

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA

SEDE CUENCA

CARRERA DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

**Tesis previa a la obtención del
Título de Ingeniero Comercial**

TEMA:

**“EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD
DE LOS SERVICIOS DE SALUD
OFERTADOS POR EL HOSPITAL SAN SEBASTIÁN
DEL CANTÓN SÍGSIG”**

AUTORAS:

María Elena Navas Sanango

María Andrea Ulloa Romero

DIRECTOR:

Ing. Fernando Barrera S.

CUENCA - ECUADOR

Julio de 2013

DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD

Los conceptos desarrollados, datos obtenidos, análisis realizados y las conclusiones del presente trabajo son de exclusiva responsabilidad de las autoras, por lo tanto autorizamos a la Universidad Politécnica Salesiana a que de uso de la misma para fines académicos.

Cuenca, Julio 2013

(f) 

María Elena Navas Sanango

CI.: 0301745915

(f) 

María Andrea Ulloa Romero

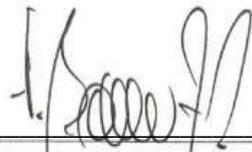
CI.: 0104910823

CERTIFICADO

Certifico que esta tesis fue realizada por la Srta. María Andrea Ulloa Romero y la Sra. María Elena Navas Sanango, la misma que ha sido supervisada bajo mi dirección.

Cuenca, Julio del 2013.

(f)



Ing. Fernando Barrera Salgado.

CI.: 0102125481

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Politécnica Salesiana por formarnos en nuestra carrera profesional y ser partícipe de fomentar un modelo de calidad eficiente.

A todos nuestros maestros que a través de estos años nos han fomentado grandes conocimientos y sobre todo nos han enriquecido de valores profesionales nos han enseñado a valorar lo que tenemos para forjar nuestro trabajo y nuestro esfuerzo a favor de la sociedad.

Al Hospital San Sebastián de Sígsig y todos los funcionarios que trabajan en esta institución, que nos brindaron todas las facilidades necesarias para la selección de información y datos que hicieron posible que esta investigación sea realizada de una manera exitosa.

A nuestras familias por el apoyo y ayuda brindada a lo largo de nuestra preparación universitaria y en el desarrollo de nuestra tesis.

A nuestro director de tesis el Ing. Fernando Barrera S., que colaboro en el desarrollo de nuestra tesis por su tiempo, comprensión y por ser un guía y amigo en nuestra formación profesional.

A nuestro director de carrera, el Econ. Cesar Vásquez por su diligencia, cordura, firmeza y su amistad para que seamos mejores estudiantes y prepararnos para ser exitosas en nuestra vida profesional.

María Elena Navas Sanango

DEDICATORIA

La presente tesis la dedico a mi familia que gracias a su apoyo pude concluir con mis estudios.

A mi esposo que fue mi apoyo incondicional, mi amigo, con quien conté en todo momento, y por la paciencia que me tuvo Te Amo Cristian.

A mis hijos que fueron la inspiración, para lograr este objetivo, mis angelitos les agradezco por ser el motivo de mi esfuerzo los Amo Stephany y Nicholas.

A mis padres que siempre me apoyaron, tanto económicamente como emocionalmente, gracias por ser mis guías en el camino.

A mis hermanos por ser quienes también me apoyaron, para seguir y culminar con mi carrera.

Al resto de mi familia y amigos que de una u otra manera me brindaron su apoyo y sabiduría para terminar la tesis.

DEDICATORIA

El presente trabajo va dedicado a los amores de mi vida

Mi madresita Regina, gracias a ella he logrado terminar una meta más en mi vida, gracias por su presencia incondicional, por permanecer juntas ante las adversidades, por alentarme a conseguir nuevos sueños y ser mi consuelo y quien está siempre cuando nadie está, que con su abnegada forma de ser siempre me apoyado, luchare cada segundo de mi vida para hacerte feliz porque no me alcanzaría la vida para agradecer todo el cariño que me regala.

A mi papi Manuel, por ser quien ha sido esa persona que sabe exactamente cuál es el consejo y palabras sabias que han llenado los espacios de tristeza, por alentarme a que siempre se puede triunfar.

Gracias Diosito por ser fuente de inspiración divina quien ha permitido con su voluntad tener una vida llena de bendiciones, experiencias y la oportunidad de levantarme cada día para continuar, mi fuente de amor.

Dedico esta presea muy especialmente a mis hermanas, Thalía, Pamela y Paulina quienes me han sabido guiar y aconsejar siempre guiándome por el camino del bien.

A la memoria de mi abuelita, me hubiera gustado tenerla físicamente presente, pero sé que desde el cielo ella siempre ha estado y estará dándome sus bendiciones. A mis sobrinos Natalya, Daniela y Santiago que son mis angelitos y alegría quienes me alientan a ser mejor. A mis tíos y tías por sus consejos y apoyo.

Quiero dedicar este trabajo a mi amor José David por ser mi amigo, apoyo, compañero de grandes momentos y a mis amigas y personas que durante todos estos años de una u otra manera han sabido brindarme su apoyo y han estado pendientes que finalice mi carrera, en especial a mis padres que constantemente me han brindado su incondicional ayuda, respaldo, fuerza y templanza para la conclusión de esta meta.

ÍNDICE

DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD.....	II
CERTIFICACIÓN.....	III
AGRADECIMIENTOS.....	IV
DEDICATORIAS.....	V
INTRODUCCIÓN.....	1

ESQUEMA CAPITULAR

CAPITULO 1

SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN EL ECUADOR

1.1 Marco Constitucional y Legal.....	4
1.1.2. Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa...	7
1.1.2.1 Gestión y Planificación Pública.....	8
1.2 Estructura del Sistema Nacional de Salud en el Ecuador.....	14
1.2.1 Subsistema de Salud.....	18
1.2.1.1 Subsistema Privado.....	19
1.2.1.2 Subsistema Público.....	19
1.2.1.3 Subsistema Mixto.....	20
1.3 Objetivos del Sistema Nacional de Salud en el Ecuador.....	21
1.3.1 Objetivo General.....	22
1.3.2 Objetivos Específicos.....	22
1.4 Principios del Sistema Nacional de Salud en el Ecuador.....	23
1.5 Funciones del Sistema Nacional de Salud en el Ecuador.....	28
1.5.1 Funcionamiento.....	28
1.5.2 Coordinación.....	29
1.5.2.1 Niveles de Atención.....	31
1.5.2.1.1 Primer Nivel de Atención.....	32
1.5.2.1.2 Segundo Nivel de Atención	32
1.5.2.1.3 Tercer Nivel de Atención.....	33
1.5.2.1.4 Cuarto Nivel de Atención.....	33

1.5.2.1.5 El Nivel de Atención Prehospitalaria.....	33
1.5.3 Provisión de Servicios de Salud.....	34
1.5.3.1 Red Pública Integral de Salud.....	37
1.5.3.1.1 Organización de la Red.....	37
1.5.3.1.1.1 Red Nacional Integrada de Servicios de Salud.....	37
1.5.3.1.1.2 Red Zonal Integrada de Servicios de Salud.....	38
1.5.3.1.1.3 Microrred Distrital Integrada de Servicios de Salud	38
1.5.3.2 Sistema Único de Registro.....	39
1.5.4 Aseguramiento.....	41
1.4.4 Financiamiento.....	42
1.6 Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.....	43
1.6.1 Rectoría En Salud.....	44
1.6.1.2 Consejos de Salud.....	44
1.6.1.2.1 Consejo Nacional.....	45
1.6.1.3 Recursos Humanos.....	47
1.6.1.4 Medicamentos e Insumos.....	48
1.7 Oferta de Servicios de Salud en el Ecuador.....	48
1.7.1 Tipología de los Servicios de Salud.....	49
1.7.1.1 Centros de Salud.....	49
1.7.1.2 Hospital Básico.....	49
1.7.1.3 Consultorio Médico	49
1.7.1.4 Clínica de Salud.....	49
1.7.1.5 Hospital de Especializaciones.....	50

CAPITULO II

ANÁLISIS SITUACIONAL DEL CANTÓN SIGSIG

2.1 Ubicación Y Características Del Cantón Sígsig.....	53
2.1.1 Localización.....	53
2.1.2 Límites.....	55
2.1.3 División Territorial.....	55

2.1.4 Población.....	56
2.1.5 Situación Geográfica.....	57
2.1.6 Clima.....	57
2.1.7 Hidrografía.....	58
2.1.8 Educación.....	58
2.1.9 Migración Interna y Externa.....	59
2.1.10 Desarrollo Humano y Pobreza	60
2.1.10. 1 Análisis de la Vivienda	61
2.1.11 Sector Productivo.....	62
2.2 Condiciones Generales de Salud Del Cantón Sígsig.....	62
2.2.1 Centros de Salud	62
2.2.2 Servicios Informales.....	64
2.2.3 Indicadores de Salud.....	64
2.3 El Hospital San Sebastián Del Cantón Sígsig.....	67
2.3.1. Reseña Histórica.....	68
2.3.2. Marco Institucional.....	69
2.3.2.1 Visión.....	69
2.3.2.2 Misión.....	69
2.3.3 Descripción De La Planta Física Del Hospital.....	70
2.3.4 Organigrama Institucional.....	71
2.3.4.1 Área Administrativa.....	72
2.3.4.2 Consulta Externa.....	72
2.3.4.3Emergencia.....	72
2.3.4.4 Hospitalización.....	72
2.3.4.5 Servicios Básicos.....	73
2.3.4.6 Área De Curaciones.....	73
2.3.4.7 Quirófanos.....	74
2.3.4.8 Central De Esterilización.....	74
2.3.4.9 Sala De Partos.....	75
2.3.4.9 Odontología.....	75
2.3.4.11 Sala De Neonatología.....	75
2.3.4.12 Laboratorio Clínico.....	75
2.3.4.13 Imagenología.....	75

2.3.5 Cuerpo Médico.....	76
2.3.6 Índice de Morbilidad.....	76
2.3.7 Procesos Técnicos De La Institución.....	78
2.3.8 Planificación De La Gestión.....	79
2.3.9 Sistemas De Información Y Producción De Servicios.....	79

CAPITULO III
CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

3.1. Definición Y Dimensiones De La Calidad.....	82
3.1.1. Definiciones de Calidad.....	82
3.1.2. Tipos de Calidad.....	83
3.1.3 Calidad Total.....	84
3.1.4 Gestión de Calidad.....	84
3.1.5 Dimensiones de la Calidad.....	86
3.2 Definición de Servicio.....	87
3.2.1 Definiciones de Servicio.....	87
3.2.2 Cualidades del Servicio.....	88
3.2.3. Calidad en el Servicio.....	89
3.3 Calidad De Atención	89
3.3.1. Definición de Atención.....	89
3.3.2 Atención al cliente.....	89
3.3.2.1 Quien es el cliente.....	89
3.3.3 Características De La Atención Al Cliente.....	90
3.3.4 Calidad de Atención.....	92
3.4 Dimensiones Y Calidad En La Salud.....	92
3.4.1 Definición de Salud.....	92
3.4.1.1 Componentes del Sector de la Salud.....	93
3.4.2. Dimensiones en la Salud.....	94
3.4.3. Calidad en la Salud.....	95
3.4.4 Usuario.....	95

3.4.4.1. Definición.....	95
3.4.4.2 Satisfacción Del Usuario.....	96
3.4.4.3 Percepción De La Calidad.....	97
3.4.4.3.1 Concepto de Percepción	97
3.4.5 Medición De La Calidad Del Servicio.....	97
3.4.5.1 Modelo de Medición SERVCUAL.....	98
3.4.5.1.1 Dimensiones de SERVCUAL.....	98
3.4.5.2 Modelo de Medición GAPS.....	100
3.5 Derechos Fundamentales Del Usuario.....	102
3.5.1 Personas Usuarias y Consumidoras.....	102
3.5.2 Derechos Y Obligaciones De Los Consumidores.....	103
3.5.3 Ley De Derechos Y Amparo Al Paciente	104
3.5.3.1 Derechos Del Paciente.....	105

CAPITULO IV
CONCEPTOS BÁSICOS EN ECONOMÍA DE LA SALUD

4.1 Economía de la Salud.....	109
4.1.1. Definición de Economía.....	109
4.1.2. Definición de Salud.....	109
4.1.3. Economía de la Salud.....	109
4.1.4. Escasez.....	110
4.1.5. Microeconomía en salud.....	110
4.1.6. Macroeconomía en salud.....	110
4.2 Eficiencia y Efectividad.....	111
4.2.1. Eficiencia.....	111
4.2.2. Efectividad	111
4.3 Análisis Coste-Efectividad.....	112
4.4 Análisis Coste-Utilidad.....	113
4.5 Análisis Coste-Beneficio.....	113
4.6 Indicadores de Medición.....	114

CAPITULO V
DISEÑO METODOLÓGICO DE LA EVALUACIÓN

5.1 Tipo de Estudio.....	116
5.2 Población de Estudio.....	116
5.3 Unidad de Análisis.....	116
5.4 Estimación de la Muestra.....	117
5.5. Criterios de selección: inclusión, exclusión.....	118
5.5.1 Criterios de inclusión.....	118
5.5.2. Criterios de exclusión.....	118
5.6. Técnicas y procedimientos de recolección de información.....	118
5.6.1 Encuestas.....	118
5.6.1.1 Formato de la encuesta.....	119
5.6.3 Observación Directa.....	120
5.7 Variables de Estudio.....	121
5.7.1 Tiempo de Espera.....	121
5.7.2 Cumplimiento de horario del profesional.....	122
5.7.3 Satisfacción del Usuario.....	122
5.7.4 Percepción que tiene el usuario sobre el trato recibido.....	123
5.6.5. Percepción General Del Usuario De La Calidad De Atención.....	123
5.8 Método de Evaluación Para Conocer La Satisfacción del Usuario, La Percepción sobre el trato recibido y la percepción de calidad total.....	124
5.8.1 Método De Evaluaciones Sumarias (Escala Likert).....	124
5.8.1.1 Diseño de la Encuesta.....	126

CAPITULO VI
ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN

6.1 Análisis de percepción y nivel de satisfacción.....	130
6.1.2 Análisis de Resultados.....	130
6.2.1.1 Presentación de Resultados.....	132
6.1.3 Aplicación de las GAPS.....	142
6.1.4 Análisis de La Observación.....	152

6.1.1 Tiempo de espera desde que tomo el turno hasta que fue atendido por el profesional por áreas de atención.....	153
6.1.2 Cumplimiento de horarios por parte de los profesionales de la salud...	154
6.1.3 Atención recibida del profesional de la salud	156
6.1.3.1 Privacidad en la consulta.....	156
6.1.3.2 Explicación entendible del diagnóstico.....	157
6.1.3.3 Servicio de atención post consulta.....	157
6.1.4 Existencia de la medicación.....	158
6.1.5 Tiempo de espera para recibir la medicación.....	159
6.1.6 Condiciones higiénicas del hospital.....	160
6.2 Análisis Estadístico Económico.....	161
6.2.1 Determinación del Costo del Tratamiento Bajo Dos Escenarios.....	162
6.2.1.1 Primera Causa de Morbilidad: AMEBIASIS.....	163
6.2.1.2 Segunda Causa de Morbilidad: AMIGDALITIS AGUDA.....	164
6.2.1.3 Tercera Causa de Morbilidad: DIARREA Y GASTROENTERITIS..	166
6.2.1.4 Cuarta Causa de Morbilidad: HIPERTENSIÓN ESENCIAL.....	168
6.2.1.5 Quinta Causa de Morbilidad: NEUMONIA ORGANISMO NO ESPECIFICADO.....	170
6.2.1.6 Sexta Causa de Morbilidad: GASTRITIS Y DUODENITIS.....	173
6.2.2 Análisis Eficiencia y Eficacia.....	178
6.2.2.1 Entrevistas.....	180
PROPUESTA.....	188
CONCLUSIONES.....	200
RECOMENDACIONES.....	202
BIBLIOGRAFÍA.....	204
ANEXOS.....	208

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.1 Integrantes del Sistema de Salud Ecuatoriano.....	18
-------------------------------------------------------------	----

Tabla 1.2 Estructura a Nivel Zonal del Sistema Nacional de Salud Ecuatoriano.....	39
Tabla 1.3 Consejos de Salud.....	45
Tabla 1.4 Plan de Acción.....	46
Tabla 2.1 Extensión de las Parroquias de Sígsig.....	56
Tabla 2.2 Población del Cantón Sígsig.....	57
Tabla 2.3 Viviendas Ocupadas Según Servicios Que Disponen Y Tipo de Tenencia de la Vivienda del Cantón Sígsig.....	61
Tabla 2.4 Proyección de Unidades Operativas.....	64
Tabla 2.5 Diez Principales Causas de Morbilidad en el Cantón Sígsig.....	77
Tabla 6.1. Dimensión 1: Percepción de satisfacción con distintos elementos del servicio. Elementos Tangibles.....	132
Tabla 6.2. Elementos de Limpieza.....	132
Tabla 6.3 Percepción general sobre la orientación del establecimiento a la satisfacción del usuario (afirmaciones 12-14).....	135
Tabla 6.4 Percepción sobre comunicación con el usuario y manejo de su información (afirmaciones 15 a 17).....	136
Tabla 6.5 Percepción sobre la calidad de la información y orientación otorgada al usuario (afirmaciones 18-22).....	138
Tabla 6.6 Percepción sobre calidad de la atención que incluye capacidades y competencias del personal y trato otorgado a usuarios (afirmaciones 23-28).	139
Tabla 6.7 Percepción resumen sobre la calidad de atención (afirmación 29 y 30).....	141
Tabla 6.8 Horario Que El Talento Humano Cumple Diariamente.....	155
Tabla 6.9 Seis Principales Causas de Morbilidad.....	163
Tabla 6.10 Tratamiento A: Amebiasis.....	163
Tabla 6.11 Tratamiento B: Amebiasis.....	164
Tabla 6.12 Tratamiento A: Amigdalitis.....	165
Tabla 6.13 Tratamiento B: Amigdalitis	165
Tabla 6.14 Tratamiento Diarrea y Gastroenteritis A.....	167
Tabla 6.15 Tratamiento Diarrea y Gastroenteritis B.....	167
Tabla 6.16 Tratamiento A: Hipertensión Esencial	169
Tabla 6.17 Tratamiento B: Hipertensión Esencial	169
Tabla 6.18 Tratamiento A: Neumonía.....	171

Tabla 6.19 Tratamiento B: Neumonía	172
Tabla 6.20 Tratamiento A: Gastritis y Duodenitis.....	174
Tabla 6.21 Tratamiento B: Gastritis y Duodenitis.....	175

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.1 Desconcentración Y Descentralización En Los Niveles Administrativos De Planificación.....	13
Gráfico 1.2 Subsistemas de Salud.....	15
Gráfico 2.1 Establecimientos Primarios y Secundarios de Educación.....	58
Gráfico 2.2 Índices de Desarrollo de Salud Por Parroquia.....	65
Gráfico 2.3 Índices de Desnutrición de Salud Por Parroquia.....	66
Gráfico 3.1 Dimensiones de la Salud.....	94
Gráfico 6.1 Percepción De Satisfacción Con Distintos Elementos Del Servicio (1-11).....	133
Gráfico 6.2 Percepción general sobre la orientación del establecimiento a la satisfacción del usuario (afirmaciones 12-14).....	135
Gráfico 6.3 Percepción sobre comunicación con el usuario y manejo de su información (afirmaciones 15 a 17) factores analizados.....	137
Gráfico 6.4 Percepción sobre la calidad de la información y orientación otorgada al usuario (afirmaciones 18-22).....	138
Gráfico 6.5 Percepción sobre calidad de la atención que incluye capacidades y competencias del personal y trato otorgado a usuarios (afirmaciones 23-28).	140
Gráfico 6.6: Percepción resumen sobre la calidad de atención (afirmación 29 y 30).....	141
Gráfico 6.7 Demanda Del Servicio de Salud del Hospital	145
Gráfico 6.8 Demanda Optada Por La Población Que No Recibe los Servicios del Hospital	146
Gráfico 6.9 Conocimiento del Nuevo Modelo de Atención.....	147
Gráfico 6.10 Opinión Del Nuevo Modelo si ha Mejorado el Servicio.....	148
Gráfico 6.11 Eficiencia de los Servicios Ofertados Por El Hospital.....	149
Gráfico 6.12 Satisfacción del Nuevo Modelo de Atención.....	150
Gráfico 6.13 Conocimiento del Nuevo Modelo de Atención.....	151

ÍNDICE DE MAPAS

Mapa 2.1 Ubicación Provincial Azuay.....	53
Mapa 2.2 Ubicación Cantonal de Sígsig.....	54
Mapa 2.3 División Cantonal de Sígsig.....	54
Mapa 2.4 Necesidades Básicas Insatisfechas Por Provincia.....	60
Mapa 2.5 Organigrama Institucional	71
Mapa 3.1 Funcionamiento del Sistema de Calidad como Instrumento de Gestión.....	85
Mapa 3.2 Modelo GAPS.....	100

**“EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN
DE LA CALIDAD DE LOS
SERVICIOS DE SALUD
OFERTADOS POR EL HOSPITAL
SAN SEBASTIÁN DEL CANTÓN
SÍGSIG”**

INTRODUCCIÓN

Las instituciones asistenciales de salud cuya filosofía de mayor importancia es la capacidad de mejorar una condición de salud deteriorada exige la responsabilidad implícita de que los procesos de atención se realicen con excelencia.

Los usuarios que demandan servicios médicos al acudir a un centro hospitalario encomiendan su confianza a que su necesidad de salud será atendida y que al final el proceso sea solventado a cabalidad y eficazmente

El cuestionamiento del usuario es el grado de cumplimiento que den a su necesidad, pues el usuario canaliza información sobre la experiencia respecto a cada uno de los momentos del servicio, desde que llega con la intención de recibir el servicio hasta la asistencia post-servicio logrando con estas acciones que el usuario determine el grado de percepción de calidad del servicio.

La calidad es la propiedad inherente de un producto o servicio que posee la capacidad de crear conformidad a las expectativas de un cliente, a más de satisfacer su necesidad.

Por lo tanto en el caso particular de los centros hospitalarios la oferta de servicios médicos comprende un enfoque asistencial que abarca otros aspectos adicionales, debido a las diferentes unidades a más de la atención profesional que corroboran el servicio, tal es el caso de los cuidados del personal de enfermería, la sociabilidad que genera el personal administrativo, la conducta y responsabilidad del médico, que incluye la cobertura sanitaria; la infraestructura, equipos y demás recursos; siendo todos ellos los que al final generan una evaluación del servicio hospitalario.

Es entonces, donde la función del centro hospitalario debe responder a la satisfacción general de los pacientes (usuarios), solucionando su estado de salud enfatizándose también en la situación subjetiva (percepción de los sentidos de bienestar o malestar), y a ello sumarle los factores que inciden en la percepción de la calidad.

Surge de esta manera el tema de economía de la salud como fin para mejorar y beneficiar a la sociedad en su conjunto, por medio de una adecuada distribución y designación de los recursos, para lograr un bienestar máximo con un mínimo de riesgos sociales y económicos.

En la presente tesis se propone la evaluación del Hospital “San Sebastián” del cantón Sígsig, provincia del Azuay, a fin de conocer la situación que este centro de salud presenta en el ámbito de la prestación de servicios y calidad habitual ofrecida.

Las variables de estudio que se tomarán en cuenta para la presente investigación son la percepción que tienen los usuarios del Hospital “San Sebastián” al momento de recibir sus servicios en lo que respecta a la calidad en la atención por parte del personal de la institución en sus diferentes unidades.

El primer capítulo describe al Sistema Nacional de Salud Ecuatoriano que es el marco referencial que contempla las argumentaciones, normativa y planes de funcionamiento para las instituciones de salud pública; el segundo capítulo presenta el análisis situacional del cantón Sígsig y la información detallada del hospital a evaluar; en el capítulo tercero se encuentra las argumentaciones teóricas de la calidad de los servicios de salud; en el apartado cuarto encontramos el tema de economía de la salud; el quinto capítulo exhibe la metodología que contempla la muestra, variables de estudio, las técnicas y procedimientos de la recolección de información; el capítulo final sexto contiene el análisis de la información, las conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO I

**SISTEMA NACIONAL
DE SALUD EN EL
ECUADOR**

CAPITULO I

SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN EL ECUADOR

1.1 Marco Constitucional y Legal

La Constitución de la República del Ecuador en el Título VII garantiza la salud de la nación como un derecho, a fin de la construcción del Buen Vivir, para tal efecto establece la figura del Sistema Nacional de Salud para asegurar la asistencia de los servicios de salud cuyos componentes principales del sistema se encuentran expresados de la siguiente manera:

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.¹

Nuestra Carta Magna a partir del año 2008 dio un giro radical en materia de planificación estableciendo la recuperación y mejoramiento del Sistema Nacional de Salud y en general la reestructuración de los gobiernos, ministerios e instituciones del sector público, en un proceso de reforma del Estado. Las líneas de trabajo establecidas para el sistema de salud nacional son:

Promoción: información a través de herramientas comunicativas para mejores prácticas del cuidado a la salud, a fin de generar conocimiento que concientice a la población sobre los mecanismos de prevención y detección temprana orientado a equilibrar hacia un estilo de vida saludable.

Prevención: adoptar medidas precautelares a fin de mejorar y conservar la salud en armonía, antes de que aparezca la enfermedad, o para aplazar o detener el proceso de la misma, debe ser impulsada para el autocuidado de la salud, a través de chequeos médicos, acciones antiparasitarias y mediante hábitos que busquen el desarrollo de las potencialidades físicas, psíquicas y sociales para promover el bienestar.

La promoción y la prevención van de la mano, nuestra relación como individuos es necesaria con el entorno, las cosas y los demás, cambiar nuestra actitud vital y la forma en que asumimos el estilo de vida influye notablemente en el bienestar personal, pues resulta mejor invertir en prevención que en un tratamiento curativo.

Por ejemplo la presencia de patologías crónicas que afecta a todos los grupos de edad, se frecuenta más al estrato de pobreza que es el determinante clave, con su falta de educación formal, pérdida de expectativas personales y sociales, y hábitos de vida perjudiciales para la salud, sumándole su patrimonio deficitario.

Algunas patologías crónicas más frecuentes en nuestra sociedad tenemos que en la infancia existen problemas de asma, en las mujeres adolescentes tienen molestias de dismenorrea, el tabaquismo en la juventud, presencia de diabetes e hipertensión arterial en personas adultas, entre otras, que están relacionadas causalmente con factores de riesgo derivados de modos de vida no saludables lo que ha incrementado la importancia de las actuaciones sanitarias e incluso el gobierno ha implementado un programa para las enfermedades crónicas, para fomentar la promoción y prevención de la salud.

El derecho de la salud en la constitución se establece que debe ser complementario con otros derechos como el agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y en general los aspectos que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población. Con la atención de estos derechos constitucionales se busca combatir la presencia de problemas de salud a través de un trabajo conjunto a estas áreas mediante el cumplimiento de la organización de la república de manera descentralizada en todos sus niveles.

Recuperación: asistencia médica que incluye evaluación, diagnóstico, tratamiento y control para mejorar la salud en sus capacidades. Para el desarrollarlo de este escenario se trabajará en cuatro direcciones:

- ✓ **Gestión:** rectoría, gobernabilidad, descentralización y desconcentración de funciones en áreas autónomas.

¹ Constitución de la República del Ecuador. Art. 359. Registro Oficial 2008 (20 de octubre); 449

- ✓ **Planificación:** planes, competencias y división territorial con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y de la comunidad para alcanzar el objetivo del buen vivir establecido en la constitución.
- ✓ **Regulación:** acciones de control y seguimiento en el cumplimiento de responsabilidades.
- ✓ **Redistribución:** de servicios destinados a los usuarios finales acercándolos al territorio con procesos agregados de valor en los programas de salud.

Rehabilitación: al margen de la realidad nacional con profesionales y servicios de salud especializados, con personal de salud con formación específica y capacitación en sus áreas de atención. Mejoramiento en infraestructura, financiamiento medicación, equipamiento y en general recursos adecuados para atender la realidad nacional.

En cuanto a los usuarios de salud dar continuidad de la atención sanitaria a través del seguimiento, para evitar complicaciones y secuelas después del padecimiento, hasta solucionar la necesidad de salud.

Participación Ciudadana: conjunto de procesos de participación en los que se involucra a la sociedad civil aportar sus puntos de vista para aumentar los niveles de vida y productividad a fin de lograr ciertos objetivos políticos y sociales.

La participación comunitaria en Ecuador, es una característica poco desarrollada, debatida, controvertida y escasamente puesta en práctica.

Control Social: son aquellas que se expresan a través de leyes, estatutos y regulaciones formales que todos los miembros de una sociedad deben cumplir de igual modo y que son creadas y aceptadas por la sociedad ya que son explícitamente establecidas. Se controla al organismo público que ha recibido del poder político la competencia y los medios necesarios para la satisfacción de los intereses generales.

En la reestructuración para el sector de la salud el gobierno trabaja a nivel nacional en estas áreas para dar diversas transformaciones entre la relación que tiene la población frente al acceso de los servicios de salud.

Por su parte el Estado debe gestionar el sistema con procesos para la buena toma de decisiones de tal forma que contribuya a la discusión sobre las oportunidades y desafíos que enfrenta el sistema de salud y su relación con los demás sectores del país, presentes y necesarios en el ciclo de vida de la población, para así consolidar políticas eficientes coherentes a la realidad del país.

Para mejorar el sector de la salud es necesario que el clima político, social, económico y cultural del país sea propicio para la aplicación de acciones sanitarias entonces lo que se requiere es el trabajo a una escala de transformaciones de toda la nación.

Con el fin de crear una buena gestión del sistema de salud es necesaria la participación cooperativa de las instituciones de variadas ramas de la política social, que van desde la medicina y disciplinas como: sociología, economía, antropología, psicología, administración, educación, entre otras, que trabajan juntas, en silencio y coordinadamente para mantener algo que sale a la luz pública y cuando una de estas no funciona correctamente es donde se produce una crisis.

1.1.2. Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa

En la constitución lo que se busca es mejorar la planificación y gestión de las estructuras estatales, de esta manera se organiza el proceso de reforma del Estado en tres áreas: descentralización, desconcentración y autogestión de funciones para desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada individuo en su comunidad un nivel de vida adecuado.

Se realiza con la participación de todos los niveles de gobierno a través de sus representantes a fin de dar cumplimiento a las garantías (derechos) constitucionales, el Plan actúa como ordenamiento procedimental del que hacer público y también este a su vez procede en calidad de indicativo para el sector privado.

1.1.2.1 Gestión y Planificación Pública

La gestión pública también denominada administración o gerencia pública, es el marco que orienta el procedimiento de acciones y decisiones en la planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de las estrategias y metas del desarrollo económico, social, político y financiero por medio de las intervenciones estatales que interactúan para el logro de los objetivos del desarrollo acordado de manera democrática (sumak kawsay).

El sistema de planificación se define como el conjunto de formación que ejecuta, integra y maneja la normativa, principios, procedimientos, instrumentos, planes y demás elementos que permitan la interrelación de los sectores públicos y sociales en la gestión y planificación de desarrollo nacional.

Así el elemento fundamental para la buena gestión es la planificación pues constituye el primer momento de la gestión en el cual se identifican, ordenan y armonizan de manera participativa y concertada el conjunto de estrategias seleccionadas para alcanzar determinadas metas, según sea la problemática analizada, las potencialidades del desarrollo y los recursos disponibles.

De esta manea el estado propone el Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa para el Ecuador, al sistema le corresponde la conformación de los Consejos de Planificación según la organización territorial del estado ecuatoriano, empezando por el Consejo Nacional de Planificación integrado por los distintos niveles de gobierno (regional, provincial, cantonal, parroquial, comunidades y barrios) y así se incluye el modelo de consejos de los gobiernos autónomos descentralizados como unidades de planificación y participación del estado.

El trabajo parte del Plan Nacional de Desarrollo que en otras palabras es la planificación de desarrollo del país. El sector de la salud está direccionado en este plan que actúa como instrumento guía para mejorar la participación del sector social, político y económico, en el cumplimiento en general de las garantías del buen vivir.

El proceso se ha iniciado con la conformación de bloques geográficos, económicos y políticos teniendo en cuenta los niveles de desarrollo, estructuras económicas, sistemas políticos y rasgos culturales semejantes en un área territorial determinada promovida para el desarrollo de las comunidades y cuyos efectos son una mayor división del trabajo y especialización de la comunidad en la producción y desarrollo.

Se presenta un plan de desarrollo alternativo que tiene que ser institucionalizado de modo que todas y todos seamos parte activa de la construcción del progreso y desarrollo del país, siendo planificado por la Secretaría Nacional de Planificación y desarrollo SENPLADES.

Es así que en las competencias de la SENPLADES se ha realizado el proceso de planificación territorial para lograr los objetivos nacionales de potencializar la vida de la población ecuatoriana, a través de la delimitación de objetivos institucionales descentralizados y desconcentrados, como indica la constitución en la formación de las gobernanzas del estado:

Art. 238.- Los gobiernos autónomos descentralizados gozarán de autonomía política, administrativa y financiera, y se regirán por los principios de solidaridad, subsidiariedad, equidad interterritorial, integración y participación ciudadana. En ningún caso el ejercicio de la autonomía permitirá la secesión del territorio nacional.

Constituyen gobiernos autónomos descentralizados las juntas parroquiales rurales, los concejos municipales, los concejos metropolitanos, los consejos provinciales y los consejos regionales.²

Esta es la organización para los gobiernos autónomos descentralizados que ejercen las políticas de mejora para las áreas de salud, educación, vialidad, etc., así la nación se organiza territorialmente en regiones, provincias, cantones y parroquias rurales; de allí que nuestro país se encuentra dividido en 9 regiones, 24 provincias, 221 cantones y 1.500 parroquias, quienes tienen su gobierno autónomo descentralizado.

² Constitución de la República. Art. Cit. 238

La gestión de estos gobiernos trabaja una serie de actividades coordinadas que se llevan a cabo sobre un conjunto de elementos (recursos, procedimientos, documentos, estructura organizacional y estrategias) para lograr una organización de manera práctica y coordinada, esta gestión se caracteriza por:

- **Gestión con enfoque de derechos:** las instituciones del sector público asuman su gestión y planificación en la que prevalezca las garantías o derechos humanos en el análisis de problemas, en la formulación, ejecución, monitoreo y evaluación de políticas, programas y proyectos; y que esta planificación y gestión pública contribuyan al respeto, protección y realización de cualquier instrumento de cambio, teniendo a las personas como sujeto de derechos.
- **Gestión dinámica:** la gestión y formulación de planes es un proceso continuo que funciona teniendo como referencia un ciclo que va desde la identificación de problemas, formulación de planes, su presupuestación, la ejecución de las políticas, programas y proyectos y la evaluación de resultados, asegurando siempre la culminación de los planes para reiniciar un nuevo ciclo de planificación o nuevas políticas públicas.

La planificación incluye la dotación de los recursos necesarios para su concertación, por lo que es tan importante como disponer de los planes y continuar en el desarrollo de nuevas políticas públicas para avanzar a un siguiente nivel en estos planes.

- **Gestión descentralizada y desconcentrada:** se da una asignación de funciones para crear gobernanzas sub-nacionales no solo en calidad de unidades autónomas sino ejecutan distintas combinaciones de decisiones adoptadas a nivel local y propician decisiones tomadas y sociabilizadas en niveles locales, zonales y central para fomentar un política nacional para designar la eficacia, calidad y buena orientación de la intervención del Estado.

- **Gestión y planificación de desarrollo territorial:** la gestión y planificación se orientada a elaborar los planes, programas y proyectos de desarrollo territorial, en diferentes niveles desagregados de la dimensión del territorio en conjuntos que están interrelacionados y son interdependientes entre sí a través del ordenamiento territorial en la planificación se integra siempre los aspectos humanos y físicos.

Así el Ecuador política-administrativamente se dividió de conformidad a lo establecido en la Constitución en el marco del plan de desarrollo de la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (Senplades), para descentralizar el país a nivel nacional en concordancia con las necesidades de cada zona, se realiza una selección de sedes administrativas y de planificación, teniendo la distribución de la siguiente manera:

- **Zonas:** actúan como entidades de coordinación estratégica, se conforman por la unión de dos o más provincias, se han delimitado nueve zonas administrativas y de planificación, que generan políticas en su área de jurisdicción.
- **Distritos:** coalición de cantones como unidad básica de planificación y prestación de servicios públicos. Existen 221 cantones de los cuales se ha conformado 140 distritos en todo el nivel nacional. Las ciudades de Quito, Guayaquil, Cuenca, Ambato y Santo Domingo de los Tsáchilas se establecen distritos en cada uno de estas áreas geográficas debido a la densidad poblacional.
- **Circuito:** es la parroquia principal o a su vez puede ser la vinculación de parroquias de la localidad donde los servicios públicos de calidad están al alcance de la ciudadanía.

Existen 1.134 circuitos con un promedio de 11.000 habitantes, la cual tiene a disposición de establecimientos públicos, (por ejemplo establecimientos de salud o de educación) en los cantones que conforman un distrito.

Esta planificación del territorio ha respetado los gobiernos a nivel de provincias, cantones y parroquias quienes poseen su autonomía y gobernabilidad política-administrativa. La división en zonas, distritos y circuitos se realiza para mejorar la calidad y cobertura de los servicios públicos y gestionar eficientemente la planificación para transferir la administración, responsabilidades, recursos y beneficios a cada rincón del país.

Entonces los gobiernos autónomos descentralizados en cada una de su circunscripción territorial y en el ejercicio de sus competencias a través del respectivo concejo metropolitano, regional, provincial o municipal le corresponde la creación o modificación de su la ciudad principal, cabecera cantonal o parroquias rurales, mediante su respectiva ordenanza que contendrá la delimitación territorial para trabajar en el desarrollo de su área; bajo responsabilidad de gobernadores o gobernadoras regionales, prefectos o prefectas, alcaldes o alcaldesas cantonales o metropolitanos y presidentes o presidentas de juntas parroquiales rurales.

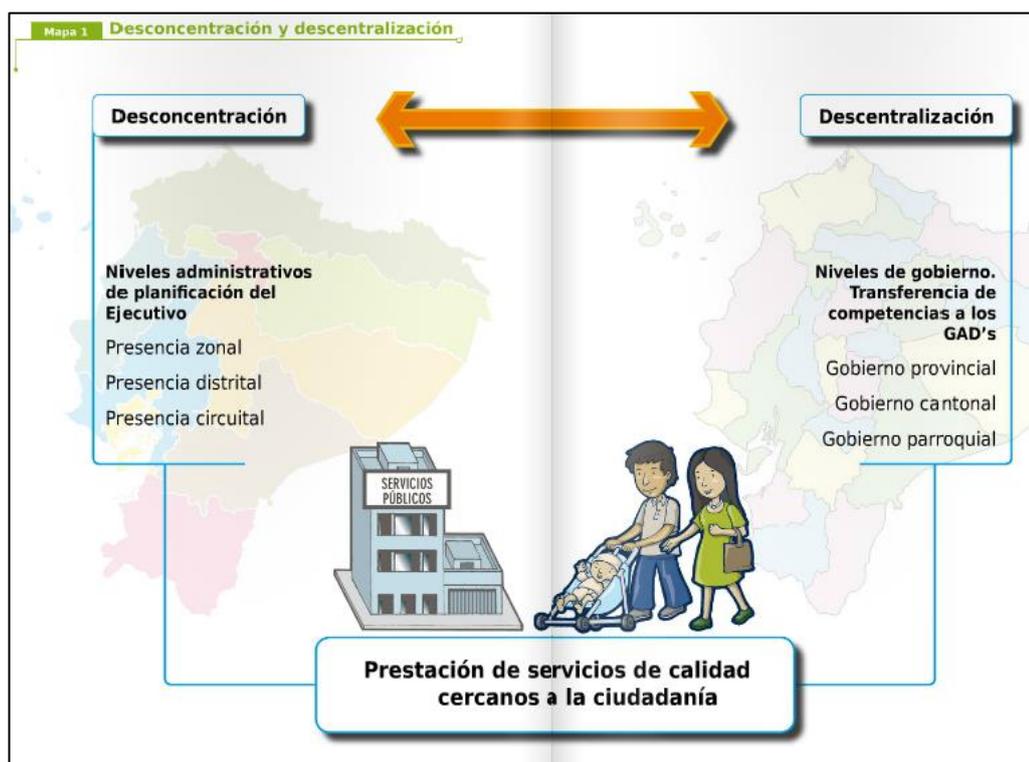
Esta organización recae a las instituciones públicas prestadoras de servicios en la cual los Ministerios o Secretarías de Estado se les atribuye organizar las instituciones de servicio público a través de sus respectivas facultades de dirección, revisten los caracteres y planifiquen la organización territorial a través de la investigación de los hechos que se proponen y establezcan sus áreas en función a la ley de organización propuesta en cada territorio.

Los sectores que se encuentran organizando sus servicios a nivel zonal, distrital y de circuitos son:

- Ministerio Interior (Policía Nacional)
- Ministerio de Educación
- Ministerio de Justicia, DDHH y Cultos
- Ministerio de Salud Pública
- Secretaría de Gestión de Riesgos (Bomberos, Brigadas Comunitarias)
- Ministerio de Inclusión Económica y Social

Por lo tanto las instituciones de salud se establecerán de acuerdo a estos lineamientos territoriales, de forma que se genere un ciclo de información entre estas tres divisiones, los distritos recogerán información de las necesidades que serán suministradas por los circuitos.

Gráfico 1.1 Desconcentración Y Descentralización En Los Niveles Administrativos De Planificación



Fuente: SECRETARIA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO, Folleto Informativo: Proceso de desconcentración del Ejecutivo en los niveles administrativos de planificación, 2012.

Elaboración: Funcionarios de la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo.

Así la SENPLADES realiza la coordinación en las instituciones públicas para alentar la gestión de los sistemas de servicio público.

La institucionalidad del sector público de esta manera se dirigirá hacia un proceso más dinámico que permitirá además ejercer un mejor control de la legitimidad con el que se cumplan las funciones, pues permite evaluar la gestión y la calidad en los niveles de planificación desde los circuitos hasta los distritos y viceversa, lo que permite un análisis de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba.

La participación ciudadana puede hacerse más efectiva en las acciones de control y rendición de cuentas, fomentando así la transparencia y la responsabilidad de la gestión pública, puesto que trabaja en consideración de una adecuada y equitativa repartición de recursos en la atención a las condiciones presentes en el sector.

Varios son los actores que se involucran en el desenvolvimiento de un sistema de salud, motivando a la sociedad civil a involucrarse no solo como usuario, sino ser proactivo y apoyar en las políticas de salud y demás servicios públicos. Lo que se busca es el equilibrio de todos estos actores a fin de que exista una buena capacidad de respuesta ante la realidad nacional. Cada elemento del sistema tiene su determinada estructura y una finalidad práctico y teórica y juntos convergen para atender un problema de salud.

El sector de la salud pública debe alinearse a base del ordenamiento territorial para realizar la planificación y autogestión de sus instituciones de manera descentralizada y desconcentrada, tomando como base la planificación nacional. La gestión pública transforma los objetivos en resultados, a través del ciclo de planificación que conecta la planificación estratégica con la planificación operativa, usando equitativamente los medios disponibles, conduciendo sensatamente la selección de las alternativas adecuadas, y el desempeño eficiente para alcanzar la planificación estratégica.

Luego del análisis considerando de planificación, las instituciones públicas de salud deben cumplir con este rol planificativo porque recae en su responsabilidad el ordenamiento de prioridades y ejecución de los planes y proyectos nacionales.

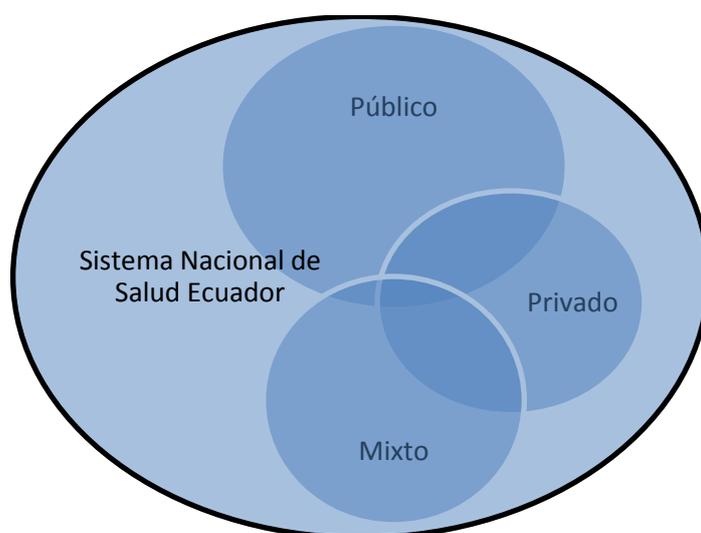
1.2 Estructura del Sistema Nacional de Salud en el Ecuador

La estructura del sistema se conforma de las instituciones, organizaciones, entidades y personas cuya finalidad sea la salud, o se relacione, proporcione, fomente o que sus componentes tenga que ver con actividades relacionadas a ella.

Su composición, estructura y entorno estén relacionados al componente máximo que es la salud, y que posea propiedades que aporten a este fin, para que exista una interrelación entre los componentes del sistema y los elementos del entorno.

El sistema de salud ecuatoriano resulta de la coexistencia del sector público y el privado y de la coalición de estos se conforman un tercer componente mixto; esta estructura tiene su origen por la procedencia de los recursos, es así que los tres apelativos son los subsistemas de la estructura nacional de salud. El desempeño del sistema en primera instancia está en manos del gobierno quien debe formular una buena política de trabajo, pero es fundamental la buena rectoría de cada institución sanitaria como unidad que conforma el sistema nacional.

Gráfico 1.2 Subsistemas de Salud



Fuente: Constitución de la República del Ecuador. Sistema de salud.

Capitulo Segundo-Sección Séptima Salud

Elaboración: Las autoras.

La máxima autoridad nacional es el Ministerio de Salud, es el órgano representante del nivel normativo dentro de la organización del sistema de salud y que actúa como ente regulador, de dirección y control en los tres subsistemas: público, privado y mixto, así el ministerio en sus tareas diseña políticas y programas, coordina las entidades del área, la supervisión, la evaluación y el control de las políticas de salud.

La estructura cuenta con un sistema de seguridad social formado con aportes de trabajadores afiliados que provienen de cualquiera de estos sectores, cuyo aporte es un porcentaje parcial de su remuneración.

La Ley de Seguridad Social establece que deben afiliarse al Seguro General Obligatorio, “todas las personas que perciben ingresos por la ejecución de una obra o la prestación de un servicio físico o intelectual, con relación laboral o sin ella”.³ Lo que se pretende es que la mayoría de la población acceda a este seguro, incluso se dio una controversia por respetar el trabajo de las empleadas domésticas.

El sistema de seguridad social pretende crear una provisión de medidas económicas y sociales que proteja los niveles de vida de la población en las declinaciones que aparezcan a lo largo de sus vidas como el deterioro de la salud, desempleo, en situaciones de invalidez, entre otras, que impidan las capacidades de solventar el desarrollo de su vida como individuo o en familia, se realiza a través del consenso de políticas y acuerdos públicos y con una contraprestación de los individuos para generar esta asistencia social.

El IESS se compone de cuatro figuras para el pensionado: el empleador, el afiliado, afiliación voluntaria, y el pensionista.

- **El Empleador:** es la persona natural o jurídica que crea los puestos de trabajo, quien por obligación constitucional ante sus trabajadores debe registrarlos al seguro social y estos se convierten en afiliados de esta institución.
- **Afiliado:** es la persona registrada que tiene derecho a las prestaciones asistenciales y económicas que concede el IESS, en el ámbito de la salud y también las compensaciones económicas por su trabajo, estas prestaciones se hacen extensivas para la familia del afiliado.
- **Afiliación Voluntaria:** este es un medio de afiliación para lograr el principio de equidad en el servicio a la salud, es así que cualquier persona pueda afiliarse, incluso se hace el llamado a las personas de nacionalidad ecuatoriana que viven en el extranjero quienes pueden acceder a este servicio.

³ Ley de Seguridad Social. Art. 2. Registro Oficial 2001 (30 de noviembre); 465.

- **Pensionista:** son las personas jubiladas que una vez que han cumplido los requisitos establecidos por el IESS están protegidos con prestaciones asistenciales y económicas, estas personas son las que han cumplido la prestación de sus servicios laborales de acuerdo a las imposiciones de ley que se jubilan por su edad, en la vejez o en ocasiones por encontrarse en una situación de invalidez para continuar laborando siempre y cuando sea procedente a jubilación.

Es así que el IESS constituye la principal entidad aseguradora dentro del sistema nacional de salud y que cubre a la población en relación laboral o sin ella y provisiona sus servicios en dos instancias, la del Seguro de Salud y el Seguro Social Campesino.

Un sistema de salud por componerse de diferentes prácticas en el tema de salud se puede desagregar en un sinnúmero de actividades, es por ello que el país tiene un sistema de salud con un modelo estructural que va en un proceso descendente pero logran operativamente atender diferentes aspectos de la intervención en salud.

La administración de cada entidad de salud debe alinearse a la normativa pública y tienen la obligación de planificar su trabajo, es decir de definir objetivos, ordenando los recursos materiales, humanos, financieros, a través del establecimiento de medidas de tiempo, localización espacial de las actividades, cantidad y calidad acorde a las actividades que desempeñen.

Así de acuerdo a la legislación para el sector público, ha establecido cuales son las entidades que conforman el sistema de salud nacional y se ha listado de manera general estas instituciones a partir de las cuales se pueden alinear sus desagregados de acuerdo al sector al cual pertenezcan.

Se consideran los tres sectores del sistema, como actores productores que prestan directamente o indirectamente el servicio en temas de salud a los usuarios y que aportan todos los recursos necesarios para la recuperación de la salud y la prevención de la enfermedad.

El modelo de provisión de servicios de salud está compuesto por:

Tabla 1.1 Integrantes del Sistema de Salud Ecuatoriano

1. Ministerio de Salud Pública y sus entidades adscritas.
2. Ministerios que participan en el campo de la salud.
3. El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS; Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, ISSFA; e, Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional, ISSPOL.
4. Organizaciones de salud de la Fuerza Pública: Fuerzas Animadas y Policía Nacional.
5. Las Facultades y Escuelas de Ciencias Médicas y de la Salud de las Universidades y Escuelas Politécnicas.
6. Junta de Beneficencia de Guayaquil.
7. Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, SOLCA.
8. Cruz Roja Ecuatoriana.
9. Organismos seccionales: Consejos Provinciales, Concejos Municipales y Juntas Parroquiales.
10. Entidades de salud privadas con fines de lucro: prestadoras de servicios, de medicina prepagada y aseguradoras.
11. Entidades de salud privadas sin fines de lucro: organizaciones no gubernamentales (ONG's), servicios pastorales y fiscomisionales.
12. Servicios comunitarios de salud y agentes de la medicina tradicional y alternativa.
13. Organizaciones que trabajan en salud ambiental.
14. Centros de desarrollo de ciencia y tecnología en salud.
15. Organizaciones comunitarias que actúen en promoción y defensa de la salud.
16. Organizaciones gremiales de profesionales y trabajadores de la salud.
17. Otros organismos de carácter público, del régimen dependiente o autónomo y de carácter privado que actúen en el campo de la salud

Fuente: Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Registro Oficial 2002(25 de septiembre); 670.

Elaboración: Las autoras.

Estas instituciones comprenden la formación de la estructura del sistema nacional de salud, a partir de ellas se forman los subsistemas y naturalmente trabajan conjuntamente por el mismo objetivo de proporcionar atención y servicios de salud.

1.2.1 Subsistema de Salud

Es la desagregación del sistema general en distintos niveles para la consecución de un mismo fin, esta organización en distintos niveles permite simplificar la complejidad del sistema en una mejor gestión de los procesos para cumplir la misión del sistema.

A nivel del sistema nacional de salud del Ecuador se divide en tres subsistemas como se indicó anteriormente, y esta división se realiza en función a la institucionalidad del sector salud de acuerdo a la procedencia de los recursos económicos.

1.2.1.1 Subsistema Privado

En el sector privado se encuentran las entidades de salud que se identifican en dos grupos, unas que realizan sus actividades con ánimo de lucro y que generalmente son servicios pagados que pueden acceder la población con mayor poder adquisitivo, y otras entidades no lucrativas con el fin de servicio social a la colectividad, esta última incluida como parte del sector voluntario.

Sus recursos financieros no forman parte de los fondos del sistema nacional de salud, al igual que estas instituciones mantienen su esquema organizacional, de gestión y financiamiento diferenciado, no podemos decir que no están controladas por el Estado, debido a que su naturaleza jurídica les exige el cumplimiento de ciertas obligaciones con el estado (declaración de impuestos, seguro social obligatorio para los trabajadores, etc.).

1.2.1.2 Subsistema Público

Son el conjunto de organismos, instituciones, centros o personas que realizan una actividad a fin de cumplir la política expresada en la constitución y leyes fundamentales del país, en la cual el Estado es la administración central.

Son las entidades cuyos recursos financieros son provenientes del estado; su fin es ofrecer servicios a la nación en general enfocados con redes asistenciales para los sectores más vulnerables.

El nacimiento de la atención de salud estatal se encaminó al cuidado a los más pobres, la oferta se ha concentrado en temas de carácter curativo y hospitalario, con énfasis en el fortalecimiento de la gestión del sistema, la calidad de los servicios y el incremento de la cobertura.

Las instituciones que conforman el modelo público son:

- El Ministerio de Salud Pública (MSP),
- El Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES),
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)
- Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA)
- Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL)
- Ministerios que participan en el campo de la salud.
- Los servicios de salud de las municipalidades y gobiernos autónomos descentralizados de los cantones, provincias y regiones.

El MSP ofrece servicios de atención de salud a toda la población. El MIES y las municipalidades cuentan con programas y establecimientos de salud en los que también brindan atención a la población no asegurada. Las instituciones de seguridad social del Seguro Social, de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional cubren a la población que se encuentra afiliada a estas entidades.

La ISSFA y la ISSPOL son instituciones de aseguramiento y prestaciones médicas enmarcadas en el régimen de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional a fin de atender estas divisiones y a sus familias.

1.2.1.3 Subsistema Mixto

Son las instituciones que ofertan los servicios de salud cuyo financiamiento es heterogéneo, es decir instituciones privadas con financiamiento propio, pero participan en el sector público con un porcentaje de recursos del estado que se le suministra para atender otros campos de salud.

Se destacan cambios importantes como la accesibilidad de la población con situación económica deficitaria a médicos, medicinas y saberes en el marco de atención primaria de salud en lo que respecta a este subsistema. La Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG), la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (Solca), y la Cruz Roja Ecuatoriana, corresponden a las entidades dentro de este grupo de clasificación.

1.3 Objetivos del Sistema Nacional de Salud en el Ecuador

A falta de un desarrollo legal y jurídico sobre la materia más amplio a lo que se refiere al Sistema Nacional de Salud para el Ecuador se ha tenido como referencia la ley orgánica del sistema nacional de salud y los preceptos de la constitución de la república.

Para conseguir los distintos objetivos se producen diferentes niveles de interacción debido a que el sistema sanitario se relaciona con varios actores, como la población, el gobierno, aseguradoras, servicios sanitarios privados y así un sinnúmero de relaciones, básicamente la función es que se tenga suficiente claridad y comprensión en el área de trabajo que atienden las diferentes instituciones que forman el sistema.

Es fácil entender que según la forma en que interaccionan y la función que cumplen cada uno de los integrantes del sistema, producen distintos grados de consecución de los objetivos, pero el sistema al depender de otras esferas del estado, es necesario que la función de los distintos aspectos que tomen estas variables se vayan generando y atendiendo a la par.

El Sistema Nacional de Salud es una parte sectorial del sistema de Inclusión y Equidad Social, por medio de él, la planeación nacional dispondrá de procedimientos indispensables a fin de que el programa de salud y los programas institucionales, cimentados en el Plan Nacional de Desarrollo y al Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa, resulten compatibles y complementarios. Las entidades de salud y los municipios se integran al Sistema Nacional de Salud por la vertiente de la coordinación; y los sectores social y privado a través de las vertientes de concertación e inducción.

Entonces lo que busca el objetivo es la composición de un modelo que explique el proceso que es necesario seguir para lograr un determinado cambio que resuelva el problema presente que busca descentralizar el sector de la salud y las unidades que los componen.

El sistema debe lograr el desarrollo de las capacidades y potencialidades individuales y colectivas de sus integrantes y la gestión debe actuar en:

1. Mejorar las condiciones de salud en los ecuatorianos.
2. Abatir las desigualdades en salud.
3. Garantizar un trato adecuado en los servicios de salud públicos y privados.
4. Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud.
5. Fortalecer el sistema nacional de salud.

1.3.1 Objetivo General

Coordinar armoniosamente acciones para alcanzar la consolidación y mejoramiento del sistema nacional de salud a través del desarrollo de políticas y programas de servicio a la salud que realiza el gobierno a través de sus delegaciones y con el concurso de los sectores sociales y privados que prestan servicios de salud a fin de dar efectividad creciente al derecho de la protección de la salud.

1.3.2 Objetivos Específicos

En la ley orgánica del sistema nacional de salud en el artículo tres se señalan los objetivos que persigue el sistema, estos son:

1. Garantizar el acceso equitativo y universal a servicios de atención integral de salud, a través del funcionamiento de una red de servicios de gestión desconcentrada y descentralizada.
2. Proteger integralmente a las personas de los riesgos y daños a la salud; al medio ambiente de su deterioro o alteración.
3. Generar entornos, estilos y condiciones de vida saludables.
4. Promover, la coordinación, la complementación y el desarrollo de las instituciones del sector.
5. Incorporar la participación ciudadana en la planificación y veeduría en todos los niveles y ámbitos de acción del Sistema Nacional de Salud.⁴

⁴ Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Art. 3. Registro Oficial 2002. (25 de septiembre) 80.

Estos son los objetivos que se rigen a nivel nacional y que en general las instituciones de salud deben formalizar de tal manera que se cumplan dentro de sus planes de salud.

Una de los objetivos más importantes de la garantía de la salud a través de la igualdad en el acceso o accesibilidad, aunque también se empiezan a considerar otras dimensiones de mayor trascendencia en términos de resultados en salud, que implica un máximo desarrollo conceptual, al considerar que el sistema sanitario debe eliminar o disminuir las desigualdades en prevalencia, mortalidad o pérdida de calidad que las distintas variables introducen en el estado de salud.

1.4 Principios del Sistema Nacional de Salud en el Ecuador

Los principios del sistema nacional se encuentran expresados en la constitución y se rigen por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, estos principios se analizarán revisando la ley orgánica del sistema nacional de salud.

Siendo así el Sistema Nacional de Salud se regirá por los siguientes principios:

1. Equidad.- Garantizar a toda la población el acceso a servicios de calidad, de acuerdo a sus necesidades, eliminando las disparidades evitables e injustas como las concernientes al género y a lo generacional.⁵

Al mejorar el sistema de salud se dice también que se puede brindar de una manera más eficiente estos servicios para todas las personas que necesitan de este servicio, tratando a todos por igual.

La equidad es el principio principal y la prioridad fundamental de la política nacional de desarrollo y por lo tanto, de la política de salud. Con equidad será posible lograr el desarrollo y la salud para todos. La equidad, es la manera que se puedan conseguir los mismos cuidados de salud con independencia de distintas variables que puedan interferir como el sexo, la edad, la condición social o lugar de residencia, etc.

⁵ Idem. Art. 4. Numeral 1

La equidad es un bien exigible a todas las actividades desarrolladas con recursos públicos, sobre todo en el país que, de una manera u otra, han estado afectados por los valores ideológicos de una nueva revolución ciudadana.

2. Calidad.- Buscar la efectividad de las acciones, la atención con calidez y la satisfacción de los usuarios.⁶

Es importante que se dé un buen servicio y en especial que los usuarios se sientan satisfechos con este servicio ya que de esta manera se puede conocer el tipo de servicio que recibieron y si es posible mejorarlo.

La satisfacción que tiene la población es muy importante pues de allí parte la percepción de calidad y como consideran un servicio luego de su uso. Se parten desde dos perspectivas distintas, una el propio estado de salud de una persona que incluye las capacidades o limitaciones provocadas por nuestra salud y la segunda perspectiva nace en la satisfacción con los servicios sanitarios.

La población es la que expresa el grado de conformidad con los servicios recibidos en contraste con las expectativas sobre lo que debe ser un servicio de calidad. Las dos visiones parten de valoraciones personales pero son importantes para la propia percepción colectiva de aceptación del sistema.

La calidad es la importancia del desarrollo de los procesos y fundamentalmente tener en cuenta en los servicios la satisfacción y la opinión del paciente o usuario y lo que se logra es repercutir favorablemente en los mismos.

3. Eficiencia.- Optimizar el rendimiento de los recursos disponibles y en una forma social y epidemiológicamente adecuada.⁷

Los recursos que se entregan deben ser controlados desde el momento en que salen hasta su lugar de destino para que estos sean utilizados oportunamente, disponer a tiempo de lo que se necesita, cumpliendo con los requerimientos de las personas.

⁶ Idem. Art. 4. Numeral 2

Los costes sanitarios son cada vez más elevados y los factores demográficos los convierten a veces en difícilmente accesibles. La forma de ser eficientes es a través de un control más preciso de los costes para dar el servicio, asignar de manera adecuada a fin de generar beneficios para la comunidad sobre todo a la población más necesitada, por intermedio de disponer de un sistema sostenible financieramente, a la vez que asegurar la equidad y unos servicios de alta calidad.

La eficiencia debe tener en mira la consecución de los objetivos con un coste que la sociedad pueda financiar y sin que exista una malversación de los recursos. Las expectativas en cuanto a la salud y a los servicios sanitarios por parte de la población actualmente a más de ser creciente, es una necesidad primordial para la vida de todo ser humano por lo cual los servicios sanitarios deben ser capaces de demostrar su funcionamiento en términos de mejora de los resultados.

Los costes sanitarios son cada vez más elevados y los factores demográficos los convierten a veces en difícilmente asumibles. Es preciso contener y controlar los costes, disponer de un sistema sostenible financieramente, a la vez que asegurar la equidad y unos servicios de alta calidad.

4. Precaución.- facultar a la ciudadano para que contribuya en la toma de decisiones y en el control social de las acciones y servicios de salud a favor de su propio bien.

Dar apertura para que sean las personas quienes den opinión y sobre todo aporten para el mejoramiento de este sistema, ellos son quienes pueden brindar de información para que puedan las autoridades tomar decisiones que puedan corregir y mejorar el servicio de salud.

5. Interculturalidad.- Respetar las necesidades y aspiraciones diferenciadas de los grupos sociales y propiciar su interrelación con una visión pluricultural.

⁷ Idem. Art. 4. Numeral 3

Respetar a las personas, tanto en sus preferencias, grupos sociales a los que pertenecen brindándoles la misma atención que a los demás, no ir en contra de sus ideas sino compartir criterios que mantengan una buena relación entre este grupo y el sector de la salud.

6. Solidaridad.- Satisfacer las necesidades de salud de la población más vulnerable, con el esfuerzo y cooperación de la sociedad en su conjunto.⁸

Es importante brindar apoyo a la comunidad y en especial al sector más vulnerable ya que son más propensos a sufrir malestar en su salud por el mismo ritmo de vida que tienen y el tipo de vida que llevan, por ello se debe tratar de ayudarlos para que puedan ser un sector productivo para el país.

7. Universalidad.- Extender la cobertura de los beneficios del Sistema, a toda la población en el territorio nacional.⁹

Es de importancia conocer que es uno de los principios que es obligación dar cobertura a todo el país para que todos se beneficien de todo lo que puede brindar y ofrecer el sistema de salud.

En concordancia con la misión de contribuir al desarrollo de los temas de trascendencia en salud y en continuidad con el papel de desempeñado para generar propuestas y avanzar en la consolidación de un sistema fuerte, la universalidad da un giro positivo sobre todo para la aglomeración precaria, este principio es el que integra a toda la población, quienes tienen la facultad para acceder a servicios de salud pública en cualquier lugar del territorio nacional, la organización territorial permite llegar a cubrir a personas de los lugares más escondidos, que son los de mayor necesidad.

8. Eficacia.- Cumplir los mandatos constitucionales que consagren el sistema descentralizado del país.

⁸ Idem. Art. 4. Numeral 6

Se busca mejorar la toma de decisiones correctas y a tiempo en cada uno de las instituciones de salud pública con el fin de mejorar este servicio. Los análisis de costo-eficacia son una herramienta esencial de evaluación que permite a las autoridades normativas y a los planificadores del sector comparar los logros en salud de diferentes intervenciones con relación a un nivel de gasto específico.

Dado que los recursos que se consumen en una determinada actividad, no se pueden aplicar a otra, aunque ésta sea más útil o eficaz, es necesario sustituir el modo en el que se toman muchas decisiones sanitarias que se basan casi exclusivamente en los valores y los recursos existentes en mejores aplicaciones, estudiando previamente la asignación adecuada en presupuestos.

9. Bioética.- Acatar la que corresponda a las autonomías de las instituciones que forman el Sistema con prácticas adecuadas aplicadas por los recursos humanos.

Desarrollar una actitud reflexiva ante las cuestiones éticas que surgen en atención en salud en relación con conocimientos y habilidades y plantear distintas posibilidades de actuación. El seguimiento al usuario de salud y el trato habitual con el paciente mejora su conocimiento y el de su entorno familiar, ayudando a percibir las circunstancias y lo sustancial del problema si el profesional de salud genera una buena comunicación a más de atender el problema y concibe contextos de confianza.

La política de proteger la vida no puede ser contravenida, de allí las modalidades de asistencia correcta al paciente, esto puede ser una transgresión y viene de la moralidad del ser humano, no es un precepto sino una actividad de análisis a la luz de principios y criterios para la práctica en las distintas áreas de la salud, de allí la disciplina de bioética.

Nadie puede detener la muerte pero si proteger la vida, aunque es un tema muy desalmado, debemos entender que las prácticas de salud conllevan muchos riesgos que en ocasiones no están en manos del profesional, pero naturalmente debe actuarse siempre con ética en este tema tan importante de la salud y vida del ser humano.

⁹ Idem. Art. 4. Numeral 7

Tener un criterio de decisiones, que puedan mantener un buen funcionamiento de las instituciones que conforman el Sistema de Salud del Ecuador. Todos estos componentes deben ser con enfoque de género y generacional para promover la igualdad entre los géneros a los planes, programas y proyectos existentes e incorporar la experiencia, conocimiento y el interés de las mujeres y de los hombres como sujetos de salud.

1.5 Funciones del Sistema Nacional de Salud en el Ecuador

1.5.1 Funcionamiento

Sus funciones serán desempeñadas descentralizadas, desconcentradas y participativamente como competencia de partida para sus actividades en cada unidad o establecimiento de salud, la legislación orgánica del sistema nacional establece una interrelación en la que deben trabajar los integrantes del sistema, que son: la coordinación, provisión de servicios, aseguramiento y financiamiento

Todas las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud funcionarán de forma independiente, en colaboración al cumplimiento de los mandatos para el sector de la salud de manera que se concrete cada una de las actividades de forma satisfactoria. En este ámbito de funcionamiento el gobierno transfiere a cada institución la potestad de las competencias en la administración, permitiendo que cada unidad de salud tome las decisiones estratégicas y operacionales más acertadas para el funcionamiento de su organización.

En cada organización se despliegan diferentes tareas y cada institución actuara de manera diferente para responder a su situación, para ello requieren estar equipadas con la infraestructura adecuada, personal, maquinaria, etc. Para tal efecto el Estado será quien proveerá el financiamiento de forma que se asegure la realización en la prestación de los servicios médicos, al proveer de financiamiento a una institución de salud está generando lo que podemos llamar un capital de trabajo, y a su vez pone a disposición el poder de hacer uso de este capital como mejor convenga a cada órgano del Sistema Nacional de Salud.

Con el aprovisionamiento de recursos cada institución deberá de forma independiente gestionar la administración de los servicios de salud y por tanto también es importante que cada institución fomente participativamente el desarrollo eficaz de sus funciones en colaboración al Sistema Nacional de la Salud.

1.5.2 Coordinación

Es la función del Sistema que coordina el relacionamiento entre las demás funciones y entre los integrantes del Sistema. Su ejercicio es competencia del Ministerio de Salud Pública, en todos sus niveles, como autoridad sanitaria nacional, apoyado por los Consejos de Salud.

La coordinación deberá referirse a:

1. Conducción sectorial: Definición de políticas, objetivos y planes estratégicos y de protección social y, establecimiento de mecanismos de participación, generación de consensos.
2. Regulación sectorial: Aplicación de la legislación sanitaria, normatización técnica de bienes, servicios, mercados y prácticas que inciden en la salud; y, vigilancia de su cumplimiento.
3. Garantía del acceso equitativo a la atención de salud: Responsabilidad de definir y vigilar la prestación de un plan garantizado de cobertura de servicios.
4. Armonización de la provisión de servicios: Definición de lineamientos para la articulación y complementación de servicios de atención integral, continua y de calidad.
5. Desarrollo de las funciones esenciales de la salud pública: Involucra el conjunto de responsabilidades estatales inherentes a la protección de la salud como bien público.
6. Control y evaluación: De las políticas y planes de salud, el desempeño de los servicios y la actuación de las instituciones.
7. Las demás que le señale la Constitución Política de la República, las leyes y los reglamentos.¹⁰

¹⁰ Idem. Art. 10.

Los aspectos a desarrollarse para la etapa de coordinación comprometen una gerencia para el sistema de salud que empieza por la elaboración de los planes y el procedimiento a seguir, a las cuales las instituciones de servicios de salud están en la responsabilidad de desempeñar en sintonía con la legislación correspondiente.

Desde el punto de vista de la dirección, el sector de la salud se acoplará a nivel nacional de forma que cubra en sectores estratégicos al mayor número de ciudadanos. Al no hacerlo estaría limitando el acceso a los servicios de salud y la posibilidad de que un individuo pueda tener la opción de conocer su agravamiento, sobre todo en lugares vulnerables donde las condiciones de vida comprometen la calidad en la seguridad ciudadana. La tarea de lograr atención médica para la gente es muy importante, además de cumplir la misión de garantizar la calidad y calidez que es apreciada al momento de la asistencia médica, primero debe garantizarse su acceso integral.

El Ministerio de Salud Pública y el Consejo Nacional de Salud (CONASA), son las autoridades encargadas de direccionar la estructura que conforma el sistema nacional de salud por medio de políticas que garanticen la salud y con el afán en el cumplimiento de la ley orgánica del sistema nacional de salud.

Estas instituciones disputan los cuestionamientos sobre la formación y el desenvolvimiento del tema de la salud para nuestro país y actúan en el marco de planificación para la conducción de las instituciones de salud pública.

Para ello han establecido se dé cumplimiento a la nueva estructura en niveles de salud que se encuentra desarrollando actualmente el sector público, en un proceso de reorganización del sistema nacional de salud, en base al Plan Integral de Salud que se desarrollara con base al Modelo De Atención Integral Del Sistema Nacional De Salud Familiar Comunitario E Intercultural “MAIS” con mecanismos de gestión desconcentrada, descentralizada y participativa.

En este apartado se incluyen determinantes estructurales de las desigualdades en salud, como los distintos ejes de desigualdad de la estructura social, en concreto la clase social, la posición socioeconómica, el género y la pertenencia étnica.

Estos ejes determinan las oportunidades de tener una buena salud y ponen de manifiesto la existencia de mejorar en niveles de salud para cubrir a toda la población.

1.5.2.1 Niveles de Atención

Los niveles de atención es la organización de los servicios de salud para establecer la oferta de servicios que garantice la capacidad resolutive y continuidad necesaria para dar respuesta a las necesidades y problemas de salud de la población.

El nivel de atención es un conjunto de establecimientos de salud que bajo un marco normativo, legal y jurídico, establece niveles de complejidad necesarios para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud, su organización se determina de acuerdo a la tipología del servicios que deben prestar, bajo los estándares de calidad, por medio de una infraestructura adecuada, de acuerdo a la demanda poseer el equipamiento necesario, con la colaboración del talento humano con un nivel tecnológico siguiendo la articulación que el Estado dictamina para garantizar continuidad y el acceso a los requerimientos de las personas hasta la resolución de su salud se trabajara a partir de un sistema de referencia y contra-referencia que garantiza el acceso a unidades y servicios de mayor complejidad.

Los niveles de organización que se plantean para la salud pública parten de una estructura que va de forma ascendente, desde un nivel de atención básico hasta un nivel de atención especializada. El primer nivel es donde parte el proceso de atención en el cual se resuelve la mayoría de necesidades de salud de una determinada población de acuerdo a las características geográficas determinadas en el ordenamiento territorial, al cual deben dirigir sus esfuerzos este primer nivel, el Estado indica que debe resolver el 80% de los problemas de salud, aquí es donde llega primero el paciente y este nivel se encarga del flujo de pacientes en el sistema, asegurando la continuidad de la atención, si el paciente requiere de un servicio más especializado este nivel le direcciona otra referencia, es decir un centro más especializado de atención para resolver el problema. El nivel uno son servicios ambulatorios y resuelve problemas de salud de corta estancia.

1.5.2.1.1 Primer Nivel de Atención

Es el nivel de primer contacto directo con la comunidad debe cubrir a toda la población, su función parte de resolver las necesidades básicas o más frecuentes de la comunidad. Los servicios darán atención integral dirigida a la familia, individuo y comunidad, enfatizando en la promoción y prevención. Estas actividades serán intra y extramurales según ha determinado el modelo de atención actual para las instituciones públicas que conforman el sistema nacional de salud.

1.5.2.1.2 Segundo Nivel de Atención

Una vez el paciente ingresado al primer nivel de atención y si no se solucionó en el su problema y al analizar el caso se determina si requiere del segundo nivel de atención el cual comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada incluidas las que se requieran de hospitalización. Para ello se utiliza el sistema de referencia inmediata del I Nivel al Nivel II de Atención. Se desarrolla nuevas modalidades de atención basadas exclusivamente en la cama hospitalaria, tales como la cirugía ambulatoria, el hospital del día, es una atención especializada a través de tecnología sanitaria de complejidad mayor.

En este nivel se exceptúan los caso de urgencias médicas que una vez resueltas serán canalizadas a nivel uno. Se desarrollan actividades de prevención, curación y rehabilitación en ambos niveles. Al ser una emergencia es de carácter alertante por lo que en ocasiones se presentan inmediatamente en el segundo nivel de atención. Si no se resuelve en este nivel el problema y necesita explícitamente una especialización mayor, como por ejemplo en los casos de padecer cáncer, insuficiencia renal, etc., se le otorga una nueva referencia para acudir al siguiente nivel.

El primer nivel coloca al paciente en el segundo nivel y si no resuelve su problema de salud porque al analizar su situación se ha determinado que requiere de especialización médica le traspasa al tercer nivel.

Para ello existe un trabajo en conjunto a un nivel que podría llamarse de convenios entre las instituciones de una parroquia, cantón y ciudad y que respectivamente le corresponde el nivel I, II y III de atención en salud.

1.5.2.1.3 Tercer Nivel de Atención

Son las instituciones de salud que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios pero que tienen el carácter de especialidad y especializados, los centros hospitalarios son de referencia nacional; resuelve los problemas de salud de alta complejidad, pues están capacitados para ello a través de recursos y de tecnología de punta, intervención quirúrgica de alta severidad, realiza trasplantes, cuidados intensivos, cuenta con subespecialidades reconocidas por la ley y potencian un estado del servicio más extenso.

1.5.2.1.4 Cuarto Nivel de Atención

Este se presenta en casos más concretos en el que se concentra la experimentación clínica, pre-registro o de procedimientos, cuya evidencia no es suficiente para poder instaurarlos en una población, pero que han demostrado buenos resultados casuísticamente o por estudios de menor complejidad. Estos establecimientos solo serán autorizados en los subsistemas públicos de la Red Pública Interinstitucional de Salud (RPIS).

1.5.2.1.5 El Nivel de Atención Pre-hospitalaria

Aquí se hace referencia a lo que es el primer nivel de atención pero este nivel de atención es un servicio autónomo e independiente, que oferta atención desde que se comunica un evento que amenaza la salud, en cualquier lugar donde éste ocurra, hasta que sea admitido en la unidad de emergencia, u otro establecimiento de salud, cuya capacidad resolutive sea la adecuada.

Se ha incluido este nivel como parte de apoyo para la comunidad de los rincones extremadamente vulnerables a fin de proveerles un servicio universal y se pueda dar solución a todos los grupos de población del país.

1.5.3 Provisión de Servicios de Salud

Las instituciones de salud funcionarán de conformidad con su estatuto de constitución y la administración de sus propios recursos que serán financiados por medio del presupuesto asignado para cada institución conforme a las necesidades que deben cubrir, la provisión de servicios se realizara con la participación coordinada de estas instituciones sanitarias, quienes trabajaran y mantendrán sus procesos y operación en redes y aseguren la calidad, continuidad y complementariedad de la atención, para el cumplimiento del Plan Integral de Salud de acuerdo con las demandas de la comunidad y el cumplimiento de los mecanismos que deben trabajar.

Estos mecanismos incluyen:

- a) La aplicación consensuada del modelo de atención;
- b) La definición concertada de prioridades y metas de cobertura de la población;
- c) El establecimiento de normas técnicas y protocolos comunes para las prestaciones; d) Un conjunto común de datos básicos para la historia clínica;
- e) La referencia y contrareferencia;
- f) Modalidades de gestión institucional en las entidades públicas que incluyan instancias de participación, rendición de cuentas y veeduría social, asignación de recursos por resultados y convenios internos de gestión, de conformidad con el reglamento que se dicte para el efecto;
- g) La celebración de convenios o contratos de gestión entre las entidades del Sistema para complementar la atención, con mecanismos de pago interinstitucionales basados en protocolos comunes, de acuerdo al reglamento correspondiente;
- h) Normativas de licenciamiento, acreditación de los establecimientos de salud e indicadores de evaluación del desempeño; e,
- i) Otros acuerdos de complementación interinstitucional.¹¹

La promoción de la salud consiste en proporcionar los medios necesarios para mejorar la salud de los pueblos, y al dar las condiciones y requisitos para la atención a la salud. Si bien debe tenerse claro la dificultad en cuanto a la coordinación a todas las instituciones que conforman el sistema nacional, pues los manuales y protocolos de procedimiento establecidos pueden aplicarse de manera distinta, en cada institución las situaciones en su entorno pueden variar, además que el Estado está fomentando el carácter descentralizado para dar espacio a un desarrollo normal.

¹¹ Idem. Artículo 11.

Ahora gracias a la coordinación y trabajo en redes organizacionales esto permitirá la intervención de la salud a que este servicio sea cubierto a un tiempo real y a la final se logrará una gran integración funcional que refuerce la provisión de la salud.

El Estado ha tomado un papel más protagonista, provee de financiamiento para mejorar la calidad de la salud, actúa también como un ente organizador, regulador y controlador y debe verificar la gestión de las entidades del Sistema de Salud, se cumpla la prestación de servicios de salud integra.

Una institución de salud debe utilizar sus recursos y equipamiento, infraestructura física y presupuestos en función a criterios de responsabilidad y con el objetivo de tener una sincronía, el talento humano colaborará en la formación de mejores prácticas de salud.

Si vemos las principales ciudades del país se encuentran equipadas de forma casi apropiadas en cuanto a los servicios de salud por lo tanto su desempeño podría ser diferente. Mientras que en general los recursos para facilitar el funcionamiento en la atención de salud, sean estos humanos, materiales o tecnológicos pueden presentar ciertas limitaciones por la insuficiencia para abordar ciertos temas de salud, sin embargo lo que se recomienda es de aprovechar y realizar un mejor desempeño con lo que se tenga a disposición.

Aun así es vital mencionar que el área rural y urbano marginal tiene una estructura humano, material y tecnológica muy pobres que evidencia el bajo desarrollo a nivel de la salud. Si no se cuenta con estos mecanismos y las gestiones para complementar el funcionamiento de una institución de salud, se podría esperar que efectivamente estas zonas tengan lo necesario pero no se puede dar apertura para trabajar en proyectos más amplios en beneficio de la comunidad.

Las prácticas y conocimientos de salud deben brindarse con especial cuidado de forma que no solo se asegure el servicio sino también que las mismas acciones y desempeños colaboren para el bienestar y salud de una persona.

Este desempeño debe estar basado no solo en la generación y provisión de atención médica, sino en la calidad de la asistencia. En este punto el papel del talento humano en las instituciones de salud es muy importante, debe haber un seguimiento y un control de protocolos en las diferentes áreas de servicios de salud, que debe incluirse modelos de capacitación y certificación permanentes debido a que una asistencia medica de acuerdo al resultado que obtenga el paciente serán de su juzgamiento y este desempeño puede afectar directa o indirectamente a otras funciones.

No se puede juzgar desde la perspectiva del servicio de salud o desde la perspectiva del paciente, lo que debemos entender que hay riesgos que se pueden derivar de las necesidades y problemas de salud o ser producto de acciones médicas que pueden tener una repercusión importante en la salud y las decisiones al respecto afectan a la misma salud humana, sino a la relación entre el usuario del servicio y el proveedor de asistencia médica o incluso no está en las manos de alguno de estos actores.

La verdad para cualquier sistema de salud está en el mejoramiento del ejercicio de las funciones descritas anteriormente, en el ciclo vital de una persona y la recertificación de los profesionales, en la que el compromiso y la conciencia son de todos.

Ahora bien si hablamos de una valoración deben contrastar el conjunto organizacional en la producción de servicios y si este posee la tecnología y si cuenta con condiciones a nivel de provisión de recursos, incluido el aspecto financiero y las compensaciones al personal, su horario que en conjunto sumen las adecuadas para brindar un servicio de calidad harían que se pueda brindar una atención justa. En la realidad puede apreciarse que existe un contexto volátil con la presencia de incertidumbre e inestabilidad que ponen en juego el aseguramiento de la justicia en la salud, por lo tanto las intervenciones en tiempo real requieren mayor complejidad y esfuerzos de diversa índole, desde el conocimiento humano hasta el apoyo tecnológico y el suministro de medicina.

De allí la importancia a que una institución de salud debe estar dotada del equipamiento necesario tanto humano como físico para mejorar la producción eficiente de los servicios de salud.

1.5.3.1 Red Pública Integral de Salud

El texto de la constitución señala que el sistema nacional de salud funcionara con una red pública integral de salud y bajo la rectoría de la autoridad sanitaria nacional.

Una red es un conjunto de personas u organizaciones, formales o informales, con su propia identidad, que independiente de su tamaño, régimen de propiedad y nivel de complejidad, comparten objetivos comunes, una misión explícita y generan actividades suficientemente definidas, diferenciadas y complementarias entre sí, que se entrelazan e interconectan con una multiplicidad de otras redes formales e informales en pro de objetivos también compartidos. Una red puede poseer un territorio o población determinada, una estructura funcional o administrativa semejante a un sistema abierto y los componentes relacionarse entre sí de diversos modos: horizontal, voluntario, complementario y flexible.

1.5.3.1.1 Organización de la Red

El modelo de gestión desconcentrado del Estado Ecuatoriano en zonas, distritos y circuitos define la estructura territorial de la red, de la siguiente forma:

1.5.3.1.1.1 Red Nacional Integrada de Servicios de Salud

Si esta Red es constituida por establecimientos de salud públicos estamos hablando de la Red Pública Integral de Salud (RPIS); cuando se trata de los establecimiento de salud privados, se denomina Red Complementaria de Salud (RCS), constituye las instituciones a nivel nacional que son eje de dirección para la escala ascendente de niveles de atención.

Se debe aclarar que los niveles de atención y la red de atención son conceptos distintos, el primero obedece al carácter de las instituciones en su razón de ser productoras de servicios de salud, la segunda en cambio obedece a la distribución de la población en la que se asientan los niveles en la que se toman decisiones para determinar planes o programas estudiando las necesidades de esa área de población específica.

1.5.3.1.1.2 Red Zonal Integrada de Servicios de Salud:

Está constituida por sus Distritos, se caracteriza por articular establecimientos públicos y privados organizaciones con y sin fines de lucro para garantizar equidad territorial y cobertura por nivel de atención y complejidad.

En el territorio de las redes por zonas-provincias están los hospitales de segundo nivel y tercer nivel que cumplirán el criterio de ordenación de 2 camas por mil habitantes que incluirá 0.5 camas por habitante para alta complejidad.

En el nivel de Atención Prehospitalaria incluye el centro coordinador de llamadas de emergencias de salud – SIS – ECU 911- y el transporte primario sea terrestre, aéreo y fluvial, que se utiliza en la medida de los requerimientos de pacientes de emergencias y funciona integrada a la Red para una mejor respuesta.

1.5.3.1.1.3 Microrred Distrital Integrada de Servicios de Salud

Está cubierta por un Distrito y sus Circuitos correspondientes a las zonas territoriales aledañas. En estas Microrredes los servicios que se articulan e integran son:

I. EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD EAIS:

- a. Médico/a: 1/4000 habitantes
- b. Enfermero/a: 1/4000 habitantes:
- c. Técnico/a en Atención Primaria en Salud:
 - i. 1/4000 habitantes zona Urbana
 - ii. 1/1500 a 2500 habitantes zona Rural

II. CENTRO DE SALUD DE SERVICIO ITINERANTE para atención a poblaciones dispersas hasta 3500 habitantes.

III. CENTRO DE SALUD TIPO A de 3.000 a 10.000 habitantes; con servicios de salud de consulta externa, sala de procedimientos, administración, centro de toma de muestras, sala de reuniones.

IV. CENTRO DE SALUD TIPO B de 10.001 a 50.000 habitantes; con servicios de salud de consulta externa, sala de procedimientos, administración, centro de toma de muestras y laboratorio, servicio de imagenología (rayos X y ecografía), sala de reuniones.

V. CENTRO DE SALUD TIPO C de 25.001 a 50.000 habitantes que cuenta con servicios de salud de consulta externa, sala de procedimientos, administración, consulta externa, centro de toma de muestras y laboratorio clínico, rehabilitación y atención de partos (Salas de Unidad de Trabajo de Parto y Recuperación -UTPR), sala de reuniones, rehabilitación.

Macrored: se denomina así porque el ámbito funcional de relaciones entre establecimientos de salud supera a los límites territoriales de una Red Zonal, por condiciones de acceso efectivo por capacidad resolutoria y/o prestaciones de alta complejidad. Se refiere en estos momentos a las Zonas 9, 8 y 6.¹²

Tabla 1.2 Estructura a Nivel Zonal del Sistema Nacional de Salud Ecuatoriano

ZONAS	ABARCA	SEDE
Coordinación Zonal 1	Carchi, Esmeraldas, Imbabura, Sucumbíos	Ibarra
Coordinación Zonal 2	Pichincha, Napo, Orellana	Tena
Coordinación Zonal 3	Pastaza, Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo	Riobamba
Coordinación Zonal 4	Manabí, Santo Domingo de los Tsáchilas	Portoviejo
Coordinación Zonal 5	Guayas, Los Ríos, Santa Elena, Bolívar	Milagro
Coordinación Zonal 6	Azuay, Cañar, Morona Santiago	Por definir
Coordinación Zonal 7	El Oro, Loja, Zamora Chinchipe	Loja
Coordinación Zonal 8	Cantones Guayaquil, Duran y Samborondón	Guayaquil
Coordinación Zonal 9	Distrito Metropolitano de Quito	Quito

Fuente: Ministerios de Salud Pública. “Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural MAIS-FCI”. Edición 2012. República del Ecuador.

Elaboración: Dirección Nacional De Articulación Del Sistema Nacional De Salud Y Red De Salud Pública Y Complementaria.

1.5.3.2 Sistema Único de Registro

Este sistema es el que se ha implementado para dar continuidad al tratamiento, mediante el cual se utiliza un registro de todo el proceso de atención al paciente. Todas las instituciones de salud deben llevar el proceso de este sistema.

¹² Equipo de trabajo 2013 del Ministerios de Salud Pública, “Manual Operativo Red Nacional Integrada De Servicios De Salud”, Primera Edición. Republica del Ecuador. p, 9. Copia del borrador disponible a partir del mes de junio del 2013, y aprobada por el congreso nacional <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/07/DOCBASERED100613.pdf>.

El sistema permitan disponer de información veraz, oportuna, actualizada, objetiva, completa y segura desde cada institución, lo que permite obtener información real de la situación de salud de la población y de esta manera realizar análisis que facilite la toma de decisiones, la resolución de problemas y los procesos de monitoreo y evaluación y comprender cada situación por separado.

El sistema tiene varios módulos o componentes:

- Sistema de Atención Individual a Usuarios (citas, triaje, historia clínica única electrónica y ficha familiar, referencia-contrarreferencias, farmacia-receta electrónica, laboratorio e Imagenología, estadística) para la atención ambulatoria y hospitalaria;
- Sistema de gestión administrativa (información de los diferentes sistemas de gestión y planificación).
- Sistema epidemiológico de notificación y alertas.¹³

El sistema trabaja en dos fases la primera registrar y la segunda consiste en enviar la información del proceso que desempeña la institución tanto intramural y extramural del sector público y privado, para lo cual se utilizaran los formularios 504 y 505 que son el parte diario y los concentrados mensuales que estarán en forma digital.

El propósito es construir indicadores fundamentales para la planificación y toma de decisiones, ya que se incluye el manejo de la historia clínica única, capaz de conjuntar las variables necesarias y suficientes que competan a los distintos programas, sistemas y subsistemas. La norma de Referencia y Contrarreferencia define un sistema único de relaciones entre ambos niveles, el primario y los otros niveles de mayor complejidad, que facilita la circulación de pacientes e información clínica de un paciente y permite dar continuidad al tratamiento del paciente hasta obtener su curación.

Las áreas o departamentos de una institución sanitaria (farmacia, laboratorio e imagenología, estadística, etc.) deben llevar un registro de todo el proceso que realizan por ejemplo los materiales utilizados, el número de pacientes atendido, registro de medicinas entregadas al paciente, entre otros.

¹³ Ministerios de Salud Pública. “*Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural MAIS-FCP*”. Edición 2012. República del Ecuador. p. 111

Todos estos registros se lo hacen en forma diaria, con esto se mantiene un control del buen uso de los recursos materiales y la eficiencia del personal.

1.5.4 Aseguramiento

El aseguramiento es dar cumplimiento a la garantía de acceso universal y equitativo de la población, para ello las instituciones de salud deben adecuar sus funciones basadas en el Plan Integral de Salud para de esta manera dar cumplimiento del derecho ciudadano a la protección social en salud.

La importancia del tema de recursos adecuados a fin de poder solucionar la enfermedad de un individuo, hace que se asegure un resultado positivo en la atención, aclaro que esta situación es independientemente de la gravedad de la enfermedad, pero ayuda de manera que puede brindarse una atención de calidad.

Este escenario sería ideal si funcionara para la mayor parte de la población a nivel nacional. En ciertas áreas marginadas las cuestiones de salud son más sensibles, y si a esto le sumamos la falta de oportunidades vemos claramente marcada la inequidad de acceso de la población.

La protección integral de la salud se ha convertido en un reto más prioritario y esto puede realizarse por medio de la combinación de esfuerzos con un gran trabajo a nivel de las comunidades menos desarrolladas hasta los servicios que implican mayor complejidad.

En cuanto a la garantía en salud por medio de la afiliación al seguro social es un mecanismo que cubriría los servicios de salud con la contrapartida de aportaciones al IESS, y esto no asegura si realmente una persona afiliada utilice sus servicios o los gastos corran por cuenta personal. Los fondos de seguridad social para atención a la salud tienen un destino y un uso definido y entra en juego el acceso equitativo para la población y esta lógica da a entender que la efectividad y eficiencia debe ser extendida independientemente de su afiliación el servicio de salud debe estar protegido y disponible al momento que se necesite, cubrir esta necesidad con el desvinculo del pago por servicios de salud.

Pero lo que debe tenerse presente también es que el servicio de salud llegue a cubrir a la población en general por medio de mejores planes que piensen en la población que no ha podido tener el acceso equitativo que tanto hablamos.

Todavía se ven las carencias de acceso de la población y si esto no es atendido como podemos esperar que estos seres humanos aspiren alcanzar mejores niveles de vida, si bien la salud pública es gratuita, pero cuantos se suman a utilizar sus servicios.

1.4.4 Financiamiento

“El financiamiento es la garantía de disponibilidad y sostenibilidad de los recursos financieros necesarios para la cobertura universal en salud de la población. El Consejo Nacional de Salud establecerá mecanismos que permitan la asignación equitativa y solidaria de los recursos financieros entre grupos sociales, provincias y cantones del país, así como su uso eficiente. El financiamiento del Plan Integral de Salud con cargo a fondos públicos, se hará conforme lo dispuesto en el artículo 46 de la Constitución Política de la República”.¹⁴

Estos recursos serán destinados a garantizar las acciones de salud de la población con mayor riesgo y vulnerabilidad epidemiológica y bio-social. En el marco de la desconcentración y descentralización en salud vigente, el Estado asignará de manera total y automática los recursos financieros correspondientes a las direcciones provinciales, jefaturas de área y los municipios que lo soliciten conforme a los planes de salud y de acuerdo con los criterios de equidad, índice poblacional y riesgo epidemiológico, a excepción de los recursos que se requieran para el ejercicio de la coordinación del Ministerio de Salud Pública. Adicionalmente el Estado creará fondos específicos destinados a la protección de los daños causados por enfermedades catastróficas, a la población no asegurada de menores recursos.

Aquí podemos encontrar dos aspectos por un lado la prevención y por otro la gestión de conflictos. Una institución al tener la libertad para gestionar su administración, está en la capacidad de formular e implementar políticas de acuerdo a sus asuntos comunes; en este proceso interactúan intereses diversos y deben organizarse con una gestión eficiente, responsable y transparente en el manejo del financiamiento.

¹⁴ Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Art. Cit. 12

Además el enfoque normativo expresa que debe cumplirse con ciertas características para la distribución de los recursos financieros en la que debe presentarse los planes de salud. El propósito mismo que se encuentra en la distribución financiera es tener presente la imparcialidad a la hora de definir e implementar las decisiones y acciones que el presupuesto público se ramifique a la medida que satisfaga las aspiraciones y necesidades de salud en el marco del modelo de desarrollo nacional adoptado.

1.6 Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud

En virtud de garantizar la creación de un Sistema Nacional que oriente el sector de la salud se propone un orden normativo formal dando lugar a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, que ha sido expedido por la Asamblea Nacional como una de las garantías constitucionales y al ser un órgano con potestad normativa, todo el sector de la salud debe cumplir y estar al margen de esta potestad.

La Ley Orgánica fue expedida el 25 de septiembre del año 2002 de la cual se desprende que la salud es un derecho humano para los habitantes de nuestro país por tal motivo las necesidades de enfermedad para cualquier persona según el Estado pueden ser atendidas, además de garantizar la posibilidad de acceso permanente a los servicios de salud.

Dentro de la ley podemos encontrar la finalidad, objetivos, principios y funciones que compete al Sistema Nacional de Salud, descritos y puntualizados anteriormente.

Si bien desde el año 2008 se está llevando a cabo un proceso de transformación sectorial de Salud en el Ecuador, para ello se ha creado el nuevo modelo de atención integral de salud (MAIS).

Para que tenga efecto esta instancia a nivel de todo el país, dentro de la misma ley se ha optado por un ordenamiento territorial que se ha dividido en lo que se llama los consejos de salud como apoyo a la rectoría del Ministerio de Salud. A continuación se habla del tema de rectoría del sector de la salud y se completa el estudio base de la reestructuración y mejoramiento del sistema nacional de salud actual.

1.6.1 Rectoría En Salud

La función de regulación que ejerce la autoridad sanitaria en su intervención sobre los sistemas sanitarios está en relación con la definición de las normas y criterios que regulan los intereses de los distintos agentes que intervienen, recorre un amplio espectro que va desde aspectos de alto nivel estratégico, como es la financiación, aseguramiento, prestaciones de los servicios, el grado de descentralización organizativa permitido para la toma de decisiones, los métodos de pago a los proveedores y profesionales sanitarios, a la propia organización de la práctica profesional, todas estas medidas con efectos distintos sobre la calidad de la asistencia, el esfuerzo en la reducción de costes sanitarios.

El Ministerio de Salud es la entidad rectora de todo el sistema de salud, es el núcleo de pensamiento estratégico del sistema y se le faculta de crear el conjunto de criterios y lineamientos que articulan las políticas públicas a las condiciones y características propias del territorio, que constituyen referentes importantes para la formulación e implementación de políticas sectoriales y territoriales, en concordancia con los objetivos y metas definidas en el Plan Nacional para el Buen Vivir y es, adicionalmente, un instrumento de coordinación entre niveles de gobierno que debe ser complementado con procesos de planificación específicos en cada territorio.

Para ello el Ministerio de Salud trabaja con el Consejo Nacional de Salud (CONASA) quien a su vez se desagrega en varios consejos, que son los organismos representantes de los integrantes del sistema nacional.

1.6.1.2 Consejos de Salud

En el marco de las disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud se establece la configuración de los Consejos de Salud como niveles de coordinación en el funcionamiento del sistema nacional de salud, la ley señala que “Los Consejos de Salud como organismos de representación de los integrantes del Sistema, son instancias de coordinación, concertación sectorial, articulación interinstitucional e intersectorial, en apoyo al funcionamiento del Sistema”.

1.6.1.2.1 Consejo Nacional

Las competencias del consejo de salud es la formulación del Plan Integral de Salud que se desempeña a lo largo del territorio nacional y que recoge la participación de los consejos desde el nivel más bajo hasta lograr la formación de las políticas nacionales para fomentar el derecho a la salud y cumplir la normativa constitucional que indican el mejoramiento, fortalecimiento y descentralización del sector salud; comprende todo un organismo que se ha coordinado para actuar a nivel sectorial y colaborar mejor en la atención poniendo énfasis cada institución en su división territorial, actúan de forma representativa por las instituciones componentes del sistema y emiten y construyen la normativa interinstitucional e intersectorial.

Tabla 1.3 Consejos de Salud

NIVELES DE LOS CONSEJOS		
Nacional	Provincial	Cantonal
Consejo Nacional de Salud CONASA	Consejo Provincial de Salud (CPS)	Consejo Cantonal de Salud (CCS)
Formula Plan Integral de Salud	Formular el plan estratégico analizando la realidad provincial y los planes de los Consejos Cantonales en el tema de salud.	Formular el plan enfocado a la salud familiar y comunitaria que será parte del Plan de Desarrollo Cantonal aprobado por el respectivo Consejo Municipal. Presupuesto y financiamiento para cumplir el plan de desarrollo
Lo integra las 17 entidades que integran el Sistema Nacional, identificadas en el artículo 7 de LOSNS, y presidido por el Ministro de Salud.	Presididos por el Prefecto y la Secretaría Técnica la ejercerá el Director Provincial de Salud y se conformarán con un representante por cada Consejos Cantonales de Salud en su jurisdicción territorial	Presidido por el Alcalde y Jefe del Área de Salud y se conformara con los integrantes del Sistema a nivel cantonal y las Juntas Parroquiales. Promoviendo la participación paritaria del Estado y la sociedad civil.

Fuente: Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Registro Oficial 2002(25 de septiembre); 670.

Elaboración: Las autoras.

La planificación de la salud es una herramienta de gestión del servicio de salud para sociabilizarla en las dimensiones del territorio ecuatoriano (nacional, provincial, cantonal y parroquial) que de forma dinámica permite recabar, elaborar y sistematizar información necesaria para la formulación del plan nacional. Cada nivel debe elaborar su plan, se señalan nueve pasos metodológicos para su elaboración:

Tabla 1.4 Plan de Acción

Pasos	Interrogantes	Acción	Producto	
1	Análisis situacional	¿Quiénes somos? ¿Cómo estamos?	Identificar necesidades y problemas (Oferta/Demanda)	Diagnóstico situacional
2	Priorización y selección de problemas	¿Por qué estamos así?	Analizar y priorizar los problemas	Listado de problemas priorizados
3	Análisis de causa efecto e identificación de soluciones	¿Causas y Efectos?	Árbol de problemas	Informe de causa-efecto de problemas y lista de soluciones
4	Visión y Misión	¿Hacia donde queremos ir?	Definición de la Visión y Misión	Misión y Visión del plan
5	Estrategias del plan	¿Cómo lo lograremos?	Programación de objetivos, actividades y recursos (Matriz de Marco Lógico)	Marco lógico por cada proyecto de intervención
6	Programación de las intervenciones	¿Qué queremos lograr? ¿Cuánto?	Programación de objetivos, actividades y recursos (Matriz de Marco Lógico)	Marco lógico por cada proyecto de intervención
7	Análisis y construcción de viabilidad	¿Con qué acciones y recursos?	Programación de objetivos, actividades y recursos (Matriz de Marco Lógico)	Plan de salud viable para su ejecución
8	Diseño de la ejecución y seguimiento del Plan	¿Cómo vamos a ejecutarlo?	Programación del POA y plan de seguimiento	POA anual y plan de seguimiento sistematizado
9	Evaluación y rendición de cuentas del Plan de Salud	¿Qué parámetros evaluar? ¿Qué indicadores aplicamos en el la evaluación?	Plan de evaluación y ejecución del mismo Rendición de cuentas a la Asamblea	Evaluación del diseño y la ejecución de plan

Fuente: Directorio del Consejo Nacional de Salud Y Comisión de Organización y Participación Social. “Guía Metodológica Para La Elaboración De Los Planes Cantonales Y Provinciales De Salud”. (2007).

Elaboración: Directorio del Consejo Nacional de Salud Y Comisión de Organización y Participación Social

Luego de haber realizado el plan se realizará un seguimiento y evaluación a fin de responsabilizarse y rendir cuentas del cumplimiento del Plan cada año a la Asamblea.

La función del gobierno como un todo hoy en día ha buscado en el sector de la salud el incorporar a otros miembros y áreas públicas para que actúen en la formación y defensa de la salud de la población, lo que significa se está facilitando que cada consejo ejerza la gobernabilidad en su sector de atención a la salud.

Aquí podemos llegar a darnos cuenta que se ha propuesto varios espacios en la construcción del sistema nacional, por un lado están los usuarios, que vienen a ser los actores tanto un individuo como grupos que tienen derechos que exigir, por otro lado está la normativa que han de regir el desenvolvimiento de los integrantes del sistema, los procesos que son los estados por los cuales tienen que pasar la sociedad, usuarios y las instituciones de salud que integran el sistema nacional, y se incluyen también los espacios físicos con su división en sectores para abastecer mejor a todo el nivel nacional y de forma no menos importante están los espacios de negociación en el que está la mesa de consejos.

Pero ahora pasan a ser mejor reconocidos y atendidos los asuntos que pueden darse en las jornadas del día a día que pueda tener una institución de salud y se permite mediante el cumplimiento y respeto a la normativa que se debe seguir a nivel nacional, se pueda definir la propia práctica de los actores, para un fortalecimiento real de la institución que ejerce la rectoría.

De esta manera lo que se está fortaleciendo es cada consejo de salud es la producción eficiente de servicios definidos claramente a la situación en su campo de acción.

1.6.1.3 Recursos Humanos

El Ministerio de Salud Pública, con el apoyo del Consejo Nacional de Salud, propondrá a las entidades formadoras la política y el Plan Nacional para el desarrollo de los recursos humanos en salud, que considere la armonización de la formación en cantidad y calidad con enfoque pluricultural, conforme a las necesidades de la población y del mercado de trabajo.

En el ámbito público, desarrollará la carrera sanitaria considerando los aspectos de calidad del empleo, régimen laboral y salarial, productividad del trabajo; calidad de los servicios y gobernabilidad gestión de personal e incentivos basados en evaluación de desempeño, ubicación gráfica y manejo de riesgo.

El Ministerio de Salud Pública, en coordinación con las facultades de Ciencias Médicas y de la Salud, el CONESUP u los gremios profesionales, impulsará los procesos de certificación y recertificación para la actualización del ejercicio profesional de salud.¹⁵

1.6.1.4 Medicamentos e Insumos

El Ministerio de Salud Pública, con el apoyo del Consejo Nacional de Salud, dispondrá las medidas que permitan garantizar la disponibilidad de medicamentos esenciales e insumos en el país. Promoverá la producción nacional y garantizará el uso de productos genéricos y organizará instancias y procesos de provisión común de los mismos, de acuerdo con el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos que se elaborará según la nomenclatura internacional aprobada por la Organización Mundial de la Salud, el mismo que será de aplicación obligatoria por las entidades del sector, con resguardo de su calidad, seguridad y eficacia y al menor costo posible.¹⁶

Para la salud pública se suministra medicamentos a cada institución del sector para cubrir su demanda de medicamentos, se dispone que el aprovisionamiento para el paciente es gratuito y no se cobrará ningún valor prohibiendo su comercialización.

1.7 Oferta de Servicios de Salud en el Ecuador

La Red Integral de Salud posee un gran número de complejidad y recursos humanos: la capacidad instalada es de 1863 unidades operativas:

- 169 Área de Salud (85 HB, 152 CS, 1127 SCS, 434 PS, 21 UM, 3 UF)
- 42 hospitales (generales, especializados y de especialidades).

¹⁵ Ley Organica del Sistema Nacional de Salud. Art. Cit. Nº 26.

1.7.1 Tipología de los Servicios de Salud

1.7.1.1 Centros de Salud

Unidad operativa primaria que brinda servicios integrados e integrales de un servicio ambulatorio de recepción o acogida de los ciudadanos que acuden personalmente para ser atendida su necesidad de salud. Actúa como promotor en la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud de los habitantes de una zona específica de la dimensión de su estructura física y funcional.

1.7.1.2 Hospital Básico

Es la unidad de salud que brinda atención ambulatoria, de emergencia y de hospitalización de corta estancia en medicina general. Su tamaño depende de las características demográficas y el perfil epidemiológico de su zona de influencia y funciona las 24 horas del día.

1.7.1.3 Consultorio Médico

Hace referencia a una estructura sanitaria más pequeña, generalmente localizada en un pueblo, y con menos profesionales. Como mínimo lo compone un o dos médicos. Uno o varios consultorios suelen depender organizativamente de un centro de salud de referencia.

1.7.1.4 Clínica de Salud

Centro sanitario de naturaleza privada que es también conocido como un hospital básico, brinda atención ambulatoria, de emergencia y hospitalización en diferentes especialidades pero su tamaño y número de especialidades de atención depende de las características demográficas y perfil que desea cubrir. Realiza consultas de diagnóstico específico para cada especialidad y diversos tratamientos.

¹⁶ Idem. Art. Nº 28

1.7.1.5 Hospital de Especializaciones

Se los ha determinado en el tercer nivel de la salud pública pues son establecimientos de alta complejidad, que provee atención ambulatoria y hospitalaria de una determinada especialidad y subespecialidad. Desarrolla actividades de docencia e investigación en salud. Posee las herramientas necesarias para realizar el ciclo completo de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las enfermedades crónicas y agudas.

El desafío fundamental que enfrenta el Sistema Nacional de Salud del Ecuador, es el de garantizar a todos los ciudadanos la Protección Social Universal en materia de salud, eliminando o reduciendo al máximo las desigualdades evitables en la cobertura, el acceso y la utilización de servicios de calidad.

Históricamente la oferta sanitaria en el Ecuador ha estado dominada por las instituciones del sector público. Según datos del 2008, éste sector ocupó alrededor del 81.38% de la oferta mientras que el sector privado se encargó del 18.62% restante.

Con relación a la oferta de servicios del MSP, en el año 2008 el Nivel I tenía 434 puestos de salud, 1.127 sub-centros, 152 centros de salud, 21 unidades móviles y 3 fluviales; el Nivel II tenía 85 hospitales básicos y 27 hospitales generales y el Nivel III tenía 14 hospitales especializados y 1 hospital de especialidad. Por otro lado, el sector privado posee entidades privadas con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, etc.) y organizaciones privadas sin fines de lucro como ONGs, organizaciones populares de servicios médicos, etc., las cuales representan el 18,62% de los establecimientos del país.

Los servicios privados se financian a través del gasto directo de los usuarios en servicios de salud. Cuentan con una capacidad instalada de unos 545 establecimientos con internación, mayormente tipo clínicas, con fines de lucro. De igual manera, existen cerca de 10.000 consultorios médicos particulares ubicados en su mayoría en las ciudades principales.

El sistema de salud ecuatoriano está dominado fundamentalmente por instituciones del sector público. Sin embargo, en los últimos años se observa un rápido crecimiento de la incidencia del sector privado en la salud, pues en dos años aumentó su participación en cuatro puntos porcentuales. Es evidente entonces, que el Estado no puede por sí solo proveer de salud gratuita a toda la población debido, entre otros, a que existen áreas especiales en las que no participa a causa de los altos costos que involucran, situaciones en las que se evidencia la eficiencia de la oferta privada para proveer estos servicios.

La oferta de servicios de salud no siempre se ajusta a las expectativas y valores que busca un usuario.

El servicio de salud puede incluir de forma básica: la asistencia médica (prestados por profesionales habilitados para ello), exámenes auxiliares (realizados en laboratorios clínicos), el medicamento (elaborados por laboratorios farmacéuticos, intermediados por droguerías y vendidos al público en farmacias), servicios hospitalarios (brindados por hospitales públicos y clínicas y sanatorios privados), incluyendo en este rubro tanto servicios calificados que implican utilización de recursos humanos y materiales específicos en la institución de salud.

En términos generales una oferta es aquella propuesta que se hace de dar, ejecutar o cumplir algo, en una determinada cantidad de bienes o servicios que los productores de los mismos están dispuestos a ofrecer a los potenciales consumidores de los mismos, en diferentes condiciones en un determinado momento.

La oferta estará determinada por los siguientes factores: los costos que tiene llevar a cabo para la producción de un producto o la ejecución de un servicio, el tamaño del mercado al cual va dirigido, la disponibilidad de factores, la cantidad de competencia que se le presenta y la cantidad de bienes producidos.

CAPITULO II

ANÁLISIS

SITUACIONAL DEL

CANTÓN SÍGSIG

CAPITULO II

ANALISIS SITUACIONAL DEL CANTÓN SIGSIG

2.1 Ubicación Y Características Del Cantón Sígsig

2.1.1 Localización

Sígsig, Patrimonio Cultural, es el cantón cuyo territorio conforma la provincia del Azuay, se encuentra situada al sureste de la ciudad de Cuenca, a 60 kilómetros, tiene una extensión de 658.18 km².

Ubicación Provincial: Azuay

Mapa 2.1 Ubicación Provincial Azuay



Fuente: Colección De Mapas Continentales Y Regionales De Todo El Mundo. Ubicación de la Provincia del Azuay 2011. Disponible en www.zonu.com

Elaboración: No se encuentra disponible.

Ubicación Cantonal: Sígsig

Mapa 2.2 Ubicación Cantonal de Sígsig



Fuente: Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial del Cantón Sígsig. Agosto 2012. Disponible en www.sigsig.gob.ec

Elaboración: Funcionarios del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Sígsig.

Cantón Sígsig

Mapa N° 2.3 División Cantonal de Sígsig



Fuente: Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial del Cantón Sígsig. Agosto 2012. Disponible en www.sigsig.gob.ec

Elaboración: Funcionarios del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Sígsig.

2.1.2 Límites

Limita al norte con los cantones Gualaceo y Chordeleg; al sur con los cantones Gualaquiza y Nabón; al este con los cantones San Juan Bosco y Gualaquiza de la provincia de Morona Santiago; y al oeste con los cantones Girón y Cuenca.

Vías de Acceso: se tienen dos vías de acceso, la primera vía Cuenca-Gualaceo-Chordeleg- Sígsig (60 km) y la segunda Cuenca-El Valle-San Bartolomé- La Unión-Sígsig (48 km). Para llegar a Sígsig, desde la ciudad de Cuenca hay que acudir al terminal de la ciudad, en donde se puede encontrar el servicio de transporte de buses del cantón, las empresas de transporte son dos, Express Sígsig y Flota Cenepa que parten cada media hora en la mañana y en la tarde cada 20 minutos, la duración del viaje es de 1:35 minutos aproximadamente debido a las paradas obligatorias que se realizan en los cantones vecinos Gualaceo y Chordeleg. Si se desea viajar en vehículo propio la duración es de alrededor de 1 hora.

2.1.3 División Territorial

La extensión territorial del cantón es 658 km², los cuales se divide por 7 parroquias.

Parroquias de Sígsig:

- Parroquia Central o Cabecera Cantonal:
 - Sígsig o llamada San Sebastián de Sígsig.

- Parroquias Civiles (Rurales):
 - San Bartolomé
 - Ludo
 - Jima
 - San José de Raranga
 - Cuchil
 - Güel

Tabla 2.1 Extensión de las Parroquias de Sígsig

PARROQUIA	EXTENSIÓN km²	% EXTENSIÓN	SECTOR
Sígsig	147 km ²	22.3 %	Urbana
Cuchil	137 km ²	20.8 %	Rural
Jima	192 km ²	29.2 %	Rural
Ludo	78 km ²	11.9 %	Rural
San José de Raranga	52 km ²	7.9 %	Rural
Güel	14 km ²	2.1 %	Rural
San Bartolomé	38 km ²	5.8 %	Rural
TOTAL:	658 km ²	100 %	

Fuente: Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial del Cantón Sígsig. Funcionarios del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Sígsig. Agosto 2012 Disponible en www.sigsgob.ec.

Elaboración: Las autoras

La parroquia Jima es la extensión más grande perteneciente al cantón, seguida a esta cifra esta la cabecera cantonal con un 22% de extensión del total del cantón, la de menor distención es la parroquia de Güel, con el 2,1% de extensión.

Organización Descentralizada

De acuerdo a la organización territorial, este cantón está dentro de la Zona N° 6 conformada por las provincias de Morona Santiago, Azuay y Cañar, el centro cantonal es el Distrito N° 8.

2.1.4 Población

El cantón Sígsig está conformado por una población de 26.910 (dato de último censo 2010) distribuido el 44% al sexo femenino y el 55% lo conforman el sexo masculino, se muestra la población por sector parroquial de la siguiente manera:

Tabla 2.2 Población del Cantón Sígsig

POBLACIÓN DEL CANTÓN SÍGSIG		
PARROQUIA	PORCENTAJE %	HABITANTES
Sígsig	28%	7.494
Periferia	14%	3.676
Cuchil	6%	1.688
Jima	11%	2.886
Güel	5%	1.348
Ludo	12%	3.366
San Bartolomé	9%	2.351
San José de Raranga	15%	4.101
TOTAL:	100%	26.910

Fuente: Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial del Cantón Sígsig. Funcionarios del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Sígsig. Agosto 2012 Disponible en www.sigsgob.ec.

Elaboración: Las Autoras.

Como podemos observar la población urbana del cantón equivale tan solo al 28% de habitantes, según el último censo realizado en el año 2010 vemos que la población rural ha crecido notablemente ya que ocupa el 72% de habitantes en el cantón.

2.1.5 Situación Geográfica

La situación geográfica del cantón se caracteriza por situarse en un valle semihúmedo, la cual está rodeada por varios ríos, la mayor parte de la población se dedica a la agricultura y ganadería.

2.1.6 Clima

El clima tanto en el centro cantonal y en el valle es moderado y también semihúmedo de 12 a 18°C, en la meseta es húmedo templado de 12 a 18°C, en la cordillera, frío de 6 a 16°C

2.1.7 Hidrografía

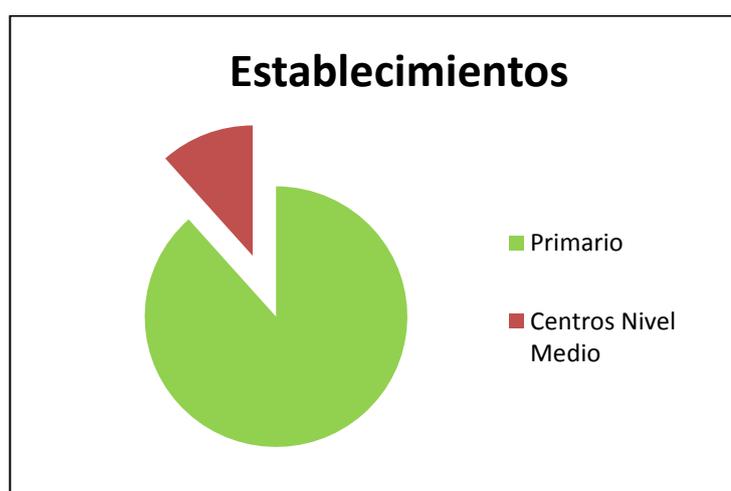
Los principales ríos que atraviesan el cantón son: El Santa Bárbara y el Bolo Pamar, también están los ríos secundarios: Alcacay, Riote, Altar, Ayllón, Moya y Minas.

Lagunas: Ayllón, Santa Bárbara, Santo Domingo, Cebadilla, Verde Cocha, Shuriguña, Canal Cocha, Narig, Chobshi, Quingor y Encantada.

2.1.8 Educación

En el cantón Sígsig el índice de educación es de 41,82%, dentro de este análisis sabemos que la mayor parte de la población solamente ha cursado los estudios primarios ocupando un 78%, el porcentaje de analfabetismo es uno de los más altos de la provincia con un 12.1%, teniendo en cuenta que las mujeres son las que ocupan el mayor porcentaje, este porcentaje de población no sabe leer ni escribir. Debido a estos datos se realizó una campaña para reducir el analfabetismo en este cantón declarando a Sígsig “territorio libre de analfabetismo” que actualmente es de un 3,60% para que la UNESCO lo avale y declare “territorio libre de analfabetismo” debe cumplir con un promedio de personas analfabetas que este por debajo del 4%.

Gráfico 2.1 Establecimientos Primarios y Secundarios de Educación



Fuente: Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial del Cantón Sígsig. Funcionarios del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Sígsig. Agosto 2012 Disponible en www.sigsig.gob.ec.

Elaboración: Las Autoras

“El cantón cuenta con 61 centros educativos, 13 ubicados en la parte urbana y 48 en la parte rural, correspondiendo el 76,30% a establecimientos primarios y 10% a centros de nivel medio. El promedio de estudiantes por cada centro educativo es de 110 alumnos.”

Existen varios factores por los cuales la educación en este cantón no es óptima:

1. Lastimosas condiciones en las que se enseña a los estudiantes, sobretodo en el área rural, hay una falta de docentes para cubrir las necesidades de educación.
2. La mayor parte de centros educativos están ubicados dentro del área urbana cual es un problema para la mayor parte de la población ya que estos pertenecen al área rural.
3. No existe interés en estudiar por parte del sector rural debido a que la comunidad tiene la idea de que es una pérdida de tiempo y especialmente porque su meta es salir a otros lugares a prosperar.
4. Falta de infraestructura, material didáctico y equipamiento para el funcionamiento de centros educativos rurales.
5. No toda la población tiene acceso a la educación por la extrema pobreza debido a los gastos que implicaría trasladarse a los centros, esos recursos se priorizan para la alimentación.
6. Existe una relación inversamente proporcional entre la pobreza y la educación, a mayor pobreza, menor desarrollo educativo.

2.1.9 Migración Interna y Externa

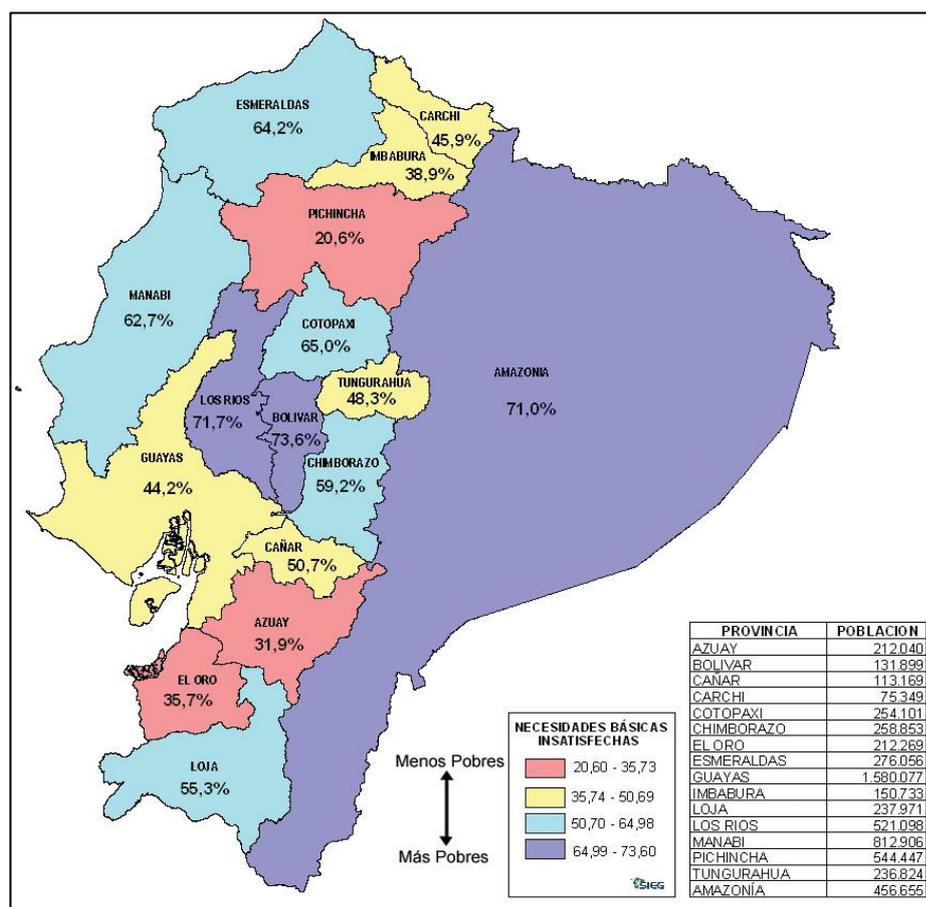
Es de nuestro conocimiento que la mayor parte de la población que migra a otras ciudades y especialmente a países, pertenecen al austro, especialmente personas que pertenecen a parroquias rurales, que buscan una mejor calidad de vida.

La migración es constante, un porcentaje importante de la población ha emigrado al exterior, principalmente a Estados Unidos y España, el cual ha ocasionado un impacto social muy fuerte, ya que muchos niños, niñas y adolescentes han quedado al cuidado de abuelos, tíos, tías, y otros, su falta crea desestabilidad emocional que es muy importante para su desarrollo personal.

2.1.10 Desarrollo Humano y Pobreza

Este fenómeno puede ser analizado por medio del NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas) el cual considera que una persona o un hogar viven en condiciones de pobreza, cuando persiste una carencia de vivienda, salud, educación y empleo.

Mapa 2.4 Necesidades Básicas Insatisfechas Por Provincia



Elaboración: Instituto Nacional de Estadísticas y censos. Disponible en <http://www.inec.gob.ec/cpv/>

Fuente: <http://www.inec.gob.ec/cpv/>

Se define a un hogar pobre cuando existe una de las siguientes condiciones:

- Vivienda con características físicas inadecuadas (inapropiadas para alojamiento).
- Vivienda con servicios inadecuados (sin conexión a tuberías, sin sanitario conectado al alcantarillado o pozo séptico).

- Hogar con alta dependencia económica (hogares con más de 3 miembros por persona ocupada y que haya aprobado 2 años de educación primaria).
- Hogares con niños que no asisten a la escuela (niños entre 6 a 12 años)
- Hogar en estado de hacinamiento crítico (más de 3 personas por cuarto para dormir)
- La población del cantón Sígsig, tiene un índice de pobreza por necesidades básicas insatisfechas de 84,3%, y de extrema pobreza, un 33.6%”.

2.1.10. 1 Análisis de la Vivienda

La vivienda dentro del cantón se compone por una variedad de construcciones, desde chozas, hasta hermosas villas; muchas viviendas se han construido debido a los inmigrantes que envían su dinero y que lo destinan para la construcción, el promedio de habitantes por vivienda son de 4 personas, se conoce también que cerca del 90% de viviendas que se construyen son casas o villas, a continuación se detalla la distribución de los servicios básicos en viviendas particulares

Tabla 2.3 Viviendas Ocupadas Según Servicios Que Disponen Y Tipo de Tenencia de la Vivienda del Cantón Sígsig

<p style="text-align: center;">ABASTECIMIENTO DE AGUA</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>TOTAL</th> <th>6.093</th> <th>100,0</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RED PÚBLICA</td> <td>2.872</td> <td>47,1</td> </tr> <tr> <td>POZO</td> <td>570</td> <td>9,4</td> </tr> <tr> <td>RÍO O VERTIENTE</td> <td>2.396</td> <td>39,3</td> </tr> <tr> <td>CARRO REPARTIDOR</td> <td>41</td> <td>0,7</td> </tr> <tr> <td>OTRO</td> <td>214</td> <td>3,5</td> </tr> </tbody> </table>			TOTAL	6.093	100,0	RED PÚBLICA	2.872	47,1	POZO	570	9,4	RÍO O VERTIENTE	2.396	39,3	CARRO REPARTIDOR	41	0,7	OTRO	214	3,5	<p style="text-align: center;">PRINCIPAL COMBUSTIBLE PARA COCINAR</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>TOTAL</th> <th>6.093</th> <th>100,0</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>GAS</td> <td>3.637</td> <td>59,7</td> </tr> <tr> <td>ELECTRICIDAD</td> <td>10</td> <td>0,2</td> </tr> <tr> <td>GASOLINA</td> <td>0</td> <td>0,0</td> </tr> <tr> <td>KÉREX O DIESEL</td> <td>19</td> <td>0,3</td> </tr> <tr> <td>LEÑA O CARBÓN</td> <td>2.410</td> <td>39,6</td> </tr> <tr> <td>OTRO</td> <td>3</td> <td>0,0</td> </tr> <tr> <td>NO COCINA</td> <td>14</td> <td>0,2</td> </tr> </tbody> </table>			TOTAL	6.093	100,0	GAS	3.637	59,7	ELECTRICIDAD	10	0,2	GASOLINA	0	0,0	KÉREX O DIESEL	19	0,3	LEÑA O CARBÓN	2.410	39,6	OTRO	3	0,0	NO COCINA	14	0,2
TOTAL	6.093	100,0																																													
RED PÚBLICA	2.872	47,1																																													
POZO	570	9,4																																													
RÍO O VERTIENTE	2.396	39,3																																													
CARRO REPARTIDOR	41	0,7																																													
OTRO	214	3,5																																													
TOTAL	6.093	100,0																																													
GAS	3.637	59,7																																													
ELECTRICIDAD	10	0,2																																													
GASOLINA	0	0,0																																													
KÉREX O DIESEL	19	0,3																																													
LEÑA O CARBÓN	2.410	39,6																																													
OTRO	3	0,0																																													
NO COCINA	14	0,2																																													
<p style="text-align: center;">ELIMINACIÓN DE AGUAS SERVIDAS</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>TOTAL</th> <th>6.093</th> <th>100,0</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RED PÚBL. DE ALCANTARILLADO</td> <td>1.249</td> <td>20,5</td> </tr> <tr> <td>POZO CIEGO</td> <td>1.282</td> <td>21,0</td> </tr> <tr> <td>POZO SÉPTICO</td> <td>1.445</td> <td>23,7</td> </tr> <tr> <td>OTRA FORMA</td> <td>2.115</td> <td>34,8</td> </tr> </tbody> </table>			TOTAL	6.093	100,0	RED PÚBL. DE ALCANTARILLADO	1.249	20,5	POZO CIEGO	1.282	21,0	POZO SÉPTICO	1.445	23,7	OTRA FORMA	2.115	34,8	<p style="text-align: center;">TENENCIA DE LA VIVIENDA</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>TOTAL</th> <th>6.093</th> <th>100,0</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PROPIA</td> <td>5.246</td> <td>86,1</td> </tr> <tr> <td>ARRENDADA</td> <td>364</td> <td>6,0</td> </tr> <tr> <td>EN ANTICRESIS</td> <td>35</td> <td>0,6</td> </tr> <tr> <td>GRATUITA</td> <td>362</td> <td>5,8</td> </tr> <tr> <td>POR SERVICIOS</td> <td>52</td> <td>0,9</td> </tr> <tr> <td>OTRO</td> <td>44</td> <td>0,7</td> </tr> </tbody> </table>			TOTAL	6.093	100,0	PROPIA	5.246	86,1	ARRENDADA	364	6,0	EN ANTICRESIS	35	0,6	GRATUITA	362	5,8	POR SERVICIOS	52	0,9	OTRO	44	0,7						
TOTAL	6.093	100,0																																													
RED PÚBL. DE ALCANTARILLADO	1.249	20,5																																													
POZO CIEGO	1.282	21,0																																													
POZO SÉPTICO	1.445	23,7																																													
OTRA FORMA	2.115	34,8																																													
TOTAL	6.093	100,0																																													
PROPIA	5.246	86,1																																													
ARRENDADA	364	6,0																																													
EN ANTICRESIS	35	0,6																																													
GRATUITA	362	5,8																																													
POR SERVICIOS	52	0,9																																													
OTRO	44	0,7																																													
<p style="text-align: center;">SERVICIO ELÉCTRICO</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>TOTAL</th> <th>6.093</th> <th>100,0</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SI DISPONE</td> <td>5.404</td> <td>88,7</td> </tr> <tr> <td>NO DISPONE</td> <td>689</td> <td>11,3</td> </tr> </tbody> </table>			TOTAL	6.093	100,0	SI DISPONE	5.404	88,7	NO DISPONE	689	11,3	<p style="text-align: center;">SERVICIO TELEFÓNICO</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>TOTAL</th> <th>6.093</th> <th>100,0</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SI DISPONE</td> <td>1.031</td> <td>16,9</td> </tr> <tr> <td>NO DISPONE</td> <td>5.062</td> <td>83,1</td> </tr> </tbody> </table>			TOTAL	6.093	100,0	SI DISPONE	1.031	16,9	NO DISPONE	5.062	83,1																								
TOTAL	6.093	100,0																																													
SI DISPONE	5.404	88,7																																													
NO DISPONE	689	11,3																																													
TOTAL	6.093	100,0																																													
SI DISPONE	1.031	16,9																																													
NO DISPONE	5.062	83,1																																													

Fuente Y Elaboración: INEC. VI censo de Población y V de Vivienda, 2001

2.1.11 Sector Productivo

Analizaremos a continuación las principales fuentes de producción del cantón, las cuales son la agricultura y ganadería.

- **Agricultura:** desde tiempos remotos, la comunidad se ha dedicado a la agricultura siendo su principal ingreso y fuente del desarrollo del cantón, a tal punto que ahora se considera que es una de las actividades económicas más importantes, sus cultivos principales son: los cultivos de maíz, fréjol, habas, arveja, hortalizas y frutas, especialmente la manzana.

Sin embargo hay que considerar los actuales problemas que atraviesa debido al abandono de las tierras, falta de sistemas de riego y especialmente la gente que ha salido fuera del país dejando en total abandono.

- **Ganadería:** el 37% del territorio de este cantón está destinado a la ganadería debido a su terreno que es apto para el crecimiento de pastizales que sirven de alimento para el ganado, ya que se puede obtener de este leche, queso, mantequilla y además para la cría y carne, generando ingresos para sus dueños.

2.2 Condiciones Generales de Salud Del Cantón Sígsig

2.2.1 Centros de Salud

El cantón Sígsig, cuenta con el área de salud N° 8 San Sebastián cuenta con 9 unidades operativas:

Hospital San Sebastián, Subcentros de salud de: Cutchil, Guel, San Bartolomé, Sarar, Zhimbrug, Jima, San José de Raranga y Ludo, estos otorgan sus servicios a sus respectivas localidades, los mismos que prestan servicios de fomento, promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de morbilidad, atención en el modelo de salud familiar, comunitaria e intercultural, atención odontológica, la atención que brindan estos subcentros es de tipo ambulatorio que quiere decir que la atención es primaria para la cual la comunidad tiene participación.

Las unidades de salud cuentan con médico/a rural y/o contratado/a, enfermera rural o contratada o auxiliar de enfermería, odontólogo/a, asistente de odontología en algunas unidades, inspector sanitario en el Hospital San Sebastián, San Bartolomé y Jima, el manejo se da desde las unidades de primer nivel, es decir que si es el caso que el paciente necesite de otro tipo de atención que una unidad de primer nivel no puede brindarle, se trasladan a los pacientes hacia el Hospital San Sebastián que es una unidad de segundo nivel ya que proporciona atención ambulatoria en medicina general, gineco-obstetricia, pediatría, odontología y cirugía de emergencia y hospitalización, médicos residentes las 24 horas.

Los exámenes complementarios tanto de laboratorio como de imagenología complementan la atención.

Si por alguna razón el hospital no puede dar solución al problema de salud del paciente, se lo transfiere a un centro de tercer nivel, el cual está ubicado en la Ciudad de Cuenca, el Hospital Vicente Corral Moscoso, es el hospital con el que se puede contar con estos servicios, existen otros en esta ciudad, sin embargo el Hospital San Sebastián trabaja con el hospital antes mencionado.

El Hospital San Sebastián: es un hospital básico, brinda atención de consulta externa en medicina interna, ginecología y obstetricia, pediatría, cirugía, medicina general y odontología general. Hospitalización para 15 camas, contando también con el área de emergencia.

- **Dispensario del Seguro Social Campesino:** en el sector de Rosas Bajo, en él prestan atención un médico general, un odontólogo general y un auxiliar de enfermería, atienden a la población afiliada del sector.

- **Servicios Privados: 6 consultorios médicos:** Dr. Pablo Illescas, Dr. José Faicán, Dr. Jorge Segovia, Dr. Edgar Zhimnay, Dr. Israel Urgilés, Dr. Marco Palacios, Dr., Dr. Marcelo Córdova.

-**Odontológicos Privados:** Dra. Jhomara Illescas, Dr. Patricio, Romero, Dra. María Auquilla.

2.2.2 Servicios Informales

Estos servicios son utilizados de manera muy frecuente por las familias rurales, están localizados en cada una de las comunidades del Sígsig.

Comadronas: María Dolores Marín del sector de Piblia, María Loja del sector de Curín, Rosa Eudomilia Quilambaqui del sector de Tullupamba, Angelita Sánchez de Portúl, Teresa de Jesús Saetama del sector de Pueblo Viejo, Angelita Sánchez del Sector de Callancay, María Mercedes Loja Llanos de Tunshun, María Mercedes Saquinaula de Sígsig, Dolores Quilambaqui de Sígsig, Etelevina Quezada Llivichuzca de Portal San Ramón, Zoila Chacón del sector “La Gruta”.

Hierbateros: Rosa Claudina Arias del sector de Dacte, Luis Antonio Quilambaqui de Sígsig centro, Dolores Sánchez de Portúl.

Sobadores: Ángel Zhunio Ortega de Portal San Ramón.
Centro Botánico Bio-energético Salud y Nueva Vida.

2.2.3 Indicadores de Salud

Tabla 2.4 Proyección de Unidades Operativas

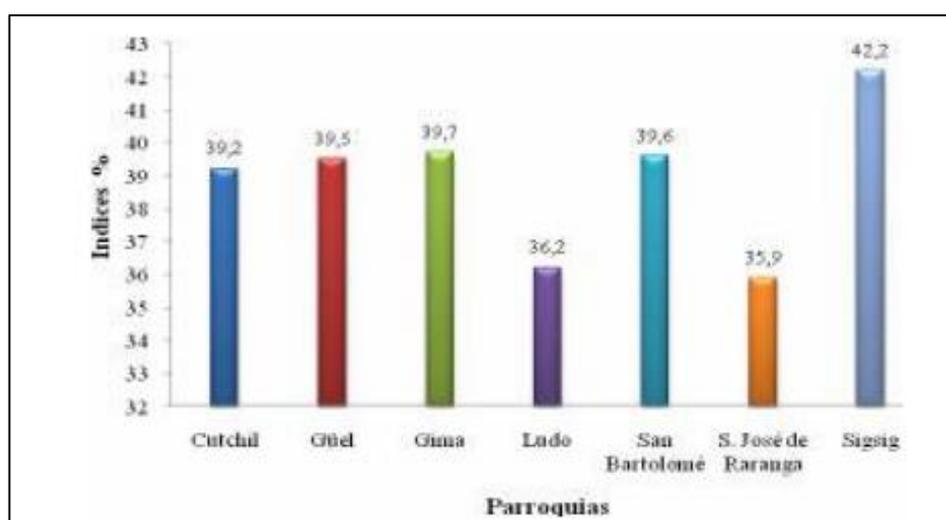
UNIDADES OPERATIVAS PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN	
Unidades Operativas	Población
Hospital San Sebastián	10056
Scs. Cuchil	1.862
Scs. Zhimbrug	1.703
Scs. Güel	1.482
Scs. Ludo	2642
Scs. Sarar	881
San Bartolomé	3.954
San José de Raranga	2.397
Jima	3.773
TOTAL	28.810

Fuente: Ministerio de Salud Pública. Plan Estrategico de Salud Sígsig. Proyección de Población. 2009.

Elaborado: Dra. Graciela Ramón R, Mgs. Jenny Siguencia

Analizando las 7 parroquias que tiene el cantón, la parroquia urbana Sígsig, es la que tiene un mayor índice de desarrollo en salud, debido a que como es la parroquia principal en este se concentran la mayoría de servicios básicos y de salud, mientras que las parroquias de Ludo y San José de Raranga tiene los índices más bajos debido principalmente a su ubicación geográfica.

Gráfico 2.2 Índices de Desarrollo de Salud Por Parroquia



Fuente: Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial del Cantón Sígsig. Agosto 2012. Disponible en www.sigsgob.ec

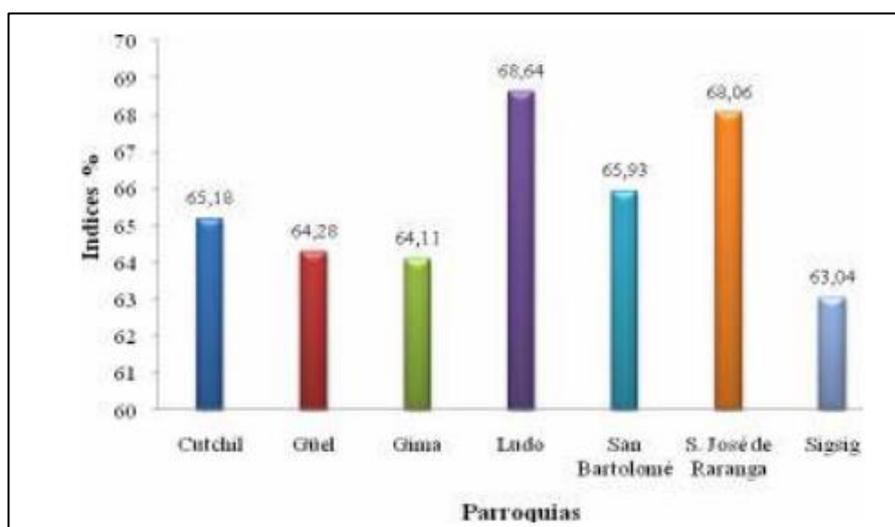
Elaboración: Funcionarios del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Sígsig.

El desarrollo en la salud en este cantón, no tiene mayor impacto debido a que existen causas que afectan al óptimo desarrollo, las cuales son:

- No existe equidad en la dotación de servicios básicos a las viviendas.
- Falta de conocimiento e importancia de la población sobre los factores que podrían deteriorar su salud.
- Dificultad para el sector rural el traslado a los centros de salud, debido a que no se da un constante mantenimiento a las carreteras.
- No se entregan los insumos y equipos médicos suficientes para proveer a las diferentes áreas médicas.
- Falta de oferta oportuna de servicios de salud preventiva.

Las personas cuando acuden a consultas son por las principales causas: parasitismo, enfermedades respiratorias agudas y crónicas, diarreas agudas y pediculosis; mientras que por hospitalización: bronconeumonía, diarrea acompañada de deshidratación grave; accidentes, y enfermedades crónicas como asma y diabetes. La desnutrición crónica en el cantón, afecta al 65% de niños menores de 5 años, que se dan por enfermedades parasitarias e infecciosas, por las malas condiciones higiénicas en los hogares, generando un ambiente inadecuado para su desarrollo.

Gráfico 2.3 Índices de Desnutrición de Salud Por Parroquia



Fuente: Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial del Cantón Sígsig. Agosto 2012. Disponible en www.sigsig.gob.ec

Elaboración: Funcionarios del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Sígsig.

Los programas preventivos establecidos no han tenido la acogida esperada, así tenemos:

- Control prenatal: solo lo han realizado el 33,70% de mujeres embarazadas
- Atención hospitalaria del parto: el 22,00%
- Planificación familiar: el 0,79% de mujeres en edad fértil
- Detección oportuna de cáncer uterino: el 10,00% de la población en riesgo.

Vale recalcar que el Ministerio de Salud, actualmente está en una campaña, para evitar la desnutrición infantil, promoviendo a que las madres den a sus niños leche materna por lo menos hasta el primer año de edad por ser fuente de varios nutrientes que son esenciales para el desarrollo adecuado del bebé.

Únicamente el 35% de los hogares del cantón acceden en forma directa al servicio de agua entubada, cifra muy por debajo de la media nacional y del Azuay como provincia, mientras que la red de alcantarillado no sobrepasa del 20% de cobertura por hogar.

Con respecto al servicio de recolección de basura, éste no sobrepasa del 10% de cobertura.

Debido a todos estos problemas la alcaldesa implemento un plan piloto para proveer de filtros de agua a 120 familias de bajos recursos que pertenecen a las comunidades de Tucto, Zaricasa, La Paz y Primero de Enero, de la parroquia Ludo, el cual se ha logrado gracias al apoyo de Rotary Internacional que junto a la alcaldesa lograron que este proyecto se ejecute mejorando la calidad de vida de estas comunidades.

2.3 El Hospital San Sebastián Del Cantón Sígsig

- **Ubicación:**

Sígsig, Azuay, Ecuador.

- **Dirección:**

Av. Kennedy y Raquel Samaniego, esquina.

- **Teléfono:**

07 – 2266-115

- **Unidades de Salud:**

Hospitalización y Consulta Externa

- **Directora del Distrito de Salud:**

Doctora Sayuris Cabrera

- **Directora del Hospital San Sebastián:**

Doctora Graciela Ramón

- **Atención:**

De lunes a domingo en la unidad de Consulta Externa con una jornada de 8 horas diarias, en la Unidad de Hospitalización (emergencia) se labora las 24 horas todos los días de la semana.

- **Hospital Básico:**

Es una unidad de salud pública que brinda atención ambulatoria, emergencia y hospitalización de corta estancia en: medicina general, gineco-obstetricia, pediatría y cirugía de emergencia; cumple acciones de fomento, protección y recuperación de la salud y odontología; dispone de auxiliares de diagnóstico como laboratorio clínico e imagenología. Es el eje del sistema de referencia y contrarreferencia de los servicios del primer nivel y se ubica en la cabecera cantonal.

2.3.1. Reseña Histórica

En 1948, durante la presidencia del Dr. Camilo Ponce Enríquez se construye el hospital cantonal llevando el nombre de “San Sebastián” en honor del patrono del lugar.

Un 20 de Enero de 1947, los habitantes del cantón se reúnen para decidir el lugar en el cual se construiría tan valiosa institución, asignándola un terreno donado a orillas del río Santa Bárbara.

Esta obra diseñada por el Sr. Samuel Coronel Bustos, con la colaboración de todo el pueblo, comenzó a funcionar en 1949, con capacidad para 12 camas: 10 para clínica de varones y mujeres, y 2 para maternidad, estando al frente de este hospital el siguiente personal:

Director Dr. Guillermo Merchán, administrador Sr. Miguel Illescas, auxiliares de enfermería: Esthela Coronel y Rosa Galán, conserje Sr. Luis Álvarez, lavanderas las Sras. Rosa Castro y Luz Guallo.

Posteriormente por la gran demanda que tenía el hospital ya formado y por el espacio reducido, se decide ampliar sus servicios y en el año de 1980 gracias a la colaboración del Arquitecto Edgar Pesántez, un sigseño que trabaja en el IEOS, se consigue construir el nuevo hospital, admitiéndose más personal para cubrir las áreas de consulta externa, emergencia y hospitalización.

2.3.2. Marco Institucional

2.3.2.1 Visión

El Hospital San Sebastián del Sígsig en 5 años asegurará el acceso universal y solidario a servicios de salud con atención integral de calidad, utilizando tecnología médica de acuerdo a su nivel de resolución y con personal altamente motivado, para todas las personas, familias y comunidades, especialmente a las de condiciones más vulnerables, para garantizar una población y ambientes saludables, consolidando su rectoría en el sector local de salud e impulsando la participación de la comunidad y del personal de salud en la formulación y aplicación desconcentrada y descentralizada de las políticas sanitarias.

2.3.2.2 Misión

Garantiza el derecho a la salud, su promoción y protección incorporando prácticas de medicina tradicional y alternativas, involucrando a todos los sectores y actores responsables en los ámbitos local, cantonal y provincial mediante la organización y funcionamiento del Consejo cantonal de Salud y Consejo Provincial de Salud, de manera desconcentrada, descentralizada y participativa, cumpliendo con los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia.

2.3.3 Descripción De La Planta Física Del Hospital

El hospital se encuentra ubicado al sur del Cantón en la zona urbana, su estructura física se encuentra en buenas condiciones. Cuenta con una planta de aproximadamente 3500 metros de construcción, distribuida en 3 naves interiores: la primera consta de consultorios y el área administrativa, departamento de inmunizaciones, odontología, laboratorio y bodega del área, la segunda de hospitalización, dietética y ropería, y la tercera de quirófanos, central de esterilización y sala de partos. 3 naves exteriores: el salón auditorium, oficina de gestión de enfermería, oficina de EBAS y residencia médica, talleres de mantenimiento y la morgue.

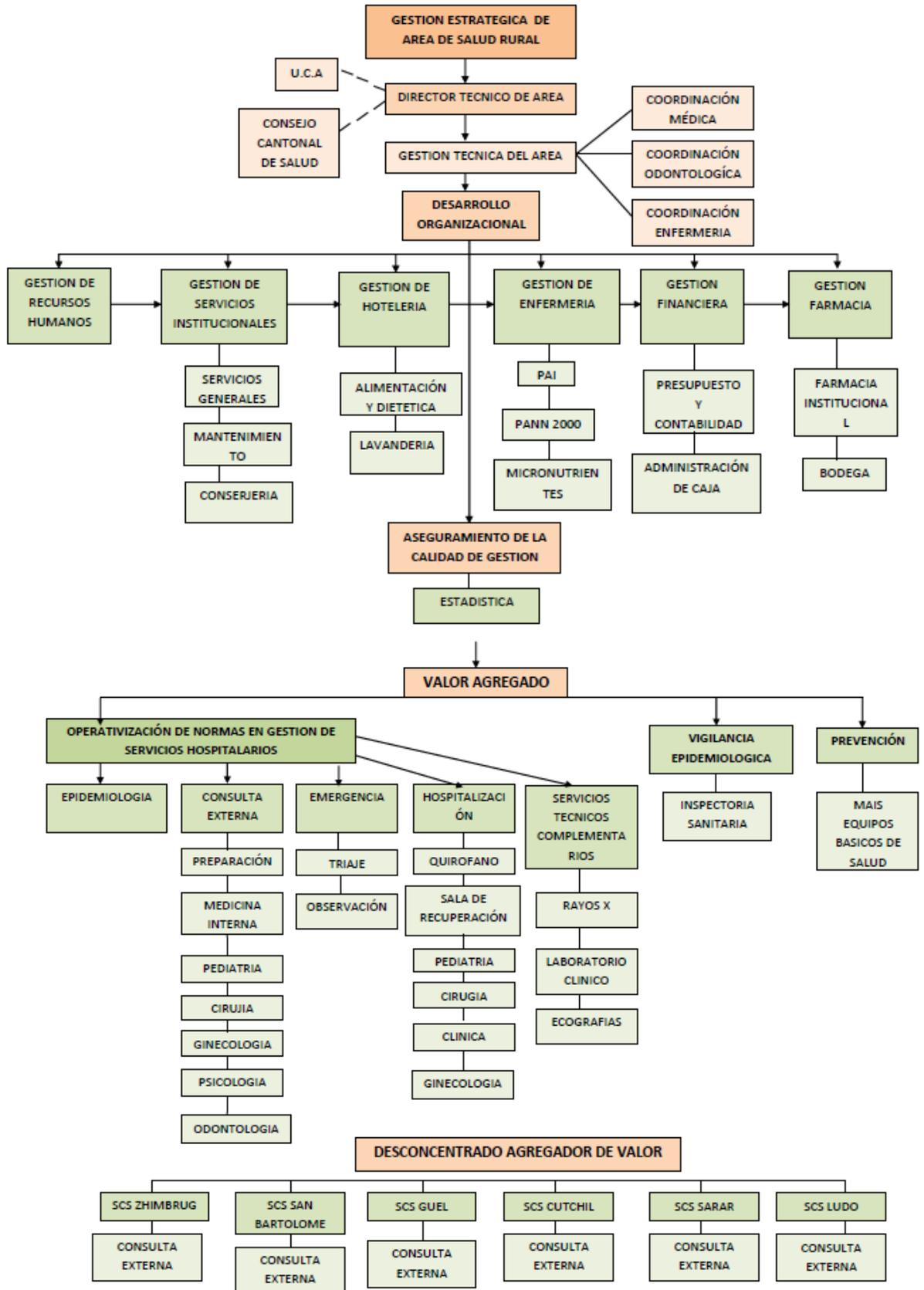
El hospital cuenta con una central de comunicación donde se distribuye el ingreso de las líneas sistema y búsqueda por alta voces.

En cuanto a la infraestructura se observan los siguientes problemas funcionales:

- Número insuficiente de consultorios, algunos de los cuales poseen un área física insuficiente.
- No existe un área de observación de pacientes. Los pacientes que requieren observación son ingresados a la internación.
- El área del quirófano no cuenta con vestidores apropiados para el personal.
- No existe sala adecuada para triaje de pacientes con influenza H1N1.
- No existe un adecuado cuidado de los espacios verdes.
- La fachada de la institución esta descuidada ante la vista de las personas no refleja un buen panorama.
- No existe una sala adecuada para reunión del personal.

2.3.4 Organigrama Institucional

Mapa 2.5 Organigrama Institucional



Fuente y Elaboración: Departamento de Recursos Humanos. Abogada Lourdes Sarmiento.

En el hospital encontramos dos departamentos: Consulta Externa y Hospitalización. Construido de ladrillo con techo de eternit, piso de vinil, con veredas a su alrededor, tiene cerramiento externo y espacios verdes con plantas y árboles frutales. Y un jardín de plantas medicinales.

2.3.4.1 Área Administrativa

Esta área se compone de Dirección del Hospital, Secretaria, departamento financiero: administración, contabilidad, recaudación y pagaduría, Departamento de Recursos Humanos, Estadística, Unidad de Conducción del Área, Inspectoría de Salud.

2.3.4.2 Consulta Externa

Cinco consultorios: Pediatría, Odontología General, Cirugía, Clínica y Gineco-Obstetricia, Laboratorio, Rayos X, Farmacia, Preparación y Curaciones, dos baños para uso de las personas que acuden a consulta, manteniendo atención oportuna a la comunidad disponibles 8 horas por día de domingo a viernes.

2.3.4.3 Emergencia

Posee un consultorio de emergencia, disponibles todo el tiempo, las 24 horas atendidas por los residentes de turno. Cuenta con dos camillas, carro de curaciones con todo su equipo, un escritorio, una mesa, una silla, un taburete, una lámpara, un tanque de oxígeno, una vitrina con suturas y medicamentos, basureros para material de desecho y un baño.

Se labora las 24 horas del día, los 365 días del año. Está a cargo de 2 médicos residentes por turno y un interno rotativo. Se atienden alrededor de 15 emergencias al día.

2.3.4.4 Hospitalización

Con 15 camas disponibles. A cargo de 6 médicos residentes, 2 por contrato, 1 por concurso y 3 médicos rurales, que realizan turnos de 28 horas, cada 3 días.

Además trabajan 11 auxiliares que están bajo el código de contrato colectivo. El cuadro de rotación se hace con 10 auxiliares, y una de vacaciones, con 2 turnos de 6 horas y media y un nocturno de 11 horas.

El servicio de internación se encuentra ubicado en la parte posterior del hospital, cuenta con: Cada sala posee iluminación natural y artificial, ventilación adecuada y poseen 1 baño en cada una.

- Una sala de pediatría con cinco camas, veladores, basureros, gradillas, lavabo.
- Una sala para clínica de mujeres con 4 camas.
- Una sala para clínica de hombres con 3 camas.
- Sala para ginecología con 4 camas.
- Sala para cirugía con 2 camas.
- Sala de aislamiento con 2 camas.

Hay dos salas que se utilizan en caso de haber exceso de pacientes.

2.3.4.5 Servicios Básicos

Tiene todos los servicios básicos: agua potable, luz eléctrica, teléfono, alcantarillado y recolector de basura los días martes, jueves y sábados.

Horario De Trabajo De Personal: La atención se brinda de domingo a viernes en doble jornada de 07H30-12H30 y de 13H30 a 16H30, los días domingos se labora en una sola jornada de 8H00 a 14H00, y emergencias las 24 horas.

2.3.4.6 Área De Curaciones

Posee: un escritorio, dos camillas, un taburete, una balanza con tallímetro para adultos, una balanza para niños, un esterilizador pequeño, un carro de curaciones, un tensiómetro, un estetoscopio, equipo de curaciones y espéculos. Este departamento proporciona material para los consultorios a excepción de odontología.

2.3.4.7 Quirófanos

Dispone de 2 quirófanos, uno para cirugías mayores que ameriten anestesia general o conductiva y otro para cirugías menores que empleen anestesia local o conductiva. Se cuenta con equipo laparoscópico moderno para cirugías de vía biliar, ginecológicas, etc.

Además una sala de partos y de atención al recién nacido. En cada quirófano existe: mesa de operaciones, una mesa mayo, mesa para material, un carro de curaciones, dos baldes de acero inoxidable, un porta lavacaros, un reloj de pared, equipo de anestesia general, un tanque de oxígeno, succionador, tensiómetro, estetoscopio, una mesa rectangular mediana, dos taburetes de acero inoxidable, laringoscopio con cuatro aditamentos, lámparas cielíticas y una móvil.

2.3.4.8 Central De Esterilización

El hospital cuenta con un servicio de esterilización de material que se ubica de manera colindante con quirófano. En este sector se prepara el material para la atención de los pacientes, además de la ropa e instrumental quirúrgico, el método de utilización para la esterilización es mediante el calor seco con estufa.

El entorno físico donde se realiza la actividad es adecuado y posee una zona limpia para transferencia del material a utilizarse.

Suministros

Existen dos esterilizadores, un tanque para destilar el agua, dos estantes para preparar el material, una vitrina con equipos y un lavabo.

Equipos

Existe un equipo de DIU, de autopsia, de drenar abscesos, 2 de parto y episiotomía, de sutura, de exámenes ginecológicos, uno de otorrino, de histerectomía, de anestesia raquídea, peridural, de cirugía menor y ligadura, de curetaje, examen ginecológico de cirugía mayor, pinzas hemostáticas y ciáticas.

2.3.4.9 Sala De Partos

Dos mesas para partos, una camilla para atención del recién nacido, un equipo de reanimación de recién nacidos, un carro de curaciones, dos lámparas móviles, una balanza pequeña un taburete y un baño.

2.3.4.10 Odontología

Cuenta con un sillón odontológico, un escritorio, una mesa, dos muebles para material de instrumental, un esterilizador, dos sillas, dos taburetes, material para restauraciones, exodoncias, alveolitis, e instrumental equipo de rayos X, lámpara de foto curado y un estante.

2.3.4.11 Sala De Neonatología

Tres termos cunas, una lámpara de fototerapia y un estante e instrumental.

2.3.4.12 Laboratorio Clínico

Para hematología, coagulación y serología, química, uro análisis y coprología. Las prestaciones de laboratorio se podrían encuadrar como básicas.

Se encuentra ubicado en la parte lateral del hospital, en un área amplia e independiente que permite prestar la atención a pacientes internados y ambulatorios, la actividad está a cargo de una tecnóloga médica y Dra. Bioquímica con partida de tecnóloga médica. Las determinaciones del año 2009 fueron de 45.690 exámenes.

2.3.4.13 Imagenología

Dispone de un equipo de rayos X, situado en la parte delantera del hospital, lateral a Inspectoría. En el 2009 se realizaron 594 radiografías. Además servicio de ecografía, situado entre los consultorios de consulta externa, en el 2009 no contamos con imagenólogos. Las ecografías las realizan los gineco-obstetras. Se realizaron 583.

Capilla: Ubicada en el interior del hospital.

Morgue: Ubicada en el exterior de la nave de mantenimiento, cuenta con especificaciones básicas para su funcionamiento.

2.3.5 Cuerpo Médico

Está compuesto por profesionales y especialistas en medicina que laboran en las dos unidades del Hospital brindando atención en la salud en las salas generales, y emergencia.

Jefes de Sala: Es el médico que hace jefaturas de salas, es el responsable de todos los pacientes asignados a su sala, por los tratamientos realizados por otros médicos que trabajan en la sala y la evolución de los mismos de la cual es el responsable directo.

Médicos tratantes: Médico especialista en el área de Pediatría, es responsable de la valoración clínica pediátrica, es el que efectúa las interconsultas de los pacientes que son solicitados por los otros médicos de las diferentes salas, y de especialidades.

Médicos Residentes post gradistas: son aquellos médicos que trabajan con un contrato de beca durante 3 años, como parte de su preparación como especialistas.

Médicos Residentes Pensionados: son aquellos seleccionados por la Dirección Técnica para trabajar en turnos rotativos de 24 horas, quienes laboran bajo el contrato de la Institución, sujetándose a las normas, oposiciones y reglamentos del hospital.

2.3.6 Índice de Morbilidad

Al analizar las principales causas de morbilidad, en el Hospital San Sebastián, los pacientes presentaron síntomas que al ser diagnosticados fueron clasificados de la siguiente manera:

Tabla 2.5 Diez Principales Causas de Morbilidad en el Cantón Sígsig

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD		
CODIGO	ENFERMEDAD	NUMERO DE PACIENTES INFECTADOS
A06,0	Amebiasis	662
J03	Amigdalitis aguda	451
A09	Diarrea y gastroenteritis	341
I10	Hipertensión esencial	255
J18	Neumonía organismo no especificado	185
J20	Bronquitis aguda	183
K29	Gastritis y duodenitis	172
J30	Rinitis alérgica y vasomotora	151
M54	Dorsalgia	139
D50	Anemias por deficiencia de Hierro	114

Fuente: Departamento de Estadística del Hospital San Sebastián. Causas de Morbilidad Registradas. Sígsig. 2012

Elaboración: Las Autoras

Al analizar el cuadro nos damos cuenta que la principal causa de morbilidad es la amebiasis que según el CIE esta está dentro de la clasificación de (Ciertas enfermedades Infecciosas y Parasitarias), es decir la principal causa de enfermedad se da por parásitos que afecta a la comunidad ya que por la falta de higiene, o por consumo de algún alimento contaminado se transmite al organismo por no tomar las debidas precauciones, luego encontramos que la segunda causa es la amigdalitis que se da por el clima que afecta a la población que vive en lugares mucho más fríos ya que por ello puede causar la inflamación de estas glándulas y no tienen cuidado al salir de sus casas, la tercera causa se da por diarrea y gastroenteritis que es causada por parásitos que causan daño a la salud, la cuarta causa es la Hipertensión esencial, que es la elevación de la tensión arterial y no se sabe cuál es la causa, la Neumonía organismo no especificado es la quinta causa de morbilidad la cual afecta principalmente años y ancianos se da por causa de virus o bacterias que afectan a los pulmones, la sexta causa se da por Bronquitis aguda, que es la inflamación de los bronquios, causada por virus, la Gastritis y Duodenitis es la séptima causa que se da por la inflamación y la irritación del estómago y duodeno, por malos hábitos alimenticios, la octava causa es la rinitis alérgica y vasomotora, cuyos síntomas son

los constantes estornudos y secreción nasal el cual puede ser causado por alguna alergia en el caso de la rinitis alérgica, y mientras que la duodenitis no es de tipo alérgica, sin embargo presentan similares síntomas, la novena causa es la dorsalgia que se presenta en la región dorsal de la columna vertebral que es causada por la mala posición de la columna, debido a que como las personas en su mayoría se dedican a la agricultura ya que es uno de los principales ingresos de la comunidad y la posición hace que la mayoría de personas sufran de este problema. Y por último la Anemia por deficiencia de hierro que puede ser causada por mala alimentación, pérdida de sangre, o por la incapacidad de absorber suficiente hierro de alimentos.

2.3.7 Procesos Técnicos De La Institución

Las Gestiones del Hospital están a cargo de la UCA (Unidad de Conducción de Área) como máxima autoridad de la Institución; también la gestión El Director quién tiene la autoridad pero en ocasiones esta función es delegada a los profesionales dependiendo el área de actividad, con instituciones como el Gobierno Local, Cuerpo de Bomberos, Escuelas, Colegios, Jefe Político, Asociación de Toquilleras, etc.

En el hospital también existe apoyo para están conformados por comités de apoyo técnico administrativo los que están conformados por equipos de profesionales.

Dentro del marco legal de funcionamiento para la Unidad operativa tenemos como referencia primaria la Constitución Política del Ecuador del 2008, en los artículos 32 que dice:

“La salud es un derecho que garantiza el estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir”.¹⁷

Después tenemos el marco legal de la Ley Orgánica de Salud en sus distintos capítulos y artículos. También tenemos normas impartidas propiamente para el funcionamiento de áreas de salud a través de los Decretos Ejecutivos: N° 3292 del 29 de abril de 1992, publicado en el R.O N° 932 del 11 de mayo de 1992.

¹⁷ Constitución de la Republica del Ecuador. Art. Cit. N° 32.

Sobre sistema locales de salud mediante modalidad de Áreas de Salud. Acuerdo Ministerial 140 del 19 de julio de 1993 publicado en el R.O 225 del 12 de agosto de 1993, aprobándose el Manual de organización y funciones de Áreas de Salud. Acuerdo Ministerial 02 de septiembre de 1999 publicado en R.O. N° 284 del 24 de septiembre de 1999. Capacidad resolutive de Áreas de Salud.

El Hospital San Sebastián del Sígsig ha mantenido a través del tiempo una relación aceptable con la comunidad, manifestada por la gran afluencia de usuarios y usuarias que acuden a esta casa de salud, además por el nivel de convocatoria que tiene la institución en las ocasiones en que ha convocado a los distintos actores comunitarios como: promotores de salud, parteras comunitarias, autoridades locales y otros grupos como Vicariato de Sígsig, profesores y otros.

En cuanto al sistema de información está establecido un pool de documentos con sus respectivas normas de llenado, notificación y procesamiento referentes a la producción diaria del nivel operativo.

Posteriormente la información se consolida y se envía a los niveles superiores.

2.3.8 Planificación De La Gestión

La gestión de la Institución se realiza a través de un Plan Estratégico, Plan Operativo Anual, elaborados por el Equipo Técnico Institucional conformado por Director del Área, Coordinador Médico, Coordinadora de Enfermería, Coordinadora de Odontología, Coordinadora del MAIS-FCI.

Los planes de trabajo se elaboran cada año, dando cumplimiento y con el monitoreo correspondiente por parte del equipo técnico del Área.

2.3.9 Sistemas De Información Y Producción De Servicios

El sistema de información que maneja el departamento de estadística del Hospital de Sígsig se encuentra al momento computarizado, no cuenta con un sistema de redes informáticas institucionales al alcance de todos los profesionales. Asimismo, las

unidades operativas entregan la información mensual en formularios escritos a mano lo que retarda en ocasiones la recopilación de la información y la coincidencia que debería existir entre la información registrada por estadística y la que existe en las unidades operativas.

La información es registrada en los siguientes formularios:

- ✓ Informes de Notificación Obligatoria (SIVE ALERTA, SIDA, PCT, MUERTE MATERNA, MATERNIDAD GRATUITA, EPIDEMIÓLOGOS, SIS-PROD).
- ✓ Informe mensual de egresos hospitalarios con diagnósticos analizados y depurados de acuerdo a la CIE-10 remitido al INEC.
- ✓ Informe de las 10 primeras causas de morbilidad, mortalidad, intervenciones quirúrgicas por especialidad.
- ✓ Informes consolidados de productividad institucional.
- ✓ Consolidado mensual de atenciones y actividades ambulatorias (consulta externa).
- ✓ Consolidado mensual de estomatología.
- ✓ Consolidado mensual del sistema de vigilancia alimenticia nutricional.
- ✓ Consolidado mensual de micronutrientes.
- ✓ Consolidado mensual de Maternidad Gratuita.
- ✓ Informe mensual de enfermedades de vigilancia epidemiológica EPI-2.
- ✓ Informe mensual de las principales causas de morbilidad.
- ✓ Consolidado mensual por unidad operativa del programa ampliado de inmunizaciones.
- ✓ Informe mensual gineco-obstétrico.
- ✓ Informe mensual de esterilizaciones quirúrgicas
- ✓ Informe mensual por unidad operativa del programa de Salud Escolar.
- ✓ Informe trimestral del consolidado del programa de tuberculosis.
- ✓ Informe semestral del SIVE ALERTA.
- ✓ Informe anuales de productividad.
- ✓ Informes anuales de atenciones en consulta externa, egresos hospitalarios e intervenciones quirúrgicas.
- ✓ Informes anuales de vacunación humana y canina.
- ✓ Informe mensual MAIS-FCI (EBAS).

CAPITULO III

CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

CAPITULO III

CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

3.2. Definición Y Dimensiones De La Calidad

La calidad se ha convertido en el agente más poderoso de cambio en la época actual y ha logrado imponerse de manera importante como exigencia clave para las compañías.

Los diferentes estudios de la calidad apuntan el rendimiento confiable y consistente de productos o servicios que son vistos por el cliente, por lo tanto la calidad está determinada por el cliente, quien la evidencia en sus experiencias reales con un determinado producto o por medio de un servicio recibido.

La clave es un trabajo arduo y orientado al cliente, los procesos y la colaboración de sus trabajadores.

Para poder dar una definición sobre calidad en los servicios, vamos a analizar individualmente las definiciones de calidad y de servicio y adicionalmente la calidad de los servicios de salud para que de esta manera se pueda conocer y entender más sobre los servicios de salud y lo importante que hoy en día es la calidad para el sector de la salud.

3.1.1. Definiciones de Calidad

Varios expertos han dado su definición de calidad desde su perspectiva, se ha recogido los más significativos, entre ellos tenemos:

- J.M., Jurán: “La idoneidad para el uso”.
- A. Feigenbaum: “El conjunto de las características del producto (bien o servicio) de marketing, ingeniería, fabricación y mantenimiento a través del cual el producto satisface las expectativas del cliente”
- B. Crosby: “Cumplimiento de unas especificaciones o la conformidad de unos requisitos”.

- W.E. Deming: “Un grado predecible de uniformidad y habilidad a bajo costo y adecuado a las necesidades del mercado”¹⁸

Definición:

La calidad es aquel que reúne un conjunto de propiedades y características de un producto o servicio con los que se puede satisfacer necesidades, gustos y preferencias, para lograr cumplir con las expectativas del consumidor.

3.1.2. Tipos de Calidad

- **“Calidad que se espera:** se da cuando existen propiedades y características que los consumidores dan por sentado que encontrarán en los productos o servicios. Cuando encuentran estas propiedades y características, los consumidores quedan satisfechos, pero cuando no las encuentran, quedan muy insatisfechos.
- **Calidad que satisface:** se da cuando existen propiedades y características que los consumidores solicitan específicamente. Cuando están presentes estas propiedades y características, los consumidores quedan satisfechos, pero cuando no está presentes, quedan insatisfechos. La calidad que satisface cumple con las expectativas del consumidor, pero sin llegar a superarlas.
- **Calidad que deleita:** se da cuando existen propiedades y características que los consumidores no solicitan porque no saben que puedan existir, pero que cuando están presentes y agradan, los consumidores quedan muy satisfechos; sin embargo, si no las encuentran, no quedan insatisfechos. La calidad que deleita supera las expectativas del consumidor”¹⁹.

¹⁸ LÓPEZ R., Susana. “*Sistemas de Calidad: Implantación de Diferentes Sistemas en la Organización*”. Primera Edición, Ediciones de la U. Bogotá, Colombia 2011. pag. 2.

¹⁹ <http://www.crecenegocios.com/concepto-de-calidad/>, 15 de Marzo de 2013

Lo mejor para el cliente o usuario es recibir un producto o servicio que lo deleite ya que además de satisfacer sus necesidades y deseos también está otro factor que lo hace escoger ese producto o servicio y lo hace sentir importante, porque sabe que a la empresa le interesa su satisfacción e inclusive superando lo que el usuario esperaba recibir, sin embargo no todas las empresas saben de la importancia de mejorar la calidad y superar expectativas, ya que brindan lo necesario o inclusive lo básico y no les interesa mejorar siendo un producto o servicio mediocre que en el transcurso del tiempo puede desaparecer.

3.1.3 Calidad Total

Es también conocido como gestión de la calidad, se dice calidad total ya que abarca a todos los miembros de una organización que buscan de forma continua la mejora, pero no solo del producto o servicio sino de todos los aspectos de la empresa, es decir tener una adecuada infraestructura, equipos que sean apropiados para la atención al cliente, etc., es decir brindar lo mejor y no tener problemas para hacerlo.

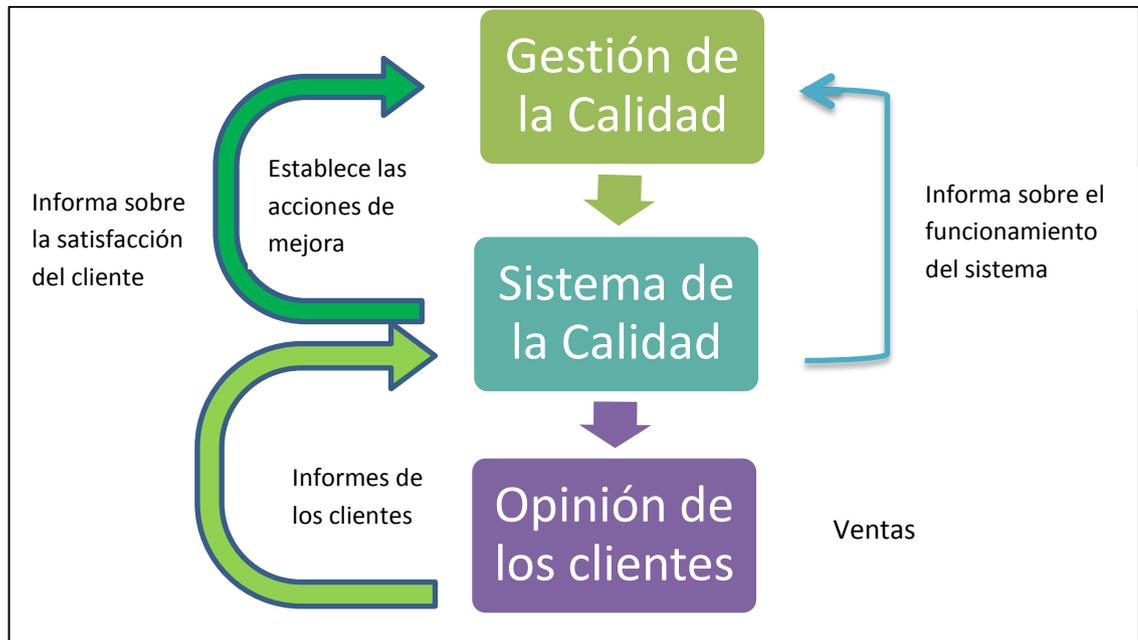
3.1.4 Gestión de Calidad

La gestión de calidad constituye el mejoramiento de todos los sistemas, los procesos, los productos, para el logro de la satisfacción del cliente para lograr el beneficio de las partes interesadas, en tanto que el aseguramiento de la calidad se basa en cumplir en forma consistente los requisitos establecidos por los clientes.²⁰

La gestión de calidad es aquella filosofía que indica que la empresa debe estar pendiente a los cambios que los clientes pueden tener para que de acuerdo a esto se den mejoras continuas en los procesos de la empresa, ello quiere decir que el personal también puede tomar decisiones, lo cual conlleva a que la empresa aumente su eficiencia en sus productos y servicios.

²⁰ RIVEROS SILVA Pablo Emilio, *"Sistema De Gestión De La Calidad Del Servicio"*, Tercera Edición Actualizada, Ecoe Ediciones Bogotá 2007, p. 205.

Mapa 3.1 Funcionamiento del Sistema de Calidad como Instrumento de Gestión:



Fuente: LÓPEZ R., Susana. *“Sistemas de Calidad: Implantación de Diferentes Sistemas en la Organización”*. Primera Edición, Ediciones de la U. Bogotá, Colombia 2011.

Elaboración: Las autoras.

Los principios básicos que definen la gestión de calidad son:

- Se tiene que conocer y cumplir con las necesidades las cuales pueden ser tanto internas como externas, de nuestro cliente.
- Examinar cuales son los mejores procesos para lograr una mejora continua.
- Para mejorar se tiene que formar equipos con el personal que son quienes saben y conocen el proceso y especialmente a los clientes, ya que los clientes son los que se benefician de los servicios y productos.
- Fomentar un ambiente adecuado hacia los demás mejorando la relación entre el personal y reconociendo los valores de cada uno.

3.1.5 Dimensiones de la Calidad

1. **“Confiabilidad:** Consiste en respetar lo prometido al cliente así como los niveles de exactitud requeridos, otorgando el producto o servicio de acuerdo con lo previsto y estipulado. Se obtiene al cumplir al cliente con lo que el producto o servicio ofrece.
2. **Comprensión:** Implica la realización de esfuerzos serios para proveer atención esmerada e individual.
3. **Capacidad de respuesta:** Es la voluntad o disponibilidad para brindar servicio en el tiempo asignado, procesando operaciones rápidamente y respondiendo rápidamente a las demandas.
4. **Competencia:** Consiste en poseer las habilidades y conocimientos requeridos para desempeñar el servicio, como destrezas del personal que atiende a los clientes, conocimientos y habilidades del personal de soporte y, por supuesto, capacidad de los directivos.
5. **Accesibilidad:** Se refiere a la facilidad de contacto y acercamiento, a no hacer esperar a los usuarios. Se logra con una atención expedita al cliente, una ubicación conveniente y el establecimiento de horas adecuadas de atención.
6. **Credibilidad:** Desempeñarse con veracidad y honestidad, con objeto de lograr la satisfacción de las necesidades de los clientes. Comprende el producto o servicio, la reputación de la empresa y las características del producto. El cliente debe poseer la seguridad de que su elección realmente fue correcta.
7. **Cortesía:** Se refiere a la amabilidad con que se trata a los clientes, lo que infunde confianza. La cortesía sin eficiencia o la eficiencia sin cortesía no tienen el impacto positivo que puede tener la combinación de estas características.
8. **Tangibilidad:** Evidencia de los beneficios que obtuvo el cliente al comprar el producto o servicio.
9. **Empatía:** La empatía va más allá de la cortesía: consiste en ponerse en el lugar del cliente para satisfacer sus expectativas. Es un compromiso con el cliente, es el deseo de comprender sus necesidades

y encontrar la respuesta más adecuada. La empatía implica un servicio esmerado e individualizado.

10. **Responsabilidad:** Servir al cliente pronto y eficazmente. Cuando los clientes no pueden comunicarse con la empresa debido a la burocracia, o cuando sus necesidades no son atendidas, perciben escasa responsabilidad”.²¹

Es importante poner en práctica estas dimensiones, sin embargo no se ha podido ver que se apliquen todos estos debido a la falta de importancia que tienen tanto autoridades como empleados, se debe buscar la manera para que se mejore y logre tener mayor acogida para todos los miembros de la empresa, ya que es responsabilidad de todos mejorar e innovar los servicios que se otorga al consumidor.

3.2 Definición de Servicio

La palabra servicio define la actividad y consecuencia de servir, para una empresa el servicio es importante ya que trata sobre el conjunto de tareas que realiza una empresa para satisfacer las exigencias del cliente, en los últimos años el servicio se ha convertido en un importante factor tanto para las empresas como para los clientes debido a que las personas buscan un buen servicio que logre cubrir sus expectativas, y por consiguiente generando mayor rentabilidad para las empresas.

3.2.1 Definiciones de Servicio

- Philip Kotler: “Es un intangible cuyo valor agregado solo se conoce cuando se observa. La naturaleza de este valor está en la calidad del contacto personal llamado momento de la verdad”.
- Nelson Fernández Lopera: “El servicio al cliente es como una cadena con muchos eslabones, donde todos tienen que estar en perfecto estado para que el resultado sea un servicio de calidad”.
- Ingrid Theran Barrios: “El servicio al cliente esta determinado por la filosofía, las actitudes y los comportamientos de los empleados de la compañía”.²²

²¹<http://miguelfernandezp.blogspot.com/2011/11/las-10-dimensiones-de-la-calidad-en-el.html>, 15 de Marzo 2013

²² PRIETO HERRERA, Jorge Eliécer. “*Gerencia del Servicio: La Clave Para Ganar Todos*”. Segunda Edición, Eco. Ediciones. Colombia-Bogotá D.C., agosto de 2010. p, 25.

Definición:

El servicio es aquella actividad que realizan los miembros de una empresa, para satisfacer los requerimientos del consumidor y cubrir sus expectativas.

El servicio y el producto tienen diferencias que son notables a simple vista es decir que existen características que el servicio puede tener, las cuales se detalla a continuación.

3.2.2 Cualidades del Servicio

C A L I D A D	OPORTUNIDAD: El servicio se debe ejecutar dentro del plazo exigido por el cliente.
	COFIABILIDAD: Los servicios deben ser exactos, precisos, seguros y veraces.
	AMABILIDAD: El servicio debe ser amable, agradable, gentil y humano.
	AGILIDAD: Los servicios deben ser rápidos, pronto, sencillos y oportunos.

C U A L I D A D E S	TANGIBILIDAD: El servicio, al ser tangible, puede ser percibido por los sentidos en su beneficio básico; antes del consumo o de su uso, el servicio mantiene la expectativa en el usuario.
	INSEPARABILIDAD: Implica que el servicio depende directamente de la fuente (persona, máquina, equipo, etc.) que lo presta. La producción y el consumo son simultáneos, son del momento.
	VARIABILIDAD: El servicio puede variar dependiendo de quién lo presta y cuando lo hace. Por eso es importante la actitud del funcionario hacia la satisfacción del usuario.
	PERMANENCIA: el servicio no puede ser almacenado. Si no hay demanda se pierde la oportunidad de prestar el servicio. Su oportunidad de prestarlo se pierde en el momento que no se actúa; esta es una diferencia notoria con el producto. ²³

²³ Adaptado de PRIETO HERRERA, Jorge Eliécer. "Gerencia del Servicio: La Clave Para Ganar Todos". Segunda Edición, Eco. Ediciones. Colombia-Bogotá D.C., agosto de 2010. p, 28, 29.

3.2.3. Calidad en el Servicio

Las empresas tienen en cuenta que es importante brindar un servicio de calidad, debido a que existe mucha competitividad es por ello que se deben diferenciar entre ellas, para que los clientes sepan escoger a su empresa sobre las demás.

La calidad en el servicio empieza desde el interior de la empresa, con las actitudes del personal, quienes son los que deben estar convencidos de que prestar un servicio es ayudar a un cliente a solucionar un problema o a satisfacer una necesidad; para que por medio de ello la empresa logre una mejor relación con los clientes y lograr uno de los objetivos que es tener mayores ingresos por medio de la fidelidad de sus clientes.

3.3 Calidad De Atención

3.3.1. Definición de Atención

“La atención es la capacidad que tiene alguien para entender las cosas o un objetivo, tenerlo en cuenta o en consideración.”²⁴

3.3.2 Atención al cliente

Es el conjunto de actividades que se da entre la empresa y el cliente, se orienta todos los sentidos hacia él, para que de esta manera se pueda identificar las necesidades y deseos de los usuarios y lograr satisfacerlos y cubrir sus expectativas.

3.3.2.1 Quien es el cliente

Una persona que busca determinado producto o servicio para responder ante la presencia de su necesidad, quien valora las alternativas, requisitos y condiciones que busca para satisfacerse en su adquisición.

²⁴<http://www.monografias.com/trabajos35/atencion/atencion.shtml>, 20 de Marzo de 2013

Las tendencias de los clientes es buscar una recompensa en lo que adquirió, parten de ciertos motivos o razonamientos lógicos para realizar la compra. Por lo tanto el cliente es la parte fundamental de la estructura y razón de ser de la empresa.

Los clientes tienen actitudes ante el servicio como son: rechazo (negación de beneficios), indiferencia (no les interesa el cambio), incredulidad (cuestionamiento de resultados), temor (a las consecuencias) y aceptación (reconocimientos de beneficios).²⁵

3.3.3 Características De La Atención Al Cliente

- **“Flexibilidad y mejora continua.** Las empresas han de estar preparadas para adaptarse a posibles cambios en su sector y a las necesidades crecientes de los clientes. Para ello, el personal que está en contacto directo con el cliente ha de tener la formación y capacitación adecuadas para tomar decisiones y satisfacer las necesidades de los clientes incluso en los casos más inverosímiles.
- **Orientación al trabajo y al cliente.** Los trabajos que implican atención directa al cliente integran dos componentes: el técnico propio del trabajo desempeñado y el humano, derivado del trato directo con personas.
- Plantearse como meta de la atención al cliente la fidelización”²⁶.

Las características de atención al cliente nos muestran como la atención es un componente importante para llegar a dar un buen servicio al cliente, teniendo en cuenta que la atención es estar siempre pendiente de cualquier cosa que pueda pasar y no tener ningún problema para poder resolver algún inconveniente, por ello es el servidor quien se debe sentirse comprometido en entregar lo mejor para que como consecuencia se llegue a la fidelización, que no es otra cosa más que el cliente prefiera a esa empresa sobre las demás.

²⁵ PRIETO HERRERA, Jorge Eliécer. “*Gerencia del Servicio: La Clave Para Ganar Todos*”. Segunda Edición, Eco. Ediciones. Colombia-Bogotá D.C., agosto de 2010. p, 66.

²⁶<http://www.monografias.com/trabajos35/atencion/atencion.shtml>, 20 de Marzo de 2013

Considerando que la satisfacción del consumidor es el objetivo final de cualquier empresa, es necesario conocer las características que ésta presenta:

- “Es subjetiva. Al cliente le mueven las razones y las emociones al mismo tiempo, por lo que la atención al cliente ha de ser cerebral y emocional.
- Es una variable compleja difícilmente medible dada su subjetividad.
- No es fácilmente modificable. Para conseguir un cambio de actitud en un cliente son necesarias sucesivas experiencias que el cliente perciba como exitosas.
- El cliente no necesariamente se siente satisfecho por una buena relación calidad/precio.
- La dirección debe segmentar a los clientes para poder lograr la satisfacción de los mismos. No todos los clientes son iguales, ya que cada uno llega al mercado motivado por unas necesidades diferentes, por lo que hemos de ofertar a cada grupo homogéneo de clientes lo que desea y necesita.
- La satisfacción de un cliente no está exclusivamente determinada por factores humanos. Es un error pensar que la gestión de la atención al cliente debe centrarse de forma exclusiva en el componente humano de la venta, ya que toda venta personal está integrada en un contexto comercial cuyos componentes físicos deben ayudar a ofrecer un mayor y mejor servicio al cliente”²⁷.

Como consecuencia de una buena atención se genera la satisfacción del cliente, cuyas características son importantes conocerlas para un mejor manejo de sus necesidades, llegar a la satisfacción es lograr que el cliente se sienta bien pagado a cambio de su dinero o tiempo que invirtió a cambio de un producto o servicio.

²⁷<http://www.monografias.com/trabajos35/atencion/atencion.shtml>, 20 de Marzo de 2013

3.3.4 Calidad de Atención

La calidad de atención es darla mejor atención al cliente, que no solamente sean palabras sino brindar atención de primera, la imagen de la empresa depende del personal que ofrecen el producto o servicio ya que están cara a cara con el cliente, quienes deben ofrecer un servicio eficaz y eficiente para que el cliente se sienta plenamente satisfecho con la atención que se le está dando, haciéndole sentir importante para la empresa.

Calidad de atención no es solamente escuchar al cliente sino inmediatamente solucionar o satisfacer sus necesidades, para que sienta o tenga la percepción de que está recibiendo buena atención, además que de esta manera inclusive se puede fidelizar a los clientes, como ejemplo si el cliente tiene una queja y no se le presta atención, el mismo buscara otra empresa que si le preste atención a sus requerimientos o que satisfaga sus necesidades de inmediato.

3.4 Dimensiones Y Calidad En La Salud

3.4.1 Definición de Salud

Definición de salud según la OMS

“La salud como el estado de completo bienestar psicológico, físico y social, y no sólo la ausencia de enfermedades o afecciones”²⁸

Otra definición:

“La salud consiste en la capacidad de que el organismo mantenga un equilibrio apropiado a su edad y a sus necesidades sociales, con lo cual queda razonablemente indemne al malestar, insatisfacción, incapacidad y enfermedad y a comportarse de un modo que permita la supervivencia de la especie, así como el acoplamiento de la especie y el entorno del individuo”.²⁹

²⁸<http://www.slideshare.net/gardelvez/definicion-de-salud-segn-oms>, 20 de Marzo de 2013

²⁹ HIDALGO VEGA Álvaro, CORUGEDO DE LAS CUEVAS Indalecio, DEL LLANO SEÑARÍS Juan. “*Economía de la Salud*”. Ediciones Pirámide (Grupo Anaya S.A). España 2011. p. 17.

La salud es sentirse bien a nivel general debido a que implica un equilibrio entre sentirse bien como persona es decir cuál es su estado de ánimo el cual para que sea saludable debe ser bueno o positivo , y a la vez que no existan enfermedades que puedan ocasionar un mal funcionamiento del organismo.

3.4.1.1 Componentes del Sector de la Salud

Los establecimientos del sector de salud están compuestos de la siguiente manera:

- **Paciente:** Es el componente fundamental y sin su presencia el servicio no puede existir ya que está implicado en la producción del mismo.
- **Soporte físico:** Es el soporte material que es necesario para la producción del servicio de salud. Puede clasificarse en dos grandes categorías: los instrumentos y el entorno material.
- **Personal de contacto:** el equipo de salud cuyo trabajo requiere estar en contacto directo con el paciente.
- **El servicio de salud:** Es la resultante de la interacción de los otros tres elementos anteriores.
- **El Sistema de Organización Interna:** El soporte físico y el personal de contacto son la parte visible del establecimiento de salud. Estos dos elementos están condicionados e influidos por el Sistema de Organización Interna que es la parte no visible (la estructura, los objetivos, las operaciones, es decir, la administración). Está constituido por todas las funciones clásicas de un establecimiento de salud y, por lo tanto, va a tener una influencia directa sobre el soporte físico y el personal de contacto.

- **Dimensión Mental:** Hechos que pueden afectar la salud mental es tener mucha preocupación, y también el exceso de concentración que por ello puede afectar a la memoria, concentración y la expresión.
- **Dimensión Física:** que afecta a la salud física el sedentarismo, falta de ejercicio, mala alimentación, etc.

Para lograr gozar de una buena salud se debe tener un equilibrio en todas estas dimensiones, debido a que para lograrlo se tienen que controlar y manejar adecuadamente los problemas que se puedan presentarse y que afecten a nuestra salud.

3.4.3. Calidad en la Salud

Concepto:

“El grado en el cual los servicios de salud para los individuos y las poblaciones incrementan la posibilidad de resultados deseados y son coherentes con el conocimiento profesional actual.”³¹

Calidad en la salud se da cuando se otorga servicios que son accesibles y equitativos a los usuarios, ofreciendo excelentes servicios profesionales, y optimizando recursos para su adecuado uso cumpliendo y satisfaciendo al usuario que busca ser atendido en el momento que necesita este servicio.

3.4.4 Usuario

3.4.4.1. Definición

Un usuario es la persona que usa frecuentemente un determinado servicio o un producto. Viene del latín *usuarius*, que quiere decir una persona que utiliza un objeto o la vez un servicio, ya sea privado o público.

³¹<http://es.scribd.com/doc/19225918/Conceptos-de-Calidad-en-Salud>, 25 Marzo de 2013

Para el servicio de salud el usuario es aquella persona que tiene derecho a recibir los servicios de salud ya sean estos públicos o privados, mientras que un paciente es aquella persona que recibe atención de salud, debido a algún problema que tenga en su salud.

3.4.4.2 Satisfacción Del Usuario

“La satisfacción: es el estado en el cual las necesidades, deseos y las expectativas del cliente son colmados o excedidos, a lo largo de la vida de los productos o servicios, lo que conlleva a la recompra, a la lealtad de marca y el deseo de recomendar” (Goodman, 1992).³²

La satisfacción del usuario es el resultado de un servicio de calidad, y que se cumplan con sus expectativas, sin embargo debemos tener en cuenta que para saber cuál es la satisfacción del cliente debemos conocer cuáles son sus expectativas, ya que estas pueden ser altas por su condición social o bajas debido al acceso limitado que tiene a este servicio y por ello puede sentirse satisfecho con un servicio deficiente.

En estos casos los usuarios cuando acude a un establecimiento de salud, aceptan la atención de salud sin quejarse es decir que están aceptando este tipo de servicio, porque aunque no existan quejas no quiere decir que la atención es buena, si no que las autoridades deben investigar y monitorear el servicio que se brindan en estos centros.

Los prestadores del servicio pueden conocer cuáles son las expectativas del usuario y estas son bajas la calidad del servicio también lo será, es por ello que es muy importante dar a conocer a la sociedad con respecto a lo que compone una atención apropiada para que de esta manera favorezca a todos por igual.

3.4.4.3 Percepción De La Calidad

³² PRIETO HERRERA, Jorge Eliécer. “*Gerencia del Servicio: La Clave Para Ganar Todos*”. Segunda Edición, Eco. Ediciones. Colombia-Bogotá D.C., agosto de 2010. p, 154.

3.4.4.3.1 Concepto de Percepción

La percepción es aquella que provoca estímulos cerebrales que se dan por medio de los sentidos gusto, tacto, oído y olfato.

La percepción es importante para el análisis de la calidad en el servicio, ya que de esta manera se puede saber qué es lo que el usuario considera significativo para que dé su visto bueno al servicio que se le brinda, porque como para unos puede ser la limpieza del lugar, para otros puede ser el trato (gestos, mirada, tono de voz, etc.).

Los aspectos que influyen sobre la persona de acuerdo a lo que percibe son:

- “Las necesidades y deseos, es decir, la motivación de la persona la cual le hace percibir aquello que le proporcionaría satisfacción.
- Las expectativas; se tiende a percibir lo que se espera, aquello que resulta más familiar.
- El estilo de cada persona para enfrentarse al ambiente que lo rodea. Algunas personas perciben más un conjunto de detalles, no pudiendo recordar por separado algunas características específicas del objeto; otras en cambio reparan en tales detalles.
- La educación que recibió en el hogar considerando la forma de ver la vida (dinero, trabajo, valores, religión, etc.).
- La formación académica, también guía nuestra forma de ver o sentir las cosas o situaciones”³³.

3.4.5 Medición De La Calidad Del Servicio

Hoy en día es necesario y útil que las empresas utilicen herramientas para medir la calidad en sus empresas, debido a que se puede conocer a tiempo cuales son las falencias que existen y como se pueden mejorar, y si existe un seguimiento se puede prevenir cualquier dificultad que se pueda tener en marcha.

³³<http://www.buenastareas.com/ensayos/Percepcion-De-La-Calidad/200469.html>, 26 de Marzo de 2013

Sin embargo se debe utilizar el modelo más conveniente de acuerdo al tipo de empresa, para que este modelo sea una ayuda oportuna y apropiada para la empresa generando datos confiables para su análisis.

3.4.5.1 Modelo de Medición SERVCUAL

El Modelo SERVQUAL de Calidad de Servicio fue elaborado por Zeithaml, Parasuraman y Berry ya que su propósito es conocer cuál es la calidad de servicio que se está brindando actualmente en una empresa y como mejorarla, este modelo es muy utilizado actualmente por todo tipo de empresas, tanto en el sector público y privado, debido a su efectividad para medir la calidad en el servicio.

Esta herramienta tiene como objetivo comparar las expectativas generales del cliente contra lo que percibe de la empresa, siendo esta una medida de calidad, y la brecha existente entre ambas es un indicador con el cual podemos mejorar en lo que se está fallando.

Por ello es necesario conocer que es percepción y expectativa del cliente:

Percepción del cliente: es como el cliente o usuario estima que la empresa está cumpliendo con la entrega del servicio, es decir como el siente o valora la entrega del servicio.

Expectativa del cliente: mientras que la expectativa es lo que el cliente espera que sea el servicio que le otorga la empresa, esta se basa en experiencias pasadas, la información boca a boca, etc., que mediante estas saca sus expectativas.

3.4.5.1.1 Dimensiones de SERVCUAL

- **Confiabilidad:** es dar el servicio que realmente se puede entregar, es decir tal y como se acordó entre las partes.
- **Responsabilidad:** es un valor con que la persona se siente comprometido y tiene el atrevimiento de ayudar a los clientes a resolver los problemas.

- **Seguridad:** el personal tiene conocimiento de lo que están haciendo, de esta manera generan confianza al consumidor.
- **Empatía:** es ofrecer cuidado y atención a los clientes.
- **Bienes Materiales o Tangibles:** como dice su nombre son aquellos aspectos físicos que los clientes pueden ver, tocar, como es la apariencia de la empresa, equipo, personal, limpieza, infraestructura, etc.

Luego de que se analizaron estas dimensiones, en base a estas se utilizan tres instrumentos para medirlos, que sirven para medir la calidad del servicio que la empresa da al cliente.

- Evaluación de expectativas de calidad de servicios: este instrumento aplica 21 preguntas que se distribuyen entre las 5 dimensiones, para saber cuál es el tipo de servicio que se espera que brinde una empresa.
- Evaluación de la preponderancia de las dimensiones de la calidad: es un cuestionario en el cual los clientes dan su importancia a cada una de las cinco dimensiones de servicio.
- Evaluación de la percepción de la calidad de los servicios: los clientes responden un cuestionario en el cual indican cuáles son sus percepciones de acuerdo al servicio brindado.

Al evaluar expectativas y percepciones se pueden distinguir brechas que se pueden dar por las expectativas de los clientes y lo que la empresa percibe de esas expectativas, percepción de la empresa sobre las expectativas de los clientes y las especificaciones de la calidad del servicio, las especificaciones de la calidad del servicio y el servicio que se brinda actualmente, el servicio que se brinda actualmente, y que se comunicó del servicio, y por último servicio esperado y servicio percibido.

Para dar una escala de medición se toma en cuenta las cinco dimensiones a las cuales se las debe valorar tanto percepción como la expectativa con un valor que puede ir desde 1 que es de menor valor hasta 5 que es muy satisfactorio, de acuerdo a estas calificaciones se generan brechas que se generan por (P-E) si la percepción es mayor a la expectativa es una brecha positiva y si la expectativa es mayor a la percepción la brecha será negativa.

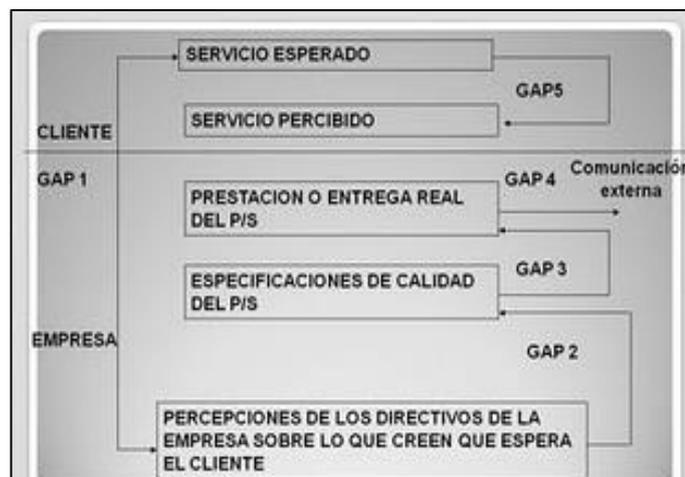
El modelo SERVCUAL es un modelo de investigación muy útil por ello las empresas deben implementarlo para conocer lo que realmente necesita el cliente ya que al medir entre expectativa y percepción nos da un resultado que podemos mejorar para el bien de la empresa.

3.4.5.2 Modelo de Medición GAPS

Este modelo también fue propuesto por Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985), este busca identificar cuáles son las causas por las que el servicio es ineficaz, toma como indicador de medición a la diferencia que hay entre percepción y expectativas que los clientes reciben.

Este modelo propone 5 posibles diferencias o las llamadas GAPS como en el cuadro:

Mapa 3.2 Modelo GAPS



Fuente: SASTOQUE MUÑOZ Elizabeth. “Gap Relacional y Modelo GAP”. 2010. Disponible en <http://gerencialibertadores9a.blogspot.com/2010/11/marketing-relacional-y-modelo-gap.html> 26 de Marzo de 2013.

Elaboración: ELIZABETH SASTOQUE MUÑOZ

La expresión del modelo es la siguiente:

$$\mathbf{Gap5} = (\text{Gap1}, \text{Gap2}, \text{Gap3}, \text{Gap4})$$

Gap1: esta evalúa la diferencia que existe entre las expectativas del cliente y lo que el personal percibe, en general el gerente es quien tiene se encarga y toma cuenta esta brecha que es muy importante analizarla para saber qué es lo que el cliente espera de la empresa es común que se piense que un indicador para esto pueden ser las quejas de consumidores insatisfechos, sin embargo no es un indicador confiable porque no todos los clientes insatisfechos se quejan, por ello debe existir una buena comunicación entre el personal que tiene contacto directo con el cliente para que ello indiquen realmente cual es la actitud y el comportamiento del cliente.

Gap2: es la percepción que tiene el gerente de las expectativas del cliente, las normas y los procedimientos de la empresa. Esta brecha es importante conocerla porque existen casos en el que el personal no tiene ideas claras sobre las normas de la empresa y por ello puede existir ineficiencia.

Gap3: lo que está especificado entre las normas del servicio y el servicio que se presta, la principal brecha es la diferencia que existe entre las normas de la empresa y las necesidades del cliente, que por ello se puede entender que existe un servicio de mala calidad.

Gap4: la brecha que existe entre el servicio entregado y lo que se les comunica acerca del servicio a los clientes que se puede dar por que el consumidor entendió mal un mensaje que por la publicidad que no estuvo bien estructurada y creo este problema.

Gap5: es la diferencia entre el servicio entregado y el percibido. Quiere decir las expectativas que tienen antes de recibir el servicio y la percepción que tuvieron luego de recibirlo, esta brecha nos permite establecer los niveles de satisfacción de los clientes.

Es significativo cerrar la brecha para que los clientes se sientan importantes y se genere un servicio de calidad, por ello es un desafío lograr que se cumpla la satisfacción de los clientes, se debe ir innovando para que el cliente juzgue bien a la empresa y genere una buena reputación llegando a la fidelización y llegando a ser una empresa rentable.

3.5 Derechos Fundamentales Del Usuario

En la Constitución de la República del Ecuador se encuentra un apartado en el que se da protección a las personas usuarias de un servicio o bien y se expiden para tener un control sobre los derechos que deben ser respetados a una persona que los consume.

3.5.1 Personas Usuarias y Consumidoras

Art. 52.- Las personas tienen derecho a disponer de bienes y servicios de óptima calidad y a elegirlos con libertad, así como a una información precisa y no engañosa sobre su contenido y características.³⁴

La ley establecerá los mecanismos de control de calidad y los procedimientos de defensa de las consumidoras y consumidores; y las sanciones por vulneración de estos derechos, la reparación e indemnización por deficiencias, daños o mala calidad de bienes y servicios, y por la interrupción de los servicios públicos que no fuera ocasionada por caso fortuito o fuerza mayor.

Art. 53.- Las empresas, instituciones y organismos que presten servicios públicos deberán incorporar sistemas de medición de satisfacción de las personas usuarias y consumidoras, y poner en práctica sistemas de atención y reparación.³⁵

El Estado responderá civilmente por los daños y perjuicios causados a las personas por negligencia y descuido en la atención de los servicios públicos que estén a su cargo, y por la carencia de servicios que hayan sido pagados.

³⁴ Constitución de la República del Ecuador. Art. Cit. 52

³⁵ Idem. Art. 53

Art. 54.- Las personas o entidades que presten servicios públicos o que produzcan o comercialicen bienes de consumo, serán responsables civil y penalmente por la deficiente prestación del servicio, por la calidad defectuosa del producto, o cuando sus condiciones no estén de acuerdo con la publicidad efectuada o con la descripción que incorpore.³⁶

Las personas serán responsables por la mala práctica en el ejercicio de su profesión, arte u oficio, en especial aquella que ponga en riesgo la integridad o la vida de las personas.

Art. 55.- Las personas usuarias y consumidoras podrán constituir asociaciones que promuevan la información y educación sobre sus derechos, y las representen y defiendan ante las autoridades judiciales o administrativas.³⁶

Para el ejercicio de este u otros derechos, nadie será obligado a asociarse.

Debemos conocer y saber que existen derechos irrenunciables que tanto ningún producto o servicio puede estar en contra debido a que es de conocimiento público, los cuales están publicados en la Ley Orgánica de defensa del consumidor.

3.5.2 Derechos Y Obligaciones De Los Consumidores

“Art. 4.- Derechos del Consumidor.- Son derechos fundamentales del consumidor, a más de los establecidos en la Constitución Política de la República, tratados o convenios internacionales, legislación interna, principios generales del derecho y costumbre mercantil, los siguientes:

1. Derecho a la protección de la vida, salud y seguridad en el consumo de bienes y servicios, así como a la satisfacción de las necesidades fundamentales y el acceso a los servicios básicos;
2. Derecho a que proveedores públicos y privados oferten bienes y servicios competitivos, de óptima calidad, y a elegirlos con libertad;
3. Derecho a recibir servicios básicos de óptima calidad;
4. Derecho a la información adecuada, veraz, clara, oportuna y completa sobre los bienes y servicios ofrecidos en el mercado, así como sus precios, características, calidad, condiciones de contratación y demás aspectos relevantes de los mismos, incluyendo los riesgos que pudieren prestar;

³⁶ Iden. Art. Cit. 54 y 55

5. Derecho a un trato transparente, equitativo y no discriminatorio o abusivo por parte de los proveedores de bienes o servicios, especialmente en lo referido a las condiciones óptimas de calidad, cantidad, precio, peso y medida;
6. Derecho a la protección contra la publicidad engañosa o abusiva, los métodos comerciales coercitivos o desleales;
7. Derecho a la educación del consumidor, orientada al fomento del consumo responsable y a la difusión adecuada de sus derechos;
8. Derecho a la reparación e indemnización por daños y perjuicios, por deficiencias y mala calidad de bienes y servicios;
9. Derecho a recibir el auspicio del Estado para la constitución de asociaciones de consumidores y usuarios, cuyo criterio será consultado al momento de elaborar o reformar una norma jurídica o disposición que afecte al consumidor;
10. Derecho a acceder a mecanismos efectivos para la tutela administrativa y judicial de sus derechos e intereses legítimos, que conduzcan a la adecuada prevención, sanción y oportuna reparación de los mismos;
11. Derecho a seguir las acciones administrativas y/o judiciales que correspondan; y,
12. Derecho a que en las empresas o establecimientos se mantenga un libro de reclamos que estará a disposición del consumidor, en el que se podrá anotar el reclamo correspondiente, lo cual será debidamente reglamentado”³⁷.

3.5.3 Ley De Derechos Y Amparo Al Paciente

Art. 1.- Definición de Servicio de Salud.- (Reformado por el lit. b de la Disp. Gen. Cuarta de la Ley 2006-67, R.O. 423-S, 22-XII-2006).- Servicio de Salud es una entidad del sistema de servicios de salud pública o privada, establecida conforme a la Ley para prestar a las personas atención de salud integral de tipo ambulatorio y de internamiento. Es, además, un centro de formación de personal de salud y de investigación científica.

³⁷Ley Orgánica de Defensa del Consumidor. Registro Oficial 2000(10 de julio); 116. Disponible en: http://www02.supertel.gob.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=128%3Aley-organica-de-defensa-del-consumidor&catid=52%3Acir&Itemid=120, 28 de Marzo 2013

Se consideran servicio de salud a:

- a) Hospitales;
- b) Clínicas;
- c) Institutos Médicos;
- d) Centros Médicos;
- e) Policlínicos; y,
- f) Dispensarios Médicos.

3.5.3.1 Derechos Del Paciente

Art. 2.- Derecho a una atención digna.- (Reformado por el lit. b de la Disp. Gen. Cuarta de la Ley 2006-67, R.O. 423-S, 22-XII-2006).- Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el servicio de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.

Art. 3.- Derecho a no ser discriminado.- Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica.

Art. 4.- Derecho a la confidencialidad.- Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial.

Art. 5.- Derecho a la información.- (Reformado por el lit. b de la Disp. Gen. Cuarta de la Ley 2006-67, R.O. 423-S, 22-XII-2006).- Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del servicio de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse. Exceptúense las situaciones de emergencia.

El paciente tiene derecho a que el servicio de salud le informe quién es el médico responsable de su tratamiento.

Art. 6.- Derecho a decidir.- (Reformado por el lit. b de la Disp. Gen. Cuarta de la Ley 2006-67, R.O. 423-S, 22-XII-2006).- Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el servicio de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión.

Amparo Al Paciente En Situaciones De Emergencia

Art. 7.- Situación de emergencia.- Es toda contingencia de gravedad que afecte a la salud del ser humano con inminente peligro para la conservación de la vida o de la integridad física de la persona, como consecuencia de circunstancias imprevistas e inevitables, tales como: choque o colisión, volcamiento u otra forma de accidente de tránsito terrestre, aéreo o acuático, accidentes o infortunios en general, como los ocurridos en el medio de trabajo, centros educativos, casa, habitación, escenarios deportivos, o que sean el efecto de delitos contra las personas como los que producen heridas causadas con armas corto punzantes, de fuego, contundentes, o cualquiera otra forma de agresión material.

Art. 8.- (Reformado por el lit. b de la Disp. Gen. Cuarta de la Ley 2006-67, R.O. 423-S, 22-XII2006).- Todo paciente en estado de emergencia debe ser recibido inmediatamente en cualquier servicio de salud, público o privado, sin necesidad de pago previo.

Art. 9.- (Reformado por el lit. b de la Disp. Gen. Cuarta de la Ley 2006-67, R.O. 423-S, 22-XII2006).- Se prohíbe a los servicios de salud públicos y privados exigir al paciente en estado de emergencia y a las personas relacionadas con él, que presenten cheques, tarjetas de crédito, pagarés a la orden, letras de cambio u otro tipo de documento de pago, como condición previa a ser recibido, atendido y estabilizado en su salud.

Tan pronto como el paciente haya superado la emergencia y se encuentre estabilizado en sus condiciones físicas, el servicio de salud tendrá derecho para exigir al paciente o a terceras personas relacionadas con él, el pago de los servicios de salud que recibió.

Art. 10.- (Reformado por el lit. b de la Disp. Gen. Cuarta de la Ley 2006-67, R.O. 423-S, 22-XII2006).- El Estado de emergencia del paciente será calificado por el servicio de salud al momento de su arribo.

Art. 11.- (Reformado por el lit. b de la Disp. Gen. Cuarta de la Ley 2006-67, R.O. 423-S, 22-XII2006).- Los valores no recuperados por el servicio de salud por la atención a un paciente en estado de emergencia, podrán deducirse del impuesto a la renta de conformidad con las disposiciones de la Ley de Régimen Tributario Interno.

Capítulo IV. Sanciones Por Falta De Atención En Situaciones De Emergencia

Art. 12.- (Reformado por el lit. b de la Disp. Gen. Cuarta de la Ley 2006-67, R.O. 423-S, 22-XII2006).- Bajo ningún motivo un servicio

de salud podrá negar la atención de un paciente en estado de emergencia.

El servicio de salud que se negare a atender a un paciente en estado de emergencia será responsable por la salud de dicho paciente y asumirá solidariamente con el profesional o persona remisa en el cumplimiento de su deber, la obligación jurídica de indemnizarle los daños y perjuicios que su negativa le cause.

Art. 13.- (Reformado por el lit. b de la Disp. Gen. Cuarta de la Ley 2006-67, R.O. 423-S, 22-XII2006).- Los responsables de un servicio de salud que se negaren a prestar atención a pacientes en estado de emergencia, serán sancionados con prisión de 12 a 18 meses y, en caso de fallecimiento del paciente desatendido, con prisión de 4 a 6 años.³⁸

³⁸Ley de Derechos y Amparo al Paciente. Registro Oficial 2006(22 de diciembre); 423. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec>, 28 de Marzo de 2013

CAPITULO IV

**CONCEPTOS BÁSICOS
EN ECONOMÍA DE LA
SALUD**

CAPITULO IV

CONCEPTOS BÁSICOS EN ECONOMÍA DE LA SALUD

4.1 Economía de la Salud

La economía de la salud es un análisis que se emplea para el proceso de toma de mejores decisiones que contribuyan la maximización del beneficio para un grupo de individuos con un determinado problema sanitario, en este contexto es necesario determinar criterios para la ejecución de la evaluación económica.

Cuando los proyecto de carácter social, como en el caso de la salud, se hace necesario analizar el impacto sobre el bienestar social.

Los principales tipos de evaluación económica en el ámbito sanitario que se emplearan

4.1.1. Definición de Economía

La economía es la ciencia que estudia la disponibilidad de recursos que son escasos frente a la satisfacción de las necesidades múltiples que tiene una sociedad.

4.1.2. Definición de Salud

La salud se da cuando el organismo se desarrolla y está funcionando adecuadamente, logrando así tener un bienestar físico y espiritual, para el buen desempeño de sus labores, sin ningún contratiempo.

4.1.3. Economía de la Salud

La economía de la salud es aquella que se encarga de estudiar los métodos más eficaces y eficientes para satisfacer las necesidades es decir para la atención oportuna de enfermedades y así mejorara la calidad de vida.

Se debe tener en cuenta que es imposible satisfacer todos los deseos de la gente, es por ello que hay que clasificarlos de acuerdo a las prioridades y establecer los recursos en función de estas.

4.1.4. Escasez

Pobreza o falta de los servicios de salud necesarios para subsistir, tanto en calidad como en cantidad.

La economía de la salud se divide en dos grandes ramas: Macroeconomía y Microeconomía.

4.1.5. Microeconomía en salud

Estudia las acciones o el comportamiento económico de los individuos es decir de los productores y consumidores.

- **Productores:** en este caso son los médicos, enfermeras, y otro personal de salud, clínicas ambulatorias, clínicas rurales, laboratorios, bancos de sangre, centros de diagnóstico por imágenes, hospitales con servicios de internamiento
- **Consumidores:** son todas las personas que demandan servicios de salud que es toda la población, a quienes se los llaman pacientes.

4.1.6. Macroeconomía en salud

Estudia los fenómenos económicos e función de todo el sistema, en caso del sector de salud le interesa conocer los flujos financieros en todo el sistema de salud, es decir que la macroeconomía nos permite saber cuál es la situación de salud, si esta se distribuye equitativamente en la población y como es su financiamiento.

4.2 Eficiencia y Efectividad

Las empresas, instituciones, etc. al querer prestar servicios pierden la perspectiva por la presión que existe en ese momento es decir urgente debido a que no sólo se trata de hacer bien las cosas, sino escoger muy bien qué cosas hacer. Hay un tiempo para pensar y un tiempo para actuar, y hay que escoger bien ambos momentos para lograr el correcto balance entre lo que se tiene que hacer y el modo en que se hace.

4.2.1. Eficiencia

Los procesos de la empresa deben ser realizados con el mínimo de recursos. En macroeconomía es el óptimo modelo de distribución. Actualmente las empresas toman muy en cuenta la eficiencia como una política de trabajo, con recursos (humanos, financieros, tecnológicos, físicos, de conocimientos, etc.) limitados y (en muchos casos) en situaciones complejas y muy competitivas. Ejemplo: vacunar a 100 % de la población de niños menores de 1 año con el menor gasto posible.

La eficiencia es la utilización óptima de los recursos disponibles para la satisfacción de necesidades de los usuarios, es importante que el sector de la salud logre ser eficiente para que con los escasos recursos que dispone logre cumplir con los requerimientos de los usuarios, ya que en como ejemplo se conoce que existe escases de medicina, pero sin embargo se han reportado que existen algunos medicamentos que ya han expirado es decir que ya ha pasado su tiempo de uso, entonces para que no se de este tipo de problemas se debe manejar de manera adecuada los recursos que el gobierno otorga a este sector.

La eficiencia se mide con el cumplimiento de los objetivos, es decir lo que hemos realizado y se cumple con lo que se ha propuesto.

4.2.2. Efectividad

La efectividad es alcanzar es trabajo o proceso buscado, en donde la obtención de ese resultado se realiza bajo condiciones reales de operación.

Ejemplo: dentro de su jornada laboral, un médico general da consulta a todos los pacientes asignados, pero a 95% les solicita exámenes de imagenología y les cita a una nueva consulta para poder integrar un diagnóstico y prescribir un tratamiento médico.

La efectividad trata de alcanzar los resultados deseados, pero con esto no quiere decir que sea lo mejor porque para alcanzar estos resultados podría haberse utilizado de manera desproporcionada los recursos es decir hubo algún desperdicio, ya que solo se buscó conseguir los objetivos, por esta razón se debe entender que para llegar a los objetivos se deben hacer bien las cosas tratando de optimizar los recursos, en otras palabras ser Eficaz y Eficiente, alcanzar los resultados que se busca utilizando el mínimo de recursos.

“La eficiencia es el logro usando el mínimo de recursos para producir los resultados y eliminando el derroche, o sea, haciendo las cosas bien desde el primer momento. El resultado de la eficacia más la eficiencia se denomina efectividad”.³⁹

4.3 Análisis Coste-Efectividad

En él se analizan los costos y su relación con la obtención de los resultados buscados (efectividad) de un diagnóstico o un tratamiento. Para realizarlo se utilizan combinaciones de resultados de análisis de costo-utilidad como serían: calidad de vida, años de vida, dolor, incapacidad, etc. Los resultados deberán graduarse en una escala ordinal a la que se da un valor numérico; posteriormente, los valores numéricos se cruzarán entre ellos para convertirlos (ajustarlos) a una escala común que permita compararlos entre sí.

Ejemplo: la selección entre dos medicamentos, a o b, que reducen el colesterol, se determinó en función de la comparación entre los costos-efectividad de cada uno. El fármaco a tuvo un costo de 59000 dólares, y el b de 17800 dólares por año de sobrevida. Obviamente se escogió el b.

³⁹ RIVEROS SILVA, Pablo Emilio. Op. Cit. p. 4

Las unidades estándar de costo-efectividad más conocidas y frecuentemente utilizadas son las unidades de años de calidad de vida ajustada o unidades QALY (Quality-adjusted life years), otras son las DALY (Disability adjusted life years), las HYLE y las HYLE modificadas por riesgo.

Las unidades de costo-efectividad utilizadas frecuentemente en los trabajos latinoamericanos son AVISA (años de vida saludable en función de calidad), que evalúa el número de años que una persona vive sin presentar ningún tipo de merma en su salud, y EVISA (esperanza de vida saludable), que mide el número de años en buena salud que una persona puede vivir en promedio en una sociedad determinada.

4.4 Análisis Coste-Utilidad

Es el análisis de los resultados (utilidad) o ganancia en calidad o cantidad de vida que genera la elección de diferentes alternativas de diagnóstico o de tratamiento.

En él se incorpora el concepto de valor de resultados medidos en función de años de sobrevivencia, dolor o los grados de disfunción de un órgano.

Ejemplo: la elección entre realizar (costo alto) o no (costo bajo) una cirugía a un enfermo con cáncer de páncreas, si la utilidad medida como años de sobrevivencia (resultados) y calidad de la misma es semejante con ambos procedimientos se elegirá la estrategia de menor costo, pero si con la intervención quirúrgica se obtuviera mayor tiempo de sobrevivencia, ésta sería la correcta elección.

El análisis de utilidad es la preferencia o valoración que el ciudadano usuario de salud tiene respecto a un estado de salud.

4.5 Análisis Coste-Beneficio

Mide el valor de los costos y los resultados planteándolos en unidades monetarias estándar (beneficio) que pueden ser comparadas con otros resultados en las mismas unidades. En la perspectiva de la economía social éste es el mejor estudio para decidir entre opciones de programas a implementarse como políticas públicas.

Cuando las unidades no se pueden medir monetariamente, se recurre al análisis de costo-efectividad.

4.6 Indicadores de Medición

Para poder aplicar los indicadores de gestión es necesario que la institución cuente con un control interno de los usuarios que demandan el servicio de salud para poder hacer aplicación de esta información en la medición de los indicadores de control.

El control de los usuarios permite ir midiendo y evaluando la eficiencia y eficacia y dar fe que se brinda el servicio con estas políticas.

La cuantificación de las actividades que se realiza en la organización refleja el grado de cumplimiento luego de haber realizado un proceso. Para medir una determinada actividad es necesario saber lo que se va medir y estar consciente de comparar de acuerdo a los parámetros adecuados que coincidan la forma de comparación que se está utilizando.

La utilización de los indicadores permite realizar una medición de:

- Eficiencia y economía en manejo de recursos.
- Los componentes de calidad de los servicios prestado
- Grado de satisfacción del usuario

El indicador es la referencia numérica generada en cuanto al desempeño de la institución y es medida en variables.

CAPITULO V

DISEÑO

METODOLÓGICO DE

LA EVALUACIÓN

CAPITULO V

DISEÑO METODOLÓGICO DE LA EVALUACIÓN

5.1 Tipo de Estudio

A fin de comprobar la problemática del objeto de estudio se desarrollaran las siguientes técnicas de investigación para contar con información de los procesos que se ejecuten esta unidad y se evidencien sus posibles falencias.

El tipo de estudio que se aplica para la evaluación de la gestión de calidad de servicio en el Hospital San Sebastián del Sígsig es un estudio de tipo descriptivo, debido a que la información que se pudo obtener al realizar el respectivo análisis se lo hizo mediante observación directa, encuestas y entrevistas con las que se pudo realizar y tabular la información que mediante estas herramientas logramos conseguir.

5.2 Población de Estudio

La población de estudio a la cual se va analizar es toda la población del cantón Sígsig ya que es la beneficiaria de los servicios de salud ya que son usuarios y usuarias que necesitan y tienen derecho a este servicio, que pertenecen a familias de distintos niveles socioeconómicos, que habitan la zona urbana y rural.

La población está compuesta por niños/as, hombres y mujeres, adultos, adultos mayores, discapacitados, maternas y demás ciudadanos del cantón, que de acuerdo al último censo realizado en el año 2010 la población está compuesta por 26910 habitantes que es la población a estudiar.

5.3 Unidad de Análisis

La unidad de análisis son todos los pacientes ya que son quienes representan el objetivo de estudio es decir que utilizan el servicio de salud en el Hospital San Sebastián, ya que son quienes nos pueden indicar si se está cumpliendo o no con un buen servicio, si se brinda una buena atención, la cual se determina a la percepción que el usuario puede tener del servicio.

5.4 Estimación de la Muestra

La muestra nos permitirá obtener información representativa de la situación que pretendemos analizar, creemos conveniente utilizar como herramienta de trabajo el método probabilístico que establece que todos los individuos tienen la misma opción de conformar la población.

Sin embargo para obtener la muestra representativa la tomamos del número de pacientes que acuden y reciben este servicio, ya que son quienes tienen contacto directo con el servicio y nos pueden indicar algún problema, o simplemente nos hacen saber qué clase de servicio reciben, mediante este criterio el Departamento de Estadística del Hospital San Sebastián, nos proporcionó información sobre el número de pacientes atendidos en este establecimiento, de acuerdo al año 2012 se atendieron a 5238 personas por diferentes causas que requirieron ser atendidos, para el muestreo sacamos un promedio de 437 pacientes que son atendidos al mes y aplicamos la siguiente fórmula para obtener la muestra:

$$n = \frac{Z^2 * p * q * N}{e^2 (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

N= población

Z= nivel de confianza

e² = error

p= variable positiva

q= variable negativa

Vamos a realizar el estudio de los 437 pacientes del Hospital San Sebastián, el nivel de confianza es del 90% y la variabilidad positiva es de un 50%, y la variabilidad negativa es de un 50%, se utiliza un margen de error permitido del 7%.

$$n = \frac{1.91^2 * 0.5 * 0.5 * 437}{0.07^2 (437 - 1) + 1.91^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{398.554925}{3.048425}$$

n= 131

El tamaño de la muestra serán 131 pacientes a los que realizamos las respectivas encuestas, en un tiempo determinado de un mes debido a que como las personas que necesitan ingresar al hospital son evaluados primeramente en sus respectivos Subcentros de salud de acuerdo a su parroquia y ahí se determina si requieren un servicio de segundo nivel a la cual acuden realmente las personas que necesitan de este servicio, disminuyendo considerablemente el número de pacientes a ser atendidos.

5.5. Criterios de selección: inclusión, exclusión

5.5.1 Criterios de inclusión

Los pacientes que utilizan el servicio de salud del Hospital San Sebastián es decir pacientes que luego de ser evaluados por los subcentros de salud, que están dentro del servicio de primer nivel, necesitan otro tipo de atención, es decir atención de segundo nivel que en este caso es el Hospital San Sebastián, son ellos quienes necesitan del servicio y lo utilizan.

5.5.2. Criterios de exclusión

Las personas que utilizan el servicio de médicos privados, seguro social, seguro campesino, y medicina alternativa, que no van a utilizar el servicio del Hospital.

5.6. Técnicas y procedimientos de recolección de información

Las técnicas y procedimientos de recolección de información que vamos a utilizar son las encuestas, entrevistas y observación directa, las cuales analizaremos a continuación:

5.6.1 Encuestas

Las encuestas que realizamos se las hizo con el fin de conocer cuál es la percepción que tiene el usuario acerca del servicio que brinda el Hospital San Sebastián. La primera encuesta la realizamos por sondeo para conocer cuántos reciben el servicio del hospital.

5.6.1.1. Formato de la encuesta



Somos estudiantes de la Universidad Politécnica Salesiana, estamos realizando encuestas a los Usuarios del servicio que brinda el Hospital San Sebastián, para conocer cuál es el conocimiento que tiene sobre el manejo del servicio y su modelo de atención, el cual nos servirá para el desarrollo de nuestra tesis. Agradecemos anticipadamente por su tiempo y principalmente por su sinceridad al contestar las preguntas.

1. ¿Usted acude al Hospital San Sebastián de Sígsig a solicitar los diferentes servicios de salud?

SI___ NO___

Si la respuesta es NO responder él porque y termina la encuesta.

¿PORQUE?.....
.....

2. ¿Conoce Usted el nuevo modelo de atención que brinda el Hospital San Sebastián de Sígsig a la población?

SI___ NO___

3. ¿Cree Usted que el nuevo modelo de atención que brinda el Hospital San Sebastián del Sígsig, a los usuarios es mejor que el anterior?

SI___ NO___

4. ¿Los diferentes servicios que ofrece el Hospital San Sebastián de Sígsig, son efectivos, rápidos y eficientes?

SI___ NO___

5. ¿Usted se encuentra satisfecho con el servicio que brinda el Hospital San Sebastián de Sígsig?

SI___ NO___

6. ¿La calidad de los servicios que oferta el Hospital San Sebastián de Sígsig, están acordes con las exigencias de los usuarios?

SI___ NO___

¡Gracias Por Su Colaboración!

5.6.3 Observación Directa

La técnica de observación es una técnica de investigación que consiste en observar personas, fenómenos, hechos, casos, objetos, acciones, situaciones, etc., con el fin de obtener determinada información necesaria para una investigación.

La técnica de observación se suele utilizar principalmente para observar el comportamiento de los consumidores; y, por lo general, al usar esta técnica, el observador se mantiene encubierto, es decir, los sujetos de estudio no son conscientes de su presencia. Es el método por el cual se establece una relación concreta e intensiva entre el investigador y el hecho social o los actores sociales, de los que se obtienen datos que luego se sintetizan para desarrollar la investigación.

Mediante esta técnica pudimos ver que el Hospital brinda sus servicios las 24 horas del día, pero los departamentos administrativos solo entre semana desde las 7am a 5pm, ha excepción del departamento de estadística que labora la semana completa. La cantidad de personas que demandan el servicio del hospital entre semana y fines de semana es la misma, cabe mencionar que para consulta externa van la mayor cantidad de personas que necesitan ser atendidos mediante la modalidad de referencia y contra-referencia, mientras que en hospitalización solo personas que necesitan ser internadas y el médico tratante le diagnostica una cirugía o la enfermedad requiere reposo y cuidados hospitalarios, cuando es hora de visitas se debe cumplir con el horario (1pm a 3pm), cuando existe mayor ingreso de personas al hospital, para que se cumpla con este horario, el guardia pasa por los cuartos de hospitalización indicando que solo queda 10 minutos para que termine las visitas, y los familiares de los pacientes se alistan para la salida del hospital.

Se determinó también que las personas no solamente asisten al Hospital para ser atendido por enfermedad o algún problema en su salud sino también pueden ir en busca de certificados que pueden ser solicitados por empleadores para la justificación de inasistencia por enfermedad al trabajo y también para permisos de funcionamiento, que requieren los diferentes locales que funcionan en la parroquia.

Se pudo observar que el personal de limpieza está constantemente limpiando el lugar, siendo importante para que la impresión del paciente sea buena, los médicos tienen mucho cuidado al manejar instrumentos que están esterilizados y que luego de ser utilizados se almacenan en un cuarto de utensilios sucios que luego son desinfectados y guardados en un cuarto de utensilios estéril.

El servicio en el Hospital es bueno sin embargo existen variables que requieren ser atendidas para las exigencias tanto del personal como de los pacientes ya que en el área de Recursos Humanos se pudo ver que un trabajador no podía desempeñar sus funciones a cabalidad ya que en su oficina el sistema colapsaba debido a que el sistema de manejo no funcionaba y tenía que trasladarse al área de Finanzas a realizar su labor, siendo esto muy molesto tanto para ella como para la persona que cedía su lugar.

Solicitamos tomar fotografías para poder anexar a este estudio y no hubo ninguna resistencia, nos dejaron pasar a todas las áreas para poder realizar este estudio y tener prueba de ello con las fotografías. Ver anexo 1.

5.7 Variables de Estudio

La variable de estudio es aquella que determina cual es el objeto de estudio, nos permite identificar el tipo de estudio debido a que son eventos que son susceptibles de cambio, por lo tanto es la naturaleza de la variable que nos determina la forma de estudio.

Las variables de estudio en el hospital es por medio de los departamentos de los cuales el usuario recibe el servicio, para ello se toma en cuenta el sexo, se estableció un rango de edad y el área de servicio para conseguir diferentes perspectivas.

5.7.1 Tiempo de Espera

El tiempo de espera se determina de acuerdo a la normativa del Hospital que se basa a los requerimientos que exige el Ministerio de Salud Pública que a los pacientes atendidos en consulta externa se dispone que se atiendan 4 pacientes en una hora, es decir 20 minutos para cada paciente.

Sin embargo suele ser de 3 pacientes en una hora que infiere mayor tiempo de espera, pero los pacientes son conscientes, que ello implica más tiempo de atención del médico al paciente, mientras tanto en el área de emergencia no existe tiempo de espera ya que los minutos cuentan para salvar vidas son atendidos inmediatamente por el medico de turno, dándole mayor importancia al paciente para que su vida no corra riesgos.

5.7.2 Cumplimiento de Horario del Profesional

En el Art. 22 de la Ley Orgánica de Servicio Público-LOSEP, establece como uno de los deberes de las o los servidores públicos que debe cumplir de manera obligatoria la jornada de trabajo legalmente establecida. Mediante la resolución No MRL-2011-000033 de 2 de febrero de 2011, distada por el Ministerio de Relaciones Laborales para las Unidades de Atención Medica, se dispone que los puestos de profesionales de salud; médicos, odontólogos, enfermeras, tecnólogos médicos, obstetricas y psicólogos clínicos, deberán cumplir la jornada de ocho horas diarias efectivas y continuas. Las auxiliares de enfermería cumplen una jornada de 6 horas en la mañana o tarde y 12 horas la noche.

Al conocer como la ley exige que el médico debe cumplir su jornada laboral que es desempeñando 8 horas diarias de trabajo, en el Hospital San Sebastián el personal tiene un digitador el cual indica la hora entrada y salida del médico o persona que labora en el lugar, es decir el médico debe acatar esta disposición de la ley ya que las instituciones de salud deben velar el cumplimiento de sus colaboradores, mejorando el servicio ya que es la razón por la que se implementó esta resolución.

5.7.3 Satisfacción del Usuario

La satisfacción del usuario, es mayor ya que se está mejorando en el servicio, tanto por los cambios que el Ministerio ha impuesto, y a la vez porque las personas que trabajan en el hospital han ido cambiando sus ideas acerca del servicio, debido a que no es solamente se tiene que atender al paciente y termina su función, sino tener en cuenta que está en sus manos ayudar a una persona que en ese momento necesita de su servicio.

La satisfacción de las personas es evidente aunque mencionan que falta mejorar en algunos aspectos, más nos han sabido explicar que también se pudo dar muchos cambios porque no existe mucha concentración de personas, que hace unos meses atrás existía y era mucho más irritante manejar las exigencias de todas ellas debido a que solo querían ser atendidas y el personal no daba abastecimiento a todos, llegando a ser un mal servicio.

La relación entre el usuario y el personal ha mejorado, la información que ellos necesitan se le entrega a tiempo y además los pacientes que han ingresado al área de hospitalización nos han indicado que tanto las enfermeras como los médicos les han brindado un buen servicio, ya que les importa cómo están sus pacientes y además son tratados con cordialidad.

5.7.4 Percepción Que Tiene El Usuario Sobre El Trato Recibido

La percepción que tienen los usuarios según los métodos antes mencionados se destaca que en este último trimestre la atención a mejorado considerablemente, ya que el personal que labora en el Hospital San Sebastián desde el ingreso del usuario a las instalaciones las personas que lo atienden lo hacen de forma amable, que según la entrevista realizada a un usuario del servicio nos comentó que hace unos años atrás si los atendían cordialmente, pero no existía tanta importancia, pero a la fecha se han dado muchos cambios que los usuarios perciben, y el trato que existe entre el paciente y medico es mucho más amigable, logrando que el paciente tenga confianza y mejore considerablemente su relación.

5.6.5. Percepción General Del Usuario De La Calidad De Atención

En general los usuarios tiene una percepción de que los servicios han mejorado, sin embargo existe falencias en algunos aspectos, después de analizar los métodos que nos permitieron conocer la percepción del servicio en uno de ellos hace referencia a preguntas sobre la infraestructura del Hospital las personas y al poder aplicar la técnica de observación se indica que debería mejorar su imagen ya que existen paredes deterioradas, los árboles y césped no son podados constante mente por ello como consecuencia da una mala imagen al Hospital, ya que la primera impresión es la fachada del lugar.

Así mismo nos supieron indicar que la sala de espera tanto de consulta externa y de hospitalización deberían tener mayor número de sillas, pues existen días que hay congestión de pacientes, y esperan su consulta de pie causando molestia a la comunidad, se recalca que el personal es mucho más amable y atento, mejorando el servicio, nos informaron que antes en cada departamento de consulta y administrativo no existían letreros que identifiquen el lugar, pero ahora cuentan con su respectivo letrero que mejora la orientación del usuario en el servicio.

5.8 Método de Evaluación Para Conocer La Satisfacción del Usuario, La Percepción sobre el trato recibido y la percepción de calidad total.

El análisis se realizara con la escala SERVQUAL, como instrumento de medición de expectativas y percepciones de clientes con el servicio y medir la satisfacción.

5.8.1 Método De Evaluaciones Sumarias (Escala Likert)

Este método utiliza un escala a fin de crear un mayor número de respuestas determinadas a partir de varios elementos que se desea incluir en el análisis para que sea más completo, en él lo que se especifica es el nivel de acuerdo o desacuerdo con una declaración (elemento, ítem o reactivo o pregunta).

La encuesta fue diseñada bajo el formato Likert presenta una escala de mediciones que va desde el 1 a 7, el rango menor es el que representa una condición de negatividad y a medida que va ascendiendo las respuestas poseen un carácter positivo, entonces el rango inferior (1 a 3) representa una respuesta negativa a la afirmación, el valor 4 corresponde a un valor medio que representa una indiferencia o incertidumbre ante la afirmación, mientras que el rango superior (5 a 7) es una respuesta positiva a la misma. De acuerdo a este formato es posible determinar un porcentaje de preguntas positivas, negativas o inciertas para un elemento consultado.

La realización de la encuesta se ha distribuido en dos partes, teniendo como referencia la indagación de estudios y bibliografía de evaluación a hospitales de similar estructura para determinar un número adecuado de ítems, y se ha realizado en total un número de 44 afirmaciones y las hemos distribuido de la siguiente manera:

Parte 1: Contiene las afirmaciones que van desde la 1-15 que miden el grado de satisfacción en relación a distintos elementos del servicio del hospital, teniendo como escalas:

- | | |
|----------------------------------|------------------------------|
| 1. es completamente insatisfecho | 5. medianamente satisfecho |
| 2. insatisfecho | 6. satisfecho |
| 3. medianamente insatisfecho | 7. completamente satisfecho. |
| 4. ni satisfecho ni insatisfecho | |

Partimos desde esta perspectiva para saber cómo se familiarizan los usuarios con los elementos del hospital, evaluando de esta manera varios elementos: señalizaciones (1); comodidades de sala de espera (2); comodidades de sala de hospitalización y consultorios (3 y 4); equipamiento adecuado (5); limpieza del establecimiento hospitalario (6); alimentación de hospitalizados (7); disponibilidad, ubicación y mantención de servicios higiénicos (8); infraestructura del hospital (9); procesos de información y tramitación (10); facilidades para visita de familiares (11).

Parte 2: Contiene las afirmaciones de la 16 a 45, se evaluaron bajo el formato de ocurrencia de hechos donde:

- | | | | |
|-----------------|-----------------|----------------|-----------------------|
| 1. es nunca | 2. casi nunca | 3. pocas veces | 4. mitad de las veces |
| 5. muchas veces | 6. casi siempre | 7. siempre | |

Se evaluaron las siguientes dimensiones: percepción general sobre la orientación del establecimiento a la satisfacción del usuario (afirmaciones 12-14); percepción sobre las comunicaciones con el usuario y el manejo de su información (afirmaciones 15-17); percepción sobre la calidad de la información y orientación otorgada al usuario (afirmaciones 18-22); percepción sobre calidad de atención que incluye capacidades y competencias del personal y trato otorgado a usuarios (afirmaciones 23-28) y percepción resumen sobre la calidad de atención (afirmación 29 y 30).

Para la aplicación del cuestionario nos basamos en las cinco dimensiones propuestas por el modelo SERVQUAL. Después de completar el cuestionario, cada elemento se puede analizar por separado o si se desea cada elemento se suman para obtener una puntuación total para un grupo de elementos.

Las personas con mayor número de respuestas están más de acuerdo con las posiciones del partido que aquellos con el menor número respuestas.

5.8.1.1 Diseño de la Encuesta



ENCUESTA

Somos estudiantes de la Universidad Politécnica Salesiana, la presente encuesta se realiza a los usuarios de la institución a fin de conocer si el servicio recibido satisface sus exigencias y cuál es su punto de vista general que tienen a esta institución de salud. Le solicitamos colabore en el desarrollo de la misma con total sinceridad para poder ayudar a mejorar los servicios ya que esta tiene el carácter de ser anónima. Le expresamos nuestros sentimientos de gratitud y estima por su tiempo.

Sexo: Femenino Masculino

Ubique su Edad:

15 a 24 años..... 25 a 44 años..... 45 a 64 años..... 65 años en adelante....

Área de Atención:.....

Instrucciones: de acuerdo al conocimiento que tenga del hospital, de su opinión sobre las afirmaciones propuestas de acuerdo a la escala indicada. Si desconoce de alguna de estas afirmaciones se le pide de por favor, no contestar. Gracias.

Primera Parte. Señale su nivel de satisfacción con los elementos del servicio del hospital que se describen a continuación: desde completamente insatisfecho (1) hasta completamente satisfecho (7)

ELEMENTOS TANGIBLES	Completamente Insatisfecho	Insatisfecho	Medianamente Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Medianamente Satisfecho	Satisfecho	Completamente Satisfecho
1. Cuenta con señalizaciones (letreros, ficheros) que orientan al usuario en el interior del hospital							
2. Hay comodidad y cantidad de asientos en las salas de espera (temperatura, luminosidad, entretenimiento como televisión, música, etc.)							
3. Hay comodidad en la sala de hospitalización (temperatura, ropa de cama, ventilación, luminosidad, estantes, roperos, sillas)							

4. Hay comodidad en los consultorios(camillas, sillas, luminosidad)							
5. La empresa de servicios tiene equipos de apariencia moderna y que funcionan							
6. Hay limpieza de salas de hospitalización, consultorios, salas de espera y pasillos							
7. Alimentación durante el período de hospitalización							
8. El número y ubicación de baños es adecuado para los usuarios y brindan comodidad, limpieza y mantenimiento							
9. facilidad y comodidad de instalaciones, pasillos y accesos del hospital que permiten una circulación rápida y expedita							
10. El hospital mantiene un contacto permanente con sus usuarios (avisos en diarios o radios) para ofrecer información clara y oportuna sobre cambios en su funcionamiento o en sus formas de atención							
11. asignación de días de visita y horario de visitas para los familiares							

Segunda Parte: Señale su nivel de percepción que tiene del servicio ofertado por el hospital que se describen a continuación

FIABILIDAD	Nunca	Casi Nunca	Pocas veces	Mitad de las veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre
12. Cuando el hospital ofrece el servicio promete hacer algo en cierto tiempo, lo hace							
13. El hospital me ha brindado una solución completa e integral a mis problemas de salud							
14. Cuando he tenido algún problema de atención, el hospital me ha ofrecido otras alternativas de atención de forma rápida y oportuna							
15. El hospital contacta conmigo directamente (por teléfono, mensaje) para ofrecerme información personalizada							
16. El personal que me atiende, tiene información completa y actualizada sobre mi caso personal e historial							
CAPACIDAD DE RESPUESTA	Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Mitad de las veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre
17. Una vez que he sido atendido, el hospital mantiene su comunicación conmigo, interesándose en mi estado de salud y en la continuación de mi tratamiento							

18. La preocupación por satisfacer las necesidades de salud de los usuarios es una preocupación compartida por todos los servicios del hospital							
19. He encontrado medios apropiados (oficinas de información y reclamos, buzones de sugerencias u otros) a través de los cuáles, puedo comunicarle al hospital, acerca de la calidad de atención que me están entregando							
20. Según mi experiencia, existe preocupación por resolver las quejas y reclamos que he planteado como usuario							
SEGURIDAD	Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Mitad de las veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre
21. Según mi experiencia, el personal que me atiende, utiliza mi información personal con precisión y confidencialidad							
22. Los médicos me han ofrecido una información clara y precisa sobre el diagnóstico de mi enfermedad y sobre el tratamiento que debo seguir							
23. Los médicos que me han atendido tienen los conocimientos y competencias necesarias para prestarme la atención que yo requiero							
24. Los funcionarios administrativos, de las diferentes áreas de servicio que me han atendido, tienen los conocimientos y competencias necesarias para prestarme la atención que yo requiero							
EMPATÍA	Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Mitad de las veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre
25. Me siento bien tratado por los médicos que me han atendido							
26. Me siento bien tratado por los funcionarios administrativos que me han atendido							
27. Me siento bien tratado por las enfermeras y auxiliares de enfermería que me han atendido							
28. El hospital se esfuerza por educarme respecto a temas de salud							
29. Satisfacción global con el servicio del hospital							
30. En resumen, la calidad de atención entregada por el hospital satisface mis necesidades de salud							

¡Agradecemos su colaboración!

CAPITULO VI

**ANÁLISIS
ESTADÍSTICO DE LA
INFORMACIÓN**

CAPITULO VI

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN

6.1 Análisis de percepción y nivel de satisfacción

La muestra está constituida por usuarios o también llamados pacientes ambulatorios y hospitalizados que fueron encuestados entre el 6 al 18 de Mayo del 2013.

Los pacientes ambulatorios tomados a consideración son los que demandan los servicios en el área de consulta externa que acude al hospital a fin de recibir un diagnóstico y tratamiento pero que no necesitan de una internación hospitalaria para su recuperación. Los usuarios del área de hospitalización son las personas que en su enfermedad les es imprescindible el reposo, control y permanencia en el centro de salud hasta su recuperación.

Para la definición de esta muestra se comenzó por establecer la población, la cual fue constituida por todos los pacientes y usuarios del Hospital San Sebastián, que estaban siendo atendidos en esa fecha, tanto aquellos que habían recibido atención como los que estaban en espera de recibir atención y se realizó a base de un promedio mensual de personas que demandan el servicio en el hospital.

Las encuestas se realizaron en las dos unidades de salud en base a las áreas de especialidad con las que cuenta el hospital, las que se dividen de la siguiente manera:

Unidad de Servicios de Hospitalización: Cirugía, clínica, pediatría, obstetricia y emergencia, servicios generales de apoyo.

Unidad de Consulta Externa: Cirugía, obstetricia, pediatría, odontología, medicina interna, farmacia y departamentos administrativos.

El tamaño de la muestra se determinó fijando de acuerdo a la mejor conveniencia de la investigación y en función a la realidad presente y se fijó en un número de 131 de las cuales 38 no respondieron las encuestas y tenemos 93 encuestados validos de los cuales se repartió en 68 encuestas aplicadas a los usuarios ambulatorios y 25 a pacientes hospitalizados.

6.1.2 Análisis de Resultados

Para determinar realizar el análisis se emplea el cálculo de la media, mediana y desviación típica para valorar cuales son los resultados y dar una explicación lógica. La media se la utiliza para calcular un valor representativo de los valores que se están promediando y tener un punto de equilibrio entre los factores. La mediana permite determinar entre la escala promedio si se acerca a un valor positivo o a un valor negativo y determinar el resultado de cada alternativa evaluada en un grupo, y ver cuál es la que falla; la desviación típica es un parámetro de ubicación central que permite obtener cual de aquellos datos agrupados para ver cuánto se desvían los datos de sus media, para ver si el grupo de medidas está de acuerdo con su modelo si se aleja demasiado es porque no estas contradicen al elemento de estudio.

El análisis principal de los resultados se hizo en base a los valores de la mediana, de las respuestas dadas por los usuarios, frente a cada una de las variables involucradas en las dimensiones de análisis de la encuesta en los cuales se ha considerado los valores de 1 a 7 y se les ha asignado una representación de cada uno de ellos, como se indica a continuación:

Insatisfacción: 1, 2 y 3.

Indiferencia o Incertidumbre: 4.

Satisfacción mínima: 5.

Satisfacción general: 6.

Satisfacción plena (excelencia): 7.

El valor 4 se determinó como valor de indiferencia o incertidumbre, puesto que refleja un punto intermedio entre insatisfacción y satisfacción, por lo que se considera finalmente como insatisfacción.

A partir del valor 5 se considera aceptado un cierto nivel de satisfacción, entonces un resultado se considerará cualitativamente aceptada cuando la mayoría de los resultados obtenidos en las medianas, de las distintas dimensiones de análisis, sea superior o igual al valor 5 de la escala.

6.2.1.1 Presentación de Resultados

Los datos se han analizado según el ámbito de análisis respecto a las dos partes que se dividió la encuesta, y a través del cálculo de datos se han obtenido los siguientes resultados.

Dimensión de Análisis N° 1: Percepción de satisfacción con distintos elementos del servicio.

Tabla 6.1. Dimensión 1: Percepción de satisfacción con distintos elementos del servicio. Elementos Tangibles

	Señalizaciones	Comodidad y Cantidad de asientos en Sala de Espera	Comodidad en la sala de hospitalización	Comodidad en los consultorios	Equipamiento adecuado
N° Validos	93	93	93	93	93
Mediana	5	4	3	4	2
Media	4,84	4,14	2,71	3,87	2,64
Desviación Típica	1,15	0,67	1,25	1,50	1,05

Fuente: Encuestas realizadas a usuarios del Hospital San Sebastián de Sígsg.

Elaboración: Las autoras

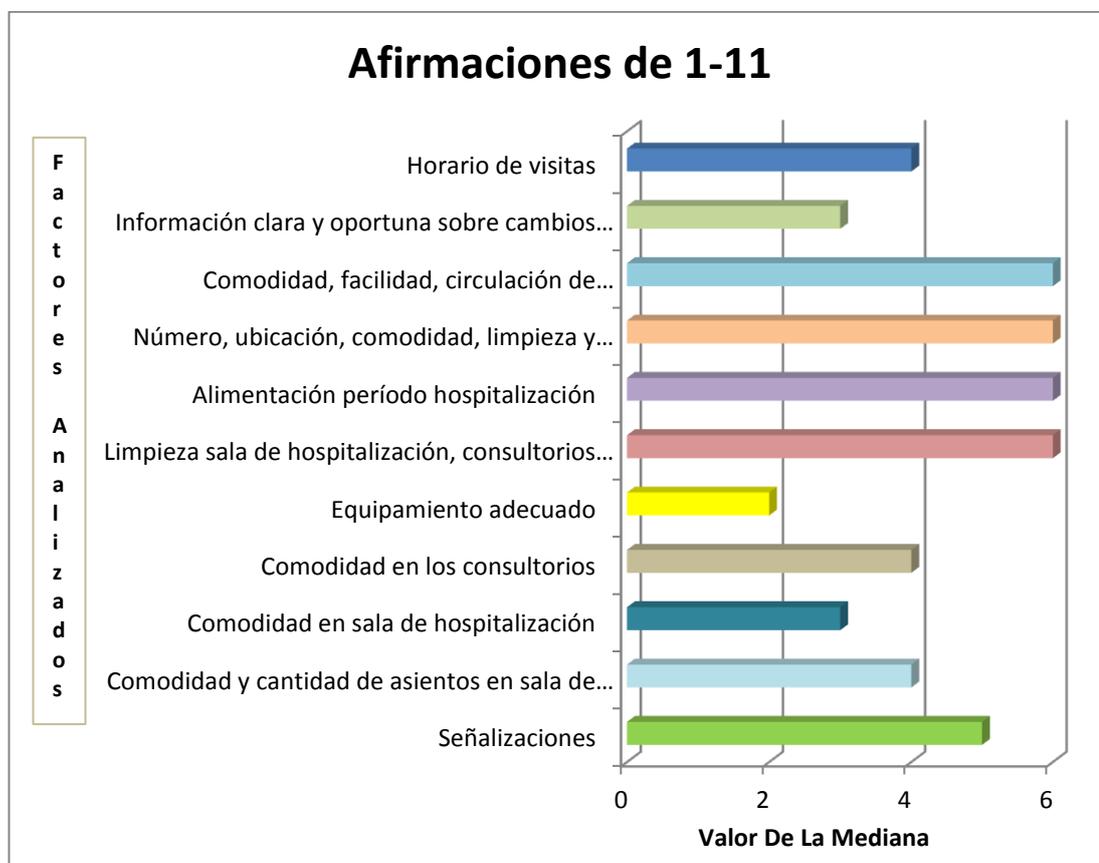
Tabla 6.2. Elementos de Limpieza

	Limpieza sala Hospitalización consultorios y salas de Espera	Alimentación período hospitalización	Número, ubicación, comodidad, limpieza y mantenimiento de baños	Comodidad, facilidad, circulación instalaciones	Información clara y oportuna sobre cambios en el funcionamiento	Horario de Visitas
N° Validos	93	93	93	93	93	93
Mediana	6	6	6	6	3	4
Media	5,54	5,72	5,58	6,34	2,70	4,39
Desviación Típica	1,53	1,21	1,30	0,68	1,43	0,86

Fuente: Encuestas realizadas a usuarios del Hospital San Sebastián de Sígsg.

Elaboración: Las autoras

Gráfico 6.1: Percepción De Satisfacción Con Distintos Elementos Del Servicio (1-11)



Fuente: Encuestas realizadas a usuarios del Hospital San Sebastián de Sígig.

Elaboración: Las autoras

- Respecto a los distintos elementos de servicios que se han analizado encontramos que los mejor evaluados por parte de los usuarios fueron los valores con una mediana de 6, lo cual implica un grado de satisfacción alto fueron los siguientes aspectos: comodidades de la sala de hospitalización (temperatura, ventilación y luminosidad); limpieza de salas de hospitalización, espera y pasillos; alimentación durante el período de hospitalización; facilidad y comodidad de instalaciones y pasillos que permiten una circulación rápida; hace referencia con el mantenimiento de instalaciones y edificaciones que permiten una atención confiable y segura y medios y facilidades que otorga el hospital para que el usuario tenga acceso a asistencia adecuada para recibir el servicio.

- Un grado medianamente de satisfacción presenta también la señalización de la instalación para los usuarios, destacándose con una valoración de 5 para su mediana.
- Se puede decir también que existen elementos que cumplen con un grado deficiente de satisfacción para el usuario, estos son los valores de mediana igual a 4, los cuales se aceptan como no estando ni satisfechos ni insatisfechos referente a este tema, ellos son: Comodidades de la sala de espera (temperatura, ventilación, luminosidad y entretenimiento); comodidad de los consultorios y asignación de días y horarios de visitas para los familiares; estos de igual manera, no cumple con otorgarle satisfacción a los pacientes.
- Información clara y oportuna sobre cambios en el funcionamiento del hospital y el equipamiento inadecuado son dos situaciones que les desagradan a los usuarios del servicio debido a que en primera instancia se les es repentino el cambio del modelo de salud y mucha de la población que usualmente no recurre a estos servicios de manera frecuente, se sorprenden que el direccionamiento deben seguir y en su opinión no cuentan con las adecuadas equipos básicos adecuados que funcionen a la par con las exigencias de la ciudadanía.
- La percepción del usuario en relación a la satisfacción con los diferentes elementos del servicio es, en general es satisfactoria, pero en lo que respecta al equipamiento es evaluada por parte del usuario con una mediana menor, en la que se infiere que no están satisfechos con este elemento del servicio.

Dimensión de Análisis N° 2 Percepción general sobre la orientación del establecimiento a la satisfacción del usuario

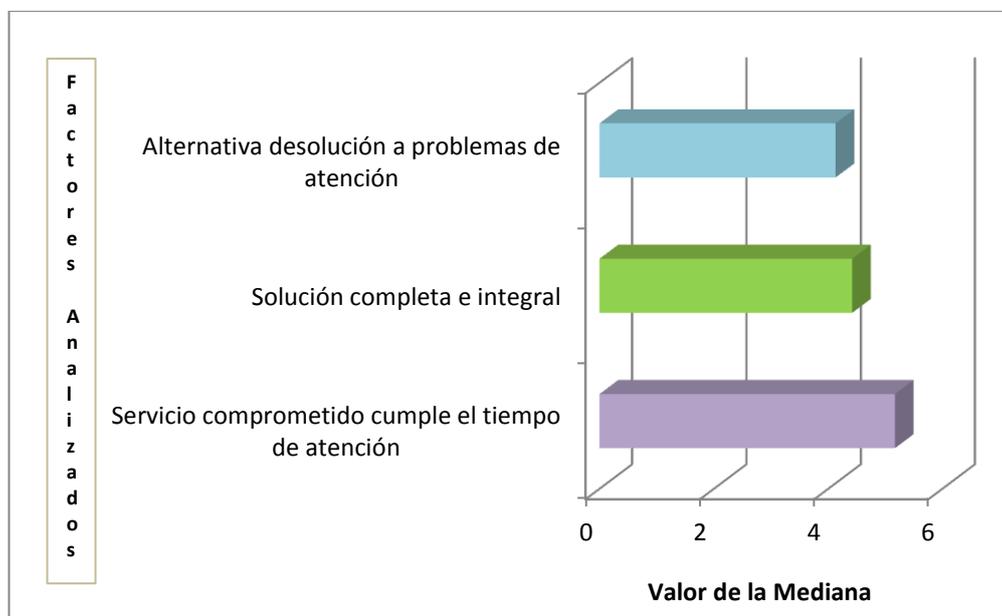
Tabla 6.3: Percepción general sobre la orientación del establecimiento a la satisfacción del usuario (afirmaciones 12-14)

	Servicio comprometido cumple el tiempo de atención	Solución completa e integral de salud	Alternativas de solución a problemas de atención
Nº Validos	93	93	93
Mediana	5	4	4
Media	5,17	4,42	4,13
Desviación Típica	1,23	1,37	1,11

Fuente: Encuestas realizadas a usuarios del Hospital San Sebastián de Sígüig.

Elaboración: Las autoras

Gráfico 6.2: Percepción general sobre la orientación del establecimiento a la satisfacción del usuario (afirmaciones 12-14)



Fuente: Encuestas realizadas a usuarios del Hospital San Sebastián de Sígüig.

Elaboración: Las autoras

De la tabla y gráfico anteriores se pueden concluir los siguientes aspectos:

- Los usuarios perciben claramente que el servicio hospitalario está orientado hacia su satisfacción aspecto que es claramente valorado valor mayor o igual a 5, detectando un alto cumplimiento de las afirmaciones enunciadas, con un valor 6 correspondiente a “Casi Siempre”.
- En relación, a si el hospital brinda una solución completa e integral y si le brinda otras alternativas de atención, los encuestados piensan que éste, “muchas veces” lo hace cuando el usuario ha tenido algún problema de atención, reflejando un valor de 5 en sus respuestas.
- Por lo tanto, se puede concluir que los usuarios perciben de forma satisfactoria, la orientación que el Hospital San Sebastián tiene hacia la satisfacción de sus pacientes.

Dimensión de Análisis N° 3 Percepción sobre comunicación con el usuario y manejo de su información (afirmaciones 15 a 17)

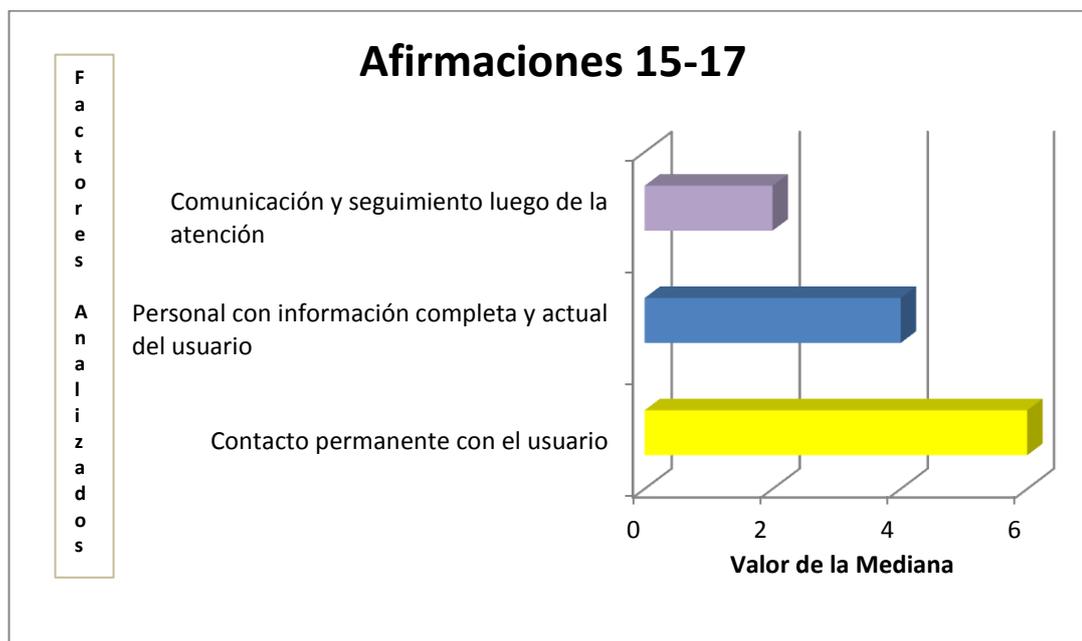
Tabla 6.4: Percepción sobre comunicación con el usuario y manejo de su información (afirmaciones 15 a 17)

	Contacto permanente con el usuario	Personal con información completa y actual del usuario	Comunicación y seguimiento luego de la atención
N° Validos	93	93	93
Mediana	6	4	2
Media	5,06	4,55	2,54
Desviación Típica	1,81	1,45	1,33

Fuente: Encuestas realizadas a usuarios del Hospital San Sebastián de Sígsig.

Elaboración: Las autoras

Gráfico 6.3: Percepción sobre comunicación con el usuario y manejo de su información (afirmaciones 15 a 17) factores analizados



Fuente: Encuestas realizadas a usuarios del Hospital San Sebastián de Sígsg.

Elaboración: Las autoras

- Los aspectos mejor evaluados dentro de esta dimensión correspondieron al contacto permanente que la institución tiene con los usuarios pero concuerdan en su mayoría que el personal no cuenta con información completa y actual del usuario que en personas que no son atendidas con frecuencia no posee el hospital un manejo de adecuada sobre el caso personal del paciente, sobre el manejo de la comunicación y seguimiento luego de la atención corresponde a un valor de mediana de dos y que información personal con precisión y confidencialidad y una comunicación clara y que realmente este no se cumple y no se da un control luego de haber recibido la atención del hospital. Aspectos que en la percepción de los usuarios del Hospital fueron medianamente satisfactorios, reflejado un valor de la mediana de las respuestas igual a 6, en la escala utilizada. Existe insatisfacción en cuanto a que el hospital mantiene un escaso contacto directo con ellos luego de haber recibido la atención.

Dimensión de Análisis N° 4. Percepción sobre la calidad de la información y orientación otorgada al usuario (afirmaciones 18-22)

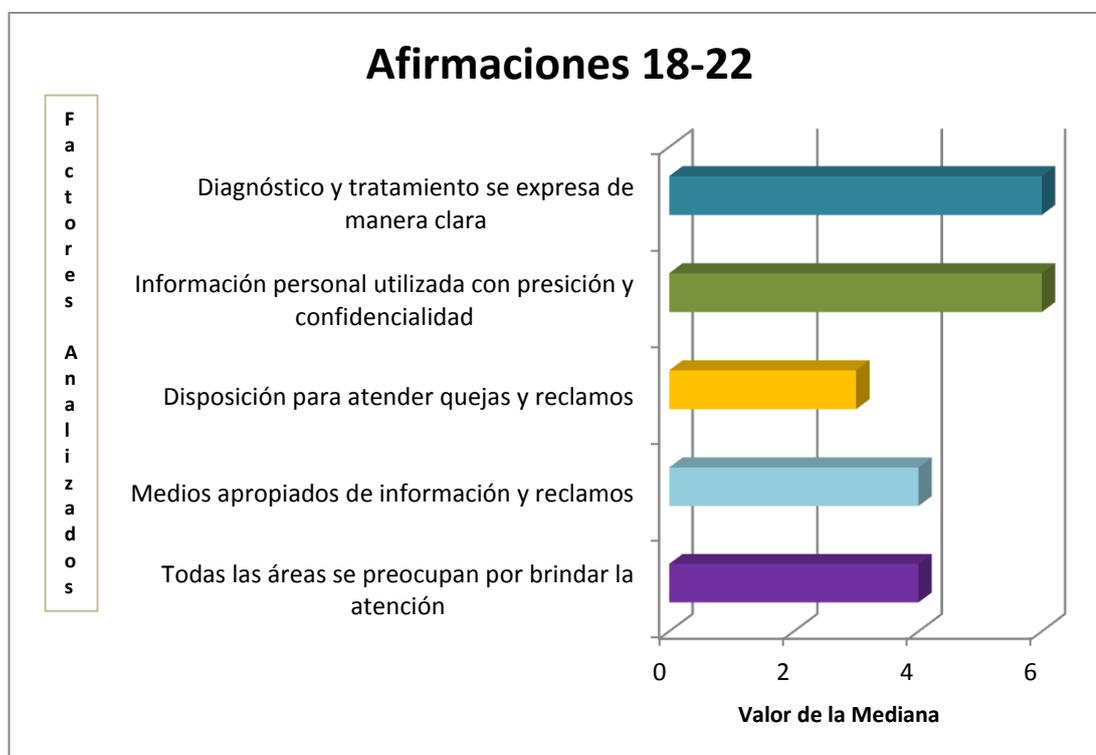
Tabla 6.5: Percepción sobre la calidad de la información y orientación otorgada al usuario (afirmaciones 18-22)

	Todos las áreas se preocupan por brindar la atención	Medios apropiados de información y reclamos	Disposición para atender quejas y reclamos	Información personal utilizada con precisión y confidencialidad	Diagnóstico y tratamiento se expresa de manera clara
N° Validos	93	93	93	93	93
Mediana	4	4	3	6	6
Media	3,83	3,66	2,98	6,07	5,46
Desviación Típica	1,72	2,07	1,47	0,75	1,48

Fuente: Encuestas realizadas a usuarios del Hospital San Sebastián de Sígsig.

Elaboración: Las autoras

Gráfico 6.4: Percepción sobre la calidad de la información y orientación otorgada al usuario (afirmaciones 18-22)



Fuente: Encuestas realizadas a usuarios del Hospital San Sebastián de Sígsig.

Elaboración: Las autoras

- El trato entregado por el personal de la oficina de informaciones, en cuanto al manejo de la confidencialidad y precisión de la información de los pacientes es satisfactorio como también el diagnóstico y tratamiento es informado de manera clara con el usuario, en cambio calidad de la atención de todas las áreas y la orientación clara y precisa ante sugerencias o preguntas por parte de los usuarios; son percibidos insatisfactoriamente por los pacientes, logrando un valor de 4 en la mediana de las respuestas. La disposición para atender quejas es calificada como insatisfecha, esto deja claro que existe poca preocupación en el hospital por atender éstos ámbitos, en una forma capaz de ser detectada por el usuario.

Dimensión de Análisis N° 5. Percepción sobre la calidad de la atención que incluye capacidades y competencias del personal y trato otorgado a usuarios

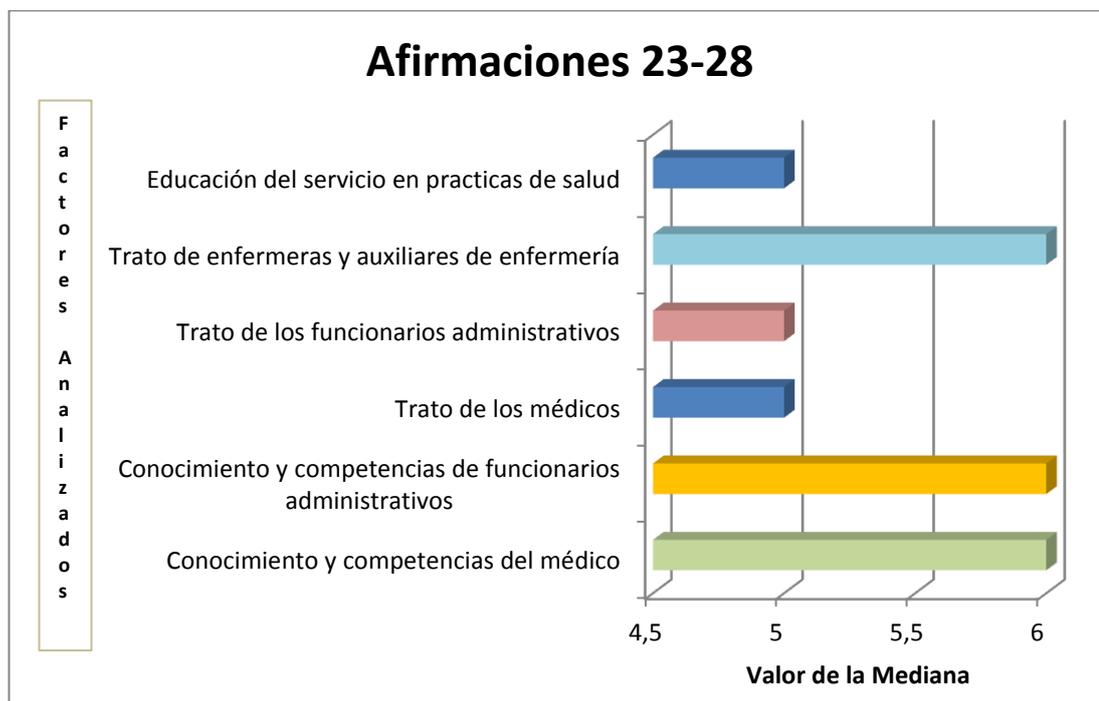
Tabla 6.6: Percepción sobre calidad de la atención que incluye capacidades y competencias del personal y trato otorgado a usuarios (afirmaciones 23-28)

	Conocimiento y competencias del médico	Conocimiento y competencias de funcionarios administrativos	Trato de los médicos	Trato de funcionarios administrativos	Trato de enfermeras y auxiliares de enfermería	Educación del servicio en prácticas de salud
N° Validos	93	93	93	93	93	93
Mediana	6	6	5	5	6	5
Media	5,72	5,40	5,24	4,13	5,30	4,20
Desviación Típica	1,57	1,27	1,20	1,91	1,52	1,91

Fuente: Encuestas realizadas a usuarios del Hospital San Sebastián de Síg sig.

Elaboración: Las autoras

Gráfico 6.5: Percepción sobre calidad de la atención que incluye capacidades y competencias del personal y trato otorgado a usuarios (afirmaciones 23-28)



Fuente: Encuestas realizadas a usuarios del Hospital San Sebastián de Sígsg.

Elaboración: Las autoras

- Cabe destacar primeramente el aspecto que los usuarios perciben un buen conocimiento y competencias de los médicos y funcionarios administrativos siendo evaluados de forma satisfactoria con una media de 6, en definitiva, los usuarios se encuentran completamente satisfechos de las capacidades que ellos tienen de las variables relacionadas con los conocimientos y capacidades necesarias
- También calificados con un buen valor reflejado en su mediana, igualmente satisfactorios, destacan: la atención coordinada de atención que el usuario requiere de las enfermeras y auxiliares
- Calificados con un menor valor reflejado en su mediana, pero igualmente satisfactorios se puede dimensionar que el usuario percibe el trato recibido por los médicos y del personal administrativo que los atienden realizado por los médicos, arrojando un valor de 5 las medianas pero que en su totalidad no refleja la total aceptación de como se le trata a los usuarios.

- Como conclusión de las percepciones sobre calidad de la atención que incluyen las capacidades y competencias del personal y el trato otorgado a los usuarios, por los distintos estamentos, se puede mencionar que en general es satisfactorio, destacándose el conocimiento y competencias realizado por el personal.

Dimensión N°6: Percepción resumen sobre calidad de atención y Satisfacción global con el servicio del hospital

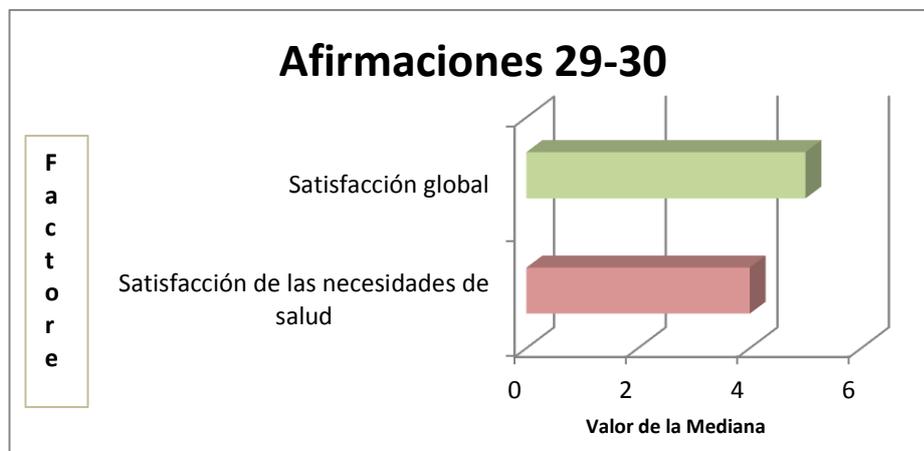
Tabla 6.7: Percepción resumen sobre la calidad de atención (afirmación 29 y 30).

	Satisfacción de las necesidades de salud	Satisfacción Global
N° Validos	93	93
Mediana	4	5
Media	4,48	4,73
Desviación Típica	1,17	1,12

Fuente: Encuestas realizadas a usuarios del Hospital San Sebastián de Sígig.

Elaboración: Las autoras

Gráfico 6.6: Percepción resumen sobre la calidad de atención (afirmación 29 y 30).



Fuente: Encuestas realizadas a usuarios del Hospital San Sebastián de Sígig.

Elaboración: Las autoras

- Primeramente se puede concluir que los usuarios se sienten satisfechos globalmente con el servicio del Hospital, otorgando a la mediana de las respuestas un valor igual a 5.
- En relación a la calidad de la atención entregada, ésta satisface muchas veces las necesidades de atención requerida por los usuarios, los cuales entregan en sus respuestas una mediana con valor igual a 4, en una escala de 1 a 7, que generalmente perciben un término medio de calidad del servicio.
- En relación a esta dimensión, se puede decir, que la percepción que tienen los usuarios en relación a la calidad de atención y satisfacción global con el servicio del hospital, es que satisface los requerimientos de calidad que exigen los pacientes pero no en su totalidad esperan recibir una mayor calidad.

Finalmente, de acuerdo a cada una de las dimensiones analizadas, se observa que estas satisfacen en su gran mayoría las percepciones de calidad que demandan los usuarios. Con lo cual, los resultados en su conjunto arrojaron un valor mayor o igual a 4 en su mediana, correspondiente a una escala de 1 a 7, por lo que la Hipótesis de Investigación, “El nivel de calidad de los servicios prestados por el Hospital San Sebastián satisface medianamente las necesidades de los usuarios”, lo que es aceptada.

6.1.3 Aplicación de las GAPS

GAP 1: Discrepancia entre las expectativas de los clientes y las percepciones que la empresa tiene sobre esas expectativas.

El Hospital San Sebastián del cantón Sígsig con la oferta de los servicios de salud, ha cumplido con la expectativa de los mismos, ya que se basa en que la mayor parte de usuarios califican el servicio con un buen nivel pues afirman sentirse satisfechos, y han visto como ha mejorado sus condiciones de salud al implementar un modelo que mejoró considerablemente la atención y en especial que ya no se realizan colas innecesarias para brindar el servicio.

Cabe mencionar que hay un menor porcentaje de usuarios que no se sienten satisfechos con los servicios recibidos porque el hospital no ha cumplido a cabalidad con sus necesidades, ya que el hospital no conoce cuales serían los aspectos que podrían indicar falencias en el servicio y quien mejor para indicarlo si no el usuario y determinando así en qué se está fallando y que se debe cambiar para ofertar un servicio de calidad.

GAP 2: Discrepancia entre la percepción que los directivos tienen sobre las expectativas de los clientes y las especificaciones de calidad.

El Hospital San Sebastián conoce cuales es servicio que los usuarios espera, pero sin embargo no ha logrado que se cumpla en su totalidad con las expectativas de los usuarios. Debido a que un porcentaje bajo de usuarios no se sienten satisfechos con los servicios recibidos, esto se debe a que las especificaciones de calidad de los servicios salud no son cumplidos a cabalidad por falta de información o conocimiento sobre estas.

GAP 3: Discrepancia entre las especificaciones de calidad y el servicio realmente ofrecido.

Se sabe que para que la prestación de los servicios de salud sean de un buen nivel de calidad, el hospital debe tener especificaciones de calidad efectivas, siempre y cuando el hospital cuente con los recursos necesarios para entregar un buen servicio, por ello se debe capacitar y evaluar al personal para que mejoren constante mente en sus funciones.

GAP 4: Discrepancia entre el servicio real y lo que se comunica a los clientes sobre él.

En el hospital existe una discrepancia entre el servicio real y lo que se comunica al usuario sobre este, vemos que no conocen cual es el nuevo modelo de atención que está manejando el hospital, el cual se basa a lo que el Ministerio de Salud dispone, pero las personas saben que ha cambiado al momento que van utilizar el servicio, mas no porque se le comunico de lo sucedido.

GAP GLOBAL (GAP 5)

En general el Hospital ha mejorado en sus servicios, porque ha logrado satisfacer a la mayor parte de la población según sus necesidades, se debe al nuevo manejo que se está dando debido a que el sistema de salud busca satisfacer las necesidades de los usuarios, y el hospital esta consiente que debe cumplir con las expectativas de los usuarios, para que la Salud Publica sea mejor vista por todos los que la utilizan, y por los que no la utilizan piensen en usar un servicio que vale la pena.

**TABULACIÓN DE LA ENCUESTA REALIZADA A LOS HABITANTES
DEL CANTÓN SÍGSIG QUE DETERMINA SI LOS USUARIOS CONOCEN
COMO ES EL MANEJO DEL SERVICIO EN EL HOSPITAL**

Gráfico 6.7 Demanda Del Servicio de Salud del Hospital



Fuente: Encuestas realizadas a usuarios del Hospital San Sebastián de Sígsig.

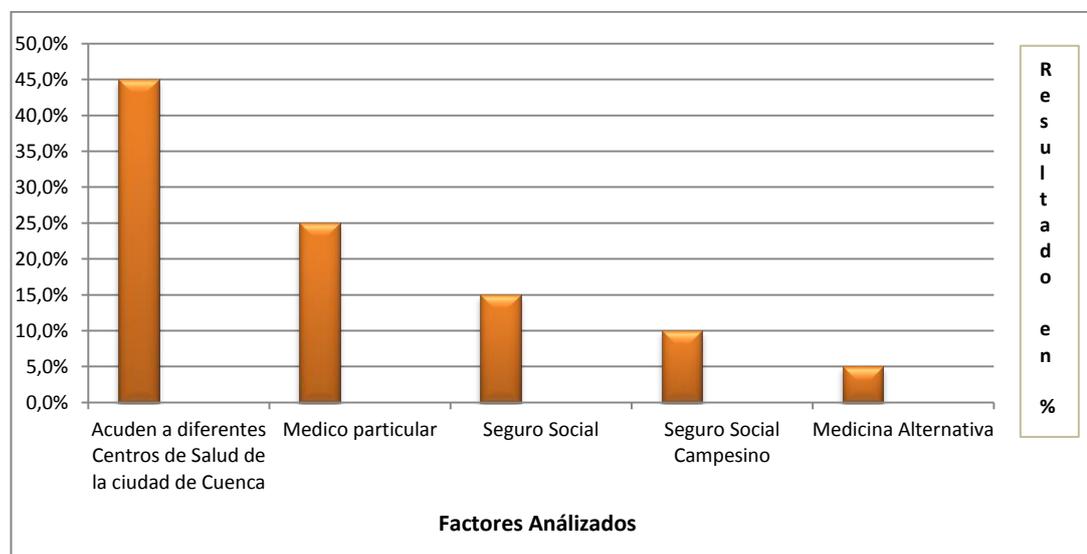
Elaboración: Las autoras

Esta encuesta fue realizada a las personas que viven en la parroquia se entregó estas encuestas para que las llenen, y brinden información verídica para realizar las tabulaciones.

Con referencia a la primera pregunta que hicimos a las personas, se conoció que el 80% de la población ha acudido al Hospital San Sebastián, para utilizar los diferentes tipos de servicios que oferta, sin embargo un 20% no ha utilizado este servicio porque utilizan otro tipo deservicio que se detalla en el siguiente gráfico.

Es importante mencionar que se aplicó la encuesta a diferentes personas que circulaban en el cantón y estos datos son los que arrojó la misma.

Gráfico 6.8 Demanda Optada Por La Población Que No Recibe los Servicios del Hospital



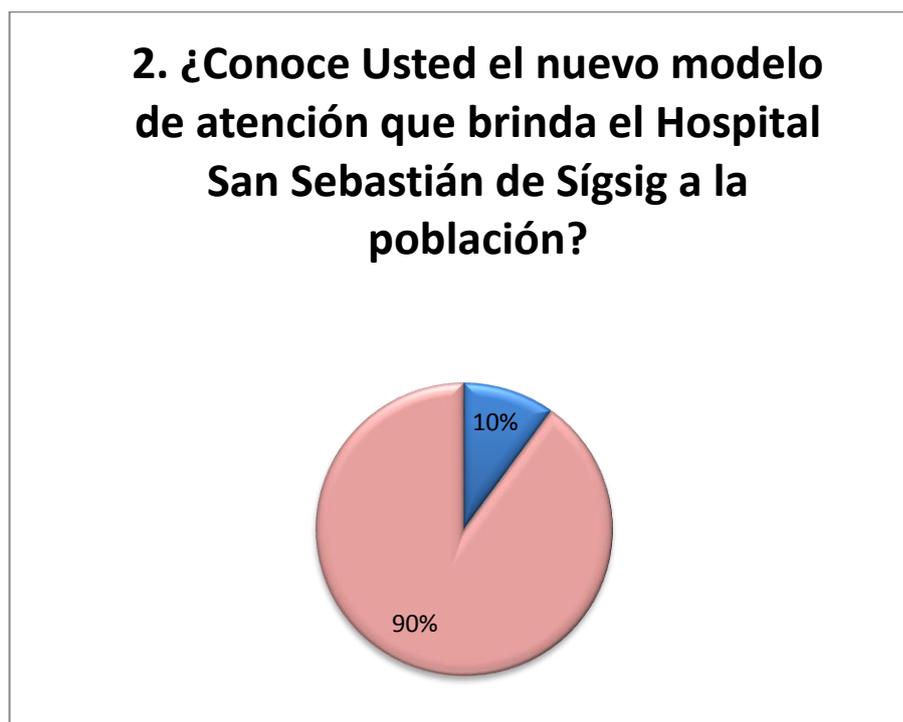
Fuente: Encuestas realizadas a usuarios del Hospital San Sebastián de Sígsg.

Elaboración: Las autoras

Al analizar este grafico se puede determinar que de las personas que no utilizan el servicio del Hospital San Sebastián, el 45% de ellos se trasladan directamente a la ciudad de Cuenca para ser atendidos en las diferentes unidades que en esta ciudad hay, ya que dicen que el nivel de confianza es mucho mayor, dicen que la atención y el servicio es de mejor calidad a comparación con el servicio que brinda el Hospital de la parroquia, mientras que el 25% busca atención de un medico particular de la localidad, el 15% de las personas están asegurados por sus empleadores y acuden al Seguro Social, mientras que el 10% de las personas están afiliadas al Seguro Social Campesino, quedando solamente un 5% que siguen utilizando medicina tradicional, es decir que tienen más creencia en la medicina natural.

Cabe aclarar que la muestra es de 60 personas, debido a que se trasladó a cada cantón de la parroquia Sígsg y se llenaron 10 encuestas en cada uno de ellos dándonos un total de 60, y si en la pregunta número uno respondieron NO, ya no continua con la encuesta, que en números representa a 12 personas que ya no seguirán con la encuesta y nos quedan 48 personas que seguirán hasta el final de la encuesta.

Gráfico 6.9 Conocimiento del Nuevo Modelo de Atención

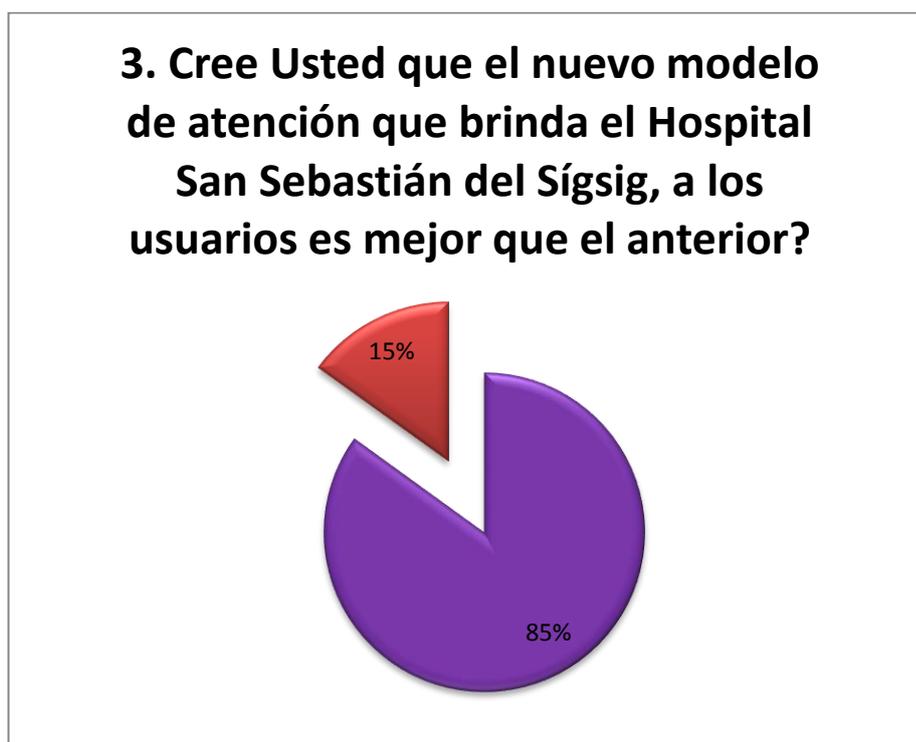


Fuente: Encuestas realizadas a usuarios del Hospital San Sebastián de Sígsig.

Elaboración: Las autoras

El gráfico nos muestra que el 90% de las personas que continuaron llenando la encuesta no conocen cuál es el nuevo modelo de atención del hospital, es decir que la ciudadanía no sabe cómo realiza las funciones el Hospital o en qué basa su desarrollo, partiendo de que no se han preocupado en difundir a la comunidad los cambios que se han dado en el modelo de atención, solo es el personal quien tiene acceso a esta información, siendo una importante muestra de que falta mantener informada a la comunidad sobre los cambios que se dan, para que ellos sepan bien cuál es el servicio que reciben.

Gráfico 6.10 Opinión Del Nuevo Modelo si ha Mejorado el Servicio



Fuente: Encuestas realizadas a usuarios del Hospital San Sebastián de Sígsig.

Elaboración: Las autoras

El 85% de las personas creen que el servicio ha mejorado debido a que la atención del personal es mucho mejor, indican que desde el momento que ingresan al Hospital el ambiente es diferente ya que no existe mucha conglomeración de personas, solo las que necesitan de los servicios están en el hospital, como consecuencia existe más rapidez en la atención, y por ende mejor trato a los usuarios, mientras que el 15% cree que sigue siendo igual es decir que no ha mejorado en la atención, ya que cuando necesitaban de algún servicio la persona que lo tenía que atender, lo dejaba esperando mucho tiempo hasta ser atendido, ingresa al hospital y la falta de mantenimiento del mismo causa un mal aspecto dando una mala imagen al hospital.

Gráfico 6.11 Eficiencia de los Servicios Ofertados Por El Hospital

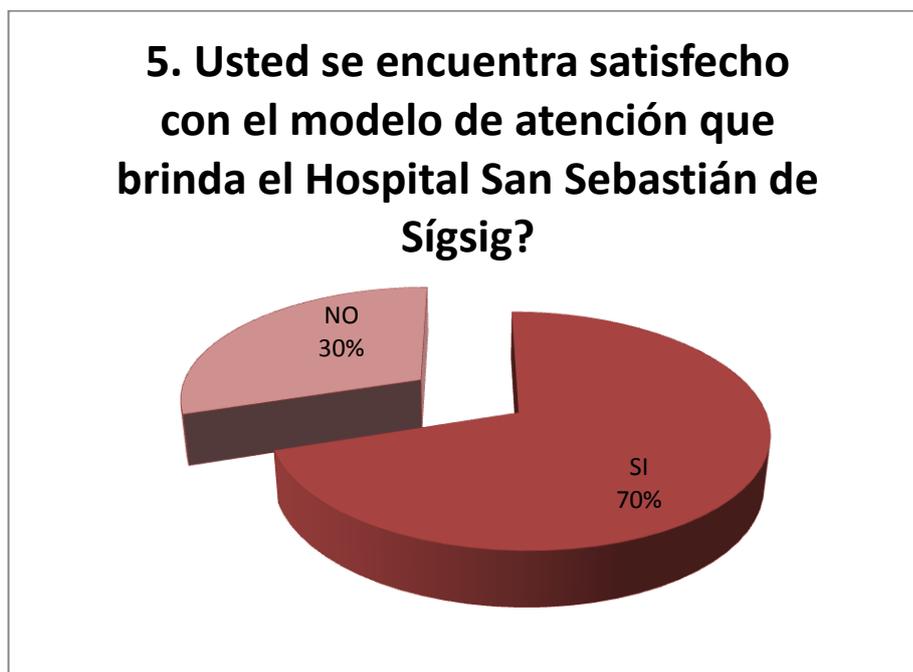


Fuente: Encuestas realizadas a usuarios del Hospital San Sebastián de Sígsig.

Elaboración: Las autoras

En esta pregunta la mayor parte de los encuestados piensan que si se está brindando un buen servicio, ya que si es mucho más rápido por el modelo con el que se está manejando, sin embargo no quiere decir que sea eficiente y eficaz debido a que nos demuestra el porcentaje de personas que respondieron NO que es de un 40% que es un valor relevante, que es causado por la falta en primer lugar de información del personal hacia el usuario y entendiendo que la mayoría de los encuestados utilizaron más el servicio de consulta externa que nos supieron indicar, que el momento que necesitaban que se les explique sobre el diagnostico el medico lo hacía rápidamente, y algunas veces no lograban entender que enfermedad tenían, pero a la vez otros indicaron que se brindó un buen servicio, de acuerdo a esta pregunta hay que recalcar que el servicio si es bueno pero falta mejorar, ya que puede ser por la falta de recursos, el personal puede sentirse desmotivado y no lograr brindar un buen servicio y que se cumpla con la eficacia y eficiencia que debería tener.

Gráfico 6.12 Satisfacción del Nuevo Modelo de Atención

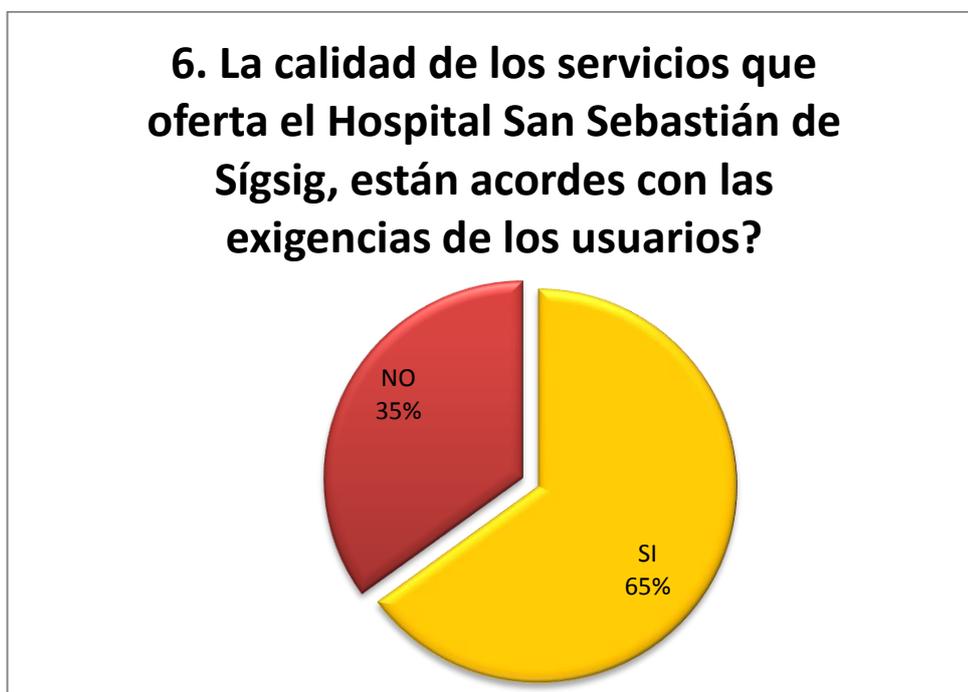


Fuente: Encuestas realizadas a usuarios del Hospital San Sebastián de Síg sig.

Elaboración: Las autoras

El 70% de las personas que utilizaron el servicio se encuentran satisfechas con el modelo de atención ya que en los subcentros de salud tienen o están equipados con los equipos elementales, para su funcionamiento y servicio a la comunidad debido a que antes tenían que trasladarse obligatoriamente al hospital, sin embargo ahora las personas pueden ser atendidas en los centros que están cerca de sus comunidades, y si necesariamente tiene que utilizar el servicio del hospital lo hacen, sin embargo un 30% de la población no se siente satisfecho por la falta de implementos o porque no cumple con lo que el paciente requiere en el momento, es trasladado a la ciudad de Cuenca al Hospital Vicente Corral Moscoso por lo que este hospital está equipado de mejor manera ya que es una unidad de nivel III, y al estar en la ciudad implica un gasto para los familiares que tienen que trasladarse hasta allá.

Gráfico 6.13 Conocimiento del Nuevo Modelo de Atención



Fuente: Encuestas realizadas a usuarios del Hospital San Sebastián de Síg sig.

Elaboración: Las autoras

El 65% de la población encuestada nos indica que cumple el servicio que el hospital les ha brindado ha cumplido con lo que necesitaban en ese momento, mientras que el 35% de la población indica que no se cumple con las exigencias que tienen al momento de solicitar algún tipo de servicio ya que existen falencias que hacen disminuir la calidad del servicio, y por ello conlleva a una percepción baja del servicio.

Todas estas preguntas se plantearon para saber si el usuario conocía o sabía sobre la implementación del nuevo modelo de atención que tiene el hospital, sacando como conclusión que no se ha informado adecuadamente a los usuarios sobre los cambios que se han dado, igualmente el servicio del hospital ha mejorado, pero no cumplen con la satisfacción del usuario, se necesita mejorar en todas las áreas que conforman el hospital para entregar un mejor servicio a la comunidad.

6.1.4 Análisis de La Observación

La atención al usuario que acude al centro de salud no se limita al profesional de enfermería sino al equipo de salud como tal, el cual lo integran: Médicos (generales y especialistas), enfermeras (os), auxiliar de laboratorio, etc., y por ende cada miembro del equipo ejerce funciones que suelen ser Dependientes, Independientes e Interdependientes, por tanto la división del trabajo en el ámbito laboral es asumida horizontal y verticalmente tomándose en cuenta la competencia y capacitación, lo que interpone a los profesionales (Medicina Y Enfermería) en igualdad de condición en algunos casos.

Cuando se señala que dentro de las funciones del profesional de enfermería, se cuentan las funciones dependientes, es porque la división de trabajo se da de forma vertical ya que se delega y se subordina en relación a otro profesional, en este caso el profesional de medicina quien es responsable de indicar las acciones que se tomaran en un caso específico, tales como: dieta, administración de medicamentos, etc.

Las órdenes médicas son decisiones terapéuticas del profesional de la medicina, que deben ser respaldadas por notas, es decir, deben ser escritas y son acatadas por el resto del equipo de salud, especialmente por el profesional de enfermería ya que es a quien compete directamente el cuidado humano. Sin embargo hay situaciones en los servicios de urgencias donde las indicaciones médicas son impartidas verbalmente (de forma presencial o telefónica) en un primer momento aunque queden luego escritas en la Historia Clínica del paciente, lo que quiere decir que en el desempeño del rol del profesional de enfermería se da una subordinación tácita y aunque éste profesional cumple una indicación médica, le es inherente a su responsabilidad individual en el ejercicio de sus funciones sino actúa diligentemente y si a sabiendas que la orden impuesta es errónea éste lo ejecuta causando un daño o lesión en el usuario.

Una vez que nos hemos aplicado la técnica de observación de acuerdo a las unidades de salud que posee el hospital se ha podido determinar la evaluaciones respecto a tiempo y cumplimiento que se de en la prestación de los servicios de salud de los cuales hemos obtenido los siguientes análisis.

6.1.1 Tiempo de espera desde que tomo el turno hasta que fue atendido por el profesional por áreas de atención.

Según las observaciones que realizamos en las dos unidades hemos determinado el siguiente proceso:

Debido al implemento del nuevo modelo de atención al que se rige el Hospital San Sebastián, las personas primero se tienen que trasladar a los subcentros de salud, para que en ese lugar se les habrá una ficha llamada Referencia, en la cual se indica, si esa persona necesita ser atendida en el Hospital San Sebastián y en que especialidad, de inmediato el paciente se traslada al hospital, y entrega esta hoja de Referencia a la encargada del área de estadística que monitorea el manejo de los turnos, cabe aclarar que al hospital son trasladados todas las personas de todas las parroquias del cantón, por ello la persona encargada debe manejar correctamente la información, para que no existan confusiones.

El paciente espera un momento hasta que en esta área se le sea informado el día y a la hora que tiene que venir, ya que si el documento fue entregado por la mañana el turno puede ser en el horario de la tarde del mismo día, mientras que si entrego la Referencia en la tarde el turno será para el siguiente día, es decir el paciente no espera mucho tiempo hasta ser atendido.

Previamente estadística es la encargada de entregar las referencias, lo hace a cada médico de las diferentes especialidades para que, el medico a su vez sepa a cuantos pacientes tiene que atender en ese día, de acuerdo al turno designado a cada uno de ellos, quienes van llegando de acuerdo al turno asignado, y el médico mediante la referencia constata si se trata del paciente a atender, el tiempo promedio en el que se demora el paciente en la consulta es de unos 15 minutos.

6.1.2 Cumplimiento de horarios por parte de los profesionales de la salud.

El hospital utiliza para el control de los trabajadores de la institución un reloj marcador por huella digital que le permite llevar un registro del cumplimiento del personal o recursos humanos que trabaja en la institución.

Es un sistema Terminal de Control de Personal es utilizado mediante la lectura de huella digital para la administración de asistencia, con buen funcionamiento debido a que el mismo actualmente tiene la capacidad de almacenar al personal registrado en la institución.

Para cada trabajador del área se tiene asignado su horario de trabajo el mismo que se verifica al momento del ingreso y terminada la jornada asignada a cada trabajador en su salida.

Es importante mencionar que cuando un trabajador se encuentra enfermo, debe presentar un certificado del seguro social, quien indicara el tiempo que necesite para atender su problema, y de allí lo que se procede es a arreglar el turno de la persona, que es llenado por otro trabajador quien inclusive tiene que laborar para cubrir además ese turno, pero se indica que una vez que el trabajador con permiso nuevamente se suma a sus funciones tiene que cubrir o devolver el tiempo que debe ser devuelto.

El personal debe presentar un oficio a secretaria indicando su ausentismo previo en el caso de que necesite ir a un control de su salud y debe ser con anticipación para asignar mejor la distribución de los turnos, al igual como es una solicitud en vacaciones.

Este caso también se aplica para cuando se presente alguna indisposición del trabajador por otras causas por fallecimiento, cuando se encuentran en capacitaciones que brindan el ministerio, entre otras de igual manera su turno laboral es cubierto.

Tabla 6.8 Horario Que El Talento Humano Cumple Diariamente

TALENTOS	No.	HUMANOS CARGA HORARIA	OBSERVACIONES
Médicos Tratantes	3	8	2 médicos prestan sus servicios
Médicos Posgradistas	4	8	Trabajan de domingo a viernes
Médico Coordinador del Área	1	8	Partida de residente
Odontólogo	9	8	Médico – Rural
Médicos Residentes	3	Turnos	Turnos
Coordinadora De Enfermería	1	8	Trabaja de lunes a viernes
Enfermera General	1	8	Asignada a labores comunitarias
Enfermera General	1	8	Asignada al Centro Quirúrgico
Enfermera Rural	3	8	Asignada a Hospitalización Asignada a Consulta Externa Asignada a Vacunación
Auxiliares de Enfermería	11 y 4	Turnos	Turnos 120 horas y 160 horas en Sub.
Auxiliares de Servicios Administrativos	10	8	
Personal Administrativo	5	8	
Chofer	2	8	No existe partida para chofer Lo realiza el técnico de mantenimiento
Personal de Laboratorio	2	6 y 8	horas la contratada Una auxiliar de laboratorio de planta y una contratada (bioquímica)
Auxiliar de Rayos X	1	6	6 horas
Auxiliar de Farmacia	1	8	No existe Químico-Farmacéutico
Equipo de EBAS	6	8	Trabajan en el Nuevo Modelo de Atención En el levantamiento de datos

Fuente: Hospital San Sebastián de Sígig. Departamento de Recursos Humanos

Elaboración: Las autoras

El personal de la salud mediante la observación cumple su horario a nivel de toda la institución, el control mediante el reloj muestra el hora exacta que se ha ingresado la huella por lo tanto evita el atraso del personal o la salida antes de tiempo o incluso un posible abandono del trabajo.

De acuerdo a la participación de los usuarios dentro del método de observación se pudo verificar que efectivamente se los trabajadores que estaban en contacto con ellos cumplen con el servicio en el tiempo adecuado, indicando que se les atiende inmediatamente.

6.1.3 Atención recibida del profesional de la salud

De acuerdo al testimonio de los usuarios con los cuales pudimos conversar nos supieron indicar, que en general los médicos, los atienden de manera amable, escuchando los problemas de salud que tienen, es decir en habitualmente cumplen con una buena atención, mientras unas dos personas nos supieron decir que el medico explicaba del problema de salud que ellos tenían, pero cuando querían pedir mayor explicación, el medico los interrumpía y decía no disponer de mucho tiempo, porque necesitaban atender a otro paciente, y no cumplía a cabalidad con las expectativas del usuario, esto lo que es en área de especialidades, mientras que en el área de hospitalización, los médicos están constante mente monitoreando a sus pacientes, preguntándoles cómo se sienten, generando un ambiente de confianza entre el médico y el paciente,.

La atención del médico ha mejorado según la mayoría de usuarios, que perciben este servicio, creando un mejor ambiente para la atención y especialmente para que la comunidad reciba un buen servicio por parte de los médicos que se encargan de mejorar la salud de los mismos.

6.1.3.1 Privacidad en la consulta

Cuando las personas reciben la atención se lo hace de manera aislada en las salas brindándoles este espacio adecuado entre el paciente-médico para tratar su asunto de salud.

El médico una vez indagado en los síntomas, realiza el examen físico y si es necesario exámenes de laboratorio y de más, pero siempre el resultado es dirigido al mismo paciente y la información manejada del paciente se mantiene privada entre el médico y el paciente.

6.1.3.2 Explicación entendible del diagnóstico

El médico una vez indagado en los síntomas, realiza el examen físico y si es necesario exámenes de laboratorio y de más y obtiene el diagnóstico expresa el mismo a su paciente, le dice el resultado y el tratamiento que le corresponde en su situación.

Muchos de los usuarios al desconocer de un vocabulario en medicina no comprenden realmente cual es el diagnóstico salvo las enfermedades de conocimiento general, pero hay muchos términos que ellos no entienden especialmente las personas de la tercera edad que ellos únicamente esperan que se les de calma a su padecimiento.

Pero el usuario se interesa por saber cuál es el problema y los médicos deben usar o adaptar su diagnóstico de manera explicativa en términos que el paciente pueda entender. Los médicos del hospital se ve que en promedio unos dan un diagnóstico explicativo pero otros se limitan a dar el diagnóstico y dan recomendaciones de cuidados y el tratamiento. Entonces como médicos profesionales deben dar a conocer el resultado de forma más entendible posible que este a su alcance con el objetivo de brindar un servicio cálido al paciente que no maneja un vocabulario médico.

6.1.3.3 Servicio de atención post consulta

En el departamento de estadísticas el personal lleva un registro de los pacientes, y se comunican con ellos mediante llamadas telefónicas para confirmar las citas, y también confirman si el usuario ha asistido a la cita o no, si requieren de un nivel especializado de consulta ellos tramitan el turno para la especialidad requerida y se manejan con el Hospital Vicente Corral Moscoso mediante la contra-referencia que es el documento registro que llega a la institución para continuar con el tratamiento hasta resolverlo o dar seguimiento en caso que lo amerite.

El departamento de estadísticas a través de las llamadas lo que hace es verificar si el paciente se ha hecho atender, y si requiere una nueva cita sea en la institución en algún otra especialidad le separa un turno en caso de es necesario o le traslada al área de hospitalización cuando se requiere de una cirugía, pero el comprueba hasta que ya ha sido atendido y solucionado su problema de salud.

6.1.4 Existencia de la medicación.

El hospital cuenta con el departamento de farmacia en donde pudimos constatar que disponían de un alto stop de medicamentos básicos.

Se pudo observar que es su mayoría contaban con medicamento genérico y que por disposición del ministerio de salud la medicación no debe cobrada o ser fruto de comercialización.

El hospital posee una bodega adecuada para el mantenimiento de la medicación y este almacén de medicina se encuentra ubicado en la parte posterior del hospital en una zona aislada y especial para su almacenamiento.

Al analizar el testimonio de las personas ellas nos explicaban que las medicinas eran suministradas unas veces completamente según la dosis, pero que en varias ocasiones siempre tenían que adquirir alguna medicación que no disponía el hospital, que en su mayoría lo que les provenían era analgésicos.

En el área de hospitalización encontramos que los usuarios tenían que disponer del servicio privado de farmacias para su restablecimiento de la salud, porque necesitaban disponer de sueros que no se encontraban en la farmacia u otro medicamento que no disponían y que se exigía los tengan al día para su tratamiento efectivo.

Pero en general la medicación si se suministraba y si tienen un buen stock de medicamentos que cubre las necesidades básicas de salud determinadas por las causas de morbilidad más frecuentes que se registran en el área.

En la existencia de medicinas hay una serie de anticonceptivos para la mujer y se fomenta el cuidado de la salud sexual y reproductiva ya que disponen incluso de condones para los caballares.

En general la existencia de medicamento es adecuada pero no hay un línea variada y adecuada de ellos, es decir existe medicamentos básicos.

6.1.5 Tiempo de espera para recibir la medicación

Luego de que los médicos atendieron al paciente, se le entrega una receta para que a su vez sea entregada en la farmacia, que debe estar adjuntada con la cedula, el usuario generalmente espera entre 5 a 8 minutos para que la encargada de la farmacia le entregue los medicamentos que están recetados, pero puede haber inconvenientes en este transcurso, ya que puede darse que como el espacio de la farmacia es reducido y tal vez el medicamento siga empaquetado el cual genera una demora de más de 15 minutos , o a su vez haya stock del mismo, que suele darse generalmente, ya que existe falta de medicamentos para abastecer a la farmacia para que logre cumplir con sus funciones a cabalidad.

Los usuarios nos supieron indicar que por falta de medicamentos, en la farmacia, tienen que comprar el medicamento en una farmacia particular, generándoles un gasto a las personas que acuden principalmente a este hospital, por los escasos recursos que tienen, y sin embargo les toca gastar de sus bolsillos, para tener la medicación que necesitan de inmediato.

Debido a que solamente tienen los medicamentos básicos (vitaminas, analgésicos, anticonceptivos, etc.) es decir no se tiene diversificación de medicamentos causando malestar y por ende no se brinda un servicio bueno a la comunidad, no cumple con las necesidades de los usuarios, existiendo una desconformidad en ciertas ocasiones.

Para determinar de abastecimiento de la medicina se examinan las causas de morbilidad y en función a ella se dota de esta medicina para dar solución a la demanda de los problemas más comunes que atiende el hospital.

6.1.6 Condiciones higiénicas del hospital

El personal de limpieza y lavandería trabaja arduamente por mantener las instalaciones limpias, lo que refleja al interior de las instalaciones del hospital es asepsia, se cuenta con depósitos de basuras clasificados y se corrobora que tanto las salas de hospitalización, los pasillos, servicios higiénicos, departamentos administrativos contaban con depósitos de basura.

Las salas de atención están limpias, se da mantenimiento a las camas se cambian cada momento las sabanas y se lava las colchas inmediatamente sale el paciente.

Para las operaciones o cirugías la vestimenta, sabanas entre otras de su misma clase son limpias y se esterilizan.

Se puede ver que en lo que respecta a ropería son planchadas, bien secas, limpias y estériles.

El personal de alimentación provee de alimentos sanos y se les prepara dietas estudiando el caso para proveerle al paciente lo que debe ingerir o no, estos alimentos son bien cocidos, debidamente higiénicos y de buen gusto.

El personal de limpieza realiza su labor 3 veces en la mañana, tarde y noche para mantener limpio el hospital o incluso cada momento están pendientes de la limpieza.

De la observación pudimos darnos cuenta que los departamentos administrativos por el papeleo que manejan en general mantienen acumulados los mismo por su trabajo lo requiere.

Lo que se ve que ha aumentado con el nuevo sistema mayor uso de registros para mantener la información en orden.

También se realiza una observación a las áreas verdes y zonas de parqueo ya que estas son las más descuidadas y no se les presta mucha atención a lo que pueden reflejar de lo que realmente es el servicio.

6.2 Análisis Estadístico Económico

El análisis estadístico económico tiene muchas características deseables de medir; sin embargo, se ha encontrado alguna resistencia en el ámbito sanitario para realizar el análisis de la institución evaluada por el carácter de ser un centro sanitario de segundo nivel, categorizado como un hospital básico.

Como hemos visto a partir de la revisión teórica de economía de la salud, esta forma de evaluación tiene varios problemas, entre ellos que no se pueden comparar tratamientos cuya efectividad se mide de forma distinta de acuerdo al problema que puede presentar un paciente, y compararlo con las contrariedades diferentes de otro paciente y que ambos sufren de la misma enfermedad. En la práctica, esto tiene como consecuencia que el análisis de costo eficiencia (ACE) sea poco ventajoso para tomar decisiones de asignación de recursos.

El análisis económico dentro del hospital se ha determinado su medición de acuerdo a la evaluación clínica en condiciones experimentales, que de acuerdo a la capacidad del hospital puede atender las necesidades básicas de salud de la población especialmente del sector vulnerable.

Una de las razones de estas resistencias es la relación que hay entre la medida del beneficio y el nivel de renta de las personas. Si medimos el beneficio sanitario mediante la disposición a pagar por un tratamiento, quien más renta tiene más dispuesto está a pagar y, por tanto, influye más en la forma de medir el beneficio sanitario.

Para realizar el análisis se ha tomado como base las seis principales causas de morbilidad registradas por el hospital de acuerdo a la realidad del cantón que acude al centro hospitalario por la presencia de estas enfermedades con un registro que evidencia su presencia en la mayoría de casos durante el año 2012 y que comparado con 3 años anteriores se van presentado causas análogas.

Este análisis se estableció pues al estudiar las principales causas de enfermedad se atiende a la sociedad que presenta estos cuadros clínicos con mayor frecuencia beneficiándoles lo que les representaría cubrir ocasionalmente la curación de su enfermedad.

Para realizar la evaluación económica se evalúa a partir de la Consulta Ambulatoria pues en las condiciones del cantón únicamente se disponen de consultorios clínicos y no existe una clínica de cuidados hospitalarios en cuanto al sector privado, el hospital es el único centro del cantón que ofrece servicio de consulta ambulatoria y hospitalización.

La determinación de cada enfermedad y su tratamiento se ha realizado con la ayuda de un profesional de la salud y se ha corroborado los valores económicos de acuerdo a datos recogidos por consulta clínica, en farmacias, centro radiológico y en laboratorios de análisis de lugar para analizar y tener el panorama real, pues la disposición para adquirirlos se realiza en el cantón.

A cada uno de las enfermedades se le ha asignado el costo por consulta de \$15,00 promedio que se cancela a la hora de acudir a un consultorio privado. Se explica la enfermedad de forma que pueda ser comprendida a falta de vocabulario en medicina en general a la población que demanda el servicio.

Se propone el plan de costos para determinar lo que el usuario de salud del hospital debe cancelar al recibir la asistencia sanitaria. El análisis del costo beneficio es la representación del valor monetario del usuario que recibe el servicio del hospital al no cancelar valores por la consulta, exámenes y tratamiento, que al ser de carácter público es financiado por el presupuesto destinado para el sector salud por parte del estado.

6.2.1 Determinación del Costo del Tratamiento Bajo Dos Escenarios

A continuación se detalla el registro de las enfermedades presentes en el cantón con mayor frecuencia:

Tabla 6.9 Seis Principales Causas de Morbilidad

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD	
ENFERMEDAD	NUMERO DE PACIENTES INFECTADOS
Amebiasis	662
Amigdalitis aguda	451
Diarrea y gastroenteritis	341
Hipertensión esencial	255
Neumonía organismo no especificado	185
Gastritis y duodenitis	172

Fuente: Departamento de Estadística del Hospital San Sebastián.

Elaboración: Las Autoras.

6.2.1.1 Primera Causa de Morbilidad: AMEBIASIS

Es una enfermedad parasitaria del intestino producida en el tipo de alimentación que se ha producido por la infección de la ameba *Entamoeba histolytica*. El enfermo presenta fuertes dolores abdominales, se alternan diarreas leves y otras veces se encuentra la presencia de heces sanguinolentas. El método de análisis para recobrar los quistes es a través de la materia fecal y con el uso de coloraciones se permite la visualización de los elementos parasitarios en el examen microscópico. Una vez terminado el tratamiento se realiza otro examen microscópico para determinar la eliminación del parásito o continuar un nuevo tratamiento que puede hacerse después de un cierto tiempo. Esta enfermedad es de carácter curativa y no se requiere reposo salvo si se determina que sea crónica.

Tabla 6.10 Tratamiento A: Amebiasis

COSTO PARA TRATAR LA AMEBIASIS							
	RECURSOS	DURACIÓN	MÉTODO DE INDUCCIÓN	COMO CONSUMIR LA MEDICACIÓN	CANTIDAD	COSTO UNIT	COSTO TOTAL
METODO DE ANALISIS	Examen de Eses		Por medio de heces fecales		2 exámenes	\$3,00	\$6,00
TRATAMIENTO	Secnidazol	2 días	Vía Oral	1 x día	2 tabletas	\$2,30	\$4,60
COSTO TOTAL DEL TRATAMIENTO							\$10,60

Fuente: Dr. Pablo Illescas, *Colaborador En El Análisis De Las Seis Principales Causas De Enfermedad Del Cantón Sígsg.* Junio 2013.

Elaboración: Las Autoras.

Tabla 6.11 Tratamiento B: Amebiasis

COSTO PARA TRATAR LA AMEBIASIS							
	RECURSOS	DURACIÓN	MÉTODO DE INDUCCIÓN	COMO CONSUMIR LA MEDICACIÓN	CANTIDAD	COSTO UNIT	COSTO TOTAL
METODO DE ANALISIS	Examen de Heces		Por heces fecales		2 exámenes	\$3,00	\$6,00
TRATAMIENTO	Metronidazol	7 días	Vía Oral	Cada 8 horas	21 tabletas	\$0,05	\$1,05
COSTO TOTAL DEL TRATAMIENTO							\$7,05

Fuente: Dr. Pablo Illescas, *Colaborador En El Análisis De Las Seis Principales Causas De Enfermedad Del Cantón Sísig*. Junio 2013.

Elaboración: Las Autoras.

Se analizan dos tratamientos dando a conocer que cualquiera de ellos cura el problema. El primer tratamiento es el más recomendado por el médico, su valor es de \$10,60 más la consulta sería \$25, 60 sin embargo vemos que el tratamiento B resulta más económico y es de \$7,05 más la consulta \$22,05 al comparar los valores lo que le representa al paciente pagar más \$3,55 por el primer tratamiento que resulta más efectivo.

Al realizar la consulta en el hospital se evidencio que el examen y medicamento indicado si tiene el hospital.

Medidas preventivas básicas:

- Tratamiento de aguas con cloro y sistemas de filtrado para la eliminación correcta de aguas residuales.
- Higiene personal y alimentaria: lavarse las manos antes de comer, lavar los alimentos, cocer bien los alimentos, etc.
- Las prácticas sexuales con protección.

El análisis de calidad de vida para el paciente es que se evita el malestar y le permite tener un mejor estado de ánimo una vez realizado el tratamiento.

6.2.1.2 Segunda Causa de Morbilidad: AMIGDALITIS AGUDA

Es la inflamación de una o varias amígdalas linfáticas producidas por una infección.

La edad de máxima incidencia de la amigdalitis de causa bacteriana es de 3 a 15 años; es una complicación auto-limitada pero seria, que requiere tratamiento médico precoz (antibióticos y ocasionalmente cirugía). El enfermo presenta dolor de garganta, ganglios de la mandíbula y garganta sensibles, hinchazón facial, babeo, dolor de cabeza, fiebre, escalofríos, dificultad y dolor al abrir la boca y ocasionalmente, ronquera. El método de análisis se determina por la examinación del médico. Esta enfermedad es de carácter curativa y se requiere reposo de dos días, se puede requerir cirugía salvo si se determina pertinente.

Tabla 6.12 Tratamiento A: Amigdalitis

COSTO PARA TRATAR LA AMIGDALITIS							
	RECURSOS	DURACIÓN	MÉTODO DE INDUCCIÓN	COMO CONSUMIR LA MEDICACIÓN	CANTIDAD	COSTO UNIT	COSTO TOTAL
METODO DE ANALISIS	Consulta Medica		Palpar y observar la zona			\$15,00	\$15,00
TRATAMIENTO	Ampicilina	7 días	Vía Oral	Cada 12 horas	14 tabletas	\$0,25	\$3,50
	Ibuprofeno	7 días	Vía Oral	Cada 8 horas	21 tabletas	\$0,12	\$2,52
COSTO TOTAL DEL TRATAMIENTO							\$21,02

Fuente: Dr. Pablo Illescas, *Colaborador En El Análisis De Las Seis Principales Causas De Enfermedad Del Cantón Sísig*. Junio 2013.

Elaboración: Las Autoras.

Tabla 6.13 Tratamiento B: Amigdalitis

COSTO PARA TRATAR LA AMIGDALITIS							
	RECURSOS	DURACIÓN	MÉTODO DE INDUCCIÓN	COMO CONSUMIR LA MEDICACIÓN	CANTIDAD	COSTO UNIT	COSTO TOTAL
METODO DE ANALISIS	Consulta Medica		Palpar y observar la zona			\$15,00	\$15,00
TRATAMIENTO	Cefuroxina	7 días	Vía Oral	Cada 12 horas	14 tabletas	\$1,25	\$17,50
	Cataflam	7 días	Vía Oral	Cada 12 horas	14 tabletas	\$0,30	\$4,20
COSTO TOTAL DEL TRATAMIENTO							\$36,70

Fuente: Dr. Pablo Illescas, *Colaborador En El Análisis De Las Seis Principales Causas De Enfermedad Del Cantón Sísig*. Junio 2013.

Elaboración: Las Autoras.

Cualquiera de los tratamientos atiende la enfermedad. El primer tratamiento recomendado por el médico tiene el valor de \$21,02 sin embargo vemos que el tratamiento B resulta más caro y es más recomendado por su dosis de concentración su valor asciende a \$36,70 al comparar los valores lo que le representa al paciente pagar más por el segundo tratamiento \$15,68 y sabiendo que el primer resulta igualmente efectivo.

Al realizar la consulta en el hospital se evidencio que el primer medicamento indicado si tiene el hospital, y que se tiene medicina de carácter genérico y la concentración de sus componentes es inferior a lo que sería lo recomendado por el médico en el segundo tratamiento, por lo tanto el paciente elige en su demanda, si recurrir al hospital o adquirir con recursos propios y devengar un gasto de su sueldo.

6.2.1.3 Tercera Causa de Morbilidad: DIARREA Y GASTROENTERITIS

Se refiere a la inflamación del estómago y los intestinos a raíz de un virus. La gastroenteritis puede afectar a una persona o a un grupo de personas que hayan ingerido el mismo alimento o hayan tomado la misma agua. Los microorganismos pueden entrar en el alimento que usted consume (lo que se denomina contaminación) de diferentes maneras, la gastroenteritis viral es una causa importante de diarrea grave tanto en adultos como en niños y muchos tipos de virus la pueden causar; los síntomas abarcan: dolor abdominal, diarrea, náuseas y vómitos más presentes. Otros síntomas pueden ser: escalofríos, piel fría y húmeda o sudoración, fiebre, rigidez articular o dolor muscular, alimentación deficiente, pérdida de peso; esta es una complicación que limita al paciente durante su presencia para desenvolverse efectivamente en sus labores cotidianas. El método de análisis se determina por la examinación del médico y se emplea exámenes para evaluar las muestras de materia fecal con el fin de identificar el virus causante de la enfermedad. El objetivo del tratamiento es prevenir la deshidratación, garantizando que el cuerpo tenga suficiente agua y líquidos (sales y minerales) perdidos en la diarrea o el vómito y deben reponerse tomando líquidos adicionales. Incluso si usted no es capaz de comer, aún debe tomar líquidos adicionales entre comidas porque una deshidratación grave requiere la hospitalización. Esta enfermedad es de carácter curativa y se requiere reposo de 48 horas.

Tabla 6.14 Tratamiento Diarrea y Gastroenteritis A

COSTO PARA TRATAR LA DIARREA Y GASTROENTERITIS							
	RECURSOS	DURACIÓN	MÉTODO DE INDUCCIÓN	COMO CONSUMIR LA MEDICACIÓN	CANTIDAD	COSTO UNIT	COSTO TOTAL
METODO DE ANALISIS	Consulta Medica		Palpar y observar la zona		1	\$15,00	\$15,00
	Examen de heces				1	\$3,00	\$3,00
TRATAMIENTO	Ciprofloxacina	7 días	Vía Oral	Cada 12 horas	14 tabletas	\$0,50	\$7,00
	Ibuprofeno	7 días	Vía Oral	Cada 12 horas	14 tabletas	\$0,12	\$1,68
	Hidratación oral	2 días	Vía Oral	Durante las 2 días	2 frascos	\$3,00	\$6,00
COSTO TOTAL DEL TRATAMIENTO							\$32,68

Fuente: Dr. Pablo Illescas, *Colaborador En El Análisis De Las Seis Principales Causas De Enfermedad Del Cantón Sigsig*. Junio 2013.

Elaboración: Las Autoras.

Tabla 6.15 Tratamiento Diarrea y Gastroenteritis B

COSTO PARA TRATAR LA DIARREA Y GASTROENTERITIS							
	RECURSOS	DURACIÓN	MÉTODO DE INDUCCIÓN	COMO CONSUMIR LA MEDICACIÓN	CANTIDAD	COSTO UNIT	COSTO TOTAL
METODO DE ANALISIS	Consulta Medica		Palpar y observar la zona		1	\$15,00	\$15,00
	Examen de heces fecales				1	\$3,00	\$3,00
TRATAMIENTO	Sulfa	7 días	Vía Oral	Cada 12 horas	14 tabletas	\$0,13	\$1,82
	Acetaminofen	7 días	Vía Oral	Cada 8 horas	21 tabletas	\$0,03	\$0,63
	Hidratación oral	2 días	Vía Oral	Durante las 2 días	2 frascos	\$3,00	\$6,00
COSTO TOTAL DEL TRATAMIENTO							\$26,45

Fuente: Dr. Pablo Illescas, *Colaborador En El Análisis De Las Seis Principales Causas De Enfermedad Del Cantón Sigsig*. Junio 2013.

Elaboración: Las Autoras.

Cualquiera de los tratamientos atiende la enfermedad, en el caso del primero se determina si requiere otro tratamiento posterior para curarlo y en el segundo se atiende la enfermedad en el momento.

El primer tratamiento es reconocido como más efectivo su costo es de \$41,68 mientras que el B es menos \$6,23 de lo que representa pagar por el primero \$26,45.

Las personas con mayor riesgo de gastroenteritis grave son los niños pequeños, los ancianos y las personas que tienen el sistema inmunitario debilitado. Los niños pueden resultar gravemente enfermos por la deshidratación causada por la diarrea. El rotavirus provoca gastroenteritis severa en bebés y niños pequeños. Se puede presentar deshidratación severa y la muerte en este grupo de edad.

Las personas con diarrea que se deshidraten bastante necesitan líquidos intravenosos (directamente en una vena). Esto ocurre con los bebés al no ser hidratados como se puede hidratar una persona adulta o un niño.

Al realizar la consulta en el hospital se evidencio que cuentan con el medicamento indicado y que se prescribe el tratamiento según cada caso específico lo que por lo tanto el paciente elige en su demanda en cuanto al examen, si recurrir al hospital o adquirir con recursos propios y devengar un gasto de su sueldo.

Recomendaciones:

La mayoría de los virus y bacterias se transmiten de una persona a otra por no lavarse las manos. La mejor forma de prevención de la gastroenteritis viral es por medio de una adecuada manipulación de los alimentos y del lavado cuidadoso de las manos después de usar el baño. Se recomienda la vacuna en bebés para prevenir la infección grave por rotavirus comenzando a la edad de dos meses.

6.2.1.4 Cuarta Causa de Morbilidad: HIPERTENSIÓN ESENCIAL

Es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de la presión sanguínea en las arterias. La hipertensión es una enfermedad asintomática y fácil de detectar; sin embargo, cursa con complicaciones graves y letales si no se trata a tiempo. La hipertensión crónica es el factor de riesgo modificable más importante para desarrollar enfermedades cardiovasculares, así como para la enfermedad cerebrovascular y renal.

Se sabe también que los hombres tienen más predisposición a desarrollar hipertensión arterial que las mujeres, situación que se modifica cuando la mujer llega a la menopausia, ya que antes de esta posee hormonas protectoras que desaparecen en este periodo, a partir de ese momento la frecuencia se iguala, por lo tanto la mujer debe ser más vigilada para esta enfermedad en los años de la menopausia. La hipertensión arterial se asocia a tasas de morbilidad y mortalidad considerablemente elevadas, por lo que se considera uno de los problemas más importantes de salud pública. Una vez determinada la enfermedad se realiza un control cada tres meses y lo recomendable es evaluarse con un especialista que determine lo mejor en cada caso. Esta enfermedad es de carácter progresiva, no requiere reposo salvo si se determina cuando haya agravado.

Tabla 6.16 Tratamiento A: Hipertensión Esencial

COSTO PARA TRATAR LA HIPERTENSIÓN ESENCIAL							
	RECURSOS	DURACIÓN	MÉTODO DE INDUCCIÓN	COMO CONSUMIR LA MEDICACIÓN	CANTIDAD	COSTO UNIT	COSTO TOTAL
METODO DE ANALISIS	Consulta Clínica				1	\$15,00	\$15,00
TRATAMIENTO	Enalapril	3 meses	Vía Oral	1 x día	90 tabletas	\$0,30	\$27,00
COSTO TOTAL DEL TRATAMIENTO							\$42,00

Fuente: Dr. Pablo Illescas, *Colaborador En El Análisis De Las Seis Principales Causas De Enfermedad Del Cantón Sigsig*. Junio 2013.

Elaboración: Las Autoras.

Tabla 6.17 Tratamiento B: Hipertensión Esencial

COSTO PARA TRATAR LA HIPERTENSIÓN ESENCIAL							
	RECURSOS	DURACIÓN	MÉTODO DE INDUCCIÓN	COMO CONSUMIR LA MEDICACIÓN	CANTIDAD	COSTO UNIT	COSTO TOTAL
METODO DE ANALISIS	Consulta Clínica				1	\$15,00	\$15,00
TRATAMIENTO	Lozartan	7 días	Vía Oral	1 x día	90 tabletas	\$0,65	\$58,50
COSTO TOTAL DEL TRATAMIENTO							\$73,50

Fuente: Dr. Pablo Illescas, *Colaborador En El Análisis De Las Seis Principales Causas De Enfermedad Del Cantón Sigsig*. Junio 2013.

Elaboración: Las Autoras.

Se analizan dos tratamientos dando a conocer que cualquiera de ellos mantiene controlado la hipertensión pero es necesario analizar cada caso individual y determinar cuál es aplicable según la condición de salud del paciente realmente vemos que el primer tratamiento es más económico pero en este caso no es recomendable escoger el tratamiento sino acatar las recomendaciones del profesional de salud. Es importante mencionar que esta enfermedad es de carácter progresiva y es para toda la vida y que el promedio en que se puede determinar su presencia es a la edad de 35 años, el tratamiento que se propone le da una duración de tres meses a partir de ello es recomendable acudir a una nueva consulta para determinar que el estado de salud con la presencia de esa enfermedad sea el adecuado o si se han presentado mayores riesgos.

Al realizar la consulta en el hospital se evidencio que se da control a esta enfermedad y que existe el medicamento indicado.

6.2.1.5 Quinta Causa de Morbilidad: NEUMONIA ORGANISMO NO ESPECIFICADO

Enfermedad del sistema respiratorio que consiste en la inflamación de los espacios alveolares de los pulmones. Es la afección respiratoria aguda baja acompañada de infiltrados radiológicos compatibles con la presencia de un proceso inflamatorio a nivel del espacio alveolar, el intersticio pulmonar o ambos, posteriormente se deberá considerar si es “presumiblemente viral” o “presumiblemente bacteriana”, este cuadro que comprende una constelación de síntomas y signos (fiebre, escalofríos, tos, respiración bronquial, presentan una tos que produce un esputo herrumbroso o de color marrón o verde, o flema. La disnea también es habitual, al igual que un dolor torácico pleurítico, un dolor agudo o punzante, que aparece o empeora cuando se respira hondo. Los enfermos de neumonía pueden toser sangre, sufrir dolores de cabeza o presentar una piel sudorosa y húmeda. Otros síntomas posibles son falta de apetito, cansancio, cianosis, náuseas, vómitos, cambios de humor y dolores articulares o musculares y presenta una expansión mermada del tórax en el lado afectado. La neumonía puede ser una enfermedad grave si no se detecta a tiempo, y puede llegar a ser mortal, especialmente entre personas de edad avanzada y entre los inmunodeprimidos.

Puede ser altamente contagiosa, ya que el virus se disemina rápidamente en el aire, por medio de estornudos, tos y mucosidad; un paciente que ha padecido neumonía puede quedar con secuelas de esta en su organismo por mucho tiempo, esto lo hace potencialmente contagioso y las personas más propensas a contraerla son las que estén en curso de una gripe, un cuadro asmático, entre otras enfermedades del aparato respiratorio. El método de análisis se determina por la examinación del médico y se emplea exámenes radiológicos para evaluar las muestras de su presencia e identificar como afecta la enfermedad también se realizan pruebas analíticas sanguínea y cultivos microbiológicos de esputo y sangre, muchas veces no se determina una causa específica y el tratamiento de la neumonía debe estar basada en el conocimiento del microorganismo causal y su sensibilidad a los antibióticos conocidos. La mayoría de casos puede ser tratada sin hospitalización, los antibióticos orales, reposo, líquidos, y cuidados en el hogar son suficientes para completar la resolución, sin embargo, las personas con neumonía que están teniendo dificultad para respirar y las personas mayores pueden necesitar un tratamiento más avanzado. Si los síntomas empeoran o se producen complicaciones, la persona a menudo tiene que ser hospitalizada. Esta enfermedad es de carácter curativa y se requiere reposo de 7 días.

Tabla 6.18 Tratamiento A: Neumonía

COSTO PARA TRATAR LA NEUMONIA							
	RECURSOS	DURACIÓN	MÉTODO DE INDUCCIÓN	COMO CONSUMIR LA MEDICACIÓN	CANTIDAD	COSTO UNIT	COSTO TOTAL
METODO DE ANALISIS	Consulta Medica		Palpar y observar la zona		1	\$15,00	\$15,00
	Examen de torax				1	\$3,00	\$3,00
TRATAMIENTO	Cefuroxina	7 días	Vía Oral	Cada 12 horas	14 tabletas	\$1,25	\$17,50
	Acetaminofen	7 días	Vía Oral	Cada 8 horas	21 tabletas	\$0,03	\$0,63
	Jarabe Expectorante	7 días	Vía Oral	Cada 12 horas	1 frasco	\$7,58	\$7,58
	Inhalador Respiratorio	7 días	Vía Nasal	Durante los 7 días	1 ventolin	\$7,50	\$7,50
COSTO TOTAL DEL TRATAMIENTO							\$32,68

Fuente: Dr. Pablo Illescas, *Colaborador En El Análisis De Las Seis Principales Causas De Enfermedad Del Cantón Sísig*. Junio 2013.

Elaboración: Las Autoras.

Tabla 6.19 Tratamiento B: Neumonía

COSTO PARA TRATAR LA NEUMONIA							
	RECURSOS	DURACIÓN	MÉTODO DE INDUCCIÓN	COMO CONSUMIR LA MEDICACIÓN	CANTIDAD	COSTO UNIT	COSTO TOTAL
METODO DE ANALISIS	Consulta Medica		Palpar y observar la zona		1	\$15,00	\$15,00
	Examen de torax				1	\$3,00	\$3,00
TRATAMIENTO	Ampicilina	7 días	Vía Oral	Cada 12 horas	14 tabletas	\$0,25	\$3,50
	Gentamicina	5 días	Vía Muscular	1 cada día	5 ampollas	\$1,36	\$6,80
	Ibuprofeno	7 días	Vía Oral	Cada 12 horas	14 tabletas	\$0,12	\$1,68
	Inhalador Respiratorio	7 días	Vía Nasal	Durante los 7 días	1 ventolin	\$7,50	\$7,50
	Jeringuillas	7 días			7 jeringas	\$0,10	\$0,50
COSTO TOTAL DEL TRATAMIENTO							\$32,68

Fuente: Dr. Pablo Illescas, *Colaborador En El Análisis De Las Seis Principales Causas De Enfermedad Del Cantón Sígsg.* Junio 2013.

Elaboración: Las Autoras.

Cualquiera de los tratamientos atiende la enfermedad, en el caso del primero se determina si requiere otro tratamiento posterior para curarlo y en el segundo se atiende la enfermedad en el momento. El segundo tratamiento es reconocido como más efectivo su costo es de \$41,68 mientras que el A es menos \$6,23 de lo que representa pagar por el primero \$26,45.

Las personas con mayor riesgo grave son los niños pequeños, los ancianos y las personas que tienen el sistema inmunitario debilitado. Los niños pueden resultar gravemente enfermos y la muerte en este grupo de edad.

Al realizar la consulta en el hospital se evidencio que cuentan con el medicamento indicado y que se prescribe el tratamiento según cada caso específico lo que por lo tanto el paciente elige en su demanda en cuanto al examen, si recurrir al hospital o adquirir con recursos propios y devengar un gasto de su sueldo.

Recomendaciones:

La mayoría de los virus y bacterias se transmiten de una persona a otra por lo que es importante taparse con el codo al momento de estornudar. La mejor forma de prevención es por medio de una adecuada manipulación de los alimentos y del cuidadoso ante frío o inclusive el exceso de calor. Se recomienda la vacuna en bebés para prevenir la infección grave comenzando a la edad de dos meses.

6.2.1.6 Sexta Causa de Morbilidad: GASTRITIS Y DUODENITIS

Es la inflamación por irritación y erosión del recubrimiento interno (mucosa) del estómago (gastritis) o duodeno (duodenitis). El duodeno es la primera parte del intestino delgado que conecta con el estómago. La enfermedad puede ser aguda (de aparición súbita) o crónica (de aparición gradual). Se refiere a la inflamación del estómago y los intestinos a raíz de un virus. El estómago produce normalmente una cantidad de ácido necesario para la digestión de los alimentos. Con el fin de que estos ácidos no dañen nuestros propios tejidos el estómago y duodeno cuentan con mecanismos de defensa que nos protegen de la autodigestión, como lo es la formación de moco para neutralizar el ácido y varios otros en su mucosa. Debe existir entonces un equilibrio entre la producción de ácido y los mecanismos de protección de la mucosa y el duodeno. Si el equilibrio se pierde porque aumenta la producción de ácido (hipersecreción ácida) o por que disminuyen los mecanismos de protección se da entonces la irritación e inflamación del estómago y duodeno que progresan y se intensifican hasta formar erosiones y úlceras. Si el orificio ulceroso se profundiza puede atravesar todas las capas del estómago causando perforación con salida del contenido ácido y alimenticio a la cavidad abdominal (peritonitis), lo cual se considera una urgencia quirúrgica. Algunos factores que alterna este equilibrio son: malos hábitos alimenticios, una mala dieta, consumo de alimentos irritantes conocidos como secretagogos (aumentan la producción de ácido), alcohol, tabaco, el estrés (que también causa hipersecreción ácida), infecciones, la presencia de *helicobacter pylorii*, el reflujo biliar al estómago, medicamentos (como la aspirina y otros antiinflamatorios como el naproxeno y el diclofenaco), ingestión de sustancias corrosivas o cáusticas (sustancias tóxicas) y la presencia de enfermedades crónicas como el reumatismo, diabetes o hipertensión (en gran medida por la necesidad del uso crónico de medicamentos). Puede encontrarse a veces el antecedente familiar por

lo que la tendencia a la hipersecreción ácida puede tener bases genéticas también. Sus síntomas son dolor ardoroso o quemante, agruras (sensación de acidez o quemante), indigestión, inflamación y distensión abdominal, pérdida de apetito (gastritis o úlcera gástrica) o sensación de vacío y hambre (en duodenitis y úlcera duodenal), eructos, hipo, náuseas, salivación excesiva, vómitos que en los casos más graves pueden ser con sangre y evacuaciones negras (melena) por sangre digerida. Los síntomas son más intensos por la mañana, se exacerban con los periodos de ayuno y disminuyen con los alimentos. Incluso puede haber la necesidad de estar comiendo algo para aliviarlos. Sin embargo, en el caso de las úlceras gástricas el dolor puede ser más intenso con los alimentos y calmarse con el ayuno y es más intenso por la tarde o noche. Su médico determinara con el examen físico y el estudio de mayor utilidad es la panendoscopia, realizada por un gastroenterólogo endoscopista bajo sedación y que consiste en la introducción por la boca de un tubo flexible con una cámara en la punta que permite visualizar su esófago, estómago y duodeno. Permite también tomar biopsias, es decir, muestras de tejido para su análisis y diagnóstico. Otros estudios de utilidad que pueden solicitarse en algunos casos son la serie esofagogastroduodenal (SEGD). La SEG D es un estudio radiológico que consiste en la ingestión de un líquido con bario para pintar esófago, estómago y duodeno y tomar una radiografía que permite visualizar estas áreas. Esta enfermedad es de carácter aguda y se requiere reposo de 48 horas.

Tabla 6.20 Tratamiento A: Gastritis y Duodenitis

COSTO PARA TRATAR LA GASTRITIS Y DUODENITIS								
	RECURSOS	DURACIÓN	MÉTODO DE INDUCCIÓN	COMO CONSUMIR LA MEDICACIÓN	CANTIDAD	COSTO UNIT	COSTO TOTAL	
METODO DE ANALISIS	Consulta Medica		Palpar y observar la zona		1	\$15,00	\$15,00	
	Examen de sangre				1	\$10,00	\$10,00	
TRATAMIENTO	Omeprazol	3 mese	Vía Oral	1 cada día	90 tabletas	\$0,30	\$27,00	
	Antiácido en suspensión	2 meses	Vía Oral	Después de cada comida	2 frascos	\$6,15	\$12,30	
COSTO TOTAL DEL TRATAMIENTO								\$64,30

Fuente: Dr. Pablo Illescas, *Colaborador En El Análisis De Las Seis Principales Causas De Enfermedad Del Cantón Sígsig*. Junio 2013.

Elaboración: Las Autoras.

Tabla 6.21 Tratamiento B: Gastritis y Duodenitis

COSTO PARA TRATAR LA GASTRITIS Y DUODENITIS							
	RECURSOS	DURACIÓN	MÉTODO DE INDUCCIÓN	COMO CONSUMIR LA MEDICACIÓN	CANTIDAD	COSTO UNIT	COSTO TOTAL
METODO DE ANALISIS	Consulta Medica		Palpar y observar la zona		1	\$15,00	\$15,00
	Examen de sangre				1	\$10,00	\$10,00
TRATAMIENTO	Lanzoprazol	3 mese	Vía Oral	1 cada día	90 tabletas	\$0,31	\$27,90
	Antiácido en suspensión	2 meses	Vía Oral	Después de cada comida	2 frascos	\$6,15	\$12,30
COSTO TOTAL DEL TRATAMIENTO							\$65,20

Fuente: Dr. Pablo Illescas, *Colaborador En El Análisis De Las Seis Principales Causas De Enfermedad Del Cantón Sígsg.* Junio 2013.

Elaboración: Las Autoras.

Cualquiera de los tratamientos atiende la enfermedad. El primer tratamiento es reconocido como más efectivo su costo es de \$64,30 mientras que el B es menos \$0,90 de lo que representa pagar por el segundo \$65,20.

Las personas con mayor riesgo de gastroenteritis grave son las personas que tienen el sistema inmunitario debilitado. Las personas con diarrea que se deshidraten bastante necesitan líquidos intravenosos (directamente en una vena).

Al realizar la consulta en el hospital se evidencio que cuentan con el medicamento indicado y que se prescribe el tratamiento según cada caso específico lo que por lo tanto el paciente elige en su demanda en cuanto al examen, si recurrir al hospital o adquirir con recursos propios y devengar un gasto de su sueldo.

Este análisis compara el costo contra la efectividad que se obtiene al implementar una mejor tecnología a los hospitales, al hablar de tecnología nos referimos a los medicamentos, dispositivos y procedimientos médicos y quirúrgicos utilizados en la atención sanitaria como sistema organizativo y de soporte para propiciar la atención, es decir mejorar las condiciones de vida de las personas, con un buen servicio de salud y prevenir enfermedades.

Se compara la tecnología que se utiliza actualmente, contra la que dispone el hospital, que como bien sabemos podrá otorgar mayores beneficios, pero los recursos son escasos y se deben asignar adecuadamente a cada área de salud, para que estas a su vez puedan manejar de la mejor manera estos recursos, como es el caso del hospital que tiene un laboratorio básico que realiza exámenes que comúnmente se hacen, pero si alguna persona necesita hacerse un examen que requiera mayor estudio, deben gastar de sus bolsillos, ya que no se cuenta con el equipo necesario para realizar este tipo de exámenes, y como consecuencia genera un gasto para el usuario.

Por ello la efectividad sería que el hospital cuente con un equipo apropiado, con el que pueda ayudar a la comunidad para realizarse estos exámenes, que son necesarios para poder dar con el diagnóstico oportuno de la enfermedad, y esto no conlleve a un aplazamiento de tiempo, que puede ser perjudicial para el paciente que necesita ser atendido de inmediato.

Este estudio es el menos aplicado debido a que no se cuenta con recursos suficientes como para que se invierta en tecnología de primera, para mejorar la calidad de vida de las personas, debido a que al invertir en tecnología, el costo es mayor, pero no se toma en cuenta que mejoraría notablemente tanto el servicio como los requerimientos del paciente.

Debido a esto el hospital brinda solamente un servicio básico, para los pacientes, que si al ser el caso necesitan de otro tipo de atención deben ser trasladados a la ciudad de Cuenca al Hospital Vicente Corral Moscoso, que cuenta con mayor tecnología y personal para brindar un servicio especializado, que en ese momento necesita para mejorar su salud.

La evaluación económica del coste utilidad se basa en la valoración de las preferencias o utilidades de los individuos. Una vez determinadas esas utilidades se calculan y comparan los ratios (coste/ utilidad) de cada una de las alternativas. Y luego se elige la ratio de menor coste/utilidad.

- a) De un grupo de personas (enfermos) con ese determinado estado de salud (se ahorra el tiempo de explicación).
- b) De personas que no padecen determinado estado de salud, pero a los que previamente se les ha informado sobre ese determinado estado de salud que se quiere estudiar.

El Hospital San Sebastián del cantón Sígsig considera las preferencias o utilidades en estos dos grupos, en el primero se encuentran las personas que acuden al centro de salud, que con su evaluación previa de su estado, se le determina el diagnóstico y se le proporciona el tratamiento, en el hospital se controla al usuario a través de citas posteriores si el caso amerita.

La segunda con el traspaso del paciente a un hospital de especialidades para tratar las enfermedades que el hospital no puede atender con los recursos que dispone.

Medición de Años de Vida Ajustados Por Calidad:

Existe la disponibilidad del hospital para el control de la presión arterial, únicamente solo por medición, como una ayuda de control.

Se utiliza para su cálculo la Técnica Del Compromiso Temporal O Compensación Temporal debido a que no se da un seguimiento continuo en el hospital y se analiza en este método pues no se emplean las probabilidades y por ello es más sencillo. Lo importante en este método es el valor del tiempo de vida que se está dispuesto a vivir con un determinado estado de salud. Se calcula la utilidad cuando se llega a un punto en el que el valor del tiempo de vida es indiferente para el paciente entre las alternativas.

Alternativa 1: tener el mismo estado de salud el resto de su vida (t)

Alternativa 2: disfrutar de una vida más corta (x) pero más sana, y luego morir.

El valor del tiempo de vida se va cambiando hasta que el entrevistado es indiferente entre las dos alternativas.

El Costo Beneficio es conocer cuáles pueden ser los beneficios, que se puede brindar a la comunidad que necesita de ayuda para mejorar su salud.

La ventaja de utilizar el análisis costo beneficio, es que puede aportar información para saber si realmente los proyectos que se realizan benefician adecuadamente a la población a la cual se enfoca, como en el caso del Hospital podemos señalar que el Ministerio de Salud asigna recursos que los distribuye en las diferentes campañas que se realizan de acuerdo a su programación, es decir campañas que van dirigidas a ciertos nichos de la población, como son: vacunas, exámenes de prevención, charlas sobre educación sexual, etc., que son asignados de acuerdo a la edad, sexo, etc.

Estos son proyectos o campañas que tienen un cierto costo y cuyo beneficio es mejorar la salud de la población y a la vez que se mantengan debidamente informados. Ya que son varios beneficios de acuerdo al programa, o a la información que se otorgue a las personas que mejoran sus condiciones de vida.

Ya que el hospital pertenece al sector público, es decir que el estado lo financia, es el quien debe saber y conocer cuáles son las necesidades del país en la salud, ya que por medio del Ministerio se pueden conocer cuáles son las necesidades o requerimientos que tiene cada sector, debido a que se conocen cuáles son las enfermedades más comunes por regiones, y a la vez de cada provincia, que mediante reportes que entregan cada área de salud, el Ministerio puede conocer las particularidades de las mismas y asignar recursos acorde a sus requerimientos, que buscan mejorar la salud del país. En el hospital se ha determinado que tienen un presupuesto restringido y que atienden más al sector vulnerable.

6.2.2 Análisis Eficiencia y Eficacia

Este análisis se determinó en base a las encuestas realizadas en la que se evidencio que el personal es eficiente y eficaz al dar el servicio al usuario, ya que no se permite desperdiciar en lo posible, puesto que cada departamento lleva un registro de las actividades que realiza y los recursos que utiliza.

El departamento de imagenología se le abastece del material para su trabajo y en cada pedido que recepta viene con su respectiva orden, el personal registra el material utilizado y cuantos pacientes han asistido con los exámenes, se evidencia que no disponen de un radiólogo que del diagnóstico simplemente se sacan las placas que piden los médicos y esta situación es el que acarrea que los pacientes tengan que buscar otro medio privado. De igual manera lo realiza farmacia, laboratorio, los médicos, el personal de ropería, de cocina, los médicos y enfermeras, etc., todos los recursos son utilizados de la mejor manera lo que se evidencio es que en el área de lavandería se dispone de una lavadora y una secadora, entonces al momento que se da mantenimiento no se dispone de otra máquina para cubrir el trabajo.

En el departamento de laboratorios también existe una máquina de placas que se encuentra en desuso, esta realiza exámenes básicos que se presentan a diario en el hospital ya que no se dispone de los reactivos necesarios para ello, este punto es muy importante porque no se cubre las necesidades de laboratorio existentes a cabalidad, es importante reconocer que el cuenta con material necesario y a todo momento para otros exámenes básicos como los de eses, orina, entre otros y que son analizados muy bien por el personal, se verifica este hecho ya que existe un protocolo de revisión de las placas analizadas para determinar que los estudios de laboratorio son realizados con veracidad.

Se ha determinado que el personal médico y de enfermería atienden cordialmente a los pacientes incluso han mencionado muchos que evidentemente han diagnosticado y dado cuidados médicos muy acertados.

Los funcionarios también tratan muy bien a las personas con amabilidad y cordialidad.

Se ha llegado a la conclusión que el personal trabaja de forma eficiente y eficaz.

6.2.2.1 Entrevistas

Entrevistas Realizadas Al Personal Que Labora En El Hospital

Las entrevistas fueron realizadas después de los hallazgos en la encuestas, planteándose realizar las mismas en las áreas en donde se determinó insatisfacción de los usuarios.

Cuyo objetivo es conocer cuál es la razón o la causa por la que los usuarios perciben a estos servicios como no muy buenos.

Entrevista 1.

Departamento: Laboratorio.

Entrevistado/a: Sra. Amada Pesantez.

Cargo: Auxiliar de Laboratorio.

¿Cuánto tiempo labora usted en el Hospital?

Estoy trabajando alrededor de 14 o 15 años en el hospital.

¿Describa con sus palabras cual es el rol que desempeña en el Hospital?

Soy la encargada de recibir la orden que los médicos, entregan a los pacientes para que se realicen los exámenes, que necesitan para el diagnóstico de la enfermedad, el momento que me entregan la orden reviso que no mas necesito para que el paciente me entregue y poder realizar todo lo que la orden me indica, común mente se le pide al paciente muestras de orina, ss., y si es necesario el análisis de sangre, se le indica al paciente oportunamente que tiene que venir en ayunas para que se lo pueda realizar.

Luego de tener las muestras necesarias, se procede al respectivo análisis con los reactivos que dispone el hospital, y no menos de 12 horas están listos los resultados que son entregados al paciente, para que este a su vez los entregue al médico.

¿De acuerdo al nuevo modelo de atención que se ha implementado en el hospital ha visto que ha mejorado su labor?

Desde los años que llevo laborando en el hospital siempre han existido fallas que en el transcurso del tiempo hemos ido mejorando pero desde el mes de marzo más o menos, ha mejorado considerablemente el control en todas las áreas que funcionan en el hospital, y por ello también las exigencias, debido a que se lleva un registro de los materiales que utilizamos, eso quiere decir que no se puede desperdiciar ni un solo material de laboratorio, se nos ha concientizado sobre el uso de los materiales para que no haya ninguna clase de desperdicio, y a la vez se nos suministra oportunamente los materiales, para de esta manera mejorar nuestra labor es decir entregar los exámenes en un tiempo establecido no más de 12 horas y si es requerido por el área de emergencia máximo 2 horas, cabe mencionar que antes no era muy organizado y como consecuencia no teníamos los materiales a tiempo y esto tenía como resultado la demora en la entrega de los exámenes.

¿Cree usted que los equipos, materiales y personal son suficientes para abastecer la demanda de los pacientes?

De acuerdo a lo que mencione anteriormente si ha mejorado el suministro de materiales, pero somos conscientes que, es un compromiso dar lo mejor de nosotros, sin embargo realmente hay cosas que no están en nuestras manos, ya que se ha informado que no tenemos reactivos que se necesitan para que uno de los equipos de laboratorio funcionen, es decir que no lo podemos utilizar siendo este importante, debido a que una de las principales causas de morbilidad por las que ingresan al hospital se da por una bacteria llamada licobacterus que ocasionan problemas en el estómago, siendo este equipo el que puede analizar y detectar esta bacteria, lamentablemente tenemos que decir que ese examen no lo podemos realizar, y por ello hemos visto disconformidad de los usuarios, porque necesitan ese examen y tienen que realizarse en laboratorios costosos, teniendo en cuenta que son personas de recursos limitados las que comúnmente requieren del servicio.

Entrevista 2.

Departamento: Lavandería.

Entrevistado/a: Sra. Paulina Ulloa.

Cargo: Auxiliar Administrativo de Salud

¿Cuánto tiempo labora usted en el Hospital?

Yo trabajo en el hospital 14 años

¿Describa con sus palabras cual es el rol que desempeña en el Hospital?

Me encargo de lavar tanto lo que utilizan los pacientes en hospitalización, y los médicos, es decir de los pacientes se lava las sabanas, cobijas, batas, fundas de almohadas, de los médicos las batas quirúrgicas, que utilizan cuando realizan cirugías.

Lo que está sucio, lo llevo en unas cestas que luego las pongo en la lavadora, se clasifica según su categoría ya que no se debe unir con otras cosas, en ese momento coloco detergente, desinfectante y jabón, para que queden limpios y desinfectados y después de todo esto, le pongo en la secadora para un secado rápido y finalmente se plancha manualmente todo para mejor conservación.

Todos los días cambio las sabanas, cobijas y funda de almohadas de las camas que están ocupadas, y a la vez les dejo batas limpias a los pacientes para que se cambien y las utilicen, mientras que los médicos tienen su bata limpia cuando quieran usarla.

¿De acuerdo al nuevo modelo de atención que se ha implementado en el hospital ha visto que ha mejorado su labor?

Se puede ver que se está controlando más en todo, es para el bien de los pacientes, porque se revisa si se ha cambiado de sabanas, cobijas, etc., lo cual es mayor trabajo para nosotros que somos quienes tenemos que realizar este trabajo, pero se puede tener listo todo a tiempo.

¿Cree usted que los equipos, materiales y personal son suficientes para abastecer la demanda de los pacientes?

Mi trabajo es mantener limpio lo que utilizan los médicos y los pacientes, pero puedo decir que cuando se está dando mantenimiento a las maquinas, que suele ser 4 veces al año o porque tal vez se dañaron, es mucho más trabajo para mi realizar esto, porque tengo que lavar todo solo a mano y es mucho trabajo y especialmente porque tengo el temor de contagiarme de algo por hacerlo de esta manera, y también puedo mencionar que la secadora no es la apropiada porque no es industrial si no casera y no puedo introducir mucha ropa, y por eso me demoro más.

Entrevista 3.

Departamento: Imagenología.

Entrevistado/a: Sr. Benjamín Siguencia.

Cargo: Técnico de Mantenimiento.

¿Cuánto tiempo labora usted en el Hospital?

Estoy trabajando ya 15 años en el hospital

¿Describa con sus palabras cual es el rol que desempeña en el Hospital?

Mi actividad en el hospital es realizar los rayos x a las personas que necesitan hacerse.

Primero el paciente, que luego de haber sido atendido por un médico, envía la orden para realizarse una radiografía, el paciente ingresa a la sala y se le hace ,lo que describe la orden, pero voy a mencionar que no soy un radiólogo, porque la experiencia y los cursos que he realizado me han servido para poder desempeñar mi trabajo.

¿De acuerdo al nuevo modelo de atención que se ha implementado en el hospital ha visto que ha mejorado su labor?

Se está controlando a todos en todo, es un mejoramiento en el servicio que el hospital brinda, con respecto a mi trabajo se controla que utilice los materiales adecuadamente, porque se hace inventario, no debe faltar nada ni una placa y lo que utilizamos está debidamente respaldado, para que no haya ningún problema.

También ha mejorado el control en el cumplimiento de los horarios de todo el personal que labora en el hospital, ya que se debe cumplir con el horario que está establecido, esto nos demanda a que seamos más cumplidos en nuestro desempeño, atendiendo a los pacientes cuando ellos nos necesiten.

¿Cree usted que los equipos, materiales y personal son suficientes para abastecer los requerimientos de los pacientes?

A mi manera de pensar, si ha mejorado mucho con respecto a años anteriores, especialmente en lo que es control de materiales, y también a que no hay pacientes esperando turnos, pero si se puede mencionar que en Rayos X, falta una persona que sea especialista es decir un radiólogo, para que pueda explicar a las personas que es lo que tienen, porque comúnmente esperan que se le den los resultados y llevarlos al médico que lo solicito, siendo esto hasta un problema porque pueden necesitar algún tratamiento urgente y el tiempo es importante en estos casos.

Entrevista 4.

Departamento: Farmacia.

Entrevistado/a: Esthela Ulloa.

Cargo: Auxiliar de Farmacia.

¿Cuánto tiempo labora usted en el Hospital?

Trabajo en el hospital ya unos 25 años.

¿Describa con sus palabras cual es el rol que desempeña en el Hospital?

Yo me encargo de la farmacia, para la que se lleva un registro de los medicamentos que ingresan y que salen de la farmacia, cuando necesitamos medicamento, el consejo de medicamentos analiza cuales son las principales causas por la que los pacientes reciben los servicios del hospital, de acuerdo a esto se nos abastecen de medicamento de acuerdo a estas necesidades, para ello se hace una lista de los medicamentos que se necesitan y el ministerio nos envía los medicamentos que tienen en existencia, y los que no nos enviaron, nos entregan el dinero, previo a la entrega de cotizaciones que se hacen en las farmacias y ellos determinan cual es el más conveniente, para luego nosotros adquirirlas.

El paciente me da la receta, que el médico del hospital le entrego, y procedo a ver si este medicamento está registrado como existente en el sistema, y lo entrego al paciente, ingresando en el sistema la salida de este medicamento, esto sirve para controlar que no nos quedemos sin medicamento debido a que el sistema nos determina un stock mínimo, que como soy la persona encargada debo estar pendiente.

¿De acuerdo al nuevo modelo de atención que se ha implementado en el hospital ha visto que ha mejorado su labor?

Si ha mejorado por el control del personal, el cumplimiento de su labor, etc., mejorando el servicio del hospital en general.

Cabe mencionar que se está suministrando de los medicamentos que necesitamos para que las personas no tengan la necesidad de comprarlos, siendo una gran ayuda

para la gente que necesita de los medicamentos, pero aunque no son bien aprovechados como ejemplo tenemos medicamento que caducan, no porque nosotros no queremos otorgar a las personas si no más por recelo o falta de información, como son las pastillas anticonceptivas que no son muy usadas por las mujeres de nuestro cantón, aunque el hospital ha realizado campañas de información sobre educación sexual y utilización de métodos anticonceptivos.

¿Cree usted que los equipos, materiales y personal son suficientes para abastecer los requerimientos de los pacientes?

Los equipos en este caso la computadora que tiene un sistema que controla constantemente todo lo que tiene que ver con los medicamentos es decir si se necesita pedir más, o se tiene los suficientes, ha mejorado al mantenernos al tanto sobre la existencia de estos, sin embargo no se tiene un lugar adecuado para el almacenamiento de medicamentos, porque hay veces que tenemos que amontonarlos en cajas, y puede generar confusión y demora a la entrega de los medicamentos que necesitan las personas.

PROPUESTA

Adaptado de "Propuesta de guía para la evaluación económica aplicada a las tecnologías sanitarias· Julio López Bastida, Juan Olivo, Fernando Antoñanzas, Anna García-Altés, Ramón Gisbert, Javier Mar y Jaume Puig-Junoy disponible en www.scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112010000200012&script=sci_arttext

Estudio Económico de Salud en el Hospital San Sebastián de Sígsg

En el hospital San Sebastián de Sígsg se ha determinado que la mayor población que demanda sus servicios es la del sector vulnerable, que al carecer de recursos se siente satisfecha con el servicio recibido, al determinar el análisis económico en salud con el objetivo de verificar como se emplean para el apoyo de la toma de decisiones, hemos realizado una propuesta para que el hospital trabaje en esta área de estudio puesto que ayudaría a mejorar sus servicios, en un entorno donde los recursos son más escasos, es esencial elegir entre las distintas alternativas posibles de forma racional.

El procedimiento cuyo fin es examinar las consecuencias que tiene a corto y largo plazo la utilización de la tecnología sanitaria en los individuos y en la sociedad, por ello se realiza un modelo de evaluación para que el hospital realice en su institución al disponer de conocimiento del procedimiento que se llevan a cabo para brindar el servicio como una herramienta de primer orden para los gestores sanitarios en sus estrategias de asignación de recursos sanitarios y de adopción de nuevas tecnologías a fin de aportar una adecuada evidencia de su valor terapéutico y social en comparación con su coste.

Por este motivo, las presentes recomendaciones orientan sobre cómo realizar y analizar los estudios de evaluación económica de calidad.

Objetivo

El objetivo de este trabajo fue realizar una propuesta de guía para la evaluación económica de tecnologías sanitarias, que pueda emplearse como guía para que el hospital elabore su estudio al disponer de información relevante disponible, pues ellos conocen la afección de los segmentos de la población y el impacto socioeconómico significativo.

Por tecnología sanitaria se entiende cualquier método utilizado para promocionar la salud, prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades, o mejorar la rehabilitación o los cuidados sanitarios a largo plazo. En este contexto, el término tecnología no se refiere únicamente a nuevos medicamentos o a dispositivos sanitarios sofisticados, sino que incluye además intervenciones de salud pública, organización de la atención sanitaria, programas y servicios sanitarios o medidas que tengan un posible impacto sobre la salud de las poblaciones o de grupos concretos de personas.

Colaboradores

Los principales colaboradores son los responsables sanitarios Ministerio de Salud, consejerías de salud de las comunidades autónomas, directores del área de hospital, centros de información de medicamentos y agencias de evaluación de tecnologías sanitarias y la comisiones de farmacia hospitalaria y terapéutica del hospital, el equipos de atención primaria (personal que labora en el hospital), los responsables de empresas privadas, los pacientes y los ciudadanos, en general.

Guía de Elaboración

Se ha sido consciente que en el medio de evaluación existen muchos profesionales con méritos más que sobrados para integrar un grupo de expertos en materia de economía de la salud no obstante, fue opinión de los coordinadores que para optimizar el grado de operatividad del grupo, en esta fase inicial, el número de expertos que lo integrara debe ser personal del hospital como una herramienta de trabajo a desarrollarse para que tomen decisiones más acertadas en su servicio y al haber determinado en la presente tesis que el servicio percibido por los usuarios es satisfactorio lo que se evidencia es que debe existir una dirección del servicio más orientada a atender problemas de la realidad del cantón y a falta de recursos económicos, se propone que el estudio se determine por los profesionales del hospital que poseen el perfil y competencias en las áreas sanitarias y están en la capacidad de desempeñar el estudio.

Tomando como punto de partida la propuesta de estandarización de algunos aspectos metodológicos de los análisis de coste-efectividad y coste-utilidad en la evaluación de tecnologías y programas sanitarios se revisaron las guías oficiales de evaluación económica y los trabajos metodológicos más recientes de interés sobre el tema.

Tras la constatación del elevado número de guías realizadas en distintos países, y observando en ellas un alto grado de coincidencia en la mayoría de las cuestiones clave, se proponen las herramientas de forma más adaptada a la realidad del hospital y teniendo como concepto básico que el hospital es un centro de segundo nivel de atención para detenernos hasta cuál es su alcance de trabajo. Para la elección se tuvo en cuenta su calidad y la influencia del ministerio de salud, tanto interna (influencia en la toma de decisiones) como nacional (referencia a la guía o a la actividad del país en el campo de la evaluación económica que debe seguir las disposiciones nacionales del sistema nacional de salud). Así pues, el punto de partida fue la toma en consideración de maximizar el estado de salud de la población.

Se deja abierta a resoluciones que la dirección pueda tomar en cuanto a la perspectiva, comparador, fuentes de información, tasas de descuento, tipo de análisis recomendado.

La importancia de este proceso debe ser muy clara, puesto que se considera que el éxito o el fracaso de la propuesta dependen de tres condicionantes fundamentales. Primero, la transparencia del proceso, la cual queda reflejada en el planteamiento claro del objetivo, los destinatarios, los agentes interesados y el planteamiento. Ello no implica que el proceso no esté imbricado de ciertas dosis de discrecionalidad. Discrecional puede ser la elección de los coordinadores entre un amplio número de posibles candidatos con más experiencia y mejores currículos que los seleccionados. Discrecional puede ser la elección de los profesionales integrantes del grupo de expertos entre un amplio número de candidatos. Sin embargo, los pasos de elaboración de la propuesta son lo más claros posibles. En un primer momento, para la institución que se encarga el trabajo (instrumento de calidad) y como herramienta para financiar de mejor manera los recursos y que sea transparente en el objetivo buscado y en el procedimiento. En segundo lugar, una vez alcanzado un texto preliminar, se deja abierta la idea con objeto de conocer la opinión de otros expertos.

El proceso debe contener legitimidad, en un doble sentido. Primero desde las instancias donde se encarga su elaboración: agentes públicos que buscan incorporar tecnologías sanitarias innovadoras que cubran las necesidades de la población que tienen a su cargo, pero que deben hacerlo basándose en criterios de racionalidad a la hora de asignar sus recursos. Segundo, legitimidad en el sentido de contar con la experiencia y la opinión de un alto número de expertos para que enriquecieran el contenido de la propuesta. Dichos expertos deben ser seleccionados de ámbitos diversos centros sanitarios, fundaciones, consultorías, centros públicos y privados, y empresas farmacéuticas y comercializadores de tecnologías sanitarias.

Por último, las anteriores condiciones son necesarias pero no suficientes, sin el apoyo institucional explícito de las autoridades sanitarias y la aceptación y la aplicación habitual de esta propuesta, su uso será muy limitado y no habrá alcanzado a cubrir su objetivo principal. Ello, sin embargo, escapa al objeto de este trabajo y a las posibilidades y deseos de todas las personas que han colaborado en su elaboración.

Alcance y objetivos de un análisis económico

Se recomienda establecer claramente el objetivo y la pregunta de investigación a la que trata de responder el estudio de evaluación económica.

Se recomienda que la evaluación se efectúe de modo general, y se recomienda definir de forma clara y precisa la población objeto de estudio. A continuación, si los datos lo permiten, habría que comprobar si las diferencias de la población en cuanto a edad, sexo o género, grado de severidad y niveles de riesgo, conllevan diferencias relevantes en la efectividad o en los costes.

El primer paso a la hora de hacer una evaluación económica es definir con claridad el problema clínico (condición clínica a la cual se refiere la evaluación) o cuestión que se plantea. Este punto puede parecer obvio, pero es de gran importancia puesto que va a condicionar el estudio posterior. En este sentido, la realización de una evaluación económica puede plantearse simultáneamente a la evaluación de la eficacia o la efectividad y la seguridad de una intervención frente a sus alternativas, o posteriormente.

En este segundo caso, sólo tendría sentido realizar la evaluación económica cuando se haya generado información suficiente sobre el balance entre el beneficio y el riesgo de una determinada tecnología o intervención, en comparación con otras tecnologías alternativas.

La evaluación económica ha de ser relevante para los decisores a los que se orienta. Se ha de considerar que las Evaluaciones Económicas se dirigen principalmente a las autoridades públicas con el objetivo de facilitarles la toma de decisiones. La propuesta puede ser de interés para aquellas instancias e instituciones que desempeñan un papel relevante en la toma de decisiones, como son el Ministerio de Salud y los Consejos de Salud. Existe una audiencia adicional compuesta por pacientes, profesionales sanitarios, proveedores públicos y privados, investigadores y la sociedad en general. Finalmente, la evaluación económica debería ser del interés de la institución sanitaria, dado que su cumplimiento puede facilitar su labor para la solicitud de inclusión de una nueva tecnología (medicamento, dispositivo, prueba diagnóstica, etc.) en la cartera de servicios sanitarios financiados públicamente.

Clarificar quién es el principal destinatario del estudio, puesto que los aspectos formales de éste y la presentación de su metodología y resultados pueden adaptarse en función del receptor del trabajo.

Población Objetivo: Se recomienda que la población objetivo sea especificada claramente, y que el estudio se refiera a una muestra significativa de la población definida. La pregunta de investigación debe definir claramente la población de estudio (sus características clínicas y demográficas, las comorbilidades o factores de riesgo, el entorno asistencial, la ubicación geográfica, las tasas usuales de adherencia o patrones típicos de tratamiento, así como niveles de riesgo dentro de una misma condición clínica); la intervención a evaluar y las intervenciones de comparación (en caso de que proceda), y los resultados de interés.

Por varios motivos, generalmente existen diferencias importantes entre las características de la población sobre la cual se evalúa la eficacia o efectividad de una tecnología sanitaria y los costes de su implementación y las características de la población real sobre la cual se aplicaría.

Por esta razón, se recomienda que se realice un análisis estratificado en subgrupos de población homogéneos, siempre que existan datos suficientes. Para ello sería necesario disponer de los datos específicos de dichos subgrupos y una muestra suficiente para poder realizar las pruebas estadísticas apropiadas. Introduciendo posibles cambios en el estado de financiación en previsión de cambios del entorno.

Perspectiva

1. Se recomienda la adopción del punto de vista social.
2. Se recomienda que la perspectiva del financiador (Sistema Nacional de Salud) se refleje en el análisis y como el hospital dispone mejorar su uso.
3. Se recomienda que ambas perspectivas, social y financiador, se presenten de manera separada y diferenciada.

La perspectiva social es aquella que recoge todos los resultados relevantes desde la perspectiva de la sociedad; por tanto, todos los beneficios resultantes de la aplicación de una intervención (frente a sus alternativas) y los costes asociados a ellos.

Se recomienda emplear como perspectiva preferente la de la sociedad. Ésta sería la perspectiva más general y la que mayor información aporta sobre la importancia relativa y absoluta de una enfermedad. Por tanto, debería ser la de mayor ayuda para la correcta priorización de los recursos sanitarios y sociales.

Por otra parte, la perspectiva del financiamiento se refiere a todos los beneficios terapéuticos resultantes de la aplicación de una intervención (frente a sus alternativas) y los costes en que incurre facilitar el acceso o la implementación de la tecnología analizada. En ciertas enfermedades discapacitantes de carácter crónico puede ser razonable considerar la perspectiva conjunta.

Tipos de Evaluación

Las cuatro modalidades de análisis (análisis de coste-efectividad, análisis de coste-utilidad y análisis de coste-beneficio) son técnicas aceptables no obstante, se debe justificar claramente el tipo de evaluación elegido en relación con la cuestión planteada.

Se recomienda realizar un análisis de coste-efectividad cuando exista una medida de efectividad clínicamente relevante (mejora de la salud y del bienestar) y no se disponga de información suficiente para realizar un análisis de coste-utilidad.

Se recomienda que el análisis de coste-utilidad sea la modalidad adoptada si la prolongación o mejora de la esperanza de vida ajustada por calidad de las intervenciones (fruto de una mejora en la esperanza, en la calidad de vida relacionada con la salud o en ambas) es el resultado más relevante para el decisor.

Pese a su menor empleo en el campo sanitario, el análisis de coste-beneficio es una modalidad de análisis válida. En esta modalidad se requiere una valoración monetaria de los efectos sobre la salud de las tecnologías evaluadas.

Las distintas formas de medición de los efectos sobre la salud y, por lo tanto, los tipos de análisis, no deben considerarse como opciones excluyentes sino como formas complementarias de presentar los resultados de un mismo estudio.

1. Análisis de coste-efectividad (ACE): este tipo de análisis se caracteriza por emplear en la medida de resultado una variable de efectividad clínica. Presenta como principal ventaja que la medida de resultado puede ser la empleada en la práctica clínica habitual. Por tanto, la información aportada puede comprenderse más fácilmente por los profesionales sanitarios destinatarios del análisis. En principio, se recomienda que la variable empleada sea una variable de medida directa de resultado final (por ejemplo, años de vida ganados). No obstante, cuando ello no sea posible, se podrán emplear variables de medida intermedia, siempre y cuando se haya demostrado científicamente su relación directa con una medida de resultado final.

Tanto en el ACU como en el ACE, los resultados deben expresarse mediante la razón de coste-efectividad o coste-utilidad incremental. El motivo es que las evaluaciones económicas en salud comparan varias opciones.

Por tanto, la información verdaderamente relevante no la aportan las razones de coste-efectividad medias de cada una de ellas sino la razón incremental, en la cual analizamos los costes y los efectos sobre la salud en términos comparativos.

2. Análisis de coste-utilidad (ACU): este tipo de análisis se caracteriza por emplear una medida de resultado que a una cantidad y calidad de vida. Se recomienda utilizar como medida de resultado los años de vida ajustados por calidad (AVAC).

Asimismo, siempre que se disponga de la información requerida, se recomienda que el tipo de análisis empleado, o uno de ellos al menos, sea el ACU, puesto que permite a los decisores hacer comparaciones más amplias a la hora de asignar los recursos entre diferentes tecnologías sanitarias.

3. Análisis de coste-beneficio (ACB): en este tipo de análisis se valoran tanto los costes como los resultados en unidades monetarias. En principio, este método es tan válido como los anteriores para realizar una evaluación económica, si bien se ha de ser consciente de que entraña una mayor dificultad al requerir una valoración monetaria apropiada de los efectos sobre la salud de las intervenciones evaluadas.

Su empleo puede estar especialmente indicado en aquellas intervenciones en que la utilidad generada a lo largo del proceso (reducción de la ansiedad o incertidumbre, comodidad para el usuario) fuera un elemento relevante, o bien cuando pudiera haber efectos externos (vacunaciones, prevención de enfermedades infectocontagiosas).

En algunos casos podría considerarse la posibilidad de realizar el análisis utilizando el de efectividad si las diferentes herramientas revelan información complementaria entre sí.

Obtención De La Evidencia Clínica

Para evaluar adecuadamente las características y la calidad de los estudios incluidos se han de indicar claramente las características de los pacientes de cada estudio (edad, sexo, estadio de la enfermedad), las alternativas comparadas, el periodo de seguimiento, los resultados sobre eficacia/efectividad y seguridad. Cuando se disponga de un número suficiente de estudios realizados con una metodología homogénea, comparadores similares y medidas de eficacia/efectividad comparables, se recomienda la realización de un metaanálisis. No obstante, en caso de realizar un metaanálisis se debería realizar un análisis de subgrupos y un análisis de sensibilidad para controlar la variabilidad de resultados entre distintos grupos de pacientes y contextos sanitarios

Utilización de recursos

Se recomienda explicitar la perspectiva utilizada, ya que ésta puede condicionar la inclusión o exclusión de determinados costes.

Se recomienda separar las unidades físicas de los recursos empleados (cantidades), de sus precios o costes unitarios. Se recomienda utilizar la mejor fuente disponible que refleje el coste de oportunidad de los recursos empleados. Los costes unitarios podrán provenir preferentemente de publicaciones oficiales, de la contabilidad analítica de los centros, de precios de mercado y, en último término, de las tarifas aplicadas a los contratos de prestaciones de servicios del SNS. Se debe justificar adecuadamente la fuente de datos.

En caso de incluir pérdidas de producción laboral o costes del tiempo perdido se recomienda justificar la elección del método elegido.

Se recomienda la inclusión de los costes de cuidados informales (cuidadores) cuando sea relevante para la evaluación efectuada en función de la perspectiva empleada. Se deberá describir y justificar el método empleado para el cálculo de los costes de los cuidadores.

Se recomienda que los resultados de los costes sanitarios, costes de pérdidas laborales o costes de tiempo perdido y costes asociados a cuidados, se expresen de manera diferenciada. Asimismo, se recomienda prestar especial atención para evitar dobles contabilizaciones en el caso de las pérdidas de producción laboral o costes del factor tiempo y costes de cuidados informales.

Se recomienda que el horizonte temporal empleado sea aquel que permita de manera más adecuada captar todos los efectos diferenciales de los tratamientos sobre la salud y los recursos. Ello puede suponer, en algunos casos, toda la vida del paciente si es necesario.

Variabilidad e incertidumbre

Se recomienda realizar un análisis de sensibilidad para tratar la incertidumbre. Se recomienda justificar las modificaciones introducidas en el análisis de sensibilidad respecto al caso base.

Dar detalles del método empleado (análisis) y justificar la elección de variables para el análisis de sensibilidad y el intervalo en el cual varían.

Se recomienda, siempre que sea posible, la realización de un análisis de sensibilidad probabilístico y tener total transparencia en la distribución estadística de las variables analizadas.

Se recomienda presentar las pruebas estadísticas realizadas y los intervalos de confianza en torno a las principales variables analizadas.

Presentación de resultados

Se recomienda presentar los resultados mediante un análisis incremental (coste incremental por unidad de resultado incremental obtenido), comparando las alternativas relevantes y separando las perspectivas del análisis, en caso de haber utilizado la perspectiva social y la del financiador.

Presentar los principales resultados (costes y efectos sobre la salud) tanto de manera agregada como desagregada.

En caso de realizar un análisis probabilístico, se recomienda incluir como parte de los resultados un análisis de dispersión (plano coste-efectividad). Se recomienda presentar los datos y supuestos empleados en los análisis con la mayor transparencia posible con el fin de que cualquier analista pueda reproducir el estudio.

En la presentación de resultados se recomienda:

Detallar los pasos del análisis, explicitando las hipótesis y los datos empleados. Para presentar las diferentes perspectivas y los tipos de evaluación de forma creciente en cuanto a relevancia es recomendable un desarrollo en etapas. Cada uno de los estadios del informe debe presentarse de manera que pueda ser independientemente verificado.

Es necesario presentar los resultados inmediatos para cada alternativa en forma de costes y resultados totales no descontados antes de la agregación y el descuento; además, cuando sea aplicable, hay que presentar totales.

Conclusiones

Las conclusiones del estudio deben responder a la pregunta de investigación, y se deben desprender de los resultados obtenidos. Las conclusiones deben limitarse a aquellas que se deriven de forma directa de los resultados obtenidos en el análisis, evitando buscar causas externas, ajenas al trabajo de evaluación realizado. El trabajo deberá incluir un apartado en el cual se especifique quién lo encargó y quién lo financió.

En cualquier trabajo científico, y las evaluaciones económicas no son una excepción, habrá limitaciones. Las fuentes de información empleadas, los modelos utilizados, el alcance de la transferibilidad o la validez externa de los resultados obtenidos, etc., distarán de ser perfectos y siempre estarán sujetos a la inclusión de nueva información relevante generada.

Por ello, se remite a los autores del trabajo a que planteen de manera clara y crítica aquellos aspectos a mejorar en caso de que se pudiera repetir el análisis en un futuro, y a expresar de manera transparente las principales fortalezas (si así se desea), pero especialmente los puntos débiles del análisis realizado.

Justificación de la Propuesta

El estado establece una partida presupuestaria para financiar la razón de ser del hospital, pero al hacer la investigación se ha determinado que la institución al no perseguir fines de lucro ni utilidades no dispone de recursos económicos excedentes, con el presupuesto se ajusta a las necesidades del hospital, y ellos disponen de la partida que les proporcionan, sin embargo es claro que el hospital presenta su proyección para cada año para que sea aprobada pero tampoco existe demasiados fondos para cubrir todas las necesidades de la población, las acciones del gobierno en pro de la salud por mucho han mejorado al ser de carácter de gratuidad, proporcionar medicina y velar que se cuente con profesionales eficientes y eficaces, el hospital ha planificado partidas para adecuar de mejor maquinaria y actualmente cuentan con maquinarias competentes pero efectivamente se cubre las necesidades más básicas y por ello se plantea el modelo de evaluación en salud para el hospital San Sebastián a fin de que la dirección y demás funcionarios adecuen sus presupuestos limitados a través de mejores gestiones en beneficio de la sociedad y de esta manera mejorar la calidad percibida por sus usuarios.

Actualmente, los medicamentos como fuente de tratamiento juegan un papel relevante en lo referente a la salud de la comunidad y a su importancia sobre las elevadas cifras de gasto sanitario público. De hecho, su uso y abuso trasciende más allá de lo puramente médico y clínico, ya que pueden ser considerados por ciertos usuarios como un bien de consumo. En el hospital sólo se estudian los medicamentos desde la perspectiva clásica (médica y/o farmacéutica), por lo que los profesionales no se preparan para el manejo de estudios económicos (publicaciones, congresos, ensayos clínicos, etc.). Por ello el estudio económico permite analizar cómo aplicar mejor las tecnologías de la salud en una población optimizando los recursos disponibles, al realizar la propuesta nos enfocamos en el carácter de hospital básico y no de especialidad pues se debe ver hasta dónde puede ser limitado el alcance del análisis en función a las necesidades de la sociedad que debe cubrir.

CONCLUSIONES

Una vez concluida la indagación se procede a dar respuesta a los objetivos planteados al inicio de esta investigación, dando a conocer cómo los usuarios perciben la calidad de los servicios prestados por el Hospital San Sebastián del Cantón Sígfig y el nivel de satisfacción referido a los mismos, detallando sobre las distintas dimensiones referidas a calidad de atención y satisfacción de los usuarios. Pudiendo así contribuir a mejorar la gestión del establecimiento, en el largo plazo, y por consiguiente tratar de mejorar el nivel de calidad en salud de la comunidad o zona de influencia del Hospital.

En relación a la primera dimensión referida a los distintos elementos del servicio, los usuarios se encuentran en general medianamente satisfechos con éstos. Esto fue evaluado positivamente por los pacientes, sin embargo, en relación al equipamiento y material de laboratorio con el que cuenta el hospital, esta es evaluada de manera insatisfactoria, por lo que es preciso recomendar que en un futuro cercano, se puedan aplicar medidas para superar esta situación.

En la segunda dimensión a objeto de este estudio se ha podido determinar que los usuarios perciben que los servicios que entrega el Hospital están orientados hacia la satisfacción de ellos y hacia la solución de sus problemas de salud. Por lo cual, las actividades dirigidas por el establecimiento se enmarcan en una orientación a la satisfacción de los usuarios.

En relación a la tercera dimensión, comunicación con el usuario y manejo de la información del paciente, los usuarios perciben que estos aspectos son llevados a cabo de una forma satisfactoria por parte del Hospital, sin embargo, existen factores que aún deben ser mejorados como es el aspecto de que el Hospital mantenga un contacto directo para ofrecer información personalizada que sea de interés para el usuario, pretendiéndose que pueda ser mejorado en el futuro.

En relación a la cuarta dimensión, que se refiere a la calidad de atención relacionada con las capacidades y competencias del personal y el trato otorgado a usuarios, estos aspectos son percibidos positivamente por parte de los usuarios.

Destacándose principalmente en este apartado, la percepción de buen trato que otorgan en su atención los médicos hacia sus pacientes; además de la claridad y precisión sobre el diagnóstico o tratamiento a seguir por los pacientes, estos aspectos motivan al usuario a tener una muy buena impresión de la calidad de atención de los médicos.

Uno de los aspectos menos satisfactorios en la percepción de los usuarios se encuentra en la calidad de la información y en la orientación que otorga el Hospital a sus usuarios. Por lo tanto, estos factores, que deberían ser mejorados en un futuro, serían: los medios que entrega el Hospital para que los usuarios puedan opinar, oficinas de información en lugares claramente visibles, la disposición para atender reclamos o sugerencias, la preocupación para atender quejas y la información clara de los derechos y deberes de los usuarios

Finalmente, las variables de satisfacción global con el servicio y el resumen sobre calidad de atención del hospital, son percibidas medianamente satisfactorias por parte de los usuarios es decir que existen más niveles que deben ser mejorados para que los usuarios tengan una mejor aceptación de la institución.

Eficiencia: mejorar el uso de los recursos (humanos, técnicos, físicos, etc), hacer las cosas bien, tener una clara visión interna y hacer mejor lo que debemos hacer.

Efectividad: Alcanzar los objetivos, cumplir la misión en todo momento, hacer las cosas adecuadas para alcanzar resultados. Tener clara visión externa. Poseer estrategias para triunfar en el entorno cambiante.

RECOMENDACIONES

Para que el hospital siga mejorando en sus servicios, hemos visto la necesidad de recomendar de la manera más respetuosa posible lo siguiente:

- Las autoridades deben iniciar procesos de autogestión que les permita generar recursos propios para cubrir las necesidades institucionales con la finalidad de no tener una dependencia de las transferencias de gobierno y obtener autonomía financiera.
- Mejorar los medios que entrega el hospital para que los usuarios puedan opinar, oficinas de información en lugares claramente visibles, la disposición para atender reclamos o sugerencias, la preocupación para atender quejas y la información clara de los derechos y deberes de los usuarios.
- Capacitación en relaciones humanas a los médicos y al personal que tiene contacto directo con los usuarios, para que mejoren en los servicios que brindan a las personas del sector.
- Que se dé importancia al buzón de quejas, ya que no se utiliza correctamente y se lo mantiene aislado, indicar a los usuarios que pueden hacer uso del mismo, si se tiene algún problema.
- El hospital debe tener informada a la comunidad sobre cambios que se han dado para, mejorar el servicio.
- Renovar la información publicada ya sean folletos o carteles, para que los usuarios puedan estar al tanto de las enfermedades que pueden contraer.
- Realizar un historial de los medicamentos que utiliza más la comunidad, para que no exista falta de los mismos y se brinde un mejor servicio.

- Mejorar las salas de espera tanto en consulta externa como en Hospitalización, porque se notó un ambiente no muy bueno, debido a que es muy simple.
- Mantener actualizada la página web de la institución, ya que los datos que en esta constan son del año 2009, y no se puede obtener información actualizada del hospital.
- Dar preventivamente mantenimiento a los equipos médicos para que no existan problemas cuando se los vaya a utilizar.
- Dar mantenimiento a las áreas verdes y zona de parqueo ya que son los lugares más descuidados del hospital.
- Que en la morgue del hospital se puedan hacer las autopsias, ya que actualmente se trasladan a los cuerpos a la ciudad de Gualaceo para que ahí se pueda realizar, siendo algo incómodo para los familiares del fallecido.

BIBLIOGRAFÍA

Registros Legales

>Constitución de la República del Ecuador. Art. 359. Registro Oficial 2008 (20 de octubre); 449

>Ley de Seguridad Social. Art. 2. Registro Oficial 2001 (30 de noviembre); 465.

>Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Registro Oficial 2002(25 de septiembre); 670.

>Ley Orgánica de Defensa del Consumidor. Registro Oficial 2000(10 de julio); 116.
Disponible en:
670.http://www02.supertel.gob.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=128%3Aley-organica-de-defensa-del-consumidor&catid=52%3Aciir&Itemid=120,
28 de Marzo 2013

>Ley de Derechos y Amparo al Paciente. Registro Oficial 2006(22 de diciembre); 423.<http://www.salud.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2012/09/LEYDEDERECHOSYAMPAROALPACIENTE.pdf>, 28 de Marzo de 2013

Libros y Publicaciones

>SECRETARIA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO, Folleto Informativo: Proceso de desconcentración del Ejecutivo en los niveles administrativos de planificación, 2012.

>Ministerios de Salud Pública. “Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural MAIS-FCI”. Edición 2012. República del Ecuador.

- >Equipo de trabajo 2013 del Ministerios de Salud Pública, “*Manual Operativo Red Nacional Integrada De Servicios De Salud*”, Primera Edición. Republica del Ecuador. p, 9. Copia del borrador disponible a partir del mes de junio del 2013, y aprobada por el congreso nacional <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/07/DOCBASERED100613.pdf>.
- >Directorio del Consejo Nacional de Salud Y Comisión de Organización y Participación Social. “*Guía Metodológica Para La Elaboración De Los Planes Cantonales Y Provinciales De Salud*”. (2007).
- >Colección De Mapas Continentales Y Regionales De Todo El Mundo. Ubicación de la Provincia del Azuay 2011. Disponible en www.zonu.com
- >Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial del Cantón Sígsig. Agosto 2012. Disponible en www.sigsig.gob.ec
- >Ministerio de Salud Pública. Plan Estrategico de Salud Sígsig. Proyección de Población. 2009.
- >Departamento de Estadística del Hospital San Sebastián. Causas de Morbilidad Registradas. Sígsig. 2012
- >LÓPEZ R., Susana. “*Sistemas de Calidad: Implantación de Diferentes Sistemas en la Organización*”. Primera Edición, Ediciones de la U. Bogotá, Colombia 2011. pag. 2.
- >RIVEROS SILVA Pablo Emilio, “*Sistema De Gestión De La Calidad Del Servicio*”, Tercera Edición Actualizada, Ecoe Ediciones Bogotá 2007, p. 205.
- >PRIETO HERRERA, Jorge Eliécer. “*Gerencia del Servicio: La Clave Para Ganar Todos*”. Segunda Edición, Eco. Ediciones. Colombia-Bogotá D.C., agosto de 2010. p, 25.

>HIDALGO VEGA Álvaro, CORUGEDO DE LAS CUEVAS Indalecio, DEL LLANO SEÑARÍS Juan. “*Economía de la Salud*”. Ediciones Pirámide (Grupo Anaya S.A). España 2011. p. 17.

>SASTOQUE MUÑOZ Elizabeth. “*Gap Relacional y Modelo GAP*”. 2010. Disponible en <http://gerencialibertadores9a.blogspot.com/2010/11/marketing-relacional-y-modelo-gap.html> 26 de Marzo de 2013.

Fuentes de Paginas Web:

>INEC. VI censo de Población y V de Vivienda, 2001

>Instituto Nacional de Estadísticas y censos. Disponible en <http://www.inec.gob.ec/cpv/>

><http://miguelfernandezp.blogspot.com/2011/11/las-10-dimensiones-de-la-calidad-en-el.html>, 15 de Marzo 2013

><http://www.monografias.com/trabajos35/atencion/atencion.shtml>, 20 de Marzo de 2013

><http://www.slideshare.net/gardelvelez/definicin-de-salud-segn-oms>, 20 de Marzo de 2013

><http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/salud-publica-y-atencion-primaria-de-salud/ejercicios-proyectos-y/3.%20Dimensiones%20de%20la%20>, 2013.

<http://es.scribd.com/doc/19225918/Conceptos-de-Calidad-en-Salud>, 20 Marzo de 2013

><http://www.buenastareas.com/ensayos/Percepcion-De-La-Calidad/200469.html>, 26 de Marzo de 2013

>content/uploads/downloads/2012/09/LEYDEDERECHOSYAMPAROALPACIEN
TE.pdf, 28 de Marzo de 2013

>www.zonus.com

Colaboraciones

- Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig
- Población del Cantón
- Dr. Pablo Illescas. Médico Interno
- Egresada. Ruth Coronel. Departamento de Estadísticas del Hospital
- Personal del Hospital

Anexos

FOTOGRAFIAS

Anexo N° 1. Fotografía del Área de Consulta Externa



Descripción: En esta fotografía se puede ver el pasillo del área de consulta externa del hospital, su aspecto refleja limpieza, se puede observar basureros, asientos de espera y letreros colocados en cada oficina.

Anexo N° 2. Fotografía de la Farmacia



Descripción: Esta es la ventanilla por la cual el paciente recibe la medicación, esta se encuentra colocada en perchas bien acomodadas y en buen estado.

Anexo N° 3. Fotografía de la Sala de Atención de Emergencia



Descripción: En esta sala ingresan los pacientes en condición de emergencia, cuenta con dos camillas móviles, equipo de atención y medicina. La puerta de entrada está abierta en el día, puede ingresar la ambulancia o transporte privado hasta el inicio de la puerta de emergencia.

Anexo N° 4. Fotografía de Sala de Espera de Hospitalización



Descripción: En esta sala de espera se puede ver que se dispone de pocos asientos de espera y que refleja un espacio vacío. Se destaca su limpieza.

Anexo N° 5. Fotografía de una de las Salas de Hospitalización



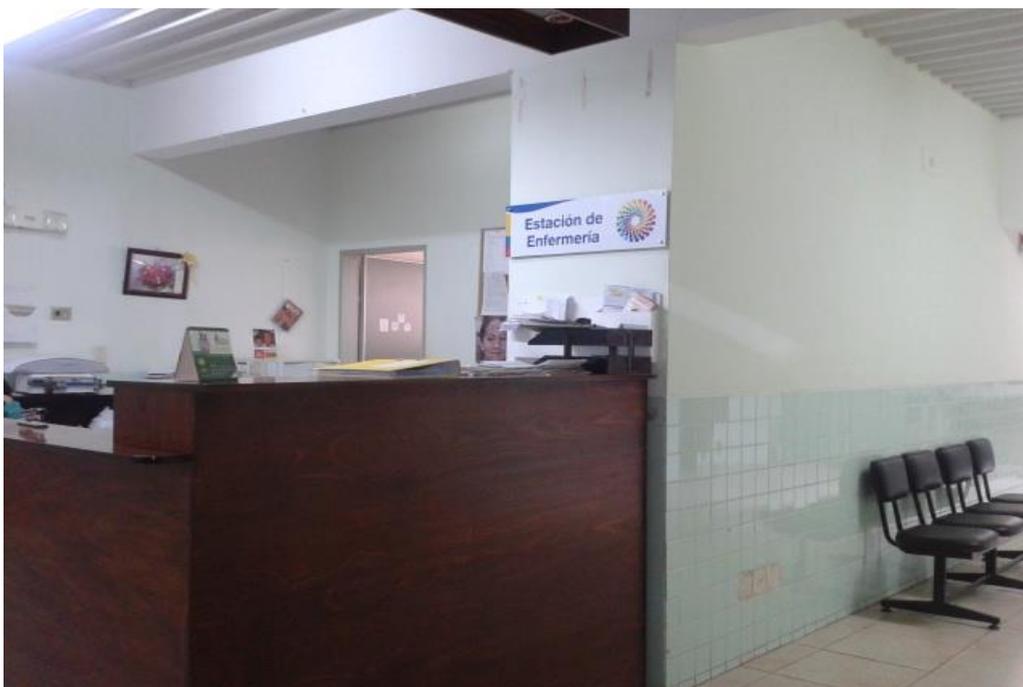
Descripción: En esta sala se puede ver que se dispone de tres camas, silla, basurero, bidel, veladores, baño, las sábanas y colchas son limpias y se mantiene la sala ordenada y limpia, existe suficiente iluminación.

Anexo N° 6. Fotografía del Pasillo de Hospitalización



Descripción: En este pasillo se puede ver que se dispone de pesas y garrafa de agua y está frente al área de emergencia.

Anexo N° 7. Fotografía de la Estación de Enfermería



Descripción: Dispone de instrumentos para atender a los pacientes.

Anexo N° 8. Fotografía de Ambulancia



Descripción: Dispone de una camilla y está disponible las 24 horas para los casos de emergencia y traslado de pacientes.

Anexo N° 9. Fotografía de Espacio de Estacionamiento



Descripción: Se puede observar que las áreas verdes están descuidadas y ciertas áreas de la infraestructura que dan mal aspecto y necesitan ser atendidas.

Anexo N° 10. Resultado de Encuestas

CALCULO DE RESULTADOS

Una vez realizadas las encuestas a los usuarios del Hospital San Sebastián se efectuó la tabulación de los datos y se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 1. Número de Encuestados por Sexo

UNIDAD DE ATENCION	N° Encuestados	Porcentaje de Atención	N° de Hombres Encuestados	% Hombres Encuestados	N° Mujeres Encuestadas	% Mujeres Encuestadas
Consulta Externa	68	73%	25	37%	43	63%
Hospitalización	25	27%	6	23%	19	77%
Total Muestra	93	100%	31	33%	62	67%

Fuente: Encuestas realizadas a los usuarios del hospital. Sígsig 2013.

Elaboración: Las Autoras.

Estos porcentajes de atención por tipo y sexo fueron obtenidos en base a lo solicitado en la encuesta únicamente respetando el anonimato de las personas encuestadas.

De las personas encuestadas en su mayoría han sido mujeres, las cuales representan el 67% del total de la muestra lo que equivale a un número de 62 personas, mientras que tan solo a 31 personas del sexo masculinos se ha aplicado esta encuesta.

Las mujeres realizan con mayor frecuencia controles médicos que incluso deben hacerse según su edad, desde los estudios ginecológicos hasta los chequeos clínicos, el género femenino tiene mayor contacto con la salud de su cuerpo y la visita al hospital, su presencia se ve estribada más aun a partir desde los episodios relacionados con el embarazo y el parto, incluso también se aborda aspectos de acompañamiento y cuidados, los niños que acuden a las consultas de pediatría de los centros de salud lo hacen acompañados por su madre o un familiar femenino, en lugar de un acompañante varón, incluso son las mayores acompañantes de sus familiares cuando tienen que acudir a un centro hospitalario.

Se ha concluido que los hombres se cuidan menos, que no acuden al médico hasta que ya realmente su deterioro de la salud es grave y el dolor les hace que no puedan aguantarse.

Tabla 2. Encuestados Por Grupos de Edad y Sexo

UNIDAD DE ATENCION	Sexo	GRUPOS DE EDAD				Total Encuestas
		15 a 24 años	25 a 44 años	45 a 64 años	65 años en adelante	
Consulta Externa	Hombres	7	3	10	5	25
	Mujeres	8	12	16	7	43
Hospitalización	Hombres	1	0	2	3	6
	Mujeres	3	5	9	2	19
Total Encuestas Por Edades		19	20	37	17	93
Porcentaje de Atención Por Edad		20%	22%	40%	18%	100%

Fuente: Encuestas realizadas a los usuarios del hospital. Sígsig 2013.

Elaboración: Las Autoras.

Estos porcentajes de atención por edad fueron obtenidos en base a que las encuestas se aplicaron de forma que se incluya la opinión de diferentes grupos de edad a fin de tener un panorama y perspectivas de la atención en la que se respete y brinde el servicio equitativamente y además según las personas que hemos podido tropezar durante nuestra investigación.

El grupo de edad más representativo es la escala que va desde los 45 a 64 años de edad, con un porcentaje del 40% luego le sigue el grupo que va desde los 25 a 44 años de edad con un 22% estos porcentajes de las 93 encuestas realizadas, se ha analizado que las causas para ambos casos son muy semejantes, entonces para estos dos grupos se ha encontrado personas hospitalizadas y en otros casos porque eran responsables de la atención de algún menor de edad, o simplemente para ser atendidas a su problema de salud.

Se aplicó 19 encuestas al grupo de 15 a 24 años que se encontraban atendiendo sus problemas de salud mayormente en el área de consulta externa, sobre todo a lo que se refiere a atención odontológica y las personas de 65 años en adelante acudían únicamente a atender problemas relacionados con su salud.

Tabla 3. Encuestados por Especialidades de Atención

Unidad	Especialidad	15 a 24 años		25 a 44 años		45 a 64 años		65 años en adelante	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Consulta Externa	Cirugía	1	1	2	2	1	4	0	2
	Obstetricia	0	2	0	4	0	1	0	0
	Pediatría	2	3	0	3	1	4	0	0
	Odontología	2	1	0	1	0	0	0	0
	Medicina interna	0	1	1	1	5	5	5	5
	Farmacia	2	0	0	1	3	2	0	0
	Total	7	8	3	12	10	16	5	7
Hospitalización	Cirugía	0	0	0	0	0	3	1	0
	Clínica	0	0	0	0	2	2	1	0
	Pediatría	0	0	0	5	0	1	0	0
	Obstetricia	0	0	0	0	0	1	0	0
	Emergencia	1	3	0	0	0	2	1	2
	Total	1	3	0	5	2	9	3	2

Fuente: Encuestas realizadas a los usuarios del hospital. Sígsig 2013.

Elaboración: Las Autoras.

SISTEMA COMÚN DE INFORMACIÓN EN SALUD - CONSOLIDADO UNIDAD OPERATIVA DE MORBILIDAD AMBULATORIA

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO			CÓD.	INSTITUCIÓN DEL SISTEMA Y TIPO DE ESTABLECIMIENTO						FECHA - RESPONSABLE DE LA CONSOLIDACIÓN														
A	1	NOMBRE UNIDAD	SC.S. HOSPITAL			B	M.S.P.	<input checked="" type="checkbox"/>	IESS		S.S.C.		ISSFA		ISSPOL		H	1	DÍA		MES	DICIEMBRE	AÑO	2012
	2	ÁREA DE SALUD	AREA NO 8				SEGURO PRIVADO		AUTO NOMO		COMU NITARIO		PRIVADO NO LUCRO		PRIVADO LUCRO			2	RESPONSABLE					
	3	PARROQUIA	HOSPITAL SAN SEBASTIAN				PUERTO		SUB CENTRO		CENTRO		DISPEN SARIO		CONSUL TORIO			3	FIRMA					
	4	CANTÓN	SIGSIG				CENTRO HOSPITAL	<input checked="" type="checkbox"/>	HOSPITAL PROMN.		HOSPITAL ESPEC.		HOSPITAL ESPECDS.		CLINICA									
	5	PROVINCIA	AZUAY																					
	6	DIRECCIÓN																						
			01																					

G1 VIGILANCIA AMBULATORIA															
CÓDIGO	NÚMERO	CÓDIGO	NÚMERO	CÓDIGO	NÚMERO	CÓDIGO	NÚMERO	CÓDIGO	NÚMERO	CÓDIGO	NÚMERO	CÓDIGO	NÚMERO	CÓDIGO	NÚMERO
A00		A38		A91		B37	5	C50		F45		J03	63	O14,0	
A01		A39,0		A92,2		B50		C53		F53		J12		O14,1	
A03		A46	1	A95		B50,0		C61		F79		J13	9	O14,9	
A04		A49	5	B00	1	B50,8		C73		F80	1	J14		O23	
A05		A50		B01		B51		C81		F81,3		J18	12	O24	
A06,0	35	A51,0		B02	2	B51,0		C82		G00,0		J20	6	O25	
A08		A51,1		B05		B51,8		C83		G00,1		J30	14	P35	
A09	40	A54,0		B06		B54		C91		G37,3		J42		P35,0	
A15,0		A55		B07		B55		C92		G40	4	J44		P37,1	
A16,9		A57		B08,2		B57		D50	22	G43		J45	3	Q12,0	
A17,0		A59,0	8	B15		B58		D57		G61,0		K25		Q17	
A20		A60		B16		B68	3	D62		G81		K26		Q37	
A22		A63,0		B17,1		B69		E01		H10	10	K29	10	Q90	
A26,0		A64		B17,2		B73		E10	3	H60		L23,5	2	T56	
A27		A66		B19		B85		E11	3	H66	1	M10		T60	
A30		A75		B24		B86		F00		H83,3		M32		T63,0	
A33		A80		B26	1	C16	1	F10	1	I00		M54	21	T74	
A34		A82,0		B27		C18		F32	10	I01		N87,0		Y05	
A36		A82,1		B30		C34		F41	7	I10	15	N87,1		Y58	
A37		A90		B35	3	C43		F43	4	I11		N87,2		Y59,0	

G2 ALERTA ACCIÓN			G3 EPI-1 LOCAL							G4 AIEPI	
PATOLOGÍAS SIN CODIFICACIÓN CIE	NÚMERO	CÓDIGO	NÚMERO	CÓDIGO	NÚMERO	CÓDIGO	NÚMERO	CÓDIGO	NÚMERO	DIAGNÓSTICOS	NÚMERO
S. DIARREICO AGUDO CON DESHIDRATACIÓN GRAVE		A00		B16		B26,9		A33		DIARREA	33
SÍNDROME FEBRIL ICTÉRICO AGUDO		A02		B17,1		J12-J18		A05		INFECCIÓN RESPIRATORIA	102
SÍNDROME FEBRIL ICTERO HEMORRÁGICO AGUDO		A01		B50		A39,0		A20		PATOLOGÍA OIDO	
SÍNDROME FEBRIL ERUPTIVO NO VESICULAR		A03		A27		G001		A92,2		FIEBRE	
PARÁLISIS FLÁCCIDA AGUDA		A90		B05		G00,0		A82		DES NUTRICIÓN Y ANEMIA	
SÍNDROME MENINGO ENCEFÁLICO		A91		B06		A36		O00-O99		M.S.P. - S.C.I.S. Form. 505 B - 04/2003	
SÍNDROME BUBÓNICO		A95		P35,0		A37		Y58-Y59		D.N.P.F. - DIVISIÓN NACIONAL DE ESTADÍSTICA	
RABIA CANINA		B15		B01,9		A80					

DÍAS DE CONSOLIDACIÓN																														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31



SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

BASE MATRIZ 1 - CUADERNO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

MES		ENERO						Unidad Operativa						VERDADERO VERDADERO VERDADERO VERDADERO VERDADERO										
Total de Consultas		1.593						Totales						72					53 53 35 31 35					
REFERENCIA														AGENDAMIENTO HOSPITAL				CUMPLIMIENTO		CONTRA REFERENCIA			OBSERVACIONES	
#	Fecha	Nombres y Apellidos	Nro Cédula	Nº Historia Clínica	Cantón	Parroquia	Sector-Comunidad	Dirección	Teléfono	Médico que refiere	Diagnóstico	Unidad a la que se refiere	Tipo de Servicio Ambulatorio	Especialidad	Fecha y hora de la cita	Médico al que se refiere	Número de Turno	Nombre Persona de Estadística	CUMPLE	Efectivas	CUMPLE	Bien llenadas	Referencia Justificada	
1	2-ene-13	PETER HERMANDEZ	S/N	46513	SICGSG	SICGSG	SICGSG	SICGSG	987107675	DR EDGAR ANDRADE	PIEVORA EQUINO	HVCM	ConsultaExterna	TRAUMATOLOGIA	3-01-2013 7:30	DR BORIS CEDILLO	TURN0	CRISTINA	SI	SI	SI	SI	SI	
2	2-ene-13	PETER HERMANDEZ	S/N	46513	SICGSG	SICGSG	SICGSG	CUTICHL	987107675	DR EDGAR ANDRADE	MALA FORMACION	HVCM	ConsultaExterna	NEUROLOGIA	3-01-2013 7:30	DR PATRICIO EDROVO	TURN0	CRISTINA	SI	SI	SI	SI	SI	
3	2-ene-13	BRITO BRITO PAULINA	S/N	43665	SICGSG	SICGSG	SICGSG	SICGSG	S/N	DR EDGAR ANDRADE	TRAUMATOLOGIA	HVCM	ConsultaExterna	TRAUMATOLOGIA	4-01-2013 7:30	DR BORIS CALLE	TURN0	CRISTINA	NO					NO SELOCALIZA PTE
4	2-ene-13	ZHIMINAYCELA PULLA ZOLIA	S/N	8571	SICGSG	SICGSG	SICGSG	SICGSG	S/N	DR XIMENA ALBUJA	NEUROLOGIA	HVCM	ConsultaExterna	NEUROLOGIA	3-01-2013 8:30	DR JULIO RODRIGUEZ	TURN01	CRISTINA	NO					NO SELOCALIZA PTE
5	2-ene-13	SALAZAR SALINAS MIGUEL	S/N	45874	SICGSG	SICGSG	SICGSG	SICGSG	S/N	DR CARMEN CEDILLO	GASTROENTERITIS	HVCM	ConsultaExterna	GASTROENTEROLOGIA	3-01-2013 9:30		TURN01	CRISTINA	NO					NO SELOCALIZA PTE
6	2-ene-13	SALAZAR SALINAS MIGUEL	S/N	45874	SICGSG	SICGSG	SICGSG	SICGSG	S/N	DR CARMEN CEDILLO	UROLOGIA	HVCM	ConsultaExterna	UROLOGIA	3-01-2013 1:30	DR JULIO FAJARDO	TURN03	CRISTINA	NO					NO SELOCALIZA PTE
7	3-ene-13	MENDOZA DELGADO JUANA	S/N	7778	SICGSG	SICGSG	SICGSG	SICGSG	98097073	DR MAYRA CAMPOVERDE	Z123	HVCM	ConsultaExterna	GASTROENTEROLOGIA	4-01-2013 4:30	DR ARA CUMANDA ABRIL	TURN01	CRISTINA	SI	SI	SI	SI	SI	
8	3-ene-13	COVAGO SAGRA Y GLOVER	106937113	S/N	SICGSG	SICGSG	SICGSG	SICGSG	S/N	DR XIMENA ALBUJA	R51	HVCM	ConsultaExterna	NEUROLOGIA	4-01-2013 4:30	DR JULIO RODRIGUEZ		CRISTINA	NO					NO SELOCALIZA PTE
9	3-ene-13	SEGARRA SEGARRA MARIA	101742235	S/N	SICGSG	SICGSG	SICGSG	SICGSG	8686162	DR XIMENA ALBUJA	B72	HVCM	ConsultaExterna	CRUJANO VASCULAR	4-01-2013 7:00	DR ALFONZO DURANGO	TURN03	CRISTINA	SI	SI	SI	SI	SI	
10	3-ene-13	ALTAMIRANO MARCA	S/n	19106	SICGSG	SICGSG	SICGSG	SICGSG	S/N	DR DIANA CHACO	B35	HVCM	ConsultaExterna	DERMATOLOGO	4-01-2013 4:30	DR MARIA ESABEL	TURN03	CRISTINA	SI	SI	SI	SI	SI	
11	3-ene-13	SALINAS LOJA WILMER	107491987	46522	SICGSG	SICGSG	SICGSG	SICGSG	98780657	DR XIMENA ALBUJA	H53	HVCM	ConsultaExterna	OFTALMOLO	04-01-2013 09:00	DR MARIA EUGENIA BUSTAMANTE		CRISTINA	SI	SI	SI	SI	SI	
12	3-ene-13	ASTUDILLO DUMAS AZUCENA	10253852	1370	SICGSG	SICGSG	SICGSG	SICGSG	S/N	DR XIMENA ALBUJA	G56	HVCM	ConsultaExterna	NEUROLOGO	04-01-2013 09:00		TURN02	CRISTINA	NO					NO SELOCALIZA PTE
13	5-ene-13	ZHIMINAYCELA GALAN JUSANA	101611473	8201	SICGSG	SICGSG	SICGSG	SICGSG	2266248	DR XIMENA ALBUJA	N20	HVCM	ConsultaExterna	UROLOGIA	07-01-2013 8:00	DR JULIO ANDRADE	TURN07	CRISTINA	SI	SI	SI	SI	SI	
14	5-ene-13	SALQUINILLA SALINAS LUIS	10429505	5481	SICGSG	SICGSG	SICGSG	SICGSG	98638877	DR XIMENA ALBUJA	H48	HVCM	ConsultaExterna	OFTALMOLOGIA	07-01-2013 09:00	DR WILSON GONZALEZ	TURN07	CRISTINA	SI	SI	SI	NO	SI	
15	5-ene-13	CARDENAS ALFONSO	101606105	802	SICGSG	SICGSG	SICGSG	SICGSG	S/N	DR XIMENA ALBUJA	K25	HVCM	Emergencia	GASTROENTEROLOGIA	07-01-2013 09:00	DR JULIO CALDERON	TURN08	CRISTINA	SI	SI	NO			contrarreferencia en casa de paciente
16	8-ene-13	BRITO CALLE LILIAN ANCELMA	104678271	19396	SICGSG	LIDO	BUENA VISTA	SICGSG	98368844	DR XIMENA ALBUJA	ARTRITIS RHEUMATOIDEA	HVCM	ConsultaExterna	REUMATOLOGIA	09-01-2013 8:00	DR JAMIE VENTIMILLA	TURN01	CRISTINA	SI	SI	SI	SI	SI	
17	8-ene-13	BUENO UVAGUARI WILSON	104387089	31827	SICGSG	SAN BARTOLOM	RUSHO	SICGSG	301028	DR PATRICIO PACHECO	GENITALIS COMENTA	HVCM	ConsultaExterna	TRAUMATOLOGIA	09-01-2013 12:00	DR CORNELO VICUNA	TURN04	CRISTINA	SI	SI	SI	SI	SI	
18	8-ene-13	PLACENCIA AREVALO FELIX ALEXANDER	S/N		SICGSG	SICGSG	SICGSG	SICGSG		DR DIANA CHACON	RETRAZO EN LENGUAJE	HVCM	ConsultaExterna	NEUROLOGIA	09-01-2013 8:00	DR BORIS CALLE	TURN02	CRISTINA	NO					NO SELOCALIZA PTE
19	9-ene-13	AUCHIMBO ORDÓÑEZ MISHEL	10749204	14319	SICGSG	SICGSG	SICGSG	SICGSG	S/N	DR XAVIER ASTUDILLO	POLIPO RECTAL	HVCM	ConsultaExterna	GASTROENTEROLOGIA	10-01-2013 2:00	DR GABRIEL RODRIGUEZ	TURN01	CRISTINA	SI	SI	SI	NO	SI	
20	9-ene-13	MOROCHO SANCHEZ TERESA	10386102	29426	SICGSG	SICGSG	CURN	SICGSG	S/N	DR JUAN PABLO PACHECO	HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA	HVCM	ConsultaExterna	GASTROENTEROLOGIA	10-01-2013 11:00	DR GABRIEL RODRIGUEZ	TURN02	CRISTINA	NO					NO SELOCALIZA PTE
21	9-ene-13	SAMANEZO LEON MANUEL NIFSIAN	10123863	5623	SICGSG	QUEL	SICGSG	SICGSG	S/N	DR XIMENA ALBUJA	HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA	HVCM	ConsultaExterna	GASTROENTEROLOGIA	10-01-2013 2:00	DR MAURILENA DEL HIERRO	TURN03	CRISTINA	SI	SI	NO			PTE TIENE EN CASA
22	9-ene-13	FAJARDO GUAMAN JENIFER	10736790	235	SICGSG	SICGSG	SICGSG	SICGSG	S/N	DR KLEBER CABRERA	EPILEPSIA	HVCM	ConsultaExterna	NEUROLOGIA	10-01-2013 9:00	DR BORIS CALLE	TURN016	CRISTINA	NO					NO SELOCALIZA PTE
23	10-ene-13	BRITO MOLINA BRAULIO DAVID	105960786	43170	SICGSG	CUTICHL	SICGSG	SICGSG	S/N	DR XIMENA ALBUJA	EPILEPSIA	HVCM	ConsultaExterna	NEUROLOGIA	11-01-2013 9:00	DR MONICA PACURUCU	TURN010	CRISTINA	NO					NO SELOCALIZA PTE
24	10-ene-13	ENEZACA CORAZACA PATRICIA	S/N	44482	SICGSG	SAN BARTOLOM	SICGSG	SICGSG	S/N	DR DIANA CHACON	SOPL0 JOLOSISTOLICO R01	HVCM	Emergencia	CARDIOLOGIA	11-01-2013 8:30	DR HUGO ROSALES	TURN02	CRISTINA	SI	SI	SI	SI	SI	