



D-18847

T
614
OYAc
II Prom. - 97

ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DEL LITORAL
ESCUELA DE POST GRADO EN ADMINISTRACION
DE EMPRESAS

PROGRAMA DE GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD

SEGUNDA PROMOCION

TRABAJO DE GRADUACION

TITULO DEL TRABAJO

PROYECTO DE MEJORAMIENTO EN LA CALIDAD DE ATENCION EN LA UNIDAD MATERNO INFANTIL DEL HOSPITAL "TEODORO MALDONADO CARBO"

REALIZADO POR :

DR. ORLY OYAGUE
LCDA. MARIA LAZO
LCDA. INGRID AGUIRRE

DIRIGIDO POR : DR. JORGE CAMBA

GUAYAQUIL , DICIEMBRE 1997

“ El Cáncer de una Institución es la falta de motivación de la gente que la conforma y la falta de satisfacción del cliente a quien le sirve”.

“ Una organización exitosa se preocupa por hacer las cosas cada vez con mejor calidad”.

AGRADECIMIENTO

La realización de esta propuesta requirió de dedicación tiempo y esfuerzo de todos los participantes, es un placer aprovechar esta oportunidad para manifestar nuestros agradecimientos.

- Agradecemos a Dios Jehová por darnos nuestros pensamientos e intelecto.
- Profundo reconocimiento a nuestro tutor por su comprensión y apoyo en todo el proceso de dirección.
- Agradecemos al coordinador del pos - grado Dr. Ernesto Torres, a los expositores, colaboradores y compañeros que contribuyeron, moral, material e intelectualmente en el desarrollo de nuestro trabajo.



TABLA DE CONTENIDO

Agradecimiento

Resumen Ejecutivo

- Antecedentes
- Justificación
- Objetivos
- Planteamiento del problema

Metodología de la Investigación

- Tipo de Estudio
 - Universo
 - Muestreo
- Plan de Observación
- Recursos : Humanos
Materiales
Financieros



Marco Teórico

- Calidad : concepto
 - Proceso de mejoramiento
- Modelos para mejoramiento de la calidad
 - Modelo PHVA
- Dimensiones de la calidad
 - Competencia Profesional
 - Acceso a los servicios
 - Satisfacción del usuario
 - Eficiencia
 - Comodidades
- Pasos de mejoramiento continuo
 - Selección del problema
 - Descripción del problema
 - Análisis del problema
 - Selección de estrategias
 - Cuantificación de metas y recursos
 - Ejecución de las acciones

Diagnóstico situacional area M.I. H.T.M.C.

- Descripción del área
- Recursos : Humanos
 Materiales
 Financieros
- Análisi de encuesta
- Conclusion

Plan de Mejoramiento

Analisis y selección del problema

- Arbol del problema
- Arbol de objetivos
- Selección del problema
- Análisis del FODA
- Mision
- Visión
- Objetivo general
- Objetivo específicos
- Metas
- Estrartegias
- Localización
- Tiempo
- Metología
- Recursos Humanos
- Recursos Materiales
- Recursos Financieros
- Ejecución
- Evaluación

Programa

- Educación
- Supervision
- Plan de Marketing

Bibliografía

Anexos :

- Anexo # 1 : Cronograma de anteproyectos
- Anexo # 2 : Indicadores de gestión
- Anexo # 3: Cronograma de actividades de los programas a desarrollarse en el área de G.O.
- Anexo # 4 : Formulario de encuestas

RESUMEN EJECUTIVO

Pese a la importancia de la calidad, hasta la fecha poco a sido el esfuerzo para implantar la calidad en los servicios de salud, mejorar la calidad no cuesta nada, más bien es la resistencia al cambio lo que colocan barreras para el progreso.

Consiente de esta situación hemos realizado un trabajo de investigación en nuestra área de trabajo con base de lo aprendido en nuestro pos - grado, tomando como prioridad querer cambiar las actitudes que nos permita iniciar una revolución que nos conduzca a la excelencia en la prestación de atención y satisfacción total del usuario.

El trabajo realizado analizó la situación de salud en nuestro país, la participación del I.E.S.S. en la prestación de servicio, sus recursos, sus disponibilidad en forma general, específicamente para realizar nuestra propuesta hemos escogido el Departamento Materno Infantil del Hospital "TEODORO MALDONADO CARBO", realizando el diagnóstico de situación, de su estructura, procesos y resultados y determinando por medio de encuesta el grado de satisfacción de sus usuarios. Hemos utilizado el método científico investigación acción a través de un estudio prospectivo descriptivo. El universo tomado a sido la población femenina que acude a la atención y el usuario interno que labora en el departamento, tomando una muestra representativa para el estudio. Una vez analizada la situación del departamento hemos realizado nuestra propuesta basada en la factibilidad de realizarse, los recursos disponibles y la realidad de nuestra institución.

Esperamos que los programas planteados nos ayuden a mediano plazo a romper barreras, al desarrollo profesional, a motivar e integrar al personal y lo que es más importante a mejorar la calidad de la atención para satisfacción del usuario interno y externo y colaborar a mejorar la calidad de vida de los ecuatorianos.

ANTECEDENTES

La situación de salud en el Ecuador, pese a los esfuerzos realizados desde distintos sectores continua en niveles deficitarios para un significativo porcentaje de la población, especialmente en aquellas localizadas en sectores rurales dispersos y urbano marginal, donde se registran elevadas tasa de enfermedad y muerte. Los principales indicadores de nuestra realidad son las tasas de morbi mortalidad materna e infantil, esperanza de vida al nacer, tasa de mortalidad general.

La mortalidad infantil continúa elevada, registrándose alrededor de 40 muertes de niños menores de un año, por cada mil que nacen, habiendo grupos poblacionales que elevan 2 a 3 veces este promedio nacional : En el área rural es de 51 x 1000 nacidos vivos, casi el doble que en el área urbana. ^{1/}

En el período de 1998 -1994, la mortalidad Materna fue de 160x100000 nacidos, con un riesgo mayor de morir de la mujer de la sierra que las de la costa con tasa de 250 y 197 x 100000 nacidos vivos respectivamente.

Las causas de morbi mortalidad en el país se entremezclan con las enfermedades infecciosas, digestivas y respiratorias, así como las enfermedades del desarrollo, tales como , accidentes de tránsito, enfermedades cardiovasculares y cáncer, el recrudecimiento de enfermedades transmitidas por vectores, como dengue, malaria, la aparición del cólera, tuberculosis y paludismo, lo que nos hace dar cuenta sobre el insuficiente saneamiento básico y educación higiénico sanitario que existe en el país.

^{1/} ESPOL: ESPAE - Foro Internacional sobre Gerencia en Servicios de Salud. Guayaquil - Ecuador, 1995

Todo esto guarda relación con limitaciones socio económicas que determinan desfavorables condiciones de vida, insuficiente acceso a servicios de agua potable, alcantarillado o letrización, afectando a los niños que viven en sectores de la sierra, así como poblaciones urbano marginales.

A los problemas señalados anteriormente se añaden:

- Los cambios demográfico; el rápido crecimiento poblacional, urbanizaciones incontroladas, migraciones masivas, desempleo y subempleo.
- Las dificultades en el financiamiento del sector salud; los altos costos de atención, la inflación, el bajo presupuesto en salud 2,5 PIB el deterioro de la capacidad adquisitiva de los salarios, que disminuyen o eliminan los recursos económicos de las familias para la atención de la salud.
- Los servicios de salud en el Ecuador, que no han alcanzado cobertura satisfactoria para un país en desarrollo.
- La poca preocupación por mejorar la calidad de atención.

Siendo las principales causas :

- La deficiente integración de los actores sociales en la prestación de servicios de salud (la comunidad, el sector privado con y sin fines de lucro).

- La severa crisis financiera del sector salud, con un descenso de los recursos del 8% del presupuesto del estado en la década de los 80 al 4% en el 94.
- La centralización que limita la capacidad de las unidades de salud de priorizar y ordenar gastos en concordancia con las necesidades específicas de la población.
- La ineficiente administración de los recursos humanos, materiales y financieros.
- La politización y corrupción.
- Los modelos de atención que no han renovado sus estrategias para la solución de los problemas y su impacto.

LOS SISTEMAS DE SALUD EN EL ECUADOR

Los sistemas de salud en el Ecuador al parecer no se han desarrollado para estar acorde con los cambios epidemiológicos, tecnológicos, condiciones socioeconómicas de la población, que actúan en forma independiente sin intermediación con financiamiento propio para sus actividades, duplicando la atención en salud y aumentando sus costos, dando como resultado un sistema de salud deficiente. En el Ecuador, el Sistema de Salud esta compuesto por subsectores: MPS, IESS, Servicio de Sanidad, Fuerzas Armadas, Policía.

Subsectores Privados sin fines de lucro: Junta de Beneficencia, Cruz Roja, ONG, Solca.

Subsectores con fines de lucro: Clínicas, Consultorios.



1. EL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Unos de los actores importantes en la prestación de salud se inicia el 13 de Marzo de 1928, como Caja de prestaciones, en 1970 se crea el instituto de Seguridad Social, con el objetivo de proteger a la población trabajadora frente a los riesgos sociales relacionados con la vejez, invalidez, y muerte, los riesgos de enfermedad, maternidad, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Sistema autónomo cuya rectoría y administración política la realiza el consejo superior. Cubre la atención del 14% de la población del país, que involucra el 38% de la población económicamente activa.

<u>Población</u>	<u>Ecuatoriana</u>	<u>Población Afiliada</u>
Urbana	7'172.347	1'004.136
Rural	<u>4'526.099</u>	<u>633.653</u>
Total	11'698.496	1'637.789

Cubre únicamente al afiliado (excepto a los hijos de 0 a 1 año de las mujeres afiliadas).

Se financia con los aportes que paga el patrono 11, 151 del sueldo del trabajador más el aporte personal el 9,35% del sueldo básico más las asignaciones estatales el 40%.

1.1 DISTRIBUCIÓN DE LAS APORTACIONES

- 3,4% Seguro de enfermedad y maternidad
- 1,0% Subsidio por enfermedad
- 0,3% Subsidio por maternidad

- 7,39% Seguro de vejez invalidez y muerte
- 1,50% Seguro de riesgo de trabajo
- 1,00% Cooperativa mortuoria
- 1,00% Decimotercera décima cuarta pensión
- 1,00% Gastos administrativos
- 0,7% Contribución

1.2 PRESTACIONES DE SERVICIOS

Derecho o beneficio que reciben a los asegurados al producirse eventualidades que compensa con sus aportes son:

- Seguro, enfermedad y maternidad
- Seguro Social campesino
- Jubilación por vejez o enfermedad
- Pensión de viudez y orfandad
- Cooperativa mortuoria
- Prestaciones de riesgo de trabajo
- Cesantía, fondos de reservas
- Prestamos quirografarios
- Créditos prendarios



1.3 SEGURO SOCIAL CAMPESINO

Cubre actualmente a un 12% de la población rural (5% del total nacional) se financia con el 1% del salario mínimo vital que aporta cada jefe de hogar y con una mínima aportación del estado y con el 1% las aportaciones de los afiliados al IESS.

Cubre todos los miembros de la familia con atención médica sin importar el número, debiendo el SSC sufragar los gastos, trámite que no se cumpla

1.4 SITUACIÓN ACTUAL DEL AREA MEDICA

El área médica del IESS le corresponde el 3,41% de las aportaciones patronales, el 1,5% de riesgo de trabajo, y el 1% adicional de otras fuentes destinadas al seguro de enfermedad, tomando en cuenta que las aportaciones se hace sobre el mínimo vital. En los últimos años se ha mantenido un reparto centralizado de 20% del presupuesto institucional del área médica, porcentaje del cual el 85% es para gastos operativos. La atención a SSC determino una sobrecarga de demanda estimada entre 5% y 8% de atención hospitalaria y el 2% de atención en dispensarios, algo similar con los jubilados y voluntarios.

Existen al rededor de 175,000 Jubilados que por su condición no aportan para la atención en salud, pero registran un 16 a 20% de atención médica siendo el costo de la atención 3,5 veces más alto que el de los demás afiliados. Campesinos, jubilados y voluntarios ocasionan gastos no financiados que afectan la economía del seguro general.

1.5 EL SUBSISTEMA DE ATENCION EN SALUD

Los servicios del IESS previenen con controles de fomento y prevención como el de inmunización, crecimiento y desarrollo a menores del año, control del embarazo, detención medica, quirúrgica, dental, farmacéutica, protesica, hospitalaria, y rehabilita limitaciones de enfermedades traumatológicas o neurológicas. La atención de salud esta diseñada como parte de cada regional.

Luego del Consejo Superior, encontramos la Dirección General del IESS y para descentralizar la institución se ha dividido en regionales, dando libertad a los directores regionales para resolver los asuntos de su jurisdicción procurando tener actualizadas las prestaciones de cuentas

individuales descentralizando los tramites e introduciendo la informática para tener fácil acceso a los datos de los afiliados, manteniendo jerarquías.



Las regiones son nueve:

- La Regional 1, con sede en Quito y jurisdicción en las provincias de Pichincha, Cotopaxi, Esmeraldas, Napo y Sucumbíos.
- La Regional 2, con sede en Guayaquil y jurisdicción en las provincias del Guayas, Los Ríos y Galápagos
- La Regional 3, con sede en Cuenca y jurisdicción en las provincias de Azuay, Cañar y Morona Santiago
- La Regional 4, con sede en Ambato y jurisdicción en las provincias de Pastaza y Tungurahua.
- La Regional 5, con sede en Riobamba y jurisdicción en las provincias de Chimborazo y Bolívar.
- La Regional 6, con sede en Portoviejo y jurisdicción en la provincia de Manabí.
- La Regional 7, con sede en Loja y jurisdicción en la provincia de Loja y Zamora Chinchipe.
- La Regional 8, con sede en Ibarra y jurisdicción en la provincia de Carchi e Imbabura.

- La Regional 9, con sede en Machala y jurisdicción en la provincia del Oro.

Cada Regional tiene sus sucursales, delegaciones, agencias e inspectoría correspondiente a su jurisdicción. Cada dirección Regional cuenta con una Subdirección Regional médica Social que a su vez depende de la dirección Médico Social que tiene dependencia de la Dirección General.

Las Direcciones Regionales tiene como dependencia estructural a la Subdirecciones Regionales Médico-Sociales y esta a los departamentos de apoyo, los Hospitales nivel tres y dispensarios. Estos últimos se clasifican en A-B que son nivel 2-1 de los cuales a su vez dependen los Dispensarios anexos o servicios de empresas y los Dispensarios del Seguro Social Campesino que tienen una estructura independiente pero con acceso de Seguro Social General con las respectivas interconsultas o transferencias.

A todo nivel se da atención médica primaria integral, pero cada uno debe atender su área de cobertura, teniendo acceso a los diferentes niveles de acuerdo a los requerimientos.

El IESS cuenta con infraestructura adecuada y personal suficiente para cubrir la demanda de atención en las unidades existentes. El personal del área de salud se lo clasifica como personal del área médica.

2. HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO

El constante crecimiento de las necesidades de los afiliados obligó a las autoridades del IESS aumentar infraestructura hospitalaria y es así que el 17 de Octubre de 1970 de inauguró el hospital "TEODORO MALDONADO CARBO" con capacidad para 400 camas, equipado con personal capacitado, tecnología de punta y área física adecuada para la época.

A través del tiempo la solución económica del hospital ha sufrido desequilibrio por causas gubernamentales, y de dirección, integración del seguro social campesino sin planificación y designación de un presupuesto para la atención de sus afiliados, el alto costo de atención, todo esto ha amenazado la estabilidad interna de la institución, por ello es emergente un plan de intervención gerencial que rescate al hospital de la situación en que está inmerso.

2.1 SERVICIOS QUE PRESTA.

Servicios Operativos

- Emergencias
- Consulta externa
 - Medicina General
 - Neurología, Hematología
 - Cardiología
 - Neurología
 - Gastroenterología, Proctología
 - Psiquiatría
 - Traumatológica
 - Cirugía General, Tórax, Vascular, Odontología,
 - Gineco - Obstétrico, Neonatología
 - Cirugía Plástica



Asesoría Gerencial

Oncología, Oftalmología, Otorrino
Neurocirugía, Urología
UCI

- Hospitalización para las diversas especialidades descritas anteriormente.

Servicios soporte.

- Rayos X
- Rehabilitación
- Laboratorio
- Farmacia
- Administrativos
 - Estadística
 - Trabajo social
 - Subdirección médica
 - Personal
 - Tesorería
 - Financiero
 - Recursos materiales
- Servicios :
 - Mantenimiento
 - Ropería, Lavandería
 - Dietético
 - Ambulancias

2.2. SUBSIDIO OTORGADOS.

- Enfermedad general
- Maternidad
- Accidentes de trabajo
- Canastillas.

2.3. SISTEMA INFORMACION ESTADISTICA.

La información estadística que produce el hospital se realiza manualmente y en muchos casos no reportada, por lo que no revela con exactitud la productividad, se lleva expediente clínico para cada paciente en que se reporta la atención dada.

2.4. SISTEMA FINANCIERO.

Existe un departamento Contable y Financiero que dispone de información de activos fijos, pasivos, transacciones financieras. Los informes económicos no son puntuales, todo proceso contable se sujeta a normas de controlarías, no hay revisión periódica del presupuesto, por lo que en ocasiones hay desfases en la adquisición de recursos. Los presupuestos son formulados anualmente por cada departamento pero no existe una contabilidad de costo por servicio.

Informe del Presupuesto del H.T.M.C. 1996

Informe	Monto	Tiempo
Presupuesto Codificado del hospital	129.096'496.000	Anual
Presupuesto ejecutado	107.441'019.764	Anual

FUENTE : Tríptico del H.T.M.C.

2.5. RECURSOS HUMANOS

Recursos humanos Integrante de la función de dirección del hospital.

Posición	Tiempo cargo	Formación	Designado	Análisis
Director	1,2 Años	No	Politico	Quienes ejercen la función directrices carecen de formación gerencial.
Subdirector medico	5 Años	No	Concurso	
Subdirector Adm.	8 Meses	No	Politico	Dirección politizada que cambio con los gobiernos de turno, intereses sindicalistas o influencias.
Administrador	5 Meses	No	Politico	
Jefe personal	16 Años	No	Designado	Es una barrera que dificulta la organización.
Jefe enfermera	12 Años	No	Designado	
Jefe servicio	20 Años	No	Designado	

FUENTE : Elaborado por el grupo de estudio

Recursos Humanos del H.T.M.C 1996.

Personal	Total	%	Personal por afiliados y usuarios
Médicos	234		1 Medico por cada 1.184 afiliados
Enfermeras	243		1 Medico por cada 309 usuarios
Aux. enfermera	422		1 enfermera por 1.784 afiliados
Odontólogos	3		1 enfermera por 456 usuarios
Tras social	18		1 Aux por 842 afiliados
Educación	1		1 Aux por 220 usuarios
Tecnólogos	81		
Otros	731		
Total	1.733		

FUENTE : Triptico del H.T.M.C.

2.6. DISPONIBILIDAD DE RECURSOS DEL H.T.M.C.

CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLE.

<u>Especialidad</u>	<u># Cama</u>
Medicina	165
Cirugía	190
Gineco - Obstric	50
Pediatría	5
Otros	<u>12</u>
Total	423

- 1 Cama por cada 996 afiliado
- 1 Cama por cada 260 usuarios
- 4 Personas por cada cama hospitalaria

El hospital cuenta con 424 camas disponible con un porcentaje ocupacional de 92%, promedio por día estado 8 y un egreso diario promedio de 48 usuarios.

2.7 NUMERO DE CIERRES DEL HOSPITAL POR HUELGA.

En los últimos 24 meses el hospital se ha cerrado por 232 días solo en la atención de la consulta externa y emergencia (parcialmente).

Leyes que amparan a :

Código de trabajo

Ley Civil o Carrera Administrativa



2.8. RECURSOS MATERIALES

EQUIPOS DISPONIBLE POR SERVICIO Y ESTADO DE FUNCIONAMIENTO.

En el equipamiento hospitalario es de resaltar que uno de los servicios de mayor uso como es imagenología, no existe mantenimiento técnico periódico, ni se renovan oportunamente los equipos, estando la mayoría en mal estado, lo que obliga a la institución a la compra de servicios en clínicas privadas.



Biblioteca

RESUMEN

1. Es necesario resaltar que quienes ejercen las funciones directrices del hospital TEODORO MALDONADO CARBO DEL IESS Región II, carecen de formación en gerencia, la capacitación recibida durante el último año de gestación es escasa, y la dirección hospitalaria están politizadas que cambian, de acuerdo a los intereses del Gobierno de turno, de intereses sindicalistas, o por influencias de personas afines a los máximos representantes del IESS, esa inestabilidad permanente es una de la barreras que dificulta la organización.

En condiciones similares de cambios frecuentes se encuentra la sub dirección administrativa y el administrador. La sub dirección médica es un puesto que se gana por concurso cerrado, debe permanecer 5 años en funciones, hasta llamar a nuevo concurso, en el que puede volver a intervenir. Los puestos de jefe de personal enfermeras y servicios varios, parecen patrimonios de quienes ejercen las funciones, independientemente del hecho de tener, 16, 12, y 20 años respectivamente en el cargo, están muy comprometidos con el personal y requieren remoción para rentabilizar el sistema.

2. Es lógico deducir que las decisiones que se toman en el hospital TEODORO MALDONADO CARBO, no son adecuadamente compartidas, sino asumidas automáticamente.
3. No existe educación formal del desempeño de los trabajadores, en general la última realizada tiene ya 4 años y con todas las falencias de un sistema tradicional. A los miembros del equipo de dirección tampoco se los evalúa, los indicadores de gestación no retroalimentan el sistema en forma permanente, sin que se reporten terminando el año de labores, lo que impide tomar decisiones que permitan una rectificación oportuna, jamás se utilizaban parámetros estándares de comparación.

4. No existe una planificación estratégica, que signifique una propuesta organizada de trabajo. No existe líderes con visión que generen un estilo participativo de gestión.
5. La información es procesada manualmente y en muchos casos, no reportada, por lo que no revela con exactitud la productividad. Las historias clínicas de los pacientes, son de uso obligatorio, expediente en el que se reportan toda la atención prestada al usuario, debiendo retornar al archivo de estadística después de su uso, ya que a esta oficina deben llevar sus registros, para procesar la información. Las estadísticas hospitalarias son confiables y válidas (pero se queda información no reportada oportunamente).
6. Existe un departamento contable y financiero donde disponen de la información de los activos fijos, los pasivos y las transacciones financieras: esto permite desagregar la información por departamentos. Los informes económicos no son puntuales, pero obligatoriamente se tiene que actualizar porque esa es la función de esa disponibilidad que se toman las decisiones en la dirección. Todo proceso contable se sujeta a las normas de contraloría. No hay una revisión periódica del presupuesto, por lo que en ocasiones hay desfases, son formulados anualmente por cada departamento pero NO EXISTE UNA CONTABILIDAD DE COSTOS POR SERVICIO.
7. El hospital dispone de 4 personas para la atención de cada cama hospitalaria (423 camas disponibles) y el 25% de personal son auxiliares de enfermería, el 20% de servicios varios, el 14% de enfermeras profesionales, el 14% es personal administrativo, el 13% de médicos, 5% de tecnólogos, 55% otros auxiliares de servicios, 3% de internos y el 15 de otros profesionales, entre los que constan, trabajadores sociales, odontólogos y educadores para la salud.

El ausentismo justificado es de :

En los médicos tratantes 5.8 h/cada 100 h. contratadas, médicos residentes 13 h./cada 100 h. contratadas, enfermeras profesionales 27/cada 100 h. contratadas (las de 8 hora) y 44 h/cada 100 h. contratadas (las de 6 horas), las auxiliares de enfermería 24 h/cada 100 h. contratadas (las 8 horas) y 54 h/cada 100 h. contratadas, (las de 6 horas). Los tecnólogos 13 h./cada 100 h. contratados, los internos 0.1 h./cada 100 h. contratadas. Otros auxiliares 18 h./cada 100 h. contratadas. El personal administrativo 16 h./cada 100 h. contratada, el personal de servicio 18 h/cada 100 h. contratadas, lo que determina un promedio general de 20.2 h. de faltas justificadas por cada 10 h. contratadas del personal.

Y de la misma manera que se reportan las faltas justificadas, se reportan las injustificadas y se hace un informe mensual, sin transcribirlo a indicadores. No se efectúa evaluación periódica del desempeño del personal, existe el reglamento interno en el que se contemplan medidas disciplinarias por incumplimiento. No hay motivación que incentive el personal en la ejecución esmerada de sus funciones.

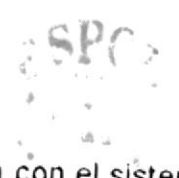
8. El hospital cuenta con 424 camas, disponibles 423, con un porcentaje ocupacional de 92%, promedio días estada 8 y un egreso diario promedio de 48 usuarios. En el equipamiento hospitalario es de resaltar que uno de los servicios de mayor uso como es la imagenología, está funcionando el ecosonógrafo , mamógrafo y dos equipos portátiles; no existe mantenimiento periódico, hay equipos obsoletos que ya debían ser sustituidos, pero como no se ha actuado con criterios gerencial, no se ha depreciado, y ello nos hubiera permitido la renovación oportuna, en otorrinolaringología el audiómetro, el fibroscopio se encuentran dañados, al igual que el electromiografo en neurología. En otros

departamentos los equipos están funcionando bien. De forma general no se realizan mantenimiento técnico especializado ni se renoven oportunamente los equipos, lo que obliga a la institución a la compra de servicios en clínicas privadas, que es más costo efectivo, puesto que en la mayoría de los casos los precios son los mismos que ofertan al mercado libre y en otros casos hasta superiores, obligando un egreso económico muy alto.

El hospital regional, durante los últimos tres años ha tenido 5 directores, lo que confirma lo expuesto al inicio de este análisis, en los últimos 24 meses, el hospital se ha cerrado por 23 días, sólo en la tensión de las consultas externas y la emergencia, en los actuales momentos con la separación del personal (aún en discusión) de las dos leyes : **ley de carrera administrativa**, que ampara a profesionales tecnológicos y administrativos, que corresponde al 55% del total del personal y los amparados en el **código del trabajo**; auxiliar de enfermería y personal de servicio, que corresponde al 45% del personal, han dejado de activar, más de una decena de sindicatos que actúan a nivel hospitalario, mantener el accionar del **SINDICATO UNICO DE TRABAJADORES**, con sus cuestionados representantes a nivel nacional.

La capacitación del personal hospitalario con financiación del I.E.S.S , es realmente irrisoria, 40 horas para el personal médico , que labora 14.256 horas (Med. tratantes) y 30.272 horas (med. de pos-grado), capacitación, en la que es imposible incluir a los 235 galenos, por lo que se los designa, a voluntad del organizador.

Las enfermeras profesionales, ha tenido 8 horas de capacitación , los administrativo 120 horas y las auxiliares de enfermería 80 horas , a las que han podido acceder solo una parte del personal, porque estos son cursos realizados para toda la regional.



el control de asistencia del recurso humano se efectúa con el sistema de tarjetas - reloj, los informes se realizan a diario

Biotec. General

9. Las cirugías realizadas en el hospital son 11.777, durante el año 1996, particularmente se asumía el pago de 3.255 cesáreas y 107 cirugías cardiovasculares, en estas cifras no son contabilizadas las que se presentan por emergencia en clínicas privadas, cuyo pago se realiza por comprensión de gastos. Es necesario indicar que se practican un promedio diario de 28 cirugías generales en 4 quirófanos; en gineco - obstetricia se realizan 10 cirugías promedio dentro del hospital en 2 quirófanos y 12 en clínicas privadas; en oftalmología 5 cirugías promedio en un quirófano, esto da un promedio de 43 cirugías por día hospitalario y 12 cirugías extrahospitalarias.

Las determinaciones de laboratorio se realizan todos los días y en tres turnos continuos lo que da un promedio de 1893 determinaciones por cada turno por día, de las cuales se tiene un promedio de 5 determinaciones por paciente, lo que equivale a 378 pacientes/día turno.

En imagenología se realizan 221 tomas diarias de promedio, 10 ecosografías y se compra el servicio de una gamagrafía cada 2 días, de 6 tomografías por día y de una resonancia magnética por día. Se realizan 148 valorizaciones electrocardiográficas, 8 endoscopias diarias, 26 hemodiálisis por día y se compran 2 unidades particulares, servicios de los que no se encontró reportes.

Se practican 425 sesiones de rehabilitación por día, 1.182 de hemodinamia, 18 audiometrías, 10 terapias respiratorias, 10 electroencefalogramas por día, 1 paracentesis de medula ósea por semana, se paga a servicios privados, 10 cateterismos cardíacos por mes, 7 prótesis y ortesis, y 5 desidometrías.

JUSTIFICACION

El trabajo a realizarse es oportuno y esta relacionado a un problema práctico. Hemos observado que la cobertura de atención a los afiliados es cada vez más limitada y de baja calidad, lo que a originado que se presenten serias dificultades entre la institución y los afiliados. Por otro lado nos hemos encontrado con una actividad medica huérfana de investigación, lo que justifica nuestra actividad, llenando de esta forma un vacío en el conocimiento. La realización de este trabajo de investigación nos va a permitir conocer la realidad de la Seguridad Social en el área de gineco - obstetricia y pediatría, y de esta forma poder plantear alternativas de solución aplicables. Con esta labor pretendemos dejar constancia de lo importante que es la investigación, y a su vez para que sirva de base indispensable para futuras acciones, que interpreten los problemas de mayor repercusión e incidencia, y de soluciones necesarias.

OBJETIVO GENERAL

Plantear alternativas de solución para mejorar la calidad de atención y fomentar la satisfacción del usuario externo e interno en el área de Ginecología y pediatría del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.



OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Realizar el diagnostico de situación del área Materno Infantil H.T.M.C.
- Identificar las causas que producen insatisfacción en la atención tanto al usuario externo e interno.
- Analizar datos encontrados para determinar causas y efectos para buscar la solución a los problemas.
- Elaborar propuestas de mejoramiento de la calidad de la atención.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los hospitales son parte del sistema de salud de un país, cuyo objetivo principal es proporcionar atención sanitaria - médica con calidad y calidez. Para cumplir con este objetivo deben tener condiciones óptimas en su funcionamiento técnico - administrativo que determinen la calidad de atención, el desarrollo profesional y la satisfacción del usuario.

En el hospital Teodoro Maldonado Carbo, diversos factores influyen a no proporcionar atención satisfactoria a las necesidades del usuario; continuamente escuchamos opiniones de rechazo a la atención brindada tanto del usuario externo, del interno y medios de comunicación.

El usuario externo protesta por el mal trato que recibe por parte de los prestadores del servicio de salud, el tiempo de espera para recibir la atención, el corto tiempo que le dedica, los privilegios que guardan con las amistades no respetando el turno la falta de medicamentos e insumos, la impuntualidad del personal, las continuas paralizaciones en la atención, etc.

El usuario interno manifiesta su inconformidad por la inestabilidad política, la mala administración de los recursos materiales, económicos, humanos, la falta de medicamentos e insumos que trae conflictos con el usuario externo, la falta de políticas adecuadas, la poca motivación e incentivos. Exteriorizándose esta situación a través de paralizaciones continuas de sus labores.

El área de Gineco-Obstetrica y pediatría, se encuentra incluida de esta grave situación, por este motivo vemos la necesidad de realizar un proyecto de mejoramiento en la calidad de atención para lograr la satisfacción del usuario y cubrir sus necesidades Bio-Sico-Sociales.

Cuadro # 1

Matriz de Selección de Problemas
Área de C.E. de la Unidad Materno Infantil
del Hospital Teodoro Maldonado Carbo

Problemas	Frecuencia	Percepción	Vulnerabilidad	Puntaje Total
<ul style="list-style-type: none">• Tiempo de espera para recibir la atención• Poco tiempo de consulta• Privilegios en la atención (Interrupción no respeta el turno atención a paciente sin citas)• Impuntualidad del personal• Trato descortes• Falta de medicamento e insumos• Falta de información y educación orientación sobre su salud• Ambiente inadecuado• No educación al usuario				

FUENTE : Grupo de Estudio

Cuadro # 2

Matriz de Selección de Problemas
Del personal que elabora en el Area Materno Infantil
del Hospital Teodoro Maldonado Carbo

Problemas	Frecuencia	Percepción	Vulnerabilidad	Puntaje Total
<ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento del orgánico funcional • Desconocimiento de normas de procedimiento y reglamentos • Reuniones esporádicas con los jefes para conocer la situación del área • Poco apoyo para capacitarse • Falta educación continua • Falta de estímulo, motivación, para realizar sus labores • Falta de interés en conocimiento en participar en la búsqueda de solución a los problemas del área • Area física inadecuada • Falta de insumos y materiales para el desarrollo de sus actividades 				

FUENTE : Grupo de Estudio



Cuadro #3

Matriz de Selección de Problemas
 Área Materno Infantil (Hospitalización)
 del Hospital Teodoro Maldonado Carbo

Problemas	Frecuencia	Percepción	Vulnerabilidad	Puntaje Total
<ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento de requisitos para el ingreso hospitalario • Desconocimiento sobre las reglas y normas del departamento • Trato descortés por el equipo de salud • Falta de colaboración en p... • Pocos cuidados médicos y de enfermeras • Falta de información y educación del estado de salud • Atención poco satisfactoria • Área física inadecuada • Falta de insumos y materiales 				

FUENTE : Grupo de Estudio



Operacionalización de variables

Ministerio General

Variables	Indicadores	Escala
-Proceso atención	-Tiempo que tuvo que esperar para ser atendido -Tiempo dedicado en la consulta -Exámenes de laboratorio listos en el momento de la consulta. Conocimiento de requisitos para el ingreso	-1 h 1 h +1 h -5 minutos -10 minutos -15 minutos -Si estaban -No estaban -rara vez estan listos -Si conocen -No conocian
-Calidez	-Actitud descortes -No respeto al turno. -No colaboración en la realización de exámenes especiales	-Si-no-de quien -Si hay - no hay -Si hay - no hay -pocas veces.
Suministro y farmacos	-Recetas despachadas en farmacias.	-Todas - algunas - ninguna.
Educación	-Información y educación y parte del equipo de salud.	-Si hay, no hay, a veces.
Ambiente fisico	Iluminación ventilación espacio higiene.	Bueno, regular.malo, Bueno, regular.malo, Bueno, regular.malo
-Organización	-Conocimiento del organico funcional -Conocimientos de normas y procedimientos -Reuniones periodicas con los jefes para conocer los problemas del departamento y brindar soluciones -Disciplina área de trabajo.	-Si - No -Si - No -Si - No
-Area fisica.	-Ventilación -Iluminación - Espacio fisico - Higiene.	Buena, mala, regular Buena, mala, regular Buena, mala, regular Buena, mala, regular
Recursos materiales para la atención.	-Disponer de recursos materiales e insumos para laborar.	Si - No, pocas veces.

<p>-Motivación.</p>	<p>-Reconocimiento o estímulo por el trabajo que ejerce.</p> <p>-Interés por conocer la problemática del área y participar en las soluciones.</p>	<p>-Si - no.</p> <p>-Si hay, No hay.</p>
<p>-Educación</p>	<p>-La investigación apoya a su desarrollo.</p> <p>-Existe educación permanente en el área de acuerdo a las necesidades.</p>	<p>-Si - No, a veces.</p> <p>-Si - No.</p>
<p>-Evaluación de la atención.</p>	<p>-Considera que la atención brindada es :</p>	<p>-Buena</p> <p>-Mala</p> <p>-Regular</p> <p>-Oportuna</p> <p>-Ocasional</p> <p>- Ninguna.</p>

METODOLOGIA

Método científico: Investigación Acción

Estudio : Descriptivo prospectiva.

Universo: La población del estudio esta constituida por el total de pacientes transferidas de dispensario a la consulta externa o a hospitalización del área de Ginecología , y el total de usuarios internos del área.

Tamaño de la muestra: encuesta al 5% de la población que acude a la consulta externa, igual porcentaje de hospitalizados.

Método de selección de la muestra: se realizará en forma aleatoria , luego se seleccionará las muestras considerando las siguientes variables; Tipo de afiliación; Seguro General, Seguro Campesino, Seguro Voluntario, otros.

Areas: Consulta Externa - Hospitalización.

PLAN DE OBSERVACION

Técnica Directa.

Instrumento: Formulario, encuestas para el usuario externo e interno, que nos lleve a medir la calidad sentida.

Tiempo: El estudio de investigación se realizara en un periodo de 6 meses, partiendo de la planificación hasta el informe que se presentará a las autoridades de la ESPOL.

El proceso de recolección de datos : se llevará a cabo en 3 meses desde la preparación de la encuesta hasta el análisis de los datos.

Plan de ejecución de la observación:

Para determinar la validez de la observación, la confiabilidad del instrumento se realizará una prueba en el área de hospitalización por el lapso de una semana, luego se efectuarán correctivos y reajustes necesarios de acuerdo a las necesidades. El formulario corregido se utilizará para la recolección de los datos del presente estudio.

Se estima conveniente encuesta a los pacientes hospitalizados en el momento de su egreso y a los pacientes de la consulta externa a la salida de la consulta y al usuario interno en su lugar de trabajo.

El grupo que realizará el proceso de recolección, tabulación y análisis de los datos está conformado por :

RESPONSABLES

Dr. Orly Oyague
Lcda. María Lazo
Lcda. Ingrid Aguirre

RECURSOS MATERIALES Y FINANCIEROS

<u>Gastos</u>	<u>Sucres</u>
Papelería	36.000
Utiles de Oficina	20.000
Lápiz	15.000
Borrador	25.000
Marcadores	30.000
Tinta	24.000
Transporte	60.000
Impresión	100.000
Copias	50.000
Encuadernado	20.000
Varios	<u>15.000</u>
Total.	395.000

MARCO

TEORICO

MARCO TEORICO

CALIDAD

La calidad de la atención tiene que definirse a la luz de las normas técnicas del proveedor y de las expectativas del paciente, tomando en consideración el contexto local.

La calidad técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología medicas en una forma que maximice su beneficio para la salud sin aumentar en forma proporcional su riesgo.

La calidad se relaciona con la percepción del cliente. Los clientes comparan el desempeño real del producto o la experiencia del servicio total con su propio conjunto de expectativas y se forma un juicio que rara vez es nuestro. El producto o servicio recibe la aprobación o el rechazo. Por consiguiente la definición básica de calidad es la satisfacción de las necesidades y expectativas de los clientes.

Define las necesidades principales de sus clientes mide su propio desempeño en la relación con aquellas necesidades expresadas y actúa para mejorar su desempeño tanto a través de una acción rápida y decisiva como mediante técnicas de equipo de mejoramiento de la calidad.

PROCESO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD.

Es un metodo sistemático para desarrollar productos y servicios para suministrar el servicio al cliente después de la venta con base en una comprensión total de las necesidades del cliente y sus expectativas razonables.

El mejoramiento continuo consiste en creer que toda nuestra vida laboral, social y familiar merece ser mejor permanentemente. No se considera un trabajo adecuado cuando las cosas se mantiene iguales por mucho tiempo.

Las actividades de progreso deben involucrarse a todas las personas de la organización de una manera completaria y necesaria, para obtener el mejoramiento de la misma. El método involucra a los empleados de todos los niveles en la evaluación y mejoramiento de la calidad a través de la aplicación y mejoramiento de la calidad a través de la aplicacion control estadístico de proceso y otros instrumentos y técnicas de mejoramiento de la calidad.

MODELO DEL PROCESO DE MEJORAMIENTO.

Esta metodología fue desarrollada por el Dr. Walter Shewhardt y presentada a los japoneses por el Dr. W. Edwards Deming, los cuales la denominaron como : El ciclo de Deming o diagrama de Shewhardt.

EL MODELO PHVA.

Con el fin de tener un enfoque centado en la calidad, el modelo PHVA sugiere que todas las actividades se ciñan a un ciclo de la siguiente forma :

PRIMERO: Planee lo que hace

SEGUNDO: Haga lo que ha planeado

TERCERO: Verifique, los resultados de su acción

CUARTO: Actúe para modificar lo que usted hace con el fin de garantizar los resultados más positivos (calidad).

- **Planear p/h/v/a**

Debemos establecer nuestra misión, identificar y colocar en orden de prioridades nuestra producción, productos y servicios.

Estudiar un proceso y decidir que cambio podría mejorarlo.

- **Hacer P.H.V.A.**

Implantar el plan, poner en acción nuestro conocimiento y plan. Hacer funcionar las unidades centrando la atención en nuestros principales productos, servicios y en las necesidades expresada por los clientes.

Hacer el cambio perfectamente en pequeñas escalas.

- **Verificar P.H.V.A**

Verificar los resultados continuamente, como se está trabajando.

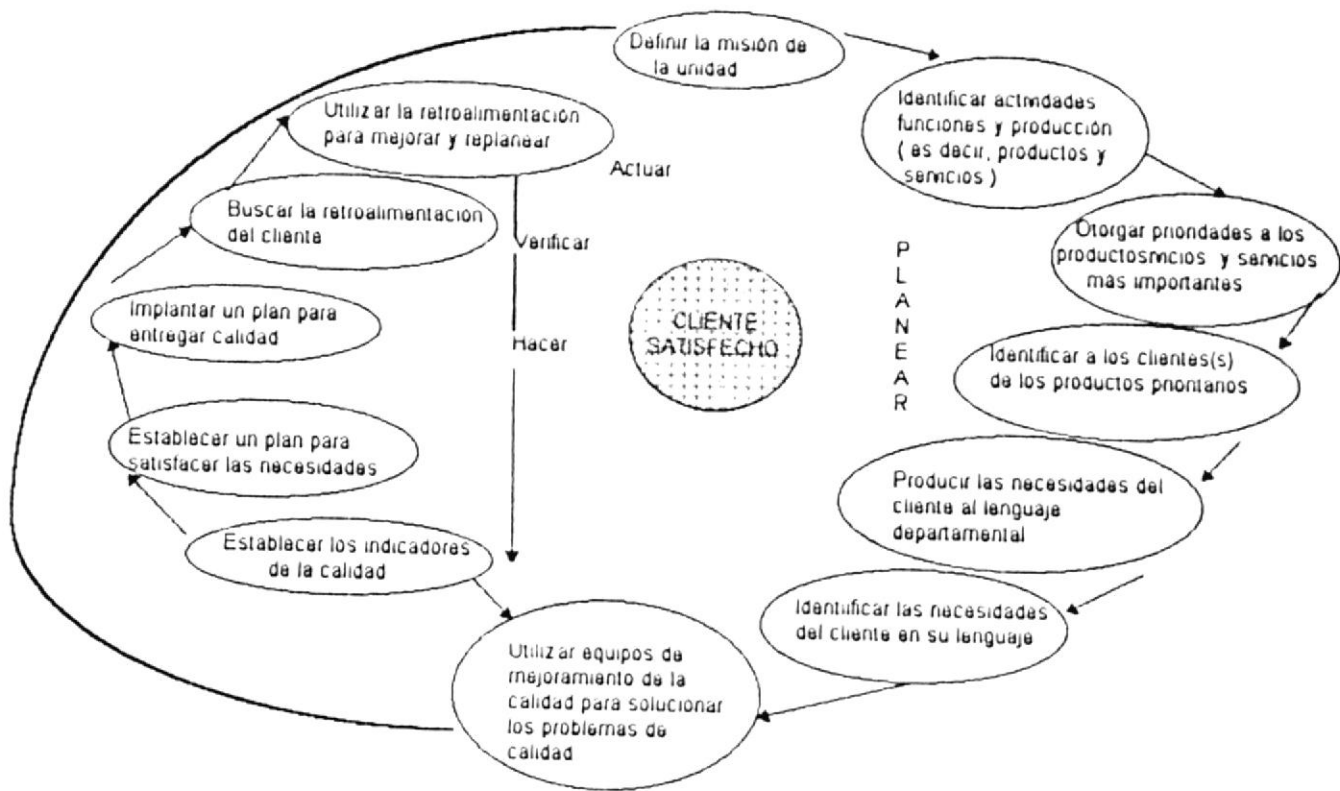
Analizando nuestros indicadores de calidad, nos mostrarán en que sitio no estamos satisfaciendo las necesidades de nuestros clientes.

- **Actuar P.H.V.A**

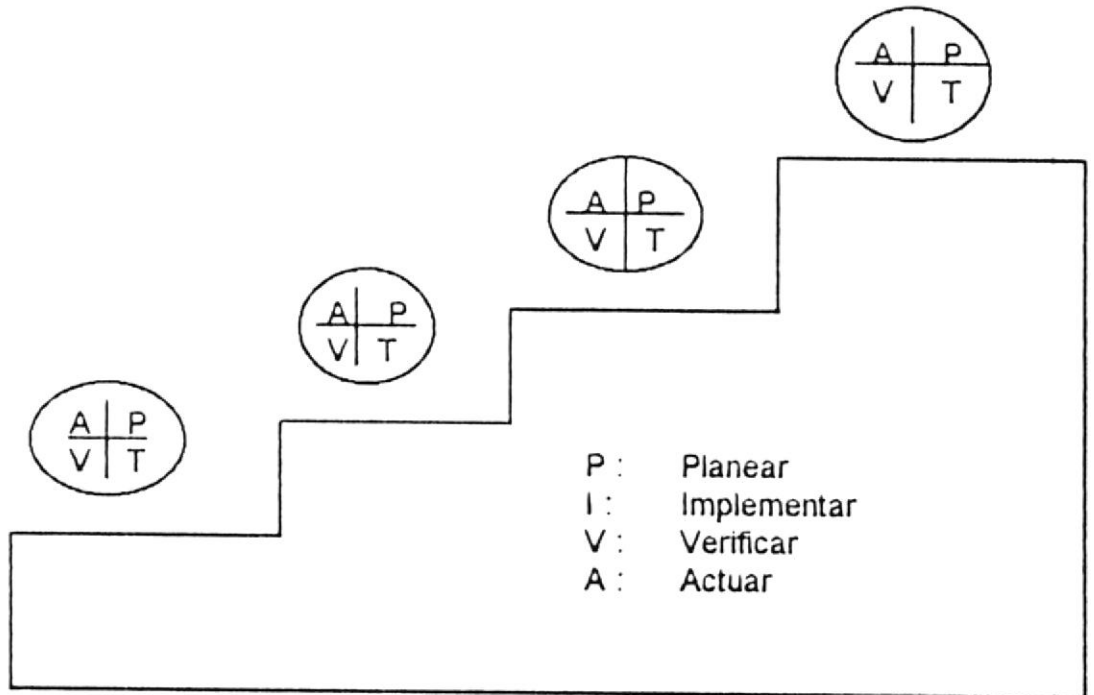
Utiliza la retroalimentación para mejorar y replantar con miras a satisfacer las necesidades de nuestro cliente. Actúa para normalizar el cambio o para comenzar el ciclo de mejoramiento nuevamente con nueva información.

El ciclo P.H.V.A representa trabajo en proceso más que en tareas o problemas específicos. Así, entonces, por su misma naturaleza, los procesos no pueden resolverse sino únicamente mejorarse, aunque al trabajar en los procesos ciertamente se resuelven algunos problemas. (38-54).

MODELO P.H.V.A DE LA CALIDAD A NIVEL DE UNIDADES



CICLO DE MEJORAMIENTO CONTINUO



Planear :

Que : Definición del problema por resolver

Por que : Identificación de causas

Cómo : Medidas para solucionarlo

Implementar : Hacer lo planeado.

Verificar : Confirmar los resultados.

Actuar : Estandarizar el resultado.



DIMENSIONES DE LA CALIDAD

La calidad es un conjunto integral y polifacético. Los expertos en calidad generalmente reconocen varias dimensiones que varían en importancia según el contexto en el cual tiene lugar un esfuerzo de garantía de la misma. Las autoridades pertinentes pueden encarar una o más variedades de dimensiones tales como :

- **Competencia Profesional** se refiere a la capacidad y al desempeño de las funciones de los grupos de salud, del personal administrativo y del personal de apoyo. La competencia profesional se relaciona con las pautas y normas para el ejercicio de la profesión y la relación en término de fiabilidad, precisión, confiabilidad y uniformidad. La competencia administrativa profesional exige idoneidad en supervisión, capacitación y solución de problemas.
- **Acceso a los servicios** implica la alimentación de las barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios de atención de salud. Comprende barreras de índole geográfica, con medios de transporte, la distancia, el tiempo de viaje y otra barrera física que impida al cliente a recibir atención , barreras de índole económico se refiere a la accesibilidad de los productos y servicios ofrecidos a los clientes. Barreras social y cultural se relaciona con la aceptabilidad de los servicios ofrecidos, teniendo en cuenta los valores culturales y actitudes locales. Barreras organizacional se refiere a las medidas de organización de los servicios, es conveniente para los clientes; la hora de atención, sistema de turnos, el tiempo de espera y la modalidad de la presentación del servicio. En una sociedad en que las personas no pueden viajar con facilidad a las instituciones prestadora de servicios de salud, la carencia de servicios en la comunidad o visitas domiciliarias de rutina puede crear un problema de acceso.

- **Satisfacción del cliente**, la satisfacción del usuario se refiere a la relación entre proveedores y clientes, entre administradores y proveedores de servicios de salud y entre el equipo de salud y la comunidad.

La buena relación interpersonal contribuyen a la eficacia de la asesoría prestada en materia de salud y al establecimiento de una buena relación general con los pacientes. Dicha relación son lo que producen confianza y credibilidad y se demuestran por medio del respeto, la confidencialidad, la cortesía, la comprensión.

La gerencia de la calidad total suministra una visión más amplia del cliente. Los clientes internos por ejemplo, son aquellos empleados que reciben el apoyo de otros empleados a la empresa (proveedores internos).

Esta sociedad interna o cadena de eventos de la calidad debe ser altamente eficiente y efectiva si en últimos términos se quiere satisfacer al cliente externo.

- **eficiencia**, la eficiencia de los servicios de salud es una dimensión importante de la calidad dado que los recursos de atención de salud generalmente limitados.

Los servicios eficientes son los que suministran atención más óptima al paciente y comunidad; es decir suministra el mayor beneficio dentro de los recursos con los que se cuentan. La eficiencia exige que los proveedores de salud eviten suministrar atención innecesaria o inapropiada y que la atención que se da como resultado de normas inefectivas se minimicen o se limiten.

Frenk, Ruelas y Donabedian propusieron la existencia de tres tipos de eficiencia en los servicios de salud :

Eficiencia clínica, se refiere a la producción de salud, se define como el grado en que el médico combina tiempo y secuencias diagnósticas y terapéuticas para lograr un incremento en la salud.

Eficiencia de producción de servicios.

Se refiere al diseño más adecuado del proceso de producción de servicios.

Eficiencia Gerencial.

Produce políticas y servicios de soportes.

- **Comodidades**, las comodidades se refieren a las características de los servicios de salud que no están directamente con la eficiencia clínica, pero que acrecientan la satisfacción del cliente y su deseo de volver al establecimiento para recibir atención médica en el futuro. Las comodidades son también importantes por que pueden influir en las expectativas que tienen al paciente y la confianza que siente con relación a otros aspectos del servicio o producto. Las comodidades se relacionan con el aspecto físico del establecimiento, el personal y los materiales así como con las comodidades físicas, la limpieza y la privacidad.

PASOS DEL MEJORAMIENTO CONTINUO

- Selección del problema.

A través del diagnóstico interactivo de los problemas de salud y los servicios trascendente. Se utiliza una matriz de priorización de problema en

grupo focales que conducirá a seleccionar un problema con criterio de los usuarios externo e internos.

Para aumentar la probabilidad de éxito y servir de catalizador al mejoramiento se seleccionará un problema muy vulnerable, importante para los usuarios.

- **Descripción del problema.**

Los indicadores son las herramientas básicas para realizar un diagnóstico, por lo tanto el equipo tiene que adquirir la capacidad necesaria para construirlo.

Se utilizaran los flujogramas para describir los procesos.

La información se analizará por medio de la descripción matemática (promedio y rango) y gráfica: el diagrama de tendencia, el histograma, los gráficos de barras y dispersión.

- **Análisis del problema.**

El diagrama causa efecto o espina de pescado, servirá sistematizar el análisis de los factores causales de los problemas prioritarios, con el fin de orientar el proceso de mejoramiento hacia el origen del problema.

Para orientar la acción y aumentar la factibilidad y probabilidad de éxito, se necesita realizar una selección de los factores causales más importante y vulnerable.

Esta selección se realizará en taller por medio del analisis de pareto y se completará con la observación.

- **Selección de estrategias de mejoramiento.**

Luego de haber seleccionando los factores causales más importantes se podrá formular de manera cualitativa los resultados esperados de mejoramiento del problema.

Para cada resultado esperado se formularán varias alternativas de solución. Estas serán generados por el análisis de campo de fuerza.

Para poder seleccionar las estrategias (o combinación de actividades para lograr un mismo objetivo) se necesita estudiar la factibilidad económica y la eficacia de las varias alternativas.

- **Cuantificación de metas y recursos.**

La programación por objetivos de la herramienta más ágil y sencilla, para operar las metas de las actividades propuestas. Cuantificar los recursos humanos, materiales y financiamientos necesarios.

Realizar la programación de manera descentralizada, con el equipo de salud responsable de la ejecución, es una herramienta potente de motivación del personal.

Esto se completará con la utilización del Diagrama de GANTT (cronograma) para programar el tiempo y las responsabilidades de los miembros del equipo.

- **Ejecucion de las acciones.**

Luego de ser programadas las acciones, deben ser ejecutadas.

Para garantizar la calidad de la ejecución se necesita supervisar las actividades y resolver los problemas.

- **Evaluación de las acciones.**

Al confrontar la programación con la realidad, será necesario monitorear constantemente el proceso y los resultados por medio de indicadores y herramientas gráficas.

En ésta fase, se utilizará el gráfico de control para construir los estándares de calidad.



CONAC - Consejo Nacional de Calidad

DIA GNOSTICO

DE LA

SITUACION

DESCRIPCION DEL SERVICIO DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL REGIONAL DEL IESS DR. TEODORO MALDONADO CARBO

Podríamos decir con ciertas bases y fundamentos que el Departamento de Pediatría de nuestro Hospital tuvo sus orígenes como una simple área médica en el edificio que ocupada la Clínica del Seguro Social ubicado en las calles Chile y Colombia (Esquina) local que actualmente lo ocupa el Dispensario # 31.

En la señalada clínica se ofrecía atención a las afiliadas embarazadas que concurrían a dicha Unidad Operativa de Salud para ser sometidas a trabajo de parto o cesárea como culminación de su estado de gestación.

Los neonatos luego de nacer se ubicaban junto a sus madres pero sin observar los parámetros básicos para estos casos todo lo cual dejaba mucho que desear

En aquella época no existía ningún Pediatra responsable directo sobre la observación, el control y la salud de estos niños recién nacidos, desde su nacimiento hasta el momento de ser dado de alta. La responsabilidad corría a cargo de los Residentes de la Clínica cuya mayoría desconocían la especialidad.

No se promocionaba en esa época la lactancia materna como alimentación fundamental y se hacía uso constante de las fórmulas lácteas alimentarias artificiales bajo la responsabilidad de las Obstétricas.

Con la fecha de Abril 4 de 1964, el Dr. ROBERTO DAVILA VILLEGAS fue designado por nombramiento, Médico del Dpto. Clínico General de la señalada Unidad Operativa de salud y en su calidad de Pediatra

especializado asumió la responsabilidad desde ese instante de los niños recién nacidos en la mencionada Clínica.

Con resistencia y dificultades se inició un proceso de trabajo, programación y organización de atención neonatal que culminó con la inauguración en el año de 1967 de una pequeña sala de Neonatología aprovechando la remodelación que se llevaba en efecto en ciertas áreas y zonas de la Clínica. Esto nos permitió diseñar una pequeña área con muros y amplios ventanales en sus paredes y una segmentación intensa de muros (infante) recién confeccionados, una pequeña oficina y una incubadora. El área fue debidamente iluminada y climatizada y logró conseguirse con esfuerzo una enfermera profesional y tres auxiliares de enfermería para los tres turnos de guardia a más de Pediatría responsable que adoptó la condición de jefe de sala.

Llegado el año de 1970 se produjo la inauguración del actual Hospital Regional del IESS "Dr. T.M.C", trasladándose todo el personal Médico Paramédico y de servicio que existía, al nuevo Nosocomio.

En esta nueva Unidad Operativa de salud se inicia una nueva etapa del actual Dpto. de Pediatría, proceso evolutivo que se fue cumpliendo en forma secuencia hasta la presente fecha.

Durante los 5 primeros años de la década 1970 - 1980, el área de Pediatría del Hospital carecía de ubicación y categoría administrativas. No se consideraba ni como servicio y obviamente ni como Departamento; como consecuencia y como solución al desfase, Pediatría paso a depender directamente de la sub dirección Médica de la época y para su trabajo contaba con un Pediatra con responsabilidad interna del jefe, un reducido número de enfermeras profesionales e igualmente de auxiliares de enfermería. No contaba con Residentes ni con secretaria, todo lo cual representaba una clara desventaja del área frente a otros sectores que si

poseían recursos humanos suficientes. El conserje laboraba muy cortas temporadas en virtud de que no pertenecía al personal de servicio del área.

En el año de 1975 el área Pediátrica es jerarquizada con nivel de servicio y así quedó figurando en el nuevo orgánico del Hospital.

En el mismo año se inician los Residentes Universitarios de post - grado y el servicio de Pediatría fue considerado como área base docente para desarrollar el 4º nivel de enseñanza de especialidades médicas. Por 1ra vez el servicio de Pediatría iba a contar con la presencia de tres Residentes con sus respectivas partidas presupuestarias con la calidad de post-grado.

Con este nuevo clima de trabajo desarrollado por el servicio de Pediatría comienza a adoptar perfiles de mayor calidad y de mejores expectativas. Los Residentes entre otras cosas tenían que cumplir con una nueva norma establecida que los obligaba a recibir a todos los niños que nacían en la sala de expulsión o en el quirófano de cesáreas durante las 24 horas del día. La señalada norma se mantiene vigente hasta la presente fecha.

Las Residencias Universitarias de post-grado de Pediatría se sucedieron en forma continua promocionados por los Organismos ofertadores de la época : El IESS y la Sociedad Protectora de la Infancia. Los Residentes tenían una etapa formativa de 3 años, produciéndose intercambio de Residentes entre las dos instituciones en base a diseños y acuerdos establecidos.

Se graduaron algunas promociones de post-graduistas en la especialidad de Pediatría obteniendo sus títulos universitarios con esta calidad. Esta etapa de presentación de recursos humanos como post-grado de Pediatría se extendió desde la media década final (1976-1980) continuando durante

casi toda década de 1980-1990 y en los actuales momentos la institución trata de rescatar el post-grado en Pediatría, trabajándose con empeño en ese sentido.

Las Unidades Operativas de salud donde se desarrollaron los cursos pediátricos de post-grado fueron : El Dpto. Pediatría del Hospital Regional del IESS y el Hospital del Niño "León Becerra" con todas sus instalaciones. En el primero, el curso de pediatría Neonatal y en el segundo, el curso de pediatría general médica y quirúrgica.

En el transcurso de los 27 años de vida de nuestro hospital los recursos humanos para nuestro departamento se han ido incrementado en forma progresiva y en estos momentos contamos con un excelente equipo de pediatras especializados; un plantel de magnificas enfermeras profesionales especializadas, la mayoría de ellas con títulos Licenciadas Residentes Asistenciales en número de seis (6) en etapa de formativa; auxiliares de enfermería, etc. recursos todos con gran experiencia.

En el año de 1980 el servicio de Pediatría fue jerarquizado a la categoría de Departamento, nivel que lo mantiene hasta el momento.

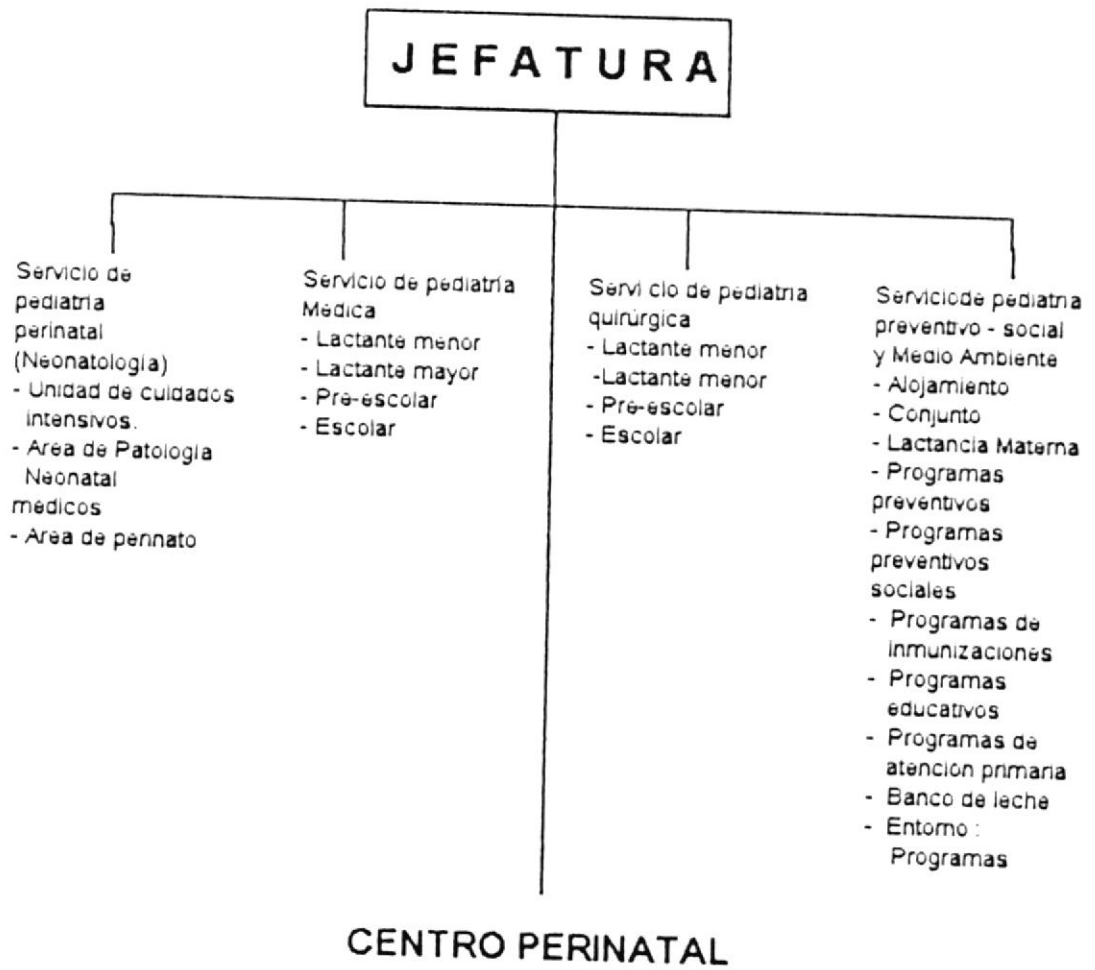
En el transcurso de los años 1984 a 1987 logró implementarse el área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, con equipos Bio-electrónicos de punta y en 1988 se completo la implementación de la señalada área incorporando respiradores mecánicos, logrando mejorarse los niveles de atención de los neonatos de altos riesgos.

La consulta externa viene funcionando desde años atrás, la cual es atendida directamente por los pediatras de planta de lunes a viernes por la mañana y por la tarde.

En el año de 1990 se inauguró el programa de alojamiento conjunto y lactancia materna el cual cuenta con director, pediatras tratantes, Residentes asistenciales rotativos, enfermera profesional y auxiliar. Los resultados del trabajo que se desarrolla en el señalado programa son positivos.

En los actuales momentos la jefatura del Dpto. de pediatría ha presentado un proyecto que diseña el nuevo departamento en el cual están considerados cuatro (4) servicios de pediatría perinatal (Neonatología); servicio de pediatría médica; servicio de pediatría quirúrgica y servicio de pediatría a preventivo social y medio ambiente figurando en esta forma en el Organigrama del proyecto. También se está considerando la presencia de un centro perinatal que también figura en el organigrama del proyecto.

ORGANIGRAMA DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA



DEPARTAMENTO GINECO - OBSTETRICO

El área de M.I. tuvo sus inicios en el edificio que ocupaba la clínica del Seguro Social ubicada en las calles Chile y Colombia (actualmente Dispensario 31) ofreciendo atención a las afiliadas embarazadas en control de embarazo, parto o cesárea, proporcionando la atención el Médico General.

El constante crecimiento de las necesidades de los afiliados obligó a las autoridades de la institución aumentar infraestructura hospitalarias, y es así que :

El 17 de Octubre de 1970 se inaugura el Hospital "Teodoro Maldonado Carbo", en esta nueva unidad operativa se inicia el nuevo servicio de G.O. en el segundo piso con capacidad de 40 camas, y con tres consultorios para la atención de Consulta Externa que eran atendido por los 3 médicos del área, turnándose para las guardias a pacientes hospitalizados, uno por semana.

En 1975 el servicio de Gineco Obstetricia, pasa a ser Departamento de Gineco Obstetricia

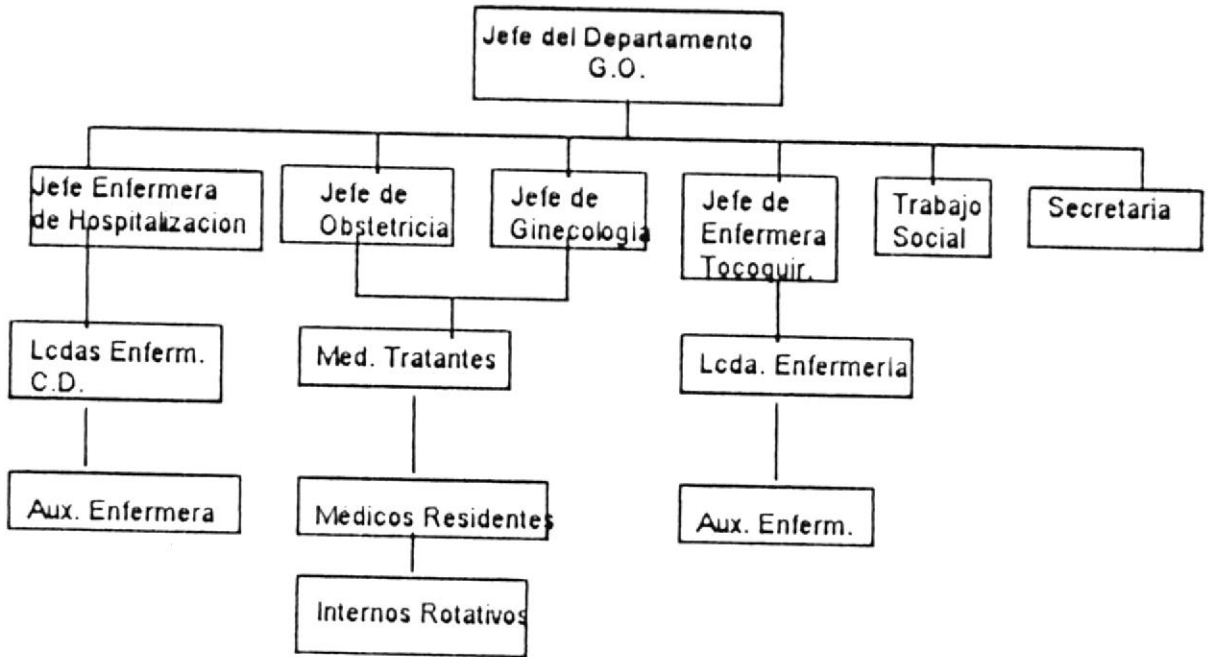
En el transcurso de los 27 años, nuestro departamento ha ido creciendo y desarrollando sus Recursos Humanos; pasando a ser de un Hospital Curativo a un Hospital Docente y de Investigación, con un equipo de salud especializado.

Con residentes en Medicina Perinatal, Residente de Gineco Obstetricia, Internos Rotativos, Personal Auxiliar Especializado, Licenciadas en Enfermería altamente profesionales, que brindan atención a pesar de sus limitaciones.

LOS SERVICIOS DE ATENCION QUE PRESTA EL DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA

- Planificación Familiar (anticoncepción post-parto)
- Atención a infertilidad y esterilidad
- Atención ginecológica con prevención y detección precoz del cáncer de cuello uterino y de mamas, y prevención de las enfermedades de transmisión sexual.
- Atención o trastorno de la Estática Pelvigenital y Menopausia.
- Control de embarazo mediano y de alto riesgo
- Diagnóstico invasivos y no invasivos ambulatorio amnioscopia, amniocentesis, histeroscopia, colposcopia, crioterapia, laparoscopia, diagnóstico. monitorización y ecosonografía
- Atención quirúrgica, cirugías laparoscópicas, cirugías tradicionales.

ORGANIGRAMA FUNCIONAL DEL AREA DE G.O.

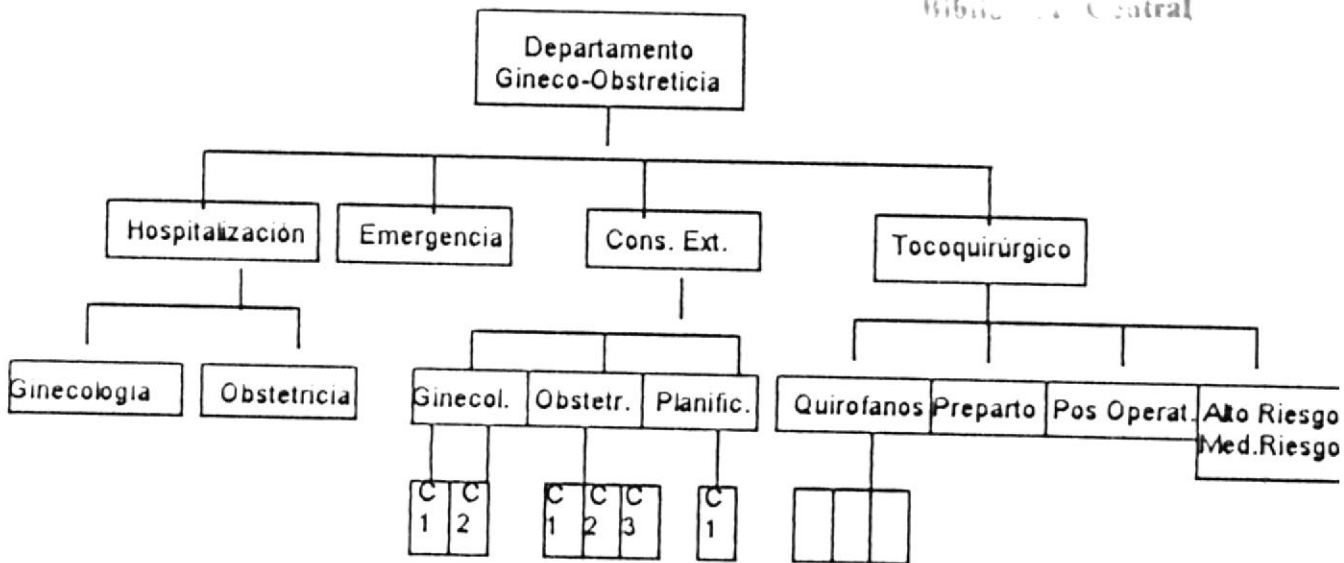


FUENTE : Elaborado por el grupo de Estudio



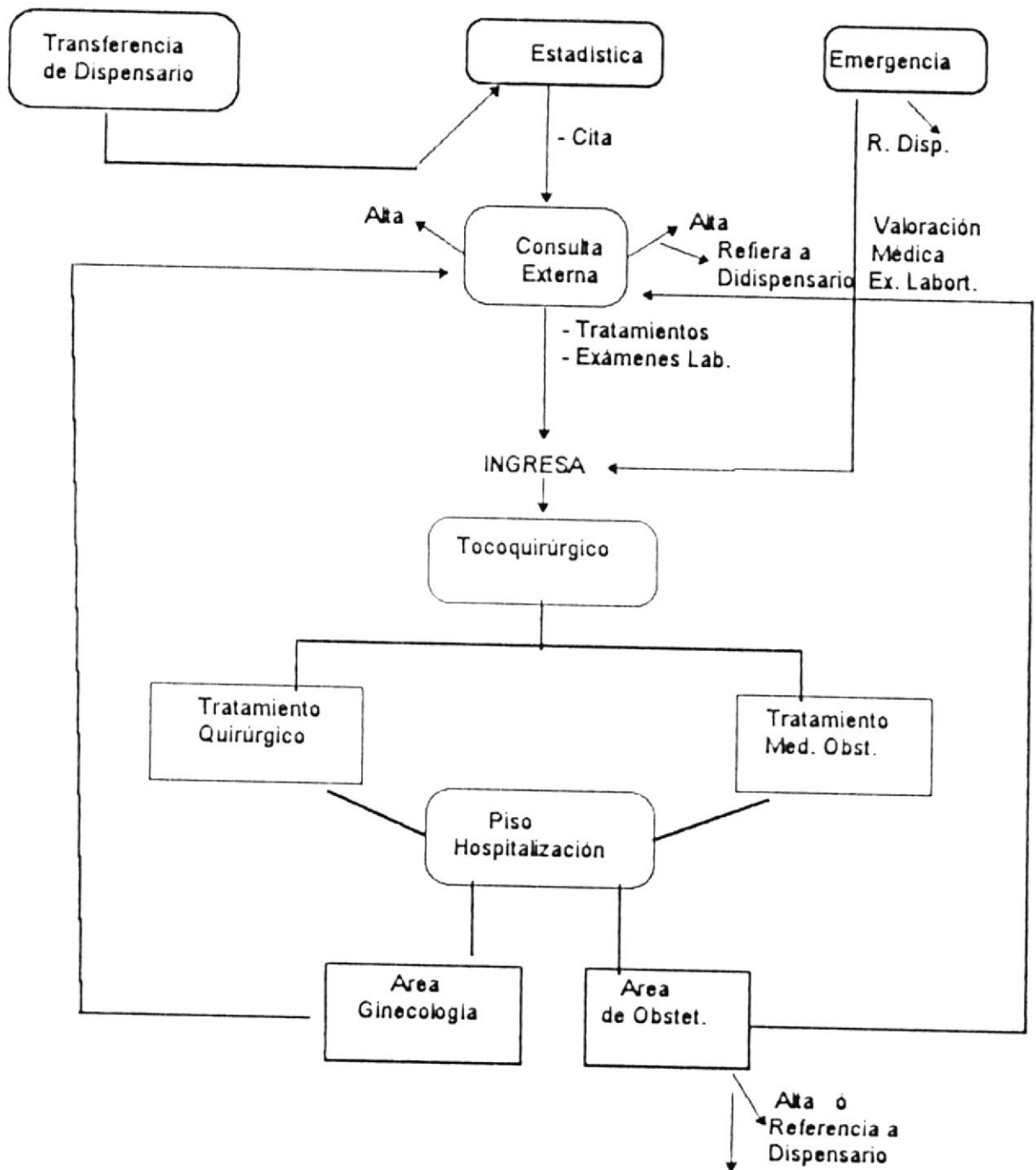
ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

Biblioteca Central



Elaboracion : Grupo Estudio.

**FLUJOGRAMA DE ATENCION AREA MATERNO INFANTIL
HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO**



Elaboración : Grupo de Estudio

RECURSO FINANCIEROS

El conocimiento de las variables contables - financieras y de la ley que las regula al interior de las entidades de salud, facilita a la administración y a sus ejecutivos, herramientas fundamentales cuando se trata de planear, dirigir, organizar, ejecutar y controlar las actividades de la institución, los proyectos especiales, las relaciones de crisis. El manejo acertado de los recursos financieros incrementa la posibilidad de que el mayor número de usuarios pueda recibir atención en salud.

El IESS se financia con los aportes que paga al patrono y corresponde al 11,15% del sueldo del trabajador más el aporte personal que corresponde al 9,5% del sueldo básico más las asignaciones estatales que corresponde al 40% de pensiones y aportaciones del afiliado voluntario. Aportaciones de las cuales el 6% se destina al área de salud, lo que es distribuida en forma equitativa a las nueve regionales, para ser distribuido a la áreas operativas que la conforman.

PRESUPUESTO CODIFICADO 1996 - REGIONAL 2 IESS.

Hospital Regional	129.090'492.000	=	66%
Otras Unidades	<u>30.561.383.000</u>	=	<u>34%</u>
Total	209.657'875.000	=	100%

FUENTE : Departamento de Programación de Evaluación Médica.

Del presupuesto designado al Hospital Regional, se asigna el presupuesto para los departamento o servicios, previo a la presentación de un programa de requerimiento de la unidad, el cual es revisado en la Subdirección Médica, pasando luego a la Dirección Regional donde es analizado y aprobado según sus perspectivas.

Análisis :

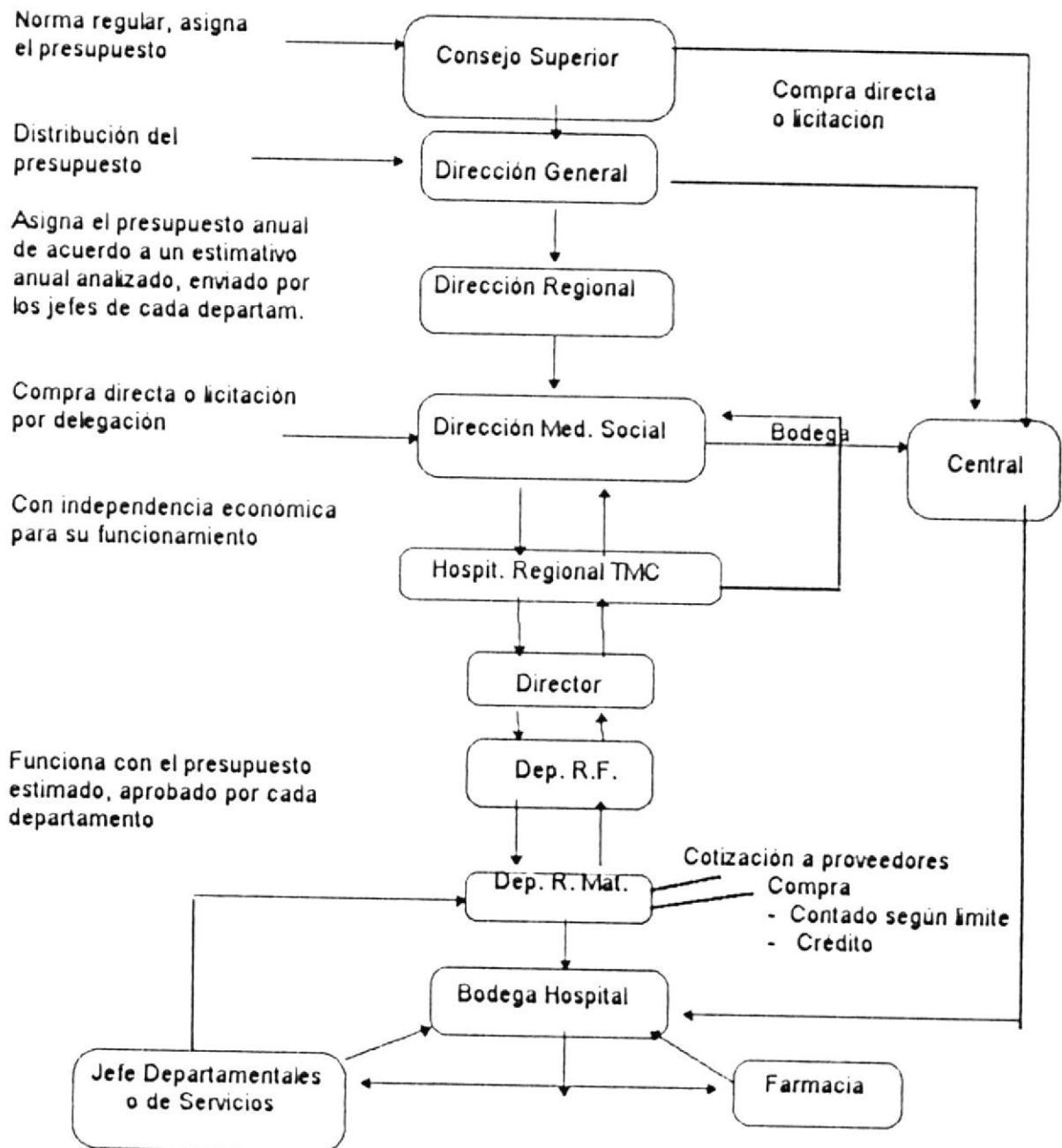
Al revisar la selección Financiera de HRSS, encontramos que corresponde a un sistema centralizada burocratizada al cual se le asigna un presupuesto sin tomar en cuenta las necesidades reales y los costo de la atención, trayendo consigo falta de medicina e insumos para la atención eficiente a sus usuarios.

RECURSOS MATERIALES.

Una de las funciones más importantes para la administración de las organizaciones prestadoras de servicios de salud es sin lugar a duda la función "logística", cuya actividad se centra en el planeamiento, administración, obtención, mantenimiento y entrega oportuna de los materiales, insumos, productos o servicios necesarios para la operación eficiente de las organizaciones, para proporcionar al cliente bienes o servicios de acuerdo a sus necesidades y requerimientos en forma eficiente.

Cuadro # 4

ORGANIGRAMA ADMINISTRATIVO DE ADQUISICIONES DE RECURSOS DE MATERIALES



Elaborado : Grupo de Estudio

La adquisición de los recursos materiales en el H. T. M. C. se pueden hacer por compras directas o por contratos a través de proveedores, si la cantidad lo permite; a nivel de la Dirección General o Dirección Regional, si el monto es mayor.

Los recursos que deben adquirirse en grandes cantidades, deberán hacerlo de acuerdo a la ley de contratación pública.

Las necesidades de los recursos son definidas por los jefes departamentales a través de un estimativo de materiales anual, para contar con la disponibilidad de los mismos en forma oportuna. El estimativo presupuestario de materiales anual se remite al Departamento de Programación - Ejecución - Control y Evaluación Presupuestaria, donde es analizado y aprobado según sus percepciones.

Analisis :

Bibliografía Central

El sistema de adquisición de insumos y medicamentos corresponde a un sistema burocratizado y necesidades que se presentan poco eficiente, no existe en bodega rotación de inventario (utilizan kardex) con deficiente información de consumo y de ingresos, los inventarios son esporádicos, con falta de conocimiento técnico y administrativo en el manejo de materiales y medicamentos, lo que hace que se desperdicien o se pierdan, reflejándose en la inexistencia o poca existencia de estos, dando como resultado una atención de salud poco satisfactoria para el usuario, tanto interno como externo.

RECURSOS HUMANOS

Análisis de los Recursos Humanos del Area de Ginecología - Obtetricia

El personal del área de Gineco Obtetricia y está constituida por profesionales, los que deben cumplir las funciones asignadas con responsabilidad, eficiencia y calidez de acuerdo a las normas, procedimientos y reglamentos establecidos internamente, colaborando al cuidado y buena utilización y manejo de los equipos, instrumentos y materiales a su cargo.

CUADRO #5

Tipo de Personal que labora en el Area de
Gineco - Obstetricia

Tipo de Personal	Total	%
Jefe Departamento	1	0.8
Jefe área (Médico Tratante)	2	1.6
Médicos Tratantes	16	13.2
Med. Que prestan servicio administrativo	2	1.6
Medico Contratados	3	2.5
Medico Residentes	26	21.5
Medico. Resid. Contratado	4	3.3
Tec. Médico Anestesiólogo	2	1.6
Enfermera Jefe	2	1.6
Enf. C. Directo	6	4.9
Auxiliar Enfermera	43	35.5
Secretaria	2	1.6
Trabajador Social	2	1.6
Servicios Varios	10	8.3
	121	100.0

Fuente: Departamento personal.

Cuadro # 6

Distribución del Personal por Area

Personal	Areas			Total
	Consulta Externa.	Hospitalización	T. Quirúrgico	
Medico Tratante				17
Medico Residente				
Enfermera		7	18	25
Aux. Enfermeria	5	13	25	43
Servicios Varios	1	1	8	10

Fuente: Departamento de personal.

- Norma legal que ocupará al personal que labora en el área de Gineco Obstetricia.
 - Ley de Servicio Civil (Médicos, Enfermeras, Técnicos médicos, Personal administrativo).
 - Código de Trabajo (Personal de servicio).

- Selección del personal.

La fuente de selección del personal está en la eficiencia de RR. HH. de la dirección RR. HH. de la Dirección Reg. 2 IESS; pero en la realidad el personal seleccionado por necesidades o intereses y luego pasan hacer reemplazado para luego hacer los tramites respectivos en el Departamento de RR. HH.

El personal profesional está sujeto a concurso.

- Evaluación del rendimiento.
 - En el área de G. O. no hay evaluación periódica del personal, ni promoción de carreras.
 - Sólo el personal profesional asciende por concurso.
- Comunicación interna.
 - Información general para todo el personal del hospital a través de boletines, memorandum, expuestos en franelografos.
 - Medios de Comunicación
 - . Personal, individual, por grupos de profesionales.
 - . No integrado, No periodicas
 - . Apertura al dialogo a cualquier nivel del personal

ACTIVIDADES DE LOS DEPARTAMENTOS DE
GINECO - OBSTETRICIA Y PEDIATRIA.

Servicio	Obstetricia	Ginecologia	Pediatría	Hospital.
USUARIOS.				
Usuario / hospital.				179.655
año 96				28.038
Egresos hospitalarios	4.384	92.3	317	17.767
TIPOS DE AFILIACION :				
Activos	4.171	794		13.046
Jubilado	1	16		2.083
S.S.C.	183	73	38	1.519
Otros	29	40	279	1.119
INTERVEV. QUIRURGICAS.	2.007	551	.....	11.777
Interven. Hospit.				8'645
Interven Emerg.	.....	.....	.....	3.132
Anestesia General	106	69	.....	5.148
Anast. Conductiva	334	141	.....	4.167
Anast. Local	6	42	.....	741
Otras.	87	25	.....	1.226
TOTAL	533	227		1.282
CONSULTA EXTERNA	12.479	9.319	3.715	175.940
Porcentaje hora				
Consulta Exter.	9.0	3.9	2.5	
Alta	4.380	917	289	7.180
Defunciones	4	6	28	294
# Medicos	17		10	162
# Camas	52		51	424
# Trabajadores	215		210	1.733
Hras Medicos.	17.952		10.560	51.077
Rendimiento Hora Medico				1,2.

PARTOS	3.255			
Normales	1.260			
Cesárias	1.995			
Nacidos Vivos	3.256			
Nacidos Muertos	13			
TOTAL NIÑOS	3.256			
Gemelos 7 Partos	14			
Días y Estadías	12.966	4.122	2.813	142.877
Días Camas Disp.	11.601	7.328	1.830	155.004
Promedio Expreso				
Diario	12	2,5	0,9	48,5
Promedio Días				
Estadia	3,0	4,6	10,0	8,0
% Camas Disp.	32	20	5	423,5
% Ocupación				
Cama	111,8	57,5	11.153,7	92,2
% Morta. Hospi	0,1	0,7	10	3,3
GIRO CAMAS				42,0
A.T Emergencia				73.281
Peatas disp. Farmaco				955.623
# Quirófano	.....	.....	.....	4
Costo RR.HH.	.....	.....	.....	.....
Pres. Codificado / 96				129.096'492.000
Pers. EJECUTADO				107.441.019.701



Hospital General Central

INDICADORES DE GESTION DEL SERVICIO
MATERNO INFANTIL DEL HOSPITAL
TODORO MALDONADO CARBO.

DEMANDA

PORCENTAJE DE USUARIOS HOSPITALIZADOS :

GINECO - OBSTETRICIA.

$$\frac{\text{Hospitalarios G. O en H. T. M. C.}}{\text{Total Hospitalizado en H. T. M. C.}} = \frac{5.307}{28.038} \times 100 = 18.9 \quad 20\%$$

Interpretación : 20 de cada 100 usuarios hospitalizados corresponden a G. O.

PEDIATRIA

$$\frac{\text{Hospitalizados pediátricos en H. T. M. C.}}{\text{Total Hospitalizados}} = \frac{317}{28.038} \times 100 = 1\%$$

Interpretación : 1 de cada 100 pacientes hospitalizados corresponden a pediatría.

PORCENTAJE DE USUARIOS DE CONSULTA EXTERNA.

GINECO OBSTETRICIA.

$$\frac{\text{Usuarios Con. Ext. G. O}}{\text{Total Usuarios Con. Ext.}} = \frac{21.798}{175.940} \times 100 = 121.38\%$$

PEDIATRIA.

$$\frac{\text{Usuarios Con. Ext. Pediatría}}{\text{Total Usuarios Con. Ext.}} = \frac{3.715}{175.940} \times 1000 = 2\%$$

Interpretación : 2 de cada 100 pacientes que acuden a la consulta externa son pediátricos.

PORCENTAJE DE AFILIADOS ACTIVOS Y S. S. C.

GINECO OBSTETRICIA.

$$\frac{\text{Afiliados activos hospitalizados en G. O.}}{\text{Total afiliados hospitalizados en G. O.}} = \frac{4.965}{5.307} \times 100 = 93.55 \quad 94\%$$

$$\frac{\text{Afiliados S. S. C. hospitalizados en G. O.}}{\text{Total hospitalizados en G. O.}} = \frac{256}{5.307} \times 100 = 4.8 \quad 5\%$$

Interpretación : 94 de cada 100 hospitalizados en G. O. son afiliados activos, mientras 5 de cada 100 corresponde a S. S. C. y el 1% restante a otros tipos de afiliación.

PEDIATRIA.

$$\frac{\# \text{ de niños S. S. C. hospitalizados en pediatria}}{\text{Total de hospitalización en pediatria}} = \frac{38}{317} \times 100 = 11.98 = 12\%$$

Interpretación : 12 de cada 100 niños hospitalizados en pediatria corresponde a S. S. C. y 88 a otros que corresponde a hijos de afiliados activos y voluntarios.

PORCENTAJE DE MORTALIDAD.

GINECO - OBSTETRICIA.

$$\frac{\# \text{ de defunciones en G. C. en H. T. M. C.}}{\text{Total defunciones en H. T. M. C.}} = \frac{10}{294} \times 100 = 3.4\%$$

PEDIATRIA.

$$\frac{\# \text{ de defunciones en pediatria en H. T. M. C.}}{\text{Total defunciones en H. T. M. C.}} = \frac{28}{294} \times 100 = 95\%$$

Interpretación : 3 de cada 100 defunciones hospitalarias son G. O. y 10 de cada 100 son pediátricas.

OFERTA.

ORGANIZACION FUNCIONAL

GINECO - OBSTETRICIA.

$$\frac{\# \text{ Medicos servicios G. O.}}{\text{Total Medicos H. T. M. C.}} = \frac{17}{162} \times 100 = 10.4\%$$

PEDIATRIA.

$$\frac{\# \text{ Médico servicio Pediatrico}}{\text{Total Medicos H. T. M. C.}} = \frac{10}{162} \times 100 = 6\%$$

Interpretación : 10 de cada 100 Medicos H.T. M. C. son de G. O. y 6 de cada 100 son de Pediatría.

RECURSOS HUMANOS.

GINECO - OBSTETRICIA.

$$\frac{\# \text{ Horas Controladas Medicos G. O.}}{\text{Total horas Medicos H. T. M. C.}} = \frac{1.496}{14.256} \times 100 = 10.49\%$$

PEDIATRIA.

$$\frac{\# \text{ Horas controladas Medicos Pediatrica}}{\text{Total horas Medicos H. T. M. C.}} = \frac{880}{14.256} \times 100 = 6\%$$

Interpretación : 10 de cada 100 horas Medicos contratados son de G. O. y 6 de cada 100 son de Pediatría.

RECURSOS FISICOS.

$$\frac{\# \text{ de camas G. O.}}{\text{Total usuarios G.O.}} = \frac{52}{5.307} \times 100 = 1\%$$

Interpretación : En G. O. hay una cama para cada 100 usuarios por año.

PEDIATRIA.

$$\frac{\# \text{ de camas Pediatricas}}{\text{Total usuarios en Pediatría}} = \frac{51}{3.715} \times 100 = 1.3\%$$

Interpretación : En pediatría en el H. T. M. C. se dispone de una cama por cada 100 usuarios que utilizan el servicio hospitalario.

GINECO - OBSTETRICIA % DE CAMAS.

GINECO - OBSTETRICIA.

$$\frac{\# \text{ de camas G.O.}}{\text{Total de camas Hosp}} = \frac{52}{424} \times 100 = 12\%$$

Interpretación : 12 de cada 100 camas hospitalarias son del servicio de G. O correspondiendo igual cifra para pediatría.

RECURSOS FINANCIEROS.

$$\frac{\text{Presupuesto RR. HH de G. O.}}{\text{Presupuesto RR.HH Hosp.}} = \dots \times 100$$

$$\frac{\text{Presupuesto RR. HH de Pediatría}}{\text{Presupuesto RR.HH Hosp.}} = \dots \times 100$$

$$\frac{\text{Presupuesto Codificado G. O.}}{\text{Presupuesto Codificado Hosp.}} = \dots \times 100$$

129.096'492.000

$$\frac{\text{Presupuesto Codificado Pediatría}}{\text{Presupuesto Codificado Hosp.}} = \dots \times 100$$

129.096'492.000

ORGANIZACION ESTRUCTURAL.

$$\frac{\# \text{ de usuarios G. O.}}{\# \text{ de Medicos G.O.}} = \frac{5.307}{17} = 312,1$$

$$\frac{\# \text{ de usuarios Pediatricos}}{\# \text{ de Medicos Pediatricos}} = \frac{3.715}{10} = 371.5$$

Interpretación : En G.O. 312 usuarios son atendidos por un Médico en el año. En el servicio de Pediatría 371 usuarios son atendidos por un facultativo al año.

CONSULTORIOS

$$\frac{\# \text{ de consultorios G.O.}}{\text{Total usuarios G.O.}} = 5$$

$$\frac{\# \text{ de consultorio Pediatricos}}{\text{Total usuarios Pediatricos}} = 1$$

Interpretación : ?

QUIROFANO

$$\frac{\# \text{ de quirófanos}}{\text{Total usuarios G.O.}} = 3$$

PROCESO.

Tipos de parto.

$$\frac{\# \text{ de partos normales}}{\text{Total de partos}} \times 100 = \frac{1.260}{3.255} \times 100 = 38.7\% \quad 39$$

$$\frac{\# \text{ de partos por cesárea}}{\text{Total de partos}} \times 100 = \frac{1.995}{3.255} \times 100 = 61\%$$

ABORTOS.

$$\frac{\# \text{ de abortos}}{\text{Total de embarazos controlados}} = \frac{333}{3.588} \times 100 = 9\%$$

Interpretación : 61 de cada 100 partos son cesáreas y 39 normales 9 de cada 10 embarazos controlados en el H.T. M. C. terminan en abortos.

PRODUCTIVIDAD

$$\frac{\text{Horas Médicos G.O. Controlados}}{\# \text{ de consultas G.O.}} = \frac{17.952}{5.307} = 3.3$$

$$\frac{\text{Horas Médicos Pediatricos contratados}}{\# \text{ de consultas pediaticas en H. T. M. C.}} = \frac{10.560}{3.715} = 2.8$$

Interpretación : En Gineco Obstetricia cada Médico atiende 3.3 pacientes por hora. En pediatría cada Médico atiende 2.8 pacientes por hora.

$$\frac{\text{Cirugías G. O.}}{\text{Total Cirugías Hosp}} \times 100 = \frac{810}{11.289} \times 100 = 7.2\%$$

Interpretación : 7 de cada 100 cirugías que se realizan en el H. T. M. C. son de G.O.

TIPOS DE ANESTESIA EN LA CIRUGIA.

$$\frac{\# \text{ de cirugías G. O. realizadas con anestesia general}}{\text{Total de cirugías G.O.}} = \frac{175}{810} \times 100 = 21\%$$

$$\frac{\# \text{ de cirugías G. O. con anestesia conductiva}}{\text{Total Cirugías G.O.}} = \frac{475}{810} \times 100 = 59\%$$

$$\frac{\# \text{ de cirugías G.O con anestesia local}}{\text{Total Cirugías G.O.}} = \frac{48}{810} \times 100 = 6\%$$

$$\frac{\# \text{ de otras Cirugías}}{\text{Total Cirugías G.O.}} = \frac{112}{810} \times 100 = 14\%$$

Interpretación : Delas cirugías realizadas en el servicio G.O el 21% se realizan con anestesia general, el 59% con conductiva el 6% con local t el 14% con otros tipos de anestias.

PERSONAL HOSPITALARIO POR CAMA.

$$\frac{\# \text{ de personal que labora en servicio hospitalario G.O.}}{\# \text{ de camas}} = \frac{215}{52} \text{ 4 \# de personal por cama}$$

$$\frac{\# \text{ de personal que labora servicio hospitalario pediátrico}}{\# \text{ de camas}} = \frac{210}{51} \text{ 4 \# de personal por cama}$$

Interpretación : en el área de hospitalización de G.O. hay 4 personas para la atención de cada cama igual que en el área de pediatría.

RECURSOS ECONOMICOS.

$$\frac{\text{Presupuesto G.O ejecutado}}{\text{Presupuesto Hospitalario ejecutado}} \times 100 = \frac{600.016.508}{170.252839.621} \times 100 = 0.35\%$$

$$\frac{\text{Presupuesto Pediátrico ejecutado}}{\text{Presupuesto Hospitalario ejecutado}} \times 100 = \frac{361.288.800}{170.252.839.621} \times 100 = 0.21\%$$

Interpretación : El departamento G.O funciona con 0.35% del presupuesto hospitalario del año 96. El servicio de pediatría funciona con el 0.21 hospitalario del año 96.

RESULTADO

$$\frac{\text{Total Cirugías realizadas}}{\text{Total personas atendidas}} = \frac{2.007}{4.384} \times 100 = 46\%$$

$$\frac{\text{Total Cirugías realizadas en ginecología}}{\text{Total personas atendidas en ginecología}} = \frac{551}{923} \times 100 = 60\%$$

$$\frac{\text{Total pacientes pediátricos de hospitalizar}}{\text{Total pacientes pediátricos atendidos}} = \frac{317}{3.715} \times 100 = 9\%$$

Interpretación : 46 de cada 100 pacientes que consultan en obstetricia son sometidos a cirugia. 60 de cada 100 pacientes que acuden a ginecología se someten a cirugia. 9 de cada 100 pacientes niños atendidos en pediatría son Hospitalizados.

PARTOS POR CIRUGIAS.

$$\frac{\# \text{ de partos por cesárea}}{\text{Total partos}} = \frac{1.995}{3.255} \times 100 = 61\%$$

Interpretación : En el servicio de obstetricia el 61% de los partos tienen resolución quirúrgica, lo que define que apenas el 39% son normales.....???

Cuadro # 7

IMPACTO		
	1.995	1.996
Usuarios hospitalizados	25.518	28.038
Egresos hospitalizados	16.633	17.767
Cirugías hospitalizadas	12.138	11.777
Consulta Externas hospitalarias	153.396	175.940
Ocupación cama hospít.	89.5	92.2
Promedio estancias	8.3	8
Giro camas	39.4	212
Mortalidad hospitalaria	3.4	3.3
Mortalidad gineco obst.	3.5	3.4
Mort. Pediátricas		9.5
Partos cesáreas		61%
Partos normales		39%
Cirugías G.O.		7% de las cirugías Hospitalarias

FUENTE : Triptico del IESS

Cuadro # 8

Porcentaje de pacientes encuestados en relación al tiempo de espera en C.E.

Horas	Total de pacientes	%
Menos de 1 h.	44	29.3
1 h.	42	28.0
Mas de 1 h.	64	42.7
Total	150	100.0

Cuadro # 9

Tiempo de Consulta

Tiempo	Total de pacientes	%
5 minutos	22	14.7
10 minutos	44	29.3
15 minutos.	84	56.0
Total	150	100.0

FUENTE : Encuestas realizadas

ELABORACION: Grupo de Estudio

Los Cuadros # 8 y 9 nos demuestran que el Usuario Externo tiene que esperar más de una hora para recibir la atención, pero es compensado por un tiempo razonable de atención de 15'.

Cuadro # 10

Trato Descortés

Personal	#	%
Médico	9	6.0
Lcda. Enfermería	9	6.0
Aux. Enfermera	10	6.7
Conserje	9	6.0
Otros	10	6.7
No contestaron	103	68.6
Total	150	100.0

FUENTE : Encuestas realizadas

El cuadro # 10 nos demuestra que en determinado momento el U está expuesto a recibir cierto grado de descortesía po parte del equipo de salud.

Cuadro # 11

**Más orientación al usuario
sobre su enfermedad**

Personal	# de pacientes	%	Constetación	#	%
Médico	96	70.6	Si	100	66.7
Enfermera	19	14.0	No	14	9.3
Auxiliar	15	11.0	A veces	36	24.0
Otros	6	4.4			
Total	136	100.		150	100.0

FUENTE : Encuestas realizadas

Cuadro # 12

Ambiente del área Materno Infantil según percepción del Usuario Externo

Ambiente	#	%
Adecuado	18	12.0
No adecuado	132	88.0
Total	150	100.0

FUENTE : Observación directas de las encuestas

Cuadro # 13

Receta despachadas al Usuario Externo

Recetas	#	%
Todas	35	23.3
Algunas	61	40.7
Ninguno	54	36.0
Total	150	100.0

FUENTE : Encuestas realizadas

Cuadro # 14

Personal encuestado

Tipo personal	#	%
- Médico	22	33.3
- Enfermera	15	22.7
- Aux. enfermería	25	37.8
- Otros	4	6.0
TOTAL	66	100.0

Elaboración : Grupo de Estudio

Cuadro # 15

Conocimiento del orgánico por el personal del área

Tipo Personal	Resultados		Resp. Total	SI	%	No	%
	Si	No					
- Medico	20	2	53	77.9	15	22.1	
- Enfermera	12	3					
- Aux. enfermería	20	5					
- Otros	1	3					
	53	15					

FUENTE : Observación Directa
Encuesta

ELABORACION : Grupo de Estudio

OBSERVACION : De 62 encuestados, el 53% tiene conocimiento del organico del area

Cuadro # 16

Reuniones entre Jefe y Subaltemos

Tipo	SI Hay	No Hay	A veces	%
- Medico	22			33.3
- Enfermera		12	3	22.7
- Aux. enfermería		21	4	37.9
- Otros		4		6.1
Total	22	37	7	100.0

ELABORACION : Grupo de Estudio

OBSERVACION : De 62 encuestados, el 100% médicos se reúne con sus jefes para solucionar los problemas, no así, el personal de enfermería, que poco se reúne

Cuadro # 17

Reconocimiento y Estimulo de sus labores

Personal	SI Hay	No Hay	A veces
- Médico		19	3
- Enfermera		15	
- Aux. enfermería		20	5
- Otros		4	

ELABORACION : Grupo de Estudio

OBSERVACION : El personal no está satisfecho por que no se le reconoce o estimula por el trabajo que realiza.

Cuadro # 18

Personal que recibe educación continua

Personal	Si	No	Rara vez	Hay
- Médico	22			
- Enfermera	3	8	3	
- Aux. enfermería		22	3	
- Otros				
TOTAL	25	30	6	

FUENTE : Grupo de Estudio

OBSERVACION : De las encuestas realizadas determinamos el 100% del personal medico recibe educación continua, no así, el personal de enfermeras, auxiliar de , enfermería y otros que no reciben o esporadicamente reciben

Cuadro # 19

Ambiente de Trabajo

Respuesta	#
Confortable	7
No Confortable	59
Total	66

FUENTE : Grupo de Estudio

OBSERVACION : El personal que labora en el área, no está conforme con las condiciones físicas del area, por se pequeña, calurosa, poco comoda., etc.

PROPUESTA

DE

MEJORAMIENTO

INTRODUCCION

Lograr calidad en los servicios e indudablemente una labor compleja, las razones son muchas, pues los servicios son intangibles, se consumen en el momento en que se prestan y son los usuarios o clientes quienes determinan su calidad.

La calidad ante todo es una estrategia que busca a largo plazo el crecimiento, la rentabilidad de las organizaciones, la satisfacción del usuario y la utilización óptima de los recursos. Para alcanzar la calidad en una organización es necesario poner en práctica un proceso de mejoramiento continuo, gerenciando la organización, orientando para asegurar la satisfacción de los clientes externo (la razón de ser de la institución) e internos mediante la participación activa y el continuo desarrollo del personal, bajo el liderazgo y compromiso gerencial, para el mejoramiento permanente del ambiente de trabajo de los productos, servicios y procesos operativos.

Durante la presente década en el sector salud, hay interese de mejorar la calidad en la prestación de servicios para lograr esto ese necesario trabajar con un plan estratégico que integre a una organización en sus objetivos, políticas y acciones, que la ayude a organizar sus recursos a capitalizar desde su fortaleza y mitigar sus debilidades a explotar las oportunidades generadas por el medio a anticiparse a las amenazas, desempeñando todos y cada uno un papel prominente en la búsqueda de resultados exitosos.



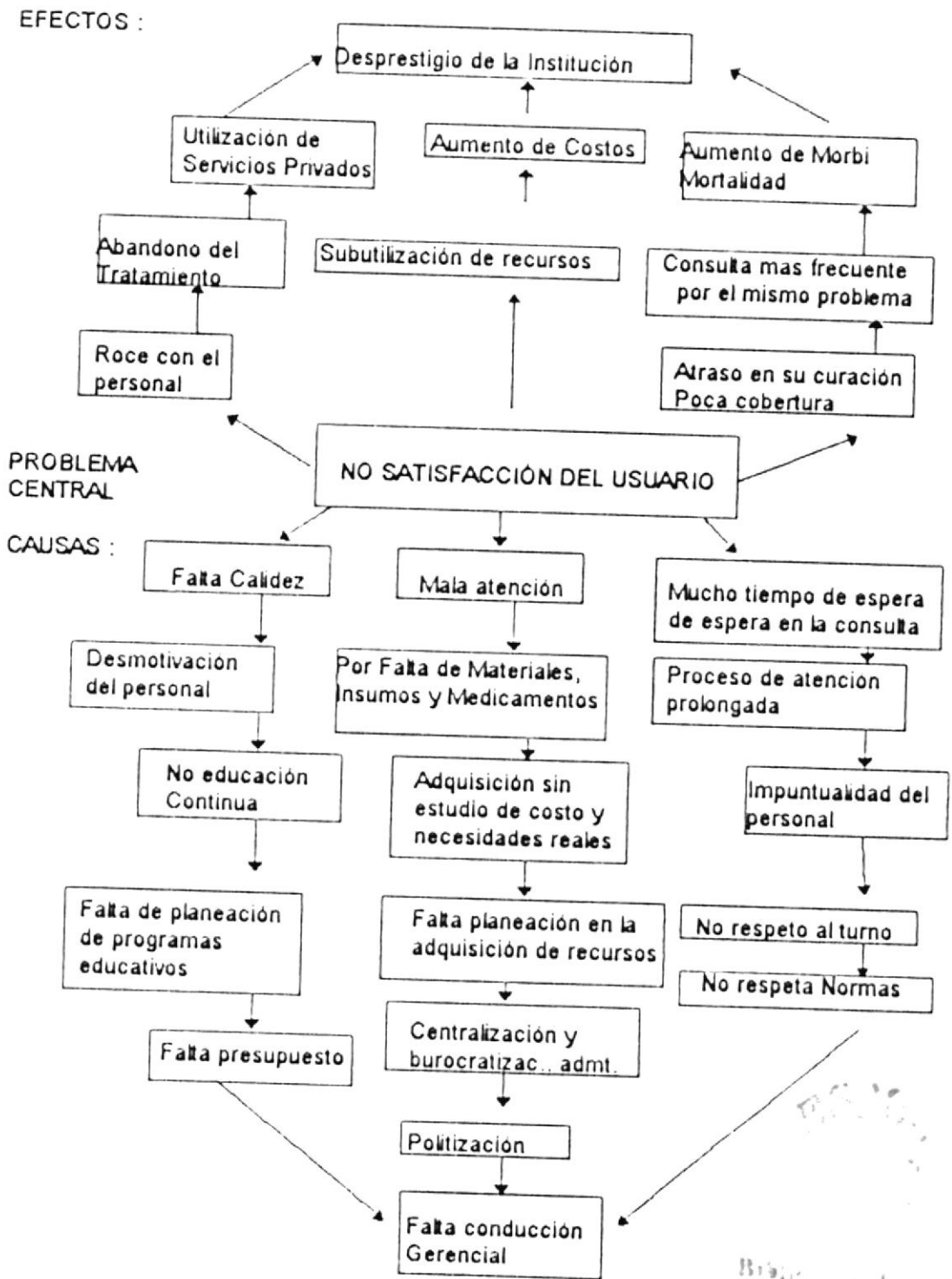
HOSPITAL GENERAL DE SAN JOSÉ

SELECCION DEL PROBLEMA PRIORITARIO

Un problema es una diferencia entre un "debe ser" y el "es", situación no deseada que impide la satisfacción de las necesidades del usuario, el bienestar de una persona y la comunidad.

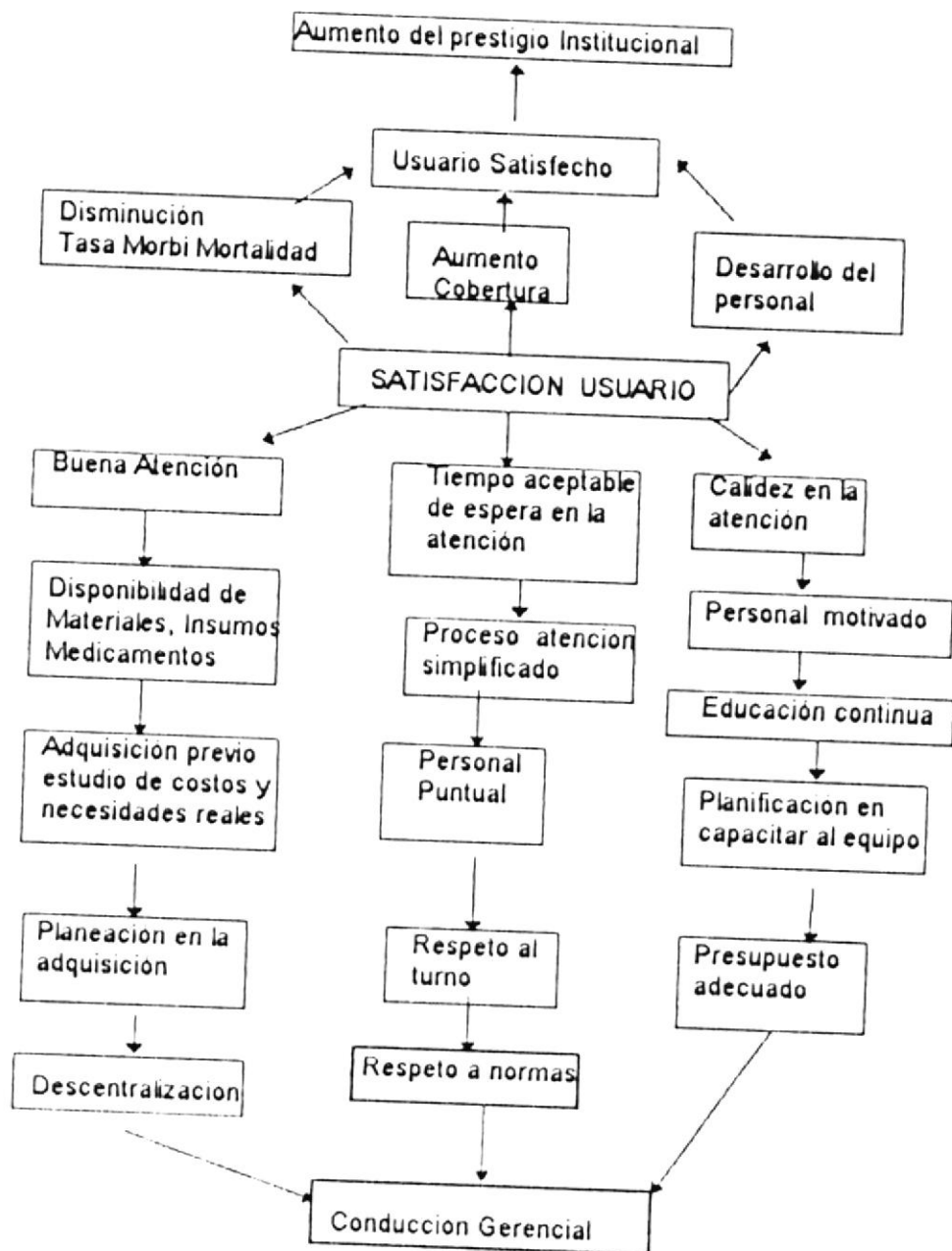
Las estrategias de mejoramiento de la calidad de los servicios considera la resolución progresiva de los problemas seleccionados por orden de prioridad. A continuación presentamos el problema fundamental sus causas y efectos a través de "un árbol de problemas"

ARBOL DEL PROBLEMA



Una vez identificado el problema principal a través de un "árbol de problemas" convertiremos en árbol de objetivos que nos ayudará a jerarquizar los problemas y nos orientará hacia donde accionar nuestras soluciones.

ARBOL OBJETIVO



FODA DE LA UNIDAD

Fortalezas

1. Presupuesto disponible de acuerdo necesidades.
2. Equipo de salud predispuesto al cambio con mística para el trabajo
3. Cumplimiento de normas
4. Educación médica
5. Experiencias técnicas
6. Tecnología moderna.

Debilidades

- 1 Imagen deteriorada.
- 2 Falta control gerencial y evaluación de gestión.
- 3 Falta de motivación, integración y compromiso del equipo de salud. Falta de información de lo que se produce.
- 4 Falta de responsabilidad del equipo de trabajo.
- 5 Escasos programas educativo al personal paramédico.
- 6 Ausencia de planificación. No evaluación del desempeño del equipo.

Oportunidades

1. Incremento del PIB
2. Estabilidad política
3. Inversiones del capital.
4. Afiliación obligatoria.
5. Presupuesto del estado

Amenazas

1. Política Privatizadora
2. Presupuesto reducido.
3. Competencia del mercado
4. Aumentode enfermedades degenerativas, propias de países en desarrollo.
- 5 Incremento del costo de medicina e insumo.

MISION.

La misión del departamento Materno infantil es ser siempre los mejores en prestar servicios de salud integrado a la mujer ecuatoriana afiliada, jubilada y beneficiaria de Montepío con medidas de fomento promoción de salud, prevención de enfermedades y atención medica con calidad, a través del desarrollo de sus recursos, la investigación científica y el mejoramiento continuo de sus procesos.

VISION.

Alcanzar la excelencia en prestación de servicios con capacidad creativa, científica, administrativa, tecnología adecuada y desarrollo profesional del equipo de salud que nos permita prestar atención con calidad a bajo costo y aumentar la cobertura.

OBJETIVO GENERAL.

Mejorar la calidad para mejorar la calidad de atención para fomentar la satisfacción del usuario externo e interno en el área Gineco-Obt del H.T.M.C.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Concientizar, motivar e integrar al equipo de salud para lograr elevar la calidad de la atención a los usuarios.
- Promover el desarrollo del personal que labora en el área para favorecer al desempeño adecuado de sus funciones.
- Mejorar los procesos que causan insatisfacción al usuario
- Reforzar la comunicación entre la institución y la comunidad a la que sirve para rescatar la credibilidad del servicio

METAS

Mejorar la calidad de nuestro servicio, capacitando, motivando e integrando al equipo de salud 98% y logrando la satisfacción del usuario 100% para contribuir a disminuir la morbi mortalidad materno infantil y aumentar la credibilidad de la institución.

ESTRATEGIAS

Seleccionar las estrategias no es un proceso estático por que la eficacia, viabilidad y eficiencia de una estrategia varía en función del cambio de la población, de los determinantes del problema, de la evaluación continua de todas las etapas del proceso de producción mediante el monitoreo en su ejecución. Por esto, es de suma importancia saber escoger las estrategias adecuadas para la de los problemas.

Considerando la población a quien va dirigida la factibilidad de realizarse, los recursos de los que dispone y la realidad de nuestra institución hemos determinado formular las siguientes estrategia intensivas con sus métodos.

- Concientizar, motivar e integrar al equipo de salud.
- Promover el desarrollo del personal que labora en el área.
- Reforzar la comunicación entre Usuario Externo y el Usuario Interno.

1ª ESTRATEGIA: CONCIENTIZAR, MOTIVAR E INTEGRAR AL EQUIPO DE SALUD

- Para alcanzar este objetivo se requiere de un programa educativo y de incentivos de reconociendo al trabajo realizado, se establecerán criterios para identificar y reconocer a los grupos que se distinguan por su actitud al servicio, apoyándose en encuestas de opinión a usuarios y propuestas del propio personal y del jefe del servicio.
- En el mediano plazo será necesario diseñar e implementar un sistema de evaluación periódica del desempeño.
- Para favorecer la integración del personal se deberá fomentar las actividades culturales y deportivas del personal.

- Se solicitará a las autoridades la colaboración para la implementación de planes de estudios para el personal con una temática orientadora a los nuevos conceptos de administración de los servicios de salud.

2ª ESTRATEGIA : CAPACITACION Y DESARROLLO DEL EQUIPO DE SALUD

Mejorar la capacitación y desarrollo del personal para elevar el desempeño de sus funciones.

Para el logro de este objetivo y con el propósito de incrementar el rendimiento cuantitativo y cualitativo del usuario interno, considerando prioritaria la necesidad de mejorar la actitud del usuario interno en la prestación de servicio que nos permitirá obtener la excelencia.

Se desarrollarán programas de capacitación para cada grupo, relacionando en :

- Liderazgo
- Trabajo en grupo
- Educación continua
- Relaciones humanas



A través de cursos, seminarios, talleres internos de acuerdo a las necesidades.

3ª ESTRATEGIA : REFORZAR LA COMUNICACION ENTRE EL USUARIO EXTERNO E INTERNO

- Para reforzar la comunicación entre la institución y la comunidad, se considera necesario la elaboración de programas de comunicación interna y externa que promueva la imagen del departamento y los servicios que se otorgan
- Se hará promoción de los servicios disponibles a través de un franelografo en el área de recepción y de folletería específico y un plan de marketing.
- Con el fin de conocer el grado de satisfacción de los usuarios sobre los servicios de otorgados se implementará acciones encaminadas a realizar encuestas de opinión, buzón de sugerencias y quejas, esto permitirá la detección oportuna del problema y la retroalimentación en las áreas involucradas para apoyar la aplicación de acciones correctivas.
- Se formara equipo de publicidad multidisciplinaria que aporten con ideas, integrado por gentes que laboran en el departamento.
- Se conformaran club de madres (embarazadas y púerperas) con la finalidad de brindarles información y educación relacionada a la prevención y control del embarazo y de enfermedades.



LOCALIZACION

Todos los programas educativos dirigidos para el personal que labora para el personal que labora en el área, se realizan en el auditorium del servicio.

TIEMPO

El tiempo a realizarse será : en 1 año (Ver Cronograma)

METODOLOGIA

Expectativas participativas a través de :

- Cursos
- Educación permanente
- Conformación de grupos de apoyo
- Talleres

RECURSOS HUMANOS

Para realizar las actividades de capacitación intervendran :

- El grupo de estudio
- Personal de docencia de la institución
- Personal médico y para médico

RECURSOS MATERIALES

Se utilizará el material didáctico del área, retroproyector, pizarrón, proyectores, equipo de video, etc..

EJECUCION

Observar cronogramas de actividades

EVALUACION DE ESTRATEGIAS

- Se evaluarán las actividades desarrolladas a través de Indicadores (ver anexo 2) de gestión y satisfacción al usuario.
- Se evaluará la satisfacción del usuario a través de encuestas a grupos focales y respuestas obtenidas del buzón de sugerencias.
- Se evaluará al usuario interno por medio de encuestas, test de conocimientos, test de evaluación del desempeño.
- Se evaluará a través del programa de control y supervisión continua de las actividades que se están desarrollando.

PROGRAMACION

PROGRAMA DE EDUCACION PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

OBJETIVO

Dar a conocer nuevos conocimientos en lo relacionado al mejoramiento de la calidad de atención en los servicios de salud que nos permita formar un nuevo modelo de atención en esta unidad

GRUPO AL QUE VA DIRIGIDO

Este programa esta dirigido al equipo de salud médico, administrativo y de servicio.

METODOLOGIA

Es la metodología de adultos altamente participativa, y que recupere la vivencia en el trabajo acompañada en una metodología de transmisión o de adiestramiento en un momento determinado.

ESTRATEGIAS EDUCATIVAS

Se iniciará con grupos altamente comprometidos con los procesos de cambio, hacia quienes van dirigidos al programa.

Iniciandose programas de educacion continua, actualización de procedimientos de acuerdo a necesidades detectadas.

PROGRAMACION EDUCATIVA A REALIZARSE EN EL DEPARTAMENTO G-O, PEDIATRIA AÑO 1998

TIEMPO	TEMAS	OBJETIVOS	CONTENIDO	METODO	RESPONSABLE	BIBLIOGRAFIA
El Programa se desarrollará cada 15 días, los Viernes 2 horas	<p>1. Calidad en los servicios de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Satisfacción del usuario en el modelo de calidad - Desarrollo de los servicios - Equipos de trabajo - Herramientas de calidad - Evaluación de los procesos <p>2 Actualización de conocimiento y procedimiento según necesidades detectadas</p>	<p>Desencadenar procesos permanentes cuestionamiento, perfeccionamiento y cambio en el trabajo que permitan al equipo de salud impulsar su creatividad y dirección, su acción a la visión de la Institución en la que labora</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Qué es la calidad - Costo de la falla de calidad - Estilos Gerenciales - Enfoque de Gerencia - Estrategias para la calidad - Necesidades : - Demanda, Oferta - Como evaluar las necesidades del usuario - Participación del usuario - Misión, Visión - Compromiso Gerencial - Liderazgo, Toma de decisiones - Los equipos de Trabajo: - Como establecer equipos - Motivación - Porqué seleccionar problemas - Criterios y Formas - Beneficios de la evaluación de los procesos - Proceso Evaluación 	<p>Expositivo Participativo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taller - Conferencias 	<p>Grupo de Estudio</p> <p>El personal médico ó Docentes de la Institución</p>	

PRESUPUESTO

ITEMS PRESUPUESTARIO	COSTO UNITARIO/TIEMPO	COSTO TOTAL
1. Recursos Humanos Coordinación del Curso Horas Docentes	- Docentes de la Institución - Grupos de Gerente 20 horas Docente	
2. Recursos Materiales - Material Didactico - Ayuda Audio - Visual - Refrigerio	Propias de la Institución Colaboracion de laboratorios farmaceuticos	

Los recursos financieros se obtendrán a través de la asignación presupuestaria contemplada en el rubro de partidas educativas generales del IESS.

PROGRAMACION DE SUPERVISION AREA MATERNO INFANTIL DEL HOSPITAL DEL HOSPITAL "TEODORO MALDONADO CARBO" IESS GUAYAQUIL

ANTECEDENTES

La supervisión es una herramienta indispensable en todas las etapas de los proyectos de Calidad. Particularmente en la fase de ejecución, se observarán los problemas respecto a las actividades ejecutadas, se analizarán los mismos y se podrá facilitar procedimiento de solución.

Sólo se podrá obtener los resultados previstos si se supervisa la ejecución correcta de las actividades y se obtiene a prevenir o corregir los problemas a medida que se presenten.

Con este método de evaluación periódica nos permite observar el cómo ? se está realizando una actividad y el como reorientarla si es necesario. Es el único momento en que podemos observar la calidad del proceso.

OBJETIVOS

- Motivar al personal en la buena realización de su trabajo.
- Controlar la calidad técnica de la atención y la calidad percibida del servicio
- Capacitar en formas continua al personal para mejorar su capacidad en realizar sus actividades.
- Realizar la retroalimentación inmediata.

METAS

- Motivar en un 90% al personal que labora en el área Materno - Infantil del Hospital Teodoro Maldonado Carbo IESS
- Capacitar en un 100% en forma permanente al personal que labora en el Area Materno - Infantil del Hospital "Teodoro Maldonado Carbo" IESS.
- Aplicar en un 80% la entrevista o formulario al usuario externo del área Materno - Infantil para evaluar Calidad percibida del Servicio.

LOCALIZACION

- Personal médico, enfermería y de servicio del área Materno - Infantil del Hospital Teodoro Maldonado Carbo IESS Guayaquil
- Usuarios externos que acuden al área Materno - Infantil del Hospital "Teodoro Maldonado Carbo" IESS Guayaquil.

METODOLOGIA

- Conformar grupos de calidad con el personal del área Materno - Infantil del Hospital Teodoro Maldonado Carbo IESS.
- Capacitación al Personal del área Materno - Infantil.
- Aplicación de encuestas, entrevistas al usuario externo para evaluar la calidad del proceso de atención.

PLAN DE MARKETING

PARA REPOSICIONAMIENTO DE LA

IMAGEN DEL IESS

INTRODUCCION

La trayectoria hacia el cambio en las instituciones prestadoras de servicios es un camino largo y difícil; no basta el deseo y las buenas ideas, es necesario un compromiso de todos los involucrados en el proceso para lograr la Organización y Ejecución de un Plan Estratégico que debe estar acompañado de un Plan de Mercadeo que ayude a vencer la resistencia de clientes internos y externos de la misma institución y de las otras instituciones.

En el nivel de corto y mediano plazo aplicamos el Mercadeo Social para vender el concepto del Mejoramiento de la Calidad y los cambios en ejecución, para reposicionar la imagen de que la Seguridad es Solidaridad.

Para reconquistar la confianza de los usuarios, es necesario vender las ideas, las nuevas formas de atención, la mejoría de la calidad en nuestro servicios, los objetivos, compartiendo nuestra visión y misión con : el personal del área de salud, los superiores jerárquicos, los usuarios externos y los proveedores.

Por lo expuesto el grupo de trabajo pone a consideración un PLAN DE MARKETING para que el Area Materno - Infantil del Hospital Teodoro Maldonado Carbo IESS, reconquiste la confianza de sus clientes.

RESUMEN EJECUTIVO

El mejoramiento de la Calidad en la prestación de Servicios de Salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social obedece a un Plan Estratégico que necesariamente debe estar acompañado de un Plan de Mercadeo que esté dirigido a vencer las resistencias internas y externas que nos permita

vender la idea de un servicio que se está otorgando con oportunidad, calidad y calidez.

La Estrategia Comercial es de Reposicionamiento de la imagen de la Institución en los usuarios, en la que se hará constar que se presta servicios de Salud Preventiva, Curativa y de Rehabilitación y que ha diferencia de otras instituciones otorga bienestar social a través de otras prestaciones como : Jubilación, montepío, Mortuoria, Riesgos de trabajo, Cesantía, Fondos de Reserva,. Préstamos, Compensación de gastos, Seguro Social Campesino y Seguro de Enfermedad y Maternidad.

El grupo objetivo es la Población afiliada, jubilada y beneficiaria de Montepío. SE pretende que el usuario externo **note** que Seguro Social es Solidaridad, **crea** que otorgamos servicios oportunos con calidad y calidez y que **sienta** satisfacción por el servicio otorgado.

Para el Plan de Mercadeo se utilizará medios de Información informales como los boletines, portafolios; y formales como periódicos, radio y TV. Los resultados esperados son el incremento de la cobertura de atención y la satisfacción del usuario, medibles con indicadores de cobertura y encuestas. Para la ejecución requerimos de Recursos Humanos capacitado y bien remunerado que cumpla la Programación de actividades establecidas.

El Plan de Marketing nos permitirá recuperar la confianza de la clase afiliada, convirtiendo al Instituto de Seguridad Social en el líder de la prestación de servicios de Salud en el Ecuador.

ANALISIS DEL MERCADO

El Instituto de Seguridad Social presta servicios de atención de salud Preventiva, Curativa de Rehabilitación y Bienestar Social de la clase afiliada, jubilada y beneficiarios de Montepío.

Los afiliados al IESS año 1996 : 1'637.789
En la Regional 2 : usuarios de Hospital Regional 175.940
usuarios de Dispensarios 80.000 por áreas de
influencia

Enfermedades más frecuente : - Respiratorias
- Digestivas
- Genito - Urinario
- Traumas y Ortopédicas
- Cardiocirculatorias

Tipo de Afiliación : - Voluntarias
- Profesionales
- Artesanales
- Servicios Domesticos
- Afiliación General
- Afiliados Seguro Social Campesino
- Notarios Registradores
- Miembros del Clero
- Trabajadores a prueba - ocasionales o
temporales
- Artistas profesionales
- Choferes
- Trabajadores independientes
- Trabajadores agrícolas

Segmentos de Mercado

- a) Voluntarios, Profesionales y Gerenciales más de 18 años de edad. Aporten a la Institución o se jubilen y adquieran el derecho hasta su fallecimiento.
- b) Jubilados :
 - Por vejez, más de 65 años
 - Por invalidez, a cualquier edad
- c) Seguro Social : Miembros de una comuna pueden afiliarse a partir de los 18 años de edad con derecho a su atención y a los de su núcleo familiar, con la aportación del 1% del mínimo vital, subsidiados por los afiliados generales y la aportación del gobierno (niños, adultos, y ancianos).
- d) Beneficiario de Montepío : Viudas e hijos de afiliados que han estado bajo la protección del fallecido y que no tienen fuente de ingreso.

A todos los grupos se llega con el mismo nivel de atención pero el reposicionamiento va destinado más el grupo A o de aportantes activos. Los jubilados hacen alto uso del servicio, el Seguro Social Campesino es considerado como una práctica real de solidaridad igual que el Montepío.

ANALISIS COMPETITIVO

F.O.D.A.

- FORTALEZAS:**
- Mística de trabajo del Recurso Humano
 - Personal Medico Especializado
 - Experiencia del personal
 - Trabajo en equipo
 - Perfiles de cargo
 - Atención medica extramural
 - Visitas Domiciliarias
 - Normas y Procedimientos
 - Programa de Higiene y seguridad.
- OPORTUNIDADES:**
- Legislación laboral
 - Financiamiento propio (aporte trabajadores)
 - Atención medica al recurso humano de la institución.
 - Fácil acceso a la tecnología de nivel superior.
- DEBILIDADES:**
- Sistema de información deficiente
 - Ausencia de planificación
 - Escasos programas educativos
 - No evaluación del desempeño
 - Falta de motivación.
- AMENAZAS:**
diferentes:
- Separación del personal bajo dos leyes
 - Carrera administrativa y código del trabajo.
 - Competencia del mercado:
 - Ministerio de salud pública
 - Organismo no Gubernamentales
 - Sociedad de lucha contra el Cáncer
 - Fuerzas Armadas
 - Seguros Privados
 - Junta de Beneficencia

ESTRATEGIA COMERCIAL.

Estrategia Comercial : Reposicionamiento de la imagen del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

Segmento: Clase Afiliada - Jubilada y Beneficiaria de Montepío.

Producto : Prestación de servicios de Salud Preventiva, Curativa, de Rehabilitación, y Preservación del Bienestar Social.

A diferencia de las otras instituciones de salud el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social otorga otras prestaciones de servicios que procuran que el usuario pueda tener cierto grado de bienestar social, haciendo que la organización cumpla con su objetivo de proporcionar **SEGURIDAD SOCIAL**.

Las prestaciones que otorga:

- Seguro de Enfermedad y Maternidad
- Seguro Social Campesino
- Jubilación por Vejez o Enfermedad
- Pensión de Viudez y Orfandad
- Cooperativa Mortuoria
- Prestación de riesgo de trabajo
- Cesantía y fondos de reservas
- Prestamos Quirografarios
- Créditos prendarios
- Compensación de gastos médicos

Se prestará servicio oportuno, otorgado con calidad y calidez, que se comercializará como :

"SEGURIDAD SOCIAL ES SOLIDARIDAD"
"SERVICIOS OTORGADOS CON CALIDAD Y CALIDEZ"
IESS

PRECIO .- Includido en las oportunidades de los afiliados.

Trabajador	11.15%
Patronal	9.35%
Total	20.50%

El 6% de estas oportunidades se destinan al área de salud la que se disminuye a las nueve regionales del IESS.

Se debe exigir el cumplimiento de la ley que contempla AFILIACION OBLIGATORIA, evitando evasiones.

Deben regularse las aportaciones de acuerdo a los ingresos de los diferentes niveles jerarquicos.

Debe gestionarse el pago de la deuda del Gobierno al IESS.

PUBLICIDAD.

MENSAJE Grupo Objetivo: Población Afiliada - Jubilada Beneficiaria de Montepio.

Característica Distintiva de Perfomance : Atención de salud más bienestar social, otorgado otras prestaciones como jubilación, seguridad social campesina, pensión de viudez y orfandad, cooperativa mortuoria, riesgo de trabajo, cesantía, fondos de reserva, préstamo quirografario, crédito prendarios y compensacion de gastos medicos.

Posicionamiento: Prestación de servicios de salud preventivo, curativo, de rehabilitación y preservación del Bienestar Social.

Objetivo de Comunicación: Queremos que el usuario:

NOTE que seguro social es solidaridad
CREA que otorgamos servicios
oportunos con calidad y calidez..
SIENTA Satisfacción por el servicio otorgado.

- MEDIOS
- Boletines informativos (permanente)
 - Portafolios (para empresas y organizaciones)
 - Prensa escrita periódico de mayor circulación (domingo 12 semanas)
 - TV 2 veces por día (sábado y domingo durante 12 semanas)
 - Radio (cuatro veces por día : lunes, miércoles y viernes durante 6 meses)
 - Programa de educación permanente en la institución, en las empresas y centros educativos.

PROMOCION

Objetivo : Incrementar la demanda de atención y satisfacción del usuario.
SE EVALUARAN LOS RESULTADOS, por el aumento de la atención del servicio (indicador de cobertura)

RELACIONES PUBLICAS. Mantener un sistema de información permanente que dé a conocer los logros alcanzados.

AREAS COMUNES DE ESTRATEGIAS COMERCIAL:

1.- DISTRIBUCION : Regional 1: Pichincha, Cotopaxi, Esmeraldas, Napo, y Sucumbíos.

Regional 2 : Guayas, Los Ríos y Galápagos con sede en Guayaquil.

Regional 3 : Azuay, Cañar y Morona Santiago con sede en Cuenca.

Regional 4 : Pastaza y Tungurahua con sede en Ambato.

Regional 5 : Chimborazo y Bolívar con sede en Riobamba.

Regional 6 : Manabí con sede en Portoviejo.

Regional 7 : Loja y Zamora con sede en Loja.

Regional 8 : Carchi e Imbabura con sede en Ibarra.

Regional 9 : El Oro con sede en Machala.

Cada Regional con su Hospital Regional, Dispensarios, dispensarios anexos y dispensarios de seguridad social campesino.

Cada regional aplicará el plan de mercadeo en sus unidades y con el perfil deseado para cada uno.

Como, mínimo deberá incluir: seguridad social es solidaridad y la difusión de servicio otorgados con calidad y calidez.

2.-FUERZAS DE VENTAS.

- Recursos humanos capacitados y bien remunerados.
Programa de educación permanente.

Cada regional zonificará sus dispensarios de acuerdo a la dirección en que estén ubicados y ejecutarán su plan en el área de injerencia.

3.-INVESTIGACION DE MERCADEO.

Actividades : Control prenatal, planificación familiar, detección oportuna de Cáncer, crecimiento desarrollo menores de 1 año, inmunizaciones, lactancia materna, prevención y control de enfermedades de transmisión sexual, club de hipertensos, club de diabéticos, programa de tuberculosis. Apoyo de los programas de salud pública y vigilancia epidemiológica, educación en servicio, programa extramural con servicios a los asilos y las empresas del área.



OBJETIVOS Y PLANES DE ACCION.

OBJETIVOS: Actual cobertura 80.000 usuarios por dispensarios.

Cobertura deseada 120.000 usuarios por dispensarios.

EN PROGRAMAS DE FOMENTO Y PREVENCION.

Pacientes Embarazadas : 5 Controles en consultas dispensables

4 Consultas en hospital regional

Menores de 1 año : 2 Controles en Unidad hospitalaria.

10 Controles en dispensarios.

EN RECUPERACION.

Tiempo mínimo de hospitalización.

Controles domiciliarios.

Controles dispensariales

PLANES DE ACCION

Nuevos servicios : Atención domiciliario post - cirugías.

Servicios en las empresas

Servicios en los asilos

La atención integral que se debe otorgar y estos nuevos servicios nos permitirán crecer y fortalecer la imagen que estamos proyectando y nos ayudará a reposicionar la imagen del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, que es nuestra principal meta.

PROYECCION DE RESULTADOS.

Se prevé que con este plan de mercadeo se incremente la atención de 40.000 usuarios por dispensarios. Independiente del aumento de la cobertura se considera que el proyecto nos proporcionara la confianza de la clase afiliada convirtiendo al Seguro de Seguridad Social en un LIDER de la prestación de servicios de salud en el Ecuador.

Para el programa de mercadeo se destinará el 10% del 1% a gastos de administrativos.

CONCLUSIONES

El análisis de los procesos de atención médica, por medio de estudio de relación de estructuras, procesos y resultados, apoyados por la teoría de sistema y el concepto de economía de escala es importante para validar las relaciones y para la definición de estándares de estructuras y procesos de atención relacionados con mejores resultados; con el fin de apoyar las decisiones de políticas sanitarias para la asignación de recursos en el campo de la salud.

La falta de conocimientos empíricos en cuanto a la forma en que funcionan los procesos de atención médica, plantea el dilema real para los políticos, admiradores, líderes de la comunidad y personas encargadas de las decisiones, siendo por lo tanto uno de los temas más importantes en la investigación de servicios de salud.

La inestabilidad administrativa y la crisis en general del sector de la salud incluyendo al I.E.S.S, trae como resultado que en esta institución no se cumplan las normas de administración hospitalaria.

Esto se refleja en la falta de un verdadero sistema de información en los servicios de Gineco - Obstetricia y Pediatría, lo cual no permite un avance administrativo en los departamentos antes mencionados.

Esta deficiencia trae como resultado que no se brinde una mejor cobertura de atención y se mantenga una prestación de servicio deficiente tal como la contemplan los indicadores de gestión. El porcentaje de usuarios hospitalizados en el Hospital "TEODORO MALDONADO CARBO", la quinta parte corresponde al servicio de Gineco - Obstetricia siendo menor en Pediatría.

La tasa de mortalidad en Gineco - Obstetricia es elevada, similar con el de otras instituciones reflejando de esta forma, el elevado porcentaje de mortalidad materna que existe en nuestro país. El porcentaje de cama por usuarios en los servicios de Gineco - Obstetricia y pediatria es superior a los datos proporcionados por los estandares internacionales.

De las encuestas realizadas podemos determinar que tenemos un personal poco motivado para la realización de sus tareas, con varios agravantes como son, la falta de material, el ambiente inadecuado, falta de educación continua, falta de participación para solucionar los problemas existentes, lo que trae como consecuencia proporcionar una atención deficiente y poca satisfactoria.

Con el usuario externo tanto de hospitalización como de consulta externa, a través de las encuestas tenemos un usuario poco satisfecho por la falta de medicamentos por demora en la atención, por el poco respeto que se le da, la poca educación y participación.

Por todo lo antes puesto creemos necesario que se realice un cambio tanto en las actitudes del personal como en las administración del servicio.

Cambios que nos lleven a buscar la calidad total en la prestación de atención.

BIBLIOGRAFÍA

- Albrecht, K. "La Revolución del Servicio". LEGIS Fondo Editorial, Primera Reimpresión. Colombia. 1990
- Arauz, V. "Bases para la Programación Local" en Curso de Gerencia de calidad total. Escuela de Salud Pública. Quito, Ecuador. 1993.
- Arauz, V. " El proceso de Gerencia y el desarrollo de los sistemas locales de salud". En Curso de Gerencia de calidad total. Escuela de Salud Pública. Quito, Ecuador. 1993.
- Bain, D. "Productividad, la solución a los problemas de la empresa." Edit. Trillas, México. 1996.
- Blake, R. Mouton, J. Allen, R. " Como trabajar en equipo". Grupo Editorial Norma.
- Brasard, M. "Manual de herramientas básicas para el análisis de datos" Edit. Goal / Qpc, USA. 1991.
- Crossby, P. "La calidad no cuesta ". Edit. CECOSA, México. 1987.
- David, Fred. "La gerencia estratégica " Fondo editorial Legis. Serie empresarial tercera reimpresión, Bogotá, Colombia. 1990.
- Diprete, L. y Col. "Garantía de calidad de la atención de salud en los países en desarrollo" en serie de perfeccionamiento de la metodología de garantía de calidad E.U.A. 1992.
- Dominguez, O. "Casos en administración de servicios de salud" México D.F. Mexico 1993.

- Donabedian, Avedis, "La calidad de la atención médica". Ediciones Científicas La Prensa Medica Mexicana, México, 1984
- Druker, P. "La Gerencia Efectiva". Editorial Hermes, tercera reimpresión. Mexico. 1991.
- Feigenbaum, A. "Control total de la calidad". Edit. CECOSA, México. 1986.
- Fundación Eugenio Espejo. " Oferta y Demanda de los servicios de salud en el Ecuador". Quito.Ecuador, 1987.
- Gomez, P. y Col. " Guía para el mejoramiento de un área Médica y administrativa". Editora Guadalupe Ltda. Santa Fe de Bogota D.C. Colombia, 1992.
- Harrington, J. "Como incrementar la calidad y la Productividad". Edit. McGrawhill, Mexico. 1988.
- Herrmann, Pol. "Diseñar la Mision de los servicios de salud pública a nivel de calidad total "En curso de gerencia de calidad total. Escuela de salud pública. Quito, Ecuador. 1993.
- Herrmann, Pol. "La gerencia de calidad total en el enfoque gerencial" en curso de gerencia de calidad total. Escuela de Salud Pública. Quito. Ecuador. 1993.
- Hitoshi Kume. "Herramientas Estadísticas Básicas para el Mejoramiento de la Calidad" Editorial Norma, Colombia, 1992.
- Horovitz. J. "La calidad del servicio " Editorial McGRAW-Hill. Barcelona España.1990.

- Idrovo, F.Hermida. J."Mejoramiento de la calidad de los servicios básicos de salud en el Ecuador con énfasis en el control del Cólera / Diarrea aguda atención Materna/ planificación familiar" Quito, Ecuador. 1993.
- Instituto Tecnológico de Monterrey, Curso de gerencia en calidad total, INEN, O.E.A, G.T.Z.Nov. 1991.
- Ishikawa, K."Que es el control total de calidad" Edit. Norma, Colombia. 1986
- Narvaez, A. "Evaluación Monitoreo". En Curso de gerencia de calidad total escuela de salud pública .Quito, Ecuador. 1993
- Narváez, A."Negociación". En curso de gerencia de calidad total escuela de salud pública. Quito, Ecuador. 1993.
- Rivera, J."El Rol de la satisfacción del cliente en el proceso de calidad total". Edit. Hispana Research CORP, USA. 1993
- Rosander, a."La búsqueda de la calidad en los servicios". Edit. Díaz de Santos, Madrid. 1989.
- Serna, H "Los equipos de mejoramiento continuo" Santa Fé de Bogota, 1991
- Vargas, F."Mauricio. evaluación de la calidad en la atención de salud ". Edit. Rex.Centro americana de Adm. pública, San José, Costa Rica. 1990.
- Walton, M. "Cómo administrar con el Método Deming". Grupo Editorial Norma, 8va reimpresión. Colombia. 1992.

A N E X O S

INDICADORES DE GESTION

Los indicadores de gestión, son expresiones cuantitativas que analizan cómo se está administrando en servicio o empresa, evalúa el uso de los recursos, el cumplimiento de los programas, la satisfacción de los usuarios, etc.

La medición requiere una comparación que sirva de referencia, que en la gerencia se transforma en un desafío; los indicadores comparativos pueden ser históricos, estándares, de diseño o determinados por una demanda insatisfecha.

La presente realización tiende a definir un objetivo de evaluación, que permita al servicio Materno-Infantil, incrementar su cobertura con eficiencia y eficacia, cambiando nuestra prestación de servicio utilizando mejor los recursos, dándoles el uso apropiado, procurando una atención de calidad para el afiliado que es la razón de ser del I.E.S.S.

Para la evaluación de los servicios existen dos modelos:

1.- El desempeño por DONABEDIAN que evalúa:

- a) La estructura, que se refiere a la organización de la institución y las características de los recursos humanos, físicos y financieros.
- b) Los procesos corresponden al contenido de la atención y la forma cómo se realiza.

c) Los resultados, que representan el impacto logrando con atención, en términos de mejoras de salud, de bienestar y satisfacción de los usuarios.

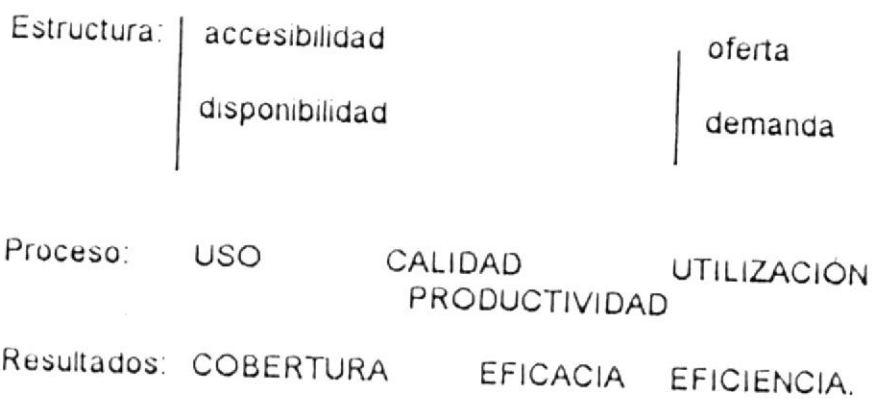
2.- El modelo diseñado por Galán es más amplio en cuanto a las áreas de evaluación, analiza: demanda, oferta, proceso, resultados, impacto y en el desarrolló la calidad, lo que ha originado que se presenten nuevas dificultades entre la institución y los afiliados.

Por otro lado nos hemos encontrado con una actividad médica huérfana de investigación, lo que justifica nuestra actividad, llenando de esa forma, un vacío en el conocimiento.

INDICADORES DE GESTION.

Es la expresión cuantitativa del comportamiento o desempeño de una organización o departamento, cuya magnitud, al ser comparada con algún viso de referencia podra estar señalando una desviación sobre la cual se tomaran acciones correctivas o preventivas según el caso.

DIAGRAMA DE EVALUACIÓN.



INDICADORES DE DEMANDA.

Porcentaje de usuarios.

$$\frac{\# \text{ de usuarios del departamento de G.O.}}{\text{Total usuario H.T.M.C.}} \times 100$$

Morbilidad de consulta externa (3 o + censos + frec.)

Morbilidad hospitalaria.

$$\frac{\# \text{ usuarios hospitalizados por } \dots \dots \dots \times 100}{\text{Total de hospitalizados G.O.}}$$

Mortalidad General

$$\frac{\# \text{ de muertes G.O.}}{\text{Total muertes H.T.M.C.}} \times 100$$

Mortalidad Específica (recursos)

$$\frac{\# \text{ de muertes por } \dots \dots \dots \times 100}{\# \text{ de muertes en el servicio de G.O.}}$$

Tasa de Letalidad.

$$\frac{\# \text{ de muertes por enfermedad.}}{\# \text{ Total de enfermos X enfer.}} \times 100$$

Demanda efectiva.

$$\frac{\# \text{ de usuarios que demanda atención At.G.o CONS. EXT.}}{\text{Total población de usuarios a población promedio.}}$$

Demanda efectiva atendida.

$$\frac{\# \text{ de usuarios que reciben atención G.O CONS. EXT.}}{\text{Total población que solicitó el servicio.}}$$

Edad.

$$\frac{\# \text{ usuarios } \cdot \text{ edad}}{\text{Total usuarios}} \times 100$$

Sexo

$$\frac{\# \text{ usuarios masculinos o femeninos}}{\text{Total usuarios}} \times 100$$

Procedencia.

$$\frac{\# \text{ de usuarios residentes en ?.....}}{\text{Total usuarios}}$$

Educación .

$$\frac{\# \text{ de usuarios según el nivel educativo.}}{\text{Total usuarios}}$$

Ocupación.

$$\frac{\# \text{ de usuarios por profesión}}{\text{Total usuarios.}}$$

RECURSOS HUMANOS Vs. recursos físicos.

$$\frac{\# \text{ tiempo completo médico}}{\# \text{ de camas } \# \text{ de consultorio}}$$

RECURSOS FISICOS Vs. RECURSOS ECONÓMICOS.

Valor cama / valor consta.

$$\frac{\# \text{ egresos } / \# \text{ consultas.}}$$

COSTO DE ATENCION.

Exámenes Laboratorio

total ganado

P. at.

total gastado

INDICADORES DE RESULTADOS

CONCENTRACION :

Total cirugías TU. Hospitalización / mes

Total personas atendidas / mes

OPORTUNIDAD :

Tiempo de espera atención

fecha, hora, emisión

Orden de ingreso - fecha hora de ingreso hospital →

Hora de llegada servicio - hora atendida

UTILIZACION :

Cantidad de recurso utilizado

total recurso disponible.

INDICADORES DE IMPACTO

IMPACTO:
morir

proceso

proceso.

Cambios riesgo de enfermedades, y

indicadores de demanda antes del

indicadores de impacto después del

MORBILIDAD QUIRÚRGICA:

de casos por compart. AR x 3 o 4

Total usuario.

TASA MORTALIDAD:

defunciones + cirugia G.O

Total personas atendidas G.O

CAMBIO DE ACTITUD DEL USUARIO:

Por encuesta de opinión.

COSTO - EFECTO:

Unidades monetarias gastado * T

diferencias de tasa observadas al inicio del periodo.

Cuarto programa resultado evito muerte 1 / 100

SATISFACCION:

personas satisfechas.

personas atendidas

INDICADORES DE MONITOREO PARA LOS PROGRAMAS A DESARROLLARSE

Análisis educativo al usuario externo

% de usuario que recibe educación en los C.E. y Hospit.

$$\frac{\# \text{ Usuarios que reciben educación}}{\text{Total de usuarios que fueron atendidos en la C.E. y Hospit.}} \times 100 = 100\%$$

% de médicos que dan Educación en C.E. y Hospit.

$$\frac{\# \text{ Médicos que dan educación C.E. y Hospit}}{\text{Total de Médicos que laboran en C.E. Hosp.}} \times 100 = 100\%$$

% del personal de enfermería que da educación en C.E. y Hospit.

$$\frac{\# \text{ del pers. de enfermería que realizó educ. C.E. y Hosp}}{\text{total personal de Enf. que laboró en C.E., Hospit.}} \times 100$$

FUENTE : Registro Observación

Actividades educativas para el usuario Interno

% Médicos que reciben capacitación

$$\frac{\# \text{ medicos que reciben}}{\text{Total del personal medico del área}} \times 100 = 100\%$$

% Porcentaje de enfermería que recibe capacitación

$$\frac{\# \text{ del personal de enfermería que recibe capacitación}}{\text{Total del personal de enfermería del area}} \times 100 = 100\%$$

FUENTE : Registro de asistencia y observación

Monitoreo de Inspección del Usuario Externo e Usuario Interno

% Usuario que reciben mal trato en C.E. y Hospitalización

$$\frac{\# \text{ de quejas que se reciben en C.E. y Hospit.}}{\text{Total de pacientes que acuden a C.E. y Hospit. en períodos de tiempo}} \times 100 = 5\%$$

% Causas que producen Insatisfacción al U.E.

$$\frac{\# \text{ de causas que producen insatisfacción en la atención al U.E.}}{\text{Total de usuarios extenos que acuden a C.E. y Hospit. en un periodo de tiempo}} \times 100 = 5\%$$

% Usuario interno insatisfecho en su trabajo

$$\frac{\text{Causas que producen insatisfacción en las labores}}{\text{Total usuarios internos}} \times 100 = 5\%$$

FUENTE : Registros y Observación

FORMULARIO DE ENCUESTA PARA EL USUARIO QUE ASISTE A LA CONSULTA EXTERNA DE GINECO-OBSTETRICIA.

El objetivo de esta encuesta es determinar las causas que impiden que el usuario reciba atención satisfactoria. Rogamos su colaboración y sinceridad en las respuestas.

1.- Tipo de afiliación :

General	<input type="text"/>	Voluntaria	<input type="text"/>
S. campesino	<input type="text"/>	Otros	<input type="text"/>

2.- ¿Cuanto tiempo a esperado para la atención Médica ?

Menos de 1 hora	<input type="text"/>		
1 hora	<input type="text"/>	a que hora llego	<input type="text"/>
Mas de 1 hora	<input type="text"/>		

3.- Señale Ud. la hora que se inició la atención medica.

8 : 00 h	<input type="text"/>	12 : 00h	<input type="text"/>
8 : 30 h	<input type="text"/>	12 : 30h	<input type="text"/>
9 : 00h	<input type="text"/>	13 : 00h	<input type="text"/>
		13 : 30h	<input type="text"/>

Sugerencias.....

4.- ¿El tiempo que le dedicaron en la atención es suficiente ?

si	no	5 minutos	<input type="text"/>
		10 minutos	<input type="text"/>
		15 minutos	<input type="text"/>

5.- ¿ Considera Ud. que el area de espera cuenta con iluminación, ventilación y espacio físico adecuado?

Si	<input type="text"/>	No	<input type="text"/>
----	----------------------	----	----------------------

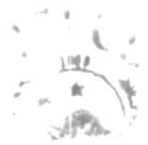
- 6.- ¿Recibe información sobre su estado de salud por parte del médico u otro miembro del equipo de salud?
si no pocas veces
- 7.- ¿Recibe orientación y educación respecto a su problema de salud por algún miembro del equipo de salud?
si no a veces
- 8.- ¿ En relación ala pregunta anterior, si contesta no, le gustaría recibir ?
si no
- 9.- ¿ De las recetas prescritas por el médico, cuantas le despacharon en farmacia ?
todas algunas ninguna
- 10.- ¿ Los resultados de exámenes de laboratorio solicitados están listos en el momento de la atención ?
si no
- 11.- ¿ A recibido Ud. alguna actitud descortés por parte :
medico enfermera auxi. enfermeria
conserje otros
- 12.- ¿ Creé Ud. que existe privilegio pera recibir la atencion?
si no porque.....
- 13.- ¿ Como describe Ud. la atención recibida ?
muy buena buena
regular mala
- 14.- ¿ Está Ud. de acuerdo con las paralizaciones (huelgas, paro) que realizan los servidores de la institucion
si no porque.....

FORMULARIO DE ENCUESTAS PARA EL PERSONAL QUE LABORA EN EL AREA DE GINECO OBSTETRICIA Y PEDIATRIA .

El objetivo de la encuesta es determinar las causas que impiden brindar atención con calidad y calidez, a pacientes y usuarios que asisten al área de gineco obstetricia y pediatria.

Contamos con su colaboración y sinceridad en las respuestas.
Concluido el estudio le haremos conocer el resultado.

Fecha.....Ocupación.....edad.....



1.- Tiempo de servicios en la institución : meses
..... años

Tiempo de servicio en el area : meses
..... años

1.º y 2.º Cuartos

2.- ¿ Conoce Ud. como esta organizado administrativamente su departamento ?

si no

3.- ¿ Conoce Ud. las normas y procedimientos del servicio ?

si no

4.- ¿ Esta Ud. de acuerdo como dirigen las autoridades superiores la institucion ?

si no

Su opinion.....

5.- ¿ Considera que la institución y sus jefes inmediatos, se interesan por el bienestar de sus trabajadores ?

si no

6.- ¿ Ha recibido Ud. algún tipo de estimulo o reconocimiento por su trabajo ?

si no

7.- ¿ Como se siente en su lugar de trabajo ?

no le gusta le agrada

porque ?

8.- ¿ En la parte fisica : las condiciones higiénicas, el mantenimiento del área para realizar sus valores diarias son:

muy buenas buenas regular malas

9.- ¿ Cuenta con recursos materiales, insumos necesario para cumplir con sus actividades diarias ?

si no pocas veces

10.- ¿ La institucion le a apoyado a Ud. para capacitarse, para el desempeño de sus funciones ?

si no

11.- ¿ Dentro de su departamento existen programas de educacion permanente en base a las necesidades ?

si no

12.- ¿ Considera Ud. que la atencion que se da al afiliado es adecuada ?

si no

13.- ¿ Se interesa Ud. por conocer los problemas del servicio y participar en la solución de los mismos ?

si no porque.....

14.- ¿ Las relaciones inter personales con el equipo de salud son ?

buenas regular mala

15.- ¿ Mantiene reuniones periódicas con sus jefes para analizar y solucionar los problemas existentes en el area ?

si no pocas veces

16.- ¿ Como considera la disciplina en su area de trabajo ?

buenas mala regular

17.- ¿ Cree Ud. que paralizando las actividades (huelga) ha conseguido los recursos necesarios para brindar la atención ?

si no

Opinion

18.- ¿ Considera Ud. haber recibido por parte de los jefes del curso de relaciones humanas que permita una mejor relacion entre el personal y los usuarios ?

buenas regular mala

FORMULARIO DE ENCUESTA PARA EL PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL AREA DE GINECO OBSTETRICIA.

El objetivo de la encuesta es determinar las causas que impiden que Ud. reciba atención satisfactoria.

Contamos con su colaboración, responda con sinceridad.

1.- Tipo de afiliación :

Seg. General Seg. Voluntario Seg. Campesino Otros

2.- ¿Tuvo algún problema para su ingreso ?

si no

Porqué ?.....

3.- ¿Conoce Ud. las reglas de la Institucion ?

si no

4.- ¿Recibió algún tipo de orientación sobre las normas del departamento ?

si no

5.- ¿Considera Ud. que la habitación y el área cuenta con condiciones adecuadas ?

si no porque ?

6.- ¿Recibe Ud. sabanas ropa al ingreso o durante su hospitalización?

si no

7.- ¿ Recibe recomendación o informaciones de su estado de salud a la hora de la visita medica ?

si no

8.- Recibe orientación y no educación sobre su problema de salud por parte de :

medico enfermera aux. enfermeria

9.- ¿ Recibe Ud. todos los medicamentos recetados durante el tiempo de hospitalizacion ?

todos algunos nada

10.- El personal colabora con Ud. en la realización de los exámenes especiales.

si no algunas veces

11.- Considera Ud. haber recibido los cuidados :

aseo control de presión arteria, pulso

En forma :

Oportuna

Permanente

Ocasional

Ninguna

12.- A recibido actitudes descortés por parte del :

Medico

Lcda. Enferm.

Auxiliar de Enfermeria

Conserje

Otros

13.- ¿ Como describe Ud. la atención recibida ?

buena regular mala

14.- Los resultados de los exámenes solicitados estan listos en el momento de la visita médica

si no

Sugerencias.....
.....