en la división del trabajo; la asignación coherente de los recursos, para que el sistema funcione integrada y satisfactoriamente; y mecanismos de operación para indicar lo que se debe y lo que no se debe hacer; gestión para definir los mecanismos de decisión y concordar los objetivos globales organizacionales y los específicos de los miembros que componen la organización; para definir como armonizar e integrar la misma.

La información que se presenta en los capítulos desarrollados fue extraída mediante consulta bibliográfica pertinente, datos estadísticos institucionales como: INEC-HEE y otros, y levantamiento de hallazgos mediante encuestas y entrevistas realizadas por la autora. Su elaboración es un esfuerzo de la misma para contribuir a fuentes de consulta en lo que a modelo de gestión hospitalaria de calidad se refiere y también convertirla en modelo de gestión para otros servicios hospitalarios tratando de que las explicaciones sean lo más claras posibles en la consecución del objetivo propuesto.

El avance considerable que han experimentado en los últimos tiempos los sistemas de gestión de calidad hospitalaria, exige una actualización permanente en esta rama del conocimiento. He aquí algunos temas de actualidad que el lector hallará suficientemente desarrollados.

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El **modelo de gerencia inadecuado en Servicio de Pediatría del HEE**, evidencia ineficacia e ineficiencia, impide mejorar la calidad de atención y optimizar los recursos existentes, aumenta costos tanto para la institución como para los usuarios, disminuye la cobertura; obstaculizando la satisfacción de los objetivos institucionales y de los requerimientos de los usuarios.

Escasa **planificación** estratégica y plan operativo anual en el Servicio de Pediatría en el Hospital Eugenio Espejo que impide una relación adecuada entre la oferta y la demanda la cual causa insatisfacción del cliente externo e interno.

Existe un plan estratégico a nivel del hospital, pero no a nivel del servicio, lo cual impide una asignación de los recursos humanos, físicos, económicos, logísticos y de la capacidad física misma; al no existir un plan operativo anual, no existen metas ni indicadores, en función de tiempos y responsables, para satisfacer los requerimientos de la demanda; se cuenta con informes anuales de las actividades del servicio, los cuales de igual forma son realizados por la líder de enfermería del servicio con apoyo de las enfermeras miembros de equipo, ya que a decirse del personal médico poco o nada demuestran interés por tales documentos.

Existe una **estructura orgánica** funcional con escasa racionalización de recursos humanos, físicos, económicos y financieros, lo cual contribuye a una inadecuada distribución y asignación de los mismos en el Servicio de Pediatría del HEE, cuyo déficit deteriora la calidad de atención y evidencia ineficiencia, causando insatisfacción de usuarios internos y externos.

Por tanto existe una inadecuada distribución de recursos, humanos, físicos, tecnológicos, financieros y logísticos, ya que no guardan relación entre la oferta y la demanda; líderes no comprometidos, con escasos conocimientos de gerencia hospitalaria. Esta realidad desencadena una necesidad de mejorar técnicamente la gerencia del mencionado servicio como una estrategia para el mejoramiento de la calidad de atención y por ende de la salud de la población a la que proporciona sus servicios.

El número inadecuado de recursos humanos en el servicio, en el caso de los médicos residentes de pediatría, que realizan turnos cada tercer día, suelen a menudo renunciar, por cuanto son sólo asistenciales y en la mayoría de los casos encuentran mejores oportunidades de trabajo o en el mejor de los casos optan por los postgrados; igual sucede con los internos rotativos de medicina, ya que existen variaciones en número de acuerdo a la asignación realizada en cada período, quizá esto tiene que ver directamente con la escasa planificación que existe en este servicio o posiblemente se deba a una inadecuada relación con las universidades, facultades de medicina y escuelas de postgrado, existe una falta de médicos pediatras de las subespecialidades lo cual ocasiona una falta de continuidad en el proceso de atención al usuario ocasionándole una insatisfacción, el personal de enfermería cubre únicamente el turno en el día, en tanto que la noche la atención está solamente a cargo de personal auxiliar de enfermería, no se ha dado la importancia pertinente, tomando en cuenta que se trata de un grupo vulnerable de la población, niños y adolescentes, el personal auxiliar administrativo, encargado de la limpieza del servicio, por lo regular trabajan sólo en el horario de 7h 30 a.m. a 14h., esto, se debe a que son nada más que 2 personas, situación que causa incomodidad y descontento en los usuarios tanto internos como externos por la falta una limpieza permanente. Es importante mencionar que el mismo personal que brinda atención en el área de hospitalización también presta sus servicios en el área de emergencia.

En cuanto a la distribución de la planta física, hay una subutilización de los espacios, debido a que las habitaciones que se pueden utilizar para los pacientes

son ocupadas para otros fines como vestuarios, residencia médica y de internos rotativos de medicina; también es trascendental señalar que el área de emergencia se encuentra adaptada en la misma área de hospitalización, aludiendo a que por tratarse de este grupo etéreo no es conveniente que se encuentre en el espacio de emergencia del hospital, esto ocasiona molestias causadas por la demora en la atención ya que primero debe llegar el paciente a la ventanilla de estadística de emergencia, hacer llenar los datos en la hoja No 008 y luego subir al séptimo piso, lugar en donde será valorado.

La **gestión** ineficaz e ineficiente en el Servicio de Pediatría del HEE, genera un incremento en el tiempo de atención, número de contactos, costos y morbilidad, lo cual ocasiona insatisfacción de los usuarios internos y externos. La ausencia de un espacio adecuado para brindar atención a las emergencias pediátricas, en el área de emergencia del hospital, también denota una inadecuada gestión para obtener el espacio propicio y desarrollar tal actividad.

En el año 2006, en hospitalización, la producción se caracteriza por: 694 egresos hospitalarios, 6 defunciones, 169 Ínterconsultas, total días estada 4.009, total días paciente 4.838, días camas disponibles 5.383, giro de camas 47,1, intervalo de giro 0,8, promedio días paciente 13,3, porcentaje de ocupación 89,9%, promedio diario de egresos 1,9, promedio días estada 5,8, promedio diario de camas disponibles 15, tasa de mortalidad 0,4. El número de pacientes atendidos en cirugía pediátrica 321, defunciones 3, ínterconsultas 42, promedio días estada 5,4, giro de camas en cirugía pediátrica 31,8, promedio días paciente 5,8, porcentaje de ocupación 57,3%, promedio diario de camas disponibles 10, tasa de mortalidad 0,6. total días estada 1.719, total días paciente 2.107, días camas disponibles 3.679, giro de cama 31,8, intervalo de giro 4,9, promedio días paciente 5,8, promedio días estada 5,4, promedio diario de camas disponibles 10, tasa de mortalidad 0,6.

En consulta externa, los indicadores de producción se presentan de la siguiente manera: número de consultas en pediatría 8.424 de las cuales 5.843 son primeras consultas, 2.577 son subsecuentes y 4 solicitudes de ínterconsulta, cirugía

pediátrica 1.116 consultas, primeras consultas 521, consultas subsecuentes 594 y 1 solicitud de íterconsulta.

Información inadecuada que impide realizar el **monitoreo y evaluación** para una toma de decisiones acertada, para mejorar la calidad de atención en el Servicio de Pediatría del HEE.

El sistema de información es manual, a través de formularios, censos, partes diarios, los cuales se remiten a estadística a fin de que los condense y a su vez esta los envíe a la Dirección Provincial de Salud de Pichincha; sin el análisis ni la retroalimentación de la información, de allí es que no se tienen datos y peor indicadores en el Servicio, los usuarios tanto internos como externos, poco o nada conocen de los resultados obtenidos en este servicio.

1.2 FORMULACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe la posibilidad de desarrollar un modelo de gerencia por procesos eficaz y eficiente, que permita mejorar la calidad de atención, optimizar los recursos (eficiencia), aumentar la cobertura en el Servicio de Pediatría del HEE para satisfacer los objetivos institucionales y los requerimientos de los usuarios?

¿Existe la posibilidad de desarrollar una planificación estratégica en el Servicio de Pediatría del HEE, a fin de determinar líneas gerenciales que guíen la conducción del mismo para el mejoramiento de la calidad y la consecución de la modernización del servicio?

¿Será posible racionalizar y optimizar los recursos humanos, físicos, económicos y financieros para contribuir a una distribución y asignación equitativa al servicio de Pediatría del HEE, que supere el déficit existente, elevar el nivel de la calidad de atención y alcanzar la eficacia?

¿Cómo desarrollar una gestión por procesos eficaz y eficiente en el Servicio de Pediatría del HEE con la finalidad de acortar tiempos de atención, disminuir contactos, costos y morbilidad para alcanzar eficiencia y eficacia?

¿Cómo adaptar un sistema de información que permita el monitoreo y evaluación con una acertada toma de decisiones sobre el mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de Pediatría del HEE?

Si un servicio de tal índole no tiene un plan de gestión no puede contribuir al logro de objetivos institucionales y al cambio de la gestión hospitalaria.

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un modelo de gerencia por procesos eficaz y eficiente, que permita mejorar la calidad de atención en el Servicio de Pediatría del Hospital Eugenio Espejo, optimizar los recursos existentes, disminuir costos, incrementar la cobertura para satisfacer los objetivos institucionales y los requerimientos de los usuarios.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desarrollar un proceso de planificación estratégica en el Servicio de Pediatría del HEE a fin de determinar líneas estratégicas que guíen la conducción del mismo, para el mejoramiento de la calidad y la consecución de la modernización del servicio, que permita satisfacer los requerimientos del usuario interno y externo.
- Desarrollar una estructura ágil y dinámica que articule y racionalice los recursos humanos, físicos, económicos y financieros, en el Servicio de

Pediatría del HEE, para mejorar la calidad de atención y satisfacer los requerimientos de los usuarios internos y externos.

- Establecer un modelo de gestión por procesos eficaz y eficiente en el Servicio de Pediatría del HEE que permita mejorar los tiempos de atención, contactos, costos y morbilidad a fin de satisfacer los requerimientos de los usuarios internos y externos.
- Desarrollar un sistema de información que permita el monitoreo y evaluación para una acertada toma de decisiones sobre el mejoramiento de la calidad de atención en el Servicio de Pediatría del HEE.

1.4 JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

1.4.1 JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

Actualmente la administración y la gerencia moderna se basan en la planificación estratégica; procesos organizacionales flexibles de acuerdo a la tendencia del mercado, la competencia y la calidad; la gestión busca la eficacia y la eficiencia a través de modernos sistemas de información sustentados en la tecnología actual para el monitoreo y la evaluación, lo cual ha permitido una oportuna y certera toma de decisiones en la gestión hospitalaria que ha escalado mucho más que la de nuestro medio, con resultados favorables tanto para la institución como para la sociedad.

El presente estudio se realizará porque es necesario y urgente desarrollar e implementar un modelo de gestión eficaz y eficiente en el servicio de Pediatría del HEE que permitirá coordinar todos los recursos a través del proceso de planificación, organización, dirección y control a fin de lograr los objetivos establecidos, una gestión deslindada de la tradicional, en definitiva conducir la organización hacia la consecución de sus objetivos que deben estar bien definidos para todo el personal; porque posibilitará asignar los recursos humanos,

materiales, financieros y de tiempo, y de esta manera alcanzar los mejores resultados con el menor costo posible, mejorar la calidad de atención, esperando que la misma logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios, incrementar la cobertura, para asegurar a cada usuario un servicio asistencial adecuado, es decir generar un mercado altamente competitivo para la satisfacción del cliente y de la propia organización.

En la construcción del modelo se aplicará una herramienta metodológica que permitirá traducir la visión de la organización, expresada a través de su estrategia, en términos y objetivos específicos para su difusión a todos los niveles, estableciendo un sistema de medición del logro de dichos objetivos, es conocida internacionalmente como el **Balance Scorecard**, aun cuando en español se le denomina con diversos vocablos: Tablero de comando, tablero de mando, cuadro de mando, cuadro de mando integral, sistema balanceado de medidas; es la principal herramienta metodológica que traduce la estrategia en un conjunto de medidas de la actuación empresarial, las cuales proporcionan la estructura necesaria para un sistema de medición que permite definir y desarrollar las estrategias que deben emprender las empresas con el fin de lograr sus objetivos a corto, mediano y largo plazo.

1.4.2 JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

El uso de ciertos instrumentos como la lluvia de ideas o brainstorming permitió detectar los problemas, los cuales fueron consensuados y priorizados para luego explicitar el árbol de problemas en base al Marco Lógico dando como resultado que la mayoría de problemas estaban relacionados con la inadecuada gestión del servicio, una deficiente planificación estratégica. La técnica de Marco Lógico permitió establecer los objetivos estratégicos, concluyendo que la solución al problema existente tiene como objetivo general desarrollar e implementar un modelo de gerencia eficaz y eficiente en el servicio de Pediatría del HEE.

Mediante la revisión bibliográfica utilizando el método analítico sintético se construirá el Marco Teórico Conceptual que permitirá establecer ciertos

instrumentos que podrán ser utilizados o adaptados para el diagnóstico y construcción del modelo. También se recopilará información y sistematización en el diagnóstico de situación.

Se empleará la matriz DAFO para realizar el análisis interno (debilidades y fortalezas) y el análisis del entorno (oportunidades y amenazas), que establecerá las principales líneas de acción que surgirán como conclusión del análisis DAFO, estas estarán orientadas a corregir las debilidades, afrontar amenazas, potenciar fortalezas y aprovechar las oportunidades; se recurrirá a una planificación estratégica que dé acciones resultantes, objetivos generales y específicos, actividades (qué, cuándo, dónde y con qué se hace); responsables (quién lo hace), metas (criterios de éxito); información de resultados deseados: indicadores de monitoreo (seguimiento de acciones, porcentaje de cumplimiento), de evaluación, impacto sobre el problema.

Para implementar el modelo se aplicará el *Balanced Scorecard*, como la principal herramienta metodológica que traduzca la visión y estrategia corporativa, en un conjunto de medidas de la actuación, las cuales proporcionen la estructura necesaria para un sistema de gestión y medición, permitiendo estructurar el proceso de planificación, vinculando la gestión a través de los indicadores, para satisfacer el requerimiento planteado en el objetivo central y obtener como resultado lo planteado en la hipótesis.

1.4.3 JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

Dada la situación actual del Servicio de Pediatría del HEE, modelo de gestión inadecuado, el proyecto se desarrollará porque es necesario aprovechar los conocimientos académicos, científicos, técnicos metodológicos para optimizar recursos y cumplir con los objetivos institucionales, es decir incrementar la cobertura, brindar atención de calidad, ofertar servicios de eficacia y eficiencia a un menor costo para una satisfacción de los usuarios y de la organización, con un alto grado de excelencia profesional, el uso eficiente de recursos existentes, un

mínimo de riesgos para el cliente y finalmente un impacto positivo en la salud y por ende en la sociedad.

Este trabajo servirá de modelo para la gestión de los distintos servicios que conforman el HEE, así como también para otros servicios de Pediatría de otras instituciones de salud del país, sean estas públicas o privadas, en sí proveerá información que puede ser utilizada para tomar medidas tendientes a mejorar o realizar benchmarking o para confrontar la teoría sobre el tema.

1.5 HIPÓTESIS DE TRABAJO

1.5.1 HIPÓTESIS GENERAL

Si se desarrolla un modelo de gerencia por procesos eficaz y eficiente, que permita mejorar la calidad de atención en el Servicio de Pediatría del HEE, entonces se logrará mejorar la calidad de atención, optimización de los recursos existentes, aumentar la cobertura, disminuir costos tanto para la institución como para los usuarios; facilitando de esta manera la satisfacción de los objetivos institucionales y de los requerimientos de los usuarios.

1.5.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICOS

- Si se desarrolla una planificación estratégica en el Servicio de Pediatría del HEE, que facilite la conducción gerencial del mismo entonces se logrará determinar pautas que guíen la conducción gerencial del mismo para el mejoramiento de la calidad y la consecución de la modernización del servicio permitiendo la articulación de los requerimientos del usuario interno y externo.
- Si se logra desarrollar las condiciones de una propuesta que articule y racionalice los recursos humanos, físicos, económicos y financieros, en el Servicio de Pediatría del HEE. entonces se logrará elevar el nivel de la

calidad de atención y satisfacer los requerimientos de usuarios internos y externos.

- Si se logra desarrollar un modelo de gestión por procesos eficaz y eficiente en el Servicio de Pediatría del HEE, entonces se logrará mejorar su calidad de atención y satisfacer los requerimientos de los usuarios internos y externos.
- Si se consigue desarrollar un sistema de información que permita el monitoreo y evaluación, entonces se logrará una acertada toma de decisiones en el mejoramiento de la calidad de atención en el Servicio de Pediatría del HEE.

1.6 ASPECTOS METODOLÓGICOS

El presente estudio para su desarrollo utilizó ciertas herramientas como el marco lógico para la formulación del proyecto a través de un enfoque integral de la realidad a través de la observación directa, reconociendo los problemas y sus causas, estableciendo relaciones y sistematizaciones, luego jerarquizando y priorizando los mismos, analizando los prioritarios así como también las diversas soluciones posibles, utilizando modelos que se pondrán a prueba, tomando en cuenta opiniones y sugerencias de expertos conocedores del tema.

En el árbol de problemas se trató de explicar las principales relaciones causa efecto, es decir determinando condiciones que influyen sobre la presencia del problema, en base a esto se construyó el árbol de objetivos, posteriormente se definieron las hipótesis, se realizó una investigación bibliográfica basada en el método analítico sintético para elaborar el marco teórico, proceso de sistematización en la realización del diagnóstico de situación permitiendo un estudio minucioso de confrontación entre fortalezas y debilidades de la organización frente al problema o proyecto deseado, a través de instrumentos (matrices gerenciales) indicadores concretos y correlacionados que serán adaptados o utilizados tanto en la elaboración del diagnóstico de situación como

en la construcción del modelo de gestión para finalmente realizar un análisis, conclusiones y generar recomendaciones de modo que en su conjunto el método analítico sintético proporcione elementos generales que permitan dichos procesos coadyuvando a cumplir el objetivo de estudio.

El estudio será descriptivo identificando los índices importantes de análisis y determinando la influencia de estos índices, el comportamiento de los factores analizados, sus características e influencias para alcanzar la eficacia y la eficiencia en la atención al cliente en el Servicio de Pediatría del HEE. Para satisfacer los objetivos institucionales y los requerimientos de los usuarios.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 SALUD – ENFERMEDAD

“...Según la OMS. “Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no consiste solamente en la ausencia de enfermedad...”¹

“...La salud tanto en su concepción individual como colectiva es producto de complejas interacciones entre procesos biológicos, ecológicos, culturales y económicos sociales que se dan en la sociedad, por lo tanto está determinada por la estructura de la dinámica y la sociedad, por el grado de desarrollo de sus fuerzas productivas, por el tipo de relaciones sociales que establece, por el modelo económico, por la forma de organización del Estado y por las condiciones en que la sociedad se desarrolla como son el clima, la ubicación, el suelo, las características geográficas y los recursos naturales disponibles...”²

El concepto de **salud enfermedad** es construido socialmente, en forma colectiva, con una lógica compleja donde se articulan visiones sociales e individuales, determinadas en gran medida por las diferencias culturales. Por tanto es un concepto evolutivo, dinámico y no es el mismo para toda la humanidad.³

¹ Breilh Jaime, Nuevos conceptos y técnicas de investigación, guía pedagógica para un taller de metodología. Quito, Centro de estudios y Asesoría en salud. CEAS. Segunda edición 1999.

² Organización Panamericana de la Salud .Planificación Local Participativa: Metodologías para la promoción de la Salud en América Latina y el Caribe, 1999, Washington D.C.

³ *Ibid.*, pp. 11

La salud como todo proceso tiene fenómeno y esencia, es determinado, experimentando distintas formas de regularidad, y que estas cambian y se condicionan y transforman mutuamente; que existe unidad social-biológica en el ser social con subunción de lo biológico; que la relación genotipo-fenotipo-ambiente es dialéctica y conforma un patrón de transformaciones mutuas permanentes; y por ultimo, que existe una contradicción permanente entre los aspectos saludables y destructivos de la vida humana que determinan el desenvolvimiento epidemiológico.⁴

2.1.1.1 Determinantes de la Salud

Los determinantes de la salud son todos aquellos factores que ejercen influencia sobre la salud de las personas y actuando e interactuando en diferentes niveles de organización, determinan el estado de salud de la población, conforman así un modelo que reconoce el concepto de que el riesgo epidemiológico está determinado individualmente tanto histórica como socialmente; la relación entre los determinantes de la salud y el estado de salud es, por ello, compleja e involucra a muchos niveles de sociedad que, abarcan desde el nivel microcelular hasta el macroambiental.

Entre los factores determinantes están: factores biológicos y causal genético, factores individuales y preferencias en estilos de vida, influencias comunitarias y soporte social, accesos a servicios de atención de salud, condiciones de vida y de trabajo, condiciones generales, socios económicos, culturales y ambientales.⁵

2.1.1.2 Epidemiología

⁴ Breilh, *Op. Cit.*, pp: 240

⁵ Organización Panamericana de la Salud, *Op. Cit.*, pp: 214

Epidemiología es el estudio de la frecuencia y distribución de los eventos de salud y de sus determinantes en las poblaciones humanas, y la aplicación de este estudio en la prevención y control de los problemas de salud.⁶

El amplio marco que delimita el modelo de determinantes de la salud impone la necesidad de desarrollar y aplicar conceptos, métodos e instrumentos epidemiológicos de complejidad creciente a fin de comprender mejor y modificar positivamente la situación de salud de la población. No obstante, todo ello descansa en el dominio de los principios de la epidemiología moderna para el control de enfermedades. “Simultáneamente la globalización de las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes impone con la misma urgencia la necesidad de fortalecer las capacidades de respuesta epidemiológica desde los servicios locales de salud para construir un marco de seguridad sanitaria global”⁷; estas, entre otras situaciones reafirman la necesidad de capacitación en epidemiología básica y aplicada a la realidad cotidiana de los servicios de salud.

Lo anterior permite enmarcar algunos de los aspectos donde la epidemiología contribuye, entre ellos: vigilar las tendencias de mortalidad, morbilidad y riesgo y monitorear efectividad de los servicios de salud, identificar determinantes, factores y grupos de riesgo en la población, priorizar problemas de salud en la población, proporcionar evidencia para la selección personal de políticas, intervenciones y servicios de salud, así como para la asignación eficiente de recursos y evaluar medidas de control e intervenciones sanitarias y respaldar la planificación de los servicios de salud.

2.1.1.3 Perfil Epidemiológico

En los últimos cien años en los países industrializados, se produce un cambio importante en el perfil de mortalidad; actualmente, las causas más importantes de muerte son las enfermedades cardiovasculares y neoplasias malignas, mientras

⁶ *Ibid.*, pp: 46

⁷ *Ibid.*, pp: 12-14.

que las enfermedades transmisibles, como neumonía e influenza, son responsables de una reducida proporción de las defunciones. Los países no industrializados presentan diferente evolución; en ellos persisten las enfermedades transmisibles y la desnutrición como causa de morbilidad y mortalidad, observándose simultáneamente un importante aumento de la mortalidad por enfermedades no transmisibles. Estos cambios de perfil han tenido efectos sobre la forma de respuesta de los servicios de salud; la caracterización epidemiológica de las enfermedades permite conocer su naturaleza y comportamiento y decidir el tipo de respuesta necesaria para su control.

Sin embargo el espectro de las enfermedades transmisibles también está evolucionando rápidamente en relación con un conjunto de fuertes cambios sociales y ambientales contemporáneos; el crecimiento poblacional con expansión de pobreza y migración urbana, la globalización de la tecnología; el incremento de viajes y comercio internacional son, entre otros, cambios que afectan de exposición y susceptibilidad de agentes infecciosos.

Un hecho relevante en tiempos recientes es la aparición de enfermedades transmisibles nuevas o desconocidas y el resurgimiento de otras que ya estaban o que se creía que estaban controladas; a estas enfermedades transmisibles se les llama emergentes y reemergentes; las enfermedades emergentes pueden resultar por cambios o evolución de los organismos existentes; las enfermedades transmisibles pueden reemerger debido al desarrollo de resistencia de los agentes infecciosos existentes a los antibióticos convencionales y a los de nueva generación como en el caso de la gonorrea, malaria y el neumococo, también pueden reemerger por aumento de la susceptibilidad del huésped inmunodeprimido, por factores tales como la desnutrición o la presencia de otras enfermedades como el cáncer y el SIDA, que disminuyen la resistencia, de agentes infecciosos como el bacilo tuberculoso y la Leishmania; otra causa puede ser el debilitamiento de las medidas de salud pública adoptadas para infecciones previamente controladas.

“...Tomando en cuenta lo descrito una de las tareas de la epidemiología es la organización y descripción de los datos colectados, para lo cual se utilizan las variables epidemiológicas; caracterizando los procesos saludables y destructivos, a fin de intervenir frente a la salud, mediante acciones de promoción (potenciar la salud); frente a la enfermedad y muerte a través de acciones de prevención profunda...”⁸

2.1.2 SISTEMAS DE SALUD

Sistema de Salud es el conjunto de sectores y subsectores que concurren a mantener y a perfeccionar la salud de la población, un sistema de salud abarca todos los recursos que el país, estado o comunidad dedica a la promoción de la salud, a la prevención de las enfermedades y a la recuperación de la salud, incluyendo todas las organizaciones sanitarias; es el resultado de la interacción o la relación que surge entre la comunidad que tiene necesidad de salud y la respuesta de la sociedad en forma de políticas y organización de servicios.⁹

2.1.2.1 Funciones

Los sistemas de salud tienen cuatro funciones: rectoría, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios.

La rectoría es interpretada como la conducción y regulación del sistema, es el ejercicio de rectoría sectorial a través de la autoridad sanitaria nacional, regional y local, según corresponda a la organización de cada país; como función esencial de la rectoría esta la modulación y como modulador del sistema de salud el estado, es responsable de: conducir el sector, regular el sector, y ejecutar las funciones esenciales de salud pública.

⁸ *Ibid.*, pp: 48

⁹ Díaz. Muñoz, AR. Lima Quintana, L.; Lebcovich, MS., “Sistemas de Salud en proceso de reforma”. Organización Panamericana de la Salud. O.M.S.1995.

La conducción del sector salud involucra las acciones de regulación y ejecución de las funciones esenciales de salud pública, regular el sector salud es establecer reglas o regulaciones que le den al sistema coherencia con los objetivos políticos, ejecutar las funciones de salud pública se refiere al desarrollo de las funciones propias de la autoridad sanitaria.

Funciones esenciales de salud pública:

- Realizar el seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud.
- Realizar la vigilancia de la salud pública: Investigación y control de riesgos y daños en la salud pública.
- Realizar tareas de promoción de la salud.
- Promover la participación de los ciudadanos en la salud.
- Desarrollar políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia salud pública.
- Fortalecer la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública.
- Evaluar y promover el acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.
- Desarrollar recursos humanos y capacitarlos en salud pública.
- Garantizar la mejora de la calidad de los servicios de salud; individuales y colectivos.
- Promover y realizar investigación en salud pública.
- Promover la reducción del impacto en salud, de las emergencias y desastres.

La función de financiamiento se refiere a la recaudación y distribución de los recursos para el funcionamiento del sistema, esto es quién paga, como se recolectan los recursos económicos y como se aplican o distribuyen, esta es: función indelegable del estado en función de la rectoría:

- Financiar el desarrollo de las actividades y servicios de salud pública para toda la población del país.

- Garantizar el financiamiento de la atención de salud a los grupos poblacionales más desprotegidos.
- Establecer las políticas necesarias para garantizar que las diversas modalidades de financiamiento (impuestos, aportes de empleados y empleadores y privados) tengan la complementariedad necesaria para garantizar a todos los habitantes el acceso equitativo a servicios de salud de calidad.¹⁰

El **Aseguramiento** "...Es la garantía efectiva de la protección en salud y del acceso de todos los ciudadanos a todos los servicios de salud de calidad sin distinción de posición social, capacidad de pago, raza, género creencias religiosas, credo político o cualquier otra condición social. En este sentido el aseguramiento universal es la garantía del derecho de toda la población a recibir atención colectiva e individual de calidad en salud...".¹¹

La Provisión de servicios es deber indelegable del estado procurar la armonización de los servicios de salud (públicos y privados) con un grado razonable de complementariedad de la capacidad instalada y una garantía para los usuarios de condiciones básicas de calidad; proveer Servicios de Salud; donde no existan condiciones para el desarrollo del mercado, poblaciones alejadas y sin escala.

2.1.2.2 Descriptores de calidad en el sistema de salud¹²

Los descriptores de calidad en el sistema de salud ¹³ son: responsabilidad, pertinencia, efectividad, eficiencia, integración, sistemas de información, separación de funciones, participación y comunicación y gestión sistémica.

¹⁰ Fundación Isalud. Instituto Universitario Isalud. Diplomado Superior En Gerencia de Hospitales. Ecuador, Diciembre 2002/ Abril 2003. Módulo 1. Sistemas de Salud.

¹¹ Alleyne; G."A vision for health system in the Americas". En: Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 8 Nos 1-2 Julio-Agosto 2000.

¹² Placencia Marcelo, Salud para el Bienestar y Desarrollo en Quito del Siglo XXI. 2001. Quito-Ecuador

¹³ Ibid., pp: 44

Responsabilidad, comprende la 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 consensuados.

Eficiencia, complementariedad y comunicación entre niveles, sin vacíos, traslapes ni repeticiones.

Integración, proveedores y otros actores interactuantes, 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 permita monitorizar los estándares éticos y técnicos.

Separación de funciones entre: proveedores, 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 escucha, la rendición de cuentas y la transparencia en forma pertinente al sistema entero con equidad de nivel económico, de género, geográfica y demográfica.

Gestión sistémica, mecanismo suficiente para mantener la operatividad descentralizada, con centralización de controles, de normatividad y de políticas, con eficiencia, participación comunitaria, intersectorialidad, interacción con todos sus actores y financiación coherente.

Financiamiento: Se vincula con las distintas fuentes de financiación, recursos disponibles y utilización por parte del sistema de salud, Cuentas Nacionales de Salud: flujo de fondos a través del sistema de salud, desde sus fuentes, a través de los agentes financieros, hacia los proveedores y las funciones: quién paga, cuánto y en qué servicios.

Prestación, esta función esta vinculada con proveedores públicos, privados o mixtos, subcontratación, prestación, condiciones de la prestación, y mecanismos de pago a proveedores.

Aseguramiento: Esta función asume el rol para definir población(es); afiliación, definir prestaciones; conjuntos/paquetes, ajustar prima y riesgo (Risk pooling), captar y administrar recursos; tesorería, comprar servicios; y mecanismos de pago a proveedores.

2.1.2.3 Modelos de Sistemas de Salud

En el mundo se reconocen tres modelos de sistemas de salud de acuerdo a las fuentes de financiamiento, población cubierta y propiedad de la provisión de servicios.

2.1.2.3.1 Modelo de Seguro Social

Este modelo corresponde al IESS., tiene cobertura universal, financiamiento público a través de un seguro social y provisión privada de servicios; el modelo de seguro social tiene sus orígenes en Alemania a fines del siglo pasado, se crea en la década de 1881-1890, con el objetivo de aumentar la eficiencia en la producción industrial alemana, atacando uno de los principales problemas de baja productividad: la pérdida de días laborables por enfermedad o accidente; el objetivo del Seguro Social era proteger al trabajador por una contingencia ajena a su voluntad, o accidentes, enfermedad o vejez, no podía transar en el mercado, ser fuerza laboral y consecuentemente sufría marginación social.

Características del modelo de salud social son: cobertura universal y obligatoria, financiamiento compulsivo, aportes de empleados y empleadores con mecanismo contributivo por escalas salariales, gestión pública y/o privada, existe un plan de salud único, la provisión de los servicios y la provisión de estos es estatal y privada, el pago a los profesionales es variable. Agregados (capitas y salarios) y desagregados (prestaciones y módulos).

2.1.2.3.2 Modelo Público Universalista.

Con cobertura universal, financiamiento a través de impuestos y provisión pública de servicios, a través de hospitales públicos y médicos asalariados. El modelo público universalista corresponde al sistema nacional de salud que cubrirá por completo las necesidades sanitarias de todos los ciudadanos, es financiado por el Estado.

Características del modelo de salud universalista: cobertura universal, la financiación es por impuestos, la gestión es estatal, el plan de salud es único, la provisión de la salud y la propiedad de estos es estatal, los médicos son asalariados o retribuidos por cápita.

La provisión de servicios se hace por médicos que desarrollan programas específicos, centros de salud y hospitales de propiedad estatal; integra como gasto fijo un presupuesto que se calcula en forma previa; la función de compra es reemplazada por presupuestos, esto conduce a la falta de incentivos para ser más eficientes y elevar el nivel de satisfacción a ciertas expectativas de la población en particular de la franja de alto nivel socio-cultural y adquisitivo.¹⁴

2.1.2.3.3 Modelo privado

¹⁴ Díaz. Muñoz, *Op. Cit.*, pp: 45

Las Características de un modelo de salud privado esta, en lo voluntario, el financiamiento es privado sin considerar mecanismos solidarios, la gestión es privada, los planes de salud son variables según la capacidad de pago del asegurado, la provisión de los servicios y su propiedad son privadas, el pago a los profesionales es esencialmente por unidades desagregadas.

2.1.3 SERVICIOS DE SALUD

Un servicio es el resultado de un acto aislado o de una secuencia de actos, de duración y localización definidas, realizados con medios humanos y materiales según procesos, procedimientos y comportamientos codificados que tienen un valor económico.

Los servicios públicos son prestaciones de interés general, para cubrir necesidades colectivas, pueden estar desarrollados por organismos del estado o por concesionarios privados o con fines de lucro.

El objetivo principal de la asistencia sanitaria debe ser la prestación de servicios de calidad mediante la utilización óptima de todos los recursos. Las características de los servicios de salud son:

- Componente social: Salud como bien preferencial para la sociedad
- Proceso productivo complejo.
- Los pacientes no buscan hacer uso de las prestaciones
- El usuario ingresa como insumo a la organización, portando un elevado grado de tensión
- Relación de agencia; Implica además una fiabilidad humana.
- Actividades muy descentralizadas (en soledad con el paciente), de gran cooperación horizontal (entre equipos de trabajo) y con situaciones límite
- La calidad objetiva puede estar muy alejada de la calidad subjetiva
- Presencia de un tercer pagador.

Las empresas de salud son empresas prestadoras de servicios que deben estar inmersas en un proceso de innovación continua de aprendizaje de valores y su posterior comunicación para que lleguen a los usuarios; están sujetas a cambios debido a cambios demográficos, tecnológicos, del conocimiento, de los costos crecientes y de las exigencias de la sociedad, debiendo evidenciar una vocación ineludible por la efectividad que se constituye en un imperativo ético: Respeto por la eficiencia para cumplir con el mandato social y por los principios que sustentan al sistema de salud.

Dentro de las características de una empresa sanitaria, las decisiones más graves y urgentes se toman sin intervención jerárquica, ello representa una descentralización obligada selectiva en la toma de decisiones, en general es evolución continua y personalizada, las decisiones fundamentales son clínicas, el principal recurso es su gente y de la más alta calificación, se gestiona por transferencia de riesgo, el insumo principal es el que recibe el servicio, el que consume no lo hace con gusto, donde el que consume no sabe bien lo que debería recibir, la producción exige altos niveles de participación del trabajador, la producción es dependiente de la producción de insumos, el servicio se presta en su totalidad, los que dirigen empresas de salud deben gestionar procesos, la variabilidad, gestión clínica y gestión de costos, **la producción hospitalaria debe ser personalizada y humanizada**, no pagan los pacientes y por tanto, no existe un control directo del consumidor.

2.1.3.1 Descriptores de Calidad de los Servicios de Salud Individual¹⁵

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

¹⁵ Placencia, *Op. Cit.*, pp: 43

- Integralidad: facilitar que la atención individual incluya promoción, curación y prevención.
- Pertinencia: actividades relevantes dentro del confluente de necesidad sentida, efectividad y eficiencia, evitando irracionalidades de oferta.
- Permanencia, presencia del servicio en el horario y calendario que permita la continuidad intra e ínter episodios.
- Polivalencia, recursos humanos apropiados para afrontar las diferentes necesidades de APS.
- Aceptabilidad, según la percepción de usuarios y estándares éticos y con equidad de género.
- Participación y Comunicación, espacios y mecanismos suficientes para mantener la participación comunitaria, el dialogo 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, efectividad y eficiencias altas, participación comunitaria, intersectorialidad e interacción sistémica.

2.1.3.2 Red de servicios

Las verdaderas redes de atención de la salud son sistemas sociales cubiertos en los cuales, por medio de la participación 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 si. Las causas de la integración de los, prestadores en red son; la mayor complejidad asistencial, la mayor demanda de la población, la escasez de recursos económicos, las formas de pago de los servicios de salud y la utilidad económica del prestador¹⁶.

¹⁶ Cuesta P Alonso. Rodríguez Roldán J M. 2000. "Ética y variabilidad en la practica médica". Revista de Administración Sanitaria. España. IV. 13. pp: 17-27.

2.1.4 ATENCIÓN DE SALUD

La salud poblacional es un proceso determinado individual, histórica y socialmente; el reconocimiento de que los determinantes de la salud existen y actúan en distintos niveles de organización, desde el nivel microcelular hasta el nivel macroambiental, ha traído consigo la expansión del concepto de salud y con ello el replanteamiento de lo que debe ser la práctica racional de la salud pública.

El proceso de prestación de salud puede variar en distintos países o en distintos lugares de un mismo país; la prestación de atención de salud puede clasificarse de distintas maneras, por lo general se clasifica de acuerdo con el objetivo del servicio prestado; de este modo se dividen las actividades de salud en: actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación.¹⁷

2.1.4.1. Promoción de la Salud

En 1990 la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana, revela la necesidad de incorporar la promoción de la salud como una estrategia dirigida al logro de un avance integral de la salud; así la promoción de la salud viene a fortalecer los avances de la estrategia de la Atención Primaria, agregando nuevos desafíos; ya que es concebida como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva.

El comienzo de este proceso, lo constituye sin lugar a dudas la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, realizada en Ottawa en 1986. “...**La promoción de la salud** se define como: el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla...”¹⁸; propone que sea llevada a cabo

¹⁷ Kleczkowsky Bogdan M, sistemas Nacionales de Salud y su orientación hacia la salud para todos. Ginebra-Suiza OMS 1994

¹⁸ Organización Panamericana de la Salud. Op. Cit., pp: 17

centrándose en cinco campos de acción: elaboración de políticas públicas favorables a la salud, reforzamiento de la acción comunitaria, desarrollo de las habilidades personales, creaciones de entornos propicios a la salud y reorientación de los servicios de salud.

La estrategia de promoción, presenta una alternativa a la crisis organizacional, financiera y sobre todo de impacto, que viven los sistemas de salud en la actualidad, posibilitando la necesaria reorientación de los servicios de salud, en función de políticas públicas que incorporen la salud, bienestar y calidad de vida como ejes sustantivos.

2.1.4.2. Prevención de la Salud

Prevención, corresponde a una de las tres grandes estrategias de salud pública. Las acciones de prevención están referidas a evitar un posible daño de la salud, orientadas a “adelantarse” a la amenaza tomando medidas para evitar la aparición del daño ejemplo vacunación para evitar ciertas enfermedades y tienen o pueden tener un carácter individual. El fomento de la salud y la prevención de la enfermedad se lo hace a través de:

Prevención Primordial, tiende a evitar el surgimiento y la consolidación de patrones de vida sociales, económicos y culturales que se sabe contribuyen a elevar el riesgo de enfermar; tiene gran relevancia en el campo de la salud poblacional; las medidas contra los efectos mundiales de la contaminación atmosférica es un ejemplo de prevención primordial.

Prevención Primaria, se dirige a limitar la incidencia de enfermedad mediante el control de sus causas y factores de riesgo; implica medidas de protección de la salud, en general a través de esfuerzos personales y comunitarios; la

inmunización, la pasterización de la leche, etc. Son ejemplos de prevención primaria.¹⁹

Prevención Secundaria, se rige a la **curación** de las personas enfermas y la reducción de las consecuencias más graves de la enfermedad mediante la detección temprana y tratamiento precoz de los casos; su objetivo es reducir la gravedad y duración de la enfermedad y, en consecuencia, reducir las complicaciones y la letalidad de la misma; los programas de tamizaje poblacional como las campañas masivas de examen de Papanicolau para detección y tratamiento precoces del cáncer de cuello uterino, son ejemplos de prevención secundaria.

Las actividades curativas consisten en el empleo de medicamentos, cirugía, otros procedimientos con el objeto de interrumpir el proceso patológico o de atenuar las consecuencias nocivas de una enfermedad; si esto se hace lo antes posible, cuando puede prevenirse la invalidez o incluso la muerte prematura puede calificarse de prevención secundaria.²⁰

Prevención Terciaria, se orienta a reducir el progreso y las complicaciones de una enfermedad mediante la aplicación de medidas orientadas a reducir secuelas y discapacidades, minimizar el sufrimiento y facilitar la adaptación de los pacientes a su entorno, es un aspecto importante de la terapéutica y medicina **rehabilitadora**; la prevención terciaria implica una atención médica de buena calidad y es difícil separar del propio tratamiento de la enfermedad, tiene la finalidad de restablecer las funciones físicas, mentales y sociales por medio de los procedimientos médicos pertinentes.

2.1.5. MODALIDADES DE ATENCIÓN

¹⁹ Organización Panamericana de la salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Módulos de principios de epidemiología para el control de enfermedades, Segunda edición, Washington D.C.OPS, 2002.pp: 9

²⁰ Kleczkowsky Bogdan, *Op. Cit.*, pp: 15-17

La prestación de salud puede darse de diferentes maneras, por lo general estas tienen relación con el objetivo del servicio prestado, y tienen como base la atención primaria de salud.

Atención primaria de salud, es una estrategia de salud pública cuyo cometido principal es extender la cobertura de salud a toda la población con máxima equidad y accesibilidad, con elementos sustantivos del proceso continuo del cuidado de la salud, tanto de promoción y prevención, como de atención y rehabilitación, procurando la resolución de los problemas de salud, basado en la prevención y la extensión de la cobertura, en oposición al crecimiento desproporcionado del modelo curativo, hospitalario y sobre especializado; estrategia de salud pública, que atraviesa todo el campo de la salud y los tres niveles de atención; sin embargo atención primaria de salud, sólo expresó programas y dejó un vacío instrumental, creció como un paradigma opuesto al hospitalario.

Actualmente se ha comenzado a llenar el vacío instrumental de Alma Ata con estrategias instrumentales muy fuertes; la promoción del médico de familia con población a cargo, la integración de redes de atención de la salud y la medicina basada en la evidencia. La atención primaria de salud se suele prestar en los siguientes ámbitos principales:

Ambulatoria o en el hogar, considerando que el hogar constituye la unidad básica de toda la comunidad; los miembros de la familia son los principales responsables de las actividades de salud en este ámbito, interactúan e intervienen directamente en los servicios que se prestan en el ámbito del hogar.

Comunitaria, es en la comunidad donde se desarrollan todas las actividades relacionadas con la salud del conjunto de la comunidad y que requieren la acción voluntaria de muchas personas (por ejemplo las campañas de limpieza, las

reuniones de información sanitaria o de educación, o la construcción de ciertas instalaciones).²¹

Primer escalón de las instalaciones de salud, puede consistir en un puesto de salud o dispensario dotado de uno o dos trabajadores de salud de la comunidad; pero normalmente los centros de salud tienen un personal más numeroso, con una o más enfermeras, parteras, trabajadores de salud de la comunidad, y médico, inspector sanitario, farmacéutico y asistentes de laboratorio.

Hospitalaria o primer escalón de envío de casos. Del cual en una estrategia de atención primaria de salud forman parte dos tipos de sistemas: el primero es un sistema clínico (basado generalmente en hospitales rurales o distritales) con consultas y supervisión del trabajo de escalones inferiores, el segundo consiste en un sistema administrativo, que se ocupa de todas las actividades de planificación, gestión y apoyo relacionadas con el saneamiento del medio, la información y educación sanitarias, las campañas de lucha contra las enfermedades, etc.

En los países en desarrollo con sistemas modestamente organizados la gran mayoría de instalaciones y camas están oficialmente asistidos, con personal médico organizado y asalariado; sin embargo los hospitales particulares absorben una parte desproporcionadamente alta de los recursos, y sólo mejorando los servicios de los hospitales públicos se puede esperar que la situación cambie; la necesidad de mejoras estructurales y funcionales es grande en los hospitales que actúan como retaguardia de apoyo para los puestos y centros de salud; es necesario establecer relaciones regionales entre los hospitales y los ambulatorios, especialmente porque los recursos técnicos son muy limitados en la periferia; el problema básico es la necesidad de aumentar los recursos tanto humanos como físicos si se quiere asegurar la prestación de servicios para todos los que necesitan, y esto dependerá del desarrollo económico general.

²¹ Ibid., pp: 67-76

2.1.6. NIVELES DE COMPLEJIDAD.

Para poder brindar una atención en salud acorde a las necesidades crecientes de los usuarios de los servicios, es necesario realizar estudios o encuestas que permitan saber cual es el comportamiento de la demanda; los estudios de morbilidad han demostrado que cerca del 80% de las patologías totales pueden ser resueltas satisfactoriamente con profesionales generales adecuadamente dotados, existe un 15% que requiere del consumo de médicos especialistas para lograr una atención acorde a sus patologías y finalmente un 5% de las patologías que ameritan ser tratadas por subespecialidades clínicas y/o quirúrgicas para solucionar sus problemas.²²

En un principio se pensó en organizar tres niveles de atención de manera que la atención sea piramidal, en donde el mayor volumen (80%) fuera prestado en el primer nivel, seguida de la atención por especialidades (15%) en el segundo nivel y que el tercer nivel prestará la atención al resto (5%). Tras experiencias hospitalarias se cree conveniente un cuarto nivel en donde la atención sea prestada por un equipo multidisciplinario de profesionales, se estima que solamente el 2% de los pacientes por su estado de salud justifican el nivel cuarto.

Aunque los servicios de atención de la salud constituyen un sistema continuo, tradicionalmente se han distinguido tres niveles: Primer nivel de atención: servicios ambulatorios de centros asistenciales no hospitalarios; Segundo nivel de atención: servicios de internación y de ambulatorios de los hospitales generales de baja y media complejidad; Tercer nivel: servicios de internación y de ambulatorios muy especializados, en hospitales de alta complejidad.²³

Los **servicios del primer nivel** de atención se han planteado como la puerta de entrada al sistema, ubicados en las cercanías de los domicilios de las personas, y

²² Malagón Londoño G. Administración Hospitalaria. Editorial Médica. Panamericana. Buenos Aires. 1998.

²³ Fundación Isalud. Op. cit, pp. 54

como responsables de la cobertura del total de la población; este nivel está caracterizado por instituciones de menor tamaño donde asiste el médico general para dispensar atención ambulatoria y hospitalaria principalmente de consulta externa, urgencias y hospitalización de corta estancia para entidades de menor severidad.

“...Los **servicios de segundo nivel**, constituidos por hospitales de mayor tamaño y donde se prestan servicios relacionados con la atención médica: medicina interna, cirugía, pediatría, gineco obstetricia, y psiquiatría. Básicamente consiste en establecer el diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y limitación del daño...”²⁴

Por lo general es una atención dirigida a la función fisiológica del individuo; se proporciona en hospitales generales, centros de salud con hospital y consultas externas especializadas, es raro que su cobertura abarque zonas rurales de difícil acceso geográfico, zonas marginadas e inclusive parte de población suburbana.

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 y grandes quemados.

2.1.7. SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS

Para el análisis de una organización tan compleja “el hospital” es útil 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.

²⁴ Malagón, Op. cit., pp: 115

Las Unidades Funcionales del Hospital, que son unidades de procesos, no de estructura, a su vez pueden agregarse en dos grandes grupos: las Unidades Funcionales Asistenciales, se encuentran en dos áreas: el área de los servicios finales y 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 y el área de docencia e investigación; con lo cual el Hospital queda conformado por 5 grandes áreas: servicios finales, servicios intermedios, docencia e investigación servicios de apoyo y administración.²⁵

2.1.7.1. Área de servicios Finales

También conocida como área de gestión clínica está conformada por los sectores y unidades funcionales en los cuales se produce la interacción permanente con el paciente, con procesos artesanales difíciles de sistematizar, con elevado número de profesionales de gran especialización en los cuales solamente es posible que egrese el producto hospitalario: el paciente curado total o parcialmente y el paciente fallecido; esta área comprende los siguientes sectores: Sector de internación de pacientes en cuidados mínimos, sector de consultorios externos, sector de urgencias, sector de cuidados especiales y sector de hospital de día.

2.1.7.2. Área de servicios intermedios

También conocida como área de diagnóstico y terapéutica está conformada por aquellas unidades funcionales que interactúan en forma transitoria en la asistencia del paciente que contribuyen en el resultado del producto pero de las cuales no egresa directamente el paciente; donde los procedimientos son más rutinarios más fáciles de realizar en los cuales interviene más personal técnico así como más tecnología de punta en constante evolución.

2.1.7.3. Área administrativa

²⁵ Fundación Isalud. Instituto Universitario Isalud. Diplomado Superior En Gerencia de Hospitales. Ecuador, Diciembre 2002/ Abril 2003. Módulo 2. Organización.

En esta área se reconocen: el sector gestión de pacientes, de gestión económica financiera y el sector gestión de suministro.

2.1.7.4. Área de servicios generales de apoyo

En esta área se reconocen el sector de conservación y mantenimiento y el de hotelería.

Gráfico No 1

SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS



Fuente: Fundación ISALUD. Instituto Universitario ISALUD. Diplomado Superior En Gerencia de Hospitales. Ecuador, Diciembre 2002/ Abril 2003. Módulo 2. Organización.

Elaboración: Rocío Ayala H.

2.1.7.5. Área de docencia e investigación

Se reconocen el sector de docencia y el sector de comités técnico científicos.

2.1.7.6. Características generales del proceso productivo.

El proceso productivo en los hospitales es único e intrincado; el bien producido, la salud es considerada como un bien superior que debe ser preservado dado que impacta sobre la calidad de vida de las personas²⁶, quién demanda, el paciente es

²⁶ Ibid., pp: 75-77

el insumo, la demanda muchas veces no refleja las necesidades reales de salud; quién oferta, valora la necesidad de aquel que finalmente consume, existe una demanda sin soberanía del consumidor, quien ofrece los servicios de salud genera fácilmente la demanda, hay gran dificultad para evaluar los resultados en términos de salud y calidad de los servicios que se proveen, consta un tercer pagador, que asume el riesgo económico de la cobertura de la salud, es el verdadero comprador de servicios, que no solo no los demanda sino que finalmente no es que los consume.

El proceso es complejo, es inevitable la variabilidad del paciente, es mixto: artesanal e industrial; en los servicios intermedios la producción es previsible e invariable; la actividad médica es artesanal, combina en forma variable para cada paciente los servicios intermedios, deciden la cantidad y calidad de los recursos o inputs del proceso; para un mismo proceso se requiere de un alto grado de integración, una gran necesidad de toma de decisiones compartidas y un alto grado de coordinación.

Las tendencias modernas en cuanto a organización y funcionamiento de los hospitales se agrupan en cuatro ítems: mayor vinculación del hospital con la sociedad y con el resto de los prestadores de servicios, profesionalización de los niveles de conducción, innovaciones en gestión, innovaciones prestacionales, entre ellas “se reconoce principalmente:

- Hospitalización domiciliaria, el paciente es atendido en su casa, como si estuviere internado en el hospital; especialmente en cuidados paliativos y tratamiento del dolor en estados terminales.
- Hospital de Día, atención de un paciente en el hospital durante varias horas sin que ocupe una cama de internación.
- Cirugía Ambulatoria, el paciente permanece en el hospital, después de la cirugía, generalmente de tipo endoscópica, menos de 24 horas.²⁷

²⁷ Asociación de Economía de la Salud.” La economía de la Salud en la reforma del Sector”. Ediciones ISALUD. 1996.

Bioseguridad, término empleado para reunir y definir las normas relacionadas con el comportamiento preventivo del personal del hospital frente a riesgos propios de su actividad diaria.

La omisión de normas elementales de bioseguridad puede conducir a problemas graves individuales o colectivos; la prevención es indudablemente la mejor estrategia contra la infección, la infección ya constituida, aumenta los riesgos de morbilidad y mortalidad, aumenta notablemente los costos directos de atención de la salud, puede comprometer la salud de la comunidad hospitalaria, de la familia y muchas veces de la comunidad en general; el factor más importante de prevención es la actitud que asuma cada individuo, a merced de un proceso educativo, frente al riesgo de infecciones.

Por la trascendencia de la limpieza dentro de las acciones de prevención, debe ser reglamentada, supervisada y evaluada permanentemente, el personal debe someterse a frecuentes programas de educación continua, el trabajador debe cumplir las medidas necesarias de protección, sobre lo cual debe tener plena conciencia a merced de la educación adecuada que le suministre la institución. La complejidad del hospital representa un universo de las más variadas características y funciones; de ahí que se requiere; además de un reglamento general un manual de normas y procedimientos para cada dependencia; el hospital velará por el cumplimiento de las precauciones universales para prevención de contaminación de los trabajadores de la salud, desarrollará programas de educación continua sobre el particular, facilitará todas las medidas de protección, colocará en un lugar visible llamadas de atención para recordar la práctica permanente de las precauciones.²⁸

2.1.8 ADMINISTRACIÓN

La administración, entendida inicialmente como la prestación de un servicio a otra persona, amplió bastante sus objetivos. En la actualidad la administración es

²⁸ Fundación Isalud. Instituto Universitario Isalud. Diplomado Superior En Gerencia de Hospitales. Ecuador, Diciembre 2002/ Abril 2003. Módulo 3. Gestión

parte de todas las empresas, se aplica en todos los tipos de organizaciones humanas; la palabra administración ha experimentado cambios profundos y amplios en su significado, la mejor manera de demostrar este hecho es recorrer con rapidez su trayectoria y seguir a grandes rasgos los pasos graduales de la historia de las empresas y la teoría de la administración.

2.1.8.1 Evolución de la Administración.

La Teoría Clásica de la Administración²⁹ fue desarrollada por el francés Henri Fayol en 1916. En esta época, la teoría “en boga” era la formulada por Taylor en los Estados Unidos y se caracterizaba por el énfasis en la tarea realizada por el operario (es decir, la administración científica). Por otro lado, Fayol formulaba su teoría clásica que se caracteriza por el énfasis en la estructura que la organización debería poseer para ser eficiente.

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

- Funciones técnicas, relacionadas con la producción de bienes o servicios de la empresa.
- Funciones comerciales, relacionadas con la compra, venta e intercambio.
- Funciones financieras, relacionadas con la búsqueda y gerencia de capitales.
- Funciones de seguridad, relacionadas con la protección de los bienes y de las personas.
- Funciones contables, relacionadas con los inventarios, registros, balances, costos y estadísticas.

²⁹ Martín Sánchez Francisco Javier. Gestión de la Administración Pública, Módulo 1: Organización administrativa y toma de decisiones 10ª edición, septiembre 2007. España.

- Funciones administrativas, relacionadas con la integración de las otras cinco funciones, coordinan y sincronizan las demás funciones de la empresa, siempre encima de ellas.

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

- Planeación: involucra la evaluación del futuro y el aprovechamiento en función de él.
- Organización: proporciona todas las cosas útiles al funcionamiento de la empresa y puede ser dividida en organización material y social.
- Dirección: conduce la organización a funcionar. Su objeto es alcanzar el máximo rendimiento de todos los empleados en el interés de los aspectos globales.
- Coordinación: armoniza todas las actividades del negocio, facilitando su trabajo y sus resultados. Sincroniza acciones y adapta los medios a los fines.
- Control: consiste en la verificación para comprobar si todas las cosas ocurren de conformidad con el plan adoptado. Su objetivo es localizar los puntos débiles y los errores para rectificarlos y evitar su repetición.

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

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

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

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

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

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

- División del trabajo: consiste en la especialización de las tareas.
- Autoridad y responsabilidad: la primera es el derecho de dar órdenes, la otra es una consecuencia natural de la primera. Ambas deben estar equilibradas.
- Disciplina: depende de la obediencia a los acuerdos establecidos.

- Unidad de mando: cada empleado debe recibir órdenes de sólo un superior.
- Unidad de dirección: una cabeza y un plan para cada grupo de actividades que tengan un mismo un mismo objetivo.
- Subordinación de los intereses individuales a los intereses generales.
- Remuneración del personal: debe haber una justa y garantizada retribución para los empleados y para la organización.
- Centralización: se refiere a la concentración de la autoridad en la alta jerarquía de la organización.
- Jerarquía o cadena escalar: es la línea de autoridad que va del escalón más alto al más bajo.
- Orden: un lugar para cada cosa y cada cosa en su lugar.
- Equidad: amabilidad y justicia para alcanzar la lealtad del personal.
- Estabilidad y duración (en un cargo) del personal: la rotación tiene un impacto negativo sobre la eficiencia de la organización.
- Iniciativa: la capacidad de visualizar un plan y de asegurar su éxito.
- Espíritu de equipo: la armonía y la unión entre las personas constituyen grandes fuerzas para la organización.

Otros autores, como Urwick, los simplifican. De acuerdo a éste último los principios son cuatro:

- Principio de especialización: una persona debe realizar una sólo función en cuanto fuere posible, lo que determina una división especializada del trabajo.
- Principio de autoridad: debe haber una línea de autoridad claramente definida, conocida y reconocida por todos, desde la cima de la organización hasta cada individuo de base.
- Principio de la amplitud administrativa: destaca que cada superior no debe tener más de cierto número de subordinados. El número de subordinados varía según el nivel de los cargos y la naturaleza de estos.

- Principio de definición: los deberes, autoridad y responsabilidad de cada cargo y sus relaciones con los otros cargos deben ser definidos por escrito y comunicados a todos.

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

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

Como antecedentes históricos escritos del concepto de administración se cita a Sun Tzu y Maquiavelo; muchos conceptos de la teoría de la administración surgieron de la teoría militar; a partir de la revolución industrial iniciada en Inglaterra en 1.769, se produjo un significativo cambio en el tamaño y la complejidad de las organizaciones industriales, fue a fines del siglo XIX y principios del siglo XX, cuando se inició la Administración Científica, cuyos precursores principales fueron William Frederik Taylor y Henry Fayol.

La administración o management tiene su historia desde tres procesos evolutivos: La administración científica, la humanización del trabajo y la administración estratégica; estos tres momentos corresponden con tres escuelas del pensamiento administrativo: la clásica, la de ciencias del comportamiento y la de las ciencias administrativas.³⁰

³⁰ Fundación Isalud. Módulo 3, Gestión, Op. cit., pp: 6

La administración científica; escuela clásica, en esta etapa de la administración. Frederik Winslow Taylor, y los esposos Gilbreth, sostenían que la administración era el trabajo intelectual de la producción, el individuo es considerado como un engranaje de la producción; se constituye la escuela clásica; la administración científica no logró la eficiencia esperada.

Los seguidores de Fayol constituyeron la escuela de departamentalización, tomando en cuenta la división de las actividades hasta llegar a niveles elevados, los trabajadores eran considerados como instrumentos de ejecución de las tareas.

La Humanización del Trabajo; escuela conductista, teorías X, Y y Z. “...En 1930 Elton Mayo concluyó que los trabajadores son miembros de grupos y tratan también de maximizar las satisfacciones, procuran el prestigio social y el reconocimiento por su trabajo, había que contemplar aspectos como la motivación en el manejo del recurso humano. Mayo inició la escuela de las relaciones humanas...”³¹

A mediados de siglo, Douglas Mack Gregor, contribuyó con la teoría X y Y de la conducción, describiendo dos extremos: la primera donde los gerentes conducen coercitivamente y centralizadamente y la segunda, donde estos conducen motivando, persuadiendo, potenciando las habilidades y facilitando la participación a través de la descentralización. Con posterioridad, William Ouchi, desarrollo la teoría Z o teoría Ouchi en la que las condiciones precedentes favorecen la participación del personal en los objetivos de la empresa con una mayor eficiencia; entonces, era tarea del gerente lograr dicha filosofía corporativa al interno de su organización.

Administración Estratégica, los contextos fueron cambiando, superando las rigideces de los criterios de logística militar, ingeniería y conducta de los individuos; fueron incorporándose conceptos desde la economía, la contabilidad y

³¹ Ibid., pp: 10

la estadística que dieron aportes a la toma de decisiones, asimismo, fundamentalmente por la “Teoría del Comportamiento Administrativo” la problemática de la gestión comenzó a ser abordada predominantemente desde las ciencias sociales.

2.1.8.2 Definiciones: Administración- Gerencia

La tendencia actual es aplicar la administración científica con una dirección democrática a fin de que la eficiencia humana se oriente a la productividad y se eleve el nivel de vida, así como conjugar de manera armónica los esfuerzos para proporcionar un mejor servicio.

Desde la práctica antigua, fundamentada en la eficiencia mecánica hasta el momento actual cuya eficiencia es la humana, la preocupación respecto a la toma de decisiones gira alrededor de: cómo dividir el trabajo para producir más, en como organizarse para producir más y mejor y también cómo adaptarse rápidamente, cómo innovar a velocidad.

Administración “...la tarea de la administración consiste en interpretar los objetivos de la empresa y transformarlos en acción empresarial mediante planeación, organización, dirección y control de las actividades realizadas en las diversas áreas y niveles de la empresa para conseguir tales objetivos; por tanto, administración es el proceso de planear, organizar, dirigir y controlar el empleo de los recursos organizacionales para conseguir determinados objetivos con eficiencia y eficacia...”³².

Gerencia, es el arte de hacer que las cosas ocurran.(Crosby); es un cargo que ocupa el director de una empresa y dentro de sus múltiples funciones, debe representar a la sociedad frente a terceros y coordinar todos los recursos a través del proceso de planeamiento, organización, dirección y control, a fin de lograr objetivos establecidos.

³² Chiavenato Adalberto. Administración, teoría, proceso y práctica. Tercera edición. McGraw-Hill Interamericana, S.A. Bogotá, D.C., Colombia 2001.

En nuestro país, junto a otros países de América Latina, los términos gestión y administración han sido usados indistintamente, aunque algunos autores tienden a diferenciarlos progresivamente, considerando que la utilización del término gestión conlleva tres características que lo diferencia de la administración:

- Un modelo de gestión de RRHH más orientado a coordinar voluntades que a ordenar conductas
- Un modelo de organización menos burocrático y más descentralizado; menos normativo y más flexible
- Un mayor énfasis en el control de los resultados que en el control de los procedimientos

Actualmente la administración y la gerencia modernas se basan en la planificación estratégica; procesos organizacionales flexibles de acuerdo a la tendencia del mercado, la competencia y la calidad; la gestión busca la eficacia y eficiencia a través de modernos sistemas de información para el monitoreo y evaluación.

Concretamente, en la culminación del concepto de **gestión estratégica**, fueron incorporándose progresivamente en la visión de la administración, cuatro enfoques:

- El enfoque de sistemas, interdependencia entre las partes de la organización y su ambiente.
- La teoría de la contingencia, es adaptar los métodos administrativos a cada situación.
- La incorporación de nuevos roles, en las relaciones interpersonales, en las comunicaciones y la toma de decisiones como: liderar la capacitación permanente, ser expertos en mediación y ser constructores de equipos de trabajo.

- La administración por objetivos, los managers gestionan dos elementos claves: los objetivos y los procesos.³³

Gerencia en Salud, disciplina que emerge con mucha fuerza porque a causa de los constantes aumentos en el gasto en salud, hay un creciente reconocimiento en todos los países a cerca de la necesidad de una gestión competente para cada nivel de las organizaciones y de los programas en salud, independientemente si son de carácter social o privado; así mismo existe un reconocimiento generalizado de la importancia de que todos los profesionales de salud se involucren en la gestión de los diversos subsistemas y se conviertan en corresponsables del destino del sistema de salud al que pertenecen. "...Particularmente en los hospitales públicos en los cuales, en la mayoría de países se los reconoce cuatro ejes de ineficiencia:

- No están los hospitales públicos obligados a competir por los pacientes y los recursos
- El exceso de centralismo y la falta de autonomía
- Falta de incentivos positivos y negativos en el personal
- Falta de profesionalismo en los niveles de conducción..."³⁴

En consecuencia la efectividad de una organización depende de la eficacia y eficiencia con que el gerente ejecute sus funciones así como también de su habilidad para manejar a las personas que conforman su grupo de trabajo, generalmente con aptitudes, actitudes y necesidades diferentes, y guiarlas por el camino que conduzca hacia la efectividad de la organización.

El gerenciamiento en salud tiene dos particularidades: la misión y la complejidad de las organizaciones, la última está vinculada a las especificidades del sector salud:

- El proceso productivo, que es único, complejo e intrincado.

³³ Fundación Isalud. Módulo 3, Gestión, Op. Cit, pp: 55

³⁴ Ibid., pp: 15

- El componente social, que es particular por tres motivos: la salud como: un bien, un producto y una organización social de su financiamiento.
- La imprevisibilidad del consumo y la aparición del tercer pagador.

La necesidad de la gestión o gerenciamiento surge porque es necesario tomar las mejores decisiones de asignación de los recursos siempre escasos, para cumplir con el objetivo organizacional.

El propósito del gerenciamiento es conducir la organización hacia su objetivo y asignar los recursos humanos, materiales, financieros y de tiempo de modo tal de alcanzar los mejores resultados con los menores costos, en general las organizaciones necesitan optimizar la utilización de los recursos; las instituciones privadas para proveer mayores ganancias (utilidad privada) y las públicas a través de más y mejores prestaciones, alcanzar un mayor impacto en salud (utilidad pública).

Las funciones esenciales de la Gerencia se refieren a cada una de las actividades principales que debe desarrollar un gerente, estas son: Planificar; decidir anticipadamente que debe hacerse, fijar metas y objetivos previos a la acción. Organizar; Programar qué personas realizan qué, asignar y distribuir el trabajo. Dirigir coordinar y conducir el recurso humano, seleccionar, entrenar, motivar, incentivar, controlar y evaluar el RRHH; y, Conducir; guiar qué hacer y qué no hacer. Evaluación y control comparar con lo planificado (evaluar) y comparar con las normas de procedimiento (controlar).³⁵

2.1.8.3 Planificación

La Planificación³⁶ es una de las clásicas funciones directivas, según Goetz, planificar es esencialmente “escoger entre líneas de actuación alternativas”, pero

³⁵ Ibid., pp: 16-21

³⁶ Borrás Marimón Francisco. Gestión de la Administración Pública, Módulo 2: Planificación, programación y presupuestación, 10ª edición, Septiembre 2007

la planificación es algo más que escoger, ya que sino tendríamos sólo una técnica de toma de decisiones más o menos encubierta; también planificar es decidir por anticipado qué, cómo, cuándo y quién va a hacer una determinada actividad.

Entre las definiciones clásicas del concepto de Planificación cabe señalar:

- “Tomar las decisiones necesarias para organizar algo”.
- “Determinar las condiciones necesarias para pasar de una situación descrita a otra situación posterior también previamente descrita”.
- “Elaborar un plan de acción que dé respuesta a las preguntas sobre qué, cómo, cuándo, quién, en qué cantidad, dónde y cuánto cuesta, relativas a hacer algo”.
- “Proceso racional que establece la vía para decidir previamente lo que ha de hacerse cuando se presenta una determinada situación, para llegar a otro estadio, previsible, mejor que el anterior”.
- “Proceso racional que, a partir del establecimiento de objetivos, permite conocer las previsible contingencias del proceso, y de esta forma, valorar actuaciones, plazos y costes”.

En todas las definiciones, como señala Benn, se establece el concepto de planificación como un proceso intelectual sistemático y ordenado mediante el cual se estructura un modelo que a de seguirse en las acciones específicas.

La Planificación es anticipación, no predicción; debe ser continua y abarcar a toda la organización. En la evolución histórica del concepto de Planificación ha imperado, en cada época, un factor predominante. Como podemos observar se ha pasado de una visión reactiva a una visión proactiva. Los principales hitos de dicha evolución son los siguientes:

Etapa I. Comprende la década de los años 50. La Planificación incidió sobre la actuación necesaria para evaluar el desempeño de los puestos de trabajo. El factor clave fue el control.

Etapa II. Comprende la década de los 60. Fue impulsada por el crecimiento de las organizaciones. Versó sobre la integración de los diversos objetivos de las unidades de la organización. El factor clave fue la coordinación.

Etapa III. Comprende la década de los 70. Su motor fue el incremento del grado de complejidad de las organizaciones. Se enfocó hacia el método para lograr las grandes metas de la organización. El factor clave fue la metodología.

Etapa IV. Comprende la década de los 80. Fue motivada por el nuevo cambio cultural de la organización. Se dirigió hacia la creación de una nueva cultura administrativa en la que se dio una importancia capital a la Dirección de los Recursos Humanos. El factor clave fue la globalización.

Etapa V. Comprende la década de los 90. Su impulso supone un cambio del anterior escenario reactivo a uno nuevo, proactivo. Se encaminó a considerar que el entorno evoluciona con tanta rapidez que quedan desfasados los métodos de previsión, de tal forma que el futuro hay que rediseñarlo a cada momento. El factor clave fue la prospectiva.

Los instrumentos de planificación que caracterizan a cada una de esas décadas y sus principales postulados son los siguientes:

En la década de los años 50 cobró una gran relevancia el Presupuesto y el Control de la Gestión. Todo se controlaba y para intentar controlar también el futuro se potenciaron los métodos tanto cualitativos como cuantitativos de previsión.

En el aspecto económico-financiero se desarrolló el control financiero de explotación, los balances y los flujos de caja. Todos los esfuerzos se

encaminaban a cumplir el presupuesto anual. La Dirección se humaniza bajo la influencia de las escuelas de gestión que recalcan la importancia del factor humano.

En la década de los años 60, con el crecimiento de las organizaciones surge la necesidad de una planificación a medio y largo plazo. Las organizaciones no innovan sino que prefieren mantenerse en las tendencias del entorno. El instrumento de planificación es el Plan a Medio y Largo Plazo. Se analiza el entorno y se asignan los recursos de una forma incremental, es decir se incrementa (o disminuye) cada asignación presupuestaria del año anterior un cierto porcentaje, que suele ser el mismo.

En la década de los años 70, cobra relieve la Planificación Estratégica. Es el momento del Marketing y de la partición de la organización en áreas de actividad. Se impone la Dirección por Objetivos, que había sido ya estudiada a mitad de la década de los 50. Tras un análisis de la organización y de su entorno se evalúan las diversas alternativas de actuación. Escogida una de las alternativas se le va asignando recursos de una forma dinámica (no incremental o estática).

En la década de los años 80 se impone el Plan de la Organización. Se pone énfasis en la Calidad y en la Productividad y se analizan cada uno de los departamentos de la organización para optimizar el rendimiento de la organización. Se critica peyorativamente a la burocracia. Se piensa estratégicamente y el Plan está básicamente orientado hacia el exterior.

Finalmente, en la década de los 90, bajo el imperio de la globalización, cobra gran relieve el Management Estratégico. Se analizan cuidadosamente las potencialidades de las personas, del entorno y de la capacidad de la organización. Cobran importancia conceptos como pensamiento estratégico, misión, valores, estilo y cultura organizacional.

Se pasa de un enfoque dedicado básicamente a cumplir el presupuesto a otro dedicado a predecir el futuro, después a incidir sobre cómo pensar estratégicamente, y finalmente a crear el futuro.

Por tanto la Planificación es un instrumento de gestión y de política económica, es proyectar una visión de un futuro deseado y los medios como alcanzar, es la toma de decisión anticipada, es decir por adelantado; qué hacer?, cómo hacerlo?, cuándo hacerlo?, quién ha de hacerlo?, es una de las funciones de la administración.

“...La planificación es el método de razonar antes de actuar, es el cálculo que precede y preside la acción, con el objetivo de posicionar la organización en un futuro mejor; a semejanza de un mapa de ruta, es el instrumento adecuado para saber donde está el destino elegido, cuál es el mejor camino para llegar a él e interpretar aquello que al paso se encuentra...”³⁷

En salud se reconocen dos modalidades: la normativa y la estratégica, existen cuatro niveles o tipos de planificación de acuerdo a tres elementos: el objetivo y el contenido, el nivel de participación y el plazo en el que proyecta la planificación; estos tipos de planificación son: Planificación estratégica, presupuestaria, de proyectos y operativa.

“...La **planificación normativa**, es una planificación centralizada y desarrollada por pocos expertos, sostiene que es posible predecir certeramente el futuro basándose en el conocimiento del pasado y la observación del presente...”³⁸

La **planificación estratégica**, surge en la década del 70, pero prácticamente se adopta en la década del 80, es un proceso mediante el cual la toma de decisiones permitirá obtener, procesar y analizar información pertinente interna y externa con el fin de evaluar la situación presente, así como también su nivel de complejidad

³⁷ Fundación Isalud. Instituto Universitario Isalud. Diplomado Superior En Gerencia de Hospitales. Ecuador, Diciembre 2002/ Abril 2003. Módulo 6. Planificación.

³⁸ *Ibid.*, pp: 10

con el propósito de anticipar y decidir sobre el direccionamiento futuro y la asignación de los recursos que fueren necesarios para este propósito³⁹.

La planificación estratégica tiene un objetivo general, global, contenido cualitativo y establece políticas y objetivos primarios, aunque en la elaboración participan todos los niveles, en la toma de decisiones finales participan los máximos niveles gerenciales, tiene un nivel centralizado de planificación, el plazo es de 5 a 10 años.

La planificación estratégica tiene **3 características distintivas**: alto grado de participación e involucramiento en su elaboración, utilización del enfoque de contingencia y creación de escenarios.

Alto grado de participación e involucramiento; debe ser elaborada de forma descentralizada y participativa, es clave y necesaria la participación e involucramiento de toda la organización, de los niveles de conducción se espera que se involucren; de los niveles operativos se espera que por lo menos participen; los directivos, además tienen que estar dispuestos a hacer lo suyo y luchar por la consecución de los objetivos propuestos.

Utilización del enfoque de contingencia, utiliza e integra los elementos normativos del “deber ser” con otros estratégicos que influyen en el “poder ser”, en un enfoque contingente, esta integración, con una actitud anticipada y exploradora, permite crear situaciones intermedias, finales y futuras, que corresponden a objetivos probables y deseables; de este modo, se seleccionan proyectos dinámicos, idóneos y apropiados para llegar al cambio deseado, se prevé planes alternativos, en caso de que ciertos hechos claves, no ocurran como se espera.

Creación de escenarios, esto es hipotetizar sobre cómo evolucionarán las principales variables que intervienen en los diversos componentes del escenario o subescenarios. Los escenarios permiten asumir las situaciones posibles y

³⁹ Ibid., pp: 16

modelizar conjuntos de efectos y consecuencias, permitiendo estar prevenidos con cierta anticipación sobre lo que ocurrirá si se presentan cada uno de los sucesos modelizados.

La planificación estratégica contiene los siguientes **pasos**: identificación del problema, o bien, de un proyecto a desarrollar, diagnóstico de situación, formulación del plan estratégico, lo cual implica: definición de metas y objetivos (para qué se hace), definición de actividades (qué se hace, quien lo hace, donde lo hace, cuándo se hace y con qué recursos se hace), definición de los indicadores de impacto y metodología de evaluación.

Expresado de otra forma “...*Entre los elementos de la planificación estratégica están:*

- Diagnóstico estratégico; incluye cultura corporativa, análisis interno, análisis externo, y análisis de competencia.
- Análisis FODA.
- Direccionamiento estratégico; visión, misión, objetivos globales.
- Formulación de la estrategia.
- Definición de escenarios posibles.
- Evaluación y corrección.

El análisis FODA se refiere, a la matriz utilizada para el análisis del entorno y de la propia organización; se realiza una descripción detallada de: en el frente interno, fortalezas y debilidades y en el frente externo, oportunidades y amenazas, el direccionamiento estratégico, que abarca: la misión que es la razón de ser de la empresa, la visión que es la anticipación necesaria para iluminar la acción, los objetivos globales, que son a corto plazo (plan operativo) y a largo plazo (plan estratégico), la formulación de la estrategia que es el primer nivel de concretización de la misión, contesta a la pregunta ¿cómo hacer operativa la misión?, definición de escenarios posibles, la evaluación y corrección, incluye la recolección de datos y evaluación del desempeño, el desarrollo de evaluaciones

periódicas y el desarrollo de ajustes a políticas y programas de acuerdo a los resultados...”⁴⁰

La planificación presupuestaria tiene un nivel específico de programas, contenido cuantitativo, establece actividades y recursos, tiene un nivel ampliamente participativo, responsabilidad de todas las conducciones, de todos los niveles gerenciales, planificación de mediano plazo, plazo anual.

Planificación de proyecto, tiene un objetivo específico, nivel de conducción participativa, planificación de mediano plazo intermedia entre la presupuestaria y la estratégica.

Planificación Operativa, tiene como objetivo establecer los estándares técnicos de la actividad, contiene aspectos de la actividad diaria o semanal, es elaborada por las conducciones operativas, nivel participativo con el nivel operativo, es una planificación de corto plazo, diario o semanal.

“...**La planificación en salud** ha evolucionado en función de los cambios que los sistemas de salud, debido a su alta permeabilidad han tenido que afrontar; factores como la tendencia demográfica, el contexto socio económico, la influencia ideológica, el desarrollo científico tecnológico han determinado ajustes en las técnicas de planificación en salud...”⁴¹.

La planificación estratégica aplicada a salud se define, como el proceso mediante el cual los miembros líderes de una organización, prevén su futuro y desarrollan procedimientos y operaciones necesarias para lograrlo.

Como experiencias de planificación en salud tenemos: planes de salud, diagnóstico de salud de la comunidad, mapas sanitarios, protocolos de atención,

⁴⁰ Vega Milton. Dr. Maestría de Servicios de Salud. Módulo Gestión de Servicios de salud, Quito, abril, mayo 2005 presentaciones

⁴¹ Velasco Garcés María de Lourdes. Planificación Estratégica Aplicada a Salud, Quito, marzo 2005.

programas específicos; salud escolar, vacunación, control de la tuberculosis, etc., planes estratégicos y presupuestos institucionales.

“...El proceso de la planificación estratégica aplicada a salud comprende los siguientes pasos: Diagnóstico situacional, identificación y priorización del o de los problemas, análisis del entorno: análisis causal y análisis FODA, marco filosófico institucional: visión, misión y valores, estrategias y definición de actividades...”⁴²

2.1.8.4. Organización

*2.1.8.4.1 La Teoría de la Organización*⁴³

La teoría clásica concibe la organización como una estructura. Para Fayol, la organización abarca solamente el establecimiento de la estructura y de la forma, siendo por lo tanto, estática y limitada. Para Mooney, “la organización es la forma de toda asociación humana para la realización de un fin común.” Para la teoría clásica los aspectos organizacionales se analizan de arriba hacia abajo y del todo para las partes, exactamente al contrario del enfoque de la administración científica de Taylor.

De acuerdo a Gulick, “la división del trabajo constituye la base de la organización”. Esta conduce a la especialización y a la diferenciación de las tareas. La idea básica era que las organizaciones con elevada división del trabajo serían más eficientes que aquellas con poca división del trabajo. La administración clásica trata de esta división por departamentos, en tanto que la administración científica trata la división del trabajo a nivel operario, dividiendo el trabajo de éste.

La división del trabajo además puede ser en dos direcciones: vertical y horizontalmente.

⁴² *Ibid.*, pp: 36

⁴³ Martínez Simón José Manuel. Gestión de la Administración Pública, Módulo 1: Organización administrativa y toma de decisiones, 10^a edición, Septiembre 2007. España.

La primera de ellas corresponde a los niveles de autoridad y responsabilidad, definiendo los diferentes escalones de la organización. La otra, según los diferentes tipos de actividades desarrolladas en la organización; en un mismo nivel jerárquico, cada departamento o sección pasa a ser responsable por una actividad específica y propia.

La coordinación debe ser basada en una comunión real de intereses. La coordinación indica que hay un punto de mira u objetivo a alcanzar que debe guiar los actos de todos. La presuposición básica era la de que cuanto mayor la organización y cuanto mayor la división del trabajo, tanto mayor será necesaria la coordinación, para asegurar la eficiencia de la organización como un todo.

Uno de los tipos más simples de organización es la llamada organización lineal, ésta se basa en los principios de:

- Unidad de mando o supervisión única.
- Unidad de dirección.
- Centralización de la autoridad.
- Cadena escalar.

En la organización lineal, los órganos que componen la organización siguen rígidamente el principio escalar – autoridad de mando. Sin embargo, para que los órganos de línea se puedan dedicar exclusivamente a sus actividades especializadas, se hace necesario contar con otros órganos encargados de la presentación de servicios especializados extraños a las actividades de los órganos de línea. Esos órganos que prestan servicios se llaman de “staff” o de asesoría los cuales proveen servicios, consejos, recomendaciones, etc. Los órganos de staff no obedecen al principio escalar ni poseen autoridad en relación a los órganos de línea.

En estos momentos de cambio acelerado y énfasis en la globalización y la cultura de la calidad y el servicio al cliente, para los estudiosos de la administración no deja de ser frustrante el comprobar que aún persista, en numerosas organizaciones, la aplicación de modelos rígidos y mecanicistas incompatibles con las principales variables, tanto de su entorno, como de su cultura, procesos o estructuras organizacionales particulares, y que, en la mayoría de los casos, están en contradicción con los supuestos que dichos modelos sustentan.

Desde la década de los 60, se han propuesto múltiples teorías y modelos sobre las Organizaciones. March y Simon proponen tres modelos o paradigmas del comportamiento humano en las organizaciones:

- El modelo instrumental rígido, centrado en la tarea;
- El modelo sociológico, más flexible, orientado hacia la persona; y
- El modelo decisonal, orientado hacia la toma de decisiones gerenciales.

En 1960, Pfiffner y Sherwoods resumieron los criterios de clasificación en dos grandes paradigmas. Estos paradigmas presentan, según los autores, dos tendencias de tipo opuesto: una, mecánica y funcional; otra, orientada hacia la conducta humana. Kiiksberg propone finalmente las tres orientaciones siguientes:

- Orientación tradicionalista: En ella incluye los trabajos de Taylor, Fayol y sus seguidores, así como los autores denominados neoclásicos, entre los que figura Urwick.
- Orientación sociológica: Incluye los trabajos de Mayo y los pioneros y seguidores de la escuela de "relaciones humanas", como Douglas Mc Gregor, aunque maneja la sociología industrial como un enfoque diferente dentro de esta misma escuela.
- Orientación hacia la creación de una Teoría de la Organización: En donde analiza en forma especial el problema de los objetivos de la organización.

Gvishiani clasificó a las escuelas en los cinco grupos siguientes:

- Escuela de la Administración Científica.
- Escuela de las "relaciones humanas".
- Escuela "empírica".
- Escuela de los sistemas sociales.
- Escuela nueva de la ciencia de la Administración.

Esta última incluye los enfoques cuantitativos, de microeconomía y de sistemas.

Al inicio de la década de los setenta, el estudio de la administración se vio fuertemente influenciado por el enfoque de la teoría de los sistemas generales, postulada desde 1951 por Ludwig von Bertalanffy en el campo de las ciencias biológicas, aunque ya desde 1938, Chester Barnard había insistido en la influencia del entorno en la administración.

En 1970, Sexton, en su libro sobre teorías de la organización, mantiene el mismo esquema que Kiiksberg; es decir, los enfoques clásicos, la escuela humanista y la moderna teoría de la organización. Ese mismo año, Kast y Rosenzweig publican un novedoso libro en donde proponen la aplicación del enfoque de sistemas para el análisis de las organizaciones y la administración.

En 1976 aparecen otras dos obras importantes, escritas por estudiosos partidarios de las nuevas teorías contingentes y de sistemas: Fred Luthans y Huse y Bowditch. En estos textos los autores utilizan el enfoque de sistemas y el de contingencias como salidas integradoras de la "jungla administrativa" a la que se refiriera Koontz en alguna ocasión para describir el estado de confusión en que habían caído los intentos clasificadorios sobre las escuelas, enfoques o teorías de la administración.

La mayoría de los textos actuales de administración siguen conservando este esquema, que contempla tres grandes paradigmas generales y una corriente integradora de los anteriores, dentro del enfoque de sistemas.

En 1978, Scott propuso un esquema clasificatorio de cuatro etapas, utilizando un modelo bidimensional que contempla como variables, en una dimensión, los sistemas cerrados y abiertos, y en la otra, el comportamiento del hombre como actor racional o social.

La década de los ochenta se caracterizó por el impacto de tres nuevos paradigmas, estrechamente vinculados. El primero de ellos fue el "milagro japonés" y el énfasis en la calidad. El segundo, derivado en gran medida del anterior, fue el exitoso "best-seller" de Peter y Waterman acerca de la excelencia en las organizaciones. El tercero se centra en las propuestas de los estudiosos de la cultura organizacional.

Recientemente, Morgan ha propuesto la utilización del concepto de "metáfora" para referirse a los actuales paradigmas de la organización e identifica y analiza los siguientes en su obra:

- La organización como una máquina.
- La organización como organismo.
- La organización como cerebro.
- La organización como cultura.
- La organización como sistema político.
- La organización como cárcel física.
- La organización como cambio y transformación.
- La organización como instrumento de dominación.

2.1.8.4.3 *Las teorías actuales sobre la Organización*

Los intentos por establecer una teoría general de las organizaciones han ido convergiendo, poco a poco, en un esfuerzo generalizado que abarca en la actualidad, tanto las teorías clásicas y conductuales, como los enfoques de sistemas, contingentes y de calidad y excelencia, plasmados en una visión a nivel macro de las organizaciones como entidades socioculturales en las que actúan los procesos administrativos.

Esta visión propone la utilización de modelos consistentes con su circunstancia específica, de manera que se establezca una relación funcional entre las variables externas, la tecnología y la cultura, con las variables internas de la organización, ya sean estructurales o de procesos.

La teoría de las organizaciones se apega a los métodos empleados por las ciencias sociales y utiliza para la investigación, desde los estudios de casos, hasta los experimentos de campo.

En términos generales, los enfoques actuales sobre las escuelas, corrientes o teorías de la administración pueden agruparse en los siguientes paradigmas generales:

- Paradigmas clásicos y neoclásicos

Contemplan a la organización como una máquina. La administración, por consiguiente, está orientada hacia la producción y la optimización de los recursos. Los supuestos acerca de la naturaleza humana son similares a los propuestos por la teoría X de Mc Gregor: el hombre es irresponsable por naturaleza y rehuye el trabajo, por lo que hay que coaccionarlo y vigilarlo en forma estrecha para que sea productivo.

- Paradigmas provenientes de las escuelas de la conducta

Contemplan a la organización desde el punto de vista de la conducta de los grupos humanos. La administración está orientada hacia las personas y los aspectos de satisfacción y autorrealización. Los supuestos acerca de la naturaleza humana son similares a los propuestos por la teoría Y de Mc Gregor, Incluye todas las teorías denominadas de "relaciones humanas", entre las cuales ocupa un lugar destacado el "desarrollo organizacional".

- Paradigmas cuantitativos y de toma de decisiones

Centran el enfoque organizacional en el flujo de información. La administración está orientada hacia la toma de decisiones y la eficiencia.

No plantean supuestos específicos acerca de la naturaleza humana. Se apoyan en modelos matemáticos y la utilización de equipos y sistemas computacionales para la toma de decisiones.

- **Paradigmas sobre las organizaciones gubernamentales**
Agrupan los estudios sobre administración pública, en general no contemplados en la bibliografía sobre administración general o de empresas. La administración está orientada hacia la utilización de modelos burocráticos, soportados por un marco legal relativamente estable y rígido.
- **Paradigmas de integración**
Comprenden los enfoques de sistemas, contingentes y de planeación estratégica, que introducen y dan gran importancia a las variables del entorno de la organización y a los mecanismos de retroalimentación y de visión a largo plazo.
- **Paradigmas culturales**
Soportados por los nuevos esquemas de excelencia, calidad total y globalización de las organizaciones. Contemplan a éstas como sistemas socioculturales interdependientes. Centran los esfuerzos en la satisfacción del cliente y en la supervivencia de la organización.

A pesar de la multiplicidad de corrientes existentes, casi todas ellas se complementan, poniendo de relieve el marcado carácter ecléctico de la moderna Teoría de las Organizaciones. Por otro lado, es importante destacar el hecho de que esta disciplina los utiliza a todos, con un enfoque de contingencias, para el análisis y la solución de problemas específicos.

Todos los modelos, como paradigmas que son, pueden ofrecer soluciones relativamente válidas para los problemas organizacionales dentro de su marco de referencia. Todos pueden funcionar si se utilizan en organizaciones que respondan a los supuestos que éstos sustentan. Lo importante, a fin de cuentas, será siempre poder determinar, con criterio e inteligencia, las variables

organizacionales y de entorno que condicionen el momento y la circunstancia específica para su aplicación.

“Organizar es una función gerencial que consiste en establecer quién hace qué. Quién significa establecer responsabilidades, relaciones entre los miembros del equipo o entre diversos equipos de trabajo y determinar líneas de autoridad y comunicación para la toma de decisiones con el objetivo de que las tareas se realicen adecuadamente, el qué es establecer actividades que deben realizarse dentro de procedimientos y procesos específicos.”⁴⁴ La organización es una función que está presente desde el inicio de las organizaciones sociales:

Organizaciones sociales, son agrupaciones humanas construidas para lograr metas específicas, es un conjunto de partes relacionadas e interdependientes, es un sistema con algún propósito, por lo tanto, organización social es un sistema estructurado dentro de un sistema más inclusivo, abierto dado que importa recursos del medio (corriente de entrada o input) los transforma y los exporta como corriente de salida o output, sea materia o energía.

La corriente de entrada inputs o recursos de entrada. En salud el propio paciente es un insumo, los recursos financieros provistos por los financiadores, también están los recursos organizacionales que son: recursos físicos, humanos, financieros, insumos y recursos de información.

La transformación o sea los procesos que realiza la organización están determinados por la tecnología organizacional la que está compuesta de conocimientos, tecnología y las actividades que son las que transforman los inputs en outputs.

La corriente de salida lo que se entrega al medio, outputs es un producto que tiene un valor agregado, en las organizaciones industriales y comerciales el producto es un bien de consumo, mientras que en las organizaciones de servicio

⁴⁴ Fundación Isalud. Módulo 2, pp: 10

el producto es un servicio. Para un hospital la utilidad es social, la cual no sólo se refleja en indicadores de salud que son muy importantes sino que además se expresa en el reconocimiento social, satisfacción de los usuarios.

2.1.8.4.4 *Organigrama*

Organigrama es una estructura de la organización en el que se muestran sus departamentos y unidades, sus posiciones dentro de la organización, como se relacionan entre sí y cual es la línea de mando, esta tiene relación con la estructura organizacional; líneas de mando muy angostas crean organizaciones verticales con muchos niveles entre los directivos más altos y los más bajos; en estas organizaciones, una línea de mando entorpece la toma de decisiones, las líneas muy anchas crean organizaciones horizontales, con menos niveles administrativos en la parte superior e inferior.

La tendencia es crear una organización horizontal para reducir los costos asociados con niveles administrativos de mandos medios y para acelerar la toma de decisiones. No existe una línea de mando ideal, para seleccionar la línea de mando se consideran factores tales como el entorno y las capacidades tanto de los administradores como de los subordinados.

Partiendo de este concepto la organización sanitaria es una organización pensada para los usuarios y que asume el comportamiento ético de la efectividad, se estructura para satisfacer las necesidades de los usuarios.

2.1.8.4.5 *El hospital*

Es una unidad de servicios de salud que dispone de recursos humanos, tecnológicos que giran en torno a la unidad productiva y desarrolla esencialmente una serie de procesos tendientes a tratar o rehabilitar pacientes.

El comité de expertos de organización de cuidados médicos de la OMS, ha definido a los hospitales como una parte integrante de la organización social y

médica de una comunidad cuya función es proveer a la población, servicios integrales para el cuidado de la salud, incluyendo ambos tipos de servicios, preventivos y curativos, que alcanzan a las familias hasta el propio entorno de su hogar; también es un centro de entrenamiento para los trabajadores de la salud y un centro de investigación; siendo los hospitales, unidades de salud de tercer nivel, los servicios son de internación de ambulatorios muy especializados en hospitales de alta complejidad; los servicios están enfocados a las cuatro tareas esenciales de la medicina; promoción de la salud, prevención de las enfermedades, restablecimiento de los enfermos y rehabilitación.⁴⁵

El hospital moderno considera al paciente como eje sobre el cual gira toda la atención del equipo de salud y la del hospital en su conjunto; surge una centralización funcional de la organización y una descentralización de procesos que se advierte en la extensa área de contacto paciente, profesional y usuario, cliente que existe en cada unidad funcional.

2.1.8.4.5.1 Estructura Organizacional de los hospitales

La organización de una institución de salud comporta: Agrupar RRHH en unidades de tareas denominadas unidades funcionales, establecer para cada una de estas unidades los procesos, procedimientos y actividades que son de su competencia, determinar el grado de autonomía, establecer responsabilidades y responsables, establecer las relaciones entre las diversas unidades, determinar líneas de autoridad para la toma de decisiones y determinar los canales de comunicación formal.

Las instituciones de salud independientemente de la estructura tienen como objetivo una continua exigencia por mayor eficacia, eficiencia y calidad, procurando entregar un continuo de servicios de salud, que la permita a la organización cumplir con su misión, asistiendo a los pacientes y satisfaciendo las necesidades de la comunidad.

⁴⁵ Asociación de Economía de la Salud. "La economía de la Salud en la reforma del Sector". Ediciones ISALUD 1996.

La Organización Funcional, se refiere a estructuras centralizadas, con manejos verticales y con integración a niveles cercanos a las jefaturas, lejos de los niveles operativos; en salud se establecieron estructuras funcionales debido a la naturaleza profesional del trabajo, en estas organizaciones, los distintos departamentos se establecen como unidades independientes entre si, sin autonomía de comunicación vertical entre sus miembros y comunicación horizontal sólo en el ámbito jerárquico.⁴⁶

La Organización por Servicios, consiste en la división de la organización en pequeñas unidades sobre la base de servicios que presta y cuyos miembros aunque pertenecen a la organización, están coordinados por el jefe de la unidad.

Generalmente una de las **complicaciones** en estos tipos de organizaciones es que existe una dualidad entre la toma de decisiones de la organización y de cada unidad, servicio o departamento, existe gran dificultad en establecer responsabilidades, por una parte favorece el desarrollo profesional, ya que cada grupo pretende optimizar los recursos y las actividades de su propio departamento o servicio, pero también favorece al aislamiento de estos de los objetivos de la organización, el paciente es tratado como un conjunto de órganos que pertenece a diversas especialidades, no como un sistema integrado armónicamente.⁴⁷

Los hospitales tradicionales o modernos con un alto nivel de producción y de demanda requieren que los recursos estén en función de los requerimientos integrales de la persona.

La Organización por Procesos, para superar los inconvenientes de las organizaciones anteriores surge la organización por producto, desarrollando estructuras descentralizadas, con manejos horizontales e integración en los

⁴⁶ Fundación Isalud, Módulo 2, Op. cit, pp: 32

⁴⁷ Ibid., pp: 30

niveles operativos, la base de la organización es la provisión eficiente de un producto, el foco está puesto en la eficiencia y en el cuidado integral del paciente, el jefe coordina un equipo multidisciplinario que es íntegramente responsable de todos los procesos; son unidades que pueden llegar a ser totalmente autónomas.

Esta organización surge de la necesidad de mejorar los productos y así conservar los clientes para ello es necesario dejar de pensar en la estructura organizacional y centrarse en los procesos que controlan las interacciones con el cliente.⁴⁸

2.1.8.4.6 *La empresa sanitaria*

Gestiona la salud de las personas, los procesos productivos, la gestión del conocimiento, las interrelaciones personales, los intereses de los cinco colectivos que integran la organización (Los ciudadanos, los profesionales sanitarios, el personal en general, los gestores y los propietarios), un gran volumen de recursos económicos, la praxis médica y la medicina defensiva y la necesidad de objetivación de los intereses de los distintos colectivos y lucha por el poder.

El hospital cuatro empresas en una, las cuatro empresas que coexisten en el hospital son:

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

⁴⁸ Harrington. H. J. Dr. Mejoramiento de los procesos de la empresa. Santa Fé de Bogotá, Colombia 1192.

La Organización Matricial, son estructuras organizacionales intermedias, donde sobre una estructura funcional o por servicios se sobrepone otra que asemeja ser por producto, pero que no es autónoma, existe una doble autoridad para el personal.

2.1.8.4.7 Procesos

“Conjunto de actividades interrelacionadas e interactuantes que transforman entradas o insumos en salidas o productos”, tienen como elementos, inputs o insumos, recursos-proceso, outputs salidas o productos. Los procesos son generalmente planificados y ejecutados bajo condiciones controladas para agregar valor, tienen indicadores con un sistema de medida, que pueden ser: de estructura, proceso, resultado e impacto, una base legal, un propósito y objetivos, un responsable del proceso y un procedimiento operativo. Las entradas de un proceso son generalmente las salidas de otros.

Tipos de Procesos: Según el cliente, según la función, según el nivel de producción de los servicios y según la naturaleza del producto.

Según el cliente:

- Procesos asistenciales: son aquellos que tienen como elemento final al usuario
- Procesos no asistenciales: son aquellos cuyos clientes son los propios trabajadores de la institución

Según la función:

- Procesos generales de dirección: son los propios de la función directiva, Ej.: planificación, organización control, comunicación.
- Procesos asistenciales: son aquellos que constituyen la actividad primaria del núcleo técnico de las instituciones de salud Ej.: de diagnóstico, terapéuticos, de cuidado

- Procesos administrativos: son los realizados por el personal de apoyo Ej.: gestión económico administrativos, gestión de RRHH, hotelería, mantenimiento.

Según el nivel de producción de los servicios

- Procesos intermedios: utilizan los recursos primarios y dan como resultado, los productos intermedios Ej.: laboratorio, imágenes, medicaciones, menús.
- Procesos no asistenciales: son combinaciones de productos intermedios, cuyo resultado es el producto final, pacientes tratados. Ej.: laparotomías, biopsias, vacunaciones

Según la naturaleza del producto

- Procesos hoteleros: tienen un gran impacto sobre la percepción de la calidad asistencial, hacen referencia a elementos tales como ambientación limpieza, lencería, dietas, seguridad
- Procesos administrativos: son aquellos que no implican una asistencia clínica directa sino que tiene naturaleza administrativa Ej.: programación de consulta externa quirúrgica, transporte de pacientes, suministro administrativo financiero.

“...Los **procesos asistenciales** son el conjunto de procedimientos diagnósticos, terapéuticos y preventivos complejos que sirven para alterar el curso natural de la enfermedad, prevenir, curar, rehabilitar, dando respuestas a las expectativas del cliente interno y del usuario. Estos deben realizarse según las exigencias de los usuarios, con la máxima disponibilidad técnica y tecnológica, con un gasto acorde y con un servicio excelente...”⁴⁹

“...Los procesos deben cambiarse, deben orientarse hacia los usuarios, basados en sus conceptos fundamentales, en cambios radicales, en transformaciones profundas y financiables. Cuando hablamos de **gestión por procesos** estamos

⁴⁹ Vega Milton. Dr. Maestría de Servicios de Salud. Módulo Gestión de Servicios de salud, Quito, abril, mayo 2005 presentaciones.

hablando de una forma de *reingeniería*, que culmina implantándose como un tipo de medicina gestionada, pensando en darle valor agregado al proceso, para maximizar las acciones de salud de la comunidad dentro de la escasez de recursos, garantizando una prestación adecuada de servicios; esta etapa se nutre con: la incorporación de toda la información disponible, benchmarking, de la opinión del personal de la institución, del juicio grupal ponderado, de la visión de los proveedores, de la exigencia de las autoridades sanitarias, de programas sanitarios, resultados de encuestas de satisfacción al usuario, identificación de grupos de apoyo, selección de agentes de cambio, control de los grupos de resistencia al cambio y trabajo específico con ellos para la construcción de los consensos mínimos desde donde comenzamos, identificación de la oportunidad de mejoras y establecer un orden de prioridades...”⁵⁰.

“...El **mejoramiento de los procesos empresariales** es una metodología sistemática que se ha desarrollado con el fin de ayudar a una organización a realizar avances significativos en la manera de dirigir sus procesos, al centrarse en eliminar el desperdicio y la burocracia, también ofrece un sistema que le ayuda a simplificar y modernizar sus funciones y al mismo tiempo asegurar que los clientes internos y externos reciban productos sorprendentemente buenos...”⁵¹.

El principal objetivo es garantizar que la organización tenga procesos que eliminen errores, minimicen las demoras, maximicen el uso de los activos, promuevan el entendimiento, sean fáciles de emplear, sean amistosos con el cliente, adaptables a las necesidades cambiantes de los clientes, proporcionen a la organización una ventaja competitiva, reduzcan el exceso de personal.

“...El mejoramiento de los procesos empresariales es de utilidad a la organización, ya que constituyen una parte importante de los costos, permite mejorar significativamente la participación de mercado, tomar las mejores

⁵⁰ *Ibid.*, diapositiva. 185

⁵¹ Harrington, *Op. cit.*, pp: 23

desiciones de negocios y ponerlas en práctica con mayor rapidez, ayuda a mejorar y controlar las operaciones, mejorar el flujo de producción...”⁵²

2.1.8.5 Gestión

Proceso dinámico de interacción de la estructura (oferta) y demanda (necesidades) con optimización de recursos (eficiencia) y cumplimiento de objetivos (eficacia).

La gestión de recursos abarca los recursos humanos, técnicos, tecnológicos, físicos logísticas, insumos, medicamentos, etc.; de esta manera coordinar todos los recursos disponibles para conseguir determinados objetivos, implica amplias y fuertes interacciones fundamentalmente entre el entorno, las estructuras, el proceso y los productos que se desean obtener. El propósito del gerenciamiento es conducir la organización hacia y asignar todos los recursos de modo tal de alcanzar los mejores resultados con los menores costos, en este punto el administrador, manager o gerente es aquel que alcanza con eficiencia sus objetivos que son los de la organización, a través de actividades de los otros.⁵³

Recursos físicos o materiales: el espacio físico, los terrenos, los edificios el equipamiento.

Recursos financieros: el dinero, en forma de capital, flujo de caja, financiación y créditos.

Recursos humanos. Insumos: particulares para cada actividad productiva.

Recursos de información: para actividades productivas, mercado lógicas (localizar, contactar e influir en los clientes o usuarios: actividades de investigación y análisis de mercado, sistema de ventas, promoción, publicidad, distribución y desarrollo de nuevos productos) y administrativas (planificar, organizar, dirigir, evaluar y controlar)

⁵² Trischler William E. Mejora del valor añadido en los procesos, ahorrando tiempo y dinero eliminando despilfarro. Gestión 2000. Barcelona.

⁵³ Fundación Isalud. Módulo 3, Gestión, Op. cit., pp: 34

La eficiencia de la gestión está marcada por la estructura, el proceso y el producto en base a volumen, calidad y costo.

La gestión hospitalaria permite lograr la eficacia en la calidad del servicio otorgado garantizando una prestación adecuada de servicios, la gestión de pacientes es un proceso de optimización, de programación, de gestión de recursos, de previsiones y de atención al público, para asegurar a cada usuario un servicio asistencial adecuado; la gestión hospitalaria tiene las siguientes prioridades: aumento de la productividad de los recursos humanos, mejora de los procesos asistenciales, control del gasto, acompañar la evolución tecnológica, mejora de la calidad, utilizar recursos de eficiencia clínica demostrada, gestión de la variabilidad.⁵⁴

La Dirección dentro del proceso de gestión, es la conducción de las personas al logro de los objetivos de la organización social. La función de dirección tiene tres vertientes esenciales: el manejo del recurso humano, la conducción y la coordinación de las tareas en los diversos procesos.

El manejo del recurso humano: esta función del gerente incluye:

- Selección del personal necesario para la producción de su unidad.
- Capacitación esto es desarrollo del recurso humano.
- Ubicación en el plantel.
- Establecer incentivos positivos y negativos.
- Resolución de los conflictos.
- Control y evaluación del rendimiento.

La conducción, función de la dirección tiene por objeto **guiar el equipo de trabajo**, compatibilizando los factores del medio y de la propia unidad, integrando los RRHH humanos propios con los de las demás unidades. No existe un modelo de conducción superior; el estilo de conducción más eficiente será el que se adapte mejor a las diversas situaciones, y frente a los diferentes tipos de personal del que se dispone.

⁵⁴ Ibid., pp: 19-21

La coordinación de las tareas en los diversos procesos, función clave del que dirige y piedra angular de la eficiencia de dichos procesos. Para llevar adelante esta función es imprescindible que quien dirige una unidad funcional, asistencial o no asistencial conozca acabadamente los procesos que en ella se llevan a cabo, para poder coordinar las tareas que conforman cada proceso, de forma tal que estos sean eficientes.

Cuadro de Mando, herramienta del management que permite obtener información adecuada para la gestión de las organizaciones productivas, sobre la base de indicadores oportunos y cuantificables de las áreas y los procesos claves. Las áreas o procesos críticos deben incluir los aspectos vinculados a la rentabilidad, productividad, posicionamiento comercial y motivación de los recursos humanos⁵⁵.

Los objetivos que pasan a formar parte del cuadro de mando pueden dividirse en tres categorías:

- Aquellos indicadores que se comparan contra metas de los objetivos estratégicos determinados por el análisis estratégico
- Aquellos indicadores que se comparan contra metas expresadas en la planificación presupuestaria.
- Aquellos indicadores que simplemente se comparan con la tendencia histórica.

En resumen el cuadro de mando o de indicadores ha sido diseñado para ayudar a los gerentes a gestionar la organización gracias a la identificación de factores claves para el éxito de la empresa.

Balance Scorecard, herramienta que permite traducir la visión de la organización, expresada a través de su estrategia, en términos y objetivos específicos para su difusión a todos los niveles, estableciendo un sistema de medición del logro de

⁵⁵ *Ibid.*, pp: 55-57

dichos objetivos. Es conocida internacionalmente como el Balance Scorecard, aun cuando en español se le denomina con diversos vocablos: Tablero de comando, tablero de mando, cuadro de mando, cuadro de mando integral, sistema balanceado de medidas.

2.1.8.6 Monitoreo y Evaluación

Monitoreo, es el seguimiento rutinario de las actividades de un grupo a través de una medición regular y continua para ver si las actividades planificadas se están realizando; toma en cuenta actividades y tareas para ver si se cumplen las metas, los recursos de uso de cantidades previstas en momentos previstos, el énfasis está en la información que identifica las necesidades inmediatas de acción de acuerdo a los objetivos o planes establecidos.

La evaluación, permite medir como está funcionando un programa, si se alcanzaron o no los resultados de los objetivos propuestos, permite obtener información y retroalimenta al proyecto y así hacerle las correcciones y mejorarlo; busca determinar efectos e impacto del proyecto en relación a las metas y objetos definidos; consiste en evaluar metas vs. , logros en la atención; metas vs., logros en utilización de recursos, informes de calidad de atención, de control y supervisión de la atención. Evaluación incluye: establecimiento de estándares, medición de lo ejecutado, corrección de los estándares y planes.

Para realizar el monitoreo y evaluación se debe contar con una herramienta informática (SIG) que faculte retroalimentar la información a partir de indicadores de eficacia y eficiencia a los procesos de gestión, organización y planificación, permitiendo una toma de decisiones oportuna y acertada.

2.1.8.6.1 Tecnología Informática.

En el campo de las organizaciones productoras de salud, la tecnología de la información se ha convertido en un recurso estratégico que utilizan, aunque muchas veces no sea reconocida como tal.

La Tecnología es la aplicación del conocimiento, o bien el estado de los conocimientos técnicos; deriva de la palabra griega Tekhne: arte, industria; esto es, tanto en el campo del arte como de la industria es necesario la aplicación del conocimiento en forma de técnica o tecnología, que de alguna manera puede separarse del recurso humano que lo aplica.⁵⁶

La tecnología informática, está conformada por cuatro elementos:

- El Hardware de computadora, o sea el equipo físico en un sistema de información.
- El Software de computadora, o sea instrucciones previamente programadas, que controlan y coordinan el hardware de un sistema de información.
- La Tecnología de Almacenamiento, o sea los medios físicos y lógicos que gobiernan el almacenamiento y la organización de la información.
- La Tecnología de las Telecomunicaciones, o sea los dispositivos lógicos y software que por una parte enlazan los diversos componentes de hardware, y por otra transfiere la información de un lugar a otro.

Los elementos que conforman la Tecnología Informática, constituyen solamente una herramienta para mejorar el sistema de información, pero es muy poderosa, por cuanto agrega: velocidad, precisión, poder manejar grandes volúmenes, gran capacidad de comunicación y coordinación, procesamiento en línea: que es la capacidad de integración.⁵⁷

2.1.8.6.2. Sistemas de Información Gerencial.

⁵⁶ Fundación Isalud. Instituto Universitario Isalud. Diplomado Superior en Gerencia de Hospitales. Ecuador. Diciembre /abril 2003. Módulo 7. Sistemas de Información.

⁵⁷ Vega, *Op. cit.*, pp: presentaciones power point

Los sistemas de información gerencial son instrumentos que facilitan el monitoreo y la evaluación y dependiendo del tipo de sistema de información permite desarrollar la toma de decisiones adecuadas.

Los sistemas de información son la base de muchas actividades que ocurren en las organizaciones y en la sociedad; todas las organizaciones cuentan con alguna clase o tipo de sistema de información; las organizaciones han aprendido como utilizar la información como un instrumento eficaz para la administración; por ello, buscan que todos los datos medibles sean organizados de manera que sea fácil registrarlos, almacenarlos, procesarlos, recuperarlos y comunicarlos, según lo requieran los usuarios que los operan, teniendo con ello un sistema funcional que satisfaga sus necesidades que lo requieran.⁵⁸

Las organizaciones productoras de servicios de salud reconocen la información como un recurso estratégico al igual que los recursos organizacionales, humanos, tecnológicos, financieros, físicos y los insumos.

Un sistema de información se requiere para la toma de decisiones, control de las operaciones, análisis de problemas y creación de nuevos servicios, por medio de tres actividades: **Alimentación o insumo**, es 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, **Producto o salida**, la distribución de información procesada a las personas o en las actividades a ser usada⁵⁹.

“...Existen diversos tipos de sistemas:

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

⁵⁸ ROMANO YALOUR, Margot y otros “Hacia una definición operacional de la calidad de atención y la satisfacción de los pacientes”. Fundación ISALUD – SECYT 1998.

⁵⁹ Fundación Isalud. Módulo 7, Sistemas de información, Op. cit. pp: 15

- **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...⁶⁰

2.1.8.6.3 Los sistemas de información gerencial en salud.

Estos sistemas están orientados al establecimiento sanitario como sistema de producción, y contienen: centros de responsabilidad y de costos, unidades de producción, recursos o insumos, infraestructura y cultura organizativa; es un instrumento de gestión (proceso); la metodología de análisis esta orientada al nivel institucional en producción, rendimientos, recursos y costos (PRRC); mediante una visión sistémica del método PRRC, desarrolla el análisis macro y micro institucional⁶¹.

Los sistemas de información Gerencial en salud como herramientas de gestión ofrecen:

- Soporte de políticas de descentralización hospitalaria.
- Permite desarrollar una programación de la actividad asistencial, con mayor grado de detalle que la presupuestación pública tradicional.
- Estimula el desarrollo de metas de producción a cumplir.

⁶⁰ Laudon y Laudon. Sistemas de Información Gerencial para la materia Tecnología de la Información de la Facultad de Ciencias Económicas. www.elibrolibre.com.ar/index.php/2006-04-03.

⁶¹ Fundación Isalud, *Op. cit.*, pp: 17-23

- Facilita el monitoreo y la detección de desvíos en el alcance de las metas.
- Información de utilidad para una mejor asignación de recursos a los establecimientos de salud.
- Una metodología de costeo y análisis institucional
- Una metodología de programación y presupuesto de la producción
- Indicadores cuantitativos y cualitativos para: conducción, regulación y contratación, monitoreo de gestión, acuerdos de gestión y rendición de cuentas.

2.1.8.6.4 Datos, información e indicadores.

Dato es la representación de un hecho, los datos son elementos de información, la materia prima de la información pero no son información, un conjunto de señales o signos con un significado particular que son utilizados como pilares básicos de un Sistema de Información (SI); base de la información, del conocimiento y la sabiduría de una organización, los cuales a su vez, son el combustible para la productividad.⁶²

La **información** es el resultado del procesamiento de datos, que se ha comunicado a un receptor, quien la utiliza para tomar decisiones, si bien los datos son la base de toda información, estos se convierten en información al procesarlos y darles una forma significativa, por lo tanto información es en realidad, datos transformados para comunicar un significado o conocimiento.⁶³

⁶² Fundación Isalud, *Op. cit.*, pp: 7

⁶³ *Ibid.*, pp: 8

“...Un **indicador** es una expresión matemática, generalmente un cociente del tipo tasa, proporción o razón (aunque puede ser cualquier otro tipo de valor lógico), que cumpla las reglas de:

- **Relevancia** (sirve para conocer el fenómeno y lo representa adecuadamente).
- **Precisión** (la medición se desvía poco o nada del valor "real").
- **Sensibilidad** (el indicador varía en consonancia con las variaciones producidas en el objeto que se estudia).
- **Especificidad** (es poco afectado por la acción de otras variables)...”⁶⁴

Buena parte de los modelos conceptuales propuestos para los programas de Gestión de calidad se basan en tres elementos para los cuales se seleccionan y organizan indicadores de la calidad: la estructura, el proceso y los resultados.

“...Los **indicadores de la estructura** son variables objetivas y cuantificables, que miden componentes necesarios para la buena calidad, pero no suficientes por sí solos para garantizarla: instalaciones, todo tipo de materiales, recursos humanos y financieros y la estructura de la organización...”⁶⁵

Los **indicadores de proceso** se vinculan con lo que se hace por los pacientes en relación con el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, la prevención, etc. Los indicadores de proceso son los más difíciles de evaluar, pero constituyen elementos clave en la garantía de la calidad. Se pueden definir los resultados (productos, desenlaces e impacto) como la consecuencia de poner la estructura y el proceso a trabajar para atender a los pacientes; los **indicadores clásicos de**

⁶⁴ Vega, Op. Cit., pp: presentaciones power point.

⁶⁵ Fundación Isalud. Instituto Universitario Isalud. Diplomado Superior En Gerencia de Hospitales. Ecuador, Diciembre 2002/ Abril 2003. Módulo 10. Calidad de Atención en Salud.

los resultados son la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad, sin embargo, es importante hacer hincapié en que estos resultados no están relacionados exclusivamente con las intervenciones de los profesionales de la atención de salud.

Existen indicadores del área hospitalaria y de consulta externa entre estos últimos están:

- **% de egresos** (en los casos en que se conoce la población - destino)
- **Información epidemiológica** relacionada con la actividad del Hospital
- **Indicadores de resultados clínicos.**

Indicadores de calidad y eficiencia para la evaluación, dentro del Contexto de la evaluación de establecimientos de salud y aceptando un enfoque sistémico se definen a los indicadores como: “*las medidas de resumen de variables cuali-cuantitativas de estructura, procesos y resultados*”, capaces de identificar áreas críticas; por lo tanto, los indicadores de evaluación serán medidas de resumen de variables cuali o cuantitativas y tendrán alguna relación ya sea con estructuras, procesos o resultados.

Indicadores de Calidad, siguiendo a Donabedian los indicadores de calidad son aquellos que: miden directamente los resultados finales de la atención tales como tasas letalidad, recuperación, infecciones, aceptación, etc.⁶⁶

Indicadores de Eficiencia, son aquellos cuyo principal objetivo es medir no ya los resultados de la atención sino el adecuado uso de los recursos, por lo tanto, son indicadores que miden variables de estructura y de procesos (o de gestión); a su vez estos pueden ser indicadores: de procesos (o gestión) administrativa y de procesos (o gestión) clínica. En algunas situaciones estos indicadores de eficiencia o gestión pueden medir indirectamente la calidad.

⁶⁶ Ibid., pp. 28-31

Indicadores de Procesos (producción y productividad)

- Total de egresos anuales por grupo diagnóstico y por servicio
- Total de consultas anuales por grupo diagnóstico y por servicio
- Promedio día de estada por grupo diagnóstico y por servicio
- Porcentaje ocupacional por servicio
- Giro cama por servicio

Indicadores de conductas diagnósticas terapéuticas y de calidad

- Tasa de letalidad hospitalaria después 48 hs.
- Tasa de infecciones heridas quirúrgicas intra hospitalarias
- Razón accidentes de los pacientes total días cama ocupados
- Porcentaje HCL. Con epicrisis.
- Porcentaje autopsias/ fallecidos.

Indicadores de gestión

- Índice ocupacional
- Promedio de estancia
- Hs. médico por egreso
- Gasto promedio, etc.

2.1.9 CALIDAD

Es la totalidad de los hechos y características de un producto o servicio que siempre, innovando siempre y siempre satisfaciendo a nuestros clientes. demuestra su capacidad para satisfacer las necesidades requeridas.⁶⁷ Calidad es hacer lo correcto en forma correcta, todo a tiempo, todo el tiempo desde la primera vez, mejorando

⁶⁷ Rev. Panam Salud Publica - Reflexiones sobre los programas hospitalarios de garantía de calidad - Revista Panamericana de Salud Pública Print ISSN 1020-4989/.Temas de actualidad / Current topics / Reflexiones sobre los programas hospitalarios de garantía de calidad Haino Burmester¹

2.1.9.1 Calidad en salud

Es el conjunto de características y atributos que reúne un bien o un servicio para ser considerado bueno y satisfactorio para el usuario y el Sistema de Atención de la salud; la calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos, sintetizando puede definirse:

“...la Calidad de los Bienes y Servicios de Salud como: La totalidad de los hechos y características de un bien o servicio que demuestren su capacidad para satisfacer las necesidades requeridas, obtener los resultados deseados por el usuario y por el Sistema de Atención Médica, de un modo congruente con los conocimientos actuales y en un equilibrio entre riesgos y beneficios...”⁶⁸

Uno de los mayores pensadores mundiales en temas de calidad en salud, Avedis Donabedian, no sólo estableció los tres enfoques principales para la evaluación de la calidad en salud, la tríada estructura, proceso y resultado, sino que también avanzó en una definición que introduce un equilibrio central: “*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.*”⁶⁹

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.

Por “Proceso” se entiende todo aquello que se realiza actualmente para que el paciente reciba una adecuada prestación. *El proceso de atención podría decirse*

⁶⁸ Fundación Isalud. Módulo 10. Calidad. Op. Cit., pp: 3

⁷⁶ Dr. Fernando Lavadenz Mantilla, Dra. María Cristina Rentería V., Sr. Elvis R. Anavi J. Manual de Vigilancia de la Calidad. Bolivia. 1998.

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; condicionantes externos con directa relación a resultados adecuados y a una óptima calidad de vida y de salud.

El enfoque que Donabedian ha popularizado, fue alimentado por otros autores, quienes incluyen una clara distinción entre lo que se podría considerar como “calidad técnica” y “calidad humana en el proceso de atención”.

“Se entiende por “**calidad técnica**” el cuidado y la atención provista por personal de salud, sustentada en el adecuado conocimiento y justo juicio empleado en arribar a estrategias y diagnósticos y en llevar a cabo su implementación: como por ejemplo, la eficiencia o efectividad de una tecnología específica, la eficacia de un medicamento”⁷⁰

La “**calidad humana**” se define 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, es más difícil medir la empatía personal, la confianza, la seguridad que inspira el médico en su interacción con el paciente, que otras acciones francamente visibles.

⁷⁰ Fundación Isalud, Modulo 10.Calidad. Op. cit., pp: 4

2.1.9.2 Garantía de la calidad en salud

La garantía de la calidad es un poderoso instrumento administrativo, no existe para culpar o castigar a las personas, sino para prevenir (o minimizar) los errores, la idea es hacer las cosas bien la primera vez y, de este modo, evitar la necesidad de repetirlas, puede contribuir a reducir costos; involucra a los hospitales en el esfuerzo por que los pacientes reciban el tratamiento apropiado en el momento idóneo, con la utilización más eficiente de los recursos disponibles; idealmente, la secuencia de los servicios se dispone de tal modo que los pacientes reciban el mayor beneficio de su tratamiento de una forma muy eficiente.

La eficiencia clínica debe integrarse con la "eficiencia de producción", que está relacionada con el empleo de los recursos en los aspectos no clínicos del tratamiento, eficiencia es un componente de la buena calidad de la atención; también es importante subrayar la dimensión ética de la garantía de calidad.

Licenciamiento, Certificación y Acreditación son los procedimientos más comúnmente practicados en la regulación de la calidad, eficiencia y eficacia en el cuidado de la salud.

2.1.9.2.1 Licenciamiento.

El Licenciamiento, es un procedimiento de carácter obligatorio por medio del cual la Autoridad Sanitaria otorga el permiso de funcionamiento previa verificación del cumplimiento de los requisitos o estándares mínimos indispensables a las instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas o privadas, según su nivel resolutivo, se aplica también a individuos, trabajadores y profesionales de la salud a los que les faculta la posibilidad de participar en una práctica, ocupación o actividad en salud, que de lo contrario sería ilegal.⁷¹

⁷¹ Dr. Fernando Lavadenz Mantilla, Dra. María Cristina Rentería V., Sr. Elvis R. Anavi J. Manual de Vigilancia de la Calidad. Bolivia. 1998.

Su finalidad es la de garantizar que las Instituciones o servicios de salud a los que accede la población, cumplan con requisitos mínimos en aspectos de recursos humanos, infraestructura, equipamiento y cumplimiento de normas para que aseguren la protección de la salud y seguridad públicas.

El licenciamiento tiene las siguientes características:

- Tiene carácter oficial y es un procedimiento obligatorio.
- Establece los requisitos mínimos (estándares) indispensables.
- Se renueva periódicamente (cada 2 años).
- El cumplimiento de este es un requisito continuo que debe cumplir la organización / servicio de salud para seguir su funcionamiento.

2.1.9.2.2 Acreditación.

“...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, a diferencia de la licenciatura, la acreditación se concentra en estrategias de mejoramiento 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.

Como un paso previo para la acreditación es la intervención del licenciamiento para garantizar la calidad de los servicios del sector...”⁷²

2.1.9.2.3 Certificación.

Es un proceso de evaluación realizado por un organismo independiente que avala la existencia de un sistema de calidad y que ese sistema se cumple.

⁷² Ministerio de Salud Pública. Manual de normas de Licenciamiento, Licenciamiento de los servicios de Salud, Abril 2004 Quito-Ecuador.

“...Norma ISO se titula Sistemas de Gestión de la Calidad. Directrices para la mejora del desempeño .La sigla ISO representa la Organización Internacional de Normalización (International Organization for Standardization) que funciona oficialmente desde 1947 en Ginebra. Actualmente es una Federación Mundial de organismos internacionales de normalización de más de 140 países...”⁷³

El título de ISO 9001 ha sido revisado en esta edición, por tanto no se incluye el término “Aseguramiento de la Calidad”. De esta forma se da testimonio de que los requisitos del sistema de gestión de la calidad establecidos en esta edición de la Norma ISO 9001, adicionalmente al aseguramiento de la calidad del producto busca también la satisfacción del cliente.

Para una organización, la adopción de un sistema de administración de la calidad debe ser una decisión estratégica; el diseño e implantación de un sistema de administración de calidad en una organización, es influenciado por diferentes necesidades, objetivos particulares, productos suministrados, los procesos empleados y el tamaño y estructura de la organización; esta Norma Internacional puede utilizarse por partes internas y externas, incluyendo organismos de certificación para evaluar la capacidad de una organización para satisfacer los requisitos del cliente, los reglamentarios, y los requerimientos propios de la organización.⁷⁴

ISO 9001 especifica los requisitos para un sistema de gestión de la calidad que puede utilizarse para su aplicación a nivel interno por las organizaciones, para certificación o con fines establecidos. Esta se enfoca en la efectividad del sistema de gestión de calidad para cumplir los requisitos del cliente.

⁷³ NORMA ISO 9001 2000, Versión final publicada el 31 de Diciembre del 2000.

⁷⁴ Ibid., pp: 4

“...Norma técnica ecuatoriana NTE INEN ISO 15189 2004, es una norma europea que proporciona los requisitos relativos a la competencia y la calidad que son propios de los laboratorios clínicos...”⁷⁵

Los servicios de laboratorio clínico son esenciales para la asistencia al paciente y por tanto tienen que disponerse de forma que satisfagan las necesidades de todos los pacientes del personal clínico responsable de la asistencia de dichos pacientes; tales servicios incluyen los acuerdos de petición, de preparación del paciente, la identificación del paciente, la toma de muestras, el transporte , el almacenamiento, el procesado y el análisis de las muestras clínicas, junto con la subsiguiente validación, interpretación, comunicación y asesoramiento además de las consideraciones de seguridad y ética en el trabajo en el laboratorio clínico.

2.1.9.3 Gestión de la Calidad.

La gestión Integral de Calidad, es 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. La base filosófica de la calidad total en los servicios de salud es que la calidad de los servicios que se prestan siempre puede mejorarse conduciendo hacia una Mejora Continua de la Calidad⁷⁶, constituye una propuesta moderna para la gestión de salud que requiere:

- Una visión integral del establecimiento de salud y el análisis permanente y objetivo de sus resultados, procesos y estructuras;
- Una conducción en equipo con una visión estratégica y amplia de la realidad y del contexto de la institución;
- El desarrollo de sistemas de información para la gestión estratégica;
- La capacitación continua de todo el personal;

⁷⁵ Instituto Ecuatoriano de Normalización (INEN). Norma Técnica Ecuatoriana NTE IINEN ISO 15189: 2004.Laboratorios Clínicos, requisitos particulares relativos a la calidad y a la competencia. Quito-Ecuador 2004.

⁷⁶ Paganini J M. La Calidad en Salud. introducción a la gestión Integral de Calidad. Mimeo. 2002. (adjunto) Pág.4.

- El uso y actualización de normas, estándares, protocolos basados en la evidencia.

La gestión en salud tiene como características especiales; la misión de las organizaciones, la complejidad, las tres empresas del hospital; la clínica (artesanal), la técnica (industrial) y la hotelera y la escuela de formación técnica y profesional.⁷⁷

Dentro de las etapas de la gestión de la calidad tenemos:

Planificación, incluye: políticas de calidad con relación a las personas, a los trabajadores, a las unidades prestadoras, a la sociedad y al estado; y también planes estratégicos y operativos con enfoque de calidad.

Organización para la calidad implica:

- La definición de un diseño organizacional que permita llevar a cabo las funciones para gestión de la calidad integrada al sistema de salud.
- Las actividades sostenibles: con los conocimientos, el nivel de compromiso y los recursos suficientes para aplicar, adaptar, sostener y continuar desarrollando el proceso de garantía de la calidad.
- La organización abarca el nivel central, regional y local redes y establecimientos de salud públicos y privados.

Gestión integral de calidad o gestión integral para la calidad en los servicios de salud, es un concepto moderno que surge como una necesidad imperiosa ante la realidad sanitaria nacional y mundial para desarrollar un proceso permanente hacia la calidad y eficiencia. La necesidad de lograr calidad y eficiencia en la atención de la salud está justificada por datos de estudios realizados, en especial, en el ámbito internacional en donde se demuestra que existen, en la mayoría de

⁷⁷ Diplomado en Administración de Hospitales. Ecuador Enero 2003. Modulo3. Características generales del Gerenciamiento. Tema1. Aspectos Generales del Gerenciamiento en Salud

los establecimientos, de salud problemas de prestación de salud y de gestión administrativa que deben ser resueltos a corto plazo.

“...En lo que hace a la eficiencia de los servicios de salud, es decir, la relación entre los gastos y/ o esfuerzos realizados y las actividades y/o resultados obtenidos, la OPS ha estimado que el nivel de ineficiencia puede estar en alrededor de un 25 %. Es decir que, en otras palabras, una mejoría de la gestión institucional podría llegar a producir hasta un 25 % más sin necesidad de mayores recursos...”⁷⁸

Una encuesta realizada en los años 90 por la OPS en hospitales y clínicas de Latinoamérica encontró que cerca del 50 % de los establecimientos no tenían un sistema de información mínimo que les permitiera analizar y evaluar su gestión técnica administrativa.

El control y la evaluación de los resultados, mediante bases de datos centralizadas que almacenan información acerca de medidas clave de rendimiento o indicadores, puede ser una fuente valiosa de información de calidad para una organización individual de salud o para el sector de salud de todo un país, estos dato acumulados pueden ser beneficiosos para propósitos de planificación así como para la vigilancia continua para el mejoramiento continuo.⁷⁹

⁷⁸ Fundación Isalud. Módulo 10. Calidad, Op. cit, pp: 19-21

⁷⁹ Malagón, Op. Cit, pp: 487

2.2 MARCO CONCEPTUAL

Hospital General, es un establecimiento que brinda servicios de internación, tratamiento y rehabilitación a personas de todas las edades, que padecen o son sospechosas de padecer ciertas enfermedades. Un hospital general no necesariamente tiene todos los servicios de atención médica a todas las edades, pero provee al menos los servicios básicos de clínica médica, cirugía, obstetricia y pediatría; además de un número variable de servicios especializados.

Agudos, Es un establecimiento que cubre una especialidad, cuya atención demandan los enfermos internados, con un promedio de permanencia no mayor de 30 días de estada.

Crónicos, Es el establecimiento que cubre una especialidad, cuya atención demandan los enfermos internados, con un promedio de permanencia mayor de 30 días.

Pte. hospitalizado, No se considera paciente hospitalizado al recién nacido sano en el hospital, que no necesite otros servicios que los normales. Los recién nacidos sólo se contarán como pacientes hospitalizados cuando requieran cuidados especiales. Tampoco se considera paciente hospitalizado al lactante que acompaña a la madre mientras ésta permanece hospitalizada.

Hospital Especializado, es un establecimiento reservado primariamente, para el diagnóstico y tratamiento de pacientes que padecen una enfermedad específica o una afección de un sistema reservado para el diagnóstico y tratamiento de condiciones que afectan a un grupo de edad específica.

Hospital Cantonal (Centro de Salud Hospital), es una unidad operativa de salud, que se halla ubicada en una cabecera cantonal.

Camas de Dotación Normal, son las camas asignadas al establecimiento, por la autoridad competente y que funciona regularmente para la internación de pacientes, en períodos de actividad normal.

“...Camas Hospitalarias Disponibles, es la cama realmente instalada en el hospital en condiciones de uso para la atención de pacientes hospitalizados, independientemente de que estén o no ocupadas. El número de camas disponibles puede variar diariamente, debido a:

- Que se agreguen camas por demanda estacional, emergencia, etc.
- Que se retiren camas para reparación, desinfección, pintura del local, clausura temporal de servicio, etc.,...”⁸⁰

Paciente Hospitalizado, es la persona que ocupa una cama de hospital mientras recibe atención de diagnóstico y/o tratamiento.

Egreso Hospitalario, es el retiro de un paciente hospitalizado de los servicios de internación del hospital. Un egreso implica siempre la conclusión del período de hospitalización y la desocupación de una cama de hospital, ya sea por alta o fallecimiento.

Alta, un egreso se produce por alta cuando el paciente se retira vivo del hospital. Razón de alta, puede ser: alta médica definitiva, alta médica transitoria, traslado a otro establecimiento y por otras causas (retiro voluntario, fuga, disciplina, etc.)

Defunción, un egreso se produce por defunción, cuando el paciente hospitalizado fallece mientras está internado en el establecimiento.

“...Días de Estada, es el número de días de permanencia en el hospital de un paciente egresado, comprendido entre la fecha de ingreso y la fecha de egreso.

⁸⁰ INEC, Anuario de Recursos y Actividades de Salud, Quito, Ecuador 2004.

Para el cálculo se cuenta el día de ingreso pero no el de egreso; a los pacientes ingresados y egresados el mismo día se les computa un día de estada...”⁸¹

Promedio Días de Estada, es el número de días que, en promedio, han permanecido hospitalizados los pacientes egresados, el promedio se obtiene dividiendo el número de días de estada (días de hospitalización) de los egresados durante el año, para el número total de egresos (altas y defunciones) durante el mismo período.

Porcentaje de Ocupación de Camas, indica el porcentaje de ocupación o utilización de camas durante el período de la investigación.

Rendimiento de Camas Hospitalarias, se denomina también coeficiente de renovación o giro de camas e indica el número de pacientes egresados por cada cama, durante el período de investigación.

Tasa Bruta de Mortalidad Hospitalaria (Tasa de Letalidad Hospitalaria), es la relación entre el número total de defunciones (independientemente de los días de estada) ocurridas en el establecimiento hospitalario en el año y el número de egresos (altas y defunciones) en dicho período.

“...Censo, estudio determinado de una zona que da como resultado la enumeración de toda la población y la recopilación de toda la información demográfica, social y económica concerniente a dicha población en un momento dado...”⁸²

Encuesta, un análisis de personas o familias seleccionadas en una población que se utiliza de ordinario para determinar características o las tendencias demográficas de un segmento mayor o de la totalidad de la población.

Morbilidad, Frecuencia de las enfermedades en una población.

⁸¹ Ibid., pp: 18

⁸² INEC, Glosario estadístico Institucional 2004

Mortalidad, Defunciones como componentes del cambio de población.

Tasa Neta de Mortalidad Hospitalaria, es la relación entre el número de defunciones ocurridas en el hospital, a pacientes de 48 horas y más de internación, durante el año y los egresos (altas y defunciones) producidos en el mismo período.

Tasa de Mortalidad Infantil, número de defunciones de menores de un año en un determinado año por 1000 nacidos vivos en dicho año.

CAPÍTULO III

3. DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN

3.1 DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO NACIONAL

En el Ecuador, a pesar de los logros obtenidos en el mejoramiento de varios de los indicadores de salud, como la disminución de la tasa de mortalidad (4.8 a 4.1 por 1000 habitantes, al año 2003) y del aumento de la esperanza de vida (la *esperanza de vida* al nacer es mayor para las mujeres que para los hombres: 77,1 vs. 71.7 años) en la última década la crisis del país ha agravado los problemas estructurales del Estado, incrementando el deterioro de las condiciones de vida y del trabajo, los mismos que afectan directamente a la salud de los grupos con mayor riesgo biológico y social. De todas las causas de muerte las producidas por procesos infecciosos ocupan el 4,47%, y la de los tumores malignos un 6,78%.⁸³

Del análisis de las necesidades y problemas de la población ecuatoriana, identificados desde lo local, se pueden diferenciar tres grandes grupos : los que son considerados como factores condicionantes (ingreso, infraestructura sanitaria, nivel educacional...) que de hecho no son abordables desde el Sector Salud; otros que son factores condicionantes ligados al entorno y a los hábitos de vida, en los que difícilmente se puede avanzar desde posiciones puramente de servicios de salud y sólo son abordables desde estrategias intersectoriales y mediante la promoción de políticas nacionales saludables; y los problemas y necesidades de salud (perfil de salud - enfermedad) que conforman áreas de intervención desde los servicios de salud y que a la vez requieren de intervenciones que precisan de la colaboración intersectorial.

⁸³ Distrito Metropolitano de Quito, Dirección Metropolitana de Salud, análisis de la Situación de Salud del Distrito Metropolitano de Quito, 2003.

Ecuador siendo un país subdesarrollado, mantiene un **perfil de morbilidad** (epidemiológico) considerado como de transición, en donde las enfermedades prevenibles, las reemergentes y las producidas por causas violentas, tienen un claro predominio; los perfiles epidemiológicos varían de acuerdo al nivel de complejidad de las unidades de salud, en todos esos niveles, las infecciones respiratorias agudas son las prevalentes. La morbilidad de acuerdo a egreso hospitalario, hace ver que la principal causa de alta hospitalaria es la ocasionada por los partos, 62% del total; la segunda causa de egreso, neumonía, 3.42%, dista enormemente de la de los partos, las 8 enfermedades más frecuentes en conjunto, solo tienen un 10% de presentación, mientras que otras ocupa un 27% del total, esto nos hace pensar, que los partos deberían cuantificarse por separado, dejando el análisis de la morbilidad pura por separado.

Uno de los mayores problemas encontrados en la tipificación de las patologías, es la muy amplia gama de enfermedades encontradas, no siempre bien identificadas de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición. Es imperioso el iniciar en unos casos e impulsar en otros, la utilización regular del CIE-10 como herramienta de estandarización diagnóstica.

En la consulta externa de los Hospitales cantonales y provinciales, se atiende primariamente patologías que podrían sin mayor dificultad ser atendidas en unidades de menor complejidad, logrando con esto, mejorar los niveles de cobertura, la calidad de atención y en términos económicos disminuir los costos que por dichas atenciones se generan. A los cuadros de morbilidad de los servicios de emergencia, se los puede dividir claramente en dos grandes grupos de enfermedad, el primero el de una verdadera consulta externa de especialidad en el servicio de emergencia y el otro, el de las verdaderas emergencias.

En cuanto a los indicadores de producción hospitalaria, para su análisis, es menester el diferenciar a los Hospitales en agudos y crónicos. Mas adelante se desglosan los principales indicadores, destacando que para el año 2002 todos los indicadores analizados mejoraron con relación al año 2001, los porcentajes de ocupación hospitalaria están en el 74% y 67% respectivamente, en el caso de los

hospitales agudos hay un descenso en la tasa de mortalidad hospitalaria, no así en los hospitales crónicos donde esta tasa se incrementó.

3.1.1 ESTABLECIMIENTOS, EGRESOS HOSPITALARIOS, CAMAS HOSPITALARIAS

“..El número de establecimientos en el año 2004 ascendió a 691 (Ver tabla No1), en los cuales se contaban con 22.981 camas de dotación normal y 21.200 camas disponibles; los egresos hospitalarios reportados fueron 763.643. En relación con lo observado en el 2003 el número de pacientes egresados tuvo un incremento de 5.5 por ciento...”⁸⁴. El número de establecimientos, se halla distribuido de la siguiente manera:

Tabla No 1
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AÑO 2004

Hospitales Generales	71
Hospitales Cantonales	92
Hospitales Pediátricos	5
Hospitales de Maternidad	9
Hospitales de Aislamiento	1
Hospitales Neumológicos	1
Centro de Rehabilitación de Alcohólicos	1
Hospitales Psiquiátricos	4
Hospitales Geriátricos	1
Hospitales de SOLCA	6
Leprocomios	2
Clínicas Particulares	498
TOTAL ESTABLECIMIENTOS	691

Fuente: INEC

Elaboración: Rocío Ayala H

Durante el año 2004 de los 691 Establecimientos Hospitalarios con Internación se ubican en la Región Sierra 331 (47,9%); en la Costa 316 (45,7%); en la Región Amazónica 36 (5,2%); y un mínimo número se ubican en la Región Insular y en

⁸⁴ INEC, *Op. cit.*, pp: 5

Zonas No Delimitadas (zonas no específicas, que se encuentran en conflicto, estas son: El Piedrero, La Concordia, Las Golondrinas y Manga del Cura)⁸⁵ con el 1,2%; esta distribución por regiones para los años 1994 y 1998, fue diferente (Ver tabla No 2, Gráfico No 2).

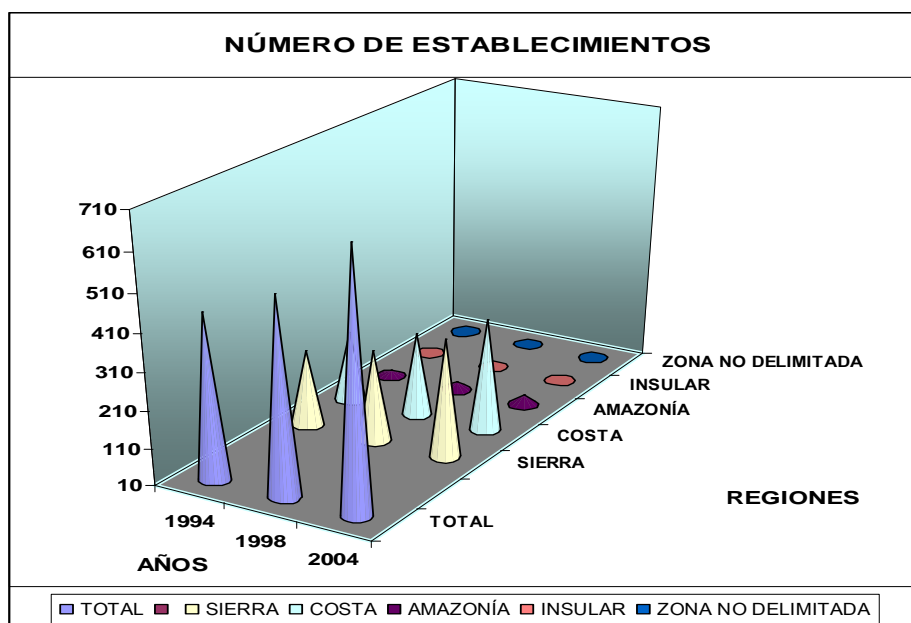
Tabla No 2
NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS, EGRESOS HOSPITALARIOS, CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES SEGÚN REGIONES. AÑOS 1994-1998 Y 2004

REGIONES	ESTABLECIMIENTOS			EGRESOS HOSPITALARIOS			CAMAS DISPONIBLES		
	1994	1998	2004	1994	1998	2004	1994	1998	2004
TOTAL	452	533	691	564.485	631.557	763.643	17.563	18.821	21.200
SIERRA	218	259	331	266.543	302.092	365.744	8.465	9.161	9.499
COSTA	205	239	316	275.791	303.651	362.524	8.477	8.978	10.946
AMAZONÍA	27	33	36	21.522	24.918	31.806	601	652	677
INSULAR	2	2	2	629	896	999	30	30	15
ZONA NO DELIMITADA	0	0	6	0	0	2570	0	0	63

Fuente: INEC

Elaboración: Rocío Ayala H

Gráfico No 2



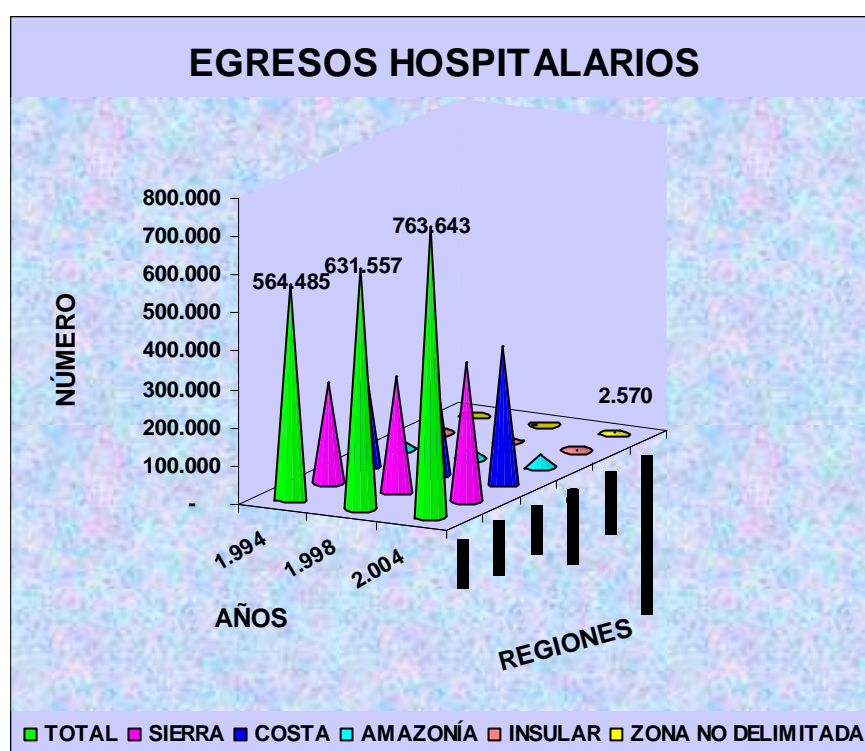
Fuente: INEC

Elaboración: Rocío Ayala H

⁸⁵ INEC, VI Censo de Población y V de Vivienda 2001. Resultados Definitivos, Resumen Nacional Zonas no Delimitadas.

De los datos presentados en la tabla No 2 y gráfico No 2, se deduce que el mayor número de establecimientos se encuentran en la sierra y el incremento de los establecimientos es año a año, en tanto que en la región insular el número de establecimientos es mínimo y se ha mantenido durante los tres años, situación que denota la falta de equidad en la distribución de los recursos, así como también un desequilibrio entre la oferta y la demanda destacando que la región insular es una región turística por excelencia.

Gráfico No 3



Fuente: INEC

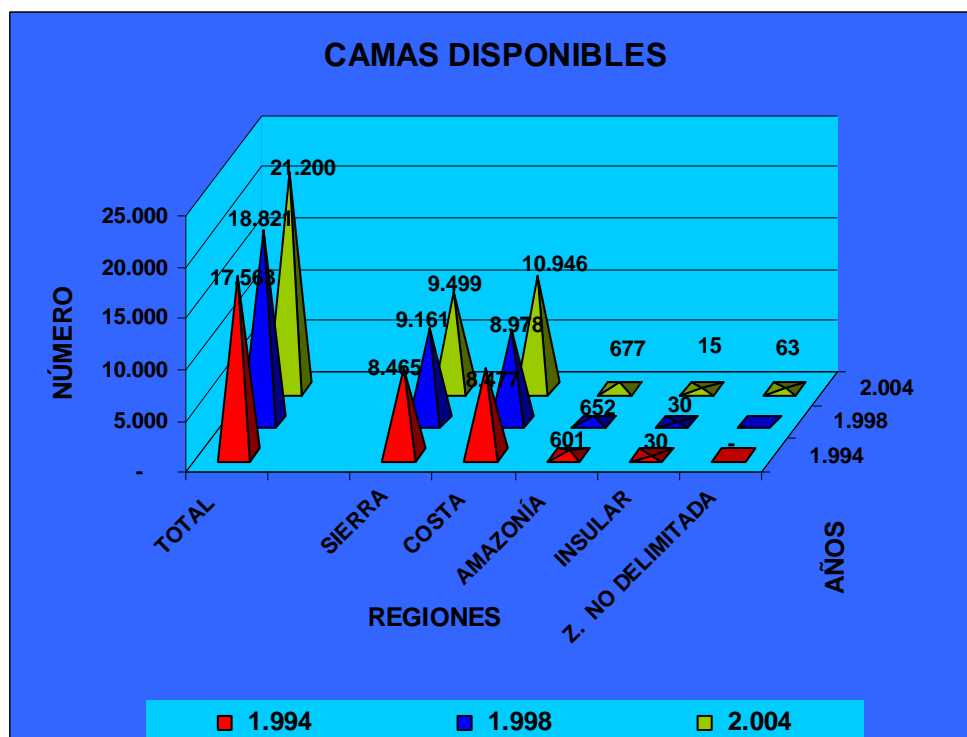
Elaboración: Rocío Ayala H.

En lo relacionado al número de Egresos Hospitalarios existe un importante crecimiento del 35,3 por ciento entre 1994 y 2004 ya que de 564.485 egresos registrados en 1994 suben a 763.643. En el año 2004 a la Región Sierra le corresponde el 47,9% del total de egresos a nivel nacional; para la Región Costa representa el 47,4%; a la Región Amazónica el 4,2%; y, a la Región Insular y Zonas no delimitadas significa solamente el 0,5 por ciento del total de egresos hospitalarios (Ver tabla No 2, gráfico No 3). Esta situación demuestra que hay un incremento del riesgo de enfermar de la población ecuatoriana, que está

directamente relacionada con el incremento de los establecimientos en lo que respecta las tres regiones, costa, sierra y amazonía, lo que no sucede con la región insular puesto que el riesgo de enfermar de población aumenta y el número de establecimientos se ha mantenido.

En cuanto a las Camas Hospitalarias disponibles se observa un incremento del equipamiento de camas en los establecimientos de salud durante los años que se analizan (Ver tabla No 2, gráfico 4).

Gráfico No 4



Fuente: INEC

Elaboración: Rocío Ayala H.

De los 691 establecimientos hospitalarios en el año 2004, se determina que el 72,1 por ciento son Clínicas Particulares; el 13,3% son Hospitales Cantonales; el 10,3% son Hospitales Generales; y, el 4,4% son Hospitales Especializados tanto Crónicos y Agudos (Ver tabla No 3, gráfico No 5). Los establecimientos según clase en su mayoría se encuentran ubicados a nivel de cantones cumpliéndose en cierto modo los requerimientos organizacionales de los sistemas de salud, aunque no en su totalidad ya que la distribución de los recursos no es equitativa.

De acuerdo al sector que pertenecen los establecimientos hospitalarios, al sector público le corresponden el 25,6 por ciento, el Ministerio de Salud es la entidad que tiene el 17,6% de los establecimientos de salud; proporción que para el año 1994 fue de 27,0% y en cambio las Instituciones de Sector Privado se incrementaron considerablemente al pasar del 61,3% al 74,4% en la última década, lo que en términos absolutos significa un incremento de 277 a 514 establecimientos entre los años mencionados (Ver tabla No 3, gráfico No 5), pudiendo concluir que las organizaciones privadas tienen mayor rédito, quizá se deba a que tienen una notable preferencia por parte del cliente, lo que posiblemente genere una mejor organización de este tipo de establecimientos, que tengan relación directa con la satisfacción del cliente.

Tabla No 3
ESTABLECIMIENTOS SEGÚN CLASE SECTOR Y ENTIDAD
AÑOS 1998 y 2004

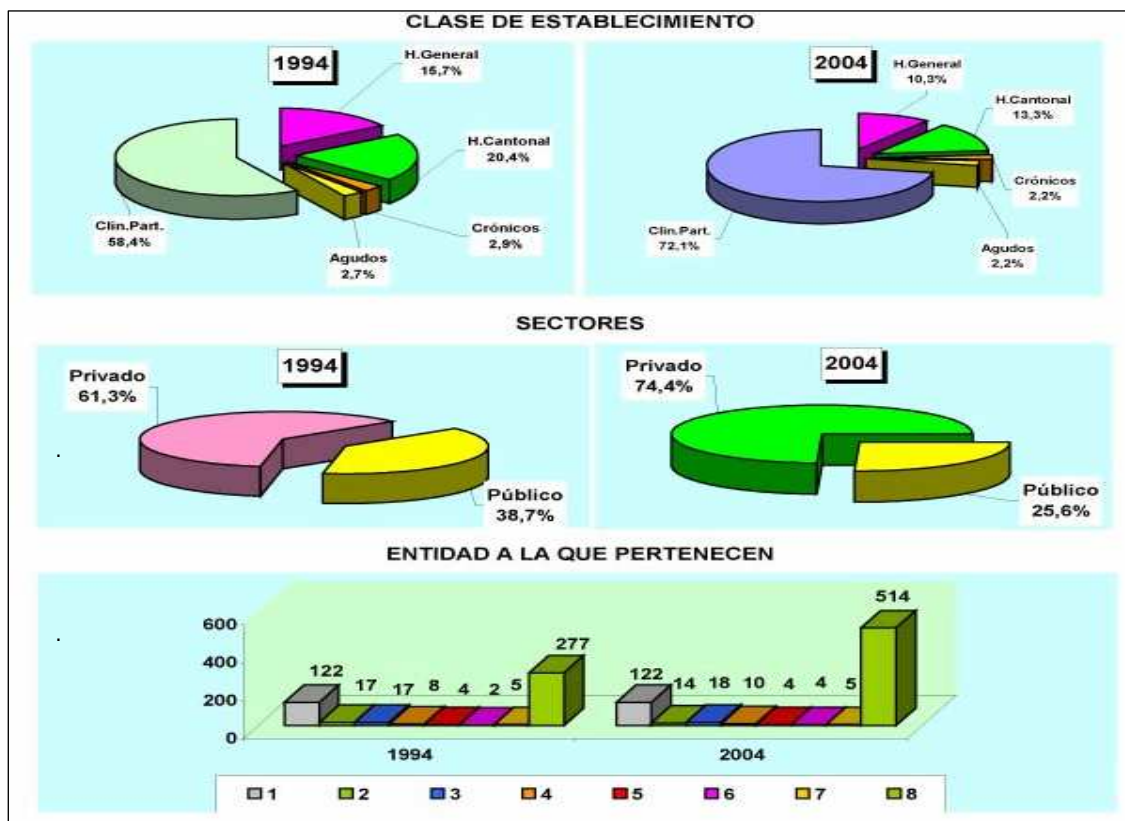
CLASE, SECTOR, ENTIDAD	1994		2004	
	Numero	%	Numero	%
CLASE				
Total	452	100,0	691	100,0
1 Hospital General	71	15,7	71	10,3
2 Hospital Cantonal	92	20,4	92	13,3
Hosp. Especializado:				
3 Crónicos	13	2,9	15	2,2
4 Agudos	12	2,7	15	2,2
5 Clínicas Particulares	264	58,4	498	72,1
SECTOR				
Total	452	100,0	691	100,0
Sector Público	175	38,7	177	25,6
Sector Privado	277	61,3	514	74,4
ENTIDAD				
Total	452	100,0	691	100,0
1 Ministerio de Salud	122	27,0	122	17,6
2 Ministerio de Defensa	17	3,5	14	2,3
3 Seguro Social	17	3,8	18	2,6
4 Junta de Beneficiencia SOLCA, y Sociedad Pro- tectora de la Infancia	8	1,8	10	1,4
5 Policía Nacional	4	0,9	4	0,5
6 Municipios	2	0,7	4	0,5
7 Fisco-Misionales	5	1,1	5	0,7
8 Instituciones Particulares 1/	277	61,3	514	74,3

1/ Incluye Clínicas Particulares, Entidades Privadas con y sin fines de lucro.

Fuente: INEC.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Gráfico No 5
ESTABLECIMIENTOS SEGÚN CLASE SECTOR Y ENTIDAD
AÑOS 1998 y 2004.



Fuente: INEC.

Elaboración: INEC. Modificado. Rocío Ayala H.

3.1.2 CAMAS HOSPITALARIAS

El número de Camas Hospitalarias disponibles registradas en los años 1994 y 2004 se incrementaron en un 20,6 por ciento, al pasar de 17.573 al 21.200 en los años mencionados. De acuerdo a la distribución por provincias se observa que Pichincha en la región Sierra y Guayas en la Costa, son las que tienen el mayor número de camas hospitalarias, que en conjunto mantienen el 61 % en el año 1994 y el 54,6 % en el 2004; la reducción de estos porcentajes se explica por el incremento de camas hospitalarias en otras provincias especialmente en Manabí, que prácticamente duplicaron el número de ellas en los años de observación. Se concluye que las provincias de Pichincha y Guayas respectivamente en la Sierra

como en la costa son las que mayor población tienen lo que se relaciona directamente con la necesidad de aumentar las camas hospitalarias disponibles. (A continuación se detalla esta información en la tabla No 4 y gráfico No 6).

Tabla No 4
NUMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES SEGÚN PROVINCIAS
AÑOS 1994-2004

PROVINCIAS	1994		2004	
	Número	%	Número	%
TOTAL	17573	100,0	21200	100,0
CARCHI	131	0,7	181	0,9
IMBABURA	330	1,9	381	1,8
PICHINCHA	4.770	27,1	5.102	24,1
COTOPAXI	346	2,0	396	1,9
TUNGURAHUA	639	3,6	822	3,9
BOLÍVAR	104	0,6	135	0,6
CHIMBORAZO	475	2,7	514	2,4
CAÑAR	210	1,2	218	1,0
AZUAY	983	5,6	1.066	5,0
LOJA	477	2,7	684	3,2
ESMERALDAS	356	2,0	401	1,9
MANABÍ	1078	6,1	2.414	11,4
LOS RÍOS	459	2,6	957	4,5
GUAYAS	5.955	33,9	6.461	30,5
EL ORO	629	3,6	713	3,4
SUCUMBIOS	15	0,1	95	0,4
ORELLANA	0	0,0	74	0,3
NAPO	230	1,3	158	0,7
PASTAZA	164	0,9	134	0,6
MORONA SANT.	117	0,7	139	0,7
ZAMORA CHINCH.	75	0,4	77	0,4
GALÁPAGOS	30	0,2	15	0,1
ZONA NO DELI.	0	0,0	63	0,3

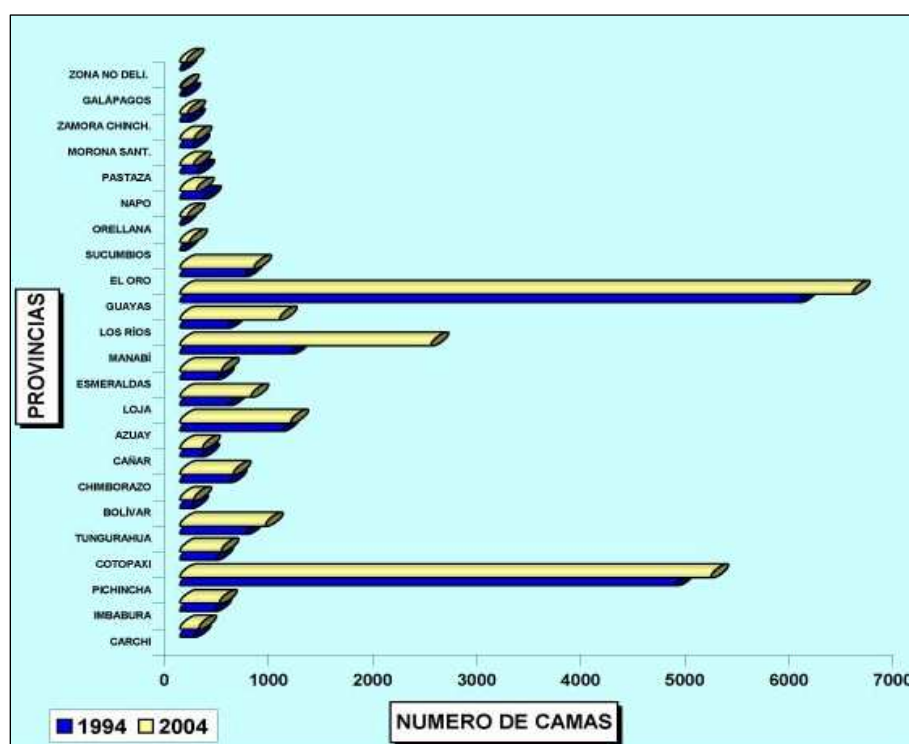
Fuente: INEC.

Elaboración: INEC.

La distribución de camas hospitalarias de dotación normal de acuerdo a las especialidades o servicios médicos; nos permite destacar que en el año 2004, los Servicios "Indiferenciados", con el 26,4% ocupan el primer lugar, seguido por

Medicina General con el 15,2%, Ginecología y Obstetricia, con el 13,6%; y, Pediatría y Neonatología con el 12,2%. Comparando con el año 1994, se observa un crecimiento importante de la proporción porcentual de camas de dotación normal para los Servicios Indiferenciados que ocupan el primer lugar;⁸⁶ es importante mencionar que pediatría se encuentra entre los primeros servicios que tienen una dotación normal de camas en los años referidos (Ver tabla No 5, gráfico No 7).

Gráfico No 6
NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES SEGÚN
PROVINCIAS AÑOS 1994-2004.



Fuente: INEC.

Elaboración: Rocío Ayala H.

⁸⁶ INEC, *Op. cit.*, Informe analítico. Gráfico No 3

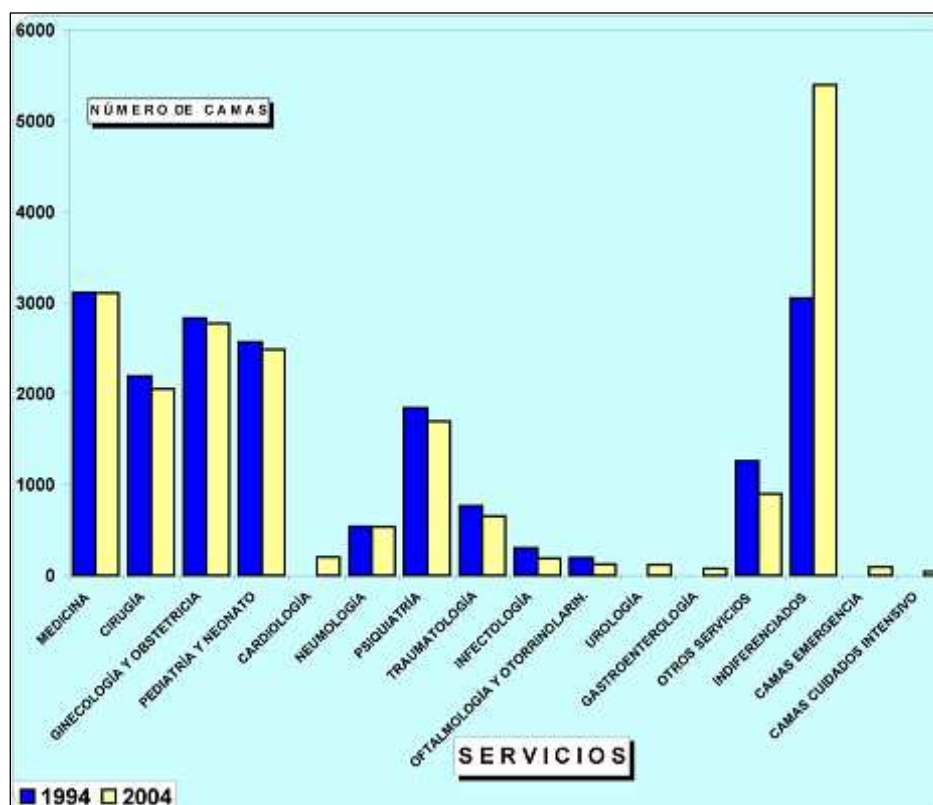
Tabla No 5
NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DE DOTACIÓN NORMAL, SEGÚN SERVICIOS
AÑOS 1994 Y 2004.

SERVICIOS	1994		2004	
	Número	%	Número	%
TOTAL	18.676	100,0	20.455	100,0
MEDICINA	3.111	16,7	3110	15,2
CIRUGÍA	2.196	11,8	2053	10,0
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	2.835	15,2	2776	13,6
PEDIATRÍA Y NEONATOLOGIA	2.573	13,8	2489	12,2
CARDIOLOGÍA	-	-	202	1,0
NEUMOLOGÍA	540	2,9	534	2,6
PSIQUIATRÍA	1.845	9,9	1694	8,3
TRAUMATOLOGÍA	767	4,1	652	3,2
INFECTOLOGÍA	301	1,6	190	0,9
OFTALMOLOGÍA Y OTORRINOLARIN.	194	1,0	127	0,6
UROLOGÍA	-	-	118	0,6
GASTROENTEROLOGÍA	-	-	76	0,4
OTROS SERVICIOS 1/	1.259	6,7	899	4,4
INDIFERENCIADOS	3.055	16,4	5400	26,4
CAMAS EMERGENCIA	-	-	93	0,5
CAMAS CUIDADOS INTENSIVO	-	-	42	0,2

Fuente: INEC.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Gráfico No 7
NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DE DOTACIÓN NORMAL,
SEGÚN SERVICIOS AÑOS 1994 Y 2004.



Fuente: INEC.

Elaboración: Rocío Ayala H.

3.1.3 EGRESOS HOSPITALARIOS

“El número de Egresos Hospitalarios registrados en el año 1994 fue de 564.485 y en el 2004 de 763.643, con un incremento relativo del 35,3%; así mismo, son Guayas con el 29,7% y Pichincha con el 24,0% las provincias que tienen los más altos porcentajes de egresos registrados, por contar con el mayor número de establecimientos de salud con internación hospitalaria y de mayor complejidad, que atienden a pacientes que son referidos de otros establecimientos de salud de

las demás provincias del país. Estas provincias son las que tienen el mayor número de atenciones⁸⁷. (Ver tabla No 6, gráfico No 8).

Tabla No 6
NÚMERO DE EGRESOS HOSPITALARIOS SEGÚN PROVINCIAS
AÑOS 1994 Y 2004

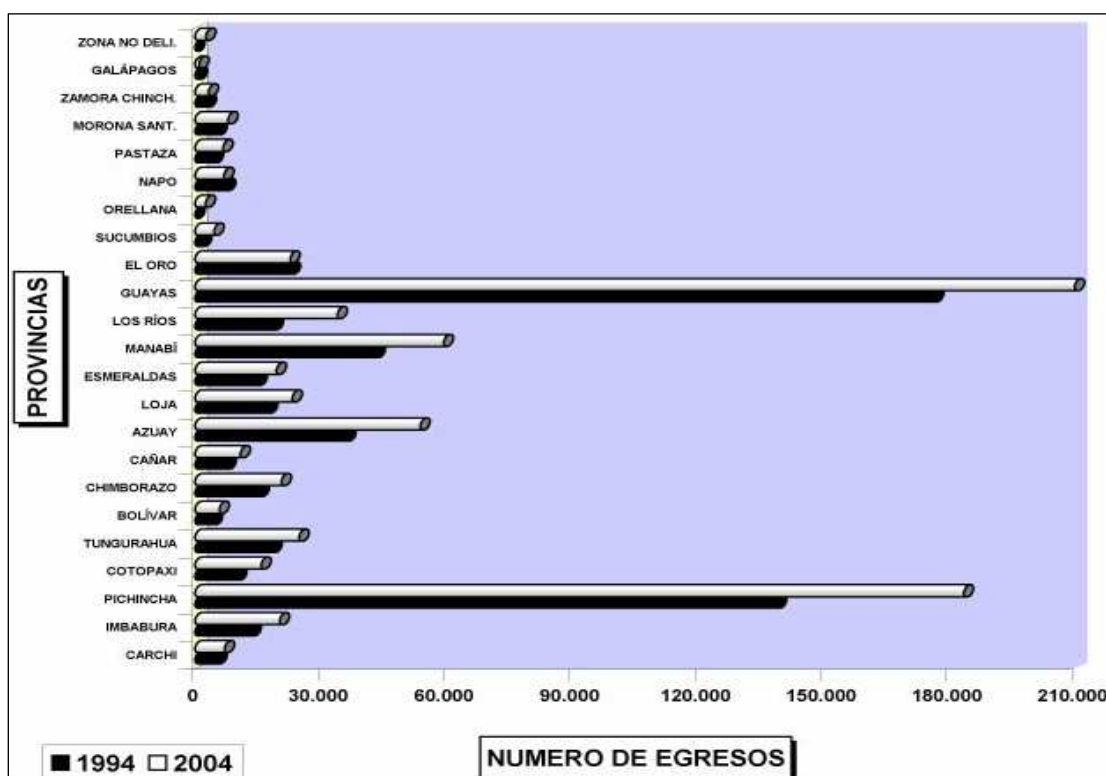
PROVINCIAS	1994		2004	
	Número	%	Número	%
TOTAL	564.485	100,0	763.643	100,0
CARCHI	5.254	0,9	7.080	0,9
IMBABURA	13.471	2,4	20.196	2,6
PICHINCHA	138.876	24,6	183.504	24,0
COTOPAXI	10.037	1,8	15.832	2,1
TUNGURAHUA	18.390	3,3	24.816	3,2
BOLÍVAR	4.244	0,8	5.797	0,8
CHIMBORAZO	15.333	2,7	20.663	2,7
CAÑAR	7.522	1,3	10.833	1,4
AZUAY	36.042	6,4	53.766	7,0
LOJA	17.374	3,1	23.257	3,0
ESMERALDAS	14.827	2,6	19.485	2,6
MANABÍ	43.016	7,6	59.357	7,8
LOS RÍOS	18.777	3,3	33.989	4,5
GUAYAS	176.351	31,2	226.987	29,7
EL ORO	22.820	4,0	22.706	3,0
SUCUMBIOS	1.601	0,3	4.566	0,6
ORELLANA	0	0,0	2.501	0,3
NAPO	7.378	1,3	6.932	0,9
PASTAZA	4.460	0,8	6.707	0,9
MORONA SANT.	5.332	0,9	7.892	1,0
ZAMORA CHINCH.	2.751	0,5	3.208	0,4
GALÁPAGOS	629	0,1	999	0,1
ZONA NO DELI.	0	0	2.570	0,3

Fuente: INEC.

Elaboración: Rocío Ayala H.

⁸⁷ Ibid., Informe analítico. Gráfico No 4

Gráfico No 8
NÚMERO DE EGRESOS HOSPITALARIOS SEGÚN PROVINCIAS
AÑOS 1994 Y 2004



Fuente: INEC.

Elaboración: INEC.

3.1.4 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD

Dentro de las diez principales causas de Morbilidad Infantil, se desprende que los "Otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal" con una tasa de 262,3 por cada 10.000 menores de un año, se ubica como la primera causa de Morbilidad Infantil; seguido por "Otras afecciones originadas en el periodo perinatal", con una tasa de 198,2 y "Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso" con una tasa de 198,1. Se localizan en los últimos lugares de la lista de

10 principales causas "Otras enfermedades del sistema respiratorio" y "Bronquitis Aguda y Bronquiolitis aguda" con tasas de 41,2 y 40,3, respectivamente relacionado por cada 10.000 niños menores de un año (Ver tabla No 7, gráfico No 9). Se concluye que todavía predominan las enfermedades infecciosas, las enfermedades respiratorias se ubican entre las primeras, lo cual posiblemente tenga que ver con factores externos medio ambiente, clima y otros.

Tabla No 7
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD INFANTIL AÑO 2004.

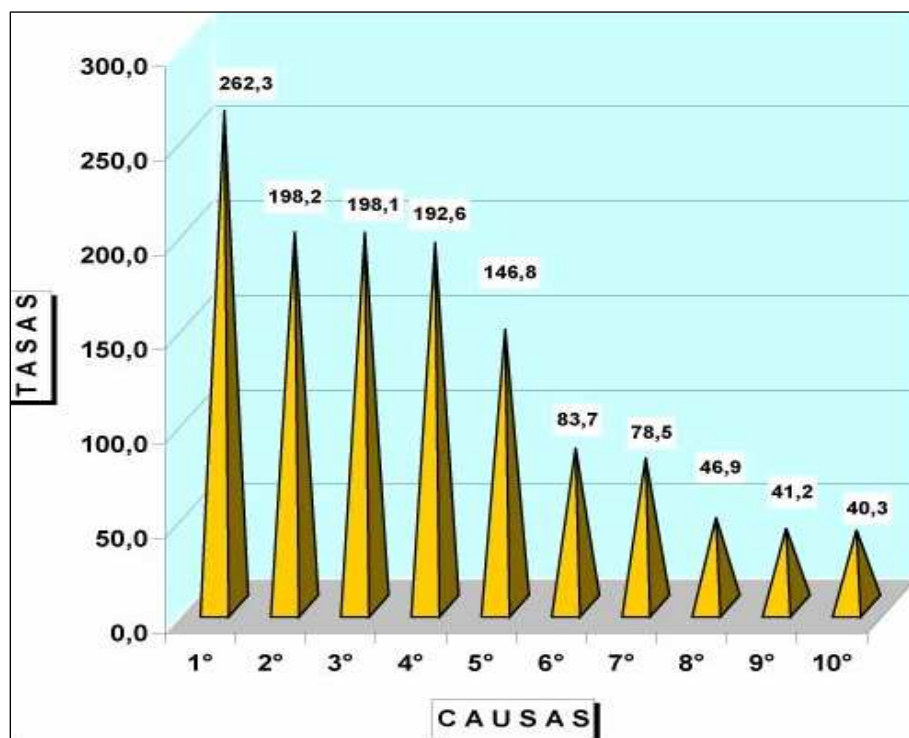
N° Orden	Código	CAUSAS	NUMERO DE EGRESOS	%	TASA **
1°	249	OTROS TRASTORNOS RESPIRATORIOS ORIGINADOS EN EL PERIODO PERINATAL	7.602	14,7	262,3
2°	253	OTRAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	5.745	11,1	198,2
3°	005	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	5.742	11,1	198,1
4°	169	NEUMONIA	5.581	10,8	192,6
5°	245	FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADO POR FACTORES MATERNOS Y COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, DEL TRABAJO DE PARTO Y DEL PARTO	4.255	8,2	146,8
6°	250	ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS CONGENITAS	2.425	4,7	83,7
7°	246	CRECIMIENTO FETAL LENTO, DESNUTRICION FETAL Y TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA GESTACION CORTA Y EL BAJO PESO AL NACER	2.276	4,4	78,5
8°	251	OTRAS INFECCIONES ESPECIFICAS DEL PERIODO PERINATAL	1.359	2,6	46,9
9°	179	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	1.195	2,3	41,2
10°	170	BRONQUITIS AGUDA Y BRONQUIOLITIS AGUDA	1.168	2,3	40,3
Otros Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, NCOP			1.614	3,1	
Las demás causas de morbilidad			12.805	24,7	
TOTAL DE EGRESOS			51.767	100,0	
Población Estimada 2/			289.789		

2/ Proyecciones de Población 2001 - 2010 INEC - CEPAL
** Tasas por 10.000 habitantes menores de 1 año

Fuente: INEC.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Gráfico No 9
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD INFANTIL AÑO 2004



Fuente: INEC.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Se presentan las 10 principales causas de morbilidad de la población total, que fueron atendidas en los establecimientos hospitalarios, pero utilizando para ello la “Lista Internacional Detallada CIE-10”, En este sentido la primera causa de atención fue la “Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso” con una tasa de 21,3 por cada 10.000 habitantes y con una proporción del 3,6 por ciento. La segunda causa es el “Aborto no especificado”, con 18,5 de tasa calculada; en tercer lugar esta la “Neumonía, organismo no especificado” con una tasa de 14,8 por cada 10.000 habitantes; y, con una menor tasa dentro de las diez principales causas encontramos el “Leiomioma de útero”(Ver tabla No 8, gráfico No 10).⁸⁸

En estos últimos años se ha intensificado ciertas enfermedades que al parecer estaban latentes tal es el caso del VIH SIDA y una variedad de cáncer, reiterando

⁸⁸ *Ibid*, Informe analítico. Gráfico No 10

que ya en el año 2004 ,una variedad de cáncer figura dentro de las diez primeras causas de morbilidad de la población, nuevamente importunando al sexo femenino.

Conciencia esta por la que en el campo de la salud es de vital importancia el grupo madre e hijo; quizá tomando en cuenta estas estadísticas, en la actualidad el Sistema de Salud Ecuatoriano ha puesto énfasis en las prestaciones de salud para este grupo hetero, fomentando el desarrollo de programas como PAI, PAN, Maternidad Gratuita, protección a la niñez entre otros.

Tabla No 8
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD AÑO 2004

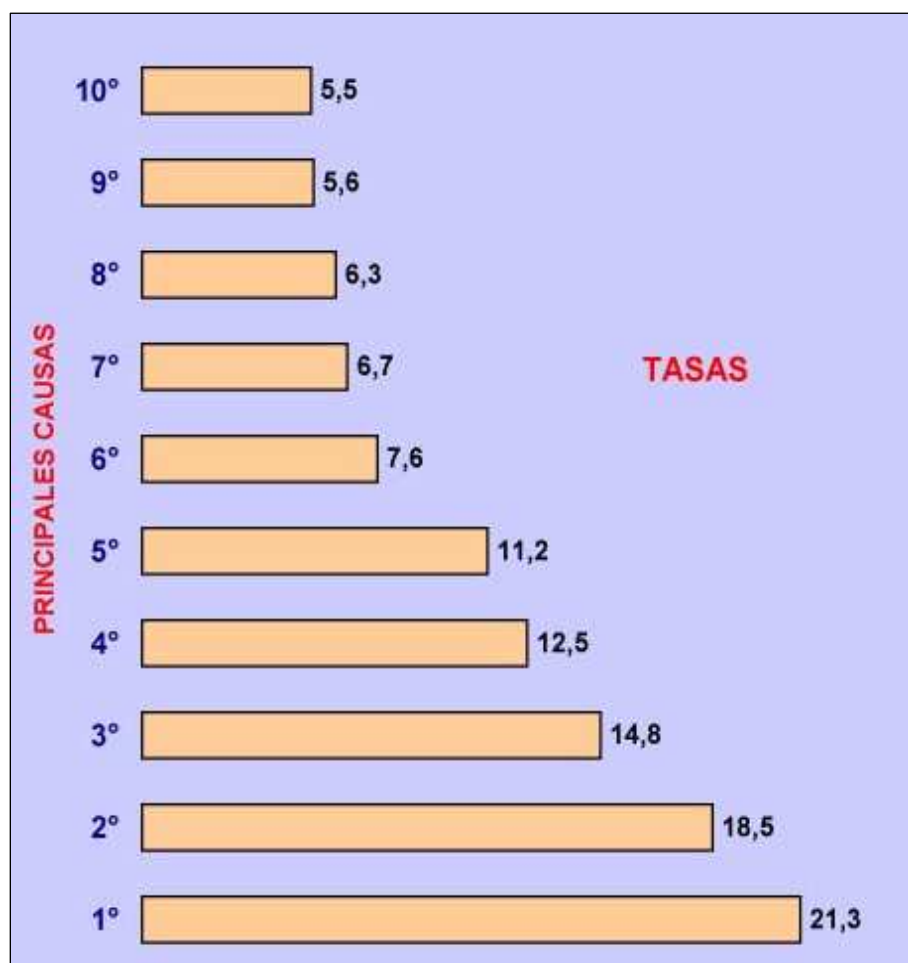
Nº Orden	Código	CAUSAS	NUMERO DE EGRESOS	%	TASA **
1º	A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	27.772	3,6	21,3
2º	O06	Aborto no especificado	24.074	3,2	18,5
3º	J18	Neumonía, organismo no especificado	19.340	2,5	14,8
4º	K80	Colelitiasis	16.251	2,1	12,5
5º	K35	Apendicitis aguda	14.575	1,9	11,2
6º	K40	Hernia inguinal	9.934	1,3	7,6
7º	O47	Falso trabajo de parto	8.674	1,1	6,7
8º	S06	Traumatismo intracraneal	8.173	1,1	6,3
9º	O33	Atención materna por desproporción, conocida o presunta	7.240	0,9	5,6
10º	D25	Leiomioma de útero	7.123	0,9	5,5
		PARTO NORMAL	109.453	14,3	
		PARTO POR CESARIA	50.134	6,6	
		Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, NCOP (Cap. XVIII)	18.390	2,4	
		Las demás causas de morbilidad	442.510	57,9	
		TOTAL DE EGRESOS	763.643	100,0	
		Población Censo 2001	13.026.891		

1 / Proyecciones de Población 2001 - 2010 INEC - CEPAL.
** Tasas por 10.000 habitantes

Fuente: INEC.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Gráfico No 10
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD AÑO 2004.



Fuente: INEC.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Se presentan las diez principales causas de morbilidad masculina, de acuerdo a la lista detallada, en la que como primera causa de atención en forma específica igual que para el total de la población, es la “Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso”; en segundo lugar se encuentra la “Neumonía organismo no especificado”, en tercer lugar la “Apendicitis aguda” con tasas por cada 10.000 hombres de 21,4, 15,8 y 11,7 respectivamente. En décimo lugar de esta lista de atenciones hospitalarias masculinas y en forma detallada se ubica la causa “Dificultad respiratoria del recién nacido”, con una tasa de 3,9 y significa el 1,1 por ciento de atenciones masculinas (Ver tabla No 9, gráfico No 11).

Tabla No 9
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD MASCULINA AÑO 2004

N° Orden	Código	CAUSAS	NUMERO DE EGRESOS	%	TASA **
1°	A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	13.993	5,9	21,4
2°	J18	Neumonía, organismo no especificado	10.345	4,3	15,8
3°	K35	Apendicitis aguda	7.644	3,2	11,7
4°	K40	Hernia inguinal	7.170	3,0	11,0
5°	S06	Traumatismo intracraneal	5.636	2,4	8,6
6°	N40	Hiperplasia de la próstata	4.927	2,1	7,5
7°	K80	Colélitiasis	4.243	1,8	6,5
8°	S82	Fractura de la pierna, incluyendo el tobillo	2.827	1,2	4,3
9°	T07	Traumatismos múltiples no especificados	2.794	1,2	4,3
10°	P22	Dificultad respiratoria del recién nacido	2.549	1,1	3,9
		Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, NCOP (Cap. XVIII)	8.999	3,8	
		Las demás causas de morbilidad	167.706	70,2	
		TOTAL DE EGRESOS	238.833	100,0	
		Población Censo 2001	6.535.564		

1 / Proyecciones de Población 2000 - 2010 INEC - CELADE.
**** Tasas por 10.000 hombres**

Fuente: INEC.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Gráfico No 11
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD MASCULINA AÑO 2004



Fuente: INEC.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Dentro de las diez principales causas de morbilidad femenina de la Lista Internacional Detallada CIE-10, la primera causa es “Aborto no especificado” con una tasa de 37,1 por cada 10.000 mujeres; seguida por la causa que ocupa el primer lugar para ambos sexos y es la “Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso”, con una tasa de 21,2; el tercer lugar se establece para la “Colé litiasis” con una tasa de 18,5; y con un menor valor de la tasa de 8,7 por cada 10.000 mujeres le corresponde a “Trabajo de parto y parto complicados por sufrimiento fetal”.

Del total de egresos de sexo femenino, el Parto Normal representa casi del 21 por ciento y los 50.134 egresos de “Parto por Cesárea”, tiene una significación del 9,6

por ciento de las atenciones hospitalarias femeninas registradas en todos los establecimientos de salud del país (Ver tabla No 10, gráfico No 12).

Tabla No 10
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD FEMENINA AÑO 2004

N° Orden	Código	CAUSAS	NUMERO DE EGRESOS	%	TASA **
1°	O06	Aborto no especificado	24.074	4,6	37,1
2°	A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	13.779	2,6	21,2
3°	K80	Colélitiasis	12.008	2,3	18,5
4°	J18	Neumonía, organismo no especificado	8.995	1,7	13,9
5°	O47	Falso trabajo de parto	8.674	1,7	13,4
6°	O33	Atención materna por desproporción, conocida o presunta	7.240	1,4	11,2
7°	D25	Leiomioma del útero	7.123	1,4	11,0
8°	K35	Apendicitis aguda	6.931	1,3	10,7
9°	O34	Atención materna por anomalías conocidas o presuntas de los órganos pelvianos de la madre	6.770	1,3	10,4
10°	O36	Trabajo de parto y parto complicados por sufrimiento fetal	5.649	1,1	8,7
		PARTO NORMAL	109.453	20,9	
		PARTO POR CESARIA	50.134	9,6	
		Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, NCOP (Cap. XVIII)	9.391	1,8	
		Las demás causas de morbilidad	254.589	48,5	
		TOTAL DE EGRESOS	524.810	100,0	
		Población Censo 2001	6.491.327		

1 / Proyecciones de Población 2000 - 2010 INEC - CELADE.
**** Tasas por 10.000 mujeres**

Fuente: INEC.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Gráfico No 12
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD FEMENINA AÑO 2004



Fuente: INEC.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Por ser de interés en el campo de la salud pública las atenciones hospitalarias de menores de 1 año, se establece en este cuadro, las más importantes causas específicas de acuerdo a la lista detallada, de los diez principales grupos que fueron establecidos en la lista de 298 Causas (Tabla No. 11) y que se refieren a la morbilidad infantil, con lo que el usuario podrá contar con la información de las causas específicas de atención que conforman cada una de las agrupaciones, identificando además el código correspondiente. Así, por ejemplo para el grupo de “Otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal”, con 7602 egresos, la causa específica de mayor atención con 4303 casos, es la “Dificultad respiratoria del recién nacido” y representa más de la mitad de las atenciones dentro de esta agrupación de enfermedades.

Tabla No 11
DESGLOSE DE LAS MÁS IMPORTANTES CAUSAS DE MORBILIDAD INFANTIL DE LAS 10
PRINCIPALES DE LA LISTA DE 298 CAUSAS, AÑO 2004.

LISTA DE 298 CAUSAS					LISTA DETALLADA		
No. Orden	Cod. Lista	Códigos Agrupados	Descripción de la agrupación	No. Egresos	Códigos Detallada	Descripción de lista detallada	No. Egresos
			TOTAL EGRESOS DE MENORES DE 1 AÑO	51.767			
1	249	P22-P28	OTROS TRASTORNOS RESPIRATORIOS ORIGINADOS EN EL PERIODO PERINATAL	7.602	P22	DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIÉN NACIDO	4.303
					P24	SÍNDROMES DE ASPIRACIÓN NEONATAL	1.246
					P28	OTROS PROBLEMAS RESPIRATORIOS DEL RECIÉN NACIDO, ORIGINADOS EN EL PERIODO PERINATAL	1.158
						Resto de causas del grupo	895
2	253	P08, P29, P50-P54, P56-P96	OTRAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	5.745	P59	ICTERICIA NEONATAL POR OTRAS CAUSAS Y POR LAS NO ESPECIFICADAS	2.731
					P70	TRASTORNOS TRANSITORIOS DEL METABOLISMO DE LOS CARBOHIDRATOS ESPECÍFICOS DEL FETO Y DEL RECIÉN NACIDO	840
					P08	TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL EMBARAZO PROLONGADO Y CON SOBREPESO AL NACER	419
						Resto de causas del grupo	1.755
3	005	A09	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	5.742	A09	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	5.742
4	169	J12-J18	NEUMONIA	5.581	J18	NEUMONIA, ORGANISMO NO ESPECIFICADO	5.279
						Resto de causas del grupo	302
5	245	P00-P04	FETO Y RECIÉN NACIDO AFECTADO POR FACTORES MATERNOS Y COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, DEL TRABAJO DE PARTO Y DEL PARTO	4.255	P02	FETO Y RECIÉN NACIDO AFECTADO POR COMPLICACIONES DE LA PLACENTA, DEL CORDÓN UMBILICAL Y DE LAS MEMBRANAS	2.054
					P00	FETO Y RECIÉN NACIDO AFECTADO POR CONDICIONES DE LA MADRE NO NECESARIAMENTE RELACIONADAS CON EL EMBARAZO PRESENTE	1.115
						Resto de causas del grupo	1.086
6	250	P35-P37	ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS CONGENITAS	2.425	P36	SEPSIS BACTERIANA DEL RECIÉN NACIDO	2.344
						Resto de causas del grupo	81
7	246	P05-P07	CRECIMIENTO FETAL LENTO, DESNUTRICIÓN FETAL Y TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA GESTACIÓN CORTA Y EL BAJO PESO AL NACER	2.276	P07	TRASTORNOS RELACIONADOS CON DURACIÓN CORTA DE LA GESTACIÓN Y CON BAJO PESO AL NACER, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	1.761
					P05	RETARDO DEL CRECIMIENTO FETAL Y DESNUTRICIÓN FETAL	515
8	251	P38-P39	OTRAS INFECCIONES ESPECÍFICAS DEL PERIODO PERINATAL	1.359	P39	OTRAS INFECCIONES ESPECÍFICAS DEL PERIODO PERINATAL	1.213
					P38	ONFALITIS DEL RECIÉN NACIDO CON O SIN HEMORRAGIA LEVE	146
9	179	J22, J66-J99	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	1.195	J22	INFECCIÓN AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS INFERIORES	588
					J96	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NCOP	402
						Resto de causas del grupo	205
10	170	J20-J21	BRONQUITIS AGUDA Y BRONQUIOLITIS AGUDA	1.168	J20	BRONQUITIS AGUDA	703
					J21	BRONQUIOLITIS AGUDA	465
	270	R00-R09, R11-R49, R51-R53, R55-R99	OTROS SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	1.614			
RESTO DE CAUSAS DE MORBILIDAD INFANTIL			12.805				

Fuente: INEC.

Elaboración: Rocío Ayala H.

3.1.5 DEFUNCIONES HOSPITALARIAS

De acuerdo al cuadro estadístico No1. Población estimada, número de camas disponibles y de dotación normal, egresos hospitalarios, índices y tasas años 1986-2004, se deduce que la población ha ido incrementándose año a año al igual que el número de camas hospitalarias; el número de camas por 1000 habitantes oscila entre 1.7 y 1.6 hasta el año 2004, el porcentaje de ocupación de camas ha disminuido a través de los años así en 1986 fue de 58.9% y en el 2004 es de 46.3%, el rendimiento de giro de camas ha mejorado de 29 a 36 a través de los años mencionados.

Cuadro No 1

POBLACIÓN ESTIMADA, NÚMERO DE CAMAS DISPONIBLES Y DE DOTACIÓN NORMAL, EGRESOS HOSPITALARIOS, ÍNDICES Y TASAS. AÑOS 1986-2004

AÑOS	POBLACION AL 30-Jun 1/	NUMERO DE CAMAS HOS- PITALARIAS DISPONIBLE S	CAMAS POR 1000 HABITANTE S	PORCENTAJ E DE OCUPACION DE CAMAS DISPONIBLES	RENDIMIENT O O GIRO DE CAMAS	NUMERO DE CA- MAS HOSPITALA - RIAS DE DOTA- CION NORMAL 2/	EGRESOS HOSPITALA - RIOS	EGRESOS POR 1000 HABITANTE S	PROMEDI O DIAS DE ESTADA	DEFUNCIO - NES HOSPI- TALARIAS	DEFUNCIO- NES HOSPIT. POR 1000 HABITANTE S
1986	9331895	15.987	1,7	58,9	29	17.220	457.381	49,0	7,4	9.213	1,0
1987	9567771	16.426	1,7	56,7	29	17.518	471.441	49,3	7,2	8.669	0,9
1988	9804403	16.726	1,7	58,5	29	17.853	485.154	49,5	7,3	9.505	1,0
1989	10039775	16.698	1,7	59,1	29	17.993	487.695	48,6	7,3	9.118	0,9
1990	10.271.874	17.004	1,7	57,4	30	18.128	506.901	49,3	7,0	9.807	1,0
1991	10.503.489	17.324	1,6	53,0	31	18.355	536.849	51,1	6,2	9.636	0,9
1992	10.735.970	17.253	1,6	57,5	32	18.369	556.861	51,9	6,5	10.070	0,9
1993	10.965.114	17.345	1,6	56,0	32	18.565	561.885	51,2	6,2	10.172	0,9
1994	11.186.757	17.573	1,6	53,4	32	18.676	564.485	50,5	6,0	10.000	0,9
1995	11.396.692	17.804	1,6	53,4	33	18.873	583.056	51,2	5,9	10.546	0,9
1996	11.591.128	18.030	1,6	53,8	34	19.252	613.809	53,0	5,8	11.390	1,0
1997	11.772.871	18.510	1,6	49,7	32	19.601	600.806	51,0	5,6	10.775	0,9
1998	11.947.586	18.821	1,6	49,2	34	19.642	631.557	52,9	5,4	11.521	1,0
1999	12.120.981	19.083	1,6	47,4	33	20.122	635.766	52,5	5,2	10.830	0,9
2000	12.298.745	19.564	1,6	46,3	34	20.586	671.909	54,6	4,9	10.454	0,9
2001	12.479.924	20.171	1,6	44,6	34	21.177	681.711	54,6	4,8	9.990	0,8
2002	12.660.728	19.653	1,6	45,3	36	20.455	707.825	55,9	4,6	10.337	0,8
2003	12.842.578	18.544	1,4	50,2	39	19.975	723.494	56,3	4,7	10.442	0,8

2004	13.026.891	21200	1,6	46,3	36	22.981	763.643	58,6	4,7	10.507	0,8
------	------------	-------	-----	------	----	--------	---------	------	-----	--------	-----

Fuente: INEC. Anuario de Estadísticas Hospitalarias - CAMAS Y EGRESOS - 2004.

Elaboración: INEC 2004.

El número de camas hospitalarias de dotación normal ha aumentado observándose una relación directa con el número con el incremento del número de habitantes y el número de egresos por 1000 habitantes cada año.

Es importante mencionar que al disminuir el porcentaje de ocupación de camas, mejora notablemente el giro de camas, que el promedio día estada ha bajado considerablemente de 7.4 en los primeros años a 4.7 en el año 2004.

En cuanto al número de defunciones han ido incrementándose cada año situación que está en relación directa con el índice poblacional; en tanto que el número de defunciones por 1000 habitantes ha disminuido de 1 a 0.8 lo que puede llevar a pensar que posiblemente se deba a un mejoramiento en la calidad de atención.

Tabla No 12

POBLACIÓN ESTIMADA, NÚMERO DE CAMAS DISPONIBLES, EGRESOS HOSPITALARIOS, ÍNDICES Y TASAS, AÑOS 2001-2004.

Años	POBLACION AL 30 DE JUNIO	NUMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES	CAMAS POR MIL HABITANTES	PORCENTAJE DE OCUPACION DE CAMAS DISPONIBLES	RENDIMIENTO O GIRO DE CAMAS	EGRESOS HOSPITALARIOS	PROMEDIO DIAS DE ESTADA	DEFUNCIONES HOSPITALARIAS POR 1000 HABITANTES
2001	12.479.924	20.171	1,6	44,6	34	681.711	4,8	9.990
2002	12.660.728	19.653	1,6	45,3	36	707.825	4,6	10.337
2003	12.842.578	18.544	1,4	50,2	39	723.494	4,7	10.442
2004	13.026.891	21200	1,6	46,3	36	763.643	4,7	10.507

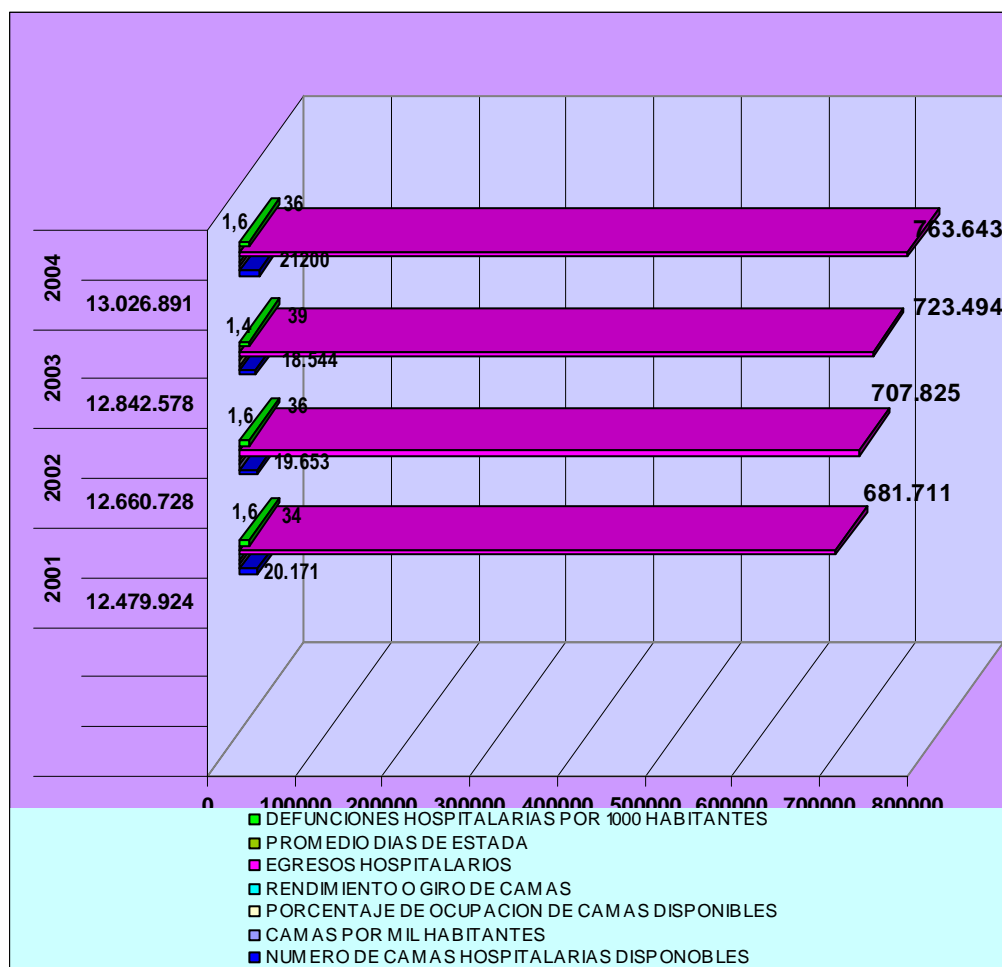
Fuente: INEC.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Según la tabla No 12, la población durante los 3 primeros años se ha mantenido, en tanto que en el 2004 tiene un incremento notable de 12.479.924 a 13.026.891 habitantes. El número de camas disponibles se ha ido incrementando en los tres últimos años, el número de camas por habitante se ha mantenido en 1.6, el porcentaje de ocupación de camas disponibles ha disminuido de 50,2 a 46,3 en

el año 2004 y esto tiene relación directa con el rendimiento o giro de cama que para el 2004 fue de 36, los egresos hospitalarios se han ido incrementando año a año, el promedio días estada para ese año fue de 4,7 en tanto que las defunciones por 1000 habitantes oscilan entre 10.500. (Ver gráfico No 13).

Gráfico No 13
POBLACIÓN ESTIMADA, NÚMERO DE CAMAS DISPONIBLES, EGRESOS HOSPITALARIOS, ÍNDICES Y TASAS, AÑOS 2001-2004.



Fuente: INEC.

Elaboración: Rocío Ayala H.

De acuerdo a los datos estadísticos proporcionados por el INEC en el anuario "Camas y Egresos hospitalarios" 2004, cuadro No 2 "Población estimada, Número de camas disponibles, Egresos hospitalarios, Índices y Tasas, según regiones y provincias" se puede deducir que la población para el año 2004 fue de 13'026.891 habitantes, población que se encuentra más concentrada en las

regiones costa y sierra y en las provincias de Pichincha y Guayas respectivamente, el número de camas a nivel nacional fue 21.200, de igual manera repartidas a nivel de región y provincia de acuerdo al tamaño de la población, las camas por 1.000 habitantes a nivel nacional fue de 1,6, el porcentaje de ocupación de camas disponibles a nivel nacional fue de 46,3% , porcentaje que tiene similar distribución en las regiones de mayor concentración poblacional, en tanto que a nivel provincial estos porcentajes son mucho más altos que el porcentaje a nivel nacional y tienen relación directa con el número de habitantes de cada provincia respectivamente.

Cuadro No 2

POBLACIÓN ESTIMADA, NÚMERO DE CAMAS DISPONIBLES, EGRESOS HOSPITALARIOS, ÍNDICES Y TASAS, SEGÚN REGIONES Y PROVINCIAS

REGIONES Y PROVINCIAS	POBLACION A JUNIO 2004. 1/	NUMERO DE CAMAS HOSPIT. DISPONIBLES	CAMAS POR 1000 HAB.	PORCENTAJE DE OCUPACION DE CAMAS DISPONIBLES	RENDIMIENTO O GIRO DE CAMAS	EGRESOS HOSPIT.	EGRESOS POR 1000 HAB.	PROMEDIO DIAS DE ESTADA	DEFUNCIONES HOSPIT.	DEFUNCIONES HOSPIT. POR 1000 HAB.
TOT. REPUBLICA:	13.026.891	21.200	1,6	46,3	36	763.643	58,6	4,7	10.507	0,8
REG. SIERRA:	5.848.390	9.499	1,6	46,8	39	365.744	62,5	4,5	5.299	0,9
CARCHI	161.286	181	1,1	29,0	39	7.080	43,9	2,7	77	0,5
IMBABURA	372.425	381	1,0	45,3	53	20.196	54,2	3,1	223	0,6
PICHINCHA	2.572.154	5.102	2,0	52,7	36	183.504	71,3	5,4	3.037	1,2
COTOPAXI	376.917	396	1,1	39,3	40	15.832	42,0	3,6	136	0,4
TUNGURAHUA	474.063	822	1,7	30,9	30	24.816	52,3	3,7	370	0,8
BOLIVAR	177.145	135	0,8	45,5	43	5.797	32,7	3,9	39	0,2
CHIMBORAZO	427.706	514	1,2	40,9	40	20.663	48,3	3,7	310	0,7
CAÑAR	218.760	218	1,0	44,7	50	10.833	49,5	3,3	89	0,4
AZUAY	643.281	1.066	1,7	48,6	50	53.766	83,6	3,5	730	1,1
LOJA	424.653	684	1,6	34,6	34	23.257	54,8	3,7	288	0,7
REG. COSTA:	6.463.608	10.946	1,7	46,5	33	362.524	56,1	5,1	4.975	0,8
ESMERALDAS	416.312	401	1,0	35,0	49	19.485	46,8	2,6	176	0,4
MANABI	1.267.213	2.414	1,9	21,9	25	59.357	46,8	3,3	676	0,5
LOS RIOS	703.467	957	1,4	20,5	36	33.989	48,3	2,1	180	0,3
GUAYAS	3.504.590	6.461	1,8	62,2	35	226.987	64,8	6,5	3.731	1,1
EL ORO	572.026	713	1,2	28,6	32	22.706	39,7	3,3	212	0,4
REG. AMAZONICA:	612.997	677	1,1	39,6	47	31.806	51,9	3,1	225	0,4
SUCUMBIOS	147.249	95	0,6	34,3	48	4.566	31,0	2,6	63	0,4
ORELLANA	99.217	74	0,7	24,8	34	2.501	25,2	2,7	15	0,2
NAPO	88.606	158	1,8	38,8	44	6.932	78,2	3,2	44	0,5
PASTAZA	69.502	134	1,9	45,9	50	6.707	96,5	3,4	49	0,7
MORONA SANTIAGO	125.668	139	1,1	49,2	57	7.892	62,8	3,2	38	0,3
ZAMORA CHINCHIPE	82.755	77	0,9	33,8	42	3.208	38,8	3,0	16	0,2
REG.INSULAR:	20.718	15	0,7	36,2	67	999	48,2	2,0	3	0,1
GALAPAGOS	20.718	15	0,7	36,2	67	999	48,2	2,0	3	0,1
ZONAS NO DELIMIT.	81.178	63	0,8	17,5	41	2.570	31,7	1,6	5	0,1

Fuente: INEC.

Elaboración: INEC.

El rendimiento de giro de camas a nivel país es de 36 y a nivel de regiones es inversamente proporcional al número de habitantes, de tal manera que en las regiones con menor población el rendimiento de giro de camas es mucho más elevado que el establecido a nivel nacional; el promedio de egresos hospitalarios para ese año es de 763.643, el de egresos hospitalarios por 1.000 habitantes es de 58.6 nivel nacional y guarda estrecha relación con el tamaño de la población y el promedio día estada el mismo que a nivel nacional es de 4.7.⁸⁹

En cuanto a defunciones hospitalarias y defunciones por 1.000 hab., a nivel nacional se relacionan directamente con el número de habitantes; el número de defunciones es de 10.507 y el número de defunciones por 1.000 habitantes, es de 0.8 (Ver cuadro No 2).

Cuadro No 3.A

ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS, POR NUMERO DE EGRESOS, DIA Y PROMEDIO DE ESTADA, NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES, DIA-CAMA, PORCENTAJE DE OCUPACIÓN Y GIRO DE CAMAS, SEGÚN SECTOR, ENTIDAD A LA QUE PERTENECE Y GRUPOS DE CAMAS								
SECTOR ENTIDADES Y GRUPOS DE CAMAS	No ESTABLECIMIENTOS	No EGRESOS	DIAS DE ESTADA	PROMEDIO DIAS DE ESTADA	No CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES	DIAS-CAMA DISPONIBLES	% OCUPACIÓN	RENDIMIENTO O GIRO DE CAMAS
TOTAL REPUBLICA	691	763.643	3.594.274	4,7	21.200	7.759.200	46,3	36
HOSPITALES AGUDOS 1/	178	559.128	2.504.484	4,5	12.886	4.716.276	53,1	43
HOSPITALES CRONICOS	15	18.786	649.989	34,6	2.530	925.980	70,2	7
CLINICAS PARTICULARES	498	185.729	439.801	2,4	5.784	2.116.944	20,8	32
HOSPITALES AGUDOS 1/	178	559.128	2.504.484	4,5	12.886	4.716.276	53,1	43
SECTOR PÚBLICO	164	536.053	2.442.167	4,6	12.441	4.553.406	53,6	43
SECTOR PRIVADO 2/	14	23.075	62.317	2,7	445	162.870	38,3	52
SECTOR PÚBLICO	164	536.053	2.442.167	4,6	12.441	4.553.406	53,6	43

1/ INCLUYE: HOSPITALES GENERALES, HOSPITALES CANTONALES Y HOSPITALES ESPECIALIZADOS AGUDOS.

2/ INCLUYE: ENTIDADES PARTICULARES Y RELIGIOSAS

Fuente y Elaboración: INEC

Anuario de Estadísticas Hospitalarias - CAMAS Y EGRESOS - 2004

⁸⁹ INEC, *Op. cit.*, pp: 15

1/ INCLUYE: HOSPITALES GENERALES, HOSPITALES CANTONALES Y HOSPITALES ESPECIALIZADOS AGUDOS.

2/ INCLUYE: ENTIDADES PARTICULARES Y RELIGIOSAS

Fuente y Elaboración: INEC

Anuario de Estadísticas Hospitalarias - CAMAS Y EGRESOS - 2004

De lo expuesto se puede concluir que el número de egresos no tiene relación con el número de establecimientos pero sí con el número de camas, de tal manera que en los establecimientos que poseen de 10 a 49 camas, que son 78 tienen informado 37.348 egresos, mientras que en los que tienen de 100 a 499 camas que corresponde únicamente a 22 establecimientos el número de egresos es de 185.729, quizá esto se deba a que a pesar de que existen un buen número de clínicas particulares (498), la gente acude más a los hospitales, los cuales registran entre agudos y crónicos 577.914 egresos, en tanto que las clínicas particulares registran 185.729 egresos.

Del total de hospitales, los hospitales públicos tanto de agudos como de crónicos son los que mayor número de egresos tienen registrados (554.891 egresos) en tanto que en los del sector privado tanto de agudos como de crónicos es de 24.023 egreso (Ver Cuadro No 3.A, 3.B. Quizá esto se deba a que en los hospitales públicos, si bien la atención no es gratuita, pero el costo es inferior al de los del sector privado.

El número de camas disponibles a nivel nacional es mayor en el sector público 12.741 camas, mientras que en el privado es 5.784 camas. El porcentaje de ocupación a nivel nacional es de 46.3 de estos, a nivel del sector público es de 53.6, a nivel de establecimientos que poseen de 100 a 499 camas el porcentaje de ocupación es de 57.5 y a nivel de establecimientos del sector privado es de 20.8.

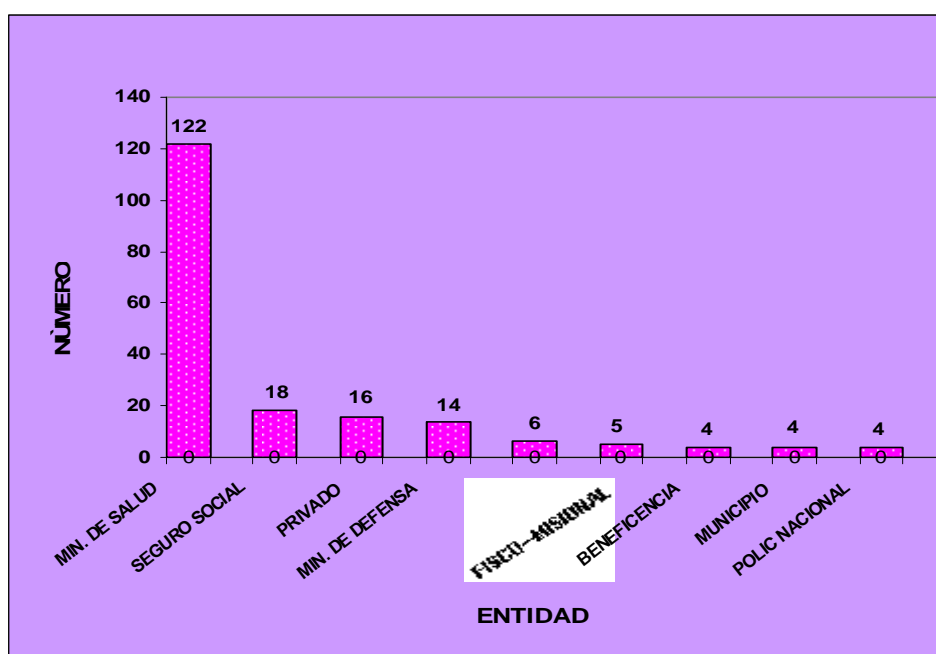
El giro de cama a nivel nacional es de 36, en el sector público es de 43, y en los establecimientos que tienen de 100 a 499 camas entre los que se encuentran los hospitales de tercer nivel (HEE) el giro de cama es de 44, en tanto que a nivel privado es de 32.

De acuerdo a la clase de establecimientos, el mayor número pertenece al MSP. (122). Inmediatamente se encuentran los que pertenecen al seguro social en un número de 18, ministerio de defensa (14), establecimientos privados (16), los de SOLCA (6), los fisco misionales (5), los del municipio, policía nacional y los de beneficencia en igual número (4), (Ver Gráfico No 14).

De la información anterior se puede concluir que siendo el mayor número de establecimientos los que pertenecen al MSP, se deben tomar las medidas pertinentes al mejoramiento de la calidad de atención desde las organizaciones rectoras en cuyo caso es el ministerio de salud pública el que debería encabezar la reforma del sistema de salud ecuatoriano.

Gráfico No 14

NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS SEGÚN ENTIDAD A LA



Fuente: INEC.

Elaboración: Rocío Ayala H.

En el año 2004 a nivel de Pichincha el Hospital de especialidades Eugenio Espejo, perteneciente al MSP consta de 334 camas disponibles, 122.244 días cama disponible, el porcentaje de ocupación es de 70, el giro de cama es de 30 y el promedio diario de camas ocupadas es 234. Realidad que nos permite concluir

que este tipo de hospital se encuentra funcionando al 100 % esto es con la totalidad de camas disponibles. (Ver Tabla No13).

Tabla No 13
HEE, INDICADORES DE RENDIMIENTO, PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL PORCENTAJE
A NIVEL NACIONAL, AÑO 2004

CLASE DE ESTABLECIMIENTOS	ENTIDAD A LA QUE PERTENECEN	No. DE CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES	DIAS-CAMA DISPONIBLES	PORCENTAJE DE OCUPACION	RENDIMIENTO O GIRO DE CAMAS	PROMEDIO DIARIO DE CAMAS OCUPADAS
HEE	MSP	334 1,58%	122.244 1,58%	70 151,19%	30 83,33%	234 2,38%

Fuente: INEC.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Del total de establecimientos especializados a nivel del país (15) 6 se encuentran en la región Sierra y de ellos 2 están ubicados en la provincia de Pichincha. Los 15 establecimientos a nivel nacional poseen 2.039 camas, de las cuales el 25% se encuentran en los 6 hospitales de la región Sierra y el 80,96% de estas camas se encuentran equipando los 2 hospitales a nivel de la provincia de Pichincha; realidad que permite concluir que nuestros hospitales a nivel de Pichincha tienen un muy buen porcentaje de dotación de camas, quizá se deba a que es una de las provincias con un mayor número de población⁹⁰. Ver Cuadro No 4

CUADRO No. 4

NÚMERO DE CAMAS DISPONIBLES, DIAS-CAMA, PORCENTAJE DE OCUPACION DE CAMAS, GIRO DE CAMAS, PROMEDIO DIARIO DE CAMAS OCUPADAS, SEGÚN CLASE DE ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS Y ENTIDAD A LA QUE PERTENECEN					
CLASE DE ESTABLECIMIENTOS	No. DE CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES	DIAS-CAMA DISPONIBLES	PORCENTAJE DE OCUPACION	RENDIMIENTO O GIRO DE CAMAS	PROMEDIO DIARIO DE CAMAS OCUPADAS
TOTAL REPUBLICA	21.200	7.759.200	46,3	36	9.820
HOSPITALARIOS GENERALES Y HOSPITALES CANTONALES	10.847	3.970.002	50	40	5.427

⁹⁰ Ministerio de Salud Pública. Consejo Nacional de Salud. Marco general de la reforma estructural de la Salud en el Ecuador. Quito, Noviembre, 2005.

EUGENIO ESPEJO	334	122.244	70	30	234
----------------	-----	---------	----	----	-----

Fuente: INEC.

Elaboración: Rocío Ayala H.

3.2 CONTEXTO DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO (HEE)

3.2.1 ANÁLISIS INSTITUCIONAL Y ORGANIZACIONAL (AIO) HEE

3.2.1.1 Generalidades

Hoy en día, el análisis, la evaluación y la planificación en las instituciones de la salud son vitales para el éxito, por lo tanto, la responsabilidad suprema del staff directivo, operacional y de apoyo es pensar en el cumplimiento de la misión organizacional, y en el cumplimiento de los objetivos a través de sistemas de medición y de indicadores. Además se deben desarrollar estrategias y ejecutar algunas acciones, que de igual manera deberán ser evaluadas y medidas de manera ineludible.

En esta perspectiva, el presente AIO que se fundamenta en los preceptos del mejoramiento continuo, a no dudarlo será de gran beneficio para todos los involucrados en los servicios de salud.

La Visión Estratégica del HEE es coherente y factible con la realidad social del entorno y con las condiciones actuales del Ecuador. La Institución pretende armonizar en el corto, mediano y largo plazo los recursos económicos con el fin de fomentar atenciones de calidad para lograr aumentar la credibilidad y la imagen corporativa organizacional que desde ya es conocida y reconocida.

Se define al Hospital Eugenio Espejo como una unidad operativa de tercer nivel y referencia nacional como hospital de especialidades, siendo una unidad operativa de alta complejidad, que esta destinada a prestar atención de salud integral de tipo ambulatorio y de internación a los usuarios en las diferentes especialidades médicas y se constituye en un centro de práctica y de capacitación a nivel

docente administrativo e investigativo. Es menester establecer los parámetros funcionales de la institución los cuales son los siguientes:

- Planificar, ejecutar, controlar y evaluar las actividades de salud intrahospitalaria.
- Desarrollar actividades para fomentar la salud
- Ejercer actividades de prevención
- Brindar atención de recuperación de la salud
- Cumplir con las actividades de rehabilitación de salud
- Efectuar docencia intrahospitalaria e interinstitucional
- Realizar actividades científicas e investigación en las áreas médicas y administrativas.
- Coordinar con los niveles superiores y jefaturas de área dentro del sistema regionalizado, las acciones técnicas y administrativas correspondientes.
- Coordinar acciones con las instituciones formadoras de recursos humanos en salud.

El Análisis Contextual AIO / FODA constituye un resumen de la información presentada y gestionada por las diferentes autoridades del Hospital en el contexto de la Red Pública de Hospitales Estatales. Se ha tratado de consignar toda esta información en matrices que de manera simple resumen el Plan estratégico del HEE.

3.2.1.2 I. Fuente de Datos Básicos

3.2.1.2.1 Administradores del Hospital Eugenio Espejo

La Administración Superior del Hospital Eugenio Espejo está conformada por el siguiente personal de Staff:

- Director General: Dr. Vicente García.
- Subdirector Administrativo: Dr. Patricio Ortiz.
- Subdirector Técnico: Dr. Galo Hidrovo.

Además la gestión se apoya en las actividades realizadas por los siguientes comités:

El Comité Directivo, tiene como tareas principales: planificar, dirigir, controlar y coordinar todas las actividades en caso de desastres externos e internos en el Hospital “Eugenio Espejo”. Ellos ejercen la dirección y el control del hospital una vez ocurrido un Desastre.

Los miembros del Comité de Emergencias y Desastres está formado por: Director del Hospital, Coordinador del Comité de Emergencias y Desastres, Subdirector Técnico, Subdirector Administrativo, Líder del Servicio de Emergencias, Líder del Servicio de Laboratorio, Líder del Servicio de Radiología, Líder del Servicio de Áreas Quirúrgicas, Líder del Servicio de Áreas Clínicas, Líder del Servicio de Áreas Críticas, Coordinadora de la gestión de Enfermería, Líder del Trabajo Social, Líder de Docencia, Líder de Farmacia, Líder de Estadística, Coordinador de Recursos Humanos, Líder de mantenimiento, Coordinador de presupuesto, Supervisor de Guardianía, Líder de alimentación nutrición y dietética, Pagador y Proveedor.

Comité Ejecutivo, Lleva a cabo las acciones de coordinación de todas las actividades en caso de desastres externos en el Hospital “Eugenio Espejo”.

El Comité ejecutivo esta conformado por: Director del Hospital o Jefe de Guardia en su ausencia; será el que presida, Coordinador del Comité de Emergencias y desastres, Subdirector Técnico, Subdirector Administrativo, Líder del Servicio de Emergencias y Coordinador de Recursos Humanos.

Comité Médico, Se encarga de coordinar las acciones de atención médica del hospital. Será presidida por el Subdirector técnico e integrado por: Subdirector Técnico, Coordinador del Comité de Emergencias y Desastres, Líder del servicio de Emergencias, Líder del Servicio de Laboratorio, Líder del Servicio de Radiología, Líder del Servicio de Áreas Quirúrgicas, Líder del Servicio de Áreas

Clínicas, Líder del Servicio de Áreas Críticas, Coordinadora de la gestión de Enfermería, Líder de Docencia y Líder de Trabajo Social.

3.2.1.2.2 Línea de Base. Documentos

Por la magnitud de la documentación existente en la Institución, hemos creído prudente tan sólo referirnos a aquella documentación que la consideramos estratégica, ya que esta línea de base nos servirá para poder levantar el perfil social y técnico de los recursos humanos y, desde luego, de la gestión de los servicios.

- Perfiles Académicos del personal.
- Planificación Estratégica, cuyos componentes se ven en detalle más adelante
- Plan operativo Anual (POA) que permite la operativización de objetivos y metas.
- Proceso de capacitación.
- Programa de Capacitación Gerencial diseñado, aplicado y evaluado en base a necesidades identificadas en los servicios según las competencias profesionales de las personas.
- Liderazgo en la Gestión, visualizado en los Manuales de Funciones, Procedimientos (Protocolos)
- Instrumentos para evaluación de resultados diseñado sobre grado de conocimiento de la evaluación de desempeño, mediante encuestas a los clientes internos con: recolección, tabulación de datos, socialización de resultados.
- Perfiles y competencias diseñados para las principales actividades del personal.
- Manual de Calidad.
- Evaluación del Plan Operativo Anual.
- Informes Financieros.

3.2.1.2.3. Instalaciones Importantes

Recursos Físicos, en cuanto a recursos físicos en este AIO se puede decir que: la estructura física del HEE no reúne las condiciones necesarias para poder brindar los servicios que la población demanda y así poder cumplir con su función."Brindar servicios de calidad". Los recursos físicos, se encuentran detallados en el diagnóstico situacional del HEE. (Ver Diagnóstico situacional del HEE.)

Capacidad Resolutiva⁹¹

- Ingresando por Emergencia se atienden 120 pacientes promedio por cada 24 horas.
- El 80% de los pacientes ingresados lo hace a través de Emergencia.
- Por Consulta Externa se atienden 700 pacientes diarios.
- Un 20 % de estos ameritan hospitalización.
- Estos pacientes generan en promedio 4.000 prescripciones diarias y alrededor de USD. 5.000 de autogestión.

Capacidad Resolutiva Quirúrgica

- Realizamos un promedio de 100 cirugías de corazón abierto al año.
- Se realizan sobre 1200 cirugías Laparoscopia al año, 160 neurocirugías de alta complejidad al año.
- El 30% de las 8.000 cirugías que se realizan en el H.E.E. son pacientes traumatológicos.
- Nuestra unidad de quemados tiene su propio quirófano en el cual se atienden 4 pacientes diarios en cirugías programadas más 2 a 3 emergencias.

Infraestructura

⁹¹ Planificación Estratégica del HEE

- Una de las fortalezas del H.E.E. es la infraestructura y el mantenimiento que le damos a la misma.
- Todos los servicios de las 36 especialidades tienen instalaciones dignas de cada una de ellas.

Recursos Humanos

- El H.E.E. tiene uno de los índices más bajos de contrataciones ocasionales.
- Existen profesionales contratados a riesgo compartido con el aporte económico de la emergencia sanitaria.
- El grupo humano bajo relación de dependencia con nombramiento, está capacitado en sus diferentes disciplinas convirtiéndose en expertos en cada uno de los temas.

3.2.1.2.4. La Dinámica Interna

Naturaleza de las Reuniones.

La implantación del desarrollo de un sistema de gestión de calidad es una decisión estratégica que depende de la decisión de la dirección, líderes y todo el personal involucrado que sólo a través de una participación activa se podrá alcanzar los objetivos; por lo tanto, las reuniones del equipo normalmente obedecen a una previa planificación de los puntos a tratarse, las resoluciones que se toman se basan en el consenso y en la participación de objetivos comunes, todas estas resoluciones son documentadas y debidamente archivadas para el conocimiento de la administración superior o cualquier otra persona interesada o involucrada en los procesos de atención.

Procesos de Enseñanza y Aprendizaje

Una de las actividades estratégicas del hospital y del departamento de enfermería, es mantener de manera continua un Programa de Formación y Capacitación para el personal profesional y demás trabajadores de la Institución.

Para el efecto existe un Equipo de Docencia e Investigación de la Gestión en Salud y en especial del área de enfermería. A continuación se detalla las principales actividades de este proceso.

Proceso de Capacitación

- **Objetivo** Generar procesos educativos y / o formativos que permitan mejorar las competencias profesionales del recurso humano en la práctica y atención a los clientes internos y externos.

- **Indicadores:**

- ✓ Número de competencias desarrolladas,
- ✓ Número de horas de entrenamiento.
- ✓ Número de personal capacitado.
- ✓ Índices de mejoramiento.
- ✓ Índices de evaluación de desempeño.
- ✓ Nivel de cumplimiento de objetivos.

- **Descripción**

INICIO	▪ Diagnóstico de problemas y necesidades
Medios para capacitar	Técnicas de enseñanza aprendizaje, lluvia de ideas, socio drama, estudio de casos, talleres, exposición, mesa redonda, debate, educación formal, seminarios.
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar línea de base a través de detección de necesidades de capacitación ▪ Determinar objetivos y metas

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diseñar el programa de capacitación. ▪ Incorporar al personal sobre la base de procesos de selección ,y estructuración de perfiles ▪ Conformar equipos de trabajo ▪ Monitoreo ▪ Diseño de instrumentos para la evaluación ▪ Determinar indicadores ▪ Medir el alcance de los indicadores ▪ Mejoramiento continuo en base a resultados
FINAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación y retroalimentación continua.

Trato con los Clientes Externos – Pacientes

La calidad de los servicios se aplica al conjunto de propiedades y características que poseen los servicios de la institución, para satisfacer o superar las necesidades o expectativas de los clientes internos y externos, en forma congruente a un estándar básico de referencia.

Las dimensiones de prestación en salud y la calidad en el trato con los pacientes son elementos de análisis mediante los cuales se puede realizar una evaluación de la calidad, en el HEE esto se da a través de:

- **Competencia profesional.**- Capacidad y desempeño de las funciones del personal profesional, administrativo y de apoyo, se relaciona con la ejecución de las pautas y las normas de atención basados en valores, conocimientos y habilidades en términos de precisión, confiabilidad y uniformidad.
- **Imagen institucional.**- esta relacionado con el aspecto físico del establecimiento, el mantenimiento de la infraestructura, el orden, la limpieza, cumplimiento de horarios, cuidados de áreas, señalización.
- **Eficiencia.**- Uso adecuado de los recursos humanos, materiales y financieros para obtener una atención óptima al usuario y la comunidad.

- **Continuidad.**- Implica recibir la serie completa de servicios de salud que necesita el usuario sin interrupciones, suspensiones innecesarias de evaluación, diagnóstico y tratamiento.
- **Seguridad.**- Reducción de riesgos (infecciones, efectos colaterales, físicos, etc.) que pudieran relacionarse con la prestación de servicios.
- **Comodidades.**- se relacionan con el espacio físico, limpieza, privacidad, se refiere a la confianza que siente el usuario por el servicio
- **Equidad.**- La capacidad de reducir diferencias, no sólo de cobertura sino de distribución, uso de los recursos y en el acceso a los servicios.

Necesidades de Información y Comunicación

Con el usuario interno.-Realizada una encuesta rápida al usuario interno se determina que en el 60% de servicios se pronuncian que debe mejorar la comunicación horizontal, la misma que debe reunir las siguientes características:

- Debe ser oportuna, sin interferencias y en equipo
- Acerca de procesos y normativa del servicio
- Mayor fluidez en la información de la problemática de cada servicio
- Mejorar las relaciones interpersonales
- Escuchar a la persona afectada publicar asuntos de interés

Usuario externo.- **el 90% de usuarios externos manifiestan que debe haber mejor información a paciente y familiares desde la admisión hasta el plan de egreso y el 45% manifiesta que debe haber mejor trato de personal.**

Investigación - Paradigma Dominante

La investigación en el Ecuador no ha sido una situación que cuente con el apoyo financiero y político de parte de las instituciones estatales o privadas; desgraciadamente las instituciones de salud no cuentan con los suficientes recursos como para poder realizar practicas de investigación, pero sin embargo los esfuerzos particulares de los profesionales permite en cierta manera realizar

algún tipo de investigación que, ni siquiera es reconocida en nuestro medio pero si en el exterior.

El Departamento de Docencia e Investigación de acuerdo al orgánico funcional del HEE depende de la Dirección del hospital, es el responsable de la programación y ejecución de las actividades de adiestramiento en servicio del personal médico y de enfermería, de la coordinación de la Docencia Universitaria que se ejecuta en la Unidad y de proporcionar, incentivar y dirigir la investigación en el mismo, sus acciones están sujetas a políticas específicas en estos campos, emanadas de los niveles superiores respectivos.

3.2.1.3 II. El Entorno de la Organización

3.2.1.3.1. Entorno Administrativo Legal en el cual Opera la Organización

El Orgánico Funcional del Hospital Eugenio Espejo lo define como una unidad operativa de tercer nivel y de referencia Nacional como Hospital de Especialidades, siendo el de más alta complejidad y que esta destinado a prestar atención de salud integral de tipo ambulatorio y de internación a los usuarios en las diferentes especialidades médicas y se constituye en un centro de práctica y capacitación a nivel docente, administrativo e investigativo.

Por ser de Referencia Nacional da cobertura a la demanda espontánea y referida de otras unidades de salud de la Provincia y del país. Las bases legales se sustentan en el funcionamiento y la estructuración del Hospital Eugenio Espejo y responde a las distintas etapas de organización del Sistema de Salud en el Ecuador y serán las que legitimen la estructura orgánica y funcional de la institución.

En el Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador referente a la recuperación y rehabilitación expresa:

- Desarrollar modelos de aseguramiento universal para cubrir los riesgos de salud de la población.
- Organizar los servicios de salud ambulatorios y hospitalarios a través de referencia y contrarreferencia.
- Aplicar medidas para el mejoramiento de la atención de salud y de las relaciones del personal de salud con el paciente respetando los principios fundamentales de bioética, incluyendo relaciones respetuosas ambientales agradables e información clara oportuna y pertinente y la plena vigencia de la ley de Derechos y Amparo al paciente.

3.2.1.3.2. Ambiente Tecnológico en el cual opera la Institución

En esta época en que la ciencia y la tecnología están presentes en todas las actividades humanas, el uso de sus aplicaciones forma parte de la vida diaria de muchas personas en el mundo, insertarse en esta realidad es prioritario. El líder del departamento de Investigación y Docencia del Hospital Eugenio Espejo, resalta la importancia del uso de tecnologías como el Internet: facilita la investigación médica; permite estar actualizado de los avances de la medicina; favorece actividades como la docencia; se establecen relaciones con profesionales de todo el mundo para intercambiar experiencias.

Los médicos son profesionales cuyo tiempo está distribuido en diferentes actividades, por ello, saber utilizar con eficiencia el tiempo en el uso de Internet es muy importante. De ahí que la capacitación para su manejo contribuye, además del acceso al conocimiento en el ámbito de interés, a un mejor aprovechamiento del tiempo.

El hospital se ha insertado en la telemedicina. Por ejemplo, con un sistema de videocámaras puede transmitir la señal a otros hospitales o aulas universitarias a través de su página Web (<http://www.hee.gov.ec/>).

Ese es el caso sobre la señal que tienen incorporada a los quirófanos del hospital Eugenio Espejo, por medio de la cual estudiantes o profesionales interesados en

determinado procedimiento médico pueden acceder mediante Internet. También, el hospital concretó convenios con varias universidades para que con la utilización de videocámaras y la señal satelital difundan, por medio de tele conferencias, lo que hacen en cuanto a medicina y educación médica continuada.

Informática

- Red de banda ancha, que permite correo electrónico inmediato, Internet, página Web al mundo.
- Infraestructura de hardware: aún nos hacen falta 100 terminales de computación para cerrar el anillo total y entrar a correo electrónico integral.
- Los sistemas informáticos permitirán una reingeniería y una mejor utilización del personal al disminuir en gran escala la utilización de mano de obra en mensajería y transporte.
- Otro de los proyectos está orientado a contar con la "Historia Clínica Digital", es decir, toda la información del hospital pasará a archivos digitales, cuyo acceso estará disponible mediante la red informática, lo cual ahorrará tiempo y dinero a pacientes, médicos y población general.

Producción versus Equipamiento

- El equipamiento del H.E.E es insuficiente y en muchos casos no es actual.
- Situación que mitiga la utilización de un 98% de los equipos, a los cuales se les somete a mantenimiento preventivo y correctivo necesario; mediante el seguimiento minucioso de una ficha técnica que permita optimizar la producción.

3.2.1.3.3 Ambiente Político

El Gobierno Nacional, ha sido claro en la implementación de políticas de Estado para sacar al País de la crisis en la que se encuentra, para esto ha emitido decretos de emergencia nacional para diversos sectores con el propósito de mejorar la calidad de vida de las clases sociales más vulnerables. En el caso de la

salud Pública el decreto de emergencia permite al gobierno trasladar recursos financieros sin recurrir a cumplir con procedimientos complicados; este decreto de emergencia ha permitido la incorporación de más profesionales de la salud para poder satisfacer la demanda y eliminar de cierta manera los “cuellos de botella” por falta de personal.

El Ministerio de salud Pública y la Dirección Provincial de salud de Pichincha, hacen énfasis en la necesidad y el deber que tienen las Instituciones de entrar en un verdadero proceso de cambio hacia el mejoramiento continuo de la Calidad.

Las políticas de salud en el Hospital Eugenio Espejo se fundamentan en el cumplimiento de los principios de equidad (racial, cultural, de género, generacional, de condición, situación social económica y de creencias), traducida en la reducción de desigualdades en la situación de salud entre diferentes grupos humanos, la garantía de un acceso de todas las personas a sus prestaciones y beneficios. Se desarrollan programas dirigidos a mantener las acciones de prevención y control de enfermedades transmisibles, incluyendo las patologías emergentes, que afectan a zonas rurales y urbanas marginales.

3.2.1.3.4. Entorno Económico

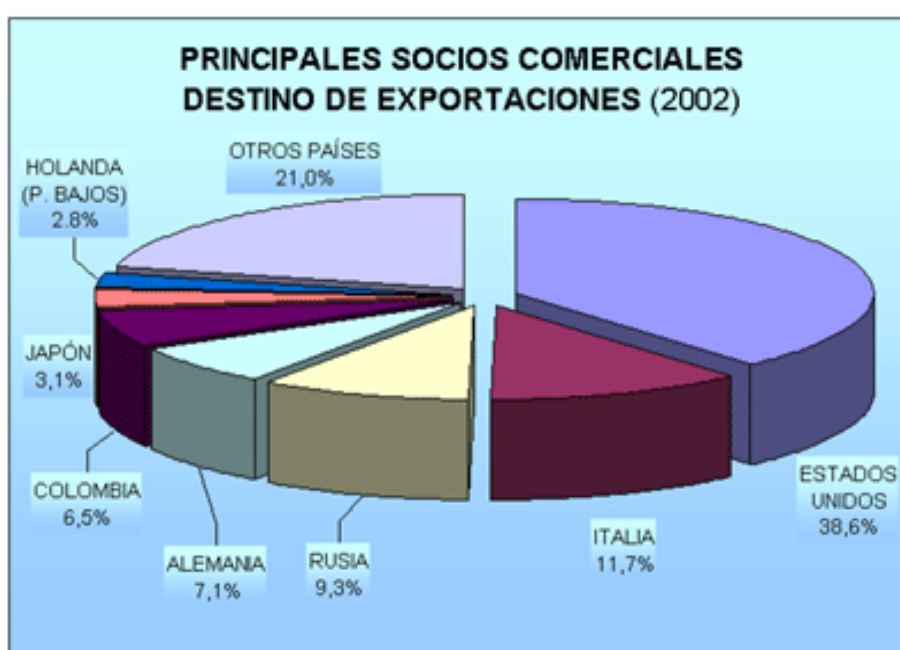
El entorno económico del país ha venido experimentado una serie de bruscas variaciones en los indicadores macro económicos. El aumento de ingresos por el incremento del precio del barril de petróleo ha permitido cubrir las emergencias decretadas por el gobierno; sin embargo, las tasas de ingresos no son siempre mayores que las tasas de egresos, razón por la cual la reserva monetaria ha venido sufriendo una caída preocupante que de seguir así podría poner en peligro la dolarización.

El gobierno al no acatar las resoluciones del FMI, no tiene la imposición de este organismo para implementar formulas de ajuste económico que de una u otra manera afectaban a los sectores sociales menos protegidos. Sin embargo esta decisión también acarrea algunos problemas, como el de aumentar la tasa de

riesgo país y no poder acceder a créditos internacionales, situación que se agrava con el pago de la deuda externa en términos que resulten razonables y no afecten los programas sociales del Ecuador.

Siendo un asunto complejo el de la economía, a continuación se resaltan ciertos indicadores macros con los cuales la institución tiene que realizar su gestión.

Gráfico No 15
PRINCIPALES SOCIOS COMERCIALES.



Fuente: Banco Central del Ecuador. (PIB 2003 s.d, 2004 y 2005 provisional)

Elaboración: MAG/SDEA, npardo@mag.gov.ec

Tabla No 14
DATOS MACRO ECONÓMICOS CONSOLIDADOS DEL ECUADOR.

Ítem	2004	2005
Agricultura - % PIB	6.6	6.3
Industria - % PIB	28.3	27.5
Servicios - % PIB	65.1	66.2
PIB - Millones USD corrientes.	33.000.000.000	36.200.000.000
PIB – crecimiento anual	7.6	3.9
Ingreso Nacional Bruto – per capita	2360	2630

Endeudamiento % del ingreso nacional bruto	70.3
--	------

Fuente: Banco Central del Ecuador. (PIB 2003 s.d, 2004 y 2005 provisional)

Elaboración: Rocío Ayala H.

3.2.1.3.5. Entorno Socio Cultural

El servicio de salud que brinda el hospital es el de mayor capacidad de resolución de las enfermedades, con atención de consulta externa y hospitalización, atención especializada de emergencias, recuperación y rehabilitación de todas las especialidades y sub-especialidades médicas.

- Atiende pacientes de todo el país a través de referencia y contrarreferencia de las otras unidades de salud, además de docencia e investigación.
- El Hospital Eugenio Espejo de Quito es el único centro de especialidad del Ministerio de Salud Pública del Ecuador
- Posee la Terapia Intensiva mejor equipada del país, ha mejorado su cobertura ampliando 12 camas.
- Realiza cirugías de corazón abierto.
- Atiende Emergencias de Trauma de todo el país, esta área se encuentra en remodelación y equipamiento.
- Funciona las 24 horas del día y los 365 días del año.

Como puede deducirse el hospital está relacionado con una serie de valores y normas de comportamiento del público usuario directo y, también, de aquellos que de una u otra manera están involucrados con el tema de la salud. Estas Normas son:

- Atención primaria de salud, cuyo cometido principal es extender la cobertura de salud a toda la población con máxima equidad y accesibilidad, con elementos propios del proceso continuo del cuidado de la salud, tanto de promoción y prevención, como de atención y rehabilitación.

- La atención en salud no tiene costo alguno. Esta norma se contradice con la realidad ya que los pacientes tienen que pagar un valor por motivo de autogestión.
- Servicios de calidad y calidez. No se cumplen, por todas las razones expuestas en este análisis.

Valores.

Estos corresponden al grupo social de pacientes (clase media baja) que acuden a solicitar los servicios, entre ellos podemos distinguir:

- Sencillez.
- Humildad.
- Paciencia.

De igual manera es posible advertir ciertos antivalores que causan malestar al hospital y a sus empleados:

- Deshonestidad, por falsificación de datos.
- Robo.
- Grosería.
- Falta de respeto a las otras personas y los bienes de la institución.

3.2.1.3.6. Principales Involucrados e Interesados en la Organización

GRUPOS / INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Directivos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestionar para lograr la eficiencia y la eficacia en la prestación de servicios de salud según normas y leyes del Ministerio de 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Autoridad ▪ Decisión local ▪ Poder técnico ▪ Poder político ▪ Convocatoria 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dificultad en la gestión de recursos ▪ Datos incompletos sobre la gestión ▪ Dificultad para ejecutar la planificación estratégica ▪ Continua Rotación de

	Salud Pública.		los directivos <ul style="list-style-type: none"> ▪ Discontinuidad en la ejecución de la planificación.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contratación colectiva 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tener los recursos disponibles siempre ▪ Que las Asignaciones de trabajo sea definidas con anticipación y equitativas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sindicatos. ▪ Leyes laborales. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comunicación inadecuada. ▪ Asignaciones de trabajo in equitativas ▪ Resistencia a los cambios. ▪ Poca capacitación.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entidades Gubernamentales. (Ministerio de Finanzas MSP, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mejorar sustancialmente la calidad de la salud para toda la población. ▪ Ampliar la cobertura de los servicios a toda la población de bajos ingresos económicos. ▪ Mejorar continuamente la calidad del gasto de los presupuestos asignados. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Constitución de la República. ▪ Leyes y Regulaciones. ▪ Poder Político. ▪ Poder económico - Presupuestos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resistencia al cambio. ▪ Inoperancia en la gestión de los directivos nombrados. ▪ Poca capacidad de gestión de los directivos. ▪ Desperdicio de recursos. ▪ Poder de los sindicatos. ▪ Poco interés de los recursos humanos en el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud. ▪ Leyes desactualizadas o fuera de contexto.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Universidades y Facultades de medicina (Estudiantes pasantes) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adquirir conocimientos. ▪ Adquirir experiencia. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Regulaciones y convenios con Universidades. ▪ Nuevos conocimientos y prácticas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poca atención en la importancia en el proceso de formación y aprendizaje.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Voluntarios 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cooperación y ayuda social - 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poder económico - Presupuestos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dificultad en la gestión de recursos

	reconocimiento a su labor.		▪ Reglamentos fuera de contexto.
▪ Usuario externo Paciente	▪ Recibir Atención eficiente acorde a sus necesidades y expectativas. ▪ Recibir buen trato, calidad y calidez	▪ Leyes y regulaciones. ▪ Constitución de la República ▪ Medios de Comunicación.	▪ Quejas sobre trato, y atención inoportuna ▪ Poca disponibilidad de insumos ▪ Limpieza inadecuada ▪ Inadecuada información.

3.2.1.4 III. Historia de la Organización

La construcción del Hospital Eugenio Espejo se inicia el día 23 de mayo de 1901, regentado por la Junta de Beneficencia en un acto protocolario, se inaugura el 24 de Mayo de 1933 bajo la presidencia de Don Juan de Dios Martínez Mera como consta en el acta que reposa en el Cronicón del hospital.

El 31 de Agosto de 1933 abre las puertas al servicio de la comunidad con diferentes especialidades; lo hizo en diferentes pabellones desde el 1A – 1B hasta el 6A y 6B y con servicios anexos como: Rx, laboratorio, fisioterapia, servicio odontológico, salas de operaciones y equipos quirúrgicos. Inició sus actividades con 83 enfermeros.

En el año 1979 se conforma un gran frente, cuyo propósito era construir un nuevo hospital para dar respuesta a la demanda cada vez más creciente, y los avances científicos y tecnológicos, hasta que en mayo de 1982, con la presidencia del Sr. Dr. Jaime Roldós Aguilera se coloca la primera piedra del nuevo edificio. El nuevo edificio abre las puertas de atención al público en sus áreas de consulta externa y emergencia en de mayo de 1992; actualmente considerado como hospital de nivel 3 dentro del Sistema Nacional de Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública, está ubicado en Parroquia San Blas de la ciudad de Quito, Provincia de Pichincha.

3.2.1.4.1. Desarrollo de la Misión

La Misión del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo es:

“Proporcionar a la comunidad, dentro de un ambiente de calidez y eficiencia, las acciones necesarias y oportunas para la recuperación de la salud, con altos estándares profesionales, investigación especializada, capacitación permanente y tecnología de punta”⁹².

La Misión, como parte del Direccionamiento Estratégico, debe sustentar su práctica especializada en los Recursos Humanos eficientes, comprometidos competentes, con la infraestructura administrativa adecuada, recursos financieros suficientes y tecnología actualizada. Sin embargo, el propósito del Hospital no puede lograr su cometido por cuanto, al igual que todas las Instituciones de salud, este atraviesa por problemas de insuficiencia de recursos, que esperan mejorarse mediante la aplicación de proyectos de mejoramiento continuo de calidad.

3.2.1.4.2. Objetivos

Los Objetivos del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo son

- Implementar un sistema de gestión administrativo institucional participativo, dinámico flexible creativo e innovador.
- Implementar una línea de acción gerencial que supere la ausencia de un plan de sucesión administrativo institucional.

Las funciones del Hospital Eugenio Espejo son;

- Planificar, ejecutar, controlar y evaluar las actividades de salud intra hospitalaria.
- Desarrollar actividades al fomento de la salud.
- Ejercer actividades de prevención específica de salud,
- Brindar atención de recuperación de la salud.

⁹² Hospital Eugenio Espejo. Plan Operativo Anual. 2005 2006 (Misión Actual 2006).

- Cumplir con las actividades de rehabilitación de salud.
- Efectuar docencia intrahospitalaria e interinstitucional.
- Realizar actividades científicas e investigaciones en las áreas médicas y administrativas.
- Coordinar con los niveles superiores y jefaturas de área dentro del sistema regionalizado, las acciones técnicas y administrativas correspondientes.
- Coordinar acciones con las instituciones formadoras de recursos humanos en salud.

3.2.1.4.3. Tipos de Investigación

- Técnica Científica en medicina y temas afines.
- Social.

3.2.1.4.4. La cultura de la Organización

La cultura organizacional en el HEE se caracteriza por los problemas que son comunes a las Instituciones del Estado donde la ausencia de una práctica constante de los valores institucionales y nacionales han servido como base para la aparición de diferentes problemas, tales como:

- Limitada comunicación
- Desconocimiento de metas.
- Falta de incentivos y motivación.
- Impuntualidad y limitada participación en las reuniones.
- Manejo inadecuado del proceso de eliminación de desechos sólidos.
- Liderazgo no participativo.
- Se cumple parcialmente las normas de cambio de turno.
- El personal de nuevo ingreso no recibe una adecuada inducción.
- Incumplimiento de normas técnicas por el personal de enfermería.
- Protocolos de atención no elaborados.
- Evaluación de desempeño, sin un sistema establecido.

- Limitada comunicación, e información oportuna.
- Supervisión limitada al horario de la mañana.
- No se aplica evaluación de satisfacción del usuario.
- Calidad de la prestación de servicios de enfermería no determinada.
- Quejas de los usuarios de trato inadecuado por parte del personal.
- Constantes enfrentamientos de intereses entre el personal.
- Pérdida de materiales y otros elementos.
- Atrasos continuos.
- Abusos de poder.

Sin embargo es positiva la actitud del personal por ir solucionando y eliminado estos problemas. Para contribuir de alguna manera se ha implementado el proceso sobre el tratamiento de la comunicación.

Proceso de comunicación

Definición: Herramienta gerencial que hace que las personas se sientan parte de la organización, creando un lenguaje común, que regulariza las relaciones entre los miembros de la organización, facilita la toma de decisiones, mejora la imagen institucional y la calidad en la atención al cliente externo

Objetivo: comunicar resultados, logros, fortalecer la comunicación en todos los planos para mejorar las relaciones internas y externas entre todos los involucrados.

Indicadores:

- Número de quejas por problemas de la comunicación.
- Porcentaje de disminución de conflictos internos y externos ocasionados por la comunicación.

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

TÍTULO	DEL	Comunicación
--------	-----	--------------

PROCESO	
MISIÓN	Fortalecer la aceptación de decisiones e Intercambiar información conocimientos, experiencias, mejorar o cambiar actitudes para comprender el funcionamiento de la organización, los objetivos estratégicos y poner en práctica los valores institucionales.
CLIENTES	Usuario externo e interno
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar de acciones que afectan al colectivo de los empleados o trabajadores ▪ Informar sobre los nombramientos y cambios organizativos ▪ Comunicar noticias y acuerdos laborales ▪ Fomentar la participación
MEDIOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comunicación formal .a través de las estructuras jerárquicas y los medios oficiales ▪ Comunicación informal .-mediante rumores ,conversaciones de café ,reuniones ▪ Comunicación vertical descendente .-transmitir el mensaje al personal de los servicios de enfermería y básicamente son órdenes o disposiciones ▪ Comunicación vertical ascendente.-el personal de los servicios transmiten la información a mandos superiores ,puede tratarse de sugerencias ,aclaraciones, quejas o demandas ▪ Comunicación horizontal.-la comunicación entre departamentos, entre servicios, o entre el personal.

Actitudes.

Las siguientes actitudes que son la demostración de la cultura del hospital.

- Capacidad de aplicar criterios de calidad en la práctica habitual.
- Dinámica de grupos
- Planificación de la actividad preventiva.
- Reconocimiento de la salud de los trabajadores

- Intervención en los procesos de higiene hospitalaria y centro de saneamiento ambiental y de confort del medio
- Atención del paciente crítico urgente
- No poner fuera de funcionamiento y utilizar correctamente los equipos de seguridad
- Utilización adecuada de los medios y equipos de protección
- Capacidad de mantener actitud positiva
- Facilidad de adaptación a cambios
- Saber escuchar
- El/la profesional es capaz de orientar su actividad a la satisfacción de los clientes de su servicio ya sean usuarios o profesionales.
- El/la profesional utiliza adecuadamente las técnicas específicas de evaluación de profesionales, objetivos y tareas manejando herramientas cuantitativas y cualitativas
- El/la profesional tiene la capacidad necesaria desarrollar estrategias orientadas a solventar conflictos, intentado llegar a acuerdos con soluciones satisfactorias a todas las partes
- El/la profesional orienta su uso y/o definición de las necesidades tecnológicas desde la perspectiva del usuario

3.2.1.5. IV. Capacidad de la Organización

La capacidad institucional es la base del desempeño de una institución.

1.- FORTALEZAS.

Competencias	Elementos de Análisis.		Grado de Importancia: Alto, Medio, Bajo	Nivel de Impacto en la Institución. Alto, Medio bajo.
CAPACIDAD	Liderazgo	<ul style="list-style-type: none"> * El liderazgo tiende a lo institucional. * Se observa capacidades de liderazgo en las diferentes áreas del servicio. * Existe interés en desarrollar habilidades en liderazgo estratégico. 	Medio	Alto

	Productos y Servicios.	<p>* El Hospital mantiene las 24 horas el servicio de emergencia.</p> <p>* El hospital mantiene programas de atención del VIH / SIDA.</p> <p>* Cubre todas las especialidades médicas.</p> <p>* Biblioteca de especialidades actualizada</p>	Alto	Alto
	Gestión del recurso Humano	<p>* El 90% del personal está plenamente capacitado para desempeñar efectivamente sus funciones.</p>	Alto.	Alto
		<p>* Claustro de profesionales de alta formación y prestigio en el sector.</p>	Alto.	Alto
		<p>* Capacitación profesional constante.</p>	Alto.	Alto
		<p>* Capacitación gerencial.</p>	Alto	Medio
	Otros Recursos: Infraestructura, equipamiento, financieros, materiales e insumos.	<p>* Se dispone de equipos con tecnología de punta en ciertas áreas.(UCI, Emergencia críticos)</p>	Alto.	Alto.
		<p>* Infraestructura moderna y adecuada para el sector.</p>	Alto	Alto
<p>* Existe proyectos para remodelar y ampliar otras áreas.</p>		Alto	Alto	
<p>* Las tarifas de pago por auto gestión están de acuerdo al perfil socio económico de los usuarios.</p>		Alto	Alto	
<p>* Hay una buena gestión en la optimización en el uso de materiales e insumos.</p>		Alto.	Medio	
Sistemas de Información.	<p>* Se opera Sistemas Informatizados gerenciales de indicadores.</p>	Alto	Medio	
	<p>* Se está actualizando los sistemas en el área de estadística</p>	Alto	Alto	
	<p>* Parte del sistema financiero se sustenta en un sistema informatizado.</p>	Alto	Alto	
Tecnología de la Información.	<p>* Se está actualizando el sistema informatizado en convenio con la Esc. Politécnica Nacional</p>	Alto	Medio	
Gestión de los Procesos.	<p>* Apoyo del Ministerio de Salud para implementar la Gestión por Procesos.</p>	Alto	Medio	
	<p>* Un alto porcentaje de Personal preparado en la Gestión por Procesos.</p>	Alto	Alto	

PROACTIVIDAD.	Planificación estratégica.	* La Planificación estratégica tiene un alto grado de importancia como elemento de conducción hacia los objetivos.	Alto	Alto
	Planificación Operativa.	* Desarrollo de estrategias y actividades operativas por departamento y servicio	Alto	Alto
	Cultura y clima organizacional.	* La Cultura Organizacional es buena.	Alto	Alto
		* Se realizan esfuerzos por mejorar las relaciones interpersonales.	Alto	Medio
* Gran cantidad de personal está dispuesto al cambio.		Alto	Medio	
DESEMPEÑO	Imagen Corporativa.	* Existen prácticas de empoderamiento y delegación de responsabilidades y autoridad.	Medio	Bajo
		* Muy buen prestigio a nivel local y nacional.	Alto	Alto
		* La Sociedad confía en el Hospital y su personal.	Alto	Alto
EXTERNAS	Partes interesadas e involucrados.	* Estado apoya los cambios propuestos.	Alto.	Medio.
		* Los directivos y personal apoyan y participan en ciertos procesos de cambio.	Alto	Alto
		* Los Usuarios comparten y felicitan los cambios	Medio	Bajo

2. DEBILIDADES.

Competencias	Elementos de Análisis.		Grado de Importancia: Alto, Medio, Bajo	Nivel de Impacto en la Institución. Alto, Medio bajo.
CAPACIDAD	Liderazgo	* Ausencia de un enfoque sistémico.	Alto	Medio
		Conflicto de liderazgo en ciertas áreas.	Alto	Medio
		* Poco compromiso e involucramiento de los líderes	Medio	Medio
	Programas y Servicios.	* Sub utilización de equipos.	Alto	Medio
* No se aprovecha la capacidad instalada para poder ofertar o ampliar la oferta de servicios en ciertas áreas.		Medio	Alto.	
Gestión del Recurso Humano	* Practicas de mantenimiento poco eficaz.	Alto	Alto	
	* No se ha diseñado un sistema de gestión por competencias profesionales.	Alto	Alto	

	<ul style="list-style-type: none"> * Son pocas las prácticas de investigación y desarrollo. * Poca importancia a la acreditación académica. * Falta de auditorias del desempeño. * No hay inventario del capital intelectual. * Pocas posibilidades de hacer carrera profesional. * Programa de capacitación insuficiente y desfinanciado. * Problemas de negociación con los sindicatos. 	Medio.	Medio.
	<ul style="list-style-type: none"> * Ciertas instalaciones se están deteriorando. * Lay Outs de algunos servicios no son adecuados. * Mantenimiento de equipos muy limitado. * No hay programas de mantenimiento centrados en la confiabilidad de los equipos. * Sub utilización de equipos mayores. * Asignaciones de parte del gobierno son limitadas y responden a criterios estructurales. * La facturación por auto gestión no permite recuperar costos. * Deficiencias en la toma de decisiones financieras. * El programa de mantenimiento de inventarios no funciona correctamente. 	Alto	Alto.
Otros Recursos: Infraestructura, equipamiento, financieros, materiales e insumos.		Medio	Alto
		Medio.	Alto
		Medio.	Alto.
		Medio.	Alto
		Alto	Alto
		Medio.	Medio
		Alto	Alto
Operaciones	<ul style="list-style-type: none"> * No se cumple lo dispuesto por el Estado en la gestión por procesos. * Poca coordinación entre los comités de gestión interna. * Poca respuesta a la implementación de planes de calidad. * Poco interés en capacitación gerencial y de gestión. * Falta de estandarización en todos los protocolos. 	Medio	Medio
		Alto	Medio.
		Medio	Alto
		Medio	Medio
		Alto	Alto

		* Débil funcionamiento del comité de investigación y docencia.	Medio	Medio
	Bio seguridad	* No existe un verdadero programa de análisis de riesgos operativos. * Poco interés en la aplicación de las normas de seguridad física personal. * Poco interés en la aplicación de normas de BPM o HACCP.	Alto. Alto. Alto	Alto. Alto Alto
	Procesos	* Procesos fuera de control e inestables. * Ausencia de tablero de mando integral en los procesos estratégicos. * Existen procesos que no generan valor para el paciente.	Alto Medio Medio	Alto Medio Bajo
PROACTIVIDAD	Planificación estratégica.	* Débil ejecución de lo planificado. * No hay programa de monitoreo y evaluación de los resultados de la planificación.	Medio Alto	Medio Medio
	Planificación Operativa.	* Los POA departamentales no se relacionan con los direccionamientos estratégicos generales de la institución.	Medio	Medio
	Cultura y clima organizacional.	* No se cuenta con sistemas de incentivos o remuneraciones variables. * No hay sistemas modernos de evaluación del desempeño por competencias.	Alto Alto	Medio Alto
DESEMPEÑO	Productividad	* Ausencia de un tablero de indicadores de gestión institucional.	Alto	Alto
		* Los servicios no cuentan con cuadros de indicadores para medir los resultados y efectos.	Alto	Alto
		* No existen parámetros de medición de la eficacia y eficiencia del personal.	Alto	Alto
EXTERNAS	Social.	* Poco acercamiento a la sociedad en programas de educación sanitaria.	Medio	Medio
		* Poca vinculación con organizaciones nacionales o internacionales similares.	Medio	Medio

	Legal.	* Insuficiente conocimiento en el personal de las normas legales para el cumplimiento de sus actividades.	Medio	Medio
--	--------	---	-------	-------

3.- OPORTUNIDADES.

Competencias	Elementos de Análisis.		Grado de Importancia: Alto, Medio, Bajo	Nivel de Impacto en la Institución. Alto, Medio bajo.
CAPACIDAD	Gobierno	* La emergencia en el sector de la salud legitima los procesos de modernización hospitalaria	Alto	Alto
	Político	* La nueva Visión Estratégica de las autoridades permite implementar procesos de cambios estructurales.	Alto	Alto
		* Los trabajadores y empleados respaldan el cambio institucional	Medio	Alto
	Gestión del Recurso Humano	* Implementación de un Sistema de Gestión de los Recursos Humanos por Competencias.	Alto	Alto
	Finanzas.	* Mayores presupuestos para los hospitales. * Mayor facilidad en la entrega de fondos de parte del Ministerio de Economía.	Alto Medio	Alto Alto
		* Existen organizaciones privadas que pueden apoyar proyectos sociales.	Medio	Medio
Comunidad	* Programa de asistencia social son apoyados y puestos en marcha	Medio	Medio.	
Relevancia	* Posibilidad de obtener certificaciones de calidad.	Medio	Alto	

4.- AMENAZAS.

Competencias	Elementos de Análisis.		Grado de Importancia: Alto, Medio, Bajo	Nivel de Impacto en la Institución. Alto, Medio bajo.
CAPACIDAD	Ambiente Físico	* Deterioro del ambiente físico.	Alto	Alto
		* Proliferación de ventas ambulantes en el exterior.	Alto	Medio
		* Desaseo de los sanitarios para pacientes y visitantes en ciertas áreas.	Alto	Alto
	Gestión de Recursos Humanos.	* La selección de personal se la realiza desde la Dirección provincial de salud.	Medio	Medio
	Gestión estratégica	* No se siguen los procedimientos para nominar a los directivos o funcionarios.	Medio	Alto
DESEMPEÑO	Viabilidad Financiera.	* Se deben justificar los gastos para acceder a nuevos presupuestos o partidas (rendición de cuentas)	Alto	Alto
ENTORNO	Gobierno	* Restricciones presupuestarias sino se presentan justificaciones de gastos.	Alto	Alto
		* Ingerencia política en el nombramiento de directivos.	Medio	Medio
	Tecnología	* Los costos de los equipos modernos son elevados.	Alto	Alto
		* Falta de conocimiento tecnológico sobre la operación de equipos.	Alto	Alto
		* Ausencia de repuestos en el mercado nacional	Alto	Alto.
	Cultural	* La población no tiene conciencia de mantener un estado saludable.	Medio	Medio
* Deterioro medio ambiental en la ciudad de Quito y otras regiones del Ecuador.		Medio	Medio	
Económico	* Aumento del desempleo y subempleo.	Medio	Medio	
Ética	* Ausencia de la práctica de valores por parte de los involucrados.	Medio	Alto	
	* Altos niveles de corrupción.	Alto	Alto	

		* Poco avance en los resultados de los indicadores sociales de la población.	Medio	Alto
	Social	* El 70 % de la población de Quito se encuentra en un nivel de pobreza.	Alto	Alto
		* Incremento de la violencia delictiva.	Alto	Alto
		* Aumento en los accidentes de tránsito	Alto	Alto

Fuente: Planificación Estratégica del HEE

Elaborado por: Rocío Ayala H.

3.2.1.6. V. Desempeño de la Organización

Normalmente un Plan de Evaluación de la Gestión de una Organización permite la identificación de los desfases o cuellos de botella y puntos débiles que condicionan la expansión o desarrollo de la organización.

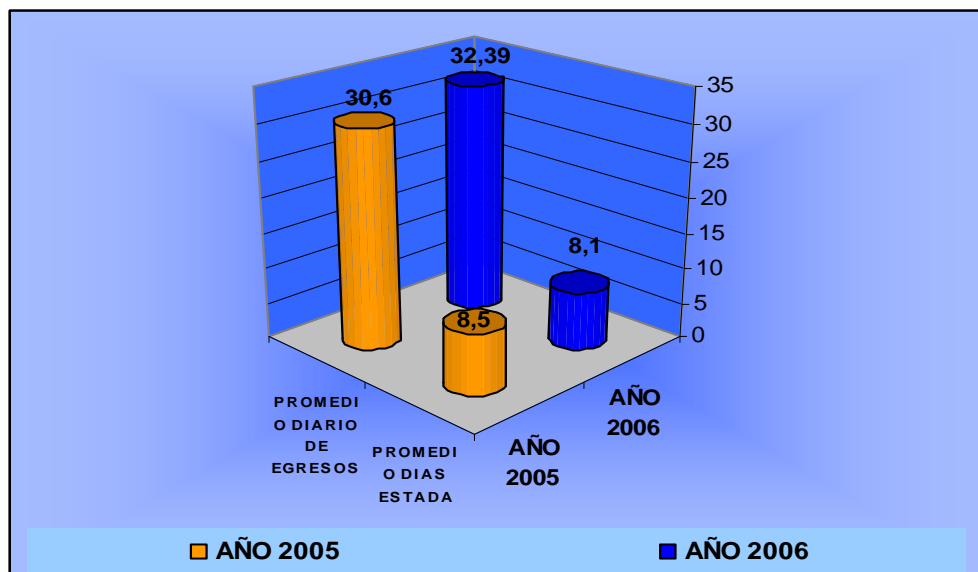
En el caso del HEE, institución estatal que recién inicia un largo camino para implementar modelos de gestión moderna, no es posible proporcionar un resultado cercano a la realidad en cuanto al desempeño en todas las líneas de actuación debido a la complejidad y laboriosidad que representa una evaluación de la gestión; desgraciadamente lo único que se puede hacer, por el momento, es reflejar datos históricos en un enfoque a la evaluación del producto / servicio. De igual manera no se puede decir que existe un verdadero Sistema de Control de la Gestión en el HEE.

3.2.1.6.1. Indicadores Estadísticos-Producción 2006

Gráfico No 16.

HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, INDICADORES DE PRODUCCIÓN AÑO 2005

2006



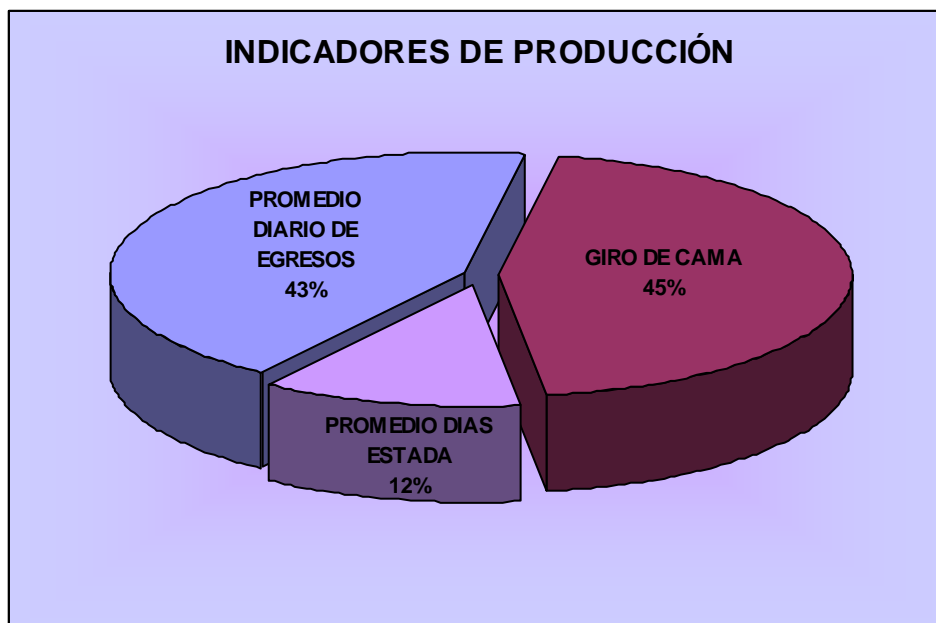
Fuente: Dpto. de Estadística HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Comparando los datos de los años 2005- 2006 (Ver Tabla No 15), permiten deducir que ha habido un incremento de producción, el promedio diario de egresos aumenta en tanto que el promedio días estada disminuye (Ver Gráfico No 16), el giro de cama aumenta en relación directa con el promedio diario de egresos y en relación inversa con el promedio día estada (Ver Gráfico No 17), de igual manera el giro de cama aumenta en relación directa con el % de ocupación (Ver Gráfico No 18), disminución de la tasa de mortalidad en general en tanto que en críticos y UCI ha aumentado (Ver Gráfico No 19), lo que nos permite deducir que estos indicadores son clave para mejorar la producción hospitalaria.

Gráfico No 17

HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN INDICADORES DE PRODUCCIÓN AÑO 2005 2006.



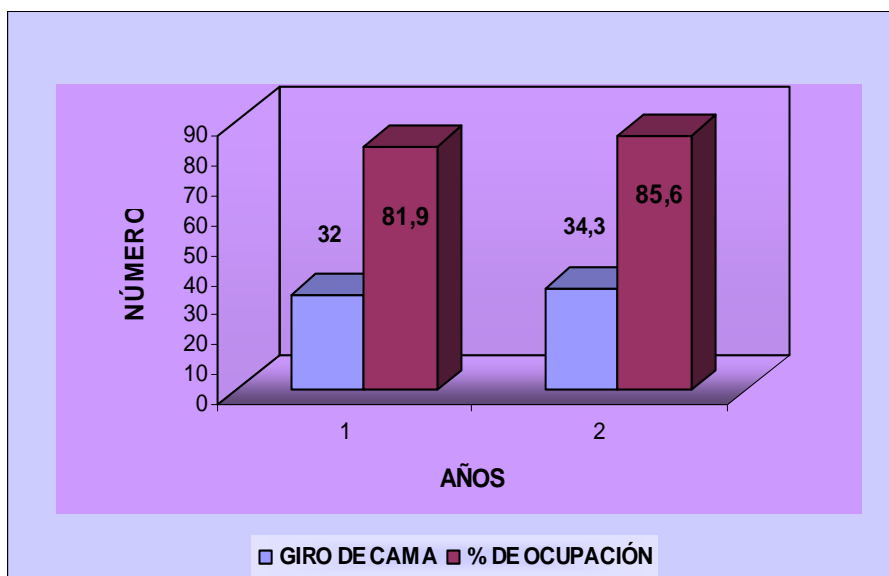
Fuente: Dpto. de Estadística HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Esta institución, es un establecimiento de pacientes hospitalario en un gran porcentaje y un mínimo porcentaje de atención primaria de salud; la atención es de tipo ambulatoria y de hospitalización. Cuenta con talento humano desarrollado, proactivo; no se cubren las 24 horas con personal profesional de enfermería, también hay una subutilización de personal en algunas áreas.

Gráfico No 18.

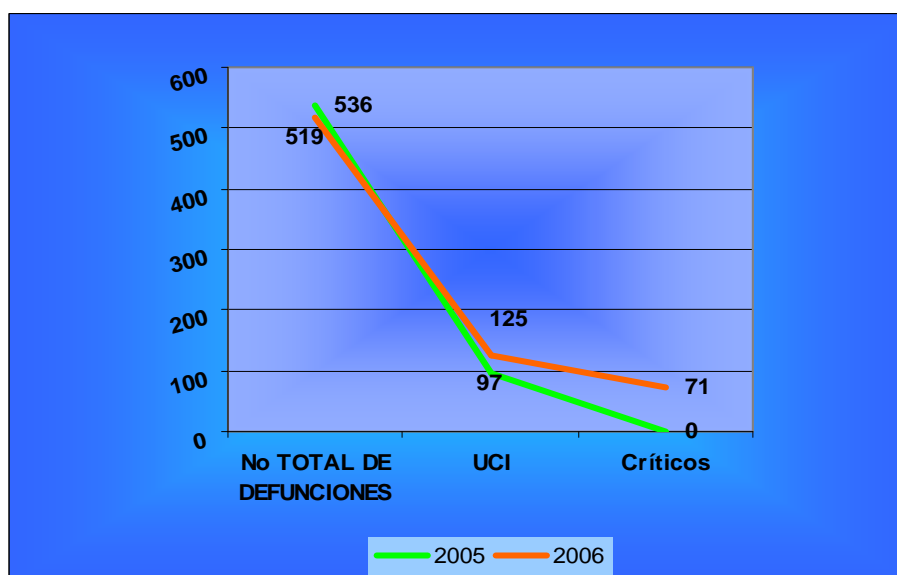
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN INDICADORES DE PRODUCCIÓN AÑO 2005 2006



Fuente: Dpto. de Estadística HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Gráfico No 19
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN DEFUNCIONES
AÑO 2005 2006



Fuente: Dpto. de Estadística HEE.

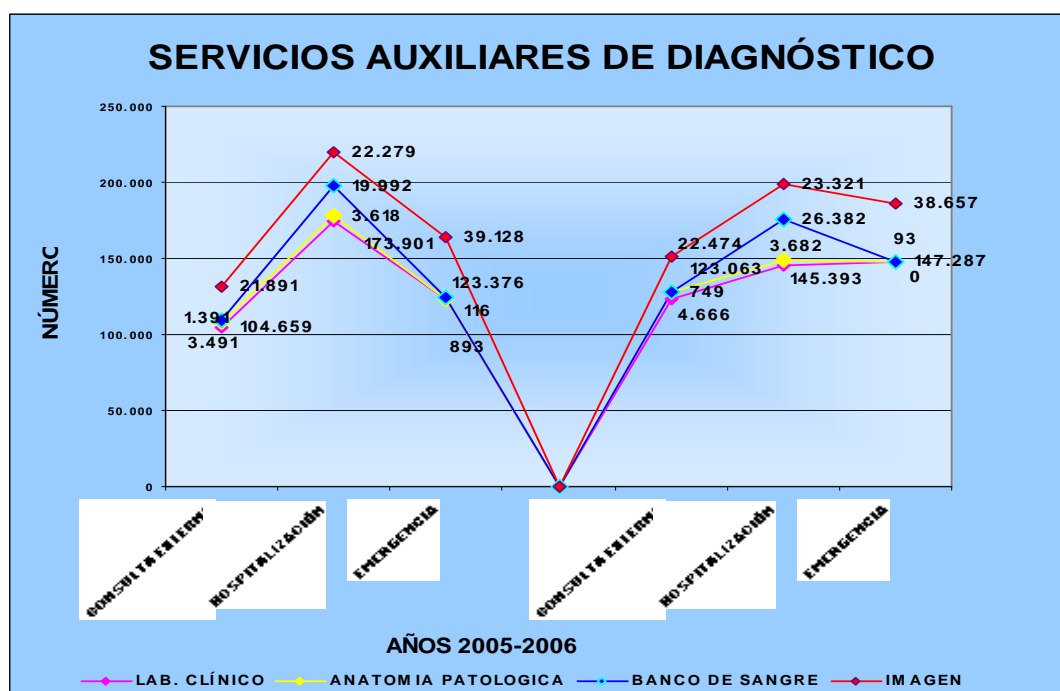
Elaboración: Rocío Ayala H.

En cuanto a intervenciones quirúrgicas, se puede observar que han disminuido en un 17%, sin haber una razón específica (Ver tabla No 17, Gráfico No 23).

Analizando los indicadores de producción del HEE en consulta externa respecto al año 2006 en comparación con el año 2005 (Ver Tabla No 18) se puede observar que hay un incremento en todos los indicadores, excepto en el promedio diario de atención que disminuyó, pueda que esto tenga una relación directa con el incremento del promedio hora médico (Ver Tabla No 18).

En cuanto a laboratorio clínico el mayor número de actividades tiene que ver con exámenes de sangre y hematológicos (Ver tabla No 21, Gráfico No 26).

Gráfico No 20
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO
AÑO 2005 2006

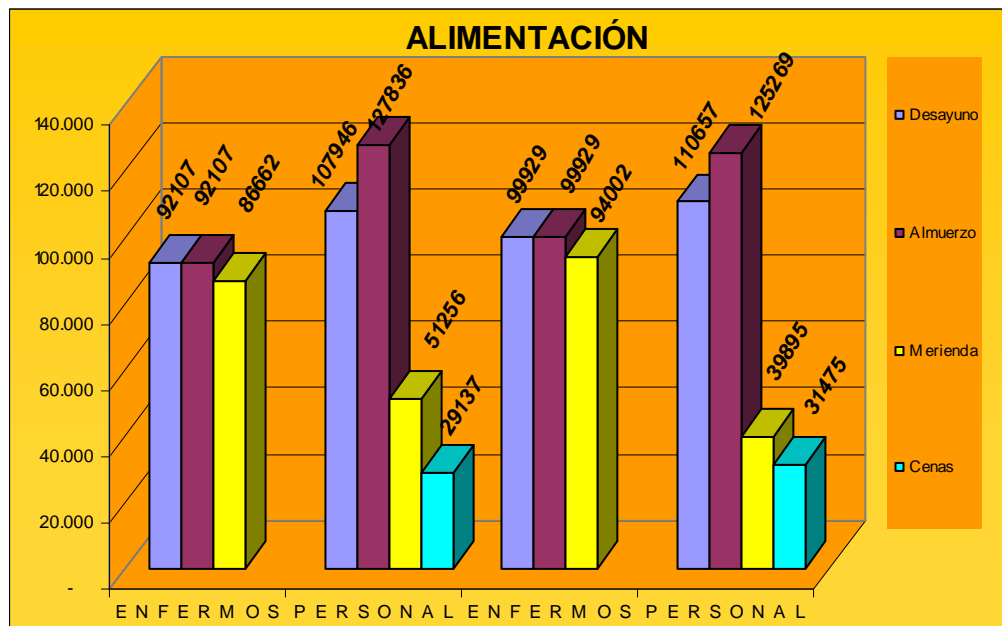


Fuente: Dpto. de Estadística HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

En el año 2006 los servicios auxiliares de diagnóstico están distribuidos de la siguiente manera: Laboratorio clínico con la realización de exámenes hematológicos, bacteriológicos, químicas sanguíneas, materias fecales, orina, exámenes especiales y gasometrías (Ver Tabla No 21). Anatomía Patológica, Banco de sangre y Departamento de imagen (Ver Tabla No 20, Gráfico No 20).

Gráfico No 21
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, SERVICIOS DE APOYO.
AÑO 2005-2006



Fuente: Dpto. de Estadística HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Según los datos de la tabla No 22, se puede concluir que las dietas para los pacientes se han incrementado del año 2005 al 2006, respecto al personal se concluye que el mayor número de personal recibe su dieta en el desayuno y almuerzo, lo que no sucede con las meriendas y cenas en donde el número es menor; posiblemente esto se debe a que en el turno de la mañana es donde se concentra el mayor número de personal según indicadores establecidos (Ver gráficos No 21 y 27).

En el año 2006 entre otras pruebas de diagnóstico realizadas se encuentran: electrocardiogramas, electroencefalogramas, endoscopias, ecosonografías, hemodiálisis, cistoscopias, broncoscopias, espirometrías, electro miografías y electrocardiogramas (Ver Tabla No 23, Gráfico No 28).

3.2.1.6.2. Sistema de Financiamiento

El financiamiento del HEE se encuentra detallado en la Tabla No 25.

3.2.1.7. Conclusiones

El Hospital Eugenio Espejo debe tener un sistema de control que le permita analizar su situación desde un punto global (sistémico) y para ello debe crearse un Sistema de Control de la Gestión Hospitalaria que le permita unir todas las áreas y servicios, con un fin común que es en definitiva medir el resultado de una gestión con respecto al cumplimiento de los objetivos determinados en el Plan Estratégico y en los POA departamentales.

A continuación se sugiere algunas áreas críticas, entre otras, que deberían medirse y controlarse con un sistema de control de gestión adaptable al HEE.

- Estructura financiera.
- Rotación de inventarios, stocks, capital humano.
- Rendimiento de Autogestión, de compras, de presupuestos asignados.
- Distribución de espacios, equipos, materiales, personal.
- Entorno: tasas de coberturas.
- Compras.
- Calidad.
- Cantidad.
- Productividad técnica y económica.
- Plantilla de recursos humanos.
- Clima Social.
- Formación, promoción y seguridad.
- Incentivos y recompensas.
- Salarios.
- Relación con los usuarios.
- Juicio de los usuarios.
- Relación con los proveedores.
- Relación con la administración pública.
- Imagen.

- Participación en actividades con la comunidad.

Habrá que establecer un Cuadro de Mando Integral (Indicadores) que le permita al HEE cumplir con su Misión.

3.3 DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN DEL HOSPITAL “EUGENIO ESPEJO” (H.E.E.)

3.3.1 GENERALIDADES

El HEE, es un hospital de especialidades, unidad de salud de referencia de más alta complejidad del Sistema del Ministerio de Salud Pública (MSP), destinada a brindar atención especializada de emergencias, recuperación y rehabilitación a los usuarios de las diferentes especialidades y subespecialidades médicas.⁹³

La atención es de tipo ambulatoria y de hospitalización, desarrolla actividades de docencia e investigación en salud; corresponde al tercer nivel de prestación de servicios, se encuentra ubicado en Quito, una de las ciudades consideradas como polos de desarrollo y de mayor concentración poblacional.

Es un sistema de salud productivo, universalista, con una prestación de carácter individual y de organizaciones sociales de apoyo de propiedad del estado cuyo paradigma es hospitalario en un gran porcentaje y un mínimo porcentaje de atención primaria de salud, la función de compra de servicios es remplazada por presupuestos esto conduce a la falta de incentivos para ser más eficientes y elevar el nivel de satisfacción a ciertas expectativas de la población en particular de la franja de alto nivel socio-cultural y adquisitivo.

La generalidad de los pacientes que acuden a esta institución son los que no pueden ser atendidos en los otros sistemas hospitalarios; esta situación a generado la intención de satisfacer la demanda del sector desprotegido del país,

⁹³ Ministerio de Salud Pública. Info Salud. Democratizando la Información. Publicación No 38 Agosto 2004.

encaminada a convertir al HEE en un hospital que promueva la eficiencia, que garantice la recuperación de los usuarios a través de una gerencia estratégica y planificada en los subsistemas estructurales interdependientes: emergencia, consulta externa y hospitalización, tomando en cuenta sus diversas especialidades.⁹⁴

3.3.2 INDICADORES DE PRODUCCIÓN Y PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

El carácter global de la salud se expresa a través de dos dimensiones fundamentales: las condiciones de salud de la población y la respuesta social de tales condiciones, estructurada a través de los sistemas de salud.

La situación de salud de la población que acude a este hospital está íntimamente relacionada con factores sociales, la atención de salud como el uso y abuso de antibióticos, drogas inmunosupresoras, nuevos dispositivos médicos, transplantes de órganos y tejidos, la producción de alimentos, la propia conducta humana; comportamiento sexual, uso de drogas, viajes, dieta, actividades al aire libre, uso de guarderías, cambios ambientales, cambios en los ecosistemas del agua, inundaciones, sequías, desastres naturales, hambre, la globalización de la tecnología, el incremento del comercio internacional entre otros, convirtiéndose en cambios que afectan el riesgo de exposición y susceptibilidad a agentes infecciosos.⁹⁵

Los pacientes que acuden a esta institución no son ajenos a la situación descrita anteriormente; características estas que permiten definir a esta población como un grupo desprotegido del país que requiere atención especializada de emergencias, recuperación y rehabilitación de las diferentes especialidades y subespecialidades médicas.

⁹⁴ Suplemento de la Revista del Hospital Eugenio Espejo en su septuagésimo segundo aniversario, 1933-2005 Quito Ecuador

⁹⁵ Organización Panamericana de la Salud, *Op. cit.*, pp: 214

El HEE, presta atención de tipo ambulatoria y de hospitalización; de acuerdo con la historia natural de la enfermedad sus acciones son diagnóstico precoz, tratamiento temprano y limitación del daño y prevención terciaria enfocada en la rehabilitación. Sus indicadores de producción en los años 2005 y 2006 se manifiestan de la siguiente manera (Ver Tabla No 15)

Tabla No 15
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN, INDICADORES DE PRODUCCIÓN AÑO 2005 - 2006

INDICADORES DE PRODUCCIÓN	AÑO 2005	AÑO 2006
EGRESOS	11.173	11.824
PROMEDIO DIARIO DE EGRESOS	30,6	32,39
TASA DE MORTALIDAD	3,6	3,2
DOTACIÓN NORMAL DE CAMAS	446	446
UCI	9	6
GIRO DE CAMA	32	34,3
% DE OCUPACIÓN	81,9	85,6
UCI	106,4	100
PROMEDIO DIAS ESTADA	8,5	8,1
PROMEDIO DIARIO DE CAMAS	345	328
INTERVALO DE GIRO DE CAMA	1,8	1,5
DIAS CAMA DISPONIBLE	126.127	125.701
TOTAL DIAS ESTADA	92.331	96.230
TOTAL DIAS PACIENTE	103.903	107.535
No TOTAL DE DEFUNCIONES	536	519
UCI	97	125
Críticos	0	71

Fuente: Dpto. de Estadística HEE. Elaboración: Dpto. de Estadística HEE.

Al analizar la tabla No 18 “En el año 2005, se puede deducir que la mayor producción esta dada por Cirugía general con 2.132 egresos; la tasa de mortalidad para ese año fue de 3.6% (Ver Tabla No15), la dotación normal de camas de 446 y UCI 9, con un giro de cama de 32% y 48.2 en UCI, porcentaje de ocupación 81.9 y 106,4 en UCI, un promedio días estada de 8.5% y un promedio diario de camas de 345, un promedio diario de egresos de 30,6, un intervalo de giro de 1,8, días cama disponible 126.127, total días estada 92.331, total días paciente 103.903, un total defunciones de 633.”⁹⁶ .

⁹⁶ HEE, Departamento de Estadística Informe Anual de Producción del hospital correspondiente al año 2005-2006

En tanto que en el año 2006 la producción es de: 11.824 egresos hospitalarios en las distintas especialidades, de igual manera la mayor producción esta dada por Cirugía general con 2.284 egresos, el promedio diario de egresos es de 32.39, la tasa de mortalidad en el 2006 fue de 3.2% (Ver Tabla No 15), la dotación normal de camas de 446 más 6 camas de UCI, con un giro de cama de 34.3%, porcentaje de ocupación 85.6 y UCI con un porcentaje de ocupación de 100., un promedio días estada de 8.1% y un promedio diario de camas de 328.(Ver Tabla No 15)

De estos indicadores se concluye que de año a año a aumentado el número de atenciones, por ende los egresos hospitalarios, la tasa de mortalidad ha disminuido de 3,6 a 3,2, de igual forma el número de defunciones, lo que no sucede en UCI y críticos ya que las defunciones han aumentado de 97 a 125 y de 0 a 71 respectivamente en cada año.

El giro de cama aumenta en relación directa con el porcentaje de ocupación y en relación inversa con el promedio día estada, lo que nos permite deducir que estos indicadores son clave para mejorar la producción hospitalaria.

El número de cirugías por especialidades en el año 2005 alcanzó a 6.239: siendo cirugía general la especialidad con mayor número 1090 cirugías, emergencia 1045 y traumatología 650, son las especialidades que mayor número de cirugías han realizado durante este año (Ver tabla No 16).

En el año 2006 quirófanos tiene una producción de: 5.182 intervenciones quirúrgicas totales, 4.635 electivas y 547 de urgencia. (Ver Gráfico No 22). El tipo de anestesias son 3.689 generales, 270 conductivas, 1.223 entre otras

TABLA No 16
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO CIRUGIAS POR ESPECIALIDADES
AÑO 2005-2006

SERVICIO	CIRUGIAS 2005	CIRUGIAS 2006
CIRUGIA CARDIACA	53	65
CIRUGIA GENERAL	1090	736
CIRUGIA PEDIATRICA	76	73
CIRUGIA PLASTICA	419	369
CIRUGIA TORACICA	491	534
CIRUGIA VASCULAR	191	162
EMERGENCIA	1045	727
GINECOLOGIA	870	640
HOSPITAL DEL DIA	129	192
CIRUGIA MAXILO FACIAL	58	38
NEUROCIRUGIA	237	121
OFTALMOLOGIA	299	301
ORL	249	258
PROCTOLOGIA	119	132
TRAUMATOLOGIA	650	558
UNIDAD TERAPIA INTENSIVA	4	4
UROLOGIA	259	272
TOTAL	6239	5182

Fuente: Dpto. de Estadística HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Gráfico No 22
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO



Fuente: Dpto. de Estadística HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

En cuanto a estos datos se puede observar que las intervenciones quirúrgicas han disminuido en un 17%, sin haber una razón específica.

En consulta externa las atenciones médicas en el 2005 fueron de 121.424 en las diversas especialidades. 53.323 primeras consultas, 65.304 consultas subsecuentes y 2.797 íterconsultas realizadas, promedio hora médico 3.4, promedio diario de atención de 631.3 (Ver Tabla No 17).

Tabla No 17
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, ÁREA DE CONSULTA EXTERNA, INDICADORES DE PRODUCCIÓN AÑO 2005 - 2006

INDICADORES DE PRODUCCIÓN	AÑO 2005	AÑO 2006
ATENCIONES	121.424,0	144.403,0
1as CONSULTAS	53.323,0	68.729,0
SUBSECUENTES	65.303,0	74.446,0
INTERCONSULTAS	2.797,0	1.228,0
PROMEDIO DIARIO DE ATENCIÓN	631,0	577,0
PROMEDIO H. MÉDICO	3,4	3,7
MORBILIDAD		
Hombres	51.369,0	59.351,0
Mujeres	70.055,0	85.082,0

Fuente: Dpto. de Estadística HEE.

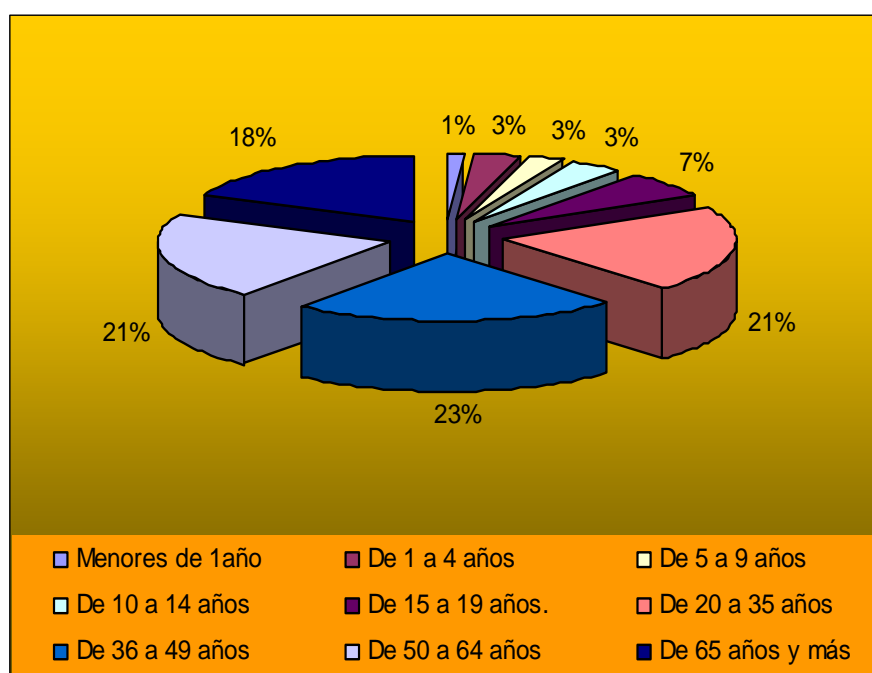
Elaboración: Rocío Ayala H.

En el 2006 la producción caracterizada por 144.403 consultas externas, 68.729 primeras consultas, 74.446 consultas subsecuentes, un promedio diario de atención de 575.28, promedio hora médico 3.7; morbilidad según sexo; 59.351 hombres y 85.052 mujeres concluyendo que el grupo más afectado es el sexo femenino (Ver Tabla No 17), de estas atenciones 1.228 son íterconsultas solicitadas.

Comparando los indicadores de producción del HEE en los dos años se observa que, en casi todos los ítems hay un incremento excepto en el promedio diario de atención que disminuyó de 631 a 577 atenciones, quizá esto tenga una relación directa con el incremento del promedio hora médico de 3,4 a 3,7.

Al analizar la morbilidad por grupos de edad en los dos años se aprecia notablemente, que los grupos más vulnerables son los comprendidos entre 36 y 49 años de edad (Ver tabla No 18), 23% en el Año 2005 y 22% en el Año 2006 (Ver Gráficos No 23 y 24), posiblemente esto se debe a que se trata de un hospital agudo de tercer nivel, en tanto que los valores más pequeños se encuentran en los grupos de menor edad quizá esto tenga relación con la cercanía del hospital de niños “Baca Ortiz” y el hospital Gineco Obstétrico “Isidro Ayora”.que son instituciones que brindan atención específica a los grupos poblacionales de menor edad .

Gráfico No 23
MORBILIDAD POR GRUPOS DE EDAD
DE ENERO A DICIEMBRE 2005



Fuente: Dpto. de Estadística HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

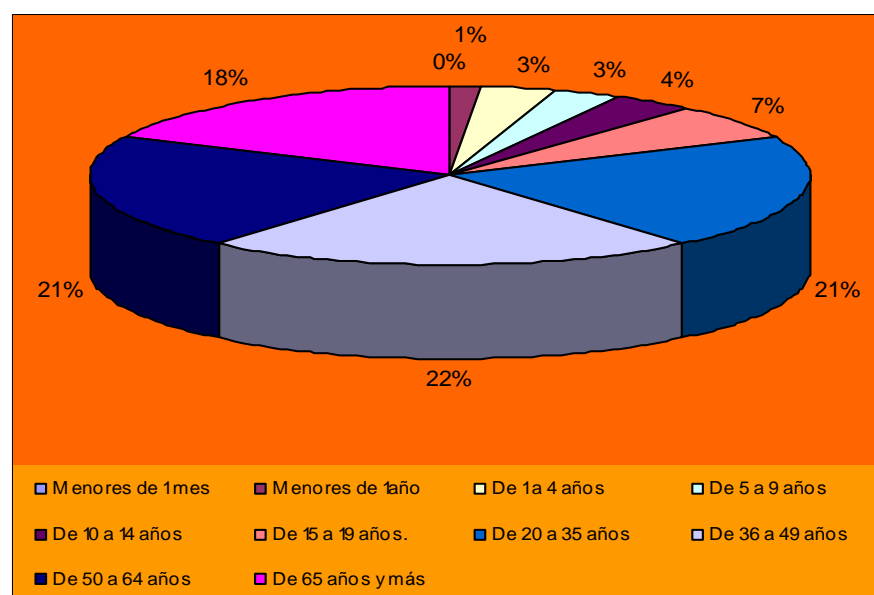
Tabla No 18
MORBILIDAD POR GRUPOS DE EDAD
DE ENERO A DICIEMBRE 2005-2006

EDAD	NÚMERO Año 2005	NÚMERO Año 2006
Menores de 1 mes		120
Menores de 1 año	1.342	1.874
De 1 a 4 años	3.630	4.822
De 5 a 9 años	3.111	4.603
De 10 a 14 años	3.928	5.210
De 15 a 19 años.	7.662	9.434
De 20 a 35 años	24.056	30.024
De 36 a 49 años	25.931	32.104
De 50 a 64 años	24.307	30.572
De 65 años y más	20.707	25.640

Fuente: Dpto. de Estadística HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Gráfico No 24
MORBILIDAD POR GRUPOS DE EDAD
DE ENERO A DICIEMBRE 2006



Fuente: Dpto. de Estadística HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Entre los servicios auxiliares tenemos: Laboratorio Clínico con la realización de exámenes como hematológicos, bacteriológicos, químicas sanguíneas, materias

fecales, orina, exámenes especiales, gasometrías tanto en consulta externa como en hospitalización y emergencia distribuidos de la siguiente manera: 104.659 en consulta externa, 173.901 en hospitalización y 123.376 en emergencia (Ver Tabla No 19, Gráfico No 25). Anatomía Patológica con exámenes histológicos y citológicos distribuidos: 3.491 en consulta externa, 3.618 en hospitalización y 116 en emergencia; el Banco de Sangre con tipificaciones, pruebas cruzadas y de compatibilidad, solicitudes de Cruz Roja 19.992 en hospitalización, 1.391 en consulta externa, 823 en emergencia; el departamento de imagen con la realización de placas y tomografías: 21.891 de consulta externa, 22.279 de hospitalización y 39.128 de emergencia (Ver Tabla No 19); con un total de 10.880 placas

Tabla No 19
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO.
AÑO 2005-2006

	No. DE EXÁMENES			No. DE EXÁMENES		
	2005			2006		
SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO	CONSULTA EXTERNA	HOSPITALIZACIÓN	EMERGENCIA	CONSULTA EXTERNA	HOSPITALIZACIÓN	EMERGENCIA
LAB. CLÍNICO	104.659	173.901	123.376	123.063	145.393	147.287
ANATOMIA PATOLOGICA	3.491	3.618	116	4.666	3.682	93
BANCO DE SANGRE	1.391	19.992	893	749	26.382	0
IMAGEN	21.891	22.279	39.128	22.474	23.321	38.657

Fuente: Dpto. de Estadística HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

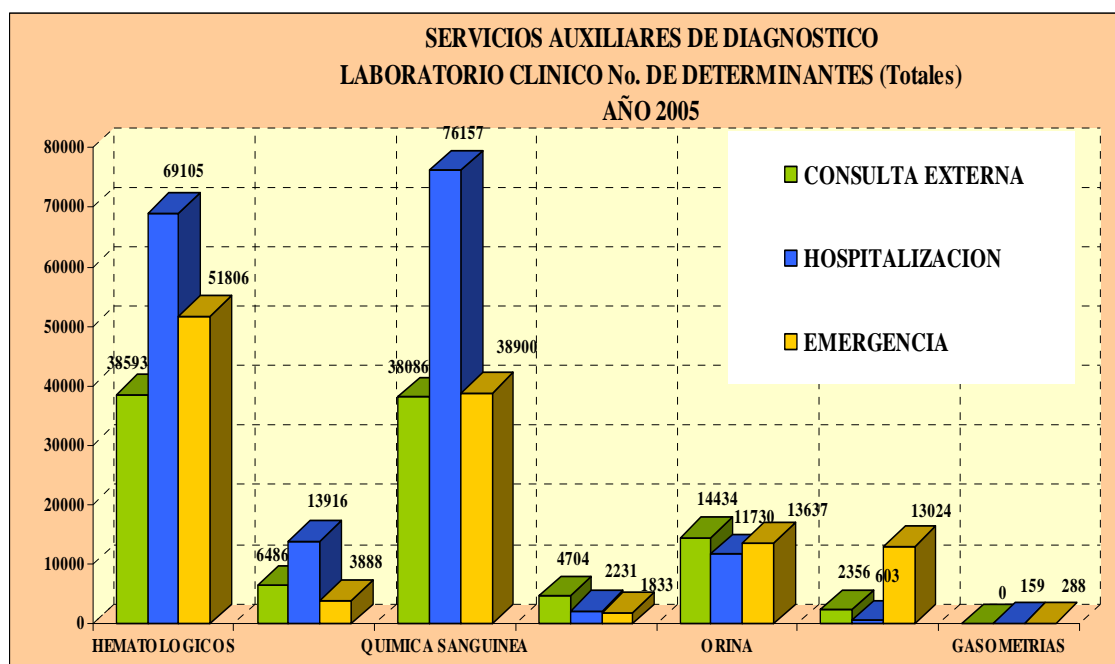
En el año 2006 los servicios auxiliares de diagnóstico están distribuidos de la siguiente manera: Laboratorio clínico con la realización de exámenes hematológicos, bacteriológicos, químicas sanguíneas, materias fecales, orina, exámenes especiales y gasometrías con un total de 415.743 pruebas de las cuales 123.063 son en consulta externa, 145.393 en hospitalización y 147.287 en emergencia (Ver Tabla No 20). Anatomía Patológica con 6515 exámenes histológicos y 1926 citológicos. Departamento de imagen con 84.452 radiografías

22.474 en consulta externa, 23.321 en hospitalización y 38.657 en emergencia (Ver Tabla No 19).

Laboratorio Clínico produce un mayor rendimiento en hospitalización en el año 2005 (Ver gráfico No 25) en tanto que en el 2006 su mayor rendimiento está dado por emergencia; anatomía patológica tiene su mayor rendimiento en hospitalización durante los dos años y de igual manera el banco de sangre; respecto al servicio de imagen su mayor rendimiento está dado por emergencia.

En cuanto a laboratorio clínico el mayor número determinantes tiene que ver con las químicas sanguíneas y exámenes hematológicos durante los dos años, respecto a otros exámenes en el año 2006 tiene un gran repunte en el servicio de emergencia (Ver Tabla No 20).

Gráfico No 25



Fuente: Dpto. de Estadística HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Tabla No 20
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, LABORATORIO CLÍNICO DETERMINANTES.
AÑO 2005-2006

ITEMS	LABORATORIO CLINICO: No. DE DETERMINANTES 2005			LABORATORIO CLINICO: No. DE DETERMINANTES 2006		
	CONSULTA EXTERNA	HOSPITALIZACION	EMERGENCIA	CONSULTA EXTERNA	HOSPITALIZACION	EMERGENCIA
HEMATOLOGICOS	38.593	69.105	51.806	44.256	59.499	53.657
BACTERIOLOGICOS	6.486	13.916	3.888	2.420	5.918	180
QUIMICA SANGUINEA	38.086	76.157	38.900	45.776	67.760	44.578
MATERIAS FECALES	4.704	2.231	1.833	4.207	847	1.716
ORINA	14.434	11.730	13.637	17.118	9.870	14.889
EXAMENES ESPECIALES	2.356	603	13.024	1.298	201	4.732
GASOMETRIAS		159	288		301	3.887
OTROS				7.988	997	23.648
TOTAL	104659	173901	123376	123.063	145.393	147.287

Fuente: Dpto. de Estadística HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

En el año 2005 la unidad de arritmias con la realización de pruebas de esfuerzo, colocación de Holter, potenciales tardíos, control de marcapasos, electrocardiogramas, cardioeléctricos y otros: 903 en consulta externa y 17 en hospitalización que dan un total de 920 pruebas en el año; electrofisiológicos de ORL como potenciales evocados, electro histografías, audiometrías, impedancias, reflejos, endoscopias y otros 1303 sólo en consulta externa; Proctología, con la realización de colonos copias, proctoscopias, rectoscopias y colposcopías: 926 en consulta externa. Rehabilitación, realizando electroterapia, hidroterapia, gimnasio, terapia ocupacional, ortesis y prótesis, terapia de lenguaje, terapia respiratoria toracostomias con un total de 160.608 en consulta externa y 56487 en hospitalización de las cuales son 13.774 terapias respiratorias sólo en hospitalización.

En tanto que en el 2006 la Unidad de arritmias: con pruebas de esfuerzo, colocaciones Holter, potenciales tardíos, control de marcapasos, cardioeléctrica,

electrocardiogramas, y otros, que dan un total 1.110 pruebas sólo en consulta externa; electrofisiología de ORL, con electrohistografías 31, potenciales evocados 67, audiometría 1.154, impedancias 208, endoscopias 238, y otros 408; Proctología con 315 proctoscopias, 297 rectosigmoidoscopias, 145 colonoscopias, sólo en consulta externa; Medicina Física y rehabilitación con actividades como: electroterapia 41.907, hidroterapia 25.971 estas terapias sólo en consulta externa, gimnasio 64.721 en consulta externa y 34.592 en hospitalización, que dan un total de 99.313 terapias; ortesis y prótesis 5.754 en consulta externa y 1.065 en hospitalización dando un total de 6. 819 de esto se deduce que el mayor número se realiza en la consulta externa. Terapia de lenguaje 48.416 en consulta externa y 4.316 en hospitalización, alcanzando un total de 52.732 terapias, terapia respiratoria 1864 en consulta externa y 21.221 en hospitalización totalizando 23.085 terapias.

Otras pruebas de diagnóstico año 2005: electrocardiogramas, electroencefalogramas, endoscopias, ecosonografías: 9.801 en consulta externa, 5.195 en hospitalización y 6.609 en emergencia. Otros servicios auxiliares de diagnóstico como hemodiálisis, cistoscopias, broncoscopias, espirometrías y electro miografías, todos estos servicios dan un total de: 4.122 en consulta externa, 514 en hospitalización y 19 en emergencia (Ver Tabla No 22 y sumar).

Tabla No 21
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, ALIMENTACIÓN. AÑO 2005-2006

ITEMS	ALIMENTACION 2005		ALIMENTACION 2006	
	ENFERMOS	PERSONAL	ENFERMOS	PERSONAL
DESAYUNOS	92.107	107.946	99.929	110.657
ALMUERZOS	92.107	127.836	99.929	125.269
MERIENDAS	86.662	51.256	94.002	39.895
CENAS		29.137		31.475
TOTAL	270.876	316.175	293.860	307.296

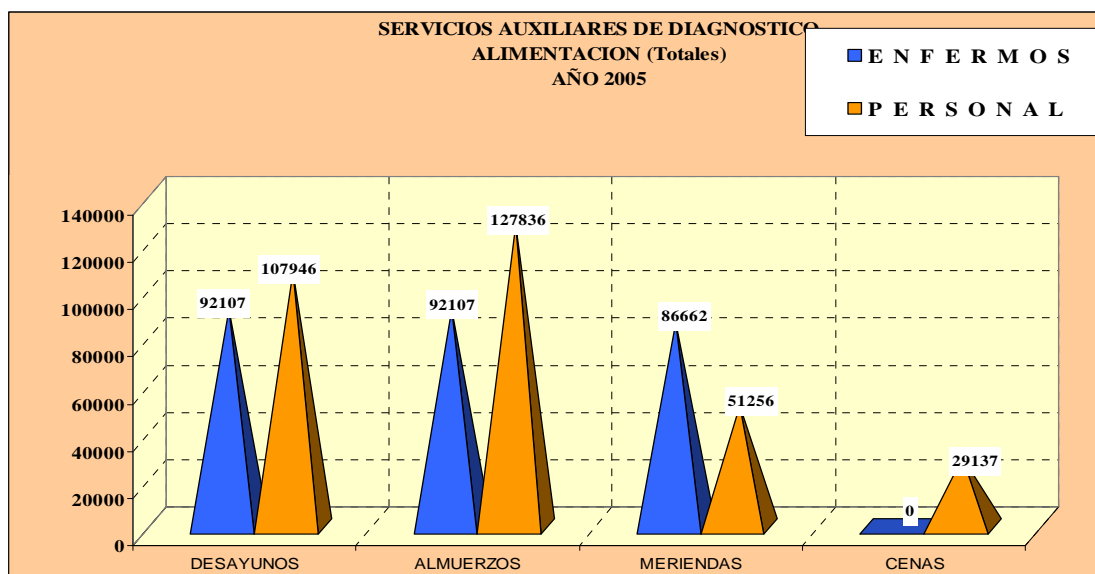
Fuente: Dpto. de Estadística HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Botica, número de recetas expendidas 1.838 de consulta externa, 75.648 de hospitalización y 34.694 de emergencia un total de 112.180. Lavandería con un

total de 194.710 kilos de ropa lavada: 6.380 de consulta externa 168.260 de hospitalización 20.070 de emergencia. Alimentación, con dietas: desayuno, almuerzos, meriendas y cenas 270.876 para pacientes y 316.175 para personal, que dan un total de 587.051 dietas (Ver Tabla No 21 y Gráfico No 26).

Gráfico No 26



Fuente: Dpto. de Estadística HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Según los datos de la tabla No 21, se puede concluir que las dietas para los pacientes se han incrementado del año 2005 al 2006, que un buen número de pacientes no merienda, respecto al personal se concluye que el mayor número de personal recibe su dieta en el desayuno y almuerzo, lo que no sucede con las meriendas y cenas en donde el número es menor; posiblemente esto se debe a que en el turno de la mañana es donde se concentra el mayor número de personal según indicadores establecidos.

En el año 2006 entre otras pruebas de diagnóstico están: electrocardiogramas 8.041, electroencefalogramas 930, endoscopias 2.974, ecosonografías 14.211, hemodiálisis 3.855, cistoscopias 460, broncoscopias 295, espirometrías 773, electro miografías 2974 (Ver Tabla No 22), electrocardiogramas 2.810

Tabla No 22

**HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, OTROS SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO
AÑOS 2005- 2006.**

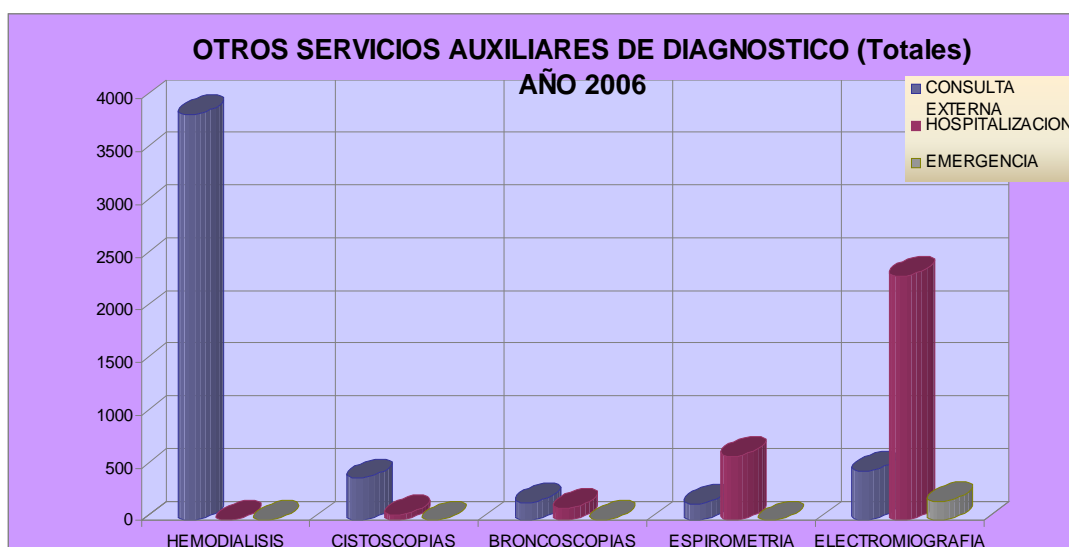
ITEMS	S. AUXILIARES DE DIAGNOSTICO 2005				S. AUXILIARES DE DIAGNOSTICO 2006			
	CONSULTA EXTERNA	HOSPITALIZACI.	EMERGENCIA	TOTAL	CONSULTA EXTERNA	HOSPITALIZACI.	EMERGENCIA	TOTAL
HEMODIALISIS	3.330	56	6	3.392	3.853	1	1	3.855
CISTOSCOPIAS	334	53	1	388	403	57		460
BRONCOSCOPIAS	48	226	3	277	172	117	6	295
ESPIROMETRIA	257	95	-	352	160	613		773
ELECTROMIOGRAFIA	153	84	9	246	471	2.321	182	2.974

Fuente: Dpto. de Estadística HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Según la tabla No 22, "Otros Servicios Auxiliares de Diagnóstico años 2005 – 2006 se puede mencionar que todos los servicios han incrementado su producción en el año 2006 con respecto al 2005, también es notorio que las espirometrías no se realizan en emergencia, en tanto que las electro miografías han incrementado notablemente en este servicio en un año (Ver tabla No 22, Gráfico No 27).

**Gráfico No 27
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO AÑO 2006**



Fuente: Dpto. de Estadística HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

En el 2006 botica, con un total de 113.289 recetas: 1.055 de consulta externa, 83.562 de hospitalización, 28.672 de emergencia; lavandería, con 245.731 kilos de ropa lavada: 7.924 de consulta externa, 215.903 de hospitalización, 21.904 kilos de emergencia; trabajo social con 60.220 entrevistas por primera vez, 53.684 subsecuentes; visitas domiciliarias no realizan, gestiones por primera vez 257.425, subsecuentes 5.148.

Tabla No 23
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBIMORTALIDAD
AÑOS 2005 - 2006

AÑO 2005					AÑO 2006			
No.	CODIGO	DIAGNOSTICO	casos	%	CODIGO	DIAGNOSTICO	casos	%
1	K80-K87	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	904	11,5	K80-K87	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	1001	11,4
2	K35-K38	Enfermedades del apéndice	773	9,9	S00-S09	Traumatismos de la cabeza	690	7,8
3	S00-S09	Traumatismos de la cabeza	642	8,2	K35-K38	Enfermedades del apéndice	666	7,6
4	I30-I52	Enfermedades del corazón (Insuficiencia cardíaca, endocarditis, cardiomiopatías)	367	4,7	Z40-Z54	Tratamiento de quimioterapia,colostomías, ileostomías, retiro de material de prótesis	602	6,8
5	Z40-Z54	Tratamiento de quimioterapia,colostomías, ileostomías, retiro de material de prótesis	337	4,3	J10-J18	Neumonías	432	4,9
6	I60-I69	Enfermedades cerebro vasculares	336	4,3	I30-I52	Enfermedades del corazón (Insuficiencia cardíaca, endocarditis, cardiomiopatías)	412	4,7
7	S80-S89	Traumatismos de la rodilla y de la pierna	299	3,8	K40-K46	Hernias	373	4,2
8	K40-K46	Hernias	282	3,6	I60-I69	Enfermedades cerebro vasculares	331	3,8
9	S30-S39	Traumatismos del abdomen, de la región lumbosacra, de la columna lumbar y de la pelvis	272	3,5	J30-J39	Enfermedades de las vías respiratorias superiores	279	3,2
10	S20-S29	Traumatismos del tórax	239	3,1	N17-N19	Insuficiencia Renal	258	2,9
		LAS DEMAS :	3383	43,2		LAS DEMAS :	3746	42,6
		TOTAL GENERAL DE EGRESOS :	10.817	100,0		TOTAL GENERAL DE EGRESOS :	8790	100,0

Fuente: Dpto. de Estadística HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Comparando los datos de la tabla No 23, se puede observar que las diez primeras causas de morbilidad no coinciden en su posicionamiento de acuerdo al número de casos pero si se encuentran entre las diez primeras causas de morbilidad en estos dos años, hay una excepción, los trastornos de la vesícula biliar, vías biliares y del páncreas se encuentran en primer lugar en los

dos años; es importante mencionar, que el mayor número (3.786, 3.746) corresponde a las enfermedades no especificadas (Ver tabla No 23), situación que denota que hay una mala información a nivel de los servicios y departamentos que conforman el hospital; las que tienen un menor porcentaje son los traumatismos del tórax en el año 2005 y la insuficiencia renal en el año 2006 (Ver Tabla No 23); Es importante mencionar que la enfermedades del apéndice, traumatismos de la cabeza y tratamiento de quimioterapia se encuentran en los primeros lugares en los dos años aunque no en la misma posición (Ver tabla No 23).

Tabla No 24
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD
AÑOS 2005 – 2006

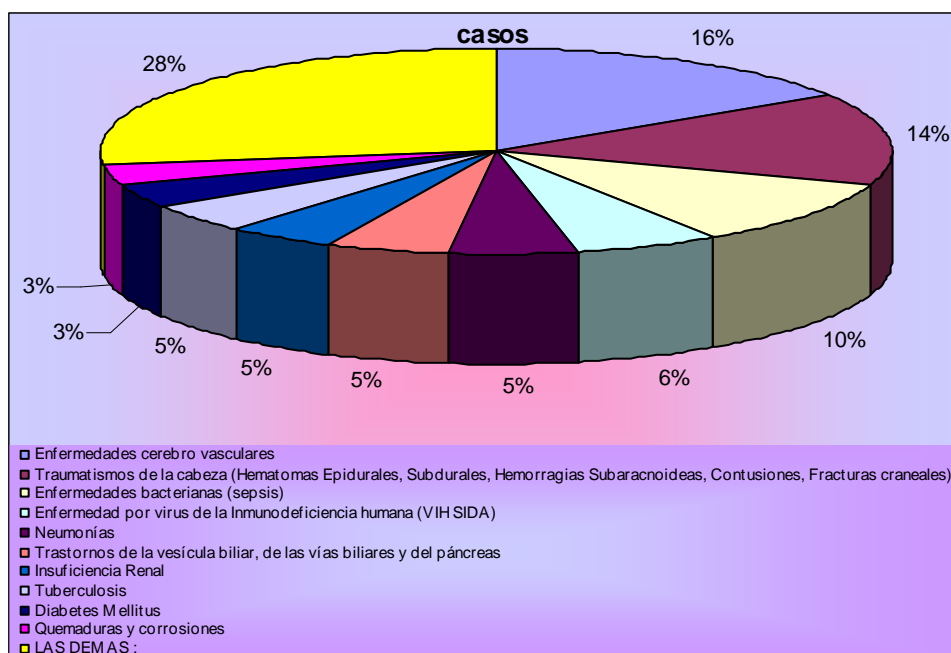
No.	AÑO 2005				AÑO 2006			
	CODIGO	DIAGNOSTICO	casos	%	CODIGO	DIAGNOSTICO	casos	%
1	I60-I69	Enfermedades cerebro vasculares	71	19,2	I60-I69	Enfermedades cerebro vasculares	61	16
2	S00-S09	Traumatismos de la cabeza (Hematomas Epidurales, Subdurales, Hemorragias Subaracnoideas, Contusiones, Fracturas craneales)	42	11,4	S00-S09	Traumatismos de la cabeza (Hematomas Epidurales, Subdurales, Hemorragias Subaracnoideas, Contusiones, Fracturas craneales)	55	14
3	A30-A49	Enfermedades bacterianas (sepsis)	35	9,5	A30-A49	Enfermedades bacterianas (sepsis)	40	10
4	B20-B24	Enfermedad por virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH SIDA)	22	5,9	B20-B24	Enfermedad por virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH SIDA)	22	5,8
5	T20-T32	Quemaduras y corrosiones	20	5,4	J10-J18	Neumonías	20	5,2
6	K70-K77	Enfermedades del hígado (Cirrosis hepática)	20	5,4	K80-K87	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	19	5
7	I30-I52	Otras formas de enfermedad del corazón (ICC, Endocarditis, etc.)	20	5,4	N17-N19	Insuficiencia Renal	18	4,7
8	K80-K87	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	18	4,9	A15-A19	Tuberculosis	18	4,7
9	A15-A19	Tuberculosis	17	4,6	E10-E14	Diabetes Mellitus	13	3,4
10	C81-C96	Tumores (neoplasias) malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	17	4,6	T20-T32	Quemaduras y corrosiones	12	3,1
		LAS DEMAS :	88	23,8		LAS DEMAS :	104	27
		TOTAL GENERAL DE EGRESOS :	370	100,0		TOTAL GENERAL DE EGRESOS:	382	100

Fuente: Dpto. de Estadística HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Según la tabla No 24, Gráfico No 28, de las diez primeras causas de mortalidad en el HEE, años 2005 – 2006 se ubican en primer lugar las no identificadas corroborando lo que se dijo anteriormente que el sistema de información por parte de los diferentes servicios que conforman la institución, no es el adecuado; también se aprecia que las primeras 4 causas de mortalidad se mantienen en los dos años ocupando el mismo lugar aunque en porcentajes diferentes, en el 2006 aparece la neumonía como una de las primeras causas de mortalidad en tanto que en el 2005 esta no se encuentra entre las diez primeras causas de muerte; la tuberculosis ha aumentado el porcentaje respecto a causa de muerte en el año 2006 en relación al 2005 (Ver tabla No 24, Gráfico No 28).

Gráfico No 28
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD
AÑO 2006



Fuente: Dpto. de Estadística HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

3.3.3 SISTEMA DE FINANCIAMIENTO

Deducimos que el HEE es un sistema de salud universalista con cobertura universal y financiamiento público a través de impuestos y provisión pública de

servicios, gestión estatal cuyo plan de salud es único, sus médicos son asalariados o retribuidos por cápita, (que integra como gasto fijo con un presupuesto que se calcula en forma previa) sistema en donde la función de compra de servicios es remplazada por presupuestos.

En el año 2005 el presupuesto del estado fue 11.886.037,31 incluido la autogestión cuyo equivalente es de 1.104.023,29 y los preasignados (excedentes en el año por impuestos) correspondientes a 481.331,12; en tanto que "...en el año 2006 el presupuesto del estado es de 13.157.655,62, reformado por autogestión 1.122.668,71 dando un codificado de 14.280.324,33..."⁹⁷, la autogestión es de 1.324.827,94, incluido la reforma equivale a 1.644.827,94; los preasignados son 579.069,69 (Ver Tabla No 25).

Tabla No 25

HOSPITAL EUGENIO ESPEJO CEDULAS DE GASTOS DE LOS AÑOS 2005-2006				
	2.005	2006		
AUTOGESTIÓN	CODIFICADO	INICIAL	REFORMAS	CODIFICADO
SERVICIOS PERSONALES POR CONTRATO	220.804,66	253.585,44	100.000,00	353.585,44
SERVICIO DE VIGILANCIA	45.000,00	50.000,00		50.000,00
SERVICIO DE ASEO Y LIMPIEZA	24.000,00	36.250,00		36.250,00
VIATICOS Y SUBSISTENCIAS EN EL INTERIOR	604,7			
ALIMENTOS Y BEBIDAS			43.399,64	43.399,64
COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES			16.616,48	16.616,48
MATERIALES DE ASEO			37.085,63	37.085,63
MEDICINAS Y PRODUCTOS FARMACÉUTICOS		250.081,16		250.081,16
MATERIALES PARA LAB. Y USO	370.354,51	395.287,20	98.182,37	493.469,57
MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN Y ELECTR.			4.715,88	4.715,88
APORTE 5 POR MIL A LA CONTRALORIA	5.520,12	6.624,14		6.624,14
BIENES MUEBLES	222.000,00	333.000,00	20.000,00	353.000,00
TOTAL	888.283,99	1.324.827,94	320.000,00	1.644.827,94
PREASIGNADOS	2005	2006		
PROGRAMA DE EQUIPAMIEN. INSUM.Y MANTENIMI.	156.555,32	188.345,27		
PROGRAMA DE EQUIPAMIEN. INSUM.Y MEDICAMEN.	91.577,76	110.173,44		
PROGRAMA DE EQUIPOS E INSUMOS	233.198,04	280.550,98		
TOTAL	481.331,12	579.069,69		

Fuente: Gestión Financiera. HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

⁹⁷ Hospital Eugenio Espejo, Cedula de Gastos del 01-01 2006 al 12-29-2006.

Al analizar la tabla No 25 se puede observar que el presupuesto del 2006 con respecto al 2005 se ha incrementado en lo que se refiere a autogestión y preasignados; se deduce que siendo un hospital de tal índole, el presupuesto con el que cuenta no es el adecuado lo cual conduce a la falta de incentivos para ser más eficientes y elevar el nivel de satisfacción a ciertas expectativas de la población en particular de la franja de alto nivel socio-cultural y adquisitivo, es un sistema productivo de tercer nivel, con una prestación de carácter individual y de organizaciones sociales de apoyo de propiedad del estado.

Los recursos financieros que dispone el HEE., se gestionan a través de un Comité de Adquisiciones, conformado por el director, subdirector administrativo, coordinador financiero, y líder del departamento jurídico, quien califica la compra de insumos, implemento médico y stock básico mediante el cuadro comparativo de ofertantes.⁹⁸

3.3.4 RECURSOS FÍSICOS

Al hacer referencia de la estructura física del HEE se concluye que no reúne las condiciones necesarias para poder brindar los servicios que la población demanda y así poder cumplir con su función. "Brindar servicios de calidad"; en primer lugar se debe destacar que fue construido por una compañía israelita que a juzgar de su cultura, siempre se están preparando para la guerra, basados en este principio lo construyeron de tal forma que el área quirúrgica⁹⁹: quirófanos, hospital del día, sala de recuperación se encuentran en el subsuelo. En tanto que, el servicio de cirugía general se encuentra en el noveno piso, empeorando las condiciones de facilidades para el paciente por el trayecto que es largo a pesar de que se cuenta con un ascensor exclusivo para el transporte de pacientes quirúrgicos.

⁹⁸ Hospital Eugenio Espejo. Gestión Financiera, opinión personal. 2007.

⁹⁹ Salgado Baldassari, Marco. Libro de Oro del Hospital Eugenio Espejo. Quito: Departamento de Publicaciones de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador. 2004

Otras instalaciones como: central de esterilización, el centro de video endoscopia, que incluye los consultorios de broncoscopía, colposcopía, coloproctología y endoscopía digestiva, consultorio de ORL, el centro de cómputo también se encuentran en el subterráneo. B2. Almacén, proveeduría, bodega y otros.

En el B1 se encuentran los consultorios de oftalmología, estomatología que incluye las consultas de odontología y maxilo facial, psicología, urología y cirugía vascular. Comparando, esta situación descrita con otras unidades de salud similares, se puede observar que ninguna de ellas posee subterráneos ni subsuelos; es menester mencionar que dentro de la distribución del HEE.

Los ascensores son insuficientes para el número de personas que requieren de ellos, principalmente en las horas pico que son las horas de visita y las horas en que se distribuye la alimentación, las escaleras de emergencia son angostas con iluminación inadecuada, no hay iluminación natural, el sistema de tuberías de drenaje no está localizado con un criterio funcional, son visibles, están localizadas sobre el hall que conduce al comedor donde hay gran afluencia de personas, es importante mencionar que recién en este año, por primera vez se realizó el cambio total de las tuberías de agua caliente y de agua fría, desde que empezó a funcionar el hospital esto es en el año 1990 es decir se realiza la renovación a los 17 años de su funcionamiento; los servicios básicos: como lavandería, ropería, horno crematorio para desechos orgánicos, calderos y sala de máquinas están ubicados muy cerca de la cocina, la imprenta que incluye la copiadora se encuentra junto a los talleres de mantenimiento, muy distante de las áreas administrativas y de hospitalización es decir, es antifuncional.

Las oficinas administrativas en su mayoría son adaptadas, no hay una buena señalización que permita una fácil orientación; si bien el hospital tiene como objetivo ofrecer óptimas facilidades para la prestación de los servicios de salud y que el eje alrededor del cual gravitan todos los requisitos de la estructura física y de recurso humano es el paciente es necesario prever lo relacionado con otros grupos de población vinculados directa o indirectamente con las actividades que

allí se desarrollan, al momento el hospital dispone de dos cafeterías que atienden sólo durante el día, en la noche se carece de este servicio; los estares del hospital no reúnen condiciones adecuadas. Carece de instructivos ubicados en lugares estratégicos para ser utilizados en caso de una catástrofe, tal es así que la red de agua contra incendios existente en los gabinetes no ha sido puesta a pruebas hidrostáticas para su funcionamiento en caso de producirse un incendio, los extintores son revisados cada dos años, y los simulacros son archivados.

Los empleados del hospital constituyen una población numerosa, este importante grupo de personas también requieren de servicios; esto implica la necesidad de instalaciones de todo tipo de facilidades; se cuenta con un parqueadero espacioso pero inseguro, vestuarios inadecuados, ubicados en el subsuelo motivo por el cual son áreas subutilizadas, no existen estares de descanso, los servicios sanitarios no son completos carecen de ducha o cuando existe no funcionan.

Como es un hospital docente posee un salón auditorio para conferencias, actos culturales y sociales, también recién en este año se inauguró la residencia médica utilizada por residentes, internos y externos de medicina.

La distribución física en sí es realizada tradicionalmente; ***La creación de un hospital no debe obedecer a conveniencias individuales o de grupo, sino a la necesidad real de una comunidad de disponer de este insustituible recurso con eficiencia y equidad.***¹⁰⁰

3.3.4.1 Hospitalización

El área de hospitalización constituye el centro de mayor concentración, cuenta con 600 camas de las cuales 346 (Ver tabla No 26) se encuentran funcionando distribuidas en las diferentes especialidades (28), la asignación de camas a cada una de las especialidades responde eminentemente a la necesidad de satisfacer

¹⁰⁰ Malagón, *Op. cit.*, pp: 17

la demanda de atención tanto en consulta externa como en emergencia¹⁰¹, tiene una disposición perimetral de las camas, lo que facilita la entrada de luz natural, la ventilación y aireación bien sea para cuartos generales con 6 camas o para habitaciones de dos camas o cuartos individuales de aislamiento; siendo menor la superficie ocupada en los cuartos comunes por la disposición de 6 camas, acarrea una falta de individualidad y privacidad en el tratamiento recibido. De estos cuartos no todos tienen una unidad sanitaria completa, pues carecen de ducha, únicamente cuentan con un inodoro y un lavamanos.

Tabla No 26
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PROMEDIO DE DISPONIBILIDAD DE CAMAS POR
ESPECIALIDAD AÑOS 2005 – 2006

ESPECIALIDADES		X DIARIO CAMAS 2005	%	X DIARIO CAMAS 2006	%
1	CARDIOLOGÍA	12	4	12	3
2	CARDIOTORACICA	18	5	18	5
3	CIRUGÁ CARDÍACA	6	2	6	2
4	CIRUGÁ GENERAL	34	10	34	10
5	CIRUGÁ PLÁSTICA	12	4	12	3
6	CIRUGÁ VASCULAR	10	3	10	3
7	GASTROENTEROLOGÍA	4	1	4	1
8	GINECOLOGÍA	6	2	6	2
9	MAXILO FACIAL	2	1	2	1
10	MEDICINA INTERNA	35	10	36	10
11	NEFROLOGÍA	11	3	12	3
12	NEUMOLOGÍA	22	6	22	6
13	NEUROCIRUGÍA	24	7	26	8
14	NEUROLOGÍA CLÍNICA	28	8	28	8
15	OFTALMOLOGÍA	12	4	12	3
16	OTORRINOLARINGOLOGÍA	10	3	10	3
17	PEDIATRÍA	15	4	15	4
18	PROCTOLOGÍA	5	1	5	1
19	PSIQUIATRÍA	2	1	2	1
20	TRAUMATOLOGÍA	50	15	50	14
21	UROLOGÍA	14	4	14	4
22	CIRUGÍA PEDIÁTRICA	7	2	10	3
TOTAL		339	100	346	100

Fuente: Dpto. de Estadística HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

¹⁰¹ Suplemento de la Revista del Hospital Eugenio Espejo en su septuagésimo segundo aniversario, 1933-2005 Quito Ecuador.

3.3.4.2 Emergencia

Últimamente remodelada, cuenta con un servicio de emergencia y trauma con 25 camillas, está ubicado en la planta baja es accesible, pero el área de parqueo casi siempre se encuentra ocupada por las ambulancias, el tráfico de camillas y sillas de ruedas es adecuado. La sala de espera generalmente se encuentra llena, no es lo suficientemente amplia, carece de un número adecuado de sillas para brindar comodidad a los familiares, el sistema de información no es adecuado, es el guardia quién proporciona la misma, razón esta por la que muchas de las veces el triage no funcione adecuadamente conllevando problemas muy sentidos como es la inoportunidad en la atención lo que contribuye a una disminución en la calidad de la misma.

3.3.4.3 Consulta Externa

El área de consulta externa tiene 72 consultorios para 28 especialidades incluidas las psicológicas y odontológicas.¹⁰²; generalmente los pacientes de consulta externa obstaculizan las vías y áreas de circulación por los pasillos y servicios para efecto de la realización de exámenes complementarios o tramites inherentes a la misma consulta. Razón esta por lo que se encuentra ubicada en la planta baja y subsuelos, lo que impide el acceso directo de los pacientes sin la necesidad de usar escaleras o ascensores; las escaleras no son funcionales pues son muy angostas, carecen de luz natural, hay un sólo ascensor lo que ocasiona inconvenientes para el paciente y acompañantes.

El sistema de señalización no es suficiente para una buena información, los servicios sanitarios se encuentran bien distribuidos, pero no hay una limpieza constante dado el gran número de personas que hacen uso de los mismos.

El sistema de entrega de turnos es muy engorroso existe colas para ello, el proceso es insuficiente dada la cantidad de personas que requieren de este servicio, situación que se ha agravado aún más con la gratuidad de la consulta,

¹⁰² HEE, Departamento de Estadística Informe Anual de Producción del hospital correspondiente al año 2005-2006.

las historias clínicas no son entregadas a tiempo por parte de Estadística a los diferentes consultorios lo cual causa inconvenientes y demora en la atención siendo un tiempo promedio de 4 a 5 horas que el paciente necesita hasta ser atendido.

Trabajo Social no cubre la demanda, son sólo 3 trabajadoras sociales que prestan sus servicios, número insuficiente para la cantidad de pacientes que requieren de los mismos; existe una buena relación entre consulta externa y los servicios auxiliares de diagnóstico, como Rx, ecografía, laboratorio; no se dispone de una sala exclusiva de curaciones e inyectología.

3.3.4.4 Quirófanos

Existen 15 quirófanos, 10 a nivel central, 1 en emergencia, 1 en cirugía plástica, 2 para hospital del día y 1 en maxilo facial; pero no son suficientes para cubrir la demanda por lo que se ha pensado incrementar 3 más para cirugía ambulatoria pero hasta el momento no se ha hecho una realidad.

Del total de quirófanos sólo en las mañanas funcionan al 100%, en tanto que en los otros turnos hay una subutilización de los mismos ya que únicamente se encuentran funcionando en un 75%; los 10 del Centro quirúrgico y el 1 del hospital del día se encuentran en el subsuelo, tiene comunicación directa con la central de esterilización, recuperación y hospital del día, no disponen de aire puro, existe un sistema de ventilación artificial, a pesar de su ubicación garantizan un aislamiento fundamental del área, la iluminación y el tráfico de pacientes es adecuado, recientemente en este año 2007, se realizó una reconstrucción total de la canalización del área quirúrgica ya este era otro problema, pues cada vez se taponaban los desagües y se producían inundaciones lo que generaba una pérdida porque se contaminaba el área impidiendo su utilización.

Dispone de vestuarios suficientes, aunque muchas ocasiones hay escasez de ropa, el área de preparación prequirúrgica tanto de pacientes como de personal es aceptable.

3.3.4.5 Servicios de Apoyo

Entre estos se encuentran laboratorio clínico, anatomo patológico, banco de sangre, cocina, lavandería, ropería, mantenimiento y otros; cocina, lavandería, ropería, mantenimiento y otros están ubicados en la parte posterior del hospital evitando causar molestias para las actividades propias de la institución.

Es importante señalar que el desenvolvimiento de estos servicios no es oportuno, Laboratorio funciona las 24 horas pero no con una cobertura al 100% ya que sólo en la mañana funciona Laboratorio Central con una producción promedio de 300 a 350 exámenes realizados¹⁰³, el resto del día sólo emergencias y por ende no se realizan todo tipo de exámenes sino sólo los de rutina.

La ropa no está disponible en todo momento, muchas ocasiones los fines de semana el personal es reducido por lo que se produce tal situación, las dietas tienen un recorrido largo hasta llegar al paciente por lo que en la mayoría de las veces llegan frías, las solicitudes para atención de mantenimiento tardan en ser contestadas, además cuando requieren de repuestos y otros materiales deben seguir un trámite de aprobación por parte de las autoridades lo que desencadena una lentitud en el proceso.

3.3.4.6 El Departamento Administrativo

Este departamento se encuentra ubicado en el primer piso cuidando de no invadir las áreas docente asistencial, facilitando el acceso a todo el público y en particular a personas ajenas a la institución.

La falta de un sistema de información adecuado no permite la comunicación correcta de este departamento con los demás estamentos de la institución, lo que obliga a que este personal se traslade a las áreas de hospitalización, quirófanos,

¹⁰³ Hospital Eugenio Espejo. Laboratorio Clínico, opinión personal. 2007.

laboratorio y otros; situación que desencadena el abandono de las oficinas y sitios de trabajo.

3.3.5 RECURSOS HUMANOS

Los recursos humanos con los que cuenta el hospital son tanto de la carrera civil y administrativa como del contrato colectivo, también hay personal contratado. Todos distribuidos en las diferentes servicios y desarrollando diversas funciones para el crecimiento de la organización y satisfacción de las necesidades del cliente.

La distribución actual es la siguiente; Personal de la ley de carrera civil administrativa: según proceso. 895 personas (Ver tabla No 27).

Tabla No 27
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, DISTRIBUTIVO DE RECURSOS HUMANOS
AÑO 2006

No	DEPENDENCIA / RECURSO	No	DEPENDENCIA / RECURSO
	Gestión Estratégica Hospitalaria	1	Asistente administrativo
1	Médico, director de área.		Oftalmología
	Estadística y Registros Médicos.	4	Médicos tratantes
1	Profesional 3		Ortopedia y Traumatología
	Auditorio y Audiovisuales	2	Médicos tratantes
1	Profesional 2	1	Asistente Administrativo.
	Gestión de Recursos Humanos		Especialidades Clínicas
1	Profesional 4	1	Médico tratante
	Gestión de Servicios Institucionales		Medicina Interna
1	Profesional 5	4	Médicos tratantes
	Servicios		Endocrinología
1	Profesional 4	2	Médicos tratantes
	Central Telefónica		Reumatología
2	Asistentes administrativos.	1	Médico tratante
	Suministros		Gastroenterología
1	Profesional 3	2	Médicos tratantes
2	Técnicos		Cardiología
1	Asistente administrativo.	4	Médicos tratantes
	Inventarios	1	Asistente administrativo
1	Técnico.		Neumología
	Proveeduría	3	Médicos tratantes
1	Profesional 1		Nefrología

	Gestión Informática		2	Médicos tratantes
1	Técnico			Neurología Clínica
	Nutrición y Dietética		4	Médicos tratantes
2	Profesionales 4			Salud Mental
	Gestión Farmacia		1	Médico tratante
2	Profesionales		5	Profesionales 4
1	Preprofesional			Pediatría
1	Asistente administrativo		5	Médicos tratantes
	Gestión de Enfermería			Anestesiología
1	Profesional 5, Líder de la gestión de Enf.		16	Médicos tratantes
29	Profesionales 5.Líderes de grupo		1	Asistente administrativo
94	Profesionales 4,3,2 y1. Miembros de equipo			Otorrinolaringología
124	Enfermeras, 16 de contrato, el resto con partida		4	Médicos tratantes
1	Técnico		1	Asistente administrativo
5	Asistentes Administrativos			Urología
	Gestión de Presupuesto		3	Médicos tratantes
1	Profesional 5			Medicina Crítica
1	Técnico		1	Médico tratante
	Gestión de Contabilidad			Unidad de Terapia Intensiva
3	Técnicos		4	Médicos tratantes
1	Asistente administrativo.		1	Asistente administrativo
	Administración de Caja			Centro de Trauma
1	Profesional 3		1	Médico tratante
2	Técnicos			Centro de Investigaciones Toxicológicas Servicios Técnicos Complementarios
	Valor Agregado Calificación de Demanda y Oferta Hospitalaria		1	Médico tratante
1	Médico tratante en funciones administrativas			Laboratorio Clínico
	Trabajo Social		1	Médico tratante
3	Profesionales 4		7	Profesionales
6	Profesionales 3		7	Preprofesionales
8	Profesionales 2		1	Asistente administrativo
	Consulta Externa			Anatomía Patológica
3	Médicos tratantes		2	Médicos tratantes
	Estomatología Bucomaxilofacial		1	Asistente administrativo
9	Profesionales			Imágenes
	Emergencia		4	Médicos tratantes
11	Médicos tratantes		2	Profesionales
1	Profesional 4		7	Preprofesionales
	Especialidades Quirúrgicas		6	Técnicos
1	Médico tratante			Medicina Física y Rehabilitación; Terapia Física, Ocupacional, Respiratoria y de los Órganos de los sentidos
	Cirugía General		3	Médicos tratantes
7	Médicos tratantes.		10	Profesionales
	Proctología		8	Preprofesionales
2	Médicos tratantes		1	Asistente Administrativo.
	Cirugía Cardíaca		118	Hay 118 médicos, 40 a contrato el resto con partida del estado.

				El personal que pertenece al contrato colectivo son 534 personal distribuidas de la siguiente manera:
4	Médicos tratantes			
1	Asistente administrativo.		193	Auxiliares administrativos de salud
	Cirugía Pediátrica		272	Auxiliares de Enfermería.
1	Médico tratante		14	Técnicos de mantenimiento.
	Cirugía Cardiorácica		13	Auxiliares de laboratorio
2	Médicos tratantes		13	Auxiliares de alimentación
	Cirugía Plástica y Unidad de Quemados		9	Auxiliares de farmacia
2	Médicos tratantes		5	Auxiliares de radiología
	Cirugía Vasculár		5	Chóferes profesionales
2	Médicos tratantes		4	Auxiliares del centro infantil
	Ginecología		3	Auxiliares de odontología
4	Médicos tratantes		2	Operadores de equipos médicos
	Neurocirugía		1	Auxiliar de mantenimiento
5	Médicos tratantes			Total personal HEE es de 895.

Fuente: Dpto. de Recursos Humanos HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

3.3.6 RECURSOS TECNOLÓGICOS

El hospital cuenta con una tecnología buena, pero desgraciadamente la falta de personal capacitado acorde con el avance tecnológico ha contribuido a un mal manejo y utilización de los equipos que se han ido deteriorando limitando su capacidad real; cuenta con equipos que por falta de un mantenimiento adecuado por técnicos capacitados no están en funcionamiento, esto ha limitado la calidad de atención ya que el paciente tiene que realizarse exámenes complementarios fuera de la institución generando un incremento de tiempo y costos en el proceso.

Existe una capacidad ociosa de los equipos, la utilización se da solo en la mañana en un 100%, en los horarios vespertinos y nocturnos se limitan a realizar sólo exámenes de emergencia lo que conlleva a limitar la calidad y cantidad de los procesos.

3.3.7 SISTEMAS DE INFORMACIÓN

El sistema de información del HEE es inadecuado, tomando en cuenta que es una institución de salud de tal tamaño no cuenta con un sistema informático en red, de este modo no existe una correcta comunicación entre los diferentes estamentos, a

nivel administrativo se usa el sistema informático e sigef que es un sistema utilizado por el Ministerio de Finanzas y también el alfa g milenium, que es un sistema que se acopla al e sigef¹⁰⁴.

Los datos que se obtienen son a través de partes diarios de atención así como también censos y condición de pacientes realizados diariamente, para luego ser concentrados en Estadística, razón esta por la que la información no es analizada y peor aún difundida a todo nivel, tiene una mínima retroalimentación, el usuario poco o nada conoce de los resultados obtenidos, el porcentaje de información difundido está entre un 10 a 15%¹⁰⁵.

3.4 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HEE

Pediatría como una especialidad de la Institución, se encuentra inmersa en su labor de contribuir al cumplimiento de la **misión** de la misma.

3.4.1 DEFINICIÓN DEL SERVICIO

El servicio de pediatría es el encargado de proporcionar atención clínico quirúrgica al niño y al adolescente a través de acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación; dichas acciones las realiza en las áreas de hospitalización, consulta externa y emergencia.

Depende jerárquicamente de la jefatura del Servicio de pediatría; geográficamente está ubicado al este, en el séptimo piso de la institución, por el lado norte y sur se encuentra protegido por dos mamparas de vidrio que comunican con el ambiente externo del hospital a través de un balcón respectivamente; colinda con otro servicio que al momento se encuentra ocupado como una bodega transitoria, su **misión** es “Brindar atención clínico quirúrgica integral y de calidad al niño, adolescente y familia de referencia nacional con atención humana oportuna,

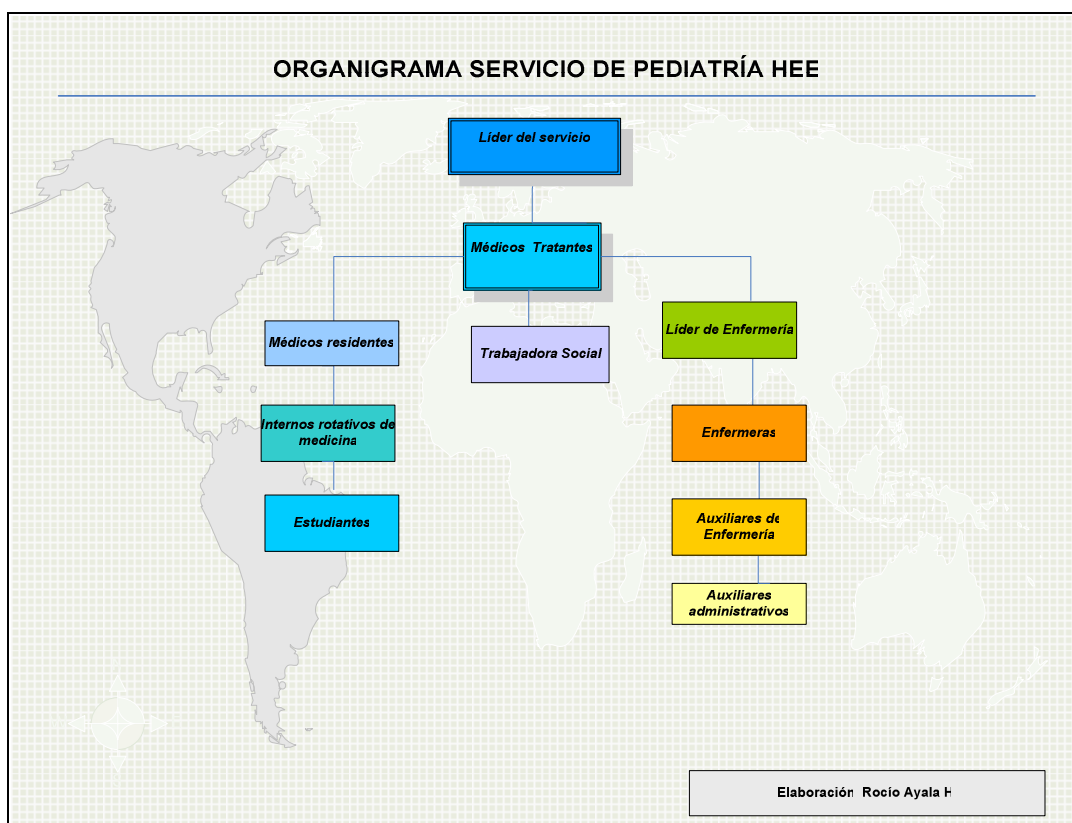
¹⁰⁴ *Ibid.* op. 2007

¹⁰⁵ Hospital Eugenio Espejo. Departamento de Estadística, opinión personal. 2007.

eficaz y eficiente”, su **visión** es “...Ser un servicio del hospital muy promocionado y productivo, con personal profesional las 24 horas, donde se disfrute de un ambiente agradable, con buenas relaciones humanas, cordialidad, respeto mutuo, trabajo coordinado, educación continua con distribución adecuada de recursos humanos y materiales...”¹⁰⁶, sus **objetivos** son:

- Brindar una atención clínico quirúrgica integral y de alta calidad al niño, adolescente y familia.
- Ser un servicio docente asistencial que propenda la adaptación del personal nuevo para beneficio mutuo.

Gráfico No 29



3.4.2 PERFIL EPIDEMIOLOGICO

El contexto demográfico y socioeconómico de la población que acude al servicio de

¹⁰⁶ Hospital Eugenio Espejo. Servicio de Pediatría. Manual Organizativo y Técnico 2003.

Pediatría obedece a las tendencias recientes de los procesos políticos, económicos y sociales y a los planes nacionales de desarrollo, lo que ha ocasionado un impacto en las condiciones de vida y en especial, sobre **salud y equidad** en la población en mención. “Las tendencias, demográficas como la urbanización, el aumento del número de ancianos y la prevalencia de enfermedades crónicas, los hábitos de vida sedentaria cada vez más arraigados, la resistencia a los antibióticos y otros medicamentos comunes, la propagación del abuso de drogas, la violencia civil y doméstica, sobretodo la pobreza es la mayor amenaza para la salud y el bienestar de centenares de millones de personas” ¹⁰⁷, lógicamente la población infantil tiene estrecha relación con estas tendencias.

A continuación se presenta las tendencias de la mortalidad y de otras variables demográficas, destacando los cambios ocurridos en los dos últimos años en el Servicio de Pediatría, para poder establecer las correspondientes conclusiones.

Tabla No 28

**HOSPITAL EUGENIO ESPEJO CIRUGÍA PEDIATRICA, ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN
MORBILIDAD POR GRUPOS DE EDAD AÑOS 2005 2006.**

GRUPOS DE EDAD	CONSULTAS 2005	CONSULTAS 2006
Menores de 1 m	9	6
De 1 a 11 meses	68	64
De 1 a 4 años	234	368
De 5 a 9 años	145	287
De 10 a 14 años	134	205
De 15 a 19 años	139	170
De 20 a 35 años	9	9
De 36 a 49 años	4	5
De 50 a 64 años	3	1
De 65 años y más	1	1

Fuente: Dpto. de Estadística HEE.

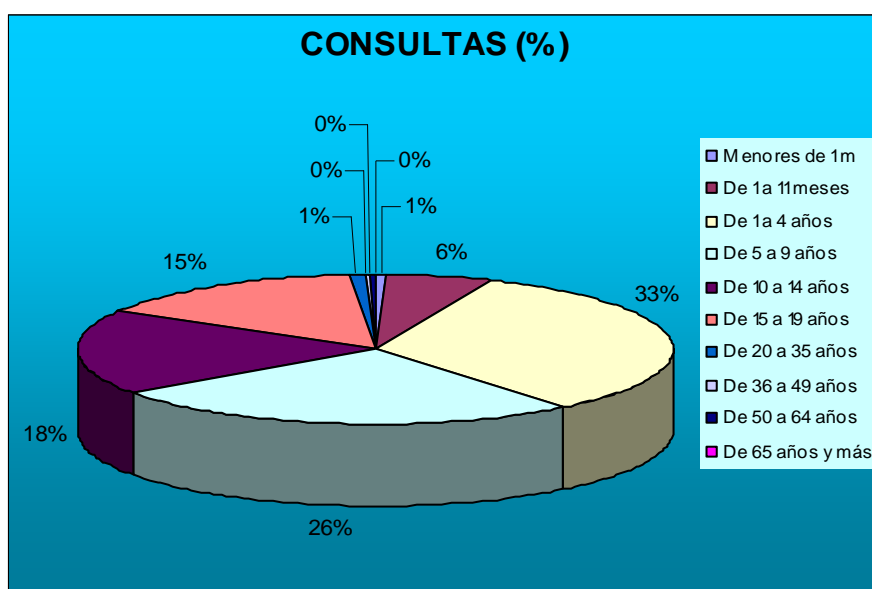
Elaboración: Rocío Ayala H.

En cirugía pediátrica en año 2005 en el área de hospitalización “La morbilidad según grupos de edad es: menores de 1 mes 9 (1%) , de 1 a 11 meses 68 (9%), de 1 a 4 años 234 (32%), de 5 a 9 años 145 (19%), de 10 a 14 años 134 (18%),

¹⁰⁷ Organización Panamericana de la Salud. Op. cit., pp: 214

de 15 a 19 años 139 (19%), de 20 a 35 años 9 (1%), de 36 a 49 años 4 (1%), de 50 a 64 años 3 (0%), de 65 años y más 1 (0%)”¹⁰⁸ (Ver Tabla No 28).

Gráfico No 30
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO CIRUGÍA PEDIÁTRICA ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN
MORBILIDAD POR GRUPOS DE EDAD. AÑO 2006



Fuente: Dpto. de Estadística HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

En el año 2006 el mayor número de consultas en cirugía pediátrica se encuentra en los pacientes de 1 a 4 años 368 (33%) 5 a 9 años de edad 287 (26%), luego de 10 a 14 años de edad 205 (18%). De 50 a 64 años y de 65 años y más es en un mínimo número 1 (0%) (Ver tabla No 28, Gráfico No 30).

Tabla No 29
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA, DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE
MORBIMORTALIDAD AÑOS 2005 2006.

¹⁰⁸Organización Panamericana de la Salud. *Op. cit.*, pp: 214

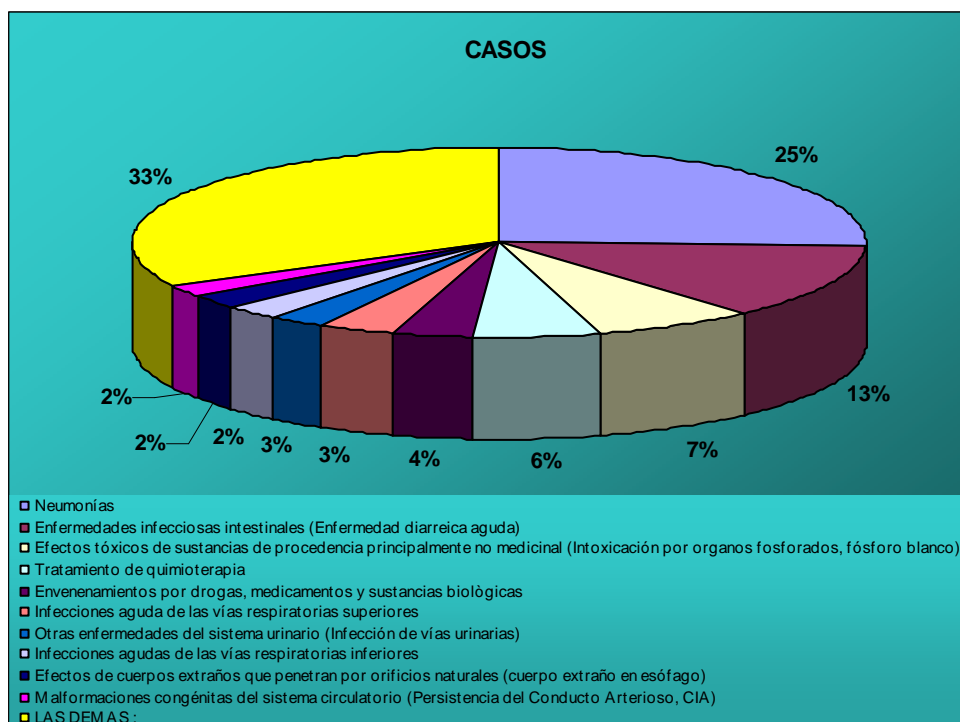
AÑO 2005					AÑO 2006				
No.	CODIGO	DIAGNOSTICO	casos	%	CODIGO	DIAGNOSTICO	casos	%	
1	J10-J18	Neumonías	118	25,5	J10-J18	Neumonías	217	31	
2	A00-A09	Enfermedades infecciosas intestinales (Enfermedad diarreica aguda)	59	12,7	A00-A09	Enfermedades infecciosas intestinales (Enfermedad diarreica aguda)	117	17	
3	T51-T65	Efectos tóxicos de sustancias de procedencia principalmente no medicinal (Intoxicación por órganos fosforados, fósforo blanco)	34	7,3	Z40-Z54	Tratamiento de quimioterapia	63	9,1	
4	Z40-Z54	Tratamiento de quimioterapia	26	5,6	T51-T65	Efectos tóxicos de sustancias de procedencia principalmente no medicinal (Intoxicación por órganos fosforados, fósforo blanco)	24	3,5	
5	T36-T50	Envenenamientos por drogas, medicamentos y sustancias biológicas	17	3,7	N30-N39	Otras enfermedades del sistema urinario (Infección de vías urinarias)	22	3,2	
6	J00-J06	Infecciones aguda de las vías respiratorias superiores	15	3,2	J40-J47	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (bronquitis, asma)	16	2,3	
7	N30-N39	Otras enfermedades del sistema urinario (Infección de vías urinarias)	12	2,6	N10-N16	Enfermedad renal tubulointersticial	12	1,7	
8	J20-J22	Infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores	11	2,4	C81-C96	Tumores (neoplasias) malignos de sitios mal definidos, secundarios y de sitios no especificados (leucemias)	14	2	
9	T15-T19	Efectos de cuerpos extraños que penetran por orificios naturales (cuerpo extraño en esófago)	10	2,2	J00-J06	Infecciones aguda de las vías respiratorias superiores (Crup, faringoamigdalitis)	14	2	
10	Q20-Q28	Malformaciones congénitas del sistema circulatorio (Persistencia del Conducto Arterioso, CIA)	10	2,2	S00-S09	Traumatismos de la cabeza	12	1,7	
LAS DEMAS :			151	32,6	LAS DEMAS :			183	26
DE UN TOTAL DE LA ESPECIALIDAD:			463	100,0	DE UN TOTAL DE LA ESPECIALIDAD:			694	100
TOTAL GENERAL DE EGRESOS (MORBIMORTALIDAD) :			10817		TOTAL GENERAL DE EGRESOS (MORBIMORTALIDAD) :			11824	

Fuente: Dpto. de Estadística HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Gráfico No 31
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA, DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBIMORTALIDAD

AÑO 2005



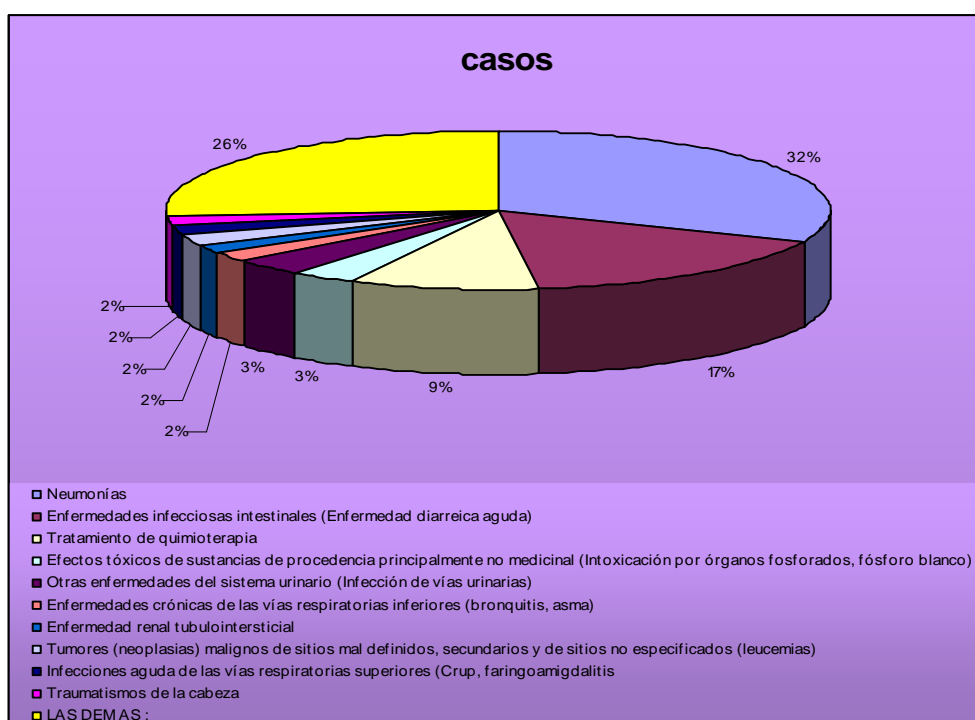
Fuente: Dpto. de Estadística HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

El Servicio de Pediatría brinda atención a una población futuro de la sociedad; niños y adolescentes hasta los 18 años de edad tanto en consulta externa, hospitalización y en a emergencia; se trata de un grupo etáreo vulnerable que su perfil epidemiológico tiene un repunte en las neumonías, desnutrición, EDA e IRA, enfermedades propias de nuestra sociedad tercer mundista, es menester recalcar que enfermedades graves como el cáncer actualmente no sólo atacan a la población joven adulta, sino que de igual forma están presentes en la población infantil y adolescente, también tiene importancia las intoxicaciones y tratamientos de quimioterapia (Ver tabla No 29, Gráficos No 31 y 32), posiblemente este perfil epidemiológico, tenga una relación con la ausencia de los padres en el cuidado de los hijos; la situación económica de las familias ecuatorianas se encuentra en declive día a día, el hecho de trabajar padre y madre se ha convertido en una necesidad para poder solventar el sustento del hogar descuidando el cuidado de los hijos por parte de la madre, por otra parte la migración en un alto porcentaje de la población ecuatoriana hacia ciudades con un mejor futuro ha ocasionado problemas de esta índole y mucho más graves que se relacionan con la

desorganización del hogar, realidad esta que se encuentra íntimamente relacionada con la salud.

Gráfico No 32
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA, DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBIMORTALIDAD AÑO 2006



Fuente: Dpto. de Estadística HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Se calcula una accesibilidad del 3.06% considerando que el salario mínimo vital privado es de 163 dólares y los costos por atención aproximadamente son de 5 dólares.

Las principales causas de mortalidad en pediatría del HEE en los años 2005 2006 se relacionan directamente con las principales causas de morbilidad (Ver tabla No 30), situación que tiene relación como se dijo anteriormente con el contexto socio económico de nuestra población.

Tabla No 30

**HOSPITAL EUGENIO ESPEJO PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN PEDIATRÍA
AÑOS 2005 2006**

AÑO 2005					AÑO 2006				
No.	CODIGO	DIAGNOSTICO	casos	%	CODIGO	DIAGNOSTICO	casos	%	
1	C81-C96	Tumores (neoplasias) malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	2	16,7	C81-C96	Tumores (neoplasias) malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines (Leucemias)	2	33,3	
2	T51-T65	Efectos tóxicos de sustancia de procedencia principalmente no medicinal (Intoxicaciones)	2	16,7	T51-T65	Efectos tóxicos de sustancia de procedencia principalmente no medicinal (Intoxicaciones)	2	33,3	
3	A30-A49	Enfermedades bacterianas (Sepsis)	2	16,7	A30-A49	Enfermedades bacterianas (Sepsis)	1	16,7	
4	J10-J18	Neumonía	1	8,3	G70-G73	Enfermedades musculares y de la unión neuromuscular (Distrofia muscular)	1	16,7	
5	M30-M36	Trastornos sistémicos del tejido conjuntivo (LES)	1	8,3					
6	E40-E46	Desnutrición	1	8,3					
7	B00-B09	Infecciones virales caracterizadas por lesiones de la piel y de las membranas mucosas (Neumonía en varicela)	1	8,3					
8	K00-K14	Enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares (Angina de Ludwig)	1	8,3					
9	K20-K31	Enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno	1	8,3					
TOTAL DE LA ESPECIALIDAD:			12	100,0	TOTAL DE LA ESPECIALIDAD:			6	100,0

Fuente: Dpto. de Estadística HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Este Servicio se relaciona con todos los servicios medios o auxiliares: laboratorio, imagenología, farmacia, nutrición y dietética, ropería, lavandería, limpieza, imprenta, central de esterilización, suministros, rehabilitación, servicio social, etc.

3.4.3 RECURSOS FÍSICOS

3.4.3.1 Hospitalización

Cuenta con 25 camas habilitadas distribuidas por grupos de edad, esto es adolescentes, escolares, preescolares y lactantes; dos salas para adolescentes una para mujeres y otra para varones, cada sala tiene 6 camas, una sala para preescolares con 4 cunas, la sala de lactantes con 2 cunas y 2 termo cunas cuyo sistema de calefacción en la mayoría de las veces es defectuoso, produce temperaturas muy altas o por el contrario en muchas ocasiones no funciona el sistema. Además dispone de una sala de 4 camas que son utilizadas ocasionalmente de acuerdo a los requerimientos del servicio (aprovechando el espacio físico), una sala con una cama la cual se dispone para aquellos pacientes que requieren una privacidad en su tratamiento. En la parte del fondo del ala norte cuenta con 2 cuartos de aislamiento, cada uno con 2 camas que son utilizadas indistintamente de acuerdo a los requerimientos, estas salas se encuentran muy bien distribuidas cuentan con un buen sistema de ventilación y aireación y cuentan con unidad sanitaria completa.

La disposición de las camas en las diferentes salas excepto las de aislamiento ocasiona una aglomeración y quizá hacinamiento puesto que por tratarse de niños generalmente los pacientes se encuentran en compañía de su madre. En el ala norte una habitación para residencia médica, un hall que conduce al cuarto para ropa limpia, un inodoro para el personal de internos rotativos de medicina., una sala de jefatura médica, las gradas de emergencia las cuales se encuentra bajo llave, una sala para jefatura de cirugía pediátrica , una sala de sesiones y un cuarto para ropería; continuando con la distribución física se encuentra una habitación para los internos rotativos de medicina, una sala para emergencia que por cierto no reúne las condiciones necesarias para su funcionamiento ya que únicamente cuenta con una camilla para diagnóstico y una camilla de transporte y en varias ocasiones los pacientes requieren ser observados. A continuación se encuentra la sala con una sola cama la cual se dispone para aquellos pacientes que requieren una privacidad en su tratamiento generalmente pacientes que por su estado de salud se encuentran inmunodeprimidos, habitualmente pacientes

que reciben quimioterapia o que se encuentran bajos de defensas, pacientes que alteran el estado emocional del resto por su propia condición de salud.

La sala de lactantes a parte de las cunas y termo cunas posee camas para las madres, luego una sala de espera equipada con TV. , juguetes y sillas para los niños, frente a esta sala se encuentra una estación de enfermería que es utilizada por los internos de medicina para realizar su trabajo, de igual manera es aquí donde se encuentra todos los formularios utilizados para su trabajo, un cuarto para jefatura de enfermería, luego se encuentra un oratorio pequeño, un espacio para secretaría que no está funcionando ya que no hay secretaria, un comedor dotado de mesas y sillas para los niños.

Existe un hall de ingreso, luego una estación de enfermería que se ocupa como tal, un cuarto de preparación de medicación, una utilería limpia, frente a esta se encuentra la sala de los preescolares, luego un cuarto para almacenamiento de material de aseo, paralelo a este se encuentra la sala de adolescentes varones, un cuarto muy pequeño que se utiliza como vestuario de las enfermeras, a continuación un cuarto un poco más amplio que se lo ocupa como vestuario del personal auxiliar de enfermería, enseguida un hall que comunica el servicio con el ala izquierda del hospital la cual no está habilitada, en este hall se encuentra un cuarto para la ropa sucia, un lavachatas, un cuarto que se ocupa para guardar los soportes o portasueros y también es utilizado como vestuario de los chicos de la Fundación Rivadeneira que son los que realizan recreación en el servicio los días miércoles y sábados en la mañana, a continuación un cuarto que es ocupado por el voluntariado (Sras. Damas chilenas), al fondo del ala sur se encuentra un cuarto de baño, el cual al momento no se encuentra equipado con la tina para este objetivo; frente a este se encuentra la sala de adolescentes mujeres en la cual se adaptó una ducha que es utilizada por la mayoría de los pacientes del Servicio.

Las salas de adolescentes mujeres y la que se utiliza de acuerdo a los requerimientos del servicio cuentan con unidades sanitarias completas; las tomas de oxígeno no están disponibles en todos los ambientes, situación que ocasiona

muchas veces dificultad para ubicar a los pacientes de acuerdo a este requerimiento; en los extremos norte y sur se encuentran unas mamparas de vidrio que comunican al balcón norte y sur respectivamente.

Las cunas de los preescolares no son funcionales, sus ruedas están atascadas, la protección a través de las barandas no es segura.

3.4.3.1.1 Productividad.

En el año 2005 la producción esta dada por: 462 atenciones, 196 íterconsultas, total de días estada 2.677, total días paciente 3.220, días camas disponibles 5.343, giro de cama 31.6, promedio días paciente 8,8, porcentaje de ocupación 60.3 %, tasa de mortalidad 1.1, porcentaje días estada 5.8, promedio de disponibilidad de camas en pediatría es 15, promedio diario de egresos 1.3 (Ver tabla No 31).

El concentrado de cirugías pediátricas año 2005, es de 745, 449 hombres y 246 mujeres, promedio diario de atención de 6, primeras consultas 296 y 449 subsecuentes.

En el año 2006, la producción se caracteriza por: 694 egresos hospitalarios, 6 defunciones, 169 Íterconsultas, total días estada 4.009, total días paciente 4.838, días camas disponibles 5.383, giro de camas 47,1, intervalo de giro 0.8, promedio días paciente 13,3, porcentaje de ocupación 89,9%, promedio diario de egresos 1.9, promedio días estada 5,8, promedio diario de camas disponibles 15, tasa de mortalidad 0,4 (Ver tabla No 31).

El número de pacientes atendidos en cirugía pediátrica 321, defunciones 3, íter consultas 42, promedio días estada 5,4, giro de camas en cirugía pediátrica 31.8, promedio días paciente 5,8, porcentaje de ocupación 57,3%, promedio diario de camas disponibles 10, tasa de mortalidad 0,6. total días estada 1.719, total días paciente 2.107, días camas disponibles 3.679, giro de cama 31.8, intervalo de giro

4.9, promedio días paciente 5.8, promedio días estada 5.4, promedio diario de camas disponibles 10, tasa de mortalidad 0,6¹⁰⁹

Tabla No 31
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA, ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN,
INDICADORES DE PRODUCCIÓN AÑOS 2005 - 2006

INDICADORES DE PRODUCCIÓN	AÑO 2005	AÑO 2006
EGRESOS	462	694
PROMEDIO DIARIO DE EGRESOS	1,3	1,9
TASA DE MORTALIDAD	1,1	0,4
INTERCONSULTAS	196	169
GIRO DE CAMA	31,6	47,1
% DE OCUPACIÓN	60,3	89,9
PROMEDIO DIAS PACIENTE	8,8	13,3
PROMEDIO DIAS ESTADA	5,8	5,8
PROMEDIO DIARIO DE CAMAS	15	15
INTERVALO DE GIRO DE CAMA	2,1	0,8
DIAS CAMA DISPONIBLE	5.343	5.383
TOTAL DIAS ESTADA	2.677	4.009
TOTAL DIAS PACIENTE	3.220	4.838

Fuente: Dpto. de Estadística HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Al analizar la tabla No 31 se puede observar que el promedio de egresos aumenta en relación directa con el giro de cama, en tanto que el intervalo de giro ha disminuido y el promedio día estada se mantiene (Ver tabla No 31).

3.4.3.2 Emergencia

Se encuentra en la misma área de hospitalización, no es funcional ya que no está dotado de materiales e insumos estos se consumen del área de hospitalización, no tiene tomas de oxígeno, tampoco dispone de camas para observación por lo que se dispone de las camas del área hospitalaria para el efecto; es importante mencionar que la información sobre las atenciones de emergencia en Pediatría se lo realiza de igual manera a través del formulario No 08, no hay concentrado en un parte diario, pues el departamento de Estadística es el que tiene que realizar la

¹⁰⁹ Ibid., pp: 108

tabulación pertinente, motivo este por lo que la información al respecto no es muy bien llevada, ya que no se la incluye en el concentrado de atenciones de emergencia, esto se debe a que emergencia del servicio de Pediatría funciona en la misma área de hospitalización, área improvisada.

En la parte de afuera antes de la entrada al Servicio se encuentra una oficina para trabajo social, el cual presta sus servicios en un horario de 8 a 4 p.m. de lunes a viernes, los fines de semana todo trámite que se realiza a través de servicio social, se lo hace con la trabajadora social que se encuentra de turno para todo el hospital y únicamente en horario de 8 a 2 p.m. Esta situación acarrea problemas para los pacientes pediátricos ya que ellos se acogen al programa de maternidad gratuita y no todas las trabajadoras sociales manejan este programa, por lo que a veces se retrasan ciertos trámites como por ejemplo el alta en fin de semana.

Por lo descrito anteriormente se deduce que hay una mala distribución de la planta física, muchos espacios físicos subutilizados.

3.4.3.3 Consulta externa

Dispone de tres consultorios para clínica pediátrica y otro para cirugía pediátrica, un servicio de preparación tanto para clínica como para cirugía; los consultorios funcionan únicamente en el horario de 8 a 12 horas, quedando inhábiles en el horario de la tarde, debido a la falta de médicos pediatras que presten sus servicios en dicho horario, también es importante mencionar que tiene mucho que ver la idiosincrasia de nuestra gente, o posiblemente faltó promoción respecto a la prestación de este servicio en el horario de la tarde, ya que en algún momento se contó con este recurso pero el número de atenciones que se realizaba era la tercera parte en relación con el número de atenciones que se brinda en el horario de la mañana, de tal modo que el médico de la consulta externa subía a hospitalización a cubrir algunas atenciones justificando su horario, (Dra. Judith Herrera, Ver tabla No 32).

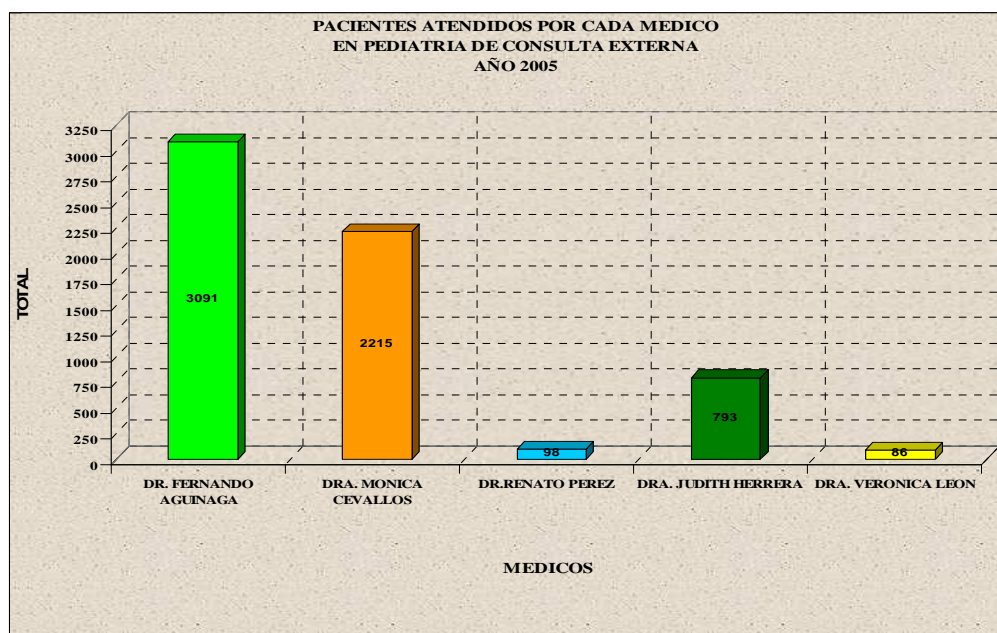
**HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PACIENTES ATENDIDOS POR CADA MÉDICO EN PEDIATRÍA
DE CONSULTA EXTERNA AÑOS 2005-2006**

	PEDIATRIA	TOTALES 2005	TOTALES 2006
1	DR. FERNANDO AGUINAGA	3091	3784
2	DRA. MONICA CEVALLOS	2215	3165
3	DR. RENATO PEREZ	98	
4	DRA. JUDITH HERRERA	793	1203
5	DRA. VERONICA LEON (R1)	86	
6	DRA. ALEXANDRA ROSERO		103
7	DR. MILTON PUCHA (R1)		93
8	DRA. JENNY NUÑEZ (R1)		76
	TOTAL	6283	8424

Fuente: Dpto. de Estadística HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

**Gráfico No 33
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO**



Fuente: Dpto. de Estadística HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

También (Tabla No 32 y Gráfico No 33) se puede observar que hay médicos que tienen un número escaso de atenciones en consulta externa, esto es porque ese número de atenciones corresponden a los médicos residentes, quienes tienen menor tiempo en consulta, debido a que deben priorizar la atención en hospitalización, en tanto que los médicos tratantes pasan la visita, emiten su criterio y delegan el resto de funciones a los residentes.

3.4.3.3.1 Productividad.

En Año 2005, los indicadores de producción en consulta externa son: un promedio diario de atención de 30, egresos hospitalarios 6.283, 3284 de sexo masculino y 2.999 de sexo femenino, 4.479 primeras consultas y 1.798 subsecuentes, ínter consultas solicitada 1 y 6 realizadas esto en consulta externa (Ver tabla No 33).

Tabla No 33
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA, ÁREA DE CONSULTA EXTERNA,
INDICADORES DE PRODUCCIÓN AÑOS 2005 - 2006

INDICADORES DE PRODUCCIÓN	AÑO 2005	AÑO 2006
ATENCIONES	6.283,0	8.424,0
1as CONSULTAS	4.479,0	5.843,0
SUBSECUENTES	1.798,0	2.577,0
INTERCONSULTAS	7,0	4,0
PROMEDIO DIARIO DE ATENCIÓN	30,0	34,0
PROMEDIO H. MÉDICO	3,5	3,1
MORBILIDAD		
Hombres	3.284,0	4.377,0
Mujeres	2.999,0	4.047,0

Fuente: Dpto. de Estadística HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

En el año 2006, los indicadores de producción se presentan de la siguiente manera: número de consultas en pediatría 8.424 de las cuales 5.843 son primeras consultas, 2.577 son subsecuentes y 4 solicitudes de ínterconsulta, cirugía pediátrica 1.116 consultas, primeras consultas 521, consultas subsecuentes 594 y 1 solicitud de ínter consulta (Ver tabla No 33).

Respecto a los indicadores de producción en consulta externa, en estos dos años podemos concluir que han incrementado en casi todos sus ítems excepto en el promedio hora médico, posiblemente esto tenga esté relacionado directamente con el incremento en el número de atenciones (Ver tabla No 33).

3.4.4 RECURSOS HUMANOS

Pediatría cuenta con los siguientes recursos humanos (Ver Tabla No 34); se puede deducir que los recursos humanos con los que cuenta este servicio son insuficientes, ya que el mismo personal es que presta atención en emergencia, la psicóloga clínica presta sus servicios más en consulta externa que en hospitalización, el número reducido de enfermeras impide que cubra la atención las 24 horas de día, la auxiliar de ropería, es recurso particular ya que es pagado a través de las señoras damas voluntarias del servicio,(Damas chilenas del voluntariado).

Tabla No 34
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA, RECURSOS HUMANOS
AÑO 2007

RECURSO	NÚMERO	DISTRIBUCIÓN
MEDICOSTRATANTES	6	4 horas de lunes a viernes
Clínicos	3	
Cirujano	1	
Nefrólogo	1	
Cardiólogo	1	
PSICOLOGO CLINICO	1	4 horas de lunes a viernes
MEDICOS RESIDENTES	3	1 cada tercer día
INTERNOS ROTATIVOS	6	2 cada tercer día
TRABAJADORA SOCIAL	1	8h de lunes a viernes
ENFERMERAS	4	
Líder	1	6h de lunes a viernes
Miembros de equipo	3	6h turnos AM y PM.
Auxiliares de Enfermería	10	Distribuidas en los 3 turnos
Auxiliares de Limpieza	2	1 por turno
Auxiliar de ropería	1	8h de lunes a viernes

Fuente: HEE.Pediatría. Manual Técnico Organizativo 2003

Elaboración: Rocío Ayala H.

Además cuenta con personal de otros servicios de apoyo como fisioterapeutas respiratorias, de lenguaje y físicas; tecnólogo de laboratorio, de Rx., 1 nutricionista y 1 auxiliar de dietética.

En consulta externa la preparación de pacientes está a cargo de una Señora auxiliar de enfermería lo que ocasiona que en los momentos de congestión no se

alcance para dar una atención oportuna;...“según estándares establecidos debería haber una auxiliar de enfermería por cada 2 consultorios...”¹¹⁰.

En conclusión distribuidos de esta manera los recursos humanos se puede observar que hay una deficiencia de personal profesional; hay carencia de médicos especialistas como neurólogo, neumólogo, neurocirujano, intensivista especializados en pediatría entre otros; pues como se trata de un hospital de especialidades se puede decir que cuenta con todos los especialistas, pero desgraciadamente no están en capacidad de atender niños.

3.4.5 RECURSOS TECNOLÓGICOS.

El Servicio de Pediatría no cuenta con tecnología actualizada no dispone de recursos económicos que permitan el acceso a la misma; posee un sólo computador que se encuentra funcionando, existe otro pero que no se encuentra habilitado por falta de gestión a nivel del centro de cómputo, el computador que está habilitado es para uso de los señores internos de medicina, lo utilizan para realizar Historias Clínicas y epicrisis las mismas que no constituyen una base de datos para poder ser utilizados como información, facilitando la toma de decisiones, los recursos tecnológicos con los que cuenta hospitalización como emergencia se detallan en la Tabla No 35; toda esta tecnología también se utiliza en emergencia facilitando el trabajo del personal.

Por otro lado hay una deficiencia de medios de transporte de pacientes, las sillas de ruedas son insuficientes (2) y en mal estado funcional, no existe camilla exclusiva para el transporte de pacientes ya que la que se encuentra en emergencia de pediatría en muchas ocasiones es utilizada como camilla de paciente, razón esta por la que el transporte se lo hace en la misma cama del paciente.

Tabla No 35

¹¹⁰ Malagón, Op. cit., pp. 173

HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA, RECURSOS TECNOLÓGICOS

AÑO 2007

	HOSPITALIZACIÓN	CONSULTA EXT.
MATERIALES	CANTIDAD	CANTIDAD
Bombas de Infusión	5	
Oxímetro de Pulso	1	
Succión Gomco Intermitente	2	
Set de Diagnóstico	1	3
Laringoscopio	1	
Ambú	2	
Tensiómetros Pediátricos	3	1
Fonendoscopio	1	1
Flujo metros	7	
Micro nebulizador	varios	
Mesa accesorio para curaciones	1	
Tanques de Oxígeno portátiles	2	
Tomas de Oxígeno	15	
Tallímetro	1	1
Lámparas Cuello de Ganzo	2	1
Negatoscopio	2	
Balanzas	2	2
Portero eléctrico	1	
Refrigeradoras	2	1
Microondas	1	
Licuadaora	1	
Máquina de coser	1	
Plancha	1	
TV	1	
VHS	1	
Abrillantadora	1	
Teléfonos	3	4

Fuente: HEE.Pediatría. Manual Técnico Organizativo 2003

Elaboración: Rocío Ayala H.

3.4.6 RECURSOS FINANCIEROS.

Los recursos financieros son los que dispone el HEE. ya que no hay financiamiento por servicio; existe un comité de adquisiciones, conformado por el director, subdirector administrativo, coordinador financiero, y líder del departamento jurídico, quien califica la compra de insumos, implemento médico y stock básico mediante el cuadro comparativo de ofertantes.

La entrega al Servicio se lo realiza mediante un pedido mensual y previo visto bueno de la Subdirección administrativa, quien dispone a suministros la entrega. En tratándose de bienes de larga duración y bienes de control administrativo la dotación se lo realiza de acuerdo a la necesidad del Servicio, siguiendo los mismos pasos anteriores y disponiendo a la Oficina de Inventarios la entrega.

La dotación oportuna y equitativa de bienes y suministros está en relación directa con la habilidad y agilidad de gestión de quienes lideran el Servicio.

3.4.7 RECURSOS MATERIALES

El servicio de pediatría dispone de los siguientes activos fijos (Ver Tabla No 36):

Tabla No 36
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO PEDIATRÍA, ACTIVOS FIJOS
AÑO 2006

No	UBICACIÓN Y DESCRIPCIÓN	No	UBICACIÓN Y DESCRIPCIÓN
	CUARTO DE ADOLESCENTES MUJERES	1	secador de manos
6	camas metálicas rodantes	1	gradilla simple
6	veladores con fórmica café	2	tachos de basura medianos. 1 con tapa y otro sin
6	sillas plásticas azules	3	modulares de madera
1	Biombo	2	charoles de acero inoxidable. Grande y pequeño
1	gradilla simple	2	charoles plásticos
7	basureros plásticos	2	torunderos de acero inoxidable con tapa
1	servicio higiénico	2	tambores de cristal medianos
1	Lavabo	2	canastas plásticas. 1 pequeña y otra grande
1	Ducha	6	fundas (3 de hielo y 3 para calor)
	CUARTO DE ADOLESCENTES VARONES	1	coche de medicación
6	camas metálicas rodantes	1	jarra plástica
6	veladores con fórmica café	1	mortero
6	sillas plásticas de color azul	3	copas graduadas de vidrio
1	gradilla simple	1	tablero porta llaves
7	basureros plásticos	3	juegos de llaves de los diferentes cuartos
1	servicio higiénico		VITRINA CONTRA INCENDIOS
1	Lavabo	1	extinguidor con manguera
	CUARTO DE PRE ESCOLARES	1	hacha
4	cunas con barandas		ESTACION DE DIETAS
4	veladores metálicos color verde	2	mesas grandes con fórmica verde
4	sillas plásticas de color azul	17	sillas pediátricas
1	Biombo	1	mesón de cocina con lavabo de acero inoxidable

1	secador de manos	1	basurero
1	gradilla simple		SECRETARIA DEL SERVICIO
5	basureros plásticos	1	modular de madera blanco
1	lavabo de acero inoxidable		JEFATURA DE ENFERMERIA
	CUARTO DE LACTANTES	7	sillas plásticas color azul
4	cunas metálicas	1	escritorio metálico con fórmica café
4	Camas	2	sillas niqueladas con corrosil verde
4	veladores de color verde		CUARTO PARA TRAMIENTO ESPECIAL (cama 25)
4	sillas plásticas color azul	1	cama
1	tina plástica blanca	1	velador metálico de color verde
1	Biombo	1	silla metálica color habano
2	gradillas simples	1	modular de madera color blanco
4	Basureros	1	biombo
1	lavabo de acero inoxidable	1	gradilla simple
1	secador de manos	1	lavabo
	CUARTO DE ESCOLARES	1	secador de manos
4	camas	1	espejo
4	sillas plásticas de color azul	1	basurero plástico
1	gradilla simple		CUARTOS DE AISLAMIENTO(2)
4	veladores metálicos color verde	4	camas
2	Biombos	4	veladores metálicos de color verde
1	servicio higiénico	4	silla plásticas color azul
1	Lavabo	1	secador de manos eléctrico
1	Ducha	1	biombo
	RESIDENCIA MÉDICA	2	gradillas simples
3	camas de color verde	2	lavabos
1	velador metálico color verde	2	tomas de oxígeno
2	sillas cromadas con tapiz concho de vino	2	espejos
1	basurero metálico	3	basureros plásticos
2	basureros plásticos	2	lavabos
1	cancel con doble cuerpo	2	servicios higiénicos
1	mesa rodante con garruchas	2	duchas
1	vitrina metálica de dos cuerpos	2	mesas auxiliares de fórmica
1	vitrina de pared metálica de dos divisiones	1	dispensador de toallas desechables
1	Lavabo		CUARTO DE EMERGENCIA
	VOLUNTARIADO	1	camilla metálica
1	escritorio	1	cuna metálica
1	sillón ejecutivo	1	velador metálico color verde
1	biblioteca alta metálica con vidrio	1	balanza pediátrica
	BAÑERA	1	balanza para adultos
1	mesa de fórmica blanca	1	escritorio
1	Gradilla	1	vitrina metálica de pared con doble división
1	basurero plástico	1	silla giratoria corrosil verde
1	servicio higiénico	1	silla metálica color habano
1	Lavabo	2	megatoscopios
	CUARTO DE ROPA SUCIA	1	lavabo
1	tacho plástico café grande con tapa	2	basureros plásticos
1	porta ropa sucia niquelado con garruchas		CUARTO DE LOS INTERNOS ROTATIVOS
	ESTACION DE BASURA	3	camas metálicas
2	tacho plástico grande con tapa (color verde)	1	silla metálica color habano
	pala de basura plástica	1	mesa metálica con fórmica café

	CUARTO DE LIMPIEZA	1	cancel azul con 4 cuerpos
1	lavadero de trapeadores	1	máquina de escribir
1	Escoba	1	basurero plástico
1	trapeador		VESTIDOR DEL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERIA
1	lavachatas	4	canceles con 3 cuerpos
	VESTIDOR DE LAS ENFERMERAS	1	mesa de centro con fórmica café
1	cancel con 6 cuerpos	1	sillón corrosil negro
1	archivador metálico con 4 gavetas	3	sillas cromadas corrosil celeste (1), vino (2)
4	sillas plásticas color azul		CUARTO DE ROPA LIMPIA
1	silla cromada color verde	1	coche de ropa metálico color habano 4 divisiones
1	Lavabo	1	estante metálico color habano 7 divisiones
1	Closet	1	gradilla doble
1	basurero plástico pequeño		SERVICIO HIGIENICO DEL PERSONAL
	BODEGA DEL SERVICIO	1	servicio higiénico
1	archivador metálico con 4 gavetas	1	lavabo
1	armario de madera	1	ducha
1	micro nebulizador ultrasónico		OFICINA DE TRABAJO SOCIAL
1	nebulizador marca	2	escritorios metálicos fórmica café
1	manómetros de oxígeno de transporte	4	archivadores metálicos 4 gavetas
2	bidethes de acero inoxidable	5	sillas niqueladas (corrosil verde 2, corrosil amarillo 3)
8	carpetas metálicas para historias clínicas	1	vitrina metálica color habano con tres divisiones
4	flujo metros (datos de baja)	2	sillas giratorias corrosil verde
	TRATAMIENTO Y TRABAJOS DE ENFERMERIA	1	máquina de escribir marca Olive ti 98
1	mueble de fórmica café	1	teléfono café, habano
5	bombas de infusión Abbott	1	basurero plástico
2	tanques de oxígeno pequeños	1	servicio higiénico
1	manómetros de oxígeno de transporte	1	lavabo
1	llave de oxígeno		OFICINA DEL JEFE DEL SERVICIO
1	tensiómetro de pedestal adulto	1	computador
2	tensiómetros de brazalete adulto	1	sillón ejecutivo
1	tensiómetro pediátrico con 3 brazaletes	2	escritorios metálicos con fórmica café
1	fonendoscopio color negro	1	librero metálico
1	gradilla doble	2	archivadores con 4 gavetas
2	mesas rectangulares	1	mesa auxiliar de secretaria
1	balde de acero inoxidable	1	máquina de escribir marca Olivetti 98
3	sillas cromadas (2color vino, 1 color celeste)	3	porta papeles metálicos
1	radio reloj	4	sillas niqueladas concho de vino
2	Lavabos	2	sillas giratorias corrosil verde
1	vitrina metálica de vidrio	1	espejo
1	vitrina metálica de pared con doble división	1	lavabo
1	modular de madera	1	librero metálico 3 divisiones
1	Refrigeradora	1	basurero plástico
1	cafetera eléctrica	1	mesa redonda fórmica verde
1	mesa de fórmica color café		OFICINA DEL MEDICO TRATANTE DE PEDIATRIA
1	abrillantadora Md. Hd1700	1	escritorio
7	flujo metros	2	sillas giratorias
2	ambus con mascarilla	1	silla niquelada corrosil amarillo
1	linterna de mano	1	sillón negro
3	lavacaras de acero inoxidable	1	mesa centro fórmica café
2	jarras de acero inoxidable	2	modulares de madera

1	tijera de puntos		CORREDOR
1	Jarra de 4 lts. De hierro enlozado	2	cunas para preescolares
2	semilunas 1 mediana y 1 pequeña	2	sillas de ruedas
1	semiluna mediana hierro enlozado	1	cuna
9	bidetes pediátricos acero inoxidable		SEMINARIO
7	patos de acero inoxidable	1	mesa redonda de madera con fórmica verde
1	irrigador de acero inoxidable	14	sillas cromadas. 12 corrosil vino y 2 amarillas
1	coche de paro de acero inoxidable	1	negatoscopio
2	tambores de cristal	1	mesa pequeña fórmica blanca
3	Tambores de acero inoxidable.	1	pizarrón rodante de tiza líquida
1	equipo de diagnóstico		SALA DE COSTURA
1	succionador Gonwco	2	mesas metálicas con garruchas
1	laringoscopio con 3 hojas	2	mesas metálicas con fórmica café
2	lámparas cuello de ganso	2	sillas cromadas (1 corrosil verde, 1 corrosil vino)
1	succionador intermitente marca Gonwco	2	estantería metálicas con 3 divisiones
	ESTACION DE ENFERMERIA	2	mesones de acero inoxidable
1	teléfonos de color café	1	máquina de coser marcha Anglo
1	modular de madera blanco	1	plancha Oster
1	coche de acero inoxidable porta historias clínicas	1	tijera
1	reloj de pared	1	estante metálico color habano 7 divisiones
1	franelógrafo con vidrio	1	basurero
3	sillas niqueladas con corrosil concho de vino	1	armario de madera color habano
25	carpetas metálicas para historias clínicas	1	taburete
	TRABAJO DE ENFERMERIA	1	armario de madera.
1	Refrigeradora		

Fuente: Servicio de Pediatría HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

3.4.8 SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Los datos que se producen se concentran en partes diarios de atención como: parte diario de dietas, censos y condición de pacientes realizados diariamente, de igual forma las recetas para la adquisición de medicamentos a través de farmacia interna. Luego estos son enviados a Estadística y farmacia respectivamente, razón esta por la que la información no es analizada y peor aún difundida, tiene una mínima retroalimentación, de allí es que no se tienen datos y peor indicadores en el Servicio, los usuarios tanto internos como externos, poco o nada conoce de los resultados obtenidos en este servicio. Existen documentos como el Manual Técnico Administrativo del Servicio, el cual no está completo en vista de que no cuenta con todos los procedimientos que se ejecutan en el mismo, no existe un plan estratégico del servicio ya que existe uno a nivel de la institución (HEE. Plan estratégico, 2001-2006), pero si se cuenta con informes anuales de las

actividades del servicio, los cuales de igual forma son realizados por la líder de enfermería del servicio con apoyo de las enfermeras miembros de equipo.

3.4.9 DIAGNÓSTICO DE LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA

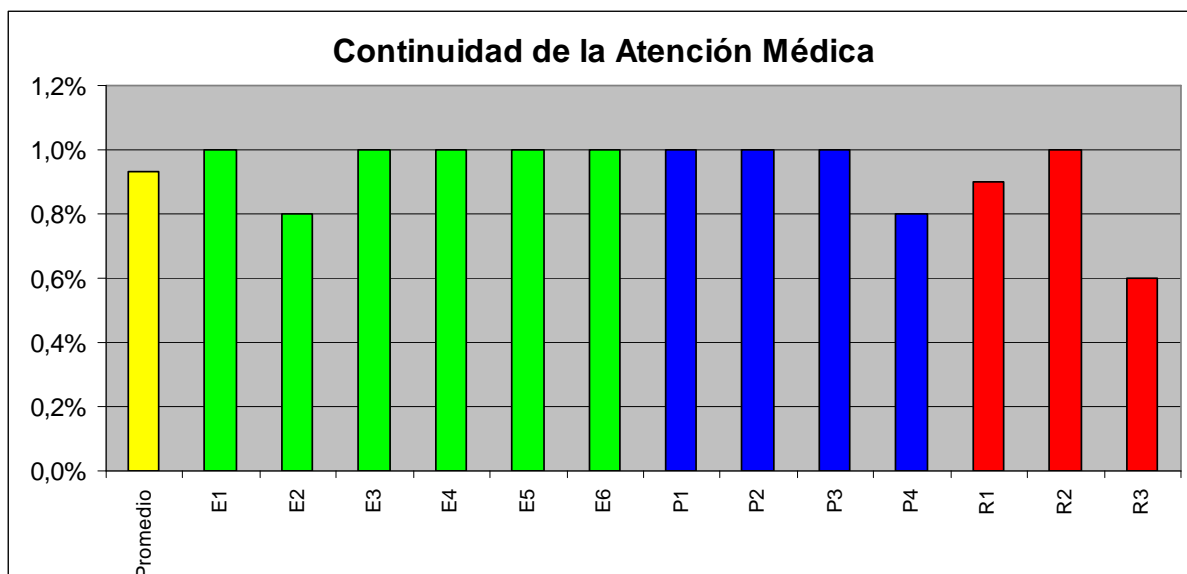
Para el *diagnóstico de la organización del servicio de pediatría* se utilizó una encuesta compuesta por 21 estándares de “Organización de la Atención Médica” y 13 estándares de “Áreas Técnicas y de Apoyo”, cada uno posee indicadores de estructura, proceso y resultado; estructura (E, color verde), proceso (P, color azul) y resultados (R, color rojo), los cuales pueden ser evaluados siguiendo una escala de 0 al 1. Los resultados obtenidos son valorados de la siguiente manera: de 0 a 24%: no cumple con el indicador, de 25 a 49%: deficiente y debe mejorar, de 50 a 74%: aceptable pero puede mejorar, de 75 a 100%: entre bueno y excelente.

Descrita de esta manera la evaluación de la organización del Servicio de Pediatría, los resultados obtenidos se representa en los siguientes gráficos.

3.4.9.1 Estándares Organización de la Atención Médica

En este gráfico se puede ver que el promedio alcanzado se encuentra entre bueno y/o excelente (90%); los ítems tanto de estructura como de proceso tienen valores similares, en tanto que en los ítems de resultado se encuentra el valor más bajo correspondiente al 60% en lo que se refiere al promedio de días estancia de acuerdo a las normas establecidas para cada servicio y para cada hospital. (Ver gráfico No 34).

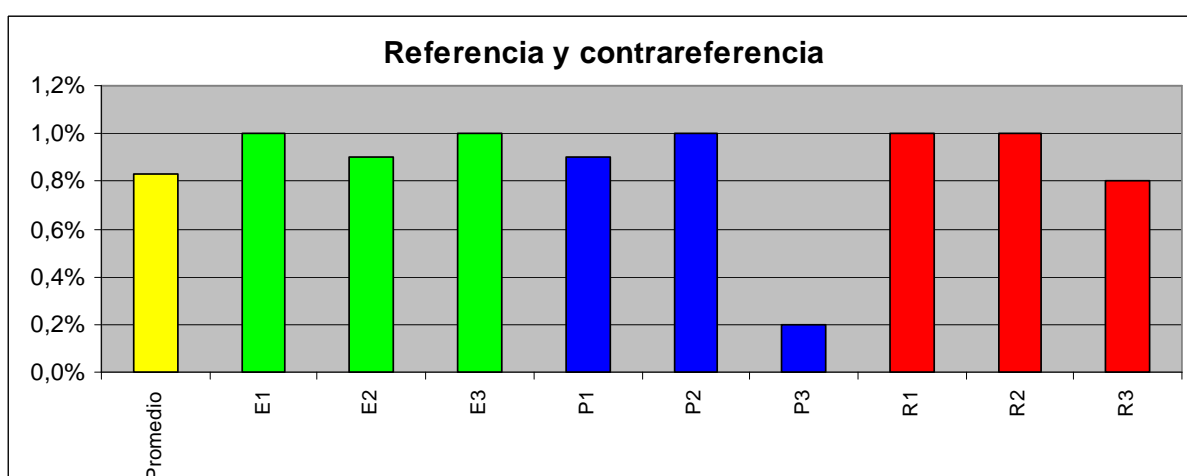
Gráfico No 34
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. 2007.



Fuente: Encuesta. Servicio de Pediatría. HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Gráfico No 35
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. 2007



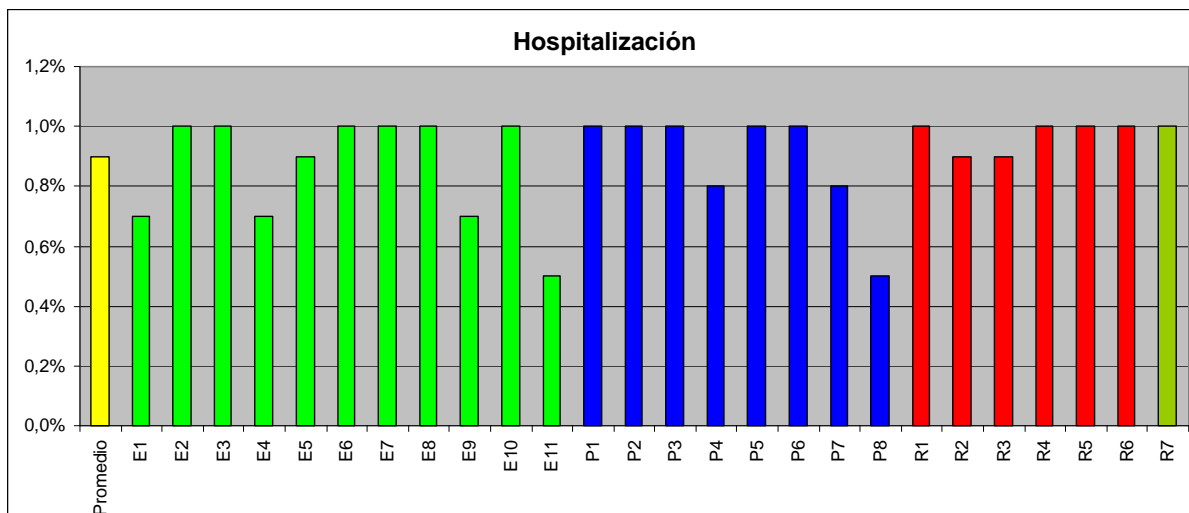
Fuente: Encuesta. Servicio de Pediatría. HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

En la referencia y contrareferencia los ítems de proceso tienen el valor más bajo, respecto al seguimiento de las mismas y a la evaluación de la calidad de atención que se brinda en ellas (0,2%); esta actividad no se realiza, salvo cuando se trata de pacientes NN, indigentes o de familiares del personal por eso quizá es este valor muy bajo; en cuanto a los ítems de estructura y resultado los valores oscilan entre el 80 y 100%. El puntaje de 80% en el parámetro de referencia y

contrarreferencia lo ubica al servicio dentro de bueno y/o excelente (Ver gráfico No 35).

Gráfico No 36
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. 2007



Fuente: Encuesta. Servicio de Pediatría. HEE.

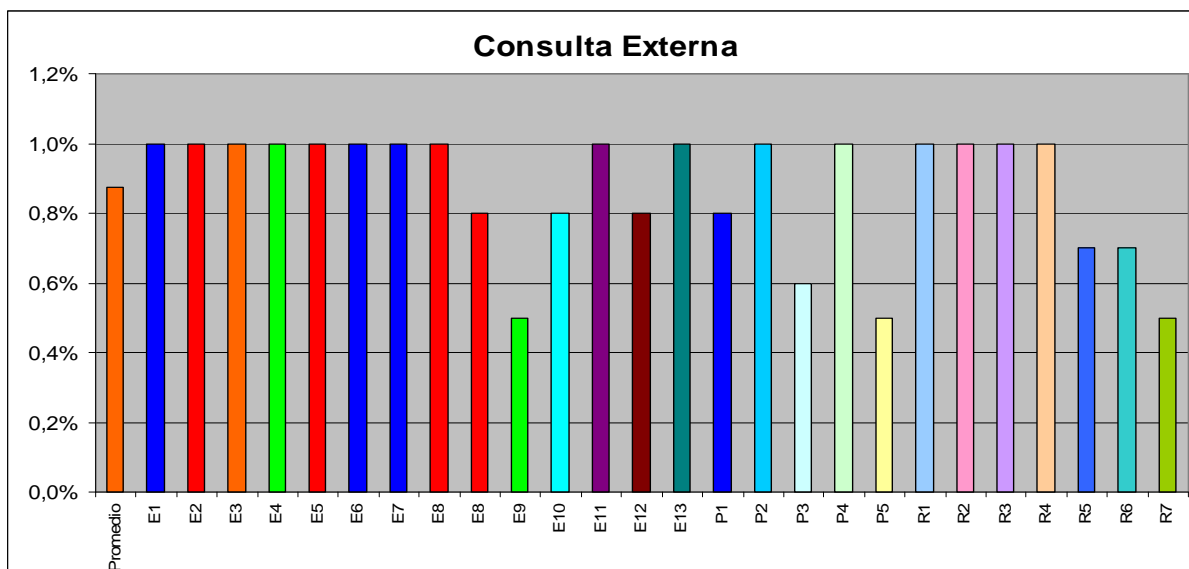
Elaboración: Rocío Ayala H.

En hospitalización, se observa que existen más ítems de estructura que de proceso y resultado y el 60% de ellos tienen un valor de 100%, en tanto que el valor más bajo (50%) corresponde, a la existencia de protocolos de manejo de la morbilidad más frecuente en el servicio, este resultado es el mismo para el ítem referente al análisis de los informes estadísticos para la planificación y programación de las actividades del servicio. Lo descrito corrobora la falta de planificación y programación en el Servicio de Pediatría; el valor promedio alcanzado es de 90% que corresponde a bueno y/o excelente (Ver gráfico No 36).

En consulta externa, el valor más bajo es de 50%, respecto a citas programadas en base a pautas o normas fijadas por la institución, reservas por teléfono, el resto son valores entre el 80 y el 100%, concluyendo que la organización de la atención médica en la consulta externa es buena; en lo referente al análisis de los informes estadísticos, para la planificación y programación de las actividades del servicio el valor también es de 50% y respecto al análisis periódico de la historias clínicas para verificar el manejo correcto de los pacientes con relación a los

protocolos existentes el valor es de 60%, con lo que se confirma una escasa planificación en este servicio (Ver gráfico No 37).

Gráfico No 37
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. 2007.



Fuente: Encuesta. Servicio de Pediatría. HEE.

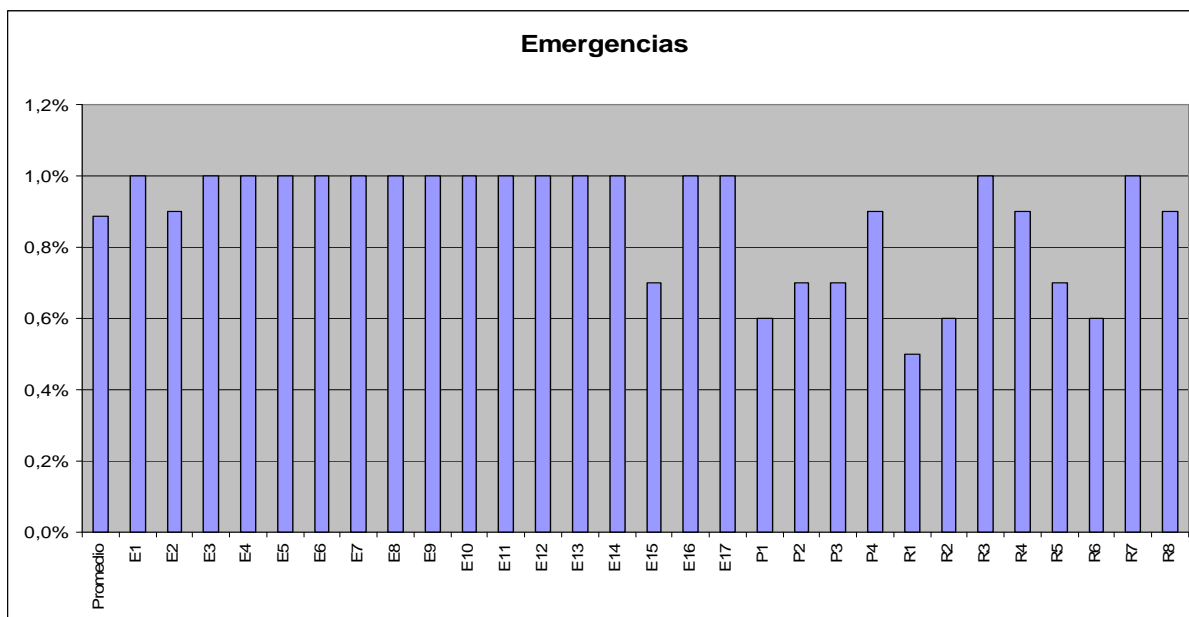
Elaboración: Rocío Ayala H.

Respecto a los ítems de resultado los valores alcanzados son buenos (70 y 100%) excepto en lo relacionado al 95% de pacientes que cumplen con las citas programadas (50%), esta situación nos hace pensar en el poco o casi ningún interés que nuestra población le da a la salud (Ver gráfico No 37).

En emergencias podemos ver que todos los ítems de estructura se encuentran entre los rangos bueno y excelente, a no ser por la existencia del 100% de protocolos para el manejo de la morbilidad más frecuente, en los ítems de proceso se denota una escasa planificación y programación de las actividades del servicio P1 (60%), en los ítems de resultado los valores bajos tienen que ver con tiempos de espera para la atención, para recibir una íterconsulta de especialidad y satisfacción de los usuarios respecto a la atención recibida (Ver gráfico No 38).

Gráfico No 38

HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. 2007.

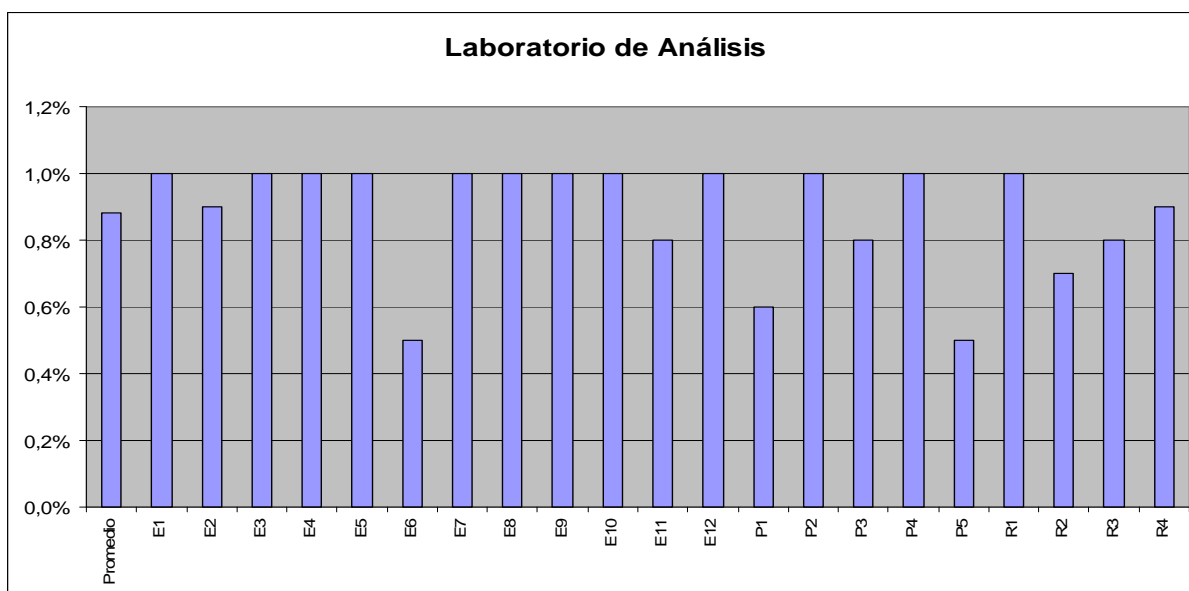


Fuente: Encuesta. Servicio de Pediatría. HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Gráfico No 39

HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. 2007.



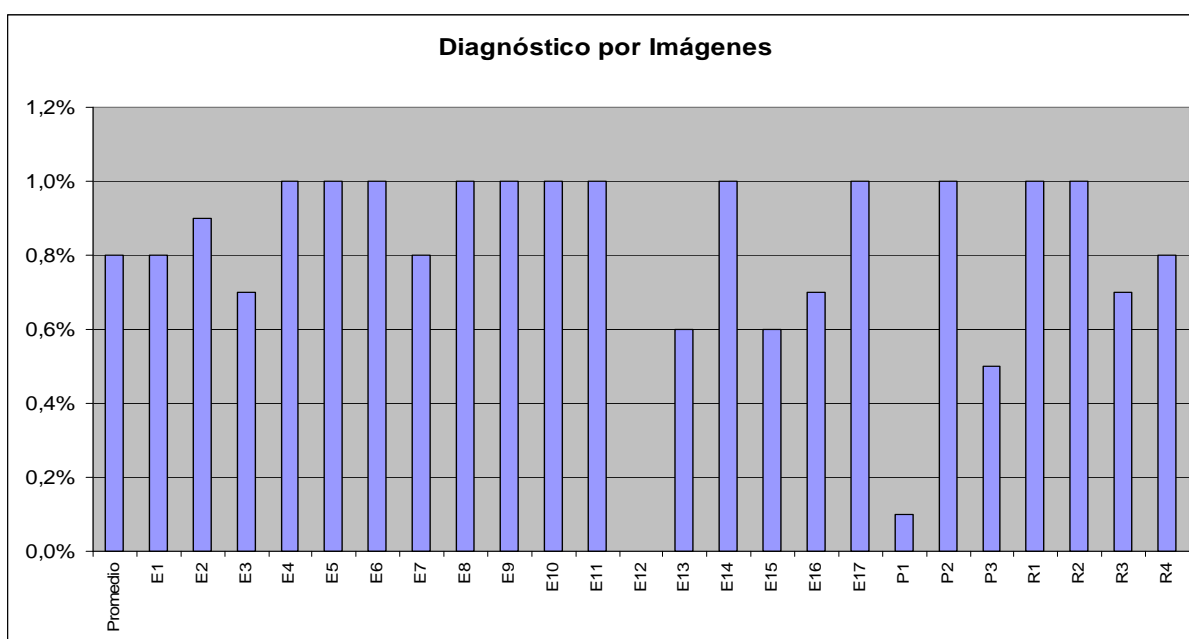
Fuente: Encuesta. Servicio de Pediatría. HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

En este gráfico podemos ver que el menor porcentaje tiene relación con la satisfacción y atención de todas las demandas de los servicios del hospital durante las 24h, esto se debe a que el laboratorio funciona al ciento por ciento

únicamente el turno de la mañana de lunes a viernes, en tanto que en los demás horarios y fines de semana, la atención es sólo emergencias y solo exámenes de rutina, también es notoria la falta de participación en programas de control de calidad externa (50%), así como también la demora en reportar los exámenes de emergencia, por este hecho hay una insatisfacción respecto a la atención recibida (Ver gráfico No 39).

Gráfico No 40
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. 2007.



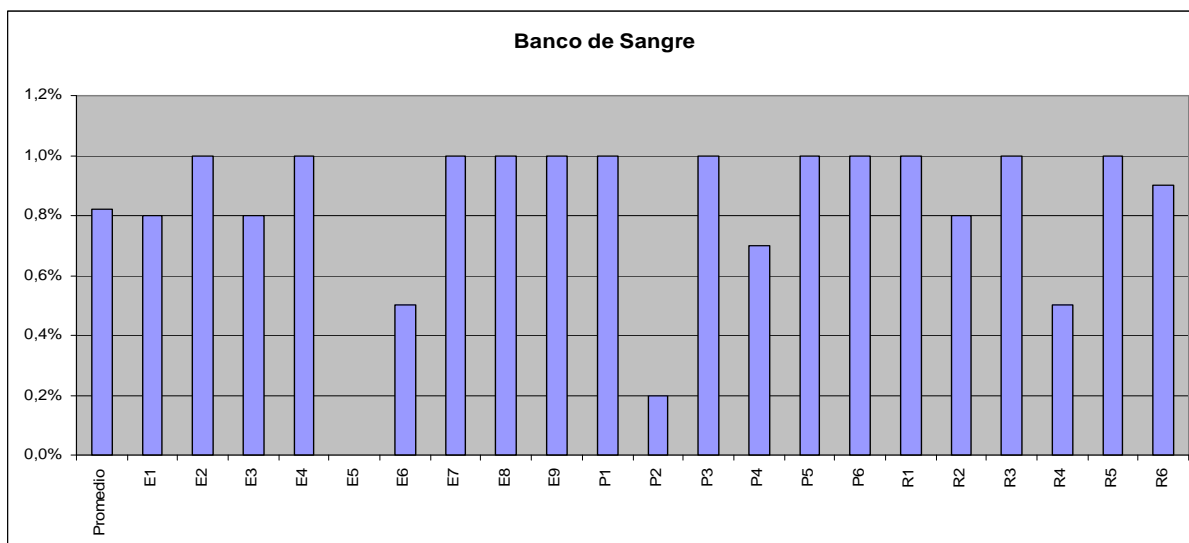
Fuente: Encuesta. Servicio de Pediatría. HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

En lo referente a diagnóstico por imágenes, el valor promedio alcanzado es de 0,8%, en tanto que el valor mínimo corresponde al ítem referente a, que si lo radiólogos intervienen en la indicación del estudio diagnóstico más adecuado para cada caso (50%), luego se encuentra el ítem correspondiente a una falta de equipos de alta tecnología (60%), en tanto que la mayoría de los ítems tienen valores correspondientes al 100%; E 12 no se grafica porque este servicio no cuenta con equipo de tomografía axial computarizada. (Ver gráfico No 40).

Gráfico No 41

HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. 2007.



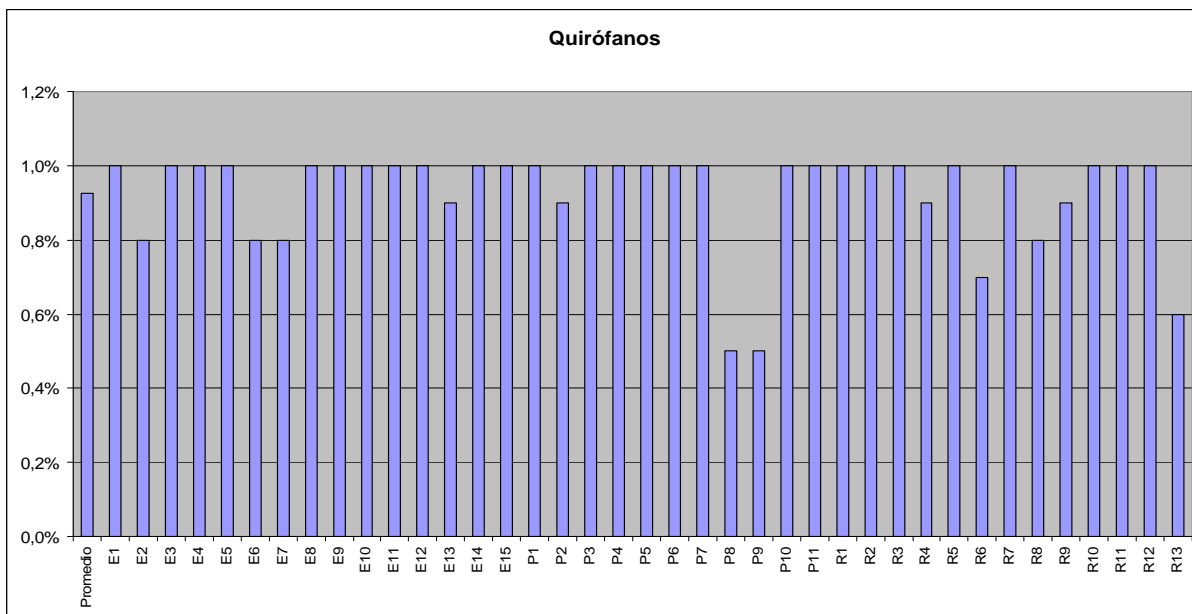
Fuente: Encuesta. Servicio de Pediatría. HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

En cuanto al Banco de Sangre, se puede apreciar que existe un valor de 20% respecto a si es centro de referencia de otros establecimientos, esto es porque este servicio es realmente nuevo en el HEE. Quizá es centro de referencia del Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora" pero no más en vista de que es un servicio que se está creando, por otra parte los valores de 50% respecto a si atiende el 100% de las referencias de otros establecimientos y si cuenta con un manual de normas y procedimientos se deba a esta misma razón; finalmente este rubro tiene un promedio de 80% que lo ubica entre bueno y/o excelente (Ver gráfico No 41). E5 no grafica porque no existe un organigrama que define las relaciones del personal.

Quirófanos, tiene un promedio de 90% que lo ubica entre bueno y/o excelente (Ver gráfico No 42). excepto en lo que se refiere al análisis periódico de la descripción operatoria con el objeto de verificar la concordancia con los protocolos y a la investigación de casos de pacientes reintervenidos o con accidentes quirúrgicos cuyos valores son de 50% en los dos casos, denotándose una falta de planificación y programación; otro valor bajo es de 60% y corresponde a si el índice de transfusiones preparadas y transfusiones cumplidas es menor de dos, esto es porque la mayoría de cirugías de emergencia son grandes, graves y ponen en riesgo la vida de los pacientes.

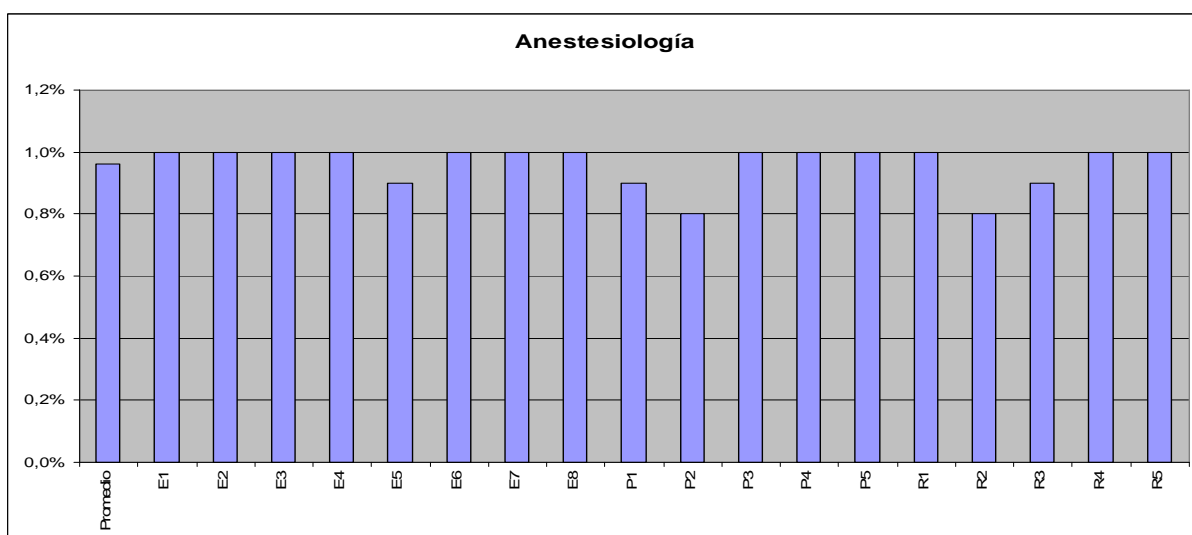
Gráfico No 42
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. 2007.



Fuente: Encuesta. Servicio de Pediatría. HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Gráfico No 43
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. 2007.



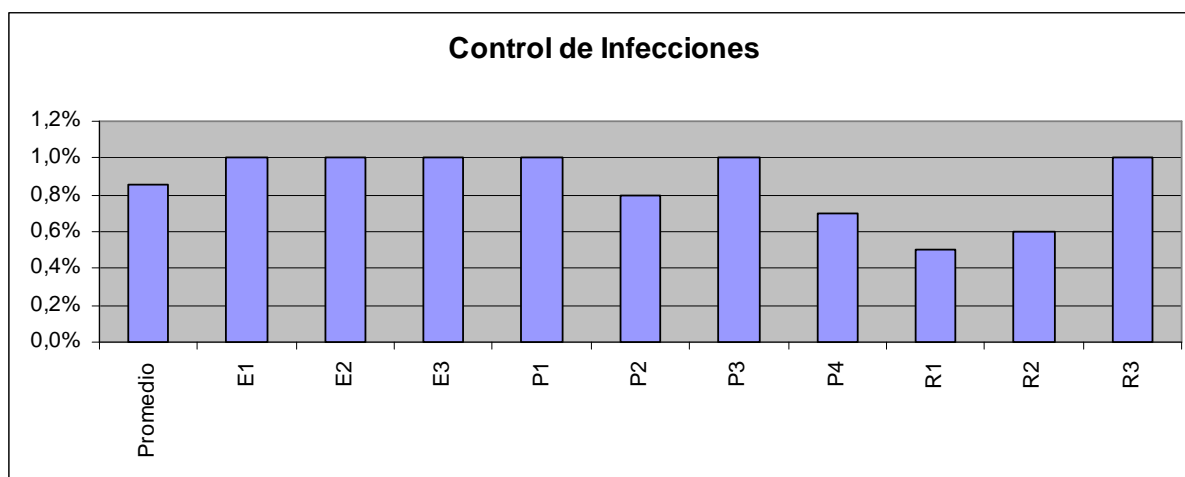
Fuente: Encuesta. Servicio de Pediatría. HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

En este gráfico se puede ver, que anestesiología es uno de los servicios excelentes del HEE., sus ítems tienen valores que oscilan entre 80 y 100%, lo que

le ha permitido alcanzar un promedio de 100% (Ver gráfico No 43). Cabe mencionar que estos servicios, anestesiología y quirófanos tienen estos promedios, en vista que el área del centro quirúrgico que los incluye, fue remodelada últimamente. Concluyendo su promedio es de 100%.

Gráfico No 44
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. 2007.



Fuente: Encuesta. Servicio de Pediatría. HEE.

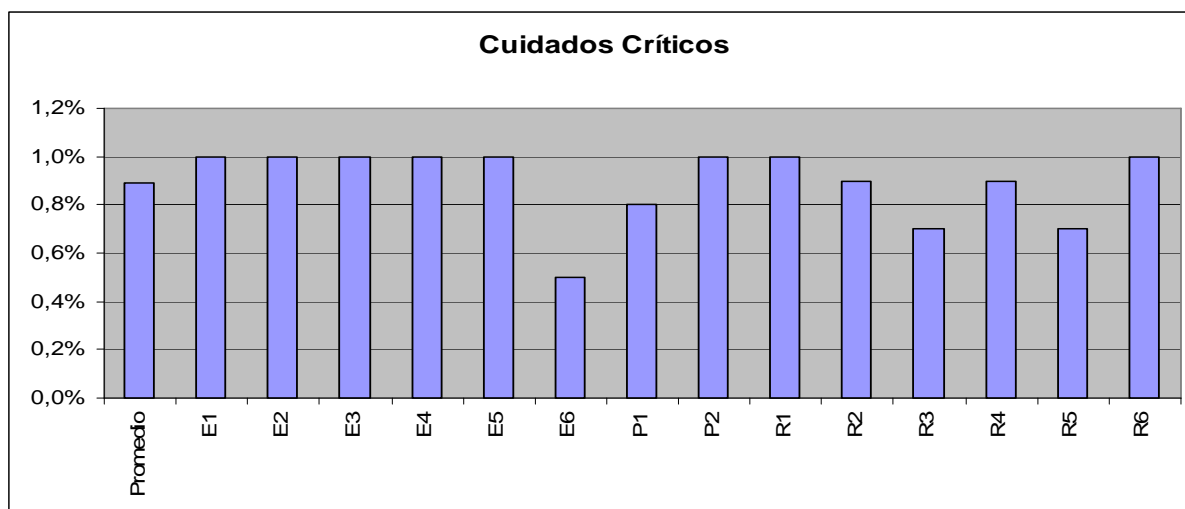
Elaboración: Rocío Ayala H.

Respecto al control de infecciones hospitalarias, en los ítems de resultado tiene los valores más bajos 50% respecto a si el índice de infecciones hospitalarias es menor del 5% y 60% en lo referente a si menos del 0,5% de los trabajadores de salud del hospital, enferman como consecuencia a exposiciones ocupacionales. Pues a pesar que se trata de un servicio nuevo en la institución tiene un promedio de 90%, que lo ubica dentro del rango bueno y/o excelente (Ver gráfico No 44).

A pesar que Pediatría casi no tiene relación con este servicio, debido a que no existe cuidados críticos para niños en el Hospital, cabe mencionarlo en vista de que esporádicamente se solicitan íterconsultas para solucionar ciertas emergencias; este servicio tiene un promedio de 90% que es bueno y/o excelente, pero es importante señalar que ciertos ítems relevantes como la existencia de políticas y planes de adiestramiento periódicos al personal tienen un valor de 50%, también la satisfacción de los pacientes y familiares con la atención recibida

tiene un porcentaje de 70% y si la mortalidad hospitalaria no es mayor del 6%, tiene el mismo valor, lo que permite concluir que a pesar de estar ubicado como un servicio bueno y/o excelente le falta cubrir estas deficiencias muy importantes para alcanzar un nivel de calidad necesario en tratándose de una área crítica. (Ver gráfico No 45).

Gráfico No 45
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. 2007.



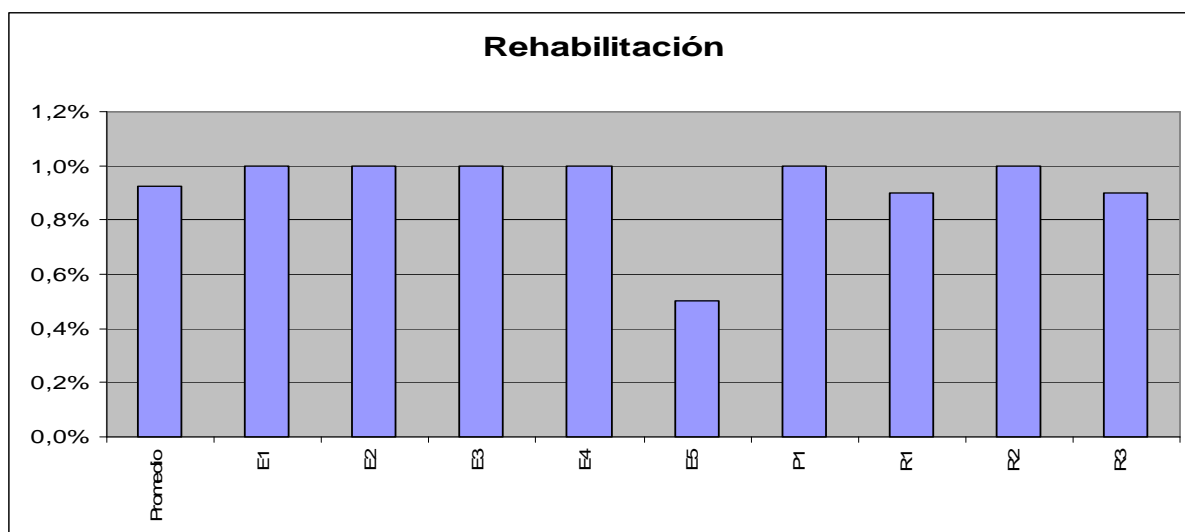
Fuente: Encuesta. Servicio de Pediatría. HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Rehabilitación tiene un promedio que le permite ubicarse entre bueno y/o excelente, es un servicio readecuado últimamente, los ítems tienen valores entre 90 y 100% a excepción de si el servicio cuenta con camas de hospitalización para tratamiento de larga estancia, cuyo valor es de 50% (Ver gráfico No 46). Este servicio no cuenta con camas pero si tiene pacientes en los diversos servicios cuya estancia depende de estos más no del servicio de rehabilitación.

En lo que tiene que ver con servicio social, el valor más bajo 50% correspondiente a si desarrolla actividades extramurales, como visitas domiciliarias, contactos comunitarios, relaciones institucionales e identificación de grupos de riesgo, es porque no cumple todos parámetros ya que visitas y contactos comunitarios casi no se realiza, quizá sea por falta de tiempo o por falta de interés; a pesar de ello también este servicio tiene un promedio de 90% (Ver gráfico No 47).

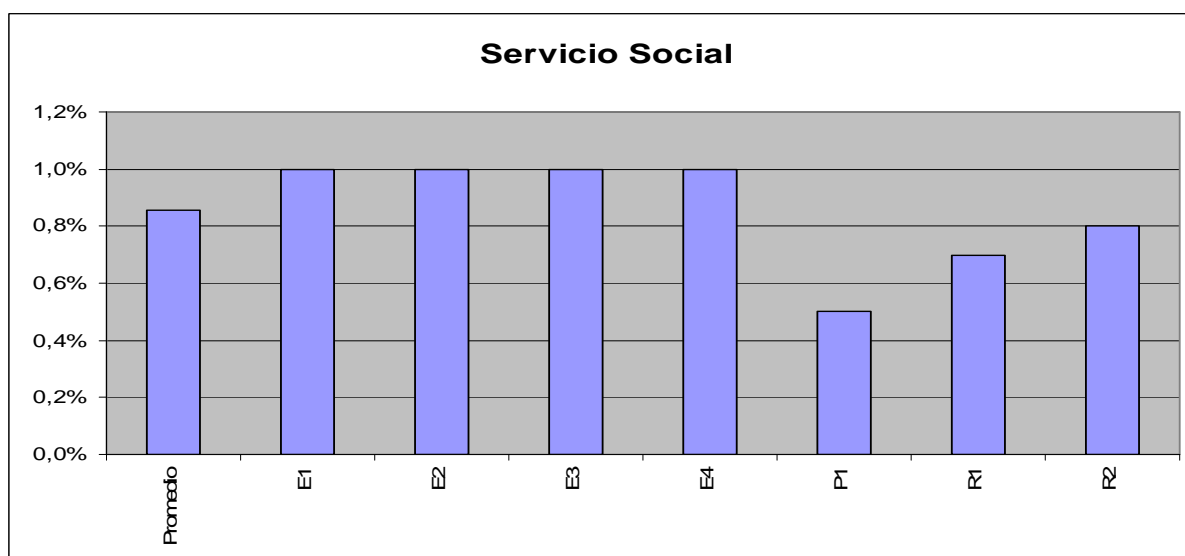
Gráfico No 46
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. 2007.



Fuente: Encuesta. Servicio de Pediatría. HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Gráfico No 47
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. 2007.



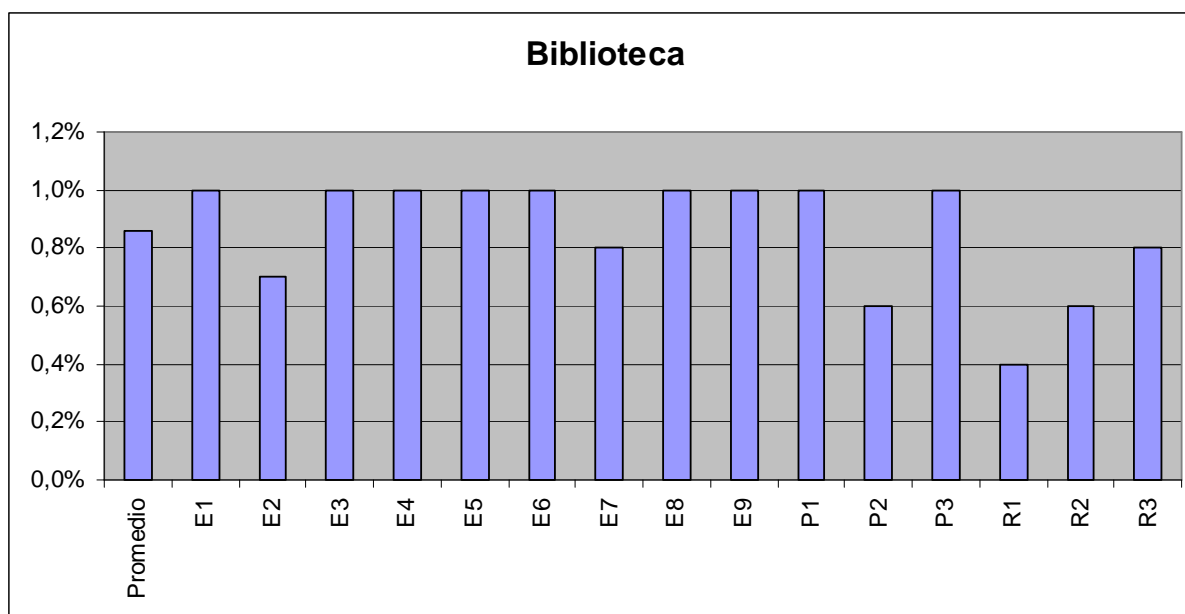
Fuente: Encuesta. Servicio de Pediatría. HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Respecto a Biblioteca se puede observar que hay poco interés por parte del personal (más del 75% del personal visita la biblioteca por lo menos una vez a la semana, 40%; más del 75% del personal se conecta a la biblioteca virtual por lo menos una vez a la semana, 60%) así como también, por parte de la dirección (existe un programa de incorporación de material bibliográfico por parte de la

dirección médica y a propuesta del equipo de salud de este establecimiento, 60%); a pesar de estos inconvenientes el promedio en este rubro es de 90% (Ver gráfico No 48).

Gráfico No 48
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. 2007.



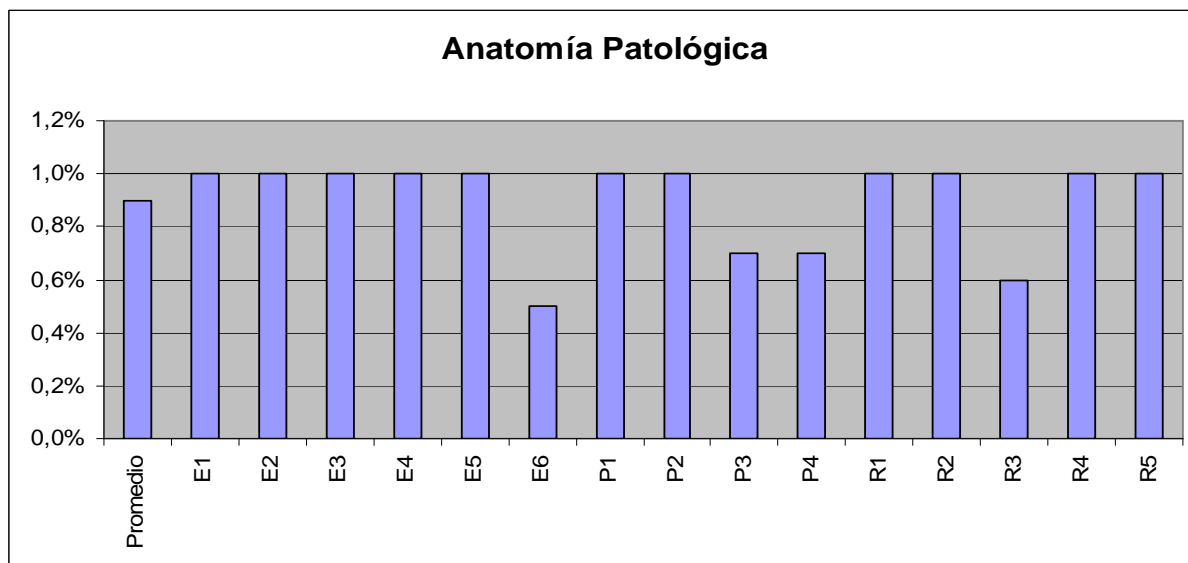
Fuente: Encuesta. Servicio de Pediatría. HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

En Anatomía Patológica, uno de los valores más bajos 50%, corresponde a la presencia de personal de saneamiento ambiental las 24h, es indispensable mencionar que este servicio labora 8 horas diarias y cuenta con personal en mención únicamente 6 horas diarias, también en lo que se refiere a la participación en el 100% de las reuniones ínter departamentales (casos anatomoclínicos) con frecuencia semanal o cuando sea necesario tiene un valor de 60% en vista de que esta participación es esporádica previa programación; otros de los ítems que caben mencionar son: la realización de biopsias transoperatorias (70%) y la aplicación de normas y protocolos para el procesamiento de los resultados requeridos (70%). A pesar de estas deficiencias este rubro tiene un promedio de 90% que es bueno y/o excelente (Ver gráfico No 49).

Gráfico No 49

HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. 2007.

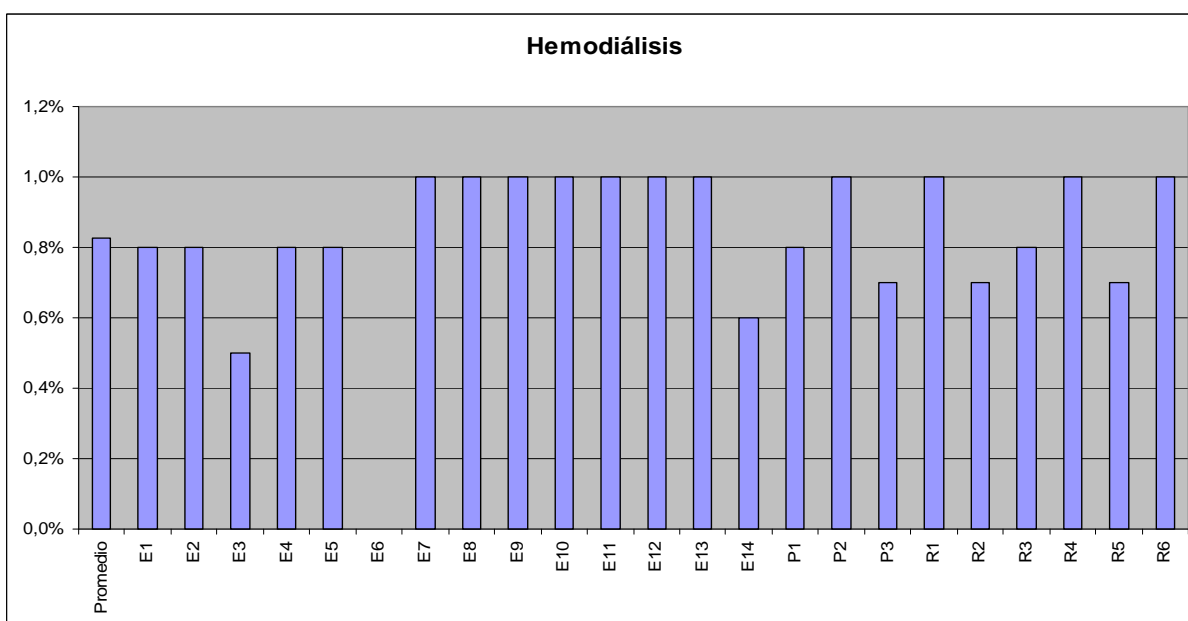


Fuente: Encuesta. Servicio de Pediatría. HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Gráfico No 50

HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. 2007.



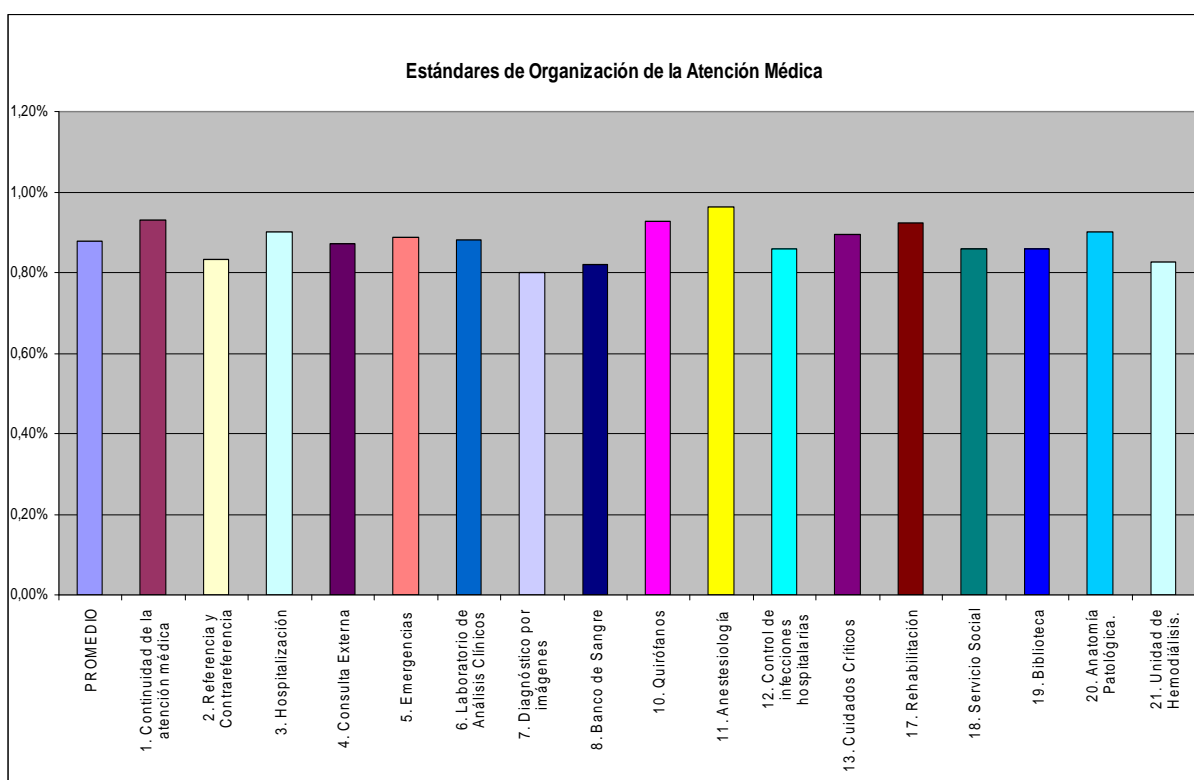
Fuente: Encuesta. Servicio de Pediatría. HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

A pesar de que esta unidad no tiene relación con el servicio de Pediatría es menester mencionar ya que el hospital cuenta con este servicio. Llamen la atención ciertos valores como 0% en lo que se refiere a si la unidad cuenta con una planta de tratamiento de agua, luego un valor de 50% respecto a si el área de

los pacientes cuenta con ambiente diferenciado físicamente para el tratamiento de pacientes con enfermedades infecciosas adquiridas por vía sanguínea (VIH., hepatitis u otras), la existencia de normas y protocolos de procedimientos; ítems que no han sido tomados en cuenta con la debida importancia, el resto de ítems tienen valores que van desde el 70 hasta el 100%, lo que le ha permitido alcanzar un promedio de 80%, uno de los promedios más bajos dentro de la organización de la atención médica en el HEE. E6, no grafica porque este servicio no cuenta con una planta de tratamiento de agua. (Ver gráfico No 50).

Gráfico No 51
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. 2007.



Fuente: Encuesta. Servicio de Pediatría. HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

La organización de la atención médica en el Servicio de Pediatría del HEE. Se encuentra entre los límites de bueno y excelente en vista de que su promedio es de 0,88% equivalente al 90, la mayoría de los parámetros evaluados dentro de este ítem se encuentran entre 82 y 93%, el parámetro que sale de este rango es el "Anestesiología" con un puntaje equivalente a 0,96 %, en tanto que el

parámetro que menor puntaje alcanzó, es el de referencia y contrarreferencia equivalente al 82%.(Ver Tabla No 37, gráfico No 51).

Tabla No 37
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA, ESTANDARES, ORGANIZACIÓN
DE LA ATENCIÓN MÉDICA AÑO 2007.

ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA	VALOR
ESTÁNDARES	0,90%
1. Continuidad de la atención médica	0,93%
2. Referencia y Contrarreferencia	0,82%
3. Hospitalización	0,90%
4. Consulta Externa	0,87%
5. Emergencias	0,89%
6. Laboratorio de Análisis Clínicos	0,88%
7. Diagnóstico por imágenes	0,80%
8. Banco de Sangre	0,82%
10. Quirófanos	0,93%
11. Anestesiología	0,96%
12. Control de infecciones hospitalarias	0,86%
13. Cuidados Críticos	0,89%
17. Rehabilitación	0,92%
18. Servicio Social	0,86%
19. Biblioteca	0,86%
20. Anatomía Patológica.	0,90%
21. Unidad de Hemodiálisis.	0,83%

Fuente: Encuesta. Servicio de Pediatría. HEE.

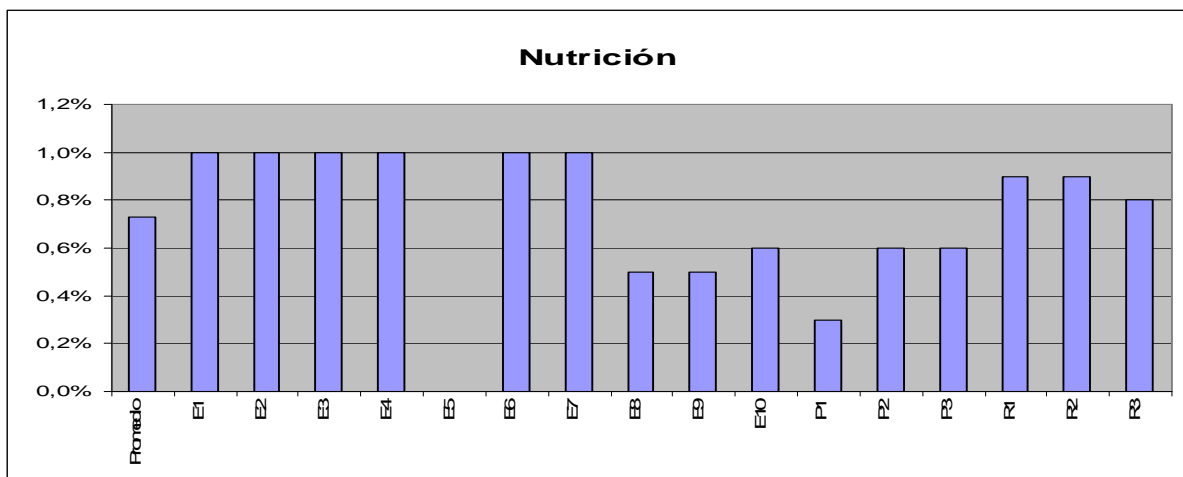
Elaboración: Rocío Ayala H.

3.4.9.2 Estándares de Áreas Técnicas y de Apoyo

Respecto al área de nutrición, se concluye que tiene ítems cuyos valores son bajos, especialmente en lo que se refiere a la participación de la o el nutricionista en la revisión de casos clínicos, visita diaria a los pacientes y la verificación del cumplimiento de los regímenes nutricionales de acuerdo a las patologías de los pacientes (Ver gráfico No 52, P14, 15 y 16), los valores más bajos de 0 a 50%, están en los ítems de estructura con respecto a: la capacidad para efectuar alimentación parenteral y enteral, capacidad para diseñar regímenes especiales para pacientes ambulatorios y la existencia de una unidad de soporte nutricional. Situaciones estas que lo han ubicado a este parámetro con un promedio de 69%. E5 no se grafica porque no cuenta con una consulta externa de nutrición y

dietética, atendida por una nutricionista; (Ver gráfico No 52), dentro del rango aceptable pero que puede mejorar.

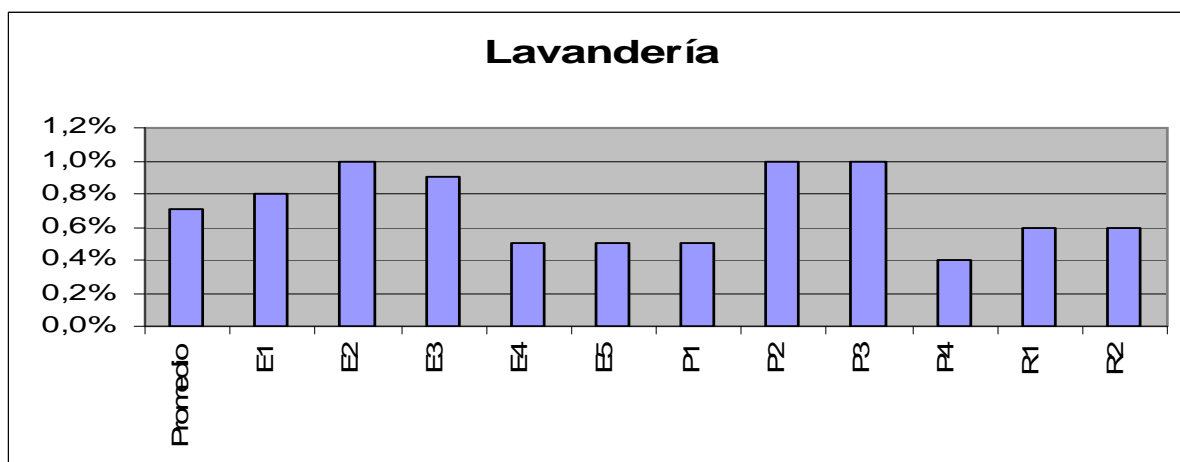
Gráfico No 52
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. 2007.



Fuente: Encuesta. Servicio de Pediatría. HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Gráfico No 53
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. 2007.

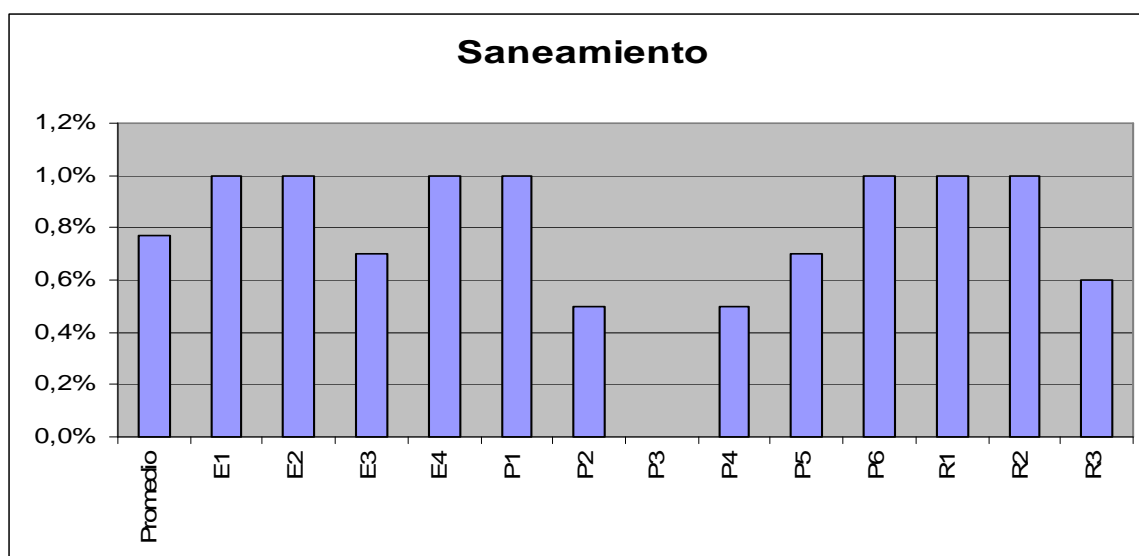


Fuente: Encuesta. Servicio de Pediatría. HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Lavandería, tiene ítems con valores bajos los cuales le han permitido alcanzar un promedio del 71% (Ver gráfico No 53), obteniendo una calificación de aceptable pero que puede mejorar, cuyo promedio es de 71%.

Gráfico No 54
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. 2007.



Fuente: Encuesta. Servicio de Pediatría. HEE.

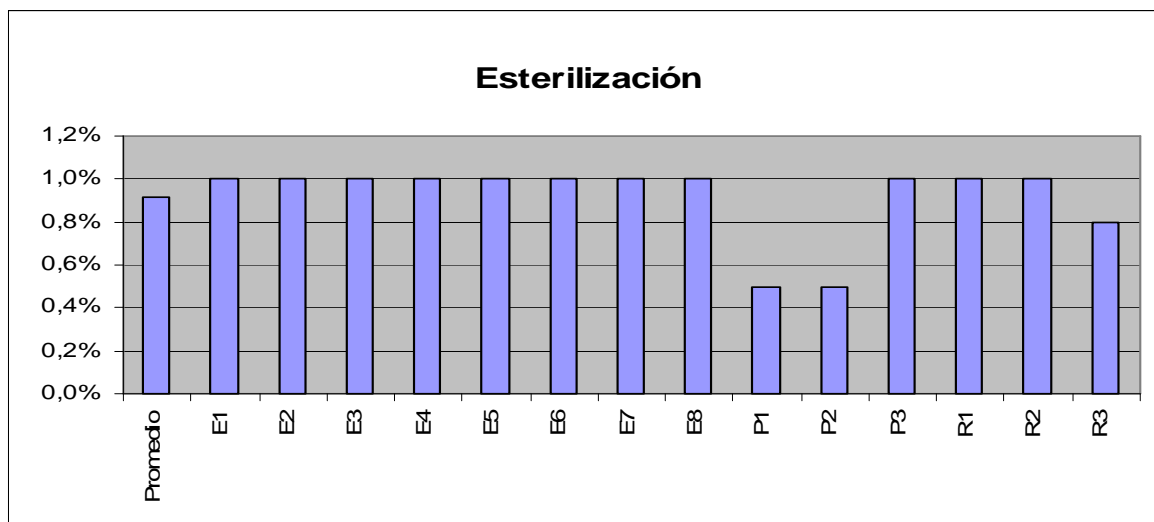
Elaboración: Rocío Ayala H.

Respecto a saneamiento, se puede decir que hay ausencia de la verificación regular de la eficacia y riesgos a la salud como resultado del uso indiscriminado de los productos de limpieza, en si, no se le da la debida importancia a las normas generales de saneamiento, como la prohibición del barrido en seco , excepto casos especiales como consultorios o circulación pública, la existencia de normas para el tratamiento específico de elementos o excretas potencialmente contaminantes (hepatitis B, SIDA, salmonelosis) cuyo valor es de 50%, por otra parte hay una insatisfacción de los pacientes respecto a la ropa limpia ya que el valor alcanzado es el 60% (Ver gráfico No 54). Algo muy importante que se debe mencionar es que P3 no se grafica debido a que no se verifica regularmente la eficacia y riesgos a la salud como resultado del uso indiscriminado de los productos de limpieza; quizá estas situaciones evidentes crean la urgencia de tomar medidas al respecto.

Esterilización, se observa que únicamente dos ítems tienen un valor de 50%, en lo que tiene que ver a si se lleva a cabo un proceso de capacitación y actualización permanente de los recursos humanos y a si se efectúan controles biológicos de acuerdo a la normativa vigente; el resto de los ítems tienen valores desde 80

hasta el 100%, lo que nos da una pauta de que este servicio se encuentra entre bueno y /o excelente cuyo promedio es de 91%.(Ver gráfico No 55).

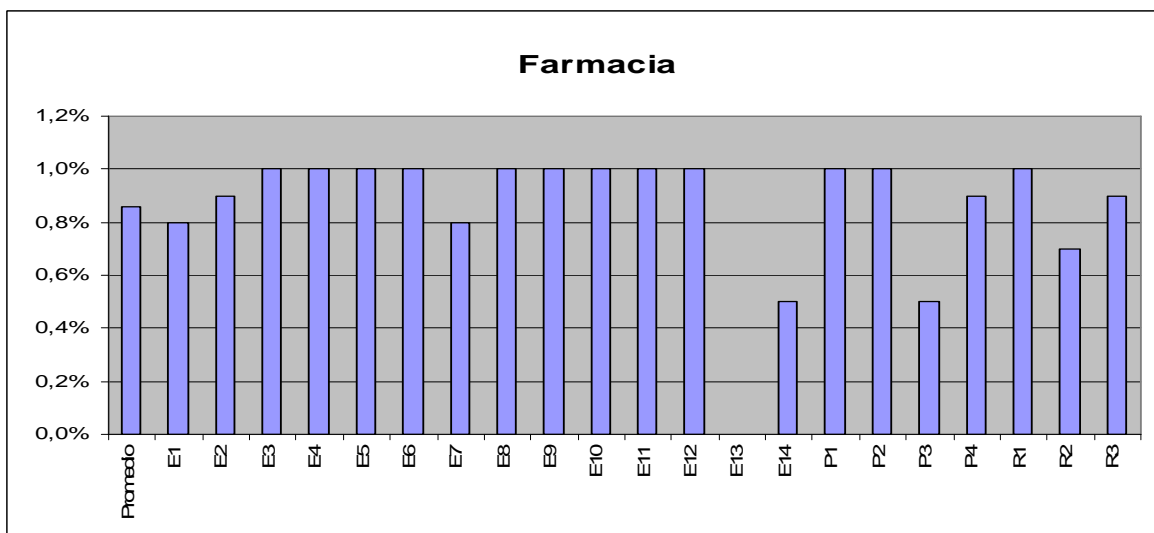
Gráfico No 55
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. 2007.



Fuente: Encuesta. Servicio de Pediatría. HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Gráfico No 56
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. 2007.



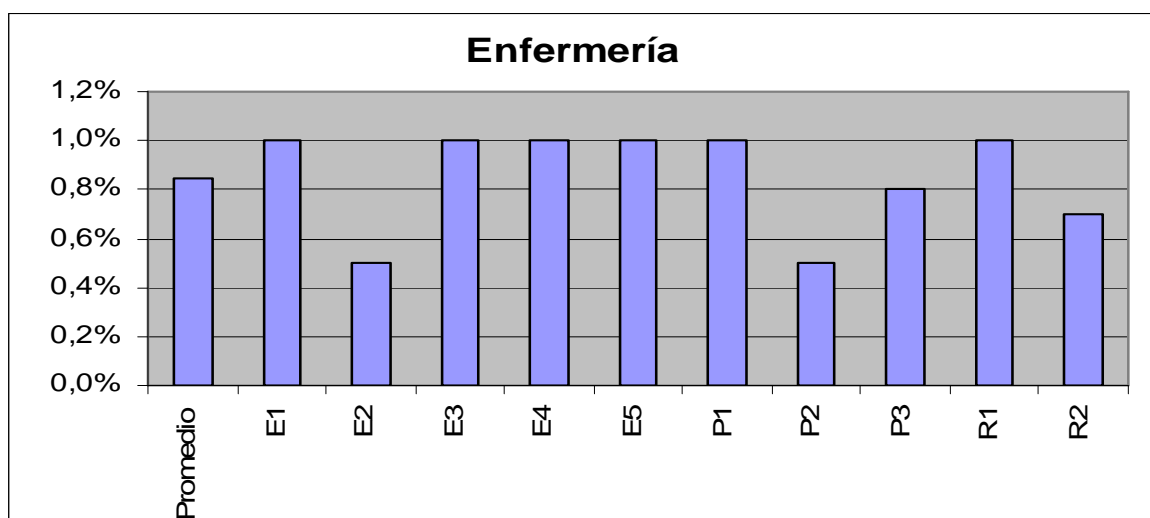
Fuente: Encuesta. Servicio de Pediatría. HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Farmacia, algo muy importante es que no cuenta con servicios de docencia e investigación clínica (valor 0%), el manual de normas y procedimientos se encuentra desactualizado, no todos los procedimientos constan por lo que su

valor es de 50%; el resto de ítems valorables se encuentra con valores comprendidos entre 80 y 100%, de allí que el promedio es de 86%, lo que le ubica al servicio entre bueno y/o excelente. E13 no se grafica porque Farmacia, no cuenta con servicios de docencia e investigación clínica. (Ver gráfico No 56).

Gráfico No 57
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. 2007.



Fuente: Encuesta. Servicio de Pediatría. HEE.

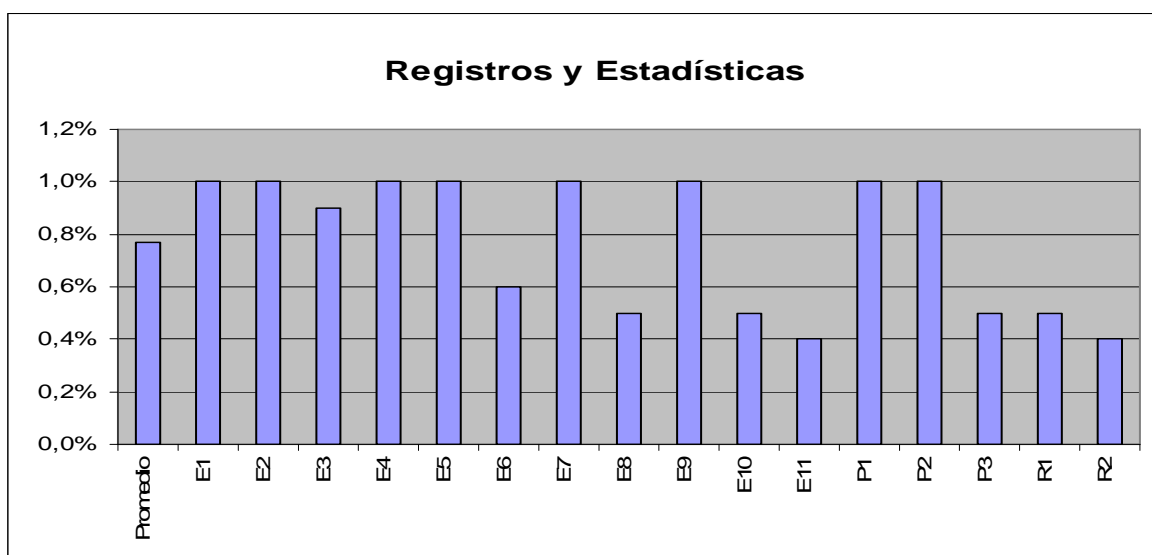
Elaboración: Rocío Ayala H.

Enfermería, lo que llama la atención es que el personal con menos de un año en la institución ha recibido instrucción específica sobre el funcionamiento del hospital sólo el 50%, lo que crea un desconocimiento del funcionamiento de la institución en la que se trabaja, por otra parte los registros en la historia clínica sobre la evolución de los pacientes se cumple únicamente en un 80% debido a la falta de recursos humanos en relación con el número de pacientes (50%), ítem que se relaciona directamente con la satisfacción de la atención de enfermería; otros ítems están entre buenos y/o excelentes cuyo promedio es 85% (Ver gráfico No 57).

En Registros y Estadísticas, se observan valores de 40% en cuanto a si se automatizado el servicio, más del 80% de historias clínicas de pacientes internados, se encuentran actualizadas al día anterior a la evaluación, esto se debe a que existe un gran número de historias clínicas y el personal no es

suficiente, no todos los registros estadísticos están actualizados al mes anterior, no existe en su totalidad, en forma regular un análisis cualitativo y cuantitativo de las historias clínicas, no hay un comité de historias clínicas responsable por la calidad, el registro y seguimiento del movimiento y ruta de las historias clínicas, existen personas encargadas al azar pero no un comité, esto también denota una falta de planificación y organización. El resto de ítems se encuentran entre los valores buenos y/o excelentes, alcanzando un promedio de 77% (Ver gráfico No 58).

Gráfico No 58
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. 2007.



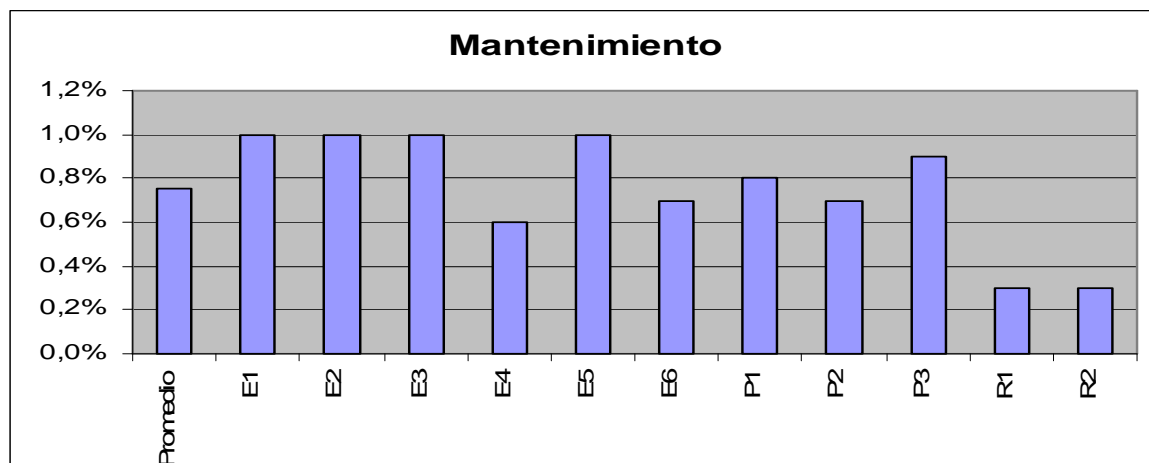
Fuente: Encuesta. Servicio de Pediatría. HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Mantenimiento, los valores más bajos 30% se refieren a que el 100% de las solicitudes de mantenimiento son atendidas antes de las 24 horas, y el 100% de las respuestas a los problemas de mantenimiento inician antes de cinco días hábiles; el valor correspondiente al 70% se refiere a que mantenimiento no cuenta con todos los departamentos mencionados y respecto a los equipos de mayor tecnología no tienen en su totalidad contrato preventivo y/o correctivo con empresas especializadas., el resto de ítems se encuentra dentro de los parámetros de bueno y/o excelente, con un promedio de 80% (Ver gráfico No 59)

Gráfico No 59

HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. 2007.

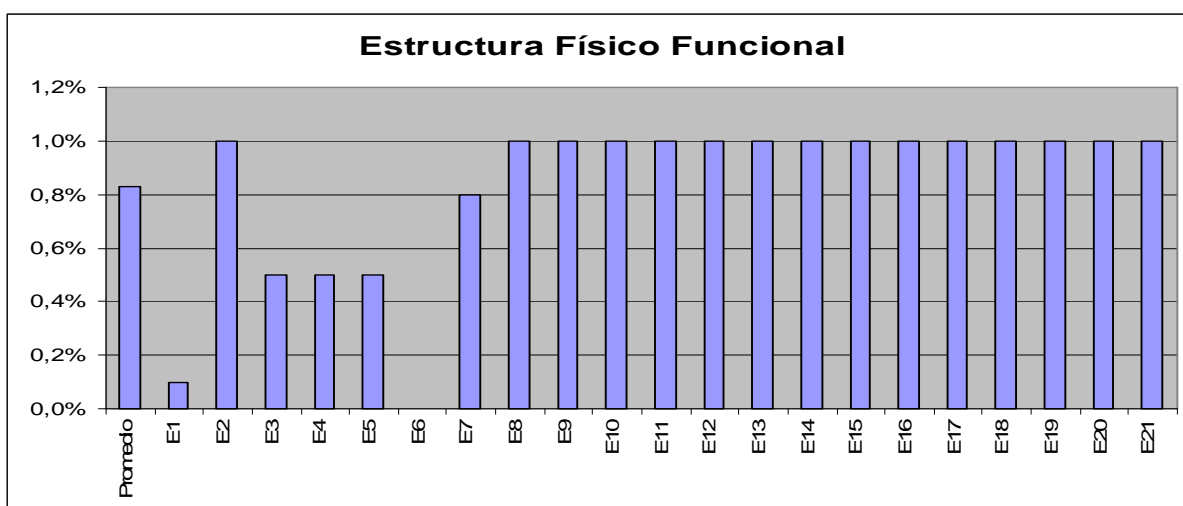


Fuente: Encuesta. Servicio de Pediatría. HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Gráfico No 60

HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. 2007.



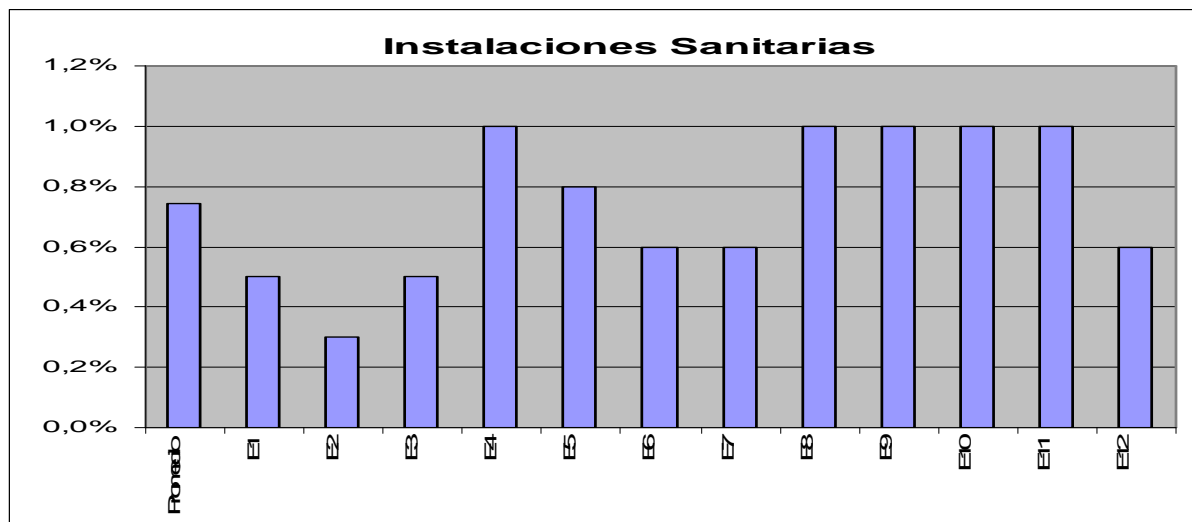
Fuente: Encuesta. Servicio de Pediatría. HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

En cuanto a estructura físico funcional, se puede observar que los valores más bajos son los que se refieren a si posee facilidades para circulación, ascenso y descanso de pacientes en condiciones de seguridad y protección adecuadas y cuenta además con barreras arquitectónicas, posee accesos diferenciados para vehículos y peatones y respecto a si posee acceso vehicular exclusivo para el servicio de emergencia con la debida señalización.(valor 50%), el resto de valores están dentro de lo bueno y/o excelente dando un promedio de 80%. E6 no se

grafica porque no tiene diferenciados los circuitos de circulación y no cuenta con la señalización adecuada. (Ver gráfico No 60).

Gráfico No 61
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. 2007.



Fuente: Encuesta. Servicio de Pediatría. HEE.

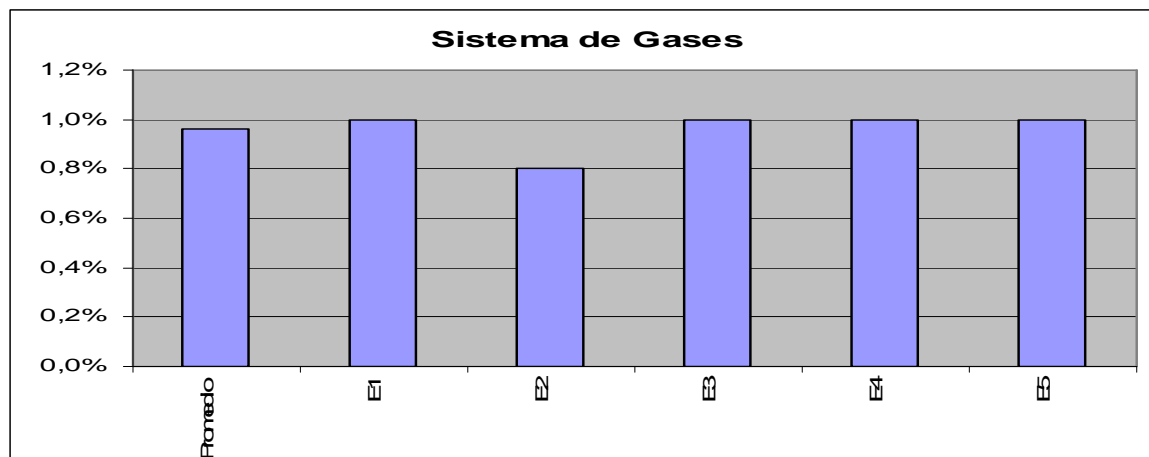
Elaboración: Rocío Ayala H.

Instalaciones Sanitarias, el valor más bajo 30% corresponde a que la dirección de mantenimiento tiene al menos 01 ficha de cada modificación, por más mínima que haya sido realizada en las instalaciones, equipos - artefactos sanitarios y accesorios de las instalaciones del hospital, 50% en lo que se refiere a que por lo menos tenga un juego completo de los planos, detalles y especificaciones originales y/o conformes a obra del hospital, 60% valor que corresponde a si existe un plan de racionamiento de agua en condiciones de emergencia y a si las instalaciones del hospital están realizadas según los planos y cumplen con las normas sanitarias, respecto a esto no son todas las instalaciones realizadas bajo planos y no cumplen con las normas sanitarias; el resto de ítems tienen valores dentro de lo bueno y/o excelente, alcanzando un promedio de 70% (Ver gráfico No 61), que lo ubica dentro de lo aceptable pero que puede ser mejorado.

En lo referente a sistemas de gases, es menester mencionar que recientemente se realizó un cambio de todas las tuberías por lo que todos los ítems valorados se

encuentran dentro de lo bueno y/o excelente alcanzando un promedio del 100%.(Ver gráfico No 62).

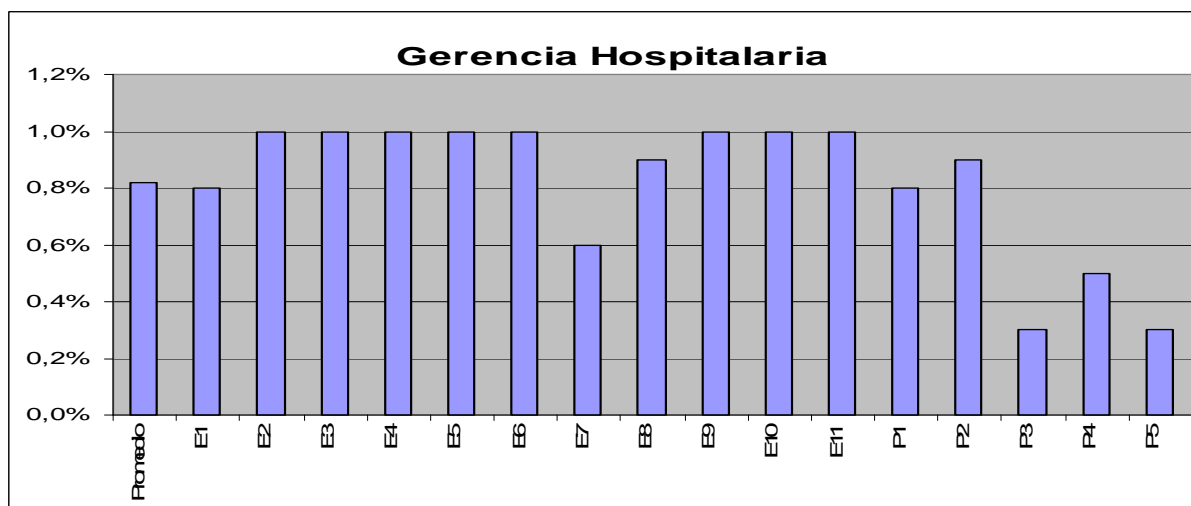
Gráfico No 62
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. 2007.



Fuente: Encuesta. Servicio de Pediatría. HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Gráfico No 63
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. 2007.



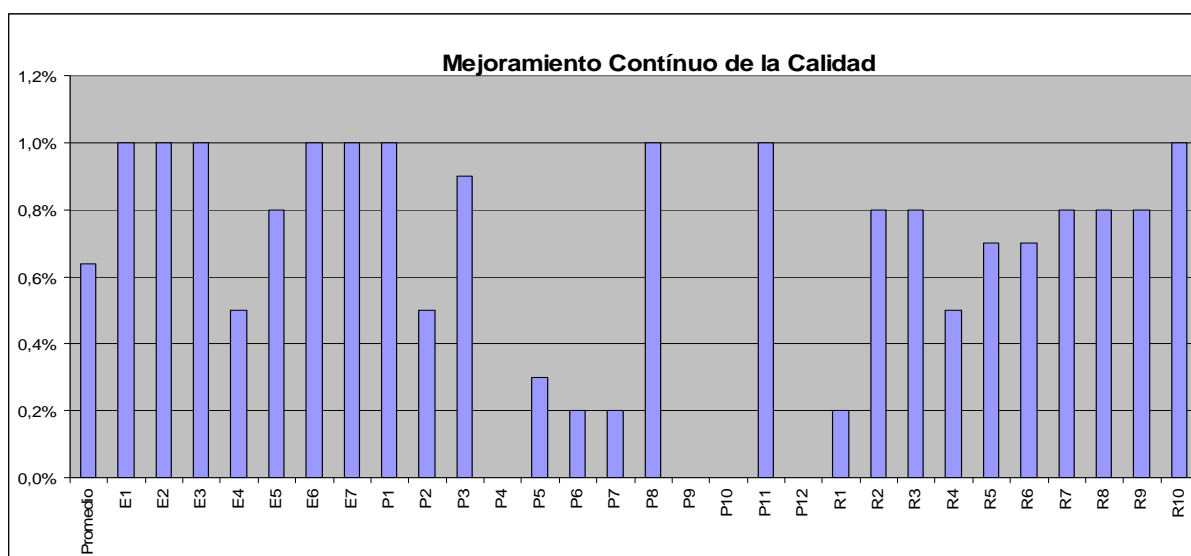
Fuente: Encuesta. Servicio de Pediatría. HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Respecto a gerencia hospitalaria, se puede apreciar que dentro de los ítems de proceso se encuentran los valores más bajos 30% en lo que tiene que ver con el desarrollo de un programa de mejora continua de los procesos basado en la evaluación sistemática de los resultados y la utilización de la información

estadística por parte de los directivos para hacerlas del conocimiento del resto de personas del servicio en reuniones periódicas, 50% valor que corresponde a si se hace del conocimiento de todo el personal médico y asistencial la información estadística y logros del servicio; el resto de ítems se encuentran con valores dentro de lo bueno y/o excelente lo que ha permitido obtener un promedio del 82% (Ver gráfico No 63).

Gráfico No 64
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. 2007.



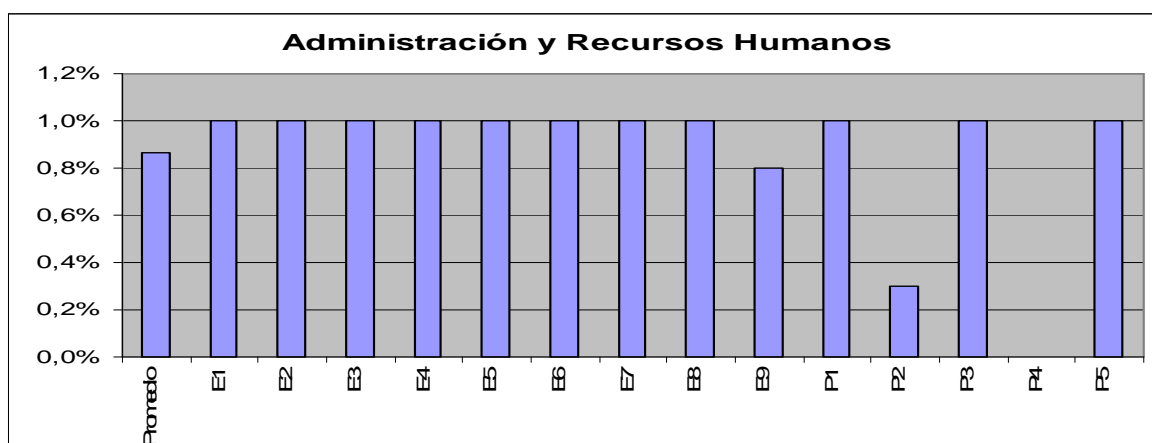
Fuente: Encuesta. Servicio de Pediatría. HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Referente al mejoramiento continuo de la calidad, se puede observar que en los ítems de estructura existen valores correspondientes al 0% respecto a: si se efectúa un seguimiento de la política de uso de antibióticos por departamentos, programa de humanización destinado a garantizar que las necesidades de los enfermos y sus familiares se satisfagan correctamente, análisis de la calidad de vida postingreso con alguna escala validada y a la realización de sesiones de análisis de la mortalidad en forma periódica; valores del 20% corresponden a si se realizan encuestas de satisfacción de los usuarios y si se investiga la morbilidad y las secuelas del proceso si las hay, dentro de los ítems de resultado el 20% es un valor asignado a si el 95% de los expedientes demuestra el cumplimiento con los protocolos de diagnóstico y tratamiento, 50% valor que se encuentra en los ítems de estructura, proceso y resultado (Ver gráfico No 64). 60%, valor asignado a si

se recopila y analiza información sobre costos de los procesos asistenciales, respecto a esto debo mencionar que lo realizan pero esporádicamente por una necesidad surgida; los ítems de estructura casi todos tienen un valor del 100%, el resto de ítems con valores que están dentro de lo considerado bueno y/o excelente, lo que ha permitido equilibrar alcanzando un promedio de 64%, ubicando este rubro dentro de los parámetros aceptables pero que se pueden mejorar (Ver gráfico No 64).

Gráfico No 65
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. 2007.

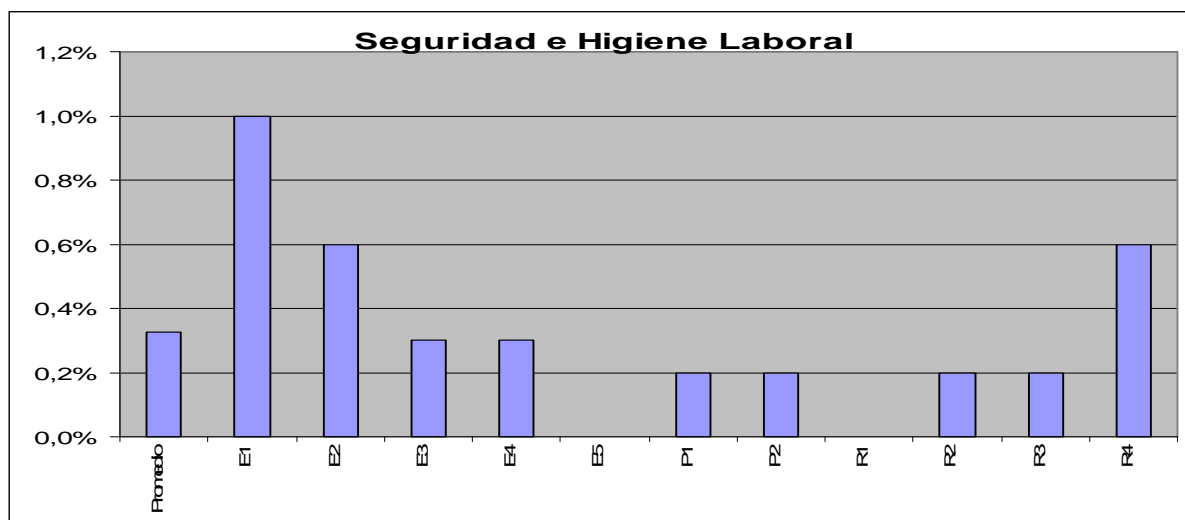


Fuente: Encuesta. Servicio de Pediatría. HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

En el gráfico No 65, los ítems de proceso demuestran valores bajos correspondientes a 0%, en lo referente a si el personal tiene acceso a incentivos en base al desempeño meritorio, 30% en lo referente a si los jefes de servicio participan en la elaboración del presupuesto, el resto de ítems tienen valores buenos y /o excelentes, cuyo promedio es de 86%, ubicándolo en el rango de bueno y/o excelente. P4 no se grafica porque dentro de este rubro, el ítem correspondiente a si el personal tiene acceso a incentivos en base al desempeño meritorio no se cumple. (Ver gráfico No 65).

Gráfico No 66
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. 2007.



Fuente: Encuesta. Servicio de Pediatría. HEE.

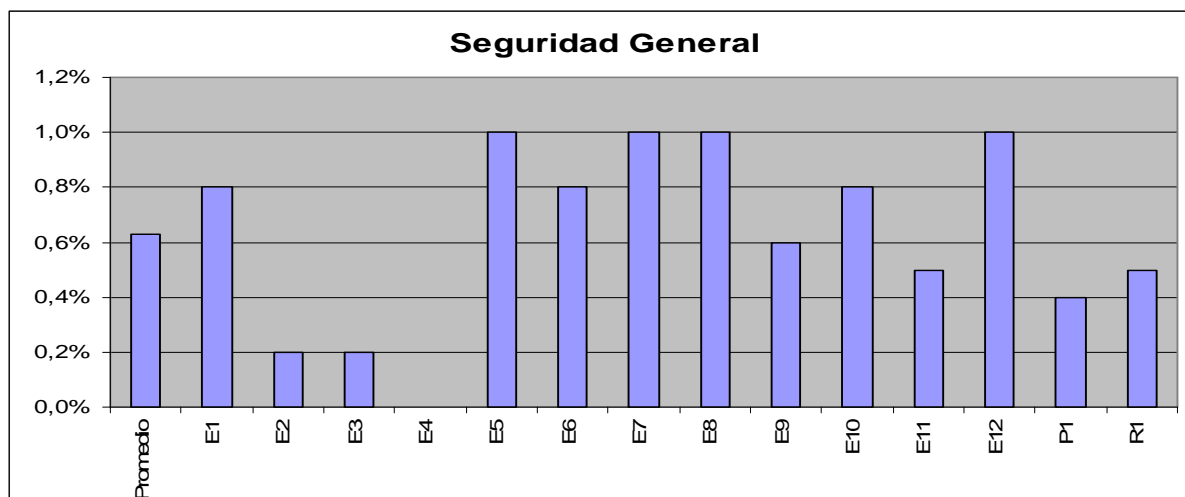
Elaboración: Rocío Ayala H.

Seguridad e Higiene Laboral, se puede concluir, que es lo peor que se maneja, puesto que sus ítems tienen valores muy bajos, 0, 20, y 30%, cuyo promedio es del 33%, que la seguridad e higiene laboral es a la que menos importancia se le ha dado, ya que ni siquiera se tiene un programa de prevención de accidentes de trabajo, tampoco un manual de procedimientos para garantizar la seguridad en el trabajo, de acuerdo a la normativa vigente. (Ver gráfico No 66), el promedio alcanzado 33% lo ubica como deficiente y debe mejorar.

Respecto a Seguridad General, se puede deducir que los ítems tienen valores bajos pero a pesar de ello el promedio alcanzado es de 64%, ubicándolo dentro de lo aceptable pero que puede mejorar (Ver gráfico No 67). Se puede concluir, señalando que este es uno de los rubros importantes para alcanzar la satisfacción del cliente y por ende conseguir mejora en la calidad de atención.

El gráfico No 68, concentra la información respecto a los estándares de áreas técnicas y de apoyo, pudiendo concluir que el de seguridad e higiene laboral es el que menos promedio tiene (33%) en oposición al de esterilización que es el que mayor promedio ha alcanzado (91%), el resto de estándares se encuentran la mayoría dentro de lo bueno y/o excelente con promedios comprendidos entre 75 y 100% y otros dentro de lo aceptable pero que deben ser mejorados, con promedios entre 50 a 74%. (Ver Tabla No 38 y gráfico No 68).

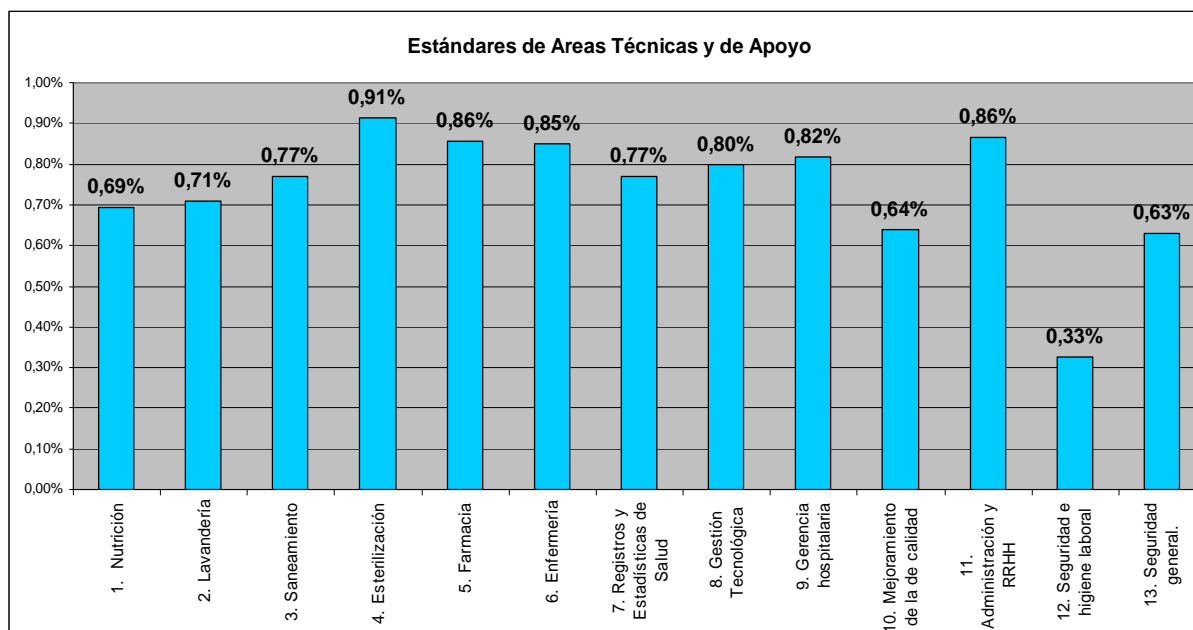
Gráfico No 67
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. 2007.



Fuente: Encuesta. Servicio de Pediatría. HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Gráfico No 68
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA. 2007.



Fuente: Encuesta. Servicio de Pediatría. HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Tabla No 38
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA, ESTANDARES, ÁREAS TÉCNICAS Y DE APOYO

AÑO 2007.

ESTANDARES	
II. AREAS TECNICAS Y DE APOYO	
PROMEDIO	VALOR
1. Nutrición	0,69%
2. Lavandería	0,71%
3. Saneamiento	0,77%
4. Esterilización	0,91%
5. Farmacia	0,86%
6. Enfermería	0,85%
7. Registros y Estadísticas de Salud	0,77%
8. Gestión Tecnológica	0,80%
9. Gerencia hospitalaria	0,82%
10. Mejoramiento de la de calidad	0,64%
11. Administración y RRHH	0,86%
12. Seguridad e higiene laboral	0,33%
13. Seguridad general.	0,63%

Fuente: Encuesta. Servicio de Pediatría. HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

3.4.10 DIAGNÓSTICO BASAL DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA HEE

Para medir la **calidad en el servicio de Pediatría** se utilizó la encuesta basada en el manual de vigilancia de la calidad con el fin de fortalecer la gestión, eficiencia y competitividad de sus propias estructuras, a su vez, liderizar el proceso interno que renueve la atención brindada con calidad, la cual, recibiría reconocimiento como un proveedor de servicios de atención de salud de calidad; también el proceso de la acreditación estimula el mejoramiento de la calidad y fortalece las habilidades gerenciales del equipo de cada servicio. El instrumento, pretende hacer un análisis de los aspectos administrativos del mismo.

1. Su estructura consta de 17 estándares, cada uno enfoca un área administrativa y/o gerencial importante para el buen funcionamiento del servicio que garantice el impacto en la salud de la población asignada al mismo.

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

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

3. El modo de responder las preguntas es con una de dos alternativas: afirmativa (SI) o negativa (NO), existe la posibilidad de anular una pregunta que no será tomada en cuenta en el momento de realizar el promedio del estándar y subestándar.

4. Es preciso recalcar que las preguntas que consten de dos o más partes deberán ser respondidas en su integridad y en forma total, es decir cada una de las partes debe ser coincidente con la respuesta asignada.

Descrita de esta manera la encuesta, a continuación las tablas y gráficos presentados permiten detallar la calidad de atención actual del Servicio de pediatría a través de un análisis de los aspectos administrativos del mismo. Su estructura consta de 17 estándares (Ver Tabla No 39 y Gráfico No 69).

3.4.10.1. Calificación del Servicio por Estándares y Grados

Al analizar la tabla No 39 y el gráfico No 69 que se presentan a continuación, se observa que la mayoría de los estándares se encuentran en el grado 1, es decir en un primer escenario sencillo considerando el grado de complejidad, siguiendo el grado 2 calificado como intermedio y los porcentajes menores corresponden al grado 3 que refleja un óptimo estado del servicio, concluyendo que hay mucho por hacer para alcanzar el grado de madurez, tomando en cuenta que cada sub estándar con respuesta positiva tiene un determinado porcentaje y está clasificado de acuerdo a una matriz ordenadora, se pudo llegar a determinar una calificación para la calidad técnica y administrativa, calidad humana y confort, o para la estructura, procesos y resultados del servicio.

HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA, CALIFICACIÓN DEL SERVICIO POR ESTÁNDARES Y GRADOS 2007.

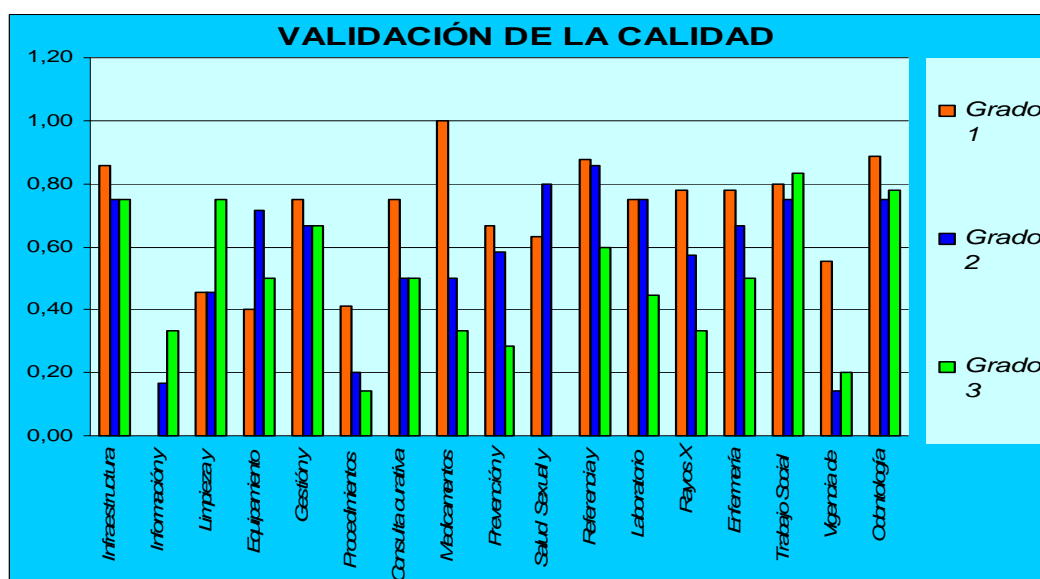
nombre	cod_est	Estándar	Grado 1	Grado 2	Grado 3
PEDIATRIA	01	Infraestructura	0,86	0,75	0,75
PEDIATRIA	02	Información y Señalización	0,00	0,17	0,33
PEDIATRIA	03	Limpieza y Mantenimiento	0,45	0,45	0,75
PEDIATRIA	04	Equipamiento	0,40	0,71	0,50
PEDIATRIA	05	Gestión y Organización de la Atención	0,75	0,67	0,67
PEDIATRIA	06	Procedimientos	0,41	0,20	0,14
PEDIATRIA	07	Consulta curativa	0,75	0,50	0,50
PEDIATRIA	08	Medicamentos	1,00	0,50	0,33
PEDIATRIA	09	Prevención y promoción	0,67	0,58	0,29
PEDIATRIA	10	Salud Sexual y Reproductiva	0,63	0,80	0,00
PEDIATRIA	11	Referencia y contrarreferencia	0,88	0,86	0,60
PEDIATRIA	12	Laboratorio Clínico	0,75	0,75	0,44
PEDIATRIA	13	Rayos X	0,78	0,57	0,33
PEDIATRIA	14	Enfermería	0,78	0,67	0,50
PEDIATRIA	15	Trabajo Social	0,80	0,75	0,83
PEDIATRIA	16	Vigencia de derechos y Admisión	0,56	0,14	0,20
PEDIATRIA	17	Odontología	0,89	0,75	0,78

Fuente: Encuesta de calidad. Servicio de Pediatría. HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Gráfico No 69

HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA, CALIFICACIÓN DEL SERVICIO POR ESTÁNDARES Y GRADOS 2007.

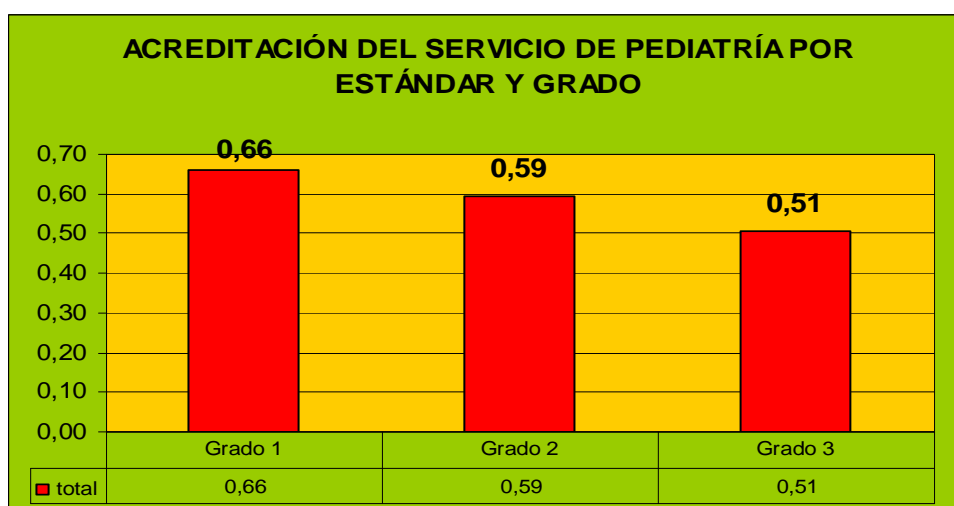


Fuente: Encuesta de calidad. Servicio de Pediatría. HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

El gráfico No 70, reafirma lo descrito anteriormente, el mayor porcentaje asignado a los estándares evaluados se encuentra en el grado 1 con un 66%, es importante mencionar que a pesar de que el grado 3, de madurez, es el que menor porcentaje tiene 51% (Ver gráfico No 70), es lo que incentiva a mejorar la calidad de atención para lograr así los objetivos propuestos en este modelo de gerencia, lograr por lo menos un 75 a 80 % en el nivel 3, que es el nivel que permitirá reflejar un óptimo estado de acreditación del servicio.

Gráfico No 70
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA, ACREDITACIÓN DEL SERVICIO
POR ESTÁNDAR Y GRADO 2007.



Fuente: Encuesta de calidad. Servicio de Pediatría. HEE.

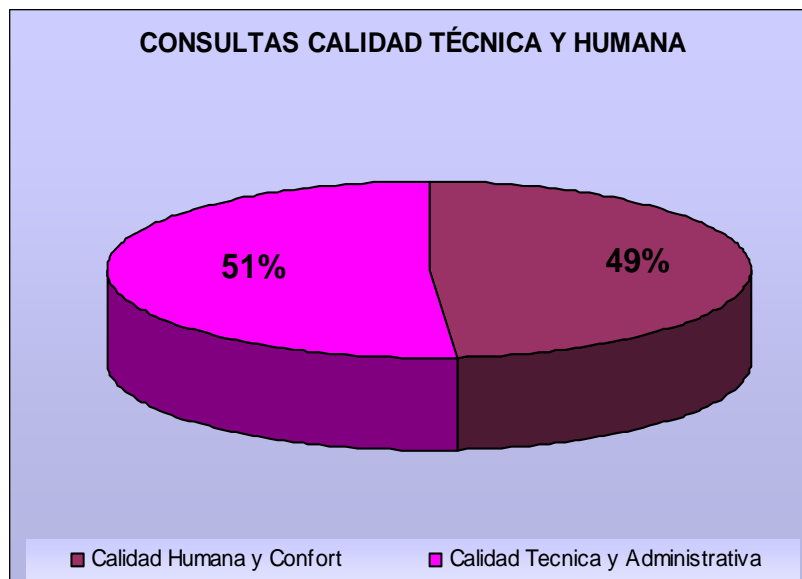
Elaboración: Rocío Ayala H.

3.4.10.2. Calificación del Servicio por Calidad Técnica y Administrativa, Calidad Humana y Confort

El gráfico No 71, permite concluir que la calidad técnica y administrativa se encuentra en un mayor porcentaje 51%, en tanto que la calidad humana se encuentra en un 49%, situación que denota que las dos áreas requieren de un mejoramiento de casi el 50% para alcanzar el nivel óptimo del 100%, también es importante mencionar que la calidad humana y el confort están bajo el 50%, lo que determina la necesidad urgente de mejorar, justificando este proyecto.

Gráfico No 71

**HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA,
CALIFICACIÓN DEL SERVICIO POR CALIDAD TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA
Y CALIDAD HUMANA Y CONFORT 2007.**



Fuente: Encuesta de calidad. Servicio de Pediatría. HEE. **Elaboración:** Rocío Ayala H.

3.4.10.3. Calificación del Servicio por Elementos de Estructura, Proceso y Resultado

El gráfico No 72, permite observar que los estándares de estructura, que se refiere 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 son los que mayor porcentaje alcanzan (0,63%) (Ver gráfico No 72), en tanto que los de proceso y resultado obtienen el mismo porcentaje (0,58%), y se relaciona con todo aquello que se realiza 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.

Gráfico No 72

**HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA,
CALIFICACIÓN DEL SERVICIO POR ELEMENTOS DE ESTRUCTURA,
PROCESO Y RESULTADO 2007.**



Fuente: Encuesta de calidad. Servicio de Pediatría. HEE. **Elaboración:** Rocío Ayala H.

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; estándares sumamente importantes para alcanzar el grado 3 u óptimo.

Es importante mencionar que Pediatría se encuentra en la mira en lo que respecta las normas de bioseguridad y eliminación de desechos hospitalarios, a pesar que al respecto se ha interesado quien está liderando enfermería pero creo que el problema amerita un estudio de costo beneficios en el campo de la salud.

CAPÍTULO IV

4. MODELO DE GERENCIA DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HEE

4.1 ANTECEDENTES

Dentro del proceso de construcción del modelo, se han formulado varios elementos que permitirán su definición, así:

Un marco, un modelo o teoría, ofrece, junto con las evidencias y la evaluación, los pilares en que se fundamenta la requerida acción humana científica y profesional contemporánea en salud pública; el uso de un referente, de un modelo o teoría, facilita por ejemplo la comprensión de una situación o problema de salud, esta comprensión de los factores determinantes y las características asociadas con el comportamiento humano o social con efectos en la salud genera, para los actores involucrados, una posición favorable para el diseño, implementación y evaluación de estrategias y acciones dirigidas a metas que promueven la salud del público¹¹¹

El modelo es el conjunto de elementos esenciales que logra representar un aspecto de la realidad. Buenos modelos son representaciones flexibles de la realidad a modo de subclases de teoría y ofrecen la oportunidad directa para la revisión de ideas, acciones e incluso paradigmas.¹¹²

Diversas teorías y los más variados modelos, se han aplicado al estudio e intervención de la salud y la salud pública, campos en los que es reconocido el uso de dos marcos o enfoques: el biomédico y el socio ecológico. Estos referentes han sentado las bases para el desarrollo de propuestas originadas en

¹¹¹ SPRI (2002). Utilización de herramientas y técnicas de gestión en la CAPV 2001. Editado por la Sociedad para la promoción y Reconversión Industrial, S.A., Bilbao. <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol35No3/cm35n3a7.htm>

¹¹² Kaplan, R.S. y Norton, D.P. (2001). The Strategy-Focused Organization, Ed. Harvard Business School Press, Boston, Massachusetts. http://www.salud.gob.mx/dirgrss/doctosFuente/trab_equipo_ins_salud.pdf.

las áreas biológicas, comportamentales y psicosociales, revelando claramente que la promoción de la salud va más allá de lo individual e involucra incluso las formas de organización social y la política estructural de las naciones.

El servicio de pediatría analizado en los capítulos anteriores permite concluir que es un servicio que tiene grandes oportunidades, cuyo diagnóstico situacional lo ubica en un nivel aceptable pero que puede mejorar; aspecto que se debe cimentar profundamente para dar cumplimiento a su política. **“Mejoramiento continuo para el crecimiento organizacional”**.

Esta realidad crea la necesidad de implementar un modelo de gerencia por procesos en el servicio de pediatría del HEE. , como una estrategia para el mejoramiento de la calidad de atención y por ende de la salud de la población a la presta sus servicios.

4.2. ORGANIZACIÓN HOSPITALARIA

El hospital gestiona la salud de las personas, los procesos productivos, la gestión del conocimiento, las interrelaciones personales, los intereses de los cinco colectivos que integran la organización (Los ciudadanos, los profesionales sanitarios, el personal en general, los gestores y los propietarios), un gran volumen de recursos económicos, la praxis médica y la medicina defensiva y la necesidad de objetivación de los intereses de los distintos colectivos y lucha por el poder.

El hospital contiene cuatro empresas en una:

- **Un hotel** cuyos usuarios presentan mayores exigencias.
- **Una empresa artesanal** con productos difíciles de definir donde múltiples profesionales altamente capacitados ejercen prácticamente en forma autónoma, aunque concomitantemente requieren un alto grado de coordinación y muchas veces la toma de decisiones compartida: los servicios finales.

- **Una empresa que utiliza tecnología de punta** con una gran variedad y procesos casi industriales: los servicios intermedios, auxiliares del diagnóstico y tratamiento.
- **Una escuela de formación técnica** y profesional y un instituto de investigación.

Para el cumplimiento de lo señalado es necesario un proceso organizativo de varios recursos, señalados a continuación:

4.2.1 RECURSOS FÍSICOS

Según estándares internacionales se debe tomar en cuenta lo siguiente: "...del total de camas solo un 5% debe establecerse para Pediatría..."¹¹³.

Considerando que el Hospital cuenta con 341 camas habilitadas, el Servicio de Pediatría debería contar máximo con 16 camas: sin embargo el recurso cama del servicio de pediatría es de 25, en caso de ampliación del número de camas existe el espacio físico para el efecto, para ampliar hasta 34 camas.

El eje alrededor del cual gravitan todos los requisitos de la estructura física y de recurso humano es el paciente, es necesario prever lo relacionado con otros grupos de población vinculados directa o indirectamente con las actividades que allí se desarrollan: visitantes, "...se calculan 6 visitantes por paciente; esta población requiere de comodidades y permite establecer las necesidades de un servicio de cafetería calculado para 20 personas por cada 100 camas, estares para visitantes con capacidad de 50 personas por 100 camas..."¹¹⁴.

Los empleados del hospital constituyen una población numerosa, a tal punto que los "...estándares internacionales asignan 3.5 personas por cama, y en países

¹¹³ Malagón, *Op. cit.*, pp: 169

¹¹⁴ Malagón, *Op. cit.*, pp:169

subdesarrollados como el nuestro muestra de 2 a 2.5...”¹¹⁵, este importante grupo de personas también requieren de servicios; esto implica la necesidad de instalaciones de todo tipo de facilidades.

“...Un buen punto de referencia es la determinación de 4 camas por 1000 habitantes ajustándose a esta regla países del Cono Sur como Argentina, Uruguay, Brasil y Chile con un promedio de 3.2 a 4.4 camas por 1000 Hab...”¹¹⁶. Cada cama requiere de 16 a 18 metros cuadrados.

4.2.2 RECURSOS FINANCIEROS

Los recursos financieros son vitales para la continua operación de la organización, únicamente de esa manera, está en posibilidades de ofrecer sus programas y servicios de acuerdo a lo planeado; la operación y desarrollo de la organización dependen en gran medida de la correcta asignación de los recursos financieros, sin ello se corre el peligro de asignar recursos a actividades no prioritarias, o de no asignarlos a actividades de alta relevancia en el cumplimiento de la misión organizacional y que los programas y servicios se desarrollen con calidad.

Si la naturaleza y los planes de la organización lo permiten, ésta podrá buscar recursos complementarios para su desarrollo, a través de diversos mecanismos como campañas de donativos y rifas etc. En caso de que la institución tenga una captación sistemática de recursos económicos complementarios, ésta debe contar con políticas claras para la obtención y distribución de los recursos.

Una vez detallados los recursos financieros y su importancia, el servicio de Pediatría del HEE., dentro del modelo de gestión menciona la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI) así como también la tendencia a la gratuidad de la atención con la Asamblea Constituyente.

¹¹⁵ ibid., pp: 170

¹¹⁶ ibid., pp: 169

La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, aprobada por el H. Congreso Nacional y publicada en el Registro Oficial No. 523 del 9 de septiembre de 1994, cuyas reformas han sido publicadas en los Registros Oficiales y en la denominada Ley Trole II del 2000, **está orientada a fortalecer e integrar las acciones de salud a favor de los grupos más vulnerables de la población: madres, niñas y niños menores de 5 años.**

La LMGYAI en el servicio de pediatría tiene que ver en lo referente a: Atención a niñas/os menores de 5 años con estrategia AIEPI y Complicaciones hospitalarias AIEPI.

Pediatría a pesar de existir esta Ley, no se ha beneficiado en el aspecto económico, puesto que por tratarse de un hospital de tercer nivel los costos son elevados y lo que cubre económicamente la LMGYAI, es exactamente igual tanto para puestos y subcentros de salud como para hospitales especializados, lo cual ha desencadenado un desequilibrio financiero a nivel organizacional, por otra parte con la tendencia a la gratuidad en la atención la institución perdió su poder de autofinanciamiento.

Los montos reconocidos por cada prestación a las unidades ejecutoras del programa de maternidad gratuita y atención a la infancia son todavía de acuerdo a la lista vigente para el año 2004:

A continuación se describen los montos acordados que aún siguen vigentes (Ver tabla No 40), ya que no se han evaluado y analizado concienzudamente; se tiene planificado realizar una evaluación de costos para el reajuste pertinente pero hasta el momento no existe ningún pronunciamiento.

Para tener una visión clara de cómo influye esta Ley en el aspecto financiero a nivel de la organización seguidamente se encuentran los montos que cubre la misma.

PRESTACIONES CUBIERTAS POR LA LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCIÓN A LA INFANCIA	MONTO CUBIERTO
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	
SÍFILIS	3,30
GONORREA	4,00
HERPES GENITAL	12,00
HPV	20,00
INFECCIONES GENITALES: TRICOMONIASIS, CANDIDIASIS Y VAGINITIS BACTERIANA CLAMIDIA	5,00
ATENCIÓN A NIÑOS RECIÉN NACIDOS	
ATENCIÓN A RECIÉN NACIDOS NORMALES	4,00
DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DEL HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO	1,00
ATENCIÓN A NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS (CON ESTRATÉGIA AIEPI)	
NIÑO < DE UN AÑO	2,00
NIÑO DE 1AÑO < DE 5 AÑOS	2,00
ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A NIÑOS < DE 5 AÑOS	1,00
DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DEL MALTRATO INFANTIL (INCLUIDO EL PERITAJE MÉDICO LEGAL)	1,00
COMPLICACIONES HOSPITALARIAS	20,00
CAPTACIÓN Y REFERNCIA DE NIÑOS A TRAVÉS DE AIEPI COMUNITARIO	1,00
SANGRE Y HEMODERIVADOS	
COMPONENTES SANGUÍNEOS	4,76
SANGRE TOTAL	33,94

Fuente: Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

Elaboración: Rocío Ayala H.

En este sentido, el gobierno debe propender a revisar esta Ley y decretos, pero con criterios muy fundamentados de acuerdo a las prestaciones que proporcionan cada una de las organizaciones según el nivel al que corresponden y así dar cumplimiento a lo que versan cada uno de los artículos; de lo contrario debería incrementar el presupuesto para la salud para lograr un equilibrio del desbalance financiero provocado por el decreto de gratuidad en la atención.

Esta situación mencionada permite proponer en el modelo de gestión un sostenimiento financiero a través del mantenimiento y ampliación de convenios, con otras instituciones, fundaciones, y/o voluntariado, para lo cual se establecerán políticas claras para la obtención y distribución de los recursos.

4.2.3 RECURSOS TECNOLÓGICOS

Es muy importante el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos a través de un especialista en electromedicina; de igual manera es de vital importancia en los procesos de adquisición las especificaciones técnicas de los equipos y los términos de referencia contractuales que protejan a la institución

pública a través de las certificaciones de calidad, procedencia del equipo, garantías, repuestos, mantenimiento, etc.

Al momento el servicio cuenta con equipos básicos para su funcionamiento, pero que ya se encuentran fuera de la tecnología moderna, de ahí que es necesario actualizar el equipamiento tecnológico dotando al servicio de un ambú para adultos puesto que el servicio recibe pacientes hasta los 18 años de edad y únicamente cuenta con ambues (2) pediátricos, de igual manera se necesita un glucotrend; una succión torácica y 2 succiones Gomco, en el mejor de los casos ya que la succión debería estar empotrada y disponer de succión de pared en todas las unidades de los pacientes.

Los tensiómetros pediátricos son necesarios puesto que el servicio proporciona cabida a niños de meses de edad y los tensiómetros de que se disponen no son suficientes. Por otra parte es indispensable actualizar las bombas de infusión puesto que las actuales facilitan el trabajo y disminuyen tiempo algo muy importante, para la satisfacción del cliente tanto interno como externo.

”La innovación tecnológica debe estar en concordancia con la misión , los objetivos y las metas del hospital, debe estar orientado a dar la máxima atención al paciente observando las características de oportunidad, seguridad y eficacia de los servicios que se suministran”¹¹⁷. Siempre manteniendo el equilibrio tecnológico exacto con respecto a las necesidades de salud de la población ha la que atiende.

4.2.4 RECURSOS HUMANOS

Los recursos humanos (médicos) del servicio de Pediatría se caracterizan por: 6 médicos tratantes, de 4h de lunes a viernes, 3 médicos residentes distribuidos en turnos cada tercer día (Ver tabla No 34). Distribuido así el personal es necesario

¹¹⁷ Ibid., pp: 207

realizar un ajuste de los recursos humanos para dar cumplimiento a lo propuesto en el modelo, “incrementar la cobertura de atención”.

“Los recursos humanos constituyen un recurso dotado de una vocación orientada al crecimiento y desarrollo”¹¹⁸, es el elemento central de cambio (productividad del recurso humano) sin el cual difícilmente se puede mejorar los niveles de eficiencia institucional. Entonces la gestión de recursos humanos adquiere una importancia estratégica y deja de ser secundaria o posterior a la planificación de la organización.

“Sin que el trabajo de los médicos sea una excepción merecen mencionarse las labores de las enfermeras, personal auxiliar, personal de mantenimiento, de ingeniería, de seguridad etc.”¹¹⁹. A continuación se describen datos muy importantes relacionados con recursos humanos.

Tratándose de pacientes pediátricos “las horas necesarias de atención de enfermería por paciente es de 4h., la distribución del personal por turnos contempla el 50% en la mañana, 30% en la tarde y un 20% en la noche.

Considerando que el número promedio de pacientes diarios en el servicio de pediatría es 15, debería contar con 10 enfermeras para proporcionar la atención deseada y de ellas distribuir de acuerdo a los porcentajes mencionados en los diferentes turnos, de acuerdo a la fórmula para cálculo de personal de enfermería ¹²⁰ (Ver Tabla No 41).

Tabla No 41

CÁLCULO DE PERSONAL DE ENFERMERÍA		
DATOS	FÓRMULA	RESULTADO
Pacientes 15	Nº. Pctes. * H.Atenc. Enf. /	15*4/6=10-----100%

¹¹⁸ Chiavenato, Op. cit., pp: 53

¹¹⁹ Malagón, Op. cit., pp: 137

¹²⁰ Ma.de la Luz Balderas Pedrero. Administración de los Servicios de Enfermería, 3ª edición. Interamericana. McGraw Hill 2000.

H. Atención de enfermería	4	H. Jornada laboral	
H. Jornada Laboral	6		

Fuente: Ma. De la Luz Balderas Pedrero. Administración de Servicios de Enfermería, 3ª edición. Interamericana. Mc Graw Hill 2000.

Elaboración: Rocío Ayala H.

En cuanto a médicos es necesario incrementar un médico tratante en el horario p.m. para ampliar la cobertura de atención y fortalecer la atención de calidad en emergencia y hospitalización en el mismo horario, un médico residente más para poder equiparar los turnos cada cuarto día como son en otras instituciones y así evitar el abandono de la plazas existentes por comodidades en el horario. Para ello es preciso la creación una partida aprovechando la política de gobierno a través del decreto de la emergencia sanitaria y dando cumplimiento a los objetivos de desarrollo del milenio, equidad y derecho a la salud” distribución equitativa del personal”.

De acuerdo con la planificación de la unidad médica regional del IESS, en el caso de que un mismo profesional atienda la consulta externa y realice controles de fomento y protección de salud (pediatras y ginecobstétricas) el número de consultas esperadas es de 4 por hora, corroborando la necesidad de incorporar un recurso para la atención en el horario p.m. y con ello lograr el objetivo de incrementar el número de consultas a 12506 (85%) Ver tabla No 50.

Para programar los recursos humanos (médicos) para la consulta externa tomando en cuenta lo mencionado, se debe dividir el número de consultas deseadas para una constante de 4000. Ver tabla No 42.

A continuación se detalla el cálculo de las consultas deseadas en base los datos de la tabla No 42.

$3\text{medicos} * 4\text{h} = 12 * 4\text{consultas/h} = 48 * 250\text{días laborables anuales} = 12000\text{ consultas.}$

Tabla No 42

PROGRAMACIÓN DE RR. HH. (MÉDICOS) EN CONSULTA EXTERNA

DATOS	No	FÓRMULA	RESULTADO
-------	----	---------	-----------

No de Consultas esperadas año 2008	12506	No de Consultas esperadas año 2008/4000	12506/4000=3. MÉDICOS
No de consultas por H/médico	4		
Horas laborables /d	4		
Días laborables / Año	250		
Valor constante	4000		

Fuente: Planificación de la unidad médica regional del IESS.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Es importante mencionar que el mismo profesional debe dedicar un 30% adicional en hospitalización; pues para alcanzar el 100% (16201 consultas Ver tabla No 50) se requieren de 4 médicos, más aún tomando en cuenta que “cuando las consultas rebasan las 4000 al año es imprescindible aumentar un médico de 4h”.¹²¹

4.2.5 SISTEMA INFORMACIÓN

La estructura del sistema de información gerencial, dentro de las variables y configuración del sistema, identifica centros de responsabilidad, unidades de medida de producción, servicios finales, intermedios o de apoyo y generales, asignación de recursos, insumos y recurso humano, servicios externos, redes de servicios. OPS ha desarrollado un sistema de información gerencial en salud, aplicado al establecimiento hospitalario y de distribución y entrenamiento gratuito para el sector público, identifica servicios y configura el establecimiento, dispone de una matriz básica de datos confeccionada y facilita la elaboración y análisis participativo de resultados¹²². Se debería aprovechar este sistema de información para poder mantener una información y retroalimentación de la misma como una herramienta de gestión muy indispensable.

El conocimiento, la operación y la utilización del sistema de información en todos sus aspectos, debe convertirse en el objetivo de la organización; teniendo en cuenta que la información es un recurso básico para el desarrollo de todas las actividades que se realizan en el hospital; de ahí que se debe aprovechar el convenio que existe con la EPN para poder poner en funcionamiento el sistema

¹²¹ Planificación de la Unidad Médica Regional del IESS. Arch. Planificación. 01- 2000.

¹²² Fundación Isalud. Módulo 7. Sistemas de Información. OP. cit., pp: 29-30

informático en red y así facilitar la comunicación y la obtención de información en forma ágil, segura y oportuna.

Una razón muy lógica para que las autoridades del hospital le den la importancia correspondiente, por otra parte es indispensable que las autoridades puedan contar con un instrumento de producción y de productividad hospitalaria completamente detallada por todas y cada una de las actividades que se desarrollan en los diferentes servicios lo que permite obtener conclusiones, sacar las mejores recomendaciones para inmediatamente entrar en un proceso de retroalimentación al sistema de información y de historias clínicas en el hospital.

4.2.6. PROCESOS



Fuente: Gerencia de Procesos para la organización y el control interno de empresas de salud.

Elaboración: Braulio Mejía García DM. MSP.

Los **procesos**, son el conjunto de actividades con un resultado específico, contenidos dentro de los diversos programas que debe llevar adelante una organización sanitaria (OS). Como todo proceso, tiene inputs que son los recursos y outputs que son los resultados del trabajo; el proceso en sí es la combinación de los recursos para la obtención del resultado, la necesidad del management, gestión o gerenciamiento surge porque es necesario tomar las mejores decisiones de asignación de los recursos siempre escasos, para cumplir con el objetivo organizacional.

4.2.6.1. Tipos de Procesos

Procesos Operativos: relacionados directamente con la atención al paciente (consulta, visita domicilio, citaciones)

Procesos de Apoyo o de Soporte: facilitan los recursos necesarios a los demás procesos (gestión de personal, económico, farmacia, laboratorio, rayos).

Procesos Estratégicos: en relación con las necesidades del usuario y los planes de la organización (planes de gestión, contratos-programas, Consejo de Salud, opinión del usuario).

4.2.6.2. Características de los Procesos

Todo proceso debe ser medido sobre la base de:

- Efectividad. Ej.: apariencia, puntualidad, exactitud, costos, etc.
- Eficiencia. Ej.: tiempo de procesamiento, costo de la mala calidad, etc.
- Adaptabilidad. Ej.: Tiempo promedio que se necesita para procesar la solicitud especial de un cliente en comparación con los procedimientos estándares, etc.

Además debe ser caracterizado mediante:

- Flujo del Proceso: Cuales y como se realizan las actividades. Calificación de riesgos, características del producto o proceso, características de control.
- Eficacia. Cuán bien los productos o servicios y el proceso en si satisfacen los requerimientos de los clientes.
- Eficiencia: Cuán acertadamente se utilizan los recursos para generar un resultado final. Es la Relación entre los resultados alcanzados y los recursos utilizados.

Para propósitos de este trabajo se ha creído conveniente desarrollar los procesos en base a Seis Sigma y el BSC.

4.2.6.3. Elementos Críticos de un Proceso

Todo proceso está conformado por cuatro elementos, de los cuales depende la calidad del resultado.

- **Entradas** – Input (suministradores, proveedores) todo aquello que es consumido o transformado por el proceso en datos de salida OUTPUT.
- **Salidas** – Output (consumidores) producto o resultado de un proceso.
- **Mecanismos** – Personas, máquinas, herramientas que desempeñan actividades.
- **Controles**- actividades que determinan como o cuando la actividad ocurre. No se transforman en datos de salida. Restricciones, estándares, normas, políticas, procedimientos.

Se reconoce que la organización está conformada por cuatro elementos fundamentales o pilares de la organización. Sin ellos, su existencia es impensable:

- **Procesos:** Representan el quehacer diario de la organización.
- **Recursos Humanos:** Es el personal a cargo de desarrollar los procesos.
- **Estructura Organizativa:** Es la forma en que se organizan los recursos humanos en las diferentes áreas de gestión.
- **Cultura organizacional:** Esta es específica y única, y se manifiesta por un conjunto de valores, principios, normas y características muy particulares.

Los pilares deben estar orientados para que la organización cumpla con su misión o propósito primordial, brindar un valor agregado único y específico dentro de la sociedad donde se desenvuelve. Deben contribuir al logro de su “Visión” y cumplir sus funciones esenciales, sustentados y aprovechando los avances de la tecnología moderna¹²³.

¹²³ Mariño. Navarrete Hernando. Gerencia de Procesos. Colombia 2001 Alfaomega S.A.

La diferencia entre los niveles de salud a la salida y a la entrada de la persona al hospital constituye el producto sanitario, y por tanto, el punto de partida de un modelo de gestión de calidad y de procesos.

4.2.6.4. Fases de la implementación por Procesos

- Elaboración del mapa de procesos
- Identificación de procesos clave y propietarios
- Gestión sistemática de los procesos

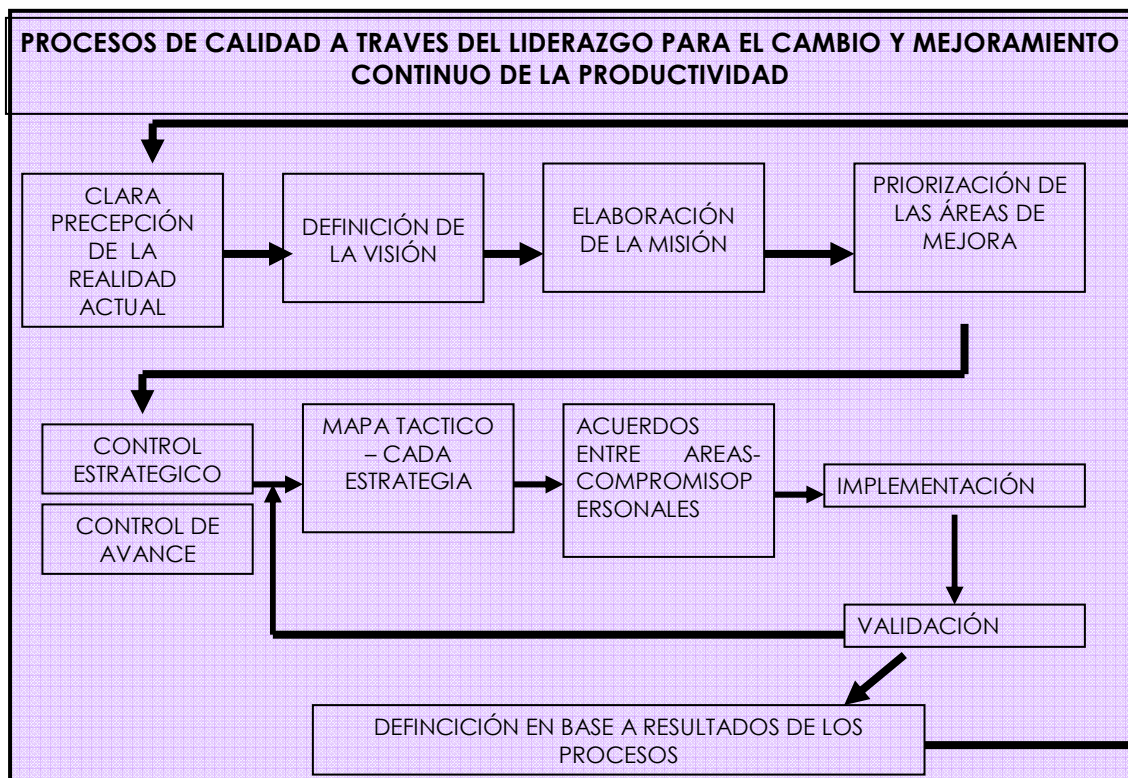
4.2.6.5. Procesos según Norma ISO 9001 – 2000

Según Norma ISO 9001 – 2000, es un sistema administrativo que no se basa en el análisis de las funciones sino que se centra en la:

- Determinación de los procesos de la organización,
- Determinación de “Owner” del proceso,
- Determinación y documentación de los procesos
- Determinación de las mediciones

Esto incluye el estudio de la organización como un sistema de procesos, la descripción de los procesos - por separado, en su interacción y comprobación del sistema con el fin de asegurar la gestión eficaz de los mismos. Esto es factible visualizarlo mediante el esquema anterior.

Gráfico No 74



Fuente: Gerencia de Procesos. Alfaomega

Elaboración: Mariño. Navarrete Hernando.

4.2.7 PROCESOS DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO

PROCESO 1.- DESARROLLO ORGANIZACIONAL.

SUB PROCESOS:

- Gestión de los Recursos Humanos.
- Gestión de Servicios Institucionales.
- Gestión de la Comunicación.
- Gestión de Informática.
- Gestión de Hotelería.
- Gestión de Farmacia.

PROCESO 2.- GESTIÓN DE ENFERMERÍA.

PROCESO 3.- GESTIÓN FINANCIERA.

SUB PROCESOS.

- Gestión Presupuestaria.
- Gestión de Contabilidad.

- Administración de Caja.

PROCESO 4.- CALIFICACIÓN HOSPITALARIA DE DEMANDA Y OFERTA.

PROCESO 5.- SERVICIOS HOSPITALARIOS. Operativización de normas.

- Emergencia.
- Consulta Externa.
- Hospitalización de especialidad.
- Servicios Técnicos Complementarios.

PROCESO 6.- SERVICIOS HOSPITALARIOS. Control y Mejoramiento.

PROCESO 7.- ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE GESTIÓN.

PROCESO 8.- PROCESO ASESORIA JURÍDICA.

PROCESO 9.- DOCENCIA E INVESTIGACIÓN.

Como toda Institución administrada por el Estado la calidad ha sido descuidada. Sin embargo las propuestas de mejoramiento de la calidad asistencial siempre ha sido preocupación de todos, por lo que en base a la experiencia, a continuación se plantean algunos motivos que justifican que de carácter urgente se implemente de manera global los Procesos.

- Flujos de trabajo multidisciplinarios
- Ineficiencias en procesos complejos
- Variabilidad en los procesos
- Necesidad de una herramienta para sistematizar las actividades de los procesos
- Adecuación de servicios a necesidades/expectativas de los clientes
- Indicadores para medir efectividad y eficiencia
- Aplicación de mejora continua a todos los procesos
- Facilita evolución desde organizaciones tradicionales verticales a estructuras horizontales.

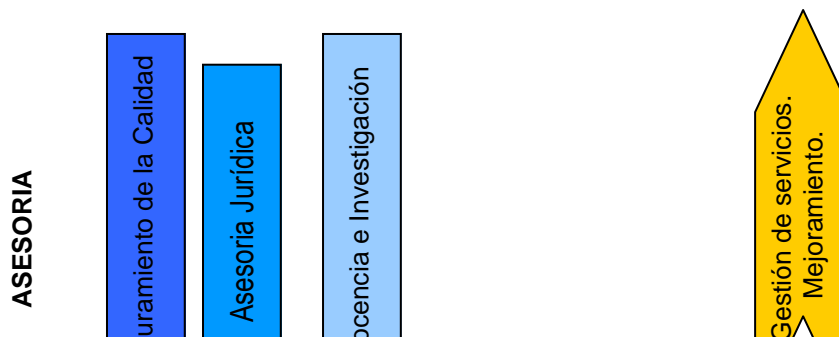
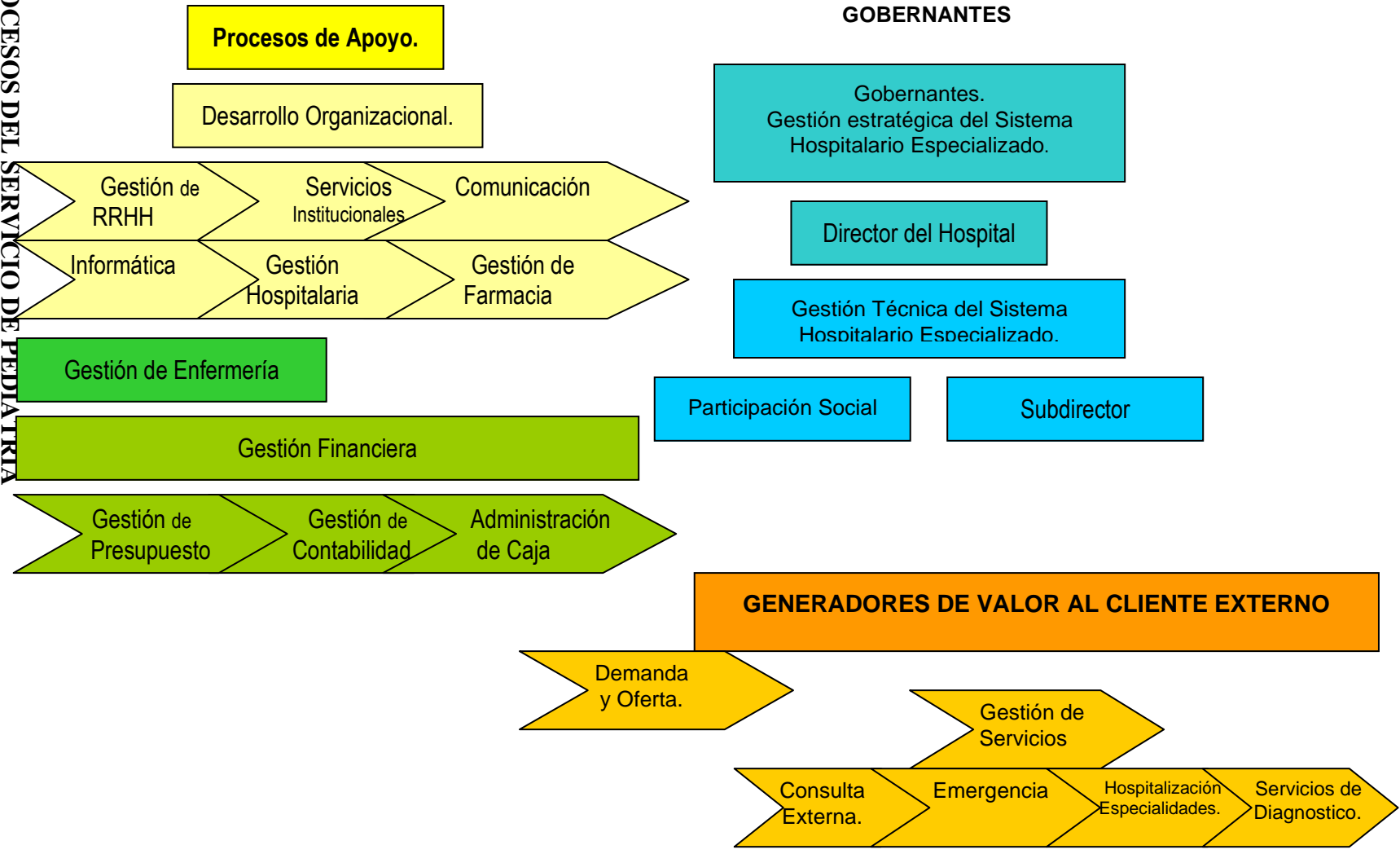


GRÁFICO No 75

DESCRIPCIÓN DE LOS PRINCIPALES PROCESOS EN EL HOSPITAL EUGENIO. ESPEJO.

4.2.8 PROCESOS DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA



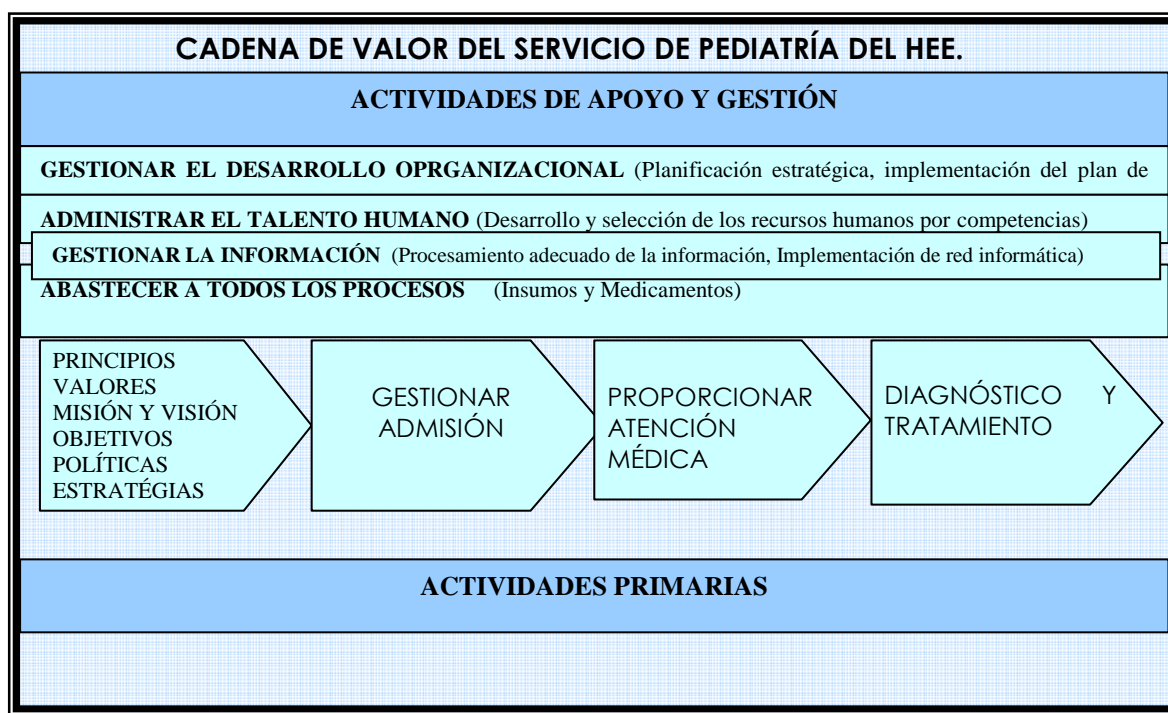
Fuente: HEE. Manual de Calidad

Al desarrollar los procesos del servicio de pediatría, los principales resultados conseguidos son los siguientes: Se designó un propietario del proceso y se formó el equipo del proceso, el proceso se diseñó teniendo en cuenta las necesidades de sus clientes, el proceso fue documentado y quedó listo para su mejora continua. Los principales procesos del Servicio de Pediatría son: Proceso de Hospitalización, Emergencia y de Consulta Externa.

4.2.8.1 Cadena de Valor


El proceso de producción de cualquier servicio está encadenado al de otros procesos. Lo que da lugar a la denominada **CADENA DEL VALOR**, en la cual se agrega valor en cada uno de los eslabones, y a medida que se avanza en la cadena se acumula más valor agregado.

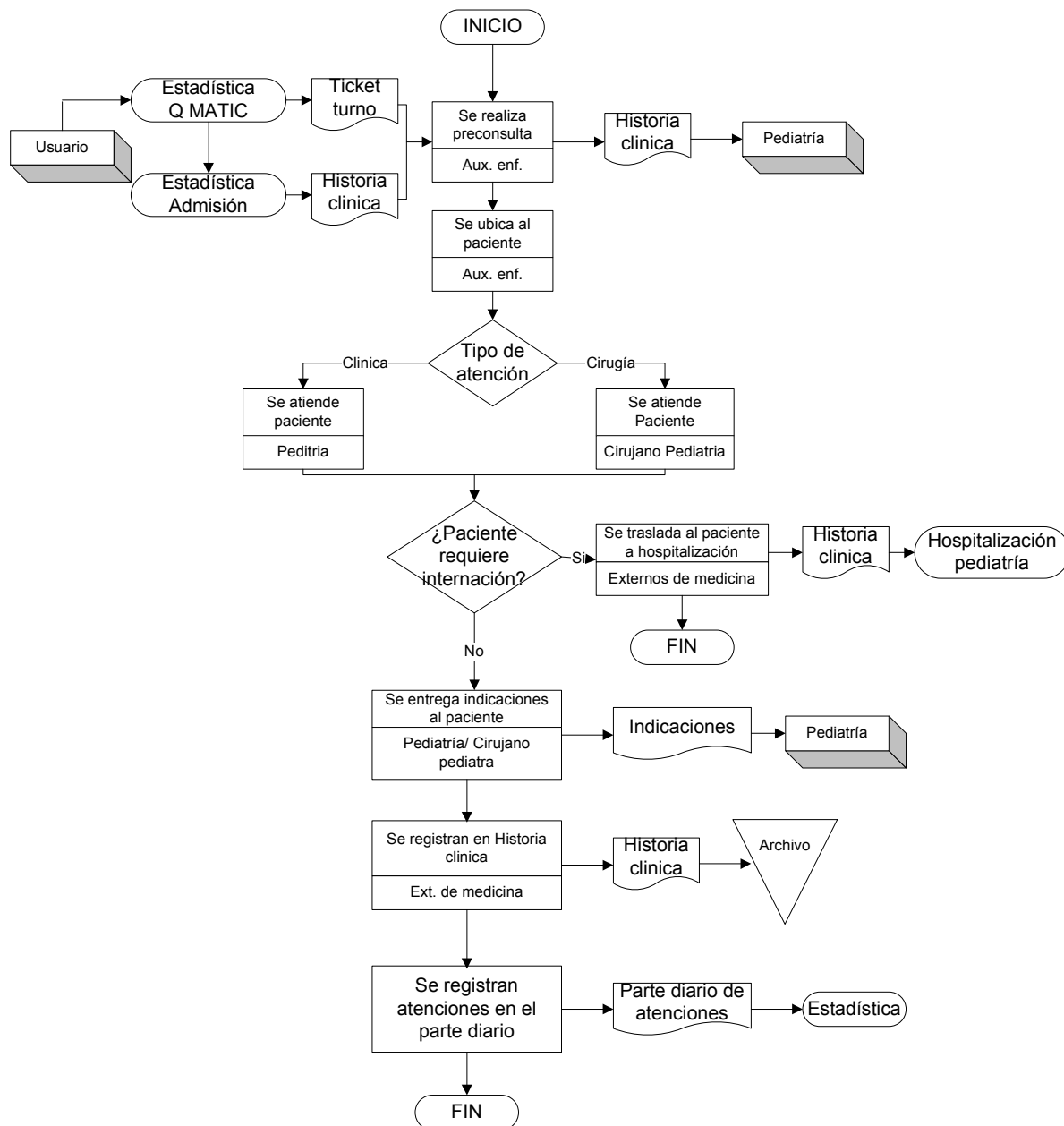
Gráfico No 76



Fuente: Gerencia de Procesos. Alfaomega

Elaboración: Rocío Ayala H

	HOSPITAL EUGENIO ESPEJO SERVICIO DE PEDIATRÍA	PROCESO CONSULTA EXTERNA
CÓDIGO HEE SP. 001	CONSULTA EXTERNA	
Edición No.: 01		Pág. 1 de 1



Validado por: F. Dueño del proceso Rocío Ayala H.	Revisado Por: F. Coordinador de Calidad	Aprobado por: F. Líder del Servicio	Fecha de Vigencia
--	---	---	--------------------------

	HOSPITAL EUGENIO ESPEJO SERVICIO DE PEDIATRÍA	PROCESO CONSULTA EXTERNA		
		CÓDIGO HEE SP 001	CONSULTA EXTERNA	

1. **OBJETIVO:** Prevenir las enfermedades y controlar el crecimiento y desarrollo del lactante menor, lactante mayor, preescolar, escolar y adolescente mediante el control integral del paciente y su seguimiento con controles subsecuentes.
2. **ALCANCE:** Este proceso inicia con la realización de la preconsulta por parte de la auxiliar de enfermería y termina con la entrega de indicaciones al paciente o con su traslado a internación de ser necesario.
3. **DUEÑO DEL PROCESO:** Rocío Ayala H.
4. **DEFINICIONES:**

LACTANTE.- que se halla en el período de lactancia.

5. INDICADORES

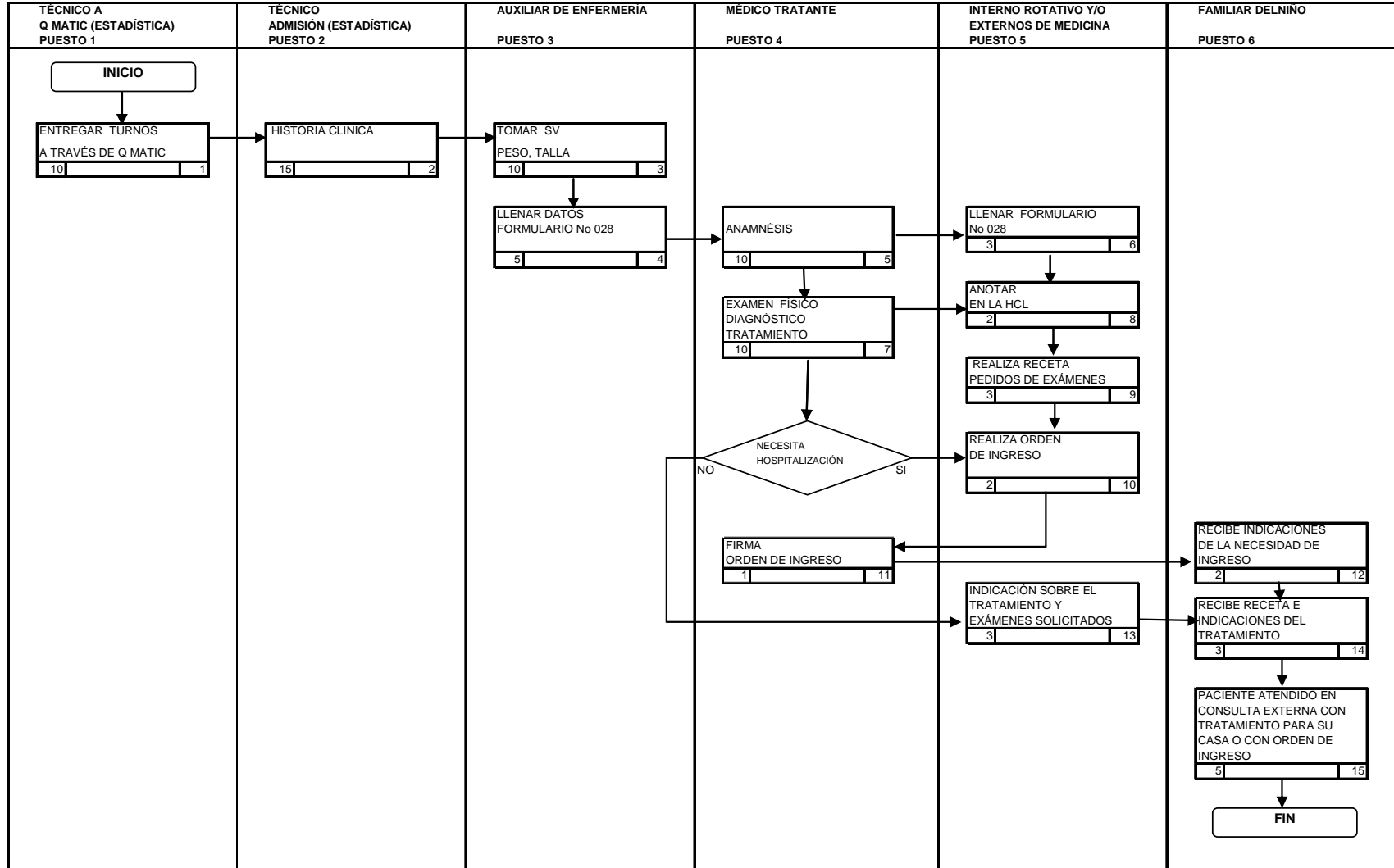
CÓDIGO	NOMBRE	FRECUENCIA	FORMA DE CÁLCULO
HEE. SP. 001	% de niños sanos que acuden a la consulta externa	Mensual	Número de niños sanos atendidos / total de niños atendidos en consulta externa*100
HEE. SP. 001	Índice de Cobertura	Mensual	Número de primeras consultas pediátricas en un mes sumadas a las primeras consultas de los meses anteriores del año) / Total de consultas pediátricas en el mismo año *100
HEE. SP. 001	% de enfermedades diagnosticadas por grupo de edad	Mensual	Número de enfermedades diagnosticadas por grupo de edad en un mes / Total de enfermedades diagnosticadas por grupo de edad en el mismo mes *100

6. DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCESO MEJORADO

Validado por: F del Dueño del proceso Lic. Rocío Ayala F	Revisado por: F Coordinador de Calidad	Aprobado por: F Líder del Servicio	Fecha de Vigencia
---	--	--	--------------------------

REPRESENTACIÓN GRÁFICA
PROCEDIMIENTO ACTUAL DIAGRAMA DE FLUJO FUNCIONAL
PROCESO ATENDER CONSULTA EXTERNA (ATENCIÓN MÉDICA EN CONSULTA EXTERNA)
SUBPROCESO: GESTIONAR ATENCIÓN DE CONSULTA EXTERNA PEDIÁTRICA


CÓDIGO HEE SP 01
CÓDIGO HEE SP 001

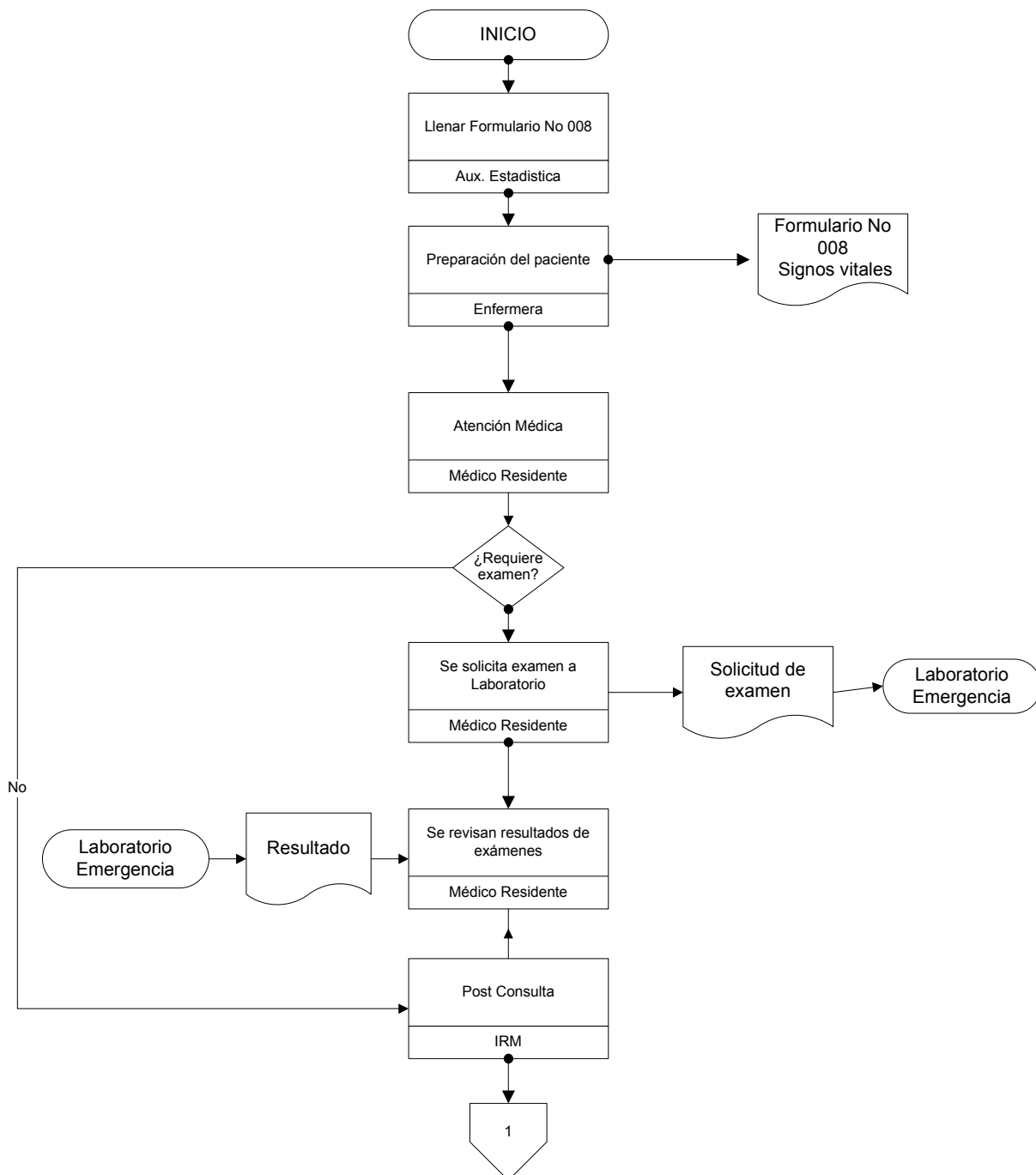


ANÁLISIS DE VALOR AGREGADO


ACTIVIDAD	Técnico Estadística Q MATIC	Técnico Estadística Admisión	Auxiliar de Enfermería	Médico Tratante	Interno Rotativo y/o externo de medicina	Familiar del paciente	0	⊖	•	⇒	△	□	D
Entregar turno a través de Q MATIC	X						1				1	1	10
Gestionar historia Clínica		X						1				1	15
Tomar signos vitales y antropometría			X				1						10
Llenar formulario No 028			X					1			1	1	5
Realizar Anamnesis Y Examen Físico				X			1				1	1	10
Llenar formulario No 028					X			1			1	1	3
Valorar y Diagnosticar				X			1					1	10
Anotar en Historia Clínica					X			1			1		2
Realizar receta y pedido exámenes lab					X			1					3
Realizar orden de ingreso					X			1					2
Firmar orden de ingreso				X				1					1
Recibir indicaciones de necesidad de ingreso						X	1						3
Indicar tratamiento y exámenes solicitados.					X			1					2
Recibir receta e indicaciones de tratamiento						X	1						3
Pcte atendido en cons. ext.(casa u hospitaliz)						X	1						5
							7	8	0	0	5	6	84

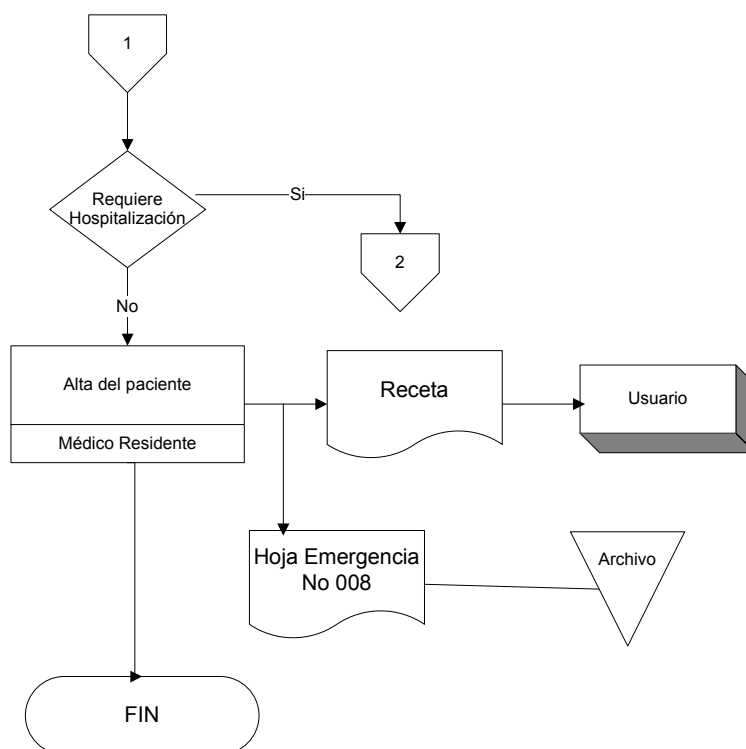
TA 26
 TC= 147
 %TE= 57,142857
 %VA= 32,806452
 % SVA= 67,193548
 %RE= 0,2307692
 23,076923

	HOSPITAL EUGENIO ESPEJO SERVICIO DE PEDIATRÍA	PROCESO EMERGENCIA
CODIGO HEE. SP. 002	EMERGENCIA	
Edición No.: 01		Pág. 1 de 3




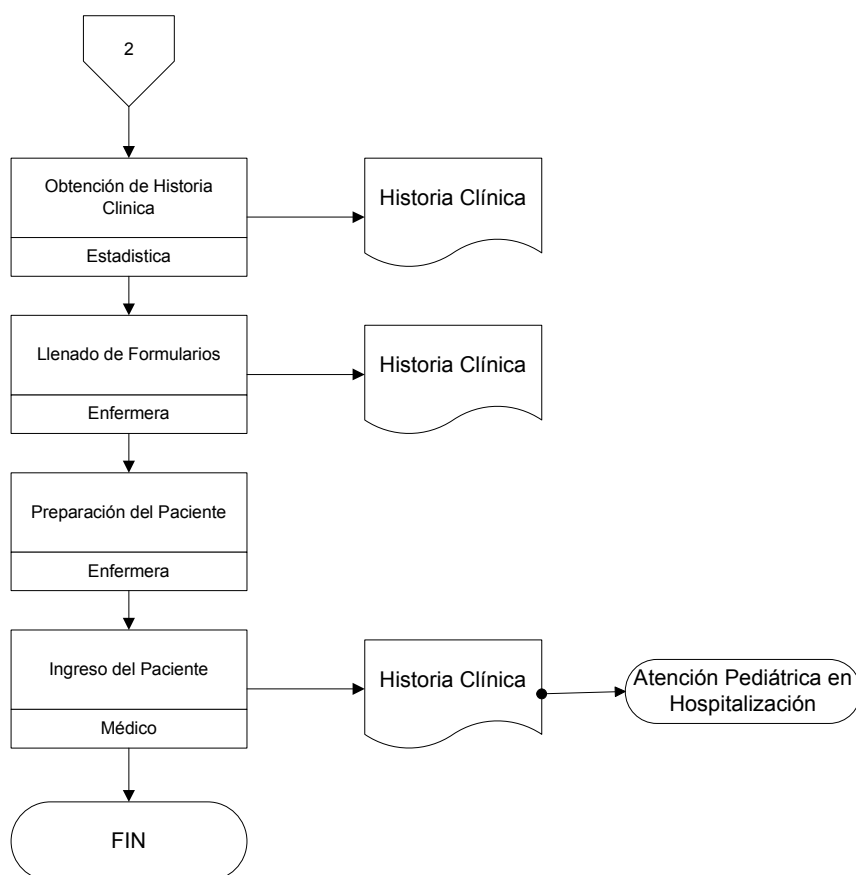
Validado por: F. Dueño del proceso Rocío Ayala H.	Revisado Por: F. Coordinador de Calidad	Aprobado por: F. Líder del Servicio	Fecha de Vigencia
--	---	---	--------------------------

	HOSPITAL EUGENIO ESPEJO SERVICIO DE PEDIATRÍA	PROCESO EMERGENCIA	
			CODIGO HEE. SP. 002




Validado por: F. Dueño del proceso Rocío Ayala H.	Revisado Por: F. Coordinador de Calidad	Aprobado por: F. Líder del Servicio	Fecha de Vigencia
--	---	---	--------------------------

	HOSPITAL EUGENIO ESPEJO SERVICIO DE PEDIATRÍA	PROCESO EMERGENCIA
Edición No.: 01		Pág. 3 de 3



Validado por: F. Dueño del proceso Rocío Ayala H.	Revisado Por: F. Coordinador de Calidad	Aprobado por: F. Líder del Servicio	Fecha de Vigencia
--	---	---	--------------------------

	HOSPITAL EUGENIO ESPEJO SERVICIO DE PEDIATRÍA	PROCESO EMERGENCIA	
		CODIGO HEE SF 002	EMERGENCIA
Edición Nc.: 01			Pág 1 de 1

1. **OBJETIVO:** Atender de manera oportuna a los pacientes que lleguen al servicio de Pediatría por alguna emergencia, a través del trabajo profesional de personal capacitado las 24 horas del día y los 365 días del año.
2. **ALCANCE:** Este proceso inicia con la preparación del paciente y llenado de formulario No 008 y termina con el alta del paciente o con la hospitalización del mismo, según su condición.
3. **DUEÑO DEL PROCESO:** Rocío Ayala H.
4. **DEFINICIONES:**

EMERGENCIA.- Situación grave que se plantea súbitamente y amenaza la vida o la salud de una persona.

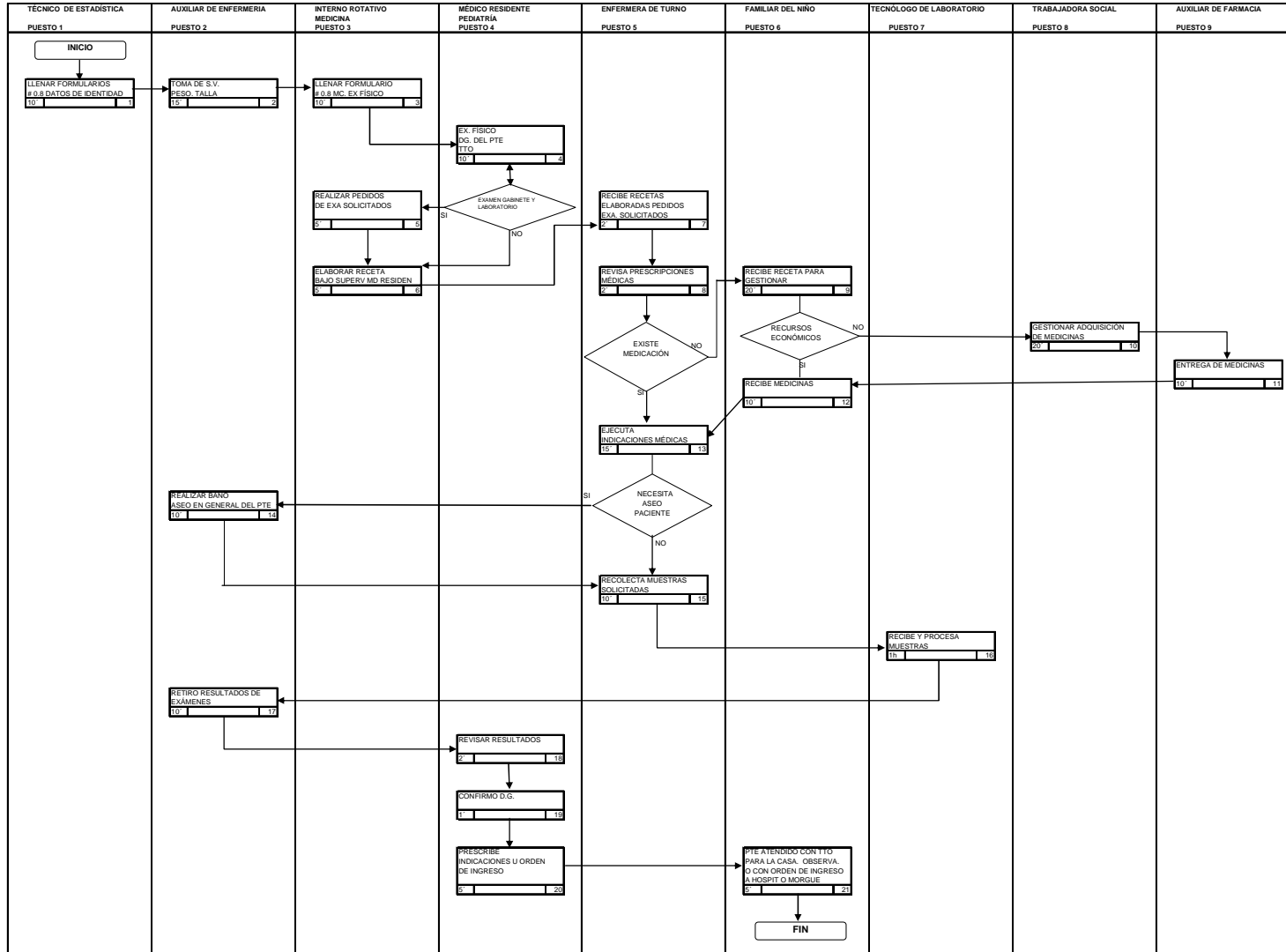
5. INDICADORES

CÓDIGO	NOMBRE	FRECUENCIA	FORMA DE CÁLCULO
HEE. SP. 002	% de pacientes que luego de ser atendidos en emergencia son hospitalizados	Mensual	$\frac{\text{Número pacientes trasladados de emergencia a hospitalización}}{\text{Total de pacientes atendidos en emergencia}} * 100$
HEE. SP. 002	% de Pacientes atendidos a tiempo	Mensual	$\frac{\text{Número de pacientes atendidos en el momento que llegan}}{\text{Total de pacientes atendidos}} * 100$
HEE. SP. 002	% de pacientes por tipo de incidentes	Mensual	$\frac{\text{Número de pacientes atendidos por tipo de incidente}}{\text{Total de pacientes atendidos}} * 100$

6. DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCESO MEJORADO

Validado por: F del Dueño del proceso Lic Rocío Ayala F	Revisado por: F Coordinador de Calidad	Aprobado por: F Líder del Servicio	Fecha de Vigencia
--	--	--	--------------------------

REPRESENTACIÓN GRÁFICA
 PROCEDIMIENTO ACTUAL DIAGRAMA DE FLUJO FUNCIONAL
 PROCESO ATENDER EMERGENCIA (ATENCIÓN MÉDICA EN EMERGENCIA) CÓDIGO HEE.SP.02
 SUBPROCESO: GESTIONAR ATENCIÓN DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA CÓDIGO HEE.SP.002

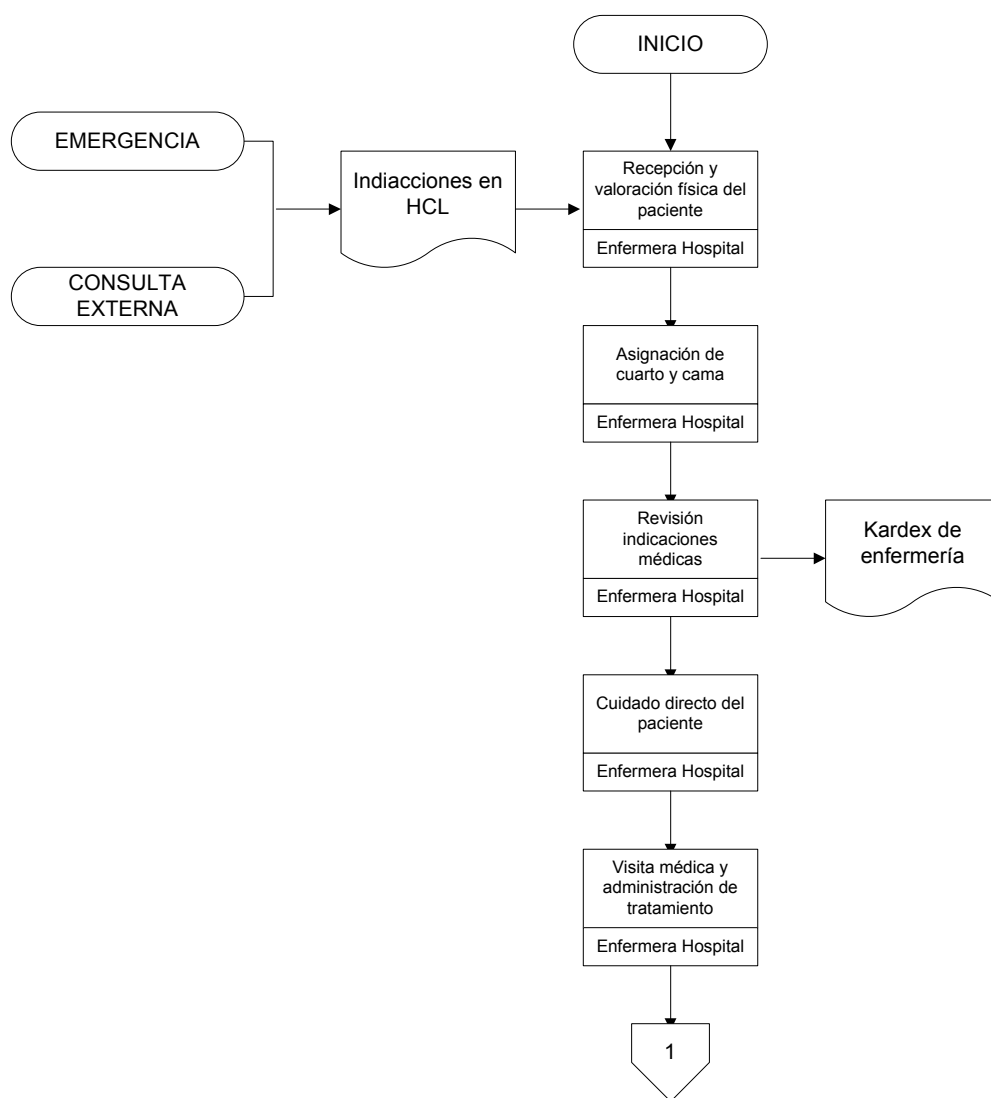


ANÁLISIS DE VALOR AGREGADO


ACTIVIDAD	Téc. Estadística	Aux Enferm	Interno Rotativo	Med. Residente	Enf. Turno	Familiar	Tec. Labort	Trab Soc	Aux Farmac	0	⊖	•	⇒	△	□	D	t
Llenar forma 008 Datos Identificación	X									1						5	5
Tomar de signos vitales y antropometría		X								1						10	5
Realizar Anamnesis Y Examen Físico			X							1						5	5
Valoración y Diagnóstico				X						1						5	5
Realizar pedido exámenes lab			X							1						3	2
Elaborar recetas uso interno			X							1						3	2
Receptar recetas, pedidos					X					1						1	1
Revisar prescripciones médicas					X					1						1	1
Llevar receta para gestión						X					1	1	1	1	15	5	
Gestionar adquisición medicinas								X		1						5	5
Entregar las medicinas									X	1						5	5
Receptar medicación para aplicación					X					1						10	5
Ejecutar indicaciones médicas					X					1						5	5
Asear al paciente		X									1	1	1	1	5	5	
Recolectar muestras solicitadas		X								1						5	5
Procesar muestras							X			1					15	45	
Retirar resultados de exámenes		X								1						5	15
Revisar resultado de exámenes				X						1						2	3
Confirmar diagnóstico				X						1							2
Prescribir indicaciones u orden de ingreso				X						1						2	3
Elaborar recetas externas			X							1						2	3
Pcte atendido(casa,obvs,hospitaliz, o morgue)				X						1						2	3
Total										12	8	2	2	2	2	111	135

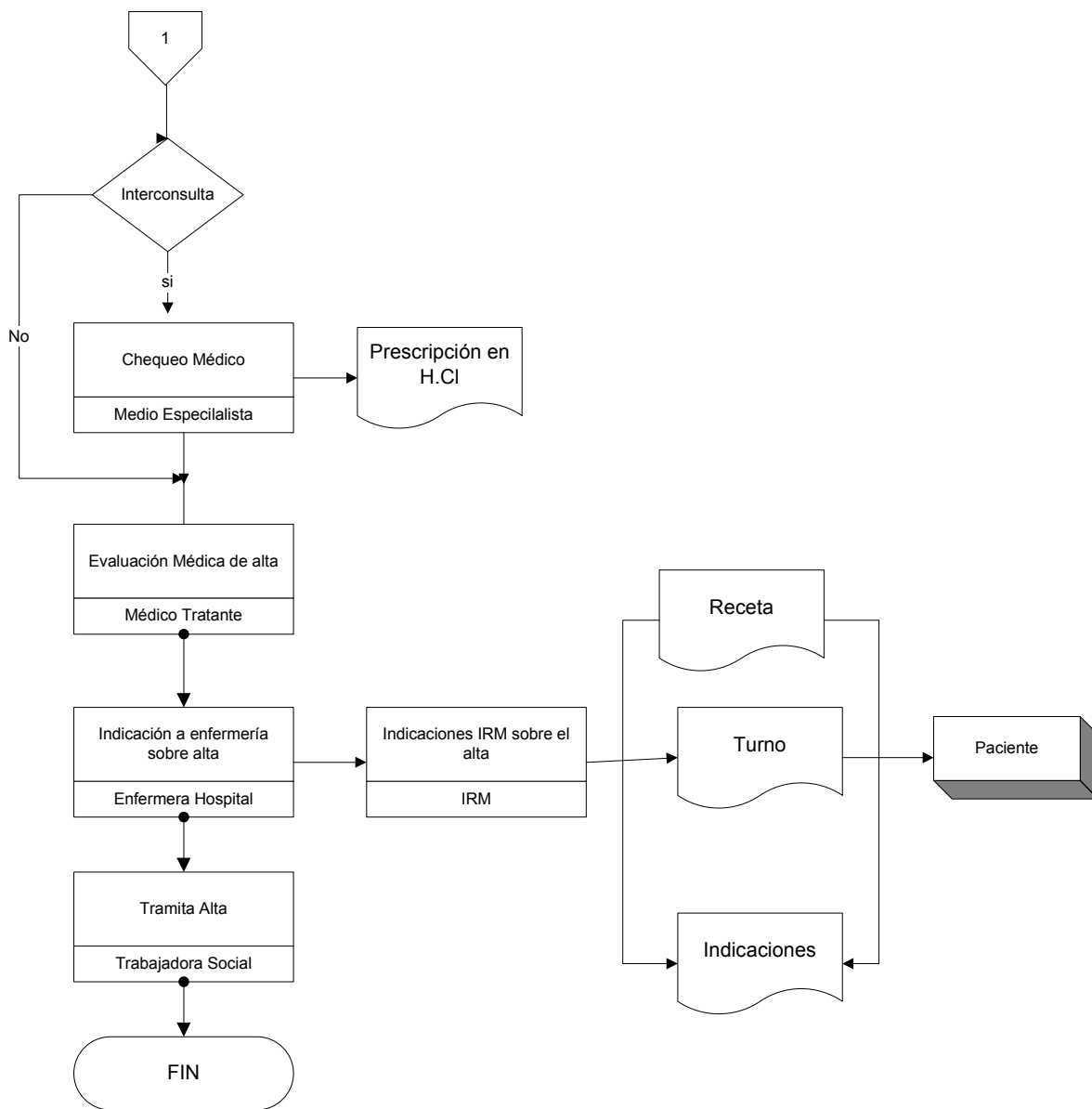
TC= 246
 %TE= 45,12195
 %VA= 37,80645
 %SVA= 62,19355
 %RE= 0,00813
 0,813008

	HOSPITAL EUGENIO ESPEJO SERVICIO DE PEDIATRÍA	PROCESO HOSPITALIZACIÓN
	CÓDIGO HEE.SP.003	HOSPITALIZACIÓN
Edición No.: 01		



Validado por: F. Dueño del proceso Rocío Ayala H.	Revisado Por: F. Coordinador de Calidad	Aprobado por: F. Líder del Servicio	Fecha de Vigencia
--	---	---	--------------------------

	HOSPITAL EUGENIO ESPEJO SERVICIO DE PEDIATRÍA	PROCESO HOSPITALIZACIÓN
CÓDIGO HEE.SP. 003	HOSPITALIZACIÓN	
Edición No.: 01		Pág. 2 de 2



Validado por: F. Dueño del proceso Rocío Ayala H.	Revisado Por: F. Coordinador de Calidad	Aprobado por: F. Líder del Servicio	Fecha de Vigencia
--	---	---	--------------------------

		HOSPITAL EUGENIO ESPEJO SERVICIO DE PEDIATRÍA	PROCESO HOSPITALIZACIÓN
CÓDIGO HEE SP 003	HOSPITALIZACIÓN		
Edición Nc.: 0'			Pág 1 de 1

1. **OBJETIVO:** Brindar una atención de calidad a todos los niños que necesitan hospitalización para tratamiento clínico o quirúrgico, mediante el uso de tecnología avanzada y oportuno trabajo de personal calificado y capacitado.
2. **ALCANCE:** Este proceso inicia con la recepción y ubicación del paciente que viene de emergencia o de consulta externa pediátricas termina con el alta del paciente seguido del envío de la documentación pertinente a estadística.
3. **DUEÑO DEL PROCESO:** Rocío Ayala H.
4. **DEFINICIONES:**

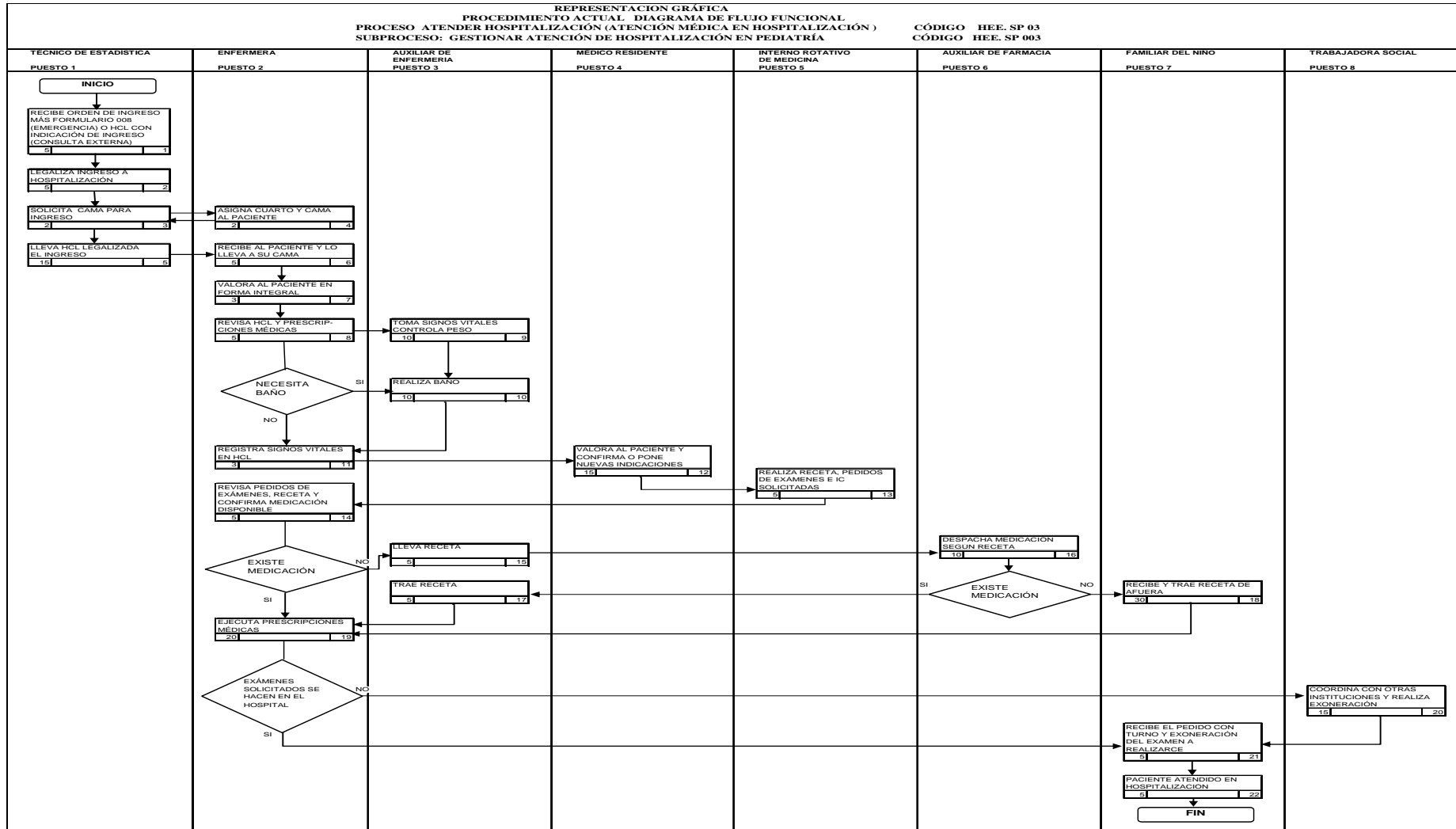
PEDIATRÍA.- Parte de la medicina que se ocupa de los cuidados del niño y adolescente y del tratamiento de sus enfermedades.

5. INDICADORES

CÓDIGO	NOMBRE	FRECUENCIA	FORMA DE CÁLCULO
HEE. SP. 003	% de usuarios satisfechos con el servicio	Mensual	Encuesta de satisfacción
HEE. SP. 003	% de patologías más frecuentes atendidas en el servicio	Trimestral	Número de patologías más frecuentes atendidas en el servicio / Total de patologías atendidas en el servicio* 100
HEE. SP. 003	Tiempo promedio de hospitalización por paciente	Mensual	Suma del número de días de hospitalización de cada paciente / Número total de pacientes hospitalizados en un mes.

6. DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCESO MEJORADO

Validado por: F del Dueño del proceso Lic Rocío Ayala H	Revisado por: F Coordinador de Calidad	Aprobado por: F Líder del Servicio	Fecha de Vigencia
--	--	--	--------------------------



ANÁLISIS DE VALOR AGREGADO

ACTIVIDAD	Téc. Estadística	Enfermera	Auxiliar de Enfermería	Med. Residente	Interno Rotativo de Medicina	Auxiliar de Farmacia	Familiar del Niño	Trabajadora Social	0	⊖	•	⇒	△	□	D	t
									Recibir orden de ingreso	X						
↓																
Legalizar ingreso a hospitalización	X								1				1	1	5	2
↓																
Solicitar cama	X								1						2	1
↓																
Asignar cuarto y cama al paciente		X							1						2	1
↓																
Llevar Historia Clínica legalizada	X								1		1	1			15	2
↓																
Recibir al paciente		X							1						5	2
↓																
Valorar al paciente en forma integral		X							1						3	1
↓																
Revisar Historia Cl, prescripciones médicas		X							1						5	1
↓																
Tomar signos vitales y antropometría			X						1						10	5
↓																
Realizar baño			X						1						10	5
↓																
Registrar signos vitales		X							1			1	1	3	2	
↓																
Valorar al paciente y prescribir				X					1						15	10
↓																
Realizar receta y pedidos de exámenes					X				1						5	5
↓																
Revisar pedidos de exámenes, receta y confirmar medicación disponible		X							1				1	5	5	
↓																
Llevar receta			X						1		1	1	1	5	5	
↓																
Despachar medicación						X			1						10	5
↓																
Traer receta			X						1		1		1	5	5	
↓																
Recibir y traer receta de afuera							X		1		1		1	20	15	
↓																
Ejecutar prescripciones médicas		X							1				1	20	10	
↓																
Coordinar con instituciones, realiza exoneración								X	1						15	5
↓																
Recibir pedidos con turno y exoneración			TC=				X		1						5	3
↓			%TE=	269												
↓			%VA=	65,056												
↓			%SVA=	37,581			X		1						5	3
↓			%RE=	62,419												
↓				0,0297												
↓				2,974												
									15	7	0	4	5	8	175	94

El mejoramiento de los procesos en el servicio de pediatría, tiene el propósito de mejorar cada problema encontrado dando soluciones a los mismos a través del uso de herramientas en la parte operativa de mejoramiento de los Procesos del servicio, como se visualiza en el análisis del valor agregado, presentado anteriormente.

Entre las herramientas a utilizarse están: Hojas ISO, la hoja de mejoramiento y los indicadores de gestión que servirán para el monitoreo control y evaluación de cada uno de los procesos.

4.2.9 CALIDAD EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA¹²⁴

Para evaluar la calidad en la atención existen tres enfoques: el técnico científico, el lógico y el óptimo de la calidad; el primero se refiere al contenido del saber médico y a la tecnología médica disponible, corresponde a la oferta de lo mejor para el paciente, en el segundo, la calidad se define en función de la eficiencia con la cual se utiliza la información para la toma de decisiones conducentes a mejorar la prestación de los servicios, el enfoque óptimo es la respuesta a distintas alternativas, en este enfoque la calidad de los servicios se refiere al logro de los objetivos de los mismos, con el menor costo posible¹²⁵.

“...Actualmente la calidad de atención se considerada como una propiedad compleja, que puede ser sometida a una análisis sistemático y una evaluación aceptable, que lejos de ser perfecta, es suficiente para los propósitos prácticos de generar información que permita la toma de decisiones, dirigidas a proporcionar una atención de buena calidad para los usuarios de los sistemas de seguridad social en salud...”¹²⁶

¹²⁴ ISO 9001-2000

¹²⁵ *Ibid.*, pp: 523-524

¹²⁶ Malagón, *Op. cit.*, pp: 502

4.2.9.1 Norma ISO 9001-2000

La Organización Internacional de Normalización (ISO) es una federación mundial de organismos nacionales de normalización (organismos miembros de ISO). Los comités técnicos de ISO normalmente llevan a cabo el trabajo de preparación de las Normas Internacionales. Cada organismo miembro, interesado en un tema para el cual se haya establecido un comité técnico, tiene el derecho de estar representado en dicho comité. Las organizaciones internacionales, públicas y privadas en coordinación con ISO, también participan en el trabajo. ISO colabora estrechamente con la Comisión Electrotécnica Internacional (IEC) en todos los temas de normalización electrotécnica.

La Norma Internacional, ISO 9001 ha sido preparada por el Comité Técnico ISO/TC 176, Gestión de la Calidad y Aseguramiento de la Calidad, Sub-Comité SC 2. Sistemas de Calidad.

Esta tercera edición de la Norma ISO 9001 anula y reemplaza la segunda edición (ISO 9001:1994), conjuntamente con ISO 9002:1994 e ISO 9003:1994. Esto constituye una revisión técnica de estos documentos. Aquellas organizaciones que en el pasado hayan utilizado las Normas ISO 9002:1994 e ISO 9003:1994 podrían utilizar esta Norma Internacional excluyendo ciertos requisitos.

El título de ISO 9001 ha sido revisado en esta edición, por tanto no se incluye el término "Aseguramiento de la Calidad". De esta forma se da testimonio de que los requisitos del sistema de gestión de la calidad establecidos en esta edición de la Norma ISO 9001, adicionalmente al aseguramiento de la calidad del producto busca también la satisfacción del cliente.

Esta Norma Internacional estimula la adopción de una orientación a procesos cuando se desarrolla, implanta y mejora la efectividad del sistema de administración de la calidad, para incrementar la satisfacción del cliente, a través de conocer sus requerimientos.

Adicionalmente, la metodología conocida como “Planificar-Hacer-Revisar Actuar” (PDCA) puede ser aplicada a todos los procesos.

Planificar: Establecer los objetivos y procesos necesarios para proporcionar resultados de acuerdo a los requerimientos del cliente y políticas de la organización.

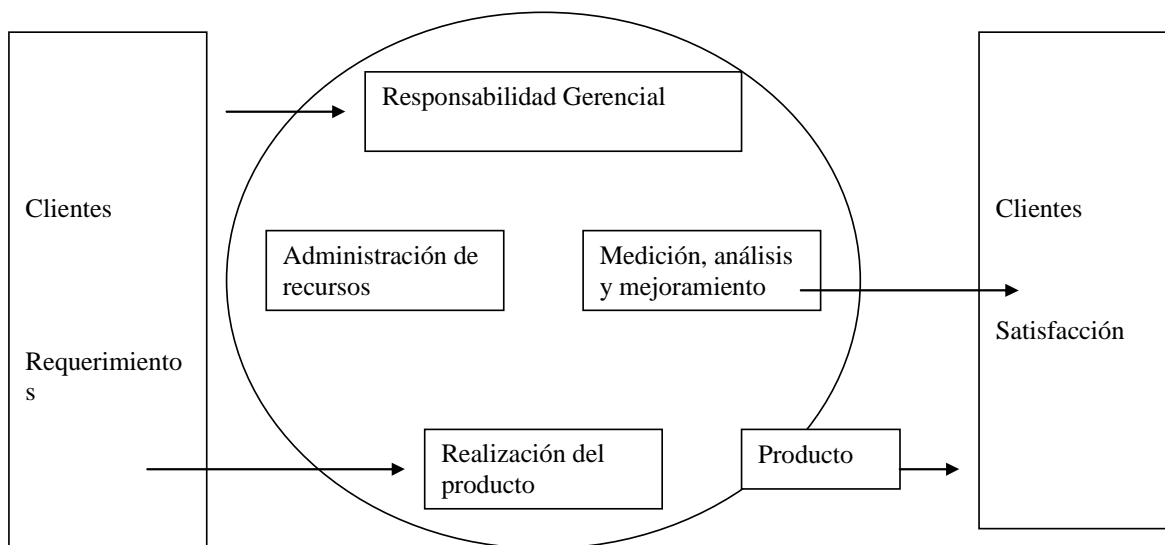
Hacer: Implementar los procesos.

Revisar: Monitorear y medir los procesos y productos contra las políticas, objetivos y requerimientos para el producto, y reportar los resultados.

Actuar: Tomar acción para mejorar continuamente el desempeño de los procesos.

Figura No 1

Modelo de un sistema de administración de la calidad basado en procesos



Fuente: Norma ISO 9001-2000

Elaboración: Rocío Ayala H.

El sistema de gestión de calidad (SGC) considera los siguientes elementos:

Requerimientos de documentación

General

La documentación del sistema de administración de la calidad debe incluir:

- Las declaraciones documentadas de la política de calidad y de los objetivos de calidad.
- Un manual de calidad.
- Los procedimientos documentados requeridos por esta Norma Internacional.
- Los documentos requeridos por la organización para asegurar la planificación, operación y control efectivos de sus procesos; y
- Los registros de calidad requeridos por esta Norma Internacional.

Manual de Calidad

La organización debe establecer y mantener un manual de calidad que incluya:

- El alcance del sistema de administración de calidad, incluyendo detalles de y justificación para cualquier exclusión
- Los procedimientos documentados establecidos para el sistema de administración de calidad o referencia a ellos; y,
- Una descripción de la interacción entre los procesos del sistema de administración de calidad.

Para el Servicio de Pediatría del HEE se ha desarrollado el Manual de Calidad el cual consta en anexos

Control de documentos

Un procedimiento documentado debe ser establecido para definir los controles necesarios para:

- Aprobar documentos para asegurar que son los adecuados, antes de su emisión.
- Revisar, actualizar cuando sea necesario y re-aprobar documentos.
- Asegurar que estén identificados los cambios y el estado de la revisión de documentos.
- Asegurar que las versiones pertinentes de los documentos aplicables se encuentran disponibles en sus puntos de uso.
- Asegurar que los documentos permanezcan legibles y fácilmente identificables.
- Asegurar que los documentos de origen externo estén identificados y controlada su distribución; y,
- Prevenir el uso indebido de documentos obsoletos e identificarlos adecuadamente, si éstos se conservaren para algún propósito.

Control de registros

Los registros de calidad deben mantenerse legibles, fácilmente identificables y recuperables. Un procedimiento documentado debe ser establecido para definir los controles necesarios para la identificación, almacenamiento, protección, tiempo de retención y eliminación de registros.

4.3. PLANIFICACIÓN BASADA EN BALANCED SCORECARD (BSC)

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. Puede definirse como la línea de acción que capacita a la Administración para cumplir sus objetivos. La Planificación se apoya en el análisis de la información pasada, de la presente y de la que aporta la prospectiva del futuro.

Como señala Benn, se establece el concepto de planificación como un proceso intelectual sistemático y ordenado mediante el cual se estructura un modelo que a de seguirse en las acciones específicas.

La Planificación es anticipación, no predicción. Con la planificación, que debe ser continua y abarcar a toda la organización, se inicia la actuación¹²⁷.

La Planificación Estratégica es un modelo de planificación orientado a la toma de decisiones; la razón de ser de la planificación estratégica es, alcanzar la eficacia de la organización, mientras que la planificación operativa tiene como meta conseguir la mejora de la eficiencia.

Peter Drucker (1974) establece la Planificación estratégica como un proceso continuo de toma de decisiones, que tiene como finalidad esencial organizar las acciones necesarias para lograr las expectativas de futuro establecidas, midiendo los resultados alcanzados y tomando las acciones correctoras necesarias dentro de un sistema continuamente retroalimentado¹²⁸.

La necesidad de implementar la Planificación Estratégica surge principalmente en épocas de turbulencia, ante la insuficiencia manifiesta de la planificación tradicional, ya que permite anticiparnos a los hechos y a sus consecuencias.

Evidentemente, la planificación estratégica no puede cambiar el futuro, pero como se suele afirmar: “decide las alternativas futuras más convenientes para poder decidir mejor el presente”.

Situaciones descritas en los capítulos anteriores comparadas con las que definen la modernización de un servicio posibilitan el desarrollo del modelo de gerencia por procesos, asegurando la calidad, facilitando la agilidad de autogestión; con una mejor utilización de los recursos, una mejora en la infraestructura,

¹²⁷ Borrás, Op. cit., pp: 20.

¹²⁸ Ibid., pp: 49.

instalaciones y equipos, viabilizando el seguimiento y control de los procesos todo lo cual conlleva a una participación y control en las acciones de salud. En resumen el modelo de gestión propuesto se fundamenta en:

- Que la política del Servicio de Pediatría es "crecimiento organizacional".
- El plan es ofrecer servicios de calidad.
- El programa es brindar atención clínico quirúrgica pediátrica
- El proyecto es establecer la gestión por procesos.

Todo esto a través de la planificación estratégica basada en una herramienta gerencial moderna de gran utilidad como es el Balanced Scorecard.

4.3.1. ANÁLISIS FODA DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HEE

4.3.1.1. Análisis Externo: oportunidades y amenazas

Tabla No 43
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA, OPORTUNIDADES.

OPORTUNIDADES				
PERSPECTIVA	DESCRIPCIÓN	URGENCIA	TENDENCIA	IMPACTO
FINANCIERA	1. Generar más ingresos incrementando el horario de atención en la tarde en consulta externa	7	3	7
	2. Generar más ingresos por nuevos convenios	7	3	7
	3. Auspicios internacionales soporte institucional	3	3	8
	4. Proyecto de apoyo comité Damas chilenas	7	7	10
	5. Convenios con patronatos, INNFA, Fundación "Tierra de hombres" y otras	10	10	10
	6. Ley de modernización y Maternidad Gratuita que permiten el desarrollo del servicio	8	10	10
	7. Pediatría, especialidad de un hospital de referencia nacional que incrementa la demanda.	10	10	10

CLIENTES	1. Expansión del servicio (cobertura, medición)	3	10	3
	2. Nivel de satisfacción del cliente	7	10	7
	3. Cliente externo de un grupo vulnerable de la población	8	10	10
	4. Satisfacción por permanencia conjunta madre e hijo	7	10	10
	5. Exigencia comunitaria (demanda para el desarrollo del servicio)	10	7	7
PROCESOS INTERNOS	1. Optimizar los procesos y actividades que ejecuta el servicio, como mecanismo de regulación, para garantizar la calidad de los mismos, como paso previo a la acreditación.	10	7	10
	2. Cumplimiento del acuerdo ministerial 051-2004 Art. 1" Calificar como prioritario, el proceso de Licenciamiento de los Servicios Formales de Salud como un proceso administrativo, de carácter oficial, obligatorio y continuo.	10	7	10
	3. Implementar sistemas de información integrales (Convenio EPN)	10	3	10
	4. Formulación del Plan de desarrollo tecnológico e innovación	7	5	10
	5. Plan Nacional de Salud permite el ingreso al mercado de competencias	7	7	7
	6. Personal con experiencia en el cuidado de niños (personal antiguo)	7	5	10
	7. Permisibilidad de permanencia conjunta madre e hijo	7	10	10
INNOVACIÓN Y APRENDIZAJE	1. Optimizar el uso de la base de datos (Optimización y tecnificación de la información)	10	3	10
	2. Cultura de gestión con pensamiento sistémico	7	3	10
	3. Acceso a la información técnico científica actual (Internet).	10	7	10
	4. Realizar e implementar Benchmarking (Comparación)	7	3	10
	5. Gerencia del conocimiento	10	7	10
	6. Ambiente físico con diseño adecuado para niños.	8	7	10
PRIORIDAD				
1	Pediatría, especialidad de un hospital de referencia nacional que incrementa la demanda.			
2	Convenios con patronatos, INNFA, Fundación "Tierra de hombres" y otras			
3	Ley de modernización y Maternidad Gratuita que permiten el desarrollo del servicio			
4	Cliente externo de un grupo vulnerable de la población			
5	Acuerdo Ministerial 051-2004 Art.1 "Calificar como prioritario, el Licenciamiento Servicios Salud			
6	Optimizar los procesos y actividades que ejecuta el servicio, para garantizar la calidad			
7	Acceso a la información técnico científica actual (Internet).			
8	Gerencia del conocimiento			

Fuente: FODA Servicio de Pediatría. HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Tabla No 44
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA, AMENAZAS.

AMENAZAS				
PERSPECTIVA	DESCRIPCIÓN	OCURRENCIA	TENDENCIA	IMPACTO
FINANCIERA	1. Presupuesto asignado por MSP y techo sin relación con la demanda	8	10	10
	3. Crisis social político y económica del país	7	7	10
	4. Política social en salud no implementada acorde con la realidad (Gratuidad en la atención de salud).	3	3	10
	5. Otras instituciones de salud prestadoras de servicios altamente competitivos	7	10	10
	6. Gran competencia farmacéutica por los alrededores	7	10	10
	7. Hospitales "Baca Ortiz" e "Isidro Ayora ubicados a pocos minutos de la institución	3	10	10
	CLIENTES	1. Deficiente Cultura ciudadana en el cuidado de la salud	7	10
2. Nivel socio-económico medio y bajo del cliente externo		10	10	10
PROCESOS INTERNOS	1. Cambios políticos que impiden la continuidad administrativa	8	8	8
	2. Ausencia de soporte técnico por parte del MSP para implementar una gestión por procesos	10	10	10
	3. Escasa creación de partidas presupuestarias para RRHH	8	10	10
	4. Leyes laborales incongruentes (contrato colectivo)	7	10	10
INNOVACIÓN Y APRENDIZAJE	1. Rezago en tecnología para atender al cliente	10	7	7
	2. Gestión incipiente para la adquisición de tecnología actualizada	10	9	10
	3. Baja oferta de capacitación para fortalecer competencias en temas específicos	7	9	7
	4. Cliente interno con cultura organizacional incipiente y faltos de empoderamiento	10	10	10
	3. Existencia de sindicato de trabajadores con beneficios a favor del gremio	8	10	10
PRIORIDAD				
1	Ausencia de soporte técnico por parte del MSP para implementar una gestión por procesos			
2	Cliente interno con cultura organizacional insipiente y falta de empoderamiento			
3	Nivel socio-económico medio y bajo del cliente externo			
4	Gestión incipiente para la adquisición de tecnología actualizada			
5	Existencia de sindicato de trabajadores con beneficios a favor del gremio			
6	Presupuesto asignado por MSP y techo sin relación con la demanda			
7	Cambios políticos que impiden la continuidad administrativa			
8	Baja oferta de capacitación para fortalecer competencias en temas específicos			

Fuente: FODA Servicio de Pediatría. HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

4.3.1.2. Análisis Interno: fortalezas y debilidades

Tabla No 45
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA, FORTALEZAS.

FORTALEZAS				
PERSPECTIVA	DESCRIPCIÓN	URGENCIA	TENDENCIA	IMPACTO
FINANCIERA	1. Autogestión de recursos para complementar las necesidades de la demanda	10	7	10
	2. Estratégica ubicación geográfica, que facilita la accesibilidad de los usuarios externos	10	10	10
	3. Autonomía de gestión a través de convenios.	7	6	10
	4. Centro de referencia nacional para la prestación de servicios de salud	10	10	10
	5. Gestión y obtención de recursos de los convenios con instituciones, fundaciones y voluntariado.	10	7	10
CLIENTES	1. La buena imagen del servicio	10	9	10
	2. Talento humano con prestigio	8	9	10
	3. Talento humano propositivo al cambio	10	7	8
PROCESOS INTERNOS	1. La capacidad técnica - científica para atender al cliente	10	8	10
	2. Implementación del sistema albergue en conjunto: madre e hijo	10	8	10
	3. Continuidad y cobertura técnica del servicio 24 h	10	8	10
INNOVACIÓN Y APRENDIZAJE	1. Implementación de tecnología de punta en operación y mantenimiento (contratada y adquirida)	10	7	10
	2. Nivel de compromiso y sentido de pertenencia (86%)	10	7	10
	3. Institución docente de referencia nacional	8	10	8
PRIORIDAD				
1	Estratégica ubicación geográfica, que facilita la accesibilidad de los usuarios externos			
2	Centro de referencia nacional para la prestación de servicios de salud			
3	La buena imagen del servicio			
4	Continuidad y cobertura técnica del servicio 24h			
5	La capacidad técnica - científica para atender al cliente			
6	Implementación del sistema albergue en conjunto: madre e hijo			
7	Gestión y obtención de recursos de los convenios con instituciones, fundaciones y voluntariado.			
8	Nivel de compromiso y sentido de pertenencia (86%)			

Fuente: FODA Servicio de Pediatría. HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Tabla No 46
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA, DEBILIDADES.

DEBILIDADES				
PERSPECTIVA	DESCRIPCIÓN	URGENCIA	TENDENCIA	IMPACTO
FINANCIERA	1. Falta de manejo y control directo de los recaudos de la empresa	10	7	10
	2. Gestión financiera improvisada	7	7	10
	3. Escasa liquidez, disponibilidad adecuada de fondos internos	10	7	10
	4. Escasa distribución de acuerdo a requerimientos por servicio del presupuesto asignado	10	10	10
	CLIENTES	1. Inexistencia de subespecialidades pediátricas.	10	10
	2. Escasa comunicación en temas que afectan al usuario	10	7	10
PROCESOS INTERNOS	1. Inflexibilidad en la estructura organizacional	10	7	10
	2. Inadecuada administración de clientes	10	9	10
	3. Procesos institucionales no implementados	10	8	10
	4. Baja gestión en proyectos (no se les da el apoyo necesario)	7	3	7
	5. Inexistencia de Plan Operativo Anual del servicio	10	6	9
INNOVACIÓN Y APRENDIZAJE	1. Resistencia al cambio	10	3	10
	2. Insuficiente aplicación de tecnología	10	10	10
	3. Respuesta administrativa ante la coadministración del sindicato	10	6	10
	4. Falta de alineación entre las necesidades del servicio y perfil del personal	7	7	10
	5. Inadecuado mantenimiento preventivo y correctivo del equipamiento tecnológico.	10	10	10
	6. Clima laboral afectado por la cultura organizacional	10	9	10
	7. Insipiente grado de incentivos- motivación- comunicación	10	9	10
PRIORIDAD				
1	Inexistencia de subespecialidades pediátricas.			
2	Insuficiente aplicación de tecnología			
3	Inadecuado mantenimiento preventivo y correctivo del equipamiento tecnológico.			
4	Escasa distribución de acuerdo a requerimientos por servicio del presupuesto asignado			
5	Clima laboral afectado por la cultura organizacional			
6	Inadecuada administración de clientes			
7	Insipiente grado de incentivos- motivación- comunicación			
8	Procesos institucionales no implementados			

Fuente: FODA Servicio de Pediatría. HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

4.3.1.3 Análisis DOFA

Tabla No 47

HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA, ANÁLISIS DOFA.

MEDIO EXTERNO			
OPORTUNIDADES (+)		AMENAZAS (-)	
1	Pediatría, especialidad de un hospital de referencia nacional que incrementa la demanda.	1	Presupuesto asignado por MSP y techo sin relación con la demanda
2	Convenios con patronatos, INNFA, Fundación "Tierra de hombres" y otras	2	Cliente interno con cultura organizacional insipiente y faltos de empoderamiento
3	Ley de modernización y Maternidad Gratuita que permiten el desarrollo del servicio	3	Nivel socio-económico medio y bajo del cliente externo
4	Cliente externo de un grupo vulnerable de la población	4	Cambios políticos que impiden la continuidad administrativa
5	Cumplimiento del acuerdo ministerial 051-2004 Art.1 "Calificar como prioritario, el proceso de Licenciamiento de los Servicios Formales de Salud como un proceso administrativo de carácter oficial, obligatorio y continuo.	5	Ausencia de soporte técnico por parte del MSP para implementar una gestión por procesos
6	Optimizar los procesos y actividades que ejecuta el servicio, como mecanismo de regulación, para garantizar la calidad de los mismos como paso previo a la acreditación	6	Gestión incipiente para la adquisición de tecnología actualizada
7	Acceso a la información técnico científica actual (Internet).	7	Baja oferta de capacitación para fortalecer competencias en temas específicos
8	Gerencia del conocimiento	8	Existencia de sindicato de trabajadores con beneficios a favor del gremio
INSTITUCION (MEDIO INTERNO)			
FORTALEZAS (+)		DEBILIDADES (-)	
1	Estratégica ubicación geográfica, que facilita la accesibilidad de los usuarios externos	1	Inexistencia de subespecialidades pediátricas.
2	Centro de referencia nacional para la prestación de servicios de salud	2	Insuficiente aplicación de tecnología
3	La buena imagen del servicio	3	Inadecuado mantenimiento preventivo y correctivo del equipamiento tecnológico.
4	La capacidad técnica - científica para atender al cliente	4	Clima laboral afectado por la cultura organizacional
5	Continuidad y cobertura técnica del servicio 24h	5	Inadecuada administración de clientes
6	Nivel de compromiso y sentido de pertenencia (86%)	6	Escasa distribución de acuerdo a requerimientos por servicio del presupuesto asignado
7	Implementación del sistema albergue en conjunto: madre e hijo	7	Insipiente grado de incentivos- motivación- comunicación
8	Gestión y obtención de recursos de los convenios con instituciones, fundaciones y voluntariado.	8	Procesos institucionales no implementados

Fuente: FODA Servicio de Pediatría. HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

4.3.1.4. Ordenamiento de factores

Tabla No 48
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA, ORDENAMIENTO DE FACTORES SEGÚN
MOTRICIDAD Y DEPENDENCIA.

ORDENAMIENTO DE FACTORES SEGÚN MOTRICIDAD Y DEPENDENCIA			
NUMERO	VARIABLE	MOTRICIDAD	DEPENDENCIA
1	Pediatría, especialidad de un hospital de referencia nacional que incrementa la demanda.	8	17
2	Convenios con patronatos, INNFA, Fundación "Tierra de hombres" y otras	8	8
3	Ley de modernización y Maternidad Gratuita que permiten el desarrollo del servicio	10	6
4	Cliente externo de un grupo vulnerable de la población	11	28
5	Acuerdo Ministerial 051-2004 Art.1 "Calificar como prioritario, el Licenciamiento Servicios Salud	17	15
6	Optimizar los procesos y actividades que ejecuta el servicio, para garantizar la calidad	18	27
7	Acceso a la información técnico científica actual (internet).	11	11
8	Gerencia del conocimiento	17	16
9	Presupuesto asignado por MSP y techo sin relación con la demanda	12	2
10	Cliente interno con cultura organizacional insipiente y falta de empoderamiento	17	7
11	Nivel socio-económico medio y bajo del cliente externo	7	3
12	Cambios políticos que impiden la continuidad administrativa	14	13
13	Ausencia de soporte técnico por parte del MSP para implementar una gestión por procesos	13	15
14	Gestión incipiente para la adquisición de tecnología actualizada	12	9
15	Baja oferta de capacitación para fortalecer competencias en temas específicos	19	9
16	Existencia de sindicato de trabajadores con beneficios a favor del gremio	10	2
17	Estratégica ubicación geográfica, que facilita la accesibilidad de los usuarios externos	5	7
18	Centro de referencia nacional para la prestación de servicios de salud	12	11
19	La buena imagen del servicio	11	29
20	La capacidad técnica - científica para atender al cliente	22	23
21	Continuidad y cobertura técnica del servicio 24h	10	28
22	Nivel de compromiso y sentido de pertenencia (86%)	12	14
23	Implementación del sistema albergue en conjunto: madre e hijo	4	5
24	Gestión y obtención de recursos de los convenios con instituciones, fundaciones y voluntariado.	8	14
25	Inexistencia de subespecialidades pediátricas.	8	19
26	Insuficiente aplicación de tecnología	15	9
27	Inadecuado mantenimiento preventivo y correctivo del equipamiento tecnológico.	14	11
28	Clima laboral afectado por la cultura organizacional	19	7
29	Inadecuada administración de clientes	17	24
30	Escasa distribución de acuerdo a requerimientos por servicio del presupuesto asignado	23	6
31	Insipiente grado de incentivos- motivación- comunicación	21	7
32	Procesos institucionales no implementados	14	17
		419	419

Fuente: FODA Servicio de Pediatría. HEE.

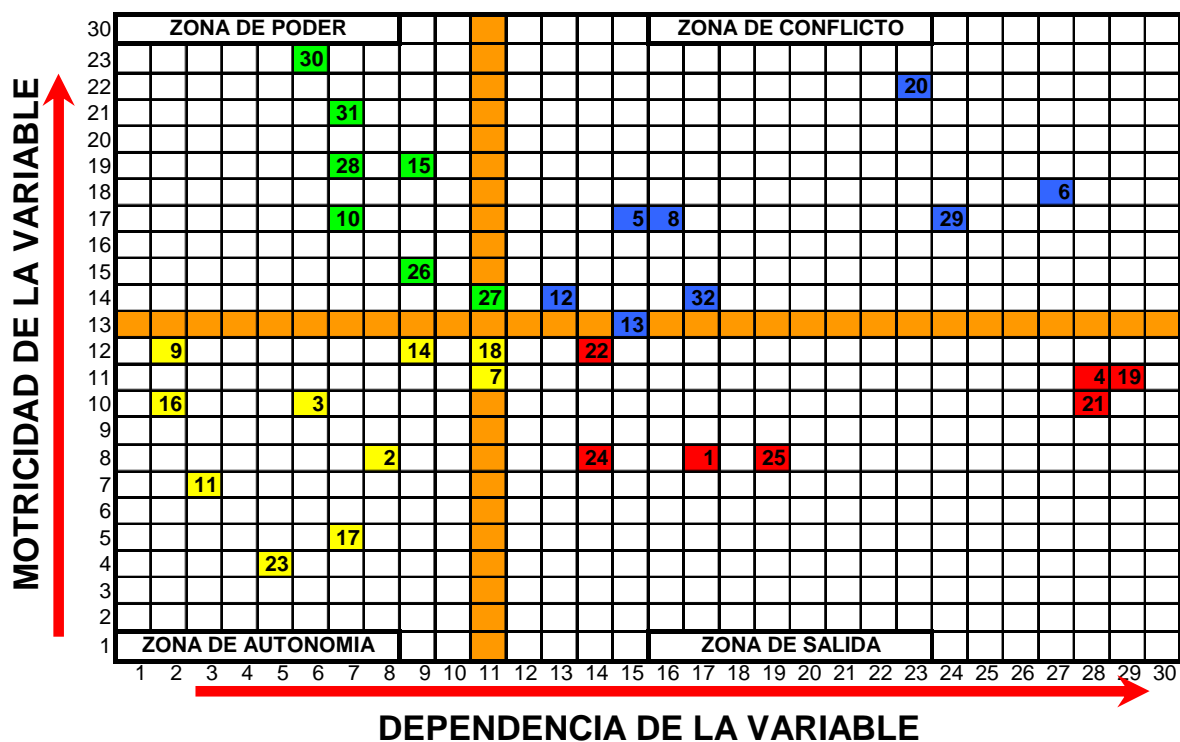
Elaboración: Rocío Ayala H.

4.3.1.5 Clasificación de factores según su naturaleza

La comprensión del impacto ambiental del entorno se realiza bajo los parámetros del análisis FODA, utilizando la matriz para el análisis del ambiente interno y ambiente externo; al diagramar el plano de motricidad-dependencia, de acuerdo a la clasificación de factores según su naturaleza, el servicio de pediatría del HEE, dentro de la planificación estratégica, identifica cuatro zonas:

Gráfico No 77

CLASIFICACIÓN DE FACTORES SEGÚN SU NATURALEZA
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, SERVICIO DE PEDIATRÍA
PROGRAMA DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA 2007



Fuente: FODA Servicio de Pediatría. HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

zona de poder o variables motrices, tienen alta motricidad y baja dependencia, son problemas críticos, **importantes**, que no se dominan actualmente, están representadas por los indicadores de la perspectiva del talento humano.

En la Zona de poder se encuentran:

- Cliente interno con cultura organizacional insipiente y falta de empoderamiento.
- Baja oferta de capacitación para fortalecer competencias en temas específicos.
- Insuficiente aplicación de tecnología.

- Inadecuado mantenimiento preventivo y correctivo del equipamiento tecnológico.
- Clima laboral afectado por la cultura organizacional.
- Escasa distribución de acuerdo a requerimientos por servicio del presupuesto asignado.
- Insipiente grado de incentivos- motivación- comunicación.

Zona de conflicto o variables de enlace, son variables estratégicas clave, con una alta motricidad y alta dependencia, problemas **importantes** pero controlados; cualquier acción sobre estas variables repercutirá sobre las otras. Son variables que tienen que ver con el aprendizaje y desarrollo. Entre estas se encuentran:

- Cumplimiento del acuerdo ministerial 051-2004 Art.1 "Calificar como prioritario, el proceso de Licenciamiento de los Servicios Formales de Salud como un proceso administrativo de carácter oficial, obligatorio y continuo.
- Optimizar los procesos y actividades que ejecuta el servicio, como mecanismo de regulación, para garantizar la calidad de los mismos como paso previo a la acreditación.
- Gerencia del conocimiento.
- Cambios políticos que impiden la continuidad administrativa.
- Ausencia de soporte técnico por parte del MSP para implementar una gestión por procesos.
- La capacidad técnica - científica para atender al cliente.
- Inadecuada administración de clientes.
- Procesos institucionales no implementados.

Zona de autonomía o variables reguladoras, con una baja motricidad y baja, dependencia, problemas autónomos, poco importantes pero que no se dominan, lo cual es grave, están representadas por los indicadores de las perspectivas de procesos, productos y servicios; pueden ser excluidas del análisis. Entre ellas se encuentran:

- Convenios con patronatos, INNFA, Fundación "Tierra de hombres" y otras.
- Ley de modernización y Maternidad Gratuita que permiten el desarrollo del servicio.
- Acceso a la información técnico científica actual (Internet).
- Presupuesto asignado por MSP y techo sin relación con la demanda.
- Nivel socio-económico medio y bajo del cliente externo.
- Gestión incipiente para la adquisición de tecnología actualizada.
- Existencia de sindicato de trabajadores con beneficios a favor del gremio.
- Estratégica ubicación geográfica, que facilita la accesibilidad de los usuarios externos.
- Centro de referencia nacional para la prestación de servicios de salud.
- Implementación del sistema albergue en conjunto: madre e hijo.

Zona de salida o variables resultantes, con baja motricidad y alta dependencia, representadas en los indicadores de las perspectivas de clientes e inversionistas de la calidad, problemas poco importantes pero que se controlan.¹²⁹

En la Zona de salida, están:

- Pediatría, especialidad de un hospital de referencia nacional que incrementa la demanda.
- Cliente externo de un grupo vulnerable de la población.
- La buena imagen del servicio.
- Continuidad y cobertura técnica del servicio 24h.
- Nivel de compromiso y sentido de pertenencia (86%).
- Gestión y obtención de recursos de los convenios con instituciones, fundaciones y voluntariado.
- Inexistencia de subespecialidades pediátricas.

Aplicar el Balanced Scorecard como la principal herramienta metodológica que traduzca la visión y estrategia corporativa, en un conjunto de medidas de la

¹²⁹ Norton y Kaplan, Motricidad y Dependencia, 1992. <http://7.vvvirtual.ean.edu.ec/>

actuación, las cuales proporcionen la estructura necesaria para un sistema de gestión y medición es una gran ventaja dentro de la planificación.

El Balance Scorecard es una herramienta que permite traducir la visión de la organización, expresada a través de su estrategia, en términos y objetivos específicos para su difusión a todos los niveles, estableciendo un sistema de medición del logro de dichos objetivos a corto, mediano y largo plazo; es la principal herramienta metodológica que traduce la estrategia en un conjunto de medidas de la actuación empresarial.

Esta técnica identificó los factores de creación de valor económico a mediano y largo plazo desde cuatro perspectivas:

- Financiera: ¿sostenibilidad en la autogestión?
- Clientes: ¿Cómo deben ser atendidos?
- Procesos de atención: ¿Qué procesos internos deben ser mejorados?
- Aprendizaje y crecimiento de la organización: ¿Cómo llevarlo a cabo?

Estos elementos proporcionan una imagen equilibrada del resultado actual y futuro de la empresa, cuyo fin último es ayudar a las empresas a evaluar las acciones necesarias, mejorar los resultados incluyendo la inversión en las personas, los sistemas y los procesos, de hecho se trata de un sistema de gestión estratégica.

4.3.1.6. Objetivos

El Balance Scorecard, busca fundamentalmente complementar los indicadores tradicionalmente usados para evaluar el desempeño de las empresas, combinando indicadores financieros con no financieros, logrando así un balance entre el desempeño de la organización día a día y la construcción de un futuro promisorio, cumpliendo así la misión organizacional; los principales objetivos son:

- Alcanzar enfoque gerencial.
- Desarrollar liderazgo.

- Intervención estratégica.
- Educar a la organización.
- Fijar metas estratégicas.
- Alinear programas e inversiones para enlazarlo al sistema de incentivos.
- Mejorar el sistema de indicadores actuales.

4.3.1.7. Beneficios

A partir del cumplimiento de los objetivos se enumeran los principales beneficios:

- Alineación de los empleados hacia la visión de la empresa.
- Comunicación hacia todo el personal de los objetivos y su cumplimiento.
- Redefinición de la estrategia en base a resultados.
- Traducción de la visión y estrategias en acción
- Favorece en el presente la creación de valor futuro
- Integración de información de diversas áreas del servicio.
- Capacidad de análisis.
- Mejoría en los indicadores financieros.
- Desarrollo laboral de los promotores del proyecto.

Entre las necesidades de gestión a las que da respuesta el BSC, se incluyen las siguientes:

- **Integrar los indicadores cuantitativos y cualitativos**

El CMI integra indicadores cuantitativos y cualitativos, eliminando las duplicidades y asegurando que el conjunto de indicadores sean homogéneos y fiables.

- **Proporcionar información concisa, fiable y a tiempo, a un menor costo**

Esta herramienta permite integrar la información clave para la gestión, sin necesidad de elaborarse repetitivamente a partir de un volumen importante de datos.

- **Proporcionar y homogeneizar los indicadores de la empresa como negocio y los de la actividad de la empresa.**

En el cuadro de mando integral (CMI) se concatenan los resultados de la actividad de la empresa, incorporando los efectos de las acciones de mejora con los resultados de la empresa como negocio; esto permite evaluar el avance en el grado de cumplimiento de los objetivos, tanto a corto como a largo plazo.

Kaplan y Norton, basan el desarrollo del CMI en cinco principios:

- Traducir la estrategia a términos operativos. Consiste en tomar los objetivos estratégicos como punto de partida y guía para definir cómo debemos realizar la actividad.
- Alinear la actividad diaria del trabajo a la estrategia. Implica organizar los medios y las directrices a seguir para alcanzar los objetivos; es decir, traducir los objetivos a largo en objetivos a corto y muy corto plazo, para poder situar los resultados de la actividad diaria con respecto a los objetivos a corto y a largo plazo.
- Hacer que todos los miembros de la organización participen en la estrategia supone comunicar e informar regularmente sobre el avance con respecto a los objetivos; el cuadro de mando propone una herramienta, la gestión visual, que, apoyada por reuniones operativas, asegura la transmisión de la información y la participación en la gestión.
- Hacer de la estrategia un proceso continuo, desplegando los objetivos a largo plazo en objetivos operativos a corto y muy corto plazo; de esta forma, el seguimiento y control de las desviaciones y la puesta en marcha de acciones de mejora incorpora los objetivos a largo plazo.
- Promocionar el cambio mediante el liderazgo, El CMI como lleva implícito un proceso de cambio, es necesario contar con un liderazgo sólido y

efectivo, capaz de cohesionar una organización inmersa en un proceso de revisión continua, en un entorno incierto y cambiante.

4.3.1.8. Componentes

- Cadena de relaciones causa-efecto.
- Enlace a los resultados financieros.
- Balance de indicadores de resultados e indicadores guía
- Mediciones que generen e impulsen el cambio.
- Alineación de iniciativas o proyectos.
- Consenso del equipo directivo de la organización.

4.3.1.9. Perspectivas

- Perspectiva financiera. los indicadores financieros han sido los más utilizados, son el reflejo de lo que está ocurriendo con las inversiones y el valor añadido económico.
- Perspectiva del cliente. Brinda información importante para generar, adquirir, retener y satisfacer a los clientes, obtener cuota de mercado, rentabilidad, etc.
- Perspectiva procesos internos. Para alcanzar los objetivos de clientes y financieros es necesario realizar con excelencia ciertos procesos que dan vida a la empresa.
- Perspectiva de formación y crecimiento. Es la perspectiva donde más tiene que ponerse atención, sobre todo para obtener resultados constantes a largo plazo, aquí se identifican la infraestructura necesaria para crear valor a largo plazo; hay que lograr formación y crecimiento en 3 áreas: personas, sistemas y clima organizacional, son intangibles, identificadores relacionados con capacitación a personas, software o desarrollos, máquinas e instalaciones, tecnología y todo lo que hay que potenciar para alcanzar los objetivos de las perspectivas anteriores.

4.3.1.10. Fases para la Implementación

La metodología puede tener sus variantes, dependiendo de la complejidad de la organización, de su dinámica organizacional y del dialogo y aprendizaje estratégico que se produzca como resultado de la aplicación de la misma.

4.3.1.10.1 Proceso de Formulación del Futuro

Crear, formular, comprender y acoger una **VISIÓN** es un **proceso** y, como todo proceso requiere una tecnología probada que desarrolle los pasos, fases y etapas, para su realización. La visión es una fuerza magnética que inspira a la gente y la impulsa a la acción, cuando se siente comprometida a cerrar la brecha entre la realidad actual y el futuro proyectado.

Los elementos del BSC son: misión, visión y valores.

Visión del Servicio:

Proporcionar una atención eficaz y eficiente a un menor costo posible con un alto índice de profesionalismo, competente, productivo y comprometido con el crecimiento organizacional y la satisfacción de los usuarios. Se quiere un Servicio que promueva el valor del ser humano y que participe en la solución de problemas como protagonista en el mejoramiento de la calidad de atención.¹³⁰

Los equipos, adquieren sentido en la medida en que se orienten a la satisfacción de necesidades y agregar valor al cliente. La entidad productora de bienes o servicios surge con un propósito: resolver, cubrir, **satisfacer necesidades y agregar valor**; en consecuencia, las organizaciones, existen para lograr un propósito o **misión**.

Pediatría, es un Servicio que tiene grandes oportunidades, caracterizado por la atención en salud a lo largo de mucho tiempo a través de un sistema de

¹³⁰ Op. HEE: Visión del Servicio de Pediatría. 2007

referencia y contrarreferencia nacional propio del HEE cuya **meta** es “el crecimiento organizacional

La **misión** es brindar atención clínico quirúrgica integral y de calidad al niño, adolescente y familia de referencia nacional con calidad humana oportuna, eficaz y eficiente, para la satisfacción del cliente y la consecución de los objetivos del Servicio,

La **política** “mejoramiento continuo para el crecimiento organizacional”

Valores: Ética profesional, elevado conocimiento y experiencia en la especialidad, confidencialidad, compromiso con el cliente externo, respeto mutuo, trabajo en equipo, creatividad y responsabilidad, comunicación abierta y sentido de pertenencia.

Este escenario crea la necesidad de capacitar a los líderes en gerencia hospitalaria, al personal en calidad de atención, en gestión por procesos lo que permitirá: actualizar los conocimientos, ponerlos en práctica y orientar y efectuar ajustes permanentes.

4.3.1.10.2 Identificar el enfoque del servicio a través de sus perspectivas

Perspectiva de cliente o comunidad

¿Cómo nos ven nuestros usuarios y nuestra comunidad? Esta perspectiva permite al Servicio establecer sus lineamientos finales con respecto a sus clientes esenciales, satisfacción, lealtad, retención, adquisición, rentabilidad para enfocar correctamente a clientes y segmentos en su afán por incrementar la cobertura. “...También permite identificar y establecer las proposiciones de valor que representan los indicadores guías, para establecer las medidas finales con respecto a los clientes esenciales...”¹³¹.

¹³¹ Martínez Rivadeneira Ricardo. Consultor en Estrategia Empresarial. Proyecto 370, Sistema Integral de Indicadores de Gestión. Cámara de Comercio de Bogotá.

Las propuestas de valor del cliente representan los atributos que el Servicio de Pediatría provee a través de sus servicios y productos para crear lealtad y satisfacción en segmentos ya establecidos. Los atributos son de productos y servicios, de relación con el cliente y de imagen y reputación.

Los atributos de productos y servicios incluyen la funcionalidad del producto el servicio mismo su precio y calidad, la relación con el cliente incluye la entrega del servicio, el tiempo y como se siente el cliente (gente con conocimiento, fácil acceso y rapidez en la prestancia en comparación con otros establecimientos de singulares prestaciones), la imagen y reputación representan los factores intangibles que atraen a los clientes; las preferencias del cliente connota el poder de la imagen y reputación.

Perspectiva interna o de los procesos

¿En qué procesos debemos (o somos) excelentes? Estos procesos permiten entregar las propuestas de valor que atraerán y retendrán a los clientes, y satisfacer las expectativas de excelentes rendimientos de los accionistas; esto es una gestión por procesos para alcanzar la satisfacción del cliente y el logro de los objetivos institucionales,” el mejoramiento continuo”.

Perspectiva del aprendizaje e innovación o dinámica organizacional

¿Qué demos aprender para mejorar e innovar? Esta perspectiva desarrolla objetivos e indicadores para impulsar el aprendizaje y el crecimiento de la Organización. La innovación y el aprendizaje son los inductores para conseguir excelentes resultados en las demás perspectivas.

El CMI recalca la importancia de invertir para el futuro. Inversiones tradicionales en equipo y en Investigación + Desarrollo son importantes, pero no son suficientes; las organizaciones deben invertir en infraestructura-personal, sistemas y procedimientos si quieren alcanzar los objetivos de crecimiento a largo plazo. Las áreas clave de resultados, se centran en tres áreas que crean capacidad productiva: desarrollo del personal, sistemas de información y aprendizaje y registro del "Know How".

Similar a la perspectiva de los clientes, la perspectiva de personal enmarca tres objetivos e indicadores genéricos - satisfacción, retención y productividad, pero enfoca áreas clave de resultado muy específicas: motivación basada en el compromiso, delegación del poder, coherencia de objetivos individuales, alineados con los de la Organización e integración de equipos de alto rendimiento.

La perspectiva de desarrollo de personal, esta perspectiva enfoca la recualificación de la gente como uno de los mayores inductores de resultados en todas las demás perspectivas; es "talento creativo" de la gente es el que genera la cadena de valor en toda la Organización.

La inversión en el desarrollo de nuevas capacidades (conocimientos, habilidades y motivaciones) de la gente es la base del crecimiento y desarrollo de la organización del futuro.

Perspectiva financiera

¿Cómo logramos la satisfacción de los líderes del servicio, la sostenibilidad económica? Esta perspectiva es el objetivo y el resultado de las demás perspectivas. Los objetivos financieros sirven de enfoque para los objetivos e indicadores de las otras perspectivas. Las tres fases de toda unidad de negocios: crecimiento, sostenimiento y cosecha, enmarcan áreas clave de resultados. Aunque esta no es una perspectiva clave del Servicio de Pediatría por tratarse una institución pública cave mencionarla ya que es parte del BSC.

4.3.1.10.3 Definir los objetivos estratégicos

El Servicio de Pediatría del HEE. Hizo su primer enunciado de **objetivos estratégicos** de la siguiente manera (Ver Gráficos: No 78, 79):

Perspectiva comunidad y usuario

- Incremento y mantenimiento de la cobertura
- Mejora de la satisfacción de los usuarios
- Atención clínico quirúrgica de alta calidad

Perspectiva Interna procesos

- Mejora de la calidad de atención
- Optimización de recursos.
- Orientación en procesos

Perspectiva del aprendizaje

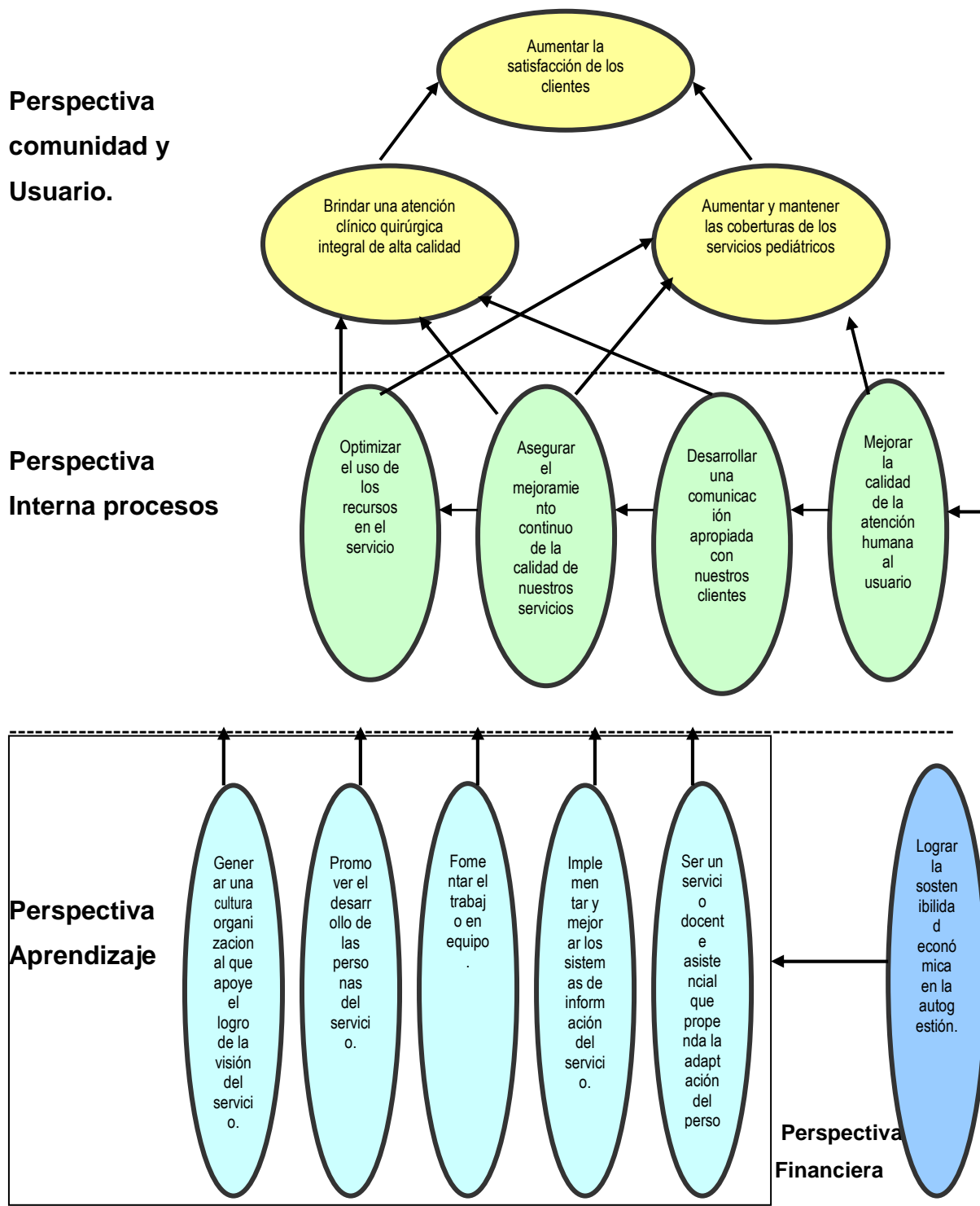
- Generar una cultura organizacional que apoye el logro de la visión del servicio
- Promover el desarrollo de las personas del servicio.
- Fomentar el trabajo en equipo
- Implementar y mejorar los sistemas de información del servicio.
- Ser un servicio docente asistencial que propenda la adaptación del personal

Perspectiva financiera

- Lograr la sostenibilidad económica en la autogestión

4.3.1.10.4 Graficar los objetivos estratégicos

Gráfico No 78
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y MAPA DE ENLACES CAUSA EFECTO HEE,
PEDIATRÍA

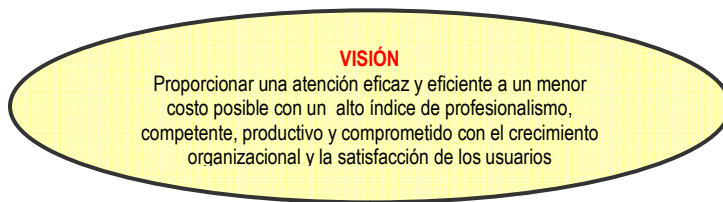


Fuente: BSC. Pediatría. HEE.

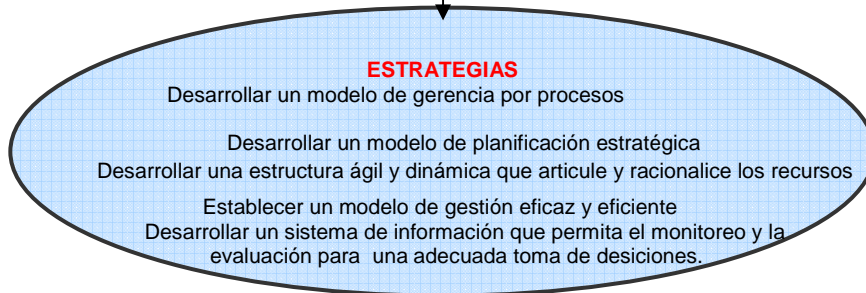
Elaboración: Rocío Ayala H.

Gráfico No 79 HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA, MAPA ESTRATÉGICO.

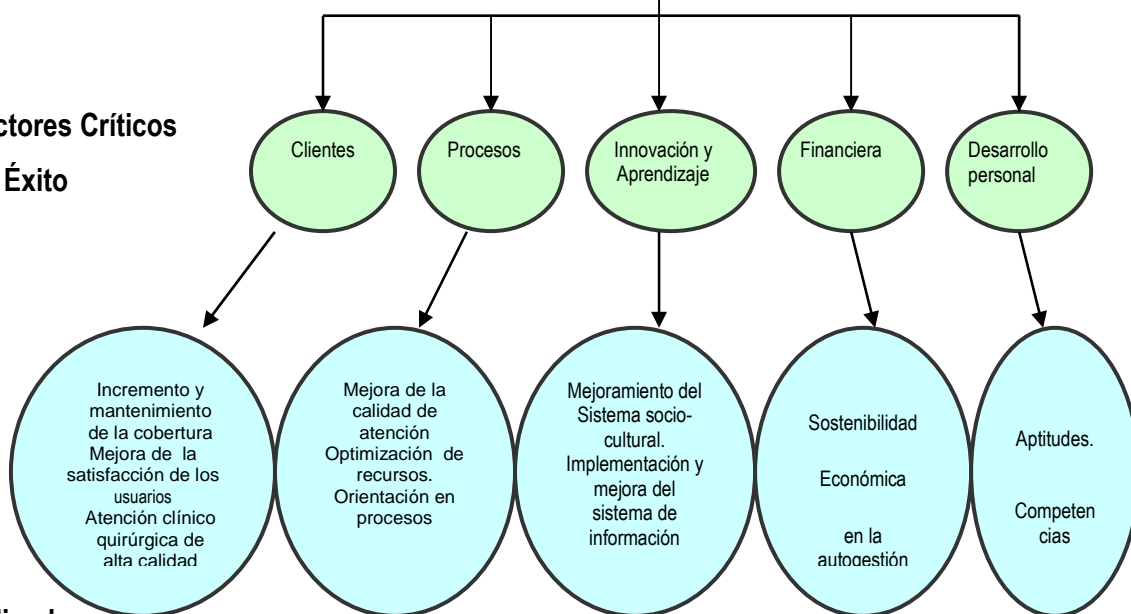
Dónde



Cómo



Factores Críticos De Éxito



Indicadores

- | | | | | |
|--|--|---|--|--|
| -Índice de cobertura.

-% a tiempo de atención clínico quirúrgica

-Índice de satisfacción del usuario | -% de atención de calidad.

-% de gestión y organización de la atención.

- Índice de mejoramiento continuo de la calidad de nuestros servicios. | - % de quejas en el servicio Satisfecho en el servicio

- % de quejas por pérdidas de HCl, formularios mal llenados.

- % de estudiantes satisfechos con el proceso enseñanza-aprendizaje | -% de exoneraciones por pago de exámenes y tratamientos cubiertos por convenios institucionales, fundaciones y/o voluntariado. | -% de personal que se actualiza anualmente - |
|--|--|---|--|--|

↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓
Planes de Acción Responsabilidades y planes de acción para alcanzar los objetivos

Fuente: BSC. Pediatría. HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Los objetivos son la descripción de los resultados de trabajo que deben ser alcanzados en un período específico. Son la expresión cuantificada y medible de los resultados específicos que se esperan lograr como producto de una actividad o proceso.

Sirven para centrar la atención en los resultados concretos y relevantes que deben obtenerse. Para ayudar a establecer los criterios de evaluación de la ejecución. Para orientar la energía y actuación hacia el logro de la visión y misión de la Organización y de cada Área o Subsistema.

Se establecen efectuando dos clases de análisis: Análisis del resultado normal del trabajo, análisis del mejoramiento en el desempeño de la actividad o proceso.

Preguntando:

¿Qué productos o servicios constituyen el resultado normal en esta área clave de resultados?

¿Cuáles son las unidades en las que se mide y podría medirse el resultado productivo de estos productos o servicios?

¿Cuáles son los resultados esperados en las áreas clave de resultados donde el mejoramiento es más deseable o necesario?

¿Cuánto mejoramiento es realista y alcanzable para el período en cuestión?

Los objetivos deben tener las características que se agrupan en el acróstico de la palabra **METAS**. Es decir, deben ser: **M**edibles, **E**specíficos, **T**emporales, **A**lcanzables y **S**atisfactorios.

Deben ser consistentes con la **VISIÓN, MISIÓN y VALORES ESENCIALES** del Equipo; debe contener los siguientes cuatro componentes básicos:

- Un verbo de acción en infinitivo (Es fundamental usar el verbo correcto)
- Un área enfocada (área de resultados)
- Una medida (cuantitativa, en lo posible)

- Un tiempo de cumplimiento (expresado en términos de fecha calendario y hora, si es posible).

Los objetivos deben ser retadores y estar conectados a un sistema de ganancia (G/G), y ser Objetivos de Eficiencia y Eficacia.

4.3.1.10.5 *Indicadores, metas e iniciativas estratégicas.*

Para establecer indicadores de gestión se requieren seis pasos:

- Conocer la visión de la empresa, esto es, alinear toda la organización en torno a ella; cuando no todos los colaboradores han participado en la definición de la visión, se requiere aclarar y motivar a todos hacia sus principios y valores, interés y satisfacción del cliente.
- Conocer dentro de esta visión, cuál es el valor agregado esperado de cada unidad de gestión de la empresa (Recursos Humanos por ejemplo). Si agregar valor es sumar al producto o servicio final bondades, características y propiedades que lo hacen mejor, diferente y más competitivo, será necesario determinar cuál es el valor agregado que cada sistema aporta a la visión, misión y valores.
- Desdoblar el valor agregado, es establecer los subsistemas que pertenecen al sistema mayor y su correspondiente valor agregado.
- Definir la métrica del sistema es definir la efectividad del sistema (eficiencia y eficacia). Será eficaz si satisface las necesidades y requerimientos del cliente interno. Será eficiente si se utilizan óptimamente los recursos asignados (presupuesto, personas, equipo de trabajo, información, métodos) y no se incurre en fallas en los procesos establecidos. Es definir que tipo de medida se establece para la eficacia y la eficiencia.
- Establecer estándares, es un indicador numérico representativo del logro, sobre el cual se evalúan las desviaciones y aciertos.
- Verificar y comparar con planes y programas para lograr las metas adecuadamente.

Los indicadores, metas e iniciativas estratégicas se especifican a continuación en la tabla No 49

Tabla No 49

TABLA BALANCEADA DE INDICADORES: HEE. PEDIATRÍA, BALANCED SCORECARD.

Perspectiva	Objetivos estratégicos	Indicadores estratégicos	Fórmula	Metas		Iniciativas Estrategias
				Actual	2008	
Usuarios y Comunidad	Aumentar y mantener la cobertura de los servicios pediátricos	Indice de cobertura	Nº de primeras consultas pediátricas en un mes sumadas a las primeras consultas de los otros meses anteriores del año t./ Total de consultas pediátricas en el mismo año * 100	33,42%	85%	Incrementar la cobertura de atención en consulta externa, horario tarde p.m.(aprovechando el contrato por la emergencia sanitaria)
	Brindar atención clínico quirúrgica integral y de alta calidad al niño, adolescente y familia.	Indice de atención clínico quirúrgica integral y de alta calidad	Nº de egresos hospitalarios pediátricos satisfechos del año t./ Nº total de egresos hospitalarios en el mismo año t.* 100	26,02%	75%	Plan de calidad Selección de personal por competencias
	Mejorar la satisfacción de los usuarios	Indice de satisfacción del usuario	Nº de pacientes satisfechos en un mes t / Nº de pacientes atendidos en 1 mes t * 100.	75%	85%	Plan de calidad
Procesos claves	Mejorar la calidad humana en la atención al usuario	% de atención de calidad humana	Nº de pacientes que refieren ser atendidos con calidad humana en un mes t / Nº total de pacientes atendidos en el mismo mes * 100	51%	80%	Plan de calidad
	Optimizar el uso de los recursos en el servicio	% de gestión y organización de la atención	Nº de ítems de la encuesta de calidad respecto al estándar "Gestión y Organización de la Atención con respuesta + el día de la medición / 23 ítems de "Gestión y Organización de la Atención" en la encuesta el mismo día * 100.	67%	95%	Plan de implementación por procesos
	Asegurar el mejoramiento continuo de la calidad de nuestros servicios	Índice de mejoramiento continuo de la calidad de nuestros servicios	Nº de ítems de la encuesta de calidad respecto al estándar "Mejoramiento continuo de la calidad con una valoración del 80 al 100% el día de la medición / 29 ítems de "Mejoramiento continuo de la calidad" en la encuesta el mismo día *100.	67%	85%	Plan de implementación por procesos Plan de calidad Selección de personal por competencias
	Desarrollar una comunicación apropiada con nuestros clientes	% de comunicación efectiva con nuestros clientes.	Nº de ítems de la encuesta de calidad respecto al estándar "Información y Señalización" con respuesta + el día de la medición / 18 ítems de la encuesta de calidad respecto al estándar "Información y Señalización" el mismo día * 100.	33%	80%	Plan de capacitación: relaciones humanas, bioética y comunicación efectiva.
Perspectiva del aprendizaje	Fomentar el trabajo en equipo	% de quejas en la atención	Nº de pacientes que se quejan de la atención recibida, por falta de coordinación del equipo en un mes / Nº total de pacientes atendidos en el mismo mes * 100	66%	40%	Plan de capacitación: relaciones humanas, bioética y comunicación efectiva.
	Promover el desarrollo de las personas del servicio	% de personal que se actualiza anualmente	Nº de usuarios internos que se actualizan en un año t / Nº total de usuarios internos en ese mismo año * 100.	20%	75%	Motivación Incentivos
	Generar una cultura organizacional que apoye el logro de la visión del servicio	% de personal del servicio que se encuentra satisfecho en el medio	Nº de usuarios internos que se encuentran satisfechos realizando su trabajo en el Servicio de Pediatría el día de la medición / Nº total de usuarios internos en ese mismo día * 100.	70%	100%	Plan de capacitación: relaciones humanas, bioética y comunicación efectiva.
	Implementar y mejorar los sistemas de información del servicio	% de estadísticas y registros en salud, que cumplen con los estándares de calidad	Nº de ítems de la encuesta de calidad respecto al estándar "Registros y estadísticas de salud" Áreas Técnicas y de Apoyo cuya valoración sobrepase el 80%, el día de la medición / 16 ítems del Estándar "Registros y estadísticas de Salud" Areas Técnicas y	77%	90%	Coordinar con el centro de computo para aprovechar el convenio EPN en la implementación de la red informática
	Ser un servicio docente asistencial que propenda la adaptación del personal nuevo para beneficio mutuo	% de estudiantes satisfechos con el proceso enseñanza aprendizaje	Nº de estudiantes satisfechos con el proceso de enseñanza aprendizaje a la fecha de medición / Nº total de estudiantes encuestados en la misma fecha * 100.	70%	95%	Mejorar las condiciones generales para los estudiantes. Mantener buenas relaciones con las universidades
Perspectiva financiera	Lograr la sostenibilidad económica en la autogestión	% de exoneraciones por pago de exámenes y tratamientos, cubiertos por convenios institucionales, fundaciones y/o voluntariado.	Nº de solicitudes de exámenes y/o tratamientos exonerados que sobrepasen el 25% de exoneración de su valor total en un mes t / Nº total de solicitudes de exoneración de exámenes y/o tratamientos en el mismo mes * 100.	25%	60%	Mantener relaciones actualizadas con las instituciones, fundaciones y voluntariado para la vigencia de los convenios
		% de pacientes indigentes con solución de pagos por tratamiento y/o exámenes	Nº de pacientes indigentes exonerados de pagos por tratamientos, insumos y/o medicamentos especiales en un mes t / Nº total de pacientes indigentes que requieren de apoyo económico a través de exoneración de exámenes, insumos y/o medicamentos especiales en e	20%	90%	Mantener relaciones actualizadas con las instituciones, fundaciones y voluntariado para la vigencia de los convenios

Fuente: BSC. Pediatría. HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

4.3.1.10.6 Identificar los vectores estratégicos

Las rutas o ramales que se observan dentro del mapa de enlaces son:

- 1.- Brindar una atención clínico quirúrgica integral y de alta calidad al niño, adolescente y su familia.
- 2.- Aumentar y mantener las coberturas de los servicios pediátricos.

4.4 GESTIÓN

En salud para ser un buen gestor se requiere conocer la clínica y racionalizar el uso de recursos que son siempre escasos.

Pero una mejor gestión de políticas, instituciones y pacientes será una herramienta muy útil para gestionar nuestro futuro. Por ello el modelo visionario del servicio de pediatría del HEE., debe potenciar el protagonismo de los profesionales de la salud y motivarlos para que se involucren en la gestión del mismo y en el uso adecuado de los recursos sanitarios a través de iniciativas tales como "Gestión Clínica".

Gestión Clínica consiste en un proceso de rediseño organizativo que tiene el objetivo de involucrar al personal sanitario en la gestión de los recursos utilizados en su práctica clínica para mejorar la eficacia de sus productos asistenciales de coordinación y de apoyo, eliminando las actividades que no sean generadoras de valor.

La tarea asistencial es un proceso que se debe sostener en la eficiencia, debe implementarse sobre la base de un programa que implique a todos los sectores desde la actitud y la ejecución espontánea, con el uso gerencial del conocimiento clínico y ético de la eficiencia. Preservando los valores de la cultura profesional,

como motor de la gestión hospitalaria, alineados con los objetivos institucionales¹³².

No queda duda de que el ideal sería obtener altos volúmenes de actividades intermedias y finales, los bajos costos posibles, utilización de la tecnología adecuada y el mínimo tiempo requerido para llevar a cabo el proceso de atención dispensada.¹³³

Entendida así la gestión clínica cabe centrarse en la gestión por procesos, como forma de gestionar el servicio, proporcionando al modelo 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, para lo cual se debe realizar:

- El levantamiento de los procesos gobernantes primarios y de apoyo.
- Igualmente se debe acompañar de flujogramas.
- El Servicio debe implantar y mantener un sistema de gestión de calidad, eficaz y eficiente, basado en normas internacionales de calidad. (Norma ISO)

En este marco, **la gestión del servicio, como parte de un hospital público deberá responder al nuevo paradigma, integrando en una gerencia pública, las racionalidades políticas, técnicas y administrativas.**¹³⁴

4.4.1. SELECCIÓN Y DEFINICIÓN DE LOS CLIENTES

Cada empresa tiene su mercado y sus clientes y éstos tienen un papel fundamental en este análisis; los clientes actuales han referido estar satisfechos de la atención recibida aunque no en un 100%; existen quejas, en su mayoría

¹³² Diplomado superior en gerencia hospitalaria. Gestión Clínica. Ecuador. Abril 2003.

¹³³ Malagón, *Op. cit.*, pp: 521

¹³⁴ Fundación Isalud. Módulo 3. Gestión, *Op. cit.*, pp: 38

referidas a la demora en el proceso mismo de atención, a pesar de ser el “Baca Ortiz “un hospital de niños, considerado así como el principal competidor en lo referente a las especialidades pediátricas, no lo es en cuanto al factor tiempo de demora en la atención y más aún en la calidez y el albergue conjunto madre e hijo en la atención, calificada ésta como singular y única competencia del servicio de pediatría del HEE.

Estas son respuestas que orientan a fidelizar clientes los cuales deben estar satisfechos con la atención prestada.

4.4.2. SELECCIÓN Y DEFINICIÓN DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS

Los servicios son la razón de ser la Institución y los medios con los cuales materializan la visión y la misión. ***Una institución ya no se define por el producto o servicio que ofrece, sino por la forma como agrega valor a las necesidades que satisface.***

Los principales servicios que recibe el cliente son: atención clínico quirúrgica, de especialidad tanto en consulta externa, hospitalización y/o emergencia, el cliente recibe y usa estos servicios porque generalmente, es un paciente que requiere ser atendido en su salud quebrantada, esperando recuperarla lo más pronto posible, con calidez y calidad y a un menor costo posible, de lo contrario en un porcentaje muy escaso los clientes deciden acudir a otra institución de salud como un posible sustituto en la prestación de estos servicios, teniendo como ventaja competitiva la prontitud en la atención aunque a un mayor costo.

4.4.3. ESTIMACIÓN DEL POTENCIAL DEL SUBSISTEMA

Los expertos recomiendan tener en cuenta, al menos, tres estrategias básicas:

- **Excelencia organizacional**, para lograr menores costos y ofrecer menores precios.

- **Innovación del servicio**, con el fin de ofrecer siempre servicios más novedosos.
- **Intimidad con el cliente**, que lo convierta en verdadero fanático del servicio.

Adoptar una de las estrategias como básica, no significa ignorar las demás, cada equipo debe definir la estrategia más efectiva para sus propósitos.

4.4.4. IDENTIFICACIÓN Y SELECCIÓN DE LOS VALORES AGREGADOS

El valor agregado se relaciona con un conjunto particular (a veces exclusivo) de destrezas, posicionamiento, experiencia o recursos que, en esencia, se requieren para generar y entregar, en forma exitosa, servicios a los clientes. El servicio: atención clínico quirúrgica, de especialidad tanto en consulta externa, hospitalización y/o emergencia tiene su valor agregado al cumplir con su misión: brindar atención clínico quirúrgica integral y de calidad al niño, adolescente y familia de referencia nacional con atención humana oportuna, eficaz y eficiente.

4.4.5. DETERMINACIÓN DE PROVEEDORES DE VALORES AGREGADOS PRINCIPALES Y SECUNDARIOS

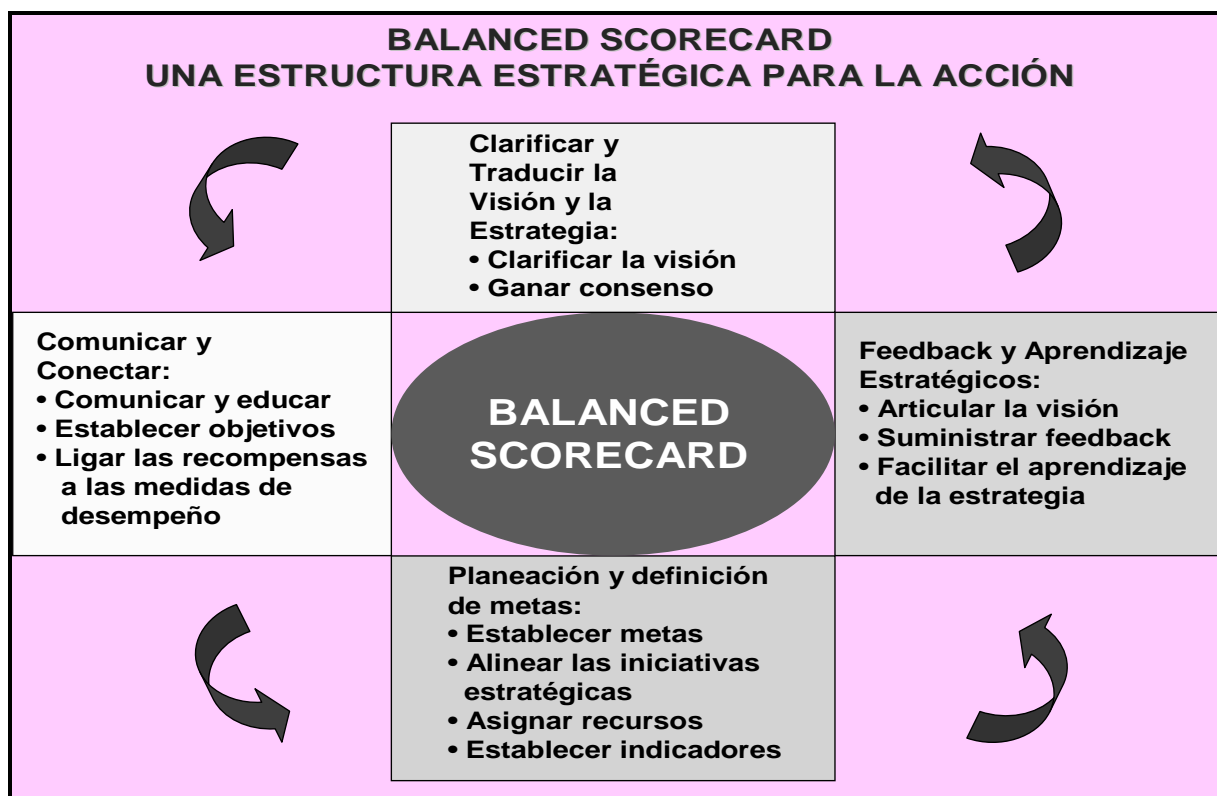
Conociendo el tipo de valores agregados que debemos buscar, hay que analizar la mejor manera de obtenerlos acudiendo a algunas de las siguientes alternativas:

- **Subcontratación** de valores agregados, esto permitirá incrementar la cobertura, a través del incremento en la atención, creando un horario p.m.
- **Inversión** para desarrollar el valor agregado requerido dentro del Servicio a través de la mejora del equipamiento tecnológico.
- **Asociaciones y Alianzas Estratégicas** con las diversas fundaciones, patronatos y voluntariado para mejorar los productos/servicios proporcionados.

Siguiendo la secuencia de la planificación estratégica basada en el BSC., como herramienta metodológica que permite traducir la visión de la organización dentro

de la gestión, es importante referir el enfoque de la misma desde las cuatro perspectivas que incluye esta herramienta.

Gráfico No 80



Fuente: Manual de la Planificación Estratégica basada en BSC.

Elaboración: Kaplan, R.S. y Norton, D.P

4.4.6. GESTIÓN POR PROCESOS

Gestión por procesos, criterio que examina como se proyectan, se ejecutan, analizan y mejoran los principales procesos para atender las necesidades de los clientes y para optimizar el desempeño global de la organización¹³⁵, es la forma de gestionar toda la organización basándose en procesos.

4.4.6.1 Principios de la gestión de la calidad

¹³⁵ Corporación Ecuatoriana de la Calidad Total. Fundamentos. En: Manual de Auto evaluación Empresarial, Quito, 2000; Pág. 8

- Organización enfocada al cliente: La organización debe conocer y satisfacer los requisitos de los clientes Internos y externos.
- Liderazgo: La dirección debe crear, involucrarse y mantener un ambiente basado en la Calidad.
- Participación del personal: Como parte de la organización su compromiso es pieza básica.
- Enfoque basado en procesos: Las actividades y los recursos se gestionarán como procesos.

Es la fase que tiende a adecuar los recursos previstos en la planificación para conseguir los objetivos, es la visión de la organización como un sistema más o menos complejo en el que intervienen elementos materiales y humanos relacionados entre sí y con una meta en común.

Entre todas las características que puede tener una organización, la toma de decisiones es quizá una de las más relevantes y en ocasiones puede resultar la más difícil, definiendo la función de decisión como un proceso complejo y que precisa de cierto análisis¹³⁶. En los últimos años se ha desarrollado enormemente el campo de la Inteligencia Artificial, que se basa en la evolución, mejora y optimización de procesos, es decir, hoy en día no solamente se utiliza la programación informática para crear secuencias de decisión a partir de determinadas condiciones, sino que los modelos más actuales son capaces de mejorar los errores producidos en procesos anteriores.

Para la administración o gerencia del Servicio de pediatría se debe implementar una organización plana dejando a un lado la tradicional verticalidad, esta organización brinda la oportunidad de aplicar el sistema de gestión mencionado; es necesario que iniciemos un proceso innovativo, de desarrollo y transformación hacia una organización más humanizada que respete la cultura organizacional y

¹³⁶ Martínez, Módulo 1. Op. cit., pp: 4

provoque los cambios de la transformación paradigmática de la organización de la salud¹³⁷.

4.4.7 EFICIENCIA DE LA GESTIÓN

La eficiencia de la gestión se logrará desarrollando una gestión por procesos, lo cual permitirá relacionar la estructura u oferta de los servicios que incluye una mejor organización y funcionamiento del servicio y optimización de los recursos existentes como también los sistemas de información; el proceso mismo en sí, que es la demanda insatisfecha en relación con la oferta, lo cual implica un cambio en las interrelaciones entre los recursos humanos, tecnológicos y económicos y las actividades intermedias como sistemas auxiliares de apoyo y las actividades finales como son el número de egresos hospitalarios, número de consultas, porcentaje de ocupación de camas, también es importante la administración y financiamiento del servicio, lo científico, pues a través del desarrollo de protocolos de atención cuyos productos se desglosan en actividades intermedias y finales que deben ser generadoras de una mayor producción del servicio considerando el mejoramiento en la calidad, incremento de la cobertura, la actualización tecnológica. Todo esto a un menor costo y tiempos posibles tanto en emergencia, consulta externa y hospitalización.

4.4.8. GESTIÓN DE CONSULTA EXTERNA

En el año 2005 se realizaron 6286 consultas con un % del 100% para ese momento, este número comparado con el número de consultas realizadas en el año 2006, 8434, alcanzó un incremento de 2151 consultas cuyo % de incremento corresponde al 34,2%.

La meta para el año 2008 es alcanzar un porcentaje del 85%, el mismo que para poder conseguirlo se deben incrementar el número de consultas a 12506 cuyo % equivalente es del 50,8 % ($50,8+34,2=85\%$). Comparando el incremento deseado

¹³⁷ Fundación Isalud, Módulo 2, Op. cit., pp: 3

con el número de consultas observadas en el año 2006 se puede concluir que el avance actual sería del 67,4% existiendo una brecha del 32,6% correspondiente a 4072 consultas.

Al ir incrementando el porcentaje deseado hasta alcanzar el 100% que sería un nivel excelente se puede observar que debemos alcanzar a 16201 consultas cuyo porcentaje equivalente es de 65,8%, que comparado con el avance actual 52,1% se tendría una brecha del 47,9% correspondiente a 7767 consultas. (Ver Tabla No 50)

Tabla No 50

HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, OFERTA DE CONSULTA EXTERNA PEDIÁTRICA.

Consulta Externa Pediátrica									
No consultas					Incremento	% Deseado	Avance Actual	Brecha Existente	
Observado		Observado	Incremento	Meta				Consultas	%
Año 2005	%	Año 2006	%	Año 2008	%	%			
6283	100	8434	34,2	12506,1	50,8	85	67,4	4072,1	32,6
		8434	34,2	13737,9	55,8	90	61,4	5303,9	38,6
		8434	34,2	16201,4	65,8	100	52,1	7767,4	47,9

Fuente: Dpto. de Estadística HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

Es importante mencionar se deben incrementar las primeras consultas y disminuir las subsecuentes con lo que la habrá un gran incremento de la cobertura y la demanda será ampliamente cubierta. Por otro lado se debe mencionar que es sumamente importante disminuir el promedio de atención hora médico para poder alcanzar lo mencionado. (Ver tabla No 33) en base a una reorganización que contemple normas y protocolos de atención.

Los líderes del servicio deben puntualizar ciertas modificaciones como las citas de control que requieran un tratamiento especial en cuanto a horario de atención.

Implementar el horario de atención en consulta externa, aprovechando el recurso humano contratado a través de la política de gobierno "emergencia sanitaria".

También se debe incrementar la consulta realizada por los residentes para atender los pacientes que no alcanzaron a recibir atención en consulta externa.

Es evidente que existen pacientes, más no enfermedades para ser tratadas, pero a pesar de ello es meritorio que existan protocolos de atención que puedan guiar las conductas de manejo de las diferentes patologías; los mismos que facilitarán el incremento de la producción, mejora en la calidad de atención y por ende satisfacción de nuestros clientes y la consecución de los objetivos institucionales.

4.4.9. GESTIÓN DE HOSPITALIZACIÓN

Existe un reconocimiento generalizado de la importancia que todos los profesionales sanitarios se involucren en la gestión de los diversos subsistemas y se conviertan en corresponsables del destino del sistema de salud al que pertenecen. Particularmente en los hospitales públicos en los cuales, en la mayoría de los países se les reconoce cuatro ejes de ineficiencia:

- No están los hospitales públicos obligados a competir por los pacientes y los recursos
- El exceso de centralismo y la falta de autonomía
- Falta de incentivos positivos y negativos en el personal
- Falta de profesionalismo en los niveles de conducción

En hospitalización el impacto de las reformas que implementemos en la característica prestacional debe centrarse en una definición más clara de los objetivos, de las políticas y las responsabilidades sanitarias. Debe involucrar la atención primaria como parte del cuidado progresivo y de un correcto sistema de integración. La prestación de servicios debe integrar la actuación médico profesional con la gestión de los recursos necesarios para dicha prestación.

“La gestión de servicios tiene que estar basada en la evidencia y en la mejor práctica disponible, independientemente de donde se realice ésta”.

El objetivo fundamental es mejorar la relación costo efectividad y la calidad de servicios prestada a los pacientes, responder a la crisis de financiamiento, de legitimidad e inequidad, a la carencia de insumos y prestaciones, disminuyendo además la asimetría existente entre la expectativa del usuario y lo que se brinda, entre los indicadores ideales y los resultados esperados¹³⁸.

El personal sanitario debe aprender a trabajar en equipos multidisciplinarios, en organización de procesos como matrices, dentro de redes interrelacionadas. Debe compartir información, conocimientos, extender sus compromisos, mostrar siempre actitud, vocación, responsabilidad, fiabilidad, empatía y comprensión por lo que le pasa al paciente.

El trabajo se debe organizar según las exigencias de los usuarios, de las políticas sanitarias y de la misión de la empresa sanitaria, para proporcionar un producto de alta calidad, con un servicio excelente, aprovechando el máximo de potencial tecnológico.

La oferta no debe estar relacionada con la organización funcional que ya no está en auge; La compartí mentalización de la atención crea la mala utilización de los recursos y tener camas ociosas, dificultando el desarrollo de la cadena de medios a fines de producción asistencial tanto en lo que significa la mejora de giro de cama, como en los tiempos de estancia media, así como también en la evaluación integral del paciente, en la falta de interacciones adecuadas en tiempo, oportunidad y espacio; inadecuada utilización de recursos físicos, tecnológicos y profesionales, escasa integración y desarrollo de interdependencia entre los servicios de los hospitales¹³⁹.

Las estancias hospitalarias deben disminuir para aumentar la producción de egresos de la empresa sanitaria, sobre la base de la pronta orientación diagnóstica del paciente, la aplicación de la terapéutica más efectiva, la

¹³⁸ Díaz Carlos Alberto. Dr. Gestión por proceso: Una herramienta indispensable para la mejora de la eficiencia. Ecuador. Junio.2002.

¹³⁹ Fundación Isalud, Módulo 2. Organización, Op. cit., pp: 31

realización de estudios complementarios e interconsultas en las primeras horas de internación. Se deben proporcionar cuidados acordes de enfermería, prevención de infección nosocomial, contención médica y adecuación de la complejidad de los procesos. **Cuidado integral.**

Cuanto más cortas logramos que sean las estancias, mayor es el nivel de coordinación de los planes diagnósticos y más acertadas las decisiones terapéuticas, directamente proporcionales con el nivel de calidad profesional y mutuo control médico. Tenemos que generar mayores niveles de seguridad en la rehabilitación de los pacientes y en la vinculación con la institución. Tenemos que mejorar ampliamente el servicio de postventa, una característica que nos cuesta implementar. Es necesario que se actúe activamente sobre la población que tiene una necesidad pero que no demanda.

En esencia no es el tiempo de ingreso el que dicta el resultado médico final, sino las acciones terapéuticas emprendidas. Pero siempre, con un límite que se debe acordar como normativa, porque las altas precoces generan reinternaciones e insatisfacción de los usuarios. De hecho muchos de los controles pueden realizarse ambulatoria o domiciliariamente. Sin embargo, existen aspectos importantes de la relación médico paciente, de la continuidad del cuidado, la posibilidad de aparición de complicaciones, en donde es importante que el médico de cabecera actúe con responsabilidad sobre el restablecimiento del paciente, como así también debemos considerar que la visita postalta debe ser prioritaria en la gestión de pacientes.

Es necesario adaptar las tareas a los requerimientos de los pacientes, tanto en el aspecto individual, familiar, grupal, como formando parte de una comunidad o área a la que sirve la empresa sanitaria y debe mejorar continuamente.

Esto significa que deben definirse guías de procedimientos, normativas de procesos, protocolos y perfiles asistenciales, que sirvan para determinar las actividades básicas, los componentes esenciales de los procesos, gestionando y dándole valor agregado al proceso asistencial.

Lo estratégico se refiere a la resolución de los problemas de nuestra población con respuestas renovadas en base a los requerimientos de la planificación y la mejora en el cometido empresarial. Significa seleccionar las prioridades e identificar las oportunidades para solucionar los inconvenientes. Por ejemplo, el desarrollo de una buena contención domiciliaria para aumentar el giro cama, disminuir los tiempos de internación, y cambiar los horarios de los profesionales para que su primera actividad sea terminar el producto con el alta antes de las diez horas, para así liberar la cama para otro ingreso, ordenar la actividad quirúrgica para mejorar el rendimiento del centro quirúrgico.

Nos debemos plantear acciones comunes para aumentar la productividad hospitalaria, ya que es la manera racional de disminución de los costos, de solucionar la demanda rechazada y de que las esperas sean ordenadas en función de prioridades.

Tabla No 51

PRODUCCIÓN PROPUESTA HOSPITALIZACIÓN DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA. HEE.

Egresos	camas	Periodo	DCD	Giro cama	PDE	DCO	Total días Pte	IO	
694	25	365	9125	28	6	4287	4838	47%	R
750	25	365	9125	30	6	4648	4477	51%	
800	25	365	9125	32	6	4928	4197	54%	
850	25	365	9125	34	6	5175	3950	57%	
900	25	365	9125	36	6	5394	3731	59%	
950	25	365	9125	38	6	5591	3534	61%	B
1000	25	365	9125	40	6	5767	3358	63%	
1388	25	365	9125	56	5	6706	2419	73%	
2082	25	365	9125	83	4	7512	1613	82%	MB
2100	25	365	9125	84	4	7526	1599	82%	
2150	25	365	9125	86	4	7563	1562	83%	
2200	25	365	9125	88	3	7599	1526	83%	
2250	25	365	9125	90	3	7633	1492	84%	ÓPTIMO
2300	25	365	9125	92	3	7665	1460	84%	
2350	25	365	9125	94	3	7696	1429	84%	

Fuente: Dpto. de Estadística HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

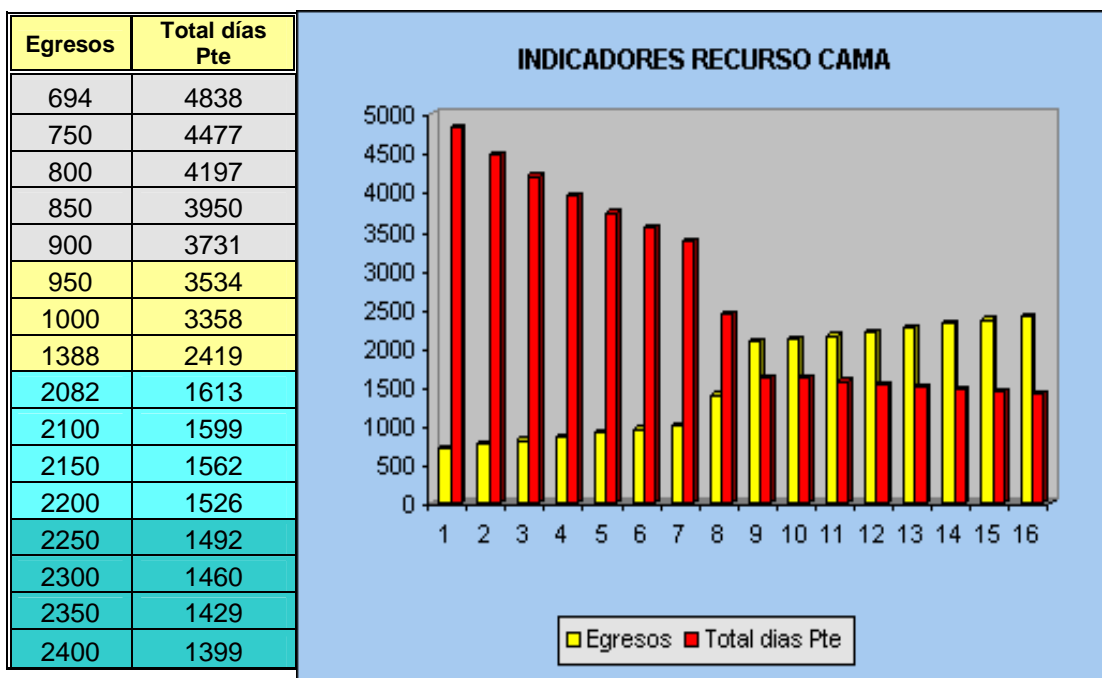
Detallada de esta manera la gestión de hospitalización, el modelo presenta varios escenarios utilizando el Winsig que es un sistema de información gerencial

en salud, que OPS ha desarrollado el mismo que aplicado al establecimiento hospitalario, identifica servicios y configura el establecimiento, dispone de una matriz básica de datos confeccionada y facilita la elaboración y análisis participativo de resultados”¹⁴⁰. Se observa que el servicio de pediatría del HEE. Tiene un promedio de días estada de 6 días, una oferta de camas de 4287, un índice ocupacional del 47% y un giro de cama del 28%.(Ver tabla No 51).

El modelo “C” calificado como “Bueno”, muestra que si se reduce el promedio días estada a 5 días se lograría una oferta de camas de 6706, un índice ocupacional del 73% y un giro de cama del 56%. (Ver tabla No 51).

Gráfico No 81

HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA.



Fuente: Dpto. de Estadística HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

En el modelo “B” calificado como “Muy bueno”, la reducción a 4 días, oferta 7563 camas, un índice ocupacional del 83% y un giro de cama del 86% y el modelo “A”

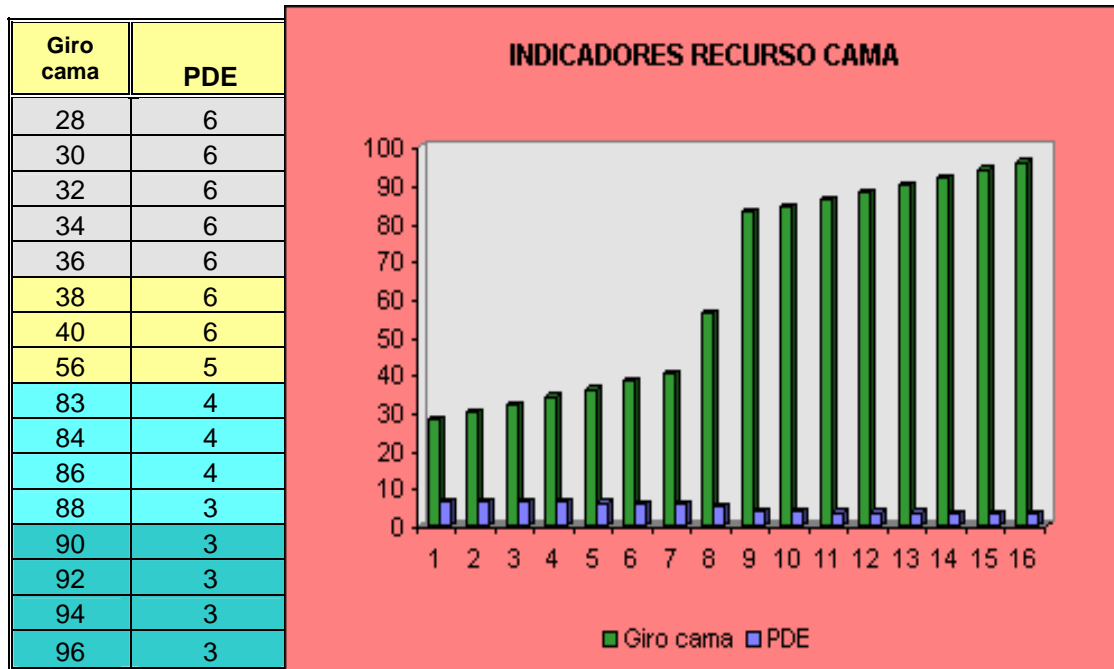
¹⁴⁰ Fundación Isalud. Instituto Universitario Isalud. Diplomado Superior en Gerencia de Hospitales. Ecuador. Diciembre /abril 2003. Módulo 7. Sistemas de Información.

calificado como “Óptimo”, reduce a 3 días el promedio días estada logrando una oferta de 7696 camas, un índice ocupacional del 84% y un giro de cama del 94%.

En conclusión, se observa que aumenta el número de egresos, el giro de cama, el día cama ocupada y el índice ocupacional. En tanto que el total días paciente disminuye al igual que el promedio días estada.

Índices generales inferiores al 75%, han determinado que el recurso cama hospitalario se convierta, en un verdadero cuello de botella en el proceso de producción asistencial, que aparte de impedir la utilización correcta del recurso cama, también crea un retraso en las íterconsultas y en la utilización no adecuada del recurso de enfermería en relación del nivel de cuidado requerido por los pacientes. El factor crítico más importante está en relación con la deficiencia en la gestión de las camas¹⁴¹.

Gráfico No 82
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, PEDIATRÍA.



Fuente: Dpto. de Estadística HEE.

Elaboración: Rocío Ayala H.

¹⁴¹ Fundación Isalud. Módulo 2. Organización, *Op. cit.*, pp: 31

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 permanente del equipamiento tecnológico., aprovechando la política de estado el fortalecimiento de la salud a través de la declaración de emergencia sanitaria.

4.5 MONITOREO, CONTROL Y EVALUACIÓN

La palabra control tiene varias connotaciones pero en si reside en la verificación de si la actividad controlada está alcanzando o no los resultados deseados. El control presupone la existencia de objetivos y planes y cuanto más completos, definidos y coordinados sean los planes y mayor sea el período para el cual fueron hechos, más complejo será el control¹⁴². El mecanismo de control detecta cualquier desvío de los patrones normales, haciendo posible la debida regulación.

“...El Control de Gestión, sinónimo de Evaluación Gerencial o Control Gerencial, es entonces un instrumento gerencial conformado por un conjunto de acciones tendientes a comparar la coherencia entre las metas planificadas, especialmente de producción y presupuestarias, contra las metas verdaderamente alcanzadas en distintos períodos prefijados...”¹⁴³.

Desde el punto de vista humano, el control organizacional está orientado hacia el comportamiento humano dentro de la empresa, para obtener la eficacia y eficiencia necesarias. En todo proceso de control deben tenerse en cuenta los factores humanos frente a las implicaciones racionales y simbólicas sobre el comportamiento de las personas.

En el capítulo III se comenta la falta de gestión del recurso humano lo cual conlleva una falta de control organizacional.

¹⁴² Chiavenato, Op. cit., pp: 46-47

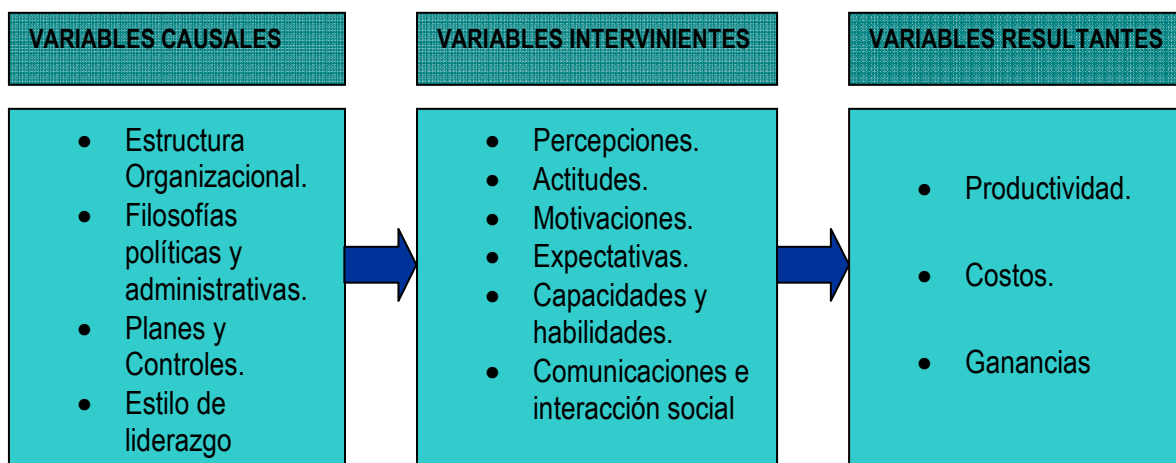
¹⁴³ Fundación Isalud, Módulo 3 Gestión. Op. cit., pp: 51

La diferencia entre los niveles de salud a la salida y a la entrada de la persona al hospital constituye el producto sanitario, y por tanto, el punto de partida de un modelo de gestión de calidad y de procesos.

El control organizacional desde el punto de vista humano tiene una íntima relación con los resultados finales de la empresa, en la tabla No 52 se presenta un modelo de organización humana que involucra ciertas variables.

- Las variables causales, son variables determinadas por medio de decisiones de la empresa que tiene que ver con los factores que la administración moldea y altera según sus puntos de vista.
- Las variables intervinientes, son variables provocadas por los participantes de la empresa, es decir de los propios empleados.
- Las variables resultantes, son consecuencias o efectos de las variables causales e intervinientes.

Tabla No 52
MODELO DE ORGANIZACIÓN HUMANA SEGÚN LIKERT.



Fuente: Chiavenato. Administración, teoría, proceso y práctica. p. 361.

Elaboración: Rocío Ayala H.

De ahí que la gestión de los recursos humanos es otra de las principales ramas del modelo de gestión por procesos. En este sentido, los profesionales del HEE. Y por ende del servicio de pediatría, deberían contar con las mejores condiciones

laborales del mercado, pues conjugan una importante parte fija con un variable que fluctúa en función de una serie de parámetros como la calidad, la complejidad de las intervenciones o turnos realizados, entre otras características.

Descritas las características, se debe gestionar el desarrollo de un modelo asistencial muy flexible, que establezca las prioridades en función de las oportunidades y las amenazas, de las competencias y la reversión de las debilidades, que permita adaptarse a los cambios organizacionales, que abarque funciones generales como:

- Velar por el mantenimiento de un ambiente laboral satisfactorio, que induzca y motive al personal a desarrollar sus funciones con eficiencia, productividad y, a que generen una actitud de identificación con el servicio.
- Estimular el trabajo en equipo.
- Fomentar el empoderamiento de las personas.
- Proponer y coordinar un programa de evaluación permanente de evaluación del desempeño.
- Plantear propuestas y desarrollar planes de incentivos y planes de carrera, que permitan conservar y motivar al personal calificado.
- Coordinar con el comité de seguridad laboral para en conjunto realizar programas que propicien ambientes saludables de trabajo bajo condiciones adecuadas de seguridad e higiene laboral.
- Prevenir y solucionar los conflictos de carácter individual y/o colectivo.
- Participar en el diseño de los planes y programas estratégicos para la dotación, administración, desarrollo y bienestar laboral efectivo del personal.
- Plantear propuestas de normas y reglamentos para que el servicio cuente con el personal desarrollado dentro de las mismas.
- Para plantear propuestas de normativa para que el servicio cuente con el recurso humano óptimo en calidad y cantidad.
- Realizar un diagnóstico permanente de las necesidades de capacitación del personal del servicio.

Otro punto relevante es la gestión de los recursos financieros, entendiéndose a esta como el conjunto de principios, normas procesos y procedimientos que regulan la administración de los recursos financieros. El servicio cuenta con recursos financieros provenientes de fundaciones, patronatos voluntariado y otros pero que no son manejados por el personal sino únicamente en coordinación con servicio social, para lo cual se hace necesaria una gestión eficiente, oportuna y transparente, a través de funciones generales como:

- Participación en la elaboración del presupuesto de tales organizaciones a través de la elaboración y presentación de un proyecto presupuestario de ingresos y egresos de condiciones económicas realmente bajas que necesitan del apoyo económico de estas organizaciones.
- Proponer y vigilar el cumplimiento de las normas y principios financieros necesarios para acceder a tales convenios.
- Vigilar el registro sistemático de las transacciones llevadas a cabo para el mantenimiento de tales convenios.
- Generar información relevante y útil para determinar y puntualizar el uso de esos recursos en el servicio de pediatría.
- Mantener la información de ingresos y egresos debidamente documentada y ordenada para asegurar la transparencia en el manejo de dichos recursos y facilitar el control de los mismos.
- Establecer y aplicar permanentemente un sistema de control interno confiable para garantizar el uso de los fondos.

Dentro del modelo de evaluación asistencial, la gestión de mantenimiento es considerada como una parte trascendental del mismo, de tal modo que tanto el modelo evaluación como el modelo de gestión a través del cual se evalúa la eficiencia de la gestión científica y administrativa, permiten la detección de fallas, lagunas o vacíos que facilitan al gerente efectuar los cambios que requiera la organización para poder obtener el máximo de calidad, eficiencia, eficacia y efectividad en el campo asistencial¹⁴⁴.

¹⁴⁴ Malagón, Op. cit., pp: 524

La gestión de mantenimiento, es el conjunto de procesos y procedimientos establecidos para prever, coordinar y controlar servicios técnicos para la conservación y mantenimiento de la infraestructura, bienes y equipo de los establecimientos, que garanticen su adecuado funcionamiento. Tiene como propósito el buen funcionamiento de los recursos materiales y tecnológicos que se requieren para la adecuada prestación de servicios y funcionamiento del servicio de pediatría, de acuerdo a la aplicación oportuna y eficaz de las normas técnicas, entre ellas:

- Integrar el comité de 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 la organización en base a sus necesidades.
- Incluir en los planes operativos, la ejecución y verificación del cumplimiento de los diferentes programas de mantenimiento preventivo y correctivo.
- 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 equipos del servicio.

En resumen el monitoreo, control y evaluación se realizará a través de indicadores de gestión establecidos para cada uno de los procesos.

Trimestralmente se ejecutará un control de los procesos para determinar el nivel gerencial y analizar la mejora de gestión así como también para hacer los correctivos necesarios a tiempo.

Descrito así el modelo de gestión me ha posibilitado detectar fallas y vacíos que permitirán efectuar los cambios requeridos para maximizar la calidad, eficiencia, eficacia y efectividad en el campo asistencial. Para lo cual ha concebido formular un plan de estrategia, de mejora o una gestión integral de procesos.

Para el monitoreo y evaluación se requiere de un instrumento informático, considerando lo mencionado en los capítulos anteriores se propone utilizar una herramienta probada y validada en los ministerios de salud pública de los países de latino América y el Caribe (Win Sig).

4.6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.6.1. CONCLUSIONES

- El Servicio de Pediatría necesita tener una visión que se fundamente en la gestión moderna (gestión por procesos).
- Es necesario implementar un modelo de gestión eficaz y eficiente tanto de los procesos científicos como administrativos y financieros que contribuyan a lograr los objetivos.
- Es importante desarrollar los flujogramas de atención.
- Los Líderes actuales del Servicio de Pediatría, poseen una capacitación insuficiente para gerenciar y administrar adecuadamente el mismo, únicamente cumplen funciones politizadas por jerarquía.
- La estructura del sistema de información gerencial, dentro de las variables y configuración del sistema, identifica centros de responsabilidad, unidades de medida de producción, servicios finales, intermedios o de apoyo y generales, asignación de recursos, insumos y recurso humano, servicios externos, redes de servicios.
- La demanda del servicio de pediatría está caracterizada por los niños y adolescentes de ambos sexos de la población ecuatoriana.
- El HEE por ser un hospital de especialidades contempla el sistema de referencia y contrarreferencia nacional, dando cumplimiento a lo que versa “el Sistema de Salud Ecuatoriano en cuanto a provisión de servicios presupone una participación coordinada de las instituciones prestadoras” las cuales funcionarán de conformidad con su estatuto de constitución y la administración de sus propios recursos”. (Ley Orgánica. Art. 11).

- La Participación coordinada implica la operación en redes para el cumplimiento del Plan Integral de Salud garantizando la calidad, continuidad y complementariedad de la atención.¹⁴⁵
- A la atención que proporcionamos le falta una mayor identificación con el cliente una tecnología actualizada, una adecuada distribución de los espacios físicos, el uso de protocolos de atención, el establecimiento de normas y procedimientos, una adecuada coordinación con otros servicios, que aparte de generar una mayor producción cristalice el incremento del porcentaje ocupacional de camas, del número de egresos hospitalarios, una disminución del promedio días estada en un período determinado.
- El factor crítico más importante está en relación con la deficiencia en la gestión de las camas¹⁴⁶.
- Existen varias razones que impiden a la población acudir a recibir atención médica tal así que según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de un total de población de 2.138.481 habitantes el 59% tiene la costumbre de automedicarse comportamiento más marcado en el área urbana correspondiente al 63%. Otra causa importante es la económica, la falta de dinero obliga al postergamiento de la atención médica (18%) y es una causa también de la costumbre de automedicarse, evitar el gasto médico, esta segunda razón es más alta en el área rural del país 22%, y sólo un 0.8% de la población refiere que el servicio es malo¹⁴⁷.
- Para corroborar los resultados obtenidos por el INEC es indispensable analizar los criterios de la población respecto de la atención en salud. La imperiosa necesidad de que la mujer se inserte en el mercado laboral, frente a la crisis social y económica por la que atraviesa el país a obligado de que estas deleguen el deseo de cuidar a sus hijos a terceros, tal es el caso del cuidado de los niños menores de 5 años, la prevalencia de enfermedades como: infecciones respiratorias altas (IRA), enfermedad diarreica aguda

¹⁴⁵ Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Art. 11. septiembre 2002.

¹⁴⁶ Fundación Isalud. Módulo 2. Organización, Op. cit., pp: 31

¹⁴⁷ INEC. La Encuesta de Condiciones de Vida en El Ecuador. Un enfoque de los contrastes regionales, urbano rural y de género. 1999. Quito, Ecuador.

(EDA), afectando más a los menores de 2 años siendo el 40% de la población, existe una bajísima cobertura institucional el 52% de las atenciones a los niños por EDA se realiza en el hogar, lo que afirma que el fenómeno de automedicación farmacológica alcanza el 46% de ellas, demostrándose el uso indiscriminado de medicamentos, quizá esto se relacione con una falta de educación para la salud.

- Evaluación de calidad de la atención es un requisito fundamental de la prestación de los servicios de salud en el país, lo cual conlleva la necesidad de implantar un sistema de garantía de calidad en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, que pueda ser evaluado regularmente para lograr mejoras progresivas en dicha calidad.
- Indicadores favorables pueden estar afectados por factores que no se encuentren directamente bajo el control de profesionales y trabajadores de la salud; los factores culturales, viviendas con saneamiento básico y agua potable disponibles, dieta balanceada, medio ambiente, genética y otros, son condicionantes externos con directa relación a resultados adecuados y a una óptima calidad de vida y de salud; por tanto, los éxitos de un adecuado proceso de atención no están ni clara ni unívocamente relacionados al accionar de los profesionales y trabajadores de la salud. Estas son razones por las que para asegurar una adecuada medición del proceso de atención se considera más efectivo mejorar continuamente el proceso de prestación y cuidado de la salud y asegurar que los insumos más críticos estén disponibles.
- “Calidad técnica” es el cuidado y la atención provista por personal de salud, sustentada en el adecuado conocimiento y justo juicio empleado en arribar a estrategias y diagnósticos y en llevar a cabo su implementación.
- La calidad humana puede definirse como aquella relación interpersonal, existente entre el paciente y el profesional o trabajador de salud, que es a su vez el vehículo que permite que la calidad técnica pueda ser implementada de manera eficiente, pero que es la más difícil de identificar y evaluar.
- La acreditación es uno de los pilares de la evaluación de los servicios y busca mediante diferentes metodologías operativas, “asegurar” las condiciones básicas requeridas para prestar una adecuada calidad de atención.

- Particularmente en los hospitales públicos, en la mayoría de los países se les reconoce cuatro ejes de ineficiencia: No están los hospitales públicos obligados a competir por los pacientes y los recursos, el exceso de centralismo y la falta de autonomía, falta de incentivos positivos y negativos en el personal y falta de profesionalismo en los niveles de conducción.
- La empresa sanitaria brinda servicios básicamente con tres componentes. La empresa propiamente dicha, en su calidad de productora a través de un sistema físico, el personal que lo lleva a cabo (artífice del proceso productivo) y los usuarios, concretándose en ellos el resultado. Estableciéndose entre los tres una serie de relaciones particulares, por medio de las cuales toma cuerpo el servicio que se ha prestado, que se conoce con el término de servucción.
- El bien económico, salud es necesario y escaso. Precisa de cuidados y de cierta organización del sistema en un modelo prestador integral. Un modelo prestador integral debe esperar como resultados el restaurar, mantener o rehabilitar la salud del individuo (Efectividad esperada y de calidad en un proceso de mejora continua).
- Lo que compra el paciente es información médica, es respuesta sanitaria, es conocimiento. Porque se supone que la información que posee el equipo médico o los equipos sanitarios, es el medio idóneo para resolver la necesidad de salud, una vez que se ha tomado conciencia por una demanda sentida indeterminada o referida.
- Con el respaldo de la organización interna que abastezca al proceso productivo, le brinde información y mantenga la funcionalidad de la estructura, aumente la competencia del personal, mejore el componente tangible del servicio y sostenga los intangibles. Con todo ello se producirá un servicio de costo adecuado, con valor agregado y próximo a la satisfacción de los usuarios.

4.6.2. RECOMENDACIONES

- Mejorar la calidad de los servicios ofertados
- Capacitar a los líderes en gestión administrativa

- Formar Comités de apoyo.
- Conformar un equipo técnico que se encargue de realizar el levantamiento de procesos en el servicio tanto en el área de hospitalización como también en consulta externa y emergencia.
- Integrar una red informática que permita obtener datos para la toma de decisiones.
- Incrementar la cobertura, a través de la gestión por procesos.
- Fomentar el trabajo en equipo
- Satisfacer la necesidad de los clientes internos y externos
- Lograr un cambio en la cultura organizacional a través de la capacitación permanente.
- Elevar el nivel de empoderamiento
- Realizar auditorias internas de calidad y de gestión en forma trimestral.
- Involucrar a *todos los* profesionales sanitarios en la gestión de los diversos subsistemas y convertirlos en corresponsables del destino del sistema de salud al que pertenecen.
- Las condiciones de salud de los usuario deberían dejar de estar enfocadas en enfermedades sociales como la desnutrición, IRA, EDA, para pasar a otro enfoque que permita disminuir la morbimortalidad existente así como también mejorar los factores asociados como la pobreza, infraestructura sanitaria, política sanitaria, el déficit presupuestario, la migración, desocupación y subempleo, falta de acceso de vías vecinales, así como también la falta de medios de comunicación, la mala distribución geográfica en salud tendiente a la urbanización dejando desprotegido los sectores rurales que son los que más atención ameritan.
- La oferta, debería direccionarse hacia una organización moderna con un gerenciamiento tendiente a lograr los mejores éxitos de productividad a través de una reingeniería de procesos para: la organización, planificación, gestión, monitoreo y control de los mismos que establezcan normas y procedimientos que regulen el funcionamiento del Servicio, considerando los recursos existentes como recursos humanos, físicos, económicos y en especial el recurso cama hospitalario, implementando un sistema de información que permita crear una base de datos, utilizar índices e indicadores generales

superiores al 75%, que evalúen la situación del servicio en todo momento para la realización de ajustes de lo programado y la toma de decisiones certeras y oportunas tendientes a la gestión del servicio, tomando en cuenta la opinión no sólo de quienes hacemos el mismo sino también de los usuarios del proceso.

- El HEE debería aprovechar las alianzas estratégicas con la Escuela Politécnica Nacional para transformarse en un Hospital sin papeles, en el que se integren todas las tecnologías para ofrecer un mejor servicio a los pacientes y el trabajo de los profesionales médicos.
- El Hospital debería contar con: Cuadro de mando integral. En él se centraliza todo el volumen de información del mismo con el objetivo de poder tener control sobre la actividad, mejorando la eficiencia de la organización.
- El Acceso a la Historia Clínica (HC) global del paciente debería ser desde cualquier dispositivo informático mediante un sistema de información muy avanzado y compatible con el sistema utilizado por toda la red del HEE
- Debería existir Radiología Digital. No se imprime ninguna placa ni negatoscopios, todo se mira directamente desde el computador del médico.
- El Hospital debería ser sin papeles. Los médicos y enfermeras del HEE utilizarán la informática para el 100% de los procesos. Para ello, el Hospital debería contar con 200 ordenadores de alta resolución, 100 impresoras, 50 estaciones móviles, y 1 software que soporte toda la instalación con 10 servidores.
- Los profesionales del HEE deberían contar con las mejores condiciones laborales del mercado, pues conjugan una importante parte fija con un variable que fluctúa en función de una serie de parámetros como la calidad, la complejidad de las intervenciones o turnos realizados, entre otras características.
- Dadas las características del centro, el equipo gestor debe gestionar el desarrollo de un modelo asistencial muy flexible, que permita adaptarse a los cambios poblaciones que se producen en el área. De hecho, la población objetivo es de 300.000 personas al año (promedio) y su trabajo está centrado en la atención primaria y de especialidades. Con la llegada de feriados y fines de semana, el Hospital pasa a ser fundamentalmente de urgencias, con una población objetivo de 350.000 usuarios al año.

- Esta situación descrita, crea la necesidad de realizar un cálculo de personal y ausentismo; debe haber una reorganización de los servicios de apoyo en cuanto al plan de atención se refiere, para ofrecer servicios oportunos.
- Los instrumentos de gestión constituyen: estructura de morbilidad atendida, protocolos de atención, GDRs, refinamiento progresivo de determinación de costos de atención, sistemas de costeo; la metodología de programación y presupuesto, la misma que permite el desarrollo de compromisos de gestión, asignar recursos adecuados a las necesidades, plantear el logro de metas y control de resultados; los cuadros gerenciales básicos: Producción, rendimientos y costos, distribución y uso de los servicios intermedios y de apoyo, distribución y uso del recurso humano, análisis de costos; costos directos y absorción de costos de estructura; el ciclo de planificación y control, apoyado por la programación y presupuesto como herramienta con base en el análisis de las relaciones de producción¹⁴⁸.
- Se debe desarrollar el sistema de información desde donde se obtendrán los indicadores operativos para el gerenciamiento del servicio, indicadores integrados prestacionales y de calidad para la dirección de producción asistencial, para construir y obtener los factores claves de éxito para el cuadro de mando.
- Considerando la consulta como una atención integral debemos agrupar en este proceso conductas generadas de un estudio completo del paciente, conductas generadoras de salud en los usuarios, de seguimiento y control de los pacientes crónicos, del requerimiento racional de estudios complementarios, del estudio del niño sano, del control integral de la mujer, del anciano y del estilo de vida del paciente.
- En la consulta de atención primaria y la especializada deben confluir aspectos de un examen integral del paciente, las acciones tendientes a mejorar el hábito de vida de las personas, a disminuir las conductas y factores de riesgo. Para de esta manera, confluir en la aplicación de los programas sanitarios, en la inclusión de pacientes en el proceso de gestión de enfermedad crónica, para intervenir en la historia natural de la enfermedad, en la salud integral de la

¹⁴⁸ Fundación Isalud. Módulo 7. Sistemas de Información. Op. cit., pp: 23-26

mujer, del anciano y en el control de niño sano, como así también en la participación de la comunidad.

- Cada consulta debe ser tomada como una oportunidad del sistema para ejercer acciones de salud y actuar precozmente.
- Focalizando en el motivo de consulta no se debe olvidar el interrogar sobre los principales aspectos del cuidado integral de los pacientes, de la prevención de la enfermedad cardiovascular, del cáncer y de la desnutrición infantil.
- Es necesario, realizar un examen físico completo.
- Registrar todas las acciones en la historia clínica.
- Realizar indicaciones claras. Dejar anotadas las mismas.
- Explicar los efectos colaterales de los medicamentos.
- Dejar constancia del comportamiento del paciente y su familia.
- Registrar la próxima citación.
- Escribir con tinta negra y en letra legible. Firmar y sellar.
- Incorporar el consentimiento informado cuando el caso así lo amerite (auditoria médica).
- Fomentar conductas generadoras de salud en los usuarios.
- Es necesario que las empresas de salud sean empresas de conocimiento. Por ello, es adecuado incorporar en el control de gestión la competencia del recurso humano.
- Debemos entender que un usuario del sistema sanitario, cuando toma una decisión, “no está comprando” un bien, un producto o un servicio en particular, sino una esperanza, que se concreta en que el proveedor va a proporcionar la mejor relación costo beneficio, favorable al comprador.

CAPÍTULO V

5. ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN

5.1. INTRODUCCIÓN

El hospital es una empresa social por cuanto sus acciones se orientan al cumplimiento de objetivos fijados en las políticas de salud de un país, lo cual engloba a un sistema de salud el mismo que abarca organizaciones que no necesitan estar articuladas en redes internas y externas para alcanzar sus fines.

El logro adecuado de objetivos de la organización requiere una autonomía basada en un modelo gerencial por procesos, que consiga la adaptación de la organización a los efectos de los cambios producidos a través de una revisión continua y permanente de los principales procesos y su consecuente operativización.

Las diversas especialidades se han desarrollado como unidades independientes, aisladas constituyéndose en estructuras departamentales que forman parte del organigrama del hospital sin un verdadero sentido de articulación con restringida capacidad para relacionarse con otras unidades estructurales.

El modelo de atención que se ha propuesto y analizado en el capítulo IV a través del uso de herramientas gerenciales estratégicas como BSC ha permitido orientar sobre el modo en que determinada organización utiliza sus recursos para responder a las necesidades de sus clientes (pacientes).

El servicio de pediatría objeto de esta planificación estratégica ha ido consolidando una tendencia a la atención con calidad articulando sus dos elementos principales el área técnica y el área humana.

5.2. ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN

- Implementar la gestión por procesos del servicio de Pediatría del HEE a través del levantamiento de los principales procesos: “Atención en hospitalización, consulta externa y emergencia pediátricas”
- Vigorizar la gestión organizativa del servicio de pediatría del HEE a través de una planificación estratégica basada en herramientas gerenciales como el BSC.
- La sostenibilidad económica adquirida a través de la vigencia de convenios con fundaciones, patronatos, voluntariado y otras organizaciones, para viabilizar los problemas de realización de exámenes y otros procedimientos diagnósticos y/o tratamientos especiales inherentes a la clase social de escasos recursos económicos de la población que acude a este servicio.
- Agilizar la capacidad de gestión de los líderes de servicio para mejorar el parque tecnológico encaminado a lograr la competitividad.
- Facilitar el proceso de adquisiciones en base a rendimiento y rentabilidad.
- Mejorar el nivel de comunicación con los clientes para asegurar la referencia, fidelidad de los mismos.
- Informatizar el servicio para superara los problemas inherentes a la falta de una red informática como: datos estadísticos actualizados y problemas de pérdidas de historias clínicas entre otros.
- Promocionar el servicio a través de un plan de marketing que resalte la oferta en cuanto al talento humano e infraestructura instalada.
- Capacitación continua al personal del servicio para mejorar las relaciones humanas y así mejorar la atención brindada.
- Definir el esquema de incentivos a los mejores empleados, calificados en base a concursos de actualización, cumplimiento de las disposiciones internas y desempeño de funciones y actividades.
- Implementar el consultorio de emergencia pediátrica en las instalaciones de la emergencia de HEE con normas y reglas para su funcionamiento.
- Crear un sistema de información gerencial aprovechando el software de la OPS que provea la información necesaria y cumpla con las expectativas

del servicio. Además una información en red que mantenga una adecuada comunicación entre los diferentes servicios de la institución.

- Mejorar la práctica médica que oferte positivamente los principales indicadores de gestión (recurso cama).
- Crear comités de protocolos de las diferentes patologías que mediante procesos acorte estancia hospitalaria, racionalicen los recursos asegurando la calidad del servicio.
- Involucrar a los clientes externos en los problemas generados por los servicios prestados para lograr una auditoría interna.

El modelo de gestión por procesos se lo ejecuta porque es necesario corregir ciertas fallas que gestiones tradicionales no han detectado, como por ejemplo:

Recursos. Los recursos se ponen en los sitios equivocados, los esfuerzos se duplican, las mejoras conseguidas en un área suponen mermas en otra, etc.

Interfaces. La falta de una perspectiva global de los principales procesos y la fragmentación en la definición de las actividades crean "tierras de nadie" y "tierras de muchos". En consecuencia, algunas interfaces críticas no son gestionadas, puesto que nadie se siente responsable de ellas, mientras que otras son gestionadas por varios.

Definición de los grandes procesos de la institución. Tratar de interrelacionar actividades conlleva serias dificultades, pues no encajan las unas en las otras.

Con el fin de conseguir objetivos de ruptura y mejorar su gestión por procesos, se propone la implantación de la siguiente propuesta.

5.2.1. RAZONES DEL CAMBIO

Las instituciones sanitarias mantienen estructuras organizativas complicadas, todavía muy jerarquizadas y burocratizadas; esta estructura vertical choca con la filosofía de la gestión por procesos, que requiere organigramas planos y estructuras horizontales. Por eso, enfocar el servicio de Pediatría y el hospital en

general a procesos supone cambios organizativos profundos para reorientar el trabajo individual hacia equipos multidisciplinares.

- La gestión con predominio de la proyección interior (hacia dentro de la organización) sobre la exterior (hacia el mercado y el cliente).
- La organización departamental muy arraigada y centralizada. Esto dificulta la reorganización en unidades funcionales multidisciplinares o unidades de proceso, que necesitan para ser eficaces, una gran autonomía de gestión y una dilución de las barreras ínter departamentales.
- La súper especialización de tareas que existe entre los profesionales sanitarios dificulta el cambio hacia el trabajo en equipos multidisciplinares de alta resolución.
- Liderazgo basado más en el inmovilismo y las cualidades administrativas antes que en la adaptación al cambio y en el liderazgo activo.
- Los sistemas de información están más enfocados a la medición de resultados basados en la productividad antes que en la satisfacción del cliente y la calidad de los servicios. Esto dificulta la obtención de indicadores básicos, que midan el impacto del cambio sobre la organización y sobre el cliente.
- La continuidad asistencial entre los niveles primario y especializado todavía no está resuelta. Para el enfoque de calidad asistencial que se pretende, se requiere una estrecha coordinación entre ambos niveles asistenciales.

Estas características han de tenerse en cuenta en la fase de implantación, para acompañar los planes operativos de los cambios culturales, estructurales y organizativos necesarios para el éxito del proyecto

5.2.2. CLAVES ESTRATÉGICAS

Dado que intervienen múltiples factores en la implantación de los procesos, es necesario dar un enfoque global a esta fase, a través de una serie de actuaciones que se pueden agrupar bajo los siguientes títulos:

5.2.2.1 Estrategias Culturales

Los aspectos culturales son especialmente importantes para involucrar a toda la organización en el proceso de cambio; estas condiciones no se producen de manera “natural” ni espontánea sino que hay que propiciarlas con actuaciones dirigidas. También es necesario tener presente la relación al contrario, es decir, cómo influirán las peculiaridades culturales ya existentes de la organización en la fase de implantación.

Conocer con profundidad esta “cultura” de partida ayuda a determinar dónde hay que poner el acento para que cada organización se adapte, con mayor facilidad y rapidez, al cambio pretendido. Las actuaciones básicas en el ambiente cultural que deberán tomarse en cuenta son:

- Identificar los nuevos valores asociados al cambio. También es importante mantener y reforzar aquellos valores anteriores que influirán de manera positiva para realizar el cambio.
- Personalizar el cambio, de manera que cada persona implicada conozca las ventajas y dificultades (derivadas de la nueva situación) que se producirán en su asistencia o en su trabajo. Así mismo, es conveniente establecer acciones dirigidas a vencer la resistencia al cambio de las personas.
- Asegurar la efectividad de los agentes del cambio mediante un liderazgo adecuado y un fuerte compromiso de los líderes con el cambio.
- Garantizar la coherencia entre lo que se dice en el plan y lo que se aplica en la realidad cotidiana.

5.2.2.2 Estrategias organizacionales

En este ambiente, lo más importante es conseguir que las características del servicio no bloqueen el cambio. Para ello, es necesario adaptar la organización

y/o el servicio al proyecto (y no al revés). Las actuaciones básicas que deberán implementarse para implantar el cambio son:

- Adaptar la estructura organizativa a las características que exigen los cambios que se pretenden. En una organización burocratizada y jerarquizada como la del HEE. probablemente fracase un proyecto que exija una ágil gestión mediante equipos operativos de alta resolución, si no va acompañado de medidas adecuadas de flexibilización de la estructura organizativa y de dotación de autonomía de gestión a los equipos.
- El tamaño de la organización suele ser proporcional a la facilidad para la implantación de cambios. En el HEE. debería ser necesario descentralizar la gestión al máximo para facilitar la introducción de cambios; por eso debería implementarse un proyecto piloto como el modelo de gestión propuesto para Pediatría.
- Las estrategias para la implantación deben ajustarse a la dimensión del cambio pretendido. (Fijar Límites)
- Motivar a las personas que van a implicarse en el cambio. Se deberá identificar y tratar de neutralizar los elementos que han hecho fracasar experiencias anteriores de reformas y cambios.
- Identificar las barreras (de poder establecido) que pueden frenar el cambio.

5.2.2.3 Estrategias operativas

Las estrategias operativas tienen que sincronizarse con los cambios culturales y organizacionales mencionados anteriormente, lo más importante es obtener la participación de todos los implicados en el cambio. Las acciones esenciales en el nivel operativo son:

- Al rediseñar o mejorar los procesos claves es imprescindible simplificarlos al máximo, eliminando todas aquellas tareas que no aporten valor, pero sin destruir nada valioso.

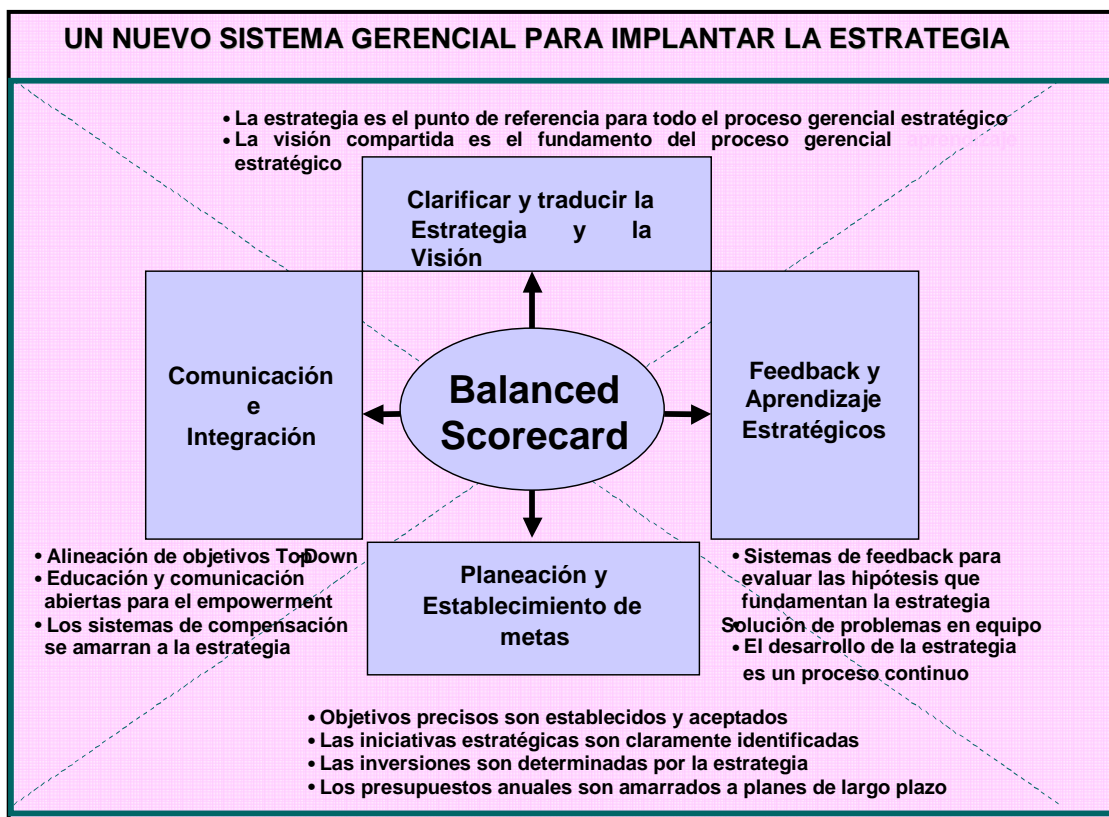
- Elaborar un plan operativo detallado, que refleje claramente la reorganización del trabajo mediante flujos de tareas y responsabilidades perfectamente definidas, y exponga las medidas específicas para el período en que coexistan los dos sistemas de trabajo (tradicional y nuevo).
- Definir una estructura organizativa adecuada al plan operativo.
- Establecer una estructura de comunicación y coordinación eficaz.
- Elaborar un cronograma de implantación, adecuando los recursos disponibles a las expectativas de cambio.
- Aportar todos los recursos necesarios para garantizar el éxito.
- Adaptar los sistemas de información, es muy importante sustituir los indicadores clásicos por aquéllos que exige el cambio, así como añadir indicadores de impacto para controlar el desarrollo de la fase de implantación.

5.2.3 OBJETIVOS

La objetivo principal de la propuesta de implementar un modelo de gestión por procesos es **garantizar la calidad de la producción institucional mejorando la relación de tiempos y costos**. Entre otros objetivos están:

- Fortalecer la gestión, eficiencia y competitividad de las estructuras del servicio de Pediatría
- Liderar el proceso interno que modernice la atención brindada con calidad.
- Ser reconocido como un proveedor de servicios de atención de salud de calidad.
- Estimular el mejoramiento del nivel de la calidad y fortalecer las habilidades gerenciales del equipo del servicio.
- Certificar con normas de calidad ISO 9001-2000.
- Cumplir con los objetivos estratégicos planteados en el BSC 2008 en las diversas perspectivas (Ver Tabla No 49), así como el nuevo sistema gerencial a implantar (Ver gráfico No 83).

Gráfico No 83



Fuente: Manual de la Planificación Estratégica basada en BSC.

Elaboración: Kaplan, R.S. y Norton, D.P

Aunque no es el propósito de este trabajo la implementación del Modelo de Gestión pero si es importante que se aborde a la metodología en términos generales para que sea considerada a futuro.

5.2.4. DELIMITACIÓN DE LA PROPUESTA

Después de tratar los términos conceptuales y contextuales del nuevo modelo, por su extensión y profundidad, este trabajo sólo abordará el Levantamiento de los Principales procesos de Pediatría, junto a un Análisis de valor agregado y poder visualizar los puntos de mejoramiento desde la concepción sistémica y del Control de los Procesos.

5.2.4.1. Plan Operativo

El Plan Operativo parte de la arquitectura de cada proceso asistencial, en la que estarán definidas las actividades realizadas y las entregas de servicios, de manera secuencial. Cada proceso exige un Plan Operativo que abarque los siguientes contenidos:

Análisis de valor. Cada tarea definida en cada proceso debe ser sometida a un análisis de valor, con el fin de simplificar al máximo los procedimientos, y eliminar en lo posible todo aquello que no aporte valor.

Definición personalizada de actividades Cada implicado ha de conocer perfectamente sus responsabilidades (clínicas y administrativas), individuales y compartidas, definiendo sus responsabilidades directas y compartidas, así como las tareas delegadas; es fundamental definir la finalidad que se pretende con cada actividad, en términos de orientación al cliente (externo/interno), para dar sentido al trabajo de cada implicado.

Conexión de procesos de apoyo. Las Unidades de Soporte (Comités) tienen que adaptarse a las nuevas necesidades de los procesos que estén en marcha.

Coordinación de procesos interrelacionados. Todos los procesos asistenciales están entrelazados con otros, dentro y/o fuera de servicio.

Coexistencia de sistemas. Dado que la implantación de la gestión por procesos se hará de forma progresiva, es necesario articular mecanismos que permitan la coexistencia de los dos sistemas. (Actual y por procesos).

Definir los recursos necesarios para la implantación. Un cambio organizativo implica nuevas necesidades y una reorganización de los recursos (financieros, de tiempo, administrativos, materiales, logísticos, redistribución de espacios,...). Es importante tenerlos bien definidos antes de comenzar la implantación.

5.2.5. METODOLOGÍA

La gestión por procesos se considera una metodología para la gestión y mejora de los mismos. Dicha metodología tiene cuatro fases:

Identificación. En esta fase se identifican, interrelacionan los procesos del servicio, y seleccionan qué procesos han de mejorarse por considerarse críticos para la consecución de su visión y objetivos. Los objetivos de esta fase son: definir el servicio en término de procesos, seleccionar los procesos a mejorar, nombrar propietarios y equipos de los procesos, y establecer los objetivos de los procesos.

Planificación. En esta fase se analiza la situación actual de los procesos y prepara un diseño adecuado. El responsable es el propietario del proceso, y los participantes del equipo, en esta fase se levanta la documentación de los procesos.

Transferencia. El propósito de esta fase es transferir a la práctica diaria el proceso rediseñado o mejorado. Se identifican y analizan los problemas potenciales, y se establece e implanta un plan de acción.

Gestión operacional. En esta fase, el proceso se pone bajo control, se revisa periódicamente y se mejora continuamente para satisfacer los requerimientos de los clientes, del hospital y del servicio y con mínimos costes.

Para efectos del modelo sólo se aplicarían las dos primeras fases de identificación y planificación ya que las fases siguientes incluyen la implementación de los procesos.

5.2.6. ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA.

Una vez levantados los procesos y con la base estratégica y operativa que se ha comentado en los puntos anteriores para su implantación, se propone a continuación una estrategia general de actuación. Esta estrategia contempla múltiples frentes de abordaje, pero su núcleo se sitúa en torno al grupo de profesionales que han intervenido en el diseño de los procesos.

Las líneas de actuación que habrá que desarrollar serán las siguientes:

Núcleo de desarrollo. Profesionales implicados Son profesionales motivados, que han intervenido en la definición de los procesos que poseen el conocimiento de la metodología y de la situación de los mismos; en este sentido, pueden constituir un motor importante para la consolidación de un modelo de gestión por procesos con las siguientes funciones:

- Actualización anual de los procesos.
- Revisión e incorporación de evidencia científica actualizada.
- Revisión y actualización anual de las Normas de Calidad para los procesos.
- Evaluación de los resultados alcanzados.
- Propuestas de mejora.

Formación de Grupos de Mejora. Estos grupos, estarían formados por otros profesionales implicados en los procesos, pertenecientes a diferentes niveles asistenciales, sus funciones serían las siguientes:

- Adaptación de los procesos al nivel de arquitectura local.
- Puesta en marcha de las acciones contenidas en la definición de los procesos.
- Evaluación de resultados.
- Propuestas de acciones de mejora a líderes y directivos. BSC.

Implicación de Directivos. Es indispensable lograr un elevado grado de implicancia de los Directivos y líderes en la estrategia de desarrollo de los procesos asistenciales; para ello, se plantean diferentes acciones simultáneas:

- Reunión de trabajo en el servicio con los líderes y directores.
- Formación en Gestión por Procesos y Competencias, dirigida a todos los Directivos del servicio.
- Vinculación de los resultados por procesos al sistema de incentivos que debería ser creado.

Adecuación de Sistemas de Información. Con el fin de poder medir las Normas de Calidad que se definen en los procesos asistenciales, los Sistemas de Información deben adaptarse. Para ello, las actividades necesarias son las siguientes:

- Análisis de Normas de Calidad de procesos y capacidad de medirlas con los sistemas de información actuales o a través de la implementación de un Cuadro de mando Integral. BSC.
- Propuesta de adaptación o mejoramiento de los actuales Sistemas de Información.
- Modificación de los Sistemas de Información.

Desarrollo de estructuras formales de calidad en el servicio. Manual de Calidad (Ver Anexos). A continuación se detalla un plan operativo como estrategia para la implementación. **POA 2008.**

VISIÓN.- En el año 2010 el Servicio de Pediatría del HEE., proporcionará una atención eficaz y eficiente al menor costo posible, con alto profesionalismo técnico científico, competente, productivo y comprometido con el crecimiento organizacional y la satisfacción de los usuarios. Se quiere un servicio que promueva el valor del ser humano y que participe en la solución de problemas como protagonista en el mejoramiento de la calidad de atención.

OBJETIVOS

- Fortalecer el Servicio de Pediatría a través de una gestión por procesos
- Mejoramiento continuo de la calidad, que permita modernizar el Servicio de Pediatría
- Incrementar el número de atenciones en un 35% para el año 2.008
- Optimizar los servicios prestados por el Servicio de Pediatría
- Retroalimentación de la información para tomar decisiones

Perspectiva	Metas	Actividades	Resultados	Indicadores de Gestión Institucional	Responsables	Fuentes de Verificación	Fecha Inicio	Fecha Término	Valor	Cronograma de ejecución (trimestral)			
										1	2	3	4
PROCESOS CLAVES	Certificar bajo la Norma ISO-9001-2000 los procesos del servicio de Pediatría del HEE	Definición de no conformidades	Estructura por procesos. Certificación mediante Norma ISO 9001-2000.	Número de No Conformidades en CE- Hospitalización	Audidores internos de la norma ISO	Actas de verificación.	39448	39783	2.000,00	30%	30%	20%	20%
		Plan de resolución de no conformidades		Número de no conformidades resueltas / Número total de no conformidades	Audidores internos de la norma ISO. Comité de calidad del servicio								
		Auditorías externa del sistema de Gestión de Calidad ISO		Número de auditorías externas realizadas	Consultor contratado a través de Cooperación Nacional y/o Internacional								
	Fortalecer los procesos del servicio	Dar a conocer los servicios que brinda la especialidad de pediatría del HEE. A través de gigantografías, difusión oral y trípticos en consulta externa, hospitalización y emergencia	Incrementar el número de atenciones en los servicios que presta la especialidad	Actividades realizadas / Actividades programadas	Médicos tratantes. Médicos residentes. Enfermeras Auxiliares de enfermería Estudiantes de pregrado	Informes mensuales	ene-08	dic-08	200,00	25%	25%	25%	25%
	Equipar con tecnología moderna	Determinar las necesidades de equipos. Solicitar la adquisición de un ambú para adultos, tensiómetro pediátricos 2, glucofired, oxímetro de pulso, succión torácica, succión gomco.	Atención de calidad al usuario, con tecnología de moderna y con costos bajos	Número de equipos renovados / Total de equipos	Líderes de servicio Jefe del Servicio	Registro parcial de inventarios de activos fijos	Enro - 08	dic-08	9.306,00	30%	20%	40%	10%
Sistema de gestión de calidad, dando cumplimiento a la política gubernamental año 2000 de estructuración por procesos en todos los ministerios y entidades autónomas de la administración pública, garantizando la calidad de la producción institucional, mejor	Mejoramiento continuo de los procesos certificados bajo la norma ISO 9001 2000 en el servicio de pediatría del HEE.	Servicio con altos estándares de calidad. Satisfacción de los usuarios.	Número de procesos certificados e implementados / Total de procesos	Jefe del Servicio Comité de calidad HEE Comité de calidad del servicio Rocio Ayala	Manual de Calidad	Enro - 08	dic-08		20%	20%	30%	30%	

Perspectiva	Metas	Actividades	Resultados	Indicadores de Gestión Institucional	Responsables	Fuentes de Verificación	Fecha Inicio	Fecha Término	Valor	Cronograma de ejecución (trimestral)			
										1	2	3	4
INNOVACIÓN Y APRENDIZAJE	Contar con personal capacitado, motivado e idóneo.	Plan de capacitación a través de talleres: procesos, calidad, trabajo en equipo, relaciones humanas, comunicación efectiva, principios y valores y Bioética	Personal capacitado	Número de personas capacitadas / Número de personal- Número de capacitaciones realizadas / Total de capacitaciones programadas	Líderes de servicio Comité de calidad del servicio Lic. Alicia Torres, Enfermera líder de docencia	Plan de capacitación anual	Enro - 08	dic-08	5.000,00	20%	30%	40%	10%
		Socializar: POA, Objetivos, metas, estrategias; flujos, procesos, manuales de calidad, etc.	Sistema socioestructural mejorado (Estructura, estrategias, políticas, procesos)	Número de personas que conocen los objetivos, metas formales y estrategias definidas / total de personas que reciben la información	Líderes de servicio Comité de calidad del servicio	Encuesta de satisfacción							
		Reclutamiento, selección, formación y educación del personal por competencias	Personal con perfil adecuado	Número de personas que han sido reclutadas y seleccionadas por competencias	Líder del Servicio. Líder de la gestión de RR HH	Expediente personal							
		Recompensa y motivación a través de ambiente apropiado de trabajo y buen trato.	Personal motivado	Número de personas que se encuentran satisfechas con el ambiente de trabajo / total de personas que trabajan en el servicio	Líderes de servicio Comité de calidad del servicio Rocío Ayala	Encuesta de satisfacción							
	Mantener estándares académicos de calidad en la formación pregrado: internos rotativos de medicina, estudiantes de medicina y de enfermería	Docencia e investigación a la par con los currículums académicos de las facultades de medicina y escuelas de enfermería.	Talento humano con excelencia. Incremento de convenios docente asistenciales con las universidades y facultades de medicina	Número de convenios firmados vigentes	Líder del Servicio. Líder de la gestión de Docencia e Investigación HEE	Convenios	Enro - 08	dic-08	2.000,00	25%	25%	25%	25%

Perspectiva	Metas	Actividades	Resultados	Indicadores de Gestión Institucional	Responsables	Fuentes de Verificación	Fecha Inicio	Fecha Término	Valor	Cronograma de ejecución (trimestral)			
										1	2	3	4
FINANCIERA	Mantener vigentes los convenios con instituciones, fundaciones y/o voluntariado e incrementar el porcentaje de exoneración en el pago de exámenes y/ o tratamientos especiales.	Coordinar y conocer los principios, leyes y reglamentos de cada una de estas instituciones	Incremento del porcentaje de exoneración en exámenes y/o tratamientos especiales. Pacientes indigentes con solución de pagos y/o exámenes.	Porcentaje de exoneración en el pago de exámenes y/o tratamientos especiales.	Líder del Servicio.	Parte diario de trabajo Social	Enro - 08	Dic-08					
		Mantener actualizados los informes de servicio social. Llenar correctamente el parte diario			Trabajadora social								
		Llevar un registro de ingresos y egresos con sus respectivas facturas											
				TOTAL					18.506,00				

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación de Economía de la Salud. La economía de la salud en la reforma del sector. Ediciones ISALUD; 1996.
2. Alleyne, G."A Vision for Health System in the Americas". En: Revista Panamericana de Salud Pública. Julio-Agosto 2000; Vol. 8 Nos (1-2).
3. Breilh J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación, guía pedagógica para un taller de metodología. Segunda edición. Quito: Centro de estudios y Asesoría en salud. CEAS; 1999.
4. Borrás Marimón F. Módulo 2. Planificación, programación y presupuestación. En: Gestión de la administración pública, 10^a edición. Septiembre 2007.
5. Balderas M. de la Luz. Administración de los servicios de enfermería. 2^a ed. México: Interamericana McGraw-Hill.; 2002.
6. Burmester H. Temas de actualidad / Current topics / Reflexiones sobre los programas hospitalarios de garantía de calidad. Colombia: 2000.
7. Clai. Una Nueva Gestión Pública. Para América Latina. Caracas: 1998.
8. Cunill .Grau. Nuria, Repensando Lo Público a través de la Sociedad Nuevas Formas de Gestión Pública y Representación Social, CLAD. Nueva Sociedad. Caracas: 1997.
9. Cuesta P. Alonso. Rodríguez Roldán J M. "Ética y Variabilidad en la Práctica Médica". Revista de Administración Sanitaria. 2000; España. Vol. 13: 17-27.

10. Chiavenato Adalberto. Administración, Teoría, Proceso y Práctica. Tercera edición. Bogotá, D.C., Colombia: McGraw-Hill Interamericana, S.A; 2001.
11. Díaz. Muñoz, AR. Lima Quintana, L.; Lebcivich, MS., "Sistemas de Salud en Proceso de Reforma". Organización Panamericana de la Salud. O.M.S.; 1995.
12. Díaz. C. A. Dr. Gestión por Proceso: Una Herramienta Indispensable para la Mejora de la Eficiencia. Ecuador: Junio.2002.
13. Diplomado superior en gerencia hospitalaria. Gestión Clínica. Ecuador: Abril 2003.
14. Distrito Metropolitano de Quito. Dirección Metropolitana de Salud, Análisis de la Situación de Salud del Distrito Metropolitano de Quito, 2003
15. Dujardin B. El Análisis Operacional, Proyecto PASS. El Salvador: 1996.
16. Durán H. Aspectos Conceptuales y Operativos del Proceso de Planificación de la Salud. Cuadernos ILPES No 35, Santiago de Chile: 1998.
17. Fundación Isalud. Instituto Universitario Isalud, Diplomado Superior en Gerencia de Hospitales. Ecuador: Diciembre 2002/ Abril 2003. Módulo 6-10.
18. Harrington H J. Mejoramiento de los Procesos de la Empresa, Colombia: 1992.
19. Holmes E. Administración de los Servicios de Salud Pública. México: Interamericana; 1992.

20. Hospital Eugenio Espejo. Servicio de Pediatría. Manual Organizativo y Técnico; 2003.
21. HEE. Departamento de Estadística. Informe Anual de Producción del Hospital correspondiente al año 2005-2006
22. Haino B. Reflexiones Sobre los Programas Hospitalarios de Garantía de Calidad. Rev. Panam Salud Pública. Temas de actualidad / Current topics / Reflexiones sobre los programas hospitalarios de garantía de calidad. Revista Panamericana de Salud Pública Print ISSN 1020-4989/.
23. INEC. La encuesta de Condiciones de Vida en el Ecuador. Un Enfoque de los Contrastes Regionales, Urbano rural y de Género. Quito, Ecuador: 1999.
24. INEC. VI Censo de Población y V de Vivienda 2001. Resultados Definitivos, Resumen Nacional Zonas no Delimitadas. Quito, Ecuador: 2001.
25. INEC. Glosario Estadístico Institucional: 2004.
26. Instituto Ecuatoriano de Normalización (INEN). Norma Técnica Ecuatoriana NTE IINEN ISO 15189: 2004. Laboratorios Clínicos, requisitos particulares relativos a la calidad y a la competencia. Quito-Ecuador: 2004.
27. Kaplan, R.S. Norton, D.P. (2001). The Strategy-Focused Organization, Ed. Harvard Business School Press. Boston, Massachusetts: 2001.
28. Kolderie, T. R. L y Ch. Moskos. Educación y Ciudadanía en Revista Idea. Buenos Aires: 1998. (No178).
29. Lamata, F. / Conde, J. / Martínez, B. / Horno, M. – “Marketing Sanitario” Ed. Díaz de Santos: 1994.

30. Laudon y Laudon. Sistemas de Información Gerencial para la Materia Tecnología de la Información de la Facultad de Ciencias Económicas. 2006-04-03.
31. Lavadenz Mantilla F. Dr. Renteria V. M. C. Dra. Anavi. Elvis R. J. Sr. Manual de Vigilancia de la Calidad. Bolivia: 1998.
32. Maestría en Gerencia de Servicios de Salud, Módulo Administración de Servicios de Salud II, Quito Ecuador: 2004.
33. Malagón Londoño G. Administración Hospitalaria. Bogota-Colombia: Editorial Médica; 2001.
34. Martínez Rivadeneira R. Consultor en Estrategia Empresarial. Proyecto 370, Sistema Integral de Indicadores de Gestión. Cámara de Comercio de Bogotá.
35. Martínez Simón J.M. Gestión de la Administración Pública, Módulo 1: Organización Administrativa y Toma de Decisiones. 10^a edición. España: Septiembre 2007.
36. Ministerio Público del Registro No100 Art. 34, Ley Reformatoria a la Ley Orgánica, 16 de Junio de 2000.
37. Ministerio de Salud Pública. Manual de Normas de Licenciamiento, Licenciamiento de los Servicios de Salud. Quito-Ecuador: Abril 2004.
38. NORMA ISO 9001 2000, Versión final publicada el 31 de Diciembre del 2000.
39. Organización Panamericana de la salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades. Segunda edición. Washington D.C.OPS: 2002. Pág. 9

40. Paganini J M. La Calidad en Salud. Introducción a la Gestión Integral de Calidad. Mimeo; 2002. Pág.4
41. Pasquel F. Biol. Maestría de Gerencia en Servicios de Salud: Módulo Políticas de Administración de Salud. Quito-Ecuador: 2005.
42. Placencia M. Salud para el Bienestar y Desarrollo en Quito del Siglo XXI. Quito-Ecuador; 2001.
43. Rev. Panam Salud Pública. Reflexiones sobre los Programas Hospitalarios de Garantía de Calidad. Revista Panamericana de Salud Pública Print ISSN 1020-4989; 2002.
44. Richards, S. El Paradigma. El Paradigma del Cliente en la Gestión Pública en Gestión y Análisis de Políticas Públicas No1. Madrid: 1999.
45. Romano Y. M y otros. Hacia una Definición Operacional de la Calidad de Atención y la Satisfacción de los Pacientes. Fundación ISALUD – SECYT 1998.
46. Romero. Gómez J. El Método Experimental. México: Harla; 1993.
47. Salgado Baldassari, M. Libro de Oro del Hospital Eugenio Espejo. Departamento de Publicaciones de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador. Quito: 2004.
48. Serie Paltex para ejecutores de salud No 41, Participación local Participativa, Mitologías para la Promoción de la Salud en América Latina y El Caribe, OPS, 1999
49. Spri. Utilización de Herramientas y Técnicas de Gestión_en la CAPV 2001. Editado por la Sociedad para la promoción y Reconversión Industrial, S.A., Bilbao: 2002.

50. Suplemento de la Revista del Hospital Eugenio Espejo en su septuagésimo segundo aniversario. Quito Ecuador: 1933-2005.
51. Trisschler W. E. Mejora del Valor Añadido en los Procesos. Gestión 2000.
52. White T. Gestión Clínica. Masson. Barcelona: 1997.

ANEXOS

