

DP-01236

**ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DEL LITORAL
ESCUELA DE POSTGRADO EN ADMINISTRACION
DE EMPRESAS**

**ESPECIALIDAD EN GERENCIA DE
SERVICIOS DE SALUD**

**SEGUNDA PROMOCION
TRABAJO DE GRADUACION**

**TITULO DEL TRABAJO
Analisis Estrategico del Hospital
NEUMOLOGICO**

ALFREDO J. VALENZUELA VALVERDE

REALIZADO POR:

DRS.

Caroline J. Chang Campos

Elsa P. Tito Ortíz

Amparo C. Rivera Aguilar

Exon J. Briones Cedeño

DIRIGIDO POR:

DR. ERNESTO TORRES TERAN

Guayaquil - Ecuador

DICIEMBRE 1997

AGRADECIMIENTO

Queremos dejar constancia de nuestro eterno agradecimiento a quienes hicieron posible culminar con éxito una meta más de nuestras vidas: obtener el Título de **Especialistas en Gerencia de Servicios de Salud**.

A nuestros familiares que con su comprensión y apoyo han fortalecido nuestro espíritu de superación.

A la Escuela Superior Politécnica del Litoral, Escuela de Postgrado en Administración de Empresas, por todos los conocimientos adquiridos a través de sus distinguidos profesores nacionales y extranjeros, a quienes también hacemos extensivo nuestro agradecimiento.

A las prestigiosas instituciones: Ministerio de Salud Pública / Dirección Provincial de Salud del Guayas, Organización Panamericana de la Salud, Fundación Eugenio Espejo - Guayaquil, en las cuales orgullosamente prestamos nuestros servicios profesionales, por todas las facilidades que nos proporcionaron para el cumplimiento de nuestras obligaciones académicas.

A los directivos y personal del Hospital Alfredo J. Valenzuela quienes nos abrieron las puertas de la institución, brindándonos su apoyo incondicional.

Al Señor Doctor Ernesto Torres Terán, nuestro tutor y amigo, quien desde el inicio y durante todo el postgrado supo conducirnos y fomentar en cada uno de nosotros, altos criterios gerenciales, aptitudes de liderazgo, amistad y trabajo en equipo. A El nuestro agradecimiento, respeto y cariño.

El mayor agradecimiento a nuestro mejor amigo, el que nunca falla, a quien le debemos lo que somos y a quien le dedicamos lo que seremos, el maestro Jesús.

DEDICATORIAS

*A los seres más importantes de mi vida: mi madre Judith y mi esposo Federico,
por su comprensión, apoyo y sobre todo por su gran amor.*

Caroline.

*A mi esposo Fernando Juan, a mis hijos Fernando José, Paulo Roberto y
Mariuxi, por su apoyo incondicional, comprensión y amor.*

Elsa.

*A la memoria de mi Madre, a mi esposo Gutenberg por su perseverancia,
a mis hijos Gutenberg, Alembert y María del Carmen, por su ternura.*

Amparito

*A Gina mi esposa, por su innegable comprensión, a Nohelia mi hija,
por su tierno amor, a Rómulo Vitaliano y Ana Rosalía mis padres,
por su apoyo espiritual y moral.*

Exon Javier.

“ Recuperar el hospital público es un camino hacia la equidad en salud ”

José María Paganini

“... Los hospitales tienen una función cardinal que cumplir en apoyo a los sistemas locales de salud conforme a los principios de la atención primaria y esta función no puede limitarse a la recepción de pacientes remitidos. Constituyen la mayor concentración de recursos materiales, financieros, científicos y técnicos dentro de los sistemas de salud. En consecuencia, al reorientar los servicios, es imprescindible incorporar plenamente los hospitales en el quehacer de todo el sistema de salud e invertir esfuerzos en su habilitación, en particular en su perfeccionamiento gerencial. Cada hospital debe transformarse en un foco de apoyo administrativo, técnico y logístico, que forme el recurso humano exponiéndolo al proceso social de la salud y a una educación continua en el servicio que promueva una investigación arraigada en la vida comunitaria para la solución de problemas concretos, y que irradie información y conocimientos no solo a todo el sistema de salud, sino a la población que sirve... ”

Carlyle Guerra de Macedo.

RESUMEN EJECUTIVO

Como requisito para la obtención del título de Especialista en Gerencia de Servicios de Salud, en la Escuela Superior Politécnica del Litoral se realizó un estudio estratégico del Hospital Alfredo J. Valenzuela cuyos objetivos eran realizar un diagnóstico que identifique la misión, revele la situación política, financiera, administrativa y su ubicación dentro del contexto de los hospitales públicos del Ecuador y América Latina y ofrecer opciones estratégicas para la futura orientación de la institución.

La metodología empleada incluyó la revisión y análisis cuantitativo de datos estadísticos e indicadores de productividad y rendimiento del hospital y la investigación cualitativa mediante encuestas, entrevistas y observación entre los usuarios internos y externos.

Los resultados del estudio revelan que el hospital no tiene definida su misión, sus actividades están dirigidas casi exclusivamente a la atención de pacientes tuberculosos, su personal y los pacientes se han desentendido del contexto en el cual el hospital opera. Complementando a esta situación el hecho de que a nivel mundial se han adoptado nuevas estrategias de tratamiento antituberculoso ambulatorio más eficaces y costo efectivas que la hospitalización.

El hospital Alfredo Valenzuela se encuentra en crisis económica y administrativa, con altos costos operativos, baja productividad, ineficiencia en la prestación de servicios, con un recurso humano desmotivado, rutinizado, desactualizado en tecnología y procedimientos de calidad.

La inestabilidad política e institucional, la falta de liderazgo y capacidad gerencial de quienes lo han conducido, han detenido su desarrollo impidiéndole entrar en la competencia por la calidad y eficiencia característica de los hospitales modernos.

Es necesaria la sensibilización hacia el cambio de los organismos competentes, del cuerpo directivo y personal que labora en la institución. Se ponga en marcha la planificación estratégica, se defina la misión, se escoja la alternativa más adecuada, se elaboren los planes operativos y se ejecuten.

Se presentan tres opciones: el cierre del hospital, la clarificación de su misión con el mejoramiento del hospital neumológico y la redefinición de la misión con la conversión en un hospital general. Cada una de estas opciones con sus estrategias, aspectos favorables y desfavorables y el análisis de factibilidad.

El cierre del hospital se presenta como la opción más factible desde el punto de vista financiero para el Ministerio de Salud Público, pero políticamente es la menos viable, deberá planificarse muy cuidadosamente para que el impacto en el personal y en la comunidad no sea muy caótico.

El mejoramiento del Hospital Neumológico, es la más factible políticamente, tendría un clima organizacional favorable, pero seguiría estando fuera del contexto y tendencias de los hospitales de Latinoamérica.

La tercera opción de redefinir su misión y convertirlo en un hospital general, se encuentra dentro del contexto de modernización de los hospitales, de globalización de la atención con eficiencia y calidad, que satisfaga las necesidades de la población. Económicamente es la menos factible por las inversiones que esto representaría.

Consideramos que los resultados de esta investigación puede servir como base sobre la cual el Ministerio de Salud Pública puede tomar la decisión de iniciar el proceso de cambio, establecer las medidas y elaborar las políticas necesarias para asegurar el éxito en la opción elegida.

SUMMARY

In order to satisfy the requirements for the Post-graduate course in Health Management at the Escuela Superior Politecnica del Litoral (ESPOL), a strategic study of the Alfredo Valenzuela Hospital in Guayaquil was undertaken. The objectives of the study included the identification of the Hospital's mission, the political, financial and administrative situations and its position within the public hospital context in Ecuador and Latin America as well as the definition of alternatives for the institution's future orientation.

The methodology for the study included a revision and quantitative analysis of the statistical data, indicators of productivity and services of the hospital as well as qualitative investigations among patients and personnel of the institution through the use of questionnaires, interviews and observational visits.

The results of the investigation reveal that the hospital does not have a mission statement, activities are aimed almost exclusively to attention of patients suffering from Tuberculosis and that patients and staff of the institution are unaware of the context in which the hospital operates. This situation is compounded by the fact that at the worldwide level, new strategies for ambulatory treatment of tuberculosis patients have been adopted. The new treatment strategies are more cost-effective than the modality of hospitalizing patients. At the same time, the Alfredo Valenzuela Hospital is undergoing economic and administrative crises, has high operational costs, low productivity, an inefficient provision of services coupled with unmotivated staff who work in a routine manner and lack updated technological and procedural information.

Political and institutional instability, poor leadership and managerial capacity by the hospital's directorate have resulted in a lack of development which prevents competition for quality and efficiency which now characterize modern hospitals.

Sensitivity towards change among competent organizations, the directing body and personal who work in the institution is greatly needed. There is need for strategic planning, a mission statement, a selection of the most adequate alternative, the elaboration of operational plans and their execution within the hospital.

As a result of the investigation, three alternatives were presented: the closure of the hospital; a definition of the mission and improvement of the pneumology Hospital; or the redefinition and conversion of the hospital into a general hospital. Each alternative and corresponding strategies, positive and negative aspects and analyses of factibility were undertaken.

From a financial point of view, the hospital's closure appears to be the most favourable option for the Ministry of Public Health but is the least viable from a political viewpoint and would have to be carefully planned so as to reduce the level of chaos which could result from its impact on both the hospital's human resources and the general community.

The improvement of the pneumology Hospital is the most politically attractive option as it would present a favourable organizational climate, but would remain contrary to the context and tendency among such hospitals in Latin America.

The third option which includes a redefinition of the mission and its conversion into a general hospital is within the ambit of hospital modernization, the amplification of efficiency and quality care for the population 's needs. Given the required expenditure which would be necessary, this appears to be the least economically feasible option.

It is felt that the results of this investigation provide the basis upon which the Ministry of Public Health in Ecuador could initiate a process of analysis which could lead to change, through the adoption of measures and the elaboration of necessary policies to ensure success in the selected future course of Alfredo Valenzuela Hospital in Guayaquil.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	Pág. 1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
III. OBJETIVO GENERAL	2
IV. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	2
V. METODOLOGÍA	2
VI. MARCO TEÓRICO	4
1. Historia de los Hospitales	4
2. Hospital Público	5
2.1 Tendencias, Perspectivas y Líneas políticas en América Latina y el Caribe.	5
3. Situación de Salud en el Ecuador	8
4. Perspectivas del Hospital Público Ecuatoriano	9
5. Planificación Estratégica de los Hospitales	9
6. Misión	11
7. El papel del servicio médico	12
8. Hospitalización	12
9. Tuberculosis	
9.1 Evolución de la Tuberculosis a través de la historia. Mitos y realidades.	13
9.2 Situación Mundial de la Tuberculosis	15
VII. DIAGNOSTICO ESTRATÉGICO DEL HOSPITAL NEUMOLOGICO ALFREDO J. VALENZUELA	16
1. Historia	16
2. Generalidades	17
3. Misión	19
4. Descripción, Producción y Rendimiento de los servicios del Hospital Alfredo J. Valenzuela	19
4.1 Admisión	19
4.2 Hospitalización	20
4.3 Administración	22
4.4 Auxiliares de Diagnóstico	
4.4.1 Laboratorio	22
4.4.2 Radiología	23
4.5 Farmacia	24
4.6 Odontología	25
4.7 Mantenimiento	25
4.8 Servicios Generales	
4.8.1 Alimentación y Dietética	25
4.8.2 Lavandería, Ropería y Costura	26
5. Recursos humanos	27

6. Función de Dirección y Evaluación de Gestión	30
7. Sistema de Información Estadística	31
8. Sistema de Información Financiera	32
9. Satisfacción del Usuario Externo	32
10. Estudio de Costos	33
11. Déficit Presupuestario	36
12. Análisis del entorno	
12.1 Situación Política del Ecuador. Ministerio de Salud Pública.	36
12.2. Programa Control de la Tuberculosis	37
12.3 Lineamientos del la OMS para el tratamiento de la Tuberculosis.	
Tratamiento Directamente Observado (DOT)	38
12.3. Vulnerabilidad estructural	40
12.4. Análisis comparativo con hospitales neumológicos de América y El Caribe.	41
13. Análisis Estratégico	42
13.1. Análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas. F.O.D.A	44
VIII. DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	47
A. OPCION A: Cierre del hospital.	48
Aspectos favorables	49
Aspectos desfavorables	49
Factibilidad	49
B. OPCION B: Reconocimiento de la Misión. Mejoramiento hospitalario	50
Aspectos favorables	51
Aspectos desfavorables	52
Factibilidad	52
C. OPCION C: Redefinición de la misión. Conversión a Hospital General	53
Aspectos favorables	56
Aspectos desfavorables	56
Factibilidad	56
Análisis comparativo de factibilidad de las opciones propuestas.	57
IX. CONCLUSIONES	58
X. RECOMENDACIONES	59
X. ANEXOS	60
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
XII. BIBLIOGRAFIA	79

ANALISIS ESTRATEGICO DEL HOSPITAL

NEUMOLOGICO

“ALFREDO J. VALENZUELA VALVERDE”



II. INTRODUCCIÓN

La mayoría de los países de América Latina entre ellos el Ecuador se encuentran inmersos en un proceso de cambios y transformaciones en sus múltiples sistemas: sociales, económicos, financieros y de salud, estos últimos motivados por el avance de la ciencia moderna, las conquistas tecnológicas, las necesidades crecientes de la población, la ambición del triunfo en la lucha contra la enfermedad y la recuperación del sueño del panamericanismo basado en la libertad, integración, y solidaridad humana.

El Sistema de salud en el Ecuador siente la urgente necesidad de cambio, desde hace algunos años se viene hablando de las Reformas en el sector salud, propuesta que se rige por los principios de equidad, universalidad, integralidad, eficiencia y solidaridad; y cuyo principal objetivo es mejorar el nivel de salud de la población ecuatoriana mediante la promoción y el acceso universal a servicios integrales de salud, extensión progresiva de coberturas de atención, mejoramiento en la eficiencia y el desarrollo de la articulación funcional de las instituciones de salud.

Mientras el Ministerio de Salud se enfrenta a este escenario, en la ciudad de Guayaquil en el cerro del Carmen se encuentra históricamente de pie el Hospital Alfredo J. Valenzuela, un hospital de referencia nacional para la atención de pacientes neumológicos y que en la práctica atiende en un alto porcentaje a pacientes tuberculosos, luchando por sobrevivir con su misión que data desde Junio de 1946, teóricamente modificada en 1973.

El Hospital Alfredo Valenzuela se debate diariamente entre una serie de situaciones externas e internas como son: deficiencias de recursos económicos, humanos, físicos, tecnológicos, el avanzado deterioro de su infraestructura, la crítica prestación de sus servicios y las amenazantes y modernas estrategias mundiales de tratamiento y control de la tuberculosis, cuestionando su existencia.

Como estudiantes del Postgrado en Gerencia de Servicios de Salud, con la nueva visión gerencial, revolucionaria e innovadora impartida en esta prestigiosa institución, elegimos como trabajo de grado el estudio del Hospital Alfredo J. Valenzuela, para conocer su realidad, plantear la redefinición de su misión, realizar un análisis de planificación estratégica, justificar su presencia y elaborar estrategias de cambios que le permitan a este hospital entrar en la carrera por la eficiencia de la atención, la administración de calidad, categorización, acreditación y el desarrollo de estándares de estructura acordes a las necesidades reales de la población.

Creemos que de esa manera no sólo contribuiremos a mejorar esa institución, sino que aportaremos en la lucha que ha emprendido el Ministerio de Salud Pública a través de las reformas del sector salud.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Siendo el Hospital Alfredo J. Valenzuela un hospital público de especialidad neumológica con atención casi exclusiva a pacientes tuberculosos y existiendo nuevas tendencias de tratamiento ambulatorio de esta patología, nuestro interrogante es :

¿ Se justifica la presencia de un hospital neumológico para atención de pacientes tuberculosos en el Ecuador?

III. OBJETIVO GENERAL :

Realizar un análisis estratégico del Hospital Alfredo J. Valenzuela.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ◆ Realizar un diagnóstico estratégico del Hospital Alfredo J. Valenzuela.
- ◆ Elaborar opciones de direccionamiento estratégico para el Hospital Alfredo J. Valenzuela

IV. METODOLOGÍA:

Como requisito para la obtención del título en la especialidad en Gerencia de Servicios de Salud en la Escuela de Administración de Empresas de la Escuela Superior Politécnica del Litoral se realizó el estudio estratégico del Hospital Alfredo Valenzuela.

El estudio fue realizado durante el período comprendido entre Julio y Octubre de 1997. Se utilizó como diseño metodológico la investigación cuantitativa y cualitativa.

La investigación cuantitativa basada en el método descriptivo incluyó la revisión de archivos estadísticos, documentos financieros y contables, indicadores de productividad y rendimiento de los servicios hospitalarios del año 1996..

En la investigación cualitativa se combinaron algunas técnicas entre ellas: entrevistas a los funcionarios de la institución, aplicación de encuestas de evaluación del desarrollo del recurso humano al 10% del personal y encuestas de satisfacción del usuario externo al 20% de los pacientes hospitalizados seleccionados mediante el método aleatorio simple durante el período de estudio, además se efectuaron visitas a las instalaciones y servicios para la observación en terreno.

El estudio fue orientado siguiendo los pasos del proceso de planificación estratégica, desde el diagnóstico estratégico que involucra la identificación de la misión, auditoría interna y externa con la evaluación de las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas, hasta el direccionamiento estratégico que plantea las opciones para el futuro de la institución, cada una de ellas con sus respectivas estrategias y estudio de factibilidad.

V. MARCO TEÓRICO

1. HISTORIA DE LOS HOSPITALES

La historia de los hospitales está estrechamente relacionada a la historia de la humanidad y su respuesta social para atender a la enfermedad, con las implicaciones culturales, políticas, económicas y científicas de cada época.

Hospital proviene del vocablo latín "**HOSPITALIS**" que significa hospitalidad, que al igual que las palabras huésped, hotel, hostería tienen una raíz común, la palabra latina "**HOSPE**" que significa huésped y **HOSPITUM** que significa hospicio o lugar donde recibir huéspedes. 1

Se entiende por hospital, independientemente de su denominación, todo establecimiento dedicado a la atención médica, en forma ambulatoria y por medio del internamiento, sea de dependencia estatal, privada o de la seguridad social, de alta o baja complejidad, con fines de lucro o sin el, declaradas en sus objetivos institucionales, abierto a toda la comunidad de su área de influencia o circunscrita su admisión a un sector de ella.

La hospitalidad se fundamentaba en los conceptos de beneficencia, equidad y justicia, principios que fueron reflejados en los servicios de hospitalización.

En la antigüedad, las ideas místicas del origen de la enfermedad orientaron a las sociedades a responder ante ella con perspectivas religiosas. Esculapio fundó el arte curativo del sacerdocio que se extendió a Grecia y a Roma. En la Europa del Medioevo existían aproximadamente 19000 hospitales, hospicios y leproserías ocupados de aliviar y curar. 1

En la etapa Renacentista los grandes cambios socioeconómicos de Europa, dieron paso al desarrollo de la ciencia y a importantes transformaciones en los hospitales que se orientaron a la terapéutica médica.

La medicina moderna que se origina en los últimos años del siglo XVIII, en la cual se imponen los criterios científicos biológicos permite que los hospitales alcancen un desarrollo caracterizado por la metodología fenomenalista, por encima del idealismo y materialismo.

La participación del Estado, el pago por parte de los pacientes y la atención hospitalaria exclusiva de enfermos, son características del hospital moderno que ha llegado hasta nuestros días.

En los Estados Unidos, el hospital se caracteriza por la incorporación de la tecnología especializada y sofisticada que ha hecho necesario extender el tamaño de

los hospitales, incrementar equipos, alterando la estructura social y cambiando los objetivos, aunado al perfil epidemiológico de hoy donde predominan las enfermedades crónicas que han hecho elevar los costos considerablemente dejando de ser una institución para pobres.

En Ecuador, el 25 de Abril de 1563 en la ciudad de Guayaquil se inauguró el primer hospital llamado Santa Catalina Virgen y Mártir. El segundo hospital que se fundó fue en Quito el 9 de Marzo de 1565 llamado Hospital de Santa Caridad y Misericordia de Nuestro Sr. Jesucristo.²

A partir de entonces fueron creándose hospitales en otras ciudades del país, así en 1581 se fundó un hospital en Riobamba, en 1585 en Cuenca y en 1612 en Ibarra.

Los Municipios tenían a cargo la atención hospitalaria, cementerios, y manicomios, en 1887 el Congreso Nacional facultó a estos municipios para la creación de las juntas de beneficencias para cubrir las serias deficiencias en la atención de estas instituciones.

El 16 de septiembre de 1940, se funda la Liga Ecuatoriana Antituberculosa (L.E.A.), creando hasta 1976 en el país 26 dispensarios y 10 hospitales.¹

El 1 de Julio de 1946 LEA bajo la dirección del Dr. Juan Tanca Marengo, se inaugura en la Ciudad de Guayaquil el Hospital Tisiológico Alfredo J. Valenzuela.²

El 16 de Junio de 1967 mediante decreto estatal 084 se creo el Ministerio de Salud Pública, que estaría encargado de velar por los aspectos relacionados con la sanidad, asistencia social, nutrición y vivienda-³

2. EL HOSPITAL PÚBLICO:

Tendencias, perspectivas y líneas políticas en América Latina y El Caribe.

El HOSPITAL PÚBLICO es:

“ Aquella institución que presta atención de salud con internación, de dependencia estatal ya sea de los gobiernos nacionales, provinciales o municipales, o de dependencia de otra institución que obtiene fondos públicos, como es el caso de los hospitales universitarios y de ciertas instituciones de la seguridad social, atención gratuita en el momento de la prestación y con su personal en régimen de trabajo a sueldo “. ⁴

Una de sus principales características es que esté abierto a todo público sin ningún tipo de discriminación.

En América Latina y el Caribe se estimaba para 1988 que existían 14216 hospitales de todo tipo, de los cuales aproximadamente 6000 hospitales (42%) pertenecían al sector público con 550000 camas (55%). Correspondiendo el mayor número de ellos a Brasil y a Argentina; en los países de esta región, aproximadamente el 70% de los hospitales tienen menos de 70 camas, poniéndose en relieve la inequidad de los servicios con diferencias en la dotación, predominando los hospitales pequeños en la mayoría de los países. 4

Los datos del catálogo latinoamericano de hospitales de 15000 establecimientos con camas revelaron la inexistencia de medidas sencillas de control de infecciones nosocomiales que constituyen uno de los indicadores de calidad, como también de medidas básicas de evaluación de la asistencia médica.

En la Región de la Américas en las dos últimas décadas, el hospital se ha encontrado con contexto sociopolíticos cambiantes, en la década del 70 con la bonanza económica, se creía que ya no podía esperarse nada más de ellos y se los olvidó en la estrategia de la atención primaria y la salud para todos.5

En la década de los 80, con la crisis económica, el déficit fiscal en la mayoría de los países latinoamericano y del caribe, en donde el gasto en salud fluctuaba entre el 3 y 5% de PBI, se presentó un deterioro estructural y funcional de los hospitales quedando más relegados. 5

En la década del 90, " post crisis ", la estabilidad económica de algunos países le asigna un nuevo reto a los hospitales públicos con un papel y una responsabilidad que lo coloca dentro del debate sobre la forma de encontrar una solución al desarrollo con equidad en el presente y futuro de nuestros países, frente a las modificaciones estructurales de sus economías y reformas, contribuyendo a la democratización de la atención y de las relaciones entre el Estado y la sociedad civil.

En la actualidad los hospitales públicos se presentan con dos caras, la optimista por tratarse de la única capacidad instalada disponible que resuelve la atención especializada en las áreas de salud y que históricamente ha sido la formadora de recursos humanos en salud; y la negativa que reflejan las largas colas frente a la consulta externa, planta física deterioradas, equipos en mal funcionamiento, con personal carente de motivación, y la desilusión y frustración de médicos y pacientes ante la impotencia de la pobreza y escasez de recursos.

En el 91% de los países de la Región de las Américas y el Caribe, existen procesos activos políticos y administrativos de reformas del Estado en donde el hospital está participando en la mayoría de las líneas de políticas de salud en las que se orientan las reformas del sector salud de estos países, entre las que se podrían destacar:

- ♦ **La descentralización y el desarrollo de los SILOS** constituye una línea directriz, el hospital público tiene una responsabilidad definida no sólo para integrar la misma sino para facilitar el desarrollo de nuevos modelos de atención basados en promoción de la salud y la prevención de enfermedades, en la investigación y en el desarrollo de los recursos humanos dentro de un procesos de administración estratégica local y en la programación de actividades en función de riesgos de la población.
- ♦ **El desarrollo de los procesos de democratización**, las propuestas de nuevos enfoques de participación social, tanto de la comunidad organizada como de los individuos y sus familias.
- ♦ Los cambios en los **modelos de financiación** de la atención de la salud: seguro social, prepago, y fondos asignados centralmente y en donde el hospital público puede participar en los flujos financieros de los mismos.
- ♦ **El desarrollo de Recurso Humano en salud**, los procesos de investigación en salud, la incorporación de nuevas tecnologías, sistemas de información e informática médica influyen en las características presentes y futuras del hospital.
- ♦ Las tendencias a incorporar en el hospital la **garantía de la calidad** total, la administración de la calidad, eficiencia de la atención, categorización, acreditación y el desarrollo de estándares de estructura y procesos de atención .5,26

La **VISIÓN** del nuevo hospital público en América es que se convierta en la base de una organización para el mantenimiento de la salud donde se conjuguen estratégicamente todos los momentos de la atención mediante una administración estratégica local en la cual se incremente el proceso participativo democrático y de descentralización que facilite un ajuste de la relación entre necesidades y recursos de acuerdo a criterios éticos sociales. 4

El hospital fortalecido dentro de la red del sistema público debe integrarse con el sector privado, ambulatorio y con otros organismos de la comunidad, educacionales, organizaciones no gubernamentales, etc., para entrar en una competencia no de sobrevivencia, sino de ajustes mutuos para que a través de acciones concertadas, el mercado de la solidaridad social determine las responsabilidades y perfiles necesarios en cada caso.

Deberá contar con la lógica del servicio público y el privado, deberá recuperar y desarrollar la responsabilidad social con la atención permanente, con acceso igualitario, sin restricciones e incorporar los criterios de calidad y eficiencia tanto económica como social, desarrollando un ambiente humano y amigable para el paciente y su familia.

Deberá competir con sistema público y privado en actividades de docencia e investigación, deberá constituirse en un centro de desarrollo de la clínica, epidemiología y estadística comunitaria, facilitar el desarrollo del recurso humano y motivar la relación con la población y el de su ejercicio profesional.

Siendo parte de una red de servicios deberá definir la población bajo su responsabilidad de acuerdo al área geográfica y ejecutar programas de promoción, prevención y atención integral, deberá no solo atender la demanda sino inducir su propia demanda.

3. SITUACIÓN DE SALUD EN EL ECUADOR:

La población ecuatoriana es de 11.9 millones de habitantes se caracteriza por ser pluricultural y multiétnica, el 60 % viven en el área urbana y el 30 % a 35 % son indígenas que en su mayoría viven en el área rural. La tasa de crecimiento anual se estima en un 3.7 % para la población urbana en el período de 1990-2000. 6-7

Según la publicación de 1997 de indicadores básicos de la Situación de Salud en Las Américas de la OPS-OMS en Ecuador:

- La esperanza de vida al nacer estimada para el período 1995-2000 será de 69.8 años
- La tasa de mortalidad infantil en 1996 fue de 47 x 1000 nacidos vivos.
- La tasa de mortalidad materna (1990 - 1995) fue de 150 x 100000 nacidos vivos.
- La tasa cruda de mortalidad (1995-2000) es 6.0 x 1000 habitantes.

La primera causa de muerte definida en 1993 fue la neumonía. En 1990, la primera causa de muerte para todas las edades en los hombres fueron los accidentes y para las mujeres las enfermedades cardiovasculares. 7

En 1995 la tasa de incidencia de tuberculosis BK positiva fue de 66.8 x 100000 habitantes . 6

La tuberculosis en 1991 ocupó el octavo lugar como causa de muerte (11.3 x 100000 hbtes.), en 1992 el décimo lugar (11.2 x 100000 hbtes), en 1993 y 1994 el décimo primer lugar (10.9 x 100000 hbtes). 7

La infraestructura de servicios de salud con internación hospitalaria corresponde al 13.3% del total de unidades operativas del país, de los cuales 73.7% se ubican en zona urbana.

Las instituciones más importantes en el área de atención hospitalaria según el número de camas disponibles son: MSP 44%, Junta de Beneficencia de Guayaquil 16.6%, Seguro Social 9.8%, y el 29.6% restante corresponde a Fuerzas Armadas, Policía, Solca y Sector Privado.²⁴

Según el INEC 1993, en el Ecuador hay un promedio de 1.6 camas por 1000 habitantes, el porcentaje ocupacional de los hospitales es del 53%.

En la propuestas de las reformas de salud, el hospital integrado en la red de servicios de salud cumple un papel importante, y que para ello es necesario fortalecer el proceso administrativo financiero, iniciar la acreditación y garantía de la calidad en sus servicios.

4 .PERSPECTIVAS DEL HOSPITAL PÚBLICO ECUATORIANO.

En Ecuador las perspectivas son lograr su funcionamiento en base a una descentralización, desconcentración, modernización, rehabilitación, hasta llegar a la excelencia de todos los servicios, completándolos con docencia, para la formación de futuras generaciones tanto en el campo médico científico y administrativo, e involucrando organismos no gubernamentales como fundaciones y al servicio privado, para convertirlos en hospitales eficientes y autofinanciables.

Conformar el sistema único de salud pero con la individualización de cada hospital con sus objetivos a corto y mediano plazo. ^{14,29}

5. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE LOS HOSPITALES:

La planificación estratégica es un ingrediente esencial de la buena gestión.

La planificación estratégica permite analizar en detalle el hospital y su ambiente exterior para determinar las fuerzas que lo afectan y la habilidad para gerenciar a su favor, identificar y evaluar los principales problemas, interrogantes, oportunidades y amenazas que el hospital está o estará enfrentando, en orden de importancia. La planificación estratégica es esencialmente una ciencia que trata de los cambios del mundo exterior.¹⁵⁻¹⁷⁻¹⁹⁻²⁷⁻²⁸⁻

La planificación estratégica es un instrumento para diseñar y crear un futuro deseado. Es un proceso que dirige al futuro la atención de una organización, de una manera que le capacite a adaptarse más rápidamente a los cambios, y a determinar en qué sentido decide avanzar mediante una evaluación continuada del impacto de los cambios sobre la organización y sus actividades.

El propósito de la planificación estratégica en los hospitales es conocer su justificación social (región, demografía, necesidad de atención), fines, recursos con que se cuenta, verificar si la infraestructura responde al funcionamiento y ofrecer a la institución un sentido de propósito y dirección para ofertar servicios de la más alta calidad.

Algunos hospitales de especialidades de antaño que atendían a patrones de enfermedad pasados o a las necesidades específicas podrían seguir funcionando si hubiesen ampliado su misión a la población de servicios más apropiados a las necesidades de salud de hoy.

El modelo de planificación estratégica valora la situación del hospital en función de diversas fuerzas de su entorno, busca identificar las oportunidades y amenazas del medio exterior para la administración de los servicios, tales como disponer de recursos más efectivamente y desarrollar mecanismos para evaluar el desempeño organizacional. Busca compatibilizar las capacidades o competencias internas (fortalezas y debilidades) y aspiraciones con las demandas y oportunidades siempre presentes en la sociedad que lo rodea.

Sea cual fuera la situación del hospital, a través del análisis estratégico define que futuro desea para acomodarse a su impacto y prepara un plan para saltar el espacio que va desde donde se encuentra a donde quiere estar en un momento determinado del futuro.

La responsabilidad de la planificación es del máximo nivel de gestión del hospital ya sea su consejo de administración o un órgano de gobierno similar.

La información requerida para planificar debe incluir:

- ◆ Conocer la MISIÓN del hospital.
- ◆ Información sobre el área atendida por el hospital, su mercado o área de servicio
- ◆ Información sobre los pacientes atendidos por el hospital
- ◆ Información sobre los servicios producidos por el hospital
- ◆ Información sobre el equipo de médicos del hospital
- ◆ Información sobre las operaciones y los resultados financieros
- ◆ Información sobre las otras organizaciones de servicios sanitarios que atiende al área.

Cuando los hospitales organizan un proceso continuo de planificación bajo ciertas condiciones de responsabilidades, pueden mejorar su efectividad, su productividad, ahorrar costos y servir mejor a la comunidad.¹⁵⁻¹⁹⁻¹⁷

Hay nueve tareas en este proceso:

1. Auditar la situación actual: la misión y las metas a largo plazo, las estrategias y las situaciones que han obstruido la efectividad del hospital para cumplir su misión, sus metas y sus anteriores estrategias.
2. Revisar la misión del hospital si es preciso, para que refleje un futuro deseado o para que proporcione un sentido más claro de su propósito como institución.
3. Examinar al hospital y a su entorno para determinar que fuerzas externas pueden afectar al hospital y valorar su capacidad de gestionarlas de forma que le favorezcan.
4. Identificar y evaluar los principales temas, problemas, oportunidades y peligros que el hospital enfrenta o confrontará, y ordenarlos según su importancia.
5. Escoger metas y estrategias apropiadas tras revisar diversas opciones, que equilibren el potencial del hospital con el desafío de las situaciones mudables. Tener en cuenta la misión del hospital, los valores y deseos de su consejo y gerencia, su capacidad de recursos, y sus responsabilidades sociales.
6. Preparar un plan escrito que apoye y desarrolle la estrategia.
7. Conseguir que se apoye este plan.
8. Ejecutar el plan
9. Establecer un procedimiento y un cronograma para monitorizar el plan y para determinar si lo que se consigue posteriormente es lo que se quería. Revisar estrategias y planes si se requiere..

6. MISIÓN:

El enunciado de la misión declara la razón de la existencia de la institución y su propósito general, en el sistema de asistencia sanitaria de la comunidad. Describe el papel que la institución desempeña junto con otras instituciones sanitarias y sus relaciones de cooperación actuales o previstas para el futuro, en materia de prestación de servicios sanitarios a la población de la zona.¹⁵⁻³⁰

7. EL PAPEL DEL SERVICIO MEDICO:

El servicio es la piedra angular de la organización hospitalaria, la suma de actividades de los servicios médicos que lo integran conforman el hospital.²⁰

El nivel de acreditación de un hospital se basa en parte en su infraestructura, funcionamiento general, pero en buena parte también en la acreditación de varios o de la totalidad de los servicios.

Se identifican 3 funciones del servicio médico: asistencial, docente e investigadora. Se podría añadir función gestora para mejorar en lo posible los recursos y seleccionar la oferta.

8. HOSPITALIZACIÓN:

Es un área básica del hospital a lo largo de su historia, su misión es mantener ingresados los enfermos que precisan una serie de unidades que no pueden ser prestados en otro lugar ni de otra forma. La necesidad de hospitalización se debe definir por la necesidad de cuidados integrales del enfermo y no por otras necesidades o conveniencias. Debe ser hospitalizado el enfermo que por su situación y necesidad de control y cuidados integrales complejos y continuos no puede ser atendido en otra parte.

Las situaciones que en la actualidad exigen hospitalización son dos:

- a) Deterioro grave de la situación clínica del enfermo que exige cuidados especiales de enfermería, y atención médica permanente.
- b) Situaciones diagnósticas o terapéuticas agresivas que llevan al enfermo a situaciones clínicas que requieren atención.

Entre los objetivos en el área de hospitalización está la reducción máxima en el tiempo de estancia, basándose en una buena selección de ingresos, un alta precoz, y una organización de la asistencia que permita conseguirla, esto sólo es posible ofreciendo altos niveles de calidad y eficiencia.

Los indicadores fundamentales de resultados y rendimientos de las áreas de hospitales son N° de camas, N° de ingresos, No. de estancias, índices de ocupación, estancia media, rotación enfermo cama.

Una nueva modalidad es la de la hospitalización/día: para la aplicación de terapéuticas especiales como quimioterapia, diálisis, etc.¹⁹⁻²⁶⁻²⁰

9. TUBERCULOSIS:

9.1 Evolución de la Tuberculosis a través de la historia, Mitos y realidades.

Cinco siglos antes de Cristo, para el pensamiento hipocrático; la tuberculosis fue la monarquía y la condensación anormal en cualquier órgano, de la flema o pituita, uno de los cuatro humores constitutivos del cuerpo humano favorecido por las variaciones del clima y la temperatura. En Grecia y luego en Roma se consideró al tuberculoso como un poseído de algo sobrenatural. Con la difusión del cristianismo por Europa, durante la Edad Media, se empezó a asociar la tuberculosis con el pecado y el abandono de la moral.¹⁰

El romanticismo del siglo XIX despejó esa imagen y exaltó al tuberculoso, considerando su belleza patológica propia de gente aristocrática ligándosela al arte creyéndose que las toxinas del bacilo estimulaban la actividad creativa.

Para ese momento el confinamiento de los tuberculosos en sanatorios dejó de ser una simple medida de aislamiento, para convertirse en un aspecto fundamental del tratamiento de la enfermedad; el reposo absoluto, la buena alimentación, el aire y el sol eran los principales recursos terapéuticos, y según las creencias generalizadas de la época, debían aplicarse en sitios especiales: en climas de montaña, secos, y en zonas alejadas de las urbes.

El siglo XIX también vio surgir la explicación bacteriológica de la tuberculosis, cuando Robert Koch en 1882 aisló el bacilo por primera vez. En 1891 el mismo Koch aisló la tuberculina.¹⁰

A comienzos del presente siglo, Calmette y Guérin, dos franceses del Instituto Pasteur, crearon la vacuna BCG a partir del cultivo del bacilo atenuado y debilitado.

Forlanini descubrió con la colapsoterapia el primer tratamiento de la tuberculosis.

En el Ecuador en la época de la Colonia, en el año 1785 el Dr. Francisco Eugenio de Santa Cruz y Espejo habla de que los pacientes tuberculosos deben estar alejados de la población en una casa de campo o un hospital, promulgando una serie de medidas preventivas para que los poderes públicos se interesen y adopten medidas frente al problema: este distinguido galeno y otros personajes de la medicina, intentaron crear instituciones que se encarguen de la lucha contra la Tuberculosis, fracasando en su mayoría.⁸

El 9 de abril de 1893, casi un siglo después y por la iniciativa de la llamada Colonia Costeña se funda en Quito la Sociedad de Beneficencia Olmedo que fue la primera institución encargada de afrontar la lucha contra la tuberculosis.

El 22 de Agosto de 1894 el H. Congreso Nacional declara obra nacional la construcción del Sanatorio Rocafuerte destinado a alojar a los tuberculosos sin recursos.

En el año 1.938 se crea el primer laboratorio de producción de vacuna BCG y el 28 de abril de 1940 se vacunó por primera vez a un grupo de 32 niños de la maternidad civil de Quito.

En 1945 el Dr. Jorge Higgins funda en Guayaquil la Sociedad Ecuatoriana de Tisiología y se instala el laboratorio de BCG, en el Instituto Nacional de Higiene.¹⁶

El 16 de septiembre de 1940, se funda la Liga Ecuatoriana Antituberculosa, institución que funda en 1946 el Hospital Tisiológico Alfredo J. Valenzuela.⁸

Antes de la Segunda guerra mundial, aparecieron las corrientes de tratamiento con antibióticos, aunque los sanatorios mantuvieron por mucho más tiempo el viejo esquema de reposo, alimentación, aire y sol. La investigación llevó a producir antibióticos específicos que combaten al bacilo en sus diferentes estadios de evolución, convirtiéndose en el medio más eficaz para tratar la tuberculosis.

Estos avances médicos implicaron cambios en las políticas de los Estados para el control de la tuberculosis. A mediados del siglo estas políticas se fundamentaban en estimular la construcción de sanatorios y organizar unidades móviles para la detección temprana, inicio del tratamiento y toma de medidas de prevención. Los antibióticos y la moderna quimioterapia antituberculosa han transformado fundamentalmente los programas de lucha social antituberculosa al modificar por su acción efectiva y rápida las cifras epidemiológicas del mundo entero, creando nuevos problemas biológicos, clínicos y sociales.

Sin embargo en los países en donde las condiciones socioeconómicas de crecimiento y desarrollo del país han favorecido el incremento y la extensión de factores de riesgo, el número de casos ha ido en aumento sobre todo en adultos jóvenes.

La indicaciones para hospitalización de pacientes tuberculosos son:

- Las emergencias médico quirúrgicas,
- Formas graves de tuberculosis
- Resistencias a los medicamentos
- Indicaciones quirúrgicas, que hoy tienden a disminuir condiciones socioeconómicas precarias, que no garantizan la correcta aplicación del tratamiento ambulatorio (esta última es responsable de un 75% de las indicaciones de hospitalización en tuberculosis).¹⁰

El 11 de diciembre de 1973 y mediante decreto No. 1364 el Gobierno Nacional determina la integración de LEA al Ministerio de Salud Pública (MSP) con todos sus recursos y crea en su lugar el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PCT), el mismo que hasta nuestros días se encarga del control de esta enfermedad, integrando sus acciones en todos los servicios de salud.²²

9.2 Situación mundial de la tuberculosis:

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, cerca de un tercio de la población mundial está infectada por el *Mycobacterium Tuberculosis*. En todo el mundo existían en 1995 alrededor de nueve millones de casos nuevos de tuberculosis y se producían tres millones de muertes. Las defunciones por tuberculosis representan el 25% del total de muertes que ocurren en los países en desarrollo. Además el 95% de los casos de tuberculosis y el 98% de las muertes se producen en países en desarrollo y un 75% de ellos ocurren en las edades económicamente productivas (15 a 50 años).³²

Según datos del Programa Nacional de Tuberculosis del Ministerio de Salud Pública, el Ecuador es uno de los países en donde la tuberculosis es una enfermedad endémica de extrema severidad, con tasas mayores del 85 x 100000 hbtes. En 1994 en los hospitales públicos se atendieron 9.652 tuberculosos.⁹

VI. DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO DEL HOSPITAL NEUMOLÓGICO ALFREDO J. VALENZUELA

1. HISTORIA:

El 16 de Septiembre de 1940 por iniciativa de un grupo de caballeros guayaquileños, en su mayoría médicos entre ellos: Alfredo J. Valenzuela Valverde, Gonzalo Freile Nuñez del Arco, Juan Tanca Marengo, Armando Pareja Coronel, Arcenio Espinoza Smith, se funda la Liga Ecuatoriana Antituberculosa LEA, institución semipública dotada oficialmente de fondos por el ilustre Consejo Nacional de ese año.

El Servicio Corporativo Interamericano donó un considerable aporte económico para la construcción de los edificios donde funcionaría L.E.A, en los terrenos que mediante un convenio de comodato cediera la Honorable Junta de Beneficencia ubicados en el Cerro del Carmen de Guayaquil. 8-16

El 15 de septiembre 1.942 se aprobó la ley de recaudación del impuesto del 1% a las importaciones y exportaciones que sería destinado a la lucha antituberculosa y a la terminación de la construcción del **primer sanatorio para pacientes tuberculosos de la Ciudad de Guayaquil (hoy Hospital Valenzuela).**

La construcción se edificó en varios bloques y no en forma de monobloque que es la forma técnica de construir un hospital de cualquier naturaleza, debido a que en esa época estaba aun en desarrollo la segunda guerra mundial y por lo tanto, había una notable escasez de hierro para la construcción.

Para la construcción se consideró un lugar estratégico basado en las tendencias del tratamiento antituberculoso, de ahí su ubicación en lo alto del Cerro del Carmen, rodeado de árboles y aire fresco, con salas amplias y grandes ventanales y balcones.

Los dirigentes de la L.E.A que eran aquellos que debían intervenir en la estructuración administrativa del sanatorio, lamentablemente desconocían las bases fundamentales de la administración sanitaria , por sugerencia del Dr. Higgins se nombró una comisión que debía entablar un diálogo constructivo y planificar la estructuración administrativa del sanatorio; dicha comisión estuvo con formada por los Drs. Armando Pareja Coronel quien la presidía, Juan Tanca Marengo, y Gonzalo Freile Nuñez del Arco, esta comisión se asoció con el Dr. Leopoldo Izquieta en su calidad de Director General de Sanidad, actuando como secretario el Dr. Bolívar Espinoza B.

El 1 de Julio de 1.946 se inaugura el sanatorio que llevaría el nombre de ALFREDO J. VALENZUELA VALVERDE, como el último pero más significativo

homenaje a uno de los más grandes impulsores de la lucha antituberculosa, quien falleciera días antes, el 8 de Junio de 1946, eternizando su recuerdo en el nombre del hospital sanatorio antituberculoso de Guayaquil, el más valioso del país en ese entonces.

Mediante Decreto Supremo No. 1364 del 11 de diciembre de 1973, se suprime la Liga Ecuatoriana Antituberculosa integrándose los servicios, dependencias y patrimonios de dicha institución al Ministerio de Salud Pública (MSP). A partir de entonces el Hospital Alfredo Valenzuela amplía su misión convirtiéndose en un hospital de Especialidad Neumológica de referencia nacional.²²

El hospital estuvo dirigido tradicionalmente por médicos especialistas en enfermedades pulmonares entre ellos: Dr. Gonzalo Freile Nuñez del Arco, Ernesto Briones Arellano, Enrique Romero San Lucas, Luis Izurieta Gómez, Alberto Riera López, Bolívar Ramírez Villón, José Haz Mariscal.

2. GENERALIDADES:

El Hospital Neumológico Alfredo Valenzuela se encuentra ubicado en el Cerro del Carmen, sus límites son: al norte las estaciones televisivas y la Torre de Emetel, al sur el Hospital Luis Vernaza, al este cooperativa de viviendas y al oeste las calles Julián Coronel y Boyacá.

De acuerdo a la categorización de las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública, que toma en cuenta la regionalización y la utilización eficiente de los recursos, el hospital se encuentra en la categoría 6 que corresponde a hospital especializado de referencia nacional.

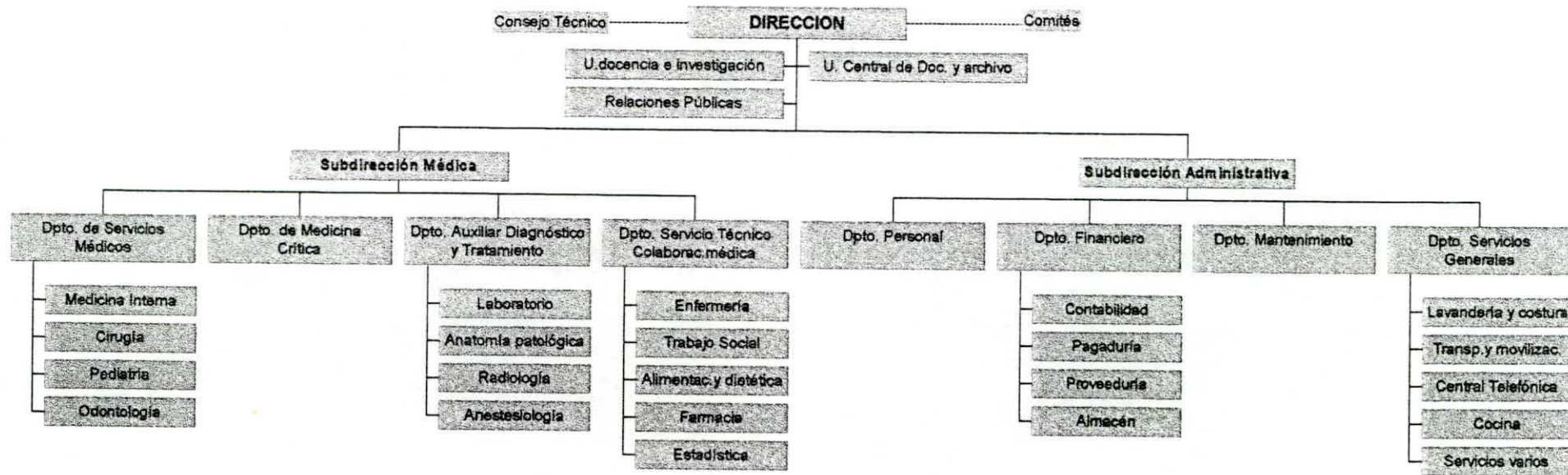
Su estructura organizacional se muestra en el organigrama (Gráfico N° 1) y está encabezada por el Director que es generalmente un médico de libre remoción nombrado por el MSP. Se encuentra dividido en dos subdirecciones: la médica y la administrativa de las cuales dependen los diferentes departamentos.

Paralelamente constan como entes asesores el Consejo Técnico y el Comité Interinstitucional, los mismos que no están funcionando. De la misma manera está establecido en el organigrama las unidades de docencia e investigación, relaciones públicas y central de archivo que no están conformadas.

El hospital tiene una dotación normal de 340 camas para hospitalización, con un recurso humano de 330 personas.

En 1996 se registraron 10560 consultas en el servicio de admisión, 1709 pacientes egresados del servicio de hospitalización, 1539 vivos y 170 fallecidos.

**ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL HOSPITAL NEUMOLOGICO
ALFREDO J. VALENZUELA**



3. MISIÓN:

No existe en la institución ningún documento en el que conste la misión del hospital, pero por la denominación de Hospital Neumológico y la categorización del MSP, se deduce que:

“LA MISIÓN DEL HOSPITAL ALFREDO VALENZUELA ES BRINDAR ATENCIÓN HOSPITALARIA A PACIENTES CON PATOLOGÍAS NEUMOLÓGICAS, PROCEDENTES DE TODAS LAS REGIONES DEL PAÍS.”

4. DESCRIPCIÓN, PRODUCCIÓN Y RENDIMIENTO DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL:

Los servicios que presta la institución están destinados exclusivamente a los pacientes hospitalizados y son:

- Admisión
- Hospitalización
- Administración
- Auxiliares de diagnóstico: Laboratorio y Radiología
- Farmacia
- Odontología
- Mantenimiento
- Servicios Generales: Lavandería y Cocina.

4.1 ADMISIÓN:

Esta área se encarga de seleccionar a los pacientes que requieren hospitalización de acuerdo a los criterios clínicos radiológicos de cada profesional encargado de la consulta, no hay normatización en cuanto al ingreso de pacientes y derivar a centros de salud a quienes no lo ameritan.

No es propiamente una consulta externa pero en gran porcentaje cumple con esa función.

El recurso humano está conformado por un médico residente y un interno de medicina que laboran por guardias de 24 horas y 2 auxiliares de enfermería que rotan por turnos.

Diariamente se atienden entre 30 a 40 pacientes, de los cuales ingresan aproximadamente de 2 a 5.

4.2 HOSPITALIZACIÓN:

El hospital cuenta 10 salas de hospitalización con un promedio de 30 camas cada una : 5 para varones, 4 para mujeres y 1 para niños. Tiene una dotación de 340 camas y la capacidad disponible es de 327 camas.

Entre los indicadores de internación de 1996 tenemos: (Cuadro No. 1)

- Porcentaje de ocupación :78%,
- Giro cama : 5.2
- Intervalo de giro: 15 días
- Promedio de estadía/paciente 53 días.
- Promedio diario de egresos : 5
- Mortalidad más de 48 horas : 8

El desarrollo de estos indicadores se muestra en el Anexo N° 1.

En Julio 1997 uno de sus pabellones sufrió considerables daños en su estructura a consecuencia de un deslave de una ladera del Cerro del Carmen en el que se encuentra ubicado, fue necesario evacuar las instalaciones afectadas y redistribuir algunas de las camas a otros pabellones reduciendo la capacidad disponible a 277 camas.

El inmobiliario no ha sido renovado en muchos años, no se cuenta con camas confortables ni instalaciones modernas.

Cuadro No.1
Indicadores de Hospitalización .
Hospital Alfredo J. Valenzuela . 1996

Dotación camas	Nº camas disponibles	Porcentaje Ocupación	Giro Cama (días)	Intervalo de Giro	Promedio estadía/paciente (días)
340	327	78	5.2	15	53

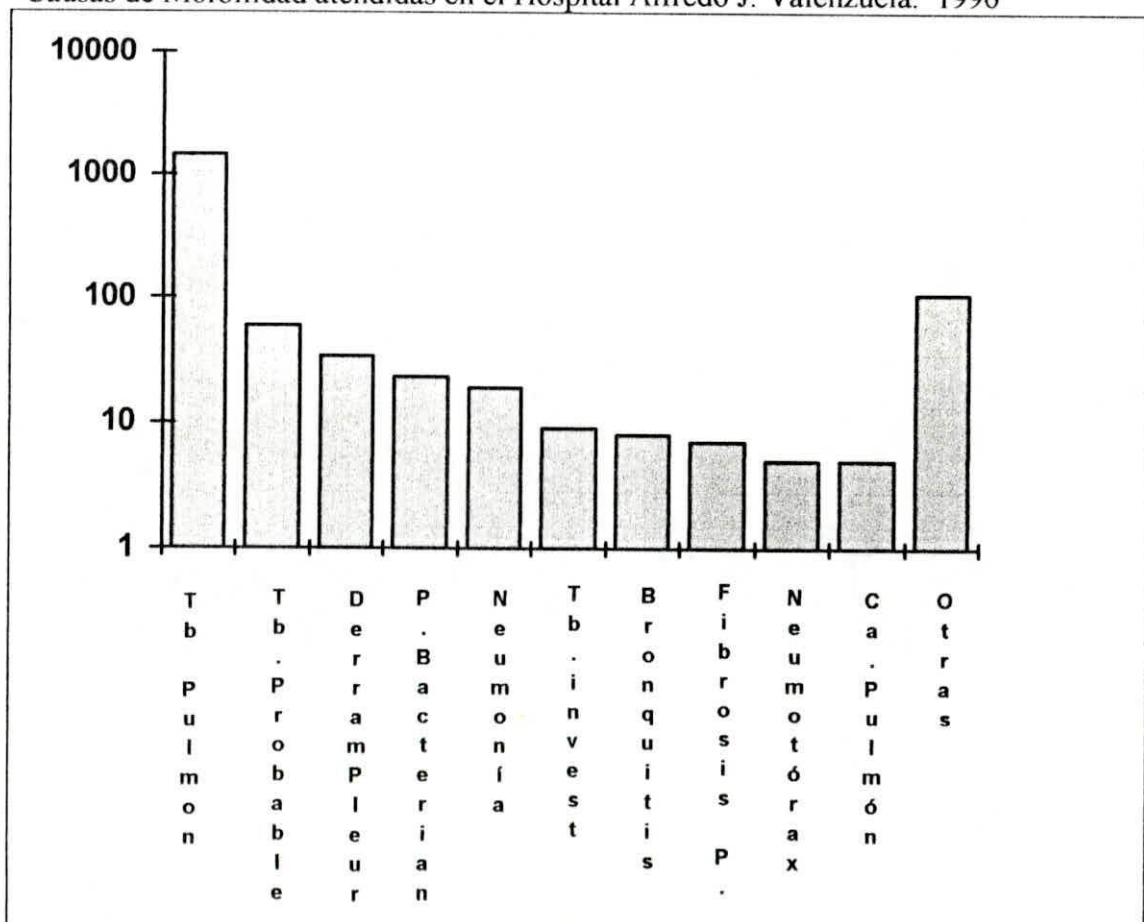
En el cuadro N° 2 se demuestran las 10 primeras causas de morbilidad observadas en 1996, este indicador nos demuestra que el 89.7% de los pacientes egresados tenían diagnóstico de patología pulmonar de origen tuberculosa.

En el gráfico N° 2, se pone de manifiesto la notable diferencia de la morbilidad atendida en la institución concluyendo que el hospital tiene dirigidos sus servicios a la atención de pacientes tuberculosos.

Cuadro N° 2
Diez Principales causas de Morbilidad en 1996
Hospital Alfredo J. Valenzuela

Orden	CAUSA	N° CASOS
1	Tuberculosis Pulmonar	1.432
2	Lesiones pulmonares de probable etiología Tb	59
3	Derrame Pleural	34
4	Proceso Bacteriano	23
5	Neumonía	19
6	Tuberculosis Pulmonar en investigación	9
7	Bronquitis	8
8	Fibrosis Pulmonar	7
9	Neumotórax	5
10	Cáncer pulmonar	5
	Otras	108
	Total	1.709

Gráfico N° 2.
Causas de Morbilidad atendidas en el Hospital Alfredo J. Valenzuela. 1996



El número de fallecidos en 1996 fue de 170 pacientes, de los cuales el 90% fue por patología pulmonar de origen tuberculosa que va acorde a la morbilidad atendida. En el cuadro N°. 3 se demuestran las 10 primeras causas de mortalidad observadas en 1996 en el Hospital Valenzuela.

Cuadro N° 3
Diez Principales causas de Mortalidad en 1996
Hospital Alfredo J. Valenzuela

Orden	CAUSA	N° CASOS
1	Tuberculosis Pulmonar	144
2	Lesiones pulmonares de probable etiología Tb	10
3	Neumotórax	2
4	Cor Pulmonar	2
5	Tuberculosis Pulmonar Crónica	1
6	Cáncer Pulmonar	1
7	Atelectasia Pulmonar	1
8	Tuberculosis Miliar	1
9	Tuberculosis en investigación	1
10	Cáncer pulmonar probable	1
	Las demás	6
	Total defunciones	170

El hospital no está en condiciones de solucionar las emergencias médico quirúrgicas. Una de las salas está adecuada para intervenciones quirúrgicas menores o contaminadas, en 1996 se registraron 353 intervenciones entre drenajes, toracotomías, biopsias, y limpiezas.

4.3 ADMINISTRACIÓN:

La administración comprende los departamentos de: personal, estadísticas y financiero con su áreas de contabilidad, pagaduría, proveeduría y almacén.

4.4 AUXILIARES DE DIAGNOSTICO:

4.4.1 LABORATORIO:

El recurso humano del servicio de laboratorio está conformado por 10 personas entre ellos 2 Química, 1 de ellas es la jefe del departamento, 6 auxiliares de laboratorio, 1 secretaria y 1 auxiliar administrativo de limpieza.

La actividad del laboratorio se circunscribe al análisis de muestras de esputo para identificación de Bacilo de Koch, hemogramas, pruebas de coagulación, tipificación de grupo sanguíneo, bioquímicos de rutina, exámenes de heces y orina. No realizan cultivos de ninguna naturaleza ni antibiogramas, estos al igual que exámenes maso complejos son derivados al Instituto Nacional de Higiene, lo que demora el diagnóstico repercutiendo en el retardo de la instauración del tratamiento y prolongando el tiempo de estadía del paciente.

Cuenta con un área física para banco de sangre que no está en funcionamiento.

El principal problema identificado es la escasez de recursos económicos para la implementación y modernización de equipos y requerimientos de insumos de laboratorio, que facilitaría el diagnóstico y tratamiento oportuno.

El indicador de rendimiento de este servicio se muestra en el cuadro No 4.

4.4.2 RADIOLOGÍA:

El servicio de radiología posee 2 equipos de rayos X, uno portátil y uno estático recién adquirido, el área se encuentra acondicionada con paredes de plomo.

Laboran en el servicio 6 personas: una tecnóloga médica con cargo de jefe del departamento, 3 auxiliares de radiología y 2 empleados de limpieza.

Las películas que se toman en su mayoría son Standard de Tórax, la demanda mensual es 200 películas a pacientes hospitalizados y 300 para usuarios externos.

Este es el único servicio que extiende su atención a pacientes ambulatorios, tiene una tarifa establecida en S/.15000 por Radiografías de Tórax.

Los principales problemas del servicio identificados por su personal son:

- La carencia de mantenimiento de los equipos
- El atraso en la adquisición de los materiales radiológicos.
- Ausentismo periódico del personal.
- Carencia de un Médico Radiólogo para interpretación de las radiografías.

En el cuadro N° 4 se demuestran indicadores de los servicios auxiliares de diagnóstico: Laboratorio y Radiología.

Cuadro No. 4
Indicadores de Rendimiento del Servicio de Auxiliar de Diagnóstico
Hospital Alfredo J. Valenzuela . 1996

N° Exámenes de Laboratorio x Egreso	N° Placas radiológicas por Egreso	N°. Placas radiológicas por Consulta Externa
19.2	1.3	0.45

4.5 FARMACIA:

En la farmacia laboran cuatro personas. 2 auxiliares de farmacia y 2 auxiliares administrativos.

El expendio de los medicamentos es gratuito y exclusivo para los pacientes hospitalizados, el requerimiento de los fármacos se hace de acuerdo a las necesidades pero sin una planificación previa.

El stock básico de la farmacia está constituido por medicamentos genéricos. antituberculosos, antitérmicos, antibióticos de primera elección.

Los principales problemas identificados en el servicio son.

- Desabastecimiento de medicamentos esenciales.
- Falta de sistematización para control e inventario.
- Acumulación de medicamentos de baja rotación.
- Carencia de personal capacitado.
- Falta de planificación para la adquisición de fármacos.

El indicador del número de recetas despachadas a hospitalización por egresos es de 40. Cuadro N° 5.

4.6 ODONTOLOGÍA:

El servicio de odontología es exclusivo para los pacientes hospitalizados, cuenta con un Odontólogo 2 de 4 horas diarias y 1 auxiliar de odontología.

El número de consultas al año es de 735, el indicador de consultas por egreso es de 0.43. Cuadro N° 5.

Cuadro N° 5
Indicadores de Rendimiento de los Servicios de Farmacia y Odontología
Hospital Alfredo J. Valenzuela. 1996

FARMACIA	ODONTOLOGÍA
N° de recetas despachadas por egreso	N° de consultas odontológicas por egreso
40	0.43

4.7 MANTENIMIENTO:

El área de mantenimiento cuenta con tres secciones :

1. Mecánica y soldadura
2. Carpintería, ebanistería y plomería
3. Electricidad.

Laboran en las tres secciones : Un ingeniero civil que es el jefe, una secretaria y 14 personas con cargos de técnicos y auxiliares de mantenimiento.

El principal problema identificado en el área es la carencia de materiales y la falta de capacidad resolutive para el mantenimiento inmediato de los equipos y maquinarias.

4.8 SERVICIOS GENERALES:

4.8.1 ALIMENTACIÓN Y DIETÉTICA:

Este servicio está a cargo de un Tecnólogo en nutrición y laboran 37 personas.

Se sirven anualmente 94.010 raciones paciente y 36.382 raciones personal. El número de raciones por paciente hospitalizado es de 55. (Cuadro 6)

Los problemas identificados en esta área son:

- Carencia de víveres y comestibles esenciales para la preparación de los alimentos
- Equipamiento obsoleto
- Deficiente calidad de alimentación, inapropiado para el tipo de pacientes hospitalizados.

4.8.2 LAVANDERÍA, ROPERÍA Y COSTURA:

En el servicio de lavandería laboran 20 personas . Este servicio produce anualmente 34.180 kilos de ropa lavada . El índice de kilos de ropa lavada por paciente es de 20. (Cuadro No. 6)

Los problemas principales en este servicio son :

- Carencia de insumos y materiales de limpieza
- Tratamiento inadecuado de la ropa y utilería de los pacientes.
- Equipos obsoletos y carentes de mantenimiento.
- Falta de aplicación de técnicas de bioseguridad para el personal sanitario

Cuadro N° 6
Indicadores de Rendimiento de los Servicios Generales.
Hospital Alfredo J. Valenzuela. 1996

ALIMENTACIÓN Y DIETÉTICA	LAVANDERÍA
Nº de raciones paciente por egreso	Kilos de ropa lavada por egreso
55	20

5. RECURSOS HUMANOS:

El Recurso humano con el que cuenta el hospital es de 330 personas, entre profesionales, obreros y personal administrativo. La clasificación del personal de acuerdo a su régimen laboral se observa en el cuadro No. 7 la misma que es desglosada en base a los cargos en el cuadro No. 8

Un total de 273 personas (77% del recurso humano) están sujeto al código de trabajo y se encuentra organizado conformando el Sindicato de Trabajadores del Hospital Alfredo J. Valenzuela

El personal médico esta conformado por diez médicos tratantes clasificados en : seis neumólogos, una pediatra neumóloga, un cirujano torácico, una patóloga , un médico general, y 4 médicos residentes.

El mayor grupo de trabajadores son los auxiliares administrativos (129/273)

La relación trabajador / médico es de 19.5: 1.

El hospital no tiene elaborado un reglamento interno propio, la administración del recurso humano se rige basándose en el reglamento interno del Ministerio de Salud Pública, el cual contiene un normativo de medidas disciplinarias por incumplimientos.

El departamento de personal dispone de indicadores de ausentismo o atrasos injustificados, pero no cumple con el reconocimiento, ni el incentivo a destacados desempeños.

Cuadro N° 7:
Recursos humanos por régimen laboral
Hospital Alfredo J. Valenzuela

RÉGIMEN LABORAL	NUMERO DE SERVIDORES PÚBLICOS	
	Número	%
Ley de Escalafón médica	14	5
Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa	43	18
Código de Trabajo	273	77
Totales	330	100

Cuadro No. 8
Distribución del Personal del Hospital Alfredo J. Valenzuela por cargos de acuerdo al Régimen Laboral.

LEY DE ESCALAFÓN MEDICA		LEY DE SERVICIO CIVIL Y CARRERA ADMINISTRAT.		CÓDIGO DE TRABAJO	
Cargo	Nº	Cargo	Nº	Cargo	Nº
Médicos Residentes	4	Director Hospital	1	Auxiliares Administrativos	129
Médicos Tratantes	10	Técnicos Administrativos	2	Auxiliares enfermería	111
		Asistentes Téc-administ.	10	Auxiliares autopsia	2
		Asistentes a Profesionales	2	Auxiliares farmacia	3
		Enfermeras Profesionales	13	Auxiliares laboratorio	7
		Técnicos Financieros	7	Auxiliares mantenimiento	2
		Técnicos Radiología	2	Técnicos mantenimiento	9
		Tecnólogos médicos	3	Auxiliar de Odontología	1
		Profesionales 2	2	Auxiliar de Radiología	1
		Administrad. Hospitalario	1	Técnico de Radiología	3
				Choferes	5
Total	14	Total	43	Total	273

En el Cuadro No. 9 podemos apreciar la distribución del recurso humano de acuerdo a los servicios que presta el hospital.

Cuadro 9
Número de Funcionarios por servicios del Hospital Alfredo J. Valenzuela

Servicios	Nº de Funcionarios
Hospitalización	138
Admisión	3
Administración	53
Laboratorio	10
Radiología	6
Servicios Generales	100
Mantenimiento	16
Farmacia	4
Total	330

Un gran porcentaje del personal viene laborando desde la época en que el hospital pertenecía a L.E.A, el 36% entre 11 y 30 años y sólo el 26% del personal tiene menos de 10 años de servicio, como puede apreciarse en el cuadro 10.

Cuadro No. 10
Número y porcentaje de empleados de acuerdo al tiempo de servicio.
Hospital Alfredo J. Valenzuela.

Menor a 10años		Entre 11 y 30 años		Entre 31 y 50 años	
No.	%	No.	%	No.	%
88	26.7	119	36	123	37.3

Se elaboró un cuestionario con preguntas cerradas y opciones múltiples, con el que se evaluó la situación del recurso humano analizado bajo los aspectos de adquisición, estimulación, desarrollo y satisfacción. (Anexo 3)

La muestra correspondió al 10% del personal del hospital, escogiendo mediante el método aleatorio simple, proporcionalmente al numero de funcionarios de cada servicios.

Los resultados de la encuesta revelan que:

- ⇒ El personal desconoce la verdadera misión del hospital y lo identifica como de atención exclusiva a pacientes tuberculosos, desconoce sus deberes y obligaciones sujetas a la ley de código de trabajo o de la ley de servicio civil y carrera administrativa, se encuentra muy desmotivado tanto por la baja remuneración que recibe, como por la nula posibilidad de ascender o mejorar su condición laboral.
- ⇒ La Secretaría Nacional de Desarrollo Administrativa evalúa anualmente a los empleados en su rendimiento productivo, no se les participa de los resultados de dicha evaluación.
- ⇒ Ocasionalmente se supervisa el desarrollo de sus actividades.
- ⇒ En su mayoría desconocen que existe un presupuesto para la formación y educación del personal, no se programan actividades, ni participan en ningún tipo de capacitación.
- ⇒ Se realizan pocas reuniones periódicas para analizar los problemas de los servicios, en las cuales no siempre se toman medidas correctivas.
- ⇒ La apreciación que el personal tiene sobre la satisfacción del usuario externo, es que en general ellos brindan buen trato y atención a los pacientes, y consideran que los principales problemas en la atención hospitalaria son en orden de frecuencia:

- 1) El abandono de los familiares
- 2) Carencia de medicinas
- 3) Deficiente alimentación
- 4) Falta de atención médica

6. FUNCION DE DIRECCIÓN Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN:

La dirección del hospital desde su creación estuvo a cargo de especialistas en neumología, sin embargo en los últimos años esta tendencia ha variado, ocupando dicho cargo médicos generales o de otras especialidades. El cargo es un puesto de libre remoción sujeto a intereses políticos, en los últimos 4 años, desde abril del 93 a octubre del 97, el hospital ha tenido 5 directores con un período promedio de permanencia de 11 meses, ninguno de ellos con formación formal en gerencia.

Para el análisis de la gestión se utilizó una guía de diagnóstico de gestión hospitalaria (Anexo 4) aplicada al período administrativo del Dr. Luis Lazo Pacheco (Abril-Octubre de 1.997), quien fue relevado de su cargo debido a conflictos laborales con un sector de trabajadores.³⁴

En las funciones directivas del hospital participan el subdirector técnico, el subdirector administrativo y la enfermera jefe, quienes poseen experiencia en cargos similares pero no tienen formación formal en gerencia, ni capacitación administrativa.

La información estadística producida en el hospital es utilizada para elaborar diagnósticos situacionales pero no como herramienta para toma de decisiones de cambio ni para establecer comparaciones de indicadores entre los departamentos del hospital o con servicios de neumología de otras instituciones públicas o privadas.

En la anterior administración, se tomaron decisiones sin planificación previa ni priorización de problemas, por ejemplo, era sentida la deficiente alimentación tanto en cantidad y calidad debido a la grave crisis económica que atraviesa el hospital por el déficit presupuestario y las incrementadas deudas acumuladas de administraciones anteriores, sin embargo se utilizaron los recursos obtenidos por autogestión para la adquisición de equipos de computación, necesarios pero no prioritarios.

Entre las acciones de gestión observadas en el anterior período administrativo podemos mencionar:

- 1) Conformación del comité de autogestión del hospital.

- 2) La adquisición mediante autogestión de equipos de computación para los departamentos de estadística, contabilidad, pagaduría, y recursos humanos.
- 3) Gestión para la adquisición de un incinerador de desechos sólidos y la instalación de red de oxígeno empotrado en las salas, mediante un convenio de comodato en el cual la empresa participante proveería al hospital de oxígeno por un período de 5 años, y luego de transcurridos, el hospital se convertiría en el dueño del incinerador avaluado en aproximadamente 100 millones de sucres. (Todavía en trámite).
- 4) Gestiones para la consecución de partidas extrapresupuestarias para paliar el déficit presupuestario existente, pero que lamentablemente hasta el momento han sido infructuosas.

7. SISTEMA DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA:

El proceso de generación de estadísticas se realiza manualmente, recientemente se ha instalado un computador pero aún no está en funcionamiento. La recolección y tabulación de datos se hace siguiendo las normas y herramientas implementadas por el Ministerio de Salud dentro de su sistema de información, los registros se envían al departamento de información y estadística del nivel provincial donde se monitorean y evalúan periódicamente

La información estadística que produce el hospital y su frecuencia de publicación se observa en el cuadro 11.

Cuadro No. 11
 Información Estadística del Hospital Alfredo J. Valenzuela

NOMBRE DEL INFORME	No. informes/año
Informe de movimientos egresos hospitalarios	<i>Mensual y anual</i>
Informe de 10 principales causas de morbilidad y mortalidad, y tipos de intervenciones quirúrgicas	<i>Mensual, trimestral, semestral y anual</i>
Notificación de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica	<i>Mensual</i>
Informes de egresos hospitalarios (INEC)	<i>Mensual</i>

Se dispone de una historia clínica por paciente, archivadas adecuadamente, de las cuales se obtienen los datos para la información básica de estadísticas vitales, goza de credibilidad y veracidad.

8. EL SISTEMA DE INFORMACIÓN FINANCIERA:

El sistema de información financiera, dispone de activos fijos, inventarios de insumos y medicamentos, cuentas por pagar y cobrar, ingresos, caja y bancos y transacciones financieras. Se completan los informes con la debida oportunidad llevándose la contabilidad de acuerdo a las normas de Contraloría.

La información Financiera es tomada de los cuadros de grupos, subgrupos, e ítems presupuestarios, esta información es importante ya que es la clave para hacer un cruce de datos, y en base a éstas establecer las acciones pertinentes. Cada uno de los rubros presupuestarios se describen en cuadros independientes, la fuente básica de la información está constituido por todo el movimiento contable y de ejecución presupuestaria del hospital, cuya responsabilidad está básicamente en el área de contabilidad; todas estas acciones son basadas en lo que determina la Ley Orgánica de Administración Financiera y Control (LOAFIC), y las demás leyes vigentes.

No se realiza desagregación de la información por departamentos, ni existe una contabilidad de costos por servicio.

La información financiera es utilizada por la dirección para elaborar presupuestos y reformas presupuestarias.

9. SATISFACCION DEL USUARIO EXTERNO:

Los pacientes (usuarios externos) proceden de la Provincia del Guayas y de otras cercanas como El Oro, Manabí y Los Ríos, en su mayoría acuden por iniciativa propia y en menor proporción derivados de centros de salud.

Para conocer la satisfacción del usuario externo (paciente), se elaboró un cuestionario con opciones múltiples, que fue aplicado al 20% de los pacientes hospitalizados, utilizando el método aleatorio simple. (Anexo 8).

Los resultados de la encuesta son:

⇒ La mayor parte de los pacientes encuestados identifican al hospital como un centro de atención para tuberculosos.

⇒ Consideran que el trato recibido por el personal del hospital es bueno, reciben los medicamentos de acuerdo a la prescripción médica, una parte dados por el hospital y otra adquiridos particularmente.

⇒ Se sienten poco satisfechos con la cantidad y calidad de los alimentos recibidos.

⇒ Identifican como principales problemas del hospital en orden de importancia:

1. La deficiente calidad de la alimentación.
2. La infraestructura deficiente
3. La carencia de medicamentos

10. ESTUDIO DE COSTOS:

Anualmente se elabora un presupuesto que es aprobado por el MSP y en coordinación con el Ministerio de Finanzas se asigna un valor que generalmente es menor al presupuestado, creando un déficit considerable. El comité de Autogestión-Cogestión hospitalario que se formó en la última administración, no funciona por cuanto aún no existe el marco jurídico para su ejecución, el único servicio que parcialmente recupera costos es el Departamento de Radiología, que cobra por el servicio a pacientes ambulatorios y la primera radiografía de los pacientes que ingresan.

El presupuesto está clasificado en 3 grandes partidas son:

- Sueldos y salarios (1000)
- Servicios Generales (2000)
- Suministros y materiales (3000)

Como se mencionó en el análisis de la información financiera, en la institución no se realiza un estudio de costos por servicios, hemos procedido a realizar la determinación de los costos directos e indirectos del principal servicio que es la hospitalización para tener un diagnóstico más preciso de la situación del hospital y de cuánto le cuesta la operación de sus servicios. 33-12

La determinación de costos se la ha realizado de acuerdo a los egresos efectuados en los diferentes rubros por partidas durante 1996, cuando la capacidad disponible de camas era de 327, con un porcentaje de ocupación de 78 %.

La partida de sueldos y salarios (1000) del personal del hospital incluyen los beneficios de ley (cuadro N° 12), considerados todos como costos fijos, en esta partida también se ha incluido las subvenciones económicas del contrato colectivo

de la clase obrera y las jubilaciones patronales. Costos que ascendieron en 1.996 a S/. 5'376.183.000 .

La partida de servicios generales (2000), se ha clasificado en costos fijos y costos variables, siguiendo las políticas de la institución, los costos fijos ascendieron en 1.996 a S/. 13'365.000 y los costos variables a S/. 199'384.000, con un total de costos de servicios generales de S/. 212'749.000. (Cuadro N° 12)

En la partida de suministros y materiales (3000), se ha clasificado los costos en fijos y variables, consultando y considerando las políticas y criterios del hospital, reflejando para el año 1.996 S/. 237'795.000 de costos fijos y S/. 594'895.000 de costos variables, con un total de costos por suministros y materiales de S/. 832'690.000. (CuadroN° 12)

En los anexos 5, 6, y 7 se desglosan los items de las partidas correspondientes.

Conociendo que la misión y objetivos del hospital están centrados en los pacientes hospitalizados, que las actividades de sus servicios son exclusivamente para ellos, y que no existe venta de servicios a pacientes ambulatorios (a excepción de Radiología, cuyos montos por placas tomadas a pacientes externos son mínimos y no significativos) hemos considerado que todos los costos de la institución se vierten en la hospitalización y admisión.

Cuadro N° 12
Resumen de Clasificación de Costos de Hospitalización.
Hospital Alfredo J. Valenzuela. 1996

Conceptos	Costos fijos	Costos Variables	Costos total anual
Sueldos y salarios	S/. 5.376.183.000,00		S/. 5.376.183.000,00
Servicios Generales	13.365.000,00	S/. 199.384.000,00	212.749.000,00
Suministros y materiales	237.795.000,00	594.895.000,00	832.690.000,00
TOTAL	S/. 5.627.343.000,00	S/. 794.279.000,00	S/. 6.421.622.000,00

Los costos unitarios (día hospitalización/ cama), se obtuvieron dividiendo los costos anuales para 365 días del año (el hospital no deja de atender ni un sólo día al año) y a su vez para la capacidad presupuestada de camas, según se demuestra en el cuadro N° 13.

Al Hospital A. Valenzuela, le cuesta S/.17'593.485 por día de hospitalización, S/. 15'417.378 de costos fijos y 2'176.107 de costos variables.

El costo total unitario (CT/u) por cama presupuestada es de S/. 51.745,

El costo variable unitario (Cv/u) es S/.6.400 y

El costo fijo unitario (CF/u) es de S/. 45.345.

Cuadro N° 13
Costo diario de hospitalización por cama.
Hospital Alfredo J. Valenzuela. 1996

	Costos anuales	días/año	Costo/día	Capacidad presupuestada (camas)	Costo/día/ cama presupuestada C/u)*
Costo fijo	S/. 5,627,343,000.00	365	S/. 15,417,378	340	S/. 45.345
Costo variable	S/. 794,279,000.00	365	S/. 2,176,107	340	S/. 6.400
Costo Total	S/. 6,421,622,000.00	365	S/. 17,593,485	340	S/. 51.745

- C/u = Costo unitario

Para conocer cual es el costo de hospitalización de acuerdo al nivel de actividad hemos elaborado la siguiente plantilla, con 3 opciones: con la capacidad presupuestada (340 camas), con la capacidad disponible de camas: 327 (a la que consideramos capacidad real) y con la capacidad promedio de ocupación que se observó en 1996 que correspondió al 78% de las camas disponibles o sea 255 camas ocupadas. Cuadro N° 14

Cuadro N° 14
Determinación de costos de acuerdo al nivel de actividad.
Hospital Alfredo J. Valenzuela. 1996

CAPACIDAD	NA	Cv/u	CvT	CFT	CF/u	CT/u	CTT
Cap.observada	255	6400	1'632.000	15'417.378	60.460	68.880	17'049.378
Cap.real	327	6400	2'092.800	15'417.378	47.148	53.548	17'510.178
Capacidad presupuestada	340	6400	2'176.000	15'417.378	45.345	51.745	17'593.378

* CTT= Costo total total.

Como resultado de esta planilla, vemos que el costo total unitario se incrementan cuando el nivel de actividad baja y disminuye mientras más se acerca a la capacidad presupuestada. Así, el costo total unitario por cama de hospitalización por día, con un nivel de actividad de 255 camas es de S/.68.880 mientras que el costo total unitario por cama de hospitalización con un nivel de actividad de 327 camas es de S/. 53.548, y con 340 camas disminuye a S/.51.745.

11. DÉFICIT PRESUPUESTARIO

El Presupuesto asignado para el Hospital Valenzuela para 1997 es de 6.439'635.000 sucres. Sin embargo, la reforma presupuestaria realizada por el departamento de finanzas del hospital indica que el requerimiento presupuestario para 1997 es de 9.216'038.000 sucres, existiendo un déficit presupuestario de 2.776'403.000 sucres, necesarios para el cumplimiento de sus obligaciones.

12. ANÁLISIS DEL ENTORNO:

12.1 SITUACIÓN POLÍTICA DEL ECUADOR. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.

La situación política del Ecuador entre los dos últimos años ha sido muy inestable y caótica, el Gobierno Constitucional que inició en Agosto de 1996 fue cesado en Febrero de 1997, instalándose un Gobierno Interino que durará hasta Agosto de 1998.

En el Ministerio de Salud Pública es marcada la inestabilidad, desde Agosto de 1996 a Noviembre de 1997 ha estado dirigido por 3 Ministros de Salud, cada uno ha conducido su ministerio con estilo propio, con diferentes prioridades, iniciando nuevas actividades sin dar continuidad a las anteriores.

No existen políticas de salud de estado establecidas que permita mejorar las condiciones de salud de la población y avanzar en los procesos de reformas del sector salud.

Las reformas del sector salud que promulgan la universalidad, solidaridad, eficiencia y calidad de los servicios de salud con participación intersectorial dio sus primeros pasos hace más de 8 años, y hasta el momento no se han dado cambios significativos, en cada período de gobierno, se inician conversaciones, discusiones y

elaboran planes y acuerdos los mismos que son desechados en cortos períodos de tiempo, entre ellos la descentralización administrativa.

El Proyecto de Modernización de Redes de Salud “MODERSA” del FASBASE, tiene entre sus objetivos:

- Contribuir a mejorar la situación de salud de alrededor de 2.7 millones de personas incrementando su acceso a servicios integrales de salud, provistos por redes plurales integradas de atención de salud (REPLUSS), de base primaria y orientación preventiva, gestionadas con activa participación de gobiernos locales.
- Modernizar y descentralizar la gestión de las REPLUSS y sus establecimientos, a fin de que puedan competir por la provisión de actividades integrales de salud a conjuntos poblacionales definidos.
- Impulsar el desarrollo de políticas de salud de estado y la formación de una masa crítica nacional que asegure la sostenibilidad de los procesos de cambio subyacentes en el concepto de REPLUSS.

12. 2 PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS.

A partir del decreto de 1973 en el que se determina que la infraestructura y las actividades de LEA se integren a los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública, surgió el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis.

Los objetivos principales de un Programa Nacional de Control de la Tuberculosis son:

- Identificar precozmente los sintomáticos respiratorios, fundamentalmente aquellos que constituyen fuentes de contagio, tratarlos eficazmente y proteger a la población más expuesta a riesgo de enfermar.
- Lograr una elevada tasa de curación en los pacientes nuevos con bacteriología positiva (tuberculosis pulmonar confirmada).
- Dar a conocer el uso y aplicación eficiente de la tecnología apropiada que permita mejorar el diagnóstico en los sintomáticos respiratorios, el control de tratamiento, cultivo, sensibilidad y tipificación de micobacterias.⁹

Dentro del marco político planteado por el MSP, se ha considerado la necesidad de enfatizar y reforzar la lucha contra la tuberculosis, enfermedad reemergente que se ha constituido en un problema de salud que afecta a todos los sectores nacionales, educativo, económico, político y social sin respetar edad ni sexo.⁹

En Julio de 1994 se resuelve la revisión del esquema acortado de tratamiento y la implementación del sistema DOTS en el país, hecho que es aceptado por las autoridades de salud de turno, pero que hasta 1997 no ha tenido el apoyo político, administrativo ni técnico.

Se consideran válidos los postulados de Wallace Fox que dicen así:

*“El número de camas dedicadas al tratamiento de la tuberculosis en un país es un índice de la mala organización del tratamiento ambulatorio y de su lucha Antituberculosa. Y el número de casos quirúrgicos en una institución está en relación directa con la defectuosa administración de los esquemas terapéuticos medicamentosos.”*¹⁰

12.3 LINEAMIENTOS DE LA OMS PARA EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS.

Tratamiento Directamente Observado y Supervisado (DOTS).

Como se menciona el capítulo V en el numeral 9, la tuberculosis se ha convertido en una enfermedad reemergente y alarmante por el incremento considerable del número de casos a nivel mundial.³²

Las principales razones del aumento mundial de la tuberculosis son :

- Pobreza
- Deterioro de las actividades de control (detección de casos, diagnóstico y curación).
- Explosión demográfica
- Impacto de la pandemia por VIH

Los esfuerzos para el control mundial de la tuberculosis hasta el momento han fallado, las principales causas de este fracaso son:

- Inadecuado apoyo político y financiero.
- Inadecuada organización de los servicios
- Inadecuado manejo de casos

- Sobreestimación del papel del BCG.

El control mundial de la tuberculosis es posible a pesar de los problemas mencionados, muchos países han adoptado la estrategia recomendada por la Organización Mundial de la Salud para el control de la tuberculosis conocida como **"DOTS" (Tratamiento Directamente Observado y Supervisado)**, que provee el tratamiento estandarizado acortado bajo observación directa por lo menos en la primera fase del tratamiento para todos los casos de TB pulmonar examen - directo positivo identificados.

El éxito de la atención del tratamiento basada en la estrategia DOTS depende de la aplicación de una política con seis componentes:

1. Compromiso del Gobierno
2. Detección de casos por examen microscópico de esputo.
3. Búsqueda predominantemente pasiva en los servicios de atención primaria de salud
4. Tratamiento abreviado, administrado bajo observación directa (DOTS), consistente en regímenes quimioterapéuticos estándares breves, administrados bajo un control riguroso y gratuito, en los casos de frotis positivo ya sean nuevos o de retratamiento.
5. Suministro regular de todos los medicamentos antituberculosos básicos.
6. Establecimiento y mantenimiento de mecanismos de vigilancia de la detección y de los resultados del tratamiento.

Los resultados esperados con este abordaje son: alta tasa de conversión de la baciloscopia de esputo al final de la fase inicial, alta tasa de curación, disminución de la prevalencia de excretores crónicos de bacilos tuberculosos, disminución de la transmisión de la infección, prevención de la resistencia a drogas.³²

De hecho en todos los países que han adoptado la estrategia DOTS, las tasas de curación superan el 80%. Cuando esta estrategia se aplica durante largo tiempo en el tratamiento estándar de los casos de TB con frotis positivo, tanto las fuentes de infección como la transmisión, experimentan una reducción considerable.

El Banco Mundial reconoció al DOTS como una de las estrategias con mejor relación costo-efectividad de todas las intervenciones de salud y recomiendan que el tratamiento efectivo de la tuberculosis debería ser una parte esencial del conjunto de servicios clínicos disponibles en el primer nivel de atención.

12.4. Vulnerabilidad Estructural:

El Instituto de Investigación y Desarrollo de la Facultad de Ingeniería de la Universidad Católica (Iifiuc) en coordinación con la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), realizó un estudio de “Vulnerabilidad estructural de los hospitales de Guayaquil” en el que estableció que el Hospital Valenzuela por sus problemas estructurales en distintos bloques, es el más vulnerable en caso de sismos.

A comienzos de Junio de 1997 por las intensas lluvias en la ciudad de Guayaquil, se produjo un deslizamiento de tierra que destruyó paredes del bloque noreste del Hospital donde se encuentran las salas San Antonio y San Francisco, las mismas que quedaron inhabilitadas.

Los técnicos del Iifiuc, indican que el bloque noreste del hospital está en riesgo de colapsarse a causa del empuje de tierra que ejerce más de 2000 metros cúbicos de material deslizado de un talud inestable del Cerro del Carmen.

Dichos técnicos proponen la construcción de un muro de hormigón armado de 4 metros de altura, al pie del deslizamiento, así como una cuneta de coronación en la parte superior del cerro para interceptar la escorrentía superficial y evitar que el agua llegue a las zonas deslizadas y la reconformación y recompactación del material deslizado con el fin de evitar que el deslizamiento progrese hacia niveles superiores en el centro.

Según el estudio, el costo de los trabajos de intervención en el talud y el reforzamiento mínimo necesario en las columnas del hospital sería de 350 millones de sucres.

Otro estudio y diseño de estabilización del Cerro del Carmen elaborado por la Facultad de Ingeniería Civil de la ESPOL, en Septiembre de 1997 incluye la estabilización del talud del Hospital y la rehabilitación de la Sala San Antonio del Hospital. En el cuadro N° 16 se exhibe el presupuesto referencial que presentó la ESPOL en el que se puede apreciar que entre los ítems 1 y 2 que involucran al hospital se requieren más de 300 millones de sucres.³³

Cuadro No. 16
PRESUPUESTO REFERENCIAL

Item	Descripción del Trabajo	Costo Parcial
1	Estabilización del Talud Hospital Valenzuela	282.146.566
2	Rehabilitación de Sala San Antonio	23.884.216
3	Sistema de Drenaje	73.539.930
4	Muro para estabilización. Edificio Conecel	42.053.909
5	Estabilización Talud. Edificio Subsecretaría de Salud	36.620.912
6	Escalinata y protección de Viviendas	88.414.609
7	Estabilización en Areas de Tratamiento No. 1 y 2	44603.280
	Valor Total (sucres)	591.263.421

12.5 ANÁLISIS COMPARATIVO CON OTROS HOSPITALES NEUMOLÓGICOS DE AMÉRICA Y EL CARIBE.

La tendencia en América Latina y el Caribe en los últimos años ha sido la de eliminar los hospitales tisiológicos y neumológicos convirtiéndolos en hospitales generales o en otra institución de salud, muchos países lo han logrado, otros están en proceso de cambio, pero todos concuerdan que en la actualidad no es necesario un hospital especializado para el tratamiento de patología neumológicas y mucho menos para atención de tuberculosos.

En 1974, *Brasil*ⁱ convirtió el hospital tisiológico más grande de América, con 1200 camas en hospital neumológico que luego de unos años se transformó en hospital general con atención clínica quirúrgica, en la actualidad conserva un pabellón para la atención de pacientes tuberculosos complicados, los mismos que permanecen en promedio 15 días hasta su estabilización. Cuenta con una central de internación con criterios de hospitalización bien definidos, que selecciona los pacientes que realmente ameritan ingreso, derivando a los que no requieren hospitalización al centro de atención que le corresponde de acuerdo a su procedencia, mediante comunicación inmediata evitando que el paciente se pierda.

En 1940 en *Colombia* en la ciudad de Bogotá se fundó el Hospital San Carlos, fue el primer hospital moderno de ese país y durante sus primeros treinta años de existencia, uno de los mejores sanatorios antituberculosos de América Latina. Se distinguió por su organización administrativa, su excelente nivel científico, la calidad de sus servicios, sus magníficas instalaciones y dotación.

En los años sesenta con la aparición de la Rifampicina que revolucionó el tratamiento de la tuberculosis porque no generaba resistencia y negativizaba en corto tiempo al paciente, haciendo menos necesaria la hospitalización, el San Carlos fue desocupado progresivamente y con el tiempo cambió su función original a la condición de hospital general; la institución entró en grave crisis económica viéndose obligada a cerrar sus puertas en 1994, en la actualidad se encuentra en proceso de reingeniería siguiendo con éxito un plan de reapertura por etapas.¹⁰

En *República Dominicana*, el Hospital Neumológico Rodolfo de la Cruz se encuentra en proceso de cambio, en los últimos 8 meses ha ampliado su misión a hospital general de atención clínica, incrementando su consulta externa para la atención de los pacientes tuberculosos, ingresando sólo aquellos con hemoptisis o con severo deterioro de su estado general en pabellones destinados para este tipo de pacientes.

ⁱLa información vertida sobre los procesos de cambio en Brasil, República Dominicana, El Salvador y Cuba fueron obtenidos por entrevistas a los directores nacionales de los programas de tuberculosis de dichos países, que se encontraban en la Reunión Regional de Evaluación de los Programas de Tuberculosis de Las Américas y el Caribe, realizado en la ciudad de Guayaquil, del 10 al 12 de noviembre de 1997.

En la República de *El Salvador*, el Hospital Neumológico con 600 camas se ha sido convertido en hospital general para la atención inclusive de cirugías; se encuentra en proceso de cambio de la categorización y el nombre, en los últimos 6 meses. Ha reducido un 60% los ingresos de pacientes tuberculosos, ingresando sólo aquellos complicados gravemente, permaneciendo de acuerdo a su estado general un promedio de 15 días y una vez estabilizados, el epidemiólogo del hospital coordina la referencia del paciente a la unidad de salud correspondientes para el tratamiento ambulatorio.

En *Cuba* existe todavía un hospital neumológico, con aproximadamente 200 camas con un 60 % de ocupación y un promedio de estadía de 15 días, se encuentra en proceso de planificación para ser convertido en hospital general, pero aún no ha iniciado cambios.

En *Ecuador*, la Liga Ecuatoriana Antituberculosa creó 10 hospitales tisiológicos, todos ellos cambiaron sus roles o fueron cerrados, a excepción del Hospital Alfredo Valenzuela que pese a ser cambiado a hospital neumológico, sigue funcionando hospital antituberculoso.

Entre los hospital de LEA tenemos: el Hospital Pablo Arturo Suárez en Quito, que se convirtió en Hospital General, y que aún conserva una sala de 12 camas para la atención de pacientes tuberculosos complicados.

El hospital tisiológico de Esmeraldas fue cerrado en 1993, funcionando actualmente como Centro de Salud, jefatura del área 2.

El hospital tisiológico Toral de Cuenca, hace aproximadamente 4 años por acuerdo ministerial cerró su servicio de hospitalización, fusionándose con el Centro de Salud No. 1 para la atención ambulatoria, que es la que aún conserva y funciona como Jefatura de Area 1. Se redistribuyó el recurso humano, las instalaciones de hospitalización permanecen vacías esperando se cumpla con el proyecto de conversión en Hospital Materno Infantil propuesto por el Ministerio de Salud Pública.

13. ANÁLISIS ESTRATÉGICO:

El Hospital Neumológico Alfredo J. Valenzuela no tiene una misión escrita, por su denominación y categorización se la ha definido como hospital para la atención de pacientes con patologías neumológicas, sin embargo en la práctica el 90 % de la prestación de sus servicios está dirigida a la atención de pacientes tuberculosos, los mismos que ingresan en estado agudo o crónico activo, reciben medicación antituberculosa en su primera fase (2 meses) y una vez estabilizados son derivados a concluir el tratamiento bajo vigilancia de un centro de salud del área que corresponda según la procedencia del mismo.

El alto porcentaje de ocupación (78.6%) se debe al prolongado tiempo de estadía de los pacientes.

Entre las justificaciones por la prolongada estadía indican que:

- Los pacientes deben completar la primera fase de tratamiento dentro del hospital porque el mayor porcentaje de pacientes son de muy escasos recursos, no pueden sostener el tratamiento ambulatorio y en las unidades de salud no encuentran la atención ni la medicación respectiva.
- Requieren de algunos días para corroborar un diagnóstico por laboratorio, debido a que no cuentan con los equipos y materiales necesarios para el procesamiento de las muestras.
- Ingresan y reingresan pacientes en condiciones desfavorables, con patologías adyacentes y complicaciones, que no han tenido tratamiento oportuno o que han abandonado el tratamiento antituberculoso ambulatorio.

El recurso humano está formado en gran porcentaje por auxiliares administrativos, distribuidos en servicios generales, más del 37% con tiempo de servicio mayor a 30 años, es un personal desmotivado, la institución no se ha preocupado por formarlo ni capacitarlo, no aplica criterios de calidad, ni bioseguridad.

Generalmente no se respeta el organigrama funcional, los problemas se canalizan directamente por la dirección, verticalizando las decisiones, y deteriorando el proceso de comunicación interna.

El personal se ha acostumbrado a este clima organizacional, se siente conforme y no propone cambios, más bien es temeroso y reacio a cualquier cambio que amenace su estabilidad laboral.

A pesar de que en el Organigrama consta un Consejo Técnico Hospitalario, éste no funciona desde hace algún tiempo, las decisiones son inadecuadamente compartidas, sin participación ni consenso, orientadas verticalmente y provenientes en su mayoría del director, no se evalúa la gestión de los miembros del equipo de dirección.

La inestabilidad en los cargos de dirección, la falta de liderazgo y capacidad gerencial de los directores ha llevado a que el hospital se encuentre sumergido en una crisis de identidad, no reconociendo ni cumpliendo su misión, sin una visión clara ni indicios de planificación estratégica, ni planes operativos por departamentos. Tampoco se priorizan los problemas para la gestión de la dirección.

La crítica situación administrativa y financiera del hospital así como de su vulnerabilidad estructural es conocida por la opinión pública, sin embargo los organismos competentes no han tomado medidas al respecto.

El hospital no tiene un estudio de costos, en el que realizamos se determinó que el costo día/hospital es de S/. 51745 , el promedio de estadía de los pacientes es de 52 días lo que significaría que el costo por paciente es de S/.2'690.740.

13. ANALISIS DE FORTALEZAS. OPORTUNIDADES. DEBILIDADES Y AMENAZAS (F.O.D.A).

Es indispensable obtener y procesar información sobre el entorno con la finalidad de establecer oportunidades y amenazas, así como las condiciones de fortalezas y debilidades internas de la organización. El análisis de oportunidades y amenazas le permitirá a la institución definir estrategias para aprovechar sus fortalezas, revisar y prevenir el efecto de sus debilidades, anticiparse y prepararse para aprovechar las oportunidades, y prevenir oportunamente el efecto de las amenazas.

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
♦ Dependencia del MSP con partidas presupuestarias. ♦ Ubicación estratégica para patología pulmonar ♦ Personal médico especializado en Neumología.	♦ Exceso de demanda y deficiente oferta de servicios del MSP y otros actores. ♦ Descentralización y Autogestión-Cogestión Hospitalaria. ♦ Proyecto de Modernización de redes de servicios de salud “MODERSA” ♦ Programa Nacional de Mejoramiento Continuo de la calidad de los servicios de salud del MSP. ♦ Donaciones y cooperación internacional ♦ Convenios interinstitucionales

DEBILIDADES	AMENAZAS
♦ No cumple su misión ♦ Déficit presupuestario ♦ Identificado por la comunidad históricamente como hospital tuberculoso ♦ Sectores del sindicato de trabajadores que obstaculizan la gestión de la dirección por intereses personales. ♦ Vulnerabilidad estructural ♦ Escasez de recursos físicos ♦ Exceso de personal de código de trabajo ♦ Escaso personal profesional. ♦ Falta de apoyo gubernamental. ♦ Personal desmotivado, <u>rutinizado</u> y sin formación. ♦ Personal temeroso y reacio al cambio ♦ Dirección de libre remoción, sujeto a intereses políticos. ♦ Directores sin formación gerencial y falta de liderazgo. ♦ No se cumple el orgánico funcional ♦ No está implementado el Programa Nacional de Mejoramiento Continuo de la Calidad de los Servicios de Salud (PNMCC). ♦ Obsolescencia de instalaciones y equipos. ♦ Infraestructura física deteriorada ♦ Costos elevados ♦ Baja productividad y rendimiento de sus servicios.	♦ DOTS ♦ Tendencias mundial al cierre o cambio de hospitales fisiológicos. ♦ Clima y deslizamientos del cerro. ♦ Acreedores. ♦ Competencia con los hospitales. ♦ Falta de credibilidad en sus servicios. ♦ Inflación y decrecimiento económico. ♦ Inestabilidad política del país ♦ Aumento de costo de vida de la población ♦ Conflicto bélico

De las Fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas descritas en el cuadro anterior, se han priorizado las siguientes:

FORTALEZAS • Dependencia del MSP con partidas presupuestarias	OPORTUNIDADES • Descentralización y autogestión • Proyecto de modernización de redes de salud. “MODERSA”.
DEBILIDADES • Baja productividad y rendimiento de sus servicios • Infraestructura física deteriorada • Recursos físicos en condiciones deficientes para rendimiento de producción. • No esta implementado el Programa Nacional de Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud (PNMCC). • Organigrama funcional no se cumple. • Sectores del sindicato de trabajadores que obstaculizan la gestión de la dirección por intereses personales	AMENAZAS • DOTS. • Inflación y decrecimiento económico. • Inestabilidad política del país. • Aumento del costo de la vida de la población.

VIII. DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO:

Una vez realizado el diagnóstico estratégico que es el primer paso de la planificación estratégica, planteamos tres opciones, con sus aspectos favorables, desfavorables y su análisis de factibilidad desde el punto de vista económico, técnico, político, tiempo y ubicación en las tendencias de los hospitales de América Latina.

- A. Cierre del hospital.
- B. Reconocimiento de su misión y mejoramiento a hospital neumológico eficiente y de calidad.
- C. Redefinir su misión, ampliándola y convirtiéndolo en un hospital general, con criterios de eficiencia y calidad total.

La planificación y el desarrollo estratégico tienen como componentes principales: el continuo diagnóstico situacional de la institución y del ambiente; la anticipación de escenarios futuros; la evaluación continua de indicadores de desempeño y la administración participativa.

La planeación estratégica es una condición esencial para la supervivencia y el cambio de los hospitales, a través de la cual pueden mejorar su efectividad, su productividad, ahorrar costos y servir mejor a la comunidad

La planificación no es complicada, puede hacerse paso a paso y de manera gradual, con la participación y compromiso de un número suficiente de personas es posible lograrlo con éxito.

El MSP deberá implementar el marco legal que logre la estabilidad de los directores de hospitales definiendo criterios de selección entre los cuales: el profesional deberá tener capacitación formal en gerencia en salud, administración hospitalaria o ciencias afines a salud pública. quien será responsable de diseñar la planificación estratégica, convertir los fines y estrategias en planes operativos y acciones necesarias.

Será necesario sensibilizar a la organización para el cambio, preparando el clima organizacional para la planificación.

Se requiere formar un comité de planificación conformado por el gerente, un representante del gobierno, representantes del equipo médico, de administración y representantes de los trabajadores.

El número de integrantes deberá ser equilibrado, y deberá considerarse la importancia de incluir personas de la comunidad, oficiales sanitarios locales o de organismos internacionales, educadores y otras personas con una perspectiva amplia

y con nuevas capacidades que garanticen una mejor respuesta a las necesidades de la comunidad.

Las funciones de un comité de planificación son: supervisar, discutir y evaluar la preparación de un plan estratégico concordante con la misión global del hospital, sus políticas y requisitos de institución.

OPCION A:

CIERRE DEL HOSPITAL:

ANTECEDENTES:

Hace un par de años en el Consejo Técnico de Salud del Nivel Central, se propuso el cierre del hospital Alfredo J. Valenzuela, y el fortalecimiento del programa de control de tuberculosis, propuesta viable desde el punto de vista técnico pero no político, lo que conllevó a reacciones de protesta por parte del Sindicato de Trabajadores del Hospital.

Se propuso verbalmente convertirlo en un Centro de Investigación de Enfermedades Respiratorias, pero no se elaboró ningún proyecto al respecto.

Esta opción amerita una decisión gubernamental firme y bien fundamentada que permita debatir con la segura respuesta de protesta de los empleados de la institución, comunidad y medios de comunicación.

ESTRATEGIAS:

1. Compra de renuncias al personal que tenga más de 25 años de servicio, con lo que se conseguiría una reducción del personal en más de 37 %. El resto del recurso humano se los distribuiría entre las unidades del MSP.
2. Los recursos físicos se distribuirían entre los hospitales del MSP.
3. Las instalaciones podrían ser utilizadas por la Subsecretaría de Salud o el Cemeín que ya ocupan parte de sus terrenos, o por el Centro de Salud No.1 que podría ampliar y extender su atención en estas dependencias, o quizás subastarse o venderse a entidades privadas tales como por ejemplo la Junta de Beneficencia que tiene al Hospital Luis Vernaza en su cercanía.
4. Acondicionar áreas de atención de pacientes tuberculosos complicados en los Hospitales Abel Gilbert (H.Guayaquil) y José Rodríguez (H. de Infectología).

5. El presupuesto asignado a dicho hospital o el resultado de la venta de sus instalaciones podría ser utilizado para solventar la compra de renuncias y readecuación de las áreas destinada a la hospitalización de pacientes tuberculosos en los hospitales antes mencionados y cancelar a los acreedores del hospital

ASPECTOS FAVORABLES:

- La decisión política para el cierre del hospital debe venir acompañado con la decisión de apoyo y fortalecimiento del programa de control de tuberculosis y la implementación de la estrategia DOTS para el tratamiento ambulatorio de pacientes tuberculosos, estrategia que es más costo efectiva que la hospitalización.
- La distribución del personal serviría para cubrir el déficit de recurso humano existente en algunas de las unidades del MSP.
- El MSP ahorraría el gasto que designa anualmente a un hospital poco productivo y con altos costos operacionales, utilizando ese rubro para fortalecer a los otros hospitales o al programa de control de tuberculosis.

ASPECTOS DESFAVORABLES :

- Dificil concientización a la comunidad ante el cierre de un hospital
- Protestas de empleados y trabajadores que a través de los sindicatos podrían causar un caos a nivel nacional.
- El MSP tiene un déficit de cobertura de atención hospitalaria, al cerrar un hospital la oferta de sus servicios se vería reducida aún más.
- Ante un programa de control de tuberculosis no fortalecido, los casos de tuberculosis complicada que ameriten hospitalización se vería desprovistos de atención.

FACTIBILIDAD:

Esta alternativa es factible en el corto plazo, sin embargo el tiempo que conlleve el cierre del hospital y distribución de sus recursos deberá ser congruente con el tiempo que se necesite para fortalecer el Programa de Control de Tuberculosis y argumentar los justificativos ante la comunidad, empleados del hospital y medios de comunicación.

El Ministerio de Salud debe planificar el cierre del hospital proponiendo opciones de servicio.

Técnicamente la factibilidad es alta, pero políticamente no.

Económicamente es altamente factible porque el costo operativo de sus servicios es alto y la actual productividad no lo justifica.

En cuanto a la ubicación dentro de las tendencias y perspectivas de los hospitales públicos de Latinoamérica, la factibilidad es mediana por que si bien es cierto algunos hospitales neumológicos han cerrado sus puertas, la mayoría tiende a su transformación.

OPCION B:

RECONOCIMIENTO DE SU MISIÓN. MEJORAMIENTO DEL HOSPITAL NEUMOLOGICO:

ANTECEDENTES:

Teniendo como base la intención de mantener en alto la voluntad de sus fundadores y de la gente que lo engrandeció con su trabajo y dedicación y tomando el ejemplo de quienes labraron su grandeza con honestidad, dedicación y excelencia profesional; es menester tomar medidas para salvaguardar el patrimonio institucional que aún existe y renovar su compromiso con la vida y el bienestar de los ecuatorianos, especialmente de los mas pobres, como fue la voluntad de sus fundadores, enfrentándose al desafío de reconocer su misión definida en 1973 que es la de atender pacientes con patologías respiratorias y no sólo a pacientes tuberculosos y más aún al reto de cumplirla con excelencia y calidad.

ESTRATEGIAS:

1. Reconocer y comprometer al personal, con la verdadera misión del Hospital.
2. Que entre en funcionamiento el Consejo Técnico Hospitalario para la efectiva toma de decisiones y que en conjunto con el comité de planificación propuesto se inicien los pasos para la planificación.
3. Involucrarlo en el programa nacional de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud del MSP (PNMCC), diseñado para adoptar criterios de alta gerencia en los diferentes procesos de toma de decisiones y mejorar procedimientos administrativos y de prestación de servicios.

4. Una vez aprobado el reglamento de la AUTOGESTION-COGESTION hospitalaria, empezar su ejecución a través del comité de autogestión-cogestión del hospital.
5. Elaboración de un reglamento interno del hospital basado en el Reglamento Interno del MSP.
6. Establecer un sistema de contabilidad de costos que permita la desagregación por servicios, para establecer tarifas acordes a la realidad.
7. Normatizar el ingreso de pacientes, limitando la hospitalización de los pacientes tuberculosos a las formas graves o con patologías concomitantes que agraven el estado general del mismo.
8. Reducir el tiempo de estadía a un promedio de 15 días, dependiendo del estado general del paciente.
9. Capacitar un profesional para que coordine las actividades de control y vigilancia de los casos hospitalizados, derivando oportunamente a los pacientes tuberculosos a las unidades operativas respectivas, para el tratamiento ambulatorio.
10. Promoción de la misión del hospital ante la comunidad, con la finalidad de que se incremente la demanda de pacientes con patologías neumológicas. Coordinación con la red de servicios del MSP para que las unidades operativas que no tengan servicios de neumología, refieran estos pacientes al hospital Valenzuela.
11. Implementar la consulta externa en el hospital.
12. Coordinación interinstitucional e intrasectorial con la finalidad de coadyuvar a la mejora de la prestación de servicios de salud.
13. Capacitación, valorización de los recursos humanos mediante actividades de educación continua, incentivos, promociones e integración funcionario - hospital.
14. Aproximación con la comunidad que utiliza sus servicios, así como con la comunidad académica y científica, para la consecución de sus objetivos institucionales.
15. Desarrollo de sistemas de informática, que modernicen y viabilicen el crecimiento institucional.
16. Se debe considerar la posibilidad de solicitar el apoyo de cooperación externa a través del Proyecto Modersa .

ASPECTOS FAVORABLES:

- Devolverle el prestigio y la credibilidad, y rescatarlo de la crisis técnica, administrativa y financiera en el que se encuentra
- Se contaría con un personal motivado que mejoraría su productividad.
- Reconocimiento y concientización de la situación del Hospital A. Valenzuela por parte del Ministerio de Salud Pública
- Al implementar la consulta externa y el sistema de referencia - contrareferencia, se fortalecería la red de servicios de los diferentes niveles de atención, contribuyendo a un mayor impacto y eficiencia en la lucha antituberculosa.

ASPECTOS DESFAVORABLES

- A pesar de convertirse en un hospital eficiente seguiría estando fuera de las perspectivas de los hospitales modernos de Latinoamérica que promueven la integración de los hospitales a la red de servicio de salud y el fortalecimiento de la atención primaria, globalizando la atención, no especializándola.
- Al disminuir el número de ingresos de pacientes tuberculosos se va a enfrentar al incremento de camas desocupadas y con el paso del tiempo se va a ver obligado a reconsiderar su misión con la tendencia a transformarse en un hospital general.

FACTIBILIDAD:

El proceso de mejoramiento hospitalario es factible y puede realizarse a mediano plazo.

Desde el punto de vista económico es medianamente factible, puesto que se requiere incrementar recursos para la rehabilitación, readecuación de áreas e implementación de equipos.

Técnicamente la factibilidad es alta porque su capacidad instalada es la apropiada a las características básicas de un hospital neumológico.

La factibilidad política es la más importante de esta opción porque crearía un buen clima organizacional que motivaría al personal hacia el cambio, con gran aceptación del usuario externo e interno.

Su ubicación entre las tendencias de los hospitales públicos de América Latina es poco factible debido a que la corriente actual es la conversión de los hospitales neumológicos a hospitales generales.

OPCION C:

REDEFINIR SU MISIÓN... CONVERTIRSE EN UN HOSPITAL GENERAL.

ANTECEDENTES:

El hospital antituberculoso y neumológico (que en su mayoría tiene un alto porcentaje de atención de pacientes antituberculosos) tiende a desaparecer ante el advenimiento de estrategias modernas y muy eficaces para el tratamiento antituberculoso, los antiguos sanatorios han desaparecido en Europa, E.E.U.U y en países latinoamericanos tienden a transformarse en hospitales generales.

En el Ecuador hay 1.6 camas por 1000 habitantes, comparativamente con el promedio de América Latina de 2.66 camas por 1000 habitantes, con extremos de 4.48 x 1000 en el cono sur y 0.80 x 1000 en México, nuestro país tiene déficit de oferta hospitalaria, razón por la cual la apertura de un hospital general de referencia regional en la costa del país sería una buena opción de ampliación de coberturas para el Ministerio de Salud Pública.

ESTRATEGIAS:

1. Redefinir su misión, y entrar a un proceso que cambie la naturaleza misma de la institución.
2. Transformarlo en un hospital general con determinadas especialidades que complementen la oferta del Hospital Guayaquil.
3. Recategorización del hospital. De acuerdo al manual de rehabilitación y mejoramiento de hospitales del MSP, actualmente estaría en categoría seis como hospital de especialidad aunque no cumple con los requisitos para ello, correspondería colocarlo en la categoría cinco de hospitales generales con más de 200 camas.
4. Gestionar el apoyo gubernamental, interinstitucional e internacional. La institución debe ser sencilla, sensible, coherente, dispuesta a la readecuación de su estructura institucional frente a las nuevas exigencias de los ambientes externos e internos y a los desafíos con los que se enfrenta cada día.
5. Cambiar la personalidad jurídica de hospital en Empresa Pública con Derecho Privado, o sea, una empresa con capital del Estado pero con autonomía administrativa, lo que posibilita una atención de salud de forma socializada con

una gestión con eficacia, característica de empresa privada, siguiendo el modelo de los hospitales autónomos. Para lo que se contaría con:

- ⇒ Presupuesto asignado por el estado que solviente las remuneraciones del personal propio.
 - ⇒ Establecimiento de tarifas acorde a los costos, mediante estudios de viabilidad financiera en el mercado de servicios de salud, originando una saludable competencia con los demás hospitales, permitiendo que el lucro obtenido sea utilizado para la actualización de los recursos de la institución especialmente tecnológico.
 - ⇒ Cooperación internacional e interinstitucional.
6. Desarrollar un modelo gerencial que diferencia al hospital en cuatro grandes áreas prestación de servicios, técnico, administrativo y los usuarios externos, con una estrecha relación integral liderada por un modelo de administración estratégica.
- ⇒ La administración estratégica se basa en la visión del todo de la institución con énfasis en las acciones locales para lograr que el gran número de acciones simultáneas y sinérgicas se vean comprometidas con los objetivos generales de la institución, con una mayor participación e integración de los distintos niveles del hospital.
7. Establecer un convenio entre el Hospital, el MSP y las Escuelas de Medicina y de Enfermería de las Universidades de la Región, para la provisión de recurso humano altamente calificado que realice prácticas asistenciales e internado, creando una unidad de docencia que coordine e integre las actividades docentes, asistenciales y de investigación, que fortalezca la calidad del modelo de gestión, e incremente mano de obra capacitada a menor costo.
8. Capacitación, valorización de los recursos humanos, mediante actividades de educación continua, existencia de un plan de cargos y sueldos propios y programa de integración funcionario - institución.
- ⇒ Realizar un estudio que aplique criterios de calidad para evaluación del personal, dando un merecido reconocimiento a los trabajadores de más de 30 años de servicios permitiéndoles acogerse a la compra de renuncias y jubilación, e incrementando personal calificado acorde a la nueva misión del hospital.
 - ⇒ Desarrollo de cursos de educación continua en gerencia, calidad y productividad dirigida a todo el nivel gerencial del hospital cuyo objetivo sea que se comprometan con los nuevos objetivos de la institución, creando una cultura de productividad en una institución pública

- ⇒ Actividades de capacitación en trabajo y educación continua e implementación de normas de bioseguridad a todos los niveles de funcionarios lo que permitirá que la institución siempre esté adecuada a la nuevas demandas sociales y tecnológicas.
 - ⇒ El plan de cargos y sueldos propios posibilita que los sueldos del hospital sean compatibles con los de los demás hospitales privados que conlleva a tener profesionales con gran capacidad de trabajo y con condiciones de crecer en la institución.
 - ⇒ El programa de integración funcionario - institución posibilita mejorar las relaciones de trabajo a través de incentivos directos e indirectos tales como auxilio de enfermedad, escolaridad, transporte, alimentación en el horario de trabajo entre otros.
9. Implementación de la consulta externa que provea un servicio eficiente, seleccione y capte la demanda para hospitalización.
 10. Fortalecimiento de los servicios de auxiliares de diagnóstico, y creación de otros necesarios de acuerdo a la nueva misión de la institución.
 11. La plena utilización de los recursos físicos y tecnológicos de la institución estaría basado en el plan operativo diseñado por la gerencia en coordinación con el comité de gestión que con una amplia visión de las carencias y establecimiento de prioridades, tome en cuenta criterios de rehabilitación, reposición, mejoramiento e innovación.
Es un proceso participativo permanente que envuelve a todos los segmentos de la institución.
 12. Desarrollar un sistema de evaluación de desempeño basado en informes sobre la productividad asistencial, académica y científica que permitirá el análisis permanente de las actividades de cada servicio.
 13. Desarrollo de un programa de incentivo de gestión en el que cada servicio sea motivado a realizar su autogestión a través de acuerdos internos que tiene por base el incentivo a la productividad, con control de acuerdos y de desperdicios. Los resultados positivos serán utilizados en un sistema de evaluación de desempeño mejorando el aporte de inversiones en el servicio.
 14. Desarrollo de un Sistema Logístico que asegure una rápida disponibilidad de los materiales necesarios de cada servicio y que regule y controle el ingreso y egreso de los mismos con reducción significativa de gastos.
 15. Desarrollo de un sistema de información sistematizado basado en indicadores de producción y eficiencia, disponibles oportunamente para la toma de decisiones coherentes que al mismo tiempo promuevan la desburocratización, agilización, modernización y viabilicen el crecimiento institucional.

16. Estrategias de comunicación que desarrollen una intensa labor promocional que permita posicionar a la institución en el mercado de servicios de salud.
17. Integrarse a la red de servicios de salud y fortalecer el sistema de referencia y contrareferencia.

ASPECTOS FAVORABLES:

- El Ministerio de Salud Pública ampliaría su oferta de servicios hospitalarios con incremento en sus coberturas de atención.
- Experiencia piloto en la aplicación de procesos de planificación estratégica y reestructuración hospitalaria.
- Buena aceptación del recurso humano de la institución y de la comunidad.
- Despertaría el interés del proyecto de modernización de las redes de salud de FASBASE/ MODERSA, asegurando su participación y apoyo.

ASPECTOS DESFAVORABLES:

- Requiere de un proceso gradual y continuo.
- Necesita de estabilidad política, liderazgo gerencial y continuidad en las gestiones.
- Es imprescindible el apoyo gubernamental.

FACTIBILIDAD:

La factibilidad de esta alternativa es a largo plazo y dependerá de la decisión y estabilidad política del Ministerio de Salud Pública.

Económicamente es poco factible porque amerita un cambio global, con alta inversión para la creación y adecuación de nuevas áreas con la infraestructura y tecnología característica.

La factibilidad técnica es mediana, involucra personal altamente calificado, implementación tecnológica y asesoramiento técnico de organismos nacionales e internacionales.

Su ubicación dentro de las tendencias de los hospitales públicos tiene una alta factibilidad, porque es precisamente la tendencia actual.

ANÁLISIS COMPARATIVO DE FACTIBILIDAD DE LAS OPCIONES PROPUESTAS

Se comparó la factibilidad técnica, política, económica , tiempo y ubicación en las tendencias de los hospitales de América Latina de las tres opciones propuestas, se calificó cada una de ellas en alta, media y baja, asignándole un puntaje para fines de facilitar la evaluación.

- A: ALTA: 6 puntos
M: MODERADA: 4 puntos.
B: BAJA: 2 puntos.

OPCIONES	FACTIBILIDAD					PUNTAJE TOTAL
	TÉCNICA	POLÍTICA	ECONÓ-MICA	TIEMPO	TENDENCIA	
A. Cierre del hospital	M: 4	B: 2	A: 6	A: 6	B: 2	20
B. Mejoramiento del H.Neumológico	A : 6	A: 6	M: 4	M: 4	B: 2	22
C. Cambio a Hospital General	M: 4	M: 4	B: 2	B: 2	A: 6	18

La opción del mejoramiento del hospital neumológico es la más factible, la alternativa del cierre del hospital está en segundo lugar y la menos factible de las tres es la conversión en hospital general.

IX . CONCLUSIONES:

- El hospital Valenzuela surgió de voluntades decididas a derrotar una enfermedad que con el tiempo ha tomado fuerza y ganado terreno. Sin embargo en la lucha contra ella, el hospital ya no es un instrumento de combate, porque el constante avance científico y tecnológico ha permitido crear estrategias más eficientes para el tratamiento de la tuberculosis como es el DOTS, haciendo innecesaria la hospitalización, provocando un cuestionamiento en la existencia no sólo de los hospitales tisiológicos, sino también de los neumológicos.
- El Hospital Alfredo J. Valenzuela se encuentra desfasado en tiempo y evolución. Los hospitales de Latinoamérica se encuentran involucrados en el proceso de reforma global de los sistemas de salud, encaminados a satisfacer las necesidades de la población, tanto en los aspectos de promoción, prevención, y recuperación de la salud, conformando una red asistencial funcional e integrada que cubra en forma oportuna esas necesidades.
- Dentro de este contexto, los hospitales especializados dejan de ser necesarios, las patologías neumológicas en el caso específico de la institución en estudio, de hecho son atendidas en hospitales generales con mayor complejidad que brindan mejores servicios tecnológicos.
- La crisis económica por la que atraviesa el hospital, la amenaza constante de su cierre o desaparición por decisiones políticas, su vulnerabilidad estructural, la obsolescencia de sus servicios, la ubicación fuera del contexto de las nuevas perspectivas y tendencias de los hospitales de Latinoamérica y el incumplimiento de su misión, son factores que obligan a sus dirigentes y al Ministerio de Salud Pública a pensar en qué hacer y cómo confrontar la incertidumbre del futuro, la supervivencia de la institución y la definición de su rol en el servicio a la comunidad.
- Para promover un cambio significativo es necesario la participación decidida del Gobierno con la formulación de políticas de salud de estado, que garanticen una conducción gerencial, la continuidad de acciones, el apoyo interinstitucional, la implementación de estrategias de mayor costo beneficio en el tratamiento antituberculoso.
- De acuerdo a los principios universales de atención en salud como la universalidad, equidad, solidaridad, e integralidad y los criterios de eficiencia y calidad que caracterizan a los nuevos hospitales de América Latina, concluimos que la mejor alternativa para el Hospital Alfredo J. Valenzuela es su transformación a Hospital General.

X. RECOMENDACIONES:

- Que quienes conforman y dirigen el hospital Alfredo J. Valenzuela se sensibilicen en la necesidad de cambio, preparen el clima organizacional y soliciten al Ministerio de Salud Pública que se tomen las medidas necesarias para iniciarlo.
- En principio correspondería al cuerpo directivo del hospital llegar a acuerdos mínimos con el sindicato de trabajadores a efectos de prevalecer la idea del cambio.
- Que el MSP tome la decisión política de iniciar un proceso de cambio en la institución, tomando en consideración las opciones propuestas y en responsabilidad conjunta con el comité de planificación del hospital sugerido, defina la misión, elija la opción que considere más conveniente, desarrolle el plan y apruebe las estrategias planteadas y que estén acordes a los requerimientos de la reforma del sector salud y a las necesidades reales de la población.
- Que se solicite el apoyo y asesoramiento de agencias de cooperación internacional con capacidad de apoyo financiero y técnico, organismos no gubernamentales que manejen proyectos de mejoramiento o modernización en salud, haciéndolos copartícipes del proceso de cambio.

Anexo 1

INDICADORES DE PRODUCCIÓN Y RENDIMIENTO DEL HOSPITAL

ALFREDO J. VALENZUELA V.

PORCENTAJE OCUPACIONAL = $\frac{\text{TOTAL DIAS PACIENTES}}{\text{TOTAL DIAS CAMAS DISPONIBLES}} \times 100$

$$\frac{93.660}{119.089} \times 100 = 78.6 \%$$

PROMEDIO DE ESTADA = $\frac{\text{TOTAL DE DIAS ESTADA}}{\text{TOTAL DE EGRESOS}}$

$$\frac{90.962}{1.709} = 53.2$$

GIRO DE CAMA = $\frac{\text{TOTAL DE EGRESOS}}{\text{PROMEDIO CAMAS DISPONIBLES}}$

$$\frac{1.709}{326} = 5.2$$

INTERVALO DE GIRO = $\frac{\text{TOTAL DIAS CAMAS DESOCUPADAS}}{\text{TOTAL DE EGRESOS}}$

$$\frac{25.726}{1.709} = 15.05$$

LABORATORIO:

$$\begin{array}{r} \text{TOTAL EXÁMENES HOSPITALIZACIÓN} \\ \text{No. EXÁMENES POR EGRESO} = \text{-----} \\ \text{No. DE EGRESOS} \\ 32.898 \\ \text{-----} = 19.2 \\ 1.709 \end{array}$$

RADIOLOGÍA:

$$\begin{array}{r} \text{No. DE PLACAS TOMADAS PARA HOZ.} \\ \text{No. DE PLACAS POR EGRESO} = \text{-----} \\ \text{TOTAL DE EGRESOS} \\ 2.131 \\ \text{-----} = 1,3 \\ 1.709 \end{array}$$

$$\begin{array}{r} \text{No. PLACAS TOMADAS C. EXTERNA} \\ \text{No. PLACAS POR CONSULTA} = \text{-----} \\ \text{TOTAL DE CONSULTAS} \\ 4.806 \\ \text{-----} = 0.45 \\ 10.560 \end{array}$$

FARMACIA:

$$\begin{array}{r} \text{No. DE RECETAS DESPACHA. A HOSP.} \\ \text{No. DE RECETAS POR EGRESO} = \text{-----} \\ \text{TOTAL DE EGRESOS} \\ 68.360 \\ \text{-----} = 40 \\ 1.709 \end{array}$$

ALIMENTACIÓN Y DIETÉTICA:

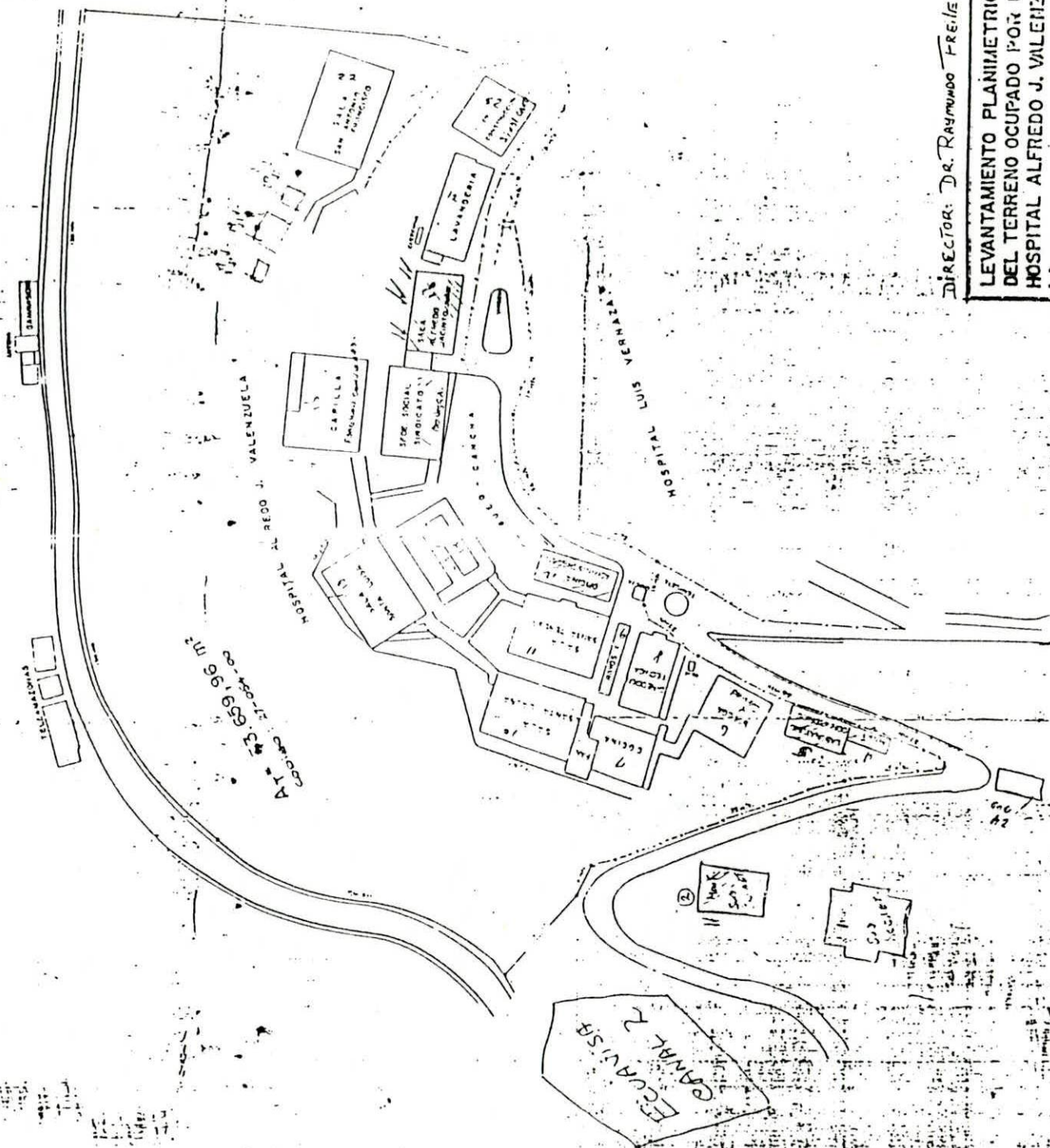
TOA. RACIONES SERV.HOSPITALIZ.
No. DE RACIONES POR HOSP. = -----
TOTAL EGRESOS

94.010
----- = 55
1709

LAVANDERÍA:

KG. ROPA PROCESADA HOSP
KILOS ROPA PROCESADA = -----
TOTAL DE EGRESOS

34.180
----- = 20 KG.
1.709



DIRECTOR: DR. RAYMONDO FREILE YCAZA -

LEVANTAMIENTO PLANIMETRICO
DEL TERRENO OCUPADO POR EL
HOSPITAL ALFREDO J. VALENZUELA

Anexo N° 3

**ENCUESTA DE AUDITORIA DE RECURSOS HUMANOS DEL HOSPITAL
ALFREDO J. VALENZUELA**

Fecha: .../ 09 /97

Servicio del Hospital.....

Cargo que ocupa

Tiempo de servicio en el hospital.....

A. ADQUISICION:

Análisis de Administración de personal.

1. Conoce cuál es la misión del Hospital? Si ☐ No ☐
Refiérala:

2. Conoce Ud. en que consiste la ley de código de trabajo?..... Si ☐ No ☐

3. Conoce Ud. en que consiste la ley de servicio civil?..... Si ☐ No ☐

4. Recibe Ud. su sueldo puntualmente? Si ☐ No ☐

5. Está satisfecho con el salario que recibe?..... Si ☐ No ☐
Si respondió que no, explique porqué?
.....

6. Tiene oportunidades de ascender de puesto o mejorar su condición
laboral?..... Si ☐ No ☐

B. DESARROLLO.

Análisis de comunicación interna.

1. Conoce Ud. acerca de la estructura organizacional del Hospital?. Si ☐ No ☐

2. Conoce Ud, si existe presupuesto para educación del personal?... Si ☐ No ☐

3. Ha participado Ud. en alguna actividad de educación programada
por el hospital?..... Si ☐ No ☐

4. Lo han supervisado periódicamente sobre el desarrollo y
desempeño de sus actividades? Si ☐ No ☐

5. Se reúnen periódicamente para analizar los problemas de los servicios de atención del área?.....Si ☐ No ☐

6. Se toman medidas correctivas cuando se identifica algún problema?Si ☐ No ☐

7. Su trabajo se desarrolla en un ambiente de relaciones interpersonales agradable? Si ☐ No ☐

C. SATISFACCIÓN:

1. Se siente satisfecho y contento de trabajar en el hospital? Si ☐ No ☐
Si respondió que NO, explique porque?

.....
Apreciación del usuario externo sobre la satisfacción del usuario interno

1. Cree Ud. que en el hospital se le da el trato justo a los pacientes? Si ☐ No ☐
Si ha presenciado alguna vez maltrato del personal a pacientes, explique en que consistió y por que se produjo.

.....
2. Cree que los pacientes se sienten satisfechos con la atención que se les brinda?Si ☐ ☐

3. Que sugerencias haría para mejorar la atención hospitalaria?
.....
.....

4.Cuál es el principal problema que Ud. identifica en la atención hospitalaria?

-Carencia de medicinas	Si ☐	No ☐
-Maltrato al paciente por el personal médico	Si ☐	No ☐
-Maltrato al paciente por el personal de enfermería	Si ☐	No ☐
-Maltrato al paciente por el personal de servicios generales	Si ☐	No ☐
-Falta de atención médica	Si ☐	No ☐
-Deficiente alimentación	Si ☐	No ☐
-Abandono de los familiares	Si ☐	No ☐
-Otros:		

.....
5. Cómo calificaría Ud. el servicio que brinda el hospital: Muy ☐ ☐

bueno

Bueno
Regular
Malo

6. Como calificaria Ud. el servicio del hospital de acuerdo a la
importancia en la salud de la poblacion?..... Muy importante.
Importante
Poco importante

Anexo 4

GUIA PARA LA INFORMACION DE GESTION HOSPITALARIA APLICADA EN EL HOSPITAL NEUMOLOGICO ALFREDO VALENZUELA

1. INTEGRANTES DE LA FUNCION DE DIRECCION DEL HOSPITAL

POSICION	TIEMPO EN EL ACTUAL CARGO	TIEMPO DE EXPERIENCIA EN SIMILARES	FORMACION FORMAL EN GERENCIA		CAPACITACION RECIBIDA EN EL ULTIMO AÑO
			SI	NO	
Director	7 meses	NO		X	No
Subdirector Técnico	2 años	1 año		X	No
Subdirector Administrativo	3 meses	1 año		X	En autogestión hospitalaria
Enfermera Jefe	1 año	2 años		X	No

2. LAS DESICIONES SON ADECUADAMENTE COMPARTIDAS SI_ NO_x_

En caso afirmativo, señale cuáles son y la forma de participación en ellas.

DECISIONES GERENCIALES	FORMA DE PARTICIPACION

3. ACCIONES DE GESTION EN LA ULTIMA ADMINISTRACION:

* Adquisición de equipos de computación para las áreas de contabilidad, pagaduría, estadísticas y RRHH.
*Conformación del comité de autogestión hospitalaria
*Gestión para al adquisición de un incinerador de desechos sólidos.
*Gestiones para la consecución de partidas extrapresupuestarias para nivelar el déficit presupuestario

4. EVALUACION DE LA GESTION

	SI	NO
• Se realiza una evaluación de la gestión de los miembros del equipo de Dirección?		X
• Se usan comparaciones de indicadores estadísticos entre áreas?		X
• La información estadística, se usa normalmente para decisiones de cambio?		X

5. PLANIFICACION ESTRATEGICA

	SI	NO
• Tiene el área un Plan Estratégico publicado?		X

En caso afirmativo:

1. Cuándo fue desarrollado el último plan?.....
2. Se dispone de planes operativos por departamento? Si___
- No __x__

6. SISTEMAS DE INFORMACION ESTADISTICA.

Información estadística que produce el hospital y frecuencia de publicación.

NOMBRE DEL INFORME	No. de informes /año
Informe de movimientos de egresos hospitalarios	Mensual y, anual
Informe de 10 principales causas de morbilidad y mortalidad., y tipos de intervenciones quirúrgicas	Mensual, trimestral, semestral y anual
Notificación de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica	Mensual
Informes de egresos hospitalarios (INEC)	Mensual

	SI	NO
El proceso de Generación de Estadísticas, se realiza en el computador?		X
Se dispone de una historia clínica por paciente?	X	
Existe un archivo de las historias clínicas para su rápida recuperación?	X	
Se realizan estadísticas sobre datos de las historias clínicas?	X	
Las estadísticas del área generadas, son válidas y confiables?	X	

7. SISTEMAS DE INFORMACION FINANCIERA.

1. Se dispone de Sistemas de Contabilidad para registrar :	SI	NO
• Activos Fijos?	X	
• Inventarios de Insumos y Medicamentos?	X	
• Cuentas por pagar y cobrar?	X	
• Ingresos ?	X	
• Caja y bancos?	X	
• Transacciones financieras?	X	
2. Permite la Contabilidad desagregar información por departamentos?		X
3. Se usa sistemáticamente la información financiera por la gerencia?	X	
4. Se completan los informes financieros con la debida oportunidad?	X	
5. Se realiza la contabilidad de acuerdo con las normas de Contraloría?	X	
6. Se revisa el presupuesto periódicamente para establecer ajustes?	X	
7. Se formula el presupuesto por departamentos de servicios?		X
8. Se dispone de una contabilidad de costos por servicio?		X

8. GESTION DE RECURSOS HUMANOS.

Número de Directores del hospital en los últimos 4 años: **5**

DR. CRISTÓBAL MARIDUEÑA: ABRIL 93 ABRIL 94

DR. JOSÉ HAZ MARISCAL : ABRIL 94 JULIO 95

DR. RAYMUNDO FREILE : JULIO 95 ABRIL 97

DR. LUIS LAZO PACHECO: ABRIL 97 OCTUBRE 97

DR. CRISTÓBAL MARIDUEÑA: OCTUBRE 97

SI

NO

Se dispone de indicadores de absentismo o atrasos injustificados del personal?	X	
Se evalúa sistemáticamente el desempeño del personal en forma periódica?	X	
Se dispone de un normativo de medidas disciplinarias por incumplimientos?	X	
Se usan incentivos y reconocimientos a destacados desempeños		X

Personal	8HD	6HD	4HD	PHL	AUSJ.
Médicos Tratantes	5	0	5	*	^^
Médicos Residentes de Postgrado	0	0	0	*	^^
Médicos Residentes Asistenciales	4	0	0	*	^^
Médicos Ad - Honoren	0	0	0	*	^^
Enfermeras	0	13	0	*	^^
Otros profesionales Titulados	1	0	0	*	^^
Tecnólogos	3	0	0	*	^^
Estudiantes Internos Enfermería	0	0	0	*	^^
Auxiliares de Enfermería	0	111	0	*	^^
Otros auxiliares	16	0	0	*	^^
Personal Administrativo	26	0	0	*	^^
Personal de Servicio	146	0	0	*	^^

* Por horas o llamada (no hay)

^^ Nivel de ausentismo justificado (no se proporcionaron registros)

Número de días de huelga en los últimos 24 meses	154
Lista de Gremios Sindicales:	No. de miembros
Sindicato de Trabajadores del Hospital Valenzuela	273

Anexo N° 5
Clasificación de costos derivados de la partida 1000.
Hospital A. Valenzuela. 1996

PARTIDA	CONCEPTO	EGRESOS
1110-000	Sueldo básico	S/. 254,518,000.00
1111-000	Salario básico	857,568,000.00
1210-000	Subsidio por años de servicio	957,080,000.00
1211-000	Bonificación por responsabilidad	570,641,000.00
1213-000	Decimotercer sueldo	225,899,000.00
1214-000	Decimocuarto sueldo	62,700,000.00
1215-000	Decimoquinto sueldo	16,550,000.00
1216-000	Decimosexto sueldo	139,433,000.00
1217-000	Bonificación títulos académicos	30,000,000.00
1218-000	Gastos de representación	19,000,000.00
1220-000	Bonificación complementaria	491,400,000.00
1210-000	Residencia	19,000,000.00
1311-000	Compensación costo de vida	588,120,000.00
1312-000	Compensación por transporte	65,520,000.00
1315-000	Refrigerio C.R	52,668,000.00
1316-000	Comisariato (jornaleros)	98,280,000.00
1318-001	Estímulo pecuniario (empleados)	5,415,000.00
1318-002	Estímulo económ .clase médic y odontológica	540,000.00
1319-000	Bono de Aniversario	31,445,000.00
1320-001	Vacaciones (jornaleros)	8,190,000.00
1321-001	Aguinaldo y canasta navideña	10,920,000.00
1410-000	Subsidio de cargas familiares	16,740,000.00
1411-000	Subsidio educacional	44,930,000.00
1412-000	Subsidio de maternidad (jornaleros)	300,000.00
1414-001	Guardería (jornaleros)	4,800,000.00
1515-000	Pagos por horas extras o supletorio	67,500,000.00
1610-000	Aporte patronal	250,000,000.00
1611-000	Fondo de reserva	182,026,000.00
8315-001	Subvenciones económicas CC. Clase	25,000,000.00
8315-002	Jubilación Patronal (jornaleros)	280,000,000.00
	TOTAL	S/. 5,376,183,000.00

Anexo N° 6
Clasificación de costos derivados de la partida 2000.
Hospital Alfredo J. Valenzuela. 1996

PARTIDA	CONCEPTO	COSTOS FIJOS	COSTOS VARIABLES	TOTAL
2110-000	Agua potable		S/. 48,000,000.00	
2112-000	Energía eléctrica		S/. 130,000,000.00	
2113-000	Servicio telefónico		S/. 3,564,000.00	
2310-000	Servicio de transporte		S/. 3,960,000.00	
2314-000	Seguros	2,970,000.00		
2400-000	Comunicación social pub. y emisión. Especies.		990,000.00	
2500-000	Mantenimiento, conserv. e instalación		6,930,000.00	
2612-000	Capacitación	990,000.00		
2711-000	Pasajes al interior	1,485,000.00		
2712-000	Viáticos y subsistencias en el país	2,970,000.00		
2800-000	Otros servicios		5,940,000.00	
2811-000	Vigilancia	4,950,000.00		
	Subtotal costos	S/. 13,365,000.00	S/. 199,384,000.00	
	Total costos de servicios generales			S/. 212,749,000.00

Anexo No. 7
Clasificación de costos derivados de la partida 3000.
Hospital Alfredo J. Valenzuela. 1996

PARTIDA	CONCEPTO	COSTOS FIJOS	COSTOS VARIABLES	TOTAL
3100-000	De administración	S/. 14,850,000.00		
3111-000	De aseo y limpieza	11,880,000.00		
3114-000	De limpieza, reprod, foto, historia		5,940,000.00	
3210-001	Vestuario y uniformes (empleados)	2,850,000.00		
3210-002	Vestuario y uniformes (jornaleros)	69,615,000.00		
3310-000	Medicinas y productos farmacéuticos		49,500,000.00	
3311-000	Para laboratorios		49,900,000.00	
3313-001	Productos odontológicos		2,475,000.00	
3313-002	Lencería		14,850,000.00	
3313-003	Implementos médicos		44,550,000.00	
3800-000	Combustibles y lubricantes		19,800,000.00	
3900-000	Otros suministros y materiales		4,950,000.00	
3910-001	Alimentos y bebidas (personal)	138,600,000.00		
3910-002	Alimentos y bebidas (pacientes)		402,930,000.00	
	Subtotal costos	S/.237,795,000.00	S/.594,895,000.00	
	Total costos suminist. y materiales.			S/. 832,690,000.00

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO HOSPITAL ALFREDO VALENZUELA

Sala:.....

Fecha: __/__/97

1. Ud. vino al hospital por:	a) Iniciativa propia b) Derivado de un C. Salud c) Reingreso	☐ ☐ ☐
2. Conoce Ud. que enfermedades atiende el hospital?	a) Enfermed. pulmonares b) Tuberculosis c) Otras	☐ ☐ ☐
3.- Cómo es el trato que recibe por parte del personal del hospital?	Muy bueno Bueno Regular Malo	☐ ☐ ☐ ☐
4. Conoce Ud. si la auxiliar de enfermería le da todos los medicamentos que el médico le receta?	SI NO Regularment	☐ ☐ ☐
5.- Los medicamentos los :	a) Recibe del hospital b) Compra c) Ambas alternativas	☐ ☐ ☐
6.- Los cuidados de higiene y cambios de ropa de cama los recibe:	a) Diariamente: b) Cuando Ud. se lo pide c) Cuando se lo ordenan d) Otros	☐ ☐ ☐ ☐
7.- La auxiliar acude a su llamado:	a) Inmediatamente b) Después de un tiempo c) No acude	☐ ☐ ☐

8.- Cómo se siente Ud. con la atención recibida por el personal médico del hospital?	Satisfecho	☐
	Poco satisfecho	☐
	Insatisfecho	☐
9.- Cómo se siente Ud. con la atención recibida por el personal paramédico del hospital.	Satisfecho	☐
	Poco satisfecho	☐
	Insatisfecho	☐
10.- Cómo se siente Ud. con la atención recibida por el personal del hospital?	Satisfecho	☐
	Poco satisfecho	☐
	Insatisfecho	☐
11.- La comida del hospital es de calidad:	a) Buena	☐
	b) Mala	☐
12.- La comida del hospital es en cantidad:	a) Suficiente	☐
	b) Insuficiente	☐
13.- Si tuviese que ser nuevamente hospitalizado, de acuerdo a la atención recibida, volvería al hospital?	SI	☐
	NO	☐
Si respondió que no, explique la razón:.....		
.....		
12. Que aspectos le gustaría mejorar del hospital?	a) la atención	☐
	b) la comida	☐
	c) los medicamentos	☐
	d) la infraestructura	☐
	e) todo lo antes mencionado	☐

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arrojave Selena, *Una perspectiva histórica del Hospital*. Educación Médica y Salud, OPS/ OMS No. 2 . Junio 1989.
2. Madero, Izaguirre, Mauro. *Historia de la Medicina en la Provincia del Guayas*. Casa de la Cultura Núcleo del Guayas, 1955.
3. Sacoto, Terán, Andrade. *La atención de salud en el Ecuador*. E.Mov. Laicos para la América Latina. Quito, Ecuador 1992.
4. Paganini, José María. *El Hospital Público*. El Hospital Público, Tendencias y perspectivas. HSS/SILOS-39. OPS/OMS 1994.
5. Paganini, José María. *Análisis de la situación de los Hospitales Públicos en América Latina y El Caribe*. El Hospital Público, Tendencias y perspectivas. HSS/SILOS-39. OPS/OMS 1994.
6. Programa de Análisis de Situación de Salud .Situación de Salud en las Américas. *Indicadores Básicos 1997*. División de Salud y Desarrollo Humano, OPS/OMS. 1997.
7. INEC, *Anuario de Estadísticas Vitales*, 1996.
8. Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Epidemiología, *Manual de Normas, Métodos, Procedimientos y Técnicas para el Control de la Tuberculosis*, Quito-Ecuador 1981.
9. Ministerio de Salud Pública, *Proyecto, Prevención y Control de la Tuberculosis en el Ecuador* . Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Ecuador, Octubre de 1996.
10. Ospina Bozzi, Martha Luz; Hernández Alvarez, Mario. *Recuerdos del Olvido*. Memorias del hospital San Carlos. Bogotá-Colombia, Marzo de 1996.
11. David, Fred. Gerencia Estratégica, 1992.
12. Health Care Financing In Latin América and the Caribbean, *Costos de los Servicios Básicos de Salud en el Ecuador*. Research report No. 4. 1987.
13. Gilmore, Carol M. De Moraes Novaes, Humberto. *Manual de Género de la Calidad*, Serie HSP-UNI/ Manuales Operativos Paltex, Volumen III No. 9 1996.
14. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, *25 Años por la Salud Pública del Ecuador 1967-1992*. Quito-Ecuador. 1992
15. Peters, Joseph. *El proceso de Planificación estratégica para hospitales*. Masson, S.A.Barcelona y SG Editores,S.A. 1992. Cap. 1-8

16. Higgins, Jorge. *Páginas de Testimonio*. Acerca de algunos episodios de la lucha antituberculosa en el Ecuador. Guayaquil, Ecuador. 1982
17. McNash, M. *Management Engineering's Contribution to the strategic planning process*. Health Care Strateg Manage: 1985 Apr. 3 (4); pp. 4-7.
18. Silva de Albuquerque, Carlos. *Estudio de Caso: Hospital de Clínicas de Porto Alegre*. El Hospital Público, Tendencias y perspectivas. HSS/SILOS-39. OPS/OMS 1994.
19. Barquin. . *Planeación de los servicios de hospitalización*. Sistemas de atención médica. Dirección de hospitales 5o. edición. Interamericana, México DF 1987. Cap.15, pp. 303-335.
20. Díaz Fernández, J.L. *El papel del servicio médico*. Manual de gestión hospitalaria. Interamericana Mc Graw Hill, pág. 53.
21. *Manual de contenido múltiple para la rehabilitación de los hospitales del MSP*. Ecuador 1994 -1996.
22. Reglamento orgánico funcional general de hospitales. MSP. Ecuador.
23. Educación médica y Salud. *Recursos Humanos*, nuevos espacios de trabajo. OPS.OMS. Vol. 23 No. 2 abril, junio 1989.
24. *Directorio Nacional de servicios hospitalarios del Ecuador* . MSP - OPS/OMS. 1994.
25. *Directorio de hospitales de Latino América y el Caribe*. OPS/HSS/94.08. Vol. II 1994.
26. *La calidad y eficiencia de la atención hospitalaria*, OPS/OMS. SILOS N° 30.
27. Steiner, George. *Lo que todo director debe saber*. Planeación Estratégica. México, 1991.
28. Hammer, Michael. Champy, James. *Reingeniería*. 1994
29. Sandoval, Orlando. *Herramientas de Gerencia*, Reingeniería de Procesos. Quito. Ecuador, 1995.
30. Serna, Humberto. *Planeación y Gestión Estratégica*. Fondo Editorial Legis. Bogotá, 1994.
31. Vallejo, Francisco. *Perspectivas del Desarrollo de los Servicios de Salud en el Ecuador*. Foro Intenacional Gerencia en Servicios de Salud. Memorias. ESPOL, Espae. 1995

32. Tratamiento de la Tuberculosis. *Guía para programas nacionales*. Segunda Edición 1996. OPS/OMS, 1996
33. Castrillón, Jaime. *Costos para Gerenciar Servicios de Salud* Ediciones Uninorte, Colombia, 1996.
34. Lazo, Luis. *Informe de la Gestión de la Dirección del Hospital Alfredo. J. Valenzuela*, 1997

BIBLIOGRAFÍA

1. Serna, Humberto. *Planeación y Gestión Estratégica*. Fondo Editorial Legis. Bogotá, 1994.
2. Peters, Joseph. *El proceso de Planificación estratégica para hospitales*. Masson, S.A.Barcelona y SG Editores,S.A. 1992.
3. Paganini, José María. *El Hospital Público, Tendencias y perspectivas*. HSS/SILOS-39. OPS/OMS 1994.
4. Pineda, Elia. Alvarado, Eva de. Canales, Francisca. *Metodología de la Investigación*. Manual para el desarrollo de personal de salud. 2da. Edición. OPS/OMS. 1994.