



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSTGRADO

TESIS FINAL

PREVIA OBTENCIÓN DEL GRADO DE

MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD

TEMA:

ESTUDIO DE FACTIBILIDAD PARA LA CREACIÓN DE  
UN CENTRO MÉDICO EN EL ÁREA  
URBANO MARGINAL DE BASTIÓN POPULAR DE LA  
CIUDAD DE GUAYAQUIL

ELABORADO POR

DR. JOSÉ ALEXIS MONAR VERDESOTO  
DR. WASHINGTON FEDERICO QUINTEROS TOBAR

TUTOR DE TESIS

MSC. CONSTANTINO TOBALINA DITO

GUAYAQUIL, Febrero 2012

INDICE		Pág
	Introducción	1
	Condiciones de vida en Bastión Popular	8
	Objetivos: general y específicos del proyecto	18
<b>CAPITULO I: CENTROS MÉDICOS Y SU APOORTE A LA COMUNIDAD</b>		
1.1	Definición	19
1.1.1	Los Centros de Salud y su trabajo en la comunidad	19
1.1.2	Estructura funcional del centro médico	22
1.2	La atención primaria de salud (APS)	26
1.3	Niveles de atención en salud	27
1.3.1	I nivel	27
1.3.2	II nivel	28
1.3.3	III nivel	28
1.3.4	IV Nivel	28
1.4	Marco legal -- Política Nacional de Salud del Ecuador	29
1.4.1	De los principios	29
1.4.2	De la finalidad	30
1.4.3	De los objetivos	31
1.4.4	De la protección integral de la salud	31
1.4.5	Promoción	32
1.4.6	De la Vigilancia, predicción, prevención y control de las Enfermedades y riesgos	33
1.4.7	De la recuperación y rehabilitación	35
1.4.8	Los derechos del paciente.	36
1.4.9	Reglamento de servicios de salud privados	37
1.4.10	De la organización y reglamento interno de los servicios de Salud privados	38
1.4.11	De la administración	39
<b>CAPITULO II: INVESTIGACIÓN DE MERCADO PARA LA CREACIÓN DE UN CENTRO MÉDICO</b>		
2.1	Objetivo general de la investigación de mercados	41
2.1.1	Objetivos específicos de la investigación de mercados	41
2.2	Ofertas del Centro Medico	41
2.2.1	Atención Integral de Salud materno-infantil	42
2.2.2	Atención Médica	43
2.2.3	Atención en el área de odontología	43
2.2.4	Atención en el área de Laboratorio Clínico	43
2.3	Valor Agregado:	44
2.3.1	Visitas domiciliarias	44
2.3.2	El comité de salud comunitario	44

2.3.3	El médico amigo	45
2.3.4	El club del adulto mayor	45
2.3.5	El club del hipertenso	45
2.3.6	El club del diabético	45
2.3.7	Exposiciones y casa abierta	46
2.3.8	Agasajos	46
2.4	Demanda	46
2.5	Metodología de la investigación	47
2.5.1	Determinación del tamaño de la muestra.	49
2.6	Análisis e interpretación de los resultados.	50
2.7	Conclusiones	55
<b>CAPITULO III: ESTUDIO TÉCNICO</b>		
3.1	Localización	56
3.2.	Estructura organizacional del centro médico	57
3.3	Proceso de administración estratégica.	58
3.3.1	Estudio organizacional administrativo	58
3.4	Planificación	60
3.5	Organización	61
3.5.1	Enfoque basados en procesos	64
3.6	El control	66
3.7	Dirección: liderazgo	71
3.8	Recursos Humanos	71
<b>CAPITULO IV: DISEÑO DE LA PROPUESTA</b>		
4.1	Misión del centro médico	75
4.1.1	Visión del centro médico	75
4.2	Herramientas Administrativas en Salud y su aplicación	77
4.2.1	Proceso de la consulta médica	77
4.2.2	Selección del personal	79
4.2.3	Uso de indicadores	80
4.2.4	Cantidad mensual de pedido	82
4.2.5	Ejemplo de no conformidades:	83
4.2.6	Cuadro de mando	84
4.2.6.1	Los orígenes del cuadro de mando integral	84
4.2.6.2	El modelo de negocio en el cuadro de mando integral	85
4.2.6.3	Las perspectivas de un cuadro de mando integral	85
4.2.6.4	Cómo se usa un cuadro de mando integral	85
4.2.6.5	La implantación del cuadro de mando integral	86
4.3	Medición de la calidad	89
4.4	La finalidad del marketing de los servicios de salud.	91
4.4.1	Administración de los servicios	91
4.4.2	Comunicación en marketing	92
4.5	Análisis y evaluación del proyecto.	94
4.6	Inversión estimada en infraestructura	96

4.7	Factibilidad Económica y Financiera	97
	Datos del Proyecto	99
	Flujos de caja	100
	Evaluación del Flujo de Caja	108
	Análisis de Sensibilidad utilizando diferentes escenarios	109
	Conclusiones:	110
	Recomendaciones	111
	Bibliografía	113
	Anexos # 1	115
	Anexos # 2	118

## **Introducción**

Se sabe que el crecimiento de la pobreza, el desempleo y la economía informal, son factores en que se debate el hombre de las áreas marginales, el sitio donde vive por lo general son poco accesibles desde sus calles periféricas, Si los habitantes de estas zonas acceden a un servicio de salud, muchas veces encuentran inequidad, que sumado a desconocimiento, el usuario no busca servicios de salud adecuado a sus necesidades. Servicios de salud que en la mayoría de las áreas marginales no se encuentren operativos o simplemente no existen, como lo son puestos y subcentros de salud, por lo que no se consta de un tratamiento integral y continuo para el paciente, incumpliendo al derecho universal de asistencia sanitaria y salud.

En el sector hay un alto índice de fecundidad en mujeres comprendidas entre 15 y 19 años, un aumento de desnutrición en grado 1 y 2 en niños menores de 5 años, incidencias de patologías digestivas como son gastritis agudas y crónicas, úlceras gástricas, parasitosis, además enfermedades como diabetes e hipertensión arterial.

Con este preámbulo descrito, haciendo conciencia de que se debe revertir ante la sociedad una deuda social, y contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población, estableciendo un servicio donde al paciente se lo considere como una persona y no como un número más de las estadísticas, es decir con el planteamiento de una atención médica humanizada, calidez, calidad y excelencia técnica-operativa, además proporcionar apoyo en lo que se refiere a salud a quienes se encuentren en extrema pobreza, pero aclarando que tener cobertura no significa eficiencia y adicionando la innovación para no ser ineficientes, provocando un impacto en la comunidad en base a cambio de actitud de los funcionarios, de los usuarios, recorriendo un camino de calidad de atención, analizando el costo efectividad del servicio de salud, promoviendo el gasto en salud como una decisión centrada en el servicio al usuario y no en la producción como finalidad, y utilizar las herramientas gerenciales.

En los Hospitales Municipales del día, es común ver en horas de la madrugada a personas cogiendo turnos para ser atendidos por el servicio en referencia, estas personas llegan de distintas direcciones, de comunidades cercanas o lejanas, y

en los Hospitales del norte de la ciudad algunas de estas personas viajan desde el área rural. Muchos de estos usuarios provienen de corrientes migratorias del interior del país y se asientan en áreas marginales de la ciudad.

La necesidad de acceder a un turno pone en peligro la vida de las personas, dada la alta peligrosidad de los sitios alrededor de las unidades de salud, pues en intento de asalto pueden ser golpeados o recibir heridas con arma blanca o de fuego de parte de la delincuencia.

Un paciente para acceder un turno para la atención médica acude por la madrugada o también suelen llegar de 5 a 7 de la mañana, y hay otros que suelen llegar a las 8:00 y que probablemente no alcancen turno, los que acuden más temprano deciden muchas veces que tienen derecho a guardar puestos para 3 o 4 personas de su familia, y lo cual es un irrespeto para otros usuarios del servicio, relegando o disminuyendo en esa forma la posibilidad de atención a los pacientes que llegaron a continuación y que muchas veces requieren consulta médica sin demora, y también en el caso de usuarios adultos mayores a los cuales no se debe hacer madrugar y que de pronto pueden llegar a cualquier hora, con prioridad en la atención. Además que se detecta que en algunos sitios la guardianía tiene preferencia y anota los turnos de acuerdo a su conveniencia.

Pero esta situación en el centro médico se puede revertir mediante un Plan funcional del área de admisiones y de atención al paciente.

Establecido que los pacientes subsecuentes significan un promedio mayor en relación a las primaras consultas, se puede concebir que se reducirán significativamente en número, los pacientes que madrugan, descongestionando en esta forma las salas de espera,

El Director de la unidad se trasladará a la sala de espera, cada día a platicar con el conjunto de usuarios para en esta forma establecer sus necesidades, expectativas de salud y prioridades de atención (adultos mayores, embarazadas,

infantes con procesos febriles, y otras urgencias médicas) para transformarlas en requerimientos y objetivos asistenciales.

De ahí que se llevará adelante programas de salud en beneficio de una de las comunidades pobres de las áreas marginales. Esta población de escasos recursos económicos, se ve afectada por la falta de atención en su salud y por la desinformación con relación a su higiene personal y normas en la preparación de los alimentos, nutrición inadecuada que conllevan a aumentar los factores de riesgo en las personas con determinantes patológicos.

En la temática de salud se puede contribuir especialmente el personal médico y paramédico brindando una educación para la salud que produzca la disminución de la morbimortalidad especialmente el materno infantil. Y por otro lado contribuir a la accesibilidad universal, a los servicios de salud con verdadera eficiencia, eficacia y efectividad.

La salud es un derecho universal y todos los ciudadanos tienen derecho a ella y así lo garantiza el estado, se debe vigilar que esto se cumpla, por lo tanto se dará salud a una sociedad en la cual la familia se beneficie de las metas propuestas.

Se expone como antecedente de que esta propuesta o proyecto de un dispensario de tipo popular, surge ante la necesidad que a comunidades de escasos recursos económicos, se brinde accesibilidad a sistemas integrados de salud, a costo ínfimo, especialmente dirigido a personas de los estratos sociales populares.

Al hacer un análisis de lo que se gasta en salud, podemos hacer una relación con los países latinoamericanos, más de la mitad de la población padece condiciones de pobreza, el aumento de los costos de Salud marginan progresivamente una mayor proporción de la población frente al acceso de los servicios y debido a que cada vez la gran demanda exige una mayor tecnología,

Entre los años 1999 a 2001, en los países industrializados la inversión anual en salud por ciudadano (per. cápita) es de 4 y 3 dígitos/año (EEUU con 4432, Argentina con 697, Uruguay 618, Venezuela 437, en algunos países pobres la inversión es de 2 dígitos/ año, (Perú 91 y Ecuador 65) <sup>1</sup>

Es necesario analizar un indicador como es el gasto en salud dentro del gasto de gobierno en Ecuador. Las estimaciones entre los años 1998-2008 ubican los gastos de salud en alrededor del 5 % del presupuesto del gobierno.

#### Porcentajes del Presupuesto General del Estado asignado a Salud-1998-2008

Años	Millones Dólares	%	Años	Millones Dólares	%
1998	148	2,9%	2004	387	5,2%
1999	115	2,7%	2005	438	5,3%
2000	103	2,4%	2006	561	5,5%
2001	152	2,7%	2007	615	6,1%
2002	311	5,3%	2008	1047	10,1%
2003	373	5,6%			

Fuente: Presupuesto MSP  
Elaboración MSP. Aseguramiento de la calidad

Al analizar lo anterior, el gasto en Salud está disminuido en relación a la extrema pobreza que tiende a aumentar. Y que en las áreas marginales debemos compensar con medidas como son incrementar el servicio médico en las comunidades.

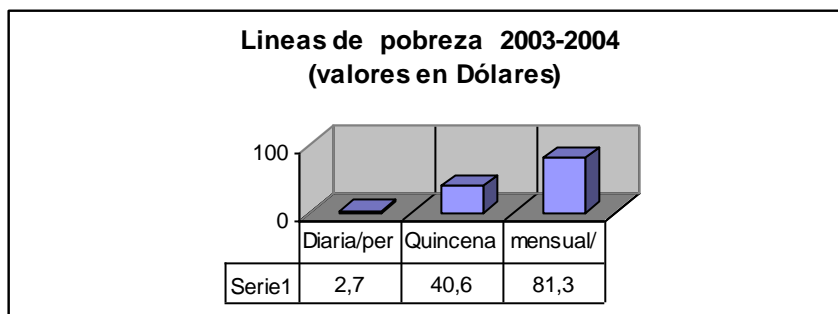
El gasto en salud es aquel realizado con el fin de promover, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud, es un desembolso efectuado para financiar la provisión de servicios de salud en forma directa a la población.

---

<sup>1</sup> FUENTE: Organización panamericana de la salud. Programa especial de análisis de la salud. Publicado en el diario El Comercio de Lima, Perú, el 25 de Septiembre del 2,002



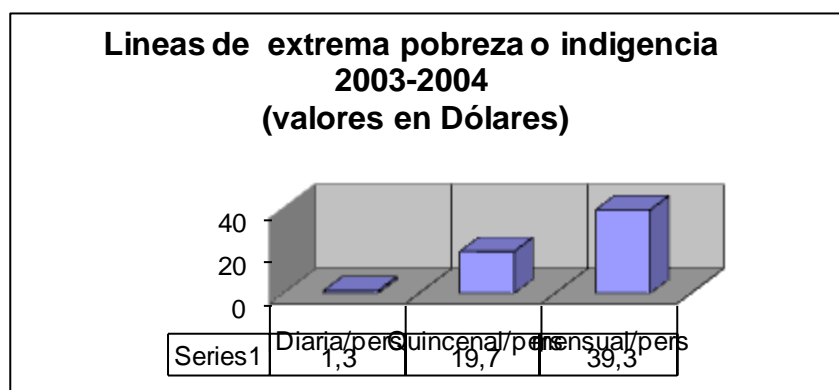
Línea de pobreza constituye el valor monetario de una canasta básica de bienes y servicios para una persona en un periodo determinado.



Fuente: Cuentas Satélite de la Salud 2003. Pág. 109 Publicación del INE

Al día una persona pobre necesita 2.7 dólares para gastar en una canasta básica de bienes y servicios, quincenalmente necesita 40.6 dólares y mensual requiere 81.3 dólares.

Línea de extrema pobreza o indigencia es el valor monetario de una canasta básica de bienes alimenticios que refleja el costo necesario para satisfacer los requerimientos nutricionales mínimos.



Fuente: Cuentas Satélite de la Salud 2003. Pág. 109 Publicación del INEC

En la indigencia una persona necesita al día 1.3 dólares para satisfacer los requerimientos nutricionales mínimos, quincenalmente necesita 19.7 dólares y al mes requiere 39.3 dólares.

Hogares por área y región, según gastos curativos ambulatorios (\*) de sus miembros en los últimos 30 días, 2004

(Distribución porcentual, promedio y mediana)

Gastos curativos ambulatorios	Área		Región				Total
	Urbana	Rural	Sierra	Costa	Amazonía	Insular	
<b>Gastos totales</b>							
No gastan (**)	6,4	13,3	10,9	7,4	9,3	4,5	9,2
Menos 20 dólares	37,7	41,4	35,9	42,6	40,3	20,3	39,2
20 a 40 dólares	14,4	13,5	13,6	14,8	11,7	11,8	14,1
40 a 80 dólares	13,9	10,1	11,8	13	12,3	7,7	12,4
80 a 120 dólares	5,5	4,3	5,5	4,7	3,0	2,4	5,0
120 y más	7,4	4,6	7,5	5,0	5,9	4,1	6,3
Sin problemas de salud/no sabe	14,5	12,8	14,7	12,4	17,6	49,2	13,8
Promedio(dólares)	49,0	38,5	53,1	37,1	41,3	60,4	44,9
Mediana (dólares)	20,8	15,0	20,0	17,0	15,0	28,3	19,0
	Gasto Per. Cápita						
No gastan	6,4	13,3	10,9	7,4	9,3	4,5	9,2
Menos 5 dólares	37,9	42,3	35,5	44,2	40,8	15,9	39,7
5 a 15 dólares	22,0	19,1	20,0	21,8	19,3	16,3	20,8
15 a 25 dólares	8,2	6,0	7,7	7,1	5,1	6,9	7,3
25 a 50 dólares	6,7	3,9	6,4	4,8	4,3	4,1	5,6
50 y más	4,2	2,7	4,7	2,4	3,6	3,3	3,6
Sin problemas de salud/no sabe	14,5	12,8	14,7	12,4	17,6	49,2	13,8
Promedio (dólares)	13,8	10,6	15,4	9,8	11,7	35,6	12,5
Mediana (dólares)	5,2	3,7	5,2	4,0	4,0	9,5	4,6
	Gastos por enfermo						
No gastan	6,4	13,3	10,9	7,4	9,3	4,5	9,2
Menos 5 dólares	27,1	30,5	24,5	32,8	27,4	7,3	28,4
5 a 15 dólares	22,2	20,8	19,9	23,6	20,2	12,6	21,6
15 a 25 dólares	10,2	9,1	9,8	9,8	9,1	10,2	9,8
25 a 50 dólares	10,8	8,0	10,5	8,8	8,9	10,6	9,7
50 y más	8,7	5,6	9,6	5,2	7,6	5,7	7,5
Sin problemas de salud/no sabe	14,5	12,8	14,7	12,4	17,6	49,2	13,8
Promedio(dólares)	24,6	18,8	28,8	15,9	22,9	50,7	22,4
Mediana (dólares)	9,7	6,7	10,0	6,8	7,8	19,7	8,1
No. de casos	5823	5162	6307	3903	529	246	10985

(\*) Incluye como gastos curativos ambulatorios (consulta, medicamentos, laboratorio, otros) : gastos en agentes de salud (dentro fuera), atención en casa, automedicación y continuidad del tratamiento médico.

Se excluye el transporte y la hospitalización de los últimos 30 días

(\*\*) Incluye los hogares que no tuvieron personas enfermas, y los que tuvieron personas enfermas pero no realizaron ninguna acción.

(\*\*\*) Para el cálculo de promedios y medianas se excluyen los ceros (00) que corresponden a "no pagaron"

Fuente: ENDEMAIN 2004 Información del centro de estudios de población y desarrollo social.

En el cuadro anterior se evidencia que hay mayor cantidad de personas que gastan menos de 20 dólares como gastos totales en salud, y pocas personas que gastan más de 80. Como gastos per. Cápita están en mayor número los que gastan menos de 5 dólares y disminuyendo las que gastan más de 15 dólares. Cuando las personas están enfermas están en mayor número las que gastan menos de 5 dólares, y menos las personas que gastan más de 15 dólares.

En la siguiente tabla se demuestra que en mujeres de 15 a 19 años hay cifras altas de embarazos tanto en área o región, y por lo tanto habrá mayor cantidad de embarazos en riesgo. Una de cada cinco adolescentes de 15 a 19 años de edad ha tenido al menos un embarazo, la mitad de los embarazos son producto de relaciones pre maritales.

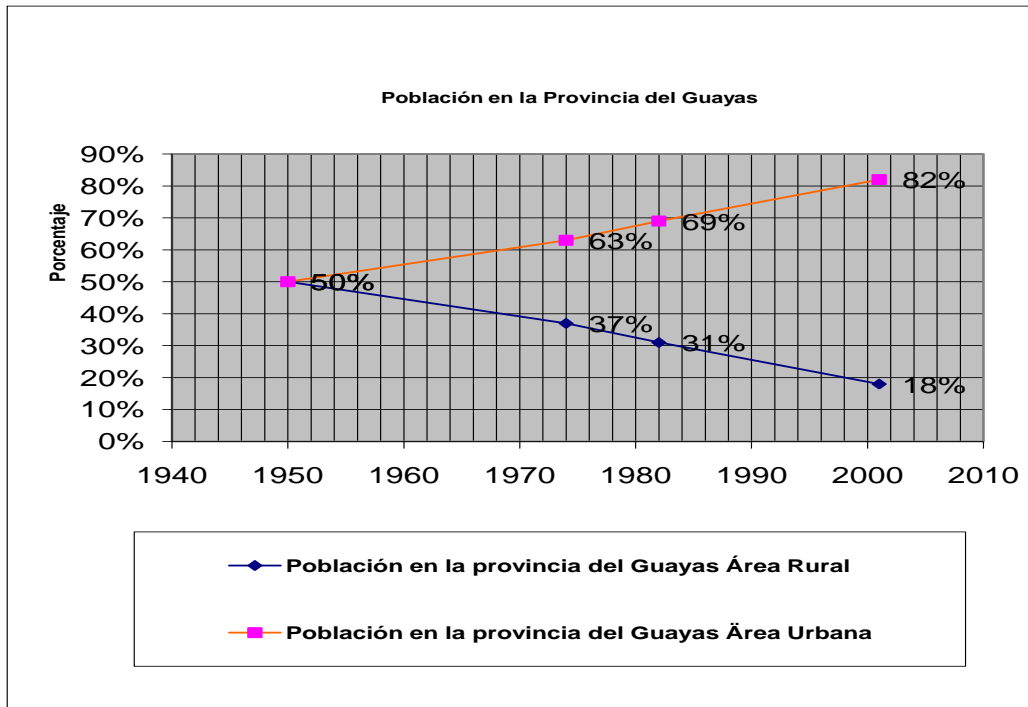
Tasas específicas de fecundidad por edad y tasa global de fecundidad, por área y región, 2004(\*)  
(Tasas por 1.000 mujeres)

GRUPOS DE EDAD	ÁREA		REGIÓN			
	Urbana	Rural	Costa	Sierra	Amazonía	Insular
15 – 19	87	119	111	87	121	76
20 – 24	158	206	184	168	205	127
25 – 29	137	180	159	143	201	117
30 – 34	107	139	121	113	161	129
35 – 39	65	87	67	77	105	46
40 – 44	16	49	21	35	47	0
45 – 49	3	4	2	4	(**)	(**)
TGF	2,87	3,92	3,32	3,14	4,20	2,74

(\*) De julio 1999 a junio 2004 (\*\*)  
Pocos casos para calcular la tasa-  
FUENTE: ENDEMAIN 2004 Información  
del centro de estudios de población y  
desarrollo social.

Los siguientes gráficos presentan la evolución de la población urbana y rural de la provincia del guayas según los censos de los años 1950, 1974, 1982 y 2001, la población urbana y rural se manifiesta en la siguiente forma, lo cual indica la influencia migratoria del campo a la ciudad y el aumento progresivo de la población en las áreas urbanas. 2

2 Fuente: Publicación: Difusión resultados definitivos de VI censo de población y V de vivienda 2001julio2002 INEC.



Fuente: Publicación: Difusión resultados definitivos de VI censo de población y V de vivienda 2001 julio 2002 INEC.

Gráfico realizado por los autores

**Población en la provincia del Guayas**

Años	Área Rural	Área. Urbana
1950	50 %	50 %
1974	37 %	63 %
1982	31 %	69 %
2001	18 %	82 %

Gráfico realizado por los autores

Esta migración produce la proliferación de barrios marginales, con los consiguientes problemas de inseguridad, sanitaria, desocupación, vivienda y hacinamiento.

De acuerdo a los datos provenientes de la notificación mensual de la oficina de epidemiología del Ministerio de Salud en Ecuador, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial han experimentado un incremento sostenido en el periodo 1994 – 2009, ascenso notablemente más pronunciado en los tres últimos años. Para el 2009, los casos notificados fueron de 68,355 y 151,821 para diabetes Mellitus e hipertensión arterial respectivamente.

En el periodo 2000 a 2009, la incidencia de diabetes mellitus se incrementó de 80 por 100,000 habitantes a 488, mientras que la hipertensión arterial pasó de 256 a 1084 por 100,000 habitantes en el mismo periodo. Para ambas enfermedades, las tasas son marcadamente más elevadas en las provincias de la costa que en el resto del país aunque para la diabetes, la zona insular le sigue en importancia. Su incidencia es mayor en la mujer.

#### Condiciones de Vida en Bastión Popular.

##### Hacinamiento en Bastión Popular

Se considera como normal una relación de dos personas por dormitorio, por tanto, existirá hacinamiento cuando en promedio existen 3 o más personas por dormitorio.

Los resultados de la Encuesta del Sistema de Información Social realizada en el año 2006, permiten sostener que el 57,3% de los hogares tienen 3 o más personas por dormitorio, es decir más de la mitad de los hogares de esta área de desarrollo viven en condiciones de hacinamiento.

Del total de hogares, el 38,3% tienen condiciones de hacinamiento moderado (3 y 4 personas por dormitorio) y el 19,0% son considerados con hacinamiento crítico (cinco personas o más por dormitorio), como se muestra en la siguiente Tabla.

Condición de hacinamiento. Año 2006

Hacinamiento	%
Sin Hacinamiento	42,7
Hacinamiento moderado	38,3
Hacinamiento crítico	19,0
Total	100,0

Fuente: INEC-MIMG. Encuesta del Sistema de Información Social ESIS 2006

Se evidencia la necesidad de mejorar las condiciones de habitabilidad, en la medida que, el grado de hacinamiento familiar es un indicador fundamental para analizar niveles de la calidad de vida y de la pobreza, aunque el indicador, merece incorporar en su medición el espacio vital, el área construida y las características arquitectónicas de las viviendas.

#### Eliminación de aguas servidas

La principal forma de eliminación de las excretas en los hogares de Bastión Popular es a través del “inodoro y pozo séptico” que representa el 77,9%; seguido por “inodoro y pozo ciego” con 13,2%; independiente de si el sistema es de uso exclusivo o compartido con otros hogares (ver Tabla). Es de destacar que el servicio de alcantarillado llega a 1 de cada 20 hogares en Bastión Popular.

Tipo de Servicio Higiénico de los Hogares. Año 2006

Tipo de Servicio Higiénico	%
Inodoro y alcantarillado	5,2
Inodoro y pozo séptico	77,9
Inodoro y pozo ciego	13,2
Letrina	1,4
No tiene	2,3
Total	100,0

Fuente: INEC-MIMG. Encuesta del Sistema de Información Social ESIS 2006

De acuerdo con la Encuesta del Sistema de Información Social, que entiende por “discapacidad” toda “limitación en la actividad” y “restricción en la participación”, que se origina en una “deficiencia” y que afecta a una persona en forma permanente para desenvolverse en su vida cotidiana dentro de su entorno físico y social; se puede observar en la Tabla siguiente, que de la población que declaró alguna discapacidad, el “daño físico evidente y dificultad para moverse o caminar” representa el 28,5% de los casos, seguido por las discapacidades “es sordo u oye muy poco, a pesar de usar audífonos” y “trastorno psicológico” con el 12,7 y 11,8% respectivamente.

## Discapacidad en la población

Porcentaje población tipo Discapacidad, según grupos de edad Año 2006

3

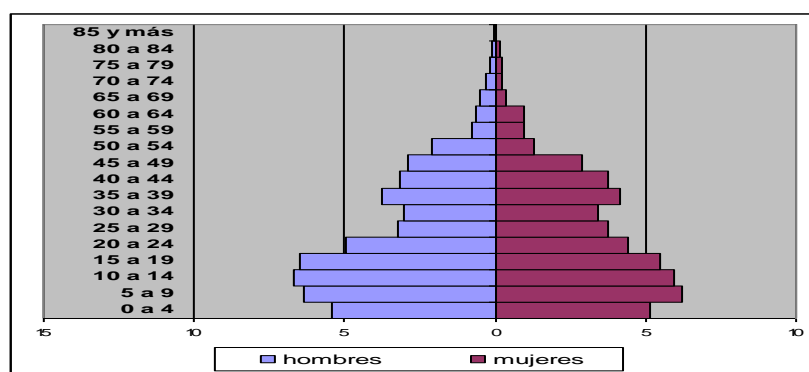
Tipo de Discapacidad	0 a 5	6 a 14	15 a 64	65 y más	total
Para ver, a pesar de usar lentes	0,0	0,0	6,2	0,0	6,2
Daños físicos evidentes, dificultad para moverse o caminar	3,0	5,3	18,0	2,2	28,5
Es sordo u oye muy poco, a pesar de usar audífonos	0,0	3,2	9,5	0,0	12,7
Retardo mental	0,0	6,0	3,0	0,0	9,0
Trastorno psicológico	0,0	0,0	11,8	0,0	11,8
Enfermedad psiquiátrica	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
No puede hablar, tartamudea, no se le comprende al hablar	0,0	0,0	3,2	0,0	3,2
Múltiple (dos o más de las anteriores)	0,0	5,3	3,0	0,0	8,3
Para respirar, orinar o digerir alimentos	2,8	0,0	0,0	0,0	2,8
Debido a enfermedades permanentes que generan dependencia u órganos internos dañados	3,0	2,3	0,0	6,0	11,3
Otro tipo	0,0	6,2	0,0	0,0	6,2
Total	8,8	28,3	54,7	8,2	100,0

Fuente: INEC-MIMG. Encuesta del Sistema de Información Social ESIS 2006

### Pirámide o estructura poblacional en Bastión Popular

La estructura por grandes grupos de edad demuestra que la población de Bastión Popular es todavía relativamente joven, donde casi 2 de cada 5 habitantes tiene menos de 15 años de edad. Expresada su estructura en el siguiente gráfico, se muestra una pirámide poblacional de edades de base ancha con contracción en el grupo de 0 a 4 años de edad.

Pirámide Poblacional Bastión Popular.



Fuente: INEC-MIMG. Encuesta del Sistema de Información Social ESIS 2006

### Conocimiento y acciones para prevenir el SIDA

3 La información generada para subgrupos poblacionales debido al error<sup>5</sup> de muestreo disminuyen la precisión de los indicadores que se calculen a partir de ellos, se recomienda para los análisis un uso limitado de este tipo de información. Los errores muestrales resultan de la diferencia de haber investigado sólo a una muestra y no a toda la población.

El 92,1% de las personas de 12 años y más de edad declararon “conocer” sobre la enfermedad del SIDA; en tanto que, existe un 7,9% que declararon “no conocerla”, lo que debe tenerse en cuenta para las campañas de difusión orientadas a la prevención.

De las personas que declararon tener conocimiento sobre la enfermedad del SIDA y con respecto a las acciones para prevenir, el 97,7% conoce sobre el “uso del preservativo o condón” y el 92,8% conoce la “abstinencia” como medio de prevención. Llama la atención que el 27,9% de la población que conoce acerca del SIDA, piensa que los “medicamentos” sirven para prevenir la enfermedad lo que muestra el desconocimiento sobre el tema que tienen algunos habitantes de Bastión Popular (ver Tabla).

Porcentaje de población con conocimiento sobre las acciones para prevenir el SIDA. Año 2006

Acciones de prevención	Si conoce	No conoce	No sabe
Preservativo o condón	97,7	1,8	0,5
Abstinencia	92,8	6,4	0,8
Medicamentos	27,9	62,7	9,4

INEC-MIMG. Encuesta del Sistema de Información Social ESIS 2006

Sobre los habitantes de Bastión Popular que conocen sobre la enfermedad del SIDA y sus formas de contagio, el 98,8% conoce sobre las “relaciones sexuales sin condón”, el 90,6% de “madre embarazada que contagia con el virus a hijo”, el 95,3% “transfusiones de sangre contaminada” y el 95,0% con el uso de “jeringas reutilizadas e infectadas” (ver Tabla).

Porcentaje de población con conocimiento sobre las formas de contagio del SIDA. Año 2006

Formas de contagio	Si conoce	No conoce	No sabe
Relaciones sexuales sin condón	98,8	0,8	0,4
Madres embarazadas contagiadas	90,6	7,0	2,4
Transfusiones de sangre contaminada	95,3	3,2	1,5
Jeringas reutilizadas e infectadas	95,0	3,4	1,6

Fuente: INEC-MIMG. Encuesta del Sistema de Información Social ESIS 2006



### Control de Niño Sano

El control del niño sano, se refiere a la asistencia regular a algún consultorio o establecimiento de salud donde se supervisa cómo crece el niño, se previenen enfermedades a través de la detección de alteraciones en su desarrollo y se educa a la familia para que aplique hábitos sanos de higiene y alimentación. Se realizan controles del niño sano siempre que la visita al establecimiento de salud no sea solamente por vacunaciones.

De los niños y niñas menores de cinco años residentes en el área de desarrollo de Bastión Popular se determina que el 44,3% acude a “controles del Niño Sano”, de este total, el 25,3% es “menor de un año” y el 74,7% tiene “entre uno y cuatro años de edad” (ver Tabla).

Porcentaje de niños y niñas que acuden al control del Niño Sano. Año 2006

Grupos de edad	SI	NO	TOTAL
Menor de 1 año	11,2	10,1	21,3
De 1 a 4 años	33,1	45,6	78,7
Total	44,3	55,7	100,0

Fuente: INEC-MIMG. Encuesta del Sistema de Información Social ESIS 2006

### Inmunización

La cobertura de inmunización o vacunación de los niños y niñas menores de 5 años de edad que habitan en Bastión Popular es del 98,5% con respecto a la “BCG (Vacuna del nacimiento)”, la “OPV (Antipolio)” tiene una cobertura del 94,9%, y la “triple viral” y la “Pentavalente” presentan una tasa del 85,2% cada una, con una cobertura inferior al resto de las vacunas investigadas, sin embargo debe considerarse que estas vacunas son aplicadas recién a partir de los últimos años por parte del Ministerio de Salud Pública (ver Tabla).

Porcentaje de niños y niñas Inmunizados, por tipo de vacuna. Año 2006

Tipo de vacuna	SI	NO
BCG	98,5	1,5
OPV	94,9	5,1
Pentavalente	85,2	14,8
Triple Viral	85,2	14,8

Fuente: INEC-MIMG. Encuesta del Sistema de Información Social ESIS 2006

### Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA)

La prevalencia de EDA, iniciada durante las dos últimas semanas al día del levantamiento de la encuesta, en los niños y niñas menores de cinco años es del 15,0% en el área de desarrollo investigada. Sin embargo, al desagregar este indicador de acuerdo a las edades de los niños y niñas, se observa que el porcentaje más alto de niños y niñas menores de cinco años que presentaron EDA es en aquellos que tienen “un año de edad” (5,8%), seguido por los que tienen “menos de un año” con 3,7% (ver Tabla).

Porcentaje de niños y niñas que durante las dos últimas semanas presentaron EDA. Año 2006

Edades	SI	NO	Total
Menos de 1 año	3,7	18,9	22,6
1 año	5,8	13,7	19,5
2 años	1,9	17,9	19,8
3 años	1,2	16,9	18,1
4 años	2,4	17,6	20,0
Total	15,0	85,0	100,0

Fuente: INEC-MIMG. Encuesta del Sistema de Información Social ESIS 2006

### Infecciones Respiratorias Agudas

Entre las enfermedades infantiles más frecuentes en nuestro medio y que son causa de morbilidad y mortalidad infantil se encuentran las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA). La prevalencia del IRA en el área de desarrollo de Bastión Popular es de casi 32 por cada 100 niños o niñas menores de cinco años. El mayor porcentaje corresponde a los niños y niñas de “1 año” y “menos de un año” de edad, con el 7,7 y 7,3% respectivamente (ver Tabla).

Porcentaje de niños y niñas que durante las dos últimas semanas presentaron IRA. Año 2006

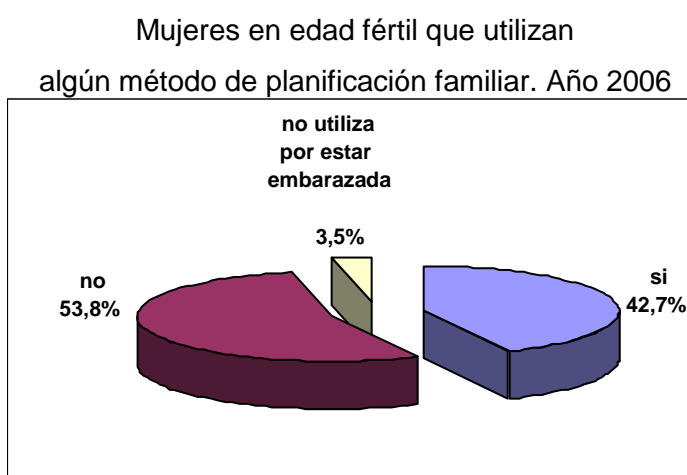
Edades	SI	NO	Total
Menos de 1 año	7,3	15,3	22,6
1 año	7,7	12,2	19,9
2 años	4,2	15,6	19,8
3 años	5,6	12,4	18,0
4 años	6,8	12,9	19,7
Total	31,6	68,4	100,0

Fuente: INEC-MIMG. Encuesta del Sistema de Información Social ESIS 2006

## Planificación Familiar

El 9,2% de las mujeres entre los 12 y 49 años de edad consultadas y consideradas para los fines de la investigación, en Edad Fértil (MEF), expresaron que “no conocen” acerca de los métodos de planificación familiar y el 90,8% declara “si conocerlos”.

De las Mujeres en Edad Fértil (MEF) que conocen acerca de los métodos de planificación familiar, el 42,7% dijeron que “los utilizan”, el 53,8 % “no los utiliza”, y el 3,5% de las MEF “no utiliza los métodos de planificación familiar porque está embarazada” (ver Gráfico).



Fuente: INEC-MIMG. Encuesta del Sistema de Información Social ESIS 2006

Con respecto a los métodos de planificación familiar de mayor frecuencia en su uso, están en orden de importancia.

### Métodos de planificación familiar utilizados por las MEF. AÑO 2006

Método de planificación familiar	%
Ritmo	4,9
Retiro	2,6
Píldora Anticonceptiva	23,1
DIU (espiral, T de cobre, etc.)	20,0
Condón	2,2
Inyección	13,0
Vasectomía	0,0
Ligadura	33,8
Otro	0,4
Total	100,0

Fuente: INEC-MIMG. Encuesta del Sistema de Información Social ESIS 2006

la ligadura (33,8%), la píldora anticonceptiva con el 23,1%, el DIU (espiral, T de cobre) (20,0%), entre otros (ver tabla).

## Indicadores Antropométricos

Con el objeto de evaluar el estado nutricional, crecimiento y estado de salud de la población menor de cinco años del cantón Guayaquil, se efectuaron mediciones, mediante el uso de instrumentos antropométricos, del peso y la talla o estatura, de los niños y niñas menores de cinco años de edad. Las mediciones se efectuaron en los hogares de los niños y la determinación de las edades se realizó utilizando la fecha de nacimiento y el día de la visita al hogar. Para el cálculo de los indicadores antropométricos se utilizó el programa WHO Anthro 2005<sup>4</sup>, que utiliza los estándares de la Organización Mundial de la Salud para evaluar el crecimiento y desarrollo infantil.

Los indicadores antropométricos: talla/estatura para edad, peso para edad y peso para talla/estatura, se obtienen comparando las mediciones de talla y peso de los niños y niñas con los valores de referencia recomendados por la OMS y se utiliza el corte de -2 desviaciones estándares (DE) o puntuaciones Z con respecto al promedio para construir los indicadores de desnutrición, es decir, los niños y niñas que se encuentren por debajo de este límite serán considerados, desnutridos.

De acuerdo a la información obtenida del estudio de un total de 214 casos (ver Tabla), se determina que el 12,8% de los niños y niñas menores de cinco años de edad residentes en el área de desarrollo de Bastión Popular tienen talla o estatura baja para su edad, este indicador es convencionalmente utilizado para definir la “desnutrición crónica” o a largo plazo.

Por otro lado, el 2,0% de los niños y niñas de Bastión Popular, presentan peso bajo para su talla o estatura, la descripción adecuada de este indicador es de “delgadez” y puede, cuando se conoce de procesos patológicos, describir situaciones graves y recientes de pérdida considerable de peso como consecuencia del hambre o enfermedad. El término “desnutrición aguda” es usualmente utilizado para describir este indicador, sin embargo la deficiencia puede ser resultado de un problema crónico en algunas comunidades 4

Uno(a) de cada cuatro niños(as) menores de 5 años presenta desnutrición crónica, tres veces más alta en hijos(as) de madres sin educación formal con

---

<sup>4</sup>WHO Anthro 2005, Beta version Feb 17th, 2006: Software for assessing growth and development of the world's children. Geneva: WHO, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/software/en/> ).

<sup>5</sup> OMS, El estado físico: uso e interpretación de la antropometría, Ginebra, 1995, pág. 195

respecto a los(as) de aquellas que tienen estudios superiores, y el doble entre niños(as) de indígenas comparado con los(as) de mestizas.

En cuanto al indicador de peso bajo para la edad, se tiene que el 3,7% de los niños y niñas tienen peso bajo para su edad, este indicador se lo emplea para describir la “desnutrición global”.

Indicadores Antropométricos de desnutrición  
Niños y niñas de 0 a 59 meses de edad. Año 2006 <sup>5</sup>

Indicador antropométrico	Prevalencia de desnutrición (% < -2 DE)
Talla/estatura baja para edad (desnutrición crónica)	12,8
Peso bajo para talla/estatura (desnutrición aguda)	2,0
Peso bajo para edad (desnutrición global)	3,7

Fuente: INEC-MIMG. Encuesta del Sistema de Información Social ESIS 2006

Con respecto a la calidad de los datos, se observa que los promedios de los puntajes z de la población investigada son menores que cero tanto para los indicadores de talla/estatura para edad y peso para edad; el indicador peso para talla/estatura es cercano a cero, este resultado es consistente a los datos de prevalencia de desnutrición y muestra si la distribución se ha desplazado o no con respecto a la población referencia que tiene un promedio de puntaje z igual a cero. Por otro lado, los datos de las desviaciones estándar de los indicadores cercanos a 1 indican la adecuada calidad de los indicadores de desnutrición calculados a través de la encuesta (ver Tabla).

Promedio y desviación estándar de los Indicadores Antropométricos  
Niños y niñas de 0 a 59 meses de edad. Año 2006

Indicador antropométrico	Promedio de puntaje z	Desviación estándar
Talla/estatura para edad	- 1,1	1,34
Peso para talla/estatura	0,26	1,19
Peso para edad	- 0,26	1,55

Fuente: INEC-MIMG. Encuesta del Sistema de Información Social ESIS 2006

<sup>5</sup> Valores basados en estándares de la Organización Mundial de la Salud.

Debido a la inequidad y falta de accesibilidad para ser atendido en un servicio de salud, sumado a esto las dificultades en las comunidades, por la existencia de insalubridad en cuanto a déficit en la recolección de basura, proliferación de roedores y mosquitos, áreas verdes desatendidas, escasez de auténticos líderes comunitarios preocupados por su entorno, el aumento de las enfermedades crónico degenerativas, la desnutrición en niños menores de 5 años, el embarazo precoz en mujeres de 15 años, la incidencia de patologías digestivas, respiratorias, la propagación del SIDA en la cual Guayaquil es la que predomina en casos, el escaso gasto de los gobiernos en salud, que tiene como promedio el 5 % del presupuesto general del estado y la escasa disponibilidad económica para la salud, por la pobreza y extrema pobreza en las familias, el hacinamiento en los hogares y la migración imparable del campo a la ciudad, más la delincuencia, a lo que se suma la falta de información de parte de las instituciones para prevenir todos estos males, forman los campos en base a los cuales se decidió hacer un estudio de factibilidad para hacer posible la creación de un Centro Médico en Bastión Popular de la ciudad de Guayaquil y que a pesar que hay instituciones que brindan servicios de salud en el sector no abarca la gran demanda por la cantidad de habitantes.

(No se recomienda que una sola unidad médica atienda núcleos demográficos mayores de 50000 a 60000 usuarios.) 6

### Objetivo general

Elaborar un estudio de factibilidad para la creación de un centro médico en el área urbana marginal de Bastión Popular de la ciudad de Guayaquil.

### Objetivos específicos

1. Elaborar un análisis de percepción de los servicios de salud recibido por la comunidad,
2. Analizar la demanda potencial para el Centro Médico en el sector de Bastión Popular.
3. Analizar las herramientas administrativas, rentabilidad y sostenibilidad necesarios para el funcionamiento del Centro Médico.
4. Elaborar la propuesta de creación del Centro Médico en el sector de Bastión Popular.
5. Elaborar la evaluación y financiamiento del proyecto.

## **CAPÍTULO I: CENTROS MÉDICOS Y SU APOORTE A LA COMUNIDAD**

### **1.1 Definición**

El Centro de Salud es una unidad operacional de consulta externa, que dispone de los medios necesarios para producir acciones de salud integral y está ubicada preferentemente a nivel de cabeceras provinciales y cantonales. Ofrecerá atención tanto a la persona sana como a la enferma, pudiendo ser ésta ambulatoria, de hospitalización o domiciliaria. <sup>7</sup>

El centro de salud o centro de atención primaria, se refiere al sitio o edificio donde se atiende a la población en un primer nivel de asistencia sanitaria, entendiendo que el personal asistencial del mismo puede variar de un país a otro y de un centro a otro. Se ubican en una población usuaria esencialmente urbana o localidad de mayor concentración demográfica.

Los habitantes de un área geográfica, al desplazarse caminando hacia el centro comunitario deberá ser de 20 a 30 minutos, y en caso de población usuaria dispersa a una hora de desplazamiento por los medios habituales de transporte. Tienen la capacidad de atender de 15000 a 30000 personas.

El personal requerido para atender de 15000 a 30000 personas puede ser de:

7 a 15 Médicos generales	1 Profesional y 2 auxiliares de laboratorio
2 a 7 Promotores de salud	1 Médico radiólogo
2 Odontólogos generales	3 Agentes de limpieza y transporte
2 Auxiliares de odontología	3 Veladores
3 a 6 Auxiliares de enfermería	4 Oficiales administrativos.

#### **1.1.1 Los Centros de Salud y el trabajo en la comunidad**

Desde su creación en Junio de 1967, el MSP (Ministerio de Salud Pública), estructuró su atención por niveles, siendo el nivel primario, la atención que se da en Centros (CS) y subcentros de Salud (SCS) del País, abordando la atención primaria hacia dos campos de atención: el asistencial y el preventivo.

En la atención asistencial, se hace tratamiento con el equipo de salud, las patologías prevalentes entre ellas infecciosas, degenerativas y crónicas,

<sup>7</sup> Fuente: Cuentas Satélite de la Salud 2003. Pág. 162 Publicación del INEC



derivándose al segundo y tercer nivel aquellas patologías que requieren aplicación de metodología diagnóstica de mayor complejidad, utilización de quirófanos y hospitalización, se aborda el control y cuidado del embarazo, así como la detección de noxas que podrían repercutir en la alteración de la salud madre-feto.

En atención preventiva, y promoción de la salud, los CS (centros de salud) y SCS (subcentros de salud) desarrollan algunos programas, realizados en forma tanto intramural como extramural. Entre los más difundidos y que se vienen desarrollando exitosamente, como pilares de la APS (Atención Primaria de Salud), está el PAI (programa ampliado de inmunizaciones), con coberturas de vacunación que cumplen metas internacionales y con el incremento de protección a un mayor número de patologías prevalentes infecciosas bacterianas, como la Hib (Haemophilus influenzae tipo B), Antineumococcica, Virales como la HB (hepatitis B), SRP (Sarampión, Paperas, Rubéola), Rota virus, Influenza estacional, influenza Ah1n1, y fiebre amarilla. Otros programas son Salud del Adulto con enfermedades degenerativas crónicas, Salud del adolescente, Salud de adulto mayor, Salud escolar, etc.

Estos programas, se han robustecido, a través de la implementación del Proyecto EBAS (equipo básico de salud), que desde febrero del 2007, se implementan en todas las aéreas de salud, con la participación de profesionales médicos, obstetras, odontólogos, enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería y promotores de salud.

El equipo EBAS, promueve la salud en la comunidad., con charlas educativas, promociona el servicio de atención del CS, o SCS, da asistencia IN SITU, detectando patologías, que van a ser resueltas en el primer nivel,

Todo este esfuerzo sirve para asegurar la inmunización universal y equitativa de la población objeto del Programa, usando vacunas de calidad y gratuitas que satisfagan al usuario, como resultado de aplicar una gerencia con Vigilancia Epidemiológica efectivas y eficientes en todos los niveles, que involucre a los diferentes actores del Sistema Nacional de Salud.

El esquema de vacunación en los últimos años ha sido modificado por la introducción de nuevas vacunas como: SRP (sarampión, paperas, rubéola) Pentavalente (Difteria, tétanos y tos ferina +Hepatitis B+ Haemophilus influenzae tipo B), Rota virus, Hepatitis B, y Fiebre Amarilla en la Región Amazónica. Por lo que se ha obtenido el control de enfermedades:

- Ocho años sin Fiebre Amarilla.
- Dieciocho años sin poliomielitis.
- Doce años sin Sarampión.
- Cuatro años sin casos de Rubéola.
- Disminución de casos de tos ferina.
- Ausencia de casos de difteria.
- Disminución de la tendencia de neumonías y meningitis por Hib.
- Fortalecimiento de la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Inmunoprovenibles.
- Salud del Adulto-Enfermedades Crónicas no Transmisibles(ECNT)

Al referirse a enfermedades crónicas no transmisibles(ECNT), no se transmiten por medio de microorganismos, son enfermedades que pueden ser adquiridas por herencia en forma congénita y muchas son idiopáticas; la mayoría de enfermedades crónicas se deben a factores de riesgo modificables, a los que se expone el individuo durante el ciclo de vida (concepción, nacimiento, crecimiento desarrollo, reproducción y muerte), como la mala alimentación, el sedentarismo, Los síntomas se manifiestan en algún momento de la vida y su tratamiento requiere de la modificación de los factores de riesgo (estilos de vida) y en ocasiones necesita de tratamiento farmacológico.

Hay factores de riesgo no modificables que son parte del desarrollo de las ECNT, como la edad, sexo, etnia.

Muchos determinantes sociales como la educación y la pobreza contribuyen o son factores de riesgo que permiten el desarrollo de enfermedades crónicas no trasmisibles: estrés, algunas costumbres como fumar o tomar alcohol.

La atención integral a adolescentes, reconoce a las y los adolescentes y jóvenes como sujetos de derechos y protagonistas de su propio desarrollo, y busca

garantizar el derecho a la salud integral de las y los adolescentes con énfasis en la salud sexual y la salud reproductiva.

En la atención del adulto mayor, en esta línea de pensamiento y acción, tomando en cuenta el marco jurídico actual: Constitución de la República del Ecuador 2008, Capítulo tercero “Derecho de las personas y grupos de atención prioritaria”.

Art 35, Art 36, Art 38. Que se relacionan con los derechos de la población adulta mayor, a la salud especializada y gratuita, a la seguridad y participación entre otros, elabora y promulga los siguientes instrumentos técnicos normativos, que sustentan el quehacer de todo el personal multidisciplinario que atiende a este grupo poblacional: “Políticas de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor” Acuerdo Ministerial N° 000153- Año 2007 “Programa Nacional de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor”, Acuerdo Ministerial N° 0000000415.Año 2008.

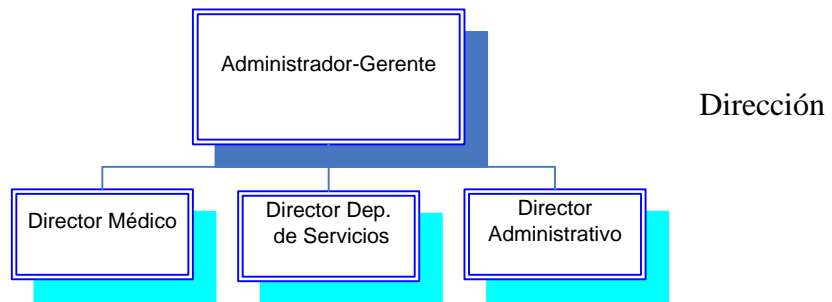
- “Guías Clínicas Geronto-geriátricas de Atención Primaria de Salud” Acuerdo Ministerial N° 0000000498. Año 2008.

- “Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de los y las Adultas Mayores”, Acuerdo Ministerial N°000000132, Registro Oficial N° 217 18 de Junio del 2010, el enfoque central es el modelo continuo, asistencial y progresivo, que permite adaptar el Sistema de Salud a las necesidades y condiciones de comorbilidad, fragilidad y dependencia de la población adulta mayor.

### **1.1.2 Estructura funcional del centro médico.**

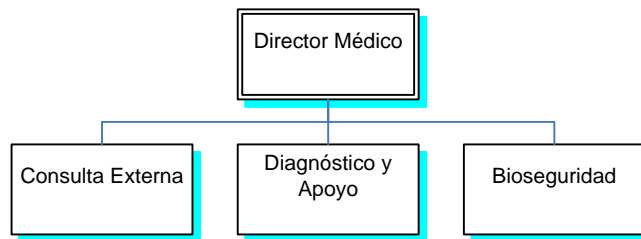
Las estructuras funcionales no son exclusivas de los negocios, los miembros de los departamentos funcionales comparten destrezas técnicas, intereses y responsabilidades. El punto clave es que los miembros de cada función trabajen adecuadamente dentro de sus áreas de habilidad. Las desventajas potenciales o barreras funcionales se refieren a la falta de comunicación, coordinación y solución de problemas en las diferentes funciones.

A continuación la estructura funcional de una organización y sus distintos departamentos. 8



Elaborado por: Los autores

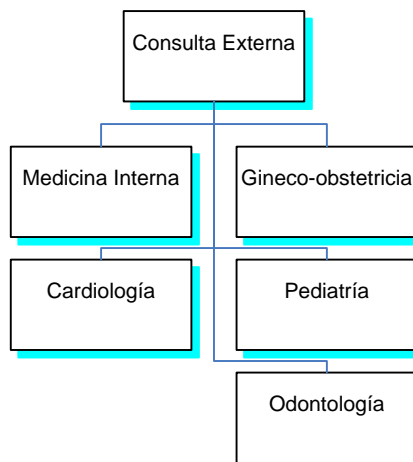
El Director Médico a su vez coordina y establece normas de calidad en la atención a los usuarios en la consulta externa, la relación y comunicación con el Departamento de Diagnóstico y apoyo, además dirige un comité de Bioseguridad que a su vez es formado por la reunión de todos los jefes departamentales.



Elaborado por: Los autores

Cada departamento tiene un jefe responsable de esta área y se reunirá periódicamente con el gerente dando su informe.

A continuación la estructura del Departamento de Consulta Externa:

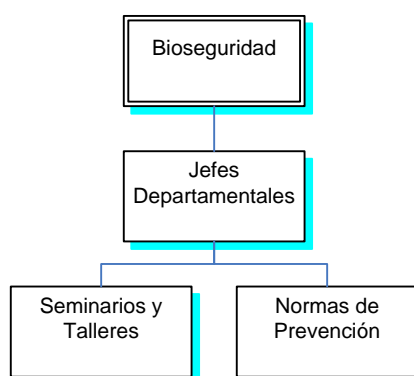


Elaborado por: Los autores

El cual contará con un jefe médico responsable. Será el encargado de organizar el funcionamiento y calidad de la atención a los usuarios en todas las especialidades y áreas.

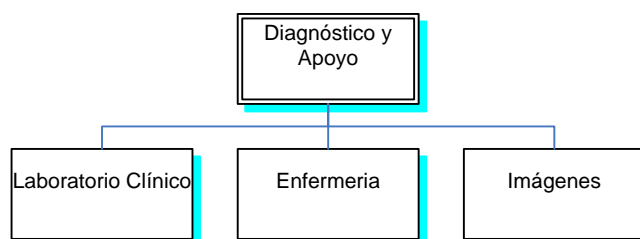
El Departamento de Bioseguridad:

Bioseguridad es el término empleado para reunir y definir las normas relacionadas con el comportamiento preventivo del personal del hospital frente a riesgos propios de su actividad diaria, esta integrado por los jefes departamentales y establece las normas de bioseguridad tanto a los visitantes como a los pacientes o a trabajadores del hospital, sobre equipos o lugares dentro del hospital y así evitar riesgos prevenibles en su gran mayoría, además dicta charlas y normas actualizadas en forma permanente. 9



Elaborado por: Los autores

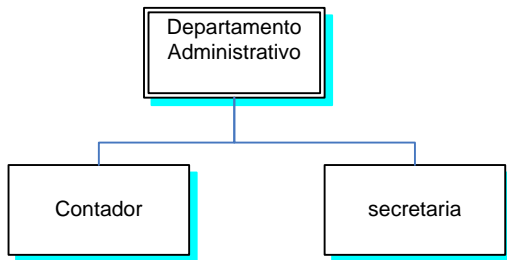
### **Estructura del departamento de diagnóstico y apoyo.**



Elaborado por: Los autores

En diagnóstico y apoyo se elegirá un jefe responsable de la atención y su eficiencia.

## Estructura del departamento administrativo

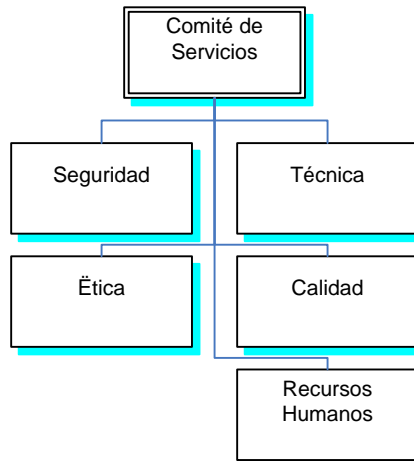


El departamento administrativo consta del contador y la secretaria y llevan el Control de asistencia, estadística, contabilidad, control del personal de servicio y mantenimiento.

Elaborado por: Los autores

Se establecerá un comité de servicios que se debe reunir mensualmente y estará integrado por cada uno de los jefes departamentales.

### Del comité de servicios.



Elaborado por: Los autores

El comité de servicios establecerá normas de seguridad e integridad tanto del personal como también de los usuarios, evitando que sucedan actos desagradables en contra de los pacientes, siempre con prevención, también realizará continuamente simulacros de evacuación en caso de contingencias como desastres o incendios.

Este comité de servicios también elaborará normas estrictas de ética y responsabilidad de parte del personal y de los profesionales, estableciendo las respectivas sanciones de acuerdo a cada caso en particular. Además elaborará un programa de mantenimiento del material de uso médico y equipos de uso

tecnológico. A su vez integrará el comité de la calidad de atención y nombrará a los responsables de cada proceso.

## **1.2 La atención primaria de salud (APS)**

Forma parte del sistema nacional de salud del que constituye la función y núcleo principal, es el primer nivel de contacto del individuo, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible del lugar de residencia y trabajo la atención de salud y pueden ser capaces de resolver 80 % de los problemas en la atención médica para la comunidad, realizando tareas como:

- Atención odontológica a grupos prioritarios
- Detección oportuna de enfermedades crónico-degenerativas
- Capacitación y adiestramiento a personal auxiliar de la comunidad
- Conocimiento del nivel de salud individual, familiar y comunitaria
- Control y vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles
- Orientación nutricional a niños menores de 4 años, mujeres embarazadas y adultos mayores
- Orientación y capacitación de la población usuaria para el cuidado de la salud, mediante la formación de grupos como son: comité de salud, grupos juveniles, embarazadas, madres con lactancia materna, etc.
- Promoción, control para el saneamiento ambiental.
- Vacunación, control de enfermedades previsibles, vacunación a menores de 5 años, vacunación contra tuberculosis.
- Consulta médica general por grupos de enfermedad, que comprende: sanos, enfermos, planificación familiar, control de embarazo y puerperio normal, detección de incapacidades y referencias para su tratamiento y rehabilitación, atención y referencias de urgencias médico-quirúrgicas.
- Referencia del paciente al Hospital general. 10

La población por atenderse puede encontrarse en áreas urbanas o en pequeñas comunidades o dispersa en áreas rurales o en sectores cercanos a las ciudades y muchas veces se realiza el servicio de salud en un sector situado estratégicamente para atender a varias comunidades pequeñas y cuyo personal sería un médico rural y un promotor de salud. Según este criterio en APS se asigna 2500 personas a un equipo interdisciplinario de salud, por lo tanto los

consultorios diseñados para el sistema tienen capacidad para atender de 2500 a 5000 habitantes mediante dos consultorios, hasta 15000 habitantes con 6 consultorios, 30000 personas mediante 12 consultorios en las urbes mayores.

La tabla siguiente representa los 10 factores principales de riesgo individual en países en desarrollo, anotamos que cada uno de estos factores de riesgo es modificable y la mayoría de estas condiciones pueden ser prevenibles, controladas o tratadas en escenarios de Atención Primaria de Salud (OPS/ OMS 2003) <sup>11</sup>

1- Bajo peso-mal nutrición infantil	6- Hipertensión arterial
2.- Consumo de cigarrillos.	7- Hipercolesterinemia.
3.- Humo de cocinar o Calefacción.	8.- Abusos de alcohol
4.- Sexo sin protección	9.- Anemia por déficit de hierro.
5.- Condiciones de agua y saneamiento.	10.-Obesidad.

La atención primaria de Salud implementada en el Centro Médico, tomará en cuenta las causales del cuadro anterior en forma responsable, y orientada más a la prevención y salud familiar.

Mejorar la atención en lo que se refiere a los otorgamientos de cupos en los servicios de salud es algo prioritario, formaría parte de la mejora continuada para satisfacer las expectativas de los usuarios.

### **1.3 Niveles de atención en salud**

#### **1.3.1 I nivel**

En este nivel se atiende el 80 % de la demanda de pacientes.

En el Ecuador encontramos los puestos de salud que se ubican en áreas rurales con poblaciones de más o menos 5000 habitantes, con atención médica por días o por horas de acuerdo a la demanda a atender, y es atendida por un médico

---

<sup>11</sup> Renovando la atención Primaria de Salud en América Documento posesión de la Organización Panamericana de la Salud/OMS.



general itinerante y atención de auxiliar de enfermería permanente, puede realizar referencia de pacientes al SCS.

En el sub. Centro de salud (SCS) se ofrece servicios de enfermería permanente, consulta médica y odontológica de 8 horas por día y ejecuta actividades básicas para control de factores de riesgo en el medio ambiente, realiza actividades de educación para la salud, cuenta con camas de observación, y se encuentran en las parroquias rurales con poblaciones entre 5000 a 20000 habitantes, es atendida por el médico rural, un odontólogo rural, una auxiliar de enfermería, una obstetra itinerante.

### **1.3.2 II nivel**

En el II nivel se atiende el 15 % de la demanda de pacientes.

Encontramos los Centros de salud-Hospital, están ubicados en los cantones y grandes ciudades, con atención de 8 horas diarias y servicio de urgencias permanente, medicina general y especialistas esenciales como son, pediatría, gineco-obstetricia con atención de partos y cesáreas, cirujano general itinerante para intervenciones menores, Cuenta con Odontología general, Laboratorio clínico básico, radiología básica y camas de observación, además realiza referencias al III nivel.

### **1.3.3 III nivel**

En el nivel III de atención están los hospitales de mayor complejidad y se atiende el 3 % de los problemas de salud, son atendidos por profesionales generales, especialistas esenciales y supra especialistas. Se destina a prestar atención ambulatoria y de hospitalización en medicina general, medicina interna, gineco-obstetricia, pediatría, psiquiatría, cirugía general, cardiología, traumatología y ortopedia, cirugía plástica, urología, otorrinolaringología, oftalmología, neonatología y las subespecialidades que, además, pueda establecer el hospital según la demanda y la disponibilidad de sus recursos. Se ubican en ciudades que cubran a poblaciones de más de 500.000 habitantes y son sedes para la docencia universitaria en salud tanto para pregrado y postgrado. A su vez hace contra referencias al II nivel y referencias al IV nivel.

### **1.3.4 IV Nivel**

Solo el 2 % de la demanda justifica su atención en este nivel, es atendido por un equipo multidisciplinario para procedimientos específicos (trasplantes,

urológicos, nefrológicos, etc.) ofrece la más alta tecnología de servicios en patologías específicas como cancerología, y trauma. Sirven de sedes para la docencia universitaria en salud tanto para el pregrado y postgrado. Se ubican en ciudades con poblaciones superiores a un millón de habitantes.

#### **1.4 Marco Legal.**

##### **Política Nacional de Salud del Ecuador**

#### **1.4.1 De los principios.**

El marco legal en la creación del centro médico va dirigido siempre hacia una equidad de salud. Por lo consiguiente la salud de los habitantes de una nación constituye el factor sustantivo en la culminación de su desarrollo armónico y permanente. Los pueblos sanos son pueblos libres y productivos. Los recursos destinados a salud no constituyen gastos, sino inversión social de alta rentabilidad económica. 12

La Política Nacional de Salud del Ecuador se fundamenta en los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad, pluralidad, eficiencia, ética e integralidad. La equidad es el principio recto y la prioridad fundamental de la política nacional de desarrollo y por lo tanto, de la política de salud. Con equidad será posible lograr el desarrollo y la salud “Salud para todos”. 13

La equidad no es alcanzable solo desde el sector salud, por lo cual, es imperativo establecer un acuerdo nacional por la salud y la vida en el marco de un acuerdo nacional por el desarrollo humano sustentable. La tarea de conseguir equidad en salud es un esfuerzo intersectorial, que demanda una acción coordinada y que debe concretarse en la organización del Sistema Nacional de Salud.

La descentralización efectiva, si se entiende, como la dinámica incorporación de las iniciativas y los intereses locales y regionales a los propósitos comunes de

---

12 Marco general reforma estructural de Salud en Ecuador. MSP-CONASA. Publicación Junio 2004

13 Marco general reforma estructural de Salud en Ecuador. MSP-CONASA. Publicación Junio 2004

toda la Nación, no constituirá un riesgo de fragmentar y desarticular, sino por el contrario, significa certeza de complementariedad, unidad y sinergia.

El cumplimiento del mandato constitucional de proporcionar a la ciudadanía por vía de la promoción de la salud, las oportunidades de construir ambientes, sistemas y políticas que sean favorables a su salud y bienestar, el estímulo a la organización y participación social permitirá el ejercicio efectivo de sus derechos y la construcción de una auténtica vida democrática, con una sólida cultura en salud y vida, que supere la demagogia, el paternalismo, la corrupción y la vigente cultura de enfermedad y muerte.

La vigencia y prácticas de las consideraciones de género y generacionales, y las exigencias de un rico patrimonio cultural, será el reconocimiento a un mandato de la vida, superando prejuicios e incorporando modelos que expresen complementariedad, reciprocidad y diversidad de las culturas en salud.

La transformación en la manera de hacer salud en el Ecuador no puede realizarse al margen de la participación que deben ejercitar los talentos humanos, por la cual la política debe considerar su desarrollo integral.

Como conocimiento de la magnitud esplendorosa de la bio-diversidad y las obligaciones con el medio ambiente, se respeta la vida, en todas sus manifestaciones, fomentando una natural vocación por la paz, una humana predisposición por la no violencia y el respeto a principios fundamentales de bioética. Hacerlo constituirá mejor manera de ser leal a la memoria y genio del gran Eugenio Espejo.

La Política Nacional de Salud del Ecuador se inscribe en la necesidad de contar con una política de Estado, que siendo fruto de un consenso nacional, en concordancia a las reales necesidades de la población en su conjunto, trascienda gobiernos permitiendo sostener los cambios a lo largo del tiempo.

#### **1.4.2 De la finalidad.**

El personal profesional del centro médico tiene la finalidad de impulsar las capacidades y potencialidades individuales y colectivas que propicien el mejoramiento de la calidad de vida y salud, y la superación de las inequidades, en armonía con el entorno natural, social y cultura. 14

#### **1.4.3 De los objetivos.**

En cuanto a los objetivos se promoverá la ciudadanía en salud, la garantía, el respeto, la promoción, la protección y la exigibilidad de los derechos humanos para el ejercicio de una vida saludable.

Garantizar la Protección integral de la salud, en la población ecuatoriana, facilitando los medios para promover la salud, tanto física como mental, prevenir y enfrentar las enfermedades y sus causas, mitigando sus efectos biológicos, económicos y sociales.

Desarrollar las capacidades del sector salud mediante: procesos organizativos y participativos que conduzcan al establecimiento y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, el desarrollo integral del talento humano, el desarrollo científico y tecnológico, y el impulso a los sistemas de información, la dotación de los recursos materiales, tecnológicos y financieros. 15

#### **1.4.4 De la protección integral de la salud.**

Se dará apoyo para la protección integral de la salud de la población urbana marginal de Bastión popular, serán las siguientes acciones:

- Acciones de promoción de la salud;
- La vigilancia, prevención y control de enfermedades;
- Las acciones de recuperación y rehabilitación de la salud.

---

14 Marco general reforma estructural de Salud en Ecuador .MSP-CONASA. Publicación Junio 2004

15 Marco general reforma estructural de Salud en Ecuador. MSP-CONASA. Publicación Junio 2004

La protección integral contempla también, la Protección Especial a grupos vulnerables, según políticas nacionales e internacionales con sentido de equidad y dotación de recursos económicos suficientes. Las estrategias de Promoción de la Salud y Atención Primaria de Salud constituyen el eje conceptual y metodológico de referencia principal para hacer más efectiva la Protección Integral de Salud. 16

#### **1.4.5 Promoción**

- a. Reconocer a la Promoción como una expresión fundamental de la condición de ciudadanía y como una estrategia prioritaria para alcanzar un mejor nivel de salud y vida de la población mediante la participación interinstitucional, intersectorial y de la sociedad civil organizada.
- b. Desarrollar políticas públicas a favor de la Salud en todos los niveles del Estado, fomentar la creación de ambientes y entornos saludables, fortalecer la acción comunitaria, el desarrollo de actitudes y actividades personales y la reorientación de los servicios de salud.
- c. Incorporar los planes de desarrollo social y económico en el ámbito nacional, provincial y cantonal, el respeto a los derechos humanos y el reconocimiento de las diversidades étnicas, cultural, generacional y de género.
- d. Fomentar las acciones de promoción de la salud con la participación y compromiso de los gobiernos seccionales en el marco de los planes de desarrollo local.
- e. Propiciar el desarrollo integral del ambiente en sus dimensiones física y social a fin de garantizar condiciones favorables de vida en todos los espacios de la actuación humana, priorizando el saneamiento básico, la seguridad ciudadana, la prevención y atención a la violencia intrafamiliar y social, la vigilancia y eliminación de factores de riesgo físico, laboral y social, ampliando la visión tradicional de salud y ambiente, propiciando la más amplia participación de la sociedad civil en la toma de decisiones en torno a la salud.
- f. Privilegiar la información, educación, comunicación, difusión de derechos en salud, del conocimiento técnico, científico y de saberes culturales de la manera más amplia, democrática y ética, a fin de promover el empoderamiento y la participación de la sociedad civil, la coordinación

intersectorial y la adopción de aptitudes y actitudes personales favorables a la salud.

- g. Impulsar la construcción de la ciudadanía y cultura en salud, priorizando su desarrollo en los espacios educativos de niños y jóvenes.
- h. Promover y facilitar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, continua hasta los 2 años de edad, y una alimentación complementaria adecuada a la madre y el niño para asegurar su salud y nutrición.
- i. Aplicar la estrategia de seguridad alimentaria con alimentos seguros e inocuos, proyectos productivos que incrementen la disponibilidad y acceso de alimentos nutricionalmente adecuados, programas de información y educación para una alimentación sana y acciones que aseguren el control de calidad de los alimentos.
- j. Asegurar un estado óptimo de micro nutrientes a los grupos poblacionales vulnerables, adoptando estrategias de suplementación, fortificación de alimentos y diversificación de la dieta.
- k. Reorientar los servicios de salud para que incorporen los conceptos y prácticas de promoción de la salud en el marco de los procesos de extensión de cobertura y calidad de atención. Los servicios de salud estarán en capacidad de propiciar y asesorar para la adopción de prácticas personales saludables en todo el ciclo de vida, priorizando el desarrollo de la niñez, adolescencia, maternidad saludable, salud sexual y reproductiva, salud laboral, envejecimiento con dignidad, alimentación sana, vida activa y salud mental.
- l. Promocionar la actividad física, recreacional y el deporte. 17

#### **1.4.6 De la Vigilancia, predicción, prevención y control de las Enfermedades y riesgos.**

En el centro médico se va a fortalecer la capacidad de respuesta de las instituciones públicas y privadas que interactúen en el sector salud y especialmente el Ministerio de Salud Pública, frente a los requerimientos de los cambios demográficos y epidemiológicos y a las inquietudes y sus consecuencias en salud, definiendo y operacionalizando intervenciones basadas en la evidencia, de amplia cobertura, intersectoriales y participativas.

- a. Analizar la situación de salud, incorporando categorías de análisis como género, etnia, edad para la orientación técnico-política de las intervenciones. Para ello organizará, coordinará y fortalecerá los sistemas de información, de vigilancia epidemiológica y vigilancia de la salud, fortaleciendo la cobertura y calidad del diagnóstico a través de la red nacional de laboratorios y optimizando los procesos de notificación, procesamiento y análisis de información, en un marco de descentralización e intersectorialidad.
- b. Garantizar la prevención y el control de las enfermedades y problemas de mayor frecuencia e impacto, asignando recursos suficientes para las actividades de prevención, diagnóstico y tratamiento, de acuerdo al perfil epidemiológico y las necesidades, y perfil locales y nacionales priorizando: enfermedades prevenibles por vacunación, problema de mala nutrición, enfermedades transmitidas por vectores (malaria y dengue), infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas, tuberculosis pulmonar, VIH/SIDA, infecciones de transmisión sexual, diabetes, hipertensión arterial, cáncer de cuello uterino, de mama, de estómago y de próstata, riesgos psicológicos y mentales, tabaquismo, alcoholismo, enfermedades cardio y cerebro vasculares, accidentes, violencias y emergencias.
- c. Priorizar el control del embarazo y la atención del parto seguro, el control posparto para evitar las enfermedades y problemas que son causa frecuente de morbi-mortalidad materna e infantil.
- d. Garantizar la inocuidad de alimentos, su control microbiológico, físico-químico, vigilar y normalizar de la utilización de aditivos industriales o plaguicidas y la manipulación genética así como la regulación de la distribución y consumo de alimentos transgénicos.
- e. Asegurar la cobertura útil de toda la población ecuatoriana con las vacunas existentes y ampliar con otras desarrolladas de probada eficacia de acuerdo al perfil epidemiológico nacional y local.
- f. Establecer criterios para la adquisición, almacenamiento y distribución de insumos críticos para la prevención y control de enfermedades, garantizando la calidad, oportunidad en su uso y costo aceptable para el país.
- g. Impulsar programas y acciones de bioseguridad para la prevención y control de riesgos y efectos nocivos o peligrosos para la salud humana o que deterioren el ambiente y los recursos naturales.

- h. Desarrollar la medicina genómica que permita el diagnóstico preconcepcional, prenatal, peri natal, y postnatal de trastornos comunes y genéticos propiamente dichos y la protección del patrimonio genético ecuatoriano.
- i. Proveer los recursos y la capacitación necesarios para el desarrollo del Programa Nacional De Gestión de Riesgos y Atención de Desastres, que incluyen en la prevención mitigación de desastres en infraestructuras de salud, garantice la atención de la población a través de la red de servicios, promoción de la salud para la reducción de riesgo, así como la preparación, respuesta y rehabilitación temprana con la participación de todas las instancias del sector salud y la sociedad. La más amplia colaboración intersectorial, interinstitucional y de la cooperación internacional conforme a la ley. 18

#### **1.4.7 De la recuperación y rehabilitación.**

- a. Desarrollar modelos de aseguramientos universales para cubrir los riesgos de salud de la población con énfasis en los grupos más vulnerables, mitigando el impacto bio-sico-social y económico.
- b. Organizar los servicios de salud ambulatorios y hospitalarios para atender de manera integral, integrada y progresiva a toda la población, mediante redes de servicios públicos y privados conectados a través de sistemas de referencia y contrarreferencia.
- c. Aplicar medidas para mejoramiento de la atención de salud y de las relaciones del personal de salud con el usuario respetando los principios fundamentales de bioética, incluyendo relaciones respetuosas, ambientes agradables e información clara, oportuna y pertinente y la plena vigencia de la Ley de Derechos y Amparo del paciente.
- d. Incluir en todas las prestaciones de salud la estrategia de promoción y atención primaria de salud, definiendo conjuntos de prestaciones de acuerdo a las necesidades y a la realidad epidemiológica local y nacional, considerando las especificidades de género y ciclo vital y atendiendo preferencialmente a los grupos vulnerables de niños, niñas, mujeres, ancianos, comunidades indígenas, personas con discapacidad y en situación de pobreza. Estas prestaciones se realizarán a través de un



modelo de salud familiar en los servicios formales y en los de medicina tradicional y alternativa.

- e. Establecer mecanismos para garantizar el acceso universal a medios de diagnósticos y medicamentos esenciales y genéricos de acuerdo con la ley; de sangre y hemoderivados, trasplante de órganos y tejidos a la par que regular su uso innecesario
- f. Desarrollar programas de investigación, prevención y control de enfermedades.
- g. Ejecutar programas de atención de las discapacidades y minusvalías con estrategias de participación de la familia y la comunidad. 19

#### **1.4.8 Los derechos del paciente.**

Según la Declaración de Lisboa (1981), emanado por la ONU, del cual el Ecuador es miembro y se compromete a cumplir con todas las resoluciones que emana de ella, por lo tanto para concretar el respeto a la persona humana en situación de enfermedad, se han promulgado en estos años finales del siglo XX, listas de “Derechos del Paciente” que son los siguientes:

- a) No ser tratado sin autorización o consentimiento, salvo inconciencia.
- b) Debe haber suficiente comunicación o información con él o con sus familiares.
- c) Ser respetado en su condición social, racial, económica, política y religiosa, sin discriminación de ninguna índole.
- d) Debe ser atendido por personal suficientemente preparado y con enorme responsabilidad.
- e) Debe ser atendido por personal de exquisita sensibilidad y alta dosis de humanismo.
- f) Conocer su diagnóstico, su pronóstico y su tratamiento.
- g) Rechazar ese diagnóstico, ese pronóstico y ese tratamiento.
- h) Su historia clínica debe ser confidencial, íntima y reservada.
- i) Su tratamiento debe ser integral y su atención razonable continua:
- j) Morir en paz y con dignidad.

Estos derechos generan el deber correlativo de respeto, tanto por parte de los médicos y demás profesionales de la salud como de las instituciones asistenciales. 20

#### **1.4.9 Reglamento de servicios de salud privados.**

Art.1- Se entiende por servicios de salud privados aquellos que, administrados por personas naturales o por personas jurídicas de derecho privados con o sin fines de lucro, están destinadas a brindar prestaciones de salud; de fomento, de prevención, recuperación y/o rehabilitación en forma ambulatoria, domiciliaria o internamiento.

Art.2- Los servicios de salud privados se clasifican en:

1. Servicios de rehabilitación.
2. Consultorios.
3. Laboratorios de diagnóstico.
4. Centro médicos.
5. Hospitales privados.
6. Institutos médicos privados.

Art.4- Llamase consultoría a un servicio independiente, de atención ambulatoria, de recuperación, protección y/o fomento de salud, atendido por profesionales o psicólogos clínicos.

Los consultorios médicos pueden ser generalmente o de especialidad y estarán atendidos por profesionales médicos debidamente registrados, de acuerdo a la ley, en los consultorios odontológicos se atenderán casos de la especialidad, sin utilización de anestesia general y estarán a cargo de odontólogos, de acuerdo a la ley .En los consultorios obstétricos se atenderán exclusivamente casos clínicos de su profesión y en la terapéutica se limitaran a prescribir medicamentos de la especialidad. En los consultorios de psicólogos clínicos entenderán casos de la especialidad y no podrán prescribir mediante ninguna clase .Los consultorios por su ubicación podrán ser ubicados en ciudades o rurales.

Art.5- Llamase laboratorios de diagnóstico a las unidades de atención en laboratorios de patología clínica, histología, radiodiagnósticos, medicina nuclear, ultra sonido y otros. Estarán atendidos por profesionales médicos especializados o bioquímicas, según el caso.

Los tecnólogos médicos no podrán realizar por si mismos funciones de diagnóstico ni tratamiento y por lo tanto sus actividades relacionadas con la salud, estarán limitadas al área técnica que su titulo los asigne, bajo vigilancia y control del profesional correspondiente.

Art.6- Llámese centro de salud a un conjunto de consultorios, laboratorios de diagnóstico y servicios de rehabilitación agrupados en un mismo edificio y que se hallan organizados, coordinados y representados por una unidad administrativa.<sup>21</sup>

Al analizar estos artículos podemos decir que el centro médico es una estructura funcional en la que se van a desarrollar las actividades propias de la atención primaria, en el cual se encontrará un equipo pluridisciplinario que agrupa al personal sanitario, social y administrativo necesario y además en el centro de salud se asume la gestión de los recursos y la coordinación funcional con otros niveles del sistema de salud.

#### **1.4.10 De la organización y reglamento interno de los servicios de salud**

##### **Privados.**

Art.15- Los servicios de salud privados adoptarán las medidas más convenientes a fin de garantizar la seguridad y bienestar de las personas que solicitan sus servicios.

Art.16- Quienes trabajen en los servicios privados, estarán protegidos en los aspectos referentes a salud ocupacional y riesgo de trabajo.

---

<sup>21</sup> CODIGO DE LA SALUD. Corporación de estudios y publicaciones. Reglamentos actualizados Septiembre 2000

Interpretando estos artículos podemos decir en los servicios de salud privados deberá existir una planeación, organización, ejecución, control y evaluación de todas aquellas actividades tendientes a preservar, mantener y mejorar la salud individual y colectiva de los trabajadores con el fin de evitar accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Además podríamos decir que la salud ocupacional es una herramienta que está ligada a la productividad de la empresa.

#### **1.4.11 De la administración.**

Art.24.- Para solicitar el permiso de construcción y/o funcionamiento de hospitales, institutos médicos y servicios de rehabilitación deberá existir un estudio previo de factibilidad que será aprobado por el Director General de Salud y que en resumen contendrá los siguientes puntos principales:

- Diagnóstico de salud del área a servir, objetivos y programa de servicios;
- Planificación física, de instalaciones, de equipamiento y personal ;
- Financiamiento demostrable mediante un plan presupuestario.

Art.25- Los servicios de rehabilitación, centros médicos, hospitales privados e institutos médicos, deberán acreditar un profesional médico como representante legal ante la Dirección General de Salud.

Art.28.-El control administrativo interno de los servicios de rehabilitación e institutos privados como los centros médicos se llevara a cabo mediante un sistema contable y un sistema de control de personal.

Art. 29.- La evaluación de los servicios de salud privados se efectuará por lo menos una vez al año por una comisión interna y el informe se presentará a la Dirección General de Salud, como requisito previo para solicitar la renovación del permiso de funcionamiento y su acreditación.

Art.30.-La acreditación total o parcial de los servicios de salud privados se realizará anualmente mediante la comprobación física de las instalaciones y

servicios por parte de la Jefatura Provincial de Salud y la auditoria médica respectiva.

Art.31.-La supervisión y control del funcionamiento de los centros médicos y hospitales privados estará a cargo del personal técnico de la respectiva Jefatura Provincial.

Art.32.- De conformidad con el artículo 171 del Código de Salud se establecerá la debida coordinación interinstitucional y con los servicios de salud pública o privados de acuerdo a las normas o disposiciones que dicte la Dirección General de Salud.

Art.33.- La Dirección General de Salud a través de sus organismos técnicos brindará asesoría técnica y administrativa cuando sea solicitado. 22

Al analizar estos artículos se ha llegado a la conclusión que para la construcción de un centro médico, tendrá una infraestructura física y sencilla de una sola planta, con equipamiento básico, el que no es de alta tecnología. No cuentan con camas para ingreso, ya que su función primordial es la de diagnóstico y atención de salud ambulatoria. No cuenta con organización orgánica como administración. Algunos funcionarios del centro asumen algunas funciones.

---

22 CODIGO DE LA SALUD. Corporación de estudios y publicaciones. Reglamentos actualizados Septiembre 2000

## **CAPITULO II: INVESTIGACIÓN DE MERCADO PARA LA CREACIÓN DE UN CENTRO MÉDICO**

### **2.1. Objetivo general de la investigación de mercados:**

Investigar y conocer las necesidades de salud familiar del sector de Bastión Popular.

#### **2.1.1 Objetivos específicos de la investigación de mercados**

Conocer la percepción de calidad de los servicios de salud de la competencia.

Conocer la demora entre la solicitud y la atención de la consulta médica.

Conocer si ha habido accesibilidad en los casos de emergencia de parte de las unidades de salud del sector de Bastión Popular.

### **2.2 Ofertas del Centro Médico**

El centro médico, desde sus inicios deberá cumplir con una notable función de tipo social, contribuyendo a ofrecer a la comunidad un servicio sin especulación, sin ánimo de lucro y manteniendo una política de costos que puedan ser afrontados por esta comunidad.

Se brindará atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cardiología y odontología, laboratorio clínico, y además electrocardiogramas y ecografías. Se realizarán exámenes solicitados por profesionales particulares u otras unidades de salud. Rodeándose de personal con sensibilidad humana y calidad técnica operativa, tecnología de punta, modernas y prácticas instalaciones.

Con una estructura administrativa eficaz que genere confianza, satisfacción y seguridad a nuestros clientes externos e internos y orgullo a los empleados por formar parte de esta organización. La decisión de plasmar una idea que redunde en beneficio social, nos anima a procurar un ambiente de trabajo que nos motive y nos conlleva a cumplir las metas propuestas.

¿Por qué la oferta es muy baja con respecto a la demanda?

En atención primaria de salud siempre se debe diseñar y establecer un sistema de salud pensando más en la demanda que en la oferta de servicios. El usuario

es el factor más importante en un servicio de salud, es el cliente/paciente/usuario, sin él no tendría razón de ser la unidad de atención. Por lo que el servicio debe ser enfocado a comprender y satisfacer las necesidades y demandas de salud de la población a través de diseñar y establecer políticas y estrategias encaminadas a satisfacer las expectativas del usuario.

Al médico Pediatra le interesan y resolverá las alteraciones de cualquier sistema o función que pueda tener consecuencia sobre la salud o el adecuado crecimiento y desarrollo de los niños, asegurando la plenitud de su potencial desarrollo. El estado nutricional de un individuo es el resultante final del balance entre la ingesta y el requerimiento de nutrientes; en los niños y especialmente durante el primer año de vida, debido a la gran velocidad de crecimiento, cualquier factor que altere este equilibrio repercute rápidamente en el desarrollo del peso y estatura.

Se realizará control periódico mensual de salud, lo cual constituye el elemento más valioso en la detección precoz de las alteraciones nutricionales ya que permite tener una evaluación oportuna y adecuada no solo la desnutrición sino también acerca del sobrepeso y la obesidad cuya prevalencia ha aumentado en los últimos años.

**Entre las ofertas programadas tenemos:**

### **2.2.1 Atención integral de salud materna infantil**

Promoción: Club de embarazadas, puérperas y lactantes. Ejercicio físico y recreación. Educación en salud: riesgos, inmunización, ablactación, nutrición y accidentes.

Prevención: Factores de riesgo materno infantil. Enfermedades genéticas y transmisibles. Cáncer mamario y Cervico-uterino (Papanicolaou). Lactancia materna y vigilancia nutricional. Control pre y postnatal: recién nacido, lactante, preescolar y escolar.

### **2.2.2 Atención médica**

Consulta de control de embarazada y puérperas. Examen del recién nacido, lactante, preescolar y escolar. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Asistencia de urgencia.

Atención médica en el área de medicina general, medicina interna y cardiología

Promoción: Clubes de diabéticos, hipertensos, de adultos mayores, de embarazadas. Educación en salud: riesgos, inmunización, nutrición y accidentes. Orientación familiar y laboral. Charlas sobre SIDA, saneamiento ambiental, enfermedades infectas contagiosas, parasitosis, investigación en la población mayor de 40 años de diabetes tipo 2 mediante examen por el método accucheck, realización de dos cursos anuales a personas de la comunidad sobre primeros auxilios con una duración de por lo menos dos meses,

Prevención: Factores de riesgo del adulto. Enfermedades transmisibles. Enfermedades crónicas y degenerativas

Consulta de control. Diagnóstico precoz de cáncer. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Asistencia de urgencia.

### **2.2.3 Atención en el área de odontología**

Promoción: Educación en salud oral: riesgos, higiene, alimentación y nutrición. Higiene buco-dental. Uso del hilo dental y técnica del cepillado.

Prevención: Factores de riesgo oral. Sarro dental, placa bacteriana. Caries. Enfermedades Periodontales. Control periódico.

Consulta de control. Examen odontológico periódico. Fomento y profilaxis dental. Asistencia de urgencia.

### **2.2.4 Atención en el área de laboratorio clínico.**

Se realizara los siguientes exámenes:

Nivel Uno: Cuadro hemático. Parcial de Orina. Coprológico. Grupo Sanguíneo y Rh Glicemia. Nitrógeno Ureico.

Nivel Dos: Química sanguínea. Transaminasas. LDH (LactoDeshidrogenasa). CPK (Creatinina Fosfoquinasa) Bilirrubina. Proteínas. Además se realizara en el Centro medico electrocardiogramas y ecografías.



Como valor agregado podemos citar: la entrega de los resultados de los exámenes de laboratorio dentro del mismo día,

### **2.3 Valor Agregado: (gratis)**

#### **2.3.1 Visitas domiciliarias:**

Esta institución será el líder en la prestación de servicios de salud comunitaria, enfermera y auxiliar acompañadas de un líder comunitario harán visitas domiciliarias para promoción de salud, visitando hogares en donde el comité de salud comunitaria haya detectado las necesidades de salud y remitiéndolos para su atención, o llevando al médico para la atención in situ.

#### **2.3.2 El comité de salud comunitario**

Se realizará la conformación de un comité de salud con personas de la comunidad que se denominará: Comité de Salud comunitaria, y que podrían ser 10 personas, la cual establecerá su propio directorio, reclutando a personas que amen y quieran ayudar en su entorno a personas pobres y de extrema pobreza, adultos mayores con necesidades de salud, mejorando en esta forma la accesibilidad y disminuyendo las inequidades.

El comité de salud, se trasladará a la comunidad, cada día a platicar con el conjunto de usuarios mediante visitas domiciliarias, para en esta forma establecer: a).- las necesidades y prioridades de atención (adultos mayores, diabéticos, hipertensos, embarazadas, infantes con procesos febriles, y otras urgencias médicas) B).- usuarios que no acuden por imposibilidad de trasladarse a la unidad de salud, ya sea por imposibilidad física o sus parientes trabajan y no tienen quien los traslade.

En el comité de salud comunitario se conformará una directiva con un Presidente, vicepresidente, secretario y un tesorero, se nombrarán como socias voluntarias al resto de la organización, periódicamente evaluarán si se han cumplido sus metas, sus actividades también serán:

Establecer y determinar el porcentaje de pacientes diabéticos e hipertensos en la comunidad,

Veeduría de parte de miembros del comité de salud comunitario sobre la calidad de atención realizada por personal del centro médico.

Número de hogares visitados por integrantes del comité de salud comunitario

Cobertura de los pacientes atendidos por visitas domiciliarias en la comunidad.

Número de personas beneficiadas con charlas organizadas por el comité de salud comunitario.

Número de pacientes diabéticos atendidos en visitas domiciliarias por personal médico.

Número de pacientes hipertensos atendidos en visitas domiciliarias por personal médico.

Número de urgencias médicas atendidas en visitas domiciliarias por personal médico.

### **2.3.3 El médico amigo**

Después de la consulta en el centro médico, y de acuerdo a la gravedad del proceso patológico, por un lapso de 72 horas, el profesional llamará y recibirá llamadas para estar al tanto de la evolución de la enfermedad por la cual se atendió al paciente, citándolo nuevamente si fuera necesario.

Información y conocimiento a disposición de la comunidad, se realizará la emisión de boletines médicos trimestrales de información a la comunidad de las diez patologías más frecuentes en el sector y su prevención, medidas de higiene y salubridad, charlas semanales a grupos de vecinos sobre enfermedades infectocontagiosas, SIDA, lactancia materna, etc.

### **2.3.4 El club del adulto mayor**

Con la colaboración del comité de salud tener una estadística de morbilidad de las personas adultas mayores del sector, remitiéndolos y realizando consultas domiciliarias a los que tienen problemas de movilidad.

### **2.3.5 El club del hipertenso**

A estos pacientes se los convocará una vez al mes para ofrecer una charla sobre prevención y complicaciones de la enfermedad.

### **2.3.6 El club del diabético**

Reuniones mensuales con pacientes diabéticos para dar charlas sobre prevención y complicaciones de la enfermedad, así como también acerca de su nutrición.

### **2.3.7 Exposiciones y casa abierta**

Acerca de la temática de salud por lo menos dos veces al año.

### **2.3.8 Agasajos**

A la comunidad en el día de la madre, del niño, del padre.

## **2.4 Demanda**

El poder adquisitivo de una población a la que se espera servir con servicios de salud, es de modestos recursos económicos, en virtud de haber una población informal, pero también hay una población en extrema pobreza, con un nivel de escasa escolaridad, que habitan en una vivienda de tipo mixta, a veces de caña, que presentan dos ambientes donde se albergan de 5 a 10 personas. Con un 30% del sector que no posee agua potable ni alcantarillado, sistema de alumbrado público deficiente y pavimentación solo de las calles principales y al realizar la atención, médica recordar siempre que un error de 0.1% que corresponde a uno en mil se podría aceptar en la industria, pero en salud significaría la muerte de seres humanos.

En cuanto las necesidades de salud de las familias del sector hay una demanda del 96 % que decían que la mayor parte de la familia tienen necesidades de salud,

Para esto en el sector existe un Centro de Salud (MSP), un Dispensario Parroquial (De la Curia), un Dispensario de la Cruz Roja, un Hospital de Proyecto Zhumar (Institución de La Unión Europea) y Municipio de Guayaquil.

En algunos de estos servicios de Salud, el paciente es tratado en algunos casos con despotismo por parte del personal de contacto (médicos y enfermeras), la

atención en estas la Unidades Operativas es de 8 horas, pero las emergencias no son atendidas por los profesionales fuera de su horario de atención.

Además un factor clave de la calidad de atención a más de la preparación técnica-operativa es la tecnología actualizada e innovada en forma permanente, que tendrá el centro médico.

## **2.5 Metodología de la investigación**

Investigación de mercados es la identificación, recopilación, análisis y difusión de la información de manera sistemática y objetiva del proyecto para mejorar la toma decisiones relacionadas con la identificación y solución de problemas y oportunidades de mercadotecnia.

La investigación de mercados nos va ayudar a reconocer problemas no aparentes a la primera vista pero que existen y pueden aparecer en el futuro, como mercado potencial, participación de mercado, imagen de la marca, característica del mercado, análisis de ventas, proyecciones a corto y largo plazo y tendencias del mercado.

Se realizó la determinación de la muestra y se efectuó un tipo de investigación descriptiva, o sea sobre realidades y hechos presentes, el diseño de la investigación no experimental, y de tipo longitudinal, es decir de la misma población en diferentes momentos.

El diseño muestral será de tipo casual. (Desde la segunda mitad del siglo XX, hay dos enfoques principales de la investigación los cuales son cualitativo y cuantitativo. Hay la creencia de que ambos enfoques utilizados en conjunto van a enriquecer la investigación que realizamos, los dos enfoques tienen 5 fases:

1. Llevan a cabo observaciones y evolución de fenómenos.
2. Establecen supuestos como resultados de la observación y evaluación realizadas.
3. Prueban y demuestran, el grado en que las suposiciones o ideas tienen fundamentación.

4. Revisan estas suposiciones o ideas sobre la base de las pruebas o análisis.
5. Proponen nuevas observaciones y evaluaciones para esclarecer, modificar, cimentar, y/o fundamentar las suposiciones e incluso generar otras. )

El enfoque cuantitativo utiliza la recolección y análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente y confía en la medición numérica, conteo y de estadísticas para establecer con exactitud patrones de comportamientos en una población.

El enfoque cualitativo se basa en estudio de recolección de datos sin descripciones y observaciones en este enfoque las preguntas e hipótesis surgen como parte del proceso de investigación y este es flexible y se mueve entre las mentes y su interpretación entre las respuestas y el desarrollo de la teoría. Con propósito de reconstruir la realidad tales como la observa los actores de un sistema social previamente definido, se aprecian de considerar el todo sin reducirlo a un estudio de sus partes. 23

El estudio cuantitativo por lo general elige una idea que transforma en una o varias preguntas de información, luego de esta deriva hipótesis, variables y elabora un plan para probarlas, miden las variables, analizan las mediciones obtenidas y establecen conclusiones respecto de la hipótesis.

Para el trabajo en Bastión Popular se realizó un modelo mixto de investigación y que representa el más alto grado de interpretación o combinación entre los dos enfoques, ambos se combinan en todo el proceso queriendo saber de los pacientes ¿qué piensan de los servicios de salud del sector?

El estudio tiene dos diseños un cuantitativo y otro cualitativo. El cuantitativo se obtiene de encuestas realizadas en una muestra representativa de la población de Bastión Popular 79.000 (habitantes) y dentro de una semana típica y normal

---

23 HERNANDEZ Sampieri Roberto. Fernández Collado. Baptista Lucio Metodología de la Investigación. Ed Mc Graw Hill. Tercera Edición .2003 Pág. 304-307

con preguntas (abiertas y cerradas), conociendo y analizando las percepciones de los pacientes de los centros de Salud del sector, conocer las suposiciones para optimizar la atención de salud a la comunidad.

Llevar un análisis FODA de los Centros asistenciales, obtener información para definir las estrategias de cambios de los servicios de salud. Cada sección de realización de encuesta consistió en un grupo de diez personas y la sección con individuos entre los 20 y 60 años de ambos sexos y que sean jefes de familia. Realizamos el registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual o sea sobre realidades y hechos presentes, con datos de encuesta, entrevista y observación de los fenómenos (Enfoque Cualitativo),

La población de Bastión Popular es de 79.000 habitantes lo cual se desea conocer las variaciones entre las expectativas y las percepciones de los posibles usuarios al centro medico.

### 2.5.1 Determinación del tamaño de la muestra.-

Como la población es menor de 100.000 habitantes se puede hablar de un universo finito, para esto utilizaremos la siguiente formula para determinar el tamaño de la muestra:

$$Z^2 \cdot Np \cdot P \cdot (1-P)$$

$$n \bullet = \text{-----}$$

$$(Np-1) \cdot K^2 + z^2 \cdot P \cdot (1-P)$$

Donde: n: es el tamaño de la muestra de la población.

Np: Tamaño de la población objeto de estudio, en este caso seria 79.000 habitantes.

K: Es el error muestral o máxima diferencia que estamos dispuestos a admitir entre la población muestral y la proporción poblacional al nivel de confianza que en este caso se ha fijado en 0,05%.

Z: Numero de unidades de desviación típica en una distribución normal que va a producir un nivel de confianza que en este caso seria 95% Z, va ser igual a 1,96.

P: Es la proporción de individuos de la población que cumpla con una determinada característica.

1-P: Es la probabilidad de que un individuo de la población que no cumplan con la característica determinada en nuestra investigación.

Solución de la ecuación para obtener las encuestas a realizar:

$$n = \frac{(1,96)^2 \cdot (79.000) \cdot (0,5) \cdot (1-0,5)}{(79.000-1) \cdot (0,05)^2 + (1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (1-0,5)}$$

n = 382. Entonces el tamaño de la muestra es de 382 personas. 24

El diseño de investigación será no experimental, es decir no manipula deliberadamente las variables estudiadas, pero sí observan fenómenos tal y como se dan en su contexto actual y en diferentes momentos se obtendrán los datos (longitudinal).

El procedimiento del muestreo será no probabilística, pues decido de manera aleatoria o consciente que elementos voy a incluir, así en esta forma incluiremos a jefes de familia que sean de ambos sexos y al término de la tarde porque se supone que estas personas han regresado de sus labores diarias. 25

Las técnicas de recolección de datos serán con los cuestionarios y vamos a registrar los datos en forma mecánica. Al hacer el levantamiento de información secundaria.

Pasamos a definir las técnicas de recolección de datos, éstas serán primarias es decir la información es directa y dirigidos al problema de salud, haremos la

24 HERNANDEZ Sampieri Roberto. Fernandez Collado. Baptista Lucio Metodología de la Investigación. Ed Mc Graw Hill. Tercera Edición .2003 Pág. 310.

25HERNANDEZ Sampieri Roberto. Fernandez Collado. Baptista Lucio Metodología de la Investigación. Ed Mc Graw Hill. Tercera Edición .2003 Pág. 326

técnica de observación natural, es decir el investigador como mero espectador de la situación y sin que intervenga en ningún acontecimiento observado.

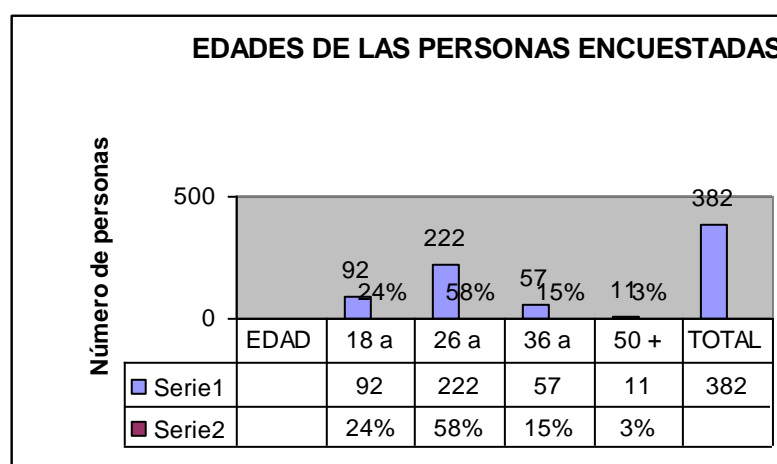
Utilizar el modo de encuestas con un cuestionario impreso para obtener respuestas y que el consultado llenará por sí mismo y sin que intervenga el investigador. Se registrarán los datos en forma manual. El tipo de preguntas serán abiertas es decir la encuestada contesta con sus propias palabras y que no sugiera respuestas. Luego establecemos el análisis para formar grupos o categorías lógicas y útiles (es decir clasificarlas) con vistas a formar tablas y gráficos. Formulario de encuestas se presenta en el anexo.

## 2.6 Análisis e interpretación de los resultados.

En la encuesta realizada en el sector de Bastión Popular existen las siguientes determinaciones:

Gráfico

# 1



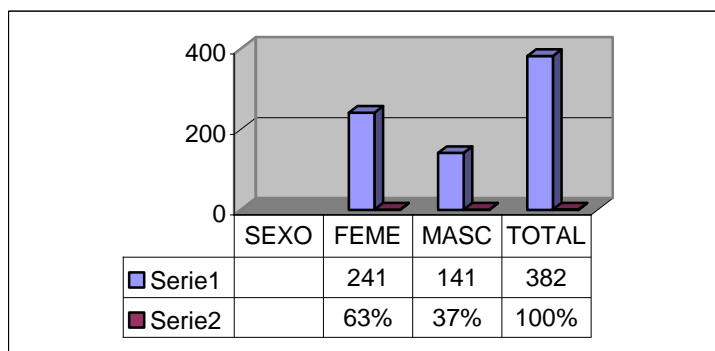
Fuente: Bastión Popular.

Elaborado por los autores

Con respecto a la edad de las personas encuestadas, las de 26 a 35 años han sido el mayor porcentaje con 58 % y las de menor índice son las personas de 50 años en adelante con un 3 %.



Gráfico # 2 Sexo de las personas encuestadas

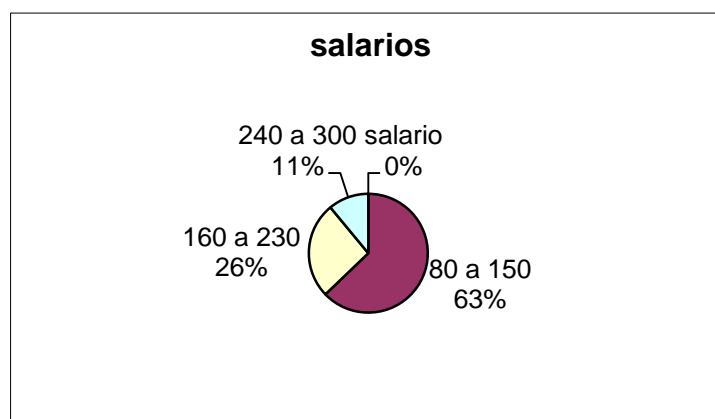


Fuente: Bastión Popular.  
Elaborado por los autores

En lo que se refiere al sexo, el femenino con 241 personas encuestadas corresponde al 63 % del total, y el masculino con 141 personas y que corresponde al 37 % del total.

Gráfico # 3

El nivel socioeconómico, se reconoce el nivel de ingresos que tienen las familias, para lo cual se ha dividido de la siguiente manera:



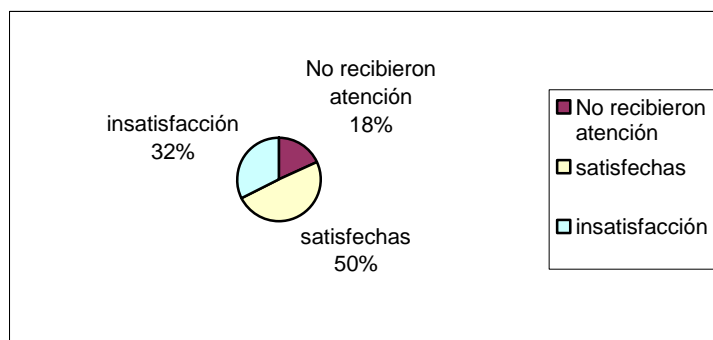
Fuente: Bastión Popular.  
Elaborado por los autores

80 a 150 dólares....241 personas que corresponde al 63% del total  
160 a 230 dólares... 99 personas que corresponde al 26% del total  
240 a 300 dólares....42 personas que corresponde al 11% del total

#### Gráfico # 4

Entre las 382 personas encuestadas y que en alguna ocasión solicitaron atención de parte de cualquier servicio de salud que existe en el sector, el resultado fue el siguiente:

Calidad de atención



Fuente: Bastión Popular.

Elaborado por los autores

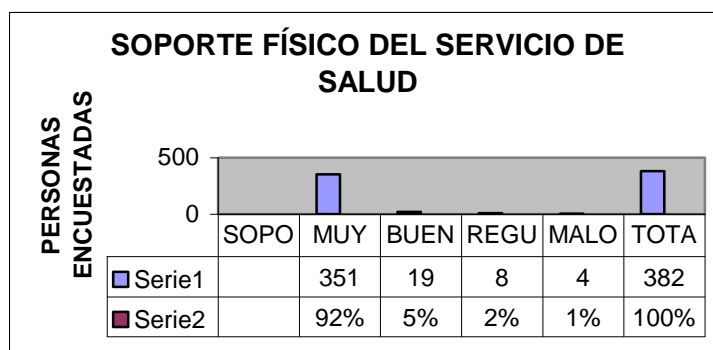
Personas encuestadas que no recibieron atención médica porque fue negada la atención o no alcanzaron cupo o llegaron tarde a separar su turno: 69 y que corresponde al 18% del total.

Personas encuestadas que si fueron atendidas y están satisfechas con la atención de salud: 191 y que corresponde al 50% del total.

Personas encuestadas insatisfechas con la atención de salud: 122 y que corresponde al 32% del total.

#### Gráfico # 5

El aspecto físico o soporte físico se refiere a la presentación en cuanto a edificio, mobiliario, tecnología, higiene, limpieza, vestimenta del personal médico o paramédico

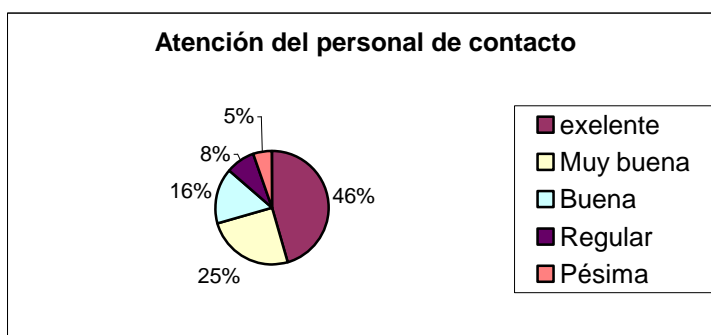


Fuente: Bastión Popular.

Elaborado por los autores

El 92% lo considera muy buena, el 5% buena, el 2% entre regular y el 1% mala.

Gráfico # 6



Fuente: Bastión Popular.

Elaborado por los autores

De 382 personas encuestadas en relación a la atención del personal,

175 opinaron que es excelente y que corresponde al 46% del total.

96 personas creen que es Muy Buena y que corresponde al 25 % del total.

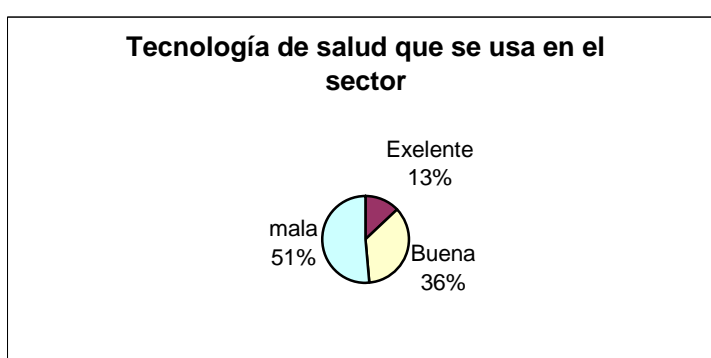
61 personas creen que es buena y corresponde al 16 % del total.

31 personas piensan que es regular y corresponde al 8 % del total.

19 personas creen que es pésima y corresponde al 5 % del total.

Gráfico # 7

Tecnología que se encuentra en servicio en las diferentes unidades de salud del sector.



Fuente: Bastión Popular.

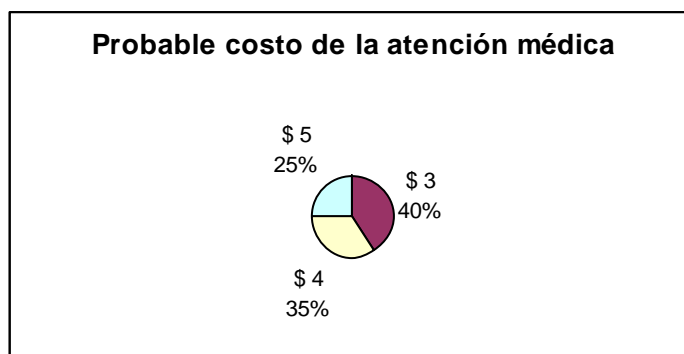
Elaborado por los autores

Personas encuestadas 50 y que corresponde al 13% del total consideraron que hay tecnología actualizada y excelente.

Personas encuestadas 137 y que corresponde al 36% del total opina que la tecnología es buena.

Personas encuestadas 195 y que corresponde al 51% del total la define como regular y mala.

**Gráfico # 8**



Fuente: Bastión Popular.

Elaborado por los autores

De 382 personas encuestadas 152 (el 40%) consideró que \$3 dólares sería el precio conveniente de pago por los servicios de salud obtenidos, 134 personas (el 35%) sugirió que debe ser \$ 4 dólares y 96 personas (el 25 %) esta de acuerdo por la atención médica recibida en \$ 5.

## **2.7 Conclusiones:**

Este trabajo comenzó con el supuesto de que personas o familias de escasos recursos económicos no tienen accesibilidad a los servicios de salud, gratuitos o de bajos costos, además si analizamos datos como los siguientes, de que a menor escolaridad de los pacientes hay menor asistencia a los servicios hospitalarios y que un gran porcentaje de estas personas se auto medican o no reciben ningún medicamento, sumado a esto el descontrol de la venta de productos farmacéuticos, sin receta médica, 8 de cada 10 ecuatorianos no tienen seguro de salud, lo cual impacta directamente a niños, jóvenes y mujeres, que son desempleadas, o que viven del subempleo, en cada familia por lo menos 2 o 3 personas padecen de algún problema de enfermedad.

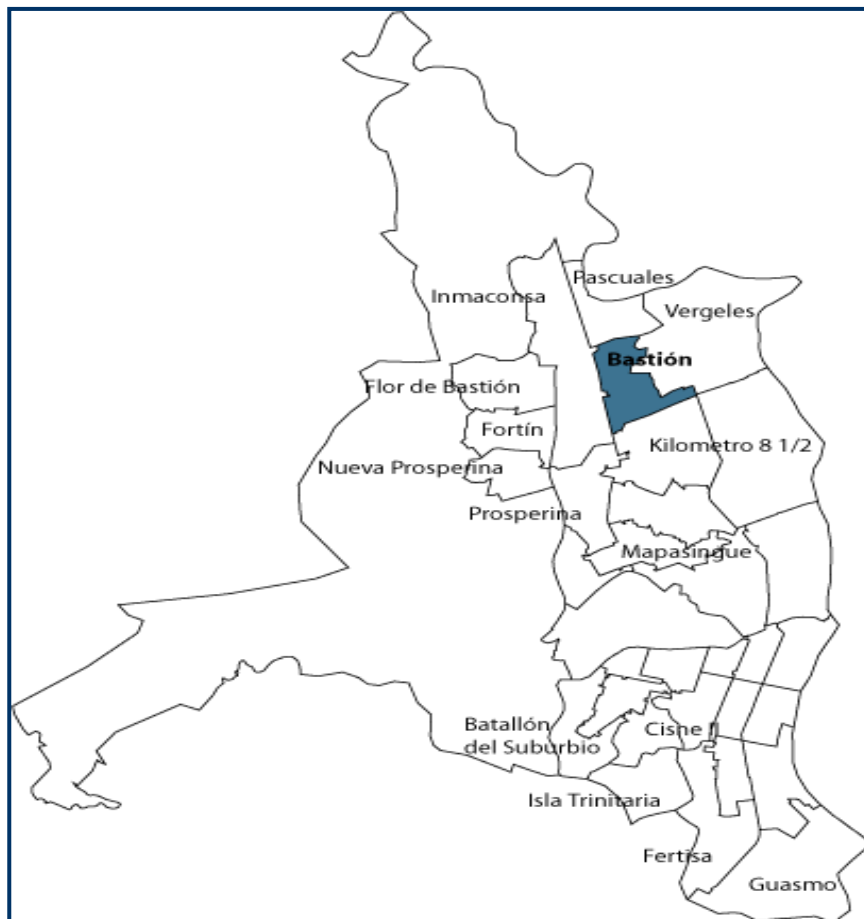
Entonces el servicio de salud estará enfocado a la disminución de estos males de la sociedad.

Las personas encuestadas de 26-35 años es decir jóvenes maduros en un 58% y con el sexo femenino en predominio (63 %) de los cuales en su mayoría son de escasos recursos económicos. El 32 % manifestó su insatisfacción por la atención recibida. En lo que se refiere a la atención del profesional, el 25% cree que es regular y pésima, además en lo que se refiere a tecnología el 51% lo define como regular y mala. El 92% piensa que el aspecto físico es excelente, y el 13% cree que la atención del personal de contacto es regular y mala y el 71 % piensa que es excelente y Muy Buena. El 25% cree que la atención del profesional es regular y pésima y la tecnología con un 51% como regular y mala

## CAPITULO III: ESTUDIO TÉCNICO

### 3.1 Localización

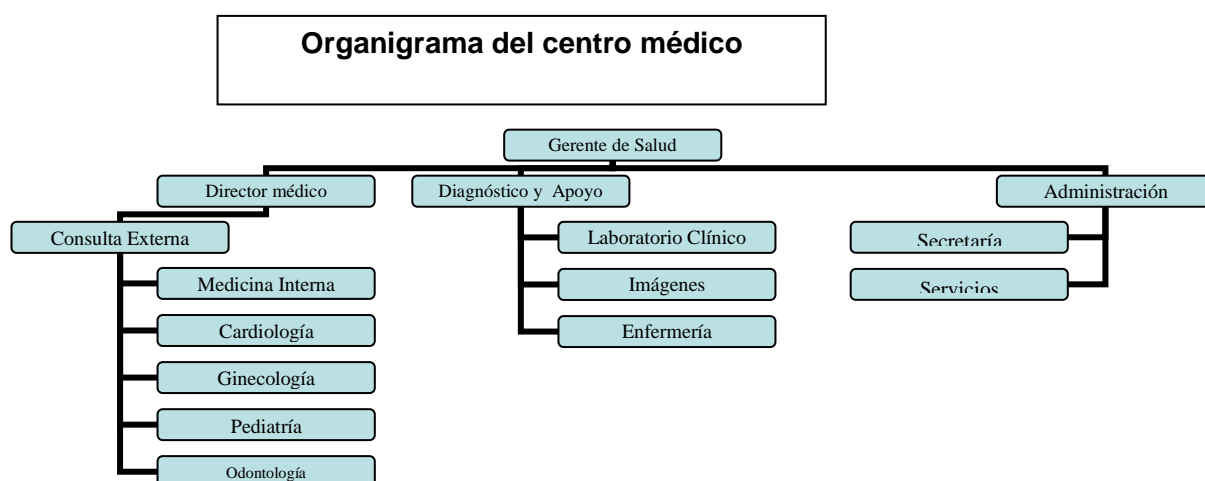
La razón de la existencia del servicio de salud es el paciente o usuario al cual hay que atenderlo con una elevada carga de humanismo y dentro de un marco ético- legal. Para la instalación de este servicio de salud se ha adquirido un lote de 150 mt<sup>2</sup> que está ubicado en la etapa 7 de la urbanización Mucho Lote manzana 2767 solar 18 la misma que posee una situación estratégica y frente a Bastión Popular de la cual la separa 300 metros, Con una zona de influencia en los sectores de Mapasingue este y oeste, Prosperita, Km. 8½ Bastión Popular, Flor de Bastión, Valerio Estacio, Fortín, Pascuales, Florida Norte, Paraíso de la Flor, Orquídeas y Mucho Lote. En el siguiente cuadro establecemos el sector.



Fuente: INEC-MIMG. Encuesta del Sistema de Información Social ESIS 2006

### 3.2. Estructura organizacional del centro médico

El Director médico será nombrado para el lapso de un año de labores y será elegido de entre los profesionales de la consulta externa, establecerá guías y procesos para la consulta, horarios y turnos, además coordinando la relación médico- paciente



Elaborado por: Los autores

En el área de Diagnóstico y Apoyo se realizará la elección de un Director, el cual será elegido de entre el Patólogo clínico, el tecnólogo en imágenes o la enfermera Profesional, se reunirán periódicamente y establecerán las normas y guías de atención al usuario.

El área Administrativa contará con tres personas que son la secretaria contable, la secretaria administrativa y el conserje, organizarán la información y el servicio al usuario y elaborará una guía para el mantenimiento del soporte físico de la unidad operativa.

Es por esto que la economía de la salud plantea la eficiencia en el uso de los recursos de lo cual contribuimos a cumplir la meta del milenio emanado de un consenso de 189 países como son: la reducción de la pobreza extrema, la

mortalidad materna, la desnutrición y la mortalidad infantil, combatir el VIH-SIDA, el paludismo y otras enfermedades graves en los grupos más vulnerables. 26

### **3.3 Proceso de administración estratégica.**

Las definiciones de administración son muchas pero podemos dar una que parece apropiada “Los administradores manejan recursos o insumos que son escasos, y por lo tanto debe hacerlo de manera eficiente, tratando de minimizar los costos de los recursos” 27

Uso de recursos con poco desperdicio= eficiencia

Logro de objetivos= alto rendimiento= eficacia.

Gestionar estratégicamente significa llegar a la toma de decisiones gerenciales a base de parámetros o indicadores medibles y cuantificables y los resultados son valorados de acuerdo a los objetivos estratégicos establecidos a largo plazo, y se tomarán los correctivos en cualquier momento del proceso, para beneficio de la empresa de salud.

La tendencia actual es administrar un Hospital o un Centro de Salud como una empresa formada, destinada a brindar atención integral de salud, mediante buena administración en la prestación de servicios a la comunidad, utilizando una serie de recursos: humanos, materiales y financieros, para cumplir con los fines sociales para lo que se ha creado y a su vez implementando medidas o herramientas estratégicas en la gestión directriz.

#### **3.3.1 Estudio organizacional administrativo.**

El proceso administrativo está formado por varias etapas como son:

Planificación, Organización, Administración de recursos humanos, Dirección y Control.

Así en base a lo anterior son muchas las estrategias que se puede elaborar, pero se ha escogido cinco estrategias porque es imposible cumplir todas al mismo

---

26 ONU/Septiembre 2000

27 WONG. Laborde Nancy MA. Fundamentos de la Administración. Guía didáctica Maestría en GSS Pág. 39-40 2004.



tiempo, a medida que se cumplan las metas, se debe tratar de implementar las nuevas estrategias.

Al implantar estrategias se puede elaborarlas en base al FODA, lo ideal es de tres a cinco, en primer lugar se establecen metas y objetivos y se las formula para lograrlas, y en una segunda fase tomamos acciones basadas en la planificación que comprende la Administración y el control estadístico, y en base a esto aplicamos estrategias magnas como son de estabilidad, crecimiento, atrincheramiento, de combinación.

“Los ejecutivos eficaces no toman un gran número de decisiones, se concentran en lo que es importante” 28

Esquema de pasos a seguir en el proceso de administración estratégica. 29



FUENTE: WONG LABORDE, Nancy MA. Fundamentos de la Administración Guía didáctica Maestría Mgss. Pág. 52 año 2004

En realidad lo que caracteriza al ejecutivo eficaz es que se suponga (debido a su posición o a sus conocimientos) que tiene que tomar decisiones que ejercen un impacto positivo y de significado sobre el conjunto de la organización, sobre su eficacia y sobre sus resultados. 30

28 DRUCKER-P-F La toma de decisiones. Harvard Business Review Ediciones Deusto SA 2002. Pág 1  
 29 WONG. Laborde Nancy MA. Fundamentos de la Administración. Guía didáctica Maestría en GSS Pág. 52 2004.

30 DRUCKER-P-F La toma de decisiones. Harvard Business Review Ediciones Deusto SA 2002 Pág 22

Líneas estratégicas:

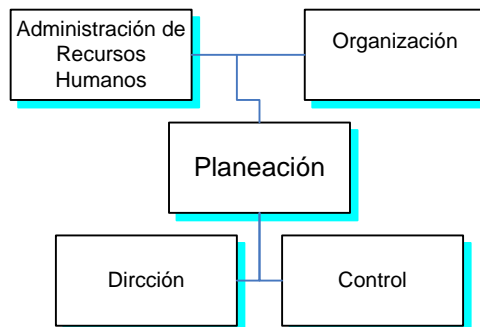
LINEA ESTRATÉGICA 1	Diseñar herramientas administrativas
LINEA ESTRATÉGICA 2	Imponer indicadores de gestión
LINEA ESTRATÉGICA 3	Elaborar programa de charlas a la comunidad.
LINEA ESTRATÉGICA 4	Organizar comités de ética y contingencias
LINEA ESTRATÉGICA 5	Diseñar plan de comunicación en crisis.

Elaborado por: Los autores.

### 3.4 Planificación:

La planeación es lo primario en la administración, es el punto de partida de las otras funciones. Es de esta forma en que las organizaciones deben estar preparadas para responder de una forma eficaz al cambiante entorno. Cuando se hace planeación, es el establecimiento de objetivos, establecer estrategias para lograr los objetivos, que es lo que se debe hacer y cómo hacerlo. Los planes se pueden clasificar en estratégicos y operacionales. Los planes estratégicos se aplican a toda la empresa y buscan situar en una posición a la empresa con respecto a su ambiente, establecen un escenario para los planes operacionales, son de largo plazo, de cuatro a cinco años. Los planes operacionales determinan las acciones y detalles del cómo se lograrán esos objetivos globales y ayudan a cumplir los planes estratégicos, además son de corto plazo.

Esquema del proceso a cumplirse en la administración.



FUENTE: WONG LABORDE, Nancy M. A. Fundamentos de la Administración Guía didáctica. MGSS, Pág 47, 2004

Elaborado por: Los autores

### **3.5 Organización:**

Al establecer el diseño organizacional, siendo este el proceso de decidir la forma adecuada de dividir y coordinar las actividades de la organización, a la luz de las metas y planes organizacionales así como del entorno. El gerente de una unidad de Salud es visto como un estratega que debe dirigir su acción hacia el cumplimiento de metas de innovación con el fin de ser más competitivo. El futuro de las organizaciones de salud estará en manos de gerentes que sepan innovar en función de las características de un entorno cada día más complejo en la social, tecnológico y económico, generando procesos organizacionales acorde con esta dinámica. 31

Es de esta forma en que las organizaciones deben estar preparadas para responder de una forma eficaz al cambiante entorno.

Las distintas y variadas formas de agrupar las actividades nos conducen a departamentalizar, cuya forma (funcional, etc.) depende de las necesidades, tamaño, filosofía administrativa.

La departamentalización es el proceso de agrupar personas y puestos en unidades de trabajo y dan lugar a tres tipos principales de estructuras organizacionales que son: funcionales, por objetivos y matriciales. La estructura funcional agrupa a personas que poseen habilidades similares y que ejecutan tareas parecidas. Los miembros de los departamentos funcionales comparten destrezas técnicas intereses y responsabilidades.

Esta estructura funciona bien en organizaciones pequeñas que producen uno o muy poco productos o servicios, pero la desventaja en las estructuras funcionales consiste en la falta de comunicación y coordinación entre las diferentes funciones, lo cual a su vez da una desventaja en situaciones competitivas, además perdidas de responsabilidad en el control de costos, calidad, servicios e innovación para hacer frente a los cambios del entorno.

---

31 MEJIA García Braulio gerencia de Procesos para la Organización y el control Interno de las Empresas de Salud. Ecoe Ediciones 5° Edición 2007 Pág. 10

Esta característica de estructura funcional se origina por el hecho de que en un tiempo atrás, y basándose en la teoría de Adán Smith se dividieron las tareas y actividades a una fracción determinada de trabajo, con la finalidad de desarrollar y ejecutar pequeños objetivos organizacionales.

La estructura es el fondo y forma piramidal (autoridad/responsabilidad del puesto). Siempre existirá un jefe por departamento.

En la dirección el jefe controla las funciones del puesto y no la ejecución de los objetivos específicos estratégicos (porque no existen en el ámbito de puestos). No existe desarrollo profesional del recurso humano. La mayoría de los funcionarios no conocen a fondo la misión o visión estratégica, solo poseen noción de los relacionados al puesto.

Una segunda alternativa organizacional es la departamentalización o estructura organizacional por objetivos, se caracteriza por incrementar la eficiencia en los objetivos establecidos por la organización e identifica y determina los objetivos/proyectos para alcanzar los productos previstos.

En esta estructura nace el conflicto de inadaptabilidad por la razón de que la mayoría de los jefes funcionales y no funcionales-administrativos /técnicos/operativos, especializados como para poder desarrollar y ejecutar los objetivos específicos estratégicos que forman parte de un solo objetivo general estratégico, por lo tanto se necesita incrementar personal preparado para el cumplimiento de los objetivos específicos estratégicos, dando origen al conflicto de ambigüedad, es decir que ya no se detecta un solo jefe funcional, sino que al mismo nivel está el jefe de objetivos/proyectos o consultores internos o externos.

Esta estructura mantiene las características de la estructura y dirección funcional y además las siguientes: establece el objetivo general estratégico, establece los objetivos específicos estratégicos de cada uno de los departamentos y fija los objetivos operacionales.

En cambio la estructura y dirección matricial o por procesos es formada por la proyecciones de las dos anteriores, manteniendo dos características, el funcionamiento de sistemas (RR.HH. FINANCIERO, LOGISTICA, ABASTECIMIENTO, etc.) Y la importancia de la existencia de los objetivos estratégicos con desarrollo de los proyectos/productos.

Su estructura se la determina a través de matrices que determinan e identifican los procesos. Identifican y determinan las tareas actividades de cada proceso, identifica tiempo y costo de cada proceso, no existe jerarquía funcional, es decir no habrá jefes para un grupo de puestos, lo que existe son los dueños de los procesos.

Cada proceso (macro, micro de gestión, operativo, de apoyo) alcanzan un objetivo específico estratégico y la suma o combinación de estos resultados específicos alcanzan el objetivo general estratégico (El ser organizacional). 32

El ambiente de trabajo debe ser el ideal, para que conlleve a lograr una calidad de vida laboral, esto a su vez produce un beneficio a nuestros usuarios que van a recibir eficiencia y eficacia por lo tanto buen trato de parte del profesional que los atiende. Adecuando el ambiente de las 4 direcciones departamentales de servicios médicos con ventilación adecuada y decoración acorde a la idea de los jefes departamentales pues es un ambiente de reuniones de trabajo y planificación.

Cada jefe departamental a su vez procurará que sus subalternos tengan todas las comodidades ambientales y se sientan a gusto, pues esto son los que van a tener que brindar calidez y calidad en la entrevista del prestador de servicios-usuario. Y a su vez cada jefe departamental procurará establecer un tipo de liderazgo democrático.

### **3.5.1 Enfoque basados en procesos**

Proceso es el desarrollo continuo de tareas/actividades que en un determinado momento/tiempo están relacionadas y articuladas entre sí, cuya conexión agrega valor de acción, con el objeto de mezclar y transformar los insumos para que se produzcan un rendimiento y un resultado o producto interno o externo para la organización. Para que una organización funcione de manera eficaz, tendrá que identificar y gestionar numerosas actividades interrelacionadas entre sí.

Toda actividad que se realiza en un Hospital o institución de Salud está ligada a un proceso, en todo proceso que se realice se utilizará recursos, información o insumos que siempre lleva a un resultado, los recursos utilizados serán manejados de manera eficiente y teniendo un dueño o responsable del proceso y sus ayudantes o colaboradores que deben creer en el mismo.

Se realiza una evaluación continua de los distintos pasos y así poner los correctivos indicados en el momento preciso para llegar a una meta feliz. Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y recursos relacionados se gestionan como un proceso.

Los procesos pueden ser estratégicos, operativos y de soporte. Se producirían costos más bajos y periodos más cortos, con uso eficaz de los recursos y resultados mejorados. Se definen las actividades necesarias (procesos) para obtener un resultado deseado, estableciendo responsabilidades para las actividades.

Los procesos estratégicos son llevados adelante por la alta dirección. Los procesos operativos son las políticas y estrategias., determinación de objetivos y la gestión de los recursos.

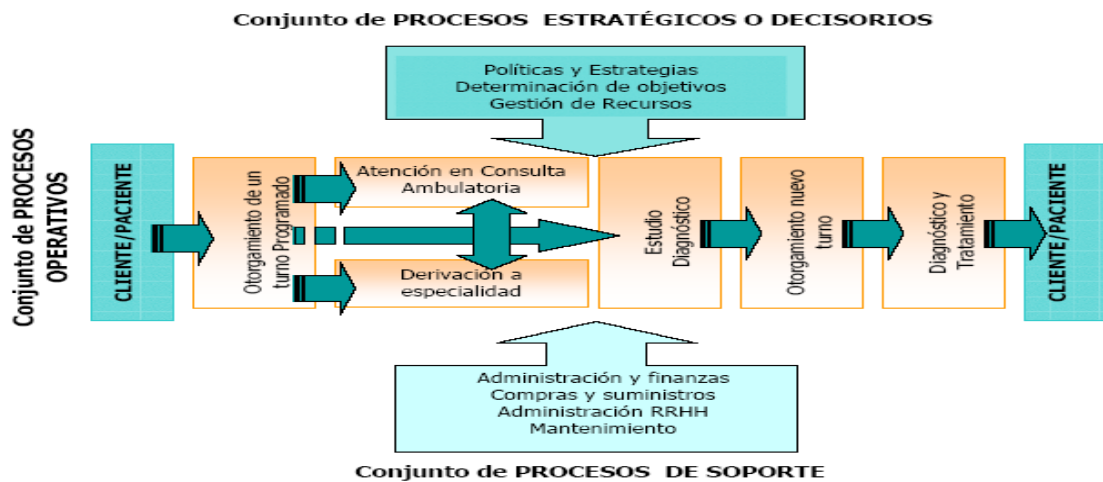
Podemos considerar procesos centrales u operativos: todos aquellos que se relacionan con la atención de los pacientes.

La atención de consultas ambulatorias, la realización de una intervención quirúrgica, la realización de una práctica de enfermería, la atención de una

unidad de cuidados intensivos, la realización de métodos diagnóstico, el diseño de una campaña de vacunación, la atención ambulatoria programada.

Como ejemplos de procesos de soporte: la gestión de residuos patogénicos, la capacitación del personal de una Unidad de Terapia Intensiva, el mantenimiento del Recurso Físico, el desarrollo, aplicación y mantenimiento de software, la planificación y monitoreo de los objetivos de la Calidad y Servicios.

La implementación de las nuevas tecnologías, hacen la diferencia entre la medicina actual moderna de la antigua y ortodoxa de hace pocos años. 33



Ejemplo de clasificación de los procesos en el sector Salud. Fuente: Manual I Congreso Internacional de Gerencia en Salud. I Seminario Taller ISO 9001:2000 en Salud Julio 2005 Pág. 16 Guayaquil-Ecuador

Todas las personas vinculadas a la organización deben conocer la misión y visión de la institución y qué objetivo estratégico alcanzar y además Los indicadores de gestión y aprovechabilidad de referencia de procesos.

Cuando el quehacer diario se torna complejo en las instituciones, departamentos o empresas se debe elaborar el manual de procesos. Que no es más que un documento que registra el conjunto de procesos que realiza un servicio, departamento o institución toda. Todo proceso busca satisfacer las necesidades del usuario/paciente. Objetivos del manual de procesos

33 Manual I Congreso Internacional de Gerencia en Salud. I Seminario Taller ISO 9001:2000 en Salud Julio 2005 Pág. 15 Guayaquil-Ecuador

- ❑ Guía -Información
- ❑ Evita discusiones - Elementos de consulta
- ❑ Punto de referencia - Memoria

Para la elaboración del manual de procesos se debe tomar en cuenta la estructura orgánica, niveles de autoridad, jefes de departamentos, servicios, cargos subalternos. Se elabora la portada, acta de aprobación misión de la institución, objetivos del manual, marco legal, funciones del área o institución, organigrama, proceso del área o institución, indicadores de gestión y anexos. Lo sometemos a revisión con los responsables y por ultimo debe ser implementada a través de los jefes se debe manejar las resistencias al cambio, el apoyo de parte de la gerencia debe ser permanente, además de la capacitación y evaluación permanente. 34

En el caso de los documentos relacionados con los procesos (por ejemplo, instructivos), es recomendable que quede definido, como mínimo:

- Las entradas a dicho proceso, su especificación y mecanismo de control
- Las salidas de dicho proceso, su especificación y mecanismo de control.
- Los indicadores de eficacia del proceso.
- Si fuera necesario, el “cómo “se transforman las entradas en salidas y cómo se controla el proceso.
- Las personas responsables por el proceso.

En algunos casos, estos documentos, aunque constituyen procedimientos en su concepto más amplio, pueden ser llamados también “fichas de procesos” u “hojas de datos de procesos”.

### **3.6. El control**

El proceso de control es sencillo y se lo hará a partir de la fijación de estándares de desempeño y de acuerdo a esto la dirección tomara las medidas pertinentes. El control es un proceso de medición del desempeño y de realización de acciones que garanticen los resultados deseados. Los sistemas de control son imprescindibles para mejorar el desempeño de la organización, debidamente diseñado se convierte en una herramienta eficaz para una buena administración. El control como parte del proceso administrativo, significa vigilar las actividades

---

34 MEJIA García Braulio gerencia de Procesos para la Organización y el control Interno de las Empresas de Salud. Ecoe Ediciones 5° Edición 2007 Pág.62-64



con el fin de asegurarnos que se realicen los planes establecidos y nos permite tomar medidas a tiempo.

El control vigila si se cumplen o no los objetivos organizacionales de acuerdo a los planes y nos va a permitir tomar medidas de rectificación a tiempo. El sistema deberá ser exacto, oportuno, económico, flexible e inteligente y sustentado en criterios razonables. El control vigila que sucedan cosas correctas, de forma adecuada y en el momento oportuno.

Pasos en el proceso de control: el sistema de control tal como y se lo aplica a las organizaciones, no es cibernético pero si sigue sus principios.

Primero establecer objetivos y estándares.

Segundo medir el desempeño real.

Tercero comparar resultados con objetivos y estándares.

Cuarto emprender acciones correctivas cuando sea necesario. 35

El proceso de control empieza cuando se establecen objetivos de desempeño y estándares para medirlos, mediante la planeación, se pueden utilizar dos tipos de estándares: Los estándares de salida que miden los resultados del desempeño en términos de cantidad y calidad, costo, y/o tiempo, por ejemplo número de pacientes servidos durante cierto periodo.

En cambio los estándares de entrada mide los esfuerzos en términos de la cantidad de trabajo invertidos para el desempeño de una tarea, se usan en situaciones en que es difícil o costoso medir las salidas por ejemplo el acatamiento de reglas y procedimientos, la eficacia en el uso de recursos o la asistencia o la puntualidad en el trabajo.

Paso dos medición en los desempeños real es medir con exactitud los resultados del desempeño (estándares de salida) y los esfuerzos de desempeño (estándares de entrada). La medición deberá ser suficientemente exacta para poder descubrir diferencias importantes entre lo real que está sucediendo y lo que originalmente se planeó.

(Estándares de entrada). La medición deberá ser suficientemente exacta para poder descubrir diferencias importantes entre lo real que está sucediendo y lo que originalmente se planeó.

Sin la medición no es posible el control eficaz. Los administradores necesitan sentirse seguros con su actividad de medición.

En el paso tres al comparar el desempeño medido con los objetivos y estándares, con el propósito de establecer que acciones son necesarias y se expresan como sigue: acciones necesarias = desempeño deseado – desempeño real. En lo que se refiere a los objetivos de desempeño son de tres tipos: mejoramiento desarrollo personal y mantenimiento, debiendo ser específicos, definido en el tiempo, ofrecer un reto realista, alcanzable y además mensurable. Hay tres formas de lograr la comparación del desempeño deseado con el desempeño real:

Se puede realizar una comparación histórica usando el desempeño anterior como marco de referencia para poder evaluar el desempeño actual. Realizar una comparación relativa en la que utiliza logro de desempeño de otras personas unidades de trabajos u organizaciones como estándar de evaluación.

Se puede realizar una comparación de ingeniería en la cual se utiliza estándares técnicos establecidos científicamente como los estudios de tiempo y movimiento, el concepto de benchmarking es claro en el control, es un medio para identificar las mejores prácticas preguntando ¿Siempre se puede o qué se puede hacer mejor?.

En el paso cuatro para hacer acciones correctivas se usa la administración por excepción en la que damos atención prioritaria a situaciones de mayor necesidad de acción. En base a esta descripción podemos establecer la técnica del APO (o administración por objetivos), en donde el subordinado trabaja con objetivos de desempeño claro y cuantificable que ellos mismos establecen es decir cada

persona establece sus propios objetivos, cada uno de ellos con su fecha esperada de consecución. 36

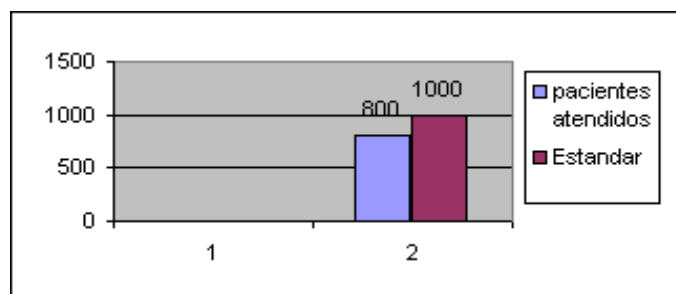
La primera excepción puede ser una situación problema en la cual desempeño esta por debajo del estándar y al hacer el cálculo hay una brecha desfavorable al restarla del 100% del estándar. Se debe comprender las causales y explicar las deficiencias.

Se realiza acción correctiva para restaurar el desempeño al nivel deseado. La excepción de oportunidad en la cual el desempeño está por encima del estándar, se establece cuando hay una brecha favorable, aquí es importante conocer la causa para emprender acciones, para continuar este nivel más elevado del desempeño en el futuro.

Para esto se elabora un informe del nivel de confianza y riesgo en base a la matriz de resultados de la evaluación de control interno, estos porcentajes están definidos en el manual de Auditoria gubernamental y son aceptados en la mayoría de países latinoamericanos. Ejemplo: si el número de pacientes planificados fueron 1000, éste es el estándar, y si la cantidad de pacientes real fue 800, este es el indicador; primero calculamos el índice que es indicador / estándar X 100.

$$800 / 1000 \times 100 = 80 \%$$

$$\text{Brecha desfavorable} = 20 \%$$



Elaborado por los autores

Luego se realiza un informe acerca de las causas que produjeron esta brecha desfavorable y una vez que están enumeradas elaboramos un Diagrama de Pareto, se establecerá las dos causas más frecuentes. Se resuelven y se buscan nuevas causales. 37

Matriz de resultados de la evaluación de control interno

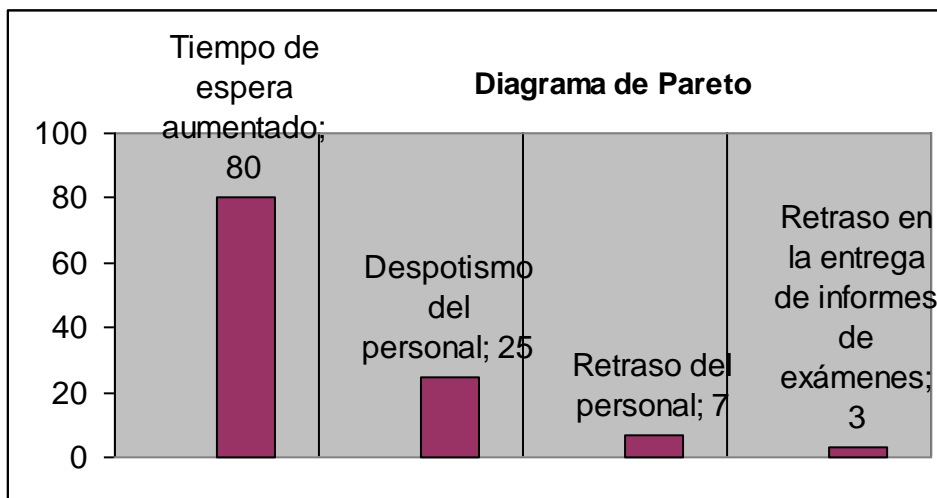
Riesgo	alto	moderado	bajo
	15%-50%	50%-75%	76%-95%
Confianza	baja	moderado	alta

Fuente: Manual de Auditoría de Gestión. Contraloría General del Estado. Tercera Edición. Quito, Septiembre 2007 Pág. 136

$$\text{Índice} = \text{indicador/estándar} \times 100 = 800/1000 \times 100 = 80 \%$$

Tenemos confianza alta y riesgo bajo. Brecha desfavorable 20 %

(Ejemplo)



Probables causas de baja en la producción según encuesta a 100 personas usuarias del servicio

Fuente: LEVIN-RUBIN-BANDERAS. Estadística para Administración y Economía. Séptima ed, 2004 Pág. 430

Los controles deben ser comprensibles, alentar el autocontrol, permitir la confianza mutua, comunicación y participación de todas las personas implicadas. Deben ser oportunos y bien orientado hacia la excepción y reportar rápidamente

37 Manual de Auditoría de Gestión. Contraloría General del Estado. Tercera Edición. Quito, Septiembre 2007 Pág. 136

las desviaciones. Deben ser considerados también justos y objetivos, imparciales y exactos, para un propósito que es aumentar el desempeño; deben ser flexibles permitir la elaboración de juicios personales y modificarlos para nuevas circunstancias que se vayan presentando.

### **3.7 Dirección: liderazgo**

El papel de los líderes es crucial para llevar a cabo las estrategias de una organización, fomentan una visión compartida, establecen la orientación de la organización, coordinan y gestionan los procesos necesarios para los objetivos de calidad y conducen al logro de los objetivos, ayudan y fomentan al logro de los objetivos de la organización, transforman propósitos en realidades.

El líder debe ser visionario, es la voz cantante dentro del grupo y persuade a cumplir las metas organizacionales, es un gran motivador de las personas en beneficio de la organización.

El Director o Gerente asistencial deberá tener un liderazgo de tipo democrático y se interesará tanto por la eficiencia en el trabajo como por el personal a su cargo, impulsará el trabajo en equipo y las relaciones humanas entre el personal. Toda persona que tiene a su cargo un equipo de trabajo deberá de ayudar a mejorar el trabajo de sus subalternos y no a molestarlos o desmotivarlos para mejora de la organización.

### **3.8 Recursos Humanos**

En lo que se refiere a la administración del recurso humano, las personas es el recurso invaluable, no contable de las organizaciones, se debe aprovechar el talento y el conocimiento de las personas, en la búsqueda de un alto desempeño.

La organización combina recursos humanos y materiales para trabajar y la Dirección inspira a la gente a utilizar de mejor manera estos recursos.

Las personas son el activo más importante de la organización, los edificios, las habitaciones, los hospitales, los consultorios pueden ser idénticos, pero son las personas que hacen la diferencia, ellos son el factor determinante para el éxito o fracaso de nuestra empresa de salud. El proceso de recursos humanos es

mantener atraer y desarrollar una fuerza laboral y talentosa, llena de energía para llevar a cabo la misión, los objetivos y las estrategias organizacionales.

Hay tres grandes responsabilidades en el proceso de administración de recursos humanos, en primer lugar atraer una fuerza laboral de calidad a través de un proceso de planeación, reclutamiento y selección del personal, luego viene el desarrollo de esta fuerza de calidad (esto incluye, inducción al empleado, capacitación y desarrollo, planeación y desarrollo de su trayectoria profesional en la empresa). En tercer lugar esta en mantenimiento de una fuerza laboral de calidad (conservar y disminuir la rotación, evaluación de su desempeño, compensación y prestaciones).

Ahora para atraer una fuerza laboral de calidad primero es el proceso de reclutamiento, que es conjunto de actividades, diseñadas para atraer una oferta de aspirantes calificados, para ocupar los puestos de trabajo. Hacer que las oportunidades de empleo llame la atención de las personas, cuyas habilidades y aptitudes satisfagan las especificaciones de un puesto de trabajo.

En el proceso de reclutamiento encontramos tres pasos: Primero publicidad de una vacante laboral, contacto preliminar con los candidatos potenciales al puesto y evolución inicial para crear una oferta de aspirantes calificados al puesto, luego viene la selección que es el proceso de elegir un grupo de aspirantes a las personas mejor preparadas; en el nuevo empleado se realiza la socialización, que es el proceso de cambiar sistemáticamente las expectativas, conductas y aptitudes de un nuevo empleado para la mejor integración, entre el individuo, el puesto de trabajo y la organización y empieza la inducción, que es familiarizar al nuevo empleado a su puesto de trabajo, sus compañeros, políticas, reglas y servicios organizacionales, luego viene la capacitación para adquirir habilidades o mejorarlas.

Luego hay la administración del desempeño, en la que el desarrollo y mejora continua del potencial de recursos humanos requiere un sistema establecido, en la cual se establecen estándares y evaluación de los resultados y se planea acciones para mejorar este desempeño en el futuro.

El proceso de valorar los logros de alguien en su trabajo y proporcionar retroalimentación se conoce como evaluación de desempeño. Tiene dos propósitos básicos: Propósito de dar valoración para que la gente sepa en donde se encuentra en relación con los objetivos y estándares de desempeño. En relación al propósito de valoración, la evaluación del desempeño se concentra en el desempeño pasado y mide los resultados en comparación con los estándares, el desempeño se documenta para su registro y se establece una base para su recompensa.

El gerente hace las veces de juez y evalúa los logros de otra persona. Entre los métodos de evaluación de desempeño se encuentra los siguientes: Primero escala de calificación grafica, segundo técnica narrativa, tercero escala de calificación de base conductual, cuarto técnica de los incidentes críticos y quinto comprensión de varias personas.

1.-La Escala de Graficación Grafica, utilizamos listas de verificación, que contiene rasgos y características para evaluar el desempeño, el gerente evalúa al individuo en cada rango utilizando una escala numérica, el método es fácil y rápido de aplicar.

2.- La Técnica Narrativa consiste en redactar un ensayo en la que se describa el desempeño laboral de una persona, normalmente incluye descripción real de desempeño, discute las ventajas y déficit del individuo y proporciona una evaluación general, estas dos técnicas por lo general se utilizan juntas.

3.- La Escala de calificación de bases conductual permite clasificar los comportamientos reales que ejemplifican diversos niveles de logros de desempeño.

4.- La técnica de los incidentes críticos en ella mantenemos un diario continuo de las conductas de trabajo eficaz e ineficaz, crea un registro escrito de desempeño negativo y positivos, documenta patrones de éxitos y fracasos que pueden ser discutidos con el individuo

5.- La comparación del desempeño de varias personas compara el desempeño de una personas de otras.

El personal que formará la institución se organizará y realizará reuniones de tipo social y deportiva, su directiva procurará las relaciones humanas entre los

miembros, además tendrá la preparación y experiencia necesarias. Para lograr una mejoría a largo plazo en la productividad es indispensable mejorar la calidad del entorno laboral, la administración autocrática puede conducir a mejores niveles de productividad a corto plazo, sin embargo a largo plazo los dirigentes autocráticos no pueden mantener progresos significativos en los niveles de productividad porque el deterioro en el entorno laboral lleva al personal a perder entusiasmo por su trabajo, lo que conlleva a mayores niveles de ausentismo, tasa de rotación y también lentitud, desgano e indiferencia, predominando la actitud de cumplir nada más que con el mínimo requerido.

En cambio cuando la mayor parte de las personas cree que disfruta de un entorno laboral de alto nivel, cuando contribuye al éxito de la compañía en forma significativa, se obtiene una calidad de vida laboral. por lo que se debe crear en la organización un clima en el que se trate a las personas como verdaderos expertos responsables de sus puestos. 38

Personal que va a conformar el centro medico		
Médicos Generales	2	(8 horas)
Médico Pediatría	1	(4 horas)
Médico Ginecólogo	1	(4 horas)
Médico Cardiólogo	1	(4 horas)
Odontólogo	1	(6 horas)
Médico Patólogo Clínico	1	(6 horas)
Ecosonografista	1	(4 horas)
Enfermera Profesional	1	(8 horas)
Auxiliar de Enfermería	2	(8 horas)
Personal Administrativo	2	(8 horas)
Conserje	1	(8 horas)
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>personas</b>

Elaborado por: Los autores



## **CAPITULO IV: DISEÑO DE LA PROPUESTA**

### **4.1 Misión del centro médico:**

Establecer servicios de salud integral y accesible en las áreas marginales del cantón Guayaquil, con innovación constante, establecimiento de herramientas administrativas, y mejora continuada de la calidad de vida de usuarios de escasos recursos económicos.

#### **4.1.1 Visión del centro médico:**

Ser el servicio médico de excelencia y referente de 1 y 2 niveles de atención, con estilo y características diferentes y humanización de la atención médica, sin ánimo de lucro para beneficio de un usuario marginado.

Así en base a lo anterior son muchas las estrategias que podemos elaborar, pero nosotros hemos escogido cinco estrategias porque es imposible cumplir todas al mismo tiempo, a medida que se cumplan las metas, trataremos de implementar las nuevas estrategias.

Estrategias probables:

Revisar los objetivos de la organización (genéricos y a largo plazo):

- Establecer la Planificación Estratégica Institucional.
- Dar a conocer el FODA a todo el personal.
- Diseñar la cadena de valor como herramienta gerencial.
- Creación de un comité de contingencias.
- Procurar dar charlas a la comunidad.
- Realizar programas de capacitación para fomentar una cultura de calidad de servicios al cliente de parte del personal de contacto.
- Realizar pronóstico de la demanda.
- Establecer un comité de ética
- Diseñar Indicadores de Gestión y Estándares de desempleo.
- Diseñar un Plan de Comunicación en crisis.

A efectos prácticos, en el proceso anteriormente descrito de dirección estratégica encontramos potenciales puntos débiles.

1. Que la estrategia sea definida a nivel de alta dirección y no se comunique a toda la organización.
2. Que la estrategia no se consiga debido a que no exista claramente una relación entre el nivel estratégico, táctico y operativo.
3. Que la estrategia sea “estática” y que no sea revisada con la agilidad que un entorno cambiante como el actual requiere.

Cada una de estas situaciones tiene una línea de solución distinta. En estos casos, se debe promover una cultura en la organización abierta a la crítica constructiva y en la que todas las personas puedan aportar a la estrategia del centro médico y que sus visiones sean valoradas.

Al definir las estrategias a utilizarse para el logro de los objetivos y en virtud del análisis anterior se puede aplicar las estrategias de estabilidad, o de crecimiento, o de atrincheramiento, o de combinación. 39

El máximo aprovechamiento de las fortalezas y el oportuno reconocimiento de las debilidades es el objetivo principal del análisis interno. Y la correcta identificación de las oportunidades que ofrece el entorno a la organización, permite en forma más eficiente y eficaz el cumplimiento de los objetivos de la misión.

Se establecerá la cadena de valor como una herramienta gerencial y esta estrategia servirá para crear posicionamiento del centro médico, para esto se decidirá con anterioridad si se desarrollan procesos en forma diferente o se hace referenciación de los procesos (benchmarking), esto consiste en identificar las empresas líderes, determinar la calidad de sus procesos buscando la

---

39 SCHERMERHORN. Administración. Edit. limusa Wiley. 2003. pág. 165

aplicabilidad de los mismos en la empresa, pero mejorándolos y por lo tanto mejorando la competitividad. 40

## **4.2 Herramientas Administrativas en Salud y su aplicación**

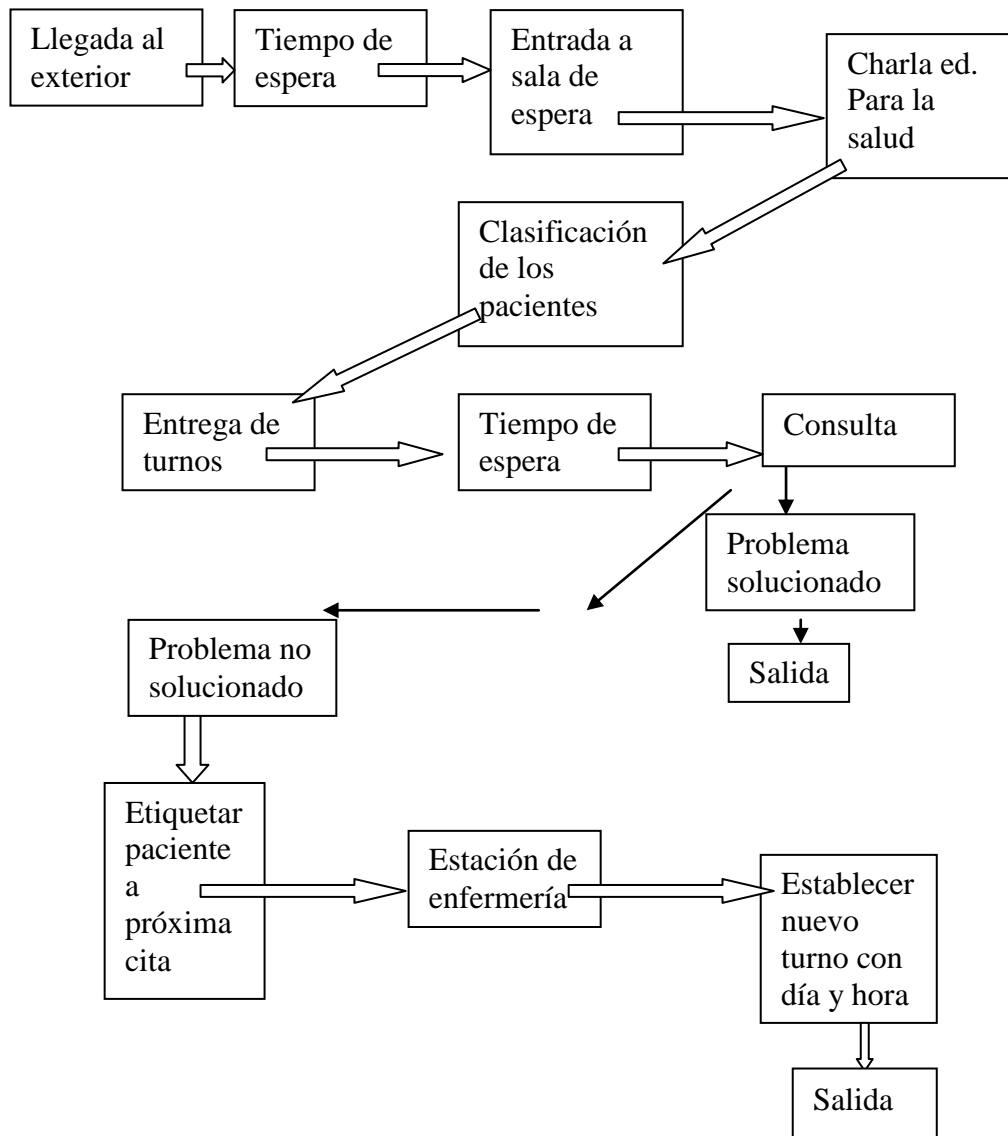
### **4.2.1 Proceso de la consulta médica:**

El paciente o usuario a la primera consulta acudirá por la mañana a coger su turno. Si es solucionado su problema, y si en el futuro requiere nueva consulta podrá separar su turno con dos o tres días de anticipación (personal o telefónicamente), pero si es una emergencia será valorado su estado de salud y atendido de inmediato. Al paciente que no es solucionado su problema de salud, el médico pondrá en un margen de la receta, a cuantos días posteriores lo cita, y se acercará a la estación de enfermería para establecer día y hora del nuevo turno (en un programa de turno en espera). Proceso de consulta externa:

- 14:00 a 16:00 Horas, auxiliar y conserje realizan visitas domiciliarias
- en 10 hogares verificar pacientes diabéticos e hipertensos
- extender ordenes para examen de glicemia a pacientes diabéticos
- orden para tomas de presión arterial a pacientes hipertensos
- ordenes para control de peso a pacientes en desnutrición y obesidad, todo esto en forma gratuita
- paciente llega a sala de espera al día siguiente y es informado del resultado
- paciente decide cuando hace su primera consulta con el profesional adecuado.
- Pacientes en sala de espera
- profesional da charlas sobre prevención de salud
- jefe de la unidad verifica urgencias y primeras consultas o subsecuentes
- auxiliar de enfermería otorga cupo para el consultorio requerido
- paciente es atendido por profesional
- enfermera pone cita si se requiere para exámenes de laboratorio en programa de turnos en espera y prioriza las urgencias
- paciente pasa a farmacia. --salida.

---

40 MEJIA García Braulio MD-MSP. Gerencia de Procesos para la Organización y el Control Interno de Empresas de Salud. Edic ECOE Quinta Edición 2006 Pág 45



Elaborado por los autores

El máximo aprovechamiento de las fortalezas y el oportuno reconocimiento de las debilidades es el objetivo principal del análisis interno y la correcta identificación de las oportunidades que ofrece el entorno a la organización, permite en forma más eficiente y eficaz el cumplimiento de los objetivos de la misión.

Se establecerá la cadena de valor como una herramienta gerencial y esta estrategia servirá para crear posicionamiento del centro médico, para esto se decidirá con anterioridad si desarrollar procesos en forma diferente o hacer la referenciación de los procesos

(Benchmarking), esto consiste en identificar las empresas líderes, determinar la calidad de sus procesos buscando la aplicabilidad de los mismos en la empresa, pero mejorándolos y por lo tanto mejorar la competitividad. 41

En el caso de los documentos relacionados con los procesos (por ejemplo, instructivos), es recomendable que quede definido, como mínimo:

- Las “entradas” a dicho proceso, su especificación y mecanismo de control;
- Las salidas de dicho proceso, su especificación y mecanismo de control
- Los indicadores de eficacia del proceso.
- Si fuera necesario el cómo se transforman las entradas en salidas y cómo se controla el proceso.
- Las personas responsables por el proceso.

En algunos casos, estos documentos, aunque constituyen procedimientos en su concepto más amplio, pueden ser llamados también “fichas de procesos” u “hojas de datos de procesos”.

#### 4.2.2 Selección del personal

En el Centro Médico se evaluará si la selección del personal ha sido idónea y con responsabilidad, para esto se usa una matriz de ponderación:

Área: Recursos Humanos. Proceso: Selección de personal  
Verificación profesional o documentación

Área: Recursos Humanos		
Proceso selección personal	#	cumplidos
Verificación profesional y documentación	14	14
Experiencia profesional	14	14
Exámenes psicológicos	14	14
Exámenes físicos	14	14
Recomendaciones	14	05
Total	70	61

Fuente Manual Auditoría de Gestión. Contraloría General del Estado. Tercera Edic. Quito, Septiembre 2007  
Pág. 136 Elaborado por los autores

Nivel de Confianza (NC) =  $Ct / MT \times 100 = 61 / 70 \times 100 = 87 \%$

NC = 87 %

Brecha desfavorable = 13 %

Riesgo muy bajo y confianza alta

determinación	del nivel	de riesgo
Confianza baja	Confianza moderada	Confianza alta
15 AL 60%	51 AL 75 %	76 AL 96 %
Riesgo alto	Riesgo moderado	Riesgo bajo

FUENTE: Manual de Auditoría de Gestión. Contraloría General del Estado. Tercera Edición. Quito, Septiembre 2007 Pág. 136

#### 4.2.3 Uso de indicadores

El uso de indicadores de gestión facilita medir eficacia, que está en relación con objetivos y metas cumplidas, la eficiencia (economía en el uso de recursos), y la calidad o grado de satisfacción de las necesidades de salud de los usuarios, estos aspectos se los considera relacionándolos con la misión, los objetivos y las metas que plantea la organización y al usar los tres se hace un análisis integral.

Un indicador se lo define como la referencia numérica que se genera de una o varias variables, que muestra aspectos del desempeño de la unidad auditada.

Al redactar un indicador establecemos primero un enunciado de:

Agregación + preposición

-cantidad de.....

-porcentaje de.....

El sustantivo plural o variable

-personas.....

-cuentas por cobrar.....

Un verbo en participio pasado (acción)

-capacitadas.....

-recuperadas.....

Un adjetivo:

-en el área técnica.....

-oportunamente.....

Y por último va el complemento circunstancial (lugar, tiempo, etc.)

-en el año 2009.

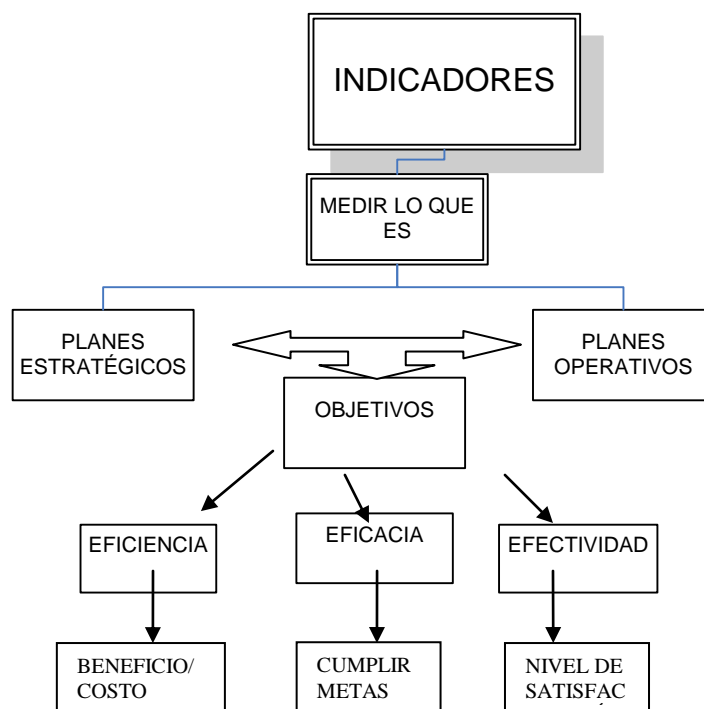
-por el Departamento de cobranzas.<sup>42</sup>

Ejemplo:

Número de pacientes atendidos en consulta externa del Centro Médico en Junio 2008(indicador de eficacia).

Esta dato se compara con un valor estándar interno o externo de la organización y si hay desviaciones se toman acciones al respecto.

Los indicadores pueden ser: cuantitativos y cualitativos, de uso universal, globales, funcionales y específicos. <sup>43</sup> Un indicador define una medida de la salud, la ocurrencia de una enfermedad, de otro evento relacionado con la salud, de un factor asociado al estado de salud, u otro factor de riesgo en una población especificada.



Elaborado por: Los autores

<sup>42</sup> Manual del curso de indicadores de gestión dictado por la Contraloría General del Estado a personal municipal de Guayaquil en el año 2008

<sup>43</sup> MALAGÓN Londoño Gustavo. Administración Hospitalaria Pág 426-508 Edit. Panamericana 1997

Es un parámetro de medición de lo realmente ejecutado. Los indicadores deben ser fácilmente utilizados e interpretables y comprensibles por quienes conforman la sala situacional, los analistas, usuarios y están relacionados con variables que se obtienen del censo y de los servicios.

#### **4.2.4 Cantidad mensual de pedido Sistema de pedido mínimo – máximo**

Para poder tener un control bueno de los inventarios de suministros, se determina Mecanismos para que no falten insumos y que tampoco aumenten los costos por compras en exceso. Se asigna la cantidad mínima por debajo de la cual no deben caer las existencias y la cantidad máxima de inventarios es la cifra que no debe superarse.

Ítem: paracetamol tabletas 500 mg.

Promedio consumo en tres meses  $5159/3=1720$

$1720/30 = 57.3$

consumo promedio esperado(CE) 57.3 por día

periodo de las ordenes de pedido 30 días

tiempo de espera 30 días

tiempo de espera por consumo promedio(CP) 1720

nivel de seguridad(IM) 1720

punto de orden de compra  $1720*2 = 3439$

existencia en bodega(EA) 2536 o saldo en kardex

pedidos pendientes por recibir (PR)

$Q= CE+CP+IM-EA-PR$

$Q= 960,7$

Cantidad mensual de pedido = 961 tabletas

Se disminuyen los riesgos de faltantes o excesos y se prioriza los medicamentos

en tres categorías: básicos, esenciales y complementarios. 44



Otra forma de control es la observación de las no conformidades. 45

#### 4.2.5 Ejemplo de no conformidades:

No conformidad		Acción correctiva	
Incumplimiento	Corrección	Causa posible	Eliminación de la causa
Trato despótico al paciente	Amonestación al personal de contacto	Falta de escolaridad y cursos de relaciones humanas en el personal de contacto	Cursos de rr.hh y motivación + Control permanente y medición de la calidad del servicio recibido
Mal aspecto del consultorio	Limpieza y aseo inmediato	Falla en la higiene en la limpieza diaria del soporte físico	Ajustes en los controles diarios al personal que realiza el aseo.
Un cliente reclama por falta de higiene en los baños de la sala de espera	La enfermera de guardia procede a higienizar debidamente el baño	Ausencia por enfermedad de la persona responsable por la higiene del baño	Ajustes en la planificación del proceso de limpieza de habitaciones para tener en cuenta un reemplazo ante la ausencia inesperada del personal
Entrega a un paciente internado de un medicamento con fecha de vencimiento superada	El médico de guardia toma medidas adicionales para estar alerta ante síntomas potencialmente provenientes de un mal estado del medicamento	El control de los medicamentos vencidos en la farmacia del hospital se realiza por medio de registros manuales y controles mensuales	Instalar un sistema informático para un control "on line" y permanente de la fecha de vencimiento de los medicamentos
Paciente se queja del guardia de seguridad que impide su ingreso	Amonestación al guardia de Seguridad	Orden recibida de algún profesional para no atender pacientes cerca de la hora de salida del trabajo	Entrega de guía para el trabajo de la guardianía y control permanente del jefe responsable.
Atraso de 3 meses en el servicio de mantenimiento de un equipos de radiografía	Requerir al contratista el servicio en forma inmediata	Ante un aumento mayor de la cantidad de pacientes, el contrato con el contratista no se modificó luego de haberse adquirido equipos nuevos para complementar los 2 existentes	Establecer un mecanismo o programa que asegure la revisión periódica de los contratos ante adquisición de equipos nuevos
Pacientes se quejan del mucho tiempo de espera para la consulta	Ordenar atención más rápida	Incremento de pacientes, poco personal de atención.	Establecer un programa de turnos en espera con pacientes subsecuentes y separación de turnos por teléfono.

Fuente: Guía para la interpretación de la norma IRAM-ISO 9001-2000 en organizaciones de Salud .Octubre 2003

45 Guía para la interpretación de la norma IRAM-ISO 9001-2000 en organizaciones de Salud .Octubre 2003

#### **4.2.6 Cuadro de mando:**

El cuadro de mando es una herramienta del control de gestión y permite la dirección y enfoque hacia los objetivos establecidos, ayuda a solucionar problemas y valorar el grado de riesgo existente, para luego poder llegar a la toma de decisiones, en el corto y largo plazo, de la dirección de empresas, los indicadores por cada perspectiva, siempre deberán ser menos de siete y si son menos será mejor.

##### **4.2.6.1 Los orígenes del cuadro de mando integral**

A principio de este siglo y durante la revolución industrial, ingenieros en empresas innovadoras habían desarrollado tableros de control que combinaban indicadores financieros y no financieros, ha existido desde los orígenes de la dirección y administración de empresas. Durante los años sesenta (Francia) se denominó Tableau de Bord, aquí el tablero de mando incorporaba diversos aspectos para el control financiero de la empresa, con el transcurrir de los años ha venido evolucionando y combina no solo datos financieros, sino también indicadores no financieros que permiten controlar los diferentes procesos del negocio. <sup>46</sup>

El CMI (cuadro de mando integral) recoge la idea de utilizar indicadores que realicen el seguimiento de estrategias de una empresa. La gran diferencia que existe entre el Tableau de Bord y el CMI es que el primero deja que cada directivo escoja los indicadores que considere más convenientes según su intuición y experiencia. <sup>47</sup>

Los indicadores financieros son instrumentos limitados, porque solo explican lo que ha pasado y por lo tanto solo permiten una gestión reactiva en lugar de una proactiva. Para poder gestionar por delante de la información financiera los directivos necesitan indicadores no financieros que además, adelanten lo que más tarde reflejan los indicadores financieros. En primer lugar se realiza un estudio de mercado y las estrategias para construir un modelo de negocio.

---

<sup>46</sup> EGAS Frode R Dr. Gestión estratégica y Gerencia de Salud. Texto guía Mgss 2006 Pág. 61

<sup>47</sup> EGAS Frode R Dr. Gestión estratégica y Gerencia de Salud. Texto guía Mgss 2006 Pág. 60-62

#### **4.2.6.2 El modelo de negocio en el cuadro de mando integral**

El CMI es una herramienta significativa de los últimos años que se basa en un modelo de negocio. El éxito de su implantación radica en que el equipo de dirección dedique tiempo al desarrollo de su propio modelo de negocio. La creación de valor que se mide con indicadores financieros es el resultado del diseño y ejecución de una estrategia. Por esta razón dirigir con información financiera solo resulta en una gestión reactiva, los resultados financieros son resultados y no causa. Para dirigir de forma proactiva hay que actuar sobre la causa y no sobre las consecuencias.

#### **4.2.6.3 Las perspectivas de un cuadro de mando integral**

El CMI se caracteriza por 4 perspectivas: financiera, de clientes, interna y de aprendizaje y crecimiento, estas perspectivas son las más comunes porque son aplicables en un gran número de empresas para organizar el modelo de negocio y estructurar los indicadores y la información, pero no constituyen una condición necesaria para tener un CMI.

- a) La Perspectiva Financiera: Incorpora visión de los accionistas y mide la creación del valor de la empresa, el objetivo más relevante de organizaciones con fines de lucro, que es crear valor para la sociedad.
- b) La Perspectivas del Cliente: Refleja el posicionamiento de la empresa en el mercado.
- c) La Perspectiva Interna: Recoge indicadores de procesos internos que son criterios para el posicionamiento en el mercado y para llevar la estrategia a un buen puesto.
- d) La Perspectiva del aprendizaje y crecimiento: para cualquier estrategia, los recursos materiales y las personas son clave del éxito.

#### **4.2.6.4 Cómo se usa un cuadro de mando integral.**

Las relaciones causa – efecto permiten intercambiar opiniones, enriquecer la visión del negocio de cada directivo y llegar a un consenso de cómo alcanzar los objetivos. Si la dirección esta segura de la visión de la empresa, la estrategia, el modelo de negocio y el papel de cada persona en la organización, el CMI puede utilizarse como un sistema de control tradicional.

#### 4.2.6.5 La implantación del cuadro de mando integral.

Existe una relación muy íntima entre la estrategia y el CMI. Por esta razón el proceso de diseño e implantación debe empezar con la colaboración de la alta dirección. El proyecto tiene que estar en manos de una persona responsable que lleve a cabo toda la coordinación e integración del equipo de alta dirección.

En las pequeñas empresas, la dirección puede tomar un sentido personalista, o informal, con un líder carismático capaz de participar en todos los temas de la empresa, no podemos aplicar el CMI.

Establecer Modelo de Negocio: Esto se basa en las relaciones causa- efecto. Lo cual tienen que estar relacionado directamente con los recursos de la empresa, con el posicionamiento del mercado y el servicio a los clientes, partiendo de un buen modelo de negocio que tiene que estar consensuado por la dirección y que sintetiza el sector y la estrategia particular de la empresa, se diseña así el CMI.

**Cuadro # 1**

#### **Tablero de mando integral**

El ejemplo de un tablero de mando según la perspectiva del cliente o usuario:  
Satisfacción del usuario

Calidad en las consultas						
Numero de empleados	14	Días				
Meta 100% atención Excelencia en	Mes	22			Esquema valoración de	
Pacientes atendidos	1000	Valor	Total	%	Profundidad	
Usuario insatisfecho		100	100	10%	B	Riesgo no existe
Usuario satisfecho		500	500	50%	B	Riesgo no existe
Atención excelente		400	400	40%	B	Riesgo no existe
Total			1000	100%		
		1000				C Bueno
A –Excelente		100	= 10	%		D -Deficiente
B- Muy bueno						E - Insatisfactorio

Fuente: FRODE Egas Gestión Estratégica y Gerencia de Salud 2006 Texto Guía MGSS. Pág 58-59  
Elaborado por: Los autores

En el tablero anterior, la insatisfacción de los usuarios representa el 10% del total. En este ejemplo en que la meta era el 100% de excelencia en la atención, el 50% esta como satisfecho y el 40% recibieron una atención excelente. Y por lo tanto no existe riesgo.

El esquema de profundidad es deducido como Muy Bueno

Ahora se aplicará un ejemplo de la perspectiva interna, serán indicadores de procesos internos, de mejora en la eficiencia del personal. El 89% ha sido eficiente en el periodo dado. Y se relaciona con la puntualidad en la asistencia de 14 empleados en 22 días trabajados, en la cual la meta es de 100% en un periodo de un mes y que suman 308 asistencias. (Cuadro 2)

Cuadro # 2  
Tablero de mando integral  
Perspectiva interna

Número: 14 empleados	Cumplimiento	laboral	del	personal		Esquema: Valor profundidad
Días: 22 trabajados	Total 308 asistencias					
Meta 100% puntualidad	Valor 1	Valor 2		%		
Menos de ½ Hora atrasos	5	7	12	35%	C	Riesgo no existe
Menos de 1 Hora atraso	3	4	7	21%	C	Riesgo no existe
Más de 1 Hora	4	5	9	26%	C	Riesgo no existe
Día entero	1	2	3	9%	C	Riesgo no existe
Fugas	1	2	3	9%	C	Riesgo no existe
Total: faltas Y atrasos			34	1%		
A Excelente B M bueno C Bueno	D deficiente E insatisfactorio		308 34	<b>100%</b>  X =	<b>11%</b>	En faltas y atrasos

Fuente: FRODE Egas Gestión Estratégica y Gerencia de Salud 2006 Texto Guía MGSS Pág 58-59  
Elaborado por: Los autores

Luego en el cuadro 3, se plantea la perspectiva financiera que se basa en la calidad de atención al usuario e implantación de las perspectivas anteriores.

El Centro de Salud tenía una meta de 85000 dólares de ingresos anuales, pero se ha sobrepasado la meta en 7%, hay 91498 en ingresos de un año, por lo tanto el esquema de profundidad lo calificamos A y no existen riesgos.

Cuadro # 3

**Tablero de mando integral**

Perspectiva financiera

	1 Año.	6 meses	6 meses	Total A1	Incremento de Ventas en %	Esquema de valoración	Riesgo
	Meta 85000	valor 1	valor 2	ingresos	20%	de profundidad	
Consultas	23993	23993	47986	52%	A	no existe	
Exámenes	18456	18456	36912	40%	A	no existe	
Emergencias	120	120	240	0.3%	A	no existe	
Farmacia	3000	3000	6000	7%	A	no existe	
Servicios varios	180	180	360	0.4%	A	no existe	
<b>Total</b>			91498	99.7%			
		85000	100				
		91498	X	107%			
A excelente							
B Muy bueno							
C Bueno							
D Deficiente							
E insatisfactorio							

Fuente: FRODE Egas Gestión Estratégica y Gerencia de Salud 2006 Texto Guía MGSS Pág 58-59  
Elaborado por: Los autores

Dentro de la perspectiva financiera y para hacer un control y un análisis de los gastos, en el cuadro 4, se propone reducirlos en un 20%, pero al realizar la suma de los gastos tenemos que solo se han reducido un 1% de la cifra meta. (\$ 85000).

A estos rubros se analizará la forma de disminuir sus cantidades. La finalidad de este tablero es disminuir a partir de la meta, los gastos en un 20%, pero solamente hemos reducido un 1% de la meta, es decir, que hay gastos reducidos.

La calificación podría ser de c es decir de buena en el esquema de profundidad y con riesgo inexistente.

Cuadro # 4  
Tablero de mando integral

		Análisis	de	gastos			
Numero de empleados	14	Reducción	de gastos	-20%			Esquema
Meta por pagar	85000	Valor 1	Valor 2			valoración de	
	Mensual	6meses	6 meses	Egresos	%	profundidad	
Insumos para Exámenes Lab.	1800	10800	10800	21600	26%	C	Riesgo no existe
Gastos fijos	4939	29634	29634	59268	70%	C	Riesgo no existe
Publicidad		1650	1650	3300	4%	C	Riesgo no existe
Total				84168	100%		
A –excelente							
B Muy bueno		85000	100				
C Bueno		84168	X	99 %			
D Deficiente							
E insatisfactorio							

Fuente: FRODE Egas Gestión Estratégica y Gerencia de Salud 2006 Texto Guía MGSS Pág 58-59  
Elaborado por: Los autores

### 4.3 Medición de la calidad.

Para realizar esta, hay dos modelos. Donabedian diseñó el primero, y evalúa tres áreas que son: la estructura, los procesos y los resultados. La estructura se refiere a la organización institucional y a las características de sus recursos humanos, físicos y financiero. Los procesos se refiere a la atención y a la forma como se ejecuta dicha atención. Los resultados son el impacto, que se logra con la atención, en términos de mejora de salud y bienestar de las personas, grupos o poblaciones, y satisfacción de los usuarios.

El segundo modelo ideado por Galán es más amplio en lo que se refiere a la atención, demanda, oferta, procesos, resultados, el impacto, y estas serían las variables. El estándar es el patrón de referencia para el análisis.

Los indicadores de calidad miden la satisfacción de los clientes con los atributos de servicio medidos a través del estándar por ejemplo la satisfacción de la población en el programa de vacunación. Una manera directa es a través de encuestas y una forma indirecta es recibir la información por buzones de reclamos.<sup>48</sup>

Al cuantificarlas se hace en porcentajes en relación con el 100 % de los usuarios. Se elabora un ejemplo de un indicador de calidad:

Porcentaje de satisfacción de las personas que han recibido atención médica en Junio/08 en el Centro Médico en junio/08 (indicador de calidad).

En la elaboración de los objetivos de la calidad es conveniente tener en cuenta:

- Necesidades requeridas, actuales y futuras, de la organización;
- Acciones planificadas de mejora como resultado de la revisión por la dirección;
- Niveles de satisfacción deseados de los clientes, actuales y futuros;
- Desempeño actual y futuro de los procesos y de sus productos;
- Los resultados de las auditorías y de las revisiones por la dirección;
- Los reclamos de los clientes.

Los objetivos deben ser medibles. Ejemplos de objetivos pueden ser:

- Disminuir 15 % el tiempo de internación post-operatoria del sector de nefrología;
- Aumentar en 30% la percepción de los pacientes del grado de limpieza de las salas;
- Disminuir en 10% los casos de gripe en la población de adultos mayores en la Ciudad de Buenos Aires, luego de una campaña de vacunación;

---

<sup>48</sup> Manual de Auditoría de Gestión. Contraloría General del Estado. Tercera Edición. Quito, Septiembre 2007  
Pág. 113



- Mantener el plazo de 72 horas para entregar el resultado del análisis de HIV, con la introducción del nuevo equipamiento;
- No demorar más de 10 minutos (respecto al horario acordado) en el 95% de los pacientes que se atienden en consultorios externos. 49

#### **4.4 La finalidad del marketing de los servicios de salud.**

Tiene la finalidad de predecir y anticiparse a los cambios de la demanda, satisfacer así las necesidades de salud del sector y al mismo tiempo como innovación o cambio al servicio de salud, al aumentar la competitividad, marcará la diferencia entre tener éxito, apenas sobrevivir o perecer en el mercado de la salud. El implementar Marketing dará la orientación social al Centro Médico y es una poderosa herramienta de gestión sanitaria.

##### **4.4.1 Administración de los servicios**

Al implantar el marketing de los servicios de salud en el centro médico, al tratar de definir lo que es marketing hay la idea de Kotler que es la más apropiada. “Es un proceso social y de gestión a través del cual los individuos y grupos obtienen lo que necesitan y desean, creando, ofreciendo e intercaldando productos, bienes y servicios de valor para todos”.

Al establecer en el centro de salud el planteamiento de marketing relacional como marco de referencia, va a desaparecer el intercambio económico como determinante de la relación cliente / proveedor de salud, se abre paso al establecimiento de una filosofía y también al marketing de las instituciones sin ánimo de lucro como es la unidad que se implementará.

La Servucción se debe implementar para servicios de base (urgencias, atención médica) y para un servicio periférico (laboratorio, exámenes, ambulancias) y las de complemento (cafetería, servicios religiosos, asistencia social).

El marketing mix, es el conjunto de herramientas que se utiliza para lograr los fines en relación con un público objetivo y sin producto, previa promoción,

---

49 Guía para la interpretación de la norma IRAM-ISO 9001-2000 en organizaciones de Salud .Octubre 2003

comunicación y distribución o acercamiento físico. En el centro Médico se establecerá y desarrollará el mix del producto y mix del precio.

El mix del producto se refiere a la oferta tangible que se realiza una vez que se defina la calidad del servicio, característica y marca etc.

Se establecerá la cartera de servicios, tratamiento de algunos procesos y garantizando una calidad asistencial.

El mix del precio es el que tiene que pagar el paciente o usuario por recibir el servicio. 50

#### **4.4.2 Comunicación en marketing**

Esta estrategia se acerca a diferentes audiencias (pacientes, familiares, enfermedades, proveedores, etc.), de una manera coherente, mediante la promoción, que son incentivos a corto plazo para propiciar el interés del público en el servicio.

La Publicidad se realiza constantemente con medios de prensa hablada como son: radiodifusión tres veces al mes durante un año y en la prensa escrita (Extra) una vez por mes durante un año. Se colocarán también soportes publicitarios en lugares estratégicos cercanos al centro médico. Las relaciones públicas es decir el establecimiento de programas genéricos para procurar dar imagen ante el público del servicio. Se dictarán conferencias, cursos de primeros auxilios, exposiciones, conciertos, eventos por el día del niño, el día de la madre, el día mundial del SIDA, la lactancia materna, etc., todo esto en forma gratuita.

Se implementará la publicidad blanca que no es más que planificar la presencia de medios de comunicación con noticias que apoyen la estrategia del centro médico y que producen una opinión favorable en el público. Si es motivo de noticias se tendrá mayor credibilidad que los informes publicitarios. Ejemplo: día especial de atención a personas de tercera edad, día especial de atención a los discapacitados, etc.

Se realizará el marketing directo con entrega de cartas, folletos y al correo electrónico de la oferta del servicio de salud, así como también la elaboración de la página web.

Contacto directo con el paciente, los profesionales, médicos, enfermeras, guardianes, personal de limpieza serán motivados constantemente para un trato cortés y afable con el paciente y sus familiares, se deben transformar también en promotores de los servicios de salud al que se deben.

Definiremos la función social de la organización:

- Brindar Salud a las familias pobres.
- Aumentar accesibilidad a los servicios de salud.
- Conocer la incidencia de las patologías más comunes de Bastión Popular.
- Procurar calidad técnica operativa.
- Actualización permanente de tecnología.

En el centro médico estará implementado el comité de contingencias, que desarrollará el plan de comunicación en crisis, definiendo: La política de comunicación en crisis del centro médico, investigación y análisis, posibles situaciones, actitudes interna y externa ante la crisis, identificación de los flujos de Información, informar de cómo está formado este equipo.

Elaboración y difusión de un manual de comunicación en crisis.

Entrenamiento del equipo en crisis: hacer un simulacro cada 6 meses.

Elaborar un programa de prevención de crisis.

4 l de los servicios a establecerse:

- Intangibilidad: Transformación de la intangibilidad de los servicios en algo tangible, para lo cual se demostrará en la práctica los beneficios del servicio que se presta.
- Inconsistencia: Es un problema en los servicios de salud, para ello hay que demostrar la calidad técnica operativa y equipos de tecnología de avanzada, además con la percepción del

usuario/paciente, que su dinero por el pago del servicio esta muy bien invertido.

- Inseparabilidad: se realizará la interacción en la relación médico-paciente y promover las relaciones humanas entre ellos.
- Inventario: En el inventario de los servicios el tiempo es importante para los pacientes, por eso se debe programar la demora del paciente en la sala de espera, a la primera consulta se le pondrá un horario de 20 minutos cada paciente y en los pacientes subsecuentes se les impondrá un horario con fecha y hora preestablecidas que será menor a los pacientes atendidos por primera vez.
- confirmará vía telefónica la enfermera de servicio al paciente/cliente recordando su cita médica. 51

El sistema de servucción en la empresa de servicio, es la organización sistemática y coherente de todos los elementos físicos y humanos en la relación cliente/empresa de salud, necesarios para la realización de una prestación de servicios cuyas características comerciales y niveles de calidad han sido atendidos.

Sin el cliente el servicio no puede existir, su presencia es indispensable. El soporte físico son los instrumentos necesarios para el servicio (Objetos, muebles, maquinas) a disposición del personal de contacto y/o paciente y luego el entorno es todo lo que se encuentra alrededor de los instrumentos (localización, edificios, etc.). El personal de contacto son las personas que atienden al cliente (portero, enfermera, profesional).

El servicio es lo que el cliente valora después de que ha sido atendido y no antes porque es un intangible, a diferencia con empresas de productos elaborados que se examina la calidad del producto antes de comprarlos.

El servicio que se brinde posee una valoración en las dos partes es decir en el que ofrece y el que lo recibe, por lo que la empresa de servicio debe disponer las facilidades en material y personal, y en cambio el cliente/paciente con la necesidad acude a la satisfacción del mismo en la empresa del servicio. La alta

---

51 RANGEL Ernesto Econom. Marketing de Servicios de la Salud. Texto guía MGSS 2006 Pág 16-20

gerencia del centro médico seguirá continuamente generando procesos que produzcan servicios con excelencia.

#### **4.5 Análisis y evaluación del proyecto.**

Al hacer el análisis financiero para investigar si el proyecto es viable, se mide el beneficio en dinero que el proyecto produce, (Para que sea proyecto tiene que haber utilidades) a pesar de tener como base que es un proyecto de interés y beneficio social, bien, en ese caso si el TIR(Tasa interna de retorno) es mayor que el TMAR, acepta el proyecto, además la VNA(valor neto actual) es mayor que cero coinciden los dos análisis, en este caso se toma en cuenta que 1080 pacientes en atención médica (de las consultas de medicina general, Gineco-obstetricia, Cardiología y Pediatría) y 340 en odontología al mes y exámenes de laboratorio, Ecografías o EKG,

Se atenderán de parte de los médicos un promedio de 70 pacientes diarios y en odontología será de 20 pacientes por día y con un crecimiento de 1% mensual que se nivelará al terminar el cuarto año. Se pedirá un préstamo Bancario de \$58.230 Inversión en equipos serán de \$20.000(Tecnología) y en la construcción del edificio será de \$ 35230. La inversión en el terreno será de \$ 1.500. En este proyecto de servicios de Salud, se implementará la atención médica a un costo de \$5 y odontológica a un costo de \$5, lo cual cubre los gastos de consulta y con un examen básico: hemograma, orina y heces a un precio de \$5. En la segunda consulta de acuerdo al diagnóstico presuntivo una ecografía o un Electrocardiograma o exámenes de laboratorio y así satisfacer las necesidades de salud familiar.

Gastos de personal	
Honorarios médicos :	Mes
6 Médicos	6000
1 Ecografista	900
Personal auxiliar :	
1 Enfermera profesional	900
2 Auxiliares de enfermería \$ 240 c/u	480
2 Personal Administrativo	680
1 Conserje	240
Beneficios sociales	
Aporte patronal al IESS 11.15 del 20.5 %	1371
Total	13671
Décimo tercer sueldo al final del año	12300
Décimo cuarto sueldo	3780

Elaborado por los autores

#### **4.6 Inversión estimada en infraestructura**

Inversión en la construcción del edificio.

Para la construcción del centro médico se lo hará en un terreno que tiene una dimensión de 150m<sup>2</sup>, con 2 vías de acceso, la estructura que se va a construir será de una planta y se lo hará en 3 rubros que a continuación detallaremos:

Primer rubro	
Estructura	6000
Loza de 15 cm.	8000
Segundo rubro	
Bloqueo+enlucido+mano de obra	2000
Instalación eléctrica	800
Sanitarios	600
10 puertas	600
Tercer rubro	
Empaste	150
Cerámica	1300
Pintura	400
Sacos de empaste	100
1300 sacos de cemento (5.85 c/u )	7605
2500 bloques ( 0.35 c/u )	875
Honorarios Ingeniero	32030
Permisos municipales	1500
Letreros internos y externos	1500
Puerta principal enrollable	600
Total	35230

Elaborado por los autores

#### 4.7 Factibilidad Económica y Financiera

Anteriormente las organizaciones de salud y en muchas de las actuales, gerentes y directores se ubican en el vértice de una pirámide jerárquica y los pacientes/clientes/usuarios formando la base amplia que se considera como receptores pasivos de servicios médicos y productos, pero sin embargo existen algunas organizaciones con programas orientados al paciente, invierten la pirámide y ubican al paciente en la parte superior, dejando atrás el gerenciamiento tradicional y arcaico.

Para que la empresa de salud logre su cometido, debe haber una inversión. El objetivo empresarial privado es ganar dinero, es decir ser rentable.

En la inversión social, el beneficio de la utilidad es destinada a la comunidad.

Si la institución invierte un dinero en salud y no se produce un beneficio, se traduce en un gasto. Inversión es un egreso de dinero, no se debe confundir con un gasto, la inversión siempre tiene la esperanza de tener un retorno, recuperar lo invertido y ganar dinero extra. El gasto es una salida de dinero en la cual no se espera ninguna utilidad o beneficio. El beneficio que recibe las comunidades (rentabilidad social) se entiende como la utilidad en las organizaciones sin ánimo de lucro.

Para que haya beneficio, las comunidades deben satisfacer sus necesidades de salud al recibir un servicio con calidad técnica-operativa y con calidez.

<Beneficio social +< competitividad = patrono inconforme = probable reducción del tamaño de la organización.

Satisfacer las expectativas de salud del paciente/cliente puede ser la única vía que garantice la supervivencia del servicio de salud a mediano y largo plazo.

Relación  $\frac{\text{Beneficio}}{\text{costo}} =$   $> 1$  = si rentabilidad, el proyecto es atractivo  
 $= 1$  = El proyecto es indiferente  
 $< 1$  = no rentabilidad, el proyecto no es atractivo



La relación Beneficio/Costo se la puede calcular dividiendo los VPN (valor presente neto) de los ingresos entre los VPN de los egresos de un proyecto. 52

$B/C = \text{VPN ingresos brutos} / \text{VPN egresos brutos} = 1.10$

Beneficio social = Satisfacción por el servicio = Calidad en la atención en los servicios de salud.

Pero todo esto conlleva a que la empresa de salud, para que logre su cometido, debe haber una inversión económica que se traduce en una utilidad como beneficio, y el beneficio social no es un retorno de la inversión, porque como sabemos en la empresa privada la relación beneficio/costo debe ser mayor que 1, y a mayor calidad técnica significa mayor inversión.

Los recursos destinados a salud no constituyen gastos, sino inversión social de alto beneficio social. 53

---

52 PRIETO Herrera Jorge Eliécer. Los proyectos la razón de ser del presente. ECOE EDICIONES 2005 Pág 149

53 Marco general reforma estructuralde Salud en Ecuador. MSP-CONASA. Publicación Junio 2004

<b>Datos del proyecto</b>			
Proyecto con financiamiento			
Capital prestado	\$ 58.230,00		
Tasa de crecimiento pctes	1%	estabilidad despues de 4 años	
Precio unitario exámenes	8,00	COSTO UNITARIO	3,00
Precio consultas médicas	5,00		
Precio consultas odontológicas	5,00		
Publicidad	1.200,00	anual	mensual 100,00
Gastos fijos:			
Sueldos y salarios	-13.671,00	En diciembre	12.300,00
Servicios básicos	-100,00	En marzo	3.780,00
Guardiania	-150,00		
Seguros	-55,00		
Impuestos indirectos	-72,00		
Materiales de oficina	-50,00		
Total	-14.098,00		

<b>Inversiones:</b>	
Construcción	35.230,00
Terreno	1.500,00
Tecnología-equipos	20.000,00
Mobiliario	1.500,00
	58.230,00

Recuperación d inversiones	
construcción	50.000,00
terreno	7.500,00
Tecnología-equipos	13.000,00
TMAR	11% anual

Hemos calculado una cantidad de 70 pacientes diarios en 25 días laborables en el mes, lo que da 1750 pacientes mensuales, con un crecimiento de 1 % al mes, y estabilidad a los 4 años,

cantidad de pacientes mes	→ 1750	Atención médica
cantidad pacientes diarios	70	

En atención odontológica se atenderá 20 pacientes diarios

<b>PROYECTO CENTRO MEDICO</b>		MESES	1	2	3	4
<b>ODONTOLÓGICO</b>						
Flujo puro de caja proyectado-con financiamiento						
<b>INGRESOS OPERATIVOS</b>						
Pacientes en medicina por mes			1.750	1.768	1.785	1.803
Ingresos por pacientes en medicina			8.750,00	8.837,50	8.925,88	9.015,13
Pacientes en odontología por mes			500	500	500	500
Ingresos por pacientes en odontología			2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00
Numero de exámenes realizados por mes			800,00	808	816	824
Ingresos por exámenes			6.400,00	6.464,00	6.528,64	6.593,93
Ingresos totales operativos		-	17.650,00	17801,5	17954,5	18109,1
<b>EGRESOS OPERATIVOS</b>						
Costo unitario total exámenes	-3		-2400,00	-2424,00	-2448,24	-2472,72
Publicidad			-100,00	-100,00	-100,00	-100,00
Costo fijo			-14098,00	-14098,00	-14098,00	-14098,00
Egresos operativos totales		-	-16598,00	-16622,00	-16646,24	-16670,72
<b>INGRESOS DE CAPITAL</b>						
Recuperación de construcción						
recuperación de terreno						
Capital social						
Préstamo recibido		58.230,00				
Recuperación de equipos						
Ingresos de capital total			-	-	-	-
<b>EGRESOS DE CAPITAL</b>						
Inversión en construcción		35.230,00				
Terreno		1.500,00				
Inversión en equipos		20.000,00				
Mobiliario		1.500,00				
Pago de préstamo			-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63
Egresos de capital total		58.230,00	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63
<b>FLUJO DE CAJA NETO</b>		-58.230,00	-228,63	-101,13	27,64	157,71

5		7	8	9	10	11	12
1821	1839	1858	1876	1895	1914	1933	1952
9.105,29	9.196,34	9.288,30	9.381,18	9.475,00	9.569,75	9.665,44	9.762,10
500	500	500	500	500	500	500	500
2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00
832	841	849	858	866	875	884	893
6.659,87	6.726,46	6.793,73	6.861,67	6.930,28	6.999,59	7.069,58	7.140,28
18265,2	18422,8	18582,0	18742,9	18905,3	19069,3	19235,0	19402,4

-2497,45	-2522,42	-2547,65	-2573,12	-2598,86	-2624,84	-2651,09	-2677,60
-100,00	-100,00	-100,00	-100,00	-100,00	-100,00	-100,00	-100,00
-14098,00	-14098,00	-14098,00	-14098,00	-14098,00	-14098,00	-14098,00	-14098,00
-16695,45	-16720,42	-16745,65	-16771,12	-16796,86	-16822,84	-16849,09	-16875,60

-	-	-	-	-	-	-	-

-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63
-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63
289,07	421,75	555,75	691,10	827,79	965,86	1.105,30	1.246,14

13	14	15	16	17	18	19	20
1972	1992	2012	2032	2052	2073	2093	2114
9.859,72	9.958,32	10.057,90	10.158,48	10.260,06	10.362,66	10.466,29	10.570,95
500	500	500	500	500	500	500	500
2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00
901	910	920	929	938	947	957	966
7.211,68	7.283,80	7.356,63	7.430,20	7.504,50	7.579,55	7.655,34	7.731,90
19571,4	19742,1	19914,5	20088,7	20264,6	20442,2	20621,6	20802,9

-2704,38	-2731,42	-2758,74	-2786,33	-2814,19	-2842,33	-2870,75	-2899,46
-100,00	-100,00	-100,00	-100,00	-100,00	-100,00	-100,00	-100,00
-14098,00	-14098,00	-14098,00	-14098,00	-14098,00	-14098,00	-14098,00	-14098,00
-16902,38	-16929,42	-16956,74	-16984,33	-17012,19	-17040,33	-17068,75	-17097,46

-	-	-	-	-	-	-	-

-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63
-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63
1.388,39	1.532,06	1.677,17	1.823,72	1.971,75	2.121,25	2.272,25	2.424,76

21	22	23	24	25	26	27	28
2135	2157	2178	2200	2222	2244	2267	2289
10.676,66	10.783,43	10.891,26	11.000,18	11.110,18	11.221,28	11.333,49	11.446,83
500	500	500	500	500	500	500	500
2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00
976	986	996	1006	1016	1026	1036	1047
7.809,22	7.887,31	7.966,18	8.045,84	8.126,30	8.207,56	8.289,64	8.372,54
20985,9	21170,7	21357,4	21546,0	21736,5	21928,8	22123,1	22319,4

-2928,46	-2957,74	-2987,32	-3017,19	-3047,36	-3077,84	-3108,62	-3139,70
-100,00	-100,00	-100,00	-100,00	-100,00	-100,00	-100,00	-100,00
-14098,00	-14098,00	-14098,00	-14098,00	-14098,00	-14098,00	-14098,00	-14098,00
-17126,46	-17155,74	-17185,32	-17215,19	-17245,36	-17275,84	-17306,62	-17337,70

-	-	-	-	-	-	-	-

-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63
-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63
2.578,79	2.734,37	2.891,50	3.050,20	3.210,49	3.372,38	3.535,89	3.701,03

29	30	31	32	33	34	35	36
2312	2335	2359	2382	2406	2430	2455	2479
11.561,30	11.676,91	11.793,68	11.911,61	12.030,73	12.151,04	12.272,55	12.395,27
500	500	500	500	500	500	500	500
2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00
1057	1068	1078	1089	1100	1111	1122	1133
8.456,26	8.540,82	8.626,23	8.712,50	8.799,62	8.887,62	8.976,49	9.066,26
22517,6	22717,7	22919,9	23124,1	23330,4	23538,7	23749,0	23961,5

-3171,10	-3202,81	-3234,84	-3267,19	-3299,86	-3332,86	-3366,18	-3399,85
-100,00	-100,00	-100,00	-100,00	-100,00	-100,00	-100,00	-100,00
-14098,00	-14098,00	-14098,00	-14098,00	-14098,00	-14098,00	-14098,00	-14098,00
-17369,10	-17400,81	-17432,84	-17465,19	-17497,86	-17530,86	-17564,18	-17597,85

-	-	-	-	-	-	-	-

-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63
-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63
3.867,83	4.036,29	4.206,44	4.378,29	4.551,86	4.727,17	4.904,23	5.083,06

37	38	39	40	41	42	43	44
2504	2529	2554	2580	2606	2632	2658	2684
12.519,23	12.644,42	12.770,86	12.898,57	13.027,56	13.157,83	13.289,41	13.422,31
500	500	500	500	500	500	500	500
2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00
1145	1156	1168	1179	1191	1203	1215	1227
9.156,92	9.248,49	9.340,97	9.434,38	9.528,73	9.624,02	9.720,26	9.817,46
24176,1	24392,9	24611,8	24833,0	25056,3	25281,8	25509,7	25739,8

-3433,85	-3468,18	-3502,87	-3537,89	-3573,27	-3609,01	-3645,10	-3681,55
-100,00	-100,00	-100,00	-100,00	-100,00	-100,00	-100,00	-100,00
-14098,00	-14098,00	-14098,00	-14098,00	-14098,00	-14098,00	-14098,00	-14098,00
-17631,85	-17666,18	-17700,87	-17735,89	-17771,27	-17807,01	-17843,10	-17879,55

-	-	-	-	-	-	-	-

-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63
-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63
5.263,67	5.446,10	5.630,34	5.816,43	6.004,38	6.194,21	6.385,94	6.579,59



45	46	47	48	49	50	51	52
2711	2738	2766	2793	2821	2850	2878	2907
13.556,53	13.692,09	13.829,01	13.967,31	14.106,98	14.248,05	14.390,53	14.534,43
500	500	500	500	500	500	500	500
2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00
1239	1252	1264	1277	1277	1277	1277	1277
9.915,63	10.014,79	10.114,94	10.216,09	10.216,09	10.216,09	10.216,09	10.216,09
25972,2	26206,9	26444,0	26683,4	26683	26964,1	27106,6	27250,5

-3718,36	-3755,55	-3793,10	-3831,03	-3831,03	-3831,03	-3831,03	-3831,03
-100,00	-100,00	-100,00	-100,00	-100,00	-100,00	-100,00	-100,00
-14098,00	-14098,00	-14098,00	-14098,00	-14098,00	-14098,00	-14098,00	-14098,00
-17916,36	-17953,55	-17991,10	-18029,03	-18029,03	-18029,03	-18029,03	-18029,03

-	-	-	-	-	-	-	-

-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63
-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63
6.775,17	6.972,71	7.172,22	7.373,73	7.373,73	7.654,47	7.796,95	7.940,86

53	54	55	56	57	58	59	60	
2936	2965	2995	3025	3055	3086	3117	3148	
14.679,78	14.826,58	14.974,84	15.124,59	15.275,84	15.428,59	15.582,88	15.738,71	
500	500	500	500	500	500	500	500	
2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	
1277	1277	1277	1277	1277	1277	1277	1277	
10.216,09	10.216,09	10.216,09	10.216,09	10.216,09	10.216,09	10.216,09	10.216,09	
27395,9	27542,7	27690,9	27840,7	27991,9	28144,7	28299,0	28454,8	1.378.887,66

-3831,03	-3831,03	-3831,03	-3831,03	-3831,03	-3831,03	-3831,03	-3831,03	
-100,00	-100,00	-100,00	-100,00	-100,00	-100,00	-100,00	-100,00	
-14098,00	-14098,00	-14098,00	-14098,00	-14098,00	-14098,00	-14098,00	-14098,00	
-18029,03	-18029,03	-18029,03	-18029,03	-18029,03	-18029,03	-18029,03	-18029,03	-1.044.786,65

								50.000,00
								7.500,00
								13.000,00
-	-	-	-	-	-	-	-	70.500,00

-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	
-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	-1.280,63	
8.086,20	8.233,00	8.381,27	8.531,01	8.682,26	8.835,02	8.989,30	79.645,13	

TMAR	11%	ANUAL	
TIR del accionista	4,27%	mensual	
TIR del accionista	51,27%	anual	TIR mayor que TMAR= acepto proyecto

VP=	\$ 217.486,27		
VAN	\$ 159.256,27		
VAN MAYOR QUE CERO=		ACEPTO PROYECTO	

### Análisis de sensibilidad utilizando diferentes escenarios

Con el análisis de sensibilidad se busca cuáles son las variables sensibles que haga se reverse el tir y que puede hacer que el proyecto se caiga. para esto hay que desconfiar de los supuestos y se estiman los nuevos rangos de variación. Todo proyecto debe terminar con este informe de sensibilidad ¿ qué pasaría con la TIR si los pacientes varían en el rango o variables que siguen?

		(+10%)	-10%
	PRECIO CONSULTA MÉDICA	\$ 5,50	\$ 4,50
	TIR	65%	38%

Al aumentar el precio de consulta a 5,50 acepta proyecto TIR sube a 64,86  
si bajamos a 4,50 acepta el proyecto, el TIR baja a 37,86 %

		(+10%)	-10%
	NÚMERO DE CLIENTES	1925	1575
	TIR	65%	38%

Al aumentar el número de clientes un 10%, aumenta el TIR a 64,86 %.  
Al disminuir el número de clientes un 10% me baja el TIR a 37,86 %

		(+10%)	-10%
	CANTIDAD DE GASTOS FIJOS	15507	12589
	TIR	34%	70%

Al incrementar los gastos fijos en un 10% acepta el proyecto porque el TIR baja a 34,07%  
Al disminuir los gastos fijos en un 10% acepta el proyecto sube el TIR a 69,99%

Fuente: Luna Jijón José Ing. .Formulación y Evaluación de Proyectos Pág 77-95  
Material Didáctico usado en Mgss 2006  
Elaborado por los autores

## **Conclusiones:**

En este trabajo se ha realizado el diseño para la creación de un centro Médico popular y en esta forma poder ofertar servicios de salud a bajo costo y en el sitio de un área urbano marginal como es Bastión Popular de la ciudad de Guayaquil.

Se han utilizado métodos aplicados de investigación social, se ha determinado la oferta y la demanda, el estudio financiero y la percepción de los servicios de salud recibidos, así como también las necesidades de salud de las familias del sector.

Se han elaborado y explicado las herramientas administrativas que se pueden aplicar, rentabilidad y sostenibilidad necesarias para la creación y funcionamiento a largo plazo, además de estrategias a aplicarse.

En el análisis se ha determinado la imagen que presentan los distintos servicios de salud en la comunidad, por lo que la calidad de atención al usuario deja mucho que desear, hay que insistir cada día en un cambio en la aptitud de la relación médico paciente, la cual debe ser con empatía, sin mirar al usuario como un número más de las estadísticas.

En el sector se evidencia las necesidades de salud, muy a pesar de que hay instituciones que atienden a la comunidad, pero que hoy sigue en aumento la desnutrición en los niños y adultos mayores, las enfermedades catastróficas, los embarazos a temprana edad, las parasitosis, la hipertensión arterial, las diabetes tipo 2 y sus consecuencias, las enfermedades cerebro vasculares, las anemias, la insalubridad del sector, la proliferación de roedores, la proliferación de perros, y muchos otros factores que hacen que la salud de la gente de escasos recursos económicos siempre esté menoscabada.

Se hace el enunciado de las distintas herramientas administrativas de las que se puede servir o usar para mejorar la administración de un servicio de salud, es

decir gerenciando como una empresa de salud para beneficio de los usuarios/pacientes.

Una vez realizada la factibilidad y en base al estudio realizado, se debe ordenar la elaboración del diseño de este proyecto.

### **Recomendaciones**

Se oferta servicios de Salud a bajo costo en áreas marginales, porque Impartir salud, es un pilar fundamental del desarrollo económico de un país y en la que el estado debe garantizar y velar por la salud de toda la población, pero en el país falta mucho camino por recorrer, a pesar del esfuerzo de la universalización de la salud.

Para llegar a lograr una calidad total en salud en la población, el aporte de todo servicio de salud es importante en beneficio de los usuarios de un sector marginal y por eso se debe implementar formas sistemáticas de disminuir estas falencias del servicio, mejorando la percepción de la atención en el usuario, con innovación permanente y constante del servicio médico, establecimiento de herramientas administrativas y programas de tecnologías actualizadas, establecimiento de comunicación ida y vuelta con personas de la comunidad, establecimiento de programas de educación para salud en forma permanente que realice charlas de prevención de las enfermedades, salubridad, orientación sexual a las adolescentes, prevención del VIH SIDA y explicación de la lactancia materna.

Estos programas de educación para la salud deberán ser intramurales y extramurales en coordinación con líderes o promotores de salud comunitarios y que deberán ser previamente capacitados por la unidad de docencia del centro médico.

Las instituciones o empresas de salud deben implementar mediante la planificación, el funcionamiento de servicios de salud que cumplan su cometido con calidad en beneficio de sus comunidades, sin darle importancia a la

producción, es decir no ver a los usuarios como un número de las estadísticas, y en esta forma realizar una medicina humanizada.

Se debe recomendar también la propuesta de que la gestiones a nivel hospitalario sean realizadas desde la dirección por personas técnico-operativos, como son los Gerentes de Salud, que pueden llevar adelante los cambios e innovaciones en los servicios de salud y que pueden orientar y controlar el manejo de estas organizaciones, con capacidad de asignar funciones, delegar funciones, liderar democráticamente los equipos humanos de trabajo, orientar la ejecución y revisar resultados de mejoramiento y atención de salud, evaluando el impacto de las acciones de salud desarrolladas en beneficio de las comunidades, llevando todo esto adelante en base a las enseñanzas impartidas y asimiladas en la Maestría de Gerencia de Servicios de la Salud de la Universidad Católica de la ciudad de Guayaquil.

Para atender la demanda creciente, el recurso humano en cada unidad de salud debe trabajar en unidad de equipo, haciéndose dueño y responsable de cada proceso y nombrando un gerente de cada proceso, siempre adicionando valor agregado y el equipo de trabajo también podrán integrarlo los líderes de la comunidad que tengan la voluntad de colaborar y estén motivados a servir a su comunidad sin ánimo de lucro y llevando siempre como recompensa la satisfacción por el bien cumplido.

## Bibliografía

BARQUIN, Administración hospitalaria 2003. Pág. 425-428,277-279.

Contraloría General del Estado. Normas de Control Interno para el sector público de la República del Ecuador. Norma 110-04

CÓDIGO DE LA SALUD. Corporación de estudios y publicaciones. Reglamentos actualizados Septiembre 2000

Cuentas Satélite de la Salud 2003. Pág. 98,79-80,95-109,114. Publicación del INEC.

I Congreso Internacional de Gerencia en Salud. I Seminario Taller ISO 9001:2000 en Salud Julio 2005 Pág. 15 -16 Guayaquil-Ecuador

DAVILA, Zambrano, Sandra. Cinco momentos estratégicos para hacer Reingeniería de procesos 2001. Pág. 2-17.

DRUCKER, Peter. Los desafíos para la gerencia del siglo XXI. Editorial norma .Pág. 21-27.

DRUCKER-P-F La toma de decisiones. Harvard Business Review Ediciones Deusto SA 2002. Pág 1. Pág 22

EGAS, Frode Dr. Gestión Estratégica y Gerencia de Salud 2006. Material didáctico. Pág. 55-66

ENDEMAIN 2004. Edición del Cepar. Uso de servicio y gasto en salud. Marzo 2005.

ENDEMAIN 2004. Edición del Cepar. Salud materna, Salud del niño-niña. Marzo 2005.

ENDEMAIN 2004 Información del centro de estudios de población y desarrollo social.

ENDEMAIN 2004. Edición del Cepar. Comportamiento Sexual y Reproductivo. Adultos-Jóvenes. Marzo 2005 Pág. 8 –11.

FUENTES, Sebastián 2006. Política y legislación de Salud en el Ecuador .Material didáctico usado en Mgss. Pág.14-15

GARCIA de Lemia, Alejandra Arq. Gestión de calidad en el sector salud I seminario taller ISO 9001-2000 en el sector salud. Pág.2-5,25-27.

HARVARD Business Review, Negociación y resolución de conflictos, Pág. 111-126. Ediciones Deusto S.A. año 2000.

Hernández Sampieri Roberto. Metodología de la investigación. Pág. 227.



IRAM. Instituto argentino de normalización. Esquema de norma IRAM 30200 Guía para la interpretación de la norma IRAM-ISO 9001-2000 en organización de salud. Buenos Aires. Argentina 2003.

LUNA Jijón José. Ing. Formulación y Evaluación de proyecto 2006 material didáctico usado en Mgss. Pág. 67-93.

LEVIN-RUBIN-BANDERAS. Estadística para Administración y Economía. Séptima edición, 2004 Pág. 430

Manual de Auditoria de Gestión. Contraloría General del Estado. Tercera Edición. Quito, Septiembre 2007 Pág. 83-84. 113. 136

MALAGON. Londoño, Gustavo, Administración Hospitalaria .Editorial Panamericana.1996 Colombia Pág. 45-46,54-58,177-180,186-187,189-191. 426-427

Marco general de la reforma estructural de la salud en el Ecuador. MSP-CONASA publicación de Junio 2004

MEJIA García Braulio gerencia de Procesos para la Organización y el control Interno de las Empresas de Salud. Ecoe Ediciones 5° Edición 2007 Pág. 10. Pág. 62-64

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. Guía para la implementación de Sala Situacional de Salud Ecuador 2003. Pág. 26-27-34

Organización panamericana de la salud. Programa especial de análisis de la salud. Publicado en el diario El Comercio de Lima, Perú, el 25 de Septiembre del 2,002

PRIETO Herrera Jorge Eliécer. Los Proyectos: la razón de ser del presente. ECOE EDICIONES 2005 Pág. 149

RANGEL, Ernesto. Econ. Marketing en Servicio de la Salud.2006.Material didáctico usado en Maestría Pág.17-35, 36-43.

SCHERMERHORN, Johm, Ed.Limusa, Wiley.2003 Administration Pag.136-146-148-149-160-151,164-166,182-186,202-209,240-241,262-265.

Renovando la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de posesión de la Organización Panamericana de la Salud/OMS.

WERTHER, William. Administración de Personal y Recursos Humanos. Editorial Mc.Graw.Hill 2000. Pág. 295-321. Quinta edición

Wong Laborde Nancy Ma. Gestión y Control de la Administración de Recursos Humanos material usado en Mgss. 2006. Pág. 66-67,71-72

Wong Laborde Nancy Ma. Fundamentos de Administración 2004. Guía Didáctica usado en Mgss. Pág. 35-40. 47-81. 53

## Anexos # 1

Formulario de Encuesta para la Creación de un Centro Médico Popular en el área urbana marginal de Bastión Popular del Cantón Guayaquil.

Estimado paciente, su opinión nos interesa, le solicitamos unos minutos de su tiempo, para conocer su opinión sobre la forma en que se siente atendido en el centro de salud. Su opinión ayudará a mejorar la atención, satisfacer las necesidades de salud.

(Marque con una X su respuesta).:

Sexo:

Masculino

Femenino

Edad:

18 a 25 años

26 a 34 años

35 a 49 años

50 años en adelante

1.-. ¿Qué grado de instrucción tiene?-

**Primaria**

Secundaria:

Superior:

Ninguna

2- ¿Cuánto es su salario en el mes?

80 a 150 dólares

160 a 230 dólares

240 a 300 dólares

3.- ¿Qué opina de la atención de salud que recibe en su sector?

Excelente

Muy Bueno

Bueno

Regular

Mala

4.--¿Qué opina Usted sobre el aspecto físico de las unidades de Salud de su sector?:

Excelente

Muy Buena

Buena

Regular

Mala

5--¿Qué atención recibió del personal de enfermería en su primera visita al Centro de Salud de su sector?

Excelente

Muy Buena.

Buena

Regular

Mala

6- La atención que recibió del profesional médico fue:

Excelente

Muy Buena

Buena

Regular

Mala.

7.-Ha recibido usted atención médica en las Unidades de Salud de su sector:

SI  NO

Si la respuesta es si. Fue satisfecha su necesidad de salud:

Excelente

Muy Buena

Buena

Regular

Mala

8- La tecnología que tiene las Unidades de Salud de su sector es:

Excelente

Muy Buena

Buena

Regular

Mala

9.- ¿Qué tiempo tuvo que esperar para ser atendido por un profesional médico?

15 minutos

30 minutos

40 minutos o más

10.- ¿Con qué frecuencia va al Centro de Salud?

Semanal

Quincenal

Mensual

11- Estaría Usted de acuerdo que en el sector exista un nuevo Centro Médico Popular, donde reciba atención Médica, más Tecnología de punta

Si.

No

Si la respuesta es SI cuanto estaría dispuesto a pagar por los servicios médicos que se le brindaría:

\$3

\$4

\$5

## **Anexos # 2**

### **Foto # 1**

En esta foto vemos el terreno donde en unos cuantos meses se comenzará a construir el Centro Médico.



**Foto # 2**



Unas de las viviendas situadas en el sector de Bastión Popular.

**Foto # 3**



El Dr. Washington Quinteros Tobar realizando la encuesta a la familia Peñafiel Gómez del sector de Bastión Popular.



**Foto # 4**



El Dr. Washington Quinteros Tobar realizando la encuesta a la familia Monserate Piguave del sector de Bastión Popular.

Se toma apuntes sobre la calidad de atención que reciben los moradores de este sector de Bastión Popular en los diferentes dispensarios médicos.

**Foto # 5**

Encontramos al Dr. Washington Quinteros y un morador, se realiza la entrevista y se detecta las necesidades de salud.



**Foto # 6**

En esta foto vemos signos de extrema pobreza y necesidades de salud. Se encuesta a la persona y se realiza una consulta médica.

