



\*D-18854\*

**ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DEL LITORAL**

**ESCUELA DE POSTGRADO EN ADMINISTRACION  
DE EMPRESAS**

**PROGRAMA DE GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD**

**PRIMERA PROMOCION**

**TRABAJO DE GRADUACION**

**Relación oferta-demanda del Hospital Materno-infantil  
"DRA. MATILDE HIDALGO DE PROCEL"  
desde Julio 1995 hasta Junio 1996**

**REALIZADO POR: GRUPO DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD**

Lic. Julia Santana Pérez

Dr. Juan Pérez Campaña

Dr. Guillermo López Illescas

Dra. Glenda Martínez Peñafiel

Dra. Janeth Quinchuela Chávez

Lic. Mercedes de la Torre Fajardo

**DIRIGIDO POR: Lic. María Cristina Ramos**

**Guayaquil, Diciembre 1996**

T  
614  
SANE  
I Prom-96

## AGRADECIMIENTO

Queremos dejar constancia de nuestro sincero agradecimiento a organismos internacionales: Banco Mundial, Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos, Proyecto FASBASE, a la Asociación de Universidades con Programas de Administración de Servicios de Salud (AUPHA), a la Organización Panamericana de Salud, Organización Mundial de la Salud, y al Ministerio de Salud Pública, por su decidido apoyo efectuado a través de convenios, facilitando las becas y posteriormente su respectivo permiso para ausentarnos de nuestras unidades de trabajo.

De igual manera se reconoce a la Fundación Niñez Internacional por su auspicio y facilidades otorgadas para este postgrado.

A la Escuela Politécnica del Litoral del Guayas y a la Escuela de Postgrado en Administración de Empresas, por haber tenido el acierto de organizar el “Postgrado en Gerencia de Servicios de Salud”, para formar profesionales con alta preparación académica, en momentos en que nuestro país atraviesa una crisis de liderazgo en el sector salud, ameritando contar con agentes comprometidos con el cambio., que participen en el progreso y prosperidad del mismo. A su personal docente, administrativo y de servicio por sus atenciones y esmero para con nosotros.

Es justo reconocer la valiosa asesoría de la Licenciada María Cristina Ramos, quien compartió de manera generosa sus sabios conocimientos y experiencias en el campo de la investigación, convirtiéndose en el eje fundamental para el desarrollo y culminación de nuestro estudio.

Al Dr. Rafael Martínez, admirable amigo , quién con su preocupación , dedicación constante y optimista visión de la vida nos ha orientado con criterios técnicos y humanísticos, estimulándonos siempre hacia metas ambiciosas, le agradecemos por la confianza depositada.

Nuestro reconocimiento a los directivos y personal del Hospital Materno Infantil del Guasmo por su colaboración al permitirnos realizar nuestro estudio en su institución. A los usuarios, que tuvieron la paciencia y nos proporcionaron datos valiosos que se convirtieron en el instrumento de nuestro trabajo. Al Departamento de Estadística, por haber facilitado y dispuesto de ciertos documentos claves para la investigación.

Un reconocimiento especial a nuestros familiares quienes supieron entender las ausencias y nos apoyaron en todo momento.

A nuestros compañeros de aula por un año de esfuerzos compartidos.

A todos los que de una manera u otra han contribuido para este feliz término



## DEDICATORIAS

A mis queridos y siempre recordados padres por su apoyo total mientras permanecieron en esta vida terrenal, a mis hermanos por su apoyo moral y a la amiga incondicional, Adriana.

Julia

A mis padres quienes me han guiado por el camino del amor, esfuerzo y trabajo.

Juan

A mi mujer, por su amor, sacrificios y esfuerzos; a mis hijos, muy especialmente a la “petaquita”, por la alegría de todos los días; y a Doña Guga Ayala, por sus consejos siempre tan acertados y oportunos.

Guillermo

A mi esposo por su apoyo y solidaridad de toda la vida, a mi madre e hijos por brindarme comprensión y su tiempo.

Glenda

A mis padres por su confianza y apoyo que han guiado mi vida; a mi hijo, a quien espero con alegría y amor.. el mejor regalo que Dios me ha concedido.

Janeth

A mi madre, esposo e hijas por su apoyo incondicional; a mi padre que me supo inculcar el estudio y la superación.

Mercedes

## RESUMEN EJECUTIVO

Es un estudio administrativo, transversal y descriptivo. Tiene por objeto establecer la relación entre la oferta y la demanda del hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel durante el período de Junio 1995 - Julio de 1996. El análisis considera dos aspectos fundamentales: el sistema organizacional de la institución y las condiciones socioeconómicas y demográficas de la población. De la oferta se valoró por medio de observación directa la estructura física, estructura financiera, recursos tecnológicos y recursos humanos: médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y personal de servicios varios de los servicios de Ginecología y Pediatría tanto de consulta externa, hospitalización y de emergencia. La demanda se obtuvo mediante información secundaria, encuesta a usuarios y entrevista a grupos focales a usuarios internos y externos e informantes claves sobre datos demográficos, perfil epidemiológico y factores socioeconómicos y culturales de la población. Las conclusiones principales se centran en que no habiendo sido planificado estratégicamente la unidad hemos encontrado un desfase entre los servicios ofertados y las necesidades de la demanda; las recomendaciones se resumen en la planeación estratégica, reestructuración del personal, fortalecimiento del sistema de información e implementación de un sistema de recuperación de costo.

## INTRODUCCION

El enfoque sistémico en la administración de salud, permite visualizar adecuadas vías de desarrollo para la coordinación de los programas a fin de alcanzar los objetivos establecidos, es decir involucrando factores políticos, institucionales, técnicos y conductuales, que intervienen en un programa de atención de salud.

El enfoque comprende tres componentes: insumos, proceso y salida. Los insumos constan de dos áreas de gestión: la oferta y demanda, el proceso mismo y la salida, con dos áreas: el resultado y el impacto. La demanda se caracteriza por tener una dinámica que obedece a aspectos socio-culturales, económicos y políticos. Se puede diferenciar entre demanda real que se relaciona directamente con la oferta, la demanda potencial que es la demanda existente y la demanda sentida que la mayoría de las veces no es considerada como necesidad para los organismos prestadores (oferta), las dos últimas deben ser consideradas en la planificación para lograr el equilibrio oferta demanda, que garantice procesos más dinámicos, en pos de resultados efectivos en la salud de la población, medidos en impacto a mediano o largo plazo.

En los últimos años se viene notando un deterioro sistemático en los servicios de salud expresados en bajas coberturas de atención, alta prevalencia de morbimortalidad de enfermedades prevenibles y deterioro de la calidad de los servicios entre otros, a pesar de tener implantada la estrategia de atención primaria de salud desde hace más de una década. Una de las causas de esta situación es el lento manejo burocrático de los servicios, frente a lo cual el gobierno empezó un proceso de descentralización que se concreta por medio de la creación y fortalecimiento de las áreas de salud, con el objeto de maximizar la capacidad resolutive a nivel local. En la ciudad de Guayaquil, se eligió como área demostrativa el sector del Guasmo siendo denominada la unidad materno infantil del Guasmo como Jefatura de área 1 teniendo bajo su cobertura nueve unidades satélites.

## 1. ANTECEDENTES

La evidente crisis en la atención de salud en el Ecuador, se manifiesta en graves limitaciones de cobertura de un importante segmento de la población ecuatoriana, especialmente de estratos pobres; parece deteriorarse aún más en un futuro cercano, de no mediar un consciente, sólido y decidido proceso de cambio en el sector.

Uno de los factores fundamentales de la crisis de los servicios de salud es su limitada capacidad de gestión, la cual se evidencia en largos trámites burocráticos que no encuentran vías adecuadas para dar el apoyo que requieren los servicios, los que cada día se vuelven más ineficaces e ineficientes.

Los elementos antes señalados constituyen la base de un proceso de reforma de la atención de salud en el país; que habiéndose iniciado, está propiciando un espacio de reflexión y de enriquecimiento de su base teórica para fundamentar con solidez su derrotero.

En Ecuador existen pocos estudios sobre la demanda, utilización y oferta de servicios a nivel del sector. En el caso de la demanda esta carencia es más acentuada, dado el enfoque tradicional de la oferta en el modelo de atención y la falta de estudios sistemáticos en las instituciones del sector.

Esto implica la capacitación de los altos directivos de los servicios de salud, porque si ellos son indiferentes al proceso y no participan, daría lugar a posibilidades de fracaso. Deben liderar el cambio, transformándose de jefes a gestores del mismo.

La Gerencia, el equipo de trabajo y la tecnología de la calidad total están dirigidos a satisfacer las necesidades del usuario tanto interno como externo. Y para satisfacer al usuario debemos conocer sus necesidades, las cuales se clasifican en: necesidades existentes, sentidas que no originan demanda y sentidas que originan demanda; siendo éste último grupo el que determina la demanda real de los servicios y que debe condicionar la oferta.

Al relacionar la oferta con las necesidades de los usuarios, sean individuos, familias o comunidades, aquella cubre una parte y no su totalidad. Siempre la demanda será infinita y en cambio los recursos del sector van a tender a ser menores.

Otro de los problemas más claramente identificados es el de la excesiva centralización, con la consiguiente toma de decisiones alejada de la realidad, lo cual a más de ocasionar serias limitaciones en el funcionamiento de los servicios, coarta las iniciativas del nivel operativo.

El Ministerio de Salud Pública ha definido entre sus políticas fundamentales, el proceso de descentralización técnica, administrativa y financiera del sistema de prestación de servicios, por medio de la creación y fortalecimiento de las áreas de salud y el desarrollo de la programación y administración de los sistemas locales de salud (SILOS). Este proceso, que se está aplicando actualmente, incluye la descentralización de un buen número de proyectos cuyas decisiones deben ser tomadas a nivel local, así mismo el conocimiento de la problemática de salud de la población de cada jurisdicción, el análisis para el establecimiento de prioridades, la toma de decisiones para enfrentar los problemas y el manejo adecuado de sus recursos humanos, materiales y financieros.

La organización de las áreas de salud ha sido uno de los motivos fundamentales para que el Ministerio de Salud Pública, con el objeto de maximizar la capacidad resolutive de los servicios de atención médica, determine elementos cualitativos y cuantitativos del nuevo modelo de atención que ha definido para el país y que deben alcanzarse progresivamente en los niveles locales.

En el país se han creado 180 áreas de salud; en la Provincia del Guayas existen 21 áreas urbanas y 19 rurales. El nuevo modelo de salud se inició en 1.987 con énfasis en la atención primaria de salud con participación activa de la comunidad, llamándose Salud Familiar Integral y Comunitaria (SAFIC), actualmente apoyado en seis áreas, por el proyecto de Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de salud (FASBASE).

Es necesario indicar que en la Provincia del Guayas han sido elegidas como áreas piloto en el desarrollo de la atención primaria de salud, los barrios del Guasmo y Trinitaria, que son parte de un vasto sector geográfico urbano-marginal de la ciudad y del cantón Guayaquil.

La ciudad de Guayaquil se ha caracterizado desde fines del siglo XIX, por haber desarrollado una dinámica de crecimiento económico y poblacional mayor que el resto del país, debido a las relaciones productivas generadas por la agroexportación, el comercio, y el desarrollo bancario-financiero.

El crecimiento de Guayaquil, se da en un contexto socioeconómico incapaz de responder a las necesidades de vivienda de la mayoría de sus residentes, inmigrantes y oriundos de la ciudad. En consecuencia los tugurios centrales se saturaron y los asentamientos urbanos espontáneos se vuelven la principal modalidad de crecimiento y expansión citadina.

El proceso de crecimiento más dramático fue en el sur de la ciudad, "El Guasmo", una área de planicie baja, sujeta a inundaciones y estaciones lluviosas, parecido al suburbio oeste de la ciudad.

Antes de 1.978, la población del Guasmo era aproximadamente de 33.000 moradores; a comienzos de la década de los 80 se estimaba en 200.000 personas; un crecimiento sorprendente que se produjo en oleadas sucesivas a partir de esa fecha. En el período 1.982-1.990 el ritmo de crecimiento de viviendas y población se moderó, aunque mantuvo relativamente altos niveles en el último período intercensal; luego el Guasmo tiende a estabilizarse y consolidarse.

El crecimiento desordenado trae consigo una población asentada en terrenos sin infraestructura sanitaria, escasa recolección de basura, mala organización barrial, con innumerables problemas sociales de desocupación, delincuencia, desorganización del núcleo familiar, violencia, maltrato infantil y a la mujer. La mayor proporción de tipo de trabajo es informal como: comerciantes, lavanderas y pequeños negocios, entre otros.

Dentro de este entorno en 1.980 se instalaron dos subcentros de Salud en Guasmo sur, con atención ambulatoria de 8 horas diarias y servicios básicos para atender aproximadamente a 100.000 habitantes. Debido al crecimiento desmedido de la población se vio en la necesidad de crear una unidad de mayor complejidad. Por tal razón en 1.988 se inaugura el Hospital Materno Infantil del Guasmo, con atención permanente.

Creadas las áreas de Salud, se le asignó al Guasmo Sur una cobertura de 150.000 habitantes, siendo insuficiente los dos subcentros y el Hospital

materno-infantil, por lo que se incrementó la prestación de servicios con la creación de 7 unidades más, conformándose el Area de Salud No.1 del Guayas, cuya Jefatura es el Hospital Materno Infantil que representa el nivel de referencia y de resolución técnico-administrativa para los subcentros satélites.

Progresivamente los servicios del hospital se han ampliado; de partos eutócicos a cirugías programadas, hospitalización materna y pediátrica, servicios de neonatología con su terapia de cuidados intensivos, servicios de apoyo como laboratorio clínico, radiología, citología, ecosonografía, electrocardiografía, psicología clínica y trabajo social. Se cuenta actualmente con una aceptable infraestructura física, equipamiento tecnológico moderno, con organización departamental acorde a las necesidades del área.

La atención del hospital es de 24 horas/día para hospitalización, emergencia y cirugías, siendo de 8 horas para consulta externa de ginecología, obstetricia, pediatría y cardiología.

Este modelo se basa en la atención de calidad a la población en general, priorizando los grupos de mayor riesgo, buscando la participación deliberante de los usuarios, proporcionando salud integral al individuo, familia y comunidad tomando en cuenta también su medio ambiente.



## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de tener el hospital una plantilla de personal suficiente, debido a los traslados administrativos ha disminuido el recurso humano afectando la calidad de la atención y la capacidad resolutive del mismo. Algunas personas que acuden al esta unidad son transferidas por diversas causas a otras unidades de mayor complejidad, como los hospitales Abel Gilbert Pontón, Francisco Icaza Bustamante, Maternidad Enrique Sotomayor, entre otros.

Observamos que existe baja atención a la población asignada al hospital, pero se compensa por la demanda referida de Subcentros y demanda espontánea de otros sectores fuera de su área de cobertura. En el servicio de hospitalización pediátrica, que cuenta con 16 camas los ingresos son bajos provocando subutilización de los profesionales del área y una baja cobertura global de la unidad.

Siendo un hospital de referencia, todas las morbilidades no son cubiertas por médicos especialistas porque de sus 20 pacientes atendidos diariamente, el 70% constituyen consultas de fomento, utilizando inadecuadamente el recurso técnico especializado.

El absentismo del personal de salud trae descontento, insatisfacción y desconfianza al usuario por las consultas y emergencias no atendidas, que conlleva al abandono del tratamiento y buscando otras unidades que aunque lejanas les dan solución a sus problemas.

Por lo anteriormente mencionado el grupo de Atención Primaria de Salud del Postgrado en Gerencia de Servicios de Salud ha creído necesario realizar el estudio: **Relación oferta-demanda del Hospital Materno-infantil "Dra. Matilde Hidalgo de Procel" desde Julio 1995 hasta Junio 1996.**

ESPOL  
1995

### 3. JUSTIFICACION

En la época actual en que los cambios se producen a mayor velocidad y ante la crisis que nuestros países andinos enfrentan, el sector salud debe retomar otros rumbos que le permitan no tocar fondo y prepararse para la Reforma de Salud en la que todos debemos estar inmersos buscando equidad, eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios de salud.

Hay que resaltar el significado que tiene el recurso humano, como ente transformador de situaciones, que debería estar motivado, orientado por una misión y visión de su trabajo, satisfecho de su labor y que brinde lo máximo de su capacidad técnica, intelectual e iniciativa propia para llevar adelante su acción de servicio. Socialmente los resultados se traducirán en una población satisfecha, que valore los servicios recibidos y se comprometa a participar activamente en mejorar su nivel de vida.

Uno de los objetivos de la Gerencia de los Servicios de Salud, es la resolución de los problemas detectados en cada comunidad. Estas situaciones no deseadas se logran conocer a través de un diagnóstico demográfico, epidemiológico y social condicionado por factores ambientales, que sirva de base para una planificación y organización adecuada, buscando resultados acordes a las metas trazadas.

La Gerencia, el equipo de trabajo y la tecnología de la calidad total están dirigidas a satisfacer las necesidades del usuario. Si éste no existiera no se justificaría la razón de ser de las unidades de salud. De ahí lo imperativo de plantear un estudio basado en la relación de la oferta y demanda de esta unidad operativa.

Es importante este trabajo de investigación para conocer si los servicios de salud ofertados son suficientes para llenar las expectativas de la demanda y satisfacer las necesidades racionales de salud de la población.

Las recomendaciones sugeridas en el presente estudio van a servir de guía a los directivos y al equipo de salud del Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel quienes considerarán las estrategias presentadas, las mismas que tienen por objeto mejorar la calidad de los servicios que oferta actualmente esta institución de salud.

## **4. OBJETIVO**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Establecer la relación entre oferta y demanda del Hospital Materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo de Procel” de la ciudad de Guayaquil.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar la accesibilidad de la población a los servicios de gineco-obstetricia y pediatría
- Analizar el sistema organizacional de la institución
- Valorar la estructura financiera, humana, física y tecnológica del Hospital
- Determinar la disponibilidad de los recursos existentes en esta unidad de salud.
- Identificar la demanda real y potencial de la población que constituye el área de influencia de la maternidad
- Identificar las condiciones sociales, económicas, culturales y demográficas de la población.
- Explorar la opinión de la población respecto a los servicios
- Detectar las necesidades sentidas de la población

## 5. MARCO TEORICO

### 5.1 SISTEMAS DE SALUD

#### 5.1.1 GENERALIDADES

Los servicios de salud son una respuesta técnica a las necesidades de una población; en este caso a necesidades específicas de lograr un estado satisfactorio de bienestar.

Todas esas unidades que ofertan servicios sanitarios están relacionadas entre si y se estima que en su conjunto responden a un SISTEMA DE SALUD, que según Cordera-Bobenrieth son “Un todo complejo e integrado de diversos elementos sociales, políticos, económicos, administrativos, tecnológicos, etc., con interrelaciones directas que dan por resultado un estado de bienestar bio-sico-social de la población en su conjunto.”

El diseño de un sistema de salud se lo realiza con el fin de dar una respuesta correcta a las necesidades reales de una población, por lo tanto el mayor conocimiento de esta población y de sus requerimientos, teóricamente va a producir una mejor solución en el ámbito sanitario.

Para comprender mejor este enfoque diremos que los insumos se componen de dos áreas de gestión: demanda y oferta; el proceso en sí mismo se comporta como un área y la salida se conforma por otra dos áreas: resultado e impacto.

En Gerencia de Servicios de salud, estas son las cinco áreas esenciales de la gestión organizacional y por lo tanto son las cinco áreas que deben ser objeto de control.

El área de demanda permite el control entorno organizacional, identificando las variaciones que se producen en términos de necesidades de salud de la población y las variables que la condicionan.

El área de la oferta controla la cantidad y la calidad de los recursos institucionales, su organización y el ambiente laboral todo en relación a la demanda.

El área de proceso controla la interacción de la demanda y oferta. En la organizaciones de salud a dicha interacción se la denomina proceso de atención.

En el área de resultados controla la cantidad de los productos alcanzados, midiendo las desviaciones que pudieran sufrir los objetivos de producción planificados.

Por último, el área de impacto controla efectividad de los productos alcanzados en término de mejoramiento o deterioro de la situación de salud de la población.<sup>1</sup>

Existen muchos conceptos de sistemas pero que en resumen tratan de recordar al gerente que se trata de “un conjunto de elementos, muy variados que se interrelacionan entre sí”, por lo que si cambian alguna de sus partes afecta a la totalidad del mismo.

Kast y Rosenzweig lo definen como “un todo organizado o complejo, un conjunto o combinación de partes o cosas que forman un todo unitario” Es importante también hacer notar que en un sistema sus partes interactúan para alcanzar un propósito u objetivo.

Esta interrelación de sus partes lo enfatiza Churchman, cuando se señala que en el análisis de un problema inmediatamente se aprecia que para su solución se requiere de la acción sobre otro.

Cordera y Bobenrieth conceptúan muy bien lo que es un sistema de salud, en que los diferentes elementos que interactúan “dan por resultado un estado de bienestar bio-sico-social de la población en su conjunto”

---

<sup>1</sup> Vargas Fuentes, Mauricio. Gerencia de Servicios de Salud. San José, Costa Rica: ICAP, 1990

Los diferentes autores están de acuerdo que un sistema siempre es algo más que la simple suma de sus partes constituyentes; ese algo más es el resultado de la interacción, en distintas proporciones de las partes.

El Sistema Nacional de Salud es el “conjunto de instituciones, normas y procesos políticos, jurídicos y administrativos que articulan a todas las personas naturales y jurídicas, públicas o privadas que realizan acciones de promoción, prevención, atención y recuperación de la salud, así como aquellas que desarrollan actividades de rehabilitación, al igual que las instituciones académicas investigativas y organizaciones sociales que capacitan y organizan los recursos humanos destinados a ejecutar dichas acciones”

Un sistema de atención médica integra diferentes valores y conocimientos biológicos, síquicos y culturales con elementos técnicos, económicos y sociales para prevenir, curar o paliar la enfermedad y la rehabilitación posterior; los sistemas de atención médica responden a lo que se concibe como salud, concepto abstracto y que varía mucho de acuerdo a las personas que lo consideraran.

Es importante tener presente la relación estrecha que existe entre los sistemas de salud, de atención médica y sociales, que en su conjunto forman un suprasistema, en el que es necesario en cada caso particular identificar sus componentes y estudiarlos en forma científica, lo cual requiere de una constante vigilancia epistemológica que subordine el uso de técnicas y conceptos a un examen sobre las condiciones y límites de su validez y que nos obligue a que toda operación sea repensada en si misma y bajo sus particulares condiciones. Esto es muy importante cuando se trata de aplicar modelos externos y que funcionan en una realidad distinta a la nuestra. Con frecuencia sucede que magníficos modelos con excelentes resultados en otros lugares fracasan en nuestro medio, “de manera inexplicable”.

## 5.1.2 EVOLUCIÓN HISTÓRICA

Foucault señala ya en el siglo XVIII el creciente interés de parte del estado para garantizar la salud física para el trabajo y la producción así como para contar con una fuerza militar capaz de transportarse a grandes distancias, mantenerse sanas y capaces de ganar batallas; esto se torna explícito en Alemania con su política médica de 1764.

En 1834 se emite en Inglaterra “La Ley de los Pobres” que apoya algunas modificaciones en la forma de vida de los trabajadores industriales y que se traduce en una mejoría de la salud de los individuos, en especial de los viejos.

Bismarck en Alemania, 1883-84 y 1889, introdujo los seguros de estado contra la enfermedad, los accidentes y para la vejez. Por esta razón es considerado el creador del estado asistencial.

Para principios del siglo XX en América se inicia acciones de saneamiento ambiental, especialmente en los puertos. Abraham Flexner en 1910 realiza una importante investigación sobre la formación académica de los médicos en Estados Unidos de Norteamérica y Canadá, lo cual permite ver las grandes diferencias de estudios de un lugar a otro y por otro lado, obliga a la formación de la asociación de hospitales y escuelas de medicina, dando a esta profesión un carácter o énfasis bio-médico exclusivo, que ha perdurado hasta nuestros tiempos en los que se ha agregado el enfoque sico-social del individuo.

La Seguridad Social se introdujo en América Latina a partir de 1924, en Chile; posteriormente se dio en Brasil, Ecuador y Perú (1934, 35 y 36, respectivamente). En 1942 el famoso Plan Beveridge menciona por primera vez “el derecho a la Salud y la lucha contra las enfermedades, la ignorancia, la suciedad, la ociosidad y la indigencia.”

El 10 de Diciembre de 1948, en su Declaración de los Derechos Humanos, las Naciones Unidas hicieron explícitos el derecho de la población a la salud y esto ha estimulado mayores acciones gubernamentales para aumentar la cobertura.

Es precisamente el aumento de la cobertura de atención la que ha incentivado a los latino-americanos a adoptar una serie de lineamientos en la oferta de servicios, cuyo eje central lo constituye la Estrategia de Atención Primaria de Salud con Participación Comunitaria. Es útil recordar la reunión de Alma-Ata, Rusia de 1977, con su célebre política de “Salud para todos en el año 2.000.” Alrededor de este lema, los gobiernos de todo el mundo y con el apoyo técnico de la OMS-OPS. y organismos de Naciones Unidas han desarrollado ingentes esfuerzos para asegurar un nivel mínimo funcional a sus conciudadanos.

En el Ecuador se comienza a hablar del Nuevo Modelo de Atención a partir del año 1988 en la que se inicia el Programa de Salud Familiar Integral y Comunitaria, el mismo que continúa hasta la presente, con ligeras modificaciones y con el nombre de Programa de Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud (FASBASE).

Anteriormente ya se dió en nuestro país un intento para lograr atender a una mayor población, dando énfasis a los sectores rurales históricamente relegados; es así que se inició el Servicio de Medicatura Rural hace más de 20 años y los programas de extensión de cobertura a través de promotores(as) tanto a nivel rural como urbano-marginal, éstos últimos apoyados por el proyecto “Banco Central-Foderuma” y por el UNICEF.

### **5.1.3 CLASIFICACIÓN DE LOS SISTEMAS:**

Se ha tratado de agrupar los sistemas en diversas categorías según sus semejanzas y diferencias. Kenneth Boulding ha propuesto una jerarquía de 9 niveles, que va desde la estructura estática simple hasta el nivel trascendental, que es el fin al cual pretende llegar la humanidad.

Se puede clasificar los sistemas en su relación al medio ambiente en cerrados, abiertos, dinámicos y adaptables. Von Bertalanffy, en 1950 conceptúa los sistemas cerrados como “aquellos en los cuales no hay ninguna materia que entre o salga de ellos”. Por el contrario los sistemas abiertos mantienen un constante cambio de elementos con el medio que les rodea; todos los sistemas vivientes y por supuesto los sociales son ejemplos de este tipo. Los sistemas cerrados tienden a un equilibrio estático y luego al caos (entropía, que se basa en la segunda ley de la Termodinámica).

En los sistemas abiertos, como son los de salud y atención médica, se da el “Feedback de Wiener” que es la capacidad de ajustar la conducta futura en relación a la actuación pasada. Esto es sumamente importante ya que en los sistemas abiertos es imposible la exacta repetición de lo sucedido. También hay que tomar muy en cuenta que el contexto ambiental, es decir el espacio social en que se encuentran los sistemas de salud, está sufriendo cambios continuos a un ritmo cada vez más acelerado y hacia una complejidad mayor; por tanto su estudio constante es obligado.

#### **5.1.4 EL ENFOQUE SISTÉMICO EN LA ADMINISTRACIÓN DE SALUD**

Existen tres áreas en la conformación del enfoque sistémico: el pensamiento sistémico, el análisis de sistemas y la administración sistémica; a partir de las cuales se pueden intentar una sistematización que nos permitan orientarnos en las complejidades del tema.

La administración sistémica permite el desarrollo de vías adecuadas para la coordinación de los programas a fin de alcanzar los objetivos establecidos. El análisis de la organización a través del pensamiento sistémico nos lleva a la tercera área de la aplicación administrativa con enfoque de sistemas. El enfoque sistémico nos permite la visualización de todos los factores políticos, institucionales, técnicos y conductuales involucrados en un programa de atención de la salud.

Este punto de vista globalizador le permite al gerente orientar su trabajo de manera correcta al tomar en cuenta sus debilidades y fortalezas que le son propias y de esa manera lograr los mejores resultados, con el menor esfuerzo y a una mayor población beneficiada. Técnicamente hablando vamos a lograr eficacia, eficiencia y equidad en nuestro trabajo, premisas que han sido definidas como las ideales para todo administrador sanitario.

### **5.1.5 SISTEMAS LOCALES DE SALUD (SILOS)**

Constituyen una respuesta operativa a la aplicación de la teoría general de sistemas dentro de un marco geográfico poblacional definido. Por medio de los sistemas locales de salud se trata de minimizar los costos (junto con la estrategia de la Atención Primaria de Salud y el uso de tecnologías apropiadas) y de lograr una mayor agilidad en la toma de decisiones ya que las mismas se dan al más bajo nivel administrativo, es decir, lo más cerca posible del problema.

Es una forma de relacionar los problemas y necesidades en salud de los conjuntos sociales que viven en espacios geográficos delimitados con los conocimientos y recursos institucionales y comunitarios, de tal modo que sea posible definir prioridades, considerar alternativas reales de acción, asignar recursos y conducir el proceso hasta la resolución o control del problema.

Esta aplicación de los conocimientos se la hace con el fin de igualar la oportunidades de acceso y cobertura de los conjuntos sociales en función de sus riesgos relativos (maximizar la equidad), alcanzar los mejores resultados posibles y la mayor calidad compatible con los recursos del sistema de salud y de los otros sectores involucrados con los que los entes sociales estén dispuestos a destinar para estos fines (eficacia); igualmente hay que lograr hacer el mejor uso posible de los recursos, tanto de la población como del sistema de salud y de los otros sectores sociales involucrados (eficiencia social), a través de un amplio proceso de participación social.

El principal reto que se plantea un SILOS, es el de aplicar los conocimientos en salud con la más amplia participación social de los grupos humanos e instituciones involucrados, con equidad, eficacia y eficiencia social, mediante un enfoque integral de las acciones que contemple la promoción, prevención, curación y rehabilitación.

La Gerencia en los SILOS, entendida como una función propia de los administradores y vista desde el ángulo de la administración estratégica, se refiere a la acción que hace viable y factible el mejor uso de los recursos para el logro de los objetivos sociales que se persiguen, mediante un proceso continuo de toma de decisiones que se fundamenta en la definición y análisis de problemas y en la asignación de los correspondientes recursos para la solución de los mismos, de manera que estas decisiones se conviertan en acciones efectivas.

En nuestro país como política general del Estado se considera a la “Modernización” como base conceptual para lograr los objetivos propuestos por el gobierno del Arq. Sixto Durán; se inició un proceso de descentralización a todo nivel, que en el sector salud se tradujo por la conformación de 180 áreas de salud, teóricamente capaces de manejarse descentralizadamente en los aspectos técnicos, administrativos y financieros. Esta situación constituye un “proceso” con un largo camino a seguir, actualmente existe mucha diferencia en el estado de cada una de las áreas creadas, que se debe a varios factores y en especial por la falta de recursos y capacidad gerencial.

## **5.2 ORGANIZACIÓN**

### **5.2.1 CONCEPTUALIZACION**

Es el conjunto de esfuerzos cooperativos, ordenados, en consonancia con una estructura de las partes que la componen y que están acorde con la armonía. Esto implica dos elementos: la división del trabajo y la integración o coordinación. Ambas implican la estructura y los procesos que se desarrollan en torno al trabajo.

El funcionamiento de las organizaciones se realiza por medio de: a) una estructura o conjunto de partes que constituyen el armazón o esqueleto de la organización, y b) una serie de procesos o flujos de actividades que se generan en cada una de las partes que se integran y coordinan para alcanzar el propósito organizacional. La estructura o partes en que se divide e integra el trabajo de una organización está caracterizado por varias posiciones y estatus dentro del esqueleto organizacional. Estas posiciones representan los diferentes niveles jerárquicos y el estatus nos indica el grado de autoridad o distribución del poder formal dentro de la organización. Las funciones de la estructura son alcanzar el propósito organizacional, disminuir las diferencias individuales y distribuir el poder formal dentro de la organización. Las partes básicas en que se divide la organización son: el nivel operativo, la cima estratégica, la línea media, la tecno-estructura y el apoyo. Los procesos o flujos de actividad dinamizan la estructura; existen diferentes flujos de actividad o procesos dentro de la organización, tales como los flujos de actividad formal, el de actividad regulada, el de información, de toma de decisiones y el flujo de relaciones informales o constelaciones de trabajo.

Los procesos se caracterizan por ser especializados, formalizados, estandarizados y centralizados. Su función es la de integrar y coordinar las actividades de las partes para orientar sus esfuerzos al logro del propósito organizacional.

Entre los principales exponentes de la Escuela de la Organización debemos considerar, en sus propuestas básicas a:

Chester Barnaz, que describe a la organización como el sistema de conductas sociales de cierto número de personas y relacionadas entre sí, las que reciben alicientes en compensación de sus aportes lo que se traduce por eficiencia e identificación organizacional.<sup>(2)</sup>

---

<sup>2</sup> Chester Barnaz (1887-1961) La Función del Dirigente, Fundamento de la Teoría del Equilibrio.

Herbert Simon, introdujo importantes desarrollos integradores en materia de autoridad, influencia, decisiones, equilibrio, eficiencia y de razonamiento del hombre administrativo; también esboza temas como lealtad e identificación organizativa. Propone dos modelos: uno de análisis de la conducta y otro del equilibrio de la organización, resumido en uno para el análisis del sistema de influencia ejecutiva.<sup>3)</sup>

J. March y R. Cyert., en su teoría de las decisiones económicas en la empresa, contribuyen con los siguientes aportes: un análisis de la teoría conductiva y su comparación con la teorías económica y de la organización; un estudio del proceso de formación de objetivos y de los fines individuales-grupales y, por último, una categorización del proceso de toma de decisiones, describiendo detalladamente su estructura y su puesta en operación.

De D. Miller y M. Starr., en sus Acuerdos ejecutivos e investigación de operaciones, efectúan estudios basados en la toma y teoría de las decisiones. Crean modelos de decisión ante los distintos estados de información: certeza, riesgo, incertidumbre e información parcial.

Las organizaciones aprenden por todo lo largo del tiempo a través de un comportamiento adaptativo, lo cual le permite incorporar a su experiencia propia, la experiencia de otras organizaciones y los cambios que se suceden en su ambiente interno y externo. Es por tanto, la organización un sistema de conductas sociales relacionadas entre si y que involucra una serie de actores los cuales participan con sus capacidades intelectuales y físicas, y que a su vez reciben de la organización alicientes lo cual crea una reciprocidad y equilibrio.

Este dar y recibir tiene que ver con la decisión de participar o no en la organización, lo que se relaciona con el grado de satisfacción y las perspectivas futuras que se puedan advertir dentro de su estructura, que a su vez depende de la política y los objetivos que la organización persigue y que constituye la guía de todas las actividades organizacionales.

---

<sup>3</sup> Herbert Simón (1916) El comportamiento administrativo

En toda organización hay tres aspectos a observar: primero su estructura, que se determina mediante un procedimiento comparable al examen físico de un paciente; el segundo, es la suma de los procesos evolutivos mediante los cuales la organización se mueve en el tiempo y el tercero, es su contexto ambiental.

El elemento humano es vital para una organización. La estructura física y la carta o cuadro de la organización se establece, de tal manera, que la gente pueda adaptarse a ella y el proceso completo dependerá de como trabaja la gente. La mayoría de las organizaciones en el campo de la salud podrían emplear rápidamente todos sus recursos para suministrar los cuidados necesarios. Las organizaciones deben hacer inversiones hoy, con el propósito de obtener beneficios mañana; las instituciones se crean con la finalidad de coordinar esfuerzos entre individuos para el logro de un objetivo. La organización debe de adaptarse y ensamblar las distintas funciones profesionales que forman parte de la atención de la salud con los diferentes criterios que surgen en cuanto al tiempo y las prioridades. El administrador debe de mantener equilibrio entre la diferenciación e integración.

Toda organización debe de tener reglas de comportamiento con el fin de lograr sus objetivos mediante actividades coordinadas. Los miembros de una organización, comúnmente definidos como “aquellas personas que están en la nómina de los pagos”, están en la obligación de desarrollar ciertos comportamientos a cambio de determinadas prestaciones.

El papel de la administración y el liderazgo requiere comprensión de las interrelaciones de todas las partes constitutivas antes descritas, porque cada una de ellas son para la organización, al igual que cada parte del cuerpo humano, interrelacionadas e inter dependientes con las demás. El punto de vista de la organización como un todo, similar al punto de vista del paciente como un todo, es fácil de concebir pero muy difícil de poner en práctica en un mundo de especialización y división del trabajo, tanto en administración como en cuidado al paciente.

### 5.2.2 LA ORGANIZACIÓN COMO UN SISTEMA ABIERTO

Se ha considerado importante conceptualizar a la organización como un sistema adaptable de procesamiento de la información que se interacciona como un entorno al que trata permanentemente de comprender y dominar. Como tal sistema, la organización está integrada por distintos elementos conscientemente coordinados; el objeto de esta coordinación es proporcionar a sus miembros una capacidad de defensa y reacción frente a un entorno que, aunque no necesariamente hostil, resulta amenazador por el solo hecho de que tiene un repertorio de posibles movimientos mucho más variados y ricos que el de la propia organización.

La ventaja que la organización tiene frente a la mayor diversidad del entorno es su capacidad de planificar y coordinar conscientemente sus propios movimientos; ésta es la fuente de la principal fortaleza que puede tener una organización.

La organización es por lo tanto un sistema abierto a su entorno por varios sentidos: el primero y el más obvio es el de la base física porque una organización intercambia bienes y servicios con clientes y proveedores para obtener un excedente económico, satisfacción o cumplimiento de los objetivos institucionales, tal como es el caso de los servicios oficiales de salud. Otra dimensión es la que se refiere al procesamiento selectivo de la información que se recoge del medio que los rodea; las organizaciones suelen desarrollar tres tipos de reacciones frente a las señales del entorno: las que aparecen irrelevantes y provocan una respuesta pasiva, las que parecen relevantes y provocan respuesta programada y las que generan respuestas anticipatorias que preparan con antelación acciones innovadoras para responder amenazas o riesgos que pueden materializarse en el futuro.

Este proceso de visualización del futuro y concepción de una respuesta articulada frente al mismo, implica la de una estrategia, entendida como “conjunto de decisiones en una empresa que: 1.- determina, configura, y revela sus metas, propósitos y objetivos, 2.- genera las principales políticas y planes para alcanzar tales objetivos; y 3.- define el negocio en el que

la empresa quiere operar, así como la naturaleza de las contribuciones económicas y no económicas que pretende hacer a sus accionistas, empleados, clientes y comunidades sociales”

Los elementos que sirven de insumo para el diseño de una organización, empresa o institución, en su funcionamiento y en su asignación de recursos tecnológicos, humanos y sistémicos para hacerla funcionar, usualmente incluye a:

- El medio ambiente externo (lo político, económico y social, los donantes, el mercado y sus segmentos, la competencia y los competidores) y los desafíos que se plantean a la organización.
- Los objetivos a lograr y las estrategias a ejecutar.
- La disponibilidad del conocimiento administrativo requerido para poner y mantener en funcionamiento la organización a medida que transcurre las etapas del nacimiento, crecimiento, despegue, madurez y reorganización.
- Las personas que toman las decisiones y las ejecutan, sus agendas de trabajo y sus interrelaciones personales, familiares, profesionales y grupales.
- Los recursos materiales disponibles para el funcionamiento de la organización (financieros, sistémicos, físicos).
- El medio ambiente interno, clima y cultura organizacional.
- Las bases de poder formal e informal en la interrelación entre las personas de la organización.

Obtenidos estos elementos formales e informales se consideran varias estructuras de organización que cumplen, en primer lugar, con los requerimientos externos (medio ambiente, clientela y competencia, los objetivos y estrategias correlativos, asignación de recursos y tecnologías consecuentes), y desde luego que cumplan con los requerimientos internos (personas y sus interrelaciones, medio ambiente interno, bases de poder y demás).

Las estructuras de la organización pueden considerar varias formas de agrupación, por: geografía, por función (servicios médicos, mercadeo, administración, finanzas, proyectos, investigación, fomento comunitario), por clientela (servicios a personas, a empresas), por procesos (servicios médicos, de enfermería), por jerarquía (asamblea general, directorio, gerencial, funcionales).

Es deseable que el proceso de diseño organizacional comience por estructurar la interacción operativa de la empresa, con la clientela y la comunidad y desde ahí a los niveles superiores (desde abajo hacia arriba) y luego se la estructure desde sus niveles superiores (desde arriba hacia abajo), hasta los puntos y momentos de interacción con el cliente (momentos de verdad), continuando con este proceso bi-direccional hasta empatar bien los niveles estructural y funcional de estas unidades organizacionales, con la clientela y la comunidad.

Luego es deseable definir las interrelaciones horizontales entre las diferentes áreas y niveles comenzando por determinar los requerimientos de apoyo interno que tienen las áreas que sirven a los usuarios (desde afuera hacia adentro). Estas áreas operativas de apoyo y servicios usualmente internos en la organización son las que el cliente no las ve, pero las siente (desde adentro hacia afuera).

Podemos decir que el sistema, empresa u organización está conformado por cuatro sub-sistemas que se relacionan entre sí, pero que a su vez tiene una direccionalidad de influencia dada por niveles:

- El sub-sistema político: es el primer nivel y condiciona a los demás; es el que recibe el input y define el accionar organizacional a través de los fines que se proponen alcanzar. Dentro de este sub-sistema están las personas, con fines individuales y colectivos y en la mediación de estas particularidades juega un papel muy importante el recurso que cada uno de ellos maneja, lo cual le da poder produciéndose una negociación mediante la cual se llegará a un consenso.

- El sub-sistema administrativo recibe la influencia del sub-sistema político y condiciona a los restantes; en este nivel se generan la comunicación, influencia, información y control para que la política y objetivos de la organización se consoliden. Se precisa que los individuos se encuentren vinculados y se establezca una influencia que permita que el accionar y la conducta orienten al logro de los resultados.
- El sub-sistema decisorio recibe la influencia del sistema político y el administrativo y condiciona a su vez al sub-sistema operativo. En este nivel se realizan las políticas y programas que servirán al sistema operativo, se analizan las distintas alternativas existentes y se elige la más adecuada para el logro de la meta fijada.
- El sub-sistema operativo recibe la influencia de los sub-sistemas arriba mencionados, se relaciona directamente con el nivel decisorio y le corresponde la ejecución de todo lo programado.

Si consideramos que la estructura de una organización está conformada por la interrelación entre los distintos sub-sistemas, al analizar la estructura de una organización se deberá tomar en cuenta las metas y recursos, el tamaño y la conformación de la institución o empresa, las variables operativas y de comportamiento de los grupos humanos que la conforman, así como también las necesidades estructurales que exigen las metas y el nivel de recursos presentes y planeados; de esta forma los procesos de cambio que se generen podrán ofrecer lineamientos para la modificación de los sub-sistemas lo cual se logrará cambiar también la estructura.

### **5.2.3 ESTRATEGIA ORGANIZACIONAL**

La mayoría de los comentaristas basándose en las nociones de estrategia, como un plan intencional y una posición marcada, sostienen que las organizaciones necesitan de una estrategia para establecer una dirección para sí mismas, así como también para burlar a los competidores, o al menos permitirse maniobrar a través de ambientes amenazadores.

La estrategia no solo sirve para dirigir la atención de las personas que trabajan en la organización, sino también, para darle significado tanto para ellos como para los individuos que están fuera de la misma, ofreciéndoles una forma esquemática de entenderlas y diferenciarlas de otras organizaciones.

Esta acción puede ser de ayuda, no solo técnicamente a través de la coordinación de trabajo sino también emocionalmente, mediante el desarrollo de comportamientos. Las estrategias permite a la organización concentrar sus recursos y explotar sus necesidades, sus propias capacidades y sus conocimientos, al máximo; reflejan los resultados del aprendizaje organizacional y los patrones que se han formado alrededor de aquellas iniciativas que se han fusionado mejor.

### 5.3 LA GERENCIA.

El uso del término Gerencia, trata de romper con una convicción enraizada en la práctica sanitaria que ha llevado a sub estimar la función administrativa, haciéndola equivalente al manejo rutinario y carente de imaginación de las cosas y de las personas.

La función de gerenciar es el conjunto de intervenciones, actividades y acciones que realizan las personas a cargo de posiciones de jefatura, quienes en un proceso continuo constantemente evalúan e influyen las variables ambientales y organizacionales con el propósito de alcanzar los objetivos organizacionales. ( <sup>4</sup> )

Es un elemento esencial para el logro de objetivos perseguidos siempre y cuando se admita salir de los estrechos márgenes definidos por la visión tradicional para aventurarse a través de los caminos abiertos por las nuevas concepciones de la Gerencia. Surgió a partir de las alteraciones que se vienen produciendo en las condiciones sociales, políticas, económicas y

---

<sup>4</sup> FIGUEROA, Rethelny y MOLINA Carlos, ORGANIZACIÓN Y GERENCIA PUBLICA, Instituto centroamericano de Costa Rica, San José-Costa Rica, 1989

culturales que afectan profundamente el modo en que eran atendidas y analizadas las organizaciones del trabajo y de la producción; surgen también de la limitación económica.

Tradicionalmente se preocupaba por organizar en función de prescripciones que tomaban en cuenta elementos rígidos y principios que pretendían ser universales. En el área de salud, las concepciones tradicionales de la administración, presumían un mundo en donde las transformaciones eran más lentas y previsibles, lo que permitía que los preceptos burocráticos y la creencia de que era posible controlar, marcarán el rumbo que debían seguir las organizaciones. Los modernos enfoques administrativos se preocupan de temáticas más fluidas, flexibles e imprecisas.

### 5.3.1 GERENCIA EN SALUD

Conducción, liderazgo y control de los esfuerzos del equipo de salud cohesionado alrededor del objetivo común de mejorar la situación de salud de una comunidad. (5)

El desarrollo de los gerentes en administración se inicia en los primeros años de este siglo. Al respecto, tiene mucha importancia la investigación que hizo Abraham Flexner acerca del estado de las escuelas de medicina en Estados Unidos y Canadá, la cual dió como resultado el que las escuelas de medicina podrían existir si pertenecían a una universidad y si ésta era propietaria de un hospital.

La educación para los gerentes de salud está centrada en el enfoque empresarial, particularmente de las escuelas de negocios de Harvard. La capacitación es esporádica y dirigida más que nada a aspectos técnicos. En los años 50 se inicia la economía de la salud con el enfoque que le dió Abel Smith en Inglaterra que consistía en utilizar mejor los recursos económicos que tiene un país para obtener la mejor salud de la población.

---

<sup>5</sup>Health Management

Peter Drucker sostiene que, “los gerentes o administradores, son el recurso fundamental de una organización, el más escaso, costoso y el más percedero. Que es aquel miembro de la organización que cumple dos funciones básicas: a) Asume la responsabilidad del trabajo de otros. b) Contribuye con su trabajo (de planeación, organización, integración y medición) al logro de los objetivos de la organización. Pero tratando de ir más al fondo del problema incorpora a la Gerencia, al “grupo administrativo”, a aquellas personas cuyo cargo es el de líder del equipo o jefe de una fuerza de tarea, a la persona que combina la función de asesoramiento de la alta dirección y la de conciencia de una organización en cierta área, con la responsabilidad de supervisión y de administración sobre el elenco en determinada esfera, el especialista o profesional ” Drucker Peter. LA GERENCIA, Tareas, responsabilidades y prácticas. Buenos Aires, “El Ateneo”, 1986. ( 6 )

La Gerencia estratégica en los Sistemas Locales de Salud (SILOS) es entendida como una forma de relacionar los problemas y necesidades en salud de los conjuntos sociales que viven en espacios geográficos delimitados, con los conocimientos y recursos institucionales y comunitarios reales de acción, asignar recursos y conducir el proceso; hasta la resolución o control del problema.

El principal reto que se plantea la Gerencia es el de aplicar los conocimientos técnico-administrativos en salud, con la más amplia participación social de los conjuntos e instituciones involucrados, con equidad, eficacia y eficiencia social mediante un enfoque integral de las acciones que contemplen la promoción, la prevención, la curación y la rehabilitación; trata de evitar la desintegración de las acciones de salud considerando como la unidad fundamental objeto de su preocupación principal un conjunto multivariado y complejo constituido por el sistema individuo-familia-grupo socio-ambiental y teniendo en cuenta además la integración y complementariedad de las variadas aproximaciones posibles para la resolución de los problemas en salud.

---

<sup>6</sup> Drucker; Peter LA GERENCIA, Tareas, responsabilidades y prácticas. Buenos Aires, El Ateneo, 1986

En relación a la función de Gerencia, es preciso aclarar que si bien ésta contiene las funciones de planificación, ejecución y control; de acuerdo con hábitos más o menos arraigados se suele designar con el nombre de Gerencia a las acciones y actividades ligadas con la administración de la ejecución; por esa razón se adopta esta designación. También es conveniente aclarar que en algunos países se ha adoptado la convención de denominar esta función como administración, prefiriendo identificar como Gerencia al proceso que comprende tanto la conducción como la administración.

El modo de aproximarse (aproximación estratégica) y hacerse cargo de los problemas en salud obedece también a determinantes y condicionantes múltiples que encuentran sus raíces en culturas, creencias, saberes y otras dimensiones de lo que de un modo amplio y genérico se puede denominar como ideología.

La intrincada trama de actores e intereses reclama colocar en primer plano la necesidad de construir un proceso de gerencia-conducción a lo largo de todo el quehacer en salud y que contemple: liderazgo, concertación, acuerdo, negociación, cooperación, consenso, creatividad, flexibilidad, toma de decisiones y comunicación. Requerimientos que servirán para reorientar y articular los aportes de cada área de conocimiento en salud y recién entonces la Gerencia podrá diseñar las estrategias de ataque para enfrentar los problemas y derivar la propuesta de administración estratégica más adecuada para cada sistema local de salud.

Para ejecutar las actividades programadas es preciso considerar la aplicación y utilización de los métodos, técnicas y procedimientos de Gerencia y administración de los recursos requeridos por las soluciones y la atención de las demandas. También es necesario considerar los aspectos de monitoreo, acompañamiento, supervisión y evaluación; determinando cuales son los indicadores que podrían ser utilizados en relación con el proceso y sus resultados según el problema y el nivel de intervención. Las actividades demandadas para llevar a cabo lo enunciado integran la función de Gerencia.

### **5.3.2 LA GERENCIA EN EL ÁREA PÚBLICA**

En los últimos años, gran parte de lo que ha sido propuesto para mejorar el servicio público ha enfatizado la necesidad de nuevas funciones, compromisos y patrones de eficiencia de dirigentes y gestores públicos. En las críticas frecuentes que se hacen sobre la administración pública, inclusive de la salud, han surgido propuesta alternativas para que los gestores públicos adquieran comportamiento semejantes a los ejecutivos privados.

Se asume que el éxito de grandes empresas privadas depende de la eficiencia de sus dirigentes y por analogía, se recomienda formación y desarrollo de gestores públicos similares a lo que se hace para el sector privado. Este propuesta aparece cada día con mayor intensidad hasta conseguir visiones más globales de reinstitucionalización o de reinversión del gobierno.

Así surgió la idea de desarrollar la capacidad estratégica emprendedora e innovadora del dirigente público. Se resalta continuamente la libertad de acción, iniciativa y flexibilidad aliada a nuevas habilidades de gestión. Los objetivos en el área pública son resultados de proceso deductivos de los valores y expectativas existentes en el ámbito político. La integración de los objetivos en el proceso organizacional se realiza en una fase posterior. Por eso, en las organizaciones públicas tanto el objetivo como el crecimiento de la organización están determinados por otros factores y los objetivos no son suficientes por sí solos, para generar la acción integradora de la organización,

### **5.3.3 LA EDUCACIÓN PARA LA FUNCIÓN GERENCIAL Y EL LIDERAZGO EN EL SECTOR SALUD**

La gestión es el arte de pensar, decidir y de actuar; es el arte de lograr el éxito, de obtener resultados que pueden ser definidos, previstos, analizados y evaluados, pero que tienen que ser alcanzados a través de las personas y una interacción humana constante.

Los profesionales de la administración son formados para ser técnicos, analistas y proyectistas; para interferir en la realidad a través de pasos secuenciales previamente estructurados de acuerdo a una lógica de naturaleza científica y que actúan por lo tanto como cualquier otro profesional bien sea de ingeniería, medicina, derecho, etc.

Los especialistas en técnicas administrativas son esenciales, pero son difíciles de encontrar en el mercado de trabajo; la capacidad gerencial es muy escasa y hasta rara pues exige habilidades más complejas: capacidad analítica, de juicio y de decisión, así como el liderazgo para enfrentar riesgos e incertidumbre. Además el mundo moderno exige de los dirigentes una gran capacidad de negociación entre intereses, demanda múltiples y de integración de factores organizacionales cada día más ambiguos y diversos.

La experiencia adquirida en el trabajo es valiosa para el dirigente. La observación de prácticas gerenciales buenas y malas en la solución del problema y en la conducción del destino de la organización ayuda a formar actitudes y valores individuales sobre el trabajo gerencial. Por otro lado en el ejercicio de las funciones gerenciales, la experiencia puede ser enriquecida si el trabajo incluye contactos externos constantes, trabajo en grupo, rotatividad en casos gerenciales especialmente cuando se trata de una persona que acepta evaluaciones de superiores, colegas y subordinados. La experiencia individual del trabajo debe ser conocida por otros, inclusive para que pueda reevaluar la propia.

Se puede decir que el objetivo último del desarrollo gerencial es fortalecer la capacidad de acción de los dirigentes. Tener dominio cognitivo-analítico y conocer alternativas de comportamiento, solo da sentido en la Gerencia, si ese dominio conduce a una acción más eficaz.



## 5.4 OFERTA Y DEMANDA

### 5.4.1 GENERALIDADES

Para hablar de oferta y demanda se debe hablar necesariamente de mercado que es el ámbito dentro del cual se establece esta relación.

El mercado esta formado por los vendedores y compradores de un bien o servicio, su existencia puede ser larga o corta, se fija en un lugar fisico y ocupa una extensión geográfica variable. Los vendedores de un servicio participa en el mercado como ofertantes, mientras que los compradores lo hacen en calidad de demandantes.

La oferta está constituida por bienes o mercaderías que se ofrece en el mercado en un momento y lugar establecido y tiene un costo dado. Los demandantes tienen la necesidad de un bien o servicio, por tanto la demanda es la cantidad de un bien o servicio que los sujetos económicos están dispuestos a adquirir. El mercado tiene distintos proveedores, así como distintos demandantes, los cuales dependiendo de su inserción social y económica tiene acceso diferente a determinados tipos de servicios.

### 5.4.2 DETERMINANTES DE LA OFERTA Y LA DEMANDA.



#### 5.4.2.1 DETERMINANTES DE LA OFERTA



En un sistema capitalista como el nuestro la oferta se determina por:

- La tecnología que se relaciona con los costos de producción, (cuanto cuesta producir o implementar esa tecnología) es la que en cierta forma estaría disminuyendo los precios en razón de que permite bajar los costos de producción, traduciéndose en una cantidad mayor del producto.

- Los precios de los factores de producción: son todos los elementos que intervienen en la producción tales como el trabajo, el capital, la materia prima, etc. El aumento o la elevación de estos elementos provoca que la oferta eleve su costo.
- Las expectativas sobre las variaciones del precio es tomada en cuenta por los ofertantes para la producción de un determinado producto.

#### **5.4.2.2 DETERMINANTES DE LA DEMANDA.**

Los determinantes de la demanda están constituidos por:

- Las rentas: la cantidad de dinero de una persona posee, influye en la cantidad y calidad de los productos que compra para su consumo.
- Los gustos determinan un tipo de demanda diferente.
- Los precios de los sustitutos y de los complementarios: El aumento de precio de algún producto complementario conlleva a disminuir la demanda no solo del producto complementario sino también del producto elemental; el aumento del precio de un producto sustituto permite reemplazar a éste por otro producto sustituto.

Para analizar el mercado de salud debemos ubicarnos dentro del modelo económico del país. En la actualidad los países de América Latina están viviendo transformaciones profundas del modelo económico, las cuales van desde economías centralizadas y con una alta influencia del Estado en su desarrollo a economías descentralizadas en donde el papel que juega el Estado es de regulador. Cualquiera que sea el modelo, el Estado se constituye en el asignador de recursos a través del libre juego de la oferta y demanda. De aquí que el mercado de salud pública es monopolista, pues selecciona sus propios precios y o servicios y no tiene rivales de peligro ( Dorfman) , él se dirige a una población que no tiene más opciones por sus bajos

o medianos ingresos económicos a buscar este tipo de servicios de salud, como además sus ofertantes no se preocupan de los costos pues reciben un salario sea que produzcan o no.

El Ecuador está pasando una profunda crisis en su economía que se traduce en:

- El producto interno bruto es uno de los más bajos de América Latina.
- Quiebra de empresas que no pueden acceder a créditos con tasas más del 60% de interés.
- No hay captación del capital de inversión extranjero.

Pese a haber una corriente mundial que favorece la descentralización nuestra economía sigue centralizada; es en este contexto en el cual se desenvuelve el mercado de nuestra salud, el cual tiene como ofertante al Estado a través de las instituciones públicas, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Junta de Beneficencia de Guayaquil, instituciones privadas, militares, de la policía, etc., en que cada uno presta servicios a determinados grupos poblacionales dependiendo de su inserción en el aparato económico y de su poder adquisitivo.

La capacidad adquisitiva se constituye en una limitante de accesibilidad, junto a estas limitantes se presentan otras tales como la insatisfacción por la atención, la escasez de recursos y los altos costos, a lo que se debe sumar los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico. Frente a estos graves problemas el sistema de salud actual ha demostrado ser obsoleto y deficiente.

En este marco, el reto es enfrentar los problemas y dar soluciones efectivas que se traduzcan en el mejoramiento de la salud de la población. Un mercado de salud ideal sería aquel en donde la competencia puede ofertar en iguales condiciones, en donde los acuerdos sean respetados, haya una información fluida con respecto a los servicios y sus costos, los demandantes cuenten con recursos económicos que le permitan optar libremente por uno u otro servicio.

Las particularidades que tiene el mercado de salud hace que este sea diferente a otros mercados de bienes y servicios pudiendo notar que:

- En la generación de la demanda participan el demandante propiamente dicho (paciente, cliente, usuario) y el equipo que a partir de la primera consulta genera la demanda de otros servicios tales como Radiología, laboratorio, patología.
- Se produce una asimetría en la información entre el paciente y el médico debido a que el demandante generalmente desconoce sobre los beneficios que aporta uno u otro servicio, por tal razón sigue las instrucciones de su médico sobre que servicio usar cuando y donde.
- Quienes optan por seguros privados deben aceptar lo estipulado en un contrato de seguro que muchas veces no ofrece mayor beneficio al cliente.
- Algunos de los servicios otorgados no solo sirve al individuo que los demanda, sino que favorece al conjunto de la comunidad, presentándose problemas al momento de pago pues el cliente solo está dispuesto a pagar por los servicios personales.

Otros de los problemas a los cuales se ve abocado el mercado de la salud es el alto costo de la tecnología de punta, lo que limita al campo de la competencia e impide el libre juego de la oferta y la demanda, favoreciendo la presencia de monopolios naturales. Frente a la imperfección que tiene el mercado, surge la interrogante con respecto a la regulación, tema que se presenta muy discutido hoy en día. Quienes creen que el mercado debe ser regulado sostienen que el Estado debe ser el regulador pues éste es el encargado de velar por los intereses de la comunidad en su conjunto y por lo tanto le corresponde dar facilidades de acceso a los servicios básicos a la comunidades desposeídas, las cuales son otorgadas generalmente a través de los servicios estatales o dependiente de la seguridad social, las mismas que cuentan con un aporte estatal para su funcionamiento, la oferta de estos servicios son controlados a la vez por el Estado.

Pese a todo este control ejercido por el Estado, en los servicios estatales la eficiencia y la calidad de atención ha sido afectada, al preocuparse más por las variables técnicas que miden los resultados globales del proceso en desmedro de la satisfacción del usuario; por todo esto y dada las exigencias internas y externas de que debe darse un cambio es que se está tratando de dar una variación mediante procesos de descentralización que apunten a corregir las deficiencias y promuevan la participación social en los servicios de salud

### **5.4.3 LA OFERTA EN SALUD**

En este campo se cubren la oferta de satisfactores que inciden directamente en la salud (determinantes) y la de los servicios de salud.

Incluye en el análisis el reconocer que si bien la salud es un medio, es también un fin resultante de los condicionantes del desarrollo social, originadas para proveer de servicios de salud a una comunidad. Estudia la dinámica de factores estructurales dentro de la prestación de servicios, tales como la productividad, el patrón de equipamiento y los esquemas de organización y financiamiento. Se evalúa los servicios de salud en función del monto, tipo y combinación de recursos para el proceso de producción que permitan incrementar la calidad y eficiencia.

Las áreas menos exploradas corresponden a las organizacionales, que constituyen por lo tanto un potencial a desarrollar en el corto plazo. Se incluye también la teoría de la empresa que implica una visión de los prestadores de servicios de salud para el uso de sus recursos disponibles, con criterio de eficiencia.

Los estudios de productividad se han aplicado en la operación de los servicios y han servido para orientar los cambios en la composición de su capital humano y tecnológico y la escala del servicio, entre estos aspectos. La producción como necesidad básica del sistema,

necesita para su sostenimiento y afianzamiento que el proceso salud-enfermedad, la práctica y el saber de la medicina se diseñen dentro de los mecanismos de la estructura social del sistema, por lo que los aspectos inherentes a la salud social no fueron desarrollados, adquiriendo la medicina un enfoque biologista e individual, lo que marcó la formación del personal de salud al margen de la realidad social, preconizándose la relación médico paciente e intentando dar soluciones individuales a problemas colectivos de salud. Los hallazgos muestran que aún resultan insuficiente el conocimiento en este ámbito, pues en la mayor parte de los sistemas de atención de salud hay pocos incentivos para el comportamiento eficiente lo que debe corregirse y estimularse.

La política para el sector debiera involucrar el aspecto de la economía de la salud para asegurar que las instituciones de servicios no expandan sus unidades y servicios o adquieran tecnología sin considerar las diversas opciones de uso, rendimiento y productividad. El objetivo es asegurar el óptimo uso de los recursos disponibles y evitar el desperdicio. Incluso los pequeños servicios, debieran tender a incrementar la aplicación de programas de eficiencia, contención de costos y calidad.

#### **5.4.3.1 ESTRUCTURA DE OFERTA**

En la oferta de salud se producen tres componentes fundamentales.

- El nivel de organización que promueven los servicios de salud.
- El nivel técnico administrativo de producción de servicio
- El nivel de suministro de los servicios propiamente dicho, que es donde se produce la interacción de la oferta con la demanda. Estos tres componente funcionan de manera articulada para el cumplimiento de un objetivo determinado.

Para la evaluación de la oferta se utiliza indicadores, que sirven para describir la situación existente en una unidad de salud. Estos pueden ser indicadores de estructura, accesibilidad y disponibilidad



Biblioteca Central

#### **5.4.3.2 SISTEMAS OFERTANTES DE SALUD**

Cuando hablamos de sistemas de atención en salud implicamos a todos los elementos que intervienen en la producción, consumos de bienes y servicios relativos al proceso de salud-enfermedad como las políticas, modelos organizativos, ámbitos institucionales, redes de servicios, modo de atención y los recursos e insumos para la atención (humanos, físicos, tecnológicos, materiales y financieros).

Cuando nos referimos al sector salud, estamos considerando al conjunto de instituciones públicas y privadas, formales y informales que son parte del sistema de atención, prestadores de servicios, formación de recursos humanos, producción de recursos e insumos para la atención, gremios de profesionales y trabajadores de salud, centros de investigación, entidades aseguradoras, financiadoras y de cooperación técnica financiera nacionales e internacionales.

El área de oferta controla cantidad y calidad de los recursos institucionales, su organización y su ambiente laboral.

#### **5.4.3.3 ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

Los servicios que otorga la oferta en salud se engloban dentro de los sistemas institucionales y los tradicionales. La oferta institucional de salud responde a un modelo biologista, mediante el cual se ha tratado de inducir cambios en la demanda. Dentro del sistema institucional están los servicios públicos y privados, los cuales han sido poco efectivos para solucionar los problemas de salud, dejando ver su incapacidad para manejar las exigencias de transformación planteada por las necesidades y características de la población usuaria cada

uno de los cuales se ha manejado en forma individual con políticas, estrategias, objetivos y coberturas variadas, todo lo cual hace ver al sistema de salud como fragmentado.

- Ministerio de Salud Pública. En 1967 la Asamblea Constituyente creó el Ministerio de Salud Pública (MSP) que se encargaría de “atender las ramas de la sanidad, asistencia social y lo demás que se relaciona con la salud en general” (7)

Los servicios del MSP corresponden a un conjunto de unidades de diferente complejidad ubicados en todo el país alrededor de 200 puestos de salud, 1000 subcentros y 120 centros de salud con atención ambulatoria exclusivamente, a los cuales se suma la consulta externa de 125 hospitales de agudos, lo que significa un promedio nacional de 1,2 camas x mil habitantes (Pichincha 2,0 y en Guayas 0,6) (8)

- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). Proporciona a sus beneficiados diversas prestaciones entre ellos la atención médica a través de servicios de consulta externa y hospitalización. Los afiliados son aproximadamente el 38% de la población económicamente activa lo que corresponde al 12 % de la población total del país.

Dispone de 17 hospitales con alrededor de 1750 camas (10% del total). La atención ambulatoria (con una producción de 3,6 consultas por afiliado por año) se brinda a través de 49 dispensarios y de los servicios de consulta externa de sus hospitales. La producción hospitalaria es de 70 egresos por 1000 afiliados, el promedio de días de estadía es de 6,6 días y el promedio de ocupación de camas del 85,9% (1992)

- Seguro Social Campesino (SSC). Cubre actualmente a un 12% de la población rural (5% del total nacional), se financia con el 1% de la aportaciones de los afiliados al IESS (salarios urbanos) más el 1% del salario mínimo vital (USD. \$ 0,3 - mes 1.994) que aporta cada jefe de hogar y con una mínima aportación del Estado. Cubre a todos los miembros de las

---

<sup>7</sup> Ministerio de Salud Pública, 25 años por la Salud en el Ecuador

<sup>8</sup> Foro Internacional - GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD - Memorias, ESPOL-ESPAE, 1995

familias afiliadas con atención médica brindada a través de 546 dispensarios distribuidos en todo el país. Los afiliados al SSC pueden acceder a la red de servicios del IESS general cuando el caso lo requiere debiendo al SSC sufragar los gastos, trámite que no se cumple con regularidad.

- Sanidad de las Fuerzas Armadas (FF.AA). Dispone de 16 hospitales de Agudos con un total de 897 camas, es decir el 50% del total de camas del IESS. Brinda atención casi exclusivamente al personal militar y sus familiares íntimos, aunque puede también acceder la población civil con capacidad de pago. Probablemente por estas causas el porcentaje de ocupación de estos servicios es relativamente bajo (39.2% en el año 1992).

- Sector Privado con fines de lucro.

Esta constituido por un conjunto de proveedores individuales (consultorios) e institucionales (Clínicas y Hospitales). Estos últimos en la ciudades más importantes del país. La provisión privada más común es la consulta ambulatoria que se brinda especialmente en alrededor de 10.000 consultorios médicos con tarifas variables según la ciudad, la especialidad y el prestigio del médico. Dispone de 4 hospitales con un total de 227 camas (INEC 1992), con una ocupación promedio de 51% y 3.5 días de estadía. A esto se suma un total de 244 clínicas con 3023 camas y un porcentaje de ocupación del 25%, con 3 días de estadía como promedio.

Actualmente el subsector privado representa el 18% de la capacidad instalada de internación del país.

- Sector Privado sin fines de lucro.

Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG). Es una institución sin fines de lucro, autónoma en la captación, distribución y uso de los recursos. Se financia con los ingresos de la lotería nacional y con la recuperación parcial de costo (tarifas módicas). Dispone de 4 hospitales de agudos con un total de 1554 camas y 2 para crónicos con alrededor de 800 camas, todas en Guayaquil, más sin embargo un buen número de pacientes proviene de provincias cercanas.

El porcentaje de ocupación es de 80% y el promedio de estadía es de 6,8 días/pctes.

- Otras Organizaciones No Gubernamentales (ONG 's) en Salud. Las ONG's de diversa naturaleza (misionales, voluntariado, asociaciones profesionales, gremiales, fundaciones, etc.) que actúan en el campo de la salud. Según la Organización Panamericana de Salud (OPS) en el Ecuador en 1993 se registraron 146 ONG's, 27 internacionales y 119 nacionales con localización mayoritaria en Quito (62,3%).

Cabe destacar que 82 ONG's se dedican exclusivamente a la salud y de ellas solamente 19 son especializadas en Salud Pública; el resto realiza acciones de recuperación y de rehabilitación, predominantemente a nivel primario. Se estima que su cobertura son servicios preventivos y curativos que alcanzan un 5% de la población en áreas urbanas y rurales del país; no obstante su contribución mayor quizás está en las actividades de investigación, capacitación y el diseño de nuevos modelos y alternativas de acción. (9)

#### **5.4.3.4 RECURSOS HUMANOS**

Uno de los elementos fundamentales son los recursos humanos. Sin embargo solo es posible analizar el sector formal reconocido oficialmente. El sector informal avalizado por el ejercicio y que comprenden aquellos que practican toda la gama de medicina tradicional y popular y que no son reconocidos oficialmente representa un sector de recurso no cuantificado por la información tradicional recogida en el país. Este sistema tradicional y popular tiene una identidad propia y un carácter participativo comunitario, forma parte de las culturas originales y es aceptado por grandes grupos humanos. Esto deja ver la existencia de una población heterogénea tanto en lo social, económico y cultural que tiene un modo distinto de concebir la salud-enfermedad y enfrentar los problemas. El sector formal de los recursos humanos en el país presenta un notable incremento de todos los profesionales. La

---

<sup>9</sup> Foro Internacional, Ob. Cit. 1995

política de ingreso sin condiciones a las facultades de medicina, ha incrementado el número de facultades. <sup>(10)</sup>

#### 5.4.3.5 TECNOLOGÍA

La tecnología es un factor determinante influyente en las prácticas de salud. En la década de los años 60 el país se caracteriza por su impulso industrializador, mientras que en la década de los 70 su característica es pseudo industrializadora aprovechando los recursos provenientes del petróleo, favoreciendo un proceso de sustitución de importaciones por productos preelaborados y construcción final en el país. La dictadura militar impulsó programas de cobertura nacional convirtiéndose en el sector de salud el inmediato beneficiario.

En la década de los años 80 el entorno del sistema democrático no había definido una política explícita de tecnología en salud, ni una historia previa de construcciones hospitalarias y producción tecnológica del sector, promulgando un incremento de cobertura y regionalización de los servicios. La incipiente tecnología de los servicios de salud causó la realización de contratos con compañías extranjeras, muchas veces ineficientes, reforzando la dependencia tecnológica y aumentando la económica.

En los últimos años, el país ha tenido un comportamiento ascendente en la incorporación de tecnología en salud, debido al desarrollo de una red nacional de servicios de salud, de las que forma parte el MSP, las FF.AA, el IESS, JBG e instituciones privadas.

El crecimiento constante acompañado de un periodo de estabilización (80-84) primer periodo democrático coincide con el impacto de la crisis económica mundial y con la política de salud preventivista instaurada. El decrecimiento posterior está relacionado con la crisis económica en el sector público.

---

<sup>10</sup> Comisión Nacional de Reforma del sector salud del Ecuador, DEMANDA, UTILIZACION Y OFERTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ECUADOR, 1994

La seguridad social, opuestamente a lo ocurrido en el sector público, inicia su crecimiento en el primer periodo de la bonanzas petrolera completando su equipamiento y construcción de servicios hospitalarios. El repunte en 85-90 es el resultado de reequipamiento y construcción hospitalaria. En el sector privado en cambio se observa un crecimiento constante de equipos incorporados por cama.

#### **5.4.4 LA DEMANDA EN SALUD.**

La aplicación del concepto de demanda al campo de la salud, estudia la forma que asumen las demandas globales de consulta teniendo en cuenta las diversas capacidades adquisitivas de los usuarios. El área de demanda identifica las variaciones que se producen en términos de necesidades de salud de la población y las variables ambientales que las condicionan, también el exceso y uso de satisfactores relacionados con la salud y los servicios de salud.

Estas necesidades de salud se caracterizan a partir del análisis de las variaciones que muestran los estudios demográficos, culturales, educativos de bienestar, la distribución del ingreso, los perfiles epidemiológicos y la presencia de sectores competitivos. También se analizan aspectos como son las preferencias del consumidor, la desinformación sobre las cuestiones médicas y de salud y la incertidumbre del usuario sobre el momento exacto en que se requerirá.

El conocimiento preciso de la demanda real y potencial constituye dispositivos claves para cuantificar los recursos necesarios para atender las necesidades de salud de los diferentes grupos sociales.

Hay que tomar en cuenta que la demanda de salud es infinita y que esta puede ser estimulada o desestimulada a través de ciertos comportamientos del sistema y oferta del servicio de salud, esta no disminuye, cada vez se diversifica. Por otro lado el acceso a los servicios no

puede ser infinito, puesto que los servicios son parte de sistemas finitos en cuanto a sus recursos, lo que en última instancia impone limitaciones en la equidad y en las condiciones de eficiencia y eficacia.

Si la demanda en salud identifica las variaciones en las necesidades que en materia de salud tiene una población, una comunidad o un individuo, en que medida esta necesidad es percibida por el individuo, familia o comunidad y si el servicio de salud está en capacidad de resolverla, se debe tener un conocimiento mucho más profundo de lo que son las necesidades.

Si bien, no hay una definición única que guíe lo que significa la necesidad, las distintas corrientes de pensamiento económico sostienen que las sociedades deben procurar a su miembros los necesarios; pese a esto en una sociedad dividida en clases como la nuestra unas son las necesidades de las clases marginales y otras son las necesidades de las clases dominantes, aún dentro de una misma clase se generan formas distintas de percibir las necesidades lo que tiene relación directa con las características del medio social y económica en que viven, con los valores culturales, con su forma de insertarse en los procesos productivos y de consumo de bienes y servicio. Así podemos decir que las necesidades de la poblaciones urbanas son distintas a las necesidades de las poblaciones rurales, las cuales están influenciadas por el nivel de desarrollo alcanzado por el clima, el ambiente, etc. El grupo familiar también crea distintas necesidades entre sus miembros dependiendo de su tamaño, de su condición de: Casado(a), soltero(a), edad, sexo, los hábitos de consumo familiar, etc.

Entre las necesidades podemos citar las biológicas, como el: Respirar, comer, dormir, beber, procrear; las necesidades que tienen que ver con la producción e interrelación. El trabajar, asociarse; y las necesidades más complejas como son: Las necesidades intelectuales de pensamiento y creación.

Para efectos de determinar las necesidades de salud es importante conocer lo que son las necesidades básicas, pues éste término está siendo muy usado en los momentos actuales sobre todo cuando se requiere hacer algún tipo de planificación en salud. Se denomina

necesidades básicas<sup>11</sup> a aquellas necesidades materiales tales como: La alimentación, salud, vivienda, vestuario, educación, etc., que el ser humano debe satisfacer para llevar una vida digna. A estas necesidades materiales se debe agregar las necesidades de justicia, libertad y participación a fin de lograr el desarrollo pleno de la condición humana.

Cabe hacer una diferenciación entre lo que constituye una necesidad y lo que es demanda, no todo lo que inicialmente se manifiesta como necesidad se traduce en demanda. Si la necesidad se concibe como la carencia de algo y la ausencia nos impulsa a satisfacerla, es cuando se hace conciencia de la necesidad de satisfacción, se buscan los medios para satisfacerla y es cuando ésta se concretiza. Solo si la necesidad concretizada es satisfecha pasa a formar parte de la demanda.

Hay que hacer una diferenciación entre la demanda potencial y la demanda efectiva. La demanda potencial es aquella que no logra satisfacerse a pesar de que ha sido percibida y existe capacidad de acceso. Estarían limitando este tipo de demanda los valores culturales, la confianza en el servicio y la prioridad. La demanda efectiva es aquella que utiliza el recurso deseado a fin de lograr la satisfacción de su necesidad sin embargo el resultado puede ser efectivo o no.

Si las necesidades en salud son múltiples deben buscarse mecanismos que conlleven hacer efectiva su satisfacción y los resultados deben medirse por la eficacia con la que se logran resolver los problemas que originaron la demanda.

Para medir los cambios o tendencias de la población demandante, durante un período de tiempo, se pueden usar los indicadores que pueden ser: demográficos, epidemiológicos y culturales.

---

<sup>11</sup> Fundación Eugenio Espejo. INVESTIGACION SOBRE OFERTA Y DEMANDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ECUADOR.

#### **5.4.4.1 CONDICIONANTES DE LA DEMANDA EN SALUD.**

##### **5.4.4.1.1 VARIACIONES O ELASTICIDAD DE LA DEMANDA EN SALUD**

La demanda de atención en salud, puede experimentar variaciones como resultado directo de algunas modificaciones estrechamente ligadas con los niveles de satisfacción de los usuarios reales y potenciales. Una medida de estas variaciones simultáneas es llamado “Coeficiente de elasticidad-ingreso” cuando se trata de especificar el cambio de la demanda como efecto de los cambios en el ingreso. Por lo tanto se puede calcular diversos coeficientes de elasticidad dependiendo de nuestro interés .

##### **5.4.4.1.2 INFLUENCIA EN LA DEMANDA DEL PRECIO DE LOS BIENES - SUSTITUTOS**

Existen bienes y servicios en la sociedad que no pueden ser reemplazados, estos bienes y servicios, caso de la gasolina, medicamentos como insulina, al no tener sustitutos son muy sensibles a incrementos periódicos de precios sin que afecte mayormente el nivel de demanda. La demanda de estos bienes sin sustitutos se reconoce como demanda relativamente inelástica o insensible a variaciones en los precios.

La situación de la demanda de un bien o servicio cambia cuando existen bienes sustitutos que, en determinados momentos, puede afectar la demanda de otro bien o servicio.

En salud cuando el precio de la medicina tradicional y de la medicina privada aumenta, mientras todo lo demás permanece constante, provocará un incremento de la demanda de consulta en los establecimientos de salud pública. El mecanismo regulador también opera en el sentido contrario, el crecimiento del precio de la consulta en un establecimiento público puede perfectamente provocar un crecimiento de la demanda de consulta en los establecimientos privados.

#### **5.4.4.1.3 INFLUENCIA DEL PRECIO DE LOS BIENES COMPLEMENTARIOS EN LA DEMANDA DE LA SALUD**

Algunas veces el consumo de un bien o servicio va acompañado del consumo de un bien o servicio complementario. Los medicamentos, los exámenes de laboratorio son complementarios a la demanda de consulta-diagnóstico y forzosamente la variación en el precio de los primeros hará variar los niveles de demanda de consultas.

En análisis del impacto de los bienes complementarios en los niveles de consulta reviste gran importancia cuando existen sectores sociales en los que la elevada frecuencia de bajos o muy bajos poderes adquisitivos puede deteriorar los niveles de atención de sus problemas de salud-enfermedad al pasar a ser atendidos por agentes sociales con ningún o muy escaso conocimiento sobre la etiología de las dolencias



#### **5.4.4.1.4 INFLUENCIA DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS SOBRE LA DEMANDA.**

La existencia de diferentes percepciones de calidad de servicio pueden también afectar la demanda del mismo, como en el caso de los establecimientos de salud ante una modificación de la calidad que sea percibido por los usuarios como aumento del tiempo de espera, escaso resultados de los tratamientos prescritos, trato descortés al paciente, ausencia de los profesionales, etc., pueden provocar, sin necesidad que haya ocurrido cambios en los precios, disminución de los niveles de demanda, al mismo precio se demandará menos servicios de consulta por las causas atendidas.

#### 5.4.4.2 LA IMPORTANCIA DE LOS ANALISIS DE DEMANDA EN SALUD

La existencia de muchas personas sin capacidad de pago de consulta o tratamiento constituye un problema social de gran magnitud puesto que la falta de satisfacción de más necesidades de salud compromete o amenaza la salud de todo el grupo social. Mientras el mercado es un buen mecanismo para regular el precio y las cantidades ofrecidas y demandadas en bienes de consumo, no puede decirse en el caso de problemas de salud-enfermedad dado el carácter esencial o estratégico para los fines de preservar la integridad del grupo social, del individuo y la familia.

Determinar la demanda de atención de un establecimiento de salud contando con la población de influencia, permite cuantificar la proporción de demandantes respecto a la población de influencia, la de población o demandante y especificar la significación particular de la demanda de determinados grupos de edad y tipos de acción. Conviene preguntarse si estas demandas son iguales o difieren entre un establecimiento y otro.

Como se puede apreciar, la demanda general de atención de salud puede desagregarse en diferentes tipos de atención según la dolencia o necesidad del demandante como edad, sexo, ingreso económico, condición social.

En la práctica, las demandas de salud son muy frecuentes en los establecimientos ubicados en lugares densamente poblados y menos frecuente en los lugares de alta dispersión poblacional.

#### 5.4.5 INTERACCION OFERTA - DEMANDA

La interacción oferta' demanda comprende el área de proceso, que en las organizaciones de salud se le denomina **proceso de atención**. En el proceso de atención se conjugan : por un lado los servicios médicos y por otro el paciente o usuario; el resultado de ésta interacción es

interpretada a través de indicadores previamente establecidos, tales como : porcentaje de embarazadas, promedio de consultas médicas por habitantes, entre otros. Por tanto, los resultados que generan las acciones de salud así como la planificación deben ser analizadas tomando en cuenta ésta interacción.

Un elemento importante resultante de la interacción oferta demanda es la cobertura. Tradicionalmente la palabra cobertura ha hecho referencia a la relación numérica entre los servicios otorgados, su disponibilidad y accesibilidad geográfica. En la actualidad la cobertura es entendida como la atención efectiva y eficiente de las necesidades básicas de salud de una población, estableciéndose una relación dinámica entre las necesidades y la posibilidades del servicio para satisfacerlas con los recursos disponibles.

## 6. METODOLOGIA

### 6.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Es un estudio Administrativo, Transversal y Descriptivo.

### 6.2 DEFINICION DEL UNIVERSO Y MUESTRA

#### 6.2.1 UNIVERSO

Para efectos de estudiar la Demanda se tomó una muestra de la población atendida en los Servicios de Ginecología-Obstetrica, y Pediatría y el Area de Emergencia, Consulta Externa y Hospitalización durante un año, entre julio de 1995 y junio de 1996.

SERVICIO	UNIVERSO	
Consulta Externa	25.338	
Hospitalización	3.119	
Emergencia	12.844	
	<hr/>	
	41.301	usuarios

#### 6.2.2 MUESTRA

a.- Tamaño de la Muestra :

Para obtener la muestra se aplicó el programa EPI INFO 5-0, con las siguientes restricciones muestrales:

$nc = 1.96$

$p = 0.5$

$q = 0.5$

$E = 5\%$

Muestra = 400 usuarios

## b.- Muestreo

Se utilizó el muestreo aleatorio estratificado

Los estratos se configuraron de la siguiente manera :

Servicio de Consulta Externa	Consultas de Ginecología-Obstetricia y Pediatria.
Servicio de Hospitalización	Pacientes de las Salas de Ginecología y Pediatria.
Servicio de Emergencia	Turnos de mañana, tarde y noche.

## c.- Unidades de observación y análisis

Demanda

- \* Usuarios de los servicios de consulta externa, hospitalización y emergencia.
- \* Historias clínicas.
- \* Documentos estadísticos.

Oferta :

- \* Personal médico, enfermeras y auxiliares de enfermería.
- \* Estructura física, financiera y organizacional.
- \* Documentos estadísticos e historias clínicas.
- \* Usuarios de los servicios de hospitalización, consulta externa en pediatría y Gineco-Obstetricia.



## 6.3 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

Se utilizaron las siguientes técnicas de observación :

- \* Entrevistas al administrador, jefe de recursos humanos, jefes de servicios para obtener la información sobre organización, recursos, disposición de los servicios.

- \* Guía de observación directa para valorar la estructura física del Hospital, de los servicios, número de ambientes y disposición de equipos.
- \* Encuesta a los usuarios para conocer los perfiles demográficos, sociales, económicos, culturales y opiniones con respecto a los servicios(anexos 1 al 5).
- \* Entrevistas a grupos focales los cuales se realizarán con el fin de :
  - Determinar los problemas que afectan la oferta que brinda el H.M.I.G.
  - Generar propuestas y estrategias para mejorar la calidad de atención.
  - Identificar el grado de satisfacción del usuario interno de la institución.

La selección de los participantes de los grupos focales se realizó de la siguiente manera :

Personal : Jefes departamentales, supervisores, jefes de servicios, personal de cuidado directo, personal técnico administrativo que tiene a su cargo la Gerencia del hospital.

Personal de servicios varios amparado bajo el código de trabajo y que pertenece al Sindicato.

Se realizaron 5 grupos focales conformados entre 8 y 9 personas de cada grupo.

#### **6.4 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE ENCUESTA**

Se realizó una prueba piloto en el Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús y Policlínico Martha de Roldós, unidades similares a la del estudio.

#### **6.5 PROCEDIMIENTOS :**

Inicialmente se realizaron entrevistas con los directivos del Hospital para darles a conocer del estudio y solicitarles su colaboración y aprobación. Posteriormente se aplicaron los siguientes instrumentos:

- \* Encuestas a los usuarios de las áreas de emergencia, consulta externa y hospitalización de los servicios de gineco-obstetricia y pediatría. Se indagó sobre demografía, condiciones socio-económicas, culturales y de opinión del usuario sobre el servicio recibido.
- \* Entrevistas a los Jefes departamentales para conocer sobre la organización de los departamentos.
- \* Realización de grupos focales al usuario interno dividido en cinco grupos, entre ellos: La Unidad de Conducción del Area, Personal de Emergencia, Sindicato, Enfermeras y Supervisoras de servicio y Profesionales de la Salud.
- \* Observación directa de la Institución a través de un formulario dirigido y observando la estructura física, organizacional y técnica



## 7. ANALISIS DE LA OFERTA.

Para el análisis de oferta investigamos las siguientes variables: accesibilidad (geográfica, económica y cultural), estructura (recursos: humanos, financiero, tecnológico, físicos) y disponibilidad de los recursos para la población.

### 7.1 ACCESIBILIDAD

El hospital Materno-Infantil , está ubicado en una área urbano-marginal de la ciudad de Guayaquil, cuya complejidad es de nivel I complementario o de especialidad.<sup>12</sup>

El acceso a la maternidad , aparentemente no constituye un problema para los usuarios , el 94% manifiesta no tener dificultad, a pesar que la unidad se ubica en una vía secundaria y las calles de acceso no están pavimentadas ; la falta de medicamentos, insumos y demás materiales para la atención médica, es una causal de transferencia de pacientes constituyéndose en un factor de inaccesibilidad.(cuadro #1)

En cuanto a la accesibilidad económica, la institución brinda atención gratuita, el problema está en la conformación social y económica de la población que carece de recursos para comprar los medicamentos y otros insumos de los debería ofrecer la institución, por esa razón no se midió ésta variable en el estudio.

Mediante las encuestas se valoró la accesibilidad cultural a través del conocimiento de los demandantes sobre los servicios que presta el hospital (cuadro #2).

Se podría deducir que los servicios de atención gineco-obstétrica (22.3%) y pediátrica (19%) no son identificados de manera individualizada como tal, más bien formarían parte de la globalidad de la atención frente a la enfermedad. Una muestra de este conocimiento es el de vacunación que alcanza apenas el 6.5% siendo esta una actividad cotidiana, ampliamente difundida.

---

<sup>12</sup> Manual de contenido múltiple para la rehabilitación de hospitales del Ministerio de Salud Pública. 1996.

## 7.2 ESTRUCTURA

Se analizó los Recursos Humanos, Financieros, Tecnológicos y Físicos mediante una guía de observación directa, y estructura organizativa.

### 7.2.1 ESTRUCTURA DE PERSONAL

Los recursos humanos se encuentran distribuidos de la siguiente manera:

Jefes Departamentales	5
Personal Profesional	79
Personal Técnico Administrativo	22
Personal Auxiliar y de Servicio Varios	115
Técnicos	14

Entre los problemas detectados se encuentran : Que el departamento de recursos humanos nunca fue planificado y está ubicado en un espacio físico reducido, donde las cinco personas que laboran , no tienen definidas sus funciones . La demora en llenar las partidas vacantes ocasiona sobrecargo de actividades y agotamiento del personal desmejorando la calidad de la atención; no existe un mecanismo de evaluación del desempeño laboral y el personal se siente desmotivado, labora sin objetivos, sin conocer la misión institucional . El promedio de absentismo es del 35% para médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería, ésta últimas presentan el porcentaje más alto.

### 7.2.2 ESTRUCTURA FINANCIERA

El presupuesto se maneja por rubros y la asignación es para el área. La distribución que la institución hizo de la asignación para el año de 1996, fue la siguiente(en miles de sucres):

El 77% gastos operativos ( 3.821.720)

El 22% gastos administrativos ( 1.130.883)

El 1% gastos de distribución o venta ( 6.435).

La elaboración del presupuesto es una actividad que forma parte de la planificación anual del hospital y es elaborado por los miembros de conducción del área. Actualmente las partidas presupuestarias tanto para el hospital como para los nueve subcentros del área, ha aumentado tan solo en un 10% , siendo insuficiente para cubrir el gasto que demanda el área, por otro lado las líneas de crédito llegan con retraso, lo que limita la capacidad resolutive del área.

### **7.2.3 ESTRUCTURA FISICA**

El edificio del hospital es de una planta, cuenta con tres entradas : una para vehículos y emergencias, la segunda para consulta externa y hospitalización y la tercera ubicada en la parte posterior que sirve para el ingreso de la ambulancia y de los carros tanqueros de agua.

Mediante el trabajo de campo realizado a través de la guía de observación directa y entrevista a grupos focales se detectó que la estructura física del hospital es pequeña , sobre todo en las áreas de emergencia y consulta externa; la mala distribución de sus ambientes, la poca iluminación y ventilación naturales . Los pasillos de la consulta externa resultan pequeños e inadecuados, lo que dificulta la circulación ,acrecentando el problema de espacio

### **7.2.4 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA**

#### **7.2.4.1 ADMINISTRACIÓN**

El Hospital Materno Infantil cuenta con un orgánico-funcional , que no es conocido por todo el personal ,trayendo consigo el que la comunicación no fluya en forma ascendente y descendente. Resulta evidente la falta de un reglamento interno.

La gerencia y la toma de decisiones está a cargo de un Director-Jefe de Área que recibe la colaboración de los integrantes de la Unidad de Conducción de Área (UCA), y del Consejo técnico de área (CTA).

La unidad de conducción está conformada por las siguientes personas: El Director, el Administrador, jefes de: Gineco-obstetricia, Neonatología, Enfermería, Odontología, Estadística y de Recursos humanos y la coordinadora de área.(cuadro # 3)

Son miembros de consejo Técnico, el personal de la unidad de conducción y los directores de los subcentros.

Esta Jefatura de área la conforman los siguientes departamentos: administración, Gineco-obstetricia, Pediatría, Enfermería y recursos humanos (cuadro #4)

#### **7.2.4.2 ADMISIÓN A LA CONSULTA**

El servicio de consulta externa está abierta al público de las 08h00 a 16h00 horas. A las 07h00 se entregan tickets para la consulta matutina y a las 11h00 para la consulta vespertina. A cada médico de medio tiempo (4 horas-día) se les asignan 20 pacientes de los cuales 5 son de primera consulta y 15 son subsecuentes, los problemas detectados en la consulta externa son los siguientes:

- Excesivo tiempo de espera entre retirar tickets, carpeta y recibir atención.
- Impuntualidad del personal de estadística, auxiliar de enfermería y médico. Factor que retrasa el proceso que esta programado en cadena.
- Registro ineficiente de las citas lo que entorpece el trabajo de estadística, quienes no sacan las carpetas con anterioridad de las usuarias para que sean atendidas.
- Impuntualidad de los usuarios, que genera pérdida de tiempo, confusión en el orden de atención e insatisfacción tanto a usuarias como al personal.

#### **c.- Integralidad de la atención:**

La atención en el hospital sigue las normas dadas por el MSP., en relación a la entrega de un servicio integral. En el caso de una usuaria embarazada tiene su consulta mensual,

vacunación anti-tetánica, control programado de odontología, charlas nutricionales con entrega gratuita de micro-nutrientes, educación para la salud y planificación familiar.

Al niño menor de 1 año de edad se le oferta el control mensual de salud, vacunación, control del niño sano y atención por morbilidad. La atención a los menores de cinco años sigue los mismos pasos mencionados en cuanto al control de su salud, completar esquema de vacunación, control estomatológico y educación sanitaria en general. El programa de salud escolar está dirigido a los niños de seis a catorce años de edad y comprende examen médico con exámenes de laboratorio básico, vacunación, salud bucal y charlas de salud.

Se realizan visitas domiciliarias a pacientes y/o familias en riesgo (tuberculosis, cólera, SIDA, a pacientes con enfermedades degenerativas crónicas y otras enfermedades de seguimiento epidemiológico). Se programan campañas masivas de vacunación para menores de cinco años y a mujeres en edad fértil; y vacunación antirrábica humana y canina.

#### **7.2.4.3 SISTEMA DE INFORMACION**

La unidad cuenta con un departamento de estadística que atiende de 08h00 a 16h00 de lunes a viernes. En ella laboran siete funcionarios cuyas actividades están distribuidas en atención al público y labores administrativas, se recopilan datos tanto de la producción hospitalaria como de la producción de los subcentros que conforman el área. Los datos que se procesan se obtienen de dos fuentes: El hospital y las unidades satélites. El procesamiento de estos es manual ingresando a la computadora sólo los concentrados mensuales debido a la insuficiente capacidad de almacenaje, en relación al volumen de datos generados.

Mediante la observación se pudo detectar que las historias clínicas no son llenadas adecuadamente lo cual se debe a la falta de formularios, fallas en la organización de la consulta externa y falta de cooperación del personal.



Biblioteca Central

#### 7.2.4.4 SUPERVISION Y EVALUACION

Las actividades de supervisión están a cargo del director del hospital y de cada jefe departamental. Es de anotar que no todos los departamentos lo realizan, o lo hacen pocas veces al año; además tiene el carácter de pesquizaje, cuyo objetivo fundamental no es el mejoramiento del personal ni de los procesos, sirve para atenuar los problemas que se presentan al momento, sin resolver su verdadera causa; ésta orientación de la supervisión propicia el descontento en el personal y la falta de motivación (grupos focales).

Las actividades de evaluación están a cargo de jefes departamentales, de los cuales la mayoría conforma la unidad de conducción del área I de salud. En la unidad ésta actividad se realiza anualmente, pese a que en el formulario de evaluación y monitoreo del Ministerio de Salud Pública está contemplado que se realice trimestralmente.

#### 7.2.4.5 CAPACITACION

La institución no contempla dentro de su presupuesto regular la partida presupuestaria para capacitación. Con la ayuda del Proyecto FASBASE, se realizó en el año de 1995 una programación de capacitación, que fue aprobada en forma extemporánea y los eventos programados para el año se los realizó en dos meses, razón por la cual se cubrió el 50% de lo programado.

Para el año de 1996, se envió la programación en su oportunidad pero no hubo respuesta oficial ni financiamiento, razón por lo que ésta actividad no se la ha realizado.

#### 7.2.4.6 COORDINACION

La coordinación interinstitucional con organismos gubernamentales como Ministerio de Educación, Fuerzas Armadas, Bienestar Social, Municipio, así como con Organismos no gubernamentales del sector, como Plan Internacional, APROSAG, INSALUD, y líderes del sector, religiosos, voluntarias, comadronas, se la realiza para las actividades de fomento y

protección ; con INSALUD existe un convenio con el Ministerio de Salud Pública que consiste en brindar atención en el área mediante una unidad abastecida con medios diagnósticos especializados. La producción de servicios de ésta se suma a la del área, a cambio la unidad provee de vacunas.

### **7.3 DISPONIBILIDAD**

El análisis de la disponibilidad se realizó a través de la observación directa y documental de los programas del hospital, los que mencionaremos a continuación\_

#### **7.3.1 PROGRAMAS**

Control de niño sano. Se orienta a menores de cinco años con controles de crecimiento y desarrollo, inmunización, estimulación temprana y nutrición.

Programa de control y vigilancia epidemiológica de enfermedades prevalentes: TB., Sida y Enfermedad de Transmisión sexual., Dengue, Rabia, Cólera, Tétanos neo-natal.

Programa materno-infantil: lactancia materna, alojamiento conjunto, control pre y post natal, planificación familiar, consejería en salud reproductiva, detección oportuna del Cáncer cérvico-uterino y mamario.

Programas de salud mental, prevención del maltrato al menor y de violencia familiar.

Uno de los mayores problemas detectados es la falta de continuidad de los programas materno infantiles debido a irregularidades en el abastecimiento irregular de los insumos (carnets, formularios, métodos anticonceptivos, placas), biológico, complemento alimentario y micronutrientes.

La atención médica es gratuita , no así los servicios de apoyo como laboratorio, Rx, ecosonografía, citología, farmacia, los cuales tienen un tarifario diferenciado según la situación económica del usuario, la exoneración es autorizado exclusivamente por el Director del hospital.

## **7.3.2 CAPACIDAD DEL SISTEMA**

### **7.3.2.1 RECURSOS**

La relación entre el personal y la población a la cual están destinados es la siguiente:

2,8 médicos, 3 enfermeras, 3.6 auxiliares de enfermería, 0.7 obstetrices y 0.8 odontólogos por cada 10.000 habitantes.

La relación entre camas hospitalarias es de 4.7 camas por cada 10.000 mujeres en edad fértil, 3.1 camas por 10.000 niños de 0 a 14 años.

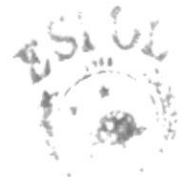
### **7.3.2.2 COBERTURA**

La relación entre la población beneficiada y la población asignada para el año 1995:

El porcentaje de población cubierta por el Servicio Pediátrico es 10.6% para el área y 103% para la población asignada al hospital

El porcentaje de población cubierta por el control de embarazo es 11% para el área y 2012% para la población asignada al hospital.

Para el programa de Detección Oportuna del Cáncer es 2.9% para el área y 11.8% para el hospital.



## 8. CONCLUSIONES DE LA OFERTA

- El desabastecimiento de medicamentos, insumos médicos y demás materiales que tiene la institución se constituyen en un factor de inaccesibilidad económica para los usuarios.
- La población conoce los servicios de atención para la enfermedad materno-infantil en general pero desconoce los servicios diagnósticos.
- El presupuesto del área es insuficiente para la prestación adecuada de los servicios, a esto se añade que no existe una real desconcentración, y descentralización administrativo financiera.
- La estructura física de la maternidad no fue diseñada en función de la demanda.
- La institución carece de políticas, reglamentos internos y manual de procedimientos técnicos administrativos.
- La calidad de servicio al usuario es deficiente, tanto que se evidencia en el excesivo tiempo de espera para ser atendido, sumándose el mal trato, falta de información e impuntualidad del personal de salud (cuadro #5).
- El sistema de información resulta deficiente a los requerimientos actuales de la unidad. No constituye un sistema de apoyo para la toma de decisiones gerenciales, ni para la planificación y control.
- Las actividades de supervisión y evaluación no son planificadas, se realizan en forma extemporánea y no involucran la integralidad de los procesos.
- La coordinación interinstitucional se encuentra en fase de consolidación en lo relacionado a otras instituciones prestadoras y la comunidad
- Disponibilidad. La relación entre médicos por 10.000 habitantes del hospital es el doble de la tasa de médicos(1.2) a nivel nacional<sup>13</sup> y se encuentra en el nivel de los países muy pobres.<sup>14</sup>

Existe una relación parecida entre el número de enfermeras, obstétrices por cada 10.000 habitantes del hospital con los niveles nacionales(3.9 y 0.6 respectivamente)<sup>15</sup>.

<sup>13</sup> ENDEMAIN - 94 ECUADOR: Encuesta demográfica y de salud materna e infantil. Quito 1994

<sup>14</sup> PABON, A. EVALUACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD. FES-Univalle. Cali 1985.

<sup>15</sup> ENDEMAIN 94. Op. Cit.

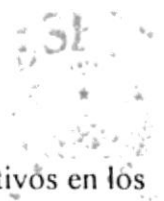
Y por último, la relación entre auxiliares de enfermería y odontólogos son inferiores a los datos nacionales (12.3 y 1.7 respectivamente).

Existe una cobertura baja de los servicios especializados a nivel del área de salud lo que trae consigo problemas que la gente recurra, en muchos de los casos a otras unidades sanitarias.

## 9. RECOMENDACIONES DE LA OFERTA

Es necesario que con los resultados de éste análisis, que ha permitido avizorar claramente la situación de la oferta y la demanda, la institución debe iniciar una planeación y gestión estratégica donde se decida que hacer en el futuro: mejorar el nivel de atención actual, elevar el nivel de complejidad o ser un hospital general. Mientras se inicia y da resultados éste proceso es necesario tomar medidas inmediatas que permitan solucionar los problemas más graves y vulnerables.

- Dotación adecuada de medicamentos e insumos en el hospital, conformación de botiquines de stock mínimo en los servicios de emergencia, hospitalización y cirugía de forma que se provean oportunamente de elementos para la necesidad de los usuarios al más bajo costo, para efectos de alcanzar la equidad se propone establecer un sistema de pago, que permita adquirir medicamentos o insumos necesarios para la atención integral y oportuna , en base a subsidios cruzados, recuperación parcial de costos o exoneración total de los mismos cuando el caso lo amerite.
- Reestructurar el departamento de recursos humanos, capacitar a los funcionarios que allí laboran, en sus actividades específicas y establecer un sistema de evaluación y seguimiento de su gestión.
- Establecer una planificación dinámica que incluya programas de capacitación al personal, sistema de motivación, supervisión y evaluación.
- Ante la escasez de recursos financieros se debe mejorar la eficiente utilización de los recursos existentes a través de: La descentralización en toma de decisiones y manejo administrativo financiero, desconcentración de las actividades; desarrollo de modelos de atención menos costosos y más costo eficientes ,aumentar la capacidad de generación de recursos a nivel local mediante la autogestión.
- El mejoramiento de la estructura física debe orientarse a dos áreas básicas: Emergencia y consulta externa. Para el área de emergencia se propone la reorganización de los ambientes , instalar duchas en parto, crear un área de emergencia para adultos. En consulta externa instalar suficientes servicios higiénicos para el usuario y dotar de mobiliario adecuado.



- Establecer el reglamento interno, normas y procedimientos técnicos administrativos en los diferentes servicios.
- Para mejorar la calidad de la prestación actual de servicios se propone: Establecer un programa de mejoramiento de calidad de los servicios , diagnosticar y priorizar los problemas seleccionar las estrategias de solución con el personal de la institución, comprometiendo la participación activa de los directivos de la misma.
- Debe de instaurarse la postconsulta, con el objeto de orientar a los usuarios en el tratamiento y brindar la información necesaria al paciente.
- Desconcentrar la atención matutina de la consulta externa por medio de horarios flexibles del personal de salud.
- La atención integral de los pacientes se podrá conseguir a través la atención permanente de los servicios de apoyo.
- Debe avizorarse un sistema moderno de información, los primeros pasos debe concentrarse en la capacitación del personal, revisión del sistema actual por parte del personal directivo y de estadística, formulación un plan alcanzable al corto y mediano plazo, que incluya equipos, materiales e instalaciones.
- Establecer un programa de educación continua, dirigido al personal profesional sobre aspectos relacionados con capacidad técnica resolutive de acuerdo a nivel de complejidad del área. Dicho programa debe ser acompañado de un sistema de supervisión y evaluación permanente.
- Crear un sistema de evaluación oportuno, flexible , que permita medir el impacto y los resultados para una retroalimentación.
- El fin de la coordinación es mejorar la calidad de la red de servicios, incluyendo otros proveedores de salud a nivel de áreas, con la provisión de material de apoyo para la difusión , mantenimiento de una línea de comunicación bidireccional permanente, visitas de apoyo, seguimiento, supervisión de funcionarios a nivel local.
- La programación del hospital debería basarse en la población específica de cobertura de acuerdo a los servicios es decir servicios especializados a toda la población, servicios básicos a población de la subárea (19.000 habitantes).

## 10. ANÁLISIS DE LA DEMANDA.

El Guasmo sur es un asentamiento popular de aproximadamente 20 años de vida, se encuentra situado en el sur de la ciudad de Guayaquil y se lo considera como parte del cinturón marginal de dicha urbe. Los habitantes de este sector acuden, en su mayoría, a atender su salud en el hospital Materno-infantil o en las nueve unidades satélites, que conforman la oferta oficial de salud.

Con el fin de analizar la demanda se ha recurrido a la investigación de documental, como información secundaria; se ha aplicado un formulario de encuesta a una muestra representativa de usuarios de los servicios de ginecología, obstetricia, pediatría y emergencia de dicha unidad de salud y también se ha utilizado la técnica de la entrevista a grupos focales e informantes claves tanto de los usuarios internos como externos de dichos servicios.

En base a esta información recolectada se puede tener una visión desde varios puntos de vista: en la demografía se anota la distribución de dichos moradores según grupos de edad y por programas prioritarios de salud (cuadro #6). Desde el punto de vista de los niveles de salud-enfermedad se indica el perfil epidemiológico para esta población durante el tiempo del trabajo. El estudio indica también los principales aspectos socio-económicos, culturales de conocimiento y practicas sanitarias que caracterizan a estas personas. Por último se cuantifica la demanda real que genera ese ámbito geográfico-poblacional.

El Area de Salud # 1 tiene una población total de 163.790 habitantes, los mismos que están bajo la cobertura de los servicios especializados, de segundo nivel que presta la unidad operativa. Los servicios de primer nivel, o atención básica están dirigidos a 19.118 habitantes, que constituye la población que específicamente está cubierta por el Centro Materno-Infantil.(cuadros # 7 y 8)

Para el análisis de la cobertura alcanzadas se debe tener en cuenta, tanto la totalidad de población del área, como la específica, de acuerdo al nivel de servicios ofertados.

- Más de la mitad de su demanda procede de la misma provincia del Guayas, le sigue en su orden las provincias de la costa del país: Manabí, Esmeraldas y Los Ríos; apenas un 3,5 % provienen de la Sierra u otros lugares de la geografía del país.(cuadro #9).
- Existe un porcentaje alto de personas que provienen del sector de los Guasmos (cuadro #10).
- El 33 % de los usuarios, viven de 5 a 10 años en el sector del Guasmo (cuadro # 11)
- Hay un claro predominio del área urbana con respecto a la rural ( 3 a 1).
- Habitan más de 10 años en el Cantón Guayaquil, el 75 % de los demandantes (cuadro #12).
- Es una población joven ya que en un 90% tienen menos de 50 años y 40 % menos de 15 años (gráfico #1).
- La mitad es potencialmente productiva, de 15 a 49 años.
- Una cuarta parte de la población son mujeres que potencialmente pueden demandar servicios de salud materna, tales como control prenatal, atención de parto y puerperio, planificación familiar, detección oportuna de Cáncer Cervico-uterino y mamario, entre otros.
- Las madres que tienen 2-3 hijos representan un tercio del total de mujeres que acuden al hospital (cuadro #13).
- Una tercera parte de las mujeres encuestadas no han tenido hijos; otro tercio uno solo y las restantes dos y más hijos.

En relación al perfil epidemiológico los datos obtenidos por fuentes secundarias, es decir las estadísticas del Hospital, sufren un sesgo considerable por tratarse de un centro de especialidades que no atiende la patología general que demanda niveles de atención de complejidad media y superior.

Los resultados de morbilidad general, si reflejan la situación prevalente del área, podemos anotar que el 94,20 % está dada por las siguientes enfermedades: IRA en un 64,50 %, EDA.

con 16,60 %, accidentes domésticos un 8,60 % y salmonellosis con 4,50 %. Apenas 5,80% está dado por otras patologías (cuadro # 14).

Una de las causas más importante de la mortalidad neonatal fue la hipoxia en un 23.81 % entre otras patologías (cuadro #15).

Constituyeron los egresos hospitalarios por morbilidad las siguientes patologías: las infecciones de vías urinarias con 15.6 %, gastroenteritis 11.03 %, bronconeumonía 10.57% y otras causas(cuadro #16)

En lo relativo a los aspectos socio-económicos anotamos, según lo encontrado en encuestas aplicadas:

- \* El 76% de los demandantes pertenecen al área de salud # 1.
- \* Las tres cuartas partes de la población alcanza el nivel de instrucción medio (cuadro #17).
- \* Gran parte de ellas (las mujeres encuestadas), el 86,20 % se dedican a los quehaceres domésticos, seguido por un 8 % que trabajan por cuenta propia (cuadro #18).
- \* El 45 % de las familias se componen de 4 a 6 miembros (cuadro #19).
- \* El 60 % se mantienen en base al ingreso económico de una sola persona (cuadro #20).

Con respecto a la vivienda, se encontró los siguientes datos:

- \* El 60 % de las personas poseen vivienda propia (cuadro #21).
- \* Alto predominio de la construcción de bloques y cemento, seguido de la madera y caña. (cuadro #22).
- \* La gran mayoría recibe el agua por sistema de tuberías intradomiciliaria. El resto, apenas el 7 % reciben el agua por tanqueros.
- \* Aceptable disposición de excretas por servicios higiénicos y letrinas.

- \* Existe una cobertura de recolección de basura por parte del servicio público alcanza 7.9 %

A nivel cultural la población se comporta de la siguiente manera:

- \* Cuando un familiar se enferma, lo primero que hace es buscar atención y proporciona remedios caseros.
- \* En caso de enfermedad la gran mayoría busca atención profesional; en menos proporción van al boticario o al promotor de salud. Acuden a la atención por parte del médico por confianza y costumbre.

## 11. CONCLUSIONES DE LA DEMANDA

### DEMOGRAFICA

Actualmente es una población estable de predominio urbano y con cultura costeña.

En su gran mayoría constituyen demandantes potenciales de los servicios de salud materno infantil.

Son sujetos económicamente activos en su gran mayoría.

El 53 % de las mujeres en edad fértil tienen su niño en la década de los 20 años, el 13% de embarazos son adolescentes.

El crecimiento vegetativo es bajo

### EPIDEMIOLOGICO

Las morbilidades prevalentes del área dentro del nivel básico son aquellas relacionadas con el bajo nivel socio-económico, saneamiento básico y pobreza en general como: EDA, IRA, Salmonellosis, entre otras, lo que pueden ser evitadas con medidas de prevención.

Por la característica institucional se han registrado muertes de neonatos, de los cuales el 67% es por problemas respiratorios.

Entre las causas de mortalidad neonatal, según encuesta a informantes claves tenemos:

- \* Fallas en la recepción del recién nacido por parte de especialistas.
- \* Mala valoración a mujeres en trabajo de parto.
- \* Atraso de la atención obstétrica por diferentes causas: falta personal, insumos.

## SOCIO-ECONOMICO

Es una población que goza de estabilidad por su permanencia en el área; esta situación le permite llegar a niveles de clase media baja.

## 12. RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA DEMANDA

Implementar un programa dirigido a la mujer como un ser integral dentro de la sociedad mediante la colaboración de las escuelas de enfermería, obstetricia, organización de mujeres (CEPAM, CEMOPLAF) y organizaciones comunitarias entre otras.

### EPIDEMIOLOGICA

- \* Dar énfasis en acciones de fomento de salud y prevención de enfermedades transmisibles, que incluye como componente prioritario educación para la salud y mejoramiento del medio ambiente mediante el fortalecimiento de los programas de difusión de los servicios de la maternidad y las medidas preventivas básicas a través de recursos más cercanos a las características de la población: visitas casa a casa; visitas a escuelas y colegios del sector, lugar de confluencias de usuarios como iglesias, tiendas.
- \* Mejorar el diagnóstico en la atención obstétrica y del recién nacido.

### SOCIOECONOMICO

- \* Es una población altamente receptiva y que puede ser motivada para constituirse en un actor deliberante en la planificación, ejecución y evaluación de las acciones de fomento y protección.

### CULTURAL

- \* Mantener y mejorar programas de educación sanitaria dirigidos a toda la población tomando como eje la familia.
- \* Incentivar la participación comunitaria mediante el fortalecimiento y ampliación de los objetivos del comité interinstitucional y la organización de los líderes.
- \* Adoptar alternativas organizativas de atención basadas en:
  - ⇒ Comprensión de la mentalidad y la cultura de las personas a quienes brindamos atención.
  - ⇒ Características demográficas, epidemiológicas y socioculturales de la demanda.
- \* Apoyar el desarrollo de la organización y de liderazgo en la comunidad, propiciando la participación comunitaria en eventos de salud programadas anualmente por la institución

**ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA DE LOS USUARIOS  
DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DEL GUASMO  
GUAYAQUIL**

<b>SERVICIO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>TOTAL</b>
Con. Ext. Pediat.	108	2	110
Con. Ext. Gineco.	135	14	149
Hosp. Gin-Obst.	27	4	31
Hosp. Pediátrica	8	0	8
Emergencia	95	6	101
<b>TOTAL</b>	<b>373</b>	<b>26</b>	<b>399</b>

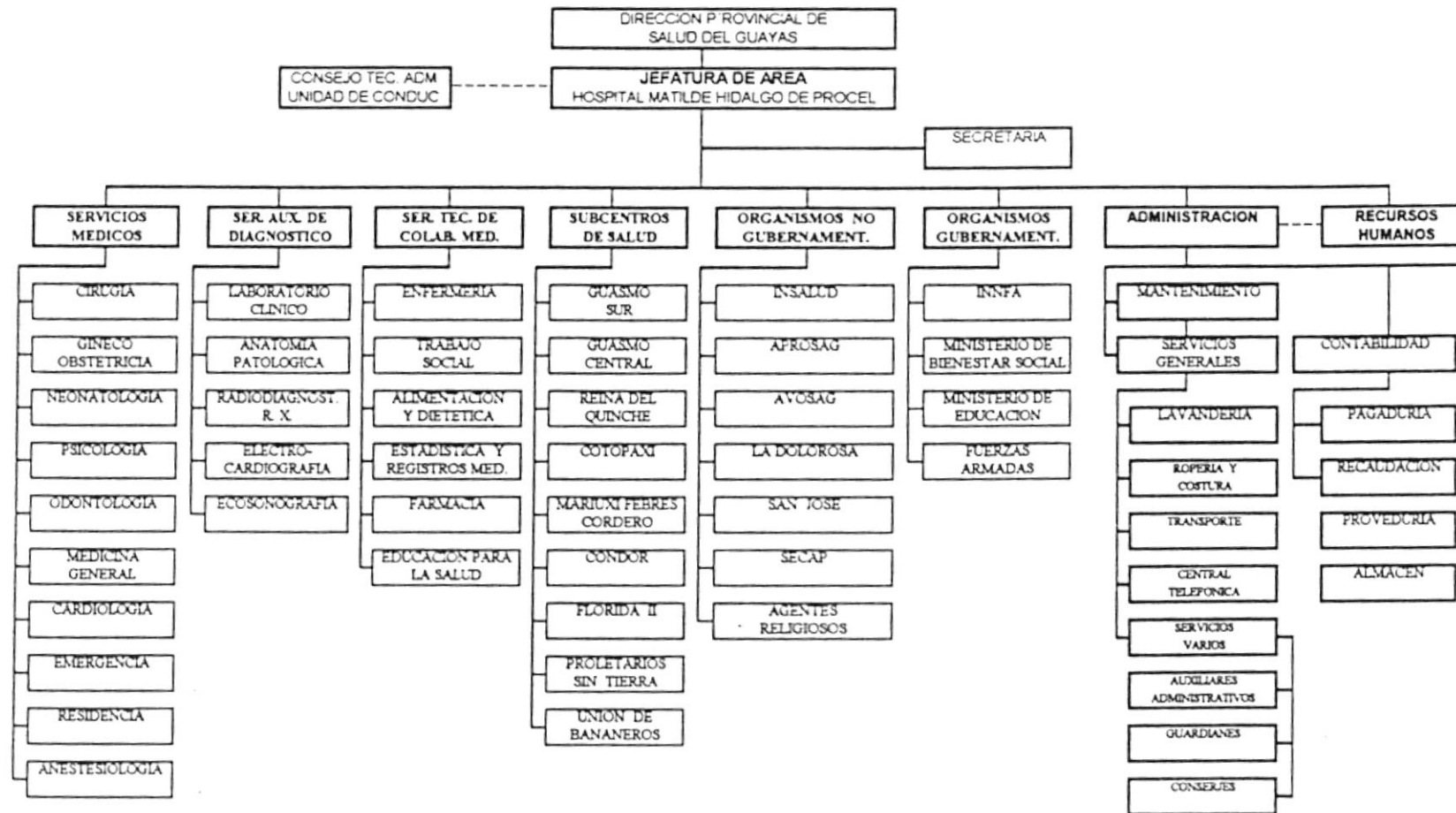
Fuente : Encuesta aplicada a usuarios del hospital, 1996.

## Servicios Hospitalarios Conocidos por los Usuarios del Hospital Materno Infantil del Guasmo Guayaquil

SERVICIOS HOSPITALARIOS	HOSPITALIZACION		CONS. EXT.		EMERG.	TOTAL	%
	G-O	Ped.	G-O	Ped.			
LABORATORIO	7	0	19	31	38	95	23.8
PEDIATRIA	10	3	2	57	17	89	22.3
GINECO-OBSTETRICIA	8	4	8	34	22	76	19.0
ECOGRAFIA	3	2	6	32	28	71	17.8
MEDICINA GENERAL	5	0	11	25	21	62	15.5
ODONTOLOGIA	5	0	5	23	13	46	11.5
FARMACIA	9	3	3	4	20	39	9.8
EMERGENCIA	2	0	0	6	22	30	7.5
VACUNACION	1	0	7	14	4	26	6.5
RADIOLOGIA	4	0	0	14	7	25	6.3
HOSPITALIZACION	0	0	0	6	5	11	2.8
TRABAJO SOCIAL	3	0	0	5	2	10	2.5
ESTADISTICAS	0	0	1	9	0	10	2.5
CARDIOLOGIA	1	0	2	3	0	6	1.5
SICOLOGIA	2	0	1	2	1	6	1.5
CIRUGIA	0	0	0	1	0	1	0.3

Fuente: Encuesta aplicada a 399 usuarios del hospital, 1996

## ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL AREA DE SALUD N° 1 " GUASMO SUR "



## ESTRUCTURA DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DEL GUASMO

Guayaquil - Junio - 1996

SERVICIO	PERSONAL	AMBIENTE	EQUIPOS	INSUMOS	HORAS ATENCION	OBSERVACIONES
Emergencia	Residentes 13 Lcdas. Enfer. 5 Obstetriz 1 Odontólogos 1 Aux. De Enferm. 9 Aux. Administ. 4	7	Desfibrilador 1 Equipo Diagnos. 1 Laringoscopio 1 Manómetros 2 Equip. Odont. 1	Implementos Médicos acorde al Area.	Las 24 Horas	Los 13 residentes Rotan en Hospitalización y quirófanos
Consulta Externa : Pediatria	Enferm. Jefe 1 Med. Pediatras 4 Aux. Enferm. 3 Aux. Adm. 1	2	Balanzas Pediát. 2 Equipo Diag, Mobiliario Básico 1	Implementos Médicos acorde al Area.	De 8 a 16 Horas	
Consulta Externa : Gineco-Obstetricia	Med. Ginecó. 4 Aux. Enferm. 2 Aux. Administ. 1	2	Balanzas Adultos 2 Instrum. Gineco. 2 Dópler 2	Instrumental Gineco-Obstétrico Suficiente	De 8 a 16 Horas	
Consulta Externa : Cardiología	Méd. Cardiólogo 1	1	Electrocardiógraf Negatoscopio 1		De 12 a 16 Horas	
Consulta Externa : Odontología	Odontólogos 4	1	Equipo odont. 2	Instrumental odontológico suficiente	De 8 a 16 Horas	

Cuadro # 4

## ESTRUCTURA DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DEL GUASMO

Guayaquil - Junio - 1996

SERVICIO	PERSONAL	AMBIENTE	EQUIPOS	INSUMOS	HORAS ATENCION	OBSERVACIONES
Hospitalización Gineco obstetrica	Médico Jefe 1 Enfermeras 6 Aux. Enferm. 8 Aux. Adm. 1	7	Camas maternas 20 Cuneros 20		24 horas de atención	Las enfermeras laboran en turnos rotativos de 6 horas. Las auxiliares de enfermería laboran 8 horas.
Hospitalización Pediátrica	Enfermeras 5 Aux. Enferm. 5 Aux. Adm. 5	8	16 camas pediátricas		Las 24 Horas	Los 13 residentes Rotan en Hospitalizació y quirófanos
Neonatología	Médico Jefe 1 Médicos 3 Neonatólogos 3 Enfermeras 8 Aux. Enferm. 7	6	Incubadoras 14 Cunas radiantes 2 cuneros 10 cunas 14 incubadoras de transporte 2	Implementos Médicos acorde al Area.	Las 24 Horas	
Quirófanos	Enfermeras 7 Aux. Enf. 13 Aux. Adm. 5 Aux. De Alim. 1	6	Respiradores 2 Resucitador 1 Electrocauterio 1 Oxímetro 2 Electrocardiog. 1	Implementos Médicos acorde al Area.	Las 24 Horas	Los 13 residentes Rotan en Hospitalizació y quirófanos

Cuadro # 4

## ESTRUCTURA DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DEL GUASMO

Guayaquil - Junio - 1996

SERVICIO	PERSONAL	AMBIENTE	EQUIPOS	INSUMOS	HORAS ATENCION	OBSERVACIONES
Servicios de apoyo Trabajo Social	Trabajadores Sociales 2 Aux. de Odont 1	1	Televisión 1 VHS 1 Rotafolios educt. 10	Materiales didácticos	de 8 a 16 horas	
Enfermería	Enfermera Jefe 1 Jefes de serv. 6 Supervisoras 3 Enf.cuidado directo 21 Aux. Enf. 54	1			8 a 16 horas	La enfermera jefe y supervisoras laboran 8 horas y las enfermeras de cuidado directo 6 horas
Nutrición y dietética	Nutricionista 1 Economista 2 Auxiliar adm. 8	5	-	-	-	El personal ha sido redistribuido en los diferentes servicios
Estadística	Jefe 1 Técnico adm. 2 Aux. Adm. 3	1	Computadora Máquina		07h00 a 15h00	
Farmacia	Químico farmacéutico 1 Auxiliar de farmacia 4 Aux. de enfermería 1					

## Calificación de los Servicios de Apoyo del Hospital Materno Infantil del Guasmo Guayaquil

SERVICIOS DE APOYO	Bueno		Malo		No contesta		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%
LABORATORIO	253	63.409	15	3.7594	131	32.832	399	100
RADIOLOGIA	38	9.5238	0	0	361	90.476	399	100
CARDIOLOGIA	20	5.0505	0	0	376	94.949	396	100
ECOGRAFIA	178	44.612	2	0.5013	219	54.887	399	100
VACUNACION	0	0	3	1.4151	209	98.585	212	100
FARMACIA	142	35.589	24	6.015	233	58.396	399	100
ODONTOLOGIA	96	24.06	3	0.7519	300	75.188	399	100
SICOLOGIA	2	0.5249	0	0	379	99.475	381	100

FUENTE: Encuesta aplicada a usuarios del hospital, 1996

**DEMANDA POBLACIONAL POR GRUPOS ETAREOS  
HOSPITAL MATERNO INFANTIL DEL GUASMO  
GUAYAQUIL**

GRUPOS ETAREOS	Demanda		
	Programada	Real	Potencial
Menos de 1 año	4360	6001	1641
1 a 4 años	17028	5943	11085
5 a 14 años	5965	6854	889
Embarazos	3270	5918	2648
Partos	3270	1890	1380
Mujeres en edad fértil	4127	3359	818

Fuente : Estadísticas del Area de Salud Nº 1, 1996.

Cuadro # 7

**POBLACION ASIGNADA AL AREA DE SALUD N° 1**  
**Distribución por Grupos Etáreos y Programáticos**  
**Año 1995**

<b>Por Grupos Etáreos</b>	<b>Personas</b>	<b>%</b>
Menores de 1 año	4,360	2.66
De 1 a 4 años	17,028	10.40
De 5 a 14 años	41,702	25.46
De 15 a 49 años	82,396	50.31
50 y más años	18,301	11.17
<b>TOTAL</b>	<b>163,787</b>	<b>100.00</b>

<b>Por Grupos Programáticos</b>	<b>Personas</b>	<b>%</b>
Embarazadas	5,460	3.33
Mujeres de Edad Fértil	41,763	25.50
Detección Oportuna Ca. Uterino	39,524	24.13

FUENTE: Departamento de Estadística  
 Dirección Provincial de Salud del Guayas

Cuadro # 8

**POBLACION ASIGNADA AL HOSPITAL DEL GUASMO**  
**Distribución por Grupos Etáreos y Programáticos**  
**Año 1995**

<b>Por Grupos Etáreos</b>	<b>Personas</b>	<b>%</b>
Menores de 1 año	393	2.06
De 1 a 4 años	1,865	9.76
De 5 a 14 años	4,266	22.32
De 15 a 49 años	10,416	54.49
50 y más años	2,177	11.39
<b>TOTAL</b>	<b>19,117</b>	<b>100.00</b>

<b>Por Grupos Programáticos</b>	<b>Personas</b>	<b>%</b>
Embarazadas	491	2.57
Mujeres de Edad Fértil	4,877	25.51
Detección Oportuna Ca. Uterino	4,616	24.13

<b>Por Grupos Etáreos</b>	<b>Cobert. Area</b>	<b>Cobert. HMIG</b>
Menores de 1 año	2.66	2.05
De 1 a 4 años	10.40	9.76
De 5 a 14 años	25.46	22.32
De 15 a 49 años	50.31	54.49
50 y más años	11.17	11.38
<b>TOTAL</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>

FUENTE: Departamento de Estadística  
Dirección Provincial de Salud del Guayas

Cuadro # 9

**PROCEDENCIA DE LOS USUARIOS  
DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DEL GUASMO  
GUAYAQUIL**

PROVINCIA	Hosp. Gin.	Hosp. Ped.	CE. Gin.	CE. Ped.	Emerg.	TOTAL
Guayas	16	7	91	58	65	237
Otras Prov. Costa	12	1	52	51	32	148
Sierra	3	0	6	1	4	14
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>8</b>	<b>149</b>	<b>110</b>	<b>101</b>	<b>399</b>

Fuente : Encuesta aplicada a usuarios del hospital, 1996.

Biblioteca Central  
53901

Cuadro # 10

**PROCEDENCIA DE LOS USUARIOS  
QUE ACUDEN AL HOSPITAL MATERNO INFANTIL  
DEL GUASMO**

<b>SERVICIO</b>	<b>Guasmo Sur-Central</b>	<b>Otros Guasmos</b>	<b>Otros Sectores</b>	<b>TOTAL</b>
Con. Ext. Pediat.	84	3	22	109
Con. Ext. Gineco.	100	12	37	149
Hosp. Gin-Obst.	22	0	9	31
Hosp. Pediátrica	7	0	1	8
Emergencia	66	9	26	101
<b>TOTAL</b>	<b>279</b>	<b>24</b>	<b>95</b>	<b>398</b>

Fuente : Encuesta aplicada a usuarios del hospital, 1996.

**TIEMPO QUE VIVEN LOS USUARIOS EN EL GUASMO  
GUAYAQUIL**

<b>SERVICIO</b>	<b>0-4 años</b>	<b>5-10 años</b>	<b>11-15 años</b>	<b>16-20 años</b>	<b>21 y + años</b>	<b>TOTAL</b>
Con. Ext. Pediat.	21	36	13	13	1	84
Con. Ext. Gineco.	29	37	23	21	2	112
Hosp. Gin-Obst.	5	3	6	8	0	22
Hosp. Pediátrica	1	1	3	1	1	7
Emergencia	16	24	19	15	1	75
<b>T O T A L</b>	<b>72</b>	<b>101</b>	<b>64</b>	<b>58</b>	<b>5</b>	<b>300</b>

FUENTE: Encuesta aplicada a usuarios del hospital, 1996

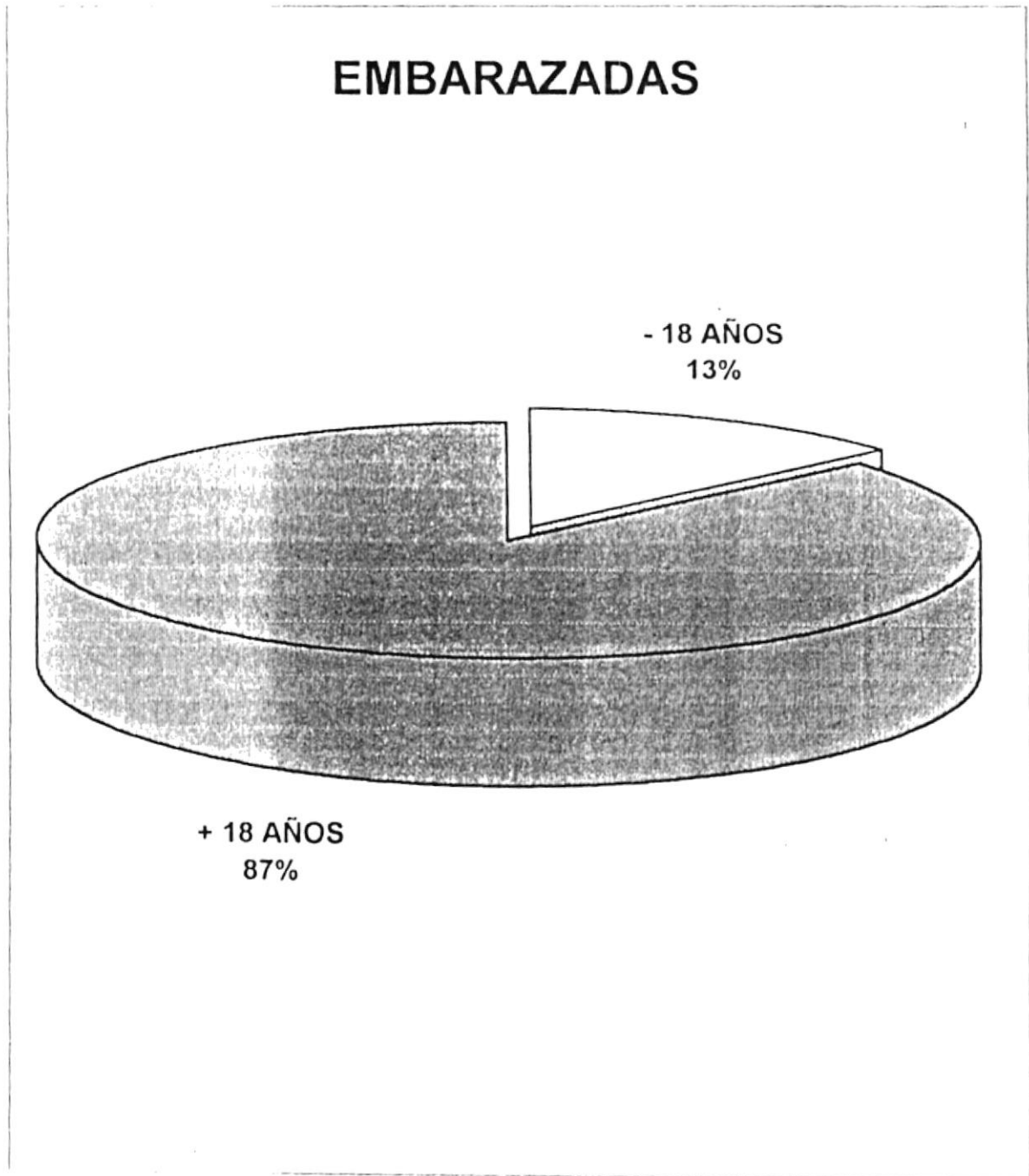
**TIEMPO QUE VIVEN EN GUAYAQUIL  
LOS USUARIOS DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL  
DEL GUASMO**

<b>SERVICIO</b>	<b>Mas de 10 años</b>	<b>Menos de 10 años</b>	<b>TOTAL</b>
Con. Ext. Pediat.	77	30	107
Con. Ext. Gineco.	113	36	149
Hosp. Gin-Obst.	23	8	31
Hosp. Pediátrica	6	2	8
Emergencia	83	18	101
<b>TOTAL</b>	<b>302</b>	<b>94</b>	<b>396</b>

FUENTE: Encuesta aplicada a usuarios del hospital, 1996

Gráfico # 1

**Embarazadas Según Edad  
Guayaquil 1996**



Fuente : Encuesta aplicada a Usuarios del Hospital, 1996.

**NUMERO DE EMBARAZOS POR EDAD DE LAS USUARIAS  
DEL HOSPITAL  
MATERNO INFANTIL DEL GUASMO**

<b>EDAD MADRE</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2 - 3</b>	<b>4 y mas</b>	<b>TOTAL</b>
- de 20	24	11	1	0	36
20 - 29	17	24	36	3	80
30 - 39	1	4	15	3	23
40 y mas	0	2	4	4	10
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>41</b>	<b>56</b>	<b>10</b>	<b>149</b>

Fuente : Encuesta aplicada a los usuarios del hospital, 1996.



Cuadro # 14

**MORBILIDAD GENERAL  
HOSPITAL MATERNO INFANTIL DEL  
GUASMO**

CAUSAS	PORCENTAJE
IRA	64.50
EDA	16.60
Accidentes domésticos	8.60
Salmonellosis	4.50
otras causas	5.80
TOTAL	100.00

FUENTE: Departamento Estadística del hospital  
segundo semestre de 1995

Cuadro # 15

**MORTALIDAD NEONATAL  
HOSPITAL MATERNO INFANTIL DEL  
GUASMO**

CAUSAS	PORCENTAJE
Hipoxia neonatal	23.81
Membrana hialina	23.81
bronco aspiración	14.30
encefalopatías	9.52
menigitis	9.52
infección nosocomial	9.52
distress respiratorio	4.76
sífilis congénita	4.76
TOTAL	100.00

FUENTE:Departamento Estadística del hospital  
segundo semestre de 1995

Cuadro # 16

**EGRESOS HOSPITALARIOS POR  
MORBILIDAD  
HOSPITAL MATERNO INFANTIL DEL  
GUASMO**

CAUSAS	PORCENTAJE
infección de vías urinarias	15.63
gastroenteritis	11.03
bronconeumonía	10.57
ictericia neonatal	6.67
salmonelosis	5.51
hipoxia neonatal	4.37
membrana hialina	1.6
amenaza de parto	0.92
encefalopatía hipóxica	0.69
otras causas	43.01
TOTAL	100.00

FUENTE: Departamento Estadística del hospital  
segundo semestre de 1995

**NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LOS USUARIOS  
DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DEL GUASMO  
GUAYAQUIL**

<b>Ninguno</b>	<b>Cen. Alfab.</b>	<b>Primaria</b>	<b>Secundaria</b>	<b>Superior</b>	<b>TOTAL</b>
1	0	24	76	9	110
2	1	35	100	11	149
0	0	5	23	3	31
0	0	3	4	1	8
2	0	29	64	6	101
<b>5</b>	<b>1</b>	<b>96</b>	<b>267</b>	<b>30</b>	<b>399</b>

FUENTE: Encuesta aplicada a los usuarios del hospital. 1996

**OCUPACION DE LOS USUARIOS  
DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DEL GUASMO  
GUAYAQUIL**

<b>SERVICIO</b>	<b>Emp. Privado</b>	<b>Emp. Público</b>	<b>Por Cuenta Propia</b>	<b>Q. D.</b>	<b>TOTAL</b>
Con. Ext. Pediat.	6	5	7	92	110
Con. Ext. Gineco.	3	2	16	128	149
Hosp. Gin-Obst.	3	1	2	25	31
Hosp. Pediátrica	0	0	3	5	8
Emergencia	1	2	4	94	101
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>32</b>	<b>344</b>	<b>399</b>

Fuente : Encuesta aplicada a los usuarios del hospital, 1996.



Cuadro # 19

**NUMERO DE PERSONAS QUE CONFORMAN LA FAMILIA  
DE LOS USUARIOS QUE ACUDEN AL  
HOSPITAL MATERNO INFANTIL DEL GUASMO**

<b>SERVICIO</b>	<b>1-3</b>	<b>4-6</b>	<b>7-9</b>	<b>10-12</b>	<b>13 y Más</b>	<b>TOTAL</b>
Con. Ext. Pediat.	30	27	25	6	2	90
Con. Ext. Gineco.	45	73	23	6	2	149
Hosp. Gin-Obst.	15	11	2	2	1	31
Hosp. Pediátrica	0	5	2	1	0	8
Emergencia	23	45	24	8	1	101
<b>TOTAL</b>	<b>113</b>	<b>161</b>	<b>76</b>	<b>23</b>	<b>6</b>	<b>379</b>

Fuente : Encuesta aplicada a usuarios del hospital, 1996

Cuadro # 20

**PERSONAS QUE APORTAN ECONOMICAMENTE EN LAS FAMILIAS  
QUE ACUDEN AL HOSPITAL MATERNO INFANTIL  
DEL GUASMO**

<b>SERVICIO</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4 y más</b>	<b>TOTAL</b>
Con. Ext. Pediat.	65	25	12	8	110
Con. Ext. Gineco.	94	29	15	11	149
Hosp. Gin-Obst.	19	6	4	2	31
Hosp. Pediátrica	6	1	1	0	8
Emergencia	57	23	14	7	101
<b>TOTAL</b>	<b>241</b>	<b>84</b>	<b>46</b>	<b>28</b>	<b>399</b>

Fuente : Encuesta aplicada a usuarios del hospital, 1996.

Cuadro # 21

### Tenencia de la Vivienda de los Usuarios del Hospital Materno Infantil del Guasmo

SERVICIO	Alquilada	Prestada	Propia	Compartida	TOTAL
Con. Ext. Pediat.	20	7	41	19	87
Con. Ext. Gineco.	14	15	74	9	112
Hosp. Gin-Obst.	8	2	12	0	22
Hosp. Pediátrica	0	1	6	0	7
Emergencia	15	5	44	11	75
<b>TOTAL</b>	<b>57</b>	<b>30</b>	<b>177</b>	<b>39</b>	<b>303</b>

Fuente : Encuesta aplicada a los Usuarios del Hospital, 1996.



Cuadro # 22

**TIPO DE CONSTRUCCION DE LA VIVIENDA  
DE LOS USUARIOS DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL  
DEL GUASMO**

SERVICIO	Caña	Cemento	Madera	Mixta	TOTAL
Con. Ext. Pediat.	13	64	1	9	87
Con. Ext. Gineco.		15	74	9	98
Hosp. Gin-Obst.	8	2	12	0	22
Hosp. Pediátrica	0	1	6	0	7
Emergencia	15	5	44	11	75
<b>T O T A L</b>	<b>36</b>	<b>87</b>	<b>137</b>	<b>29</b>	<b>289</b>

FUENTE: Encuesta aplicada a usuarios del hospital, 1996

# ANEXO # 1

## ENCUESTA A LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL "MATILDE HIDALGO DE PROCEL"

### PEDIATRIA

FORMULARIO #: \_\_\_\_\_ H.C. # \_\_\_\_\_

#### *I. DATOS DE FILIACION*

NOMBRE \_\_\_\_\_

1. EDAD \_\_\_\_\_

#### *II. ESTADO DE SALUD ACTUAL*

2. Por qué ingreso su niño?  
(anote una sola respuesta)

1. Enf. Diarreica Aguda

2. Inf. Respiratoria Aguda

3. Enf. Infecciosa general

4. Desnutrición

6. Traumatismos

7. Quemaduras

8. Otros(especifique) \_\_\_\_\_

3. En el embarazo de este niño tuvo control prenatal:

1. Si

2. No

Si la respuesta es negativa

4. Por qué

\_\_\_\_\_

5. Tuvo alguna complicación o enfermedad en ese embarazo

1. Si

2. No



5.- Otros (especifique) \_\_\_\_\_  
(en caso de vivir en el Guasmo pase a la siguiente pregunta)

19. Desde hace que tiempo vive en el barrio \_\_\_\_\_

### B. INSTRUCCIÓN

20. Hasta que año estudió Ud.  
(anote lo que diga la madre)

- |               |                          |                |
|---------------|--------------------------|----------------|
| 1. Ninguna    | 2. Centro Alfabetización | 3. Primaria    |
| 4. Secundaria | 5. Superior              | 6. No contesta |

### C. OCUPACION

21. En qué trabaja Ud.?

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| 1. empleado publico          | 2. empleado privado          |
| 3. Por cuenta propia         | 4. trabajo familiar sin pago |
| 5. obrero                    | 6. no trabaja                |
| 7. otros (especifique) _____ |                              |

22. En qué trabaja el jefe de familia

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| 1. empleado publico          | 2. empleado privado          |
| 3. Por cuenta propia         | 4. trabajo familiar sin pago |
| 5. obrero                    | 6. no trabaja                |
| 7. otros (especifique) _____ |                              |

### D. INGRESO FAMILIAR

23. Cuántos viven en la casa y comen de la misma olla \_\_\_\_\_

24. Cuantas personas aportan económicamente en la casa: \_\_\_\_\_

### E. VIVIENDA

25. La casa en que Uds. viven es:

- |             |               |
|-------------|---------------|
| 1. propia   | 2. alquilada  |
| 3. Prestada | 4. Compartida |

26. De qué material es la casa donde vive?

- |            |          |
|------------|----------|
| 1. cemento | 2. mixta |
|------------|----------|

3. madera

4. caña

#### F. SERVICIOS BASICOS

27. De donde obtiene el agua?

1. entubada

2. Tanquero

28. Donde hace Ud. sus necesidades

1. SS:HH

2. Letrina

3. Pozo

29. Donde bota la basura:

1. recolector

2. entierra

3. quema

4. bota al aire libre

5. no sabe

#### IV. ATENCION DE LA SALUD

30. Cuando un miembro de la familia se siente mal de salud, que es lo primero que Ud hace en su casa:

(anote la respuesta de la madre)

1. nada

2. da remedios existentes en casa

3. da remedios caseros

4. compra medicamentos por cuenta propia

5. espera

6. hace reposo

7. busca atención

8. Otros \_\_\_\_\_

31. En caso de enfermarse algún miembro de la familia a donde va:

(anote la respuesta de la madre)

1. curandero

2. promotor de salud

3. boticario

4. médico

5. familiar

6. vecino

7 ninguno

32. Y por qué lo busca:

(anote la respuesta de la madre)

1. facilidad

2. Costumbre

3. confianza

4. recomendación

5. Costo

6. Otros \_\_\_\_\_

*V.OPINION DEL SERVICIO*

33. Por qué escogió la Maternidad:

1. facilidad de acceso

2. buena atención

3. costos

4. buenos comentarios

5. Recomendación

6. otros motivos

7. no contesta

34. Fué fácil llegar a esta Maternidad:

1. SI

2. NO

En caso de responder sí:

35. Cuál fue el motivo:

1. falta de transporte

2. calles dañadas

3. No hay letreros de información

4. no conocía el lugar

5. Otros (especifique) \_\_\_\_\_

36. Conoce los servicios que presta la Maternidad:

1. SI

2. NO

37. Cuáles conoce Ud.

(anote todas las respuestas que dé la madre)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

En el momento que Ud. ingresó encontró:

38. Cortesía en el trato

1. SI

2. NO



7. Otros (especifique) \_\_\_\_\_

52. Qué opina del servicio recibido

\_\_\_\_\_

53. Qué recomendaciones Ud. daría para mejorar la atención en esta maternidad:

\_\_\_\_\_

Nombre del encuestador: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## ANEXO # 2

ENCUESTA A LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL  
HOSPITAL MATERNO INFANTIL "MATILDE HIDALGO DE PROCEL"

### PEDIATRIA

FORMULARIO #: \_\_\_\_\_ H.C. # \_\_\_\_\_

#### *I. DATOS DE FILIACION*

NOMBRE \_\_\_\_\_

1. EDAD \_\_\_\_\_

#### *II. ESTADO DE SALUD ACTUAL*

2. Cuál es el motivo de consulta de su niño:

1. Diarrea

2. Enf. Respiratoria

3. Enf. Infecciosa general

4. Desnutrición

5. Parasitosis

6. Traumatismos

7. Quemaduras

8. Enf. de la piel

9. Otros(especifique) \_\_\_\_\_

3. En el embarazo de este niño tuvo control prenatal:

1. Si

2. No

4. Si la respuesta es negativa, Por qué

\_\_\_\_\_

5. Tuvo alguna complicación o enfermedad en ese embarazo

1. Si

2. No

En caso de responder sí,



5.- Otros (especifique) \_\_\_\_\_  
(en caso de vivir en el Guasmo pase a la siguiente pregunta)

19. Desde que tiempo vive en el barrio \_\_\_\_\_

## B. INSTRUCCIÓN

20. Hasta que año estudió Ud. (anote lo que diga la madre)

- |               |                          |                |
|---------------|--------------------------|----------------|
| 1. Ninguna    | 2. Centro Alfabetización | 3. Primaria    |
| 4. Secundaria | 5. Superior              | 6. No contesta |

## C. OCUPACION

21. En qué trabaja Ud.?

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| 1. empleado publico          | 2. empleado privado          |
| 3. Por cuenta propia         | 4. trabajo familiar sin pago |
| 5. obrero                    | 6. no trabaja                |
| 7. otros (especifique) _____ |                              |

22. En qué trabaja el jefe de familia

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| 1. empleado publico          | 2. empleado privado          |
| 3. Por cuenta propia         | 4. trabajo familiar sin pago |
| 5. obrero                    | 6. no trabaja                |
| 7. otros (especifique) _____ |                              |

## D. INGRESO FAMILIAR

23. Cuántos viven en la casa y comen de la misma olla \_\_\_\_\_

24. Cuantas personas aportan económicamente en la casa: \_\_\_\_\_

## E. VIVIENDA

25. La casa en que Uds. viven es:

- |             |               |
|-------------|---------------|
| 1. propia   | 2. alquilada  |
| 3. Prestada | 4. Compartida |

26. De qué material es la casa donde vive?

- |            |          |
|------------|----------|
| 1. cemento | 2. mixta |
| 3. madera  | 4. caña  |

#### F. SERVICIOS BASICOS

27. De donde obtiene el agua?

- |             |             |
|-------------|-------------|
| 1. entubada | 2. Tanquero |
|-------------|-------------|

28. Donde hace Ud. sus necesidades

- |          |            |         |
|----------|------------|---------|
| 1. SS:HH | 2. Letrina | 3. Pozo |
|----------|------------|---------|

29. Donde bota la basura:

- |                       |             |          |
|-----------------------|-------------|----------|
| 1. recolector         | 2. entierra | 3. quema |
| 4. bota al aire libre | 5. no sabe  |          |

#### IV. ATENCION DE LA SALUD

30. Cuando un miembro de la familia se siente mal de salud, que es lo primero que Ud. hace en su casa:

(anote la respuesta de la madre)

- |                        |  |
|------------------------|--|
| 1. nada                | 2. da remedios existentes en casa        |
| 3. da remedios caseros | 4. compra medicamentos por cuenta propia |
| 5. espera              | 6. hace reposo                           |
| 7. busca atención      | 8. Otros _____                           |

31. En caso de enfermarse algún miembro de la familia a donde va:

(anote la respuesta de la madre)

- |              |                      |              |
|--------------|----------------------|--------------|
| 1. curandero | 2. promotor de salud | 3. boticario |
|--------------|----------------------|--------------|

4. médico

5. familiar

6. vecino

7 ninguno

32. Y por qué lo busca:

(anote la respuesta de la madre)

1. facilidad

2. Costumbre

3. Confianza

4. Recomendación

5. Costo

6. Otros \_\_\_\_\_

### V.OPINION DEL SERVICIO

33. Por qué escogió la Maternidad:

1. facilidad de acceso

2. buena atención

3. costos

4. buenos comentarios

5. Recomendación

6. otros motivos

7. no contesta

34. Fue fácil llegar a esta Maternidad:

1. SI

2. NO

En caso de responder NO:

35. Cuál fue el motivo:

1. falta de transporte

2. calles dañadas

3. No hay letreros de información

4. no conocía el lugar

5. Otros (especifique) \_\_\_\_\_

36. Conoce los servicios que presta la Maternidad:

1. SI

2. NO

37. Cuáles conoce Ud.

(anote todas las respuestas que dé la madre)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

En el momento que Ud. ingresó encontró:

38. Cortesía en el trato                      1. SI                      2. NO

39. Rapidez en la atención                      1. SI                      2. NO

40. Información adecuada                      1. SI                      2. NO

41. De quién o quiénes tiene queja en el Hospital:  
(anote todas las respuestas que dé la madre)

1. Médicos                      2. Enfermeras                      3. Aux. Enfermería

4. Personal de servicio    5. Personal de laboratorio    6. Personal de farmacia

7. Personal de Rx.                      8. Otros(especifique) \_\_\_\_\_

Como califica Ud. los siguientes servicios:

42. Laboratorio                      1. Bueno                      2. Malo                      3. No contesta

43. Radiología                      1. Bueno                      2. Malo                      3. No contesta

44. Cardiología                      1. Bueno                      2. Malo                      3. No contesta

45. Ecografía                      1. Bueno                      2. Malo                      3. No contesta

46. Vacunación                      1. Bueno                      2. Malo                      3. No contesta

47. Farmacia                      1. Bueno                      2. Malo                      3. No contesta

48. Odontología                      1. Bueno                      2. Malo                      3. No contesta

49. Psicología                      1. Bueno                      2. Malo                      3. No contesta

50. Cree Ud. que este hospital tiene los recursos suficientes para brindar una buena atención:                      1. SI                      2. NO

51. Si la respuesta es negativa, Qué cree que le hace falta:

1. Personal                      2. Materiales de uso médico                      3. Espacio físico  
4. Movilización                      5. Comunicación                      6. Equipos

7. Otros (especifique) \_\_\_\_\_

52. Qué opina del servicio recibido

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

53. Qué recomendaciones Ud. daría para mejorar la atención en esta maternidad:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del encuestador: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## ANEXO # 3

ENCUESTA A LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DEL  
HOSPITAL MATERNO INFANTIL "MATILDE HIDALGO DE PROCEL"

### GINECO-OBSTETRICIA

FORMULARIO #: \_\_\_\_\_ H.C. # \_\_\_\_\_

#### *I. DATOS DE FILIACION*

NOMBRE \_\_\_\_\_

1. EDAD \_\_\_\_\_

#### *II. ESTADO DE SALUD ACTUAL*

2. Cuál es el motivo de ingreso?  
(Marque solo una respuesta)

1. Parto

2. Cesárea

3. Puerperio

4. Aborto

5. Enf. Ginecológica

6. Enf. Obstétrica

3. Cuántos embarazos ha tenido Ud. \_\_\_\_\_

4. Cuántos partos ha tenido Ud. \_\_\_\_\_

5. Cuántas cesáreas le han realizado \_\_\_\_\_

6. Cuántos hijos tiene \_\_\_\_\_

7. Cuántos hijos muertos tiene \_\_\_\_\_

8. Ha tenido abortos                      SI                      NO  
(En caso de responder no, pase a la pregunta # 11.)

9. Cuántos abortos se le han venido solo \_\_\_\_\_
10. Cuántas limpiezas (legrados) le han realizado \_\_\_\_\_
11. Cuántas veces se debe controlar el embarazo: \_\_\_\_\_
12. Por qué: \_\_\_\_\_
13. En su último embarazo, cuántas veces se controló: \_\_\_\_\_

### III. CARACTERISTICA SOCIO-ECONOMICA DE LA FAMILIA

#### A. PROCEDENCIA

14. En qué provincia nació Ud.?  
\_\_\_\_\_
15. En qué lugar  
1. Ciudad                      2. Campo
16. Desde que tiempo vive en Guayaquil ? \_\_\_\_\_ (años)
17. Donde vive actualmente ?
- 1.- Guasmo Sur
  - 2.- Guasmo Central
  - 3.- Guasmo Norte
  - 4.- Guasmo Oeste
  - 5.- Otros (especifique) \_\_\_\_\_

(en caso de vivir en el Guasmo conteste la pregunta # 18)

18. Desde hace que tiempo vive en el barrio \_\_\_\_\_ (años)

#### B. INSTRUCCIÓN

19. Hasta que año estudió Ud.  
(anote lo que diga la madre)
- 1. Ninguna
  - 2. Centro Alfabetización
  - 3. Primaria

4. Secundaria

5. Superior

6. No contesta

### C. OCUPACION

20. En qué trabaja Ud.?

1. empleado publico

2. empleado privado

3. Por cuenta propia

4. trabajo familiar sin pago

5. obrero

6. no trabaja

7. otros (especifique) \_\_\_\_\_

21. En qué trabaja el jefe de familia

1. empleado publico

2. empleado privado

3. Por cuenta propia

4. trabajo familiar sin pago

5. obrero

6. no trabaja

7. otros (especifique) \_\_\_\_\_

### D. INGRESO FAMILIAR

22. Cuántos viven en la casa y comen de la misma olla \_\_\_\_\_

23. Cuantas personas aportan económicamente en la casa: \_\_\_\_\_

### E. VIVIENDA

24. La casa en que Uds. viven es:

1. propia

2. alquilada

3. Prestada

4. compartida

25. De qué material es la casa donde vive ?

1. cemento

2. mixta

3. madera

4. caña

ESI  
Bibliotecario



5. Costo                      6. Otros (especifique) \_\_\_\_\_

*V.OPINION DEL SERVICIO*

32. Por qué escogió la Maternidad:

1. facilidad de acceso                      2. buena atención                      3. costos  
4. buenos comentarios                      5. Recomendación                      6. otros motivos  
7. no contesta

33. Fué fácil llegar a esta Maternidad:

1. SI    2. NO

En caso de responder NO:

34. Cuál fue el motivo:

1. falta de transporte                      2. calles dañadas  
3. No hay letreros de información                      4. no conocía el lugar  
5. Otros (especifique) \_\_\_\_\_

35. Conoce los servicios que presta la Maternidad:

1. SI    2. NO

36. Cuáles conoce Ud.

(anote todas las respuestas que dé la madre)

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

En el momento que Ud. ingresó encontró:

37. Cortesía en el trato                      1. SI                      2. NO

38. Rapidez en la atención                      1. SI                      2. NO

39. Información adecuada                      1. SI                      2. NO

40. De quién o quiénes tiene queja en el Hospital:  
(anote todas las respuestas que dé la madre)

1. Médicos                      2. Enfermeras                      3. Aux. Enfermería

4. Personal de servicio    5. Personal de laboratorio    6. Personal de farmacia

7. Personal de Rx.                      8. Otros (especifique) \_\_\_\_\_

Como califica Ud. los siguientes servicios:

41. Laboratorio                      1. Bueno                      2. Malo                      3. No contesta

42. Radiología                      1. Bueno                      2. Malo                      3. No contesta

43. Cardiología:                      1. Bueno                      2. Malo                      3. No contesta

44. Ecografía:                      1. Bueno                      2. Malo                      3. No contesta

45. Vacunación:                      1. Bueno                      2. Malo                      3. No contesta

46. Farmacia:                      1. Bueno                      2. Malo                      3. No contesta

47. Odontología                      1. Bueno                      2. Malo                      3. No contesta

48. Sicología:                      1. Bueno                      2. Malo                      3. No contesta

49. Cree Ud. que este hospital tiene los recursos suficientes para brindar una buena atención:

1. SI

2. NO

Si la respuesta es negativa,

50. Qué cree que le hace falta:

1. Personal

2. Materiales de uso médico

3. Espacio físico

4. Movilización

5. Comunicación

6. Equipos

7. Otros (especifique) \_\_\_\_\_

51. Qué opina del servicio recibido

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

52. Qué recomendaciones Ud. daría para mejorar la atención en esta maternidad:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del encuestador: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## ANEXO # 4

ENCUESTA A LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL  
HOSPITAL MATERNO INFANTIL "MATILDE HIDALGO DE PROCEL"

### GINECO-OBSTETRICIA

FORMULARIO #: \_\_\_\_\_ H.C.# \_\_\_\_\_

#### *I. DATOS DE FILIACION*

NOMBRE \_\_\_\_\_

1. EDAD \_\_\_\_\_

#### *II. ESTADO DE SALUD ACTUAL*

2. Por qué viene a consulta:

1. Por control de embarazo

2. Por planificación familiar

3. Papanicolaou

4. Hemorragias

5. Infección de vías urinarias

6. Secreciones

7. Tumores

8. Hipertensión

9. Otros (especifique) \_\_\_\_\_

3. Cuántos embarazos ha tenido Ud \_\_\_\_\_

4. Cuántos partos ha tenido Ud. \_\_\_\_\_

5. Cuántas cesáreas se le han realizado \_\_\_\_\_



(en caso de vivir en el Guasmo pase a la siguiente pregunta)

18. Desde hace que tiempo vive en el barrio \_\_\_\_\_ años

## B. INSTRUCCIÓN

19. Hasta que año estudió Ud.  
(anote lo que diga la madre)

- |               |                          |                |
|---------------|--------------------------|----------------|
| 1. Ninguna    | 2. Centro Alfabetización | 3. Primaria    |
| 4. Secundaria | 5. Superior              | 6. No contesta |

## C. OCUPACION

20. En qué trabaja Ud.?

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| 1. empleado publico          | 2. empleado privado          |
| 3. por cuenta propia         | 4. trabajo familiar sin pago |
| 5. obrero                    | 6. no trabaja                |
| 7. otros (especifique) _____ |                              |

21. En qué trabaja el jefe de familia

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| 1. empleado publico          | 2. empleado privado          |
| 3. por cuenta propia         | 4. trabajo familiar sin pago |
| 5. obrero                    | 6. no trabaja                |
| 7. otros (especifique) _____ |                              |

## D. INGRESO FAMILIAR

22. Cuántos viven en la casa y comen de la misma olla \_\_\_\_\_

23. Cuántas personas aportan económicamente en la casa: \_\_\_\_\_

## E. VIVIENDA

24. La casa en que Uds. viven es:

- |           |              |
|-----------|--------------|
| 1. propia | 2. alquilada |
|-----------|--------------|



7 ninguno

31. Y por qué lo busca:  
(anote la respuesta de la madre)

1. Por facilidad    2. Costumbre    3. Confianza    4. Recomendación  
5. Costo    6. Otros \_\_\_\_\_

### V. OPINION DEL SERVICIO

32. Por qué escogió la Maternidad:

1. facilidad de acceso    2. buena atención    3. costos  
4. buenos comentarios    5. recomendación    6. otros motivos  
7. no contesta

33. Fué fácil llegar a esta Maternidad:

1. SI    2. NO

En caso de responder no:

34. Cuál fue el motivo:

1. falta de transporte    2. calles dañadas  
3. no hay letreros de información    4. no conocía el lugar  
5. Otros (especifique) \_\_\_\_\_



35. Desde cuándo asiste a consulta externa de esta maternidad

\_\_\_\_\_

36. Además de esta institución de salud, ha consultado a otras instituciones:

1. SI    2. NO

37. Si la respuesta es afirmativa, indique cuál:

1. Maternidad Sotomayor    2. Maternidad Mariana de Jesús  
3. Hospital Guayaquil    4. Centros de Salud

5. Clínicas y Policlínicos particulares      6. Otros \_\_\_\_\_

38. Cuáles son los motivos por los que asiste a otra institución

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

39. El tiempo que debe esperar para ser atendido en esta Maternidad lo considera:

1. Mucho tiempo

2. Normal

3. Poco tiempo

40. En qué lugar esperó más tiempo:

1. Estadística

2. Preparación de paciente

3. Sala de espera

4. Farmacia

5. Laboratorio

6. Otros \_\_\_\_\_

41. Conoce los servicios que presta la Maternidad:

1. SI

2. NO

42. Cuáles conoce Ud.      (anote todas las respuestas que dé la madre)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

En el momento que Ud. ingresó encontró:

43. Cortesía en el trato

1. SI

2. NO

44. Rapidez en la atención

1. SI

2. NO

45. Información adecuada

1. SI

2. NO

46. De quién o quiénes tiene queja en el Hospital:

(anote todas las respuestas que dé la madre)

1. Médicos

2. Enfermeras

3. Aux. Enfermería

4. Personal de servicio

5. Personal de laboratorio

6. Personal de farmacia

7. Personal de Rx.

8. Otros (especifique) \_\_\_\_\_

Como califica Ud. los siguientes servicios:

- |     |             |          |         |                |
|-----|-------------|----------|---------|----------------|
| 47. | Laboratorio | 1. Bueno | 2. Malo | 3. No contesta |
| 48. | Radiología  | 1. Bueno | 2. Malo | 3. No contesta |
| 49. | Cardiología | 1. Bueno | 2. Malo | 3. No contesta |
| 50. | Ecografía   | 1. Bueno | 2. Malo | 3. No contesta |
| 51. | Vacunación  | 1. Bueno | 2. Malo | 3. No contesta |
| 52. | Farmacia    | 1. Bueno | 2. Malo | 3. No contesta |
| 53. | Odontología | 1. Bueno | 2. Malo | 3. No contesta |
| 54. | Sicología   | 1. Bueno | 2. Malo | 3. No contesta |

55. Cree Ud. que este hospital tiene los recursos suficientes para brindar una buena atención:

1. SI

2. NO

Si la respuesta es negativa,

56. Qué cree que le hace falta:

1. Personal

2. Materiales de uso médico

3. Espacio físico

4. Movilización

5. Comunicación

6. Equipos

7. Otros (especifique) \_\_\_\_\_

57. Qué opina del servicio recibido

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

58. Qué recomendaciones Ud. daría para mejorar la atención en esta maternidad:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del encuestador: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## ANEXO # 5

ENCUESTA A LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA  
DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL "MATILDE HIDALGO DE PROCEL"

FORMULARIO #: \_\_\_\_\_ H.C.# \_\_\_\_\_

### I. DATOS DE FILIACION

NOMBRE \_\_\_\_\_

1. EDAD \_\_\_\_\_

### II. ESTADO DE SALUD ACTUAL

2. Por qué viene al servicio de emergencia:

- |                         |                              |                    |
|-------------------------|------------------------------|--------------------|
| 1. Parto                | 2. Cesárea                   | 3. Puerperio       |
| 4. Aborto               | 5. Enf. Ginecológica         | 6. Enf. Obstétrica |
| 7. Enf. diarreica aguda | 8. Enf. respiratoria aguda   | 9. Fiebre          |
| 10. Convulsiones        | 11. Accidente-Traumatismo    | 12. Violencia      |
| 13. Quemaduras          | 14. Otros(especifique) _____ |                    |

### III. CARACTERISTICA SOCIO-ECONOMICA DE LA FAMILIA

#### A. PROCEDENCIA



10. En qué trabaja el jefe de familia

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| 1. empleado publico          | 2. empleado privado          |
| 3. Por cuenta propia         | 4. trabajo familiar sin pago |
| 5. obrero                    | 6. no trabaja                |
| 7. otros (especifique) _____ |                              |

#### D. INGRESO FAMILIAR

11. Cuántos viven en la casa y comen de la misma olla \_\_\_\_\_

12. Cuantas personas aportan económicamente en la casa: \_\_\_\_\_

#### E. VIVIENDA

13 La casa en que Uds. viven es:

- |             |               |
|-------------|---------------|
| 1. propia   | 2. alquilada  |
| 3. prestada | 4. compartida |

14. De qué material es la casa donde vive?

- |            |          |
|------------|----------|
| 1. cemento | 2. mixta |
| 3. madera  | 4 caña   |

#### F. SERVICIOS BASICOS

15. De donde obtiene el agua?

- |             |             |
|-------------|-------------|
| 1. entubada | 2. Tanquero |
|-------------|-------------|

16. Donde hace Ud. sus necesidades

- |          |            |         |
|----------|------------|---------|
| 1. SS:HH | 2. Letrina | 3. Pozo |
|----------|------------|---------|

17. Donde bota la basura:

- |                       |             |          |
|-----------------------|-------------|----------|
| 1. recolector         | 2. entierra | 3. quema |
| 4. bota al aire libre | 5. no sabe  |          |

#### IV. ATENCION DE LA SALUD

18. Cuando un miembro de la familia se siente mal de salud, que es lo primero que Ud hace en su casa:

(anote la respuesta de la madre)

- |                        |  |
|------------------------|--|
| 1. nada                | 2. da remedios existentes en casa        |
| 3. da remedios caseros | 4. compra medicamentos por cuenta propia |
| 5. espera              | 6. hace reposo                           |
| 7. busca atención      | 8. Otros(especifique)_____               |

19. En caso de enfermarse algún miembro de la familia a donde vá:

(anote la respuesta de la madre)

- |              |                      |              |
|--------------|----------------------|--------------|
| 1. curandero | 2. promotor de salud | 3. boticario |
| 4. médico    | 5. familiar          | 6. vecino    |
| 7. ninguno   |                      |              |

20. Y por qué lo busca:

(anote la respuesta de la madre)

- |              |                             |              |                  |
|--------------|-----------------------------|--------------|------------------|
| 1. facilidad | 2. Costumbre                | 3. Confianza | 4. Recomendación |
| 5. Costo     | 6. Otros (especifique)_____ |              |                  |

#### V. OPINION DEL SERVICIO

21. Por qué escogió la Maternidad:

- |                        |                   |                  |
|------------------------|-------------------|------------------|
| 1. facilidad de acceso | 2. buena atención | 3. costos        |
| 4. buenos comentarios  | 5. Recomendación  | 6. otros motivos |
| 7. no contesta         |                   |                  |

22. Fué fácil llegar a esta Maternidad:

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. SI | 2. NO |
|-------|-------|

En caso de responder sí:

23. Cuál fue el motivo:

- |                        |                   |
|------------------------|-------------------|
| 1. falta de transporte | 2. calles dañadas |
|------------------------|-------------------|

3. No hay letreros de información      4. no conocía el lugar

5. Otros (especifique) \_\_\_\_\_

24. Usted acude al servicio de emergencia:

1. Frecuentemente

2. Rara vez

25. Desde cuándo asiste a la emergencia de esta Maternidad  
\_\_\_\_\_

26. Además de esta institución, ha consultado a otras instituciones:

1. SI

2. NO

Si la respuesta es sí

27. Indique cuál:

1. Maternidad Sotomayor

2. Maternidad Mariana de Jesús

3. Hospital Guayaquil

4. Hospital del Niño

5. Centro de salud

6. Clínicas y Policlínicos

7. Otro (especifique) \_\_\_\_\_

28. Cuáles son los motivos por lo que asiste a otra institución

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

29. El tiempo que debe esperar para ser atendido en esta Maternidad lo considera:

1. Mucho tiempo

2. Normal

3. Poco tiempo

30. Conoce los servicios que presta la Maternidad:

1. SI

2. NO

31. Cuáles conoce Ud.      (anote todas las respuestas que dé la madre)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

En el momento que Ud. ingresó encontró:

32. Cortesía en el trato                      1. SI                                      2. NO
33. Rapidez en la atención                      1. SI                                      2. NO
34. Información adecuada                      1. SI                                      2. NO

35. De quién o quiénes tiene queja en el Hospital:  
(anote todas las respuestas que dé la madre)

1. Médicos                      2. Enfermeras                      3. Aux. Enfermería
4. Personal de servicio    5. Personal de laboratorio    6. Personal de farmacia
7. Personal de Rx.            8. Otros(especifique) \_\_\_\_\_

Como califica Ud. los siguientes servicios:

36. Laboratorio                      1. Bueno                      2. Malo                      3. No contesta
37. Radiología                      1. Bueno                      2. Malo                      3. No contesta
38. Cardiología                      1. Bueno                      2. Malo                      3. No contesta
39. Ecografía                      1. Bueno                      2. Malo                      3. No contesta
40. Vacunación                      1. Bueno                      2. Malo                      3. No contesta
41. Farmacia                      1. Bueno                      2. Malo                      3. No contesta
42. Odontología                      1. Bueno                      2. Malo                      3. No contesta
43. Psicología                      1. Bueno                      2. Malo                      3. No contesta

44. Cree Ud. que este hospital tiene los recursos suficientes para brindar una buena atención:

1. SI

2. NO

45. (Si la respuesta es negativa), Qué cree que le hace falta:

1. Personal

2. Materiales de uso médico

3. Espacio físico

4. Movilización

5. Comunicación

6. Equipos

7. Otros (especifique) \_\_\_\_\_

46. Qué opina del servicio recibido

\_\_\_\_\_

47. Qué recomendaciones Ud. daría para mejorar la atención en esta maternidad:

\_\_\_\_\_

Nombre del encuestador: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## BIBLIOGRAFIA

BAVARESCO DE PRIETO, Aura. *LAS TECNICAS DE INVESTIGACIÓN*, Manual para elaboración de Tesis, Monografías, Informes. 4ª. ed. Cincinnati-U.S.A. South Western Publishing. 1979.

CANALES, Francisca. *METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION*, Manual para el Desarrollo de Personal de Sallud. OPS/OMS. Editorial Limusa, México D.F. 1986

CENTRO DE ESTUDIOS DE POBLACION Y PATERNIDAD RESPONSABLE. *ENDEMAIN 94, ECUADOR*: Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil. Ecuador. 1996

COMISION NACIONAL DE REFORMA DEL SECTOR SALUD DEL ECUADOR. *DEMANDA, UTILIZACIÓN Y OFERTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ECUADOR*, Quito-Ecuador, 1994.

DUNCAN, Peddersen. *EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD*, El Punto de vista de la gente. Revista Análisis.

DRUCKER, Peter. *GERENCIA PARA EL FUTURO*, El decenio de los 90 y más allá. Bogotá-Colombia, Editorial Norma, 1992.

ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DEL LITORAL, ESCUELA DE POSTGRADO DE ADMINISTRACION DE EMPRESAS. *FORO INTERNACIONAL SOBRE GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD*, Memorias. Ecuador, ESPOL-ESPAE, 1995.

*ESCUELA DE LA TEORIA DE LA ORGANIZACIÓN*. Material mimeografiado

FIGUEROA, Rethelny y MOLINA, Carlos. *ORGANIZACIÓN Y GERENCIA PÚBLICA*. San José-Costa Rica. Instituto Centroamericano de Administración Pública-ICAP. 1989

FRANK, Robert. *MICROECONOMÍA Y CONDUCTA*, España, Mc-Graw Hill Interamericana, 1994.

FRED, David. *LA GERENCIA ESTRATÉGICA*. 7 ma. Reimpresión, Santa Fé de Bogotá-Colombia, 1992.

FUNDACION EUGENIO ESPEJO. *INVESTIGACIÓN SOBRE OFERTA Y DEMANDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ECUADOR*. 1992

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. *LA GERENCIA DE CALIDAD EN SALUD*. Ed. K. Vanormelingen y otros. OPS/OMS 1.994

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. *MANUAL DE ORGANIZACIÓN DE LAS ÁREAS DE SALUD*. Quito-Ecuador. 1993.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. *MODERNIZACION DE LA GESTION DE SALUD EN EL ECUADOR*. Quito-Ecuador. Editores: Patricio Abad y Edgar Moncayo. Ediciones Científicas., 1993

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. *PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DEL ECUADOR*. Quito-Ecuador. Editores: Roberto Sempértegui, Plutarco Naranjo y Mónica Padilla. 1992

OVIEDO, Nelson. *DESARROLLO ECONÓMICO Y SALUD*, Iniquidades en Salud. Quito, Correo poblacional de salud, volumen 3-4, 1995

OVIEDO, Nelsón. *CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA*, Proyecto y Análisis y promoción de las políticas de salud, Quito, 1996.

PAGANINI, José María. *DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD* HSS/SILOS-30. Calidad y Eficiencia de la Atención Hospitalaria. Washington D.C. OPS/OMS. 1993.

PAGANINI José María y NOVAES, Humberto de Moraes. *DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD*. El Hospital Público. Tendencias y Perspectivas. Washington D.C., OPS/OMS 1994

PERDOMO, Rodulio. "ASPECTOS ECONÓMICOS EN LA EXPRESIÓN DE NECESIDADES DE SALUD/ENFERMEDAD". Honduras

PINEAULT, Raynald y DAVELUY, Carole. *LA PLANIFICACION SANITARIA*, Conceptos-Métodos-Estrategias. España. Editorial Masson s.a. 1987.

*PLAN NACIONAL DE ACCIÓN EN POBLACIÓN*. Secretaria General de Planificación, Agosto 1.994.

SACOTO, Fernando; TERAN Carlos y ANDRADE Fausto. *LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN EL ECUADOR*, Contribuciones para el debate. Quito. Namur Editores. 1.992

SALLENAVE Jean-Paul. *LA GERENCIA Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA*. 2da. Reimpresión, Colombia, Editorial Norma

SANCHEZ RODRIGUEZ, Héctor. *LA REGULACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD ES NECESARIA*, Revista Análisis.

TINAJERO, Rubén y GUERRERO, Eduardo. *LOS HOSPITALES Y EL MODELO DE SALUD*. Quito-Ecuador. Ed. ESPE. 1990

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL. *CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN DEL COLERA Y CONFLICTO CULTURAL*, Un análisis del comportamiento poblacional en áreas urbano-marginales. Guayaquil-Ecuador. Ediciones La Chaza. 1995

VARGAS FUENTES, Mauricio. *GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD*. San José, Costa Rica: ICAP, 1990.

# INDICE

AGRADECIMIENTO	1
DEDICATORIA	2
RESUMEN EJECUTIVO	7
INTRODUCCION	8
1 ANTECEDENTES	10
2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
3 JUSTIFICACION	11
4 OBJETIVO	11
4.1 OBJETIVO GENERAL	11
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	14
5 MARCO TEORICO	15
5.1 SISTEMAS DE SALUD	16
5.1.1 GENERALIDADES	17
5.1.2 EVOLUCION HISTORICA	15
5.1.3 CLASIFICACION DE LOS SISTEMAS	16
5.1.4 EL ENFOQUE SISTEMICO EN LA ADMINISTRACION DE SALUD	17
5.1.5 SISTEMAS LOCALES DE SALUD (SILOS)	18
5.2 ORGANIZACIÓN	18
5.2.1 CONCEPTUALIZACION	22
5.2.2 LA ORGANIZACIÓN COMO UN SISTEMA ABIERTO	25
5.2.3 ESTRATEGIA ORGANIZACIONAL	26
5.3 LA GERENCIA	27
5.3.1 LA GERENCIA EN SALUD	30
5.3.2 LA GERENCIA EN EL AREA PUBLICA	30
5.3.3 LA EDUCACION PARA LA FUNCION GERENCIA Y EL LIDERAZGO EN EL SECTOR SALUD	32
5.4 OFERTA Y DEMANDA	32
5.4.1 GENERALIDADES	32
5.4.2 DETERMINANTES DE LA OFERTA Y LA DEMANDA	32
5.4.2.1 DETERMINANTES DE LA OFERTA	33
5.4.2.2 DETERMINANTES DE LA DEMANDA	36
5.4.3 LA OFERTA EN SALUD	37
5.4.3.1 ESTRUCTURA DE LA OFERTA	38
5.4.3.2 SISTEMA OFERTANTES DE SALUD	38
5.4.3.3 ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	41
5.4.3.4 RECURSOS HUMANOS	42
5.4.3.5 TECNOLOGIA	43
5.4.4 DEMANDA EN SALUD	46
5.4.4.1 CONDICIONANTES DE LA DEMANDA EN SALUD	46
5.4.4.1.1 VARIACIONES O ELASTICIDAD DE LA DEMANDA	46
5.4.4.1.2 INFLUENCIA EN LA DEMANDA DEL PRECIO DE LOS BIENES-SUSTITUTOS	47
5.4.4.1.3 INFLUENCIA DEL PRECIO DE LOS BIENES COMPLEMENTARIO EN LA DEMANDA EN SALUD	48
5.4.4.1.4 INFLUENCIA DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS SOBRE LA DEMANDA	48
5.4.4.2 LA IMPORTANCIA DE LOS ANALISIS DE DEMANDA EN SALUD	48
5.4.5 INTERACCION OFERTA-DEMANDA	48

6 METODOLOGIA .....	50
6.1 DISEÑO DEL ESTUDIO .....	50
6.2 DEFINICION DEL UNIVERSO Y MUESTRA .....	50
6.2.1 UNIVERSO .....	50
6.2.2 MUESTRA .....	50
6.3 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE LA INFORMACION .....	51
6.4 VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE ENCUESTA .....	52
6.5 PROCEDIMIENTOS .....	52
7 ANALISIS DE LA OFERTA .....	54
7.1 ACCESIBILIDAD .....	54
7.2 ESTRUCTURA .....	55
7.2.1 ESTRUCTURA DEL PERSONAL .....	55
7.2.2 ESTRUCTURA FINANCIERA .....	55
7.2.3 ESTRUCTURA FISICA .....	56
7.2.4 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA .....	56
7.2.4.1 ADMINISTRACION .....	56
7.2.4.2 ADMISION A LA CONSULTA .....	57
7.2.4.3 SISTEMA DE INFORMACION .....	58
7.2.4.4 SUPERVISION Y EVALUACION .....	59
7.2.4.5 CAPACTACION .....	59
7.2.4.6 COORDINACION .....	59
7.3 DISPONIBILIDAD .....	60
7.3.1 PROGRAMAS .....	60
7.3.2 CAPACIDAD DEL SISTEMA .....	61
7.3.2.1 RECURSOS .....	61
7.3.2.2 COBERTURA .....	61
8 CONDICIONES DE LA OFERTA .....	62
9 RECOMENDACIONES DE LA OFERTA .....	64
10 ANALISIS DE LA DEMANDA .....	66
11 CONCLUSIONES DE LA DEMANDA .....	70
12 RECOMENDACIONES DE LA DEMANDA .....	72
CUADROS .....	
ANEXOS .....	
BIBLIOGRAFIA .....	
INDICE .....	

