



MAESTRÍA EN GERENCIA HOSPITALARIA
SUSTENTACIÓN DEL PROYECTO DE GRADUACIÓN

En Guayaquil, a los 28 días del mes de Octubre del 2005, en el auditorium de la Escuela de Postgrado en Administración de Empresas ESPAE-ESPOL, sustentaron la Tesis de Grado: "*Optimización de la actividad quirúrgica en un servicio de laparoscopia*"; los señores:

- **Campuzano Castro Segundo Guillermo**

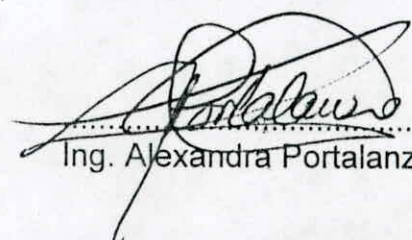
Actuaron como miembros del jurado las siguientes personas:

- Dr. Ernesto Torres
- Eco. Ernesto Rangel
- Ing. Alexandra Portalanza

Para constancia de lo actuado firman abajo los presentes:


Econ. Ernesto Rangel


Dr. Ernesto Torres


Ing. Alexandra Portalanza

Se adjunta Acta de Calificaciones.

kam

Escuela de Postgrado en Administración de Empresas

ESPAE

SECRETARÍA ACADÉMICA



**ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DEL LITORAL
ESCUELA DE POSTGRADO EN ADMINISTRACION DE EMPRESAS
MAESTRIA EN GERENCIA HOSPITALARIA**

**TESIS DE GRADO PREVIA A LA OBTENCION DEL TITULO DE
MAGISTER**



BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL

PROYECTO:

**EQUIPAMIENTO BASICO DEL SERVICIO DE LAPAROSCOPIA GINECOLOGICA
DEL HOSPITAL GINECO – OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR**

**Propuesta para solicitar donación a través del esquema de asistencia para proyectos
comunitarios (APC) del Gobierno de Japón**

AUTOR: Dr. Guillermo Campuzano Castro

DIRECTOR: DR ERNESTO TORRES TERAN.

GUAYAQUIL - ECUADOR

2005



DP-08007

DEDICATORIA

A MI MADRE, ALLÀ EN LA ETERNIDAD,

A MI PADRE, TESTIGO PRESENTE,

A MI ESPOSA E HIJOS

INSPIRACIONES Y SENTIDOS DE MI VIDA

OBJETOS DE MIS PENSAMIENTOS

Y BLANCOS DE MIS AMORES

AGRADECIMIENTO

AL CONCLUIR EL PRESENTE PROYECTO Y ESTA GRAN JORNADA DE ESTUDIO EN GERENCIA HOSPITALARIA , QUIERO DEJAR CONSTANCIA DE MI AGRADECIMIENTO A LAS INSTITUCIONES Y PERSONAS QUE HICIERON POSIBLE HACER REALIDAD ESTE ANHELO:

A LA JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL , HOSPITAL GINECO OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR Y SERVICIO DE LAPAROSCOPIA, CAMPOS DE NUESTRO ESTUDIO, Y FUENTES DE NUESTRA EXPERIENCIA

A LA ESPOL – ESPAE QUE CON SU MISION Y VISION FAVORECEN LA PERSPECTIVA GERENCIAL EN EL CAMPO DE LOS SERVICIOS DE SALUD, Y POR ENDE EN EL DESARROLLO DE NUESTRA SOCIEDAD.

AL DR. ERNESTO TORRES TERAN COORDINADOR DE LA MAESTRIA Y DIRECTOR DE ESTE PROYECTO POR SU INVALORABLE APOYO Y DON DE DOCENTE.

A MI FAMILIA, POR SU COMPRESION, AL SACRIFICAR TIEMPO INVALORABLE DE NUESTRA RELACION, EN PRO DE FAVORECER EL ACRECENTAR CONOCIMIENTOS EN BENEFICIO DE QUIENES MAS LO NECESITEN.

INDICE

	Pag.
RESUMEN EJECUTIVO	2
1. INTRODUCCIÓN	3
2. ANTECEDENTES	5
3. DIAGNOSTICO SITUACIONAL	6
3.1 Diseño de Diagnóstico	6
3.2. Informe de diagnóstico	7
3.3 Conclusiones del diagnóstico	20
4. CARACTERISTICAS DEL EQUIPO SOLICITADO	21
5. SISTEMA DEL MARCO LOGICO DEL PROYECTO	32
5.1 Análisis de participación de actores	34
5.2 Árbol de problemas	35
5.3 Árbol de objetivos	36
5.4 Análisis de alternativas	37
5.4.1 Matriz de análisis de alternativas	38
5.5 Matriz del marco lógico	39
6. REQUISITOS PARA SOLICITAR DONACION AL GOB. JAPON	42
6.1 Formulario - solicitud para asistencia proyectos comunitarios	45
6.1.1 Datos del solicitante	45
6.1.2 Diseño del proyecto	47
7. CONCLUSIONES	52
8. BIBLIOGRAFIA	53
9. ANEXOS	54

RESUMEN EJECUTIVO

Este es un proyecto elaborado en base a la matriz del marco lógico y pretende obtener recursos del programa de asistencia para proyectos comunitarios (APC) del gobierno de Japón , el mismo que permita el equipamiento del servicio de laparoscopia del hospital Gineco . Obstétrico Enrique C. Sotomayor de la ciudad de Guayaquil

Se realizó un análisis de los requisitos que este programa plantea los cuales se fueron cumpliendo taxativamente, se incluyeron aspectos de la realidad nacional local e institucional donde se evidencia la necesidad planteada y la justificación para acceder al beneficio ofertado.

Con fines académicos se creyó necesario ahondar en la justificación técnica del proyecto, por lo que se incluyeron análisis dentro de la perspectiva del marco lógico lo que permitirá tener un sustento en su ejecución, lo torne viable al mismo y lo mantenga ejecutable a largo plazo.

Cómo profesional formado en Gerencia hospitalaria, elaborar el presente documento, significa contribuir con los conocimientos adquiridos, al desarrollo y efectividad de la Gestión en las organizaciones de salud de nuestro país.

1. INTRODUCCION

La situación socio - económica del país ha hecho que un alto porcentaje de la población se encuentre en un índice de pobreza que los indicadores lo ubican en el orden del 76%. Esto se refleja en el campo de la salud donde se evidencia un déficit en la asignación de recursos, consecuentemente una precaria asistencia en salud preventiva y curativa., contribuyendo además a esto, los aspectos políticos, culturales y geográficos de nuestra población.

Los Servicios de salud en nuestro país, en términos de calidad y cobertura son deficientes, muchos esfuerzos se invierten en mejorar esta situación, pero la realidad sigue siendo la misma desde hace algún tiempo, prueba de ello es tener un presupuesto de salud desfinanciado y en descenso al 3% . En definitiva se torna imperiosa la necesidad de buscar formas de obtener recursos que permitan solventar parcialmente las necesidades de las instituciones que brindan salud en nuestro país, una de ellas es la formulación de proyectos ante organismos nacionales o internacionales que por sus características de países del primer mundo permiten asignar distintos tipos de ayuda a quienes así lo justifiquen.

Un proyecto es un conjunto de actividades interrelacionadas para alcanzar unos objetivos, en un tiempo y espacio determinado, para llevarlo a cabo se requiere de un presupuesto o recursos determinados (1). La finalidad de un proyecto, en la mayoría de los casos, es modificar una situación de la realidad que nos parece colectivamente insatisfactoria. Es decir, un proyecto tiene la intención de modificar algo que afecta negativamente la vida de un grupo de personas haciendo que se produzcan cambios favorables para su desarrollo Un buen proyecto suele surgir, más que de la idea genial de una persona inteligente y brillante, del trabajo organizado de un equipo humano, en el se combinan el análisis racional con la inteligencia creativa, se aprovechan recursos y coordinan esfuerzos para conseguir los resultados que se proponen (2).

Existen varias formas y técnicas para la elaboración de proyectos, pero la metodología de Marco Lógico goza de reconocimiento internacional y en muchas ocasiones se exige, como requisito para la financiación de los proyectos. El sistema de marco lógico (SML) es un método concreto de planificación de proyectos que ofrece herramientas para la conceptualización, el diseño, la ejecución, el seguimiento del desempeño y la evaluación de proyectos. Puesto que el Sistema Marco Lógico ayuda a las personas encargadas de la preparación de un proyecto a estructurar y formular mejor sus pensamientos y a expresarse de forma clara y coherente sobre él (3), su objetivo es darle estructura al proceso de planificación y comunicar información esencial sobre el proyecto (4). En general, en los últimos años, este sistema, ha adquirido un importante reconocimiento por parte de los organismos internacionales que financian proyectos de desarrollo y, en muchos casos, lo exigen como requisito para financiar los proyectos (5).

La Junta de Beneficencia de Guayaquil. es una institución privada, sin fines de lucro, que tiene como finalidad prestar servicios asistenciales en las ramas de salud y educación, esta institución fue creada en el año 1888 y sus recursos se originan de las donaciones y legados de organizaciones caritativas y de altruistas guayaquileños (6). Entre las instituciones que regenta esta institución está el Hospital Gineco – Obstétrico Enrique C. Sotomayor, este fue creado hace 57 años y brinda servicios de atención especializada a mujeres en estado de gestación, recién nacidos y en salud reproductiva integral. Uno de los servicios con que cuenta este hospital es el de laparoscopia, con 25 años de existencia a atendido alrededor de 60.000 pacientes brindándoles atención en cirugía de mínimo acceso y endoscopia quirúrgica ginecológica (laparoscopia e histeroscopia).

La atención en el servicio de laparoscopia se la maneja bajo la modalidad de - hospital del día- cuenta con tres salas de cirugía en una de las cuales se realizan procedimientos endoscópicos y en las dos restantes procedimientos de minilaparotomía para contracepción quirúrgica, estos últimos tienden a disminuir debido a que el programa de maternidad gratuita del ministerio de salud pública del Ecuador los financia y dada la sencillez de realizarlos estos pueden ser hechos en los centros hospitalarios de primer nivel; consecuentemente, tenemos dos salas de cirugía subutilizadas y una gran lista de espera de pacientes quirúrgicos laparoscópicos que por falta de equipos no son atendidos con prontitud.

La escasez de recursos económicos del hospital y la poca capacidad de pago de las usuarias hace que se torne imperiosa la necesidad de contar con un equipo moderno de laparoscopia que permita brindar servicio adecuado y eficaz a pacientes que por sus condiciones no podrán acceder al mismo en otro centro público o privado. En este sentido, al existir la oportunidad de obtener recursos de ONG's o países amigos es ineludible gestionar ante ellos por estos bienes concientes de que al obtenerlos estos se instalarán en un lugar en donde se mantiene actualmente la infraestructura física y humana que hará del funcionamiento del aparato un hecho inmediato.

La Finalidad de este documento es presentar un proyecto en el cual se incluye en su primera parte un enfoque desde la perspectiva del marco lógico y posteriormente su desarrollo se lo hace cumpliendo con los requisitos que constan en el documento para solicitar donación a través del esquema de asistencia para proyectos comunitarios (APC) que mantiene el Gobierno del Japón, este trabajo pretende obtener recursos que permitan mejorar las condiciones de atención de las usuarias del servicio de laparoscopia del hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor.

2. ANTECEDENTES DEL PROYECTO.-

Múltiples son los factores que influyen en la situación de salud de una población, pueden ser estos de índole social, político o económico a los cuales se asocian colateralmente factores culturales y geográficos, esto influye de una u otra forma en las condiciones de vida de esta población las mismas que desde hace algún tiempo sufren un deterioro perceptible e indolente ante quienes tienen que ver en su mejoramiento y superación.

Si tomamos como referencia la proporción del PIB dedicada a la atención de salud, en nuestro país esta es una de las más bajas comparadas con otros países latinoamericanos. Destacable es el hecho de que en los últimos 10 años nuestro presupuesto en salud se redujo del 4,6% al 2,8%, mientras que el gasto per cápita pasó de 71 a 61 dólares. El gasto de los hogares se destina en un 12,1% a acciones preventivas y el 87,9% a acciones de curación. Esto evidencia el modelo curativo que predomina y la poca prevención que se hace (8).

Hablar de la calidad y cobertura de los servicios de salud en nuestro país es tener conciencia de sus deficiencias, las cuales están dadas por la desfinanciación del presupuesto del estado y del sector salud, la poca ejecutividad del MSP, la poca o nada coordinación entre las distintas instituciones que brindan salud en nuestro país y por la improvisación de modelos de atención, los cuales no se ajustan a nuestras realidades.

En la ciudad de Guayaquil se evidencia, como en ninguna otra ciudad del país, la suplección de servicios de salud sobre todo hospitalarios, (que deberían corresponder al rol del estado), por parte de una entidad centenaria como la Junta de Beneficencia de Guayaquil la cual acoge atención Gineco – Obstétrica en su Hospital de especialidad Enrique C. Sotomayor.

La Junta de Beneficencia de Guayaquil es una entidad autónoma de servicio público y de derecho privado con 120 años de existencia, sus recursos los obtiene de la Lotería Nacional, impuestos locales y nacionales y de los legados y donaciones que se le otorga. Con estos recursos financia las actividades de sus casas de salud, hospicios y centros educativos.

El Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor con 48 años de existencia considerada por tradición como “la maternidad de la ciudad” es actualmente el Hospital de Especialidad más grande del país por el volumen de atención y la cobertura que presta en este campo.

Los factores económicos - sociales y sus crisis también se vieron reflejados en estas instituciones; por lo que, se hizo necesario implementar un mecanismo de recuperación de costos por los servicios que presta, esto de acuerdo a la capacidad de pago de sus usuarios y consciente de su mayor misión “asistir al más necesitado sin cobro alguno”

Una de los mecanismos implementados recientemente por la JBG para adquirir recursos que permitan mantener la actividad de sus instituciones es la de presentar proyectos a organismos nacionales e internacionales, los cuales tengan que ver con la implementación de áreas con tecnologías específicas, la instauración de programas que favorezcan la calidad de atención y favorecer la modernización de sus servicios .

El Gobierno de Japón, mediante sus embajadas locales tiene diseñado un Esquema de Asistencia para Proyectos Comunitarios (EPC) a través del cual se pueden solicitar donaciones consistentes en equipos o materiales que un hospital puede estar requiriendo, por este motivo la JBG ha hecho participe de este programa a los distintos hospitales que regenta con la finalidad de poder aplicar ante este organismo y lograr obtener implementos que benefician a la gran cantidad de usuarios que asisten a sus instituciones.

Con estos antecedentes surge la iniciativa de presentar esta propuesta desde el Servicio de laparoscopia del Hospital Gineco – Obstétrico Enrique C. Sotomayor con la finalidad de poder atender a un número mayor de usuarias, de escasos recursos económicos, que al momento no son ingresadas por no contar con otro equipo de laparoscopia operatoria ginecológica y que en la actualidad forman parte de una gran lista de espera. Estas circunstancias nos ha motivado ha presentar el siguiente **Proyecto de Equipamiento básico del Servicio de laparoscopia del Hospital G.O. Enrique C. Sotomayor”**.

3. DIAGNOSTICO SITUACIONAL.-

3.1. DISEÑO DE DIAGNÓSTICO

a) Nombre del Proyecto: Equipamiento básico del Servicio de laparoscopia del Hospital G.O. Enrique C. Sotomayor”.

b) Problemática sobre la cual se va a incidir:

- Recursos tecnológicos obsoletos
- Capacidad física del servicio subutilizada
- Aumento de lista de espera para ser intervenidas por laparoscopia

c) Determinación de la zona y población:

Al Hospital G.-O. Enrique C. Sotomayor asisten pacientes que por sus condiciones socioeconómicas y complejidad de sus dolencias provienen de otras instituciones de salud, de las zonas urbano – marginales de la ciudad, de todos los cantones de la provincia y de la región e incluso de la sierra, oriente y Galápagos

d) Que se necesita conocer:

- Infraestructura del Hospitales capacidad de atención a pacientes obstétricos y no Obstétricos
- La asistencia de pacientes con patologías no - obstétricas de resolución quirúrgica al servicio de laparoscopia.
- Capacidad física del servicio de laparoscopia.
- Lista de espera de pacientes quirúrgicos laparoscópicos.
- El interés de las pacientes con relación a ser intervenidas mediante laparoscopia, sus condiciones socio-económicas y su capacidad de pago

e) Para qué?

- Para determinar la necesidad de poder brindar soluciones quirúrgicas laparoscópicas
- Saber la aceptación de este procedimiento (laparoscopia) por parte de la paciente
- Para estimar el nivel de ingreso de las usuarias y su capacidad de pago por las intervenciones que se realizan.
- Saber el número de laparoscopias que se puedan realizar en este servicio

3.2. INFORME DE DIAGNÓSTICO SOBRE LA SITUACIÓN DEL HOSPITAL G.O. ENRIQUE C. SOTOMAYOR Y SU SERVICIO DE LAPAROSCOPIA

1. Información general
2. Estructura de camas hospitalarias y su distribución según salas
3. Indicadores Hospitalarios
4. Indicadores hospitalarios quirúrgicos
5. Relación actividad obstétrica – ginecológica
6. Días de estancia hospitalaria
7. Recursos humanos hospitalarios
8. Actividad quirúrgica en el servicio de laparoscopia
9. Análisis sobre referencia de usuarias a laparoscopia
10. La capacidad instalada del Servicio de Laparoscopia
11. El interés de las pacientes a sus preferencias laparoscópicas



BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL

3.2.1 HOSPITAL GINECO – OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR

INFORMACION GENERAL

La Junta de Beneficencia de Guayaquil es una institución ecuatoriana de servicio y asistencia social a los sectores menos favorecidos de todo el Ecuador. Fue creada el 17 de diciembre de 1887 mediante ordenanza municipal y partir de 1888 inicia su acción, la Junta de Beneficencia de Guayaquil, ha mantenido una estela de servicio y solidaridad para con el pueblo ecuatoriano a través de los hospitales: “Luís Vernaza”; Gineco-Obstétrico “Enrique C. Sotomayor”; de Niños “Roberto Gilbert Elizalde”; y el Psiquiátrico “Lorenzo Ponce”.

Las actividades de la JBG se financian con la venta de la Lotería nacional, de la cual tiene su mayor sustento, otros ingresos representan el aporte de prestantes personajes e instituciones de la ciudad y del país; así como también logra equiparar sus gastos con donaciones que recibe de fundaciones del exterior, lo que permite cubrir la creciente demanda de atención médica. Los hospitales, a través de la autogestión, logran recuperar hasta un 25% del costo de atención, aunque en muchas ocasiones se exonera íntegramente el costo de la atención a los pacientes que por su crítica situación económica así lo ameritan.

El Hospital Gineco - Obstétrico Enrique C. Sotomayor es una institución dependiente de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, brinda servicios relacionados con la salud reproductiva, asistiendo a mujeres embarazadas en su etapa prenatal, parto y puerperio; servicios neonatológicos, asistiendo al recién nacido; y, Servicios Ginecológicos favoreciendo la prevención, tratamiento y control de patologías femeninas..

Conocida antiguamente como Maternidad “Enrique C. Sotomayor”, prestaba al inicio sus servicios dependiendo del Hospital de Niños Alejandro Mann, debido a que la demanda resultó insuficiente y hasta carente de medios técnicos para satisfacerla, fue indispensable construirla en otro sitio, se inauguró el 14 de Septiembre de 1948, y tomó su actual denominación de Hospital Gineco Obstétrico en el año 1979 dada la ampliación de la cobertura de servicios al campo ginecológico. El Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor expandió su espacio físico en la década del 80 acorde a la demanda de la población de Guayaquil (2'000.000 h.), su zona de influencia regional y del País. Al momento cuenta con : Una área de consulta externa con 10 consultorios y 20 Profesionales, Hospitalización con 8 salas, Área tocoquirúrgica con 60 camillas, Neonatología, Laparoscopia, Salas de Cirugía (quirófanos)15, Sala de cuidados intermedios. Cuidados Intensivos de adultos y neonatos, Consultorios de Cardiología, Colposcopia, Urología, Laboratorio Clínico y de Patología, Banco de Sangre, Dpto. de imágenes, salas de recuperación posparto y postoperatorio, Área de Trabajo Social, Enfermería y modernas instalaciones del conglomerado administrativo.

En este Hospital laboran alrededor de 1.200 personas, entre Médicos de Planta, Personal de Enfermería y Trabajo Social, Tecnólogos de distintas especialidades y personal administrativo y de Servicio.

El crecimiento demográfico de los últimos años y el deterioro social hacen que, por la demanda de atención, sus instalaciones actuales resulten incomodas e insuficientes para brindar atención con calidad y calidez.

El Servicio de Laparoscopia y Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria es una entidad dependiente del Hospital Gineco-Obstétrico “Enrique C. Sotomayor” que tiene como objetivo principal la prestación de servicios médicos relacionados con la reproducción humana. Las actividades y servicios institucionales están enfocados a promover la salud reproductiva de la mujer en edad fértil mediante la limitación de su fecundidad, permitiendo la aceptación voluntaria de la Anticoncepción Quirúrgica sea esta por minilaparotomía o laparoscopia; así como también, a desarrollar la Endoscopia Quirúrgica Ginecológica (Laparoscopia - Histeroscopia) con finalidad diagnóstica - terapéutica dirigida a mujeres con infertilidad o con patologías pélvicas variadas. Hacemos particular énfasis en la calidad de atención que se brinda, revertida en la satisfacción de las pacientes y promovemos el mantenimiento de los estándares académicos actualizados mediante la capacitación y entrenamiento de nuestro personal médico y paramédico y de quienes nos honran periódicamente con sus visitas (9).

Este Servicio se creó en el año 1.979 y han transcurrido hasta el momento 26 años de constante actividad. Podemos destacar que hasta Agosto del 2005 se han realizado 60.850 intervenciones quirúrgicas de las cuales 49.636 son minilaparotomía, 10.654. Desde el año 1.979 hasta Junio de 1.994 se utilizó la laparoscopia principalmente con fines diagnósticos y para la realización de oclusiones tubáricas; es a partir de esta fecha en que luego de la adquisición de un equipo de Endoscopia Operatoria Ginecológica de última generación se comienzan a realizar procedimientos quirúrgicos de variada complejidad, el hecho de contar con este moderno equipo, nos permitió estar al mismo nivel, en adelanto tecnológico, que similares instituciones hospitalarias de Sudamérica

Aplicando lo que son sus políticas generales y con relación a la actividad Académica - Científica que como servicio cumplimos constantemente, debemos señalar que desde su creación este centro a brindado capacitación constante a profesionales médicos y paramédicos;

El área física donde se ha trabajado desde hace 26 años, tuvo su remodelación integral en el año 1.997 y al momento cuenta con 3 quirófanos, sala de Pre y postoperatorio, sala de espera, videoteca y secretaria, una vez habilitado el sistema de aire acondicionado central y los sistemas de provisión de O2 y aspiración empotrados nos ha permitido la utilización funcional de las respectivas áreas en beneficio de quienes y para quienes trabajamos – Nuestras Pacientes

Contamos desde 1.993 con un Jefe de Servicio y además laboran con relación de dependencia un médico anestesiólogo, dos Anestelistas, una Jefa de Enfermería, una Trabajadora Social, una Secretaria, además cinco Auxiliares de Enfermería y una Auxiliar de servicio. Cabe destacar la enorme colaboración que prestan 3 Médicos - Especialistas – Asociados, 16 Médicos Residentes de Gineco-Obstetricia y Anestesiología y personal de Trabajo Social.

HOSPITAL GINECO – OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR

Cuadro N° 1
CAMAS SEGÚN AREAS DE HOSPITALIZACION

CAMAS HOSPITALARIAS	# 383
INDICADOR	
POST.PARTO	94
CIRUGIA OBST.	166
CIRUGIA GIN.	48
CUIDADOS INTERMEDIOS	19
UCI	7
PENSIONADO	49

Cuadro N° 2
CAMILLAS SEGUN LOCALIZACION

CAMILLAS	# 107
AREA TOCOQUIRURGICA	62
LAPAROSCOPIA	19
POST OP.CIRUGIA GIN.	20
ADMISION EMERG.	6



Cuadro N° 3
HOSPITALIZACION NEONATOLOGIA

NEONATOLOGIA	#180
CUNEROS pensión	14
SALA D,R,	59
SALA NIÑO JESUS	60
SALA PREMATUROS I	17
SALA PREMATURO II	19
UCI NEONATAL	20

Cuadro N° 3
HOSPITALIZACION CIRUGIA

CAMAS EN QUIROFANO	#
CIRUGIA GINECOLOGICA	8
AREA TOCOQUIRURGICA	3
LAPAROSCOPIA	3
ADM.EMERGENCIA	2
TOTAL	16

Cuadro N° 4
NUMERO DE CAMAS SEGÚN SALAS DE HOSPITALIZACION

SALAS	# referencia	# camas
MONICA	1 al 36	36
RITA	37 al 89	53
LUISA	90 al 148	59
CATALINA	149 al 189	41
MARGARITA	190 al 209	20
CECILIA	210 al 237	28
MARTINEZ DE ICAZA	238 al 256	19
CIPRIANA DUEÑAS	257 al 283	27
CUIDADOS INTERMEDIOS	284 al 302	19
SEMI PRIVADO	303 al 319	17
INFECTOLOGIA	323 al 333	11
FASE LATENTE	331 al 346	14
TERAPIA	1al 7	7
TOTAL		334

Cuadro N° 5
NUMERO DE CAMAS SEGÚN SALAS DE HOSPITALIZACION
PENSIONADO

SALAS	# referencia	# camas
PENSIÓN PRIMERA	101 al 112	12
PENSION ESPECIAL	113 al 132	20
SEMI - PRIVADO	303 al 319	17
TOTAL		49

Cuadro N° 6
INDICADORES HOSPITALARIOS - AÑO 2004

TOTAL DE INGRESOS	44.380
TOTAL DE EGRESOS	44.368
TOTAL DIAS PACIENTES	110.946
TOTAL DIAS ESTADA	143.784
TOTAL DE CAMAS	363
TOTAL DE DIAS CAMA DISPONIBLES	132.858
TOTAL DE PACIENTES FALLECIDAS	34
TOTAL DE PARTOS	32.486
TOTAL DE PARTOS NORMALES	13.780
TOTAL DE PARTOS POR CESAREA	18.706
CIRUGIA:S GINC.	6.585
TOTAL DE ABORTOS	4.706

PROMEDIO DIARIO DE ESTADIA PTES.	3,24
PRMEDIO DIARIO .CONS.EXT.	463
% OCUPACION CAMAS	83,5
PROMEDIO DIARIO CIRUGIAS GIN.	18

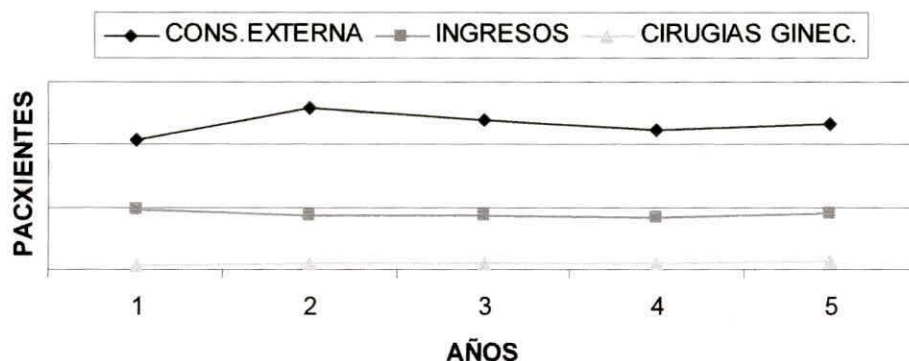


BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL

Cuadro N° 7
RELACION INGRESOS – CIRUGIAS GINECOLOGICAS
1995 - 2004

	1995	2001	2002	2003	2004
CONSULTAS EXT.	103505	129696	119880	112489	117176
Total INGRESOS	47373	42745	43797	41805	44380
CIRUGIAS GIN.	3850	4292	4841	5112	6585

RELACION INGRESOS - CIRUGIAS
GINECOLOGICAS



Cuadro N° 8

**RELACION ACTIVIDAD OBSTETRICA - GINECOLOGICA
AÑO 2005**

MESES	PARTOS	CESAREA	NACIMIENTOS	ABORTOS	INTERV. GIN.	LAP.	TOTAL
ENERO	1586	1125	2738	475	412	185	6521
FEBRERO	1355	996	2673	399	365	169	5957
MARZO	1621	1170	2825	543	479	152	6790
ABRIL	1538	1175	2744	366	387	195	6405
MAYO	1468	1397	2890	342	460	204	6761
JUNIO	1462	1179	2660	384	452	214	6351
JULIO	1356	1268	2654	464	385	215	6342
AGOSTO	1261	1309	2600	440	429	182	6221
SEPTIEMBRE	1340	1399	2769	494	438	211	6651
TOTAL	12987	11018	24553	3907	3807	1727	57999

Cuadro N° 9

**TOTAL DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA
AÑO 2005**

Meses	días/hosp.
ENERO	11283
FEBRERO	10405
MARZO	12473
ABRIL	11298
MAYO	11870
JUNIO	11161
JULIO	11323
AGOSTO	11103
TOTAL	90916

Cuadro N° 10
HOSPITAL GINECO – OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR
RECURSOS HUMANOS - 2005-

	CARGOS	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
1	DIRECTOR TECNICO	1	-	1
2	MEDICOS JEFES	8	1	9
3	PLANTA GINECOLOGOS	17	23	40
4	PLANTA NEONATOLOGIA	9	11	20
5	RESIDENTES GINECOLOGOS	19	27	46
7	RESIDENTES NEONATOLOGIA	-	9	9
8	MEDICOS ANESTESIOLOGOS	4	4	8
9	RESIDENTES ANESTESIOLOGOS	2	4	6
10	MEDICOS ADSCRITOS	1	1	2
11	INTENSIVISTA	2	-	2
12	EPIDEMIOLOGO	1	-	1
13	CARDIOLOGO	1	1	2
14	UROLOGO	1	-	1
15	MEDICO HIGIENISTA	1	-	1
16	MEDICO DEL PERSONAL	-	1	1
17	OFTAMOLOGO	1	-	1
18	COLPOSCOPISTA	1	-	1
19	RESIDENTES- RAYOS X	-	2	2
20	RESIDENTES ANATOMIA PATOLOGICA	1	1	2
21	OBSTETRICES Y RESIDENTES	2	32	34
22	LCDA.ENFERMERIA	-	113	113
23	TECNOLOGOS	31	45	76
24	QUIMICOS	-	13	13
26	TRABAJO SOCIAL	-	23	23
27	ADMINISTRADORA	-	1	1
28	SUB-ADMINISTRADORA	-	1	1
29	COORDINADORA DE PERSONAL	-	1	1
30	JEFE DE MANTENIMIENTO	1	1	2
31	JEFE. ESTADISTICA	1	1	2
32	AUXILIARES DE ESTADISTICA	2	35	37
33	SECRETARIA	-	30	30
34	QUIMICA, JEFE, AYUDANTES	-	15	15
35	ASISTENTES	6	1	7
37	OFICINISTA	-	11	11
38	AUX.IMPRESA	-	1	1
39	NUTRICIONISTA	-	1	1
40	TELEFONISTA	-	2	2
41	MENSAJERO	3	-	3
42	JEFA DE CAJA Y AYUDANTES	-	11	11
43	JEFA Y AYUDANTES SUMINISTROS	3	11	14
44	CHOFERES	6	-	6
45	CAPELLAN	1	-	1
46	AUX.ENFERMERIA	-	92	92
47	AYUD.ENFERMERIA	-	310	310
48	DPTO DE MANTENIMIENTO	19	-	19
49	PORTEROS	8	-	8
50	AUX.SERVICIOS.	155	29	184
	TOTAL	308	866	1174

Cuadro N° 11

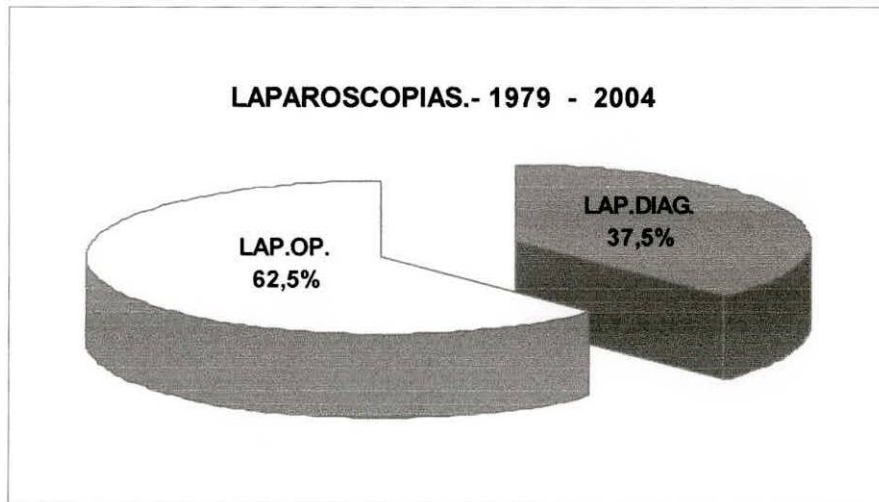
**SERVICIO DE LAPAROSCOPIA
INTERVENCIONES QUIRURGICAS
1979 - 2004**

AÑOS	MINILAP	LAP.	OP.	HISTEROS	OP.	TOTAL
		DIAG.		DIAG.		
1979	1210	48	0	0	0	1258
1980	2084	39	90	0	0	2213
1981	2386	77	143	0	0	2606
1982	2393	72	148	0	0	2613
1983	2270	97	195	0	0	2562
1984	2424	101	166	0	0	2691
1985	2532	134	115	0	0	2781
1986	2142	154	49	0	0	2345
1987	2077	226	30	0	0	2333
1988	2228	238	128	0	0	2594
1989	1874	267	30	0	0	2171
1990	1761	229	41	0	0	2031
1991	1893	249	22	0	0	2164
1992	1850	253	3	0	0	2106
1993	1951	281	50	0	0	2282
1994	1601	256	360	10	6	2233
1995	1682	113	512	15	10	2332
1996	1703	135	489	16	8	2327
1997	649	134	817	3	2	1605
1998	1448	161	556	11	2	2178
1999	1964	133	603	10	6	2716
2000	1931	170	578	15	8	2702
2001	1712	87	443	20	10	2272
2002	1545	89	382	32	20	2068
2003	1662	71	313	128	50	2224
2004	1532	57	201	66	68	1924
TOTAL	48504	3871	6464	326	190	59355

Cuadro N° 12

**SERVICIO DE LAPAROSCOPIA
1979 - 2004**

LAPAROSCOPIAS	#	o/o
Diagnósticas	3871	37,5
Operatorias	6464	62,5
TOTAL	10335	100



**Cuadro N° 13
SERVICIO DE LAPAROSCOPIA
INTERVENCIONES QUIRURGICAS
ENERO - SEPT. / 05**

INTERVENCIONES	TOTAL
MINILAPAROTOMIA	1132
LAPAROSCOPIA OP A.Q.V.	61
LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICAS	64
LAPAROSCOPIA OPERATORIAS	140
HISTEROSCOPIA DIAGNOSTICAS	62
HISTEROSCOPIA OPERATORIAS	42
CISTOSCOPIAS	6
TOTAL	1.507

9. ANÁLISIS DE REFERENCIA DE USUARIAS A SER INTERVENIDAS POR LAPAROSCOPIA

Total de Médicos en la consulta externa = 10 x 4 horas/d. = 40h/dx 22d.= 880h/mes
Número de consultas diarias x md. = 20 x 10 md.=200/d. x 22 = 4.400 consultas/mes
Tiempo por consulta = 12 minutos

Cuadro N° 14
Promedio mensual de consultas externas: Junio-Agosto/05

Consulta externa	#	%
Total Consultas	4.400	
Total consultas Ginecológicas	2.150	49
Pacientes quirúrgicas	736	17

Cuadro N° 15
Promedio mensual de intervenciones quirúrgicas ginecológicas .
Junio-Agosto/05

Intervenciones quirúrgicas	# laparotomias	Potencialmente laparoscópicas	%
Histerectomías	61	29	47
Patología ovárica	28	12	43
Miomas uterino	12	5	42
Dolor pélvico	8	5	62
Total	109	51	47



Según este análisis ,por sus indicaciones, 51 pacientes habrían sido referidas al servicio de laparoscopia para ser intervenidas.

Cuadro N° 16
Pacientes referidas para ser intervenidas en laparoscopia
. Promedio mensual: Junio-Agosto/05

Sitio de referencia	#	Se intervinieron	%
Consulta externa			
Infertilidad	43	26	
Dolor pélvico	8	4	
Ligadura	20	12	
Patología ovárica	11	5	
Patología uterina	6	4	
Emergencia			
Embarazo ectópico	8	8	
Dolor pélvico	5	5	
Total	101	64	63

Del total de pacientes que fueron referidas desde la consulta externa y del área de emergencia del hospital al servicio de laparoscopia para ser intervenidas, 64 (63%) fueron operadas y 37 pacientes pasaron a formar parte de la lista de espera.

Según el análisis de estas dos últimas tablas, existen en promedio 88 pacientes que potencialmente serían operadas mensualmente por laparoscopia.

10. CAPACIDAD QUIRURGICA INSTALADA EN EL SERVICIO DE LAPAROSCOPIA

Actualmente se dispone de 3 quirófanos equipados en su totalidad. En el Q1 se realizan procedimientos laparoscópicos en jornada matutina de 4 horas, en los 2 restantes se realizan procedimientos de minilaparotomía (no laparoscópicos) en un número de 10 diarios en promedio y que ocupan en la jornada matutina 2 horas, disponiendo entonces de 4 horas de trabajo libres que serían ocupadas por el nuevo laparoscopio.

Número de intervenciones laparoscopias que se realizarían cada día = 3

Número de intervenciones laparoscopias que se realizarían cada semana = 15

Número de intervenciones laparoscopias que se realizarían cada mes = 60

Demanda de laparoscopias = 88

Oferta de laparoscopias = 60

Déficit = 28

11. EL INTERÉS DE LAS PACIENTES CON RELACIÓN A SER INTERVENIDAS MEDIANTE LAPAROSCOPIA,

Se aplicó una encuesta a 30 pacientes que estaban programadas para cirugía convencional, los resultados fueron los siguientes:

Cuadro N° 17
Aceptación según tipo de cirugía

Aceptación	#	o/o
De acuerdo con laparotomía	6	20
De acuerdo con laparoscopia	21	70
Duda	3	10
Total	30	100

3.3 CONCLUSIONES DE DIAGNÓSTICO

Del diagnóstico se desprende que hay alta afluencia de pacientes a los distintos servicios y salas del hospital G.O. Enrique C. Sotomayor las cuales están constantemente ocupadas según los índices respectivos.

Los recursos humanos están sobre utilizados, de acuerdo al tiempo que dedica el médico en la consulta externa y al número de cirugías que se practican en relación al número de médicos que las realizan.

El Servicio de laparoscopia cuenta con una infraestructura física capaz de satisfacer un aumento en el número de intervenciones que se realizan

Las pacientes tienen preferencia por la realización de laparoscopias para dar solución a sus patologías.

Los bajos niveles de ingreso de las pacientes no les permite tener acceso a servicios privados de salud y los centros públicos están muy deteriorados o no poseen tecnología adecuada., tampoco tienen acceso a seguros privados debido a su alto costo.

4. CARACTERISTICAS DEL EQUIPO SOLICITADO

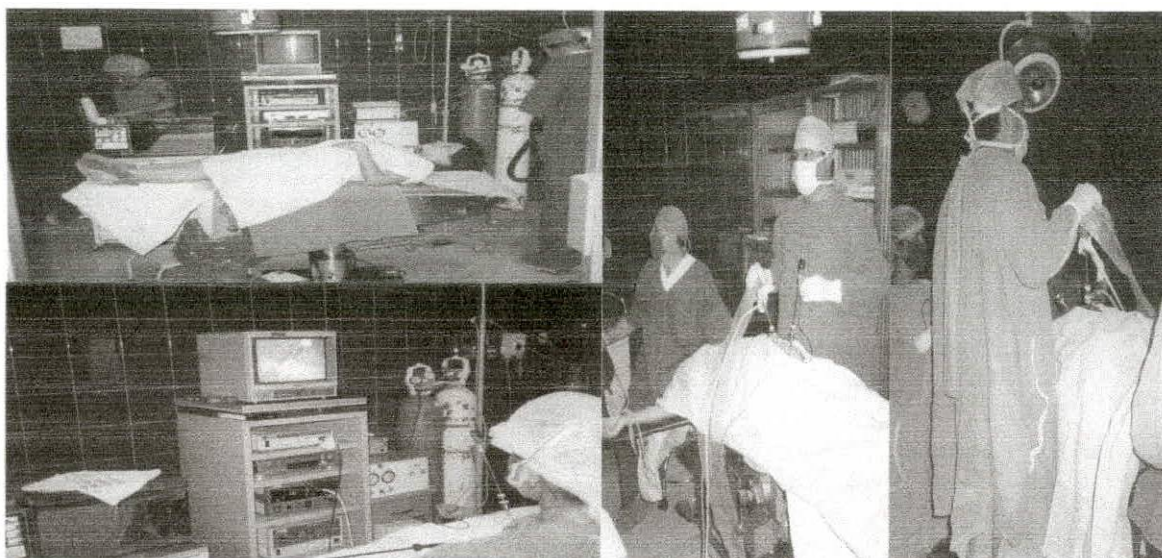
Laparoscopia operatoria ginecológica. Generalidades

Se estima actualmente que esta nueva cirugía del siglo XXI, al menos dentro del sector ginecológico, podría abordar más del 80% de las patologías y propender a su resolución gracias a la endoscopia.

La mayor parte de las ramas de la medicina están teniendo en el avance de este siglo un formidable progreso tecnológico, es lógico pensar entonces que la cirugía participe de esta evolución. En efecto, la cirugía convencional remontada al último siglo tiene los beneficios irrefutables de la esterilización según Pasteur y del antibiótico-terapia según Fleming, nuestras enciclopedias están enriquecidas de técnicas quirúrgicas bien definidas y que están hechas sobre bases firmes. Más esta cirugía se expresa a través de una incisión más o menos grande de la pared abdominal, lo cual constituye su principal desventaja.

La Revolución que aporta la endoscopia es la supresión pura y simple de esta desventaja. En efecto ella se propone realizar a través de pequeños orificios en la pared abdominal la mayor parte de los gestos quirúrgicos que necesariamente dependían de la incisión en la pared abdominal. Este hecho representaba la punta del progreso tecnológico. Nosotros pasamos de una cirugía inmediata y táctil ciertamente gratificante, a una cirugía mediata donde la observación es reportada sobre una pantalla de video y donde los procedimientos quirúrgicos hacen abstracción completa del tacto, pero se expresan a través de cierto número de aparatos e instrumentos. A la revolución de los gestos se añade una revolución mental: En efecto, la nueva cirugía, debe hacer de la ausencia de la abertura de la pared abdominal, una serie de reflexiones y adquirir al ritmo de su propia experiencia un nuevo comportamiento cara a cara a este vibrante entorno "EL ENDOQUIRÓFANO".

EL ENDOQUIRÓFANO supone una organización técnica particular, en donde a más del paciente tenemos 7 instalaciones satélites: EL GAS, LA VIZUALIZACION, EL AGUA, LOS INSTRUMENTOS CONVENCIONALES, LAS FUENTES DE ALTA FRECUENCIA, LASERS Y LOS SISTEMAS DE EVACUACION.



4.1. INSTALACIONES SATELITALES DEL ENDOQUIROFANO:

4.1.1. EL GAS.

Este es la llave de la puerta del endoquirófano, mediante la utilización del CO₂ se debe mantener electrónicamente una presión constante. El Neumoperitoneo así constituido nos aporta tres efectos mecánicos inmediatos:

- . Separador
- . Barohemostasia y,
- . Neumodisección

Cuales constituyen las paredes de este endoquirófano? el maravilloso "velo peritoneal" dentro del cual desarrollamos nuestra actividad y a toda costa tratamos de preservarlo, este tiene sus efectos biológicos de defensa natural ante tres agresiones: el germen, la célula endometrial y el traumatismo; ante los cuales activa su capacidad de reabsorción sea esta en forma mecánica-hidráulica, actividad macrofágica y actividad fibrinolítica, conllevando por último a aquel maravilloso poder de que tiene, como es la cicatrización.

4.1.2. LA VIZUALIZACION

Ella nos da una imagen de los cuatro cuadrantes de la cavidad abdominal, esto en base a una óptica de 0o y de 10 mm., una fuente de luz y un cordón de fibras ópticas o de cristal líquido. A partir de 1.985 de deja el ojo por la minicámara. El anestesiólogo y todo el staff quirúrgico participan en directo del procedimiento operatorio.

4.1.3. EL AGUA

Que puede ser Sol. Salina o lactato, esta cumple con 6 objetivos:

- . Efecto compresa
- . Termohemostasia
- . Hidrodisección
- . Hidroprotección - láser.
- . Hidroflotación. Observación subacuática, y
- . La reanimación. Ayudando al equilibrio hidroelectrolítico.

4.1.4. LA INSTRUMENTACION CONVENCIONAL

Estos se elaboran desde 1978 y que tienen función:

- . Palpación y aprehensión
- . Sección y disección
- . Sutura
- . Destrucción y Hemostasia.

4.1.5. LAS CORRIENTES DE ALTA FRECUENCIA

Monopolar y bipolar.

4.1.6.- EL LASER

Con sus efectos electro quirúrgicos de focalización, sección y de defocalización vaporación o destrucción.

4.1.7.- LOS SISTEMAS DE EVACUACION

Esto constituye el aspecto que motiva más investigación actualmente: La evacuación del gas y del producto de la utilización de la energía eléctrica.

La evacuación de líquidos hacia el serocondicionador, y

Evacuación de sólidos: minilaparotomía, colpotomía

4.2. Que ventaja y molestias nos ofrece esta nueva forma de operar:

4.2.1. PARA LA PACIENTE.- Se resumen los beneficios en la ECONOMIA,

- . Economía de cicatrices
- . Economía del dolor
- . Economía de días de hospitalización
- . Economía del periodo de convalecencia
- . Economía Financiera

4.2.2. PARA EL CIRUJANO

El cirujano convencional deber pasar por ciertos estamentos: psicológicamente accesible, filosóficamente ilustrado y al final tecnológicamente formado.

En este aspecto el primer contratiempo es poder ciertamente admitir el fenómeno quirúrgico-laparoscopia, su realidad y sobre todo lo que ello va a representar como una parte importante dentro del ejercicio quirúrgico del siglo XXI. En efecto la laparoscopia diagnóstica se mantuvo durante mucho tiempo dedicada a una exploración instrumental y se le daba un rango de nobleza. Ella no tenía aun carta de nobleza quirúrgica y no aportaba mayor cosa en la formación de cirujanos jóvenes. Ella era practicada por un pequeño número de médicos especialistas o no. Ellos salían de su "Standard" o de su rango y se los señalaba con el dedo con un sentimiento "MITICO". Sin embargo esta laparoscopia tiene conquistada sus cartas de nobleza pacientemente y sin mucho ruido hasta convertirse en una verdadera entidad, Más las mentalidades no evolucionan al mismo ritmo de esta formidable adquisición. Querer reemplazar un acto así de noble, la laparotomía con su connotación gratificante de gesto inmediato por una cirugía "MEDIATIZADA" llevada a un plano técnico-instrumental, ser que raya en lo inconveniente. Este nuevo tipo de cirugía va a hacer abandonar al cirujano una parte de su PODER TOTALITARIO y compartir su "saber hacer", con un ambiente tecnológico que no comprende muy bien o que el refuta de vez en cuando dentro del ambiente quirúrgico.

La segunda molestia para el cirujano es del orden epistemológico. Es la adquisición de un nuevo comportamiento, vernos cara a cara, aceptar y convencernos de que estamos involucrados en este recinto viviente, dentro del cual todo es calma, serenidad y respeto por los órganos y su función, tenemos que reforzar nuestra confianza a los mecanismos naturales de reparación, de defensa y de reabsorción- la endovideocirugía- el endoquirófano.

La tercera molestia es de dimensión, de extensión, de talla, es de la formación. La cirugía endoscópica no puede ser exclusiva, ella supone una formación sólida en cirugía convencional, a esta formación están llamadas las sociedades científicas y las Universidades, a esta ultima estoy seguro se la incluirá progresivamente en sus programas de enseñanza, pero mientras tanto, lo esencial es hacer sobre las iniciativas públicas y privadas entrar en el campo de la formación médica continua lo cual es una realidad en nuestro medio.

El cirujano endoscópico formado en el futuro, y habiendo admitido esta nueva razón de proceder, tiende a abandonar una parte de su "poder" para involucrarse en un nuevo sistema de intervención que de acuerdo a la destreza que adquiera lo convertirá en un endocirujano. Las pacientes sabrán que él puede realizar una intervención estética, confortable y económica. Ellas y ellos la solicitarán. El médico cirujano que responda claramente a esta demanda gana y aumenta su reputación. Él se va a reconciliar con una cierta idea de la mujer y generalmente de su feminidad, reemplazará la mutilación por la conservación.

Este médico va en fin a practicar una cirugía total, el debe ser el artesano de la "Comedia de este arte". En efecto, él utiliza un diagnóstico útil que lo va transformando progresivamente en un instrumento terapéutico más al mismo tiempo que brinda un tratamiento, evalúa su función, este el punto estratégico y de una importancia capital en endoscopia operatoria. Otroramente se dirá, que ello reúne dentro de una unidad de tiempo y dentro del mismo lugar la trilogía esencial a todo buen procedimiento quirúrgico: El diagnóstico, la terapéutica y la estrategia.

4.2.3. PARA EL ANESTESIOLOGO

Justo, en los últimos años la laparoscopia operatoria goza de una nueva reputación dentro del campo de los anestesiólogos y reanimadores. Pasa de una preparación preoperatoria local e instalaciones un tanto precarias, ignorancia total del campo operatorio hacia una mayor y mejor imagen tecnológica. El se beneficia también de:

- . La ausencia de abertura
- . La ausencia de traumatismo visceral
- . La desaparición de complicaciones infecciosas
- . Ausencia de pérdida rítmica e hidroelectrolítica
- . Participación del peritoneo en la reanimación postoperatoria, y
- . La desaparición de accidentes anafilácticos.

4.2.4. PARA LA ENFERMERA

La cirugía endoscópica es totalmente dependiente de los elementos tecnológicos.

Nosotros nos reservamos de un simple instrumentista para hacer de este un elemento altamente calificado, capaz de enfrentarse con serenidad y preparación a los distintos componentes de estos siete satélites.

Si consideramos en términos de ganancia de tiempo la acción de las diferentes partes. El personal del endoquirófano participa con el 50%, el material con el 30% y el cirujano con el 20%

Es en efecto una revolución quirúrgica más que una revolución de una técnica. Es un nuevo enfoque con muchas más ventajas.

- . El respeto máximo de los órganos, al poseer una anatomía magnificada (10-15 veces), lo cual conduce a la preservación de su integridad y de su función.
- . La simultaneidad del diagnóstico de una lesión, del establecimiento de un pronóstico y de la realización de un tratamiento de acuerdo a una terapéutica bien implementada.
- . Las pequeñas incisiones hacen que el campo operatorio por sí mismo evite la infección erógena y la desecación de los tejidos, permitiendo a la vez el paso transparietal de todos los instrumentos y de las corrientes eléctricas así como también de los fluidos necesarios para la intervención quirúrgica.

Nosotros estamos frente a una anatomía nueva a una fisiopatología inentendida, a un manual operatorio original y a un desarrollo terapéutico renovador; de muchos de sus efectos secundarios inentendidos, más muy originales. Elementos que cada día van enriqueciéndose en el transcurso de los procedimientos operatorios y de sus resultados.

Esto no impide que la LAPAROSCOPIA OPERATORIA SEA UNA VERDADERA CIRUGIA, y siendo así, responde a las exigencias de toda terapéutica quirúrgica:

- UNA TECNICA OPERATORIA IMPECABLE Y RIGUROSA
- INDICACIONES TERAPEUTICAS PRECISAS, e
- IRREPROCHABLES ESTUDIOS DE LOS RESULTADOS Y COMPLICACIONES

4.3. COMPONENTES DEL SISTEMA DE LAPAROSCOPIA GINECOLOGICA

La endoscopia operatoria es una cirugía de parte entera (completa). Las pequeñas punciones realizadas en la pared abdominal permiten al cirujano efectuar una transferencia de energías desde el exterior al interior de la cavidad abomino-pélvica. Los recursos técnicos que salen cada día la hacen cada vez más importante. Estos aportes tecnológicos de avanzada obligan al cirujano a un conocimiento mínimo del funcionamiento de los aparatos.

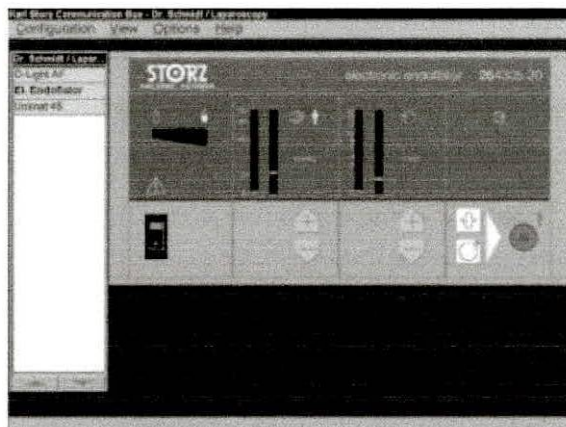
Instalación y protección de aparatos

Estos aparatos se instalan sobre un carro móvil de manera que se pueda utilizar dentro de un contexto multidisciplinario. El orden de ubicación de los aparatos es lógico. En posición alta se pondrá la pantalla (que también puede estar sobre un brazo lateral), después serán asociados los diferentes aparatos que poseen la longitud de cables idénticos, la prioridad se la deberá dar al insuflador, el cual debe estar donde pueda ser visto en su integridad por el operador. Se debe tener presente que la alimentación eléctrica de este carro deber estar separada del generador eléctrico (que no deber ser puesto en principio sobre el carro). Veremos sucesivamente los diferentes equipos.



4.3.1. EL INSUFLADOR.-

El neumoperitoneo permite ver en forma segura los órganos por separados. La calidad del neumoperitoneo es esencial lo cual ha permitido actualmente que intervenciones de endoscopia operatoria se prolonguen por más tiempo. El Dióxido de Carbono (CO₂) utilizado en la insuflación es un gas semi-inerte y económico, su difusión peritoneal no entraña riesgo de embolia gracias a que esta regulada por el sistema ventilatorio. Estas cualidades lo hace un gas poco peligroso.



Es indispensable poseer un insuflador electrónico, capaz de poder monitorizar el débito en función de la presión intra-abdominal. La presión intra-abdominal estará fijada en 12 mmHg como máximo por el operador (P.max.), en función de esta presión el aparato va a permitir la variación del flujo del gas desde el 0 hasta el débito máximo fijado.

Los insufladores actuales presentan débitos más y más importantes, los débitos altos no presentan, en teoría, ningún efecto deletéreo mientras que la presión este inferior a la máxima; sin embargo, existen tres limitaciones a estos débitos altos:

El problema de la hipotermia puede estar relacionado con los casos de flujo elevado. Por ello es necesario monitorizar la temperatura corporal del las pacientes. Esto también es mejorado Por la utilización de cantidades importantes de líquido de lavado el cual se lo debe mantener por encima de los 37°C.

Por todas estas razones, el empleo de altos flujos no deber ser sistemático y se deber reservar para condiciones extremas de trabajo (lavar, cambiar de trocar, etc.)

El registro de la cantidad consumida de gas no es importante. Sin embargo esto se tendrá presente en los niños y al inicio de la insuflación con todas las laparoscopias. En efecto la matidez pre-hepática desaparece cuando se ha insuflado 300cc. de aire, la ausencia de esta desaparición deber hacer pensar en una insuflación retroperitoneal.

4.3.2. EL MATERIAL DE LA VISION

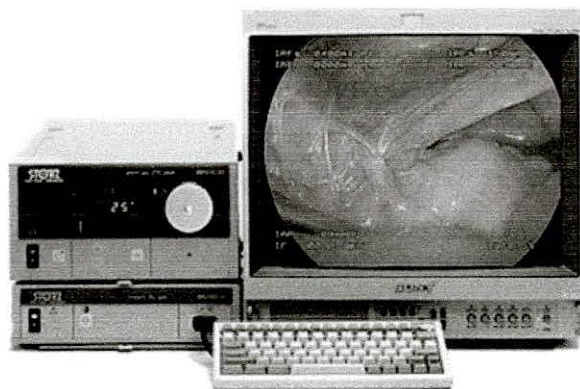
La visión es una de las mayores ventajas que tiene la laparoscopia operatoria. Esta sin embargo no es tan óptima sino posee un enlace homogéneo y coherente, este es un principio fundamental para obtener los mejores resultados. La cadena destinada a la visión esta constituida por: la luz, el cable, el endoscopio, la cámara, los monitores

La homogeneidad de esta cadena ser el factor importante de la calidad final. En efecto, la imagen reproducida sobre la pantalla dependerá de la cantidad de luz disponible a cada etapa. Esta cantidad de luz esta en función de la cantidad producida (Fuente), de la cantidad transmitida (cable-endoscopio) y de la cantidad adquirida (cámara)

a) LA FUENTE DE LUZ

Varios tipos de fuente de luz están actualmente disponibles en el mercado. Los dos principales tipos son los de HALOGENO y de XENON. Sus temperaturas de calor (luminosidad) son diferentes (5.600 para la halógena y 6.400 para el xenón). Esta diferencia se traduce para el rendimiento del calor que tiende ligeramente hacia el azul en la de xenón. Sin embargo las cámaras actuales analizan esta variación del componente corrigiéndolo, de tal forma que se obtenga la misma imagen con la una o la otra.

Finalmente la diferencia se nota en el precio y por el mantenimiento. Una lámpara de halógeno cuesta más o menos un mil dólares y dura normalmente 300 horas. Una lámpara de xenón, cuesta tres mil dólares y dura más o menos mil horas. Aparentemente en relación a costos no se evidencian diferencias importantes, pero, las de xenón tiene la ventaja de producir una luminosidad de intensidad constante durante toda su vida, mientras que la halógena y su potencia disminuyéndose de acuerdo al uso que se le da.



La presencia de una variada calidad de cámaras, ha hecho a los fabricantes exponer fuentes de luz de mucha más potencia. Sin embargo, el mejoramiento actual de las cámaras ha permitido volver a potencias muy razonables, esto es, en el orden de las 250 huatas. Se puede decir entonces que el factor determinante estar representado por la cantidad de luz disponible a cada punto de la cadena. La potencia de la luz es entonces, el primer elemento a considerar. El aumento de la potencia posee un real problema en cuanto a la liberación de calor. En efecto, esta luz esta definida como una luz fría -Esto hace confundir sobre la definición - una luz habitualmente (foco) produce por 100% de energía utilizada +/- 2% de luz y 98% de calor. Una luz "Fría" basa su rendimiento produciendo mas luminosidad, pero sin reducir su calor a cero. Este hecho implica una liberación de calor importante, un tanto más fuerte si la fuente es potente. Actualmente las fuentes están protegidas contra la transmisión de calor muy fuerte. Las lámparas halógenas (bajas o normales) y de Xenón poseen menos de luminosidad infrarroja. Sin embargo la dispersión del calor se hace esencialmente en el curso del transporte, de la longitud del cable, de la conexión con el endoscopio y a lo largo del endoscopio. Actualmente las quemaduras por el calor de la óptica están siendo reportadas. Por ello es importante utilizar siempre el material de una misma marca.

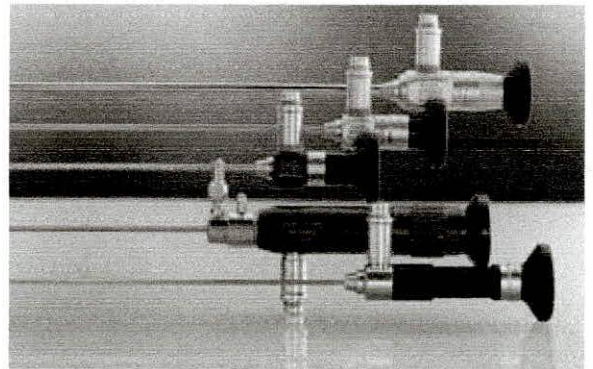
Las fuentes luminosas poseen varias normas, en primer lugar se debe fijar la fuente a una potencia definida por el operador, en segundo lugar permitir una regulación automática por la cámara. Estos sistemas son muy validos por que permiten trabajar a distancias variables con buenas condiciones de visualización, sin embargo se debe tener presente nuevamente que las cámaras actuales están dotadas de un sistema de regulación propio y la compra de una fuente con regulación asociada a una cámara regular es un doble gasto que no es necesario.

b) EL ENDOSCOPIO (laparoscopia)

Está constituido por dos sistemas o partes: un sistema de lentes que permiten una visión nítida y amplia y el sistema de fibras ópticas que transmiten la luz. Como todo sistema óptico este producir una atenuación de la luz, la atenuación de la luz (laparoscopia) es inversamente proporcional el diámetro de la lentilla (diámetro más pequeño, más luz consume). Este ejemplo es ampliamente ilustrado por los Ginecólogos que realizan Histeroscopia. Aquellos que trabajan en una cavidad más pequeña, ellos tienen que tomar de más luz.

Este consumo de luz es por el tamaño del histeroscopia que es de 5mm si lo comparamos con el habitual de 10mm. de los laparoscopia

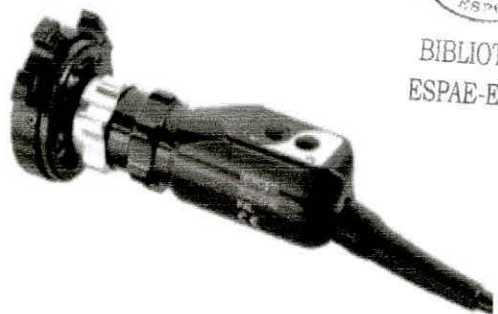
ADN así esta no es la razón para hacer un cambio en los endoscopios. El bajar a 2 mm por ejemplo el diámetro de un endoscopio no reducir el campo de observación, esto implica un mayor consumo de luz transmitida. La utilización de endoscopios de diámetros pequeños se reservan para casos especiales, particularmente en los niños.



Este sistema de lentillas posee igualmente el problema de la sumisión de aberraciones ópticas debido a la yuxtaposición de las mismas. Esto es responsable de la deformación de las imágenes en los bordes. La inquietud ante la elección de una óptica directa o de 30 grados esta sujeta a discrepancias, en efecto si se considera que para una intervención sistematizada llamase a una intervención ginecológica o colecistectomía - una óptica directa es la de elección. Aunque la de 30° en ciertas circunstancias sería necesaria, es el caso por ejemplo para la visualización de la bifurcación de las ilíacas esternas durante las linfadenectomías laparoscópicas. En fin, las ópticas nos dan una visión panorámica. Es decir que si el ángulo de visión es de 110° nos permite ver a una distancia razonable una buena parte del campo operatorio.

c) LA CAMARA

Las primeras cámaras para utilización en laparoscopia tienen su aparición en 1984. - Ellas eran de una sensibilidad débil del orden de 20 lux y de una nitidez modesta en el orden de 150.000 píxeles. Después las cámaras evolucionan tecnológicamente y las tenemos electrónicas las cuales son muy sensibles y de alta nitidez. Una cámara está compuesta por tres elementos.



BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL

1.- EL CAPTOR o CCD (Charge Couple Device), estos sistemas son electrónicos que transforman la energía fotónica de la imagen real en una energía electrónica interpretable sobre una pantalla.

2.- LA SENSIBILIDAD, se traduce en lux. El número de lux es inversamente proporcional a la sensibilidad de la cámara. Así, una cámara de 10 lux posee una sensibilidad mayor que una cámara de 15 lux, es decir, mientras menos Lux posee una cámara ella necesita menos luz para crear la imagen.

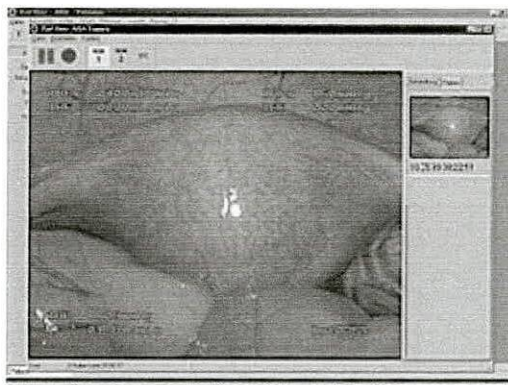
3.- LA NITIDEZ de una cámara se chá por el número de puntos en la pantalla - la imagen está constituida por puntos - mientras más puntos tenga la imagen, la nitidez ser mejor. Así las primeras cámaras que eran de débil nitidez (150.000 píxeles) han sido dejadas en los últimos años, actualmente hay cámaras de más alta nitidez en el orden de 400.000 a 500.000 píxeles.

Los fabricantes han presentado últimamente cámaras que se asocian a tres captores (cámara trice), cada uno de los captores se ocupa de uno de los colores primarios. La ventaja es que dan una alta nitidez, la desventaja es el costo extremadamente elevado. Actualmente dada las condiciones económicas una cámara mono CCD es suficiente.

Se podría decir que las cámaras nuevas son equipos con un circuito (setter) automático, estas cámaras son capaces de regular el grado de obscuración en función de la luz. Estos sutters son habitualmente regulables de 1/30 a m s de 1/10.000 x seg. Esta regulación permite a la cámara trabajar en todas las condiciones de luz.

d) EL MONITOR

Este es un elemento importante de la cadena de la visión, es donde se traduce la imagen final. A través de la imagen que se da en el monitor, el cirujano toma las decisiones quirúrgicas. Si la calidad de la imagen está dada por la cantidad de la luz y la nitidez de la cámara, el monitor es el producto final de mucha importancia. Los elementos a considerar en la elección de un monitor son los siguientes.



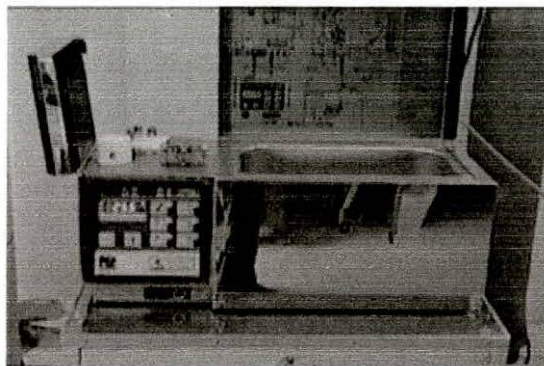
- Las entradas de video deben ser compatibles con la totalidad de las salidas de la cámara.
- El tamaño, el cual debe estar en función de la distancia entre el cirujano y la pantalla, se debe respetar la regla siguiente:
"La distancia debe ser superior a 1,6 veces la diagonal de la pantalla e inferior a 6 veces dicha diagonal", de esta forma habrá menos fatiga visual.

4.3.3. EL SISTEMA DE LAVADO-ASPIRACION

Es un elemento esencial en la laparoscopia operatoria.

EL AGUA participa en varios roles que son:

- la visión
- la hidrodissección
- la protección de tejidos
- la hemostasia (45°C)
- la prevención de adherencias
- la reanimación



Los criterios esenciales del aparato de irrigación y aspiración de agua responden a las funciones siguientes:

- presión de inyección elevada (= 1 BAR)
- Aspiración fuerte (-0,4 -0,6 BAR)
- Calentamiento (facultativo)
- Reserva

Dos tipos de aparatos de irrigación-aspiración están en el mercado:

- Los aparatos que poseen un sistema de aspiración y un sistema de inyección de líquido, independientemente de la presencia de un vacío central (recipiente tipo "baño de Maria" donde se deposita fundas de líquido a irrigar). Los aparatos que necesitan un vacío central. EL SEROCONDICIONADOR DE MANHES es de este tipo. El permite igualmente calentar el suero y de mantener una temperatura previamente determinada por el cirujano.

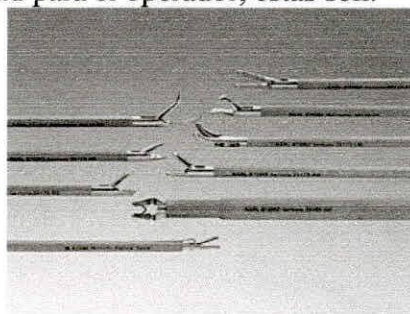
4.3.4. LOS TROCARES

Son extremadamente importantes. Estos permiten el paso de instrumentos a través de la pared del abdomen. Ellos son responsables de un gran número de accidentes y deben ser cuidadosamente escogidos. La punta puede ser canica o piramidal, lo atraumático de las cónicas se opone a la menor fuerza de penetración que si la tienen las piramidales.

El tamaño de las trocares está condicionado por el diámetro de los instrumentos utilizados. Lo mejor sería de utilizar para todos los trocares los tamaños más grandes, permitiéndonos gracias al sistema de reducción, de acceder con todos los instrumentos. Hay que destacar que la atenuación de las secuelas estéticas es un factor importante a considerar de la endoscopia. Se describe la eventualidad de aparición de hernias inficionales (0,23% para 10mm y 3.1% para 12mm. KADAR Y COL.). Esto hace pensar al elegir el tamaño en función del diámetro del instrumento, pero también se debe destacar el rol de esta vía de abordaje según la patología que se este tratando. Ejemplo: El empleo de trocares a través de los cuales serán realizados los nudos extracorpóreos. Para la realización de estos nudos es preferible utilizar los de 10mm de diámetro, esto tiene relación también con el tipo de aguja utilizada.

4.3.5. LOS INSTRUMENTOS.- Estos deberán responder a ciertos criterios esenciales que son: fortaleza, fiabilidad, precisión, ergonomía y facilidad de manejo. Estos materiales sirven para distintas funciones que serán de mucha utilidad para el operador, estas son:

- Palpación - aprehensión
- Sección, disección
- Sutura
- Destrucción
- Hemostasia



LAS TIJERAS CELIOSCOPICAS.- Son del sistema de microcirugía, son frágiles, muchas de las tijeras tienen una conexión unipolar. Sin embargo se debe tener presente que la coagulación a muy alta temperatura puede fisurar la tijera; así como también, puede producirse un desgaste muy rápido. Existen varias formas de tijeras:

LAS PINZAS.- Ellas permiten la aprehensión, la presentación, la disección y eventualmente la coagulación de los tejidos, deben ser las más traumáticas posibles.

- BIOPSIA.- Están siendo reemplazadas poco a poco por otras pinzas.

LAS DISECTORAS.- Son muy utilizadas en laparoscopia, ellas permiten la disección completa sobre todo de vasos en todos sus lados.

LOS PORTAAGUJAS.- Son muy parecidos a los porta agujas tradicionales son de diámetro variable y la extremidad activa es curva o recta, pueden tener una cerradura pasiva por resorte o activa por cremallera.

CONCLUSION.- El medio técnico de la celioscopia se esta constituyendo en un factor primordial del suceso terapéutico. El buen conocimiento de instrumentos simples, al igual que las energías de base conducen a disminuir los riesgos de nuestras pacientes. Todo esto siempre conciente de que las soluciones terapéuticas no estarán reservadas únicamente a ciertas elites sino que serán totalmente reproductibles.



BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL

5. SISTEMA DEL MARCO LOGICO DEL PROYECTO

El marco lógico es una metodología que tiene el poder de comunicar los objetivos de un proyecto clara y comprensiblemente en un sólo marco o matriz. Su poder reside en que puede incorporar todas las necesidades y puntos de vista de los actores involucrados en el proyecto y su entorno (stakeholders).

El marco lógico es una herramienta que resume las características principales de un proyecto, desde el diseño e identificación (¿cuál es el problema?), la definición (¿qué debemos hacer?), la valoración (¿cómo debemos hacerlo?), la ejecución y supervisión (¿lo estamos haciendo bien?), hasta la evaluación (¿lo hemos logrado?).

Los principales beneficios de usar el Marco Lógico en la definición y diseño del proyecto incluyen:

Mantener la línea de trabajo

El proyecto así definido tiene un considerable poder en mantener alineadas las acciones de la organización con su Misión, planeación estratégica y planes de trabajo, tanto institucional, como individualmente.

Identifica dónde se ubica un proyecto en términos de importancia para lograr los fines de la organización.

Asegura que todos los proyectos de la organización están enfocados en un punto común.

Comunicación

Contribuye a lograr un proceso de definición y diseño de base amplia dentro de la organización, es decir participativo.

Facilita el entendimiento común y una mejor comunicación entre los tomadores de decisiones, administradores, responsables, beneficiarios, el equipo del proyecto y la agencia financiera.

Ayuda a obtener los acuerdos y apoyo necesarios para la viabilidad del proyecto, especialmente con los beneficiarios, población objetivo y responsables del proyecto.

Ayuda a determinar las responsabilidades y autoridades en el equipo de proyecto.

Proporciona una base simple para hacer presentaciones y reportes a Comités, Juntas de Gobierno, Autoridades Comunitarias, Agencia Financiera, etc.

Objetivos

Proporciona una clara descripción de los objetivos del proyecto (en términos temporales, económicos, alcance, etc.).

Asegura que el propósito del proyecto está claramente entendido, definido y compartido por todos los actores del proyecto (típicamente se refiere al cambio buscado, que puede ser, por ejemplo, un cambio de conducta o actitud, en la población objetivo o en otros actores del proyecto).

Produce una descripción clara de los productos a obtener y tiempos para ello (esto se conoce generalmente como Términos de Referencia del proyecto).

Provee una estructura o marco de referencia donde las actividades (el proyecto) se transforman en beneficios (Objetivo amplio, cambio buscado, impacto).

Fuerza al proyecto a comenzar con una serie de objetivos en mente, más que con una serie de actividades (administración por objetivos).

Desempeño

Hace más fácil medir el desempeño del proyecto en términos de cantidad (cuánto), de calidad (que tan bien) y tiempo (cuándo). Identifica los medios de verificación de si el proyecto ha cumplido sus objetivos o no (es decir, si lo podemos medir, lo podemos manejar). El éxito del proyecto se mide de acuerdo al grado en que el objetivo amplio del proyecto se ha cumplido

Factores externos

Mejora la planeación del proyecto subrayando los vínculos de los elementos del proyecto con los factores externos.

Fuerza al equipo de diseño a considerar los factores externos y a incluir previsiones con respecto a ellos. (Señor, concédeme la fuerza para cambiar aquello que puedo cambiar, la paciencia para aceptar aquello que no puedo cambiar y la sabiduría para discernir la diferencia).

Identifica las suposiciones fatales del proyecto (aquellas suposiciones que pueden ser de importancia tal como para detener el proyecto, pero que son poco probables de ocurrir).

Define las suposiciones críticas del proyecto (aquellas en las que el éxito del proyecto se fundamenta).

Administración

El marco lógico contiene la información necesaria para ser ingresada en una herramienta informática de administración. Fortalece el diseño, ejecución y evaluación del proyecto

Asegura la continuidad del proyecto cuando el personal original del mismo se retira, cambia de puesto, funciones o responsabilidades o ingresa personal nuevo.

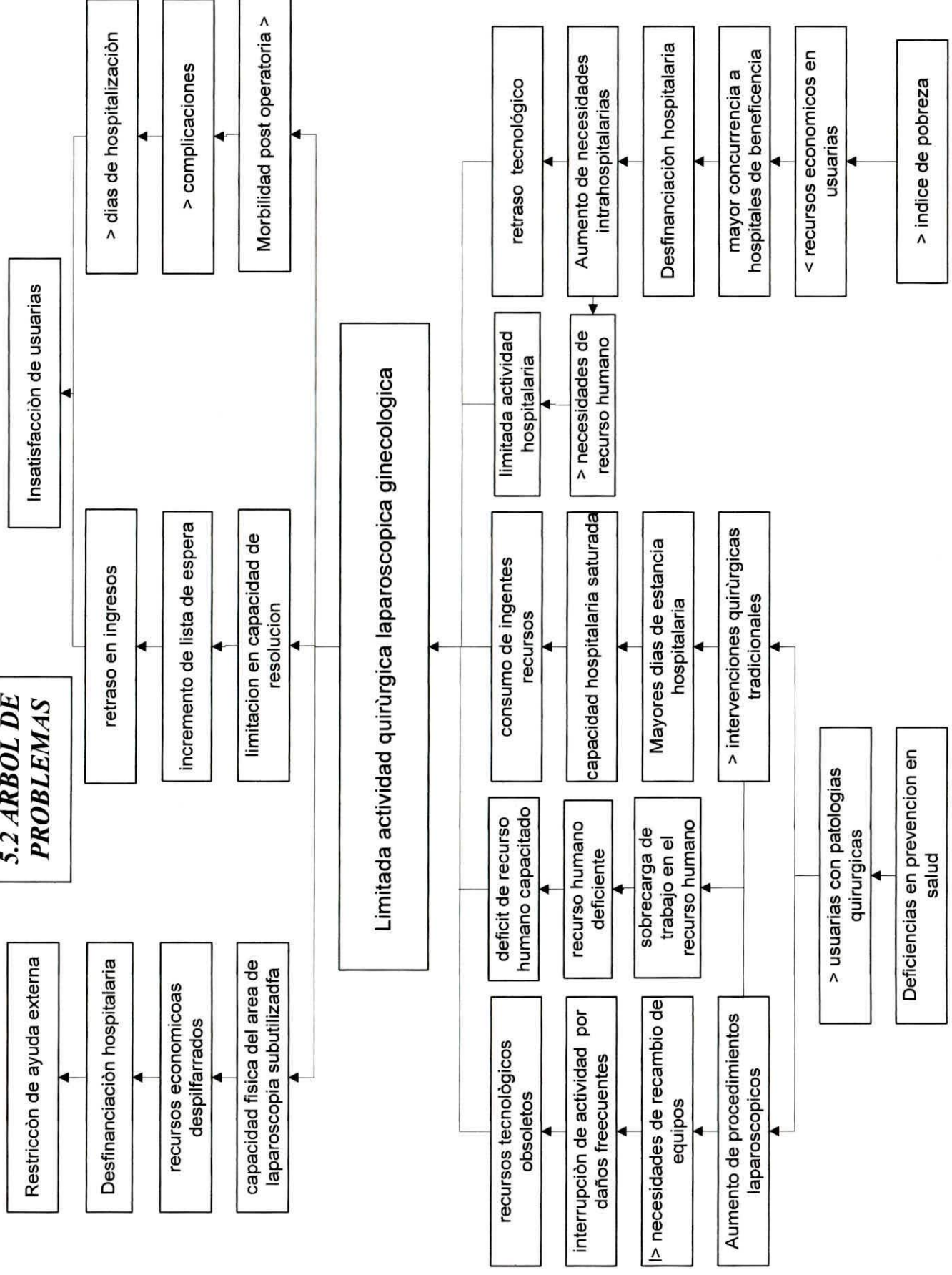
Ayuda en la supervisión del proyecto (¿estamos haciendo lo correcto?), en la evaluación del mismo (¿hemos hecho lo que nos propusimos?) y en la medición del impacto (¿logramos el cambio que pretendíamos?). La diferencia entre valoración, supervisión y evaluación es una simple pregunta: Valoración ¿Es este el proyecto correcto?. Supervisión ¿Estamos realizando correctamente el proyecto?. Evaluación ¿Hemos realizado el proyecto correctamente?)

Fuerza un cambio cultural dentro de la organización puesto que el Marco Lógico es, en pocas palabras, una descripción a futuro de acciones realizadas.

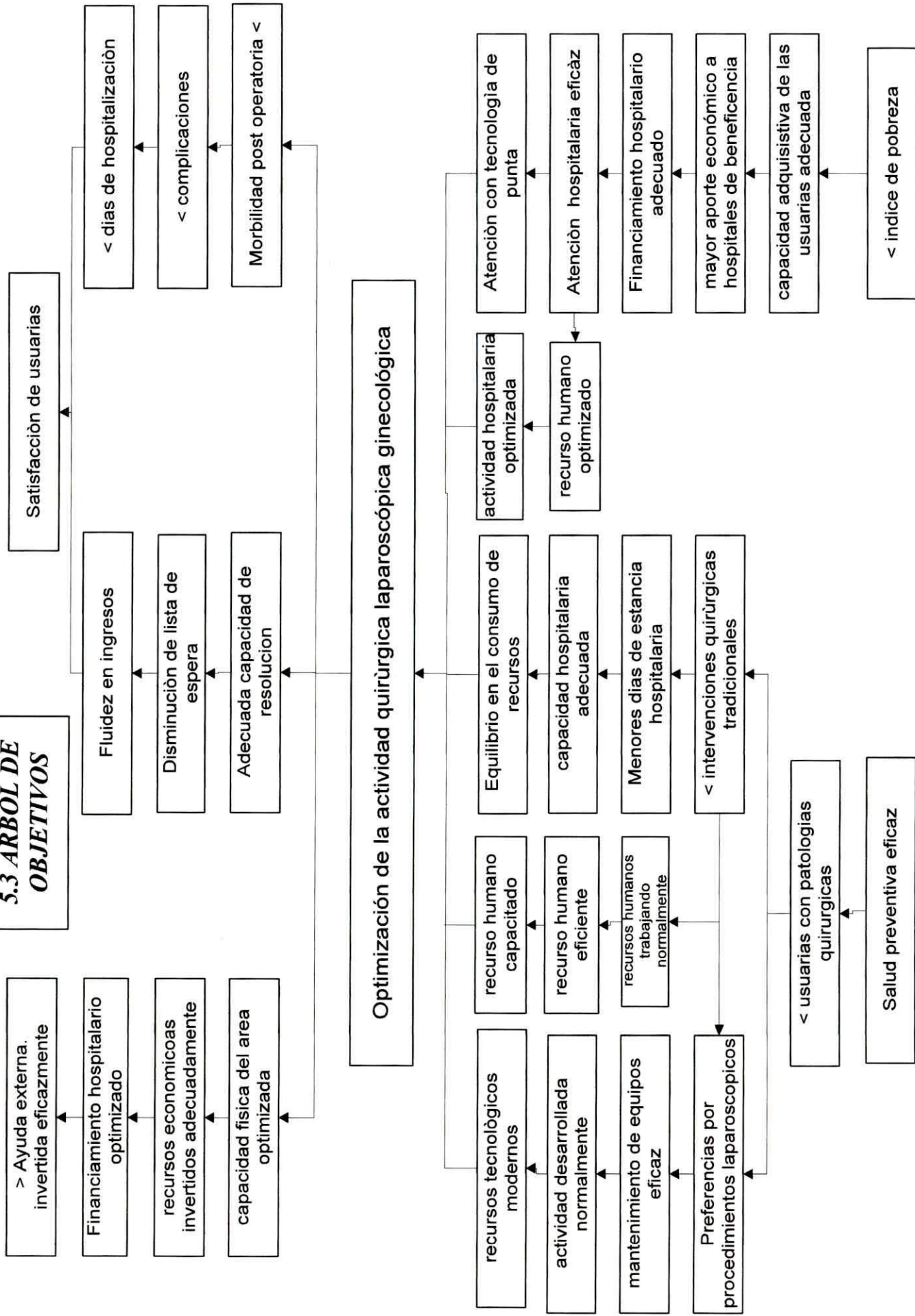
5.1. ANALISIS DE PARTICIPACION DE ACTORES

Grupo de actores identificados	Tipo de participación	Intereses y expectativas	Fortalezas	Debilidades	Posibles conflictos	Relación con otros actores
Pacientes del servicio de laparoscopia	Beneficiarios directos	- Brindar tratamiento con recursos tecnológicos de avanzada y a bajo costo - Ser atendidos con prontitud - Ser operados con seguridad y eficacia - Pronto reintegro a su actividad productiva. - Mejorar calidad de vida	- Capacidad de asimilar indicaciones con responsabilidad. - Fácil capacidad de adaptación	- Poca prevención en salud - Bajo nivel educativo - Escasos recurso económicos	Posibles dudas por poco pago y gran beneficio	- Servicio de laparoscopia. - Hospital. - JBG. - Hospitales Públicos y privados
Servicio de laparoscopia	Entidad Ejecutora	- Contar con un nuevo equipamiento. - Realizar intervenciones de alta complejidad - Brindar atención a un mayor número de pacientes de escasos recursos - Disminuir la lista de espera de ptes. quirúrgicas - Aumentar su personal. - Aumentar sus ingresos	- Capacidad física no saturada - recursos y experiencias propias. - Responsabilidad en proyectos anteriores.	- Capacidad de resolución quirúrgica limitada por equipos obsoletos - Superpoblación de pacientes - Gran lista de espera	- Falta de recursos de la JBG para mantener este servicio a largo plazo - Recelos e inquietud con otros servicios similares públicos o privados	- Pacientes - Hospital. - JBG. - Hospitales Públicos y privados
Hospital Gineco - Obstétrico. Enrique Sotomayor (HGOECS)	Beneficiario indirecto	- Disminuir la lista de espera de ptes. quirúrgicas - Favorecer el alta precoz - Disminuir el ingreso a salas de hospitalización. - Permitir desarrollo profesional de su personal. - Mejorar sus ingresos	- Administración jerarquizada - Brindar atención integral en salud reproductiva - Capacidad, recursos y experiencia propias - Trascendencia de beneficio social	- Superpoblación de pacientes - Capacidad de resolución quirúrgica disminuida - Área física saturada - Falta de recursos económicos	- Falta de recursos de la JBG para mantener este servicio a largo plazo - Recelos e inquietud con hospitales públicos y clínicas privadas	- Servicio de laparoscopia. - JBG. - Hospitales Públicos y privados
Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG)	Facilitador Cofinanciador	- Cumplir con su visión y misión. - Hospitales brindan atención médica con tecnología de punta. - Brindar atención a pacientes de escasos recursos económicos. - Captar fondos de la cooperación. - Complementar proyecto con fondos propios y a largo plazo	- Entidad autónoma privada de servicio público. - Recursos propios - Experiencia en proyectos ejecutados con responsabilidad social. - Experiencia institucional	- La superpoblación de usuarios a sus instituciones de salud debilita presupuestos. - Poca ayuda del gobierno	- Recelos e inquietud con hospitales públicos y clínicas privadas	- Servicio de laparoscopia. - Hospital. - Hospitales Públicos y privados
Gobierno de Japón. Asistencia para proyectos comunitarios (APC)	Entidad financiadora	- Brindar ayuda con financiamiento de proyectos que favorezcan las condiciones de vida de una comunidad. - Promover el desarrollo local	- Recursos propios - Ayuda humanitaria	Fondos limitados	ninguno	- Servicio de laparoscopia. - Hospital. - JBG.

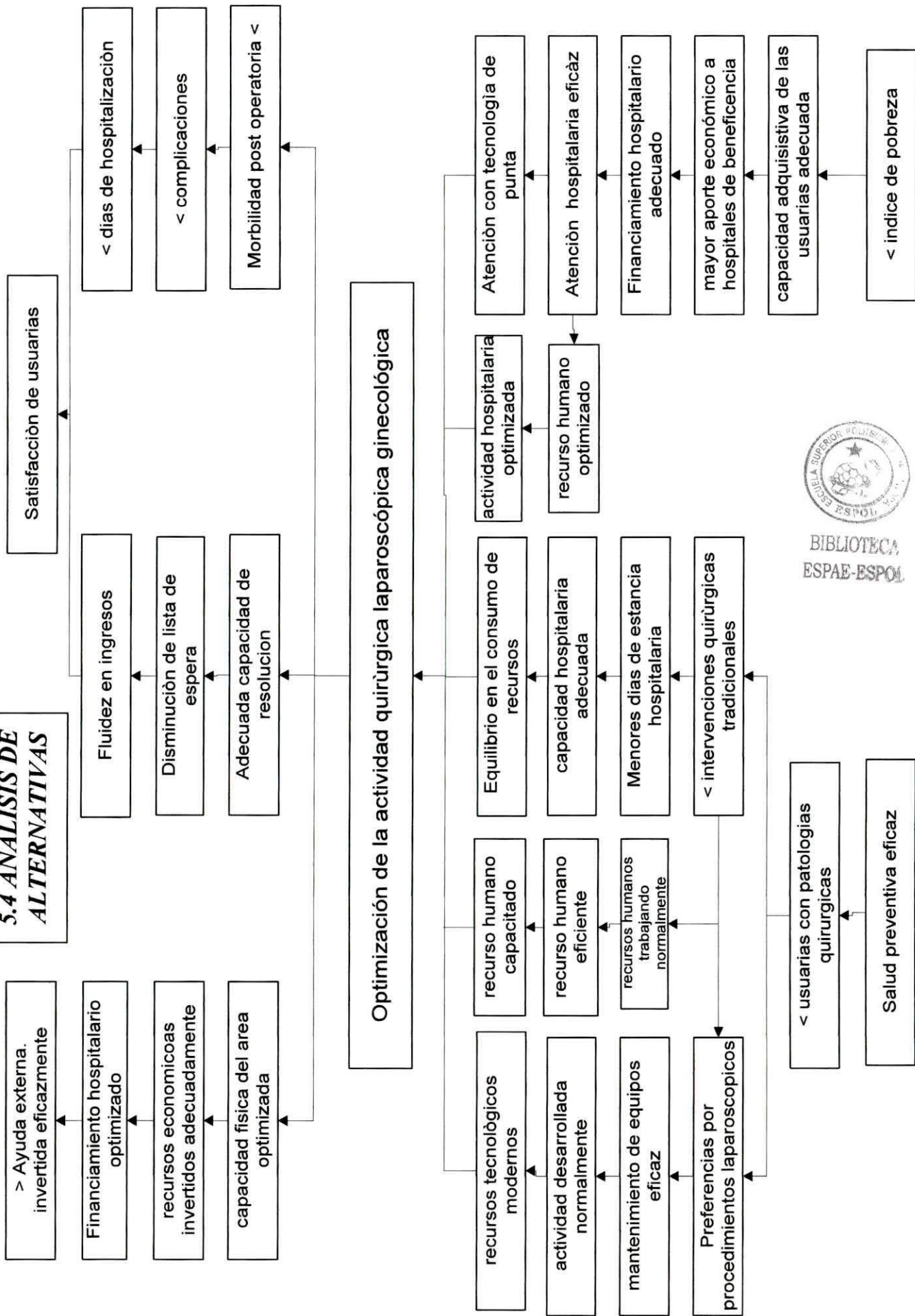
5.2 ARBOL DE PROBLEMAS



5.3 ARBOL DE OBJETIVOS



5.4 ANALISIS DE ALTERNATIVAS



5.4.1. MATRIZ DE ANALISIS DE ALTERNATIVAS

OBJETIVOS	Impacto sobre el propósito	Factibilidad técnica	Factibilidad financiera	Factibilidad social	Factibilidad política	Total	Categorías
Adquisición de un moderno equipo de laparoscopia operatoria ginecológica.	4	4	4	4	3	19	Alta
Reclutamiento y capacitación de recursos humanos en el servicio de laparoscopia.	3	4	3	4	3	17	Media Alta
Los recursos financieros del hospital se utilizan óptimamente	3	3	3	2	2	13	Media Baja
La actividad hospitalaria se desarrolla con estándares de gestión	2	3	2	3	2	12	Media baja
TOTAL	12	14	12	13	10	61	

5.5 MATRIZ DEL MARCO LOGICO

JERARQUIA DE OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
Fin Contribuir a mejorar las prestaciones que en salud reproductiva brinda el hospital Gineco – Obstétrico Enrique C. Sotomayor a las pacientes de escasos recursos económicos.	- La morbilidad quirúrgica hospitalaria disminuye 20% al final del tercer año - La lista de espera de pacientes quirúrgicas disminuye 30% en dos años. - El índice de rotación de camas se incrementará 20% en 3 años	- Registro estadístico de morbilidad hospitalaria - Registro de pacientes de la consulta externa . - Indicadores hospitalarios	El Hospital G.O. Enrique C. Sotomayor desarrolla su actividad con altos estándares de gestión, enfocando su accionar a la eficiencia y eficacia
Propósito Optimización de la actividad quirúrgica del servicio de laparoscopia.	Al tercer año de ejecución de este proyecto habremos aumentado la actividad ginecológica hospitalaria en un 30%	Requisitos para acreditación de hospitales especializados MSP. - OPS	La JBG apoya la realización del presente proyecto, manteniéndolo a futuro con financiamiento propio. Se mantiene el interés del donante ante la presentación de nuevos proyectos
Componentes 1.- Adquisición de un moderno equipo de laparoscopia operatoria ginecológica.	- Al final del año 2006 el servicio de laparoscopia contará con un moderno equipo de laparoscopia funcionando en óptimas condiciones. - Durante el primer año de actividad , con el moderno laparoscopio se habrán realizado 100 operaciones de alta complejidad. - Al final del segundo año de actividad laparoscópica se disminuirá la lista de espera de pacientes quirúrgicos en un 30%	- Reporte del Departamento técnico del hospital. - Registros estadísticos del Servicio de laparoscopia	La JBG, como entidad de servicio social, goza de un fuero especial para el ingreso al país de las donaciones que recibe del extranjero.
2.- Reclutamiento de nuevo personal para el servicio de laparoscopia	- Al inicio de la actividad laparoscópica el servicio contará con 3 nuevos integrantes - Al final del segundo año de actividad el servicio de laparoscopia contará con 4 auxiliares de enfermería y 2 ginecólogos remplacistas	Registros del Dpto. Recursos humanos	Existe elementos calificados para incorporarse al servicio
3. Capacitación de recursos humanos en el servicio de laparoscopia.	Al final del primer año, el servicio de laparoscopia habrá capacitado al 100% de su personal en el manejo del nuevo equipo	Evaluación teórico - práctica	El personal se encuentra motivado y dispuesto a capacitarse

Actividades 1.1 Elaboración de un proyecto que permita justificar las necesidades de adquirir este equipo. 1.2 Presentación del proyecto ante la Junta de Beneficencia para su implementación en base a estructura institucional y legal. 1.3 Presentación del proyecto por parte de la Junta al gobierno de Japón en pro de conseguir los recursos respectivos 2.1.1 Los médicos serán contratados en base a los requisitos establecidos por la Ley de Federación Médica y la JBG. 2.2. El personal auxiliar será contratado según lo establecido en el código de trabajo y el Dpto. de recursos humanos del hospital. 3.1 Seminarios – taller sobre manejo de instrumental laparoscópico y medios de desinfección , dirigida al personal que labora en el servicio de laparoscopia 3.2 Ciclo de charlas (3) sobre relaciones humanas y atención a la usuaria	el personal que realiza reemplazos estará capacitado para actuar eficazmente cuando se lo requiera - Al final del mes de Oct/05 se completará el proyecto para su presentación. Costo operativo: \$ 853.00 - La Junta de Beneficencia implementará este proyecto en base a los informes del dpto. financiero y contraloría para su presentación en el mes de Nov./05 ante la embajada de Japón Costo operativo (contralor): \$ 320.00 - El Dpto. de recursos humanos posionará al nuevo personal a los 2 meses de haber sido aprobado el proyecto Costo operativo: no asumible al proyecto - Al final del primer mes de instalado el equipo el 100% del personal podrá realizar acciones elementales sobre estos aparatos. Costo operativo: \$ 232.00 - Al tercer mes del inicio de la actividad laparoscopica El 80% del personal auxiliar de enfermería podrá realizar limpieza y desinfección de instrumentos en forma eficaz - Al final del primer año de instalado el nuevo equipo, la encuesta sobre desempeño y satisfacción reportará un 90% de positividad en la relación personal – usuaria. Costo operativo: \$ 724.00	- Proyecto terminado. Copias quedarán en el servicio de laparoscopia y dirección del Hospital - Acta de recibo . Administración de la JBG. - Acta de entrega – recepción de la embajada de Japón - Acta del tribunal de calificación declarando ganadores de concurso - Registro de contratos de trabajo. Dpto. recursos humanos - Contrato con expositor. - Registro fotográfico - Registro de mantenimiento de equipos (frecuencia y causa de daños) - Contrato con expositor. - Registro fotográfico - Conclusiones de la encuesta	La JBG apoya la realización del presente proyecto, manteniéndolo a futuro con financiamiento propio. Se mantiene el interés del donante ante la presentación de nuevos proyectos
---	---	---	--

6. REQUISITOS PARA SOLICITAR DONACION AL GOBIERNO DE JAPON A TRAVES DEL ESQUEMA DE ASISTENCIA PARA PROYECTOS COMUNITARIOS (APC)

1. Carta al señor embajador del Japón solicitando APC
2. Estatuto actualizado de la Institución que solicita APC (pueden aplicar las instituciones jurídicamente organizadas tales como patronatos, asociaciones de mujeres trabajadoras, cruz roja, fundaciones solventes, comunas, asociaciones de trabajadores, escuelas de educación básica, etc.)
3. Tres proformas en dólares de los equipos o materiales que solicita (hasta US\$ 90,000).
4. Diseño del proyecto: cada institución puede presentar un solo proyecto. Numero de personas beneficiadas. Técnicos que trabajaran en el proyecto y sus salarios Presupuestos de operación y mantenimiento de los equipos que solicita, Condiciones del local (indicar asunto jurídico, y de ubicación de los equipos) Tarifas que se cobraran para lograr autogestión. Otros tales como fotografías, planos, etc.
5. Llenar el formulario APC que entrega la Embajada del Japón una vez que haya presentado el perfil del proyecto con los datos anotados.
6. A este esquema pueden aplicar áreas como salud, educación básica, obras comunitarias de bienestar publico, agua potable, energía eléctrica, pequeños puentes y en general los proyectos que tengan relación con necesidades básicas humanas, APC se aplica para coadyuvar con los esfuerzos propios de las comunidades, ejemplo si se solicita agua, la comunidad debe colaborar con la mano de obra abriendo los canales y la Embajada colaborara con la dotación de bombas y materiales tales como tuberías.
7. Evitar solicitar autos, computadoras, material fungible, salarios, financiación de cursos de capacitación, seminarios, estudios, financiación de viviendas, proyectos productivos. El ano fiscal japonés va de 1 de abril al 31 de marzo y las solicitudes se pueden presentar en cualquier mes, pero pos asuntos presupuestarios es mejor hacerlo los primeros meses del año fiscal japonés.
8. Las solicitudes deben ser dirigidas al señor Embajador del Japón, en la calle Juan León Mera 130 y Patria, de la ciudad de Quito y mayor información al telf: 2561899.

Formulario de Solicitud
Para
Asistencia para Proyectos Comunitarios (APG) De Japón

DATOS DEL SOLICITANTE

- (1) Nombre del solicitante
- (2) Dirección
- (3) Numero de teléfono
Numero de Fax
- (4) Persona responsable
(Nombre) (Titulo)
- (5) Ha recibido su organización alguna asistencia financiera / técnica de gobiernos extranjeros, organizaciones internacionales o ONG
(Si es el caso, haga el favor de describir el contenido de la asistencia)
- (6) Haga el favor de contestar a las siguientes preguntas dependiendo de la naturaleza de su organización.
 - (a) Organización No-Gubernamental (ONG)
 - (i) Fecha de establecimiento
 - (ii) Numero de empleados
 - (iii) Objetivos de establecimiento
 - (iv) Actividades Principales
 - b) Escuela o Institución de Investigación
 - (i) Fecha de establecimiento
 - (ii) Número de profesores
(investigaciones)
 - (iii) Numero de estudiantes
 - (v) Sujeto de investigación
 - (c) Hospital y Otras Instituciones
 - (i) Medicas
 - (ii) Fecha de establecimiento
 - (iii) Numero de médicos
 - (iv) Numero de enfermeras
 - (vi) Numero de camasTipo de medicación prestada en su hospital / Institución
 - (d) Autoridad local
 - (i) Población
 - (ii) Presupuesto (cada año fiscal)
 - (iii) Estado presente y problemas en la región Bajo la jurisdicción del solicitante
 - (e) Institución Gubernamental (Ministerio)
 - (i) Número de funcionarios
 - (ii) Autoridades y obligaciones del solicitante



Si existe algún documento o folleto que describe su organización, Por favor adjúntelo a este formulario.

B. Proyecto

- (1) Título del proyecto
- (2) Localidad del proyecto (incluyendo la distancia desde una bien conocida ciudad más cercana)
- (3) Objetivos del proyecto
- (4) Resumen del proyecto
- (5) Estimado numero de personas que se beneficiaran del Proyecto
- (6) Efectos esperados del proyecto
(Por favor describa las relaciones entre el proyecto y los objetivos, y como el proyecto contribuiría para realizar los objetivos)
- (7) Costo estimado del proyecto total
Pro favor adjunte el detalle de los bienes / servicios que usted intenta comprar con el fondo (APC)
- (8) Si usted solicita (APC)
Para una parte del proyecto, ¿Como financiaría el resto del costo?
- (9) Duración del proyecto
Desde _____ hasta _____
(mes, año) (mes, año)

Por favor adjunte los siguientes documentos a este formulario

(Si no son obtenibles, por favor, provea a los funcionarios de la embajada / consulado la información equivalente en alguna otra forma)

Mapa de la localidad del proyecto. Diseño del proyecto

Estimulaciones escritas de bienes / servicios de tres proveedores

Fecha _____

Nombre _____

Título _____

Firma _____



BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL

6.1. FORMULARIO - SOLICITUD

ASISTENCIA PARA PROYECTOS COMUNITARIOS (APC) DE JAPON

6.1.1 SOLICITANTE

- (1) Nombre del solicitante:
Junta de Beneficencia de Guayaquil. Hospital Gineco – Obstétrico Enrique C. Sotomayor
- (2) Dirección
Junta de Beneficencia de Guayaquil. Vélez 109 y Pedro Carbo
Teléfono: (593-4) 2324060. Guayaquil-Ecuador. Sud-America.
www.jbg.org.ec
Hospital Gineco – Obstétrico Enrique C. Sotomayor. Pedro Pablo Gómez y 6 de Marzo
- (3) Número de teléfono Junta de Beneficencia de Guayaquil: (593-4)2324060
Numero de Fax: (593-4)236755
Numero de teléfono del Hospital G.O. Enrique C. Sotomayor: 593 4 2 413300;
Numero de Fax: 593 4 2 413 316
- (4) Persona responsable
(Nombre) Lautaro Aspiazu Wright (Junta) ;
Dr. Luis Torres Garcés (Hospital) (Titulo) Medico Cirujano
- (5) **Asistencia financiera / técnica de gobiernos extranjeros, organizaciones internacionales y ONGs?**

El Hospital Gineco – Obstétrico Enrique C. Sotomayor es una institución regentada por la Junta de Beneficencia de Guayaquil, ha recibido asistencia técnica, financiera y donaciones dada su condición de Hospital de Beneficencia que brinda atención a usuarias en estado de gestación y propende a favorecer la salud reproductiva e integral de las mujeres de todo estrato social y económico e inclusive a indigentes. Sus servicios responden a la Visión y Misión de su organización:

VISION

- Ser lideres de la comunidad en servicios de salud, investigación y docencia médica

MISION

- Ofrecer atención en Salud principalmente a los mas pobres y desamparados, sin discrimin alguno, a través de servicios médicos, tecnología de punta y un equipo humano con calidad, calidez, capacitado y motivado.

Como asistencia técnica se ha recibido apoyo de:

Universidad Briaghn Young. Utah USA (Capacitacion del personal de Enfermeria)
Fundacion Norteamericana Interplast

Como donaciones:

DETALLE DE DONACIONES 2003 – 2004

INSTITUCION DONANTE	PROCEDENCIA	CANT	DESCRIPCION
Tyco	Irlanda	2	Ventiladores NPB con sus
Iglesia de Jesucristo	Salt Lake City, Utah	1	Equipo de resonancia magnetica Implementos e Insumos Medicos
New Orleans	Metairie, LA	1	Ambulancia Implementos y Mobiliario Médico Implementos, Insumos e
Vida	Los Angeles, CA	340 163 43 58	Implementos, insumos e inmobiliario medico. Camas Colchones e Insumos Medicos Piezas de insumos implementos
Amigos del Ecuador	Canada	40 3	Camas Colchones Cunas
Healing the children	Philadelphia	3 3	Maquinas de anestesia Monitores criticon
Children of Chaos	West Palm Beach, FL	5 4	Sistemas de anestesia Camillas moviles
Childrens Herat Group	Hershey, PA		Insumos e Implementos Medicos.

c) Datos generales del Hospital Gineco – Obstétrico Enrique C. Sotomayor

Fecha de establecimiento: 14 de Septiembre de 1948

Número de médicos: 124

Número de enfermeras: 113

Número de camas: 383



BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL

6.1.2. PROYECTO

(1) Título del proyecto

"Equipamiento Básico del Servicio de Laparoscopia Quirúrgica Ginecológica del Hospital Gineco – Obstétrico Enrique C. Sotomayor"

(2) Localidad del proyecto

El Hospital Gineco – Obstétrico Enrique C. Sotomayor esta ubicado en:
Ciudad.- Guayaquil
País.- Ecuador (Sud América).

(3) Objetivos del proyecto

Objetivo General:

Brindar servicio de diagnostico y tratamiento quirúrgico laparoscópico ginecológico, favoreciendo la disponibilidad y accesibilidad de este recurso a pacientes de estratos socioeconómicos limitados, beneficiándose con un servicio de alta tecnología, seguro y eficaz.

Objetivos específicos:

- Contar con un equipo de Laparoscopia Quirúrgica Ginecológica y sus elementos auxiliares capaces de responder al volumen de trabajo diario: de tal forma, que nos permita acelerar la asistencia técnica y el tratamiento oportuno, disminuyendo la lista de espera.
- Capacitar al personal, desarrollando habilidades específicas en el manejo y manipulación de los equipos.
- Efectuar procedimientos diagnósticos o terapéuticos con mayor eficacia y seguridad, garantizando la mejor conservación del material y garantizar la limpieza y adecuada desinfección del utillaje.

4) Resumen del proyecto.-

El Hospital Gineco – Obstétrico Enrique C. Sotomayor es un Hospital de especialidad, el mas grande del país con una alta demanda de atención en salud curativa, de tercer nivel y docente, cuenta con alta tecnología y un gran volumen de trabajo, (anexo) muchas veces con una sobre demanda de atención en especial en el área toco-quirúrgica , es el punto de referencia de hospitales de menor nivel.

Los aparatos y accesorios en su mayoría han cumplido su vida útil y corresponden a generaciones antiguas, lo cual se enlaza a la necesidad de optimizar los recursos y obtener la máxima cantidad y calidad de asistencia sanitaria en diagnostico y tratamiento.

Es prioritario cambiar el equipo actual de laparoscopia que ha cumplido su tiempo útil y que esta en regulares condiciones, con un servicio no muy eficiente, por uno mas moderno y que responda a una atención más garantizada y con proyección de beneficio social; es decir brindando atención a los mas necesitados no solo de la ciudad sino del país.

Contar con un moderno sistema de laparoscopia quirúrgica ginecológica, permitirá el desarrollo de lo que se denomina cirugía de tercer nivel de complejidad acogándose las pacientes a los grandes beneficios que esta nueva forma de operar aporta, como son: mejor forma de operar, corta estancia hospitalaria, reintegro precoz a labores cotidianas. Esto lo conseguiremos complementariamente optimizando la inversión, y el trabajo del personal, manteniendo estándares de eficacia y eficiencia con el control y evaluación de los resultados.

El proyecto incluye la reorganización del área con un entrenamiento del personal, a fin de garantizar el buen uso y mantenimiento del equipo.

5) Estimado número de personas que se beneficiarán del Proyecto.-

Un promedio de:

- 1184 personas por año (Endoscopias Gineco – urológicas)
- 220 personas por año (cirugías laparoscópicas de alta complejidad)



6) Efectos esperados del proyecto

Con el servicio de Laparoscopia, implementado, con un moderno sistema de endoscopia quirúrgica ginecológico, se va a mejorar el servicio, que por daños permanentes de los aparatos, restan la posibilidad de dar un servicio ágil y oportuno.

Estos procedimientos se realizan con fines diagnósticos y terapéuticos minimamente invasivos. La Laparoscopia operatoria ginecológica ha modificado las indicaciones quirúrgicas de gran parte de las patologías ginecológicas, tornándola más conservadora y con menos injurias a los tejidos y órganos.. La introducción de la laparoscopia como vía de acceso quirúrgico ha cambiado el concepto de "riesgo quirúrgico, por lo que se puede ampliar su campo de acción a intervenciones de más complejidad como Histerectomía, Operación de Burch, alteraciones de piso pélvico, endometriosis avanzadas y el cáncer ginecológico.

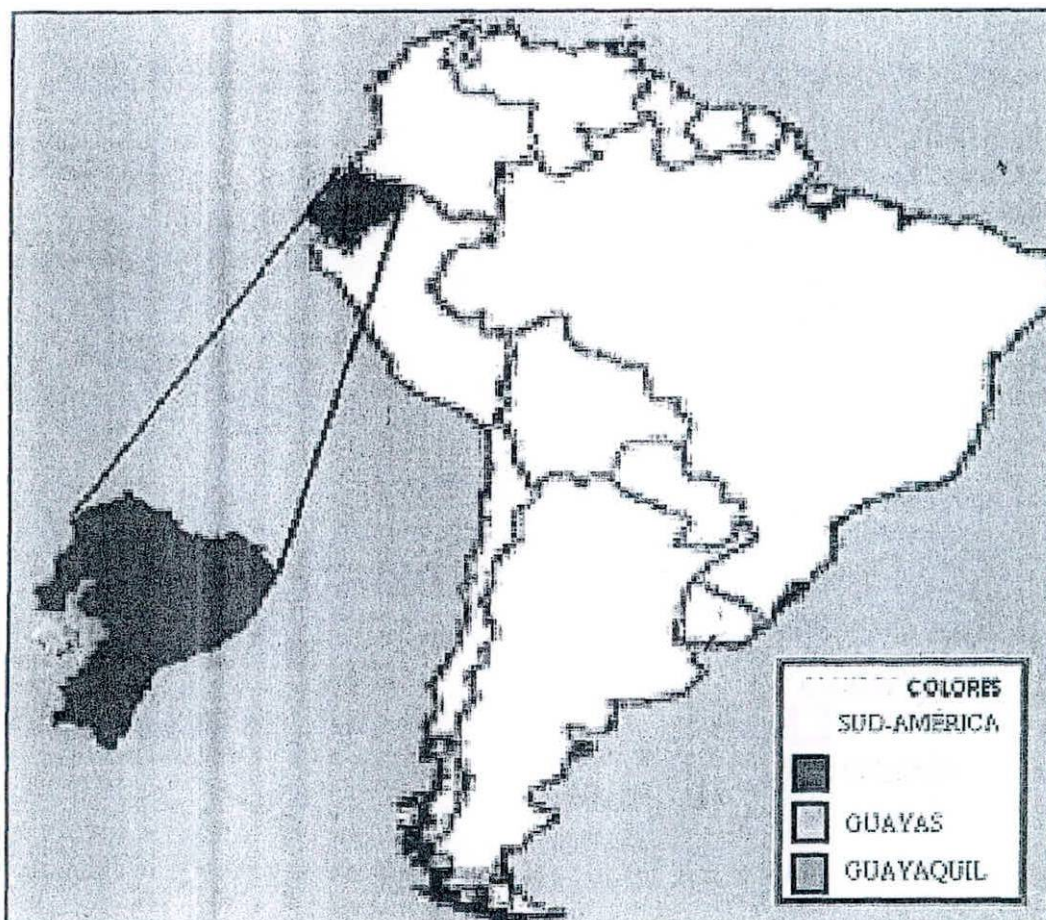
7) **Costo estimado del proyecto total.-**

Ciento treinta y ocho mil doscientos treinta y cuatro dólares con veintiséis centavos.

(138,234.26 DOLARES AMERICANOS)

- 8) El APC solicitante cubre una parte del proyecto, **el resto del costo se financiará a través del presupuesto** de la Junta de Beneficencia de Guayaquil – Hospital G.O. Enrique C. Sotomayor

Mapa de la localidad del Proyecto



Estimulaciones escritas de bienes / servicios de tres proveedores

9. DISEÑO DEL PROYECTO.-

Numero de personas beneficiadas:
Se estima 1404 personas beneficiadas anualmente

Técnicos que trabajan en el Proyecto y sus salarios:

- 1 MEDICO ESPECIALISTA \$725.37
- 1 MEDICO TRATANTE \$452.21
- 1 AUXILIAR DE ENFERMERIA \$263.32

Presupuesto de operación, mantenimiento y flujo de caja.

CÁLCULO DEL VAN, TIR, PAY-BACK

PROYECCIÓN DE FLUJO DE CAJA

	AÑO 0	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
Ingresos Operativos	-					
Ingresos Netos laparoscopia		147.619,07	160.166,69	173.780,86	188.552,23	204.579,17
Donacion	90.000,00					
Total de Ingresos Oper.	90.000,00	147.619,07	160.166,69	173.780,86	188.552,23	204.579,17
Egresos Operativos	-					
Materia Prima		31.249,33	32.811,79	34.452,38	36.175,00	37.983,75
Mano de Obra		70.126,20	73.632,51	77.314,14	81.179,84	85.238,83
Materiales & Insumos		34.707,02	36.442,37	38.264,49	40.177,71	42.186,60
Costos Indirectos		13.297,89	13.962,78	14.660,92	15.393,97	16.163,66
Total de Egresos Oper.		149.380,43	156.849,45	164.691,93	172.926,52	181.572,85
Egresos No Operativos	-					
Equipos Médicos	90.000,00					
Total de Egresos No Oper.	90.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Total Egresos	90.000,00	149.380,43	156.849,45	164.691,93	172.926,52	181.572,85
FLUJO NETO DE EFECTIVO	0,00	-1.761,36	3.317,23	9.088,93	15.625,71	23.006,32
F.N.E. ACUMULADO	0,00	-1.761,36	1.555,87	10.644,80	26.270,51	49.276,83

VAN (10%)	32.926,60
TIR	24.11% mensual
PAY-BACK	4 AÑOS 3 MESES



Condiciones del local

El local actualmente esta remodelado reúne los requerimientos básicos de funcionamiento
El Servicio de Laparoscopia Quirúrgica Ginecológica cuenta con :

- 9 ambientes
 - Secretaria
 - Videoteca
 - Vestidores
 - Consejería
 - Pre-post-operatorio
 - Hospitalización pensión
 - 3 quirófanos
- acondicionador de aire
- ambiente seco
- cielo falso cerrado
- piso de concrete revestido de baldosas
- oxigeno empotrado - succion en pared
- lavabos
- mesones
- vitrinas
- área de preparación de equipos
- 5 baños

Tarifas que se cobrarán para lograr autogestión.-

**COSTOS DE LAS INTERVENCIONES DE ESPECIALIDAD
QUE SE REALIZAN EN EL SERVICIO DE LAPAROSCOPIA
DEL HOSPITAL G.O. ENRIQUE C. SOTOMAYOR.-**

INTERVENCIONES	GENERAL	PENSION
LAPAROSCOPIA OP A.Q.V.	\$50,00	\$150,00
LAPAROSCOPIA DIAG.	\$80,00	\$150,00
LAPAROSCOPIA OP. GINEC.	\$120,00	\$200,00
HISTEROSCOPIA DIAG.	\$60,00	\$80,00
HISTEROSCOPIA OP.	\$80,00	\$100,00
CISTOSCOPIA	\$60,00	\$80,00

El Servicio de Trabajo Social del Hospital mediante un estudio socio-económico de la pacientes asigna el valor definitivo que deberá pagar por su intervención, puede incluso, si las condiciones así lo ameritan, exonerar de este pago

10. Duración del proyecto: cinco años

7. CONCLUSIONES

- La elaboración del presente proyecto ha permitido ver interactuar a grandes instituciones de la localidad que con un objetivo común, obtener recursos para favorecer la salud de nuestra población, involucraron los aspectos sociales y de beneficencia con el debido sustento técnico – académico, permitiendo de esta forma acceder responsablemente ante organismos internacionales para hacer realidad este anhelo.
- Pocas son las oportunidades que tenemos para enterarnos de las posibilidades de ayuda que ofrecen ONG's y gobiernos de países desarrollados, como poca credibilidad tiene la elaboración empírica de un proyecto que presentados ante estas entidades fácilmente serán rechazados. El hecho de conocer qué instituciones y sobre qué condiciones ofrecen esta ayuda permitirá concretar de una manera seria esta aspiración
- Las necesidades y deficiencias en los servicios de salud son una realidad en nuestro medio, esto se acrecienta mucho más en cuando a la provisión e implementación de recursos tecnológicos que favorezcan la eficacia y seguridad en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. En términos de equidad y género, no podemos soslayar el derecho de las pacientes a recibir este tipo de atención, la que permitirá beneficios, a más que para la paciente, para el hospital y para la sociedad en general.
- El análisis situacional realizado y la aplicación del sistema del marco lógico en este proyecto, hace que el mismo se torne factible, viable, rentable y de alta trascendencia social. Su ejecutividad, estamos seguros, será una realidad

8. BIBLIOGRAFIA

1. González Gómez L. El Enfoque del Marco Lógico (EML) y el método de Planificación orientado por Objetivos (ZOPP): Metodología para la gestión de proyectos desde la Cooperación Internacional al Desarrollo. Tecnología Administrativa, Universidad de Antioquia 2002;XV, N°35:35-69
2. Álvarez García I. Planificación y desarrollo de proyectos sociales y educativos. 1ª ed. México: Limusa S.A; 1997.
3. Comisión de las comunidades europeas --C. Gestión del ciclo de un proyecto. Bruselas: CCE; 1993.
4. Banco Interamericano de Desarrollo. Curso electrónico de Marco Lógico para el diseño de proyectos del programa de entrenamiento de los países C Y D. In: Banco Interamericano de Desarrollo www.iadb.org; 2003.
5. Gómez Galán M, Sainz Ollero H. El ciclo del proyecto de cooperación al desarrollo. La aplicación del marco lógico. 1ª ed. Madrid: CIDEAL. Fundación CIDEAL; 2003 (1999).
6. Boloña H. Historia de la Junta de beneficencia de Guayaquil. Revista nuestros hospitales. 1980. guayaquil
7. Tobar Katherine, "Proyecto de Sistema Solidario de Salud QUI-SUR", Quito, junio 2000.
8. MSP, "Rol del Estado, políticas nacionales de salud y reforma institucional", Propuesta para mejorar la salud de todos los ecuatorianos, Quito, julio 1998.
9. FESALUD, "Propuesta de Modernización Gerencial del Hospital Municipal "Nuestra Señora de la Merced" de Ambato., marzo 2002.
10. Jorge Alban Villacís, Dr. Julio Gornez Cafiedo, Dr. Abdelghani Barris, "Una realidad de aseguramiento familiar en salud". Sistema comunitario de salud integral Colinas del Norte; MSP (Proyecto MODERSA) y Asociación Solidaridad y Acción (ASA); Abya-Yala, agos
11. Campuzano G. Manual de normas y procedimientos del servicio de laparoscopia. Publicación, nuestros hospitales. 1989



BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL

ANEXOS

9. ANEXOS

9.1. EVALUACION EX ANTE

A continuación se presenta la evaluación de viabilidades, que permitirán mejorar el diseño del proyecto, en aquellos aspectos que no se han tomado en cuenta.

a) Análisis de pertinencia del proyecto.-Se refiere a evaluar si el proyecto de desarrollo que se propone tiene relación directa o indirecta con la Agenda del Desarrollo que se propone a nivel mundial.

Para esto es necesario recoger información sobre el contenido de la última Agenda del Desarrollo. Entre los temas que han sido priorizados por dicha agenda y, consecuentemente por las entidades de cooperación para el financiamiento de proyectos, se encuentra el de salud reproductiva y preventiva. La implementación de un equipo de laparoscopia ginecológica permitirá tratar a pacientes en edad reproductiva y fuera de ella, favorecerá embarazos en pacientes con infertilidad y brindará tratamientos conservadores ante la opción de una histerectomía a más de la enorme utilidad demostrada en los últimos 25 años en este Servicio al utilizar este recurso con fines contraceptivos, por lo tanto permite un énfasis en actividades de prevención, fomento y atención de salud, relacionándose esto con las líneas promovidas por dicha agenda y con los problemas que la población beneficiaria debe superar.

b) Análisis de la consistencia interna del proyecto.-

Este análisis consiste en conocer si el diseño o formulación del proyecto y sus elementos internos son coherentes entre si y en relación con el conjunto del proyecto. Se realiza sobre la base de la información recolectada previamente.

Matriz para la evaluación de la identificación y delimitación del problema que dio origen al proyecto.-

Preguntas	Si	No	Observaciones	Recomendaciones
Se ha identificado con claridad el problema que da origen al proyecto?	X			
El problema se ha delimitado geográfica y socialmente?	X			
Existe información suficiente sobre el problema?	X			
El problema es prioritario para la política social /económica?	X		Las acciones del proyecto están articuladas en beneficio de un grupo poblacional de escasos recursos económicos	
Se ha considerado la percepción de la población beneficiaria en la identificación del problema?	X		A través del árbol de problemas y del diagnostico situacional	
El equipo que gestiona el proyecto tiene la capacidad de intervenir en el problema?	X		Directamente. La experiencia de la JBG es en el sector salud esta dada desde hace 100 años	
Se han analizado los costos administrativos del proyecto	X		Ver presupuesto	
Se han identificado los criterios de focalización del proyecto?	X		Nivel de ingreso de la población pobre que no tienen cobertura de salud	

Matriz para la evaluación del análisis de la situación inicial del proyecto.-

Preguntas	Si	No	Observaciones	Recomendaciones
Se han identificado los indicadores del problema que da origen al proyecto?	X			
Existe una línea de base del proyecto, es decir existen datos iniciales de los indicadores del problema antes de ejecutarse el proyecto?	x			
Se han identificado causas o factores explicativos del problema?	X			
El problema se ha graficado en un árbol que presenta factores explicativos directos e indirectos?	X			
Se han identificado factores o causas críticas del problema analizado?	X			
Considerando las respuestas a las preguntas anteriores, se concluye que la explicación de la situación inicial esta sustentada en información suficiente?	X			



BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL

Matriz para la evaluación de la misión del proyecto.-

Preguntas	Si	No	Observaciones	Recomendaciones
Se han identificado los impactos esperados del proyecto?	X			
Se han estimado los impactos esperados del proyecto?	X			
Son adecuados y suficientes los recursos previstos para el logro de los impactos esperados y estimados?	X		También se considera el aporte de los beneficiarias	
Para la estimación de los impactos, se ha considerado el tiempo de duración del proyecto?	X			
Para la estimación de los impactos esperados, se ha considerado la cantidad del equipo de gestión del proyecto?	X			

Matriz para la evaluación de los resultados del proyecto.-

Preguntas	Si	No	Observaciones	Recomendaciones
Se han definido los resultados del proyecto?	X			
Los resultados previstos se han diseñado para transformar las causas o factores críticos del problema?	X			
Son viables económica y financieramente los resultados del proyecto?	X			
Los resultados del proyecto tienen viabilidad política?	X		Apoyo de la JBG	
Los resultados del proyecto tienen viabilidad institucional?	X		Experiencia probada de las entidades participantes	

Matriz para la evaluación de las actividades del proyecto.-

Preguntas	si	no	Observaciones	Recomendaciones
Se han identificado actividades suficientes y necesarias para cada resultado del proyecto?	X			
Se estableció cuales son los organismos responsables de ejecutar cada una de esas actividades?	X		Personal contratado específicamente para el proyecto	
Hay actividades que requieren un análisis de viabilidad económica financiera, política e institucional?	X			
Las actividades del proyecto tienen viabilidad económico-financiera?	X		Ver viabilidad financiera presentada mas adelante	
Las actividades tienen viabilidad política?	X		Ver mas adelante	
Las actividades tienen viabilidad institucional?	X		Ver mas adelante	

Matriz para la evaluación del diseño final del proyecto.-

Preguntas	Si	No	Observaciones	Recomendaciones
Se ha seleccionado a la población beneficiaria del proyecto?	X			
Se identificaron los mecanismos para que el proyecto llegue a esa población focalizada?	X		Se trata de un criterio enfocado a las pacientes que asisten a la consulta externa	
Se identificó un objetivo de desarrollo del proyecto?	X			
El propósito del proyecto expresa la intención de transformar el problema que le da origen?	X			
Se identificaron algunos resultados del proyecto?	X			
Los resultados se corresponden con las actividades del proyecto?	X			
Los objetivos de desarrollo y el propósito tienen delimitación geográfica y temporal?	X		Temporal a través de los indicadores	
Se han identificado los indicadores de resultado?	X			
Cada una de las actividades del proyecto esta desagregada en tareas?	X		Ver plan operativo del proyecto	
Se han identificado los resultados /productos o servicios que generaran las actividades?	X		Conjunto de prestaciones de salud	
Se han identificado los indicadores físicos de las actividades?				
Para cada actividad, se han identificado los recursos humanos y materiales por tarea o por resultado?	X			
Se han establecido el costo total, incluyendo cada uno de los recursos y tareas?	X		Ver plan operativo y presupuesto	
Se ha establecido el costo de las actividades de cada uno de los resultados?	X			
Se ha elaborado indicadores para nivel de la jerarquía de objetivos?	X			
Los indicadores son necesarios y suficientes para medir cada nivel de objetivos (de desarrollo, propósito, resultado, actividad)?	X			
Los indicadores son prácticos, independientes y específicos?	X			
Se ha establecido los medios de verificación para cada indicador?	X			
Se ha establecido la periodicidad de recolección de la información de cada indicador?		X	Debe ser especificado al momento de realizar la línea de base en el sexto mes	
Se ha establecido el instrumento o método de recolección de información de indicadores?	X		El gerente será el encargado de recolectar las estadísticas de los procedimientos realizados	

c) Análisis de la viabilidad política.-

Consiste en el análisis de la capacidad de los actores sociales involucrados para impedir o apoyar la ejecución del proyecto. Es decir, implica la evaluación de su peso político y de su interés para que se ejecuten, o no, las actividades del proyecto.

En este caso se analiza la viabilidad política de instalar un sistema de laparoscopia ginecológica en el HGOECS, los únicos que probablemente se opondrían a este proyecto serían los propietarios de clínicas privadas, pero dada la trascendencia social del proyecto poco peso político se les otorgaría para impedir su realización.

Matriz para el análisis de actores y para el análisis de la viabilidad política.-

Actores sociales involucrados	Interés puesto en ejecución	Peso político del actor social	Nivel de viabilidad política
Pacientes quirúrgicos no gestantes	+1	+1	M
Hospitales y clínicas privadas de salud, con fines de lucro .	-1	+1	M
Instituciones ejecutoras del proyecto: Servicio de Laparoscopia, Hospital GOECS, JBG.	+1	+2	A
Entidad Financiera: Gobierno de Japón	+1	4-3	A
Ministerio de salud	+1	+3	A

d) Análisis de la viabilidad organizativa e institucional

Consiste en el análisis de las capacidades que tiene la entidad u organismo responsable de ejecutar el proyecto.

El resultado que requiere de una evaluación institucional se relaciona con la implementación de una comisión auditora por parte de la entidad financiera o la integración de un auditor externo

Identificar los requisitos organizacionales necesarios para ejecutar la actividad y los que la entidad puede satisfacer en el momento previo a la ejecución

Los requisitos institucionales requeridos para la otorgación de financiamiento para este tipo de proyecto se refieren a recursos humanos calificados y a una infraestructura adecuada a fin de que se pueda cumplir con las metas propuestas.

El Hospital Gineco – Obstétrico Enrique C. Sotomayor y la Junta de Beneficencia de Guayaquil cuentan con las siguientes fortalezas:

Credibilidad

Prestigio

Compromiso y organización interna

Capacidad de ejecución

Recursos humanos capacitados

Infraestructura con capacidad a incrementarse.

Servicio a la comunidad más necesitada

Identificar los problemas internos.-

Poca comunicación interdepartamental y con entes centrales.
Capacidad de reponer deficiencias materiales es tardía

Matriz de análisis de la viabilidad institucional.-

Organismo o entidad responsable:: HGOECS .- JBG				
Resultado o actividad	Requisitos organizacionales	Requisitos existentes	Problemas internos de la entidad	Nivel de viabilidad institucional del resultado
Sistema de Laparoscopia funcionando	Contar con personal e infraestructura para prestar servicios a las pacientes Capacidad de organizacion como entidades de salud	Cuentan con personal e infraestructura hospitalaria para prestar servicios con tecnologia de punta	En varios años de trabajo no ha habido coordinacion Inter-departamental	Alto nivel de viabilidad

e. Análisis de género

En el presente proyecto no se incluye indicadores para realizar el análisis de género debido a que toda la actividad se desarrolla en un hospital de especialidad Gineco. Obstétrica

f. Análisis ambiental.-

Consideramos la aplicación de la matriz de Leopold en la cual se consideran los factores ambientales y las acciones que puedan afectarlas con motivo de la puesta en marcha de este equipo. A este respecto, el impacto del proyecto en el medio ambiente es bajo. Podría considerarse en la estructura de costos un rubro para disminuir el impacto de los desechos hospitalarios.

g. Análisis de la viabilidad financiera.-

En función del presupuesto del proyecto se obtuvo el flujo de caja siguiente:

FLUJO DE CAJA A PRECIOS CONSTANTES

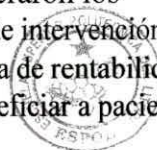
CÁLCULO DEL VAN, TIR, PAY-BACK

PROYECCIÓN DE FLUJO DE CAJA

	AÑO 0	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
Ingresos Operativos						
Ingresos Netos laparoscopia		147.619,07	160.166,69	173.780,86	188.552,23	204.579,17
Donacion	90.000,00					
Total de Ingresos Oper.	90.000,00	147.619,07	160.166,69	173.780,86	188.552,23	204.579,17
Egresos Operativos						
Materia Prima		31.249,33	32.811,79	34.452,38	36.175,00	37.983,75
Mano de Obra		70.126,20	73.632,51	77.314,14	81.179,84	85.238,83
Materiales & Insumos		34.707,02	36.442,37	38.264,49	40.177,71	42.186,60
Costos Indirectos		13.297,89	13.962,78	14.660,92	15.393,97	16.163,66
Total de Egresos Oper.		149.380,43	156.849,45	164.691,93	172.926,52	181.572,85
Egresos No Operativos						
Equipos Médicos	90.000,00					
Total de Egresos No Oper.	90.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Total Egresos	90.000,00	149.380,43	156.849,45	164.691,93	172.926,52	181.572,85
FLUJO NETO DE EFECTIVO	0,00	-1.761,36	3.317,23	9.088,93	15.625,71	23.006,32
F.N.E. ACUMULADO	0,00	-1.761,36	1.555,87	10.644,80	26.270,51	49.276,83

VAN (10%)	32.926,60
TIR	24.11% mensual
PAY-BACK	4 AÑOS 3 MESES

Para esta evaluación se utilizaron los resultados del flujo de caja y se consideraron los siguientes supuestos: una valor de donación de USD 90,000.00 . Costo promedio de intervención quirúrgica USD 120,00 Con esto se obtuvo un VAN (10%) de **32,926.60**, y una tasa de rentabilidad (TIR) del proyecto de 24.11%. De esto se deriva que el proyecto, además de beneficiar a pacientes de bajos recursos, **es viable financieramente.**



BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL

Recomendación:

Del estudio de cada viabilidad se concluye que el proyecto es factible en los aspectos financiero, organizacional, político, ambiental, que esta enmarcado en el rumbo establecido y se ha elegido la alternativa adecuada para alcanzar los objetivos propuestos. Se recomienda considerar las observaciones hechas para su implementación

9.2. LISTA DE VERIFICACION DE DISEÑO DE PROYECTO

1. El Fin está claramente expresado.
2. Los indicadores de Fin son verificables en términos de cantidad, calidad y tiempo.
3. El proyecto tiene un sólo Propósito.
4. El Propósito está claramente expresado.
5. Los indicadores del Propósito no son un resumen de los Componentes, sino una forma independiente de medir el logro del Propósito.
6. Los indicadores del Propósito sólo miden lo que es importante.
7. Los indicadores del Propósito tienen medidas de cantidad, calidad y tiempo.
8. Los indicadores del Propósito miden los resultados esperados al final de la ejecución del proyecto.
9. Los Componentes (Resultados) del proyecto están claramente expresados.
10. Los Componentes están expresados como resultados.
11. Todos los Componentes son necesarios para cumplir el Propósito.
12. Los Componentes incluyen todos los rubros de los cuales es responsable la gerencia del proyecto.
13. Los indicadores de los Componentes son verificables en términos de cantidad, calidad y tiempo.
14. Las Actividades incluyen todas las acciones necesarias para producir cada Componente.
15. Las Actividades identifican todas las acciones necesarias para recoger información sobre los indicadores.
16. Las Actividades son las tareas para las cuales se incurre en costos para completar los Componentes.
17. La relación entre las Actividades y el presupuesto es realista.
18. La relación si/entonces entre el Propósito y el Fin es lógica y no omite pasos importantes.
19. La relación entre los Componentes y el Propósito es realista.
20. La lógica vertical entre las Actividades, los Componentes, el Propósito y el Fin es realista en su totalidad.
21. El Propósito, junto con los supuestos a ese nivel, describen las condiciones necesarias, aún cuando no sean suficientes, para lograr el Fin.
22. Los Componentes, junto con los supuestos a ese nivel, describen las condiciones necesarias y suficientes para lograr el Propósito.
23. Los supuestos al nivel de Actividad no incluyen ninguna acción que tenga que llevarse a cabo antes que puedan comenzar las Actividades. (Las condiciones precedentes se detallan en forma separada).
24. La columna de medios de verificación identifica dónde puede hallarse la información para verificar cada indicador.
25. El marco lógico define la información necesaria para la evaluación del proyecto (e.g., de terminación, ex-post).

9.3. EVALUACION EX – POST

En esta fase los evaluadores sabrán que resultados se esperaban y donde pueden hallar información para verificar si se lograron.

INDICADOR	CONDICION ACTUAL	CONDICION FUTURA	MEDIOS DE VERIFICACION
# intervenciones laparoscópicas	250 /año	800/año	Registro de intervenciones lap.
Lista de espera de pacientes quirúrgicas laparoscópicas	100% / 2 meses	< 30%	Registros de programación de pacientes
Promedio días de hospitalización	3,5	2.0	Dpto. estadísticas del hospital
# laparotomías	100%	< 20%	Registros del servicio de cirugía
% ocupación de camas en laparoscopia	60%	80%	Registros del servicio de laparoscopia
% de rotación de camas quirúrgicas ginecológicas	100%	> 20%	Dpto. estadísticas del hospital
Morbilidad infecciosa pared abdomen	100%	< 70%	Registros del servicio de cirugía
Indice de satisfacción de usuarias	35%	65%	Encuesta de satisfacción
Recursos Humanos	Médicos:2 Auxiliar de Enf:5	Médicos:4 Auxiliar de Enf:6	Registros de personal. Dpto. Recursos humanos JBG
% recuperación de costos del servicio de laparoscopia	30%	40%	Sistema gerencial de costos JBG.
Tiempo de reposición: accesorios de equipos	3 meses	15 días	Dpto. de suministros



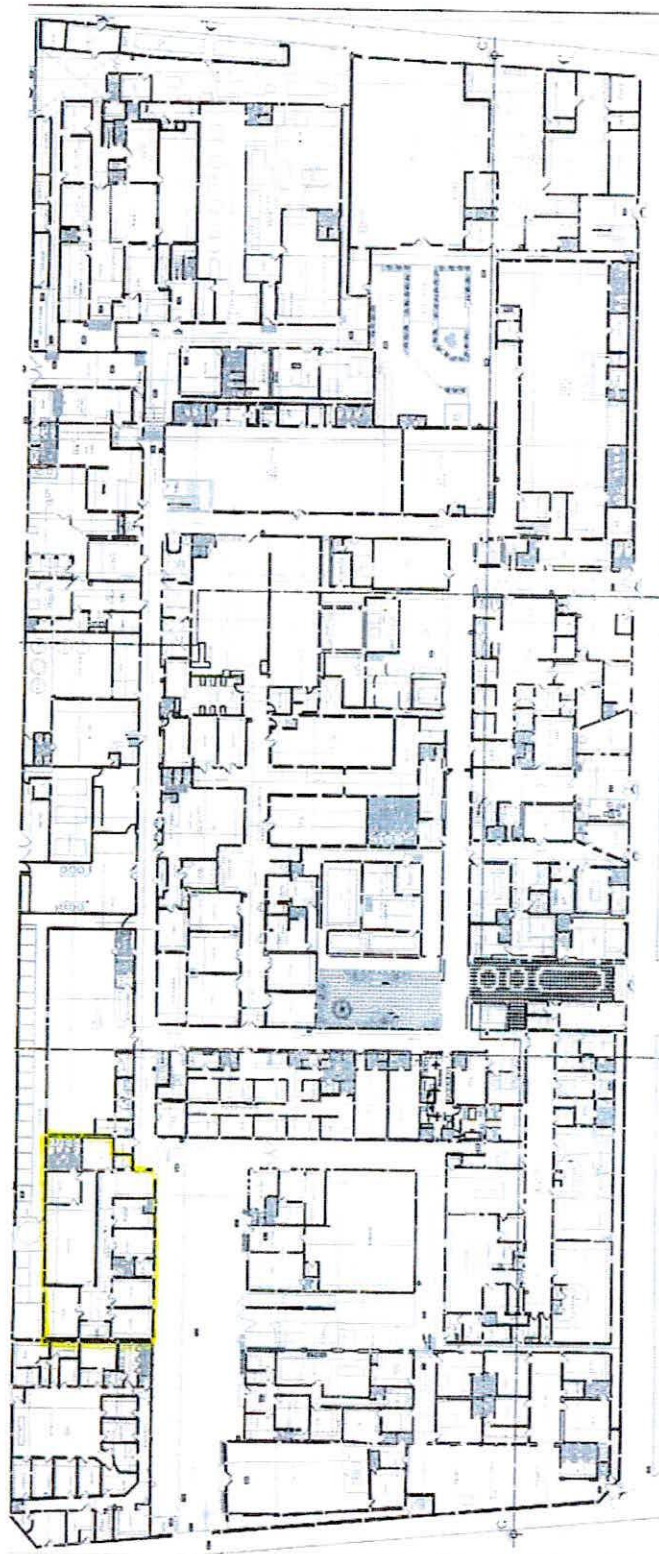
BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL

HOSPITAL GINECO OBSTETRICO
ENRIQUE C. SOTOMAYOR
GUAYAQUIL - ECUADOR



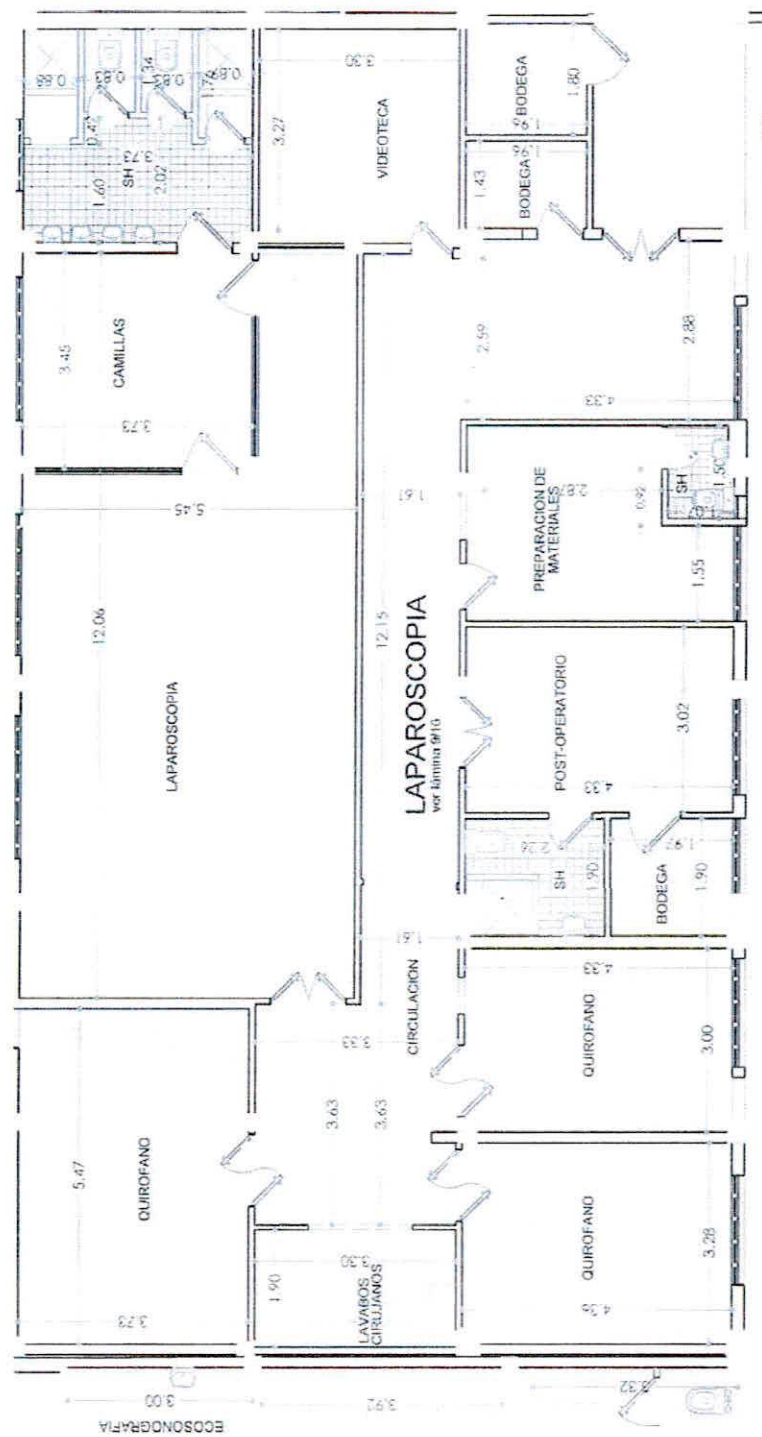
**HOSPITAL GINECO – OBSTETRICO
ENRIQUE C. SOTOMAYOR**

PLANTA BAJA



SERVICIO DE LAPAROSCOPIA

Plano Arquitectónico



SERVICIO DE LAPAROSCOPIA



SECRETARIA



HALL CENTRAL



INGRESO A SALA DE CONSEJERIA



PRE - POST-OPERATORIO

SERVICIO DE LAPAROSCOPIA



SALA DE CIRUGIA · 1



SALA DE CIRUGIA · 2 - 3

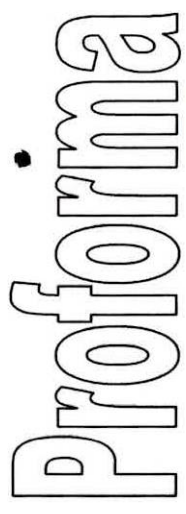


OFICINA CENTRAL



ZONA DE LAVAMANOS

Fecha: 3 de Octubre de 2005
Forma: 38628 010
Cliente: H. JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
Tel.:
Recepción:
Fax:
U.C.:
Referencia: **Laparoscopia, equipo e instrumental**



JON & DIE MEDICAL S.A.
R.U.C. 0991520473001

ITEM COD.	DESCRIPCION DEL ARTICULO	UNIDADES COTIZADAS	PRECIO UNITARIO	TOTAL
221120	TRICAM SL NTSC 3 CHIPS Sistema de color: Sensor de video: Objetivo para TRICAM SL: Elementos de imagen: Lineas por cuadro: Resolución horizontal: Exposición automática Sensibilidad mínima: Salidas de video: Tensión de alimentación: Potencia: Entrada para teclado: AGC: Dimensiones de la CCU: Peso de la CCU: Dimensiones del CCD: Peso del CCD:	1	10,522.00	10,522.00
430520	ENDOFLATOR INSUFLADOR ELECTRONICO CO2 Características: Operación simple y completamente automática del insuflador de CO2. El equipamiento realiza un auto-teste toda vez que es encendido, monitoreando diversos puntos básicos del circuito electrónico. En caso de falla, existe una alarma visual el valor de flujo es ajustable de 0-20 litros/min. En la inicialización, el valor del flujo no asume inmediatamente el valor pre-seleccionado, incrementando gradualmente y sobre monitorización, evitando el accionamiento de alarmas en el inicio del proceso Presión de Insuflación: Flujo de CO2: Lectura: Dimensiones: Peso: 6.0 KG Tensión:	1	8,500.00	8,500.00

Ideal para aplicaciones que requieren mucha luz y para grabaciones profesionales de los procedimientos quirúrgicos. Monitoreamiento de la lámpara. Control, manual o automático, y continuo de la intensidad de luz. Ajuste automático de la intensidad lumino

Lámpara: Xenón de 300 W

Temperatura de color: aprox. 6000 K

Ajustes: continuo manual o automático

Dimensiones: 305 mm x 164 mm x 336 mm

Peso: 9.6 KG

Tensión: 100-120/230-240 VAC - 50/60 Hz

Referencia de la lámpara: 20133026

C350

GENERADOR ELECTROQUIRURGICO ERBE

1

9,500.00

9,50

ERBOTOM ICC 350

Cutting With up/down increment keys

HF power adjustment Sine-shaped

Form of HF voltage 330 kHz

Nominal frequency of HF voltage

Cutting quality 4 coagulation effects, selectable by key

Constancy of the coagulation effects Automatically regulated

Support for initial incision and cutting PPS, PowerPeakSystem

Monopolar AUTO CUT With automatic voltage control

Monopolar HIGH CUT With automatic arc control

Nominal HF output 300 watts at 500 ohms

Peak HF power with PPS 400 watts at 500 ohms

Monopolar ENDO CUT 200 watts at max. 200 ohms

BIPOLAR AUTO CUT With automatic voltage control

Nominal HF output 100 watts at 500 ohms

BOMBA DE HIDRO-DISECCION

1

5,200.00

5,200.

The winning combination for pressurized irrigation in the O. R. is the Nezhat-Dorsey Hydro-Dissection Trm Streamline Pump and Nezhat-Dorsey SmokEvac Trumpet Valve. For irrigation pressure up to 775 mmhg from a dual-bag configuration, this proven combination

☐ Streamline design allows easy attachment to I.V. poles or the Nezhat-Dorsey Streamline Pump Stand for minimum utilization of valuable O.R. space.

☐ The Nezhat-Dorsey Trumpet Valve with "Quick-Disconnect" Probes and Electrosurgical Attachments provide optimal versatility in all laparoscopic procedures. Nezhat-Dorsey Hydro-Dissection Streamline Pump

For use with bottled irrigation and CO2 or

For use with irrigation bags (Streamline Bottle Eliminator required) and nitrogen, O.R. air, or CO2

20E221	MONITOR LCD COLOR 20" Máxima resolución 800 x 600 Parlantes 5W x2 Contrast Ratio (typ) 500:01:00 Características Especiales OSD Supported Air TV & Cable TV	1	1,820.00	1,820.0
MR-E55	GRABADOR DE DVD-R Y DVD-RAM ☐ Grabación y reproducción simultáneas ☐ Grabación de DVD-R y DVD-RAM ☐ Exploración progresiva (Progressive Scan) ☐ Gran tiempo y alta calidad de grabación ☐ Nuevo navegador directo, permite ver los contenidos grabados e incluso borrarlos	1	542.30	542.30
	COCHE MOVIL, METALICO	1	620.00	620.00
INSTRUMENTAL DE MANO				
COMPUESTO POR LO SIGUIENTE:				
3003 AA	Endoscopio rígido Hopkins, características de AV=0, D=10 mm y C=33 cm	1		
	Trocar para cirugía y ginecología, D=11 mm y C=5 cm, constituido de trocar piramidal 30103 P, cánula con válvula automática y grifo para insuflación 30103K	3		
	Trocar para cirugía y ginecología, D=6 mm y C=10,5 cm, consistiendo de trocar piramidal 30160 T, cánula con válvula multifuncional y grifo para insuflación 30160 M	2		
	Cánula endoscópica para succión e irrigación, con orificios laterales en la extremidad, grifo múltiple función, D=5 mm y C=36 cm	1		
	Cánula endoscópica para succión y coagulación, tipo gancho en "L", múltiple función, D=5 mm y C=36 cm	1		
	Cánula endoscópica para succión y coagulación, tipo espátula, múltiple función, D=5 mm y C=36 cm	1		
	Cable para cánula endoscópica	1		
	Pinza Click-Line de Reddick-Olsen para disección y aprensión, doble acción, rotatoria, aislada, unipolar, D=5 mm y C=36 cm, constituida de cable 33121, tubo 33300 y haste 33310 KJ	2		
	Pinza Click-Line de Reddick-Olsen para disección y cuerpos extraños, doble acción, rotatoria, aislada, unipolar, D=5 mm y C=36 cm, constituida de cable 33121, tubo 33300 y haste 33310 UL	2		
	Pinza Click-Line de Kelly, curva para disección y aprensión, rotatoria, aislada, unipolar, D=5 mm y C=36 cm, constituida de cable 33121, tubo 33300 y haste 33310 MD	2		
	Tijera Click-Line de Metzenbaum, curva, doble acción, rotatoria, aislada, unipolar, D=5 mm y C=36 cm, constituida de cable 33121, tubo 33300 y haste 34310 MS	2		
	Pinza Click-Line para cuerpos extraños, 2 X 4 dientes, doble acción, aislada, rotatoria, unipolar, D=5 mm y C=36 cm, constituida de cable 33123, tubo 33300 y haste 33310 G	2		
	Aguja de Veress para neumoperitoneo, C=100	1		
	Pinza para aprensión de clips, medio-largo, con traba, rotatoria, D=10 mm y C=33 cm, constituido de cable 30553, tubo 30443 y haste 30420 LR	1		
	Trocar descartable 10 mm			
		6		
			8,000.00	

050 EG	RESECTOSCOPIO DE FLUJO CONTINUO PARA CIRUGIA INTRAUTERINA	1	11,500.00	11,500.
Compuesto por:				
1	Elemento de trabajo, compuesto de:			
	1 Optica 30°, 4 mm, 30 cm			
	1 Camisa de flujo continuo			
	1 Obturador			
	1 Camisa para resectoscopio			
	1 Tubo aislado de cerámica para resectoscopio			

	HISTEROSCOPIO HAMOUD Ø 3.7 MM RIGIDO	1	14,520.00	14,520.
--	--------------------------------------	---	-----------	---------

Compuesto por:				
1	Telescopio 30°, Ø 2.9 mm, 30 cm			
1	Camisa de examinación Ø 3.7 mm			
1	Camisa de examinación de flujo continuo Ø 5 mm			
1	Camisa operativa Ø 3.7, 5 mm, con 1 canal de trabajo para instrumento 5 Fr			
1	Tijera 5 Fr, 34 cm, flexible			
1	Pinza de agarre para biopsia 5 Fr, 34 cm			
1	Pinza de biopsia con mandibula de corte 5 Fr, 34 cm			
1	Electrodo de bola 5 Fr, 53 cm			
1	Catéter de succión 5 Fr, 60 cm			

INCLUIMOS				
1	Regulador de voltaje			
1	Regleta cortapicos			
1	Extensión eléctrica			
1	Bandeja para esterilizar instrumentos			
1	Manguera CO2 alta presión			

ARCA EQUIPOS:	KARL STORZ/PANASONIC			
ROCEDENCIA	ALEMANIA/JAPON			
ARCA INSTRUMENTAL:	STAHL			
ROCEDENCIA	ALEMANIA			
EMPO DE ENTREGA	30 DIAS			
FORMA DE PAGO	60% ANTICIPADO, SALDO A LA ENTREGA			
ARANTIA	1 AÑO			
		SUMAN	76,674.30	
		DESCUENTO	0%	
		I.V.A.	12	9,200.92
		TOTAL		85,875.22