

ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DEL LITORAL

ESCUELA DE POSTGRADO EN ADMINISTRACION DE EMPRESAS

POSTGRADO EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

CUARTA PROMOCION

Trabajo de Graduación:

**Proyecto de implementación de un área de pensionado
en el hospital "San Luis de Otavalo "**

REALIZADO POR:



Dr. Rodolfo Cappelo Varela

Dr. Lither Reyes Lopez.

Lcda. Graciela Silva Cajas.

Dirigido por:

Lcda. María Cristina Ramos Ramos.

Guayaquil, Septiembre del 2000

PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE UN AREA DE PENSIONADO EN EL HOSPITAL "SAN LUIS DE OTAVALO"

INDICE GENERAL:

	paginas
I.- INTRODUCCIÓN	1
II.- PROBLEMA	4
III.- OBJETIVOS	5
IV.- JUSTIFICACIÓN	6
V.- MARCO TEORICO: Análisis de la realidad actual.	7
Reforma sector salud en el Ecuador	12
Rol del estado.	14
Aspectos legales.	21
Estudio de mercado.	26
Costeo.	30
Administración Hospitalaria.	40
Hospital San Luis de Otavalo.	59
VI.-METODOLOGIA.	64
VII.- RESULTADOS:	64
Análisis de Mercado	64
Análisis de la Encuesta	69
Análisis Micro	69
Análisis FODA	75

Características de la población potencial usuaria de los servicios.	75
Aspectos Legales en los que se fundamenta la propuesta.	76
Propuesta administrativa.	77
Propuesta financiera.	84
VIII.- RECOMENDACIONES.	87
IX.- Bibliografía.	92
X.- Anexos.	94
Anexo 1 Estructura funcional.	94
Anexo 2 Estructura orgánica del Hospital San Luis	101
Anexo 3 Encuesta	106
Anexo 4 Decreto presidencial y acuerdos ministeriales	
Anexo 5 Fotos	

DEDICATORIA:

A nuestras queridas familias, que nos han brindado apoyo y solidaridad, y que han soportado con estoicismo nuestras ausencias y sacrificios en aras de conseguir un horizonte de superación.

Los Autores.

RESUMEN EJECUTIVO

En consideración de la existencia de una gran demanda insatisfecha de la población que bien podría ser atendida de acuerdo a su necesidad en el Hospital San Luis de Otavalo, sin tener que trasladarse a otros centros de atención y por la infraestructura institucional subutilizada que tiene este hospital, se plantea el proyecto de implementación de un área de pensionado con mejoramiento de la atención y la calidad de sus servicios.

OBJETIVOS:

Establecer la factibilidad de un sistema diferenciado de atención, (pensionado funcional), en el Hospital San Luis de Otavalo.

JUSTIFICACIÓN:

Estudiando la factibilidad de ofrecer a la población de Otavalo de un modelo de pensionado funcional con características privadas y aplicando el principio de solidaridad constituirá una gran ventaja para el crecimiento institucional, ya que estimulará la participación de las personas en la consecución de mejoras a nivel de toda la institución.

En el **marco teórico** se plantea los siguientes temas:

Análisis de la realidad actual; en la que trata sobre la situación de salud de la población en general, la situación de las instituciones del sector tomando en cuenta a sus recursos humanos, financieros y técnicos.

La **reforma del sector salud** en el Ecuador, la misma que contiene un conjunto de cambios en roles, recursos, funciones e interrelaciones de las instituciones que conforman el sector. Y en la organización, gestión y financiamiento de los servicios de salud públicas y privadas.

El **estudio de mercado** que contiene el sistema de información en mercadotecnia, evaluación de las necesidades de información, desarrollo de la información, investigación de mercados y el proceso de investigación de la mercadotecnia.

Sobre **costeo**, su definición, características, clasificación, costos e ingresos, la capacidad presupuestada.

Administración hospitalaria planteando la situación en general de los hospitales públicos en América Latina y el Caribe, sus funciones y actuaciones, el análisis de las alternativas de financiamiento, el hospital con nuevas opciones basando sus actuaciones en la calidad.

Se realiza una **descripción del Hospital San Luis de Otavalo**, objeto de nuestro proyecto.

En la Metodología para la sustentación del trabajo se realizaron; una investigación de mercado, estudio de la base legal, estudio administrativo, estudio financiero.

Las **propuestas** son las siguientes:

Crear un pensionado en el área física disponible, la misma que es de 8 camas.

Se adecuará el área con baño privado, muebles, TV, lencería para cada habitación.

Adecuación de la sala de espera.

Adecuación de la estación de enfermería.

Adecuación de un sistema de comunicación.

El personal que brinde atención a estos clientes será el mismo que se encuentra prestando sus servicios en este Hospital.

El **flujo grama** de atención sería el mismo que realizan los clientes en general.

Para la implementación de cada una de las habitaciones se necesitan los siguientes costos de inversión:

Costo total por unidad sanitaria construida : 46dólares.

Implementos de baño sanitario: 74 dólares.

Muebles y equipamiento: 260 dólares.

Otros artículos: 264 dólares.

Costo total por habitación terminada: 648,4 dólares.

Costo total de inversión: 5.187,2 dólares.

RECOMENDACIONES.

Acciones tendientes a asegurar la viabilidad del proyecto, mediante estrategia comercial y mecanismos publicitarios.

Mejoramiento del sistema de referencia y contrarreferencia.

Consolidación de convenios con agencias turísticas y hoteles.

Mantener el liderazgo respecto a la competencia.

Factibilidad financiera para la implementación, desarrollo y sustentabilidad del pensionado en el Hospital.

Los Directivos del Hospital deberán realizar la planificación estratégica del hospital, en donde se incluye el servicio de pensionado.

Fortalecimiento de los recursos humanos.

Establecimiento de programas de incentivos.

Como **estrategias publicitarias** se puede elaborar hojas volantes con la información pertinente y publicidad mediante spots televisivos y cuñas radiales.

I.- INTRODUCCIÓN

Las instituciones de salud de nuestro país, se encuentran en un proceso de deterioro que ha ocasionado un menoscabo en su funcionalidad y por ende en la aplicación de los principios de calidad. El mercado de la salud es sumamente complejo y por consiguiente difícil de encasillar en una normativa general y común. Se hace necesario, entonces, ante la presencia de una serie de contingencias que han ocasionado el deterioro de la atención en salud, buscar cada vez nuevas alternativas para cumplir con 3 objetivos básicos: mejorar la calidad de la atención ; por otro lado, generar accesibilidad para toda la población a los distintos servicios de salud y además generar rentabilidad social y económica para lograr su autosustentabilidad .

La administración moderna requiere de estudios de la demanda para ofrecer servicios que respondan a las necesidades de la población y el presente estudio trata de sustentar justamente la posibilidad de crear un sistema de atención diferenciada (pagada), que permita que las personas con capacidad de pago, puedan precisamente con su contribución, permitir que los servicios tengan mayor poder de solución de sus problemas económicos y por lo tanto, aplicando el principio de SOLIDARIDAD, se pueda atender toda la demanda con calidad y eficiencia.

Si consideramos que en el momento actual, nuestro país atraviesa una gran crisis a nivel general, sobre todo en el aspecto económico, con un creciente subdesarrollo e incremento de la pobreza, y que el sector salud de nuestro país se ha visto notablemente pauperizado con presupuestos estatales insuficientes e inoportunos, se hace imprescindible que quienes pertenecemos a este sector busquemos alternativas que

conduzcan al mejoramiento de la atención médica y en general de salud de la población ecuatoriana.

Por esta razón el presente trabajo pretende conseguir que a nivel de un hospital público: "San Luis de Otavalo", se implemente un área de hospitalización encaminada a recabar aportaciones en calidad de pago de servicios de internamiento, por parte de la población del estrato medio y alto económicamente hablando.

Este estudio, comprende los siguientes capítulos de análisis:

1. Marco teórico conceptual, que analiza los aspectos: legal, administrativo, financiero, investigación de mercado, que posibilitan dar el enfoque técnico a nuestro trabajo
2. Propuestas de este proyecto que igualmente involucran los aspectos: legales, administrativos, financieros y técnicos con el objeto de demostrar la factibilidad de su ejecución. Dentro de este análisis, exponemos los resultados de nuestra investigación, el entorno macro y micro, la estructura funcional y la producción del hospital, con los cuadros demostrativos correspondientes. Además un análisis FODA.
3. Las recomendaciones que ponemos a consideración, básicamente de las Autoridades, que luego de analizar nuestra propuesta y su factibilidad, serán las que pongan en ejecución el mismo con un posterior plan de seguimiento que permita realizar la evaluación pertinente.
4. El procedimiento de investigación de mercado empleado fue el de la **Encuesta;** previamente se realizó un sondeo en la población hacia la cual iba dirigida esta encuesta, y que incluyó dialogo directo con: comerciantes, dueños de negocios de artesanías, funcionarios del Hospital y enfermos al momento hospitalizados, para en forma directa conocer sus necesidades y requerimientos.

Tabulados y luego procesados y analizados los resultados de la encuesta se obtuvieron interesantes resultados que los exponemos en forma muy precisa y que constituyen el punto de partida y justificación para que podamos delinear las estrategias tanto en el aspecto **comercial** como en **el publicitario**, encaminados a cumplir con tres objetivos básicos.

- ❖ **Propuesta de mejoramiento y ampliación de la estructura física**
- ❖ **Capacitación del recurso humano, con el objeto de brindar atención de calidad**
- ❖ Poner en **ejecución** luego del análisis de esta propuesta el proyecto en mención, considerando a este hospital dentro de un **Programa Piloto**, que a futuro pueda servir como modelo para instaurarse en otros hospitales públicos.

Por último, ponemos a consideración las **recomendaciones de nuestro trabajo** en relación con las estrategias tanto de tipo comercial, como promocional y publicitaria, **con el objeto de vender nuestra idea a las autoridades de salud correspondientes que puedan ejecutar y hacer realidad este proyecto.**

II. PROBLEMA.

Se hace necesario en virtud de la demanda de atención médica del cantón Otavalo, de la población con poder adquisitivo y dispuesta a pagar un buen servicio, que ésta sea atendida en el mismo sitio de su vivienda; por tanto creemos que este trabajo, se orienta a la consecución de este objetivo que indudablemente mejorará la atención de salud y a su vez mucho más el estatus poblacional de este rincón de la patria.

Debemos en primer lugar, considerar que existe una gran demanda insatisfecha de la población, que bien podría ser atendida de acuerdo a su necesidad en el mismo sitio de su trabajo sin tener que trasladarse a otros centros de atención médica distantes que significa movilización y gasto innecesario, en especial a la ciudad de Quito en donde presumiblemente existe una mejor atención especializada aunque esto signifique erogación económica.

En segundo lugar, la capacidad ociosa que tiene el Hospital S. Luis de Otavalo, debe ser aprovechada, ya que dispone de un infraestructura adecuada y además, subutilización de áreas y espacios que bien pueden destinarse a dar atención diferenciada (pagada), en beneficio de la población que disponiendo de recursos, aportaría a un mejor funcionamiento y financiamiento del Hospital, lo cual a su vez, generaría un paulatino proceso de autogestión sostenible y por ende auto sustentable.

En tercer lugar, si se logra que el proyecto se ponga en ejecución, dada la actual limitación de recursos del hospital, se conseguiría a la par un mejoramiento de la atención y la calidad de sus servicios.

III. OBJETIVOS

GENERAL:

Establecer la factibilidad de un Sistema diferenciado de Atención (**pensionado funcional**) en el Hospital San Luis de Otavalo.

ESPECIFICOS:

- ❖ Identificar las características de la demanda y de la competencia, mediante un estudio de mercado en el Cantón Otavalo.
- ❖ Poner en práctica las diferentes alternativas que nos presenta la reforma del sector Salud, mediante leyes y reglamentos, en aplicación del Decreto Presidencial 502, que faculta la creación de nuevos modelos de gestión de salud a nivel local.
- ❖ Establecer mecanismos de pago, para los clientes con atención diferenciada.
- ❖ Implementar nuevos modelos de atención al cliente del Hospital san Luis de Otavalo.

IV. JUSTIFICACIÓN.

Por lo antes señalado, se hace necesario estudiar la factibilidad de ofrecer a la población del Cantón Otavalo, servicios de hospitalización de las cuatro especialidades básicas, con calidad, acorde a su demanda, optimizando la utilización de la infraestructura y recursos ya instalados en el Hospital San Luis, para satisfacer la demanda local de atención privada de características especiales, desarrollando un “**modelo de pensionado funcional**”, con características privadas, en un hospital público.

Con un programa de **incentivos**, bien administrado, mejorará, la calidad de atención del personal de planta del Hospital.

Aplicando el principio de **solidaridad**, a través de un programa de administración de los recursos, auto sustentable, se mejorará el acceso de la población de bajos recursos, con la misma calidad de atención.

Dadas las condiciones socio económicas del cantón Otavalo, se proyecta en un futuro cercano, como un polo de desarrollo; penosamente frente a esto, está la escasez de servicios de salud calificados, para atender a: productores, comerciantes y turistas, que por medio del pago de servicios, contribuirán y fomentarán el desarrollo del cantón.

El desarrollo de por lo menos un área de alta calidad y productividad, constituirá una gran ventaja para el crecimiento institucional, ya que estimulará la participación de las personas en la consecución de mejoras, a nivel de toda la institución.

Se logrará mejores niveles de satisfacción del usuario interno y externo.

Se abrirá la posibilidad de adoptar estrategias similares en otros hospitales del país con características parecidas.

MARCO TEORICO:

1.- ANALISIS DE LA REALIDAD ACTUAL:

En el análisis de la estructura de las empresa y no es excepción la de salud, básicamente existen 3 elementos que la conforman y sin los cuales, perdería su funcionalidad y no podría cumplir con sus objetivos y son:

- ❖ RECURSOS HUMANOS
- ❖ RECURSOS FINANCIEROS y
- ❖ RECURSOS TECNICOS.

Estos 3 elementos se encuentran íntimamente relacionados entre sí, en un marco de índole ADMINISTRATIVA Y LEGAL.

Haciendo un estudio, totalmente imparcial y fehaciente, en términos generales, las instituciones de salud de nuestro país, se encuentran en un proceso de deterioro que ha ocasionado un menoscabo en su funcionalidad y por ende en la aplicación de los principios de calidad.

La mayor parte de los problemas se asientan en la conformación de los heterógeneos recursos humanos que componen las instituciones de salud y particularmente los hospitales.

En términos generales, los hospitales, adolecen en la actualidad de una serie de problemas desmotivantes que han dado como consecuencia una disminución de la calidad de la atención, constituyendo el factor económico, uno de los causantes de la crisis por falta de continuidad en los procesos de abastecimiento y aprovisionamiento de materiales e insumos y por otro lado, la falta de estímulos económicos para el personal que trabaja en las instituciones de salud.

Los siguientes elementos de análisis, constituyen un denominador común de la mayoría de hospitales de nuestro país:

- ❖ Falta de LIDERAZGO
- ❖ Toma de DECISIONES, limitada.
- ❖ Presupuesto fiscal INSUFICIENTE y de envío inoportuno y con retraso.
- ❖ Ausencia de programas de CAPACITACION permanente.
- ❖ DESMOTIVACION .
- ❖ IMPUNTUALIDAD Y AUSENTISMO.
- ❖ Maltrato al usuario.
- ❖ Relación inadecuada entre las organizaciones gremiales internas del hospital
- ❖ Demanda por parte de la Comunidad, INSATISFECHA..
- ❖ Organizaciones sindicalistas, con intereses solo personales ó de grupo, con una alta dosis de obstrucción a la gestión y con una exagerada POLITIZACION de sus dirigentes.
- ❖ Paralizaciones frecuentes; la mayor parte de veces, por reclamos salariales.
- ❖ DESABASTECIMIENTO, casi permanente-
- ❖ Déficit de recurso humano, especialmente enfermeras y médicos residentes.
- ❖ IMAGEN deteriorada de los hospitales.

A pesar de todo lo mencionado existen sin embargo, algunos puntos positivos (Fortalezas), que bien vale la pena mencionar y que son parte constitutiva de la realidad de nuestros hospitales y que son precisamente, los puntos rescatables, sobre los cuales se hace imperativo trabajar para reforzarlos, en la búsqueda de los mecanismo que conduzcan al CAMBIO y por consiguiente al MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD.

- ❖ INFRAESTRUCTURA funcional y adecuada en la mayor parte de los hospitales.
- ❖ Deseo de CAMBIO, en busca del mejoramiento.
- ❖ EXPERIENCIA, con personal profesional muy capacitado.
- ❖ Planes de gobierno que apuntan hacia la MODERNIZACION.
- ❖ Descentralización y desconcentración de funciones.
- ❖ Autogestión económica y autosustentabilidad.
- ❖ Comunidad que apoya y demanda atención de calidad.
- ❖ Posibilidad de convenios interinstitucionales.

De todo lo enunciado podemos sintetizar en 7 puntos básicos, los principales problemas que afectan a la CALIDAD, EFICIENCIA Y EFICACIA DE las instituciones de salud en nuestro medio:

❖ FALTA DE EQUIDAD SALARIAL:

El sector de la salud regentado por el aparato estatal, es el que menor remuneración percibe en comparación con otras áreas de gobierno y que cumplen similares funciones y trabajos, por ej: Fuerzas Armadas, Seguridad Social, Municipios, etc. Además dentro del mismo MSP, existen gremios que gozan de cierto privilegios, en base a una serie de reclamos permanentes, que han roto el equilibrio y el concepto de justicia integral. (1).

❖ DESINTEGRACION:

Los heterogéneos recursos humanos de las instituciones de salud y en especial de los hospitales, no apuntan en la misma dirección, no existen objetivos comunes y por consiguiente no existe la INTEGRACION, tan deseada y necesaria para poder trabajar con CALIDAD. Además se observa, falta de trabajo en equipo, falta de cumplimiento de

las funciones con responsabilidad y en el tiempo previsto, especialmente en las horas dedicadas a la alimentación del personal, en que se hace difícil contar con los recursos asignados a determinada función y trabajo, especialmente en áreas críticas, en donde la resolución de patologías emergentes, requiere del concurso de todos los elementos involucrados. Ejemplo: para una cirugía de emergencia, deben encontrarse en el área asignada (quirófano), todos los participantes sin excepción de persona, porque los recursos, para un eficiente trabajo en equipo, se tornan de esta manera indispensables. Esto no siempre ocurre con lo cual la calidad de la atención, por obvias razones, se deteriora. Al recurso humano, hay que sumarle además el recurso técnico y los insumos que tienen que existir en stock adecuado y suficiente; penosamente, en nuestros hospitales además hay desabastecimiento, lo cual complica aún más el trabajo en equipo y deteriora la calidad. (2).

❖ INTERESES GREMIALES O DE GRUPOS:

Lo correcto es que los intereses institucionales, se antepongan a todos los demás; desafortunadamente, en nuestro hospitales, priman los intereses de ciertos sectores, que han conseguido privilegios, con la consiguiente insatisfacción de otros sectores, que entran en mismo sistema de reclamos y paralizaciones, ocasionando total menoscabo de la calidad de atención, además de una lucha interna de intereses y permanente maltrato al usuario que demanda atención de calidad. (3).

❖ NO HAY MISIÓN IDENTIFICADA:

En la mayoría de centros hospitalarios, no existe la elaboración del principio básico de existencia de la institución como tal, o sea la misión que esa organización debe cumplir en beneficio de la Comunidad y del usuario y en otras, cuando sí existe la MISIÓN, no todos

la conocen o al menos no en profundidad o peor aun no han hecho conciencia de su textualización y filosofía de los conceptos que allí se enuncian y por tanto, no hay la suficiente motivación para el cumplimiento óptimo y con calidad de sus funciones específicas. (4).

❖ FALTA DE PROGRAMAS DE CAPACITACION PERMANENTE:

Esta penosa realidad provoca, insatisfacción, elemento humano desmotivado y por ende mala atención al usuario, obsolescencia en los procedimientos, desactualización, lo cual afecta en términos directos a la calidad de atención. (5).

❖ INADECUADA SELECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS.

Este es un mal generalizado del sector público, que también se hace presente en el sector de la salud a pesar de que los reglamentos y leyes vigentes obligan a reclutar al recurso humano, mediante selección por concurso de merecimientos, en una buena parte esto no se cumple, dando lugar a la IMPROVISACION, al desconocimiento de la función para la cual fue contratado el recurso, a la pérdida de tiempo valioso en su entrenamiento y luego cuando está capacitado a una posible deserción. Desgraciadamente, en términos generales, con excepciones por supuesto, la selección y reclutamiento del personal, tiene mucho que ver con compromisos de orden político, familiar ó de "compadrazgo". Por consiguiente, este mecanismo influye en forma directa en el menoscabo de la atención con CALIDAD. (6).

❖ ALTO COSTO PARA EL MANTENIMIENTO DE LAS UNIDADES DE SALUD:

La implementación de la tecnología médica es una de las más costosas en el mercado y es la que menos réditos económicos genera: Los procesos permanentes de devaluación, inflación y costos elevados de los insumos médicos ha sido la constante de los últimos

tiempos; esto sumado a que los presupuestos gubernamentales, asignados al sector salud, han sido, son y posiblemente seguirán siendo INSUFICIENTES e INOPORTUNOS, en su envío, deterioran totalmente la posibilidad de mantener los servicios hospitalarios dentro de los principios de calidad y eficiencia. (7).

2.- LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN EL ECUADOR

Se denomina así al conjunto de cambios en: ROLES, RECURSOS, FUNCIONES e INTERRELACIONES de las instituciones que conforman el sector y en la ORGANIZACIÓN, GESTION Y FINANCIAMIENTO DE LOS Servicios de salud Públicos y Privados.

Realizando un análisis de la problemática del sector SALUD de nuestro país, tenemos que muy a nuestro pesar, admitir que a través del tiempo, lejos de mejorar, hemos ido cada vez, retrocediendo más y más debido a una serie de contingencias que en este trabajo no es del caso analizar, pero que han ocasionado un grave deterioro de la atención médica y de salud en general. Tratando de puntualizar debemos señalar, algunas realidades, comunes a las instituciones de salud del Estado que a lo largo del tiempo no ha podido mantener y peor aún mejorar con calidad, las instituciones que las regenta.

1. El Estado ha tenido un modelo asistencial, burocrático, inequitativo, e ineficiente de atención médico curativa y de recuperación de la fuerza laboral. Ha descuidado la conducción, normalización y regulación de las actividades de salud a nivel nacional lo cual no ha permitido un adecuado desarrollo del sector, determinando carencias y desigualdades en las distribuciones de factores estrechamente vinculados con la salud. Todo esto, en un contexto nacional de creciente pobreza y marginalidad.

2. Existe una insuficiente atención a los problemas del ambiente, desnutrición y falta de estrategias en seguridad alimentaria para la población
3. Las políticas de ajuste fiscal que han restringido los recursos para este sector no han permitido que se cumplan los programas de salud pública y funcionamiento de los servicios de salud, lo cual ha ocasionado disminución de la cobertura y calidad de atención a los servicios. Alrededor del 30% de la población no tiene acceso a los servicios; con relación al aseguramiento en salud solamente el 22% goza de este beneficio.
4. Existe ausencia de liderazgo sectorial e inestabilidad directiva, constatándose al respecto en una gran mayoría de casos la politización y el acceso a los puestos de decisión por compromisos familiares, políticos o de cualquier otra naturaleza, lo cual ha dado como consecuencia, LA IMPROVISACIÓN y obviamente la falta de pericia en la administración de las entidades públicas.
5. Inadecuado modelo de atención y fragmentación institucional.
6. Innecesaria duplicación de inversiones, escaso financiamiento y mala distribución de los recursos en salud.
7. Gestión centralizada.
8. Insuficiente capacidad para responder a la demanda de atención en salud y la diversidad socio-epidemiológica.
9. Insuficiencia en la formación, e inequidad en la utilización y distribución de los recursos humanos. Bajos salarios, desmotivantes y totalmente inequitativos, en relación con otros estamentos de la administración pública. Falta de programas de educación continua y de un régimen de incentivos apropiado.

10. En lo tecnológico una inadecuada planificación y escaso desarrollo científico-tecnológico conforme a los requerimientos del país.

RAZONES QUE JUSTIFICAN LA REFORMA DEL SECTOR DE LA SALUD EN NUESTRO PAIS

La superación de la grave crisis de la salud en el país no es de responsabilidad institucional exclusiva del Ministerio de Salud Pública, sino que requiere la participación y compromiso de todas las instancias públicas y privadas que conforman el sector salud, incluyendo las organizaciones sociales formales y tradicionales relacionadas con la salud.

La salud, en su más amplia concepción, constituye factor sustantivo de los procesos de cambio social y económico, en tanto contribuye a mejorar las capacidades individuales y colectivas para enfrentar los desafíos del desarrollo y su acción sinérgica, la protección ambiental, la producción, la creatividad y el compromiso ético con el bien común.

El sector salud como uno de los más complejos y dinámicos de la sociedad, demanda profundas transformaciones institucionales en el marco de los procesos de modernización y de reforma del estado para el cumplimiento efectivo de sus roles.

ROL QUE DEBE DESEMPEÑAR EL ESTADO EN LA GESTION DE SALUD

Tomando en cuenta que el Estado es Garante del derecho a la Salud de toda la población como bien público y que la formulación de políticas nacionales es una función indelegable del mismo se plantean los siguientes roles fundamentales en el campo de la salud a través del Ministerio de Salud Pública el Consejo Nacional de Salud y las entidades

Públicas descentralizadas que por transferencia o delegación hayan asumido las Instituciones Nacionales o Provinciales de Salud.

Rectoría en Salud.-

Este rol implica la responsabilidad del Estado de conducir, regular, normar, coordinar y evaluar las actuaciones de las personas y entidades públicas y privadas para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, que incluye tareas sustantivas en materia de autoridad sanitaria, cuya aplicación se da a nivel central como a nivel intermedio y local.

Promoción de la Salud .- El Estado debe privilegiar la Promoción de la Salud generando condiciones favorables de vida y trabajo, incorporando acciones intersectoriales, la participación y movilización social, el establecimiento de políticas públicas saludables y otras acciones conducentes al desarrollo y bienestar garantizando el respeto de los valores étnicos-culturales de género y los derechos de las personas y comunidades.

Garantía de Acceso equitativo a la Atención.- El Estado debe establecer políticas estrategias y modalidades de financiamiento para garantizar el acceso equitativo a la atención de salud de toda la población del país, con énfasis en las intervenciones de Salud Pública y la protección de los grupos poblacionales de mayor riesgo biológico y Socio-económico para el efecto se coordinará con otros actores sectoriales y comunitarios.

Provisión descentralizada de servicios.- El Estado debe impulsar el diseño y aplicación de modelos de atención integral y de gestión descentralizada basados en principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia, en coordinación con otros

proveedores públicos y privados y con la participación de organismos seccionales y de la sociedad civil.

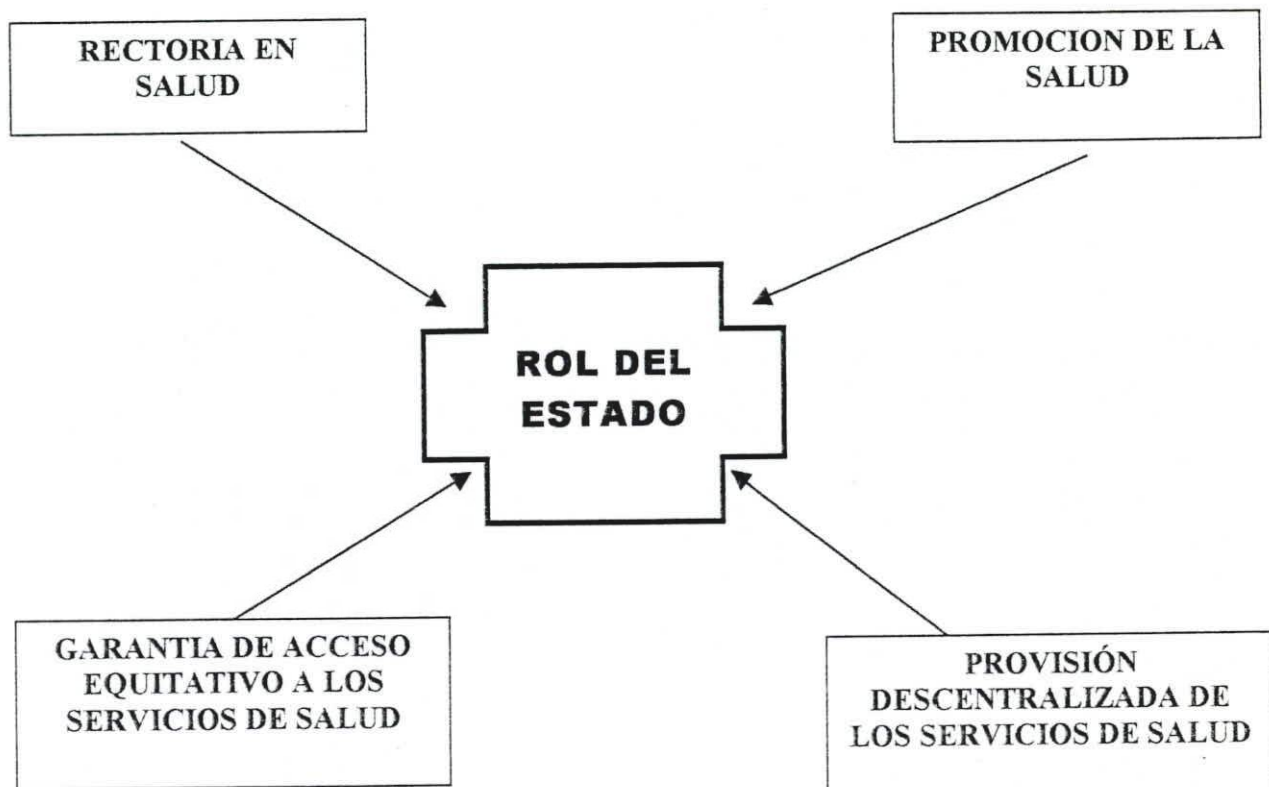


Figura 1.

Los ejes de la Reforma son:

- a) *Organización del Sistema Nacional de Salud, con la Rectoría del Ministerio de Salud Pública y apoyo del Consejo Nacional de Salud.*

La Organización del Sistema Nacional de Salud se sustenta en la articulación funcional, es decir en la distribución de responsabilidades entre las diversas

Instituciones del sector cuyo propósito común es contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud y de vida de la población. Este enfoque enfatiza la coordinación, cooperación y complementación en base a reglas de común acuerdo, no afecta el marco Institucional particular de cada entidad ni de sus autonomías, más bien potencializan las capacidades institucionales de los diferentes actores involucrados por los beneficios compartidos al participar en el sistema.

Qué es el Sistema de Salud?

Es el conjunto de Instituciones públicas y privadas del Sector, relacionadas entre sí por valores, normas y reglas comunes que articulan funcionalmente, con la finalidad de mejorar el estado de Salud de la población.

Qué es la Rectoría del Ministerio de Salud Pública?

El avance de la descentralización del estado y del sector, y el surgimiento de nuevos actores sectoriales públicos y privados, hace indispensable fortalecer el papel rector del Ministerio de Salud, al interior del Sector Salud, y su liderazgo para abogar por la salud y negociar con otros sectores. El propósito central es reducir las inequidades en las condiciones de salud y el acceso a los servicios en el marco de desarrollo humano integral y sostenible. Las competencias sustantivas que comprende la Rectoría son:

- ❖ Conducción de las actividades sectoriales
- ❖ Regulación y desarrollo de las funciones esenciales de la Salud Pública ligadas al ejercicio de la autoridad sanitaria
- ❖ Financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios, particularmente para garantizar el acceso universal y equitativo a la atención de salud, con criterios de calidad.

b) Fortalecimiento técnico y financiero de la Salud Pública

- ❖ **El fortalecimiento técnico** esta dado por la conformación del Sistema Integrado de Salud (SIS) con capacidad de autonomía relativa.
- ❖ **El fortalecimiento financiero** está dado por:
 - ❖ Reforma del Sistema Presupuestario,
 - ❖ Mecanismos para la asignación de recursos
 - ❖ Estudio de costos
 - ❖ Evaluación

c) Seguro Universal de Atención a las Personas.

Comprende en conjunto de acciones y servicios cuyo fin es proteger la salud de la población como unidad colectiva, es decir, las medidas de interés social o público como las acciones de promoción de salud y preventivas en general, el control y vigilancia de epidemias, educación y salud, el saneamiento ambiental, el control sanitario, las regulaciones sanitarias, la atención alimentaria-nutricional.

Las formas de afiliación y contribución al Seguro Universal de Salud diferencian tres tipos de aportes, los subsidiados totalmente, los parciales y los que contribuyen.

Cada ciudadano ecuatoriano debe poseer un carné o tarjeta de identificación sobre el tipo de beneficiario que es.

d) Descentralización de la Gestión de los Servicios

La nueva ley de descentralización y participación social y el marco constitucional al respecto han acelerado las iniciativas de gestión descentralizada de los servicios contando con el rol protagónico de los Municipios, los mismos que tienen la posibilidad de participar en actividades de promoción y cuidado de salud de la

población a su cargo, mediante convenios de transferencia de responsabilidades, competencia de recursos de parte del gobierno central, en el marco de la rectoría sectorial ejercida por el Ministerio de Salud Pública, además MODERSA cuenta con el financiamiento del Banco Mundial está orientado a crear un sistema descentralizado de cobertura universal con la participación de los diversos actores institucionales del sector salud a través de la conformación de redes plurales de atención y el manejo de sistemas de gestión y financiamiento local.

En resumen la desconcentración y la descentralización es uno de los puntos vitales para la Reforma del Sector Salud cuyo avance permitirá el desarrollo de nuevos modelos de gestión para elevar la capacidad resolutoria de los servicios con el objeto de satisfacer las demandas prioritarias de la población y construir un sistema nacional de salud sólido, dinámico y flexible sobre la base de los sistemas cantonales y provinciales de salud.

Descentralización.-

Consiste en la transferencia definitiva de funciones, atribuciones y recursos, especialmente financieros, materiales, y tecnológicos de origen Nacional y Extranjero, de que son titulares las entidades de la función ejecutiva hacia los gobiernos seccionales autónomos, a efectos de distribuir los recursos y los servicios de acuerdo con las necesidades de las respectivas circunscripciones territoriales

Desconcentración.-

Es el mecanismo mediante el cual los niveles superiores de un ente u organismo público delegan en forma permanente el ejercicio de una o más de sus atribuciones

así como los recursos necesarios para su cumplimiento, a otros órganos dependientes, provinciales o no que forman parte del mismo ente u organismo.

e) **Regulación Sectorial**

La nueva organización de Salud debe estar diseñada como un sistema en red, es decir, que el conjunto de instituciones públicas y privadas se articulen alrededor de una visión de totalidad e interdependencia para así dar respuesta a la situación de salud pero manteniendo su autonomía. Los lineamientos básicos son :

- ❖ Esta basado en una división del trabajo en el que todas las entidades del sector proceden según objetivo común y se identifica con los propósitos del sistema global .Cada organización debe desarrollar una cultura integracionista para facilitar su interrelación con otras instancias
- ❖ Cada organización mantiene su autonomía iniciativa, adaptación y creatividad
- ❖ Cada institución desarrolla una lógica de interdependencia y cada una actúa sobre clientelas diferentes, con presiones diferentes y genera propuestas, pero convergen en objetivos comunes, la Provincia y los sistemas locales.

f) **Desarrollo Integral de los Recursos Humanos**

Descentralización y Desconcentración de procesos a efectos de transferir atribuciones de gestión de recursos humanos desde niveles centrales a instancias provinciales y a gobiernos locales, así como los establecimientos de la red.

Implantación de mecanismos flexibles de contratación de recursos humanos basados en la evaluación del desempeño. Establecimiento de incentivos en función del cumplimiento de estándares de calidad y de productividad, formación y educación permanente de recursos humanos

Las políticas se dirigen a lograr metas que resuelven los dos lados del problema de la salud pública en el país:

Por un lado la mortalidad prematura por causas prevenibles y el mejoramiento de la calidad de vida para lograr ampliar la esperanza de vida al nacer, de la población ecuatoriana.

Por otro crear y poner en funcionamiento un Sistema Integrado de Salud que garantice la universalidad, equidad, accesibilidad, oportunidad y calidad en la atención de la salud y la enfermedad.

3.- ASPECTOS LEGALES CONSIDERADOS PARA LA REFORMA DEL SECTOR DE LA SALUD.

En el mes de abril de 1998, la Asamblea Constituyente, da gran importancia al sector salud; considerando que este sector debe ser privilegiado, por ello crea diferentes textos constitucionales que son los siguientes:

TITULO III: *DE LOS DERECHOS, GARANTIAS Y DEBERES*

CAPITULO 4: De los derechos económicos, sociales y culturales

Sección cuarta.- De la salud

Art. 42.- El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e interrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.

Art. 43 .- Los programas y acciones de salud pública serán gratuitos para todos. Los servicios públicos de atención médica, lo serán para las personas que los necesiten. Por

ningún motivo se negará la atención de emergencia en los establecimientos públicos o privados.

El Estado promoverá la cultura por la salud y la vida, con énfasis en la educación alimentaria y nutricional de madres y niños, y en la salud sexual y reproductiva, mediante la participación de la sociedad y la colaboración de los medios de comunicación social.

Adoptará programas tendientes a eliminar el alcoholismo y otras toxicomanías.

Art. 44 .- El Estado formulará la política nacional de salud y vigilará su aplicación; controlará el funcionamiento de las entidades del sector; reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa, cuyo ejercicio será regulado por la ley e impulsará el avance científico-tecnológico en el área de la salud, con sujeción a principios bioéticos.

Art. 45 .- El Estado organizará un Sistema Nacional de Salud, que se integrará con las entidades pública, autónomas, privadas y comunitarias del sector. Funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa.

Art. 46.- El financiamiento de las entidades públicas del Sistema Nacional de Salud provendrá de aportes obligatorios, suficientes y oportunos del presupuesto general del Estado, de personas que ocupen sus servicios y que tengan capacidad de **contribución** económica y de otras fuentes que señale la ley.

La asignación fiscal para salud pública se incrementará anualmente en el mismo porcentaje en que se aumenten los ingresos corrientes totales del presupuesto del gobierno central. No habrá reducciones presupuestarias en esta materia.

De la lectura del texto constitucional, precedente, tenemos que resaltar algunas consideraciones relevantes que constituyen el soporte de los cambios que apuntan hacia la reforma del sector de la salud en nuestro país:

- ❖ El cumplimiento de objetivos fundamentales: equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.
- ❖ Gratuidad de los servicios de promoción y acciones de salud.
- ❖ Fortalecimiento de la seguridad alimentaria y nutricional al igual que la salud sexual y reproductiva.
- ❖ Reconocimiento de la Medicina Tradicional y Alternativa.
- ❖ Organización del Sistema Nacional de Salud.
- ❖ Posibilidad de aportación económica de los usuarios con capacidad de pago, con el objeto de mantener el funcionamiento de los servicios de prestación médica y mediante programas de autogestión, mantener la autosustentabilidad de estos servicios.
- ❖ Incremento de la asignación fiscal para salud, en igual porcentaje en que se incremente el presupuesto general del Estado, anualmente.

ANÁLISIS DE LOS ACUERDOS MINISTERIALES: 243, 1726, 018 Y DEL DECRETO PRESIDENCIAL 502 QUE VIABILIZARON LA REFORMA EN EL SECTOR DE LA SALUD.

A nivel general, en nuestro país se ha empezado a tomar conciencia de la importancia que tiene a nivel mundial los drásticos cambios que en el mundo, constantemente se han ido produciendo, debido a múltiples factores, tales como: el aumento poblacional, la

escasez de materias primas, la alta industrialización a la par del avance tecnológico, la tremenda crisis y desequilibrio social y económico, los procesos de globalización en general, todo lo cual ha reorientado las políticas y el modo de ser de los gobiernos, en la búsqueda de nuevos caminos, que conduzcan hacia la solución de los múltiples e ingentes problemas que aquejan a la humanidad; en otras palabras que nos lleven hacia la MODERNIZACION.

Desde la época del gobierno del Arq. Sixto Durán Ballén, la filosofía de la modernización y de la posibilidad de acceso de la empresa privada al sector público, empieza a tomar forma con el advenimiento de leyes específicas y la conformación del CONAM (Consejo nacional de modernización).

Luego del efímero gobierno de Abdalá Bucaram, en el Interinazgo del Dr. Fabián Alarcón se empiezan a apreciar y concretar tibios cambios, especial mente en el sector de la salud, con el Decreto presidencial 305 que ya habla de aportaciones de los usuarios en las unidades de salud, con el fin de mantener los centros hospitalarios, funcionando. Pero es, en el Gobierno del Dr. Jamil Mahuad en donde se cristalizan con mayor ímpetu, las disposiciones legales específicas que conducen a una transformación total en lo que se refiere al manejo, tanto técnico, como financiero y de recursos humanos de las unidades de salud.

El primer gran paso, se da con ocasión de la puesta en vigencia del Acuerdo Ministerial 000243, el 09 de septiembre de 1998 (anexo adjunto). Cabe mencionar en el análisis, que este documento legal permitió, poniendo énfasis en los procesos de desconcentración y descentralización, manejar los recursos humanos con cierto nivel de autonomía, aunque en la práctica –y esto constituye todavía el problema-, el poder central, mantiene

ingerencia casi directa sobre las resoluciones administrativas de las unidades operativas. De todas formas, faculta a las Autoridades Nominadoras (delegadas por la Autoridad Ministerial), la : selección, el nombramiento, aceptación de renunciaciones, autorización de traslados, licencias, aplicación de sanciones, aplicación de leyes escalafonarias, etc, dentro del propio ámbito de la institución.

Posteriormente, el Decreto presidencial No. 502, del 22 de Enero de 1999, establece los considerandos apropiados, para que la reforma del sector de la salud, adquieran proporción de política de Estado, reforzando el concepto de Autonomía, descentralización, y la FACULTAD PARA DESARROLLAR E IMPLEMENTAR MODELOS DE AUTONOMIA DE GESTION DE LOS SERVICIOS DE SALUD., fortaleciendo la capacidad de GESTION LOCAL. El propósito básico se centra en el objetivo de ampliar la cobertura, mejorar la calidad y encontrar mecanismos de **autosustentabilidad**, con asignación de recursos, ligada a **incentivos en función de resultados**.

Como brazo ejecutor del Decreto Presidencial mencionado aparece, el Acuerdo Ministerial No. 018, suscrito por la Ministra de Finanzas; Eco. Ana Lucía Armijos, del 18 de Marzo de 1999. En este Documento se establece, en formas precisa cuales son los mecanismos de manejo, asignación y utilización de los recursos obtenidos por los ingresos de AUTOGESTION; previamente a esto en el Ministerio de Salud se establece un tarifario referencial de cobro y una tabla de CATEGORIZACIÓN de la población para preservar el principio de solidaridad y de atención a la población de escasos ó de ningún recurso económico como parte fundamental del reconocimiento de la obligación que tiene el Estado de dar asistencia en salud, con la aportación de la población usuaria que disponga de recursos.

Por otro lado, dentro del Reglamento que se elabora en el MSP. Se dispone la conformación de 2 Comités para el funcionamiento de las Unidades de Salud: el de PARTICIPACIÓN SOCIAL y el de MODERNIZACIÓN, con lo cual se involucra a la Comunidad en el primer caso y a los actores directos (funcionarios), en el segundo caso, para que mediante un trabajo en equipo se realice, la planificación, ejecución y toma de decisiones en salvaguarda de los intereses del usuario.

Por último, con fecha 13 de Octubre de 1999, se expide el Acuerdo Ministerial No. 1726 Del Ministro de Salud Pública Dr. Edgar Rodas Andrade, por medio del cual, se refuerzan los considerandos y disposiciones del 243 inicial y se establecen además mecanismos de control por medio de Auditorías del Poder Central para la vigilancia y cumplimiento de las disposiciones constantes en los reglamentos respectivos.

Todos los documentos señalados, se encuentran en su textualización original, como anexos adjuntos; simplemente hemos tratado de hacer en resumen analítico de los puntos relevantes de cada uno de ellos, con el objeto de resaltar los principales acápites y conceptos legales, que han originado cambios en el sector de la salud, que nos compete y por otro lado, reforzar la facultad legal de cumplimiento y respaldo para el proyecto que nos ocupa.

4.- ESTUDIO DE MERCADO:

SISTEMA DE INFORMACIÓN EN MERCADOTECNIA (SIM)

Concepto: es un grupo de personas, equipo y procedimientos para recopilar, clasificar, analizar, evaluar, y distribuir una información necesaria, oportuna y exacta entre los encargados de la toma de decisiones en mercadotecnia.

Comprende los siguientes pasos:

EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DE INFORMACIÓN

DESARROLLO DE LA INFORMACIÓN Y

DISTRIBUCIÓN DE LA INFORMACIÓN

En relación con el primer punto es necesario disponer de un SIM que permita equilibrar la información que los gerentes desearían tener con la que en realidad necesitan: un exceso de información puede ser tan nocivo como demasiado poco. Por otro lado es importante considerar los costos, ya que éstos pueden aumentar rápidamente por lo que se hace necesario sopesar bien los costos de obtener información adicional, contra el beneficio de su empleo.

En relación con el DESARROLLO DE LA INFORMACIÓN:

Se la puede obtener de :

- ❖ *Registros internos*
- ❖ *Información específica de mercadotecnia*
- ❖ *Investigación de mercados*

En este mismo punto se procede a realizar un ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN y a su DISTRIBUCIÓN.

La información en cuanto a **REGISTROS INTERNOS**, se la obtiene de:

- ❖ El departamento de **Contabilidad** que prepara los estados financieros y lleva el registro de ventas, costos y flujos de efectivo
- ❖ **Fabricación** reporta los programas de producción, envíos e inventarios.
- ❖ **Fuerza de ventas** informa sobre los competidores y la respuesta de los revendedores.

- ❖ **El departamento de mercadotecnia** mantiene base de datos de la demografía, psicografía y conducta de compra de los clientes
- ❖ **El departamento de servicio al cliente**, proporciona datos sobre su satisfacción y los problemas del servicio.

LA INFORMACIÓN ESPECIFICA DE MERCADOTECNIA, se la obtiene de:

- ❖ *Propio personal de la Empresa*
- ❖ *Proveedores, revendedores y clientes.*
- ❖ *La información sobre los competidores, se la obtiene de sus registros y reportes anuales, de sus discursos, comunicaciones de prensa y publicidad*
- ❖ *Fuentes externas: bases de datos, a las cuales se accede mediante suscripciones.*

LA INVESTIGACIÓN DE MERCADOS, se refiere a estudios formales de situaciones específicas y se define como el diseño, recopilación, análisis y el informe sistemático de datos y descubrimientos para una situación específica a la cual se enfrenta una organización. Las empresa deben contar con un departamento de investigación y las que no lo tengan deben contratar una.

En cuanto al **ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**, ésta consiste en buscar un modelo que responda a la preguntas de: "que sucedería si" y cual es mejor.

Por último, la información recopilada, se la debe **DISTRIBUIR** a los gerentes apropiados y en el momento apropiado. Esto cobra gran importancia en los últimos tiempos pues con el adelanto tecnológico, los gerentes pueden acceder rápidamente a la información necesaria por medio de un computador, inclusive portátil y procesar esa información en cualquier momento y en cualquier lugar.

EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN DE LA MERCADOTECNIA

Consta de 4 pasos:

- ❖ **Definición del problema y de los objetivos de la investigación:** puede ser: exploratoria, descriptiva y causal.
- ❖ **Desarrollo del plan de investigación:** Es la parte más laboriosa y está en directa relación con las necesidades específicas de información:
 - ❖ las características demográficas, económicas y de estilo de vida de los consumidores,
 - ❖ patrones de utilización,
 - ❖ respuestas de los minoristas, etc.
- ❖ Por otro lado se hace necesario, recopilar información secundaria proveniente de: fuentes internas, publicaciones del gobierno, publicaciones periódicas y libros, datos comerciales, datos internacionales, etc.
- ❖ Es importante en este punto resaltar la importancia de **LA ENCUESTA**, como instrumento muy valioso para obtener información; por supuesto que debe reunir ciertos requisitos obvios en su confección, su estructura y a la vez, en la selección óptima de la muestra de población a la cual va dirigida para que tenga valor y correcta aplicación.
- ❖ Además de este método, tienen valor otros instrumentos de contacto, como son: entrevistas personales y telefónicas. Modernamente se está utilizando el método CATI (entrevistas por teléfono con ayuda de la computadora)
- ❖ **Puesta en práctica del plan de investigación:** los investigadores deben procesar y analizar la información recopilada y aislar los descubrimientos importantes y

luego tabular los resultados, computar los promedios y realizar otro tipo de cálculos estadísticos.

- ❖ **Interpretación y reporte de los descubrimientos:** este paso consiste en que el investigador debe interpretar los descubrimientos, extraer conclusiones y reportárselas a la gerencia, la misma que al trabajar en estrecha relación con el investigador comparte CON ÉL la responsabilidad del proceso.

OTRAS CONSIDERACIONES EN LA INVESTIGACIÓN DE MERCADOS

Este capítulo se refiere a 3 análisis importantes:

1. Investigación de mercados en los **pequeños negocios y en las entidades no lucrativas:** resalta el concepto de obtener información, observando el entorno, realización de encuestas informales y en caso de hospitales, entrevista directas con los pacientes
2. Investigación de **mercados internacionales:** los investigadores siguen el mismo plan de investigación de mercadotecnia ya estudiado, sin embargo se enfrentan a menudo a un mayor número de problemas, pues los mercados son heterogéneos, tienen diferente nivel de desarrollo, culturas y costumbres distintas, así como también distintos patrones de compra. Por otro la traducción a otro idioma si este es el caso, es a veces complicado y puede no reflejar con exactitud los términos de traducción.
3. **Política pública y ética en la Investigación de mercados:** este punto hace referencia a 2 aspectos:

- ❖ **Intrusiones en la vida del consumidor**, tiene relación con el respeto que se debe tener al consumidor, especialmente cuando se trata de obtener información por medio de encuestas ya que muchos desconfían de ellas o se sienten presionados; por otro lado, la gran mayoría se molestan con las encuestas por teléfono o por correo, por ser demasiado largas o porque interrumpen en horarios inconvenientes.
- ❖ **Empleo indebido de los descubrimientos de la investigación**: la manipulación y la persuasión que de hecho producen los estudios de investigación, pueden dar lugar a abusos y situaciones indebidas, razón por la que algunos países han desarrollado Códigos de Ética para frenar este tipo de acciones, sin embargo, cada empresa, debe aceptar la responsabilidad de vigilar la conducta de su propia investigación, en su propio beneficio y de los consumidores.

5.- COSTEO

5.1. DEFINICIÓN DE COSTO

Costo es la suma de erogaciones en las que incurre la persona natural o jurídica para adquirir un bien o un servicio, con la intención de que genere ingresos en el futuro.

5.2. CARACTERÍSTICAS DE LOS COSTOS

5.2.1. COSTO ACTIVO: Es la erogación que ocurre cuando se adquiere un bien o un servicio cuya capacidad de generar ingresos abarca diferentes períodos. Las porciones de este activo adquirido se enfrentan a los ingresos de los diferentes períodos en forma diferida.

5.2.2. COSTO GASTO: Son los costos que se enfrentan a los ingresos del período, y que han contribuido a la operación del sistema durante ese período.

5.2.3. COSTO PERDIDA: Son las erogaciones que no producen ingresos esperados o no.
. Ej: los incendios , robos , etc.

5.3. ELEMENTOS DEL COSTO

En cualquier costo concurren dos o tres elementos que contribuyen a su conformación .
El número de elementos depende de si se trata del costo de un producto manufacturado, de una comercialización o de un servicio. Por tratarse en el presente trabajo de costos de servicios, nos referiremos principalmente a ellos.

5.3.1.COSTOS DEL SERVICIO

En la prestación de un servicio, dependiendo de qué tipo sea, concurren varios elementos. Para ilustrar las diferentes situaciones se ponen los siguientes ejemplos:

- ❖ Rayos X. En este servicio se presentan los siguientes elementos de costo:
 - El costo de la placa y de los reactivos.
 - El costo de la mano de obra (tomar la placa, revelarla, interpretarla).
 - Los costos indirectos: Las depreciaciones, los servicios públicos, los salarios indirectos, etc.
- ❖ Cirugía. En este servicio concurren los siguientes elementos:
 - Los insumos que se consumen en esa operación.
 - Costos de salario directo (el cirujano, el anestesiólogo, la enfermera, etc.)
 - Los costos generales. Depreciaciones, servicios públicos, salarios indirectos, etc.).
- ❖ La consulta médica. En este servicio concurren los siguientes elementos:
 - Costo de salario directo. Es el salario médico.

- Costos generales. Son todos aquellos costos indirectos a una consulta, como las depreciaciones, servicios públicos, salarios, etc.

En servicios como éstos el costo de los insumos gastados realmente es insignificante.

5.4. CLASIFICACIÓN DE LOS COSTOS . RELACIONES CON LA ACTIVIDAD.

Los costos pueden ser clasificados de acuerdo con el enfoque que se les dé.

5.4.1. De acuerdo con la función en la que se incurre:

- ❖ **Costos de producción:** Son los que se generan en el proceso de manufactura. Ejemplos: La materia prima, la mano de obra directa y los costos generales de fabricación.
- ❖ **Costos de distribución o venta:** Son aquellos en los que se incurre cuando se ofrece y se lleva el producto o el servicio al cliente. Ejemplo: Los costos de publicidad.
- ❖ **Costos de administración:** Son aquellos en los que se incurre en la gestión de la logística que garantiza la actividad de la producción, de la comercialización, de la prestación de un servicio. La papelería consumida en la oficina de recursos humanos, los salarios de los directivos del hospital.

5.4.2. De acuerdo con la identificación con el producto o servicio, con un departamento o división:

- ❖ **Costos directos:** Son los que se identifican con la actividad o con un producto o división. Ejemplo : El costo de la anestesia en una cirugía.

❖ **Costos desembolsables:** Los que implican salida de efectivo. Ej: El costo de los servicios públicos.

❖ **Costo de oportunidad:** Es aquel en el que se incurre por tomar una decisión en lugar de otra . Ej: El costo en el que incurre el médico al no atender su consultorio por asistir a un curso de capacitación es un costo de oportunidad.

En esta decisión hay un costo que no implica salida de efectivo.

5.4.7. De acuerdo con el cambio originado por un aumento o disminución en la actividad:

❖ **Costos diferenciales:** Son aquellos que se producen cuando hay un aumento o disminución en la actividad. Pertenecen a este grupo:

○ **Costo decremental :** Cuando se producen por la disminución en la actividad. El costo de los anestésicos disminuye si se disminuye el número de cirugías.

○ **Costo incremental :** Cuando se produce por el aumento en la actividad . El costo de la energía eléctrica y de los anestésicos aumenta si el número de las cirugías aumenta.

❖ **Costos sumergidos:** Son los que permanecen inmutables no importa la opción que se elija. Las depreciaciones y el salario de los directivos son un ejemplo de este tipo de costo, ya que aunque el número de pacientes atendidos por el hospital aumente, las depreciaciones y el salario de los directivos permanecen en el mismo nivel.

5.4.8. Según se puedan o no evitar al tomarse una decisión:

- ❖ **Costos evitables:** Aquellos de los que se puede prescindir al tomar una decisión. Los costos de anestesia si no se lleva a cabo la cirugía, lo mismo que los costos del cirujano y del anesthesiólogo si se les paga por cirugía.
- ❖ **Costos inevitables:** Aquellos de los que no se puede prescindir cuando se quiere tomar una determinada decisión. El salario del director de la sala de cirugía, realícese o no la cirugía, es el mismo.
- ❖ **5.4.9. De acuerdo con su comportamiento:**
- ❖ **Costo fijo:** Es aquel que no varía aunque los niveles de la actividad cambien, dentro de cierto rango de volumen de actividad y de tiempo. Ej: El sueldo de un funcionario.
- ❖ **Costos fijos discrecionales:** Los que son susceptibles de ser modificados; se tiene poder sobre ellos. Ejs: Los sueldos, si la actividad se suspende, si se cierra el departamento, si se clausura la empresa, se puede pensar en prescindir de estos costos.
- ❖ **Costos fijos comprometidos:** Se llaman también "sumergidos, muertos". No se tiene poder sobre ellos para suspender su incurrencia. Ej: La depreciación de una maquinaria.
- ❖ **Costos variables:** Son aquellos que varían de acuerdo con los cambios en los niveles de actividad, dentro de cierto rango de volumen de actividad y de tiempo.
- ❖ **Costos semivariantes o semifijos:** Son costos que están formados por una parte fija y una variable. La forma como este tipo de costo se manifiesta es muy diverso.

5.5. LOS COSTOS VERSUS LOS INGRESOS

En la fabricación de un producto, en su comercialización o en la prestación de un servicio confluyen una serie de costos que se pueden englobar dentro de dos grandes conjuntos: Los costos fijos = CF, y los costos variables = CV. Por ello se define a la totalidad de los costos como la suma de los CF + CV. $CTOTAL = CFTOTAL + CVTOTAL$.

$$CT / \text{unidad} = CF / \text{unidad} + CV / \text{unidad}.$$

5.6. LA CAPACIDAD PRESUPUESTADA

Se puede entender por "capacidad" la potencia que se tiene para realizar algo. Respecto a una empresa se puede afirmar que es la posibilidad de realizar una actividad. Se puede hablar de diferentes capacidades, pero para el caso el esquema se reduce a dos.

- ❖ **Capacidad teórica, máxima, ideal.** Es aquella en donde no se consideran las restricciones generadas por variables endógenas o exógenas al sistema; es cuando se tiene en cuenta la máxima actividad posible a desarrollar pero no se tiene presente la parálisis que puede sufrir el sistema por diferentes causas: mantenimiento, ya sea curativo o preventivo; fallas en el personal, como inasistencia, inexperiencia, ineficiencia; problemas en los insumos, como en materiales, suministros, combustibles, energía, etc. Cuellos de botella en los procesos previos o posteriores a una unidad de trabajo, etc.
- ❖ **Capacidad práctica, normal.** Es aquella en donde se ponderan todas las restricciones posibles generadas por variables endógenas y exógenas al sistema y en donde todo el sistema está sincronizado con la capacidad de vender. Al elaborar el presupuesto de costos se trabaja con la capacidad normal, y se expresa, $NAP = \text{Nivel de actividad presupuestado}$, o $NOP = \text{Nivel de operación}$

presupuestado. El presupuesto de actividad se puede expresar en diferentes bases: Horas hombre, horas mano de obra directa, horas máquina, unidades, costo hora mano de obra directa. Para un hospital o una clínica, la capacidad se expresaría en No. De camas, horas disponibles para cirugía, horas disponibles del médico para atender la consulta, etc., así respectivamente: Hh, HMOD, HM,U, CHMOD, etc. Todo depende de cuál de ellas expresa mejor la incurrancia del costo o define de una forma más objetiva las posibilidades que tiene la compañía de producir un bien, de comercializar un producto o de prestar un servicio. Además de lo anterior es importante tener en cuenta que la capacidad de la empresa la determina, en un momento dado, la variable más frágil del sistema, así como la fortaleza de la cadena la fija el eslabón más débil. Ej: En el hospital se puede contar con la logística para atender muchísimos pacientes, pero si sólo dispone de un médico, la disponibilidad de éste define en última instancia la capacidad del hospital.

5.7.LA CAPACIDAD Y LOS COSTOS FIJOS

Existe una gran relación entre la capacidad y los costos fijos de la organización. Cuando se aumenta la capacidad instalada se incrementan los CF. En la definición de ellos, una característica esencial es que la actividad se mantenga dentro de cierto rango; el límite de este rango lo da la capacidad. Se espera también que dentro de cierto rango de tiempo un aumento de los CF implique una ampliación de la capacidad, aunque la verdad es que esta relación no siempre se da en la realidad. En ocasiones se presentan incrementos en los CF (salarios, depreciaciones, servicios públicos, impuestos, etc.) sin que ello implique una modificación de la capacidad.

5.8. LA TASA FIJA

$$\text{Tasa fija} = \text{TF} = \frac{\text{Costos fijos presupuestados}}{\text{Capacidad presupuestada}} = \frac{\text{CF(p)}}{\text{NOP}} = \text{CF(p)} / u$$

La tasa fija es la porción de costo fijo que se le debe cargar a cada unidad que se produzca o se comercialice, o a cada unidad de servicio que se preste. La TF también se puede expresar como el costo fijo presupuestado / unidad = CFP/unidad.

El costo fijo real / unidad = $\text{CF(R)} / u$ = es la cantidad de costo fijo que realmente se cargó a cada unidad. Se obtiene dividiendo el costo fijo real entre el nivel real de la actividad.

$$\text{CF(R)} / u = \frac{\text{CFreal}}{\text{Nivel real de operación}} = \frac{\text{CF(R)}}{\text{NOR}}$$

Si se compara $\text{CF(p)} / u$ Vs. $\text{CF(R)} / u$ se obtiene la variación del CF/unid.

5.9. LOS COSTOS INDIRECTOS

5.9.1. ASIGNACIÓN DE LOS COSTOS INDIRECTOS

Uno de los propósitos de la contabilidad de costos es determinar el costo de producir o comercializar un bien o de prestar un servicio. Es, por lo tanto, una tarea importante identificar todos los costos que concurren en la fabricación y comercialización de un bien o prestación de un servicio . Dentro de este proceso está la asignación de los costos indirectos a las unidades de actividad de la empresa.

5.9.2. PROCEDIMIENTO DE ASIGNACIÓN DE COSTOS INDIRECTOS A LAS DIVISIONES

El primer paso es repartir los costos indirectos, en las respectivas divisiones. Una vez identificado el costo a distribuir se busca una base de distribución. Esta base debe ser un ítem que refleje objetivamente la causación de ese costo. Las bases pueden estar dadas en: área, número de personas, horas de servicio prestadas, horas hombre, horas máquina, etc. Ej: Si se quiere repartir el costo depreciación de planta, una base podría ser "número de horas de servicio" ; una base propia para repartir costo de restaurante podría ser el "número de personas de cada división", etc. El paso siguiente es determinar el factor de asignación = FA.

Costo a repartir

FA = -----

Base

Una vez hallado el FA se procede a distribuir a las divisiones los costos que le correspondan, así: Distribución de costo a tal división = FA x cantidad de base que tenga.

Una vez distribuidos los costos a las respectivas divisiones se pasa a cargar los costos de cada división a las unidades de actividad. Es conveniente agrupar estos costos con base en la relación que tienen ellos con las funciones. Se tiene que los costos indirectos de fabricación = CIF, son aquellos indirectos relacionados con la fabricación del producto. Los indirectos de Administración = CIA, son todos aquellos costos que tienen relación con la administración. En estos costos se incurre para poder mantener la logística de la organización en el cumplimiento de sus objetivos. Los costos indirectos de mercadeo = CIM, comprende aquellos costos en que se incurre para promocionar y hacer llegar oportuna y adecuadamente el bien o el servicio al cliente.

5.9.3. PROCEDIMIENTO DE ASIGNACIÓN DE LOS COSTOS INDIRECTOS A LAS UNIDADES

- ❖ Se determina el costo que se va a distribuir entre las unidades (producidas, comercializadas, de servicio). Este costo se determina aplicando la fórmula presupuestal = FP, al nivel de actividad presupuestado = NAP.
- ❖ Se calcula la tasa predeterminada = TP = Rata de aplicación de indirectos = RAI = factor de aplicación de indirectos, dividiendo CI entre NAP.

$$TP = CI / NAP$$

Esta tasa no es más que un factor mediante el cual se le van cargando los CI a las unidades que se van realizando. Es una especie de "Deber ser" del costo. Quiere decir: si se cumple con el nivel de costos y de actividad presupuestados, cada unidad debe absorber esta determinada cantidad de costos.

6. ADMINISTRACION HOSPITALARIA.

6.1 LA SITUACION DE LOS HOSPITALES PUBLICOS EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE.

En América Latina y el Caribe los gobiernos en su mayoría establecen en su legislación el derecho a la Salud, pero como observamos no existen evidencias de que estos gobiernos con sus acciones privilegien al sector salud en el componente de las políticas sociales.

Los factores económicos, políticos y otros han repercutido en la crisis del sector salud, y puesto que hoy en día existe en nuestra Región una preeminencia de la economía social de mercado, se piensa con certeza que esta continuara influyendo en este sector. El Hospital publico no escapa a esta tendencia y por ello el Estado deberá funcionar como regulador y garante del bien común con un adecuado principio de subsidios, asegurando su correcto funcionamiento.¹

Los hospitales públicos deben ser unidades ejecutoras de las políticas del Estado incluyendo las de subsidio, haciendo de esta forma efectiva la responsabilidad del estado. En los aspectos operativos, los hospitales deben cubrir las necesidades de la población local, debiendo integrarse a los otros niveles en forma funcional.

Esta integración a los otros niveles se convierte en la creación de la red de servicios de atención de salud, en la cual los hospitales públicos deben cumplir las siguientes funciones:

- ❖ Atención medica continuada: concentrando una gran cantidad de recursos de diagnostico y tratamiento, para reintegrar rápidamente al paciente a su medio.
- ❖ Atención medica integrada: constituyendo una estación intermedia dentro de una red de servicios de complejidad creciente.

- ❖ Atención médica integral: dado que la pertenencia del establecimiento a una red garantiza la disponibilidad de todos los recursos para resolver el caso.
- ❖ Área programática: el establecimiento tiene un área de influencia a la que brinda sus servicios y sobre cuya población deben evaluarse los resultados de sus acciones.
- ❖ Efectos de los programas de salud: el establecimiento también actúa ejecutando programas preventivos y de promoción de salud, impulsados por la autoridad sanitaria.

Los hospitales públicos en lo particular o en su conjunto, actúan como reguladores de los costos del mercado de la salud, formadores de recursos humanos, impulsores del desarrollo y la investigación en el ámbito médico, con el fin de promover una mejor calidad de atención.

6.2 ANALISIS DE LAS ALTERNATIVAS DE FINANCIAMIENTO DE LOS HOSPITALES PUBLICOS EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE.

En el sector salud los recursos siempre son escasos y esto se ha demostrado día a día en la atención al usuario, y por las complejas situaciones que enfrentan hoy algunos países en materia de salud.

Como consecuencia de esta crisis, y en vista de las necesidades, América Latina ha iniciado un proceso de transformación de las estructuras de la atención médica, de su financiamiento y su administración. Así observamos que se contemplan efectivos procesos de descentralización y se fomenta una mayor y diversa participación del subsector privado, aunando esfuerzos con el público para el mejor cumplimiento de los objetivos de cada uno.

Como respuesta a la transformación del sector salud se han creado varias opciones de financiamiento:

- ❖ Los servicios hospitalarios pueden ser financiados y provistos por el Estado en su totalidad, o mayoritariamente por este, coexistiendo con el sector privado.
- ❖ Los servicios hospitalarios financiados públicamente pueden proveer servicios al sector privado.
- ❖ Los servicios hospitalarios privados pueden a su vez vender servicios al sector público.

6.3. HOSPITALES EMPRESA.

Es necesario definir que tipo de organización es el hospital público; se le debe considerar a este como una empresa, dejando de lado cualquier debate ideológico sobre el tema. Considerado como empresa debe enfrentar varios procesos de producción complejos relacionados entre sí, que se pueden agrupar de la siguiente manera:

- ❖ Producción clínica (egresos, intervenciones quirúrgicas, consultas).
- ❖ Producción técnica médica, (unidades de apoyo diagnóstico y terapéutico: farmacia, laboratorio, radiología).
- ❖ Producción industrial (alimentación, lavandería, esterilización, aseo).

Además de los procesos de producción complejos, el hospital público como empresa resulta desde un punto de vista sociológico, una organización en la que coexisten varios grupos con intereses y objetivos potenciales diferentes, los que pueden ser opuestos a los objetivos de la institución en su conjunto.

La provisión de servicios hospitalarios se debe insertar en un modelo de hospital público descentralizado y autónomo, que acepta los límites del servicio público de regular y garantizar la cobertura, equidad, acceso y calidad de la atención de salud.²

El principal objetivo de cualquier alternativa de financiamiento de servicios hospitalarios es cubrir gastos de operación, de remuneraciones e inversión, permitiendo además el crecimiento y desarrollo de la institución en cada país que se encuentre y adecuado a su realidad.

6.4. HOSPITAL DEL SIGLO XXI.

El Hospital es una Institución que tiene que salir del monopolio a la competencia. Tiene que ser esta la gran característica de un hospital del siglo XXI. Y para competir se impone una reforma de la perspectiva del Estado. Es sumamente importante que los recursos del Estado no se dilapiden más; en un cambio absoluto de paradigmas en la concepción y la filosofía, el Estado no apoyara más el financiamiento de la prestación de servicios, porque la competencia obligara a los hospitales a cambiar su forma de ser. Pero es una competencia no solo de recursos, sino por la demanda, el conocimiento la tecnología, la capacidad, porque la gente no solo quiere servicios de salud, sino servicios oportunos y de calidad.³

No necesita ser privado para ser eficiente; pública o privada cualquier institución para poder acceder a estos recursos solo lo puede hacer a través de la capacidad la calidad y la oportunidad en la prestación de los servicios. Es un giro del modelo actual hacia un modelo futuro donde la financiación deja de ser el soporte del Estado para convertirse en un modelo de autofinanciamiento. Lo que se está cobrando hoy implica que la Institución

es capaz de autofinanciarse y ser autosuficiente dentro del modelo que le permite acceder los dineros que están destinados a soportar la prestación de los servicios de salud.⁴

Por tanto no se necesita necesariamente de toda una reforma para que los hospitales vayan a nuevas opciones. Se necesita de una administración organizada, capaz de definir cuales son las fuentes de financiamiento de los procesos de atención. No se necesita mucha dinámica administrativa para entender que si una fuente es el Estado y continua financiando será cada vez mas pobre y dificilmente va a cumplir. Ante esta situación, tenemos que buscar diferentes alternativas.⁵

6.5. DEFINICION DE HOSPITAL.

La Organización Mundial de la salud, define el Hospital como “ una parte integrante de la organización medica social, cuya función es la de proporcionar a la población atención medica completa, tanto preventiva como curativa y cuyo servicio de consultorio externo, alcanza a la familia en el hogar. El Hospital es también un centro para la preparación y adiestramiento del personal que trabaja en salud y además un campo de investigación biosocial”. Dentro de los sistemas de salud de los países se le ha asignado una responsabilidad muy alta, en la cual el papel fundamental de la “recuperación” embarga el mayor esfuerzo, sin significar esto que no deba ocupar sus recursos en los aspectos de fomento, prevención y rehabilitación como partes fundamentales de la atención integral.⁶ El Hospital es un universo en el cual se encierran y desenvuelven un sin número de procesos complejos diferente al resto de organizaciones, todas las actividades del hospital son importantes.

Los avances de todo orden en el mundo moderno, con el impulso de las comunicaciones y la informática, el desarrollo de nuevas tecnologías, el auge de la seguridad social, las

expectativas de vida del individuo, los anhelos de la comunidad, exigen una gerencia ajustada a los hitos de la calidad de gestión que debe desembocar en la calidad total y de la reingeniería de gestión que debe reflejarse en el acondicionamiento ajustado de la infraestructura a las necesidades actuales y a la realidad de competir como entidades de servicio, en un mercado en el cual los factores determinantes de selección no pueden ser otros que la calidad del servicio, la investigación, la retroalimentación y la visión del futuro.⁷

Si bien la razón de ser del hospital es la preservación de las condiciones físicas ideales del individuo y la meta es salvaguardar la vida, el concepto de hospital abarca los mas variados recursos, elementos y dispositivos que organizados y sometidos a una acción coordinada pueden conducir a la salud integral.

El Hospital de hoy y del futuro siempre debe partir de la calidad total en la gestión, sin lo cual estaría en riesgo de desaparecer en corto tiempo. Sin duda ante la evolución de los sistemas de salud de todos los países, el hospital ya constituido debe ajustar su organización de acuerdo a parámetros que le permitan ser realmente competitivo, en cambio el hospital que va a crearse encuentra servida la oportunidad de acomodarse a las exigencias del momento. Para cada situación se han ideado técnicas y metodologías que respondan realmente a los requerimientos del cliente.

6.6. LA ESTRUCTURA FISICA DEL HOSPITAL.

Cuando se habla de estructura física, se hace referencia a la sede permanente del hospital, construcción que debe llenar los requisitos para la función que va a cumplir. En forma equivocada muchos pensaron que un hospital puede funcionar en construcción levantada inicialmente para otros fines. Nada más distante de la lógica, que esa creencia,

por lo mismo que la atención de la salud tiene ciertas particularidades exclusivas que exigen características especiales que no tienen justificación para otro tipo de objetivos.

La complejidad de actividades que se desarrollan dentro del hospital y la agilidad con que estas deben cumplirse, obligan una plantación lógica de espacios y circulaciones, lo cual no puede llevarse a cabo idealmente en una construcción preparada para otro fin.

En la actualidad para planear el hospital se parte de una definición epidemiológica local o sectorial que marque con el mínimo margen de error, el volumen de la población usuaria del proyecto, sus especificaciones de morbilidad. Sé continuo con unos minuciosos estudio económico que establezca los recursos reales y potenciales para financiarlo. Se realiza un análisis geopolítico que permita alternativas de ubicación. Se definen las condiciones ambientales de los sitios preseleccionados y la accesibilidad a todos los servicios básicos.

Las especificaciones sobre distribución de áreas y ubicación de los diferentes servicios sobre circulaciones internas y externas, sobre instalaciones básicas, sobre condiciones ambientales, dependen del objetivo del programa y el equipo técnico es el encargado de definir las

6.6.1 AREAS DE HOSPITALIZADOS.

Constituyen el centro de mayor atención dentro del hospital, en lo que hace relación a sus características, disposición, ubicación. Actualmente pacientes de diferentes patologías son hospitalizados en el mismo sector, con el concepto de que el aislamiento solo fomenta el descuido en el uso de las barreras contra la infección, mientras que la promiscuidad incrementa el uso de todas las precauciones.

Los costos por cama, son menores en cuartos comunes que en individuales o privados, lo cual tiene como explicación, además de la menor superficie empleada, la reducción del personal de enfermería y supervisión, la facilidad para distribuir alimentos, la disminución notable en el número de unidades sanitarias.

Por funcionalidad y comodidad los pacientes quirúrgicos se hospitalizan en unidades próximas a los quirófanos, de igual manera la sala de urgencias debe ubicarse en la planta baja, con acceso directo al área de parqueos.

6.6.2. AREA DE CONSULTA EXTERNA.

Los pacientes de consulta externa representan para el hospital algunas dificultades, como el de ocupación de vías y áreas, circulación por pasillos y servicios para efecto de exámenes complementarios o tramites inherentes a la misma consulta, lo cual sin duda trastorna así sea en mínima forma la actividad institucional. Para evitar estos inconvenientes, tradicionalmente se ha ubicado este servicio en el primer piso o un primer sótano del edificio, con las facilidades de acceso que sean del caso y comodidades para el enfermo y acompañantes quienes deben encontrar a la mano servicios sanitarios, farmacia, puestos para tomas de muestra para laboratorio. Idealmente en el mismo piso, deben funcionar los departamentos de imágenes diagnosticas e historias clínicas, lo mismo que el servicio de cafetería. La sala de espera de la consulta externa debe disponer de muebles adecuados e instalación de televisión con fines educativos, además del puesto de información y control.

Los consultorios médicos y salas de procedimientos especiales de diagnostico, igual que sala de curaciones y de inyecciones deben preverse en sitios verdaderamente funcionales y adecuados debidamente para cada objetivo.

6.6.3 QUIROFANOS.

Siempre y cuando se garanticen el aislamiento fundamental del área, las condiciones ambientales requeridas, la iluminación necesaria y el acceso funcional, es buena cualquier ubicación. De preferencia se recomienda los sectores cercanos al área de hospitalizados quirúrgicos, para facilitar de un lado su transporte, de otro para permitir que los médicos practiquen fácilmente sus visitas de control. Contigua al área de cirugía debe encontrarse la sala de recuperación. Es importante que próxima al quirófano este el área de esterilización de materiales quirúrgicos y central de distribución de equipos e instrumental. El quirófano debe dotarse de todos los mecanismos para control de acceso de personal, igual que de facilidades para cambio de ropas y preparación prequirúrgica, tanto del personal como de los pacientes.

6.6.4 LOS MEDIOS DE DIAGNOSTICO.

Las localizaciones y distribución de áreas para los diferentes medios de diagnóstico constituyen aspecto crucial dentro de la estructura del hospital. Allí tienen que imponerse los criterios médico- arquitectónicos con todo su rigor para garantizar de un lado el acceso fácil, de otro la cómoda prestación de los servicios y algo muy importante, para evitar todo riesgo de contaminación ambiental.

6.6.5 SERVICIOS DE APOYO.

Las cocinas y lavanderías por la índole de las actividades que allí se adelantan, si bien deben ubicarse en sector accesible, idealmente deben funcionar en sector aislado para evitar molestias para las actividades propias de la institución.

6.6.6 EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO.

Las dependencias para el servicio administrativo del hospital, deben ocupar un sector que no invada las áreas de los servicios docente asistenciales.

6.7. LA CIRCULACION DE CLIENTES EN EL HOSPITAL.

En los hospitales actuales existe una organización y estructuras definidas y como consecuencia de ello los conceptos de gestión de pacientes han cambiado notablemente.

Así:

Unidades de consulta externa y pruebas complementarias unificadas en bloques específicos.

Servicios de urgencias centralizados.

Unidades de hospitalización libre de circulaciones ajenas a su actividad natural.

Bloques quirúrgicos centralizados.

Servicios de admisiones únicos e informatizados.

Archivo de historias clínicas centralizadas.

Estos serian los 6 pilares fundamentales de la gestión de pacientes del hospital actual que emanan directamente de la organización y de la estructura hospitalaria moderna, ya que estos seis conceptos son la clave para el diseño y un modelo de hospital.

Las consultas externas son la puerta de entrada principal del centro hospitalario y en un hospital general pueden representar el 80% de los pacientes que acuden al centro y ser la puerta del 60% de los pacientes que ingresan.

Los servicios de urgencias son la segunda puerta de entrada de pacientes al hospital, atienden a un 20% de los pacientes que acuden al centro y generan un 40% de los ingresos hospitalarios.

Existe una tercera puerta que se podría considerar menor que es la originada por aquellos pacientes que acuden al hospital solo para realizarse exámenes de laboratorio, ecosonogramas, etc.

El servicio de admisión de pacientes de un hospital registra los principales movimientos de pacientes en el centro: los ingresos y las altas. Esta es una función básica e indiscutible de cualquier servicio de admisiones. Si a esta función le añadimos los registros de consultas ordinarias y urgentes que se han ido desarrollando en la medida en que los hospitales estructuraban y ampliaban las consultas externas y los servicios de urgencias, se puede observar que el departamento encargado de las admisiones tiene mas contactos con pacientes que cualquier otro departamento del hospital.

6.8. ORGANIZACION ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL.

Para lograr proyectar con claridad la organización estructural y funcional del Hospital, es indispensable revisar la misión y la visión que haya sido aceptada, marcando el horizonte al cual debemos proyectarnos y alcanzar.

También se deben tener claros los conceptos de demanda inclusive características demográficas y condiciones de salud de la comunidad.

El nivel de atención y el grado de complejidad lo dan los recursos que se dispongan para hacer frente a las patologías que se asignan para atender.

Para cumplir el objetivo organizativo se deben tomar en consideración las actividades a realizar elaborando un listado de ellas y agrupándolas según su afinidad, para establecer su funcionalidad.

Para conocer el número de personas que deben preverse en el desempeño profesional se debe establecer a cada uno las actividades afines.

Básicamente esta constituido por: Laboratorio clínico, laboratorio de anatomía patológica, radiodiagnóstico, anestesiología, medicina física y rehabilitación y gabinete de diagnósticos diversos.

En los Hospitales cantorales se contara con los servicios de radiología y laboratorio clínico.

C.- Departamento de servicios técnicos de colaboración medica.

Son los que con actividades especificas contribuyen a la prestación de atención de salud que brinda el hospital.

Los servicios básicos que lo conforman son: Enfermería, Trabajo social, Alimentación y dietética, Estadística y registros médicos, farmacia y educación para la salud.

El equipo medico, el personal técnico y administrativo desplegara sus actividades coordinadamente y en forma unitaria en los siguientes sectores de trabajo: Consulta Externa, Emergencia y Hospitalización.

2. -Área Administrativa.

Es la responsable de la gestión administrativa, financiera y el control de recursos en apoyo a la prestación de atención medica.

Esta constituida por los siguientes servicios:

Administración Hospitalaria.

Personal.

Contabilidad.

Pagaduría.

Proveeduría.

Almacén.

Mantenimiento.

Lavandería, ropería y costura.

Transportes.

Información central y telefónica.

Servicios varios (Auxiliares administrativos, guardianes, conserjes).

6. 11. RECURSOS HUMANOS.

Existe el riesgo al “echar las cuentas”, calculando, optimizando o planificando, de olvidarnos de que detrás de las cifras hay personas únicas, diferentes; con problemáticas, virtudes y carencias; y que al hablar de “necesidades”, “excedentes” u otros conceptos que continuamente se manejan, los números tienen personas concretas detrás, con nombres y apellidos. 8

6. 11. 1 RECLUTAMIENTO Y SELECCION DE PERSONAL.

La adquisición de personal cualificado constituye un aspecto fundamental para el establecimiento, mantenimiento y crecimiento de la organización.

El reclutamiento y selección es la actividad que busca el ingreso de nuevos empleados al hospital e incluye tanto las oportunidades de trabajo actuales y futuras como la divulgación de los beneficios que la Institución brinda.

La definición de los trabajos es importante ya que establece las funciones u obligaciones y las responsabilidades que debe tener una posición de trabajo dentro del hospital, contempla el contexto dentro del cual se desarrolla el trabajo; así mismo se establecen las cualidades de la persona que debe ocupar el cargo respectivo.

Aparentemente las necesidades de personal son obvias puesto que los jefes de las distintas dependencias siempre muestran escasez de colaboradores; sin embargo es muy importante establecer tanto las prioridades de las necesidades de personal como las funciones y tareas específicas que se deben desempeñar, como la calificación y las

características del funcionario a contratar para evitar desde el principio tener personas no calificadas. La mejor manera de reclutar empleados se basa en el razonamiento y experiencia de expertos en la materia y se debe empezar a determinar exactamente, con todo detalle y precisión a quien se necesita.

Las cualidades que se especifiquen para un determinado trabajo deben ser lo más precisas posibles y por ningún motivo deben ser discriminatorias.

La previsión de necesidades de personal, permite el tiempo necesario para buscar el funcionario adecuado para el cargo.

La programación es un factor clave si va unida al pronóstico permanente de los grupos de trabajo que el hospital necesita día a día.

Por otra parte la distribución de los horarios de trabajo es importante para mantener y reclutar las mejores personas para el hospital. Los turnos de trabajo no solamente deben llenar las necesidades de la entidad sino ser atractivos para cada profesional, para cada trabajador.

En la determinación de las necesidades de personal se debe decidir entre conseguir personas idóneas, es decir con los conocimientos, destrezas habilidades necesarias para el desempeño inmediato de un cargo o entrenar en forma total dentro del hospital al personal nuevo.

El reclutamiento interno es el proceso que permite a los trabajadores del hospital conocer las oportunidades existentes para que puedan aplicar. Resulta de la promoción interna donde a los actuales funcionarios se les da preferencia para las promociones, frente a personas que tengan similar hoja de vida. Este reclutamiento tiene algunas ventajas: es un premio para las personas que se esfuerzan, las motiva, les da metas y mantiene el calor corporativo o afecto hacia el hospital.

El proceso de selección comprende; formato de inscripción, entrevista y evaluación, exámenes o pruebas de selección, verificación de las referencias entregadas, análisis de resultados y escogencia.

Los empleados necesitan conocer la información acerca de sus salarios, horas extras y horarios de trabajo; ubicación de la planta física, medios de comunicación, quien es su jefe inmediato, con quienes o quien debe coordinar su trabajo, que tiempo de descanso existe, etc. El hospital desea igualmente que se conozca esto y además los reglamentos y regulaciones que se deben seguir, políticas sobre festivos, ausencias justificadas, beneficios, uniformes, reglas de presentación, etc.

Un buen sistema disciplinario construye una valla de reglas dentro de las cuales los trabajadores tienen la libertad de desarrollar su trabajo de una manera ordenada. Las acciones disciplinarias se toman para mantener un orden que conviene tanto al hospital como a sus funcionarios y también para mantener la vigencia de las disposiciones.

Así mismo en el trabajo la motivación conlleva al bienestar. Gente altamente motivada no solo esta contenta sino que trabaja mas y mejor. Personas no motivadas hacen apenas lo indispensable aunque sean capaces de hacerlo mejor.

6. 12. PLANIFICACION DE LOS RECURSOS.

El hospital es una empresa de servicios con unas particularidades que le confieren una especial complejidad. Como tal una empresa dispone de un conjunto de recursos que son utilizados en sus diversos procesos productivos. El proceso de planificación de los recursos debe conducirnos al ajuste entre los recursos asignados a cada centro de producción del hospital y la actividad prevista para dicho centro. La previsión de

actividad para el global del hospital ha de ser el resultado de la suma de previsiones de sus servicios.

Lograr una oferta de servicios sanitarios significa disponer de un volumen concreto de recursos. El proceso de planificación debe conducir al equilibrio óptimo entre el volumen de recursos y el nivel de producción o nivel de actividad. A su vez los objetivos asistenciales deben ser consecuencia del análisis de la demanda sanitaria de la población de referencia del hospital.

6. 13. SERVICIO.

Es la unidad ejecutiva intermedia que agrupa una o varias salas afines ya sean estas para uso técnico o administrativo.

6. 14. SECTOR DE INTERNACION O SALA.

Es un hospital destinado a la hospitalización de pacientes, es decir, cuenta con camas hospitalarias.

Para los fines del censo diario y otros requerimientos estadísticos se individualizara como el conjunto de camas dependientes de un jefe que puede abarcar una o más salas o partes de ella, o bien un conjunto de piezas anexas o no a una sala.

4. 15. CAMA HOSPITALARIA.

Es aquella instalada para el uso regular de los pacientes hospitalizados. Una cama implica recursos de personal, espacio, equipos y material para la atención del paciente.

Se incluyen entre las camas de hospital, además de las de adultos de tamaño normal, las camas de niño de tamaño reducido, con o sin barandas y las cunas de recién nacido patológico.

6. 16. RECURSOS MATERIALES ESPECIFICOS NECESARIOS PARA EL SERVICIO.

Camas hospitalarias.

Mesas puente.

veladores.

sillas.

sillones para familiares.

anaqueles.

Muebles para archivo en la estación de enfermería.

Lencería.

Implementos médicos.

fonendoscopio adulto.

fonendoscopio pediátrico.

Tensiómetro adulto .

Tensiómetro pediátrico.

Coche curaciones.

Coche de paro cardiaco.

Bidet grandes.

Bidet pediátricos.

Patos u orinales pediátricos.

Patos u orinales grandes.

Coche para bidet.

Jarras graduadas de un litro.

Jarras de dos litros.

Lavacara de acero inoxidable.

Semilunas grandes.

Semilunas medianas.

Coche para ropa sucia.

Torunderos.

Charoles medianos.

Charoles grandes.

Copas para medicación.

Portasueros.

Silla de ruedas.

Lámpara cuello de ganso.

Coche de historias clínicas.

Papelería.

Termos para agua aromática.

Mangueras para oxígeno

Mascarillas de adulto para oxígeno.

Mascarillas pediátricas.

Flujo metros de oxígeno.

Humidificadores de oxígeno.

Escabeles sencillos.

7. EL HOSPITAL "SAN LUIS DE OTAVALO"

7.1 HISTORIA.

La Dirección Nacional de Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública, de conformidad con el Art. 134 del Reglamento Orgánico Funcional General de Hospitales

emitido mediante Acuerdo Ministerial No. 6408 y publicado en el Registro Oficial No. 793 del 25 de Julio de 1.984, elaboró el Manual Orgánico Funcional Interno del Hospital "San Luis" de Otavalo, provincia de Imbabura, en el que se proporciona la información detallada sobre la organización referente a la entidad y servicios que dispone, bases legales, antecedentes históricos, objetivos, funciones, niveles jerárquicos, líneas de autoridad, canales de comunicación y el organigrama que representa la estructura sobre la organización del Hospital. Teniendo aquel documento una base legal, por lo que es obligatorio para el desarrollo y cumplimiento de las actividades.

La creación del hospital Cantonal "San Luis" de Otavalo, provincia de Imbabura, se reseña de la siguiente manera:

En el año de 1.922, al sentirse un incremento poblacional, hubo la necesidad de construir un Hospital cantonal en vista de que había muchas dificultades para trasladar los casos de emergencia al hospital "San Vicente de Paúl" de la ciudad de Ibarra, a una distancia de 24 Km. Por una carretera en malas condiciones, donde ya habían ocurrido antes accidentes de tránsito.

En aquel entonces Otavalo únicamente contaba con pequeño dispensario municipal, para la atención de emergencias leves.

El 2 de Abril de 1.922, llega a Otavalo la Hermana de la Caridad de nacionalidad francesa sor Josephine Vrieve, llamada en la comunidad Sor Lucía Sornear, en calidad de Directora de la Escuela Católica de niñas "La Inmaculada Concepción" y es ella quien incentiva a la ciudadanía de la necesidad de un Centro de Salud en Otavalo, y convoca a un grupo de damas y caballeros para formar un Comité Patriótico que lo llamaron "Liga de la Caridad", con el objeto de recolectar fondos mediante

suscripciones y aportes personales voluntarios de los otavaleños, con lo que se compra un terreno de 2 hectáreas al norte de la ciudad, junto al riachuelo El Tejar, sitio en el cual se construiría el Hospital.

Adquirido el terreno, un albañil procede a construir el edificio con cimientos de piedra con barro y paredes de tapia. Desgraciadamente esta construcción, en un terreno flojo, a desnivel y a orillas de un riachuelo que crecía mucho en el invierno, las paredes se fueron al suelo y se perdieron los pocos fondos recolectados. Los otavaleños continuaron, se conformó la "Junta ProHospital de Otavalo", recolectaron nuevos fondos y comenzaron una nueva construcción de un edificio más sólido, llegando a la altura de 2 metros.

En el año de 1.942, cuando en el gobierno de Carlos Arroyo del Río, fue nombrado como Ministro de Previsión Social, Trabajo y Asistencia Pública el destacado otavaleño Dr. Leopoldo Chávez, residente en Quito, pero que tenía su patrimonio familiar en la ciudad de Otavalo se interesó por construir el edificio que actualmente existe, pero ya con dirección técnica y con fondos estatales y pequeñas contribuciones del Municipio de Otavalo, mediante un contrato con el Punto Cuarto del servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública de los Estados Unidos de América que vino a colaborar con el Ecuador hasta su terminación.

Posteriormente se gestionó la compra de un lote más, para aumentar al existente que les parecía muy pequeño. Así el 30 de mayo de 1.947 se adquirió un lote de 8.969,40 metros cuadrados en la parte sur del terreno anterior.

Levantado el edificio, el Gobierno del Sr. Galo Plaza Lasso, puso dificultades para su equipamiento e instalación, manifestando que había hospitales en las ciudades de Ibarra y Cayambe. Esto fue enérgicamente combatido por los Legisladores otavaleños

en los Congresos de 1.951 y 1.952, Dr. Luis Alberto de la Torre en el Senado y el profesor Víctor Alejandro Jaramillo Pérez en la Cámara de Diputados.

Estos dos parlamentarios continuaron las gestiones con enérgicos reclamos y razonamientos justos, por lo que al fin tuvo que reconocerse la necesidad de equiparlo y ponerlo en funcionamiento, y se inaugura el 6 de septiembre de 1.953, siendo Presidente de la República el Sr. Dr. José María Velasco Ibarra.

Para la administración del Hospital, el Señor Ministro de Previsión Social nombró una Junta Autónoma compuesta por tres miembros que prestaron sus servicios ad-honorem. e debe mencionar que para el Hospital se donó la hacienda de Peribuela en 1863 para que con sus arriendos se ayude a su funcionamiento.

La primera Junta Administrativa del Hospital nombró al Doctor Germánico Endara Miño como el primer Director de esta casa de Salud inaugurada con los cuatro servicios médicos básicos: Medicina Interna con salas pequeñas para hombres y para mujeres; Cirugía General y Traumatología también con dos salas; Gineco-Obstetricia con el nombre de Maternidad y Niños recién nacidos, con una sala de labor, sala de partos, y sala de pospartos; Pediatría, dividida en dos partes, una para enfermería y otra para Cirugía y quemados.

Como en aquel entonces proliferaban las enfermedades infecto contagiosas, fue necesario instalar en la planta baja una sala de aislamiento para niños y adultos, se organizó la consulta externa para la atención de emergencias y casos ambulatorios. Además de servicios auxiliares de diagnóstico comenzaron a funcionar los departamentos de: Estadística, Farmacia, Laboratorio y Rayos X.

El personal médico estaba conformado por tres médicos: el Dr. Germánico Endara, quien desempeñaba las funciones de Director y atendía los servicios de Medicina

Interna, Aislamiento y Rayos X. El Dr. Edmundo Moreno Jarrín, quien atendía los Cirugía y Traumatología. El Dr. Carlos Bastidas, que atendía; Ginecología y Obstetricia, Pediatría y por las tardes Consulta Externa.

En 1.955 fue organizado junto a Maternidad una salita de Neonatología y en la Consulta Externa, Consulta prenatal.

El personal Administrativo se inició conformado de la siguiente manera: El Director, un Secretario, un Contador-Pagador y un Jefe de Estadística.

El personal de Enfermería y Servicios se inició con cuatro hermanas de la caridad, además se contaba con seis Auxiliares de Enfermería. El Laboratorio Clínico se inició con un Técnico de Laboratorio preparado por el Servicio Interamericano de Salud Pública. En los servicios generales, una costurera como Jefe del Servicio de Ropería y Lavandería y tres personas más que se hacían cargo del lavado y planchado. En el departamento de Cocina laboraban tres personas. Se complementaba el personal con: Dos personas de limpieza, dos porteros de vigilancia, un mensajero, un chofer-mecánico. Por las necesidades que se presentaban , en 1.955 la Junta Administrativa creó el puesto de una Obstetrix de planta, para que se atiendan partos durante las 24 horas.

El Hospital "San Luis" de Otavalo, funcionó bajo la supervisión de la Junta Administrativa, hasta la creación del Ministerio de Salud Pública en el año de 1.967 y que posteriormente por Decreto Supremo No. 232 del 14 de abril de 1.972, se suprimen las Juntas de Asistencias Sociales del País, y los Hospitales que fueron administrados por ellas pasan a depender del Ministerio de Salud Pública.

El Gobierno Nacional luego de los estudios realizados sobre la problemática de atención médica de la comunidad de Otavalo, decide ampliar sus servicios de 80 a 120

camas para cubrir la demanda de salud, cuya obra fue ejecutada por el Instituto Ecuatoriano de Obras Sanitarias (IEOS) por administración directa, el mismo que es puesto en servicio el 13 de Marzo de 1.987.

El Art. 134 del Reglamento Orgánico Funcional General de Hospitales, faculta a cada Unidad Hospitalaria, elaborar el Reglamento Orgánico Funcional Interno de cada Unidad Operativa, de acuerdo a los recursos que dispone, el nivel de complejidad y el servicio que presta.

VI. METODOLOGÍA.

Para sustentar el trabajo se realizaron:

- 1.- Una investigación de mercado.-** Con análisis macro, análisis micro y aplicación de encuestas a una muestra del 5% de la población total usuaria potencial. Se realizaron por otro lado, observaciones directas de los centros de provisión de atención médica tanto públicos como privados, con el objeto de establecer, en primer lugar lineamientos comparativos y en segundo lugar, apreciar el grado de incidencia que podrían tener, como competidores que afectarían la factibilidad de nuestro proyecto.
- 2.- Estudio de la base legal.-** Basado en el análisis documental de las leyes: Decreto Presidencial 502, Acuerdos Ministeriales del MSP 00243 y 1726, 018 del Ministerio de Finanzas (Anexo).
- 3.- Estudio administrativo.-** Mediante trabajo de campo, observación, revisión de estadísticas y bibliografía.
- 4.- Estudio financiero.-** Mediante cálculos basados en recopilación de información obtenida directamente de los Departamentos, Administrativo y Financiero del Hospital y además revisiones bibliográficas.

VII. RESULTADOS

1. ANALISIS DE MERCADO:

1.1. ANÁLISIS MACRO:

1.1.1.-ENTORNO POLITICO y SOCIO-ECONOMICO.- Dadas las características enunciadas anteriormente, el sistema imperante es de un capitalismo de avanzada con un gran exponente de consumismo, resultado de la activa producción y comercio de la zona; económicamente hablando el comercio se hace en base a la oferta y demanda.

1.1.2.-ENTORNO RACIAL.- la población predominante en la gran mayoría es indígena; a demás hay una población de mestizos, y por otro lado una población flotante que en los últimos tiempos a pasado a ser parte de la estructura poblacional fija del Cantón Otavalo y que son los extranjeros residentes: Predominantemente Americanos, Alemanes, Holandeses, a demás existe un contingente notable de Bolivianos, Venezolanos y Peruanos.

Cabe resaltar en este punto que en términos generales sobre todo en el sector indígena existe una contextura de costumbres, raíces y apreciaciones de tipo legal totalmente sectorizada que influyen en los niveles de decisión política; eje los funcionarios de elección popular son indígenas y se encuentran agrupados bajo el partido político PACHAKUTIC.

1.1.3.-ENTORNO LEGAL.- La situación actual del país en el aspecto legal correspondiente a la Salud tuvo notable cambio a raíz de los acuerdos ministeriales y decreto presidencial que analizamos EN FORMA EXHAUSTIVA EN EL CAPÍTULO CORRESPONDIENTE.

A nivel general, en nuestro país se ha empezado a tomar conciencia de la importancia que a nivel mundial, los drásticos cambios que en el mundo, constantemente se han

ido produciendo, debido a múltiples factores tales como: el aumento poblacional, la escasez de materia prima la alta industrialización a la par del avance tecnológico, la tremenda crisis y desequilibrio social y económico, los procesos de globalización en general, todo lo cual ha reorientado las políticas y el modo de ser de los gobiernos, en la búsqueda de nuevos cambios, que conduzcan hacia la solución de los múltiples problemas que aquejan a la humanidad; en otras palabras que nos lleven hacia la MODERNIZACION.

1.1.4.-ENTORNO TECNOLOGICO.-

Pese a ser el Cantón Otavalo uno de los más florecientes en nuestro País y de disponer de una gran industria de artesanía y comercio que ha elevado el estatus económico de la gente. La infraestructura del sector salud no está en relación directa con ese florecimiento.

1.1.5.- INVESTIGACIÓN DE MERCADO: recurrimos a la ENCUESTA como el sistema de investigación más idóneo para poder establecer y confirmar las necesidades de la población del cantón Otavalo en relación con la atención médica diferenciada (pagada). La investigación de mercado se la hizo aplicando una encuesta con el fin de captar las necesidades y preferencias del usuario. Estuvo dirigido a una población con un nivel económico medio y alto: Comerciantes y dueños de artesanías pero también a usuarios actualmente Hospitalizados; a empleados y trabajadores de la institución. Se trabajó con una muestra representativa de la población, mediante muestreo aleatorio. El tamaño de la muestra fue de 92 personas. Se añadió un 5% de margen de no-respuesta encuestas, seleccionando 100 personas de la población. Cabe mencionar que en la conversación informal mantenida con los encuestados han manifestado en múltiples ocasiones la sorpresa de que los servicios del hospital no

sean pagados, e inclusive muchos usuarios voluntariamente contribuyen con una donación voluntaria para el hospital. Una vez elaborada la encuesta fue probada, y se hicieron las modificaciones que se consideraron necesarias. La investigación se la realizó en el lapso de tiempo comprendido del 12 al 19 de julio del año en curso, UNA PRIMERA PARTE Y LUEGO POR SEGUNDA OCASIÓN, del 21 al 27 de agosto.

RESULTADOS OBTENIDOS.

Los resultados numéricos de la encuesta, lo exponemos a continuación para luego realizar un análisis evaluativo de los mismos.

1. SI:	80	NO:	12
2. USD.	0.80..	.....	4
	1.00-2.00.....	.....	10.
	2.00.....	.....	28
	3.00.....	.....	13
	4.00.....	.....	20
	8.00.....	.....	2
	10.00.....	.....	3
	12.00.....	.....	2

- 3. A.- = 60
- B.- = 69
- C.- = 57
- D.- = 7
- E.- = 4

- 4.- Matutino = 42
 Vespertino = 54
 Medio día = 1
 Permanente = 12

- 5.- A.- = 2
 B.- = 13
 C.- = 54
 D.- = 46
 E.- = 51

CUADRO N° 1
 IMPLEMENTOS PARA LA HABITACION
 OTAVALO, JULIO DEL 2000

IMPLEMENTOS HABITACIÓN	N°	%
TELEVISIÓN	60	30.0
CAMA DE ACOMPAÑANTE	69	35.0
LINEA TELEFÓNICA	57	29.0
CAFETERIA	7	4.0
BAZAR Y REGALOS	4	2.0
TOTAL	197	100

CUADRO N° 2
 FALLAS ACTUALES EN LA ATENCIÓN DE HOSPITALIZACION
 OTAVALO JULIO 2000

FALLAS EN LA HOSPITALIZACION ACT.	N°	%
FALTA DE ASEO PERSONAL DE ENFERMERIA ESCASO PERSONAL DE ENFERM. DESCORTES	2	1.2
PERSON. MED. POCO COMUNICATIVO	13	8.0
DESCUIDO EN LA ATENCIÓN DE PTES	54	32.5
	46	27.7
	51	30.6
TOTAL	166	100

ANALISIS DE LA ENCUESTA:

- ❖ La creación del pensionado, lo desean el 80% de los encuestados.
- ❖ La media de respuestas, ubica la posibilidad de establecer un costo diario por persona, de alrededor de USD. 4.00, sin embargo las respuestas ubicadas en los extremos, vale la pena enunciarlas: USD. 0.80 propuesta por 4 personas y de USD. 12: 2 personas.
- ❖ En lo que se refiere a los accesorios de la habitación para hospitalización, hay una tendencia importante de disponer de cama para acompañante en un 35%, teniendo un valor considerable, el deseo de disponer de TV y línea telefónica en un 29-35%.
- ❖ Con relación a los horarios de visitas, las preferencias están alrededor de tres horarios: vespertino con el 49%, un 11% de personas, desearían acceder a las visitas en forma permanente, y hay un porcentaje de 38% que desearía el horario de visitas matutino.
- ❖ El análisis de esta pregunta es fundamental, (fallas de atención en los hospitales) porque además de hacernos conocer, las fallas del área de hospitalización actuales, nos da las pautas para enfocar, el mejoramiento y la estrategia comercial para sustentar nuestra propuesta.

1.2.. ANÁLISIS MICRO.

El hospital "San Luis" cuenta con 75 camas con un promedio de ocupación del 60%, y en el sector privado existen cinco Instituciones de Salud de pequeña complejidad y capacidad resolutive con un promedio de tres camas para internación.

La atención del hospital público es en las cuatro especialidades básicas: Medicina Interna, Pediatría, Gineco-Obstetricia y Cirugía; con una adecuada capacidad

resolutiva, sin embargo una buena parte de los "potenciales usuarios" que requieren un tratamiento especial, optan por auto referirse a otras ciudades para utilizar servicios privados de salud.

El Hospital "San Luis" de Otavalo está construido en un área aproximada de 13.000 metros cuadrados con un área funcional de 8.000 metros cuadrados, distribuidos en dos plantas: En la Primera planta funcionan: Emergencia, consulta externa, servicios de diagnóstico, quirófano, sala de partos, neonatología, auditoria y servicios administrativos.

En la segunda planta funcionan: Hospitalización en las áreas de Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna, además se encuentran: La residencia médica y una capilla. En el área de hospitalización existe un espacio adecuado y acondicionado para la instalación de 16 camas hospitalarias más, en condiciones de mayor privacidad, lo que daría lugar a la propuesta de creación de un pensionado privado en hospitalización.

Es muy importante recalcar que el hospital cuenta con recursos humanos, infraestructura, servicios administrativos y logísticos aptos para la extensión en el área de hospitalización.

Actualmente tiene una capacidad instalada para 120 camas, de las cuales están instaladas 75, es decir el 60% de su capacidad, con un índice de ocupación promedio del 58%.

En lo que respecta a los recursos económicos, además del presupuesto del estado, existen recursos generados por autogestión, los mismos que estarían previstos para ampliar la oferta de servicios e implementar la propuesta. Existiendo para ello el marco legal adecuado para su operatividad.

Debemos hacer un análisis de las cinco fuerzas competitivas del mercado según Michael Porter: competidores reales y potenciales, proveedores, distribuidores y productos sustitutos.

En un contexto general interrelacionado mencionaremos los siguientes puntos:

La atención del hospital público es en las cuatro especialidades básicas como se mencionó anteriormente con una adecuada capacidad resolutive, sin embargo en buena parte de los “Potenciales Usuarios” que requieren de un tratamiento diferenciado (pagado) optan por auto referirse a otras ciudades en donde existen éstos servicios especialmente, a la ciudad de Quito.

Resalta la problemática de una demanda de servicios de salud privada que no es satisfecha por éste sector debido a su deficiencia en infraestructura y recursos y que necesariamente debe ser diferenciada (pagada) en el sector público.

El Hospital San Luis de Otavalo está construido en un área aproximada de 13.000 metros cuadrados con un área funcional de 8.000 metros cuadrados distribuido en dos plantas.

En la primera planta funciona emergencia, consulta externa, servicios de diagnóstico, quirófanos, sala de partos, neonatología, auditoria y servicios administrativos.

En la segunda planta funciona hospitalización con las áreas de cirugía, gineco-obstetricia, pediatría y medicina Interna existiendo un ambiente adecuado y acondicionado para la instalación de 20 camas hospitalarias más, en condiciones de mayor privacidad que darían lugar a la creación del pensionado que estamos proponiendo.

Es importante recalcar que el hospital cuenta con recursos humanos, infraestructura, servicios administrativos y logísticos aptos para la extensión de sus servicios.

El Hospital tiene una capacidad instalada de 120 camas de las cuales actualmente se encuentran funcionando 75 camas, es decir el 60% de su capacidad.

Además de los recursos económicos provenientes del presupuesto estatal, se debe considerar que existen recursos generados por autogestión los mismos que estarían previstos para ampliar la oferta de servicios e implementar nuestra propuesta. Todo esto dentro del marco legal correspondiente ya analizado.

Se hace necesario resaltar en éste punto ya que específicamente competidores reales no existen dada la poca capacidad resolutoria del sector de salud privado, mencionar en cambio el auge que ha cobrado desde hace 5 años la formación del llamado "CENTRO DE MEDICINA ALTERNATIVA JAMBI HUASI" que funciona desde el año de 1.995, el mismo que al momento no cuenta con áreas de hospitalización pero dispone de una infraestructura incrementada en el tiempo que la atención médica ambulatoria dentro de los principios de la medicina alternativa que conoce y que a futuro podría convertirse en un centro de atención con internación.

Terminamos este capítulo de análisis micro exponiendo los cuadros y gráficos de producción hospitalaria del Hospital San Luis de Otavalo a continuación:

CUADRO N° 3.-

INDICADORES BASICOS DE INTERNACION EN HOSPITAL "SAN LUIS DE OTAVALO"

AÑO 1998

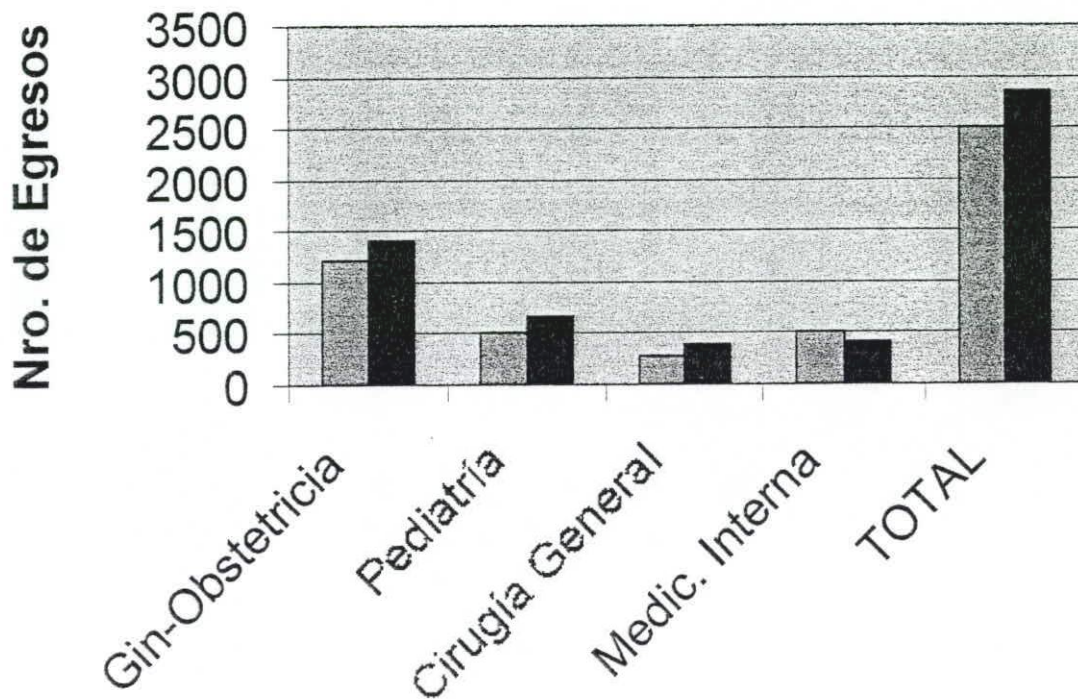
INDICADORES		ESPECIALIDADES				
EGRESOS		MEDIC. INTERNA	CIRUGIA	PEDIATRIA	GINECO OBSTET.	TOTAL
	ALTAS	485	269	500	1203	2457
	TOTAL DEFUNCIÓN.	24	7	14	0	45
	MENOS 48H.	8	3	8	0	19
	MAS 48 H	16	4	6		26
	TOTAL EGRE	509	276	514	1203	2502

CUADRO N° 4.

INDICADORES DE INTERNACION H.S.L.O. AÑO 1999

INDICADORES		ESPECIALIDADES				
		MED.INT.	CIRUGIA	PEDIATRIA A	GIN- OBST.	TOTAL
EGRESOS	ALTAS	381	384	635	1409	2809
	TOT. DEFUNCI O	27	5	21	0	53
	MENOS 48H	10	1	14	0	25
	MAS 48H	17	4	7	0	28
	TOTAL EGRESOS	408	389	656	1409	2862

Producción Hosp. S. Luis Otavalo Años 1998 y 1999



CUADRO N° 5

ANALISIS FODA

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> -Ubicación estratégica como unidad de referencia de los centros y subcentros de salud. - Infraestructura instalada y con posibilidades de ampliación. -Es la unidad con mejor infraestructura instalada. -Es el único proveedor de algunos servicios especializados. -El presupuesto es apoyado por autogestión. -Es la única unidad que cuenta con especialistas en las áreas básicas. - Personal capacitado para atención calificada durante las 24 horas 	<ul style="list-style-type: none"> -Acuerdo Ministerial para autonomía hospitalaria. -contexto legal favorable. -decisión de apoyo político. -Estrato Económico de nivel alto de la población.
DEBILIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> -Cultura organizacional poco preparada para el cambio. -Insuficiente preparación en gerencia de las principales autoridades -Deficiente sistema de Información y comunicación. 	<ul style="list-style-type: none"> -Inestabilidad administrativa de mandos directivos. -Injerencia Política. -Posibilidad de la competencia de adquirir mejor tecnología.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN POTENCIAL USUARIA DE LOS SERVICIOS DIFERENCIADOS.

Otavalo, constituye un cantón de la provincia de Imbabura, en donde existe una multiculturalidad, con una población eminentemente indígena, dedicada en su mayor parte a las artesanías tanto en la parte textil como en la orfebrería y confección de múltiples adornos elaborados con metales. Esto ha dado lugar a que sus pobladores dedicados a este tipo de trabajo generen un gran contingente turístico y por ende

actividad económica, que a su vez ha elevado el status de la población en general y especialmente en el sector dedicado a la industria mencionada.

Por su trabajo, esta población debe permanecer en su lugar de origen pero a su vez no está satisfecha con la atención general que el Hospital de la zona ofrece, razón por la cual ante la necesidad de hacerse atender los problemas de salud, tiene que trasladarse a otras ciudades, especialmente, a la ciudad de Quito, en procura de satisfacer su demanda de atención de salud.

Por otro lado, el contingente turístico, tanto nacional como extranjero también requiere atender sus problemas de salud y al igual que los pobladores, desearía también disponer de atención médica diferenciada, sin tener que trasladarse a otras ciudades para cumplir con tal objetivo.

ASPECTOS LEGALES EN LOS QUE SE FUNDAMENTA LA PROPUESTA.

Los cambios constitucionales, en relación con el sector de la Salud, además del Decreto Presidencial correspondiente, conjuntamente con los Acuerdos Ministeriales pertinentes, posibilitan que podamos implementar un modelo de gestión local de salud, con un sistema propio de autofinanciamiento y sustentabilidad, que mejore la atención del Hospital y que satisfaga los requerimientos y necesidades de la población meta de este trabajo. Por otro lado, las Autoridades del nivel local de Salud, han visto necesarios, nuevos mecanismos que permitan mejorar la atención hospitalaria; inclusive han previsto ambientes que se encuentran ya habilitados, para el funcionamiento de un sistema de pensionado, acorde con los objetivos del proyecto, que se ha visto retrasado por la restricción de personal técnico, que planifique una adecuada implementación. Este trabajo, corrige esta falencia y señala los lineamientos

específicos, tanto dentro del aspecto legal, como técnico y financiero, que respaldan la toma de decisiones a este nivel.

Actualmente el marco legal que permitiría implementar este proyecto, está vigente; la descentralización, desconcentración administrativa y financiera y de recursos humanos, además de directrices para utilización de los fondos generados por autogestión, crean el entorno indispensable para la aplicación y ejecución del proyecto.

Dentro de este análisis, es importante hacer un enfoque aparte de lo que es la "ley de maternidad gratuita": según ella, toda persona embarazada, tiene el derecho legal de ser subsidiada en los gastos referentes a su atención integral: controles prenatales, parto y cesárea, además del control pediátrico correspondiente. De acuerdo, con los estudios estadísticos, la mayor demanda en todos los hospitales del país está referida a la atención obstétrica y pediátrica; por lo tanto constituye un gasto importante dentro de la gestión hospitalaria, la atención de la madre y el niño, que dado el sistema burocrático, lento e insuficiente de los presupuesto estatales, no permite un abastecimiento oportuno y completo de materiales e insumos para sustentar con calidad la atención en general y en especial de estas 2 especialidades básicas. Por consiguiente si se puede disponer, a nivel de hospitalización, de un sistema de ingreso propio, con el área pagada de pensionado, se dispondría de un recurso económico, que correctamente manejado y administrado, sería un puntal de apoyo y solución de necesidades básicas del hospital, que no siempre es posible, por la compleja estructura administrativo-financiera de la unidades de salud.

PROPUESTA ADMINISTRATIVA.

El Hospital San Luis de Otavalo de una Institución clásica dependiente del Ministerio de Salud Pública deberá organizar nuevos retos de atención a los clientes para mejorar coberturas y ser pioneros en el cambio de sistema para convertirse en una empresa de servicios con función social y buen manejo gerencial ; además con pertenencia de personal técnico, científico y humanizado con continuo perfeccionamiento, con la existencia de una permanente ambición de mejoramiento en base a experiencias e iniciativas propias.

La gestión local nace de las necesidades de cada Institución, que sin salir de los parámetros legales busca resolver sus propios problemas por lo que debe presentar propuestas sustentadas en estas necesidades y plantear soluciones que impliquen cambios e innovaciones administrativas y tecnológicas con la finalidad de mejorar el bienestar de los pacientes, familiares y los propios trabajadores.

En base al trabajo de campo , la observación y el análisis de los datos estadísticos del hospital San Luis de Otavalo proponemos lo siguiente:

- ❖ **Crear el pensionado en el área física disponible , la misma que es de 8 camas.**

El hospital cuenta con el área física disponible la misma que es amplia con buena iluminación y ventilación , corredores amplios y se encuentra en el primer piso adjunto a los otros servicios.

- ❖ **Características de cada habitación.**

Cada habitación del área de pensionado tendrá las siguientes características:

Area total 7m X 4m = 28 metros cuadrados.

Area de Sanitario y baño 3m X 2m = 6. metros cuadrados.

Area funcional restante 22 metros cuadrados.

La unidad del cliente actualmente cuenta con cama, velador y otros elementos adicionales como bidet, patos, Semilunas, lavacaros, jarras .Se deberá adquirir lo siguiente:

Muebles y equipamiento.

- 1 Cama de acompañante de dos plazas.
- 1 Armario pequeño.
- 4 Sillas.
- 1 Televisión a color de 14 pulgadas.
- 1 Porta televisor, de pared.
- 1 Teléfono digital de mesa.
- 1 Estación de intercomunicación.

OTROS ARTICULOS

- 1 Colchón de 1 plaza.
- 1 Colchón de 2 plazas.
- 4 Juegos de sábanas.
- 4 Cobijas.
- 4 Edredones.
- 3 Almohadas.
- 1 Vajilla de 16 piezas.
- 1 Espejo de pared.

Implementos de baño y sanitario.

- 1 Sanitario.
- 1 Lavabo.

- 1 Ducha de agua caliente.
- 1 Juegos de complementos sanitarios.
- 1 Basurero.

❖ **Adecuar el area con un baño privado en cada habitación y pintura de paredes.**

Para mayor comodidad y privacidad se debe incorporar a cada habitación un baño, y la pintura en paredes que por el desuso lo requieren.

Implementos de baño y sanitario.

- 1 Sanitario.
- 1 Lavabo.
- 1 Ducha de agua caliente.
- 1 Juegos de complementos sanitarios.
- 1 Basurero.

❖ **Adecuar cada habitación con mueble para ropa del paciente y sus familiares.**

En la mayoría de hospitales públicos de nuestro país no existen muebles (pequeños armarios) para almacenar ropa de los pacientes y/o familiares, pensamos que es necesario para dar una innovación al servicio y mejor impresión al cliente, con esta incorporación favoreceríamos a la comodidad del paciente.

❖ **Invertir en la compra de un televisor para cada habitación.**

Es un articulo necesario hoy en día, por cuanto a mas de una distracción es un medio de información y comunicación.

❖ **Realizar la adecuación o arreglo de las camas hospitalarias.**

Por el desuso necesitan adecuaciones o reparaciones para ponerlas a disposición de los nuevos clientes.

❖ **Realizar la compra de lencería adecuada.**

Es necesario la compra de lencería que preferentemente sean de colores pastel que los hagan sentir a nuestros clientes como que estuvieran en casa.

❖ **Adecuación de la sala de espera con muebles.**

Con la finalidad de mejorar la atención a los familiares de nuestros clientes será necesario adquirir muebles para la respectiva espera y crear un espacio físico agradable.

❖ **Adecuación de una estación de enfermería.**

La estación de Enfermería es un sitio importante para el desenvolvimiento del trabajo de los profesionales, por lo tanto se debe adecuar ya que la estación de enfermería de ese piso se encuentra distante.

❖ **Adecuación del sistema de comunicación.**

Para entregar un mejor servicio es necesario dar facilidades al cliente para que realice y reciba llamadas telefónicas. Las llamadas se facturarán.

❖ **Realizar la disposición de camas por especialidad y de acuerdo a porcentajes de ocupación en el hospital, así:**

3 camas para clientes de Ginecoobstetricia.

2 camas para clientes de cirugía.

2 cama para clientes de pediatría.

1 cama para clientes de medicina interna.

❖ El flujo grama de atención será el mismo que realizan los clientes en general.

La atención del o la paciente se inicia en el área de Consulta Externa o Emergencia, sitio en el cual se decide por parte del médico, el internamiento y es aquí donde el paciente manifiesta su deseo de utilizar el servicio de pensionado; se etiquetará en ese sentido, su Historia Clínica para la facturación diaria del servicio: Esto se explica mejor con el flujo grama adjunto.

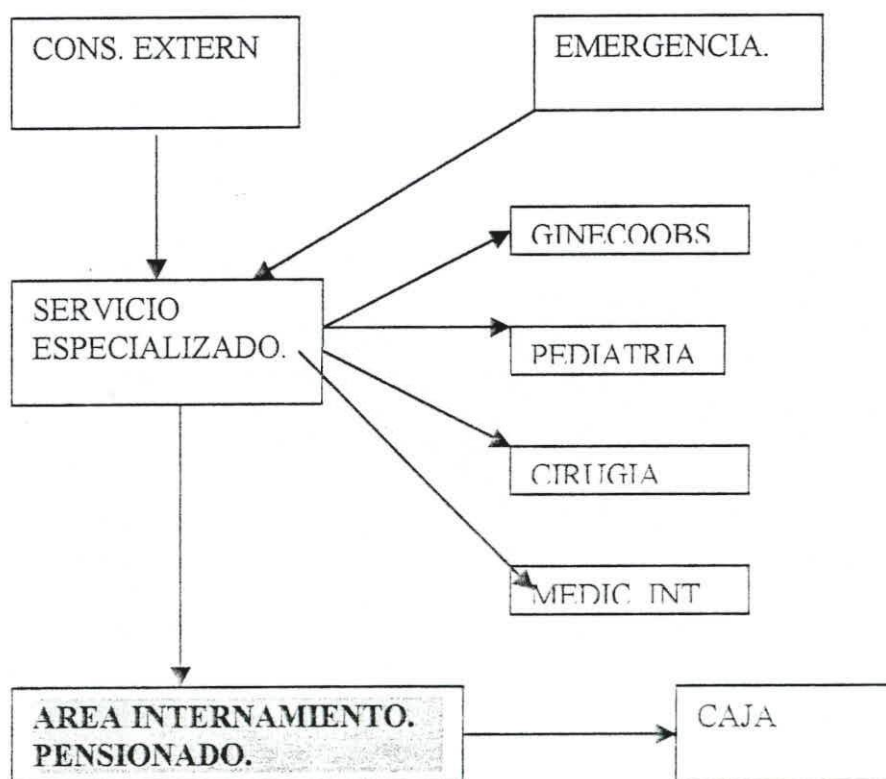


Figura 2.

- ❖ **El personal que brinde atención a estos clientes serán los mismos que se encuentran prestando sus servicios en este Hospital.**

Con el mismo personal capacitado y conciente de mejorar los procesos de atención al cliente se iniciara la prestación de servicios ,luego en base a la producción se contratara mas personal y/o se pagara horas extras laboradas. En el área de hospitalización laboran 12 enfermeras y 12 Auxiliares de enfermería, además de 8 médicos residentes asignados para hospitalización; a todo este personal, estaría dirigido, al menos al inicio, el programa de incentivos , que incluiría un programa de capacitación.

- **Un punto importante para incluir en la planificación estratégica será la motivación al personal para mejorar la calidad de atención en esta Unidad.**

En el trabajo es importante la motivación ya que esta conlleva al bienestar, el personal motivado trabajara mas y mejor y obtendremos mejores resultados.

Con la implementación del pensionado el orgánico funcional quedaría de la siguiente manera:

ORGANICO FUNCIONAL DEL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO.

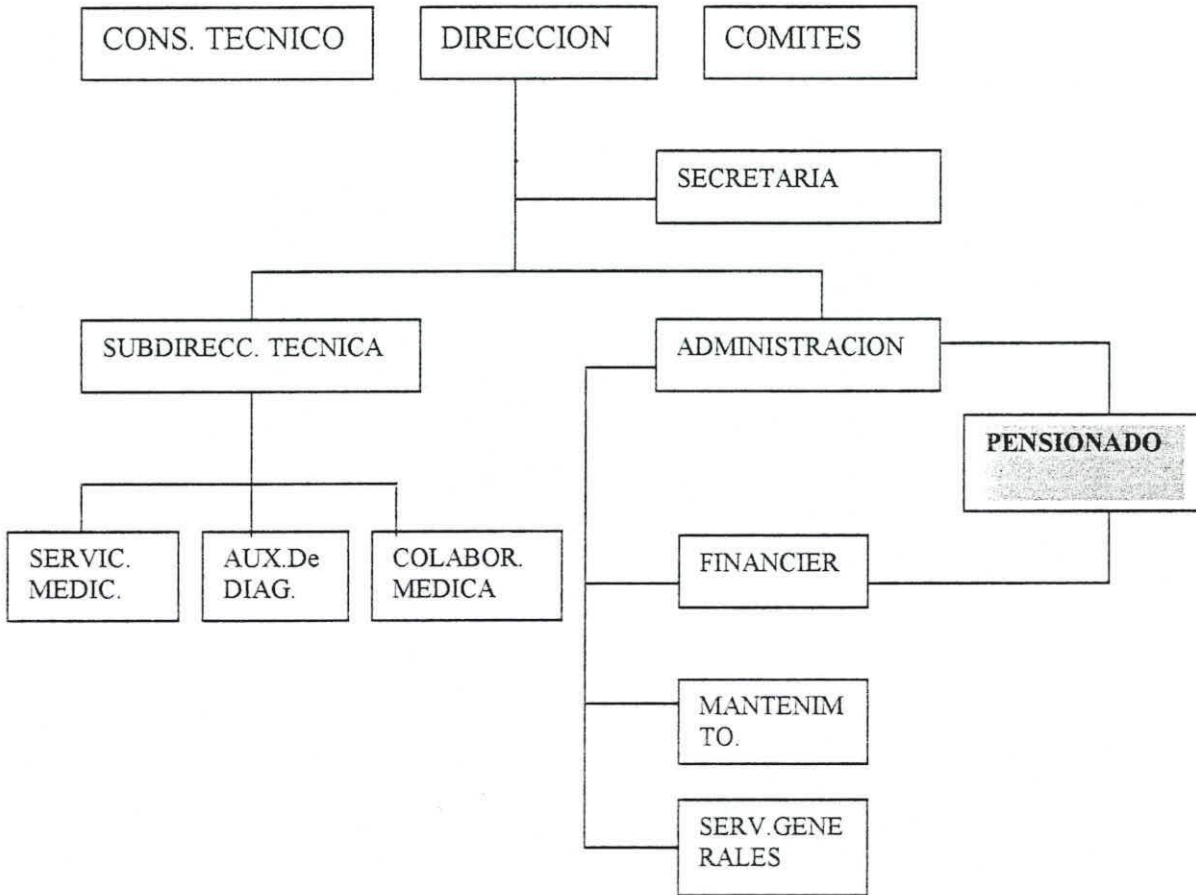


Figura 3.

PROPUESTA FINANCIERA.

El cálculo de la inversión para el funcionamiento de un área de pensionado en el hospital "San Luis", es el siguiente:

COSTOS ACTIVOS.

Para la implementación de cada una de las habitaciones con las características indicadas, se necesitarán los siguientes costos de inversión.

CONSTRUCCION DEL AREA DE BAÑO Y ADECUACIONES.

MATERIALES	COSTOS
Ladrillos y arena	10 dólares
Cemento y Cementina	10 dólares
Puerta de madera	8,8 dólares
Pintura	3,2 dólares
Mano de obra	14 dólares por unidad terminada

COSTO TOTAL POR UNIDAD SANITARIA CONSTRUIDA: 46 dólares.

IMPLEMENTOS DE BAÑO Y SANITARIO

	COSTOS:
1 Sanitario más lavabo	56 dólares
1 Ducha de agua caliente.	6 dólares
1 Juegos de complementos sanitarios.	8 dólares
1 Basurero.	4 dólares

MUEBLES Y EQUIPAMIENTO

1 Cama de acompañante de dos plazas. 1.100.000 sucres	
1 Armario pequeño.	32 dólares
4 Sillas.	20 dólares
1 Televisión a color de 14 pulgadas.	160 dólares
1 Porta televisor, de pared.	24 dólares
1 Teléfono digital de mesa.	12 dólares
1 Estación de intercomunicación.	12 dólares

CUADRO N° 6.

OTROS ARTICULOS

1 Colchón de 1 plaza.	40 dólares
1 Colchón de 2 plazas.	72 dólares
4 Juegos de sábanas.	32 dólares
4 Cobijas.	40 dólares
4 Edredones.	56 dólares
3 Almohadas.	9,6 dólares
1 Vajilla de 16 piezas.	12 dólares
1 Espejo de pared.	2,4 dólares

CUADRO N° 7

COSTO TOTAL POR HABITACION AMOBLADA Y EQUIPADA, INCLUIDO CONSTRUCCION DE CUARTO DE BAÑO: 602,4 dólares por equipamiento + 46 dólares por construcción = 648,4 dólares por habitación terminada.

COSTO TOTAL POR HABITACION TERMINADA: 648,4 dólares

COSTO TOTAL DE INVERSION DE LA PROPUESTA:

648,4 dólares X 8 habitaciones = 5.187,2 dólares. Cinco mil ciento ochenta y siete dólares y dos centavos.

Se deben sumar el costo de una central de intercomunicación = 180 dólares.

TOTAL = 5.367,2 dólares. .

INGRESOS

Los ingresos están previstos conociendo que la ocupación del área de pensionado será del 100%, es decir estarán ocupadas las ocho habitaciones los 365 días del año.

Establecido que el costo por habitación será de 8 dólares, podemos tener una pro forma de ingresos mensuales y anuales, así:

Ingresos mensuales 8 dólares X 30 días = 240 dólares por habitación/mes.

240 dólares/mes/habitación X 8 habit. = 1.920 dólares/mes/8 hab.

Ingresos anuales 1.920dólares/mes X 12 meses = 23.040 dólares al año.

COSTOS VARIABLES DEL PROYECTO

A).- Programa de incentivos y capacitación del personal: se utilizará el 15% de los ingresos mensuales, que significa promedialmente USD 250.

B).- Mantenimiento del área: se destinará el 10% de los ingresos, que equivale a USD 166 mensuales.

C).- Pago de servicios públicos: agua, luz, teléfono, además de la depreciación de la planta física, muebles y equipos, que equivale al 20% de los ingresos mensuales, es decir USD 333.

D).- Recuperación de los costos de inversión, que equivale al 25% de los ingresos, es decir, USD 417 mensuales.

E).- La utilidad estaría ubicada en el rango de 20%, que equivale a USD 333 mensuales, destinados a reinversión de acuerdo con el plan estratégico, programas de mejoramiento, y requerimientos futuros de personal.

F).- Costos publicitarios, para lo cual se destinará el 10%, que equivale a 166 USD, mensuales.

La inversión se recupera en un año calendario

Las utilidades anuales son aproximadamente 3.996 dólares.

VII. RECOMENDACIONES

De todo lo enunciado, estamos en condiciones de asegurar que el proyecto presentado es factible de realizar, las Autoridades locales y seccionales están concientes de la importancia y beneficio que traería al Hospital y la población en general, si se pone en ejecución. Como autores de este trabajo, recomendamos previamente cierto tipo de acciones tendientes a asegurar la viabilidad del proyecto: lo

que llamamos, estrategia comercial y por otro lado, los mecanismos publicitarios que tendrían que llevarse a cabo para que una vez decidida su ejecución, se lleven a cabo para que el programa tenga éxito y esto lo llamamos, estrategia publicitaria

ESTRATEGIA COMERCIAL.

Mejoramiento del sistema de referencia y contrarreferencia.

El Hospital San Luis de Otavalo representa la cúspide de la atención de salud en esa población y por lo tanto la Jefatura de area se encuentra ubicada allí; es decir que organiza y dirige las actividades de los centros y subcentros de salud del area de influencia. Las unidades de salud tienen la obligación de referir a sus clientes hacia el Hospital por cuanto este cumple una función de apoyo técnico a la responsabilidad total e indelegable de atención que el primer nivel tiene sobre las personas de zona programática. Es la creación de una conexión entre el nivel primario y el nivel de especialidad para la atención a la población.

Debe aprovecharse el sistema de referencia y contrarreferencia con la finalidad de ofrecer continuidad en la atención a los usuarios mejorando la calidad en la atención, adicionalmente une los lazos organizacionales y administrativos entre niveles de atención.

En base a la implementación de un buen sistema de información gerencial se espera brindar atención oportuna, seguimiento del caso y complementariedad del Hospital con las unidades de atención primaria y viceversa.

Consolidación de convenios con agencias turísticas y hoteles.

La ciudad de Otavalo es eminentemente turística y por ende acoge a gran cantidad de turistas nacionales y extranjeros, los mismos que tienen riesgo de enfermar o sufrir

algún accidente. Por lo que el hospital realizara convenios de prestación de servicios en atención medica y de emergencia con las agencias turísticas y hoteles. Los clientes de estos hoteles y agencias tendrán un carné que acredite su accesibilidad a la sección de pensionado, el hospital facturara a la entidad con la que se realice el convenio.

Mantener el liderazgo, respecto a la competencia.

Las fortalezas que tiene la Unidad son importantes y debemos mantenerlas y aprovecharlas; ya que es la única proveedora de algunos servicios especializados y que cuenta con especialistas en las áreas básicas. Es la unidad con mejor infraestructura instalada y tiene una ubicación estratégica como unidad de referencia de los centros y subcentros de salud. Ofrece la línea de servicios de Promoción y Prevención y el servicio de internacion en las arreas de Medicina Interna, Pediatría, Ginecoobstetricia, Cirugía y atención de urgencias.

Factibilidad financiera para la implementación, desarrollo y sustentabilidad del pensionado en el hospital.

Después de la revisión a las necesidades financieras o de inversión para implementar el pensionado y en base al comportamiento del mercado a través del análisis de encuestas, observamos que es factible el proyecto, en vista de que se asume una mejoría en la producción con la captación de población de las unidades de influencia y la de nueva demanda (turistas). La inversión en infraestructura es mínima, por cuanto existe el area adecuada lo que corresponde es el acondicionamiento para ofrecer una mejor imagen; así mismo existen los implementos médicos necesarios para una buena atención

Los Directivos del Hospital deberán realizar la Planificación Estratégica del Hospital San Luis de Otavalo, en donde incluya el servicio de Pensionado.

Es necesario establecer objetivos, estrategias de mejoramiento y la misión actual del hospital tomando como un área nueva el pensionado y como carta de presentación ante la población..

Fortalecimiento de los recursos humanos.

A pesar de poseer personal capacitado y especializado en las áreas básicas es necesario capacitar el talento humano en el manejo de herramientas administrativas y gerenciales que permitan aumentar la productividad del servicio y en el manejo de situaciones de escala humana.

Es necesario además desarrollar programas de educación continuada en relación con las profesiones y aspectos administrativos financieros para garantizar la prestación con calidad de los servicios.

Con el seguimiento de la productividad de la Unidad y los resultados positivos, se invertiría en la contratación de Recursos humanos para mejorar la atención competitiva en el mercado.

Establecer un programa de incentivos. Reconocimiento al personal mediante la facilidad de asistencia a capacitación. Establecer y fortalecer el trabajo en equipo para lograr incorporar a todo el personal en el nuevo servicio, interiorizando el objetivo básico de ampliación de cobertura, mejoramiento de la calidad de atención y como mecanismo de autosustentabilidad. Pago de horas extras al personal que así lo hiciera.

ESTRATEGIA PUBLICITARIA:

Por la información recibida, conocemos que el Cantón Otavalo, dispone de 2 canales de televisión propios de la zona: OTV y TV Sarance; además un sistema de TV cable propio, además de 4 radiodifusoras, siendo la de mayor sintonía "Radio Satélite".

Disponiendo de estos medios de comunicación, la labor publicitaria, estaría encaminada a:

- ❖ Elaboración de hojas volantes y trípticos, para ser difundidos y entregados a la población general, informando las características del nuevo servicio y sus beneficios, que incluiría:
- ❖ el portafolio completo de los servicios de hospitalización,
- ❖ Las mejoras realizadas en general y en especial, con el ánimo de promocionar el nuevo servicio, en el sector correspondiente al pensionado: cama de acompañante, televisión, línea telefónica con salida directa, etc., etc.
- ❖ Deberá también mencionarse el horario de visitas, con la nueva reglamentación a implementarse.
- ❖ De ser posible si se han producido nuevas contrataciones ó si se adquieren innovaciones en procedimientos de los servicios, es decir mejoramiento de la tecnología, también deberá incluirse en la publicidad respectiva. Por ejemplo: intervenciones quirúrgicas por laparoscopia, modernos sistemas de ecosonografía, exámenes de laboratorio con tecnología de punta, etc., etc.
- ❖ Publicidad, mediante cuñas radiales y spot televisivos, con el mismo objetivo anteriormente señalado.

- ❖ En este sentido, se debe crear cuñas de 20 seg. Que tengan impacto en la población, que sean novedosos y que envíen un mensaje concreto y de fácil entendimiento para quienes escuchan.
- ❖ En relación con los medios televisivos, igualmente se debe promocionar la imagen del hospital, FOTO DE SU FACHADA, actividades y servicios en movimiento de impacto, atención de médicos y enfermeras en el área respectiva de cuidados de hospitalización, especialmente atención de la madre, el niño, el anciano, que son los puntos vulnerables de la sociedad y que más llama la atención en la publicidad por televisión, las mejoras realizadas, con un ágil enfoque de gran CALIDAD y especialmente CALIDEZ, en la atención de los usuarios.

VIII. BIBLIOGRAFÍA.

Acuerdo Ministerial, *Registro oficial N. 793*, Quito 1984.

Acuerdo Ministerial N° 018 del 18-03-1999 del M.F.

Acuerdo Ministerial N° 1726 del 03-11-1999 del M. S. P.

Acuerdo Ministerial 00243 del 09-09-1999 del M.S.P.

Asenjo Miguel.: *Las claves de la gestión hospitalaria*. Gestión 2000. Barcelona 1999.

Castrillón Cifuentes, C.: *Costos para gerenciar servicios de salud*. Ediciones Uninorte. Colombia 2000.

Constitución Política de la República del Ecuador” .DICTADA POR LA ASAMBLEA NACIONAL (Actualizada , agosto de 1998)

Cuervo J.I y otros: *Gestión de hospitales, nuevos instrumentos y tendencias*. Ediciones Vicens Vives, Barcelona, 1994.

Decreto Presidencial N° 502 del 22-01-1999.

Documentos del Registro Oficial: (Anexos).

Girardin Yván y otros.: *La gerencia en las ONG*. Gestión Norsud. Québec. 1993.

Malagon G .y otros.: *Administración Hospitalaria*. Editorial medica internacional, Bogota, 1997.

Ordóñez Miguel.: *La nueva gestión de los recursos humanos*. Aedipe Ediciones gestiones 2000, Barcelona 1997.

Paganini José Maria. *El hospital publico tendencias y perspectivas*. OPS, OMS. Washington 1994.

“Plan de gobierno en Salud”.Lineamientos Generales 1998 - 2002 MINISTERIO DE SALUD PUBLICA (Quito, septiembre 1998)

"Políticas de Reforma del Sector Salud". *Plan Nacional de Desarrollo Social Ecuador 1996 - 2005*. SECRETARIA TECNICA DEL FRENTE SOCIAL (Quito, agosto 1996)

"*Rol del Estado, Políticas Nacionales de Salud y Reforma Constitucional*". MINISTERIO DE SALUD PUBLICA - II Edición (Quito, julio 1998).

Steiner George. *Planeación estratégica*.: Compañía editorial Continental México, 1997.

Torres Terán ,E.: *Memorias II Foro internacional. El hospital del siglo XXI*. Auxiliares gráficos, Guayaquil 1998.

Weiss J y Wysocki R.: *Dirección de proyectos: las cinco fases de su desarrollo*. Addison- Wesley Iberoamericana. U.S.A. 1994.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS.

1.2. - Paganini José Maria. *El hospital publica tendencias y perspectivas*. OPS, OMS. Washington 1994.

3,4,5.- Martínez Rafael. Torres Terán, E.: *Memorias II Foro internacional. El hospital del siglo XXI*. Auxiliares gráficos, Guayaquil 1998.

6,7.- Malagon G. y otros. : *Administración Hospitalaria*. Editorial medica internacional, Bogota, 1997.

X.- ANEXOS

ANEXO 1 .

LA ESTRUCTURA FUNCIONAL.

Las funciones específicas de las unidades administrativas del hospital son:

Dirección del Hospital.

Es la responsable de la **administración integral** de la unidad de salud y depende jerárquicamente de la Dirección Provincial de Salud respectiva.

Sus principales funciones y actividades son: Planificar, organizar, coordinar y dirigir los programas técnicos administrativos, financieros y científicos de la unidad, ajustándolos a las políticas, normas, programas y otras disposiciones de los niveles provinciales y nacional, sus funciones tienen coordinación directa con la Dirección Provincial de Salud respectiva.

Subdirección médica.

La subdirección médica es responsable de la atención médica que se presta en el hospital a través de los departamentos médicos, auxiliares de diagnóstico y tratamiento, de los servicios técnicos de colaboración médica y de las áreas de consulta externa, emergencia, centro quirúrgico y centro obstétrico.

Depende jerárquicamente de la dirección del hospital, sus principales funciones son: Planificar, organizar y dirigir las actividades de atención médica del hospital, tiene coordinación directa con la Dirección del Hospital y Jefes de servicios.

Servicios médicos.

Son las unidades encargadas de proporcionar atención médica a los usuarios a través de acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación. Dichas acciones las

realizan en las áreas de hospitalización, consulta externa y emergencia. Los servicios médicos comprenden Cirugía, Gineco Obstetricia, Medicina Interna.

Jerárquicamente depende de la Dirección del Hospital o de la Subdirección medica en caso de existir.

Sus principales funciones y actividades específicas son:

- Efectuar visita medica a los pacientes hospitalizados, realizando examen, diagnostico y prescripción del tratamiento medico respectivo.
- Revisar la historia clínica y más documentación, asegurando que se registren los datos establecidos.
- Disponer las transferencias y altas de paciente.
- Solicitar los estudios y exámenes complementarios que requiera cada caso.
- Atender y/o solicitar ínter consultas de la especialidad o de otras especialidades.
- Brindar atención ambulatoria de la especialidad en consulta externa y emergencia.
- Realizar semanalmente sesiones clínicas, clínico-patológicas y otras actividades científicas.
- Impartir docencia a médicos residentes e internos rotativos en su especialidad.
- Llevar estricto control sobre la realización de exámenes complementarios solicitados y consultas especializadas pedidas.
- Elaborar la hoja de epicrisis y consignar en la historia clínica las indicaciones que deben ser cumplidas en consulta externa.
- Certificar la defunción de pacientes que estuvieron al cuidado del servicio.
- Asistir en intervenciones quirúrgicas cuando el caso lo requiera.
- Organizar e integrar el comité de auditoria medica del servicio.

Unidad central de documentación y archivo.

Es la unidad encargada de aplicar los procedimientos específicos de manejo, archivo y custodia de la documentación que ingresa o se produce en la unidad hospitalaria.

Depende jerárquicamente de la Dirección del Hospital.

Sus principales funciones y actividades específicas son:

- Organizar y mantener el sistema de archivo de la documentación del hospital.
- Recibir y clasificar la correspondencia que ingresa al hospital.
- Registrar y distribuir la correspondencia a los departamentos o secciones del hospital.
- Mantener el archivo general de guías de despacho de correspondencia de la entidad.
- Llevar inventario actualizado de documentos y controlar el préstamo de los mismos.
- Elaborar un índice clasificado de la documentación del Hospital.

Servicios Auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

Son los servicios que a través de procedimientos técnicos de identificación y medición de factores orgánicos e inorgánicos, coadyuvan para el diagnóstico y/o tratamiento médico de las personas. Participa en las actividades de vigilancia epidemiológica intra hospitalaria y del medio ambiente. Jerárquicamente depende de la dirección del hospital o de la subdirección en caso de existir.

Sus principales funciones y actividades específicas son: Coordinar con otros servicios de la unidad, las actividades de laboratorio clínico, radiología, anestesiología.

Mantener un sistema de control de materiales del servicio, calibrar semanalmente los

equipos y ejecutar el mantenimiento preventivo de los mismos. Establecer un sistema de archivo de registro diarios de trabajo del servicio.

Servicios técnicos de colaboración médica.

Enfermería.- es la encargada de brindar atención de enfermería y cuidado directo del individuo sano, enfermo, ambulatorio o internado en la unidad y colabora en acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud. Jerárquicamente depende de la Dirección del Hospital o de la Subdirección en caso de existir. Sus principales funciones y actividades específicas son: Planificar, organizar, coordinar y dirigir las acciones de enfermería y cuidado directo.

Trabajo social.- Es el servicio encargado de realizar el estudio socio-económico de los usuarios y proponer alternativas sociales para la solución de problemas detectados. Jerárquicamente depende de la Dirección del Hospital o de la Subdirección medica en caso de existir.

Sus principales funciones y actividades específicas son: Identificar y tratar la problemática social relacionada con la enfermedad del usuario y la familia. Promover la colaboración de la familia y de la comunidad en las acciones de salud de la unidad.

Alimentación y dietética.- Es el servicio que se encarga de programar, elaborar y proporcionar dietas específica y alimentación balanceada y nutritiva a las personas internadas y al personal que por sus funciones y horarios de trabajo tienen derecho. Jerárquicamente depende de la Dirección del hospital o de la Subdirección medica en caso de existir.

Estadística y registros médicos.- Es el servicio encargado de recolectar, procesar, analizar y publicar la información de la producción de actividades de la unidad.

Central telefónica e información.- Es el servicio encargado de la recepción de comunicaciones telefónicas internas y externas, y realizar las comunicaciones solicitadas relacionada con el desarrollo de las actividades del hospital y proporciona la información oportuna solicitada por el público. Jerárquicamente depende de la administración. Sus principales funciones y actividades específicas son: Llevar un registro de llamadas telefónicas que por ausencia y otra razón no fueron comunicadas a funcionarios del hospital. Disponer de un registro de las direcciones domiciliarias y telefónicas del personal directivo, médico y técnico que laboran en el hospital para llamadas de emergencia. Solicitar diariamente a los servicios de hospitalización y de emergencia la lista de pacientes en estado de salud para información.

Servicios varios.- Son los servicios encargados del aseo, vigilancia y de mensajes en el Hospital. Comprende las acciones de limpieza, guardianía y conserjería. Dependen de la administración del hospital

movimiento de ingresos y egresos de los bienes y remitir a contabilidad y a su inmediato superior. Solicitar la baja de los bienes de la unidad de acuerdo al Reglamento de Bienes del Sector Público.

Mantenimiento.- Es el departamento encargado del mantenimiento preventivo y correctivo del edificio, instalaciones y equipos del hospital. Jerárquicamente depende de la administración del hospital. Sus principales actividades y funciones son: Realizar el mantenimiento preventivo y correctivo de equipos, maquinarias, instalaciones, muebles, edificios y otros bienes del hospital. Elaborar y/o mantener actualizados los planos y especificaciones de las redes de instalaciones de la unidad. Prestar servicios relacionados con aspectos de ingeniería, prevención y protección contra incendios y otros desastres en base a normas emitidas al respecto. Inspeccionar periódicamente la planta física, instalaciones y equipos con la finalidad de determinar la efectividad de las actividades de mantenimiento, para prevenir peligros o riesgos de incendios o desastres. Llevar estadísticas de consumo de materiales, luz, agua, combustibles, hora/hombre utilizados en actividades de mantenimiento, así como el costo de los mismos. Asesorar en la selección y compra de equipos nuevos o instalaciones, considerando la eficiencia de operación, costos de mantenimiento y la compatibilidad de su instalación.

Lavandería, ropería y costura.- Es el servicio encargado de proporcionar ropa limpia para pacientes y para personal, en las mejores condiciones de higiene y presentación. Jerárquicamente depende de la administración del hospital.

Transporte y movilización.- Es el servicio encargado de la movilización de vehículos para cumplir diversas actividades del hospital. Jerárquicamente depende de la administración del hospital .

actividades del personal del Departamento de acuerdo a las necesidades., reclutar y seleccionar el personal . Preparar y tramitar las acciones de personal relacionadas con nombramientos, contratos ascensos, traslados, remoción, vacaciones, permisos, etc., según normas y procedimientos vigentes.

Elaborar planes y programas para la capacitación del personal en coordinación con los jefes departamentales.

Contabilidad.- Es el servicio encargado de registrar en forma sistematizada las operaciones derivadas de los recursos financieros asignados al hospital, orientado a la obtención e interpretación de estados financieros que muestran su situación mediante acciones económicas y del control patrimonial. Jerárquicamente depende de la Administración del Hospital. Las principales funciones y actividades específicas son: Organizar, diseñar, implementar, llevar y mantener actualizado el sistema de contabilidad por partida doble, adecuándola a las necesidades del hospital, que incluya técnicas presupuestales, código e instructivo de cuenta, manuales de procedimientos y fluxogramas descriptivos de las operaciones financieras, los registros y documentos pertinentes.

Pagaduría.- Es el servicio encargado de la recepción de los ingresos, custodia y entrega de fondos que dispone el hospital previa autorización superior. Jerárquicamente depende del Departamento de Contabilidad.

Almacén.- Es el servicio encargado de la recepción, almacenaje, custodia y distribución de los bienes de la unidad. Jerárquicamente depende de la administración del hospital. Sus principales funciones y actividades específicas son: Programar y determinar las necesidades de adquisiciones. Distribuir las actividades del personal de acuerdo a las necesidades. Solicitar las adquisiciones. Preparar informes mensual del

Jerárquicamente depende de la dirección del hospital o de la subdirección medica en caso de existir.

Sus principales funciones y actividades específicas son: Recolectar y revisar los informes para su control, procesamiento, análisis y publicación. Presentar diaria, mensual y anualmente a la Subdirección medica los informes estadísticos, según norma. Asesorar en materia del sistema de información.

Farmacia.- Es el servicio encargado de proveer medicamentos biológicos y otros artículos para el tratamiento de pacientes hospitalizados y ambulatorios, bajo prescripción medica. Jerárquicamente depende de la Dirección del Hospital o de la Subdirección medica en caso de existir. Sus principales funciones y actividades específicas son: Programar y solicitar oportunamente el aprovisionamiento de medicamentos y otros materiales inherentes al servicio.

Subdirección Administrativa.

Administración Hospitalaria.- es el área que a través de las unidades a su cargo, ejecuta las acciones administrativas y financieras mediante la programación, organización y control de los recursos humanos, materiales y financieros para cumplir con los objetivos del hospital. Jerárquicamente depende de la Dirección del Hospital. Sus principales funciones y actividades son: Planificar, organizar, dirigir y coordinar las actividades administrativas y financieras en el área de su competencia en el hospital.

Departamento de Personal.- Es el departamento encargado de la administración del personal con sujeción a las leyes de Servicio Civil y Carrera Administrativa, Código del Trabajo, a las normas y procedimientos legales, Reglamento interno del hospital y mas disposiciones vigentes. Sus principales funciones y actividades específicas son: Cumplir y hacer cumplir las leyes respectivas y sus reglamentos. Distribuir las

ANEXO 2

ORGANIZACIÓN DEL HOSPITAL "SAN LUIS"

ESTRUCTURA ORGÁNICA

Depende jerárquicamente de la Dirección de Salud de Imbabura, y se encuentra conformado por los siguientes servicios, bajo la responsabilidad de la Dirección del Hospital:

- Dirección del Hospital
- Secretaría y Archivo.

La Dirección del Hospital contará con los siguientes organismos y áreas técnicas, médico y administrativos:

A) Organismos Asesores y de Apoyo

- Consejo Técnico.
- Comité de Adquisiciones.
- Comité de Farmacología.
- Auditoría Médica.

B) Área Médica

- **SERVICIOS MÉDICOS:**
- Medicina Interna
- Cirugía
- Gineco-Obstetricia
- Pediatría
- Odontología
- **SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO:**
- Laboratorio Clínico

- Radiología
- Anestesiología
- SERVICIOS TÉCNICOS DE COLABORACIÓN MÉDICA:
 - Enfermería
 - Estadística y Registros Médicos
 - Alimentación y Dietética
 - Farmacia
 - Educación para la Salud.
- SANEAMIENTO AMBIENTAL:
- ÁREA ADMINISTRATIVA:
 - Administración Hospitalaria.
 - Personal.
 - Contabilidad.
 - Suministros.
 - Mantenimiento.
 - Servicios Generales:
 - Lavandería, ropería y costura.
 - Transporte.
 - Central Telefónica e intercomunicación.
 - Servicios varios:
 - Limpieza.
 - Guardianía.
 - Conserje.

PLANTILLA DE PERSONAL DEL HOSPITAL "SAN LUIS" DE OTAVALO

MEDICOS TRATANTES	13
MEDICOS RESIDENTES	12
MEDICO ADMINISTRATIVO	1
PROFESIONALES:	
QUÍMICO FARMACEUTICO	2
ODONTOLOGO	
OBSTETRIZ	1
NUTRICIONISTA	1
ESTADISTICO	1
INGENIERO ELECTRICO	1
TECNOLOGOS MEDICOS	5
EDUCADOR SALUD	1
ENFERMERAS	20
ADMINISTRADOR HOSPIT.	1
ECONOMA	1
ANALISTA RRHH	1
JEFE CONTABILIDAD	1
CONTADOR	1
ASISTENTES ADMINISTRATIVOS	9
TOTAL	72 EMPLEADOS LEY DE SERVICIO CIVIL Y CARRERA ADMINISTRATIVA, ESPECIALES.

TRABAJADORES PERTENECIENTES AL CODIGO DE TRABAJO:

AUXILIARES DE ENFERMERIA	50
AUXILIARES DE DIETETICA	12
AUXILIARES DE LABORATORIO	2
AUXILIAR DE RADIOLOGIA	1
AUXILIAR DE ODONTOLOGIA	1
AUXILIARES DE FARMACIA	4
INSPECTORES SANITARIOS	3
TECNICOS DE MANTENIMIENTO	7
AUXILIARES DE ROPERIA	7
CHOFERES	2
VIGILANTES	7
CONSERJES	2
AUXILIARES DE LIMPIEZA	10
TOTAL	108 TRABAJADORES

TOTAL DE EMPLEADOS DEL HOSPITAL "SAN LUIS" DE OTAVALO

Son en total 180 (ciento ochenta) empleados.

ANEXO 3 ENCUESTA

REPRESENTAMOS A UN GRUPO DE ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE GUAYAQUIL, INTERESADOS EN PRESENTAR UN INFORME PARA EL MINISTERIO DE SALUD CON EL OBJETIVO DE MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MEDICA DE LA POBLACIÓN. DESEAMOS POR TANTO QUE UD. SE DIGNE CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS CON LA MAYOR EXACTITUD Y VERACIDAD POSIBLES.

1. Estaría Ud. de acuerdo con la creación de un área de pensionado en el Hospital S. Luis de Otavalo, para hospitalización de pacientes.

SI
NO

2. Cuanto estaría Ud. dispuesto a pagar por día de hospitalización:

.....

3. Si Ud. estuviera hospitalizado/a que le gustaría tener:

- ✓ Televisión
- ✓ Cama de acompañante
- ✓ Línea telefónica
- ✓ Cafetería
- ✓ Bazar y regalos.

4. Si tuviera que visitar a un familiar enfermo hospitalizado, que horario de visitas le gustaría:

.....

5. Que fallas ha observado Ud. en la actualidad en el área de hospitalización del Hospital S. Luis de Otavalo:

- ✓ Falta de aseo
- ✓ Personal de Enfermería escaso
- ✓ Personal de enfermería descortés o irritable
- ✓ Personal Médico poco comunicativo
- ✓ Descuido en la atención de los pacientes

GRACIAS POR SU AMABILIDAD

0000243

No.

MINISTRO DE SALUD PUBLICA

CONSIDERANDO

QUE, el Artículo 124 de la Constitución Política de la República, determina que la Administración Pública se organizará y desarrollará de manera descentralizada y desconcentrada,

QUE, el literal b) del Artículo 5 de la Ley de Modernización del Estado establece como principio y norma general la descentralización y desconcentración de las actividades administrativas,

QUE, los Artículos 26, 27 y 28 de la Ley de Descentralización del Estado obligan a cada Entidad y Organismo del Sector Público a establecer e implementar programas permanentes de desconcentración de funciones y recursos,

QUE, EL Señor Ministro de Finanzas y Crédito Público, mediante Acuerdo Ministerial No. 074 del 27 de marzo de 1997, expide las normas para la desconcentración de la ejecución presupuestaria a las entidades y organismos del Gobierno Central, delegando en los Artículos segundo y tercero, la autorización de contratos de servicios ocasionales a ciertos directivos de los diferentes niveles del sector salud y emite dictamen favorable, de oficio, a los contratos de servicios ocasionales, previstos como excepción en las Normas de Restricción del Gasto Público,

QUE, mediante Decreto Ejecutivo No.41, publicado en el Registro Oficial No.11 Suplemento del 25 de Agosto de 1998, se suprime la Secretaría Nacional de Desarrollo Administrativo, SENDA.

QUE, en el Artículo 5 del Decreto Ejecutivo No. 41, se determina que las facultades de la Dirección Nacional de Personal serán asumidas por las unidades de recursos humanos de los Ministerios, a excepción de la reclasificación, valoración y revaloración de puestos,

QUE, los Artículos 35 de la Ley de Modernización del Estado y 56 del Estatuto del Régimen Jurídico, facultan a las autoridades del nivel superior delegar sus atribuciones a los del nivel jerárquico inferior, y,

QUE, de conformidad con el Artículo 176 de la constitución Política de la República y el Artículo 16 del Decreto Ejecutivo No. 3, publicado en el Registro Oficial No. 3, del 13 de agosto de 1998, los Ministros Secretarios de Estado representan al Ejecutivo y son competentes para el despacho de los asuntos inherentes al Ministerio a su cargo.

En uso de las atribuciones que le confiere la Ley:

ACUERDA:

Art. 1 En el contexto del programa de Modernización del Estado, desconcentrar la Administración y Gestión de Personal del Ministerio de salud Pública, en las Provincias de: Cañar, Loja y Pichincha.

Art. 2 Delegar a los Directores Provinciales de Salud, Directores de Hospitales y Jefes de Areas de las provincias de: Cañar, Loja y Pichincha, para que en el ámbito de su competencia, entendida ésta como la circunscripción de la Unidad Administrativa, en representación del Titular de este Portafolio, actúen como Autoridades Nominadoras y como tal ejerzan las facultades previstas en la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa, su Reglamento de aplicación, Contratación Colectiva (en lo referente al manejo y gestión del recurso humano) Reglamento Interno, Código del Trabajo y Ley de Servicios Personales por Contrato.

En este contexto, podrán comparecer ante los diferentes Tribunales y organismos de su respectiva jurisdicción representando los intereses del Estado en esta materia.

Art. 3 En uso de dicha facultad, las Autoridades Nominadoras antes mencionadas procederán, a más de las acciones administrativas que vienen realizando, a:

- a) Seleccionar al personal que ingresa,
- b) Nombrar y contratar al personal en los diferentes regímenes,
- c) Aceptar las renunciaciones del personal,
- d) Declarar la cesación definitiva de funciones por fallecimiento, jubilación y por invalidez absoluta,
- e) Autorizar los traslados dentro de la jurisdicción de su Unidad Administrativa,
- f) Otorgar licencias conforme a lo que establece la Ley, excepto para la prestación de servicio en otras instituciones,
- g) Aplicar las sanciones establecidas en la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa y Código de Trabajo, y,
- h) Aplicar y administrar las correspondientes Leyes escalafonarias.

Art. 4 El ingreso de personal por contrato sujeto al Código del Trabajo, por nombramiento y por contrato de servicios ocasionales, se realizará previo concurso, en todos los casos de puestos.

Art. 5 Será facultad de los Directores Provinciales de Salud nombrar, previa consulta al Ministro de salud o a quien él delegue, los ingresos de libre nombramiento y renoción de su jurisdicción, a saber: Directores de Hospitales y los encargados de Jefaturas de Area.

Art. 6 En caso de suscitarse problemas en la aplicación del Artículo tres del presente acuerdo, actuará como instancia administrativa la Dirección de Recursos Humanos y en última instancia la Subsecretaría General de Salud.

Art. 7 Las Unidades de Recursos Humanos serán las encargadas de posesionar al personal que ingresa y registrar todos los movimientos de personal que se generen en su jurisdicción.

Art. 8 Las Autoridades Nominadoras serán responsables de informar, en forma periódica, a la Dirección de Recursos Humanos de la Planta Central, todos los movimientos de personal que en su ámbito se ejecuten.

Art. 9 El Ministro de Salud a través de la Dirección de Recursos Humanos efectuará periódicamente las auditorías correspondientes para verificar el cumplimiento de las disposiciones y procedimientos legales; en caso de encontrar irregularidades se procederá a la remoción de la Autoridad Nominadora correspondiente.

Art. 10 Las Unidades de Recursos Humanos serán las responsables de realizar los planes de capacitación anual, mismos que serán remitidos a la Dirección de Recursos Humanos para ser incorporados en el Plan Nacional de Capacitación.

De los resultados de la ejecución de los citados planes, se reportará trimestralmente a la indicada Dirección, a fin de mantener actualizado el Banco de Datos de capacitación de los recursos humanos.

Art. 11 Las Unidades de Recursos Humanos serán las encargadas de realizar la evaluación al desempeño del personal en el ámbito de su competencia.

DISPOSICION TRANSITORIA

Las Jefaturas de Areas que no cuenten con un responsable de la administración y gestión del Recurso Humano, designarán de entre su personal un funcionario idóneo para que realice las citadas actividades, el mismo que contará con el asesoramiento permanente del Departamento de Recursos Humanos de la Dirección Provincial de Salud respectiva.

DISPOSICIONES GENERALES

PRIMERA: Las disposiciones emitidas en este Acuerdo Ministerial derogan todas aquellas de igual jerarquía que se opongan al presente Acuerdo.

SEGUNDA: De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial encárgase al Subsecretario General de Salud, a las Autoridades Nominadoras de las Provincias de: Cañar, Loja y Pichincha y a las Unidades de Recursos Humanos y Financieras correspondientes.

TERCERA: El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia a partir de la fecha de suscripción; sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial.

Comuníquese en Quito, 09 SEP 1998

[Handwritten signature]
Dr. Filipe Rochy
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD
REPUBLICA DEL ECUADOR



Eco. Alfredo Alvarez
JEFE DE RECURSOS HUMANOS
MAT. PROF. 2137

N° 502

JAMIL MAHUAD WITT

PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPUBLICA

CONSIDERANDO:

Que es deber del Estado Ecuatoriano, de acuerdo a lo establecido en el artículo 42 de la Constitución Política de la República, garantizar el derecho a la salud, su promoción y protección y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia;

Que el artículo 43 de la Norma Suprema dispone que los programas y acciones de salud pública serán gratuitos para todos y que los servicios públicos de atención médica lo serán para las personas que lo necesiten;

Que en la norma constitucional del artículo 45 se establece que el Estado organizará un sistema nacional de salud que se integrará con las entidades públicas, autónomas privadas y comunitarias del sector. Sistema que funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa;

Que el artículo 46 de la Constitución dispone que el financiamiento de las entidades públicas del sistema nacional de salud provendrá de aportes obligatorios, suficientes oportunos del Presupuesto General del Estado, de personas que ocupen sus servicios y que tengan capacidad de contribución económica y de otras fuentes que establece la ley;

Que el Código de Salud, en su artículo 48, dispone que los servicios que se presten en las diferentes dependencias del Servicio Nacional de Salud, satisfarán el pago de derechos, los mismos que serán invertidos según las necesidades por los Jefes de Servicio;

Que de acuerdo al artículo 3 de la Ley de Modernización del Estado, privatizaciones y prestación de servicios públicos por parte de la iniciativa privada que guarda armonía con el artículo 124 de la Constitución Política, los procesos de modernización de sujetarán a los principios de eficiencia, agilidad, transparencia, participación en la gestión pública y solidaridad social;

Que con el fin de lograr mayor equidad, eficiencia, participación social y modernización, mediante Decreto Ejecutivo No. 3292 del 29 de abril de 1992, publicado en el R.O. 932 del 11 de mayo del mismo año se estableció en el país los Centros Locales de Salud (SILOS) con resultados favorables;



PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA

Que con el fin de viabilizar la aplicación del Plan Nacional de Desarrollo Institucional, expedido con el Acuerdo del Ministro de Salud Pública No. 004345 del 15 de mayo de 1996 y fortalecer los servicios de salud, mediante la recuperación total o parcial de los costos de los servicios, se expidió el Decreto Ejecutivo 350-B, publicado en el R.O. 102 del 7 de julio de 1997;

Que el Acuerdo 074 del 27 de marzo de 1997, publicado en el R.O. 40 del 9 de abril de 1997 contiene normas para la desconcentración de la ejecución presupuestaria en las entidades y organismos del gobierno central contiene normas de excepción para las áreas de salud y educación;

Que es necesario adecuar la normativa a las disposiciones constitucionales vigentes y a las políticas fiscales establecidas por el Ministro de Finanzas y Crédito Público,

En ejercicio de las atribuciones constitucionales y legales,

DECRETA:

Art. 1.- Facultar al Ministerio de Salud Pública para que desarrolle e implemente Sistemas Descentralizados de Salud, que incorporen modelos de autonomía de gestión de los servicios de esta naturaleza a fin de cumplir con los siguientes objetivos:

- a) Garantizar el acceso equitativo y permanente de la población a servicios de salud, a los que tendrán prioridad aquellos que perciban el subsidio establecido mediante Decreto Ejecutivo 129 del 14 de septiembre de 1998, publicado en el suplemento del R.O. 29 de los mismos mes y año;
- b) Ampliar la cobertura de atención;
- c) Mejorar la calidad de servicios;
- d) Optimizar los recursos humanos, financieros y tecnológicos mediante la promoción de indicadores de gestión de los servicios de salud;



PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA

- e) Incorporar la participación social y la de los gobiernos seccionales en la organización y los servicios de este tipo.

Art. 2.- Facultar al titular de esa Secretaría de Estado para que mediante Acuerdos Ministeriales estructure: Consejos locales, cantonales y provinciales de Salud; así como Comités de Gestión a nivel de hospitales y Áreas de Salud.

Art. 3.- Los consejos y comités que se crearen conforme a lo establecido en el artículo anterior cumplirán las funciones que se determinen en los respectivos reglamentos.

Art. 4.- Los Consejos de Salud, locales, cantonales o provinciales, tendrán como rol fundamental constituirse en instancias de concertación sectorial orientadas al diseño y seguimiento de planes integrales de salud y la gestión participativa de los Sistemas Descentralizados de Salud.

Art. 5.- A los Comités de Gestión les corresponde definir directrices relacionadas con la organización y funcionamiento de hospitales y áreas de salud, en el marco de las políticas nacionales e institucionales definidas por el Ministerio de Salud Pública. También cumplirán labores de seguimiento y supervisión de la gerencia de las unidades.

Art. 6.- Disponer que el Ministerio del ramo establezca las políticas y características del modelo de atención de salud, así como de la gestión programática y de los recursos humanos y financieros. Acciones todas ellas que deberán sujetarse a los siguientes criterios:

- a) Visión integral de la salud, con énfasis en aspectos preventivo-promocionales;
- b) Equidad, solidaridad, calidad y calidez en la atención de salud;
- c) Fortalecimiento de la capacidad local de gestión para la identificación de problemas de salud y alternativas de solución, en el marco de las políticas y prioridades nacionales e institucionales;
- d) Permanencia social, política y financiera de los procesos descentralizados y de autonomía de gestión en salud, a efecto de asegurar continuidad y trascendencia de acciones;
- e) Optimización en el uso de los recursos disponibles, entre los que se incluirá a proveedores públicos y privados de servicios de salud;



PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA

- f) Implementación de mecanismos alternativos de administración para garantizar condiciones de calidad y eficiencia en el funcionamiento de los sistemas descentralizados y unidades de salud;
- g) Asignación de recursos ligada a incentivos de función de resultados.

Art. 7.- Disponer que el Ministro de Salud Pública sea quien establezca los criterios, en base a los cuales, se definan las prestaciones de salud que serán gratuitas y las que deban ser pagadas.

De igual manera, ese funcionario será quien establezca las pautas para fijar las tarifas, las categorías, las formas de pago, las condiciones para la carnetización y cualquier otro parámetro relacionado con el cobro de servicios.

Art. 8.- La administración de los recursos obtenidos por la autogestión se sujetará a las normas generales dictadas por el Ministro de Finanzas y Crédito Público y a las que dicte el Ministro de Salud Pública.

Art. 9.- Por el contenido del inciso final del artículo 46 de la Constitución Política de la República que prohíbe la reducción del presupuesto asignado para la salud, el Ministerio de Finanzas y Crédito Público no podrá ordenar el traspaso de los excedentes de caja del Ministerio de Salud Pública al Presupuesto General del Estado.

DISPOSICIONES GENERALES:

Art. 10.- Se deroga el Decreto Ejecutivo No. 350- B del 31 de mayo de 1997, publicado en el R.O. 102 del 7 de julio del mismo año y todas las disposiciones de igual o menor jerarquía que se le opongan.

Art. 11.- El Ministerio de Salud Pública preparará los instructivos pertinentes en un plazo de treinta días contados a partir de la publicación de este Decreto.

El Ecuador ha sido, es y será País Amazónico



PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA

Art. 12.- De la ejecución del presente Decreto, que entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial, encárguese el Ministro de Salud Pública.

Dado en el Palacio Nacional, en Quito a, 22 de enero de 1.999.

Jamil Mahuad Witt

Jamil Mahuad Witt

PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPÚBLICA

Edgar Rodas Andrade

Edgar Rodas Andrade

MINISTRO DE SALUD PUBLICA

Es fiel copia del original.- LO CERTIFICO:

Ramon Yulee Ch.

RAMON YULEE CH.



Secretario General de la Presidencia de la República

gil

República del Ecuador
Ministerio de Finanzas y Crédito Público
No. 018

LA MINISTRA DE FINANZAS Y CRÉDITO PÚBLICO

CONSIDERANDO:

Que, el Art. 24 de la Constitución Política de la República del Ecuador, establece que la administración pública se organizará y desarrollará de manera descentralizada y desconcentrada.

Que, el Art. 35 de la Ley de Modernización del Estado, Privatizaciones y Prestaciones de Servicios Públicos por parte de la Iniciativa Privada y su Reglamento Sustitutivo, faculta a los máximos personeros de las entidades públicas, dictar acuerdos o resoluciones para delegar sus atribuciones, de conformidad a sus programas de desconcentración de competencias, funciones y responsabilidades.

Que, el Art. 70 de la Ley de Presupuestos del Sector Público, establece que la máxima autoridad y los funcionarios que manejan los presupuestos de las entidades y organismos, serán responsables por la administración de sus presupuestos.

Que, de conformidad con lo establecido en la letra a) del Art. 3 de la Ley de Presupuestos del Sector Público, le corresponde al Ministro de Finanzas y Crédito Público establecer las políticas, normas técnicas, acciones y métodos para elaborar, ejecutar, coordinar, evaluar y liquidar los presupuestos del Sector Público.

Que, como parte de la modernización del Estado Ecuatoriano, es necesario concretar esquemas de desconcentración de la ejecución del Presupuesto Público, mediante la aplicación de procedimientos que promuevan la eficiente y eficaz utilización de los recursos de autogestión con que cuentan las entidades y organismos y, alienten el autofinanciamiento de su funcionamiento.

En uso de las atribuciones que le confiere la Ley de Presupuestos del Sector Público, Art. 25 de la Ley Orgánica de Administración Financiera y Control y, los Arts. 55 y 56 del Estatuto Jurídico Administrativo de la Función Ejecutiva,

ECO
JEFE DE ALFONSO AIVATEZ
MAT. PROF. 2137



República del Ecuador
Ministerio de Finanzas y Crédito Público

ACUERDA:

EXPEDIR LAS SIGUIENTES NORMAS PARA FACILITAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS DE AUTOGESTIÓN DE LAS ENTIDADES Y ORGANISMOS DEL GOBIERNO CENTRAL:

Artículo 1. En el anexo al Acuerdo Ministerial No 017 de 10 de enero de 1994, que regula el Sistema General de Administración de la Ejecución Presupuestaria para el Gobierno Central, reformase los siguientes numerales:

24. Agréguese el siguiente inciso: Se exceptúa del mecanismo de líneas de crédito la utilización de los ingresos de autogestión de las entidades y organismos.

34. Agréguese después de la palabra presupuestarias: y recursos de autogestión.

37. Agréguese después de líneas y sublíneas de crédito: y recursos de autogestión.

51. Agréguese al final: y los depósitos, retiros y saldos de las cuentas de ingresos (I) de autogestión.

80. Agréguese al final: En el caso de los recursos de autogestión, se observará el procedimiento descrito en D.7.

81.BIS. 1. Sustitúyase por el siguiente:

Los ingresos propios de las entidades u organismos que se originen en la venta de bienes y servicios y, en general, los recursos de autogestión, se depositarán en la cuenta auxiliar de ingresos propios (I) dentro de la Cuenta Corriente Unica del Tesoro Nacional. En función de los saldos consignados en tales cuentas y de las programaciones de ejecución y de caja, las entidades y organismos enviarán al banco corresponsal dos Ordenes de Transferencia. Con la primera se debitará de la cuenta de ingresos propios (I) y acreditará en la cuenta de ejecución (E) a las sublíneas de gasto correspondientes. Con la segunda, se debitará de la cuenta de ejecución (E), en las sublíneas pertinentes, y se acreditará a la cuenta rotativa de pagos. El valor de esta Orden de Transferencia será igual al total del detalle de pagos que debe adjuntarse.

Cuando las entidades y organismos públicos mantengan una cuenta de transferencias (T) y una de ingresos propios (I), con la primera se debitará de la cuenta de ingresos propios (I) y se acreditará a la cuenta de transferencias (T), con la segunda se debitará de la cuenta de transferencias (T) y acreditará a la cuenta rotativa de pagos. El Banco Central instruirá a los bancos corresponsales sobre el procedimiento a seguir.



República del Ecuador
Ministerio de Finanzas y Crédito Público

81. BIS.2. Suprimese.

81. BIS.3. Suprimese.

81. BIS.4. Suprimese.

89. Agréguese el siguiente inciso: A la cédula presupuestaria de gastos, para el caso de recursos de autogestión, se anexará también la cédula presupuestaria de ingresos que, contenga para cada rubro: la estimación inicial, modificaciones, el ingreso efectivo y el saldo por recaudar.

94. En el criterio segundo, luego de bienes muebles agréguese: con los recursos de autogestión las entidades y organismos podrán reducir ítems, subgrupos o grupos de gasto de servicios y suministros para incrementar o crear ítems, subgrupos o grupos de gasto de bienes muebles. En ningún caso se reducirán gastos de capital o inversión para destinarlos a gastos corrientes.

En el criterio tercero, luego de trimestralmente agréguese: En el caso de recursos de autogestión, las entidades y organismos podrán destinar estos recursos para la adquisición de inmuebles y semovientes y realización de obras públicas, siempre que los mismos financien totalmente las adquisiciones y/o realización de obras públicas. En ningún caso el Ministerio de Finanzas y Crédito Público destinará recursos fiscales para completar la adquisición de bienes muebles, inmuebles, semovientes y realización de obras efectuadas con recursos de autogestión. Únicamente en los sectores de salud y educación se podrá asignar máximo hasta el 20 por ciento de los recursos de autogestión, para crear partidas de "Servicios Ocasionales o Remuneraciones Temporales", destinadas a la contratación de profesionales técnicos y docentes, respectivamente, siempre y cuando sean de carácter temporal.

97. Suprimese el inciso tercero.

Artículo 2. Prohíbese a las entidades y organismos, el uso de recursos de autogestión para crear nuevas bonificaciones o asignaciones complementarias al sueldo básico; incremento, ampliación o extensión de bonificaciones ya establecidas en la Ley de Remuneraciones del Sector Público. Tampoco se utilizarán tales recursos, en la creación, reclasificación y revaloración de puestos.

Artículo 3. Los recursos de autogestión no podrán ser utilizados en la entrega de donaciones, premios, adquisiciones suntuarias, festejos, recepciones, uniformes del



República del Ecuador
Ministerio de Finanzas y Crédito Público


personal, vehículos, transferencias al sector privado y otros gastos similares. Para tal efecto, se observarán estrictamente las normas de restricción de gasto público establecidas en Leyes, Decretos y demás disposiciones legales pertinentes.

Artículo 4. Dentro del límite del 20 por ciento de los recursos de autogestión, las máximas autoridades de las entidades y organismos de los sectores salud y educación, serán personal y pecuniariamente responsables de efectuar la contratación de personal profesional técnico y docente, respectivamente, en observancia de las Leyes que rigen la materia, las políticas de remuneraciones que dicte el Ministerio de Finanzas y Crédito Público y, los niveles remunerativos determinados en las escalas de sueldos y valoraciones vigentes en las leyes correspondientes. No se efectuarán contrataciones de personal ocasional dentro del límite fijado, sino se cuenta con un flujo cierto de recursos de autogestión y se asignen las partidas presupuestarias correspondientes. En ningún caso se trasladarán al financiamiento de recursos fiscales tales contrataciones.

Artículo 5. La Subsecretaría de Presupuestos y Contabilidad establecerá los procedimientos internos correspondientes, con el fin de registrar presupuestariamente los ingresos y gastos de autogestión de las entidades y organismos e incorporar al sistema de ejecución presupuestaria los ingresos efectivos, gastos devengados y pagos realizados con tales recursos y, reflejarlos en la cuenta ahorro-inversión-financiamiento, con el propósito de no distorsionar los resultados fiscales.

Artículo 6. Las máximas autoridades y los funcionarios que manejan los presupuestos de las entidades y organismos, serán responsables de la estricta aplicación del presente Acuerdo. Su incumplimiento o inobservancia será sancionado conforme a lo previsto en los artículos 69 y 70 de la Ley de Presupuestos del Sector Público. Corresponderá a la Contraloría General del Estado y al Ministerio de Finanzas y Crédito Público, establecer las responsabilidades que fueren del caso.

Comuníquese en Quito, a 18 MAR 1977


 Ana Lucía Armijos Hidalgo
 MINISTRA DE FINANZAS Y CREDITO PÚBLICO

re

La Embajada de los Estados Unidos de América aprovecha esta oportunidad para reiterar al Honorable Ministerio de Relaciones Exteriores, las seguridades de su más alta y distinguida consideración.

Embajada de los Estados Unidos de América.

Quito, a 7 de octubre de 1999.

EL MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES en respuesta a la nota N° 091/99, de la Honorable Embajada de los Estados Unidos, que consta arriba transcrita, expresa su conformidad con la propuesta presentada y manifiesta que ella y la presente nota constituyen acuerdo entre los dos Gobiernos, que entran en vigencia a partir de la presente fecha.

EL MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES, hace propicia esta ocasión para reiterar a la Honorable Embajada de los Estados Unidos de América las seguridades de su más alta y distinguida consideración.

Quito, 8 de octubre de 1999.

Certifico que es fiel copia (2 fojas útiles) del documento que se encuentra en los archivos de la Dirección General de Tratados de esta Cancillería.

Lo certifico.- Quito, 12 de octubre de 1999.

f) Embajador Francisco Carrión Mena, Secretario General de Relaciones Exteriores.

No. 1726

EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

Considerando:

Que el artículo 124 de la Constitución Política de la República, determina que la Administración Pública se organizará y desarrollará de manera descentralizada y desconcentrada;

Que el literal b) del artículo 5 de la Ley de Modernización del Estado establece como principio y norma general la descentralización y desconcentración de las actividades administrativas;

Que los artículos 26, 27 y 28 de la Ley Especial de Descentralización del Estado obliga a cada entidad y organismo del sector público a establecer e implementar programas permanentes de desconcentración de funciones y recursos, a través de la transferencia de una o más de sus atribuciones a otros órganos dependientes;

Que el Ministro de Finanzas y Crédito Público, mediante Acuerdo Ministerial No. 074 del 27 de marzo de 1997, publicado en el Registro Oficial Nro. 40 de 9 de abril del mismo año, expide las normas para la desconcentración de la

ejecución presupuestaria a las entidades y organismos del Gobierno Central, delegando en los artículos segundo y tercero, la autorización de contratos de servicios ocasionales a ciertos directivos de los diferentes niveles del sector salud y emite dictamen favorable, de oficio, a los contratos de servicio ocasionales, previstos como excepción en las Normas de Restricción del Gasto Público;

Que mediante Decreto Ejecutivo No. 41, publicado en el Suplemento al Registro Oficial No. 11 del 25 de agosto de 1998, se suprime la Secretaría Nacional de Desarrollo Administrativo, SENDA, en cuyo artículo 5, se determina que las facultades de la Dirección Nacional de Personal serán asumidas por las unidades de recursos humanos de los ministerios, a excepción de la reclasificación, valoración y revaloración de puestos;

Que mediante Acuerdo Ministerial No. 1014, publicado en el Registro Oficial No. 83 de 8 de diciembre de 1998, se expide la nueva Estructura Orgánica del Ministerio de Salud Pública, reemplazando a la Subsecretaría Regional de Salud por la Subsecretaría Nacional de Medicina Tropical, con sede en la ciudad de Guayaquil, y asignándole como sus unidades dependientes, entre otras, a las siguientes: al Instituto Nacional de Higiene Leopoldo Izquieta Pérez y al Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria;

Que de conformidad con el artículo 176, Capítulo 3, Título VII de la Constitución Política de la República, los Ministros de Estado representan al Presidente de la República en los asuntos propios del Ministerio a su cargo, esto en concordancia con lo dispuesto en el último inciso del artículo 1 del Decreto Ejecutivo No. 1177, publicado en el Registro Oficial No. 261 de 24 de agosto de 1999, que modifica el Estatuto del Régimen Jurídico Administrativo de la Función Ejecutiva; y,

En uso de las atribuciones que le confiere la ley,

Acuerda:

Art. 1.- En el contexto del Programa de Modernización del Estado, el Ministerio de Salud Pública desconcentra la Administración y Gestión de Personal de esta Cartera de Estado, en la Subsecretaría Nacional de Medicina Tropical, en el Instituto Nacional de Higiene Leopoldo Izquieta Pérez, en las direcciones regionales del citado instituto, en el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria, en las direcciones provinciales de salud, en los hospitales y en las áreas de salud del país.

Art. 2.- Transferir al Subsecretario Nacional de Medicina Tropical, al Director Nacional del Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical Leopoldo Izquieta Pérez, a los Directores Regionales del Instituto en mención, al Director Nacional del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria, a los Directores Provinciales de Salud, Directores de Hospitales y Jefes de Áreas de Salud de las diferentes provincias del país, en el ámbito de su competencia, la facultad de actuar como Autoridades Nominadoras y como tales ejercer las atribuciones previstas en la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa, su Reglamento de Aplicación y sus Leyes Conexas, Código del Trabajo, Ley de Servicios Personales por Contrato, leyes escalafonarias y sus respectivos reglamentos, así como asumir las responsabilidades que dicha transferencia les atribuyan.

Art. 3.- Las autoridades nominadoras antes mencionadas procederán, a más de las acciones administrativas que vienen realizando, a:

- a) Administrar el proceso de selección del personal a nombramiento y contratos regidos por las leyes de Servicio Civil y Carrera Administrativa, de Servicios Personales por Contrato y por el Código del Trabajo;
- b) Administrar el subsistema de calificación y/o evaluación del desempeño fundamentado en resultados y satisfacción de los usuarios;
- c) Administrar el subsistema de educación permanente que comprende la detección de necesidades, programación, ejecución y evaluación;
- d) Nombrar y contratar al personal aplicando para ello la normativa legal respectiva, dentro del ámbito de su jurisdicción; previo al respectivo concurso en todas las clases de puestos, excepto en aquellos que sean de libre nombramiento y remoción.
- e) Ascender al personal previo el cumplimiento del proceso de selección;
- f) Efectuar encargos de funciones;
- g) Autorizar los traslados provisionales de conformidad con la ley dentro de la jurisdicción de su unidad administrativa;
- h) Autorizar y legalizar los traslados definitivos o permanentes a puestos vacantes a otras unidades del Ministerio de Salud Pública, o dentro de su jurisdicción administrativa, de conformidad con lo que se establece en la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa y su Reglamento General así como en las leyes y reglamentos de los diferentes gremios;
- i) Restituir y reintegrar al personal de su jurisdicción, de conformidad con la ley;
- j) Otorgar licencias con o sin sueldo conforme a lo que establecen las diferentes leyes;
- k) Aplicar las sanciones establecidas en la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa, Código de Trabajo y otras;
- l) Aplicar las correspondientes leyes escalafonarias y sus reglamentos de aplicación; y,
- m) Cesar en funciones al personal de conformidad con las leyes y reglamentos pertinentes, excepto por supresión de puestos que será atribución del Ministro de Salud Pública.

Art. 4.- Será facultad del Subsecretario Nacional de Medicina Tropical, nombrar, destituir, remover, aceptar renunciaciones o declarar la cesación definitiva de funciones, de los funcionarios de libre nombramiento y remoción de la Subsecretaría, así como de los directores del Instituto Nacional de Higiene Leopoldo Izquieta Pérez y del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria, previa consulta al Ministro de Salud Pública.

El Director del Instituto Nacional de Higiene Leopoldo Izquieta Pérez, en calidad de autoridad nominadora, nombrará, destituirá, removerá, aceptará renunciaciones o declarará la cesación definitiva de funciones del personal de libre nombramiento y remoción previa consulta al Subsecretario Nacional de Medicina Tropical.

Los directores provinciales, nombrarán, destituirán, removerán, aceptarán renunciaciones o declararán la cesación definitiva de funciones de los directores de hospitales y jefes de área de su jurisdicción, previa consulta al Ministro de Salud Pública.

Art. 5.- Las Unidades de Recursos Humanos desconcentradas serán las encargadas de registrar todos los movimientos de personal que se generen en su jurisdicción, previo el cumplimiento de los requisitos previstos en las leyes.

Art. 6.- Las Autoridades Nominadoras en mención se eximirán de realizar actividades relacionadas con reclasificación, valoración y revaloración de puestos, de conformidad con lo prescrito en el inciso segundo, del artículo 5 del Decreto Ejecutivo No. 41, publicado en el Suplemento del Registro Oficial No. 11 del 25 de agosto de 1998; estas actividades serán enviadas a la Dirección Nacional de Gestión de Personal para su análisis y trámite correspondiente.

Art. 7.- En caso de suscitarse problemas en la aplicación del artículo tercero del presente Acuerdo, actuará como órgano de consulta la Subsecretaría General de Salud a través de la Dirección Nacional de Gestión de Personal.

Art. 8.- Las Unidades de Recursos Humanos de la Subsecretaría Nacional de Medicina Tropical y de las direcciones provinciales de salud, a más de las atribuciones señaladas en el presente Acuerdo, efectuarán las siguientes:

- a) Brindar asesoría, asistencia técnica, monitorear y evaluar la gestión de administración de personal a través de auditorías, en las unidades de salud de su jurisdicción, con la finalidad de consolidar el proceso de desconcentración y el establecimiento de políticas y normas por parte del nivel central;
- b) Mantener actualizado el banco de información de recursos humanos de las Unidades de Salud de su competencia y realizar análisis técnicos permanentes que permitan la optimización, racionalización y el desarrollo del recurso humano de su jurisdicción;
- c) Coordinar las actividades de capacitación en base a los planes anuales remitidos por las Unidades de Salud de su jurisdicción, con la finalidad de optimizar;
- d) Realizar estudios de oferta y demanda de recursos humanos en su jurisdicción; y,
- e) Realizar con el nivel operativo propuestas de reformas de los Sistemas de Administración de Personal para cuyo efecto, se coordinará con la Dirección Nacional de Gestión de Personal y con la Subsecretaría de Desarrollo Institucional.

Art. 9.- Las autoridades nominadoras de las unidades desconcentradas serán responsables de informar en forma mensual, a la Unidad de Recursos Humanos de la Dirección Provincial de Salud correspondiente y ésta a su vez con la misma periodicidad a la Dirección Nacional de Gestión de Personal de Planta Central, todos los movimientos de personal que en su jurisdicción se ejecuten; igual gestión realizará el Instituto Nacional de Higiene y el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria a la Subsecretaría de Medicina Tropical y ésta a la Dirección Nacional de Gestión de Personal.

Art. 10.- La Dirección Nacional de Gestión de Personal de Planta Central efectuará semestralmente, o cuando el caso lo amerite, las auditorías correspondientes a las Unidades de Recursos Humanos de la Subsecretaría Nacional de Medicina Tropical, del Instituto Nacional de Higiene, del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria y de las diferentes direcciones provinciales de salud, para verificar el cabal cumplimiento de las disposiciones y procedimientos administrativos por parte de todas las unidades de salud de su dependencia y establecer los correctivos correspondientes.

Art. 11.- Las Autoridades Nominadoras y los responsables de las Unidades de Recursos Humanos cumplirán en forma obligatoria todas las disposiciones y formalidades previstas en la normatividad laboral vigente, así como, las políticas generales emitidas por el Nivel Central del Ministerio y la Oficina de Servicio Civil y Desarrollo Institucional. En caso de encontrarse incumplimientos o irregularidades se procederá a la aplicación de las sanciones correspondientes.

Art. 12.- Las autoridades de los hospitales y áreas de salud elaborarán los planes anuales de educación permanente en función de la política institucional y de las necesidades específicas que sus productos o servicios demanden, en cuyos planes se sustentaran las licencias para estudios.

Por su parte, las Unidades de Recursos Humanos de las direcciones provinciales consolidarán y administrarán el Plan de Educación Permanente de la provincia con criterios de optimización de los recursos disponibles para el efecto; de igual manera, formularán y administrarán el Plan de Formación de los Recursos Humanos en función de las necesidades y características del mercado provincial.

La Dirección Nacional de Comportamiento Organizacional definirá las políticas y prioridades de desarrollo de recursos humanos, y evaluará el impacto de la intervención educativa en el mejoramiento de los servicios de salud.

Art. 13.- Las disposiciones reglamentarias emitidas por este Acuerdo Ministerial derogan todas aquellas de igual o menor jerarquía que se opongan al presente Acuerdo, en especial deróganse expresamente los siguientes acuerdos ministeriales:

- No. 126, publicado en el Registro Oficial No. 20 de 7 septiembre de 1998.
- No. 243, publicado en el Registro Oficial No. 30 de 21 septiembre de 1998.
- Nos. 491, 504, 505, 506, 507 y 508, publicados en el Registro Oficial No. 47 de 15 de octubre de 1998.

- Nos. 916, 917, 918 y 920, publicados en el Registro Oficial No. 78 de 1 de diciembre de 1998.
- Nos. 919, 923, 924, publicados en el Registro Oficial No. 83 de 8 de diciembre de 1998.
- Nos. 1023, 1024, 1025 y 1026 publicados en el Registro Oficial No. 86 de 11 de diciembre de 1998.
- No. 1121, publicado en el Registro Oficial No. 147 de 12 de marzo de 1999.

Las normas ministeriales en mención se relacionan con la desconcentración de la Administración y Gestión de Personal del Ministerio de Salud Pública.

DISPOSICION TRANSITORIA

Las Jefaturas de Areas que no cuenten con un responsable de la administración y gestión del recurso humano, designarán de entre su personal, un funcionario para que realice las citadas actividades, el mismo que contará con el asesoramiento permanente del Departamento de Recursos Humanos de la Dirección Provincial de Salud de su jurisdicción.

Art. Final.- De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial que entrará en vigencia a partir de la fecha de su publicación en el Registro Oficial encárgase al Subsecretario General de Salud, las autoridades nominadoras antes mencionadas y a las Unidades de Recursos Humanos correspondientes quienes realizarán la coordinación pertinente con las diferentes instancias administrativas.

Comuníquese en Quito, a 13 de octubre de 1999.

f.) Dr. Edgar Rodas Andrade, Ministro de Salud Pública.

Es fiel copia del original.- Lo certifico, en Quito, a 21 de octubre de 1999.

f.) Lic. José Ibarra Munizaga, Secretario General del Ministerio de Salud Pública.

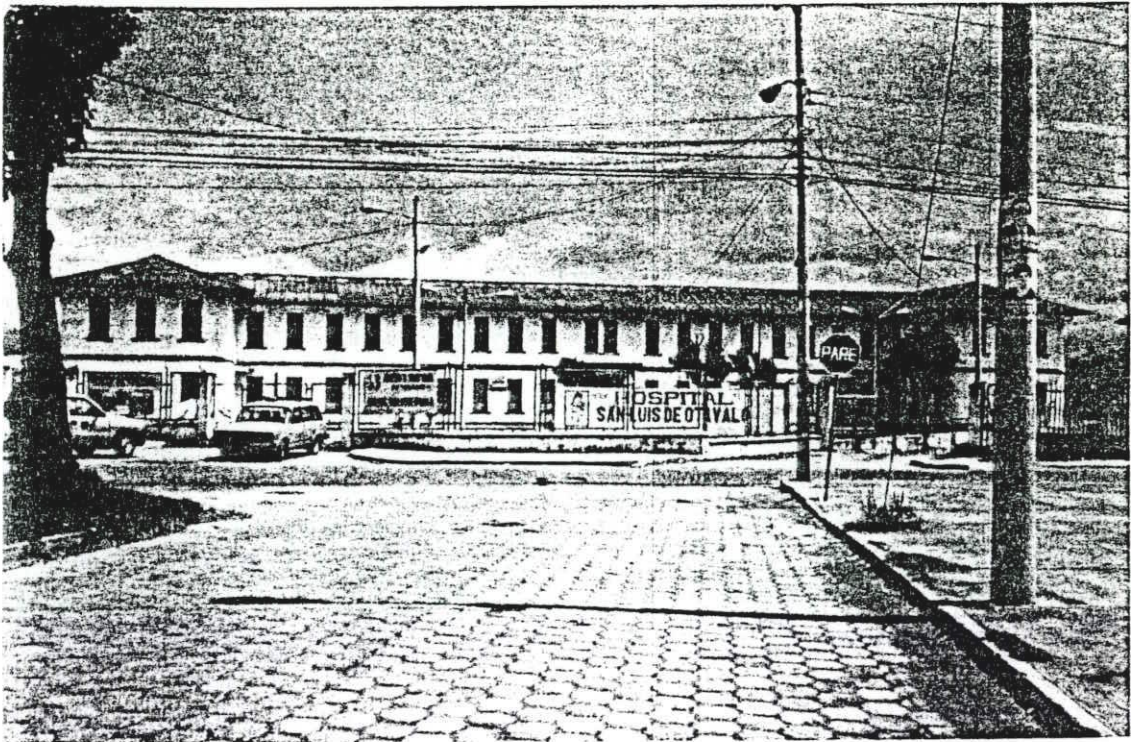
N° 169

LA DIRECTORA GENERAL DEL SERVICIO DE RENTAS INTERNAS

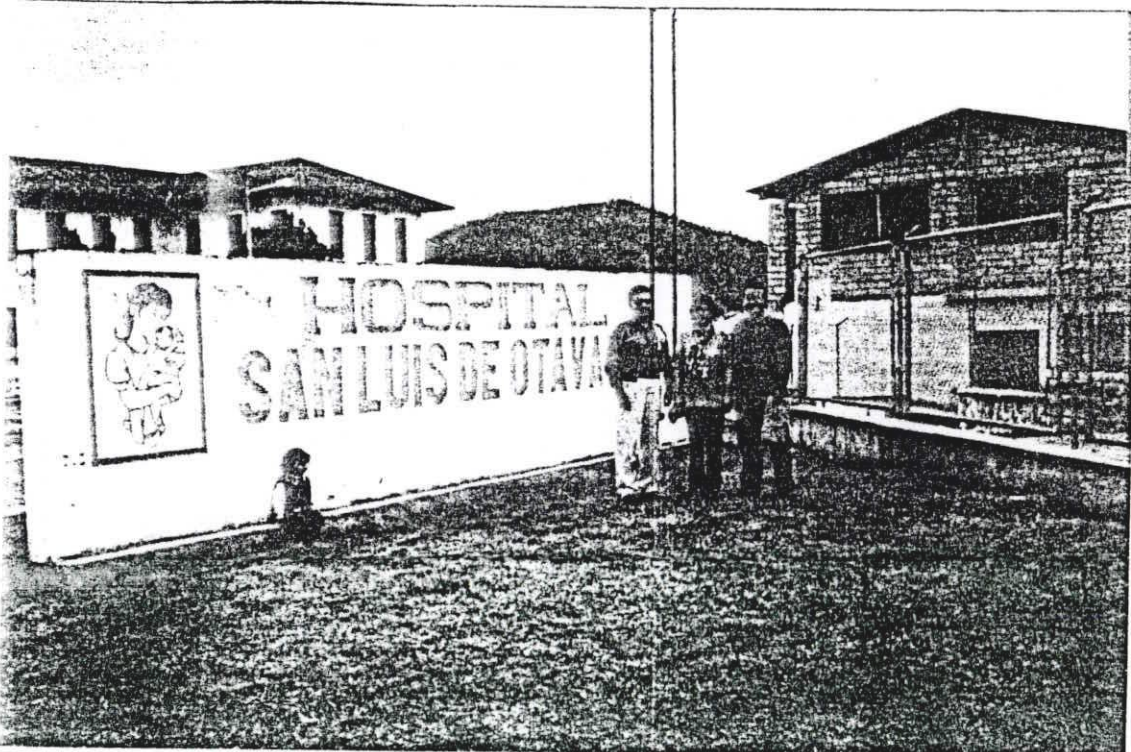
Considerando:

Que, el artículo 4 de la Ley de Impuesto a los Vehículos Motorizados de Transporte Terrestre, publicada en el Registro Oficial N° 83 de 9 de diciembre de 1998 y su Reglamento publicado en el Registro Oficial N° 129 de 12 de febrero de 1999; señalan que para modificar o incorporar avalúos en el transeurso del año de matriculación, se requerirá de la expedición de la respectiva resolución; y,

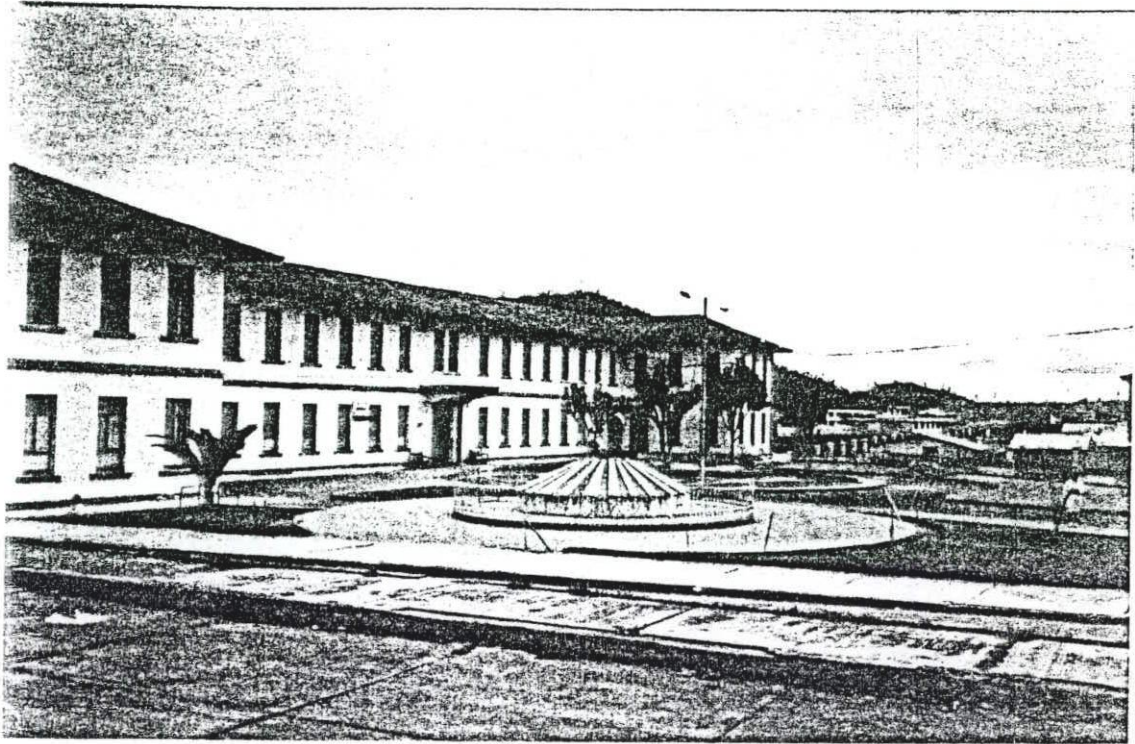
Que, el literal b) del numeral 3 del artículo 21 de la Ley de Creación del Servicio de Rentas Internas, publicada en el Registro Oficial N° 206 de 2 de diciembre de 1997, delega a



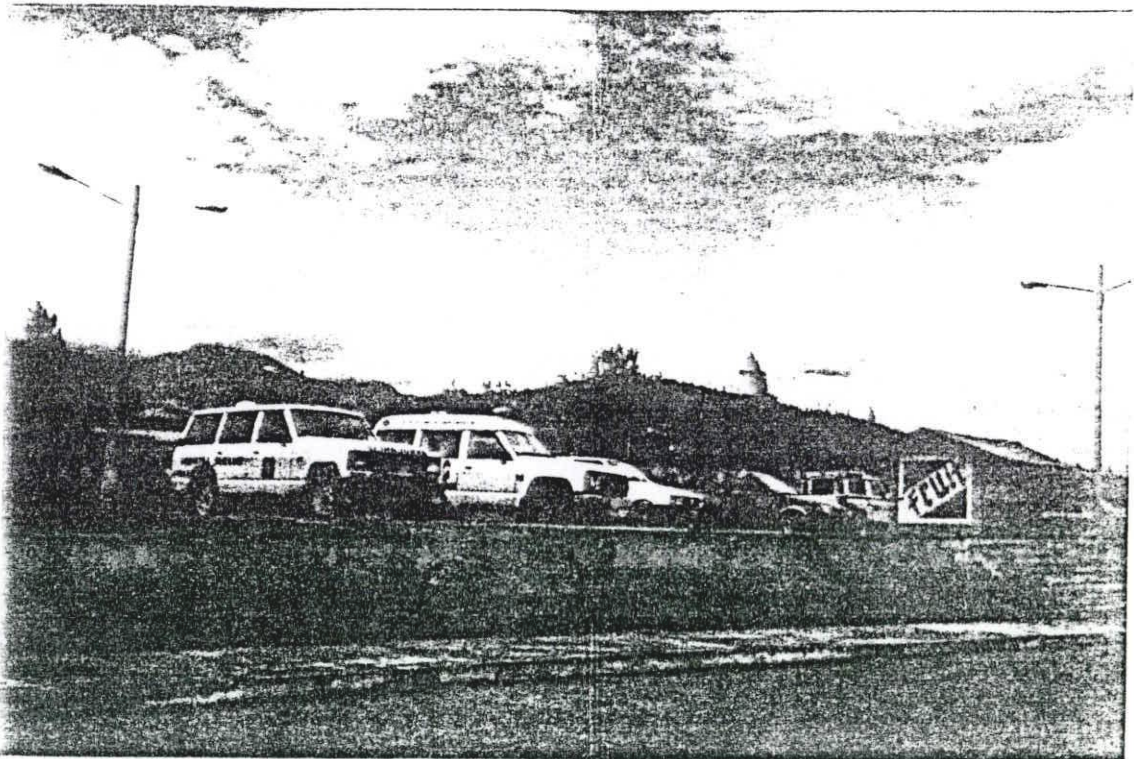
VISTA FRONTAL DE LA FACHADA DEL HOSPITAL
"SAN LUIS DE OTAVALO".



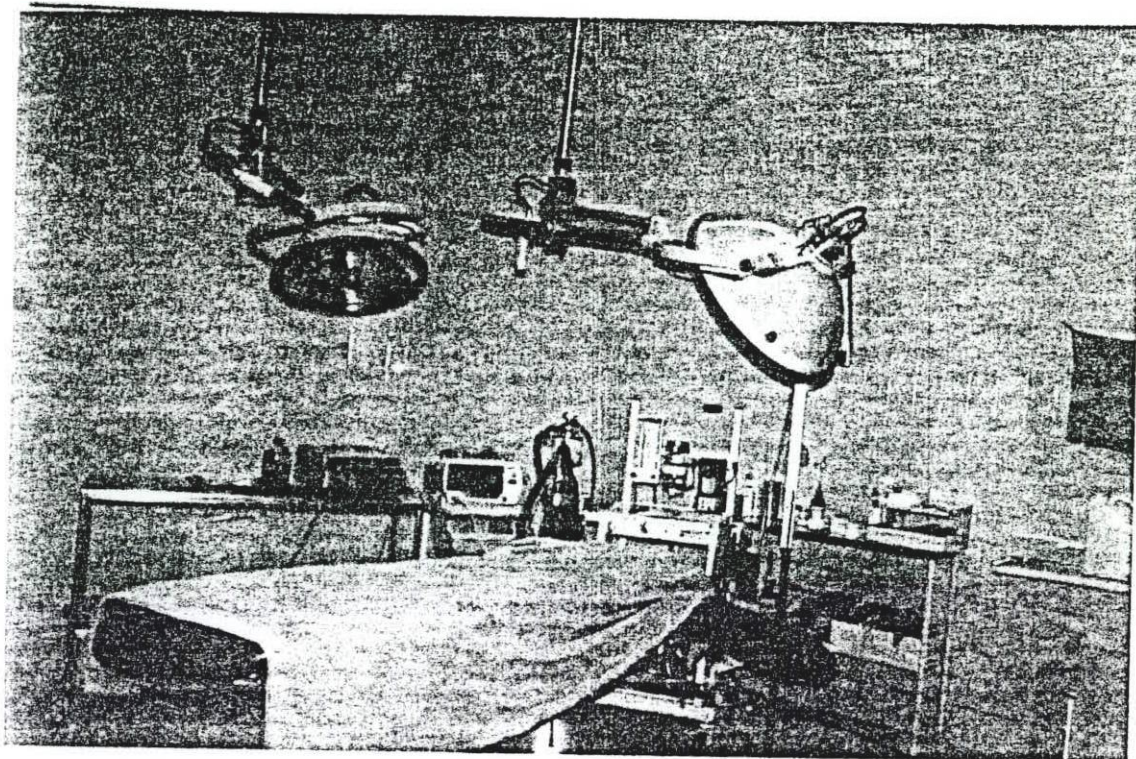
LOS AUTORES DEL PROYECTO.
DR. RODOLFO CARPELLO V.
LEDD. GRACIELA SILVA @.
DR. LITTER REYEL L.



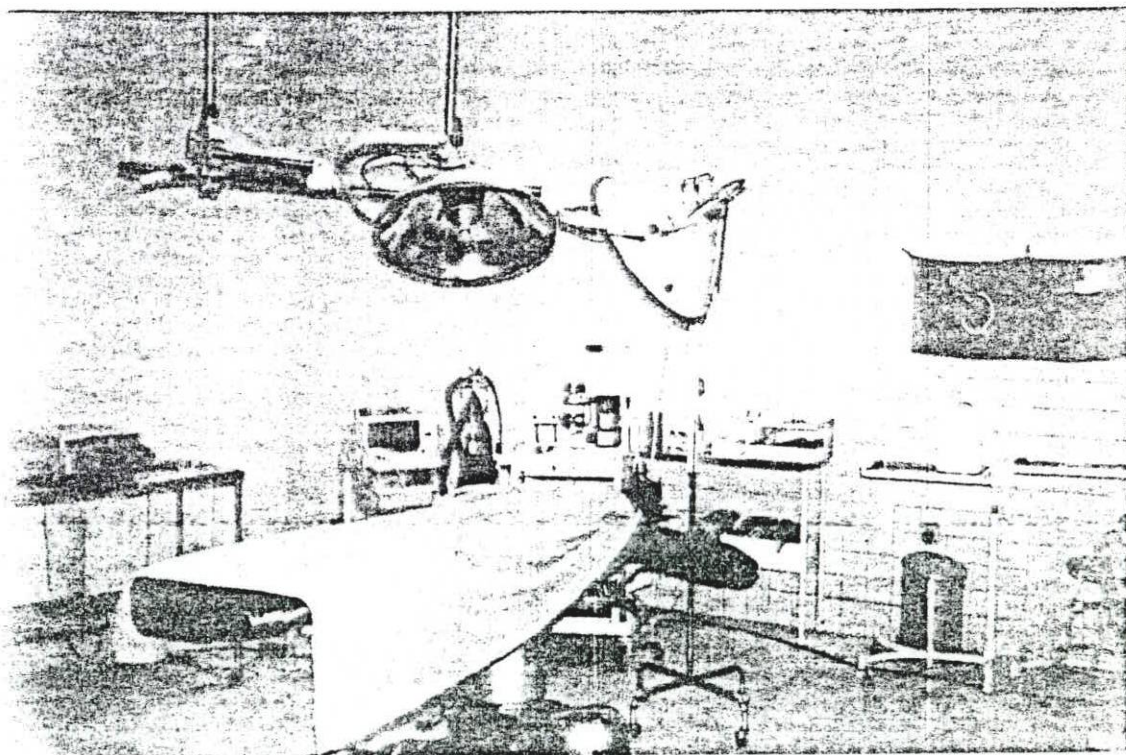
EL HOSPITAL DESDE OTRO ANGULO.



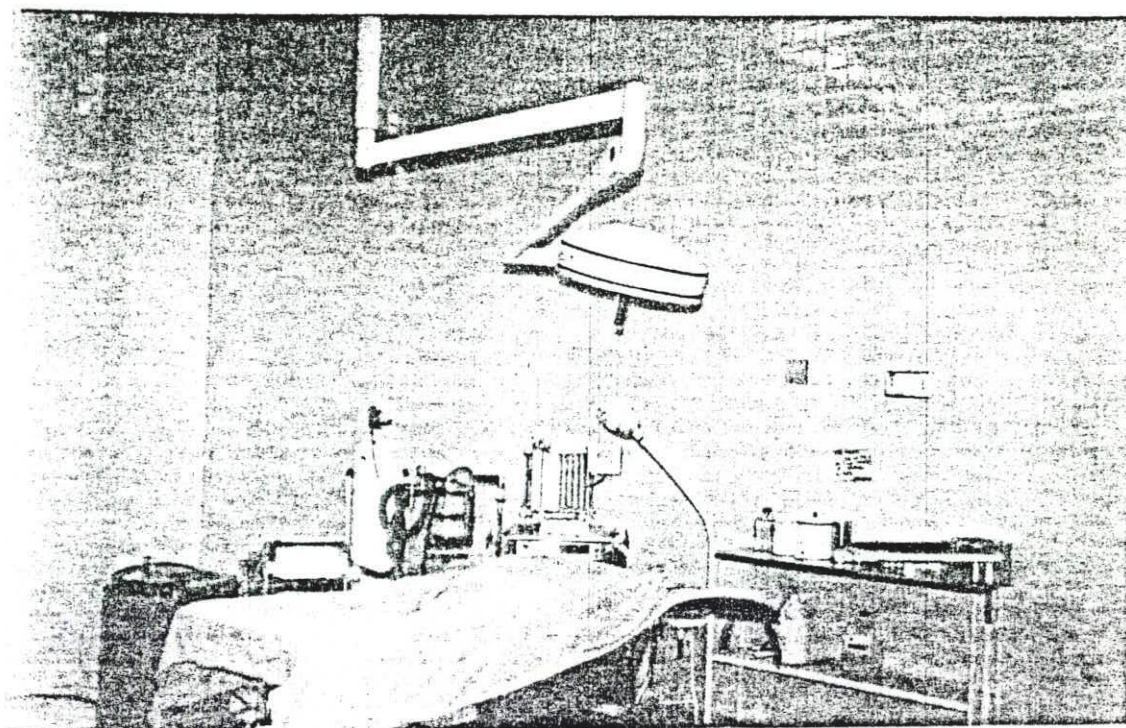
AREA DE PARQUEADERO Y
ATIBULACIONES.



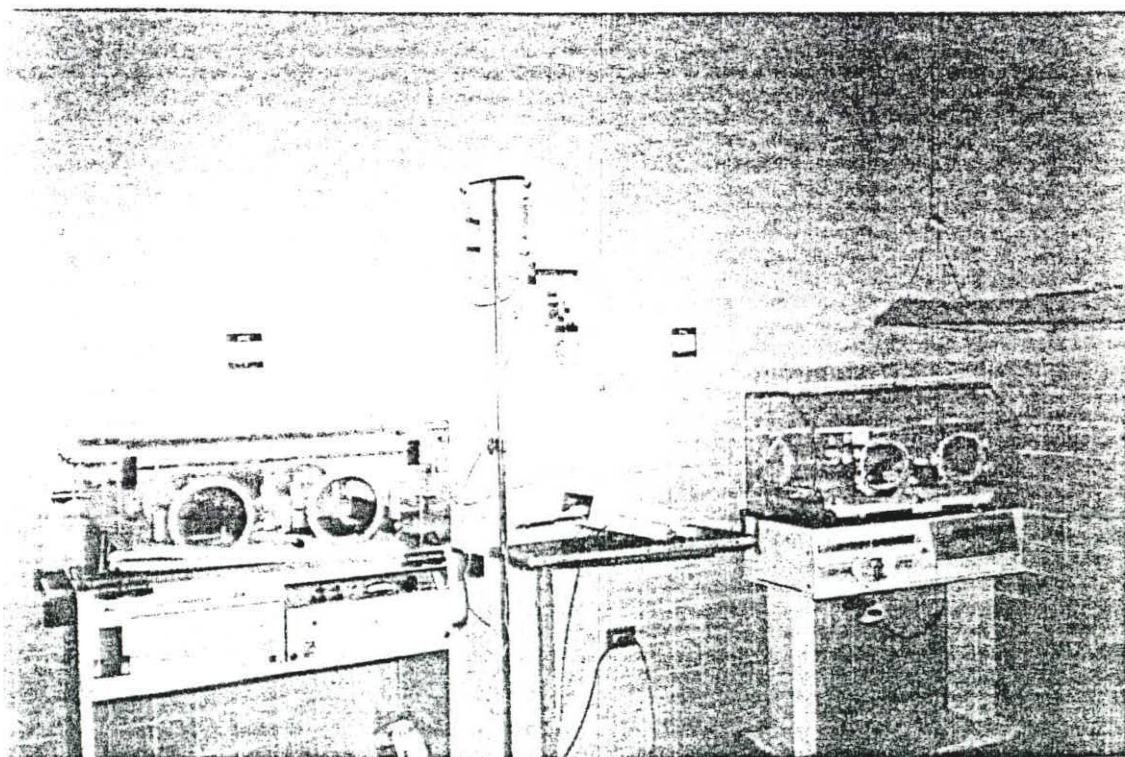
QUIROFANO #1.



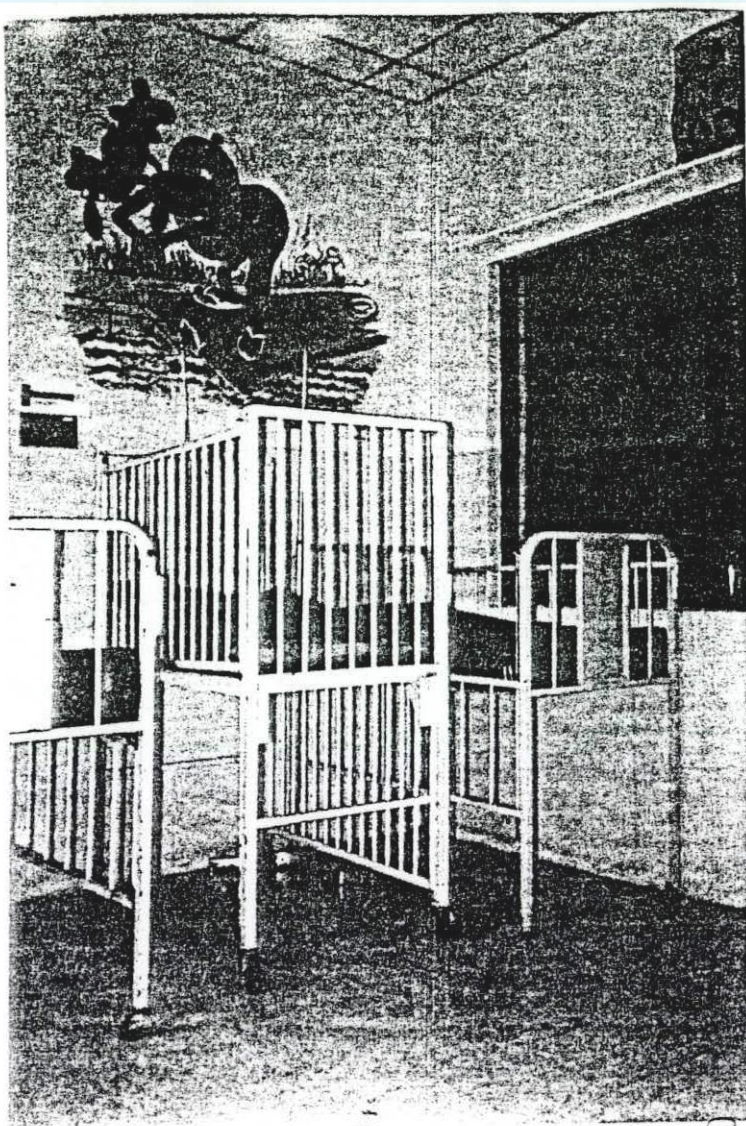
QUIROFANO #2



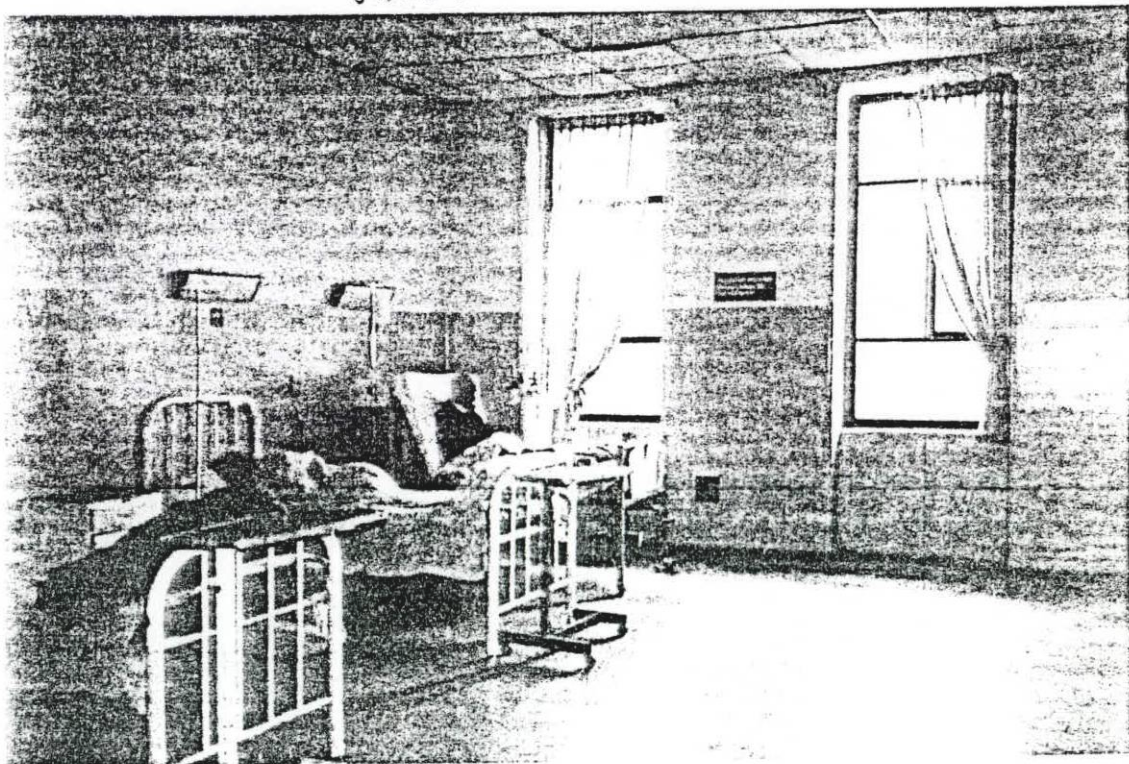
QUIROFANO DE EMERGENCIA.



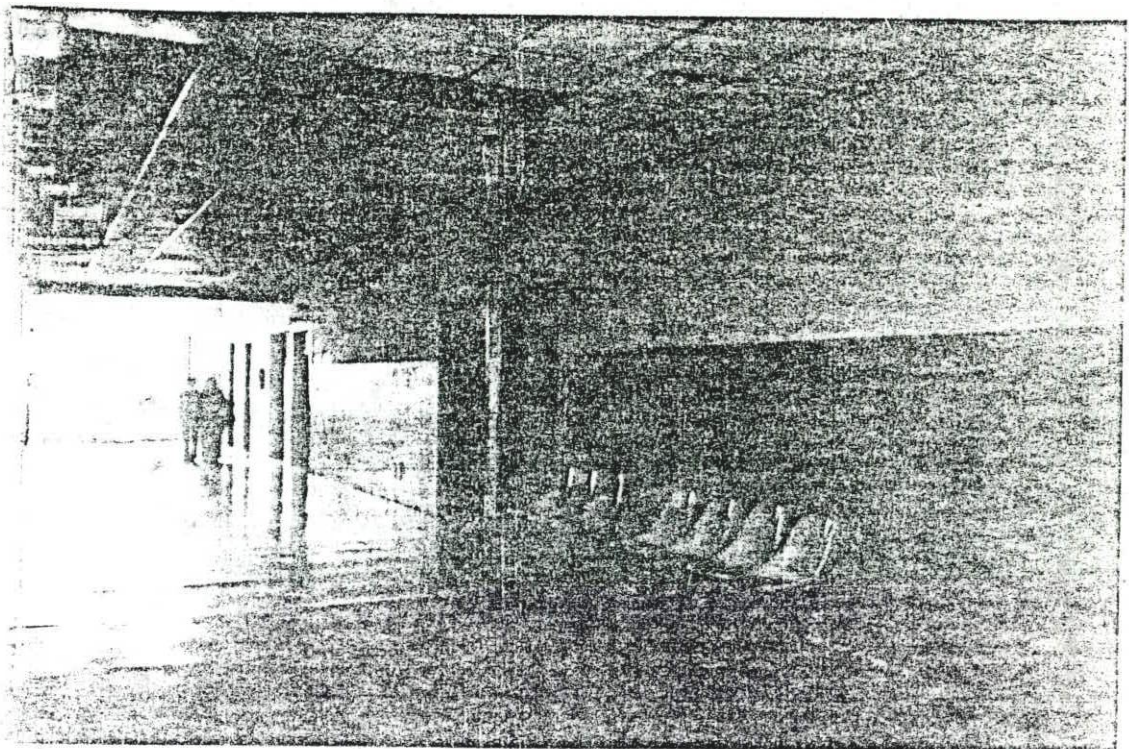
AREA DE NEONATOLOGIA



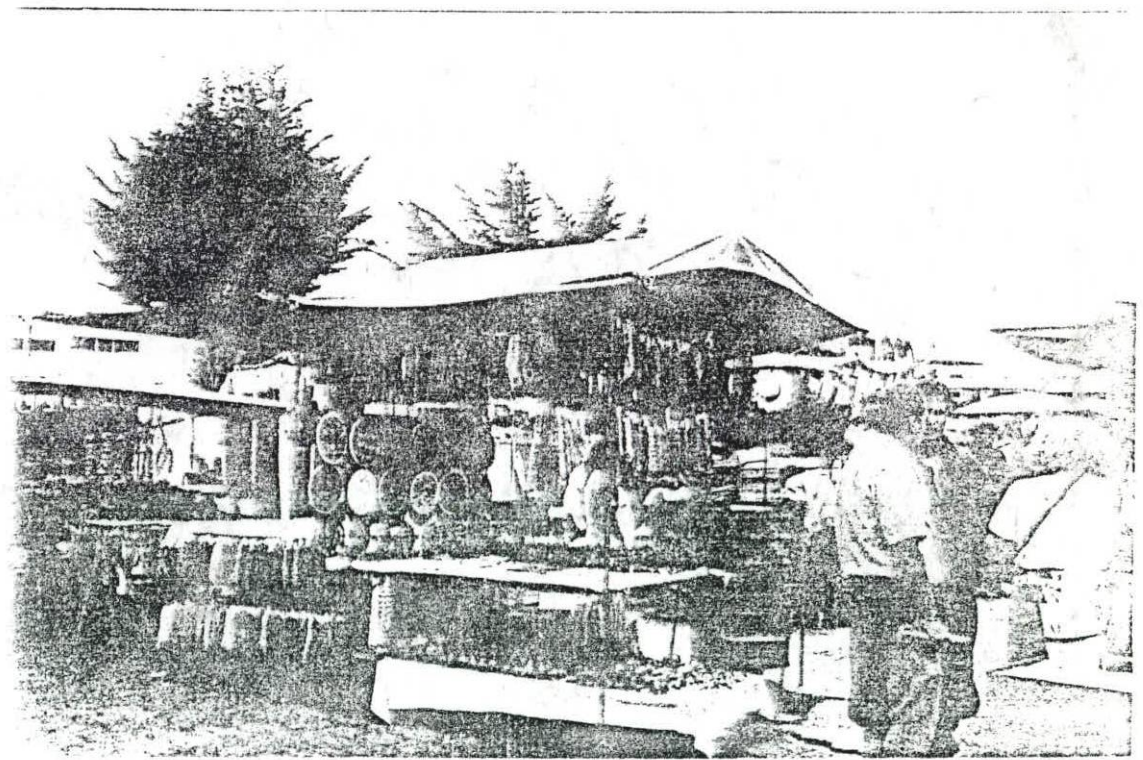
SALA DE INTERNAMIENTO PARA PEDIATRIA



SALA DE INTERNAMIENTO PARA MEDICINA INTERNA.



VISTA GENERAL DEL ARSA DE PENSIONADO



PLAZA DE LAS ARTESANIAS: TEXTIL Y ORFEBRES
POBLACION NETA DEL PROYECTO.